

Psicogeriatría

SUPPLEMENTO - NUMERO 1 - GENNAIO-APRILE 2011



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Direttore Editoriale
Marco Trabucchi

Comitato Editoriale
Carlo Caltagirone
Niccolò Marchionni
Elvezio Pirfo
Umberto Senin

**Coordinatore
Comitato Scientifico**
Luigi Ferrannini

Comitato Scientifico
Fernando Anzivino
Fabrizio Asioli
Luisa Bartorelli
Carlo A. Biagini
Filippo Bogetto
Placido Bramanti
Enrico Brizioli
Amalia C. Bruni
Vincenzo Canonico
Alberto Cester
Pasquale Chianura
Ferdinando Cornelio
Antonino Cotroneo
Luc P. De Vreese
Gerardo Favaretto
Ettore Ferrari
Antonio M. Ferro
Giuseppe Fichera
Massimo Fini
Carlo Gabelli
Costanzo Gala
Walter Gianni
Gianluigi Gigli
Marcello Giordano
Guido Gori
Marcello Imbriani
Maria Lia Lunardelli
Patrizia Mecocci
Massimo Musicco
Leo Nahon
Giuseppe Nappi
Alessandro Padovani
Luigi Pernigotti
Paolo F. Putzu
Sandro Ratto
Renzo Rozzini
Gianfranco Salvioli
Francesco Scapati
Oswaldo Scarpino
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Gianfranco Spalletta
Claudio Vampini
Alberto Zanchetti
Orazio Zanetti

Segreteria di Redazione
Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

EDITORIALE

11° CONGRESSO NAZIONALE
PROGRAMMI E PROGETTI DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA
Marco Trabucchi

RELAZIONI 11° CONGRESSO NAZIONALE

QUALI DIFFERENZE FANNO LE DIFFERENZE DI GENERE NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE?
Fabrizio Asioli

LE PROBLEMATICHE PSICOGERIATRICHE NELLA RIABILITAZIONE DELL'ANZIANO FRAGILE:
EVIDENZE CLINICHE ED APPROCCI TERAPEUTICI
Luigi Baratto, Paola Tognetti, Marco Vaggi, Fabrizio Costanzo

LO STUDIO APIGRA2 (ANALISI DELLE PROBLEMATICHE PSICOGERIATRICHE NELLA
RIABILITAZIONE DELL'ANZIANO): UNO STUDIO MULTICENTRICO NAZIONALE
Giuseppe Bellelli, Bruno Bernardini, Luigi Baratto, Paola Tognetti

I DATA-WEB IPER2 E APIGRA2: NUOVI STRUMENTI PER STANDARDIZZARE LA RACCOLTA
DEGLI INDICATORI IN RIABILITAZIONE
Bruno Bernardini, Marisa Gardella, Giuseppe Bellelli, Luigi Baratto, Marco Bressi,
Francesco Copello

L'EFFETTO DEI FARMACI PER LA DEMENZA SULLA QUALITÀ DELLA VITA
Annachiara Cagnin, Sara Pompanin

IL SIGNIFICATO DELLA QUALITÀ DELLA VITA NELLE DEMENZE:
LE DIVERSE FASI DELLA MALATTIA
Vincenzo Canonico, Agnese Bevilacqua, Caterina Francone, Franco Rengo

UNA NUOVA SPECIALIZZAZIONE MEDICA CHE SI AFFIANCA ALLA MEDICINA PREVENTIVA:
... LA "MEDICINA DIFENSIVA"
Fabio Cembrani

RESIDENZE LOW COST PER ANZIANI: PROPOSTA DI UN MODELLO
Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Marco Trabucchi

QUALITÀ DELLA VITA. QUANTO GIOCA LA COGNITIVITÀ?
Renzo Rozzini

IL REFERTO NEUROPSICOLOGICO
Cristina Ruaro

DEMENZE: FUTURO DELLE TERAPIE E TERAPIE DEL FUTURO
Orazio Zanetti

ABSTRACTS 11° CONGRESSO NAZIONALE

POESIE

L'AMORE NEL TEMPO DELLA DEGENERAZIONE CORTICOBASALE
di Vesper Fe Marie Llana Ramos

L'AMORE NEL TEMPO DELLA MALATTIA DI HUNTINGTON
di Vesper Fe Marie Llana Ramos

Commento a cura di Franca Grisoni

DA LA FAME
Fabrizio Sinisi

Direttore Editoriale

Marco Trabucchi

Comitato Editoriale

Carlo Caltagirone
Niccolò Marchionni
Elvezio Pirfo
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Comitato Scientifico

Fernando Anzivino
Fabrizio Asioli
Luisa Bartorelli
Carlo A. Biagini
Filippo Bogetto
Placido Bramanti
Enrico Brizioli
Amalia C. Bruni
Vincenzo Canonico
Alberto Cester
Pasquale Chianura
Ferdinando Cornelio
Antonino Cotroneo
Luc P. De Vreese
Gerardo Favaretto
Ettore Ferrari
Antonio M. Ferro
Giuseppe Fichera
Massimo Fini
Carlo Gabelli
Costanzo Gala
Walter Gianni
Gianluigi Gigli
Marcello Giordano
Guido Gori
Marcello Imbriani
Maria Lia Lunardelli
Patrizia Mecocci
Massimo Musicco
Leo Nahon
Giuseppe Nappi
Alessandro Padovani
Luigi Pernigotti
Paolo F. Putzu
Sandro Ratto
Renzo Rozzini
Gianfranco Salvioli
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Gianfranco Spalletta
Claudio Vampini
Alberto Zanchetti
Orazio Zanetti

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

Rivista registrata presso il Tribunale di Firenze

Registrazione: n. 5808

Data di registrazione: 1/12/2010

Proprietario: Promo Leader Service Congressi

Le norme editoriali sono consultabili sul sito:

www.psicogeriatra.it

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Stampa: Fotolito Immagine, Firenze

INDICE

PSICOGERIATRIA

Supplemento - Numero 1 - Gennaio-Aprile 2011

EDITORIALE

11° CONGRESSO NAZIONALE

PROGRAMMI E PROGETTI DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Marco Trabucchi _____ pag. 13

RELAZIONI

QUALI DIFFERENZE FANNO LE DIFFERENZE DI GENERE NELLA RELAZIONE
CON IL PAZIENTE?

Fabrizio Asiola _____ pag. 18

LE PROBLEMATICHE PSICOGERIATRICHE NELLA RIABILITAZIONE DELL'ANZIANO
FRAGILE: EVIDENZE CLINICHE ED APPROCCI TERAPEUTICI

Luigi Baratto, Paola Tognetti, Marco Vaggi, Fabrizio Costanzo _____ pag. 26

LO STUDIO APIGRA2 (ANALISI DELLE PROBLEMATICHE PSICOGERIATRICHE NELLA
RIABILITAZIONE DELL'ANZIANO): UNO STUDIO MULTICENTRICO NAZIONALE

Giuseppe Bellelli, Bruno Bernardini, Luigi Baratto, Paola Tognetti _____ pag. 33

I DATA-WEB IPER2 E APIGRA2: NUOVI STRUMENTI PER STANDARDIZZARE
LA RACCOLTA DEGLI INDICATORI IN RIABILITAZIONE

Bruno Bernardini, Marisa Gardella, Giuseppe Bellelli, Luigi Baratto, Marco Bressi,
Francesco Copello _____ pag. 38

L'EFFETTO DEI FARMACI PER LA DEMENZA SULLA QUALITÀ DELLA VITA

Annachiara Cagnin, Sara Pompanin _____ pag. 43

IL SIGNIFICATO DELLA QUALITÀ DELLA VITA NELLE DEMENZE:
LE DIVERSE FASI DELLA MALATTIA

Vincenzo Canonico, Agnese Bevilacqua, Caterina Francone, Franco Rengo _____ pag. 50

UNA NUOVA SPECIALIZZAZIONE MEDICA CHE SI AFFIANCA ALLA
MEDICINA PREVENTIVA: ... LA "MEDICINA DIFENSIVA"

Fabio Cembrani _____ pag. 53

RESIDENZE LOW COST PER ANZIANI: PROPOSTA DI UN MODELLO

Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Marco Trabucchi _____ pag. 58

QUALITÀ DELLA VITA. QUANTO GIOCA LA COGNITIVITÀ?

Renzo Rozzini _____ pag. 65

IL REFERTO NEUROPSICOLOGICO

Cristina Ruaro _____ pag. 68

DEMENZE: FUTURO DELLE TERAPIE E TERAPIE DEL FUTURO

Orazio Zanetti _____ pag. 69

ABSTRACTS 11° CONGRESSO NAZIONALE

LA RIABILITAZIONE MOTORIA E IL DEFICIT COGNITIVO: IL PROGETTO "C.O.S.M.O.N.A.T." COME PERCORSO DI STIMOLAZIONE APPLICATO AL NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO

Balzarotti Ferdinando, Cuzzoni Giovanni, Daniele Alessandra, Fraipont Giovanni, Miele Elena, Ricevuti Giovanni, Saronni Elisa, Tasso Irene, Torlasco Margherita _____ pag. 75

STATO DEPRESSIVO E DISABILITÀ, COMPAGNI DI VIAGGIO NEL PAZIENTE ARTROSICO

Baroni Fiorenzo, Poloni Lorenzo, Ghisla Maria Karin, Firetto Silvia, Margiotta Antonella, Facchi Emanuela _____ pag. 77

IL CORSO "PER UN SAGGIO CAREGIVER": UN INTERVENTO SUI FAMILIARI DEI MALATI DI ALZHEIMER

Bartorelli Luisa, Fiandra Alessia, Ragni Silvia, Giubilei Franco _____ pag. 79

IL PROGETTO ARCA

Bellamoli Claudio, Nesoti Maria Vittoria, Terranova Luciano, Provoli Emma, Tosoni Paolo, Dioli Andrea _____ pag. 81

IL CONTESTO RIABILITATIVO NELLA MALATTIA DI PARKINSON: PRESUPPOSTI TEORICI

Belleggia Alessandra, Cinque Romano, Capobianco Giovanni, Scala Giovanni _____ pag. 82

UTILITÀ DELLA SPET CON ¹²³I-FP-CIT SPET NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA MALATTIA DI PARKINSON

Bellelli Giuseppe, Falchi Roberta, Lanari Alessia, Previdi Paolo, Musto Alessandra, Ricci Paolo, Giuffrida Francesca, Savelli Giordano _____ pag. 84

LA PALESTRA PER LA MENTE: STUDIO PROSPETTICO NON FARMACOLOGICO SU PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Belloni Eleonora, Ferrari Arianna, Cozzi Federica, Gollin Donata, Gabelli Carlo _____ pag. 86

STUDIO OSSERVAZIONALE SULL'EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLA DULOXETINA IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA SINDROME DEPRESSIVA, AFFERENTE AL CONSULTORIO PSICOGERIATRICO

Bergamini Lucia, Turci Marina, Veschi Mara, Fabbo Andrea _____ pag. 88

L'EEG NEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI): VALORE PREDITTIVO PER LO SVILUPPO DI DEMENZA A CORPI DI LEWY

Bifolchetti Stefania, Bonanni Laura, Mancino Elisa, Ricciardi Leopoldo, Anzellotti Francesca, Ciccocioppo Fausta, Monaco Daniela, D'Amico Maria Chiara, Borrelli Iole, Zhuzhuni Holta, Thomas Astrid, Onofri Marco _____ pag. 90

ANZIANI, FARMACI ANTIPSICOTICI E DISMETABOLISMI: CONSIDERAZIONI SUI RICOVERI NEL SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA DI TARANTO DURANTE IL BIENNIO 2009-2010

Boccadamo Annadella, Caldeo Giuseppina, d'Adamo Arturo, Loparco Natale Vivenzio, Matacchieri Bruno, Perrucci Filomena, Scapati Francesco, Nacci Maria _____ pag. 91

GELOSIA E SENILITÀ FRA TRATTI E DISTURBO DI PERSONALITÀ

Boccadamo Annadella, Magno Giancarlo, Scapati Francesco, Nacci Maria _____ pag. 92

CARATTERISTICHE ED OUTCOME DEI PAZIENTI AFFETTI DA DELIRIUM E RICOVERATI IN UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

Boffelli Stefano, Cassinadri Angela, Mattanza Chiara, Rozzini Renzo, Trabucchi Marco _____ pag. 93

IL RUOLO DEL CENTRO DISTRETTUALE DISTURBI COGNITIVI (UVA) NELLA CONTINUITÀ DELLA CURA IN OSPEDALE Boiardi Roberta, Aleotti Federica, Morotti Ernestina, Gesmundo Laura, Muzzini Maria Luisa, Cecchella Sergio, Riccò Daniela _____	pag. 94
ASSETTI DIFENSIVI E RISCHIO PSICOPATOLOGICO NEL RUOLO DEL CAREGIVER Bonadiman Fabio _____	pag. 96
QUALITÀ DELLA VITA E DIFFERENZE DI GENERE IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI PARKINSON: UNO STUDIO CROSS-SECTION Bonanno Lilla, Spadaro Letteria, Furnari Anna, Sessa Edoardo, Marino Silvia, Bramanti Placido _____	pag. 97
VALUTAZIONE IMPATTO TERRITORIALE DI UNA U.V.A. Bruno Patrizia, Cicchetti Gelsomina, Delfino Mario, Argenzio Filomena, Zinno Raffaele, Zinno Maria Antonietta _____	pag. 98
EFFICACIA DI QUETIAPINA RP NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE RESISTENTE NEL SOGGETTO ANZIANO Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Spina Rosa, Trotta Francesco _____	pag. 100
ATTIVITÀ PSICOEDUCAZIONALE SUI CAREGIVER DEI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Spina Rosa, Bruno Luigi _____	pag. 101
QUETIAPINA RP, IN MONOTERAPIA, NEL TRATTAMENTO DELL'EPISODIO MANIACALE (ACUTO) DEL DISTURBO BIPOLARE I NEL SOGGETTO ANZIANO Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Spina Rosa, Bruno Luigi _____	pag. 102
IL CENTRO DECADIMENTO COGNITIVO IN UNA CORNICE BIO-PSICO-SOCIALE Buzzo Amedeo, Ferrazzi Cinzia, Fricia Tiziana, Lorico Fabio, Marini Zeudi, Marinangeli Luigi, Melan Paola, Pradelli Samantha, Terrassan Lairetta, Zerilli Mario _____	pag. 103
STUDIO PILOTA SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN TELEMONITORAGGIO PER I CAREGIVER DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER Caffarra Sedy, Galante Emanuela, Gazzi Lidia, Avanzi Stefano, Scalvini Simonetta _____	pag. 105
PRE-STROKE E POST-STROKE DEMENZA: DATI PRELIMINARI DA UNO STUDIO ITALIANO Caratozzolo Salvatore, Mombelli Giulia, Vicini Chilovi Barbara, Gottardi Federica, Zanetti Marina, Padovani Alessandro, Rozzini Luca _____	pag. 107
DIFFERENTE GRAVITÀ COGNITIVA ED OUTCOME RIABILITATIVI IN PAZIENTI RICOVERATI IN UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA Cassinadri Angela, Boffelli Stefano, Mattanza Chiara, Rozzini Renzo, Trabucchi Marco _____	pag. 108
ANALISI STATISTICA DESCRITTIVA DEI PAZIENTI VALUTATI ATTRAVERSO LO STRUMENTO DIAGNOSTICO F.A.B. (FRONTAL ASSESSMENT BATTERY) DALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE D.S.M. SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA E DI PSICOTERAPIA DELL'ETÀ ADULTA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA DI TARANTO Chiloiro Dora, Scapati Francesco, Battaglia Daniela, Blasi Ylayaly, Carrino Manuela, Cetera Nicola, Del Monaco Irene, Mottolese Maria _____	pag. 109
STUDIO SPERIMENTALE SULLA TERAPIA DEL DOLORE ASSOCIATO AD ANSIA IN SOGGETTI ANZIANI Chinni Clelia, Leuci Emanuela, Branchi Barbara _____	pag. 110
INDAGINE CONOSCITIVA RIGUARDANTE L'INCIDENZA DI PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI IN ANZIANI TRATTATI CON ANTIPSICOTICI ATIPICI Chinni Clelia, Cipani Maria Fausta _____	pag. 111
DEMENTIA E COMPORTAMENTO SESSUALE ABNORME: TERAPIA Cipriani Gabriele _____	pag. 112

VALUTAZIONE DEI COSTI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER	
Colucci Luisa, Ziello Antonio Rosario, Amenta Francesco, Fasanaro Angiola Maria _____	pag. 114
EFFETTO "VICINANZA DEL MODELLO" IN COMPITI COSTRUTTIVI: STUDIO SPERIMENTALE IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER	
Conchiglia Giovannina, D'Angelo Angelica, Grossi Dario _____	pag. 115
CORRELATI NEUROPSICOLOGICI DEI DISTURBI DEL SONNO IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE	
Conti Marta Zaffira, Caratozzolo Salvatore, Zanetti Marina, Rozzini Luca, Padovani Alessandro _____	pag. 117
DATI PRELIMINARI DELLO STUDIO AD-LOOP SULLA QUALITÀ DELLA VITA NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE	
Cornali Cristina, Pizzoni Marina, Amico Stefania, Bianchetti Angelo, Trabucchi Marco _____	pag. 119
ANZIANI CON DECADIMENTO COGNITIVO E GUIDA AUTOMOBILISTICA: RUOLO DEL MEDICO UVA	
Cotroneo Antonino Maria, Gareri Pietro, Lacava Roberto, Castagna Alberto, Busceti Antonino, Pluderi Alice, Malimpensa Lucio Fabio, Monteleone Francesco _____	pag. 121
FRAGILITÀ E PREFRAGILITÀ NELLA SINDROME DI PENELOPE	
D'Amico Ferdinando, Caronzolo Francesco, Crescenti Paola, Grippa Alessandro _____	pag. 123
IL COUNSELLING AI FAMILIARI-CAREGIVER IN AD	
D'Antonio Maila, Ziello Antonio Rosario, Poderico Carla, Iavarone Alessandro, Fasanaro Angiola Maria _____	pag. 125
L'ESPERIENZA DEI LAGER FRA EMOZIONI E RICORDI	
D'Onofrio Grazia, Cristini Carlo _____	pag. 126
INIBITORI DELL'ACETILCOLINESTERASI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE-MODERATO: STUDIO LONGITUDINALE SU SOGGETTI AMBULATORIALI	
Di Felice Francesca, Baroni Marta, Ercolani Sara, Mangialasche Francesca, Fiore Annarita, Longo Annalisa, Mecocci Patrizia _____	pag. 128
LA VALUTAZIONE, L'OSSERVAZIONE ED IL LAVORO IN ÉQUIPE: CONFERMA DELL'EFFICACIA DI QUESTI STRUMENTI NEL CORRETTO APPROCCIO AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO NEI MALATI AFFETTI DA DEMENZA OSPITI DI RSA	
Di Maggio Maria Grazia, Villa Ivan, Bonifacino Monica, Brabete Adriana, Corti Silvia, Maierean Teodora, Mapelli Alessandra, Campanardi Sandra, Mece Eva, Pokrywka Elisabeta, Longoni Paola, Morini Elisa, Molteni Valentina _____	pag. 130
EVOLUZIONE "ATIPICA" DELLA DEMENZA DI ALZHEIMER: IL CONTRIBUTO DIAGNOSTICO DEL RISCONTRO AUTOPTICO NELL'IPOTESI DI ENCEFALOPATIA SPONGIFORME	
Engaddi Ilaria, Trovati Serena, Pelucchi Loris, Savorgnan Giovanna, Cetta Francesco, Negri Chinaglia Cinzia _____	pag. 132
INCIDENZA DEL DELIRIUM IN PAZIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE	
Fantò Fausto, Marchino Silvia, Traversa Monica, Bergoglio Isa, Ausiello Livia, Santoro Mariangela _____	pag. 133
INDAGINE SUI PROBLEMI DI SALUTE DEL CAREGIVER: PATOLOGIE E PERCORSI DI SOSTEGNO E DI CURA	
Finotti Luciano, Paganin Paola _____	pag. 135
"INVOLUZIONE PSICOFISICA GLOBALE" IN CORSO DI DISFAGIA MISCONOSCIUTA. UN CASO CLINICO	
Firetto Silvia, Poloni Lorenzo, Baroni Fiorenzo, Ghisla M. Karin, Minelli Dorella, Giovanelli Giorgia, Gualdi Giovanna, Facchi Emanuela _____	pag. 137
RIABILITAZIONE E DANZATERAPIA TRASMUDA® NEL PARKINSON CON DEFICIT COGNITIVI	
Frustaglia Antonino, Righetti Renata _____	pag. 138

PREVALENZA DEI DISTURBI PSICHIATRICI IN UNA RESIDENZA ASSISTITA	
Galiberti Sara, Zanobini Francesco, Turchi Viviana, Bonelli Giovanni _____	pag. 139
I DEFICIT DI CONSAPEVOLEZZA DEI DISTURBI COGNITIVI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER LIEVE	
Gallina Federica, Scrivo Federica, Palermo Sara, Capellero Barbara, Leotta Daniela, Amanzio Martina _____	pag. 141
TERAPIA DELLA BAMBOLA: FEEDBACK DEL CAREGIVER FORMALE NEI NUCLEI RSA ALZHEIMER	
Gandelli Monica, Gianotto Monica, Cilesi Ivo, Ferrari Romana, Fasolino Antonella, Scarangella Maria, Guercio Valentina, Cetta Francesco, Monti Massimo _____	pag. 142
CORRELAZIONE TRA DEPRESSIONE E DIABETE IN PAZIENTI ANZIANI AMBULATORIALI E DOMICILIARI	
Gareri Pietro, Cotroneo Antonino Maria, De Fazio Pasquale, Segura-Garcia Cristina, Lacava Roberto, Castagna Alberto, Marigliano Norma Maria, Costantino Domenico Simone _____	pag. 143
NUOVE PROSPETTIVE NELLA GESTIONE FARMACOLOGICA DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA	
Gareri Pietro, Cotroneo Antonino Maria, Lacava Roberto, Castagna Alberto, Marigliano Norma Maria, Costantino Domenico Simone, Bruni Amalia Cecilia _____	pag. 144
PAZIENTE DISFAGICO AFFETTO DA DECADIMENTO COGNITIVO: DIAGNOSI, PRESA IN CURA E GESTIONE	
Ghislà M. Karin, Baroni Fiorenzo, Baronio Lucia, Galbiati Beatrice, Poloni Lorenzo, Zorat Francesco, Agostini Cristina, Firetto Silvia, Benedetti Angela, Facchi Emanuela _____	pag. 146
IL RUOLO DELLE DISFUNZIONI FRONTALI NELLA GENESI DEL CLOSING-IN NEI PAZIENTI CON MALATTIA DI ALZHEIMER	
Grossi Dario, Carpi Sabrina, De Lucia Natascia, Trojano Luigi, Fasanaro Angiola Maria _____	pag. 148
SOCIAL NETWORK A SERVIZIO DELLE RSA. PROGETTO "INSIEME SU FACEBOOK": EMOZIONI E RICORDI MULTIMEDIALI PER RITROVARE IL PASSATO ED ESSERE PIÙ VICINI NEL PRESENTE	
Guglielmi Luisa , Alvarez Ana, Collufio Anna Maria, Ezeme Ketty, Pea Sara, Zaccari Paolo _____	pag. 149
LA DEPRESSIONE SENILE TRA EARLY ONSET (EOD) E LATE ONSET (LOD): DIVERSE FENOMENOLOGIE CLINICHE, DIVERSI FATTORI DI RISCHIO?	
Iandoli Ilaria I., Levi Flavia M., Sozzi Lorena, Tombolini Beatrice, Veglio Martina, Gala Costanzo _____	pag. 151
IL DOLORE IN RSA: RICONOSCERLO PER CURARLO	
Ivaldi Claudio, Bennat Ettore, Merlo Anna, Marmorato Carmela, Cugnata Marco, Velo Giacomo, Spina Maria, Pastorino Irene, Pastorino Archimede, Palummeri Ernesto _____	pag. 153
COME VALUTARE IL DETERIORAMENTO COGNITIVO NEL PAZIENTE SCHIZOFRENICO IN ETÀ AVANZATA?	
Keller Roberto, Garofalo Franceschina, Bugiani Stefano, Carron Sara, De Cicco Vittoria, Oppici Romina, Pedalino Sonia, Piedimonte Alessandro, Pirfo Elvezio _____	pag. 155
AGOMELATINA DA SOLA ED IN ADD-ON CON TINDER (TRATTAMENTO INTEGRATO NEUROMUSCOLARE EMOZIONALE RILASSANTE) IN SOGGETTI CON DISTURBO DELL'UMORE DI TIPO DEPRESSIVO E DECLINO COGNITIVO, ENTRAMBI DI GRADO LIEVE	
Lera Antonio _____	pag. 156
EFFICACIA DI UN'ASSOCIAZIONE DI TERAPIE FARMACOLOGICHE E NON FARMACOLOGICHE IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI AFFERENTI AD UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)	
Li Bassi Paola, Boffelli Stefano, Barbisoni Piera, Ferri Marco, Sleiman Intissar, Travaglini Nicola, Falanga Lina, Giordano Alessandro, Mattanza Chiara, Piovani Laura, Rozzini Renzo _____	pag. 158
PROGETTO D'INTERVENTO RIABILITATIVO COMBINATO COGNITIVO-MOTORIO IN PAZIENTI ANZIANI A RISCHIO DI CADUTA (PROGETTO DUAL-TASK)	
Lucchi Elena, Morghen Sara, Panato Laura, Bozzini Michela, Sanniti Antonella, Gentile Simona, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco _____	pag. 160

STRESS, BURNOUT E COMPETENZE RELAZIONALI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI Malara Alba, Cianflone Debora, Capomolla Soccorso, Ceravolo Francesco, Curinga Giuseppe, Renda Grazia Francesca, Rispoli Vincenzo, Rotundo Alessandro, Spadea Fausto, Sgrò Giovanni _____	pag. 162
DALLA ANAMNESI NARRATIVA ALLA RIABILITAZIONE INDIVIDUALIZZATA: LA GIOCOLERIA NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER Malgari Marta, Cadeddu Annalaura, Franceschi Aldo, Viale Daniela, Putzu Paolo F. _____	pag. 164
IL AVORO D'EQUIPE DELL'U.V.A. (IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO) Malimpensa Luca Fabio, Cotroneo Antonino Maria, Maina Ettore, Nicoletti Nicoletta, Cabodi Sergio _____	pag. 166
TRIAGE INFERMIERISTICO PER LA VALUTAZIONE RAPIDA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI PER UN ACCESSO PIÙ APPROPRIATO ALL'UNITÀ VALUTATIVA ALZHEIMER DEI PAZIENTI DEMENTI Mancini Giovanni, Salatini Martina, Camilloni Arianna, Salvi Veronica, Mostardini Claudio, Muzzi Francesca, Pisani Angela, Pauletti Giovanni, Aureli Domenico _____	pag. 168
IMPATTO DELL'OSTEOPOROSI E DELLE SUE COMPLICANZE IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO COGNITIVO Manucra Antonio, Iofrida Mariana, Bertone Luca Antonio, Cagnoni Carlo _____	pag. 170
DETERIORAMENTO COGNITIVO SECONDARIO AD IPERTIROIDISMO DA ADENOMA TOSSICO I PLUMMER: DESCRIZIONE DI UN CASO LINICO Manzo Ciro, Alfieri Pasquale _____	pag. 172
TEST DEI TRE OGGETTI: VALIDAZIONE NEL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE Mapelli Cristina, Foderaro Giuseppe, Ferri Francesca, Traficante Debora, Marco I. Appollonio, Isella Valeria _____	pag. 174
UN BADANTE DI NOME NAO: PUÒ LA COMPLESSITÀ DELLA DEMENZA METTERE IN CRISI LA LINEARITÀ DI UN ALGORITMO? Marchese Giuseppe, Cruciata Sandra _____	pag. 176
VALUTARE E TRATTARE IL DOLORE IN LUNGODEGENZA Mari Marcello, Neri Davide, Massignani Paola _____	pag. 179
INTERVENTO DOMICILIARE NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI DELLA PERSONA CON DEMENZA Marini Zeudi, Buzzo Amedeo, Ferrazzi Cinzia, Fricia Tiziana, Lorico Fabio, Marinangeli Luigi, Melan Paola, Pradelli Samantha, Terrassan Lauretta, Zerilli Mario _____	pag. 181
VITAMINA D E STATO FUNZIONALE-COGNITIVO IN UN GRUPPO DI CENTENARI DEL VERBANO-CUSIO-OSSOLA Massaia Massimiliano, Morabito Daniela, Isaia Gianluca, Seccia Loredana, Fabiano Maria, Basaglia Paolo, Di Stefano Fabio _____	pag. 183
L'OUTCOME ALLA DIMISSIONE È CORRELATO ALLE CARATTERISTICHE CLINICHE E FUNZIONALI ALL'INGRESSO NEI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE Mazzola Paolo, Bellelli Giuseppe, Corsi Maurizio, Baccella Pamina, Castoldi Giuseppe, Zatti Giovanni, Annoni Giorgio _____	pag. 184
IL RUOLO DELL'UVA NELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA E PROGNOSTICA DELLA DEMENZA, DALL'OSPEDALE PER ACUTI AL TERRITORIO. UN CASO CLINICO Mello Anna Maria, Mossello Enrico, Simoni David, Baroncini Caterina, De Cristofaro Maria Teresa, Cavallini Maria Chiara, Ballini Elena, Zaffarana Nicoletta, Pieraccioli Mariachiara, Morrione Alessandro, Giulietti Chiara, Marchionni Niccolò _____	pag. 186
INTERVENTO CLINICO E ASSISTENZIALE AL MALATO DI DEMENZA ED ALLA FAMIGLIA: UNA PROPOSTA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE Menon Vanda, Zaccherini Davide, Bergonzini Elisa, Pellacani Nazzarena, Severi Cecilia, Vagnini Claudio, d'Arienzo Giuseppe _____	pag. 187

L'MCI REVERSIBILE È UN'ENTITÀ REALE?

Mombelli Giulia, Vicini Chilovi Barbara, Riva Maddalena, Cerea Erica, Caratozzolo Salvatore,
Zanetti Marina, Padovani Alessandro, Rozzini Luca _____ pag. 189

PATTERNS DI COMORBILITÀ IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AMBULATORIALI

Mondino Simona, Isaia Gianluca, Nobili Giulia, Fonte Gianfranco, Mastrapasqua Annalisa,
Cataldi Mario, Massaia Massimiliano _____ pag. 190

MENTAL TRAINING E DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE: ESPERIENZA IN UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER

Nobili Giulia, Mondino Simona, Isaia Gianluca, Gallina Roberto, Bernardi Andrea,
Mastrapasqua Annalisa, Massaia Massimiliano _____ pag. 191

SPERIMENTAZIONE DI UNA METODOLOGIA INTEGRATA DI ANALISI DEI BISOGNI E DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE PER RIDURRE IL CARICO ASSISTENZIALE ED I LIVELLI DI STRESS DEL CAREGIVER DEI PAZIENTI MALATI DI ALZHEIMER NEL TERRITORIO DELL' "ENTE DI AMBITO SOCIALE 28 ORTONESE"

Nuccetelli Francesco, Coccione Antonella, Pennatini Miriam _____ pag. 192

IL TRATTAMENTO CON ANTIPSICOTICI DEPOT NEL PAZIENTE ANZIANO: UN PROBLEMA DIMENTICATO?

Nuvoli Gianfranco, Lombardi Denise _____ pag. 193

LUCI E OMBRE NELLA PRESA IN CURA PSICHIATRICA DEL PAZIENTE ANZIANO

Nuvoli Gianfranco _____ pag. 194

APPROCCIO DIAGNOSTICO AL PAZIENTE CON DISTURBI DEL LINGUAGGIO: DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA LA MALATTIA DI ALZHEIMER (AD) INIZIALE ED AFASIA PROGRESSIVA (PPA): ANALISI DI UN CASO CLINICO

Peddizzi Emilio, Riccio Daniela, Viale Daniela, Catte Olga _____ pag. 195

L'APPROCCIO CAPACITANTE CON L'ANZIANO FRAGILE E/O DEMENTE: APPLICABILITÀ IN OSPEDALE

Peroli Paola, Ruggiano Carlo, Vigorelli Pietro _____ pag. 197

PREDITTORI NEUROPSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI DEL PROFILO PRESSORIO NELLE 24 ORE IN ANZIANI CON DECADIMENTO COGNITIVO

Pieraccioli Mariachiara, Mossello Enrico, Nesti Nicola, Caleri Veronica, Tonon Elisabetta, Simoni David, Mello Anna Maria,
Baroncini Caterina, Zanieri Samanta, Fedeli Angela, Cavallini Maria Chiara, Cantini Claudia, Bencini Francesca,
Zaffarana Nicoletta, Ballini Elena, Giulietti Chiara, Biagini Carlo Adriano, Marchionni Niccolò, Ungar Andrea _____ pag. 199

CASE REPORT: ISCHEMIE CEREBRALI RECIDIVANTI O MALATTIA DEGENERATIVA SOTTOCORTICALE?

Pierpaoli Lucia, Martini Emilio, Lunardelli Maria Lia _____ pag. 201

FARMACOGENETICA DEGLI INIBITORI SELETTIVI DELLA SEROTONINA (SSRI): STUDIO PROSPETTICO CON 6 MESI DI FOLLOW-UP IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA DEPRESSIONE

Pilotto Alberto, D'Onofrio Grazia, Paris Francesco, Bizzarro Alessandra, Gravina Carolina, Urbano Maria,
Cascavilla Leandro, Panza Francesco, Masullo Carlo, Seripa Davide _____ pag. 202

IL TRATTAMENTO INTEGRATO CON INIBITORI DELL'ACETILCOLINESTERASI E RIABILITAZIONE COGNITIVA MIGLIORA IL MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX (MPI) NEI PAZIENTI ANZIANI CON MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO RANDOMIZZATO CON 6 MESI DI FOLLOW-UP

Pilotto Alberto, D'Onofrio Grazia, Sancarlo Daniele, Cascavilla Leandro, Seripa Davide, Panza Francesco,
Paroni Giulia, Paris Francesco, Ferrucci Luigi _____ pag. 203

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE: APPROCCIO NARRATIVO ATTRAVERSO RIFLESSIONI TEORICO-PRATICHE

Pozzi Christian, Torpilliesi Tiziana, Gentile Simona, Turco Renato, Guerini Fabio, Ricci Eleonora,
Marrè Alessandra, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco _____ pag. 205

PROMUOVERE UNA CURA CENTRATA SULLA PERSONA NELLE RESIDENZE PER ANZIANI

Pradelli Samantha, Faggian Silvia, Pavan Giorgio _____ pag. 207

UN'INDAGINE SULLA CERTEZZA DEI RISULTATI DEGLI STUDI IN LETTERATURA RIGUARDANTI LA TERAPIA ELETTROCONVULSIVA NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE MAGGIORE	
Prisco Vincenzo _____	pag. 209
LE REVISIONI SISTEMATICHE PER SUPPORTARE LA PSICHIATRIA BASATA SULL'EVIDENZA: L'ECT NELLA DEPRESSIONE	
Prisco Vincenzo _____	pag. 211
DEMENZE E BPSD: L'EFFICACIA DELLA MUSICOTERAPIA	
Raglio Alfredo, Ubezio M.Chiera, Gianotti Marta, Ottolini Anna Maria, Rossetti Sarah, Viola M.Cristina, Mantovani Anna Roberta, Bellandi Daniele _____	pag. 212
DALLA U.V.A. ALLA PSICOGERIATRIA IN COSTA D'AMALFI	
Ragone Maria Antonietta, Ferrigno Salvatore, Bisogno Alfredo _____	pag. 214
DETERIORAMENTO COGNITIVO E FATTORI DI RISCHIO IN UNA POPOLAZIONE DI ULTRASessantacinquenni in un piccolo centro della Costa d'Amalfi	
Ragone Maria Antonietta, Ferrigno Salvatore, Bisogno Alfredo _____	pag. 216
DIFFERENZE DI GENERE NEL PROFILO SINTOMATOLOGICO DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO	
Redaelli Cristiana, Levi Flavia, Imbesi Francesco, Apa Deborah, Del Torre Gaia, Gadler Erminia, Gala Costanzo _____	pag. 217
INFLUENZA DELL'ESPERIENZA DI CAREGIVING E DI ALTRE VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL LIVELLO DI CONOSCENZA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER TRA LA POPOLAZIONE GENERALE	
Riva Maddalena, Caratozzolo Salvatore, Mombelli Giulia, Gottardi Federica, Vicini Chilovi Barbara, Padovani Alessandro, Rozzini Luca _____	pag. 218
PROVE DI EFFICACIA DEL KIT RING SUI CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA	
Rivoiro Chiara, Marchisio Cecilia Maria, Bellandi Daniele, Accettura Michele, Bianchi Cristiana _____	pag. 219
SINTOMI NEUROPSICHIATRICI: RELAZIONE CON STRESS DEL CAREGIVER E CONSAPEVOLEZZA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER	
Rocca Paola, Leotta Daniela, Liffredo Cesare, Mingrone Cinzia, Sigauda Monica, Capellero Barbara, Rocca Giuseppe, Simoncini Mara, Pernigotti Luigi M., Pirfo Elvezio, Bogetto Filippo _____	pag. 221
STUDIO DELL'AMNESIA IN ALCUNE VARIANTI DI MALATTIA DI ALZHEIMER	
Sala Francesca, Valbusa Valeria, Ferigo Laura, Broggio Elisabetta, Moretto Giuseppe, Gambina Giuseppe _____	pag. 222
IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE CON "OSTEOPOROSI, CADUTE E FRATTURE" AL CENTRO DELLE CURE	
Scala Giovanni, Cinque Romano, Belleggia Alessandra, Capobianco Giovanni _____	pag. 223
L'ASSISTENZA ALLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA NEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER "ATTIVAMENTE"	
Scala Giovanni, Monini Patrizia, de Cesare Brunella, Nicastro Elena, Capobianco Giovanni _____	pag. 225
EFFETTI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA SULLO STATO COGNITIVO DI UNA COORTE DI ANZIANI RICOVERATI IN NURSING HOME	
Sgrò Giovanni, Burgo Giovanna, Malara Alba, Capomolla Soccorso, Ceravolo Francesco, Curinga Giuseppe, Renda Grazia Francesca, Rotundo Alessandro, Spadea Fausto _____	pag. 228
MALATTIE RARE ED AGEISMO	
Sleiman Intissar, Rozzini Renzo, Trabucchi Marco _____	pag. 230
TELEMEDICINA E MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO DI UN CASO CLINICO	
Spadaro Letteria, Digangi Giuseppina, Bonanno Lilla, Cordici Francesco, Leo Antonino, Ferrara Danilo, Amante Piero, Reitano Simone, Lanzafame Pietro, Bramanti Placido _____	pag. 232

MISURE DI CONNETTIVITÀ ANATOMICA PER VALUTARE LE ALTERAZIONI DEL TESSUTO CEREBRALE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER	
Spanò Barbara, Cercignani Mara, Basile Barbara, Parker Geoffrey J.M., Serra Laura, Perri Roberta, Marra Camillo, Giubilei Franco, Caltagirone Carlo, Bozzali Marco	pag. 234
DIECI CASI DI PARAFRENIA INVOLUTIVA	
Tamborini Stefania, Poli Roberto, Agrimi Emilia	pag. 236
IL LAVORO NEL QUOTIDIANO E LE GRANDI ORECCHIE DEGLI OPERATORI "I POSSIBILI OCCHIALI" DELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI PSICOGERIATRICI DELL'UNITÀ DI DEGENZA PER DEMENTI AD ALTA VALENZA ASSISTENZIALE: IL REPARTO 42 DELL'OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA IGEA (MO) PER ORIENTARSI NEL "BUIO DELLA CONTENZIONE DI QUESTI PAZIENTI"	
Tarozzi Adriano, Morselli Linda, Venturelli Francesca, Ferrari Carlo, Ruggeri Antonella, Sparamonti Monica, Valgimigli Simona, Merighi Mara, Lo Russo Leo, Valgimigli Camillo, Donati Cristina	pag. 237
IL REATTIVO DI RORSCHACH NEL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE. UNO STUDIO PILOTA SULL'EFFICACIA DIAGNOSTICA E PROGNOSTICA	
Tellini Valentina, Alunni Silvia, Petturiti Francesca, Trequatrin Alberto	pag. 241
ANALISI DELLA RISPOSTA EMOTIVA IN PAZIENTI CON MCI DURANTE L'INTERAZIONE CON UN ROBOT DI TELEPRESENZA	
Tiberio Lorenza, Cesta Amedeo, Cortellessa Gabriella, Pellegrino Anna Rita, Turno Marcello, Padua Luca	pag. 243
ANALISI VOLUMETRICA DELL'IPPOCAMPO E CARATTERISTICHE COGNITIVE NELLA DEPRESSIONE MAGGIORE UNIPOLARE AD ESORDIO TARDIVO: DATI PRELIMINARI	
Toffanin Tommaso, Zoccarato Sara, Follador Halima, Passamani Angela, Padovan Giordano, Valentini Elisabetta, Orrù Graziella, Giantin Valter, Ermani Mario, Perini Giulia Ida	pag. 245
CARATTERISTICHE CLINICHE E FUNZIONALI DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI PRESSO UN REPARTO DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA DOPO UN EVENTO RESPIRATORIO ACUTO	
Turco Renato, Gentile Simona, Guerini Fabio, Lucchi Elena, Marrè Alessandra, Morghen Sara, Ricci Eleonora, Torpilliesi Tiziana, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco	pag. 247
UTILIZZO DEL SEVERE MINI MENTAL STATE EXAMINATION (SMMSE) NELLA VALUTAZIONE DELLA DEMENZA MODERATA-SEVERA	
Ubezio M. Chiara, Guarneri Chiara, Ottolini Anna Maria, Bellandi Daniele	pag. 248
ANOSOGNOSIA DOMINIO-SPECIFICA E DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE	
Umidi Simona, Trimarchi Pietro Davide, Menotti Marzia, Annoni Giorgio	pag. 250
L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO DI PSICOGERIATRIA NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PRESSO L'ASL4 CHIAVARESE	
Uva Vittorio, Capelli Marco, Defilla Davide, Baudà Valentina, Kessisoglu Federica, Rebolini Giorgio	pag. 251
VALUTAZIONE DEI BISOGNI PSICO-SOCIO-ASSISTENZIALI IN DIVERSI SETTING OSPEDALIERI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO GERIATRICO	
Valentini Elisabetta, Giantin Valter, Iasevoli Mario, Falci Cristina, Siviero Paola, Maggi Stefania, De Luca Elisabetta, Orrù Graziella, Monfardini Silvio, Zagonel Vittorina, Terranova Oreste, Crepaldi Gaetano, Manzato Enzo	pag. 252
LA FILOSOFIA A SERVIZIO DELLE RSA. PROGETTO "LABORATORIO DI FILOSOFIA": LA PRATICA FILOSOFICA COME RICERCA ESISTENZIALE	
Visini Alessandro, Alvarez Ana, Bignamini Vannia, Collufio Anna Maria, Ezeme Ketty, Guglielmi Luisa, Pea Sara, Zaccari Paolo	pag. 254

**VALUTAZIONE DELL'OUTCOME RIABILITATIVO DI PAZIENTI CON DEMENZA E DISTURBI COMPORTAMENTALI
RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE**

Vitali Silvia Francesca, Colombo Mauro, Cutaita Chiara, Eleonora Marelli Chiara, Sogliani Barbara, Guaita Antonio _____ pag. 256

**IL RUOLO DELLO STATO COGNITIVO RIGUARDO L'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO
CLINICO-DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO NEL PAZIENTE ANZIANO RICOVERATO IN OSPEDALE PER ACUTI**

Volpato Stefania, Tisato Francesca, Barbato Barbara, Negrin Valentina, La Sala Angela, Calabrò Massimo _____ pag. 258

RIABILITAZIONE COGNITIVA CON PAZIENTI ALZHEIMER IN RSA

Zaccari Paolo, Filippini Rosanna, Maliardi Michela, Alvarez Ana, Collufio Anna Maria, Guglielmi Luisa,
Aiello Gioacchino, Pea Silvia, Ezeme Ketty _____ pag. 260

**IL MIGLIORAMENTO DELLA CONOSCENZA SULLA MALATTIA DI ALZHEIMER DA PARTE
DEL CAREGIVER INCIDE SULLO STRESS ASSISTENZIALE?**

Zani Giulia, Morabito Daniela, Seccia Loredana, Cerutti Luisa, Iori Daniela, Di Stefano Fabio _____ pag. 262

RIABILITAZIONE MOTORIA E COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN R.S.A.

Zuccarello Andrea, Juvenal Ramona, Gorlato Stefania, Tamietti Elena, Pilon Silvia, Scarafiotti Carla,
Tourn Elena, Rossi Graziella _____ pag. 264

POESIE

L'AMORE NEL TEMPO DELLA DEGENERAZIONE CORTICOBASALE

di Vesper Fe Marie Llaneza Ramos _____ pag. 265

L'AMORE NEL TEMPO DELLA MALATTIA DI HUNTINGTON

di Vesper Fe Marie Llaneza Ramos _____ pag. 266

Commento a cura di Franca Grisoni

DA LA FAME

Fabrizio Sinisi _____ pag. 272

EDITORIALI

Un'introduzione all'11° Congresso Nazionale Programmi e progetti dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría

Marco Trabucchi

Con grande soddisfazione presento il volume degli atti dell'11° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría. Ancora una volta la ricchezza delle tematiche trattate testimonia l'importanza della Psicogeriatría e l'impegno degli studiosi per affrontare in modo adeguato argomenti rilevanti per il benessere delle persone che invecchiano.

Di seguito indico alcuni aspetti dell'attuale dibattito che ritengo più significativi, augurandomi che un numero sempre più ampio di soci partecipi alla formazione di un patrimonio comune di idee, base indispensabile per la vivacità dell'Associazione e quindi per la sua capacità di essere rilevante nel panorama della clinica e dell'assistenza.

Inizio con un cenno al titolo del nostro 11° Congresso Nazionale, dedicato al tema della complessità. La medicina della complessità ritorna frequentemente nelle nostre discussioni, perché è necessario uscire dalla tradizionale (e ancora troppo diffusa) visione della condizione dell'anziano come determinata da fattori facilmente delineabili ed enucleabili. Recentemente "si è iniziato a considerare la sempre più evidente perdita del controllo, cioè l'impossibilità di esercitare previsioni puntuali sul decorso futuro delle organizzazioni e di sospingerle verso un'unica traiettoria auspicata, non più come una calamità, ma come un'opportunità di notevole interesse: l'opportunità di elaborare una nuova arte del governo delle organizzazioni, attenta al farsi ed al disfarsi in tempo reale delle tendenze gravide di futuro e capaci di assumersi il rischio di operare per il consolidamento e l'amplificazione di talune di queste, senza alcuna garanzia circa la necessità del loro successo". Questa visione aperta indicata da Bocchi e Ceruti (*La sfida della complessità*, 2007) pone basi importanti per il lavoro clinico, perché indica una strada da percorrere pur nella specificità delle condizioni di ciascuno. Il medico non è chiamato ad essere un esperto delle teorie della complessità, ma ad essere attento alle realtà che si muovono attorno al suo rapporto con il paziente, compiendo sintesi operative che mai ne siano impoverimenti. L'universo -sia quello grandissimo che sta sopra di noi, sia quello altrettanto grande che sta nel nostro cuore e nella nostra mente- non è regolato come un orologio, né si rompe con la modalità di un orologio. Per superare questa logica, e vivere in quella della complessità, è necessario abbandonare i modelli lineari, accettare l'imprevedibilità, rispettare ed utilizzare l'autonomia e la creatività e rispondere in maniera flessibile all'emergere di situazioni ed opportunità. In altre parole imparare a guardare ed a rispettare la vita così com'è, senza cercare di "metterla in scatola", cioè di rinchiuderla nelle nostre limitatissime interpretazioni culturali. Ma non è un'impresa facile e richiede grande impegno di elaborazione culturale e di analisi attenta della propria esperienza.

Un'altra premessa riguarda l'ottimismo e la fiducia che devono guidare il lavoro di cura. Il primo discende da una lettura della storia, che ci ha ripetutamente presentato situazioni di crisi, che sempre gli uomini sono riusciti ad affrontare ed a superare. Il concetto di fiducia è particolarmente importante

perché è una delle condizioni che permettono il progresso; l'interesse personale o di piccoli gruppi rallenta ogni avanzamento, mentre il "credito reciproco", che non è solo economico, ma soprattutto psicologico, si amplia progressivamente e permette la crescita di reti di supporto reciproco sempre più efficaci. Pensando al lavoro di cura, sono moltissime le situazioni nelle quali la fiducia è alla base di ogni azione positiva, sia all'interno dei gruppi che offrono servizi, sia nel rapporto con il paziente e la sua famiglia. Ottimismo e fiducia vanno insieme e insieme devono caratterizzare il lavoro di cura.

Le tematiche di seguito indicate sono tra le molte che hanno interessato l'AIP; su alcune è già in corso un impegno preciso da parte della nostra Associazione, su altre invece si stanno costruendo progetti di lavoro.

Un primo aspetto si rifà alla ripetuta ed orgogliosa riproposizione del tema dell'Unità dell'Italia dal punto di vista delle cure offerte alle persone più fragili. Alla domanda di come fosse cambiata la loro qualità della vita negli ultimi 10 anni, in una recente indagine il 40% dei vecchi del sud ha dichiarato che è peggiorata, a fronte di solo il 10% dei vecchi del nord est. Credo –senza nessuna retorica– che questa situazione non possa essere accettata da cittadini consapevoli; a me interessa la mia personale responsabilità di fronte a queste condizioni. Ed anche l'AIP deve ritenere inaccettabili questi dati, inserendosi così in un dibattito molto vivo anche nella letteratura internazionale su come la cura ed i risultati possibili di salute siano fortemente modulati dalle condizioni economiche e sociali (a questo proposito nel corso del recente seminario del Consiglio Direttivo AIP svoltosi a Torino sono state tenute due letture magistrali di livello molto alto da parte dei professori Giuseppe Costa e Benedetto Saraceno). A fronte di una situazione così grave di disuguaglianza, riflessa anche in molti altri settori della vita nazionale, che dovrebbe indurci a serie considerazioni sulla costruzione di capitale sociale, viviamo invece un trend di "rottura sociale", accompagnato dalla crescita dell'individualismo, dalla frammentazione, dallo "spaesamento" (termine che esprime concretamente la condizione di chi "non è più nel suo paese"). Però anche in questa atmosfera di preoccupazione continuiamo a fare il nostro dovere, consci di quanto sia difficile in un mondo che ha altri obiettivi; e per nostro dovere intendiamo non solo una decente routine giornaliera, ma anche la costruzione impegnativa di nuovi orizzonti per chi soffre.

Il nostro dovere di proporre modelli di protezione adeguati al bisogno continua ad esplicitarsi come nel recente passato; ad esempio, l'ambito psicogeriatrico avrebbe bisogno di un nuovo piano nazionale per le demenze a 10 anni dal Progetto Cronos. Ci auguriamo che il Ministero e le regioni possano trovare un accordo per un piano che non richieda investimenti, ma che rappresenti una testimonianza concreta dell'impegno della collettività verso gli ammalati ed anche verso chi ha lavorato per anni a loro favore, spesso in condizioni molto precarie. Il progetto Univa dell'AIP ha messo in luce una ricchezza di iniziative e di progetti ammirevole, che con una limitata "iniezione" di energie nuove potrebbe fare della rete UVA un presidio di ancor maggiore efficacia per la cura delle demenze. Con non più di 30-40 milioni all'anno si potrebbe adeguare lo staff medico delle UVA su tutto il territorio nazionale! Nell'attesa di un intervento che ci auguriamo tempestivo, guardiamo con orgoglio al lavoro delle Unità di Valutazione Alzheimer che pur a diversi livelli coprono su tutta l'Italia le richieste delle persone affette da demenza e delle loro famiglie. Peraltro l'AIP si è fortemente impegnata ad aumentarne la qualità attraverso il progetto Univa, che mira a fornire alle varie realtà strumenti formativi attraverso la Formazione A Distanza ed un continuo supporto tecnico-operativo. La discussione sulle UVA si inserisce in un'attenzione più ampia riservata dall'AIP alla rete dei servizi per gli anziani, tematica alla quale è stato recentemente dedicato un documento, che verrà commentato e presentato anche in sede di Congresso Nazionale.

I problemi connessi con l'organizzazione dei servizi sono moltissimi ed alcuni ci appaiono finanche più grandi di noi! Però, seppure nella difficile situazione di oggi, si possono sempre trovare, qui e là, spazi percorribili, con vantaggi indubbi per il benessere dei pazienti. Si pensi, ad esempio, alle occasioni che si aprono grazie alla recente legge che ha ampliato le funzioni delle farmacie e delle attività che possono trovarvi spazio. Un farmacista colto e preparato (e a chi spetta se non all'AIP avvicinare questa benemerita categoria di professionisti?) può essere di grandissimo aiuto all'anziano ed alla sua famiglia, sia attraverso il consiglio e l'accompagnamento, sia attraverso la fornitura diretta di servizi specialistici in accordo con le aziende sanitarie locali e con il medico di famiglia. Ne discende un invito forte a tutti i colleghi di AIP a guardare con attenzione alle grandi e piccole strade che si possono aprire e che devono essere percorse per migliorare la qualità delle cure. Non è un'indicazione pessimistica, ma

un invito realistico a sfruttare le possibilità che un Paese ricco di esperienze come il nostro può offrire.

Un secondo aspetto della complessità del momento è rappresentato dalla crisi economica che ha bloccato molti progetti innovativi ed in molte regioni sta addirittura limitando il mantenimento dei livelli attuali di assistenza. Il settore della domiciliarità è fermo ed è stata bloccata anche l'espansione della residenzialità. Qua e là si intravedono tentativi di dare risposte innovative, ma il bisogno di progettazione e sperimentazione è enorme; mancano però investimenti e luoghi preposti a questi studi (ci si domanda al proposito se in questi anni l'Università abbia messo in campo tutte le sue potenzialità; chi altro potrebbe impegnarsi per studiare soluzioni, aprendo nuove speranze per l'inventiva sociale?). All'opposto si continua a vedere l'imposizione di regole, leggi, programmi privi di studi che ne valutino le ricadute sul campo, cioè sul mondo dei servizi, ma prima ancora sul benessere dei cittadini; la burocrazia continua il suo lavoro, sorda rispetto al mondo reale; negli ultimi anni il peso che essa esercita sulle dinamiche dei servizi è molto aumentato e molto spesso in modo poco razionale. Chi, come noi, ha ritenuto che il mondo delle regole sia stato in passato una difesa forte delle persone più deboli oggi incomincia ad avere dei dubbi.

Nel frattempo la società va avanti per conto suo; parallelamente al sistema dei servizi continuerà, ad esempio, ad espandersi l'area delle cure affidata alle badanti, con tutte le pesanti limitazioni di questa soluzione. Limitazioni che non sono certamente dovute alla buona volontà delle lavoratrici straniere che hanno riempito un vuoto pratico ed ideale della nostra società. Il femminismo ha prodotto sulla propria strada questo paradosso: per la crescita dell'autonomia della donna italiana si è oggettivamente compromessa quella di donne di altri Paesi. Infatti sono insoluti i problemi della formazione e del lavoro nero, due aree non coperte se non da generosità locali, spesso non collegate con impegni istituzionali; ma più ancora non si è affrontato alla radice la collocazione di queste persone all'interno di un modello di welfare maturo. Cosa avverrà nei prossimi anni se auspicabilmente la disponibilità di manodopera straniera a basso costo cesserà? La crisi economica sta inserendo ulteriori fattori di cambiamento anche in questo ambito, perché si inizia a documentare un ritorno al lavoro domestico di donne italiane che hanno perso l'occupazione fuori dalla casa. In questa prospettiva va rivalutata l'importanza dell'assegno di accompagnamento, che con la ri-

duzione degli introiti delle famiglie ha assunto un ruolo sempre più rilevante. In passato qualche commentatore superficiale ha giudicato eccessiva la quota del 9,5% degli ultra-sessantacinquenni fruitrice dell'assegno di accompagnamento; oggi si ritiene non solo adeguata questa percentuale, ma anche estremamente importante per l'equilibrio sociale e quello di molte famiglie. Questa evoluzione però ha dei limiti, perché subita e non scelta liberamente; ciò induce all'interno della famiglia condizioni sempre più rilevanti di stress e lo sviluppo di forti tensioni; così il lavoro di cura perde una parte del proprio valore e quindi la possibilità di formare capitale sociale. Peraltro forte preoccupazione suscita la continua polemica contro le pensioni di invalidità e l'indennità di accompagnamento; anche se in passato vi è stata una certa leggerezza nei controlli, non per questo oggi si devono adottare criteri rigidi e severissimi, rallegrandosi per i numeri elevati di pensioni revocate, quasi fosse una battaglia vinta contro la povertà. In questo ambito l'area delle demenze è particolarmente delicata, perché da tempo si discute sul significato di invalidità con interpretazioni puramente "motorie", che penalizzano le persone affette da demenza e le loro famiglie, costrette ad un accompagnamento spesso pesantissimo (la famosa "giornata di 36 ore") che non viene riconosciuto e quindi non viene retribuito.

Passando a problematiche più strettamente cliniche l'AIP ha dedicato una particolare attenzione al Morbo di Parkinson, in quanto patologia che investe un ampio spettro di condizioni e che coinvolge tutta la vita del paziente e quella di coloro che vivono assieme a lui. Si è voluto indirizzare l'interesse dei medici verso la persona ammalata che invecchia e quindi l'evoluzione della sintomatologia ed anche dei diversi interventi di cura ed assistenziali. L'aumentata sopravvivenza dei pazienti impone nuove prospettive nella cura; è compito specifico di AIP inserirsi in questi ambiti tematici per apportare il contributo di una cultura che si rifà alle tre componenti (neurologica, geriatria e psichiatria) indispensabili, se integrate, per una cura che deve durare per il tempo della vita dell'ammalato.

L'AIP continua la propria attenzione verso le demenze, guardando con interesse all'evoluzione degli strumenti per la diagnosi e per la cura. In particolare sono studiate le nuove tecnologie sia di imaging che biochimiche, in grado di diagnosticare la malattia ai primi sintomi ed anche in fase presintomatica. L'AIP vuole continuare -sulla strada già da tempo tracciata- a polarizzarsi sia

sulle possibilità di intervento preventivo o precocissimo, sia sulle tematiche del paziente in fase molto avanzata. E' infatti la stessa persona che vogliamo seguire senza interrompere una cura che crea legami forti tra chi fornisce e chi riceve le cure; la competenza deve quindi essere arricchita di informazioni adeguate per gestire la fase iniziale e quella finale. L'unicità delle competenze non esclude il ricorso a qualche superspecialista in particolari condizioni; però senza interrompere una presa in carico in grado di affrontare i momenti più diversi della vita dell'ammalato.

Vi sono molti altri settori della pratica clinica quotidiana che hanno spazi significativi nell'AIP; si pensi al problema della cura del dolore, affrontato con tanta forza per modificare comportamenti inadeguati a lenire la sofferenza, ma che poi nel concreto mostra mille difficoltà ed incertezze. Proprio perché la pratica clinica è fatta di dati sperimentali, di esperienza, anche di affermazioni di principio, ma poi deve prevalere la lettura appassionata e sincera della singola situazione, è sempre necessaria la ricerca di un equilibrio non facile; però non possiamo rinunciare a considerare questo come un obiettivo costante del nostro lavoro.

Un altro aspetto significativo è quello della depressione. Il vecchio che soffre non trova significato nell'impegno per vivere meglio ed in queste condizioni vive di meno. Anche le malattie del soma diventano più pesanti da sopportare. La ricerca di una cura appropriata è doverosa, senza superficialità o pressapochismi; sappiamo invece quanta disattenzione vi sia negli ospedali, nelle residenze, ma anche a casa dell'anziano. La risposta si fonda sulla solidità di una cultura che permette di leggere la vita e la sofferenza comprendendone le cause biologiche, psicologiche, sociali e sulla ricchezza di un'esperienza che non induce indifferenza, ma, anzi, una sempre più profonda capacità di capire la persona che chiede aiuto, talvolta anche in modo non chiaro e spesso anzi rifiutando la relazione.

Un richiamo finale deve essere necessariamente dedicato alla ricerca ed alla formazione in ambito psicogeriatrico. In questo campo non si può operare se non si dedica spazio e tempo a ricercare a tutti i livelli i contenuti che aumentino il senso del nostro lavoro. La ricerca non è solo quella che si compie nei laboratori supertecnologici, ma anche quella del medico che nel suo setting cerca di trovare nuove strade, nuove logiche alle quali ispirare il suo procedere clinico, idee significative per applicare alla concretezza del singolo caso le

indicazioni che provengono dalla medicina basata sull'evidenza. Perché l'attitudine alla ricerca, e quindi alla critica, offre la possibilità di un'osservazione disincantata di tante situazioni o anche di tanti messaggi, che si rivelano alla fine solo distrattori rispetto al nostro lavoro consueto. Vicino alla ricerca si colloca la formazione, ambito al quale l'AIP ha dedicato sin dall'inizio grande attenzione. Siamo in un momento di trasformazione delle modalità con le quali le informazioni transitano verso gli operatori; per questo AIP continua ad utilizzare gli strumenti tradizionali, come i convegni e la "carta", ma sta sviluppando significati progetti di Formazione A Distanza (FAD), anche attraverso il più diretto coinvolgimento dei colleghi.

Concludo con due riferimenti a mondi non direttamente legati al nostro, ma che si riflettono sul nostro lavoro. Riporto le parole pronunciate dal Vescovo di Brescia nel corso della giornata mondiale del malato durante la visita ad una casa di riposo della città. Rivolgendosi ai medici ed agli altri operatori ha affermato con particolare enfasi: "Sentite la fierezza del vostro lavoro". Mi pare una frase nobilissima e di grande valore umano, perché invita a riconoscere che assistendo un anziano ammalato non stiamo assistendo ad un fallimento, ma concorriamo all'opera della natura (o della Provvidenza per chi crede). Per questo sentiamo sulle spalle una grande responsabilità; con le nostre mani e la nostra testa possiamo rendere più facile la vita delle persone fragili ed ammalate, riducendo le loro sofferenze. Fierezza vuol dire anche che non possiamo permetterci di essere pessimisti; né verso di noi, perché ogni atto di cura diverrebbe pesante e privo di senso, né verso le persone che assistiamo, perché qualsiasi sia la loro condizione dobbiamo caratterizzare il nostro operato come un atto positivo. Fierezza si deve trasformare in maggiore studio per essere sempre più colti e informati sulle tematiche cliniche, in maggior attenzione perché i risultati delle cure possano essere sempre più mirati, in maggiore capacità di relazione perché sappiamo che i nostri interventi tecnici viaggiano attraverso l'ascolto e la parola. L'altro riferimento conclusivo mi permette di citare una pagina del libro *Ishtar 2* di Antonia Aslan; la famosa scrittrice riporta la sua esperienza di un lungo ricovero in terapia intensiva e scrive pagine altissime sulle persone che l'assistono: "Giù buona -disse Antonella- e l'infermiera mi tenne la testa sul cuscino con le mani, mentre accostava il viso al mio e mi guardava con affettuosa pazienza. Io mi immerso

nei suoi begli occhi e nel suo viso di madonna quattrocentesca, liscio e denso come una ceramica, con la bianca pelle compatta e i pomelli rosati, e mi abbandonai esausta, in attesa". E' una descrizione tenera e profonda del rapporto tra l'ammalato e chi di lui si cura, della fiducia nella cura e nell'atteggiamento di dono. Anche nel nostro ambito la relazione ha significato, assieme

ad un'altra caratteristica umana spesso trascurata nella clinica, cioè la gentilezza. Chi invecchia è particolarmente sensibile a questo atteggiamento, che mi piace considerare in una rivista scientifica come attitudine che dovrebbe essere sempre presente anche tra colleghi e tra componenti delle equipe di lavoro.

RELAZIONI

Quali differenze fanno le differenze di genere nella relazione con il paziente?

FABRIZIO ASIOLI

Istituto di Psichiatria, Università degli Studi di Bologna - f.asioli@virgilio.it

Introduzione

Pur essendo note da tempo differenze rilevanti negli stili comunicativi dipendenti dal genere (anche fra i medici), si è evidentemente ritenuto che il lungo processo uniforme compiuto insieme dagli studenti di entrambi i sessi tendesse a ridurre le differenze di genere fino ad annullarle. Infatti, in tutti questi anni è stato completamente ignorato lo studio delle eventuali ricadute sulla relazione medico-paziente dovute a questa diversità, pensando che le competenze professionali e l'esperienza clinica costituissero i fattori di importanza esclusiva per la qualità della relazione col paziente.

Negli ultimi 20 anni è molto aumentato il numero di donne che intraprendono gli studi in Medicina e, ormai, esse si avviano ad essere la metà degli studenti della Facoltà; inoltre, soprattutto in alcune specialità della nostra disciplina, l'assistenza viene svolta in grande prevalenza da personale femminile. Questo fenomeno, destinato certamente a produrre trasformazioni rilevanti, è una –non la sola– delle ragioni per cui negli ultimi tempi si è cominciato a compiere ricerche per comprendere le influenze di genere sul rapporto medico-paziente e per cercare di analizzare le possibili conseguenze di questa novità nel campo dell'assistenza.

Dei pazienti sappiamo qualcosa di più

Abbiamo certamente conoscenze più approfondite sulle differenze di genere dei pazienti che non su quelle dei curanti. Negli ultimi vent'anni sono state esplorate le diverse modalità di ammalarsi degli uomini e delle donne, i fattori di rischio differenziati secondo il sesso ed anche i possibili determinanti in grado di influenzare l'appropriatezza terapeutica. Sappiamo che sono diversi i comportamenti verso la promozione della salute, il riconoscimento di malattia, l'accettazione del ruolo di paziente, l'uso dei servizi sanitari. Le donne hanno stili di vita più sani, tendono a cercare aiuto con maggiore tempestività, riescono ad esporre con maggiore facilità i loro problemi sia di natura somatica che psicologica, sono alte utilizzatrici di tutte le tipologie di servizi sanitari, in particolare di quelli di base, hanno maggiore aderenza alle terapie. Gli uomini, invece, con maggiore frequenza adottano comportamenti dannosi per la salute o francamente a rischio, riconoscono ed accettano i sintomi con più difficoltà, così come tendono a non cercare, supporto ed a rifiutare di essere aiutati, usano meno i servizi sanitari di base, preferiscono rivolgersi agli specialisti in quanto privilegiano le competenze tecniche del curante, sono più alti utilizzatori dei servizi ospedalieri e di emergenza. I pazienti, infine, mostrano una preferenza –seppure debole– per i curanti che abbiano il loro stesso sesso; come vedremo, questa preferenza diventa molto più spiccata quando il disturbo che lamentano è specifico per il sesso^{1,2}.

E i medici? Cosa ci dicono le (poche) ricerche

Studi effettuati nella Primary Care hanno mostrato che le dottoresse tendono ad essere più capaci di incoraggiare e di rassicurare il paziente, utilizzano modalità più condivise con lui nel prendere le decisioni, fanno più domande di contenuto psico-sociale e spendono più tempo -circa il 10% di quanto non facciano i dottori (maschi) nel colloquio con il paziente^{3,4}.

Ricerche più recenti ci hanno fatto comprendere che è soprattutto il *genere del paziente* a determinare le diverse modalità con cui i pazienti percepiscono i loro medici. I pazienti, a secondo che siano uomini o donne, valutano in modo differente le modalità con cui i loro medici si atteggiavano nella relazione con loro⁵: mentre i pazienti di sesso maschile sembrano non fare molte differenze rispetto al genere del medico de al suo stile comunicativo, le pazienti sono molto più selettive quando si tratta di valutare i loro dottori. Le pazienti sono molto più soddisfatte delle loro dottoresse se queste esprimono interesse ed empatia ed hanno un atteggiamento rassicurante; le stesse pazienti invece mostrano di non gradire esplicite manifestazioni di interesse o di preoccupazione, e preferiscono espressioni più contenute di empatia e di rassicurazione quando si trovano di fronte ad un medico di sesso maschile. In generale, è quindi il genere dei pazienti (essere donne) che favorisce un'interazione più approfondita con il medico quando egli presta attenzione alla loro esperienza di malattia ed ai fattori personali, anche se il genere del medico (essere donna) crea una condizione più favorevole per un'interazione partecipata ed i presupposti per una comunicazione più intensa⁶.

Risultati almeno all'apparenza sconcertanti, provengono dagli studi compiuti nel campo dell'ostetricia e della ginecologia. Sebbene sia dimostrato che, in questo setting, i ginecologi siano decisamente più capaci delle ginecologhe nell'offrire empatia ed affrontare con le pazienti gli aspetti emotivi dei loro problemi; molte pazienti continuano ad avere forti preferenze per le dottoresse confermando che, nel caso di malattie specifiche per il sesso, i pazienti prediligono medici che abbiano il loro stesso genere⁷.

Lo stile di comunicazione centrato sul paziente costituisce un fattore importante, anche se non il solo, della soddisfazione del paziente. Come rivelano bene le ricerche in campo ostetrico, l'abilità nell'avere una comunicazione più centrata sul

paziente non è limitata ad uno solo dei due generi. Una serie di studi iniziati almeno 30 anni fa ed effettuati con finalità molto diverse (migliorare le capacità relazionali e di counselling dei medici generalisti nella General Practice) ci hanno fatto capire che alcuni medici, più di altri, possiedono quelle abilità comunicative che tendono a creare le condizioni per una migliore qualità della relazione terapeutica (Tabella 1).

Tabella 1: Comportamenti del medico che migliorano la relazione con il paziente

- Mantenere il contatto visivo col paziente
- Fare commenti empatici
- Raccogliere i messaggi verbali e non verbali
- Porre domande dirette a contenuto psicologico
- Non leggere appunti o fare altro quando il paziente sta parlando
- Controllare l'eccessiva loquacità

Queste abilità, oltre a favorire la qualità della relazione terapeutica, migliorano -proprio per questo- anche sia le capacità diagnostiche che terapeutiche dei medici generalisti⁸. Questo indizio di ricerche, che tuttavia non ci dice molto dell'eventuale influenza di genere su tali abilità, ha dato impulso alla messa a punto, in molti Paesi compresa l'Italia, di training specifici di provata efficacia, finalizzati a migliorare gli skills relazionali dei medici di medicina generale⁹. Indipendentemente dal genere a cui si appartiene, è possibile cioè migliorare le proprie capacità relazionali, nel counselling, nel prendere decisioni condivise col paziente.

Molti degli studi citati hanno certamente il merito di avere posto l'attenzione sulle differenze di genere del medico nella relazione col paziente tuttavia, almeno fino a questo momento, non sono stati in grado di fornirci informazioni sufficientemente esaustive.

Diversità di genere ed attitudini alle relazioni interpersonali

Forse qualche indicazione in più può esserci fornita dal considerare come le diversità di genere influenzano -in generale- l'attitudine alla relazione con gli altri. Anche se questa prospettiva di analisi è, comprensibilmente, piena di rischi (di generalizzazioni, semplificazioni, stereotipie e quindi anche di atteggiamenti difensivi), tuttavia vale forse la pena di provare a percorrerla. Sin dall'inizio della vita, esistono *differenze di genere piuttosto nette*. Se, nei primi giorni dopo la

nascita mostriamo due oggetti simili, ma sostanzialmente diversi (l'immagine del volto sorridente di una donna ed una figura della stessa misura e colore, ma molto rimaneggiata, che assomiglia più ad un cellulare che ad un volto), le neonate guardano il volto di donna mentre i neonati fissano l'oggetto "strano". Questa differenza è stata interpretata come una manifestazione innata e precoce del maggiore interesse delle femmine per la relazione con l'altro¹⁰. Al di là delle considerazioni suggestive che ci vengono proposte da questo studio, è ben nota -oltre al ruolo svolto dai geni ed a quello delle influenze sociali sullo sviluppo dei bambini- l'azione esercitata dagli ormoni sulle attitudini relazionali. Ad esempio, madri con bassi livelli di testosterone nel liquido amniotico (quindi nel feto) mettono al mondo bambini che, indipendentemente dal sesso, hanno buon contatto visivo e lessico più ampio nei primi due anni di vita. Il contrario accade nei bimbi le cui madri hanno alti livelli di testosterone¹¹.

Marcate differenze di genere sono evidenti studiando anche il gioco dei bambini nella *prima infanzia*, quando si ha la preferenza ad interagire con coetanei dello stesso sesso. Le bambine sono interessate alle bambole, ai giochi che comportano intense interazioni relazionali, allo scambio di ruoli e collaborano fra di loro. I maschi invece fanno giochi competitivi, lottano in difesa del proprio spazio personale, hanno una maggiore capacità nel lanciare oggetti, preferiscono giocare con macchinine o alle costruzioni. Baron Cohen¹² sostiene che, già a questa età, c'è una superiorità del genere femminile nell' "empatizzazione": vale a dire, una migliore abilità nell'immaginare quello che gli altri stanno provando, quindi nell'immedesimarsi negli altri, e maggiori capacità linguistiche e comunicative degli aspetti emotivi. A ciò consegue che le bimbe abbiano una rete amicale più ampia dovuta alla loro attitudine ad una marcata socializzazione.

Al contrario, i maschi sono superiori nella "sistematizzazione": mostrano interesse per il modo in cui le cose funzionano, nella costruzione e distruzione di oggetti, per le attività che siano in relazione alle loro abilità spaziali, alla maggiore forza fisica e capacità di "orientamento". I maschi hanno più spiccate capacità dialettiche, ma sono più introversi e meno comunicativi delle loro emozioni. Ciò li porta ad avere meno amici.

Queste differenze -come sempre in natura- non sono nette ed hanno sovrapposizioni importanti: ad esempio, alcuni maschi sono più empatizzatori della media delle femmine; così come alcune femmine lo sono in modo inferiore ai maschi

meno empatici. Tuttavia non vi è dubbio che le modalità con cui i bambini socializzano fra di loro presentano differenze importanti.

Nella seconda infanzia e nell'adolescenza le differenze di genere tendono ad accentuarsi, in particolare rispetto alle modalità con cui si stabiliscono le *gerarchie di dominio*¹³⁻¹⁵. I maschi hanno comportamenti finalizzati alla leadership e tendono a proporsi come capi, anche con prepotenza; dedicano più tempo al controllo ed al mantenimento della posizione, cercano di non apparire deboli, maltrattano l'avversario, coinvolgendo anche gli altri nel denigrarlo e deriderlo. Hanno maggiore propensione alle prestazioni ed ai giochi competitivi (anche quando si è in due, c'è sempre un vincitore) e manifestano la tendenza ai comportamenti scorretti: interrompono, contraddicono e sono meno obbedienti all'autorità e meno adattabili all'ambiente. Le amicizie sono importanti, ma non essenziali. Di fronte agli insuccessi sono tendenzialmente etero-svalutatori, vale a dire, appaiono poco autocritici e più portati a valorizzare le responsabilità degli altri; quando si trovano davanti a problemi o ad ostacoli "esternalizzano" ed aggrediscono l'ambiente.

Le femmine, invece, hanno gerarchie di dominio meno stabili ed usano metodi meno appariscenti, ma più sofisticati per raggiungerle; utilizzano più tempo a comunicare e ad avere relazioni confidenziali; screditano l'avversaria facendo commenti maliziosi su di lei o sui suoi oggetti preferiti; sono più interessate a non perdere l'intimità di una relazione e propendono ad aspettare che abbia finito di parlare, a riconoscersi in quello che dice, a coinvolgersi in ruoli diversi, all'immaginazione di sentimenti. Hanno una più matura comprensione dello stato mentale dei coetanei. Di fronte agli insuccessi, le ragazze sono inclini all'auto-svalutazione, più portate cioè ad attribuirli ai propri difetti; sono pertanto, più esposte al rischio di delusioni. Quando si trovano davanti a problemi o ad ostacoli "internalizzano", si richiudono e si isolano.

In *adolescenza* le caratteristiche di genere si accentuano anche per il ruolo giocato dagli ormoni. I ragazzi sono più freddi ed "oggettivi" nella valutazione ambientale, non sanno comunicare le proprie emozioni, hanno pochi amici. Il testosterone tende a diminuire la fiducia interpersonale, aumenta la vigilanza, l'aggressività e la capacità di difesa^{16,17}. Avendo meno legami, i maschi corrono meno rischi rispetto alla rottura di relazioni significative. Inoltre essi riescono a trovare soddisfazione attraverso interessi coltivati anche in solitudine.

Le ragazze, invece, percepiscono ed interpretano l'ambiente in rapporto al loro benessere ed alle loro capacità. Manifestano bisogni affiliativi e cercano legami stretti basati sull'empatia; gli ormoni femminili hanno un ruolo di accentuazione su queste caratteristiche¹⁸, che infatti incrementano in caso di pubertà precoce; questa condizione aumenta infatti i rischi per l'insorgenza di fenomeni psicopatologici. La rottura di legami affettivi costituisce per le ragazze un evento traumatico più frequente e più a rischio di depressione in quanto fonte di delusione. L'attività ciclica degli estrogeni rende le femmine più vulnerabili agli stress probabilmente per la tossicità neuronale dei glucocorticoidi¹⁹.

Internalizzatori ed esternalizzatori

Internalizzazione ed esternalizzazione sono le due dimensioni principali di "funzionamento mentale", hanno diverse eziologie genetiche ed ambientali, non sono dimensioni opposte e antitetiche, ma possono coesistere, tendono a produrre disturbi specifici²⁰.

I soggetti internalizzatori hanno capacità di analizzare i propri sentimenti, sono inclini ad attribuire le loro difficoltà con l'ambiente ai propri difetti, conservano a lungo il ricordo degli eventi spiacevoli²¹, sono portati a riconoscere la sofferenza e le malattie e manifestano propensione a chiedere aiuto. Le femmine presentano in misura decisamente maggiore i disturbi dell'internalizzazione (ansia e depressione), nel corso dell'intero ciclo vitale.

Gli esternalizzatori hanno la capacità di scaricare la tensione verso l'esterno, tendono a dimenticare gli eventi spiacevoli²¹, sono meno autocritici, si

mostrano riluttanti a riconoscere le proprie sofferenze e malattie, manifestano avversione a chiedere aiuto. Presentano maggiori tassi di disturbi del comportamento, abuso di alcol, dipendenza da droghe, condotte antisociali). I maschi presentano questi disturbi in misura significativamente superiore alle femmine per tutto il ciclo vitale (Tabella 2).

I due gruppi di disturbi sono associati ad origini genetiche differenti, a diverse caratteristiche di temperamento e di personalità, e gli stili educativi dei genitori sono relativamente più importanti nei disturbi dell'esternalizzazione. I processi di vulnerabilità sono caratterizzati dall'interazione fra numerose variabili e non dagli effetti di un singolo fattore e coinvolgono processi sociali, psicologici, neurochimici e genetici¹³.

Quali sono le possibili ricadute di queste differenze in campo professionale?

La maggiore capacità di empatia e di immedesimazione con l'altro costituisce un tratto femminile. Ciò non solo rende le donne più capaci ad allevare i figli (e non solo perché, di fatto, sono principalmente le donne a crescere la prole!), ma anche, più in generale, le rende più sensibili all'aiuto. Tuttavia questa disponibilità si realizza a pieno soprattutto quando l'offerta di aiuto si inserisce all'interno di rapporti intensi e duraturi. La motivazione profonda di questo atteggiamento deriva dalla necessità di soddisfare un'attitudine psicologica indirizzata a rafforzare il rapporto che si ha con la persona che si aiuta. In sostanza, l'appagamento del bisogno profondo, dal quale dipende l'autostima femminile, tende ad accentuare il legame (che già esiste

Tabella 2: Prevalenza per 1000 dei disturbi della internalizzazione e dei disturbi della esternalizzazione nel 2000. Fonte: Office of National Statistics. (Goldberg, Goodyer, 2007).

DISTURBI DELLA INTERNALIZZAZIONE

	età	20	30	40	50	60	70
ansia, depressione, fobie, disturbi oss.-compul.	FEMMINE	200	210	210	217	162	133
	MASCHI	93	141	158	177	140	58

DISTURBI DELLA ESTERNALIZZAZIONE

Dipendenza da alcol	FEMMINE	73	42	21	15	7	4
	MASCHI	217	163	139	69	33	25
utilizzo di droghe	FEMMINE	67	28	12	4	4	4
	MASCHI	163	94	26	20	5	1

o che si intende creare) ed a rendere ancora più vicini ed emotivamente “dipendenti” da chi sta aiutando²². Le professioni di aiuto possono quindi costituire per le donne una potenziale condizione di rischio per un eccessivo coinvolgimento emotivo: propongono infatti sollecitazioni delle caratteristiche (internalizzazione), ma anche delle vulnerabilità proprie del genere femminile (disturbi dell’internalizzazione). A causa del grande impegno emotivo e degli aspetti contraddittori della gratificazione professionale con i pazienti²³, può aumentare il rischio per delusioni, consumo emotivo e disturbi psicopatologici, in particolare di tipo ansioso e depressivo.

Tuttavia le donne hanno la possibilità di mettere al mondo dei figli. Una gravidanza, se desiderata, rappresenta un fattore fortemente protettivo: permette per un certo periodo di tempo l’interruzione del lavoro, ma soprattutto, per quanto faticosa, costituisce un’esperienza straordinariamente gratificante dal punto di vista emotivo. Recenti studi hanno messo in evidenza che nel cervello delle madri (così come in quello delle persone innamorate) vengono attivate le stesse aree cerebrali, nelle quali sono presenti recettori del sistema di ricompensa legati alla dopamina, ed anche altre aree ricche di ossitocina e vasopressina, neuroormoni che influenzano il legame di attaccamento e che, come nel caso dell’innamoramento, disattivano le zone cerebrali legate al giudizio sociale ed al riconoscimento delle emozioni negative²⁴.

I maschi si propongono invece rispetto all’aiuto in modo più selettivo, “razionale” e, per così dire, occasionale: non a caso, essi sono passati alla storia come cavalleschi, appunto. I maschi sono capaci di disponibilità e dedizione anche profonde, ma non necessariamente a tutti. La motivazione prevalente che sostiene il comportamento maschile è il bisogno di ottenere (o consolidare) una posizione di riconoscimento da parte degli altri (“renderli obbligati”), condizione da cui dipende fortemente la propria autostima. L’uomo è molto più attento al contesto ambientale di quanto non sia la donna ed una maggiore spinta alla competizione. I rischi in cui può incorrere, tenuto conto delle vulnerabilità connesse al tratto caratteristico di genere (esternalizzazione), sono quelli che possono derivare da un’accentuazione di questa caratteristica, con il risultato di diventare troppo dipendenti dal contesto, con un aumento dei livelli di conflittualità e dei contrasti, una limitazione alla disponibilità emotiva nella dimensione di aiuto, isolamento e disagio

conseguente²².

Gran parte dei bisogni psicologici degli adulti si modulano sul binomio affiliazione-dominanza. È su questa doppia e contraddittoria istanza di essere protetti-potere imporsi che ognuno di noi cerca di soddisfare la necessità di mantenere un’identità personale sufficientemente solida. È evidente quanto le condizioni professionali possano costituire un elemento di rinforzo di una di queste polarità, in particolare nel caso di quei professionisti in cui prevalga uno sbilanciamento rilevante verso una di queste spinte interiori.

Un’altra differenza importante: le modalità con cui comunichiamo

Il modo con cui comunichiamo si struttura su due livelli fondamentali e molto diversi: uno, più esplicito ed immediatamente osservabile (il *contenuto* di quello di cui stiamo parlando); un secondo -definito metacomunicazione- più profondo ed emotivo, determinante, non del tutto consapevole e pertanto anche più sincero (il *tipo di relazione* che intendiamo instaurare con l’interlocutore). Di qualunque cosa le persone parlino, esse contemporaneamente ed inevitabilmente “parlano” anche dei rapporti che intercorrono fra loro, cioè della loro relazione, degli atteggiamenti di potere e dei sentimenti che li legano. Le due funzioni relazionali fondamentali della meta-comunicazione sono il controllo e l’affiliazione.

Una tipica situazione di meta-comunicazione all’insegna del *controllo* è quella che avviene durante una visita medica “tradizionale”: il medico parla complessivamente di più (circa l’80% del tempo, pone più del 90% delle domande, interrompe il paziente molto più di quanto non accada al contrario, decide quanto porre termine all’incontro, ecc.²⁵). È evidente che queste modalità comunicative hanno anche (e soprattutto) la finalità di determinare chi detiene il controllo della relazione e la vuole governare; proprio per questa ragione, in quanto l’interlocutore risulta in una posizione squilibrata ed asimmetrica, egli tenderà a sua volta a ridurre la sua partecipazione, sia emotiva che quella di contenuto.

Ma oltre al bisogno di controllo (del discorso, dell’interlocutore, della relazione) in ogni comunicazione sono sempre in gioco anche sentimenti (più o meno intensi) ed emozioni (positive e negative). La funzione dell’*affiliazione*, che privilegia la comunicazione degli aspetti emotivi, si avvale di alcune abilità specifiche (la prossimi-

tà, il contatto visivo, l'attenzione alle espressioni emotive, la tolleranza verso eventuali debolezze dell'interlocutore, ecc.).

Come si è detto, il genere femminile è più incline ad utilizzare queste modalità, non solo nel setting professionale. È molto probabile che la preferenza femminile a questo aspetto comunicativo non verbale sia anche determinata dalla predisposizione naturale ad allevare i figli che viene rinforzata dalle eventuali esperienze di maternità compiute²⁴. Le donne manifestano una maggiore abilità a cogliere messaggi non verbali, sorridono più facilmente, guardano di più l'interlocutore; però mostrano anche minore capacità a decodificare "messaggi ingannevoli" quando l'interlocutore è conosciuto (un "amico")²⁵.

I maschi sono invece più portati ad assumere uno stile comunicativo basato sul bisogno di esercitare un controllo della relazione: sono più normativi, fanno maggiore leva sugli aspetti verbali, entrano meno "in confidenza"; le loro modalità di comunicazione sono più direttive e meno cooperative. Tali caratteristiche sono correlate ad una maggiore trasmissione di informazioni, ma prestano anche minore attenzione alla condizione emotiva dell'interlocutore; perciò inducono un'inibizione nell'invio di questo tipo di messaggi.

Infine, è necessario tenere presente che la meta-comunicazione ha scarso contenuto semantico, ma forte contenuto pragmatico; è in grado cioè di esercitare un potente effetto di influenzamento sul comportamento dell'interlocutore, di molto superiore a quello della comunicazione verbale che, invece, è fortemente informativa ma scarsamente vincolante.

A questi differenti stili comunicativi corrispondono anche diversi atteggiamenti e risultati pedagogici (nella funzione genitoriale, nella didattica ed in qualsiasi campo educativo): lo stile basato sul controllo porta più facilmente a frustrare l'altro in caso di errore, mentre allo stile affiliativo si associa, con maggiore frequenza, l'attitudine a premiare il successo. Sappiamo bene che, per la promozione di qualsiasi tipo di cambiamento, qualunque sistema premiante risulta molto più efficace di quelli basati sulla punizione.

Lavorare in gruppo

L'esercizio della Medicina ha subito negli ultimi decenni grandi trasformazioni nel suo esercizio: lavorare in equipe ha assunto un'importanza centrale e la capacità di collaborazione fra professionisti con livelli anche molto alti di diversità (di co-

noscenze, specializzazione, ruolo, responsabilità, ecc.) oggi è riconosciuta come uno degli aspetti decisivi nel promuovere la qualità dell'assistenza. Esistono importanti differenze di genere nelle modalità comunicative, comportamentali, nel come ci si propone nel gruppo, dovute anche alle diversità nella percezione del lavoro, del valore che si dà al proprio impegno, nell'affrontare i problemi e nei modi con cui si reagisce allo stress. Queste differenze -se ignorate- sono destinate a creare miscommunication, quindi ostacoli al buon funzionamento dell'equipe²⁷. Gruppi "misti", composti sia da uomini che da donne, tenderanno a vivere fraintendimenti ed incomprensioni che sono dovute proprio a queste diversità. Ma anche équipes formate da professionisti appartenenti ad un solo genere non sono immuni da disfunzioni determinate, in questo caso, da modalità più uniformi e ripetitive, in definitiva meno ricche, di approccio al lavoro.

Qualche esempio delle diverse modalità di proporsi (non solo) nel gruppo: gli uomini hanno uno spiccato bisogno di sentirsi necessari; esprimono più alti livelli motivazionali quando si sentono utili e percepiscono fiducia e stima da parte dei colleghi; sul lavoro danno molta importanza alla competenza, agli obiettivi, ai risultati, al potere. Di fronte allo stress tendono a chiudersi in loro stessi, a concentrarsi sul problema, a rimuginare; per questa ragione sono portati a isolarsi, a diventare silenziosi, faticano a condividere il problema con gli altri ed a chiedere o ricevere consigli. Gli uomini, anche quando non riescono a risolvere i loro problemi, sono più capaci di distrarsi.

Le donne invece hanno -anche sul lavoro- soprattutto bisogno di sentirsi apprezzate; la loro motivazione si rafforza quando percepiscono che sono oggetto di sollecitudine e comprensione; in genere privilegiano i sentimenti e la qualità delle relazioni rispetto ad altri obiettivi, per quanto siano importanti per loro. Tendono ad essere molto coinvolte emotivamente dalle difficoltà, col rischio di esserne sopraffatte, fanno più fatica a "distaccarsi" dal problema; hanno bisogno di potersi fidare con persone di cui si fidano perché traggono beneficio dall'ascolto, dalla comprensione e dai consigli, anche se la fonte di stress non viene risolta¹⁴.

Nella Tabella 3 vengono sintetizzate indicazioni²⁸ per migliorare comportamenti e capacità comunicative, rispetto ai limiti proposti dalle rispettive caratteristiche di genere.

Tabella 3: Lavoro in gruppo. Cosa sarebbe opportuno imparare (Tannen, 1992)

FEMMINE	MASCHI
<ul style="list-style-type: none"> • ---- • prestare attenzione a chi è in posizione predominante • esprimere la propria posizione, non solo i vissuti • agire con indipendenza • proporre soluzioni • concentrarsi sui fatti • proteggere il proprio spazio • parlare apertamente in pubblico • coltivare il piacere del silenzio • esprimere rispetto • ---- • ---- 	<ul style="list-style-type: none"> • stabilire contatti • cercare livelli paritari e collaborare • ascoltare empaticamente • condividere i problemi e non allontanarsi • cercare decisioni consensuali • ---- • ---- • includere le sensazioni nei discorsi • limitare i silenzi • esprimere apprezzamenti • cercare aiuto • offrire più calore che consigli

Conclusioni

Attraverso la selezione naturale, la divisione primaria delle attività in rapporto al genere sembra avere lasciato qualche traccia non soltanto sui comportamenti legati alla riproduzione ed alla vita di coppia, ma anche sulle capacità cognitive più generali. Se è molto verosimile che per migliaia di anni siano stati prevalentemente i maschi a cacciare ed a combattere e le femmine ad occuparsi di attività di tutela e sussistenza, è anche più che probabile che questa divisione di compiti abbia lasciato la sua traccia nel cervello e nelle disposizioni mentali dei due sessi.

Ciò che chiamiamo intelligenza consiste non tanto in una potenzialità operativa universale di cui tutti, più o meno, siamo dotati, ma di abilità cognitive orientate ad affrontare le situazioni *in un certo modo*, che può anche non essere il migliore possibile. La ricerca ha infatti messo in evidenza come non sempre tendiamo a risolvere i problemi nel modo preferibile, nella maniera più "logica", e spesso neppure più realistica, ma se-

condo procedure che sono connaturate al modo (determinato) di funzionare del nostro cervello²⁹. Contrariamente ad una concezione molto diffusa, nel nostro cervello non esiste una struttura sovraordinata, "un vertice", che sovrintenda e governi tutte le funzioni; esso opera invece per "moduli", ciascun modulo fa la sua parte, e agisce *in modo cooperativo* con gli altri.

Ma allora: le diversità di genere, oltre che avere garantito la sopravvivenza della specie, non potrebbero costituire un'opportunità che ci è stata offerta per affrontare la realtà in modo meno frammentato, più cooperativo, in definitiva più "intelligente"? Se le cose stessero così, è del tutto augurabile che anche l'esercizio della Medicina e la cura dei pazienti venga affidata alla intelligente capacità di collaborazione fra i generi.

Forse, proprio in questa direzione, ci sollecita il messaggio di un Vangelo apocrifo: "Quando ridurrete il maschio e la femmina a un unico essere, così che il maschio non sia solo maschio e la femmina non solo femmina, allora avrete trovato l'entrata del Regno" (*Vangelo di Tommaso, 22*).

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Boidi G, Attolini L. Influenza del genere nella relazione di aiuto. In Ferro AM, Parodi C, Corazzo S (a cura di). La relazione di aiuto. Una speranza nel vivere quotidiano. Roma: CIC, 2007.
- ² Courtenay W. Gender and ethnic differences in health belief and behaviours. *Journal of Health Psychology* 2002; 7: 219-31.
- ³ Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analysis review. *Patient Education and Counseling* 2002; 48, 3: 217-24.
- ⁴ Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication. *JAMA* 2002; 288, 6: 756-64.
- ⁵ Schmid Mart M, Hall JA, RoterDL. Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling* 2007; 68, 1: 16-22.
- ⁶ Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in Primary Care: Physician and patient gender and gender concordance. *Journal Women's Health* 2009; 18 (4): 539-45.
- ⁷ Roter DL, Geller G, Bernhardt B, Larson S, Daksum T. Effects of Obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstetrics and Gynecology* 1999; 93, 5: 635-41.
- ⁸ Gask L, Goldberg DP, Lesser AL & Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evalu-

- ation of a group training course. *Medical Education* 1988; 22: 132-8.
- ⁹ Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Ferrari G. Improving psychiatric interview skills of established general practitioners: evaluation of a group training course in Italy. *Family Practice* 2003; 20, 4: 363-9.
- ¹⁰ Connelan J, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Barki A, Ahluwalia J. Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behaviour and Development* 2001; 23: 113-8.
- ¹¹ Lutchmaya S, Baron-Cohen S, Raggatt P. Foetal testosterone and eye contact. *Infant Behaviour and Development* 2002; 24: 418-24.
- ¹² Baron Cohen S. *The essential difference: men women and the extreme male brain*. London: Lane, 2002.
- ¹³ Goldberg D, Goodyer I. *Origine e sviluppo dei disturbi mentali*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2007.
- ¹⁴ Gray J. *Men are from Marts, women are from Venus*. New York: Harper, 1992.
- ¹⁵ Maccoby EE. *The two sex, growing apart, coming together*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- ¹⁶ Hartup WW. The company they keep: friendships and their developmental significance. *Child Development* 1996; 67 (1): 1-13.
- ¹⁷ Herman EJ, Bos PA, Osserwaarde L, Ramsey NF, Fernandez G, van Honk J. Effects of endogenous testosterone on the ventral striatal Bold response during reward anticipation in healthy women. *Neuroimage* 2010; 1, 52: 277-83.
- ¹⁸ Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine* 1999; 29 (5): 1043-53.
- ¹⁹ Seeman MV, Cohen R. Focus on women: a service for women with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1997; 49: 674-7.
- ²⁰ Kendler KS, Davis CG, Kessler RC. The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Co-Morbidity Study. *British Journal of Psychiatry* 1997; 158: 582-6.
- ²¹ Angst J, Dobler-Mikola A. The Zurich study II. The continuum from depressive to pathological depressive mood swings. *European Arch. of Psychiatry and Neurological Science* 1984; 234: 21-9.
- ²² Canevaro A, Chieregatti A. *L'incontro con l'altro nelle professioni educative*. Roma: Carocci, 1999.
- ²³ Asioli F. I pazienti ingrati. In: Pellegrino F. (Ed.). *La sindrome del burn out*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000.
- ²⁴ Bartels A, Zeki S. The neural basis of romantic love. *European Journal of Neuroscience* 2010; 12: 172-93.
- ²⁵ Beccastrini S. *Competenze comunicative degli operatori della salute*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000.
- ²⁶ David D. Differenze fra uomini e donne nei processi di comunicazione. In Zani B, Selleri P, David D. *La comunicazione. Modelli teorici e contesto sociali*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1994.
- ²⁷ Zani B. Quando la comunicazione fallisce. In Zani B, Selleri P, David D. *La comunicazione. Modelli teorici e contesto sociali*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1994.
- ²⁸ Tannen D. *Ma perché non mi capisci? Alla ricerca di un linguaggio comune fra uomini e donne*. Torino: Frassinelli, 1992.
- ²⁹ Jervis G. *Prime lezioni di psicologia*. Bari: Laterza, 2000.

Le problematiche psicogeriatriche nella riabilitazione dell'anziano fragile: evidenze cliniche ed approcci terapeutici

LUIGI BARATTO¹, PAOLA TOGNETTI¹, MARCO VAGGI¹, FABRIZIO COSTANZO²

¹U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale Ospedale La Colletta – ASL 3 Genovese

²Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASL 3 Genovese

luigi.baratto@asl3.liguria.it

Introduzione

La condizione clinica che caratterizza la post-acuzie pone il riabilitatore di fronte a sintomi somatici generali che possono avere un peso prognostico rilevante anche per gli aspetti del recupero specifico.

Tali sintomi (incremento dell'affaticabilità¹, sindromi dolorose di vario tipo², disturbi del sonno, alterazioni dell'appetito, ecc.) hanno, come è noto, relazioni complesse con le caratteristiche fisiopatologiche dell'esito.

Infatti come possono essere in stretta correlazione con quest'ultimo e con il decondizionamento biologico secondario, possono essere anche espressione di problemi clinici coesistenti molto differenti.

Come emerge dalla letteratura la *sickness behavior*³, la depressione e la struttura di personalità pre-morbosa possono, in vario modo, modulare il sintomo somatico.

Questi aspetti rinviano a quanto noto relativamente alla complessa interazione fra condizione depressiva, fattori di rischio legati alla personalità, fattori di rischio biologico, in particolare la condizione da stress in post-acuzie⁴, aspetti sub-clinici di malattia, malattia principale ed esiti⁵⁻⁷.

Nella fasi avanzate della vita inoltre il sintomo somatico tende a sostituire le manifestazioni timiche della depressione^{8,9}.

Gli individui, in relazione all'incontro con eventi avversi, possono mostrare reazioni disuguali: principalmente l'esito sulla salute è modulato dalla gravità dell'evento che, se molto grave, produce un effetto nella maggior parte dei soggetti, ma le caratteristiche individuali di reazione alle circostanze sfavorevoli sono fondamentali nel determinare gli esiti specifici sulla salute e sul benessere^{10,11}.

Pertanto, nel quadro dei processi diagnostico-terapeutici che caratterizzano il progetto riabilitativo individuale, è necessario poter disporre di strumenti clinici, che consentano di rimodulare le prestazioni differenziando gli interventi in rapporto alla diversa tipologia del paziente, alle caratteristiche ed al peso dei fattori psicopatologici responsabili dei sintomi somatici¹²⁻¹⁵.

Una maggiore espressione di sintomi fisici è inoltre spiegata da diversi fattori psicosociali.

Tra questi sono stati da noi considerati l'espressione emotiva nel costrutto dell'alessitimia ed il concetto di locus of control della salute.

Il concetto di alessitimia è caratterizzato dalla difficoltà ad identificare e comunicare le emozioni e da un impoverimento della fantasia^{16,17} e più recentemente definito come disturbo implicante un deficit nell'espressione e nella regolazione delle emozioni¹⁸.

Tali caratteristiche sono state associate a differenti disturbi medici e psichiatrici^{19,20} in cui un maggior livello di alessitimia è ritenuto responsabile di una maggiore espressione di un malessere fisico. È inoltre riconosciuto il ruolo dell'alessitimia nella persistenza dei sintomi fisici²¹.

Il concetto di locus of control della salute, nato come elaborazione del concetto di locus of control inserito nella teoria dell'apprendimento sociale^{22,23}, si riferisce alle credenze che le persone hanno in relazione al controllo sul proprio stato di salute.

In base a quanto concettualizzato da Wallston e colleghi^{24,25} le persone che credono che il proprio comportamento influenzi il proprio stato di salute possiedono un locus of control interno riguardo alla propria salute. Al contrario il locus of control sarà di tipo esterno laddove gli individui ritengono che il proprio stato di salute sia influenzato dalle azioni degli altri, dal fato o dalla fortuna. Tali credenze, dunque, influenzano il comportamento degli individui producendo degli effetti sullo stato di salute²⁵.

Il legame tra espressione somatica dei sintomi, depressione e modulazione dei sintomi da parte di diversi fattori psico-sociali è noto in letteratura. Il nostro studio ha avuto lo scopo di valutare l'espressione somatica dei sintomi in una popolazione di pazienti ricoverati in riabilitazione intensiva post-acuzie per esiti specifici di lesioni del Sistema Nervoso Centrale o dell'apparato locomotore. L'obiettivo principale è stato quello di confermare quanto noto in letteratura con particolare attenzione alla possibile modulazione di sintomi somatici, secondaria ad aspetti psicopatologici non unicamente riconducibili alla depressione, e di valutarne il significato nel contesto riabilitativo.

L'obiettivo secondario è stato quello di ipotizzare, sulla base dei risultati ottenuti, un trattamento diversificato, al fine di ottimizzare l'efficacia riabilitativa e di migliorare gli aspetti prognostici a breve e lungo termine.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto su 57 soggetti afferenti presso l'U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Ospedale La Colletta di Arenzano (GE) e presso l'I.R.C.C.S. Fondazione Maugeri di Genova Nervi per un programma di riabilitazione. I soggetti sono stati reclutati tra tutti gli ammessi ai reparti nel periodo compreso tra luglio ed ottobre 2010. Tutti i soggetti venivano reclutati

dopo essere stati informati sugli obiettivi dello studio e dopo aver firmato un consenso.

In analogia con quanto riportato in letteratura, si decideva di escludere dal campione i soggetti che, al momento dell'ingresso in reparto, presentavano una compromissione cognitiva tale da compromettere la corretta esecuzione delle scale di valutazione, per cui sono stati inclusi nello studio i pazienti con un punteggio al MMSE ≥ 25 ²⁶. Lo studio prevedeva una prima fase di valutazione all'ingresso in reparto ed un follow-up a due settimane dalla prima valutazione. Per migliorare l'attendibilità delle valutazioni veniva effettuato uno specifico addestramento per le scale utilizzate.

Tutti i soggetti reclutati sono stati sottoposti alle seguenti valutazioni:

- a) psico-diagnostica attraverso somministrazione della Mini International Neuropsychiatric Interview Plus – M.I.N.I. Plus^{27,28};
- b) gravità clinica della depressione attraverso somministrazione di Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)²⁹⁻³¹;
- c) grado di alexithymia attraverso la somministrazione della Toronto Alexithymia Scale nella versione a 20 item (TAS-20)^{32,33};
- d) locus of control della salute: Multidimensional Health Locus of Control – Form C (MHLC-C)^{25,34};
- e) numero di sintomi somatici riferiti attraverso la compilazione di una check-list di sintomi tratti dalla HAM-D.

Al follow up venivano ripetute la valutazione psico-diagnostica e la valutazione di gravità della depressione, inoltre veniva somministrata la Beck Depression Inventory-II (BDI-II)^{35,36}, il cui risultato può essere considerato integrativo al risultato della HAM-D.

Per l'analisi quantitativa dei dati è stato utilizzato il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versione 13.0 per Windows).

Per l'analisi delle correlazioni tra le diverse scale di valutazione è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson. La riduzione della dimensionalità delle variabili considerate nella prima fase di valutazione è stata effettuata attraverso l'analisi delle componenti principali (PCA). Per la costruzione di un modello predittivo di una maggiore manifestazione di sintomi somatici è stata eseguita un'analisi di regressione multipla. Dopo aver suddiviso il gruppo di partecipanti in cluster tramite una two-step cluster analysis, i gruppi sono stati confrontati attraverso il Test esatto di Fisher e tramite l'analisi della varianza (ANOVA).

Infine la valutazione dei cambiamenti tra la prima fase ed il follow-up è stata valutata tramite il test *t* per campioni dipendenti.

Risultati

Le caratteristiche demografiche e cliniche dei partecipanti sono riportate in Tabella 1.

La valutazione psico-diagnostica effettuata tramite l'intervista diagnostica strutturata M.I.N.I. Plus ha rivelato che tra i partecipanti allo studio 31 soggetti (54,40 %) non soddisfacevano i criteri per alcuna diagnosi psicopatologica. Considerando i soggetti che soddisfacevano i criteri per almeno una diagnosi psicopatologica, tenendo conto degli obiettivi dello studio, si decideva di aggregare nella categoria disturbi depressivi, le diagnosi di disturbo depressivo maggiore, distimia, disturbo dell'umore dovuto a condizione medica. 21 soggetti (36,80 %) presentavano un disturbo depressivo e 5 soggetti (8,80 %) presentavano un disturbo d'ansia. Nella categoria disturbi d'ansia venivano inclusi i pazienti con diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato, disturbo ansioso-depressivo misto, disturbo d'ansia generalizzato dovuto ad una condizione medica.

L'intervista strutturata, somministrata in dimissione, confermava le diagnosi di ingresso nella totalità del campione.

I valori di correlazione tra i punteggi riportati alle scale di valutazione somministrate in fase di ingresso mostrano che i punteggi della HAM-D sono risultati significativamente associati al fattore "fortuna" della MHLC-C ($r = .34, p < .05$) ed al fattore "Difficoltà nell'identificare le emozioni"

della TAS-20 ($r = .51, p < .01$). Il fattore "fortuna" della MHLC-C è risultato significativamente correlato al fattore "altri" della stessa MHLC-C ($r = .35, p < .01$), al fattore "Difficoltà nell'identificare le emozioni" della TAS-20 ($r = .29, p < .05$) ed al fattore "Pensiero orientato all'esterno" della TAS-20 ($r = .43, p < .01$). Infine il fattore "Difficoltà nell'identificare le emozioni" della TAS-20 è risultato associato in modo significativo al fattore "Difficoltà nel comunicare le emozioni agli altri" della stessa TAS-20 ($r = .38, p < .01$).

Per valutare come si raggruppavano le differenti variabili in base ai punteggi osservati nelle scale di valutazione somministrate, sintetizzando le informazioni e riducendo la dimensionalità dell'insieme delle variabili ad un set di punteggi meno ampio, è stata eseguita un'analisi delle componenti principali. Sia per la TAS-20 che per la MHLC-C si è ritenuto opportuno considerare i valori delle relative sottoscale.

L'osservazione dell'esito del grafico decrescente degli autovalori ha suggerito di estrarre tre componenti. Dalla Rotated Pattern Matrix, ottenuta utilizzando il metodo Varimax, si può osservare che ognuna delle nove variabili prese in considerazione presentava una saturazione su una componente principale di valore maggiore rispetto alle altre due. In base alle saturazioni dei punteggi nelle componenti estratte le tre componenti sono state rispettivamente denominate *Alta condizione depressiva*, *Alta dipendenza nella gestione della salute*, e *Buona gestione della salute*.

In Tabella 2 sono presentati i valori di saturazione per le tre componenti estratte.

Con lo scopo di costruire un modello che possa predire una maggiore manifestazione di sintomi somatici è stata eseguita un'analisi di regressione multipla, in cui i valori relativi alle componenti estratte nella PCA sono stati utilizzati come variabili indipendenti (predittori), mentre la variabile dipendente è rappresentata dal numero di sintomi riferiti nella prima fase di valutazione. L'analisi di regressione multipla, effettuata secondo il metodo "per blocchi", ha mostrato che il 78% della variabilità della variabile dipendente è spiegato dal set di predittori (R^2 corretto = .78).

Dall'analisi dei coefficienti emerge che risultano significativi i parametri dei predittori "Componente 1: Alta condizione depressiva" e "Componente 2: Alta

Tabella 1: Caratteristiche demografiche e cliniche del gruppo di partecipanti

		Partecipanti (N= 57)
Genere	Femmine	40 (70.20 %)
	Maschi	17 (29.80 %)
Età media (d.s.)		M= 72.05 (± 5.44)
Motivo del ricovero	Esiti di Frattura di Femore/ Gravi Fratture	20 (35.10 %)
	Esiti di Protesizzazione	21 (36.80 %)
	Esiti di Ictus	11 (19.30 %)
	Altri Esiti Neurologici	5 (8.80 %)

Nota: N= numero di casi validi; M= media; d.s.= deviazione standard

Tabella 2: Analisi Componenti Principali: Matrice dei componenti ruotata *

	Componente		
	1	2	3
HAM-D	.84	.24	-.31
MHLC-C Fattore Interno	-.02	.20	.69
MHLC-C Fattore Fortuna	.37	.65	.26
MHLC-C Fattore Medici	.01	.04	.64
MHLC-C Fattore Altri	-.15	.63	.38
TAS-20 Fattore "Difficoltà nell'identificare le emozioni"	.79	-.03	.25
TAS-20 Fattore "Difficoltà nel comunicare le emozioni agli altri"	.60	-.44	.31
TAS-20 Fattore "Pensiero orientato all'esterno"	.14	.76	-.02
Numero di sintomi somatici riferiti alla prima valutazione	.80	.30	-.24

Nota: Metodo estrazione: analisi componenti principali. Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.
 * La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 8 iterazioni.

dipendenza nella gestione della salute”, mentre il predittore “Componente 3: Buona gestione della salute” ha effetti trascurabili.

I valori dei coefficienti standardizzati indicano che l’effetto del predittore “Componente 1” ($\beta = .80, t(53) = 12.76, p < .001$) è più importante dell’effetto del predittore “Componente 2” ($\beta = .30, t(56) = 4.48, p < .001$) nel determinare la risposta della variabile dipendente “Numero di sintomi riferiti nella prima valutazione”. I coefficienti sono mostrati in Tabella 3.

Per valutare come si differenziavano i partecipanti in base ai punteggi nelle tre componenti estratte, attraverso la cluster analysis i 57 soggetti sono stati suddivisi in due cluster, i quali differivano in particolar modo nella terza componente della PCA.

Il confronto tra l’appartenenza al cluster 1 o 2 e la variabile “Diagnosi psicopatologica” effettuato mediante il Test esatto di Fisher fa emergere una differenza significativa tra i due gruppi ($p < .05$): i soggetti appartenenti al cluster 1 avrebbero una maggior probabilità di ricevere una diagnosi psicopatologica.

A confermare tale risultato, il confronto tra i punteggi medi dei due cluster differiscono significativamente nella scala HAM-D ($F(1,55) = 5.88, p < .05$) dove il cluster 1 presenta una maggiore gravità di depressione. Nel follow-up l’associazione tra i punteggi della HAM-D somministrata nella prima fase e quelli riportati alla nuova somministrazione è altamente significativa ($r = .92, p < .001$). Ugualmente i punteggi della HAM-D mostrano un’associazione altamen-

te significativa con la BDI-II ($r = .72, p < .001$). Si evidenzia inoltre una correlazione altamente significativa anche tra i punteggi della HAM-D relativi al follow up ed i punteggi della BDI-II ($r = .79, p < .01$).

Le medie delle risposte dei soggetti dei due cluster alle scale di gravità della depressione mostrano una differenza significativa sia per la HAM-D ($F(1,55) = 6,74, p = .01$) che per la BDI-II ($F(1,55) = 4,62, p < .05$).

Anche nel follow up è confermato il maggior livello di gravità della depressione nel cluster 1.

Per valutare se c’era stato un cambiamento nei livelli di depressione tra i punteggi ottenuti nella prima valutazione ed il follow-up, è stato effettuato il test *t* per campioni dipendenti. Il test è risultato altamente significativo ($t(56) = 3.78, p < .001$) ed è stata riscontrata una diminuzione dei livelli di depressione tra le due fasi di valutazione per la HAM - D.

La stessa analisi è stata effettuata per valutare se c’era stato un cambiamento tra il numero di

Tabella 3: Regressione multipla: coefficienti standardizzati beta *

	Coefficienti standardizzati	
	Beta	p
Componente 1: Alta condizione depressiva	.80	< .0001
Componente 2: Alta dipendenza nella gestione della salute	.30	< .0001
Componente 3: Buona gestione della salute	-.24	< .0001

* Variabile dipendente: Numero di sintomi riferiti in ingresso

sintomi somatici riferiti nella prima valutazione e quelli riferiti nel follow-up.

Il test è risultato altamente significativo ($t(56) = 3.25, p < .005$) ed è stata riscontrata una diminuzione del numero di sintomi riferiti tra le due fasi di valutazione.

La differenza nelle medie per le due variabili è riportata in Tabella 4.

Discussione e conclusioni

Esistono numerose evidenze in letteratura sulla correlazione tra componenti depressive, aspetti psicologici, fattori socio-demografici nella espressività somatica della sintomatologia di pazienti avviati a percorsi di riabilitazione^{25,32,33,37}.

I risultati del nostro studio sembrano confermare tali evidenze in particolare per ciò che concerne la correlazione tra punteggi alti nel fattore "fortuna" della MHLC-C con alti livelli di depressione e con il fattore "altri" della MHLC-C stessa. Sarebbe inoltre confermata la correlazione positiva forte tra il fattore della TAS-20 "Difficoltà ad identificare le emozioni" ed il fattore "Difficoltà nel comunicare le emozioni agli altri" della stessa scala di valutazione.

Tali risultati sono inoltre in linea con quanto riferito da alcuni autori³⁷, secondo cui alti livelli di depressione sono associati ad alti punteggi alla TAS - 20.

In considerazione di questi dati abbiamo quindi cercato di definire, sulla base di caratteristiche cliniche simili, alcuni profili clinici per giungere ad immaginare modalità di trattamento differenziate rispondenti ai diversi bisogni assistenziali. In particolare è stato possibile raggruppare tre principali andamenti di risposta ai test somministrati, estraendone tre componenti principali.

Nel perseguire lo scopo di costruire un modello capace di predire una maggiore espressione di sintomi somatici, l'inserimento delle tre compo-

nenti estratte tramite la PCA in un modello di analisi di regressione multipla ha evidenziato risultati che sembrerebbero in accordo con le nostre aspettative.

La prima componente, denominata "Alta condizione depressiva" e la seconda, denominata "Alta dipendenza nella gestione della salute" si sono configurate come buoni predittori della variabile dipendente "Numero di sintomi somatici riferiti". La componente denominata "Alta condizione depressiva" raggruppa variabili quali il punteggio ottenuto alla HAM-D, il numero di sintomi somatici riferiti nella prima valutazione ed i primi due fattori della scala TAS-20.

Un punteggio alto in questa componente indicherebbe, quindi, oltre ad una maggiore severità della sintomatologia depressiva ed un alto numero di sintomi fisici riferiti, una difficoltà a mentalizzare e descrivere le emozioni³². Quest'ultimo aspetto potrebbe condizionare il riconoscimento ed un corretto inquadramento diagnostico di questi soggetti.

Viene confermato, dunque, quanto già noto in merito alla componente somatica della depressione, e ribadito l'impatto dello scarso contatto con le proprie emozioni che, nei soggetti con alti livelli di alessitimia, vengono espresse attraverso il corpo.

Tali dati vanno a confermare, inoltre, quanto espresso da Duddu et al.³⁸, i quali attribuiscono un ruolo centrale ai disturbi dell'umore, all'alexithymia; ed al controllo degli eventi, per quanto riguarda l'espressione somatica dei sintomi.

In accordo con quanto evidenziato da Vickery, Sepehri, Evans & Jabeen³⁹, in tale tipo di pazienti, che presentano un disturbo depressivo, è consigliabile un intervento di promozione della salute psichica e dell'autostima. Essi, dunque, necessiterebbero di un alto numero di rinforzi positivi e di un approccio riabilitativo basato maggiormente sull'aspetto relazionale, con particolare attenzione agli aspetti di sostegno psicologico.

Tabella 4: Test *t* per campioni dipendenti: differenze tra le medie nelle due fasi di somministrazione per la variabile Ham-D e per la variabile Numero di sintomi somatici riferiti

	HAM-D		Numero di sintomi somatici riferiti	
	Prima valutazione	Follow up	Prima valutazione	Follow up
M(d.s.)	8.91 (± 6.36)	7.65 (± 5.72)	3.56 (± 2.96)	2.96 (± 2.67)

Nota: M= media; d.s.= deviazione standard

Una scarsa attenzione alla relazione d'aiuto ed ai peculiari aspetti di fragilità psichica di questi soggetti nella nostra esperienza può compromettere il buon esito di un intervento riabilitativo. Nelle situazioni di maggior gravità clinica, caratterizzate da un maggior punteggio alla HAM-D e dalla co-presenza di fattori di rischio (precedenti anamnestici, familiarità, stress ambientali, ecc.) si rende necessario un approfondimento diagnostico psicologico-psichiatrico per valutare l'opportunità di intraprendere specifici interventi psicoterapici e psicofarmacologici.

La componente chiamata "Alta dipendenza nella gestione della salute" raggruppa le variabili che indicano un locus of control esterno, basato sulla fortuna e sugli altri, ed il terzo fattore della TAS-20. Quest'ultimo è caratterizzato da una scarsa attenzione per il proprio mondo interno ed emozionale e da un pensiero orientato all'esterno³².

Un punteggio alto in questa componente potrebbe essere considerato un indice di una bassa autonomia nel campo della salute e di una dipendenza dall'esterno.

I pazienti che rispondono in questa modalità possono facilmente mostrare una buona aderenza alle cure, accompagnata però da elevati livelli di dipendenza.

Con tali pazienti l'obiettivo dovrebbe puntare ad un intervento più direttivo dal punto di vista "educativo" durante il periodo di degenza ospedaliera che si accompagni all'organizzazione durante il ricovero di una rete assistenziale extraospedaliera attraverso visite ambulatoriali più frequenti, coinvolgimento della Medicina Generale e del Dipartimento delle cure primarie. La mancanza di una rete territoriale di "supporto" potrebbe favorire in questi pazienti fenomeni di "resistenza" alla dimissione e "revolving door".

Come sottolineato da Shaw, McCall e Bond¹³, gli interventi che mirano ad accrescere una percezione di controllo interno degli eventi possono produrre migliori esiti dal punto di vista fisico e psicologico.

La terza componente, chiamata "Buona gestione della salute", dall'analisi di regressione multipla presentava effetti trascurabili. Essa può essere fatta corrispondere ad una tipologia di pazienti con valori discordanti in merito al locus of control della salute, supportati però da elevati punteggi riferiti al locus of control interno e da bassi punteggi ai tre fattori della TAS-20, riflettenti un buon contatto con il proprio mondo emozionale. In questi soggetti erano inoltre presenti un basso numero di sintomi riferiti ed un'assenza di componenti depressive.

Nei pazienti con punteggi alti in questa componente, quindi, non è consigliabile alcun trattamento diversificato rispetto agli interventi di tipo tradizionale.

L'applicazione di interventi terapeutici diversificati può portare, quindi, ad un esito prognostico migliore, considerando anche l'attuale riduzione dei livelli di depressione e del numero di sintomi somatici riferiti, già ottenuta con gli interventi di tipo tradizionale, ed evidenziata dal test *t* per campioni dipendenti.

Riteniamo che siano necessari ulteriori studi che confermino l'importanza degli aspetti depressivi e della percezione della propria salute nel paziente fragile al fine di immaginare percorsi terapeutico assistenziali maggiormente efficaci e personalizzati.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Schepers VP, Visser-Meily AM, Ketelaar M, Lindeman E. Poststroke Fatigue: Course and its relation to personal and stroke-related factors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006; 87: 184-8.
- ² Caracciolo B, Giaquinto S. Self-perceived distress and self-perceived functional recovery after recent total hip and knee arthroplasty. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005; 41: 177-81.
- ³ Viljoen M, Panzer A. Non-termination of sickness behavior as precipitating factor for mental disorders. *Med Hypotheses.* 2005; 65: 316-29.

- ⁴ Van Praag HM. Can stress cause depression? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2004; 28: 891-907.
- ⁵ Schultz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Society of Biological Psychiatry.* 2002.
- ⁶ Kobrosly R, Van Wijngaarden E. Association between immunologic, inflammatory, and oxidative stress markers with severity of depressive symptoms: an analysis of the 2005-2006 National Health and Nutrition Examination Survey. *Neurotoxicology.* 2010; 31: 126-33.
- ⁷ Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270(15): 1819-25.

- ⁸ Karel MJ. Aging and depression: vulnerability and stress across adulthood. *Clin Psychol. Review.* 1997; 17: 847-79.
- ⁹ Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eightwave prospective community-based study. *Psychol Med.* 2000; 30: 369-80.
- ¹⁰ Solano L. *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute.* Milano: Raffaello Cortina Editore. 2001.
- ¹¹ Prince M, Patel V, Safena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet.* 2007; 8: 859-77.
- ¹² Torta R. *La depressione come malattia sistemica.* Roma: Critical Medicine Publishing. 2008.
- ¹³ Shaw C, McColl E, Bond S. The relationship of perceived control to outcomes in older women undergoing surgery for fractured neck of femur. *J Clin Nurs.* 2003; 12: 117-23.
- ¹⁴ Skidmore ER, Whyte EM, Holm MB, Becker JT, Butters MA, Dew MA, et al. Cognitive and affective predictors of rehabilitation participation after stroke. *Arch Phs Med Rehabil.* 2010; 91: 203-7.
- ¹⁵ Cully JA, Gfeller JG, Heise RA, Ross MJ, Teal CR, Kunik ME. Geriatric depression, medical diagnosis, and functional recovery during acute rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; 86: 2256-60.
- ¹⁶ Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW, eds. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine.* London: Butterworth. 1970; 26-34.
- ¹⁷ Sifneos PE. The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973; 22: 255-62.
- ¹⁸ Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge: Cambridge University Press. 1997.
- ¹⁹ Sifneos PE. Alexithymia: Past and present. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(7): 137-42.
- ²⁰ Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom.* 2004; 73(2): 68-77.
- ²¹ Bach M, Bach D. Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychother Psychosom.* 1995; 64: 43-8.
- ²² Rotter JB. *Social learning and clinical psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1954.
- ²³ Rotter JB. Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966; 80: 1-28.
- ²⁴ Wallston KA, Wallston BS, DeVellis RF. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr.* 1978; 6: 160-70.
- ²⁵ Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess.* 1994; 63(3): 534-53.
- ²⁶ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12(3): 189-98.
- ²⁷ Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59(20): 22-57.
- ²⁸ Conti LA, Rossi A, Donda P. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versione italiana 5.0.0. Università degli Studi di Pisa. 1998.
- ²⁹ Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23: 56-62.
- ³⁰ Guy W. Hamilton Rating Scale for Depression. In: ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Revised. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare. 1976; 180-92.
- ³¹ Cassano GB, Conti L, Levine J. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). In: Conti L, eds. *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria.* Milano: DIGEST Neuropsichiatria, UTET Periodici Scientifici, 1995: 413-8.
- ³² Bagby RM, Parker JDA, Taylor, GJ. The twenty-item toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994; 38:23-32.
- ³³ Bressi C, Taylor GJ, Parker J, Bressi S, Brambilla V, Aguglia E, et al. Cross validation of the factor structure of the 20-item alexithymia scale: an italian multicenter study. *J Psychosom Res.* 1996; 41(6): 551-9.
- ³⁴ Ubbiali A, Donati D, Chiorri C, Bregani V, Cattaneo E, Maffei C, et al. The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control form C (MHLC-C) for HIV+ subjects: an Italian study. *AIDS Care.* 2008;2 0(4): 495-502.
- ³⁵ Beck AT, Steer RA, Brown GK *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.
- ³⁶ Ghisi M, Flebus GB, Montano A, Sanavio E, Sica C. *Beck Depression Inventory-II. Adattamento Italiano.* Firenze: Organizzazioni Speciali. 2006.
- ³⁷ Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2000; 48:99-104.
- ³⁸ Duddu V, Isaacs MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18(1):25-33
- ³⁹ Vickery CD, Sepehri A, Evans CC, Jabeen LN. Self-esteem level and stability, admission functional status, and depressive symptoms in acute inpatient stroke rehabilitation. *Rehabil Psychol.* 2009; 54(4):432-9.

Lo studio APIGRA2 (Analisi delle problematiche PsicoGeriatriche nella Riabilitazione dell'Anziano): uno studio multicentrico nazionale

GIUSEPPE BELLELLI¹, BRUNO BERNARDINI², LUIGI BARATTO³, PAOLA TOGNETTI³
PER LA SEZIONE DI RIABILITAZIONE GERIATRICA DELL'AIP

¹Università Milano Bicocca, Milano, Dipartimento di Riabilitazione, "Ancelle della Carità", Cremona, Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

²IRCCS, UO Neuroriabilitazione Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano

³UO Riabilitazione Ospedale La Colletta, Arenzano (GE)

giuseppe.bellelli@unimib.it

Introduzione

Negli ultimi anni, lo scenario della riabilitazione è profondamente cambiato. Da un lato l'invecchiamento progressivo della popolazione e dall'altro la tendenza dei reparti ospedalieri per acuti a dimettere in tempi brevi (con tutto ciò che ne consegue soprattutto per le persone anziane) hanno contribuito a sovvertire la tipologia di utenza che caratterizzava i reparti di riabilitazione anche soltanto fino a qualche anno fa. Se, infatti, la riabilitazione si occupava soprattutto della disabilità infantile o dei giovani adulti, oggi, forse più per necessità che non per scelta, è chiamata ad occuparsi della disabilità delle persone anziane e dei pazienti ad elevata complessità clinico-riabilitativa. D'altro canto la geriatria ha insegnato che il paziente anziano è per sua natura estremamente eterogeneo¹ e dunque difficilmente comprensibile nelle sue pieghe e nella sua complessità se non utilizzando schemi di interpretazione innovativi ed in qualche modo alternativi alla medicina tradizionale. Con l'invecchiamento delle corsie di degenza riabilitativa, anche alcune problematiche cliniche età-correlate diventano più frequenti. È il caso, ad esempio, delle problematiche che verranno trattate in questo articolo e che sono oggetto dello studio multicentrico promosso dalla sezione di Riabilitazione dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP) su tutto il territorio nazionale.

Perché un interesse specifico di AIP nei confronti delle problematiche psicogeriatriche in riabilitazione?

L'interesse specifico di AIP nei confronti delle problematiche psicogeriatriche in riabilitazione è dovuto ad almeno due motivi: da una parte la prassi clinica, che quotidianamente ha a che fare con pazienti che soffrono di problematiche psico-affettive e non hanno semplicemente deficit motori, e, dall'altra, le segnalazioni della letteratura scientifica, sempre più numerose, che suggeriscono l'importanza di comprendere appieno il ruolo di queste problematiche nel condizionare gli outcomes e le traiettorie di salute nei pazienti ricoverati. In particolare la sezione di riabilitazione AIP ha deciso di considerare in particolare 3 problematiche: la depressione del tono dell'umore, l'ansia e l'apatia.

Per quanto concerne il problema della depressione del tono dell'umore la

letteratura scientifica è abbastanza ricca. A seconda degli studi considerati la prevalenza dei sintomi depressivi nei reparti di riabilitazione è compresa tra il 24% ed il 48%¹⁻⁵, con una variabilità che dipende sostanzialmente dal tipo di strumento utilizzato per la rilevazione e dalle caratteristiche di selezione della popolazione (se cioè siano considerate patologie specifiche o la popolazione di anziani ricoverati nel suo insieme). Per la maggior parte di questi studi, la presenza di sintomi depressivi è in grado di condizionare significativamente l'outcome riabilitativo, sia che si tratti di recupero funzionale, destinazione alla dimissione e mortalità nel breve e lungo termine. I meccanismi fisiopatogenetici attraverso cui i sintomi depressivi eserciterebbero il proprio influsso sull'outcome recupero funzionale sono almeno tre. Secondo alcuni autori essi potrebbero limitare la partecipazione del paziente al programma fisiokinesiterapico, rendendolo meno interessato a seguire le istruzioni del terapeuta durante le sedute riabilitative⁶. Secondo altri, il fisioterapista (o il riabilitatore in genere) potrebbe non riconoscere i sintomi depressivi e dunque finirebbe con l'approcciare il paziente in modo scorretto⁵. Infine la presenza di sintomi depressivi potrebbe essere espressione di una sottostante fragilità e dunque riflettere una limitata riserva funzionale dell'individuo che non sarebbe in grado, in caso di fronteggiare situazioni potenzialmente stressanti (quali ad esempio le sedute di fisioterapia)⁴. La depressione, come detto, impatta anche sugli esiti alla dimissione dai reparti di riabilitazione. Recentemente, in uno studio condotto su un'ampia popolazione di soggetti anziani viventi al domicilio (11 differenti Paesi europei) la presenza di sintomi depressivi è risultata essere un potente predittore di istituzionalizzazione, con un rapporto associativo di tipo lineare e crescente con la gravità dei sintomi depressivi. È interessante osservare come l'effetto della depressione sembri essere in qualche modo indipendente dalla patologia che determina il ricovero. In uno studio recentemente condotto su soggetti colpiti da stroke, è infatti risultato che la pre-esistenza di sintomatologia depressiva (all'evento ictale), conferiva un rischio aggiuntivo di istituzionalizzazione statisticamente significativo ed indipendente da una serie di fattori di confondimento⁶. Curiosamente la depressione risultava l'unico fattore predittivo di istituzionalizzazione tra una serie di malattie psichiatriche prese in considerazione. Infine, come ricordato, la presenza di sintomi depressivi si associa anche ad aumentati

tassi di mortalità, sebbene i meccanismi fisiopatogenetici attraverso cui si sostanzia questa relazione non siano del tutto conosciuti. Da un lato, infatti, alcuni studi supportano un effetto diretto e dipendente dei sintomi depressivi sulla mortalità^{4,8,9} mentre altri autori sembrano più propensi a ritenere che l'associazione sia mediata da altri fattori, dato che in analisi multivariate l'associazione scompare dopo aggiustamento per una serie di fattori di confondimento (età, sesso, scolarità, stato mentale, stato di salute e funzionale, povertà e grado di interazione sociale)¹⁰.

Per quanto concerne i sintomi ansiosi, la letteratura scientifica è più povera. Tuttavia anche in questo ambito alcune segnalazioni sono significative. Ad esempio è stato dimostrato non soltanto che i soggetti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva hanno una prevalenza di sintomi ansiosi significativamente elevati, ma anche che costoro, qualora siano affetti da sintomi ansiosi tendono ad avere un rischio più elevato di riacutizzazioni bronchitiche¹¹. Altri studi sottolineano l'elevata prevalenza di sintomi ansiosi nei soggetti che affrontano la riabilitazione per patologie oncologiche, ortopediche trattate chirurgicamente, o dopo malattie acute¹²⁻¹⁴.

Infine il capitolo apatia. Riguardo a questo problema la letteratura scientifica è ricca di articoli mentre la sensibilità e la cultura degli operatori della riabilitazione su questo argomento sono scarse. L'apatia spesso è identificata con la depressione mentre è noto che trattasi di due problematiche assolutamente differenti sia per quanto riguarda l'espressione clinica di malattia che per quanto attiene alle determinanti fisiopatogenetiche¹⁵. Laddove è stata valutata, l'apatia è risultata essere una condizione frequente in riabilitazione e gravata da un tasso di insuccesso riabilitativo significativamente superiore a quello della depressione¹⁶. In uno studio prospettico su 58 pazienti ricoverati in riabilitazione intensiva e 39 ricoverati in una skilled nursing facility (setting paragonabile a quello di un istituto di riabilitazione estensiva) a seguito di intervento chirurgico per frattura di femore, Lenze e colleghi hanno dimostrato che i soggetti apatici avevano un tasso di recupero riabilitativo significativamente inferiore ai non apatici, indipendentemente dal setting riabilitativo presso cui erano ricoverati¹⁶.

Lo studio APIGRA2

Partendo dalle considerazioni di cui sopra, lo

studio APIGRA2 (Analisi delle problematiche PsIcoGeriatriche nella Riabilitazione dell'Anziano) si è proposto di valutare le relazioni intercorrenti tra 3 problematiche psicogeriatriche (depressione del tono dell'umore, ansia ed apatia) e di valutarne il grado di associazione con le caratteristiche cliniche e funzionali, gli outcomes riabilitativi e la qualità di vita percepita dai pazienti. Lo studio è stato denominato APIGRA2 perché rappresenta la continuazione del precedente studio APIGRA1, i cui dati sono stati presentati lo scorso anno al congresso nazionale dell'AIP.

Lo studio è stato formalmente avviato il giorno 1.2.2011 ed avrà termine il giorno 1.4.2011. Una novità significativa dello studio APIGRA2 è che la raccolta dei dati avverrà tramite una piattaforma informatica, appositamente predisposta, alla quale, ogni partecipante allo studio, potrà accedere tramite autenticazione. Al termine dell'inserimento dei dati, l'utente avrà la possibilità di scaricare in formato "cartella excel" i dati dei propri pazienti ed aggiornare in questo modo il proprio database. La realizzazione della piattaforma informatica è stata realizzata grazie alla collaborazione dell'Agenzia Regionale Liguria (ARS) (nelle figure degli ingegneri Bressi e Bellia).

Lo studio APIGRA2: materiale e metodi

Hanno accettato di partecipare allo studio una ventina di centri di riabilitazione distribuiti su tutto il territorio nazionale.

I criteri di esclusione dalla raccolta dati erano i seguenti:

- a) delirium, afasia o altra condizione clinica che pregiudicasse la capacità di sostenere uno screening delle funzioni cognitive;
- b) punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) (19) <15/30 (poiché si è ritenuto che un punteggio inferiore non consentisse una valutazione affidabile del tono dell'umore con la scala GDS a 5 items)²⁰;
- c) grave malattia cardiovascolare (es. scompenso cardiaco NYHA IV) o respiratoria (es. insufficienza respiratoria terminale), perché ritenute controindicazioni ad un trattamento riabilitativo di intensità moderato-elevata;

d) neoplasia attiva, con prognosi *quoad vitam* non superiore ai 3 mesi.

Gli indicatori e le misure del progetto APIGRA 2 sono integrati nella piattaforma degli indicatori IPER 2 che rende disponibili i subset di indicatori generali per la misura dell'intero percorso riabilitativo. La Figura 1 localizza i subset degli indicatori APIGRA 2 rispetto al flusso degli indicatori IPER 2, identificandone i rispettivi percorsi.

I subset di indicatori di IPER-2 che completano il progetto APIGRA 2 sono:

- Id paziente, Percorso e Timeline,
- Assessment Score,
- Profilo Barthel Index,
- Ausili per il cammino alla dimissione,
- Performance motoria alla dimissione,
- Esito del ricovero,
- Euro QoL (EQ-5D)

Il flusso prevede che anche i pazienti inseriti nel progetto IPER-2 possano accedere al data-set della valutazione di primo livello e degli indicatori di transizione specifici di APIGRA 2, qualora lo screening per D-AA risulti positivo durante il rilievo dei marcatori di complessità.

La Valutazione di primo livello si compone di una serie di indicatori e misure specifiche, rilevabili anche da parte di non specialisti, considerati sufficienti per puntualizzare gli elementi importanti delle problematiche D-AA in ambito riabilitativo.

Si compone di un'anamnesi psichiatrica, familiare e personale, di una lista di sintomi/segni che possono accompagnare i disturbi D-AA e di una misura della loro severità, rilevata applicando scale validate.

Gli obiettivi principali della valutazione di primo livello sono:

- identificare i soggetti a maggior rischio (es. per "peso anamnestic" e / o severità di D-AA) e presenza di sintomi di accompagnamento),
- verificare il grado di associazione tra le manifestazioni di D-AA ed il profilo generale dei soggetti, per le variabili di salute somatica e funzionale,
- la modificabilità e l'entità del cambiamento del profilo D-AA durante il ricovero riabilitativo,
- l'interferenza del profilo di D-AA col recupero funzionale nelle attività di base della vita quotidiana e la qualità di vita del paziente.

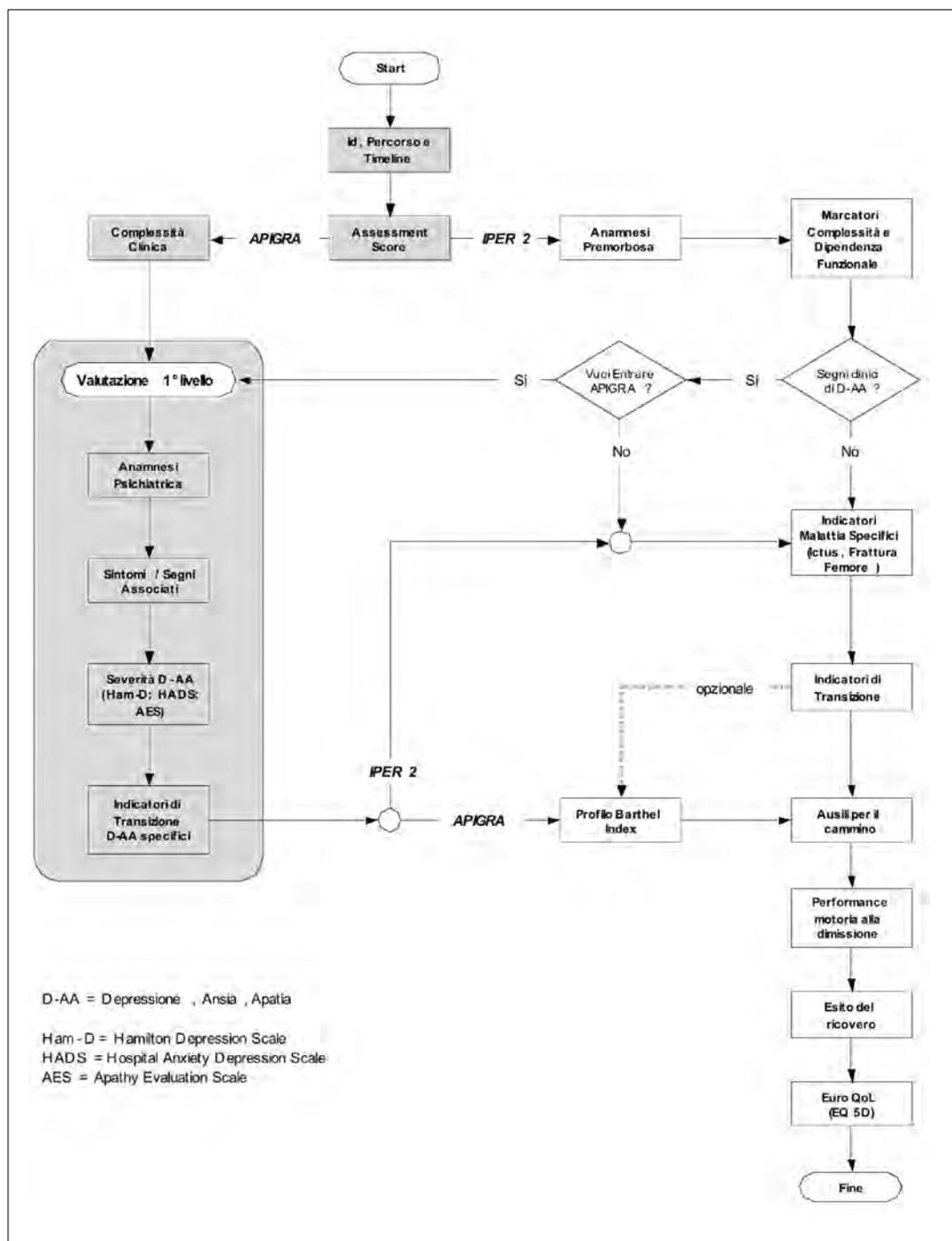


Figura 1: Progetto APIGRA 2-IPER 2 Subset degli Indicatori di Percorso diagnostico-terapeutico

Ringraziamenti

Membri della Sezione di Riabilitazione AIP che hanno partecipato allo studio:

Roberta Annicchiarico, Roma; Stefano Avanzi, Castelfalfredo (Mn); Giuseppe Bellelli, Monza (MB); Ferruccio Baggi, Leno (Bs); Luigi Baratto, Arenzano (Ge); Daniele Bellandi, Sospiro (Cr);

Piergiorgio Bellani, San Bassano (Cr), Alessandra Belleggia, Roma; Bruno Bernardini, Rozzano (Mi); Angelo Bianchetti, Brescia; Stefano Boffelli, Brescia; Pietro Bonometto, Venezia; Federica Boschi, Forlì; Vincenzo Canonico, Napoli; Maria Chiara Cavallini, Firenze; Alberto Cester, Dolo (Ve); Romano Cinque, Roma; Giovanna Conchiglia, Napoli; Patrizia Crippa, Brescia; Marino

Formilan, Dolo (Ve); Marisa Gardella, Arenzano (Ge); Simona Gentile, Cremona; Diego Ghianda, Brescia; Giuseppe Grioni, Castelgoffredo (Mn); Diego Iacono, Castelgoffredo (Mn); Claudio Ivaldi, Campoligure (Ge); Francesco Landi, Roma; Daniela Leotta, Torino; Marcello Mari, Valdagno (Vi); Alessandra Martelli, Cremona; Francesca Meneghello (Ve); Gabriele Noro, Trento; Francesco Palmerini, Castelgoffredo (Mn); Lorenzo

Panella, Vercelli; Cristina Sacchelli, Castelleone (Cr); Giovanni Scala, Roma; Guglielmo Spassini, Brescia; Teresa Suardi, Milano; Annalisa Tessari, Dolo (Ve), Paola Tognetti, Arenzano (Ge); Paolo Tonin, Venezia; Giuliana Vezzadini, Castelgoffredo (Mn); Marilena Viaggiano, Pavia; Daniele Villani, Cremona; Alberto Zuliani, Pavia; Paolo Zambaldi, Trento; Marina Zanetti, Brescia.

Bibliografia

- ¹ Cully JA, Gfeller JD, Heise RA et al. Geriatric depression, medical diagnosis, and functional recovery during acute rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 2256-60.
- ² Lieberman D, Galinsky D, Fried V et al. Geriatric Depression Screening Scale (GDS) in patients hospitalized for physical rehabilitation. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 549-55.
- ³ Snowdon J, Fleming R. Recognizing depression in residential facilities: and Australian challenge. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 23: 295-300.
- ⁴ Guerini F, Morghen S, Lucchi E, Bellelli G, Trabucchi M. Depressive symptoms and one year mortality among elderly patients discharged from a rehabilitation ward after orthopaedic surgery of the lower limbs. *hav Neurol*. 2010;23(3): 117-21
- ⁵ Morghen S, Bellelli G, Manuele S, Guerini F, Frisoni GB, Trabucchi M. Moderate to severe depressive symptoms and rehabilitation outcome in older adults with hip fracture. *Int J Geriatric Psychiatry*, in press
- ⁶ Lenze EJ, Skidmore ER, Dew MA et al. Does depression, apathy or cognitive impairment reduce the benefit of inpatient rehabilitation facilities for elderly hip fracture patients? *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 141-6
- ⁷ Nuyen J, Spreuwenberg PM, Groenewegen PP et al. Impact of preexisting depression on length of stay and discharge destination among patients hospitalized for acute stroke: linked register-based study. *Stroke* 2008; 39: 132-8.
- ⁸ Covinsky KE, Kahana E, Chin MH et al. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med* 1999; 130: 563-9.
- ⁹ Rozzini R, Sabatini T, Frisoni GB et al. Association between depressive symptoms and mortality in elderly people. *Arch Intern Med* 2001; 161: 299-300.
- ¹⁰ Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M505-9.
- ¹¹ Eisner MD, Blanc PD, Yelin EH, Katz PP, Sanchez G, Iribarren C, Omachi TA. Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*. 2010 Mar;65(3): 229-34.
- ¹² Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. 2003 Oct;31(10): 2456-61.
- ¹³ Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburger A, Aschenbrenner A, Weis J. Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2000 Dec;39(6): 317-23.
- ¹⁴ Hartmann U, Kluge A, Ring C, Reuss-Borst M. Improvement of anxiety and depression in women with breast cancer during inpatient oncological rehabilitation-- results of a prospective study. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2006 Apr;45(2): 88-94.
- ¹⁵ Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: A Common Psychiatric Syndrome in the Elderly, *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10: 381-393
- ¹⁶ Lenze E, Skidmore ER, Dew MA, Butters MA, Rogers JC, Begley A, Reynolds CF, Munin MM. Does depression, apathy, or cognitive impairment reduce the benefit of inpatient rehabilitation facilities for elderly hip fracture patients? *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 ; 29(2): 141-146.

I data-web IPER2 e APIGRA2: nuovi strumenti per standardizzare la raccolta degli indicatori in riabilitazione

BRUNO BERNARDINI¹, MARISA GARDELLA², GIUSEPPE BELLELLI³,
LUIGI BARATTO², MARCO BRESSI⁴, FRANCESCO COPELLO⁴

¹Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano

²UO Riabilitazione Ospedale La Colletta, Arenzano, Genova

³Università Milano Bicocca, Milano, Dipartimento di Riabilitazione, "Ancelle della Carità", Cremona, Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

⁴Agenzia Regionale Sanitaria Regione Liguria

Introduzione

Nell'ultimo decennio termini come "Clinical Governance", "Rischio Clinico", "Percorsi di Cura" sono entrati nel linguaggio corrente di ogni professionista della salute, avvicinando la cultura clinica a quella manageriale. I clinici sono più propensi a pensare all'Unità Operativa come ad un "sistema di cure" non isolato, nel quale la componente organizzativa gioca un ruolo critico nel determinismo degli esiti di salute dei pazienti. Per gli amministratori è più chiara la necessità di trasferire nell'ambito manageriale una conoscenza vicina alla clinica per evitare che la "medicina delle prestazioni" aumenti a dismisura i costi senza generare salute per la popolazione. Una delle maggiori criticità in tutti i sistemi sanitari è il bisogno crescente di cure pos-acute. I reparti ospedalieri per acuti tendono a trasferire in tempi sempre più brevi una mole crescente di pazienti (conseguentemente di costi) a strutture postacute -riabilitative, domiciliari o di lunga degenza- che per carenza di risorse spesso non sono in grado di gestire in maniera appropriata e sicura i casi più complessi. La mancanza di un coordinamento tra i vari servizi rallenta i flussi, frammenta il continuum degli interventi ed espone i pazienti a maggior rischio di cattivi esiti e "malpractice".

Riassumendo un Simposio del 2007 a partecipazione congiunta tra le Società americane di Fisiatria e Geriatria, interamente dedicato alla post-acuzie, Heinemann¹ sottolineava la necessità di ricerche ben disegnate per sviluppare meglio le misure di case-mix dei pazienti postacuti, i contenuti del trattamento e gli esiti a lungo termine. Due argomenti in particolare venivano considerati fondamentali:

- 1) la standardizzazione delle misure e dei tempi di valutazione dei pazienti attraverso i luoghi di cura, per il controllo della qualità e la definizione della remunerazione;
- 2) la valutazione delle performance cliniche delle strutture, per esaminare le differenze di contenuti e di processi di cura sia all'interno delle strutture dello stesso tipo che tra le diverse tipologie di strutture.

In letteratura sono reperibili molti strumenti di misura dello stato fisico e psicosociale dei pazienti per valutare gli outcome clinici e riabilitativi, alcuni disegnati per specifiche malattie, altri applicabili più genericamente a gruppi di popolazione. Questi strumenti soffrono in misura variabile dei limiti di essere complessi e "time consuming", avere caratteristiche psico-

metriche disomogenee, o di essere slegati dalla pratica quotidiana, centrata attorno alla cartella clinica come strumento principale di registrazione e verifica delle attività.

I Percorsi Clinici: un modello operativo coerente

In una visione di percorso, l'evoluzione delle condizioni del paziente può essere rappresentata come una serie di transizioni di stato (di salute), mediate da numerosi fattori patogeni e facilitate dalle terapie (Figura 1).

Nella fase acuta della malattia le condizioni cliniche dipendono dall'interazione tra lo stato di salute premorbo, la severità della patologia principale ed i trattamenti-procedure potenzialmente iatrogeni necessari per la sua gestione immediata. Durante questa fase il "drive" decisionale diagnostico-terapeutico è obbligatoriamente malattia-orientato (disease management), con gli obiettivi di limitare il danno d'organo, la sua estensione multi-sistemica e la mortalità. La risoluzione dell'acuzie segna il passaggio da una gestione verticale malattia-orientata (prerogativa della Specialità d'organo), ad una gestione orizzontale paziente-orientata, centrata sui bisogni (prerogativa del Team riabilitativo). Lo stato funzionale del paziente (autonomia motoria, comunicativa e relazionale) emerge

come drive diagnostico-terapeutico (case management) col progressivo stabilizzarsi delle condizioni mediche, fino a diventare criterio decisionale prevalente nelle fasi non acute.

Il Team riabilitativo si organizza e lavora in maniera proattiva su obiettivi medico-infermieristici, funzionali e sociali, per ottimizzare l'autonomia e la qualità di vita del paziente e ridurre il bisogno di cure di lungo termine. Gli esiti molteplici della riabilitazione vengono esplicitati nel Progetto riabilitativo, come insieme coordinato di interventi diagnostico-terapeutici multimodali e multi-professionali pianificati per risolvere i problemi e raggiungere i risultati nei tempi desiderati.

Questo modello multidimensionale, coerente con una visione clinica di percorso, è servito per costruire il sistema IPER 2, configurato come una serie di "pacchetti" di informazione per item clinici essenziali, generali e malattia-specifici, relativi allo stato pre-morbo ed attuale del paziente, corredato da una serie di misure validate.

Indicatori di Processo-Esito in Riabilitazione (IPER 2)

Il Sistema IPER2 si compone di due core-set di indicatori: Generali (applicabili a tutti i pazienti della riabilitazione, indipendentemente dalla

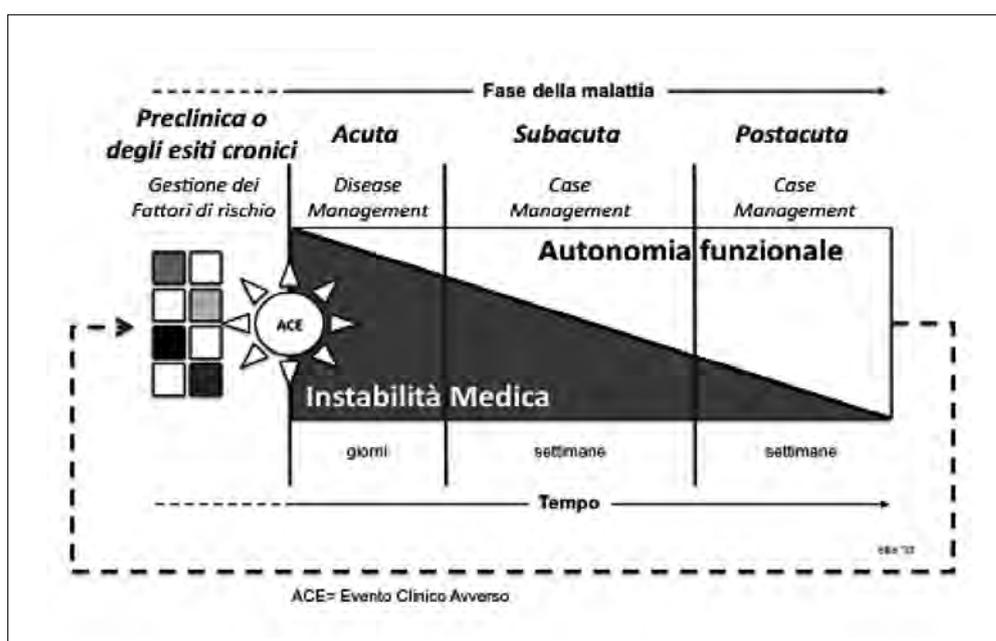


Figura 1: CONTINUUM CLINICO-FUNZIONALE E DRIVE DEI PROCESSI DECISIONALI DEL PERCORSO DI CURA

Referente <input style="width: 100%;" type="text"/> Struttura <input style="width: 50px;" type="text"/>		TIMELINE																																																																																												
Id. Paziente <input style="width: 150px;" type="text"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Data di nascita <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																												
Proviene <input style="width: 30px;" type="text"/> RIC <input style="width: 30px;" type="text"/> Motivo <input style="width: 30px;" type="text"/>		Data evento indice <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																												
		Data dimissione acuti <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																												
		Data ammissione Riab. <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																												
		Data dimissione Riab. <input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																												
ANAMNESI PREMORBOSA		ASSESSMENT SCORE																																																																																												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); border: 1px solid black; padding: 2px;">Insufficienza Severa</td> <td style="padding: 2px;">Cardiaca</td> <td style="padding: 2px;">No</td> <td style="padding: 2px;">Si</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Respiratoria</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Epatica</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Renale</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Demenza</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Complessità clinica</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Malattia oncologica attiva</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fragilità sociale</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Insufficienza Severa	Cardiaca	No	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Respiratoria			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epatica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Renale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Demenza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Complessità clinica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Malattia oncologica attiva			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fragilità sociale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">No</td> <td style="padding: 2px;">Si</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">ICD9</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">ICD10</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table>		No	Si			ICD9	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>		ICD10	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Prem.</td> <td style="padding: 2px;">Amm.</td> <td style="padding: 2px;">Dim.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Rankin modificata</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Mini Mental Test</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Scala Disabilità Comunicativa</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Barthel Index (BI) Score totale</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">BI subsc. deambulazione</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SAHFE Score</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>			Prem.	Amm.	Dim.	Rankin modificata	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Mini Mental Test	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Scala Disabilità Comunicativa	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Barthel Index (BI) Score totale	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	BI subsc. deambulazione	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	SAHFE Score	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>			
Insufficienza Severa	Cardiaca	No	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Respiratoria			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Epatica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Renale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Demenza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Complessità clinica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Malattia oncologica attiva			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	Fragilità sociale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
	No	Si																																																																																												
	ICD9	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																											
	ICD10	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																											
	Prem.	Amm.	Dim.																																																																																											
Rankin modificata	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																											
Mini Mental Test	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																											
Scala Disabilità Comunicativa	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																											
Barthel Index (BI) Score totale	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																											
BI subsc. deambulazione	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																											
SAHFE Score	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																											
INDICATORI DI STATO		INDICATORI DI TRANSIZIONE																																																																																												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Amm.</td> <td style="padding: 2px;">Dim.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">No</td> <td style="padding: 2px;">Si</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">MARCATORI DI COMPLESSITA'</td> <td style="padding: 2px;">No</td> <td style="padding: 2px;">Si</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Riduzione vigilanza/coma</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Delirium</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Instabilità clinica</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Infezione acuta in atto</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Depressione</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Dolore</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Disfagia</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Malnutrizione</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Sondino NG / PEG</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ulcera da pressione</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Catetere vescicale</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Incontinenza Urinaria</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Catetere Venoso Centrale</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Tracheostomia</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Amm.	Dim.		No	Si	MARCATORI DI COMPLESSITA'	No	Si	Riduzione vigilanza/coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instabilità clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infezione acuta in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sondino NG / PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera da pressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinenza Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">No</td> <td style="padding: 2px;">Si</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ACES</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Infezione urinaria</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Infezione non urinaria</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ACE non infettivo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Caduta</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Contenzione fisica / farmacologica</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Trattamento con antidepressivi</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Trattamento del dolore</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Trattamento nutrizionale orale</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nutrizione artificiale</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">N° giorni trattamento riab. individuale</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Trattamento riabilitativo multimodale</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Prescrizione ausili personalizzati</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		No	Si	ACES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infezione urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infezione non urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACE non infettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contenzione fisica / farmacologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trattamento con antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trattamento del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trattamento nutrizionale orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° giorni trattamento riab. individuale	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Trattamento riabilitativo multimodale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescrizione ausili personalizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amm.	Dim.																																																																																												
	No	Si																																																																																												
MARCATORI DI COMPLESSITA'	No	Si																																																																																												
Riduzione vigilanza/coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Instabilità clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Infezione acuta in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Disfagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Malnutrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Sondino NG / PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Ulcera da pressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Incontinenza Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tracheostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
	No	Si																																																																																												
ACES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Infezione urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Infezione non urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
ACE non infettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Caduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Contenzione fisica / farmacologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Trattamento con antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Trattamento del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Trattamento nutrizionale orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
N° giorni trattamento riab. individuale	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																																																																												
Trattamento riabilitativo multimodale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Prescrizione ausili personalizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
DIPENDENZA FUNZIONALE		MISURE DI ESITO (Paziente Orientate)																																																																																												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Amm.</td> <td style="padding: 2px;">Dim.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">No</td> <td style="padding: 2px;">Si</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Alimentazione</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Passaggio supino/seduto</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Controllo del tronco</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Trasferimenti letto / sedia</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Sit to Stand</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Stazione eretta</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Cammino</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Amm.	Dim.		No	Si	Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passaggio supino/seduto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trasferimenti letto / sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sit to Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stazione eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">PERFORMANCE MOTORIA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">⌚ Timed Up&Go (secondi)</td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">⌚ Walking Test (metri percorsi)</td> <td style="padding: 2px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">3 min.</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">6 min.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">EURO QoL (EQ 5D) / QALYs Score</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		PERFORMANCE MOTORIA		⌚ Timed Up&Go (secondi)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	⌚ Walking Test (metri percorsi)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">3 min.</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">6 min.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>	3 min.	6 min.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	EURO QoL (EQ 5D) / QALYs Score		<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																				
	Amm.	Dim.																																																																																												
	No	Si																																																																																												
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Passaggio supino/seduto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Trasferimenti letto / sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Sit to Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Stazione eretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
PERFORMANCE MOTORIA																																																																																														
⌚ Timed Up&Go (secondi)	<input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																													
⌚ Walking Test (metri percorsi)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">3 min.</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">6 min.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>	3 min.	6 min.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																									
3 min.	6 min.																																																																																													
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																													
EURO QoL (EQ 5D) / QALYs Score																																																																																														
<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																																																														

Figura 2: FORM PER LA RACCOLTA DEGLI INDICATORI GENERALI DEL SISTEMA IPER 2

Nota per Fig. 2: Nel Form non sono riportati gli indicatori di Esito Organizzazione-orientati (modalità e setting di dimissione).

condizione disabilitante, e indicatori Malattia-specifici (attualmente sono completati gli indicatori dell'Ictus e della frattura di femore; sono in fase di elaborazione set di indicatori per le Gravi Cerebrolesioni ed i pazienti neuro-oncologici).

Il core-set di indicatori Generali del Sistema IPER 2 è composto da 50 indicatori binari, raggruppabili in 4 subset logici principali: Anamnesi Premorbosa, indicatori di Stato (Marcatori di Complessità Clinica e di Dipendenza Funzionale), di Transizione e di Esito (Paziente-orientati ed Organizzazione-orientati). Gli indicatori di Esito Paziente-orientati sono gli stessi indicatori di Stato rilevati alla dimissione, corredati da misure di esito centrate sulle performance motorie e la qualità di vita (Figura 2).

Oltre ad essere definiti in maniera formale, tutti gli indicatori sono specificati secondo semplici algoritmi booleani tipo: "IF evidenza della condizione target THEN=SI (presenza dell'indicatore), ELSE=NO (assenza dell'indicatore)". Le condizioni target sono elementi clinici manifesti o rilevati attraverso scale validate (Figura 3).

Inoltre IPER 2 include strumenti come il Rehabilitation Impairment Categories² per la classificazione della patologia principale e la Scala di Rankin³, il Barthel Index⁴, il Mini Mental Test⁵ e la Scala di Disabilità Comunicativa⁶ per misurare o stratificare, rispettivamente, lo stato funzionale, lo stato mentale e le capacità co-

municative del paziente, in differenti punti del suo percorso di cura. Infine, a complemento degli indicatori di Esito Paziente-orientati, IPER 2 comprende il Timed Up&Go test⁷, il Walking Test⁸ (3 e 6 minuti) come misura di performance motoria ed EuroQol (EQ 5-D)⁹, come sistema di valutazione della qualità di vita. Tutti gli strumenti validati inseriti nel sistema IPER 2 sono di semplice applicazione e già ampiamente utilizzati nella pratica riabilitativa corrente.

Una descrizione più approfondita del sistema IPER 2 esula dagli scopi di questo articolo. Il manuale di IPER 2 contiene le procedure operative di standardizzazione per somministrare, valutare e registrare gli indicatori e ridurre al minimo gli errori.

Il Progetto PROLISI

Il gruppo regionale SIMFER ligure, col supporto dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Liguria e dell'ASL 3 Liguria, ha avviato nel 2009 un progetto mirato a sviluppare indicatori utili ad una migliore definizione dei processi di cura nelle degenze riabilitative intensive. Il progetto si basa sul sistema IPER 2, inizialmente limitato all'ictus ed alla frattura di femore, è attualmente esteso a tutti i pazienti che hanno accesso alla riabilitazione.

Il progetto è coordinato dalla UO di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Ospedale Col-



Figura 3: ESEMPIO DI STANDARDIZZAZIONE DI UN INDICATORE

letta di Arenzano ed è stato formulato con l'obiettivo di portare l'Amministrazione Regionale, attraverso l'istituzione di un osservatorio dell'Agenzia Regionale Sanitaria, a comprendere l'inadeguatezza dello strumento informativo rappresentato dalla SDO nella descrizione processi di cura e assistenziali delle Strutture di Medicina Fisica e Riabilitativa, ospedaliere e private accreditate.

PROLISI per l'Agenzia Regionale Sanitaria della Liguria ha provveduto all'informatizzazione della scheda di IPER 2, facilitando l'immissione dei dati con la predisposizione delle risposte, mettendo a disposizione nel web il data-base e provvedendo alla sua manutenzione ed aggiornamento. La partecipazione al progetto è volontaria e non comporta alcun onere.

Attualmente hanno aderito al progetto 8 Centri di Riabilitazione Specialistica della Liguria e 9 altri Centri, prevalentemente del nord Italia, per un totale di circa 2.000 casi arruolati.

Si ringraziano

Vittorio Grossi, Cairo Montenotte; Benevolo Emilio, Fondazione Maugeri Genova Nervi; Francesco Ventura, Ospedale S. Martino; Marco Forni Fondazione Don Gnocchi, Sarzana; Giovanni Antonio Checchia, Ospedale S. Corona Pietra Ligure; Valeria Leoni, ASL4 Chiavari; Lorenza Gaggero, Loano (SV); Carla Corsini e Giovanna Cerina, UO Neuroriabilitazione IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI); Mario Vignolo Casa di Cura "La residenza" Rodello (CN); Roberto Bagnoli, Pio Albergo Trivulzio, Milano; Silvia Sterzi, Università Campus Bio-Medico di Roma; Lorenzo Panella Dipartimento di Riabilitazione Integrata Ospedale Territorio ASL Vercelli; Paolo Tessari, Casa di Cura Riabilitativa "Madonna dei Boschi"; Giulia D'angelo, Buttigliera Alta, Torino; Ilaria Spaghetti, UORRF USL 4, Prato; Marina Triulzi, Centro Riabilitazione Ferrero, Alba (CN).

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Heinemann AW. State-of-the-science on Postacute Rehabilitation: setting a research agenda and developing an evidence base for practice and public policy. An introduction. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 1478-81.
- ² Stineman MG, Tassoni CJ, Escarce JJ, Goin JE, Granger CV, Fiedler RC, Williams SV. Development of function-related groups version 2.0: a classification system for medical rehabilitation. *Health Serv Res*. Oct 1997, p. 32(4): 529-48.
- ³ Rankin, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60: II prognosis. 1957, p. May; 2(5): 200-15.
- ⁴ Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989, p. 42(8): 703-9.
- ⁵ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR., Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. Nov 1975, p. 12(3): 189-98.
- ⁶ Meinecke C, Cappadonia C, Bernardini B. Validazione di una semplice scala di impairment comunicativo nell'anziano. In XXIII Congresso Nazionale SIMFER. Valutazione e qualità dell'assistenza in Medicina Riabilitativa. Ancona, 1995. Abstract book pp. 56-57.
- ⁷ Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-8.
- ⁸ American Thoracic Society. ATS Statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 111-7.
- ⁹ Rabin R, d. C. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. 2001; 33(5): 337-43.

L'effetto dei farmaci per la demenza sulla qualità della vita

ANNACHIARA CAGNIN, SARA POMPANIN

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

E-mail: annachiara.cagnin@unipd.it

Definizione di qualità di vita

Il termine qualità di vita ("quality of life": QOL) rimanda ad una definizione multi-dimensionale ed intrinsecamente soggettiva del benessere, inteso come la soddisfazione percepita dei bisogni individuali nell'ambito di un modello esteso che integra l'aspetto biologico, psicologico e sociale. Se si accetta la definizione della World Health Organization (WHO), la QOL è la *"percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema dei valori nel quale vivono, in relazione ai loro obiettivi, aspettative e standard"*¹. L'evoluzione del concetto di QOL ha registrato il susseguirsi di modelli interpretativi differenti: inizialmente, incentrati maggiormente su tematiche economico-sociali più oggettivabili -come ad esempio il modello "ecologico" enfaticamente le condizioni tangibili dell'ambiente di vita²-, in seguito, focalizzati su criteri psicologici che analizzano per lo più l'impatto affettivo³.

In ambito geriatrico, Lawton sistematizzò il concetto di QOL in quattro domini:

- 1) le competenze comportamentali, intese come valutazione sociale e normativa della persona rispetto alla salute, alla cognitività e alla dimensione sociale;
- 2) la QOL percepita, ovvero la dimensione della competenze comportamentali così come valutata dal soggetto medesimo;
- 3) l'ambiente oggettivo, definibile attraverso indicatori di salute, sociali ed economici;
- 4) il benessere psicologico, la valutazione personale complessiva della propria esperienza interiore che rappresenta l'outcome fondamentale del modello⁴.

Un'accezione particolare di QOL è correlata allo stato di salute, ovvero derivante dall'analisi di un insieme di dimensioni di vita influenzabili dalla situazione clinica⁵. Il termine comprende in sé la definizione di "salute" espressa dalla WHO, che viene descritta come quel *"processo mirante ad uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità"*⁶. Dalla definizione di QOL generica, quindi, si passa ad aspetti più specifici della sua ulteriore connotazione. Si può articolare in relazione allo stato di salute dell'individuo fino a dettagliarsi in relazione ad una patologia specifica (come la demenza).

La questione rilevante resta la difficoltà di ricondurre la valutazione della QOL a misure oggettive e dirette, come lo *standard of living*, in quanto deriva dall'espressione di giudizi su aspetti di vita tali in quanto percepiti, similmente a quanto avviene per il concetto di "felicità". La misurazione della QOL richiede, di conseguenza, tanto una stima dell'entità del benessere oggettivo quanto di quello soggettivamente percepito. Quest'ultimo, per altro, è ulteriormente influenzato dalla possibile differenza fra le aspettative ed i risultati ottenuti nella vita concreta. Nell'arco degli ultimi dieci anni la ricerca

nel campo della QOL ha prodotto numerosi dati, in particolare per ciò che concerne la capacità di misurare in modo affidabile le variabili soggettive ed oggettive inerenti la QOL generica, la QOL nella popolazione geriatrica e nei pazienti affetti da demenza⁷. In Figura 1 è schematizzata la complessa relazione tra diversi ambiti di misurazione della QOL e dei suoi domini caratterizzanti.

Modalità di misurazione e scale di valutazione della QOL nella demenza

Modalità di misurazione

Le modalità per valutare la qualità di vita nel paziente affetto da demenza si avvalgono di tre approcci (Figura 1):

- rating soggettivo
- rating di un caregiver/familiare
- osservazione diretta

Il rating soggettivo prevede che il paziente esprima in prima persona un giudizio su diversi ambiti del proprio vissuto. Nel paziente con demenza si applicano strumenti che semplificano la raccolta delle informazioni, facilitando la comprensione dei quesiti proposti e l'interazione nelle risposte. Questa modalità di valutazione rispetta l'autonomia del soggetto ed è considerata, ad oggi, la modalità preferenziale di analisi. È stato evidenziato, inoltre, che è possibile raccogliere un giudizio soggettivo affidabile della QOL anche negli stadi intermedi/avanzati di malattia⁸.

Il rating di un caregiver/familiare (proxy-rating) offre il vantaggio di superare le limitazioni conseguenti alle difficoltà cognitive. Usualmente la QOL ottenuta dall'intervista al caregiver sostituisce il valore di QOL espresso dal paziente stesso e rappresenta una misura soggettiva di

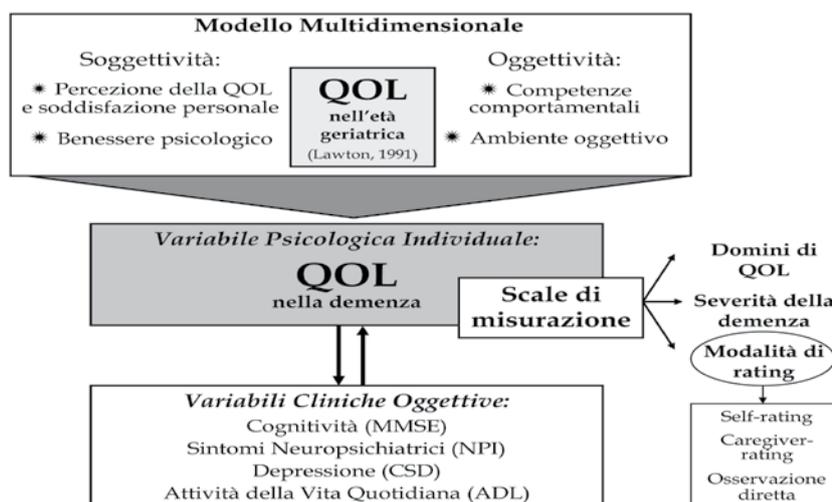
una persona terza, suscettibile di distorsioni. Per tale motivo, è opportuno avvalersi di strumenti che minimizzino le risposte interpretative ed i giudizi dell'intervistato. Inoltre, la selezione del caregiver/familiare dovrebbe essere guidata da criteri di appropriatezza⁹. La QOL stimata dal caregiver, pertanto, non si sostituisce alla valutazione soggettiva del paziente e fornisce informazioni attendibili soprattutto quando si focalizza su aspetti concreti della vita¹⁰.

Il metodo dell'osservazione diretta mira ad ottenere una valutazione oggettiva della QOL e dovrebbe essere applicato da un osservatore esperto che disponga di strategie di analisi appropriate. Questo approccio esclude la componente soggettiva e trova indicazione negli stadi molto avanzati di deterioramento cognitivo. Con il progredire del processo degenerativo il livello di comunicazione verbale perde valore, a favore di quello non verbale, ed il criterio funzionale diventa preminente rispetto a quello cognitivo. Mediante l'analisi del comportamento del paziente, dunque, si possono ricavare informazioni utili circa il benessere personale e la QOL che ne deriva.

In determinate popolazioni di pazienti -tra cui quelli affetti da demenza- le metodiche self-reported sono suscettibili di errori per la presenza di distorsioni nella percezione della propria QOL. Ciò può avvenire per tre motivi principali: 1) l'"affective fallacy", quando uno stato affettivo turba la capacità di giudizio, 2) la "cognitive fallacy" dovuta ad un deficit intellettuale; 3) la "reality distortion fallacy" quando allucinazioni o deliri compromettono la percezione della realtà di fatto¹¹.

Nell'ambito della valutazione della QOL nella demenza sono evidenti le difficoltà che possono

Figura 1



emergere nell'analisi dei dati ricavati dal paziente, soprattutto per quanto riguarda la seconda tipologia di errore valutativo. Le difficoltà di memoria ed il rallentamento progressivo delle funzioni cognitive impediscono il richiamo mnesico di precedenti esperienze ed inficiano la possibilità di un'elaborazione appropriata del vissuto attuale. Inoltre, vi può essere una diminuita consapevolezza della propria patologia, fenomeno noto come anosagnosia. Infine, nell'arco evolutivo della patologia il paziente sembrerebbe in grado di adattarsi, mano a mano, ad aspettative e scopi di vita calibrati sulla propria disabilità, fenomeno noto come *disability paradox*¹². Al contrario, il caregiver è maggiormente suscettibile allo stress connesso alla patologia ed al vissuto di disabilità, con reazioni di depressione e frustrazione o con atteggiamenti di ipercritica. Sussiste quindi una discrepanza tra i valori di QOL espressi dal paziente, solitamente più alti, rispetto a quelli forniti dal caregiver, ad indicare un bias sistematico nella valutazioni ottenute tramite il caregiver^{13,14}. Tenendo presenti queste differenze, il gold standard dell'analisi di QOL è rappresentato dalla modalità di rilevazione self report. Tuttavia, è utile considerare contemporaneamente anche la QOL del paziente riportata dal caregiver, in grado di fornire informazioni di aspetti diversi e complementari della QOL¹⁵. Negli studi longitudinali gli strumenti self-reported rischiano di non essere più somministrabili con il progredire della malattia. Nelle fasi avanzate di demenza, infatti, è opportuno avvalersi di metodiche di osservazione diretta da parte di un esaminatore esterno esperto¹⁴⁻¹⁶.

Scale di valutazione

Per una valutazione affidabile ed accurata della QOL sono disponibili scale di misurazione generiche e specifiche. Le scale generiche, che misurano indici di QOL applicabili alla popolazione geriatrica generale, sono maggiormente utilizzate in studi di analisi di costi e nella gestione delle risorse. Le scale specifiche sono costruite per essere applicate a singole patologie. Nel contesto della demenza è preferibile utilizzare una scala malattia-specifica, con items che indagano le problematiche associate al particolare stato di malattia. Le scale di valutazione della QOL nel demente sono molto eterogenee tra loro, in rapporto principalmente a tre aspetti: i domini indagati, il livello di severità di demenza compatibile con la somministrazione dello strumento e la modalità di intervista¹⁷. Le principali scale di valutazione della QOL specifiche per la demenza e alcuni esempi di

scale generiche sono riassunte in Tabella 1.

La Quality of Life-AD (QOL-AD)¹⁸ è uno strumento di rapida e facile somministrazione, che compone lo score finale combinando il report sia del paziente sia del caregiver (versione CQOL-AD). La scala comprende 13 items e valuta i seguenti domini: la salute fisica, l'umore, le relazioni interpersonali, la partecipazione ad attività significative e la situazione finanziaria. Si somministra a pazienti con un livello di gravità di malattia lieve-moderato. Secondo alcuni autori la QOL-AD è applicabile anche in una popolazione con demenza severa¹⁹.

La Dementia Quality of Life Instrument (D-QOL)¹⁵ è formulata per essere somministrata direttamente al paziente in fase di malattia lieve-moderata (MMSE \geq 12). È composta da 39 items che sondano cinque domini critici: gli affetti positivi, gli affetti negativi, l'autostima, i sentimenti di appartenenza ed il senso dell'estetica. La Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL)²⁰ è una scala formulata per testare modifiche della QOL attraverso tutte la fasi di gravità della demenza. Si somministra al caregiver, il quale è interpellato circa i comportamenti del paziente che ha osservato. È composta da 40 items che sondano cinque domini: l'interazione sociale, la consapevolezza di sé, i sentimenti e l'umore, il divertimento nelle attività e la risposta all'ambiente.

La Cornell-Brown Scale for Quality of life in Dementia (CBS)²¹ stima la QOL in rapporto alla presenza di sentimenti positivi, soddisfazione, stima di sé ed assenza di sentimenti negativi. Si somministra tramite un'intervista semi-strutturata congiunta col paziente e caregiver. È richiesto un livello di MMSE \geq 9, poiché il soggetto deve essere in grado di comunicare il proprio stato d'animo. Il DEMQOL System²² si compone di due scale valutative: una di 28 items somministrabile al paziente (DEMQOL), e l'altra di 31 ideata per il caregiver (DEMQOL-Proxy). Con questo strumento si indagano cinque domini di vita: l'attività della vita quotidiana, la capacità di badare a sé stessi, la salute fisica, il funzionamento cognitivo, le relazioni sociali ed il concetto di sé. La scala si somministra a pazienti con MMSE \geq 10. La Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS)²³ è una scala da somministrare al paziente ed al caregiver, tramite la quale si indagano le difficoltà riscontrate abitualmente in cinque domini, quello fisico, psicologico, sociale/familiare, attività usuali e funzionamento cognitivo. Per la somministrazione è richiesto un MMSE \geq 11. La Activity and Affect Indicators of QOL

SCALE DI VALUTAZIONE DELLA QOL				
<i>SCALE DI QOL nella demenza</i>	<i>Rating</i>	<i>Severità della demenza</i>	<i>Domini</i>	<i>Struttura</i>
QOL AD ¹⁸	Self rating Proxy rating	media/moderata	12	QOL AD: 13 items; CQOL AD: 13 items
DQOL ¹⁵	Self rating	edia/moderata	10	39 items
ADR QOL ²⁰	Proxy rating	tutti gli stadi	5	47 items
CBS ²¹	Self rating, Proxy rating	media/moderata	4	19 items
DEMQOL ²²	Self rating Proxy rating	media/moderata; severa (DEMQOL Proxy)	5	DEMQOL: 28 items; DEMQOL Proxy: 31 items
QOLAS ²³	Self rating Proxy rating	media/moderata	5	5 items
AAIQOL ²⁴	Osservazione	moderata/severa	2	attività: 15 items; sentimenti: 6 items
QUALIDEM ²⁷	Osservazione	severa	9	40 items
DS-DAT ²⁸	Osservazione	severa	2	9 items
Vienna LIST ²⁹	Osservazione	severa	5	65 items
DCM ³⁰	Osservazione	severa	2	24 items
<i>SCALE DI HR-QOL</i>	<i>Rating</i>	<i>Domini</i>	<i>Struttura</i>	
EQ-5D ³¹	Self rating	5	15 items (EQ - VAS)	
SEIQOL ³² SEIQOL-DW ³³	Self rating	5	espressione giudizi; analisi dei giudizi (-DW)	
<p>QOL AD, Quality of life-Alzheimer Disease; DQOL, Dementia Quality of Life; ADR QOL, Alzheimer Disease Related Quality of Life; CBS, Cornell- Brown Scale for Quality of life in Dementia; QOLAS, Quality of Life Assessment Schedule; AAIQOL, Activity and Affect Indicators of QOL; QUALIDEM, Quality of Life in Late-Stage Dementia; DS-DAT, Discomfort Scale for <i>Dementia</i> of the Alzheimer Type; DCM, Dementia Care Mapping.</p> <p>HR-QOL: Health-related quality of life.</p> <p>EQ-5D, Euro QoL Five Dimensions, (EQ-VAS Visual Analogic Scale); SEI QOL, Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life; SEI QOL-DW, Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting</p>				

Tabella 1: Sinossi delle principali scale valutative della QOL nella demenza e alcune scale generali di QOL.

(AAIQOL)²⁴ valuta le attività ed i sentimenti del paziente tramite osservazione diretta; si utilizza in soggetti con una gravità di demenza da moderata a severa. Gli items riguardanti le attività sono stati selezionati da una scheda specifica, la Pleasant Events Schedule-AD²⁵, mentre per la misura degli affetti ci si avvale della Affect Rating Scale²⁶ che include sei sentimenti di base riconoscibili dagli atteggiamenti del corpo e dall'espressione facciale del paziente (piacere, rabbia, ansia/paura, tristezza e vigilanza).

Altri strumenti di valutazione tramite l'osservazione diretta sono la scala Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALIDEM)²⁷ e la Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type (DS-DAT)²⁸. Nella prima vi sono quaranta items che sondano il comportamento del paziente in una scala osservazionale; nella seconda si annotano misure di discomfort in pazienti non in grado di comunicare e contempla nove indicatori comportamentali, sette di segno negativo e due positivi. Altri strumenti osservazionali, per gli stadi avanzati di malattia, sono la Vienna List²⁹ e la Dementia Care Mapping (DMC)³⁰.

Associazione tra QOL e variabili cliniche della demenza

Mentre in alcune patologie è stata dimostrata una stretta associazione tra QOL e una variabile clinica facilmente misurabile –si pensi al caso del dolore in oncologia–, nella demenza la relazione tra QOL percepita dal paziente e variabili cliniche è molto complessa.

I dati disponibili sembrano non supportare alcuna associazione tra severità di decadimento cognitivo e valore di QOL, espressa sia dal paziente che dal familiare^{8,13,16,34}. In studi trasversali si è osservato che pazienti nelle fasi iniziali di malattia di Alzheimer hanno valori di QOL self-reported sovrapponibili ai valori riportati da un gruppo di soggetti sani anziani. Al contrario, vi sono ampie differenze di QOL riportata intervistando il caregiver³⁵. In uno studio longitudinale della durata di un anno la self-reported QOL è rimasta invariata³⁶. Da questi dati si evince come la percezione del benessere soggettivo del paziente e la severità del declino cognitivo appartengano a dei costrutti differenti e indipendenti. Tale osservazione ha messo in dubbio l'utilità di valutare la QOL come outcome nei trials randomizzati in cui si valuti l'efficacia di un intervento sulla cognitivtà.

Il livello funzionale è scarsamente associato al

livello di QOL espresso dal paziente⁸. Questa associazione diventa forte, invece, se si utilizzano metodiche di rilevazione della QOL attraverso questionari per il caregiver, o con osservazione diretta nelle fasi severe di malattia^{13,16}. Tale associazione diventa ancora più stretta se si utilizzano delle scale che favoriscono l'immedesimazione del terzo soggetto con la persona affetta da demenza (come nella scala DEMQOL), piuttosto che ottenere un giudizio personale sulla QOL del paziente (come nella QOL-AD)¹⁶.

La gravità della sintomatologia neuropsichiatrica, valutata con strumenti di utilizzo frequente come la Neuropsychiatric Inventory (NPI), ha dimostrato una correlazione diretta con il livello di QOL ottenuto dal caregiver. Questa associazione non è riproducibile se si analizzano i livelli di QOL espressi direttamente dal paziente^{8,13}. La sintomatologia comportamentale sembra avere un impatto sulla espressione della QOL opposto sul paziente, che è reso meno consapevole della propria patologia dal disturbo neuropsichiatrico, e sul caregiver/familiare di cui accresce il burn out. In particolare, alcuni sub-items dell'NPI (depressione, agitazione, ansia, irritabilità e disinibizione) sono risultati più fortemente associati con il livello di QOL espressa dalla scala DEMQOL ottenuta dal caregiver.³⁴ Di tutti i disturbi psichiatrici, lo stato depressivo del paziente con demenza rappresenta la variabile clinica più strettamente associata alla QOL, espressa sia dal paziente che dal caregiver^{13,16}.

Non è stata rilevata un'associazione tra le variabili socio-demografiche ed i valori espressi di QOL, tranne che per l'età del paziente: un'età più giovane è in rapporto inverso con la QOL. Nel paziente anziano, infatti, vi è una maggior propensione all'accettazione della malattia (disability paradox), e questo sembra giustificare l'associazione riportata¹⁹.

Outcomes personalizzati nei trials farmacologici per la demenza

Un recente impulso alla ricerca nell'ambito della demenza si è indirizzato verso una ridefinizione delle misure di outcome da utilizzare nell'analisi di efficacia di interventi farmacologici. La demenza è una patologia con espressione clinica complessa, così eterogenea ed individuale che è difficile immaginare come la valutazione di una variabile discreta, ad esempio la cognitivtà, sia in grado di catturare modificazioni clinicamente significative, in più domini ed in diverse fasi della malattia. Usualmente nei trials clinici per la demenza si utilizzano come misure di efficacia parametri di cognitivtà (MMSE; ADAS-Cog)

o altri indicatori clinici (NPI, ADL) che correlano poco con la percezione soggettiva del benessere e quindi con le ripercussioni effettive nella vita quotidiana. Inoltre, una volta individuate delle misure di outcomes potenzialmente modificabili, si è constatata la debolezza delle scale cliniche finora utilizzate, spesso non idonee a cogliere variazioni minime efficaci, nelle diverse fasi di malattia. Ne è scaturita la necessità di estendere l'esplorazione ad ambiti che vanno al di fuori del singolo dominio -tipicamente quello cognitivo- e che tengano conto di modificazioni più globali e personalizzate. A questo si aggiunga l'importanza di utilizzare scale cliniche in cui sia nota la sensibilità a cogliere variazioni clinicamente significative. Gli studi che valutano l'efficacia di un intervento farmacologico nelle demenze dovrebbero prevedere l'utilizzo di outcomes clinici con i seguenti requisiti:

- 1) essere valutabili anche in lunghi periodi di follow-up;
- 2) incorporare variabili individuali;
- 3) includere outcomes secondari correlati allo stadio di malattia;
- 4) essere in grado di identificare modificazioni di progressione di malattia.

L'utilizzo dell'indicatore QOL come misura di outcome psicosociale è proponibile sia per studi farmacologici che per interventi psicosociali, in tutte le fasi di malattia, affiancato a misure di variabili discrete quali la cognitività o l'alterazione funzionale e comportamentale.

Utilizzo della QOL come outcome nei trials farmacologici

L'effetto dei farmaci per la demenza sulla QOL è materia di indagine recente, ricca di criticità e prospettive.

Gli aspetti più spinosi riguardano problematiche di tipo metodologico: scelta della scala di valutazione nell'ambito dei numerosi strumenti attual-

mente a disposizione (Tabella 1); scelta della modalità di somministrazione della scala (self-report versus proxy-report), determinazione della sensibilità delle diverse scale a rilevare un cambiamento (abilità di uno strumento di cogliere modificazioni piccole, ma clinicamente significative).

Ad oggi pochissimi studi (circa il 4% dei trials randomizzati) hanno incluso misure di QOL correlata alla demenza come outcome secondario. Tra questi, prevalgono i trials randomizzati su interventi di stimolazione cognitiva o su interventi educazionali³⁷. Alcuni trials randomizzati con farmaci antipsicotici nella popolazione affetta da demenza hanno valutato misure di QOL. Martin-Cook e collaboratori hanno dimostrato una correlazione diretta tra miglioramento dei disturbi comportamentali alla scala NPI ed incremento dei livelli di QOL ($p=0.02$), dopo intervento farmacologico in pazienti affetti da demenza di grado severo³⁸. Anche lo studio CATIE-AD ha incluso misure di QOL, come si evince dalla descrizione del protocollo, seppure questi dati non siano ancora pubblicati³⁹. Nessun trials con inibitori dell'acetilcolinesterasi ha riportato misure di QOL, probabilmente alla luce della debole associazione tra misure di deficit cognitivo e livelli di QOL in studi trasversali. Tuttavia, studi longitudinali di stimolazione cognitiva hanno rilevato modificazioni within subject della QOL in accordo con cambiamenti della performance cognitiva.

Studi di prevenzione e trattamento per la malattia di Alzheimer, pianificati e promossi da gruppi di studio di Agenzie governative degli USA e dell'Europa, hanno incluso la QOL come obiettivo secondario nella valutazione di efficacia.

I risultati saranno disponibili a breve ed aiuteranno a chiarire meglio il reale potenziale di questo approccio globale nella valutazione del beneficio clinicamente significativo di un intervento farmacologico.

Bibliografia

- ¹ WHO-QOL. World Health Organization Quality of Life-100. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health; 1995 Report No.: 100.
- ² Bubolz MM, Sontag MS. Human ecology theory. In: Boss PG, Doherty WJ, LaRossa R, Schumm WR, Steinmetz SK eds. Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach. New York: Plenum Press. 1993: 419-48.
- ³ Reich JW, Zautra AJ. Demands and desires in daily life: some influences on well-being. *Am J Comm Psychol*. 1984; 12: 312-22.
- ⁴ Lawton MP. A multidimensional view of quality of life. In:

Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE eds. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. New York: Academic 1991: 3-27.

- ⁵ Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA* 1995; 273: 59-65.
- ⁶ World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe, Ottawa Charter Health Promotion, 1986.
- ⁸ Ettema TP, Dröes RM, de Lange J, Ooms ME, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease. *Int Psychogeriatr* 2005; 17: 353-70.
- ⁹ Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment.

- Psychosom Med 2002; 64: 510-9.
- ¹⁰ Magaziner J. Use of proxies to measure health and functional outcomes in effectiveness research in persons with Alzheimer disease and related disorders. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11: 168-74.
- ¹¹ Addington-Hall J, Kalra L. Who should measure quality of life? *BMJ* 2001; 9,322: 1417-20.
- ¹² Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psych* 1997; 10: 337-45.
- ¹³ Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 977-88.
- ¹⁴ Bhattacharya S, Vogel A, Hansen ML, Waldorff FB, Waldemar G. Generic and disease-specific measures of quality of life in patients with mild Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 327-33.
- ¹⁵ Vogel A, Mortensen EL, Hasselbalch SG, Andersen BB, Waldemar G. Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 15-24.
- ¹⁶ Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist* 1999; 39: 25-35.
- ¹⁷ Banerjee S, Samsi K, Petrie CD ET AL. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 1132-8.
- ¹⁸ Schölzel-Dorenbos CJ, Ettema TP, Bos J ET AL. Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia: selection of the appropriate scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 511-9.
- ¹⁹ Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SW, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: patients and caregiver reports. *J Ment Health Aging* 1999; 5: 21-32.
- ²⁰ Hoe J, Katona C, Roch B, Livingston G. Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia-the LASER-AD study. *Age Ageing* 2005; 34: 130-5.
- ²¹ Rabins PV, Kasper Jd, Kleinman L et al. Concepts and methods in the development of the ADRQL: an instrument for assessing health-related quality of life in person with Alzheimer's disease. *J Ment Health Aging* 1999; 5: 33-48.
- ²² Ready RE, Ott BR, Grace J, Fernandez I. The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16: 109-15.
- ²³ Smith SC, Lamping DL, Banerjee S et al. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technol Assess* 2005; 9: 1-93.
- ²⁴ Selai CE, Trimble MR, Rossor M, Harvey RJ. Assessing quality of life in dementia: Preliminary psychometric testing of the Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS). *Neuropsych Rehab* 2001; 11: 219-43.
- ²⁵ Albert SM, Del Castillo-Castaneda C, Sano M et al. Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1342-7.
- ²⁶ Teri L, Logsdon RG. Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The Pleasant Events Schedule - AD. *Gerontologist* 1991; 31: 124-7.
- ²⁷ Lawton MP, Van Haitsma K, Klapper J. Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996; 51: 3-14.
- ²⁸ Ettema TP, Dröes RM, de Lange J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 549-56.
- ²⁹ Volicer L, Hurley AC, Camberg L. A model of psychological well-being in advanced dementia. *J Mental Health Aging* 1999; 5: 83-94.
- ³⁰ Porzolt F, Kojer M, Schmidl M et al. A new instrument to describe indicators of well-being in old-old patients with severe dementia-the Vienna List. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 19: 2-10.
- ³¹ Beavis D, Simpson S, Graham I. A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 725-36.
- ³² The EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
- ³³ McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychol Med* 1991; 21: 749-59.
- ³⁴ Hickey AM, Bury G, O'Boyle CA, Bradley F, O'Kelly FD, Shannon W. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ* 1996; 6,313: 29-33.
- ³⁵ Banerjee S, Smith SC, Lamping DL et al. Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 146-8.
- ³⁶ Ready RE, Ott BR, Grace J. Patient versus informant perspectives of quality of life in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 256-65.
- ³⁷ Selwood A, Thorgrimsen L, Orrell M. Quality of life in dementia--a one-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 232-7.
- ³⁸ Spector A, Thorgrimsen L, Woods B et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 248-54.
- ³⁹ Martin-Cook K, Hynan LS, Rice-Koch K, Svetlik DA, Weiner MF. Responsiveness of the quality of life in late-stage dementia scale to psychotropic drug treatment in late-stage dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19: 82-5.
- ⁴⁰ Miller EA, Rosenheck RA, Schneider LS. Assessing the relationship between health utilities, quality of life, and health care costs in Alzheimer's disease: the CATIE-AD study. *Curr Alzheimer Res* 2010; 7: 348-57.

EDITORIALI

Il significato della qualità della vita nelle demenze: le diverse fasi della malattia

VINCENZO CANONICO, AGNESE BEVILACQUA, CATERINA FRANCONI,
FRANCO RENGO

Unità di Valutazione Alzheimer, Cattedra di Geriatria, Università degli Studi "Federico II" Napoli

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità della vita (QoL) come "l'insieme delle percezioni individuali della propria posizione di vita nel contesto dei sistemi culturali ed assiologici in cui ciascuno vive ed in rapporto con le proprie attese, standard ed interessi"¹. Il concetto è indipendente dalla presenza od assenza di malattia ed integra in modo complesso il concetto di salute fisica della persona con il proprio stato di percezione psicologica.

La valutazione della QoL è stata, negli ultimi anni, sempre più spesso presa in considerazione nella valutazione del paziente con deficit cognitivo². Nell'anno 2001 l'"International Working Group for Harmonization of Dementia Drug Guidelines"³ ha raccomandato l'utilizzo della QoL come parte integrante delle linee guida per il trattamento dei pazienti con demenza, per verificare l'appropriatezza degli interventi terapeutici non solo sul paziente, ma anche sulla famiglia o sul caregiver.

In passato nella valutazione del paziente con deficit cognitivo di diversa gravità l'attenzione era posta esclusivamente sui punteggi ottenuti ai test neuropsicologici per valutare il grado di compromissione cognitiva e funzionale.

Non esiste un consenso unanime sulla definizione di QoL del paziente con demenza e continuano ad essere dibattute e discusse tematiche quali l'utilizzo di misure oggettive o soggettive per valutarla. Uno dei punti dibattuti è l'utilizzo di scale che, per valutare la QoL, pongono l'attenzione sugli aspetti negativi della salute, oppure l'utilizzo di strumenti che valutano gli aspetti positivi indipendentemente dalla compromissione di malattia⁴.

Sono disponibili in letteratura numerosi studi sulla QoL⁵⁻⁷ nel paziente con Mild Cognitive Impairment (MCI) e demenza di diversa gravità.

È stato segnalato che sia i soggetti con MCI che quelli con demenza riescono a dare una definizione della propria QoL, nella maggior parte dei casi superiore, dal punto di vista qualitativo rispetto a quella fornita dai caregiver⁸.

Numerosi fattori possono influenzare la QoL nel paziente con deficit cognitivo, tra questi sono stati segnalati la presenza di depressione del tono dell'umore, la comorbilità avanzata ed il setting assistenziale di riferimento^{9,10}. Altresì importante ai fini della QoL del paziente è stata segnalata la presenza di un caregiver durante tutte le ore del giorno ed un contesto familiare adeguato^{11,12}. Tra i suddetti fattori la presenza di disturbi depressivi appare di impatto maggiore, essendo stata segnalata come discriminante tra soggetti anziani con o senza demenza nelle scale che valutano la QoL¹³. La QoL sia del paziente che del caregiver o della famiglia è differente secondo il tipo di demenza e soprattutto la fase di malattia e la gravità. A volte la determinazione della QoL può essere un utile indicatore dell'efficacia dei trattamenti utilizzati nel paziente con demenza¹⁴.

Il MCI è una condizione di deficit cognitivo che spesso rimane inalterata

per diversi anni, altre volte tende a convertire in demenza nel giro di 1-2 anni. Si è evidenziato in diversi studi che nei pazienti con MCI ed insight conservato la percezione della QoL da parte del paziente non è alterata, ma sovrapponibile alla descrizione fornita dai caregiver¹⁵.

La QoL risulta essere, nella maggior parte degli studi condotti su soggetti con MCI, non condizionata dall'entità del deficit cognitivo. Nei pazienti con MCI i disturbi del comportamento quando presenti, sembrano influenzare la QoL così come la solitudine e la depressione del tono dell'umore, le scarse condizioni di salute fisica ed economica, quindi un punteggio alterato ottenuto alle scale di valutazione Geriatric Depression Scale e Neuropsychiatric Inventory correla con una minore QoL. È stato segnalato poi che con l'aumentare dell'età nei pazienti con MCI, indipendentemente dall'entità del deficit cognitivo, si ha in genere un peggioramento della QoL¹⁴.

Nei pazienti affetti da demenza, la definizione di QoL propone indubbiamente notevoli difficoltà derivanti dalla relativa inattendibilità del giudizio soggettivo nelle diverse fasi di malattia, dall'insight di malattia, dalle difficoltà nel linguaggio o nell'espressione, sino all'impossibilità di ottenere informazioni sul loro vissuto dai pazienti soprattutto negli stadi più avanzati. Nel corso della malattia, la maggior parte dei pazienti raggiungerà uno stadio tale di declino cognitivo in cui nessun tipo di valutazione introspettiva del proprio vissuto sarà più possibile¹⁶. Gli studi finora compiuti non sono stati in grado di determinare a quale stadio di declino cogni-

tivo i pazienti anziani non siano più in grado di esprimere un giudizio sulla propria QoL.

Per l'utilizzo di alcune scale di valutazione, è necessario che il paziente possieda una sufficiente capacità di comunicazione del proprio umore, dei sintomi e del grado di soddisfazione e comfort, il che significa possedere un punteggio al Mini Mental State Examination almeno superiore a 10, per poter essere testabile e fornire giudizi affidabili¹⁶. Anche il tipo di demenza condiziona la valutazione della QoL. In alcune demenze, come ad esempio quella di Pick, una valutazione della propria QoL risulta un compito complesso ed una valutazione soggettiva della QoL è possibile solo negli stadi precoci di malattia.

I pazienti affetti da demenza di Alzheimer con minori sintomi depressivi riportano una migliore QoL, confermando l'alta correlazione fra depressione e percezione di vita insoddisfacente riportata anche in anziani non dementi¹³.

La QoL quindi è misurabile, seppure con notevoli difficoltà, in maniera attendibile anche nei soggetti affetti da demenza nella fase moderato-severa della malattia¹⁷.

In sintesi la QoL è un indice che varia secondo la fase della malattia dementigena. È importante sottolineare che la valutazione della QoL costituisce un indice di grande utilità per stabilire il carico assistenziale, gli effetti della terapia farmacologica e le modifiche da effettuare durante la fase di presa in carico del paziente.

Bibliografia

- 1 Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bull World Health Organ.* 2004; 82 (7): 493-502.
- 2 Lucas-Carrasco R. Quality of life and dementia. *Med Clin (Barc).* 2007; 128: 70-5.
- 3 Mack JL, Whitehouse PJ. Quality of life in dementia: state of the art-report of the International Working Group for Harmonization of Dementia Drug Guidelines and the Alzheimer's Society Satellite meeting. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2001; 15: 69-71.
- 4 Scholzel-Dorenbos CJ M, Ettema TP, Bos J, Boelens-Van der Knoop E, Gerritsen D L, Hoogeveen F, De Lange J, Meihuizen L and Droes R-M. Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia: Selection of the appropriate scale. *Int J Geriatric Psychiatry.* 2007; 22: 511-9.
- 5 Ekman M, Berg J, Wimo A, Jonsson L, McBurney C. Health utilities in mild cognitive impairment and dementia: a population study in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007; 22(7): 649-55-
- 6 Missotten P, Yliff M, Di ND, Paquay L, De LJ, Buntinx F, Fontaine O. Quality of life in dementia: a 2-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007; 22(12): 1201-7.
- 7 Karim SS, Ramanna G, Petit T, Doward L, Burns A. Development of the dementia quality of life questionnaire (D-QOL): UK version. *Aging Men Health.* 2008; 12(1): 144-8.
- 8 Arlt S, Hornung J, Eichenlaub M, Jahn H, Bullinger M, Petersen C. The patient with dementia, the caregiver and the doctor: cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23(6): 604-10.
- 9 Sala JLCS, Olmo JG, Garriga OT, Loupez-Pousa S, Franch JV. Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009; 24: 585-94.

- ¹⁰ Hoe J, Katona C, Roch B, Livingston G. Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia-the LASER AD study. *Age Ageing*. 2005; 34(2): 130-5.
- ¹¹ Hoe J, Hancock G, Livingston G, Orrell M. Quality of life of people with dementia in residential care homes. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 460-4.
- ¹² Hoe J, Katona C, Orrell M, Livingston G. Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(10): 1031-6.
- ¹³ Scocco P, Fantoni G, Caon F. Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: comparing proxy and physician perspectives. *Age Ageing*. 2006; 35(2): 166-71.
- ¹⁴ Muangpaisan W, Assantachai P, Intalapaporn S, Pisansalakij D. Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*. 2008; 8:80-5.
- ¹⁵ Ready RE, Ott BR, Grace J. Patient versus informant perspectives of Quality of Life in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004; 19: 256-65.
- ¹⁶ Bianchetti A, Margiotta A. La qualità di vita del demente: tra soggettività e oggettività. *Dementia update*. 2003; 5.
- ¹⁷ Koopmans RTCM, Van der Molen M, Raats M, Ettema T. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. 2009; 24: 25-32.

Una nuova specializzazione medica che si affianca alla medicina preventiva: ... la "*medicina difensiva*"

FABIO CEMBRANI

Direttore Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

1. Premessa

Il titolo dato alla mia breve riflessione è provocatorio, ma esplicito e senza quei cerchiobottismi di una certa pseudocultura italiana che, volutamente, non entra mai nel merito delle questioni per assumere una posizione chiara ed inequivoca! Lo è per molte ragioni che voglio condividere con il Lettore.

La prima: nella super-specializzazione della medicina del terzo millennio si sta rafforzando una nuova branca (rectius, una nuova specialità che si è affiancata alla medicina preventiva), per altro non di recente comparsa e, purtroppo, trasversale ai molti campi dell'agire professionale (non risparmiando, nemmeno, la mia disciplina), comunemente ed unanimemente identificata con il termine alquanto evocativo di "*medicina difensiva*". La seconda: si tratta di una specialità sprovvista di apparati concettuali propri (forse è per questo che non è ancora entrata a far parte dell'ordinamento didattico) risultando prioritariamente finalizzata alla pre-costituzione di cause di giustificazione che mettano al riparo, a mo' di armatura blindata, il nostro comportamento professionale da possibili rilievi mossi in tutte le sedi, in primis in quella giudiziaria. La terza: di questa nuova specialità si stigmatizzano, quasi esclusivamente, i soli costi sociali pur essendo consapevoli delle molte -e poco esplorate- derive originate da questo diffuso costume professionale. La quarta: molte parole si dicono contro la *medicina difensiva* ma, nel concreto, nulla si è fatto e niente si fa per arginarla e contenerla davvero. La quinta: sono purtroppo consapevole delle profonde responsabilità di alcuni di noi che, sul piano pedagogico, si sono prodigati nel suggerire, con rigorosa enfasi, linee di comportamento professionale finalizzate non già a promuovere i principi che illuminano la millenaria tradizione medica quanto, invero, prassi professionali solo ed esclusivamente orientate ad evitare guai ed a mettere il medico al riparo da contenziosi di qualsiasi tipo.

Con questa amara consapevolezza voglio qui affrontare la questione chiarendola, innanzitutto, sul piano definitorio prima di esaminare la situazione italiana che emerge da alcune analisi recenti, le cause di questo non nuovo fenomeno che attraversa la medicina moderna e proporre, per come io li vedo, i correttivi che, a questo punto, si rendono necessari se vogliamo davvero invertire la rotta.

2. Alcuni (necessari) chiarimenti semantici

Occupiamoci, innanzitutto, di alcune precisazioni terminologiche per dare contenuti e significati condivisi alla *medicina* cosiddetta *difensiva* che è capace di manifestarsi, nella prassi professionale, alla stregua di un abilissimo trasformista, con diverse facce, in maniera bizzarra, polimorfa, non sempre prevedibile.

La *medicina difensiva* (*defensive medicine*) è da interpretare come quella parte della pratica professionale che si verifica in tutti i campi dell'attività clinica quando il medico prescrive esami diagnostici non necessari, seleziona i pazienti in base alla loro complessità od evita trattamenti a rischio, con l'obiettivo primario di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malpractice. Questa nuova "arte" medica ha, peraltro, due distinti modi di esprimersi: quando i medici eseguono extra-test diagnostici o trattamenti non richiesti dalla situazione per ridurre le accuse di malpractice, essi realizzano la medicina difensiva cosiddetta "positiva"; quando, invece, essi evitano determinati pazienti complessi o interventi rischiosi, essi praticano la medicina difensiva cosiddetta "negativa".

Riassumendo: la *medicina difensiva* consiste, dunque, nell'utilizzo non appropriato (sproporzionato) di misure diagnostiche e/o terapeutiche realizzato, principalmente, non già per promuovere la salute del paziente, ma a garanzia delle eventuali responsabilità giuridiche sollevate dalle cure mediche prestate. In questa direzione essa si propone, come obiettivo principale, quello di evitare l'insorgere di controversie che, nel linguaggio professionale, sono circostanziate sotto il titolo -onnicomprensivo- di "contenziosi medico-legali". Quando parliamo di *medicina difensiva* dobbiamo, pertanto, riferirci (Benciolini, ... *a scopo medico-legale*, Rivista italiana di Medicina Legale, 1991) a prassi operative, talora anche profondamente radicate nella tradizione clinica, per la cui giustificazione non si invocano esigenze di ordine diagnostico-terapeutico bensì indirizzi giustificati da "motivi medico-legali" appellandosi a criteri di comportamento estranei alle finalità dell'agire richiesto e che il medico ritiene di individuare nelle indicazioni della mia Disciplina (è come se egli dicesse: "Come coscienzioso ed esperto operatore sanitario ben saprei quali indirizzi seguire, ma la medicina legale mi costringe ad operare diversamente"). In questa direzione il comportamento professionale difensivo del medico può assumere due non alternative direzioni: la *medicina difensiva positiva* (attiva e commissiva) si attua con un comportamento di tipo preventivo (*assurance behaviour*) esplicandosi, di fatto, attraverso il ricorso spinto a servizi aggiuntivi (accertamenti diagnostici, visite o trattamenti) non necessari, atti a diminuire la possibilità che si verifichino risultati negativi, a dissuadere i pazienti dalla possibilità di presentare ricorsi, a redigere la documentazione clinica in una certa maniera per cautelare il professionista

da eventuali future azioni legali. Esempi concreti di questa medicina sono le siero-profilassi anti-tetaniche, le indagini pre-contrastografiche, le prove di sensibilizzazione cutanea prima dell'uso degli antibiotici, le indagini Rx-grafiche standard e neuro-radiografiche del cranio (traumi cranici minori), gli esami Rx-grafici del torace di routine e pre-operatori, il "consenso informato" raccolto per iscritto, con la firma del paziente assolutamente disinformato, per specifiche finalità di ordine "medico-legale", il consenso richiesto ai familiari della persona quando non necessario e la pratica, sempre più diffusa, di redigere la documentazione clinica con lo scopo di preconstituire possibili cause di giustificazione.

A sua volta la *medicina difensiva negativa* (passiva ed omissiva) si pratica con l'astensione dall'intervento di cura (*avoidance behaviour*) che si manifesta con due alternative possibilità: quella di selezionare i pazienti per evitare i casi clinici più complessi e quella di non effettuare interventi diagnostici/terapeutici a possibile alto rischio di eventi avversi considerandoli quali possibilità concrete di malpractice.

3. La diffusione della *medicina difensiva*

La medicina difensiva non è un fenomeno esclusivamente italiano rappresentando un problema diffuso, proprio di tutti i Paesi industrializzati con alti standard di cura.

Molto comune negli Stati Uniti, con un'incidenza variabile tra il 79% ed il 93%, la medicina difensiva viene praticata specialmente nella medicina di emergenza, in campo ostetrico ed in altri interventi specialistici ad alto rischio.

Nel nostro Paese esistono due fonti principali che testimoniano la sua diffusione: un'indagine promossa dal Centro Studi "Federico Stella" (Fonte: Cineas 14 gennaio 2009) ed un'indagine promossa, più recentemente, dall'Ordine dei medici di Roma.

La prima indagine è stata indirizzata a 1.000 medici, iscritti alla Società Italiana di Chirurgia, ai quali è stato inviato un questionario strutturato: ha risposto il 30% del campione e sono stati, pertanto, raccolti ed elaborati 307 questionari. Il 77,9% dei medici che ha risposto all'intervista anonima ammette di avere adottato almeno un comportamento di *medicina difensiva* durante l'ultimo mese di lavoro; l'82,8% dichiara di avere inserito in Cartella clinica annotazioni evitabili; il 69,8% afferma di aver proposto il ricovero di un paziente, nonostante fosse gestibile ambulatorio-

rialmente; il 61,3% dichiara di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quelli richiesti dal caso; il 58,6% dichiara di essere ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti; il 51,5% afferma di aver prescritto farmaci non necessari; il 26,2% dichiara di avere escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza. Le motivazioni dichiarate dagli intervistati per spiegare i comportamenti difensivi sono diverse: l'80,4% dei medici ha timore di un contenzioso medico-legale; il 65,7% risente, negativamente, di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei Colleghi; il 59,8% ha timore di ricevere una richiesta di risarcimento; il 51,8% è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso giuridico; il 43,5% esprime il timore di ricevere una pubblicità negativa da parte dei media.

L'indagine promossa dall'Ordine dei medici di Roma mostra risultati ancora più sorprendenti anche perché, in questo caso, il campione intervistato (2.783 professionisti) è rappresentativo di tutti i medici italiani in attività, esclusi gli odontoiatri.

Nel dettaglio, è emerso che il 73% dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di *medicina difensiva* e, mediamente, che tali prescrizioni costituiscono il 21% di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato tra i medici infra-44enni che lavorano in assistenza primaria ed in ospedale: tra questi, in ordine decrescente, quelli che lavorano in medicina interna seguiti dai nefrologi, dagli urologi, dai neurologi, dai neurochirurghi, dagli ortopedici e dai medici che lavorano nel campo ostetrico-ginecologico, residenti al Sud e nelle Isole. C'è poi chi -il 53% dei medici intervistati- per difendersi da possibili rilievi prescrive farmaci aggiuntivi che rappresenterebbero il 13% di tutte le prescrizioni rilasciate. Il fenomeno è leggermente più accentuato tra i medici più giovani, quelli di assistenza primaria, i chirurghi, gli ostetrici, gli ortopedici e quelli della medicina d'urgenza, residenti al Sud e nelle Isole. Il 71% dei medici intervistati dichiara, inoltre, di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di *medicina difensiva* che, mediamente, costituiscono il 21% circa del totale: il fenomeno è leggermente più accentuato tra i medici ospedalieri pubblici, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del Sud e nelle Isole. Sempre per queste ragioni, il 75,6% dei medici intervistati dichiara di prescrivere esami strumentali e, mediamente,

queste prescrizioni rappresentano il 22,6% circa di tutte le prescrizioni. Anche qui il fenomeno è leggermente più accentuato tra i medici ospedalieri, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti al Sud e nelle Isole. C'è poi un 49,9% -praticamente un medico su due- che dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di *medicina difensiva* che, mediamente, costituiscono l'11% circa del totale; il fenomeno è leggermente più accentuato tra i medici più giovani, i medici ospedalieri, i cardiologi, i chirurghi, gli internisti, residenti nelle regioni del Sud e delle Isole. Emerge, da questa analisi, una preoccupazione di fondo, ampiamente diffusa, che sarebbe all'origine di tali comportamenti abnormi: il timore concreto di essere portati a giudizio da parte dei pazienti o dei loro familiari. Più in particolare l'indagine condotta dimostra che ad influenzare la *medicina difensiva* sarebbe, nel 65,8% dei casi, il clima sociale negativo e la perdita del ruolo sociale del medico. Il 57,9% dei medici intervistati è fortemente preoccupato di possibili iniziative della Magistratura ed il 48,8% di essi si sente sotto pressione a causa di esperienze di contenzioso che hanno riguardato colleghi. E ancora: il 43,1% dei medici intervistati effettua prescrizioni di carattere difensivo per tutelarsi dalle sanzioni da parte delle strutture e dei servizi di appartenenza; il 27,8% ha timore di rovinarsi la carriera; il 17,8% ha paura di finire sui giornali e, più in generale, sui media; il 10,6% ha timore di perdere i pazienti e, ancora, il 9,6% degli stessi ricorre alla *medicina difensiva* per il disagio di essere criticato dai colleghi.

Da questa indagine emerge, dunque, che la *medicina difensiva* è un fenomeno diffuso, originato da tutti i medici (pubblici e privati), attraverso la prescrizione di farmaci (1,9%), di visite specialistiche (1,7%), di esami di laboratorio (0,7%), di esami strumentali (0,8%) e di ricoveri non appropriati (4,6%).

Riguardo la questione di quale sia il costo sociale connesso a questa nuova specialità medica i dati non sono precisi. La *medicina difensiva* costerebbe, ogni anno, tra i 12 e i 20 miliardi di euro e ridurre i suoi costi riuscirebbe, pertanto, a ripianare i conti sanitari per almeno 5 anni.

4. Le cause della *medicina difensiva*

Analizzare le cause di questo complesso fenomeno è un'esigenza prioritaria perché solo attraverso la loro conoscenza sarà possibile un interven-

to mirato volto, mi si consenta il gioco di parole, a prevenire una medicina che si orienta, in maniera altrettanto preventiva, in senso difensivo.

Nel prendere atto che le ricerche realizzate nel nostro Paese poco indagano questi fattori determinanti, desidero focalizzare l'attenzione del lettore su quelle cause che, a mio personale giudizio, influenzano il ricorso a tale ambigua prassi professionale.

Il punto di partenza è sicuramente uno: la nostra è una società sempre più *law-saturated* (Stefano Rodotà, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*. Feltrinelli, 2006), strapiena di diritto, di regole giuridiche dalle provenienze più diverse, con un diritto miope, invadente ed intrusivo in troppi settori ed assente là dove se ne avverte davvero il suo bisogno. È una triste realtà che al diritto, modernamente inteso, si rivolgono sempre più istanze di disciplinare momenti della vita che dovrebbero essere lasciati alle decisioni autonome degli interessati, al loro personalissimo modo di intendere la vita, la dignità, le relazioni sociali, il rapporto con sé e -perché no- i ricordi che ciascuno essere umano ha il diritto di consegnare ai propri cari dopo la sua morte. Gli esempi, a questo riguardo, sono molti: basti pensare alla legge che ha trasferito la morte all'interno delle categorie giuridiche, a quella che ha disciplinato gli interventi di procreazione medicalmente assistita ed alla proposta di legge oggi all'esame della Camera con la quale si vorrebbe disciplinare il tema delle dichiarazioni anticipate di trattamento utilizzando il principio della inviolabilità (sacralità) della vita umana. Esula da questo commento un'analisi approfondita di tali norme anche se quello che si vuole, qui, richiamare, sono le conseguenze di questa diffusa tendenza: le individuo, rispettivamente, nella *giuridizzazione della medicina* e nella *spinta assiomatizzazione* (proceduralizzazione e/o standardizzazione) *della cura*.

Con il primo termine intendo la progressiva espansione della norma giuridica in territori che ne erano originariamente sgombri, dove i rapporti e le relazioni erano regolati dai doveri e dalle obbligazioni di ordine sostanzialmente morale che ciascuno si assumeva all'interno di un rapporto di tipo prevalentemente fiduciario. Le conseguenze di questa violenta trasformazione della relazione di cura sono, certamente, molte anche se voglio qui provarle così a riassumere: il *contratto* (inteso come negozio giuridico) regola, oramai, tutti i rapporti professionali al punto che la medicina è divenuta una medicina di risultato e non già di mezzi: nel caso di inadempienza

(o di violazione) del contratto la parte si rivolge al giudice ordinario (*giudiziarizzazione della medicina*); all'attività medica viene applicata la sanzione sociale (penalizzazione della condotta) prevista dalla norma penale per i delinquenti ed i criminali; è sotto gli occhi di tutti l'esplosione del contenzioso giudiziario per presunta colpa professionale innescato da molte variabili tra cui voglio, qui, ricordare la relativa semplicità di movimento richiesta a chi intende portare a giudizio il medico sul quale grava, oggi, quella presunzione di colpa tipica della responsabilità contrattuale. Sono queste le cause che producono quella iperresponsabilizzazione giuridica del medico cui fa da contrappunto la progressiva de-responsabilizzazione etica e deontologica e lo sviluppo di quel processo di *assiomatizzazione della cura* (come lo ha definito Ivan Cavicchi, *Salute e federalismo*, Bollati Boringhieri, 2001) che avviene ricorrendo alla spinta proceduralizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e della prassi professionale rispetto a linee-guida, a procedure, a protocolli terapeutici, a standard di accreditamento istituzionale e a tutto l'insieme dei procedimenti che guidano la pratica medica basata su un'"evidence" non sempre centrata sui diritti/bisogni della persona malata. Con ulteriori conseguenze deleterie che individuo non solo della diffusione della *medicina difensiva* ma anche nell'emergere di molti "luoghi comuni" che, ancorché ampiamente utilizzati nel lessico professionale, non sempre esprimono un significato univoco e condiviso dalla comunità scientifica e la consapevolezza del processo culturale grazie al quale si è determinata la scelta di una parola rispetto ad un'altra.

Credo, peraltro, che le condizioni favorevoli che, almeno nel nostro Paese, hanno giocato un forte ruolo nel rafforzamento della *medicina difensiva* siano state almeno tre: la crisi di assicurabilità contro i rischi derivanti dalla Responsabilità civile del medico registrata alla fine degli anni '90 con la fuga (sicuramente concordata!), da questo importantissimo segmento di mercato, delle Compagnie di Assicurazione, le sollecitazioni dirette/indirette rivolte ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali dalle stesse Compagnie di assicurazione per strutturare sistemi di Clinical Risk management fortemente orientati alla riduzione del contenzioso, il ruolo, davvero modesto, esercitato in questo campo dal Ministero della Salute (che ha spinto in un'unica direzione, quello della gestione della fase reattiva del rischio clinico), il valore pedagogico-formativo attribuito dai medici alle

sentenze giudiziarie di sola condanna utilizzate per modulare l'agire professionale ed una certa pseudo-cultura medico-legale che Angelo Fiori (*La Medicina legale difensiva*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1996) ha individuato nella *Medicina legale difensiva* che si realizza quando medici, in veste di periti o consulenti, formulano pareri tecnici non obiettivi perché ispirati, consciamente o anche inconsciamente, dal timore di conseguenze negative, professionali e/o personali, a loro danno, qualunque sia la provenienza di tale rischio, vero o presunto.

Se è condivisibile l'opinione autorevole espressa dal Fiori che è oramai giunto il tempo di portare alla pubblica attenzione il problema della responsabilità professionale dei medici con funzioni medico-legali (quella vera, non quella delle ricattatorie denunce per falsa perizia!), credo sia giunto anche il tempo per tentare di invertire la rotta di una corazzata (la *medicina difensiva*) che è stata fatta uscire dal porto da una serie di fortunate coincidenze per poter liberamente circolare in mare aperto senza, però, una destinazione precisa.

5. Conclusioni

Per far invertire la rotta di questa deriva della prassi professionale dobbiamo contare sulla forza delle idee e sul coraggio delle azioni.

L'idea che dà forza e sostegno alle nostre azioni è (e non può essere che) una: riportare la medicina (e, con essa, la relazione di cura) dentro gli schemi di un autentico rapporto fiduciario con la consapevolezza che ciò richiederà a noi quell'impegno che stride con la pigrizia, con lo scarso impegno, con la perdita voglia di sperimentare, di mettersi quotidianamente in discussione e di non spingere sull'acceleratore dell'auto-referenzialità che, spesso, va a braccetto con gli interessi monetari.

Questo sta a noi nel senso che non possiamo ricorrere ad alibi, scaricando, come spesso succede, le colpe sugli altri.

Se condividiamo questa necessità, indipendentemente dal nostro ruolo nella gerarchia accademica e/o professionale, si impongono, di conseguenza, alcune azioni concrete che vorrei qui suggerire.

Nell'ambito formativo (accademico e post-ac-

cademico) è necessario farsi carico soprattutto delle nuove generazioni che vanno fortemente responsabilizzate ad uno stile professionale centrato sul rispetto e sulla promozione dei diritti fondamentali della persona umana e sui principi della deontologia professionale che, ben più appropriatamente di quelli giuridici, sostengono e danno forza alla relazione di cura.

Nell'ambito professionale dobbiamo promuovere comportamenti sani ed un clima di lavoro fortemente centrato alla persona, stigmatizzando tutto ciò che è estraneo all'interesse della medesima, promuovendo approcci che, ben lungi da quella standardizzazione del processo di cura che finisce con il trasformare il professionista in una lavatrice per così dire reimpostata, siano davvero guidati dalle coordinate bioetiche indicate dal principio di autonomia, di beneficenza e, soprattutto, di giustizia; senza dimenticare la necessità di supportare, solidalmente (non corporativamente!) quei Colleghi che si trovano coinvolti in processi di malpractice che non possiamo abbandonare al loro inevitabile destino. E, per chi di noi ha responsabilità di leadership manageriale, promuovendo sistemi di Clinical Risk management che sappiano davvero recuperare le sue due anime: quella cosiddetta "proattiva" estesa a tutta la linea aziendale per un approccio sano (non formale) al tema della sicurezza e quella cosiddetta "reattiva" che deve essere gestita responsabilmente, difendendo i medici, costituendosi attivamente in giudizio, transando i danni dove ciò sia opportuno e non delegando alle Compagnie di assicurazione la decisione del che cosa fare.

Ma anche le Società scientifiche non possono ritenersi estranee in questo percorso: sia nella stesura delle Linee-guida che devono saper orientare l'attività professionale in termini non difensivi, sia attivando e sostenendo quelle buone pratiche che possono essere poi diffuse ed esportate in altri contesti. In questa direzione mi auguro che anche l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics voglia andare perché sarebbe davvero prezioso ritrovarci qui, a Gardone, l'anno prossimo, in questo Congresso oramai tradizionale, per presentare le buone pratiche non difensive, per diffonderle e, perché no, anche per premiarle: sarebbe una dimostrazione concreta che la forza delle idee ed il coraggio delle azioni sono ancora un nostro presupposto culturale che non siamo disponibili, come oggi si dice, a negoziare!

Residenze low cost per anziani: proposta di un modello

FAUSTA PODAVITTE¹, CARMELO SCARCELLA¹, MARCO TRABUCCHI²

¹ASL di Brescia

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Gli scenari attuali e le motivazioni della crisi

Lo scenario attuale si caratterizza per una crisi dell'intero sistema di gestione delle non autosufficienze con criticità a più facce, sia di natura economica che politico-culturale. I servizi per anziani non autosufficienti si sono sviluppati in particolare negli ultimi 20 anni, verso due direzioni: da una parte la residenzialità protetta (RSA) e dall'altra il sostegno alla domiciliarità ed i Centri Diurni Integrati. Di recente sono balzate in primo piano difficoltà economiche dei gestori delle strutture residenziali, con ricaduta sulle rette a carico dei familiari, in assenza di identificati ambiti di risparmio. Si fa strada, però, anche una crisi culturale ed etica rispetto al senso della vita in istituzione. Si ritiene che la crisi economica, che sta investendo i vari livelli della società sino al coinvolgimento del sistema familiare, sia stata una causa scatenante delle criticità della rete dell'assistenza agli anziani, ma certamente non è l'unica motivazione da considerare nel formulare nuove proposte organizzative. Paradossalmente, anche a fronte di ipotetiche grandi disponibilità di risorse economiche da investire nell'area geriatrica, i modelli in atto e la tipologia di servizi attivi non sarebbero di per se idonei a rispondere da soli a nuove esigenze determinate dalla variegata e complessa condizione di anziano.

Le trasformazioni non sono avvenute solo nel contesto sociale e nelle strutture familiari, bensì anche nella condizione stessa di "individuo anziano", quale nuova identità portatrice di risorse e non solo di bisogni. Non essere più autosufficienti non sempre coincide con la non autonomia intesa come incapacità di autodeterminarsi, decidere per sé, condurre la propria esistenza, che siano presenti o no problemi anche di natura sanitaria. La capacità ormai sviluppata di effettuare una valutazione multidimensionale dell'anziano garantisce la presa in carico complessiva di tutte le problematiche esistenti e dei relativi bisogni, ma non altrettanto in riferimento al suo progetto di vita, alle risorse individuali e familiari, alla parte emozionale ed alla volontà dell'anziano.

Le RSA sono strutture oggi indispensabili e soluzione dignitosa per persone molto compromesse; non possono però essere l'unica risposta residenziale ai problemi correlati all'invecchiamento e non solo per problemi economici e di ricettività. È in aumento infatti una fascia di popolazione anziana che, pur non potendo o volendo più vivere da sola, può beneficiare positivamente di un progetto assistenziale, ancora coinvolgente la sua volontà, capacità di pensiero, vita emozionale, desideri, anziché di un progetto in struttura protetta. Interessante è riflettere sul fatto che altri ambiti di intervento a favore di pazienti cronici, quali la psichiatria e la disabilità, hanno sviluppato da tempo un sistema di residenzialità caratterizzata da livelli diversificati di complessità e di gradi di protezione. Certamente sono stati facilitati in questo compito sia dal numero più contenuto di pazienti di cui farsi carico, sia da una storia

più antica di intervento. Un pregio del sistema italiano, in particolare lombardo, riguarda l'aver investito in strutture di buon livello (RSA) in grado di ospitare e dare assistenza qualificata anche a situazioni estremamente complesse e compromesse, ma ciò, come detto, non è più sufficiente. In sintesi le principali facce della crisi attuale riguardano:

- aspetti inerenti la compatibilità economica di sistema, determinata dal contrasto fra aumento dell'aspettativa di vita, aumento della domanda a fronte del crescente numero di anziani non autosufficienti e risorse disponibili;
- aumento costante delle liste di attesa per l'ingresso in RSA e la contestuale impossibilità di un loro significativo ampliamento, specie in Lombardia;
- crisi economica delle RSA con rischio di tagli sui progetti assistenziali, sul personale (ritorno allo standard minimo, scelta del personale meno costoso ecc.), aumento delle rette, non più sostenibile per le famiglie;
- crisi organizzativa delle RSA che si debbono ridefinire alla luce dei cambiamenti nei loro ospiti (es. livelli di gravità, numero elevato di disturbi comportamentali, gestione relazioni con i familiari ecc.);
- crisi familiare, economica attuale (con grave difficoltà a farsi carico dei costi delle rette), strutturale (numero basso di componenti o assenza), motivazionale, (con riferimento alla difficoltà del "prendersi cura" e del conciliare i vari ruoli);
- crisi sul senso della vita in struttura protetta, specialmente per gli anziani che sono ancora consapevoli di sé.

Il contesto dell'ASL di Brescia

L'ASL di Brescia è composta da 164 Comuni, distribuiti in un territorio geograficamente disomogeneo e di ampie dimensioni. La popolazione dei =>75enni era di 96.119 al 31.12.2009 (si pensi che nel 2008 erano 90.326). L'indice di fabbisogno di posti letto in RSA in Lombardia è stato elevato a 7 ogni 100 abitanti ultrasettantacinquenni, determinando un incremento di posti letto accreditati anche nell'ASL di Brescia. Le RSA oggi sono 86 per un totale di 6.122 posti letto accreditati, che diventano 6.356 se si comprendono anche i posti letto solo autorizzati; inoltre sono attivi 205 posti letto di sollievo. Nei 6.561 posti letto totali disponibili in ASL sono stati ospitati nel 2010 n. 8.755 ospiti, con un turn-over del 33%.

Uno studio sull'evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti di RSA relativo al periodo 2004-2008 evidenzia uno spostamento verso le classi SOsIA più impegnative (Tabella 1). Altro dato significativo riguarda l'evoluzione della domanda. In uno studio longitudinale effettuato negli 8 distretti dell'ASL con lista unica di accesso alle RSA emerge che la domanda è passata da 504 richieste nel 1999 alle 4.065 nel 2010. I giorni medi di attesa di conseguenza si sono allungati, passando da 44 nel 1999 a 288,85 nel 2010, pur precisando che la gestione ASL degli ingressi garantisce per i casi più gravi una precedenza di ingresso (in 3 giorni il 2,88% ed in 180 il 68,24%). Questi dati confermano un trend in crescita vertiginosa di richieste di accesso alla residenzialità su cui riflettere.

Interessante è anche la lettura delle classi SOsIA relative alle persone anziane in lista d'attesa,

Tabella 1

Evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti delle RSA dell'ASL di Brescia			
Classe SOsIA	Ospiti al gennaio 2004	Ospiti al dicembre 2006	Ospiti al dicembre 2008
Classe 1	26,61%	29,49%	33,02%
Classe 2	4,13%	3,53%	2,52%
Classe 3	28,47%	32,82%	33,67%
Classe 4	3,85%	3,63%	3,09%
Classe 5	4,84%	5,71%	6,02%
Classe 6	9,05%	2,73%	2,19%
Classe 7	14,88%	15,46	14,27%
Classe 8	8,16%	6,62%	5,91%

definite attraverso una valutazione pre-ingresso multidimensionale da parte delle équipes ASL (UCAM), comprensiva di un primo inquadramento SOsIA, per garantire comparabilità del dato. La classe SOsIA ai fini remunerativi viene invece certificata dal responsabile sanitario della RSA di accoglienza al momento dell'ingresso.

I dati evidenziano che 1.293 persone sono in classe 7 e 8 (558 classe 7, 735 classe 8), 660 nelle classi 1 e 2, le più impegnative, e 1.969 nelle classi 3,4,5,6, le intermedie. I dati indicano che una percentuale significativa di persone in attesa, in particolare i cittadini che si trovano nelle classi di minor gravità clinico-assistenziale, potrebbe beneficiare di altre tipologie di servizi residenziali, con standard più leggeri. Va precisato inoltre che dal 2011 la Regione Lombardia ha accorpato le classi SOsIA, solo ai fini remunerativi in 3 classi tariffarie (Tabella 2).

La semplificazione delle modalità di tariffazione evidenzia un costo a giornata per il Servizio Sanitario Regionale relativo alle classi 7 e 8 sovrapponibile ai costi di altre tipologie di servizi per persone parzialmente non autosufficienti. Ad esempio, il contributo garantito per ogni notte nei CDI che hanno attivato il servizio sperimentale "CDI night" è di 28 euro, comprensivo di cena, pernottamento e prima colazione. Anche questa sperimentazione di ricoveri notturni ha mostrato una domanda in crescita: da 100 persone ospiti per 2.186 notti nel 2008 a 225 per 7.039 notti nel 2009, sino a 298 persone per 10.393 notti nel 2010. È innegabile quindi l'esigenza di delegare ad una struttura, temporaneamente o in modo permanente, la gestione di un anziano, sia perché solo, sia perché la famiglia è impossibilitata ad assisterlo.

In continuo aumento sono anche i pazienti in cure domiciliari, 12.663 nel 2010, corrispondenti all'1,08% della popolazione totale; nel 2009 erano 12.517, nel 2008 12.232 e nel 2006 11.779. Le condizioni generali dei pazienti sono caratterizzate da un grado elevato di non autonomia e da comorbilità di grado significativo, con un progressivo aggravamento. Si è passati da una dipendenza completa nel 39,39% dei pazienti nel

2004 al 48,63% nel 2008. Questi dati confermano un quadro complesso e variegato di bisogni correlati a vari livelli di compromissione nell'autonomia, l'evoluzione costante della domanda in correlazione ai processi di invecchiamento, una crescente capacità di protezione a domicilio, ma un'altrettanto crescente richiesta di residenzialità, accanto alla già discussa inadeguatezza quantitativa delle RSA come unica tipologia residenziale.

Le strade percorse

L'idea di dare vita ad una nuova tipologia di unità di offerta quale ulteriore proposta, per il prossimo futuro, di gestione delle richieste sempre più numerose e pressanti di servizi per anziani con compromissione nell'autonomia di varia intensità, nasce in una fase storica in cui si è consapevoli che non è più sufficiente cercare nuove soluzioni nell'ulteriore trasformazione dei servizi attivi da anni. Infatti l'ampliamento della capacità ricettiva delle RSA e l'aumentata flessibilità nei criteri di accoglienza, il potenziamento delle cure domiciliari sia per fasce orarie sia per intensità di cura, l'ampliamento nel numero e capacità ricettiva dei CDI e la sperimentazione in essi dei ricoveri notturni sono state tutte soluzioni importanti di fronte all'incalzante domanda determinata dall'allungamento della vita e dalla contestuale compromissione del quadro clinico e psico-sociale dell'anziano. Oggi, però, è sempre più chiaro che i servizi per anziani già operanti vanno integrati e potenziati con unità di offerta nuove sia per tipologia, sia per target di fruitori, sia per modello gestionale.

La Comunità Residenziale di cui si parla in questo scritto non prevede costi aggiuntivi per il sistema regionale e solo costi di avvio per il Comune di ubicazione, considerato che le rette, peraltro contenute, sono a carico delle famiglie. Il sistema così si arricchisce di un servizio in grado di mediare fra libertà di scelta, mantenimento dell'autonomia, costi contenuti e sistema di tutela. In sintesi un servizio che non costa al Servizio Sanitario Regionale ed al Comune e che costa meno delle RSA all'anziano e/o alla famiglia.

L'altro elemento innovativo che la sperimentazione porta al sistema riguarda il forte coinvolgimento del tessuto sociale locale e l'apertura a nuove realtà in grado di contribuire al sostentamento della comunità residenziale con risorse economiche, umane e di altra natura. La riuscita del progetto è determinata dal mantenimento dell'identità innovativa del servizio nuovo, che è

Tabella 2

Classe tariffaria	Classe SOsIA	Valore
A	1 e 2	49 €
B	3,4,5,6	39 €
C	7 e 8	29 €

“altro” rispetto alle RSA. Infatti ogni tentativo di riprodurre il modello a costi inferiori inficerebbe i risultati attesi, allontanandosi dalla sua finalità peculiare.

Le Comunità Residenziali per anziani

Emerge con evidenza che è impensabile ed impraticabile rispondere all'aumento della popolazione anziana con il semplice aumento in percentuale dei posti letto in RSA, sia per motivazioni di compatibilità economica, sia per la tipologia di ospiti oggi presenti in queste strutture, con condizioni di gravità clinica e gestionale. Oggi inoltre la medicina e la tecnologia hanno fatto progressi tali da permettere a persone con disabilità più o meno gravi di continuare la propria esistenza in modo “autonomo” per tempi più lunghi.

Va però sottolineato che il grande interesse e sostegno verso la domiciliarità, che sarà ulteriormente potenziata, non sempre è praticabile, più per condizioni abitative, affettive, di supporto familiare (socio-ambientale e psicologico) che non cliniche. Tutto questo motiva l'opportunità attuale di sperimentare nuovi modelli di vita comunitaria, seppur consapevoli che contestualmente dovranno essere trovate anche altre strategie di sistema per affrontare il problema della sostenibilità complessiva degli interventi. Il nuovo modello di vita comunitaria che supporta le comunità residenziali presuppone il coinvolgimento attivo di amministratori, associazioni varie, volontariato, familiari, non solo nell'ideazione e realizzazione del servizio, ma anche nella sua gestione. La sua attivazione, sia per gli aspetti strutturali che gestionali, può essere sostenuta dalla partecipazione di vari attori della realtà locale, non solo dai Comuni, ma ad esempio da Fondazioni, Banche, Cooperative, Parrocchie ecc., con investimento di risorse economiche, strumentali o di personale. Interessante sarebbe sperimentare forme di “complessi residenziali multifunzionali”, ove convivano diversi modelli assistenziali, con alcuni servizi centralizzati (es. una RSA come polo di servizi con vari livelli di protezione).

Il cammino intrapreso nell'ASL di Brescia ha avuto inizio dalla rilevazione del bisogno nuovo ed urgente di risposta alla richiesta crescente di residenzialità, fatto che ha stimolato il nascere dell'idea di nuovo servizio, per quindi giungere alla stesura del progetto ed alla ricerca della denominazione che ne definisce l'identità. Informazione, condivisione e negoziazione con coloro che avevano espresso desiderio di attivare una struttura

per anziani hanno portato alla sottoscrizione dei primi quattro accordi di programma con varie realtà locali, scientifiche e con l'ente gestore. Oggi l'aspetto saliente è inerente alla responsabilità di interpretare al meglio il Progetto e rendere la sperimentazione fattibile e da consolidare.

Le Comunità residenziali sono svincolate dai criteri di accreditamento e rientrano nella sperimentazione prevista dalla Legge Regionale 3/2008 di nuove unità d'offerta nell'ambito della rete sociale, di competenza comunale, prevista con DDG n. 1254 del 15.02.2010 Titolo 5. La Regione Lombardia ha inoltre emanato la DGR n. IX/197 del 30 giugno 2010 “Determinazioni in ordine agli interventi a supporto del sistema di Welfare lombardo”, possibile fonte di finanziamento della sperimentazione.

Per la comunità residenziale vengono proposti standard strutturali leggeri, benché predefiniti e misurabili, standard di personale orientato prevalentemente ad interventi di supporto e supervisione dell'igiene personale, mobilità, alimentazione, di sorveglianza degli adempimenti sanitari (es. somministrazione farmaci, calendario controlli ecc.) e di gestione delle dinamiche relazionali. Questo tipo di assistenza può venire garantita anche impiegando, ad integrazione dei caregiver professionali, badanti, volontari e familiari con azioni e ruoli pianificati nell'organizzazione delle strutture. Inoltre la Comunità residenziale è da considerarsi sostitutiva del domicilio; pertanto gli ospiti debbono poter fruire anche dell'assistenza domiciliare ADI (Voucher/Credit) od estemporanea. La gestione clinica è di competenza del MMG, rimanendo il responsabile della cura del suo assistito.

I destinatari

Sono anziani con bisogni diversificati di ordine abitativo, psicologico, relazionale, assistenziale, sanitario e sociale che, per propria volontà o per motivazioni familiari, sociali o di altra natura, non sono più in grado di vivere a casa. Possono presentare livelli diversi di autonomia, ma con un quadro clinico stabilizzato, possibilmente classificabili nella fascia “moderata” per quanto riguarda mobilità, cognitività/comportamento e comorbilità (inteso come limite massimo di compromissione). La valutazione per l'ingresso deve considerare sia problematiche di natura sanitaria che sociale, dando particolare rilievo a queste ultime. La compromissione motoria (mobilità) è determinata utilizzando la scala Barthel, la compro-

missione cognitiva e comportamentale mediante la scala Gottfries-Branes-Steene (GBS), mentre la comorbilità viene determinata mediante la scala CIRS. Da tali elementi di gravità è possibile correlare i bisogni e quindi gli interventi assistenziali. Va precisato che non sono ammissibili in Comunità residenziali le persone allettate, così come quelle affette da demenza, poiché il servizio non offre un livello di protezione sufficiente, con il rischio di compromettere la qualità di vita degli ospiti e di aggravare il peso dell'assistenza.

I presupposti per una buona riuscita del progetto, alcuni principi cardine

I principali criteri organizzativo/gestionali che riescono a coniugare contestualmente flessibilità e garanzia di protezione, permettendo la realizzazione del progetto sono:

- una valutazione multidimensionale pre-ingresso da parte degli operatori dell'ASL, in sinergia con quelli dei Comuni/Ambiti ed in collaborazione con il MMG;
- la predisposizione di un progetto personalizzato di intervento che evidenzia le motivazioni della scelta della Comunità e sia orientato prevalentemente verso la salvaguardia delle autonomie e la soddisfazione di vita dell'anziano (evitare eccesso di regole, condizionamenti e "sanitarizzazione");
- la garanzia di supporto dei servizi di cure domiciliari e protesica;
- la disponibilità del tessuto sociale ad accogliere il servizio, aperto alla comunità e mantenimento di un adeguato livello di iniziative e di socializzazione;
- i criteri organizzativo-gestionali che coniughino flessibilità e garanzia di protezione;
- la diversificazione del livello di protezione in relazione al quadro globale della persona.

La valutazione pre-ingresso è la premessa per la stesura del PAI che deve prevedere la definizione del livello di fragilità della persona e delle prestazioni opportune, ma anche evidenziare, se necessari, prestazioni mediche, terapie farmacologiche, controlli clinici, interventi infermieristici e/o riabilitativi attraverso l'ADI (voucher/credit), prestazioni protesiche e specialistiche. Altri punti di forza, affinché la sperimentazione si riveli sostenibile, sono l'ammissione nel rispetto della volontà di anziano, ma anche a seguito di verifica della rispondenza del servizio ai bisogni della persona. È inoltre indispensabile il monitoraggio

costante della situazione ed eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità residenziale, la dimissione pianificata, qualora si evidenzia un aggravamento della situazione incompatibile con la vita in comunità, e solo a seguito di individuazione e reperimento di altro servizio.

Requisiti organizzativi generali

La dimensione ideale della Comunità Residenziale è di 20 posti letto, organizzata in due nuclei per raggiungere un buon equilibrio fra costi di gestione sostenibili e qualità di vita dell'ospite. Un numero di posti contenuto è infatti l'unico modo per riprodurre alcuni presupposti della vita familiare, ma altrettanto importante è la valutazione dell'impatto economico, determinato dai costi di gestione, su anziano e famiglia che si debbono fare carico della retta. Quest'ultima, variabile, comunque deve essere inferiore a quella minima in RSA. È necessario coniugare l'aspetto low cost con l'erogazione di un servizio qualificato, mirato ad una tipologia di utenza ben definita. La variabilità della retta è determinata dall'"intreccio" fra tipologia ed entità dei servizi offerti, dalla composizione dell'équipe, dai livelli di intensità assistenziale ed infine dalle scelte strategiche dell'ente gestore.

I servizi che la Comunità deve fornire sono:

- servizi di carattere alberghiero (compresi i servizi di lavanderia e stireria);
- servizio mensa, cucina, con possibilità dell'ospite di partecipare alla elaborazione di cibi;
- servizio di assistenza alla persona (aiuto, igiene personale compreso bagno assistito, ecc.);
- servizio di custodia;
- attività di vita comunitaria, rispettose della libertà individuale, iniziative di coinvolgimento amicale e familiare (possibilità di invito a pranzo, di feste con parenti ecc.), con possibilità di uscita sia di gruppo che autonoma;
- servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Distretto.

Requisiti strutturali

La struttura dovrà essere priva di barriere architettoniche anche negli alloggi e possedere un dispositivo per chiamate di emergenza.

Le camere dovranno essere con massimo due posti letto, privilegiando, ove possibile, camere ad un letto, che offrano maggior qualità e privacy. Le

camere a due letti possono essere ben impiegate quando sono da salvaguardare legami familiari, affettivi o amicali fra ospiti. La Tabella 3 sintetizza i principali standard strutturali a cui attenersi.

La custodia dei farmaci è garantita nella stanza di ciascun ospite, utilizzando uno scomparto chiuso all'interno del proprio armadio personale. L'assunzione dei farmaci sarà effettuata direttamente dall'interessato anche mediante l'utilizzo di dispositivi (dispenser giornalieri e/o settimanali) predisposti, su prescrizione del medico curante, con l'aiuto del personale ausiliario.

Standard di personale

Nella composizione dell'équipe sono previste figure varie professionali, quali un coordinatore e personale addetto all'assistenza (ASA/OSS), ma anche figure non professionali, parte integrante dell'équipe, sulla base di un progetto condiviso. Fra di esse rientrano ad esempio i componenti della famiglia, quando esistente, con eventuale riduzione dei costi delle rette, badanti o gruppi di badanti in forma associata, volontari, tutti secondo programmi predefiniti e basati sull'effettiva disponibilità. Per coprire il fabbisogno minimo assistenziale e di tutela nelle 24 ore su tutto l'anno, per capacità ricettiva di 10 o 20 posti letto, sono necessari almeno n. 5 ASA, distribuiti

sui vari turni. È possibile inoltre la presenza di eventuali badanti, ad integrazione od in sostituzione di parte delle funzioni dell'ASA, di aiuto nella cura delle persone e "vigilanza e tutela" di notte e nelle ore dei pasti. All'interno della stessa Comunità o in Comunità diverse possono essere previsti livelli di protezione differenziati in relazione alla situazione globale del singolo ospite e modificabili a seguito di variazioni rilevate nel suo livello di autonomia o nel suo equilibrio generale.

Monitoraggio e verifica del progetto sperimentale

L'obiettivo della sperimentazione in atto nell'ASL di Brescia è duplice: rispondere alla forte richiesta locale di residenzialità, ma anche testare la sostenibilità e bontà del progetto, tale da renderlo esportabile in altre realtà italiane. Un elemento chiave che si aggiunge a tutti quelli descritti è inerente all'individuazione di alcuni indicatori in grado di dimostrare oggettivamente la capacità del servizio di garantire tutela e qualità di vita, mantenendo il più a lungo possibile le abilità presenti nell'anziano al momento dell'ingresso. In particolare gli indicatori sono relativi al quadro cognitivo-comportamentale ed emozionale (cognitività ed orientamento spazio-temporale, eventuale comparsa di quadro depressivo, ecc.)

Tabella 3: Ipotesi standard per Comunità per anziani

Camere a due posti letto da 16 mq	16 mq x 18 (corrispondenti a n. 36 posti letto)	
Camere a un posto letto da 10 mq (in numero elevato)	10 mq x 4 (corrispondenti a n.4 posti letto)	
Sevizi igienici	5 mq x 11 (corrispondenti a n.1 sevizi igienici ogni due camere)	Bagno assistito
Ripostigli		
Spazi collettivi (soggiorno + sala da pranzo, salottino, ecc)	1,5 mq x 40 (soggiorno) 1,5 mq x 40 (sala da pranzo)	Garantita l'accessibilità ai piani superiori con ascensore per trasporto barelle.
Ufficio	15 mq X 2 (due locali)	
Cucina scaldavivande e piccole cotture	30 mq x 1	
Atrio + corridoi	20 mq + 50mq	
Bagno assistito	20 mq x 1	
Spogliatoi con servizi igienici personale	30 mq x 2	

**NB: la cucina per produzione pasti, la lavanderia/stireria/guardaroba non sono previste nei requisiti perché tali servizi possono essere forniti mediante convenzioni esterne.*

alle abilità funzionali (mantenimento della gestione sfera igiene personale, gestione della quotidianità, partecipazione ad attività pratiche ecc.) ed alla comorbilità, con mantenimento del quadro clinico stabilizzato. Inoltre vanno monitorati e valutati eventuali ricoveri ospedalieri ed il ricorso alle cure domiciliari, oltre ai tempi medi di permanenza in comunità. La valutazione di questi indicatori offrirà elementi per una conferma o eventuale ridefinizione del progetto.

Le sperimentazioni già in atto nell'ASL di Brescia

Le quattro Comunità Residenziali in fase di progettazione e di avvio, per una di esse entro il

2011, si caratterizzano per il ruolo centrale delle Amministrazioni Comunali, ma anche per la partecipazione al Progetto da parte dell'Assemblea dei Sindaci degli Ambiti di riferimento e delle Comunità Montane. Inoltre rilevante è la partnership con altre realtà locali quali Banche, l'Associazione Centro Italiano per l'Assistenza in Famiglia, centri di ricerca in ambito geriatrico (Gruppo di Ricerca Geriatrica), Cooperative Sociali, Fondazioni e l'ASL, quest'ultima con ruolo progettuale, strategico, di regia dell'intera sperimentazione.

Le quattro Comunità, pur rispettando gli aspetti cardine di riferimento, vedranno coinvolte nella loro gestione realtà locali con modalità e tipologie di impegno diversificate, anche per dimostrare la flessibilità del modello e la sua adattabilità alle realtà dei diversi territori.

Qualità della vita. Quanto gioca la cognitivtà

RENZO ROZZINI

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Istituto Ospedaliero-Fondazione Poliambulanza, Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La qualità della vita (QDV) è un elemento centrale nella descrizione dell'appropriatezza degli interventi nel campo della salute. Nonostante ciò, il concetto di qualità della vita non è definito in modo uniforme e questo ha creato confusione e difficoltà nello sviluppo della ricerca in questo campo. I vari modi con cui viene definita la QDV riflettono la dipendenza dal contesto e dall'orientamento concettuale (medico, bioetico, psicosociale) di chi la descrive.

In termini generali, la qualità della vita può essere considerata come la percezione soggettiva del benessere, inteso come la minor differenza possibile fra le aspettative e le necessità percepite dalla persona e la sua condizione contingente. Una QDV più che accettabile è in genere ottenuta grazie allo spirito di adattamento innato in ciascun individuo che fa collocare le proprie attese entro limiti percepiti come raggiungibili. Il concetto di QDV include ed amplia la definizione di salute data dall'OMS (completo benessere fisico, mentale e sociale): essa esprime il grado di soddisfazione in svariati ambiti ottenuto dal fruimento delle opportunità che si presentano durante il corso della vita, nonostante le limitazioni e gli impedimenti che la vita stessa oppone. È quindi evidente come il concetto di qualità della vita non possa prescindere dal giudizio soggettivo e vari al variare dello stadio di vita in cui si trova ogni individuo. Le applicazioni della misurazione della qualità della vita in ambito clinico e di ricerca sono molteplici:

- screening e monitoraggio nel singolo individuo di problemi psicologici e sociali inerenti alla malattia ed al trattamento,
- studi di popolazione sulla percezione di problematiche inerenti allo stato di salute,
- misura degli outcome nei servizi assistenziali e analisi costo-beneficio,
- utilizzo in trial clinici controllati per valutare l'efficacia di nuovi trattamenti farmacologici,
- sviluppo di nuove linee guida,
- decisioni riguardanti gli stadi terminali di malattia.

Riuscire a valutare in modo affidabile la QDV permette, inoltre, di avere dati con cui supportare il dibattito sull'allocazione delle risorse per la cura di patologie cronico-degenerative a largo impatto sociale.

Lo studio e la ricerca sulla qualità della vita sono un impegno che attraversa da molto tempo la medicina, protesa alla ricerca di strumenti per indirizzare il proprio lavoro di cura. Infatti ogni persona nel momento in cui viene richiesta di dichiarare in modo sintetico la qualità del proprio essere nel mondo tende a valorizzare alcuni aspetti del sentire in base alla propria cultura, alla propria esperienza, alla quantità-qualità dei rapporti umani. spesso attribuisce più valore ai cambiamenti di stato rispetto allo stato stesso; tende a far contare di più i picchi (negativi e positivi) degli episodi e non la loro effettiva durata ed i momenti di normalità. Non è quindi semplice compiere un'operazione

di oggettivizzazione del dato soggettivo per ottenere una modalità di valutazione applicabile in soggetti diversi ed adottabile in diversi setting, anche al fine di misurare l'efficacia di specifici interventi. Il concetto stesso di qualità della vita è stato banalizzato, sia per superficialità sia perché è stato adottato come misura surrogata in mancanza di dati più diretti per analizzare, ad esempio, gli effetti di un farmaco.

L'attenzione alla qualità della vita è un'operazione tipicamente geriatrica, perché in linea con il concetto di valutazione multidimensionale della condizione dell'anziano: le diverse scale utilizzate sono strutturate attorno alla rilevazione di domain diversi, di ordine somatico, psicologico, relazionale. Non vi è condizione di fragilità così grave da non permettere una valutazione della qualità della vita; anche nella persona affetta da demenza, quando si valuta il paziente, la dimensione complessiva conserva una rilevante importanza.

Non è l'organo encefalo che si deve curare, estraendolo da un corpo che vive nel mondo e portandolo in un laboratorio, ma è la persona che si deve accompagnare -utilizzando il massimo della tecnica intesa in senso ampio- verso una possibilità di vita migliore, tenendo conto di limiti e occasioni. Tanto più la persona è anziana e fragile, tanto più il riferimento a ricadute più ampie dello specifico evento biologico diviene necessario.

La qualità della vita nel paziente affetto da demenza.

La demenza è la condizione clinica paradigmatica della cronicità. Il paziente affetto da demenza sviluppa, in un arco temporale relativamente breve, il passaggio da una fase di sostanziale autonomia e totale competenza ad una progressiva perdita di autonomia e riduzione delle capacità cognitive cui si associa un livello variabile di perdita di consapevolezza di malattia (che in realtà non si perde mai completamente anche nelle fasi avanzate).

Nei pazienti affetti da demenza, la definizione di QDV propone indubbiamente notevoli difficoltà sia di tipo concettuale che pratico, derivanti dalla difficoltà di interpretare il giudizio del soggetto, che è possibile ottenere in modo esplicito nelle fasi iniziali della malattia, e dalle difficoltà di interpretare le modalità comunicative non verbali o le residue capacità di relazione verbale negli stadi più avanzati. Nel corso della malattia,

ciascun paziente raggiungerà uno stadio tale di declino cognitivo in cui nessun tipo di valutazione introspettiva del proprio vissuto sarà più possibile.

Gli studi fin ora compiuti, non sono stati in grado di determinare a quale stadio di declino cognitivo i pazienti anziani non siano più in grado di esprimere un giudizio sulla propria qualità della vita.

Il paziente affetto da demenza modifica le modalità di comunicazione fin dalle fasi iniziali della malattia. La comprensione del mondo esterno diviene sempre più difficile fino a farsi quasi impossibile: il paziente è un estraneo in un mondo totalmente nuovo, in perenne cambiamento, si sente impossibilitato a trovare un qualsiasi punto di riferimento (se non in ciò che è più profondamente radicato nella memoria e negli affetti). La definizione "qualitativa" di ciò che è esterno (e quindi estraneo) al paziente può assumere un valore positivo solo quando è legato al vissuto della persona (alle abitudini, ai ricordi più remoti, alle sensazioni più profonde); è quindi estremamente difficile utilizzare un criterio oggettivo per giudicare la qualità dell'ambiente (inteso in senso ampio: spazio vitale, relazioni, attività) di un soggetto con demenza. Le modalità di espressione del paziente si modificano anch'esse grandemente con l'evolvere della demenza. Perde progressivamente di significato la comunicazione verbale, per assumere a modalità comunicativa privilegiata (e poi unica) quella non verbale (il corpo, i gesti, i comportamenti). Quindi l'espressione della soggettività del paziente (ed anche il suo giudizio sul valore del suo esistere, sulla qualità del mondo in cui vive) non è mai riducibile alla risposta verbale (quando questa è possibile), ma va compresa sulla base dei comportamenti della persona. Questo si traduce nella necessità di disporre di modalità di osservazione del paziente demente che integrino la sua espressione verbale con l'osservazione (da parte di proxy significativi, quali i familiari od operatori sanitari) del comportamento e delle azioni. La storia naturale dinamica, non lineare, della demenza ed il differente approccio terapeutico con i relativi outcome prefissati per i vari stadi evolutivi di malattia, rendono comunque necessaria una valutazione oggettiva della QDV dei pazienti affetti da demenza per poter garantire loro una sempre più adeguata qualità della cura. L'ottimizzazione della QDV è, infatti, l'unico outcome raggiungibile in tutti gli stadi della malattia, ottenibile sia attraverso interventi farmacologici che non farmacologici.

Il controllo dei sintomi comportamentali e psichici è un obiettivo terapeutico a qualsiasi stadio della demenza. Spesso il controllo di questa categoria di sintomi incide in modo positivo sulla qualità di vita del paziente; talvolta invece l'interpretazione del rapporto fra alterazione comportamentale e QDV del paziente è difficile. Alcuni sintomi, infatti, quali il vagabondaggio e l'affaccendamento afinalistico sembrano infatti esprimere una modalità residua di relazione positiva con l'ambiente ed il loro controllo è raramente ottenibile con misure non farmacologiche. In questi casi la difesa della QDV del paziente si ottiene meglio con le modificazioni dell'ambiente per permettere al paziente di manifestare con sicurezza (e senza disturbi ad altri) il proprio comportamento. Il mantenimento della miglior qualità della vita possibile è quindi un obiettivo cardine della cura della demenza, perseguibile in tutti gli stadi di malattia indipendentemente dall'etiologia della malattia. Attualmente numerosi farmaci per il trattamento delle demenze sono in fase di sperimentazione; nei prossimi anni i trials clinici sull'efficacia dei nuovi trattamenti dovranno necessariamente prendere in considerazione il miglioramento dei sintomi in relazione alla qualità della vita.

La valutazione standard della persona affetta da demenza, che comprende la valutazione delle funzioni cognitive, dello stato funzionale strumentale e fisico, della comorbidità somatica, dei sintomi comportamentali, della situazione sociale e del network familiare, permette una buona valutazione oggettiva di molti aspetti che concorrono alla definizione di QDV, ma non contempla in nessun modo la percezione soggettiva che, per definizione, risulta imprescindibile.

Dal momento che una valutazione della propria qualità della vita risulta un compito complesso che coinvolge numerosi aspetti della cognitivtà, una valutazione soggettiva della QDV è possibile solo negli stadi precoci di malattia. Riguardo alla qualità del giudizio espresso dal paziente affetto da demenza, esso può essere influenzato dal livello educativo, dalle difficoltà nel mantenere l'attenzione oltre che, naturalmente, dal grado di compromissione cognitiva. La scelta del tipo di strumento da utilizzare deve inoltre tener conto delle caratteristiche proprie del soggetto (scolarità, esperienze di vita, ambiente, ecc.). Un altro aspetto fondamentale riguarda il problema dell'utilizzo del caregiver come fonte d'informazione. L'apporto del caregiver, in un'intervista condotta insieme al paziente, risulta di fondamentale importanza per riportare sintomi ed

esperienze che potrebbero essere state dimenticate dal paziente, anche se questo implica lo svantaggio di introdurre la percezione operata da un soggetto che, per quanto vicino, risulta comunque esterno al vissuto del paziente. Misure della qualità della vita basate sulla valutazione di compiti standardizzati si sono dimostrati molto affidabili e ben riproducibili, ma hanno il limite di non poter riflettere il vissuto del paziente nell'ambiente reale.

Le difficoltà sopra descritte suggeriscono un approccio che miri a ricercare i segni esteriori del vissuto della malattia anche negli stadi avanzati di malattia.

Storicamente, per la valutazione globale della "sindrome demenza" si è privilegiata la valutazione del comportamento o dello stato funzionale, in quanto caratteristiche sempre facilmente valutabili oggettivamente ad ogni stadio di malattia. Nella stesura della Global Deterioration Scale, ad esempio, Reisberg et al. scelgono di considerare il criterio funzionale, piuttosto che l'aspetto cognitivo, come elemento caratteristico degli stadi più avanzati di malattia, come se ad un certo punto dell'evoluzione della demenza, i due domini non possano che coincidere. Anche per la QDV, quindi, le caratteristiche comportamentali del soggetto sono state considerate alla base della valutazione per ogni stadio di malattia.

L'ottimizzazione della qualità della vita rappresenta, comunque la si voglia intendere, l'obiettivo principale delle cure; queste non possono fondarsi sull'attenzione alle sole condizioni patologiche, ma anche su fattori culturali, relazionali, sociali ed ambientali, la cui rilevanza assume un'importanza maggiore nelle situazioni estreme, come, ad esempio, la cronicità. L'analisi della qualità della vita tiene in conto dell'intera "fabbrica" della vita quotidiana: biologica, psicologica, interpersonale, sociale, culturale ed economica. In questa ottica è evidente che l'esame medico tradizionale non è in grado di definire esaurientemente i principali componenti della qualità della vita della persona e quindi gli aspetti di specificità e di individualità. È stato osservato che il termine qualità della vita è molto vago, come sono vaghi altri termini di grande significato quali felicità, uguaglianza, libertà.: uscire dalla vaghezza non è certo un compito facile, ma non per questo meno doveroso per chi cerca di fondare la problematica su basi serie. Almeno come tendenza, per non essere dominati dalla genericità, che si riflette sulla qualità degli interventi affidati ad un medico.

Il referto neuropsicologico

CRISTINA RUARO

Psicologa, Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale C.R.I.C., ULSS5 Ospedale di Valdagno

Esami neuropsicologici esaustivi ed ineccepibili sotto il profilo metodologico, sono mero esercizio in assenza di una relazione. La valutazione neuropsicologica infatti non può dirsi conclusa in assenza di un referto.

La relazione conclusiva, deve descrivere le funzioni cognitive indagate senza tralasciare di indicare quali strumenti testistici siano stati utilizzati.

È importante altresì che non ci si limiti a produrre l'elenco dei test che risultano nella norma contrapposti a quelli patologici, ma che vengano riportati in dettaglio anche i punteggi grezzi ottenuti dal paziente, di modo che se questi dovesse rivolgersi ad altro specialista, il nuovo clinico possa rilevare anche modeste modificazioni delle performance.

Accanto agli aspetti quantitativi, devono essere altresì riportati gli aspetti qualitativi, come ad esempio: il comportamento ed il tono dell'umore del paziente, l'analisi degli errori commessi, l'osservazione delle strategie impiegate.

La relazione deve quindi chiudersi con una conclusione "riassuntiva" che consiste nella risposta al quesito iniziale: il paziente presenta declino cognitivo? Se sì come si caratterizza? Vi sono funzioni cognitive preservate? La stesura della relazione conclusiva prevede cioè la formulazione di una diagnosi neuropsicologica, che è "qualcosa" in più del riportare un elenco di test.

Demenze: futuro delle terapie e terapie del futuro

ORAZIO ZANETTI

IRCCS Fatebenefratelli, Brescia

Da almeno un decennio le previsioni degli studiosi rispetto alle prospettive terapeutiche per la malattia di Alzheimer (AD), sia quelle definite “ottimistiche” sia quelle meno, si sono rivelate, ahimè, sistematicamente e tragicamente fallaci.

Nel 1999 viene pubblicato su *Nature* un articolo che dimostrava lo sbalorditivo effetto dell’impiego del vaccino anti beta amiloide in topi transgenici “programmati” per sviluppare lesioni neuropatologiche tipiche della malattia di Alzheimer (Schenk et al., 1999). In quell’occasione il *Corriere Salute* pubblica un articolo dal titolo esplicativo: Scoperto un vaccino promettente per la Malattia di Alzheimer (Marwick, 2001). La pressione epidemiologica e nel contempo sociale, nonché l’ambizione della scoperta di una vera terapia eziopatogenetica per l’AD indussero a trasferire, “a posteriori” frettolosamente, i risultati dal topo all’uomo; lo studio che ne seguì fu prematuramente interrotto per la comparsa di meningoencefaliti in un piccolo ma significativo numero di pazienti. Da allora la ricerca di una terapia risolutiva nella battaglia contro la malattia di Alzheimer è stata, e lo è tuttora, dominata dalla ricerca di un “vaccino” efficace e tollerabile. Basta digitare vaccino per l’Alzheimer in internet che non mancano promesse a breve termine; un esempio fra i tanti: “Ne avevamo già parlato in passato; oggi riprendiamo l’argomento per darvi un’altra bella notizia: entro il 2012 sarà presumibilmente disponibile un vaccino capace di rallentare sensibilmente la progressione del morbo”. Sino ad ora, tuttavia, i risultati relativi all’impiego del vaccino, più che risultati positivi, hanno contribuito a sollevare dubbi rispetto all’ipotesi patogenetica dominante, ovvero maggiormente condivisa, che vede nell’accumulo patologico di beta amiloide il *primum movens* della AD. I “tauisti” - coloro che ipotizzano un maggior ruolo di proteina Tau - hanno guadagnato terreno e sono visti con minor sprezzo dal punto di vista culturale. Anche su molti altri versanti le prospettive della ricerca farmacologica si sono infrante prima di raggiungere la pluralità dei pazienti affetti da AD. Nel contempo i deludenti risultati delle numerosissime sperimentazioni farmacologiche hanno condotto ad una profonda riflessione critica sulla più opportuna metodologia da adottare nei clinical trials: selezione dei pazienti, durata del trattamento, definizione degli out come (Schneider, 2010).

Con questa breve premessa è molto più facile, più semplice, ipotizzare quale sia il futuro delle terapie, sia pure con un’ampia dose di rassegnazione clinico-scientifica, piuttosto che sbilanciarsi in previsioni “avventurose”, esposte a molto probabili smentite, sulle terapie del futuro.

Di fatto, il futuro delle terapie farmacologiche, “ottimisticamente” almeno per i prossimi 5-6 anni, escludendo auspicabili fenomeni o elementi di serendipità/casualità, è rappresentato, dal prolungamento del presente. Ovvero dagli anticolinesterasici (donepezil, rivastigmina e galantamina) e dalla memantina (Mayeux, 2010). Sono farmaci che ci hanno consentito di affermare che “la malattia di Alzheimer è curabile”. Farmaci che godono di un’indiscus-

sa –evidence-based–, sebbene modesta, efficacia nel modulare la progressione della malattia di Alzheimer in una quota del 10-40% dei pazienti. Sono farmaci che hanno contribuito in modo determinante alla crescita di servizi diagnostici e terapeutici sempre più efficienti al servizio di pazienti e famigliari. Il progetto CRONOS (2000), che ha catalizzato la creazione di un'ampia rete nazionale di servizi diagnostici ed assistenziali per le persone con decadimento cognitivo (ed i loro famigliari), nasce infatti con l'obiettivo di offrire a questi pazienti una diagnosi accurata e una terapia farmacologica specifica. Naturalmente, a distanza di più di un decennio sarebbe auspicabile un Piano nazionale (peraltro sollecitato dagli Organismi regolatori europei) che favorisca un'omogenea crescita qualitativa (non necessariamente quantitativa) dei servizi offerti dalle Unità di Valutazione Alzheimer (meglio ridefinibili come Centri per i Disturbi Cognitivi – Centri per la Memoria).

Quanto al futuro delle terapie lo scenario è molto ricco, dominato alla ricerca di farmaci che si vorrebbero “disease-modifying” e non sintomatici, ovvero in grado di interferire con i meccanismi patogenetici centrali ritenuti responsabili della malattia di Alzheimer. Con franchezza si deve però riconoscere che in questo scenario sono prevalsi quasi invariabilmente, sino ad ora, gli insuccessi, soprattutto quando dalle fasi preliminari di sperimentazione del farmaco (fase I e II) dalle quali provenivano segnali di speranza, si è passati alle sperimentazioni più ampie (fase III). Si veda a questo riguardo l'esauriente -nel contempo frustrante- revisione della letteratura di Mangialasche et al. (2010). I fallimenti dei numerosi studi farmacologici hanno indotto i ricercatori ad una revisione critica del razionale e della metodologia che sottende gli studi stessi. L'ipotesi dominante - una proteina-un farmaco-una malattia - potrebbe non essere corretta; secondo questa ipotesi l'obiettivo dello sviluppo di un farmaco consiste nell'identificare una specifica molecola in grado di agire in modo puntiforme su un target specifico della malattia che produca l'effetto terapeutico desiderato. Tuttavia, questo approccio potrebbe non essere adeguato per una patologia complessa ad origine multifattoriale come la AD.

In sintonia con l'ipotesi etiopatogenetica dominante - quella connessa al deragliament del metabolismo di beta amiloide (sulla quale convergono numerosissimi studi, in particolare quelli relativi alle forme famigliari dovute a mutazioni genetiche) - lo sforzo maggiore della ricerca far-

macologica è oggi focalizzato sulla sperimentazione di farmaci anti amiloide: inibitori di beta e gamma secretasi, attivatori di alfa-secretasi, farmaci in grado di prevenire l'aggregazione di beta amiloide, farmaci in grado di promuovere la rimozione di beta amiloide. In questo ambito si sta assistendo ad un'accelerazione degli studi che prevedono l'impiego di “vaccini” attivi o passivi il cui obiettivo consiste nel prevenire l'aggregazione di beta amiloide o di rimuovere i frammenti solubili o aggregati di beta amiloide. I risultati degli studi clinici sul vaccino nella malattia di Alzheimer hanno sino ad ora prodotto risultati deludenti; la rimozione delle placche amiloide non si è associata ad alcun affetto clinicamente significativo (Holmes et al, 2008). Si è ipotizzato che i risultati negativi siano da attribuire alla tardività dell'intervento farmacologico rispetto alla evoluzione del processo patogenetico della malattia. Per questo motivo un trial clinico in corso anche in Italia, che impiega l'immunizzazione passiva (ritenuta più efficace negli anziani), prevede il reclutamento di pazienti nelle fasi precliniche-prodromiche della AD selezionati impiegando i noti marker clinici, neuroradiologici e biologici della AD (Frisoni e Coleman, 2011).

Nel futuro a breve termine, resta infine aperto il problema della definizione di outcome significativi. Come afferma Kane, la nostra capacità di definire gli outcome nella demenza, in particolare nella malattia di Alzheimer, è pesantemente limitata dal basso livello di comprensione della malattia stessa. Non solo non conosciamo l'eziologia, ma scarsa è la nostra conoscenza degli aspetti della malattia in grado di essere influenzati dagli interventi, farmacologici e non (Kane, 1997).

Nel prossimo futuro sarà pertanto sempre più necessario tagliare su misura il nostro intervento farmacologico e non farmacologico in base alle caratteristiche cliniche del paziente nonché agli outcome che si desiderano perseguire di concerto con i caregivers: prolungamento della sopravvivenza, miglioramento delle prestazioni funzionali, o terapia palliativa; a questo riguardo balzano agli occhi soprattutto i problemi relativi alla gestione delle demenze severe per le quali mancano indicazioni scientificamente validate. Nel contempo è necessario essere consapevoli del fatto che nel caso dell'anziano disabile, e del demente in particolare, la grande maggioranza dei pazienti sono oggetto di un insieme di interventi che coniugano, in modo non sempre facilmente solubile, prevenzione, cura, riabilitazione, palliazione e supporto familiare. E' questo

stesso embricarsi di approcci terapeutici diversi che rende talora difficile, con gli strumenti di cui disponiamo oggi, quantificare i risultati di un intervento puntiforme quale, per esempio, quello strettamente farmacologico.

Ciò che è importante sottolineare è il fatto che l'approccio farmacologico, allo stato attuale delle conoscenze, per i suoi limiti intrinseci, non può prescindere dalla presa in carico del paziente e dei caregiver, con il loro fardello di problemi.

La terapia farmacologica deve far parte di una "presa in carico" globale del paziente e del caregiver, non costituire un semplice alibi per "ane-

stetizzare" la coscienza del medico proscrittore. Al contrario, può costituire un utile strumento di collegamento tra il medico ed il paziente, che nel contesto di un intervento articolato può assumere un'elevata valenza terapeutica. I farmaci proposti per la terapia della malattia di Alzheimer possono pertanto rappresentare uno strumento di dialogo tra paziente e medico, offrendo a quest'ultimo, un mezzo per impostare una "care" dalle molte sfaccettature che miri al miglioramento della qualità della vita (Whitehouse, 2006) dei pazienti e dei famigliari.

Bibliografia

- ¹ Frisoni GB, Coleman PD. Mild cognitive impairment: instructions for use at Neurobiology of Aging. *Neurobiol Aging*. 2011 Jan 25. [Epub ahead of print]
- ² Holmes C., Boche D., Wilkinson D., et al.: Long-term effects of Abeta-42 immunisation in Alzheimer's disease: follow-up of a randomized placebo controlled phase I trial. *Lancet* 2008; 372: 216-23.
- ³ Kane R.L.: Which Outcomes Matter in Alzheimer Disease and Who Should define Them?. *Alzh.Dis.Ass.Dis.* 1997; 11 (Suppl.6): 12-17
- ⁴ Mangialasche F., Solomon A., Winblad B. et al: Alzheimer's disease: clinical trials and drug development. *Lancet Neurol* 2010; 9. 702-16.
- ⁵ Marwick C: *Corriere Salute* 10/10/2001
- ⁶ Mayeux R.: Early Alzheimer Disease. *N.Engl. J.Med.* 2010; 362: 2194-2201
- ⁷ Schenk D. et al.: *Nature* 400; 8 July 1999: 173-177
- ⁸ Schneider L.S.: The potential and limits for clinical trials for early Alzheimer's disease and some recommendations. *The Journal of Nutrition, Health, and Aging*, 2010; 14: 295-298.
- ⁹ Whitehouse P.J.: Quality of life: the bridge from cholinergic basal forebrain to cognitive science and bioethics. *J. of Alzheimer's Disease* 2006; 9; 447-453.

ABSTRACTS
11° CONGRESSO NAZIONALE

LA RIABILITAZIONE MOTORIA E IL DEFICIT COGNITIVO: IL PROGETTO “C.O.S.M.O.N.A.T.” COME PERCORSO DI STIMOLAZIONE APPLICATO AL NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO

**Balzarotti Ferdinando¹, Cuzzoni Giovanni³, Daniele Alessandra¹, Fraipont Giovanni¹,
Miele Elena², Ricevuti Giovanni², Saronni Elisa¹, Tasso Irene¹, Torlasco Margherita¹**

¹*Residenza Sanitaria “Leandro Lisino” - Tortona (AL)*

²*Università degli Studi di Pavia - Divisione Clinicizzata di Geriatria - Pavia*

³*Ospedale Geriatrico “Santa Margherita” - Pavia*

SCOPO

Nella malattia di Alzheimer la perdita delle abilità di base (BADL) e delle abilità strumentali della vita quotidiana (IADL), come evidenziato nella letteratura scientifica, sono correlate alla disfunzione di specifici domini cognitivi, e tale processo determina una riduzione dell'indipendenza funzionale e della qualità di vita dei pazienti. Inoltre l'istituzionalizzazione e l'immobilità protratta sono fattori che incidono negativamente sul rischio cadute e sulle conseguenti fratture, determinando un aggravamento delle condizioni internistiche dei pazienti e significative difficoltà di recupero dopo un primo episodio.

Il progetto “C.O.S.M.O. N.A.T.” (Stimolazione Cognitiva e Motoria - Nucleo Alzheimer Temporaneo) è stato ideato come programma di stimolazione di gruppo combinata, cognitiva e motoria, supportato da uno specifico protocollo strutturato ad hoc. Scopo del progetto è stato quello di verificare gli effetti di un programma di stimolazione, sulla componente cognitiva e motoria, di pazienti inseriti nel Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.), senza tralasciare l'aspetto relazionale ed emotivo.

MATERIALI E METODI

Nella fase iniziale del progetto, ad un gruppo di 11 pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato, con sufficiente grado di collaborazione alle attività proposte, individuati dall'equipe multidisciplinare per caratteristiche cliniche, è stato effettuato uno screening di base, mediante la somministrazione di alcune scale contenute nel Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) (M.M.S.E., Cornell Scale, Tinetti, A.D.L., I.A.D.L., Barthel Index) per un'ulteriore selezione in base alle abilità psicomotorie e funzionali. Dopo alcune “sedute-pilota”, volte a verificare la fattibilità del programma e l'adeguatezza delle schede predisposte per la raccolta dei dati, si è proceduto alla realizzazione del progetto attraverso sedute settimanali della durata di un'ora, proponendo esercizi mirati di stimolazione cognitiva (es. orientamento spaziale, osservazione di sé e degli altri, conoscenza corporea, i cinque sensi) e motoria (es. ritmo, tempo, coordinazione, gesti quotidiani, movimenti non abituali) per un periodo di cinque mesi.

RISULTATI

Al termine di ogni seduta sono state raccolte alcune osservazioni sul comportamento degli ospiti nelle varie aree di interesse (cognitiva, motoria, comportamentale, relazionale, emotiva), inserite in una scheda osservativa appositamente ideata. Dalle medie dei punteggi ottenute dalle osservazioni effettuate si evince un miglioramento significativo nel tempo per quanto concerne l'area cognitiva e motoria. Da sottolineare inoltre l'effetto positivo della stimolazione anche rispetto all'area relazionale ed emotiva, evidenziato dall'interazione e dalla reciproca collaborazione dei pazienti durante le attività strutturate.

CONCLUSIONE

L'andamento delle prestazioni medie registrate nel gruppo e le reazioni positive osservate durante e dopo la stimolazione, suggeriscono che tale tipo di riabilitazione potrebbe configurarsi come strumento utile per migliorare la qualità di vita di pazienti istituzionalizzati, affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato, rallentando la progressione del decadimento funzionale e cognitivo, e determinando inoltre una riattivazione sul versante emotivo e relazionale, nonché un'attenuazione dei disturbi comportamentali correlati alla malattia.

STATO DEPRESSIVO E DISABILITÀ, COMPAGNI DI VIAGGIO NEL PAZIENTE ARTROSICO

**Baroni Fiorenzo¹, Poloni Lorenzo², Ghisla Maria Karin¹, Firetto Silvia¹, Margiotta Antonella¹,
Facchi Emanuela¹**

¹*Unità Operativa Medicina Riabilitativa Specialistica Generale-Geriatria Fondazione Richiedei, Gussago (BS)*

²*Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e riabilitativa, Università Bicocca, Monza (MB)*

Le malattie reumatiche sono comuni e interessano entrambi i sessi e tutte le età, e diventano più frequenti nelle persone anziane. Il loro elevato impatto sociale è soprattutto legato alla limitazione funzionale motoria, temporanea o duratura, alla quale si associa il dolore. La forma più frequente è l'artrosi, seguita dall'artrite reumatoide, malattia infiammatoria cronica che genera la distruzione della cartilagine articolare e l'erosione dei capi ossei. Un fenomeno tipico dell'età avanzata è l'associazione delle malattie somatiche con disturbi di tipo depressivo. La letteratura in merito alle patologie osteoartrosiche ha spesso focalizzato l'attenzione sul rapporto tra fattori psicologici e sociali da una parte e, sintomi, malattia e benessere psicologico dall'altra. E' stato osservato che i soggetti affetti da patologia artrosica presentano una qualità di vita significativamente peggiore di quella dei soggetti non artrosici. Il dolore, sintomo principale dell'artrosi, può essere all'origine di una condizione che conduce a depressione e frequentemente determina peggioramento delle performances cognitive tale da mimare un quadro di demenza (pseudodemenza depressiva). In uno studio americano si è osservato che i soggetti con dolore cronico riportano un tasso di depressione del 18%, contro l'8% della popolazione generale.

Q.M. donna di 81 anni, con 5 anni di scolarità, giunge alla nostra osservazione da un reparto di ortopedia per lombalgia ingravescente, causa di allettamento da circa 30 giorni. Durante la degenza nel reparto per Acuti, sono stati introdotti farmaci analgesici sospesi in seguito alla comparsa di allucinazioni visive. All'ingresso in reparto la paziente si presenta in condizioni cliniche scadute: obesa, facies apatica e indifferente, labilità emotiva con frequenti crisi di pianto, importante lombalgia ai movimenti attivi e passivi che trovano la paziente oppositiva a qualsiasi trattamento riabilitativo propositole. All'esame neurologico si evidenzia riduzione della sensibilità all'arto inferiore destro, con assenza del riflesso achilleo, parestesie all'arto inferiore destro, paratonia, ipotrofia muscolare, ipostenia ai quattro arti (forza arti inferiori 1/5, arti superiori 3/5). La valutazione multidimensionale geriatrica evidenzia dipendenza totale nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana, (BADL 6/6, indice di Barthel 8/100, IADL 7/8), Tinetti 1/28, IGC 4/4, decadimento cognitivo di grado lieve (MMSE 22.4/30), tono dell'umore marcatamente deflesso (GDS 15/15), percezione del dolore elevata (VAS 10), peggioramento della qualità della vita (SF-12). All'ingresso la paziente assume paracetamolo al bisogno. Eseguita, in seguito ad esacerbazione della sintomatologia algica, radiografia e Tac del rachide lombare che hanno evidenziato la presenza di spondiloartrosi severa con secondaria compressione midollare. Impostato un progetto riabilitativo volto al contenimento del dolore, recupero del tono muscolare, del controllo posturale, ripresa della deambulazione ed inquadramento delle performances cognitivo-timiche. Dalla valutazione neuropsicologica è emerso un quadro di grave deflessione del tono dell'umore secondaria alle importanti algie ed alla scarsa percezione di una buona qualità di vita che inficiava il programma e progetto riabilitativo individuale. Impostata terapia fisica combinata, riabilitativa antalgica, antidolorifica farmacologica ed antidepressiva con SaRI che ha determinato nell'arco di due settimane un buon controllo della sintomatologia migliorando la scala del dolore (VAS 3) e conseguentemente il tono dell'umore. La rivalutazione neuropsicologica eseguita dopo la stabilità del quadro clinico ha mostrato un recupero delle performances cognitive (MMSE 26.4/30) ed un miglior punteggio alla GDS nonché una percezione di buona qualità della vita. (Figura 1) La paziente è stata dimessa dopo 50 giorni di

degenza con recupero delle attività di base della vita quotidiana (BADL 2/6 funzioni perse, Barthel 80/100, Tinetti 16/28) La presenza di sintomi psichiatrici, significativamente correlati con la disabilità e l'adattamento, rappresenta in ogni caso una variabile di rilievo nell'ambito delle patologie degenerative e richiede una valutazione accurata e la messa in atto di strategie specifiche di prevenzione e di trattamento, attraverso interventi psicofarmacologici e, quando necessario, psicosociali e psicoterapeutici.

INGRESSO

oh' gnoraste almeno
un po' cose

.....

USCITA

sono migliorati i dolori
sono diminuiti

Figura 1: MMSE: Frase all'ingresso ed all'uscita

IL CORSO “PER UN SAGGIO CAREGIVER”: UN INTERVENTO SUI FAMILIARI DEI MALATI DI ALZHEIMER

Bartorelli Luisa^{1,3}, Fiandra Alessia^{1,3}, Ragni Silvia^{1,3}, Giubilei Franco²

¹*Centro Alzheimer Fondazione Roma*

²*Università di Roma “La Sapienza”*

³*Alzheimer Uniti Onlus*

SCOPO

E' noto dalle esperienze sul campo, nonché da evidenze della letteratura, che gli interventi di sostegno ai caregiver familiari delle persone affette da demenza giovino a loro stessi, ma abbiano ricadute positive anche sulle modalità di decorso della malattia ed in generale sulla qualità di vita di tutto il nucleo familiare.

Il corso ha sperimentato un metodo, avendo come obiettivo la verifica di un approccio psico-educazionale ai caregiver, che sia efficace, accessibile e riproducibile.

MATERIALI E METODI

Il campione è costituito dai caregiver di 74 pazienti con diagnosi di malattia di Alzheimer probabile, secondo i criteri NINCDS-ADRDA, reclutati in 5 sedi, 4 UVA ospedaliera (S.Andrea, S.Eugenio, S.Giovanni, Neurologia B del Policlinico di Roma) ed 1 servizio territoriale (Centro Alzheimer Fondazione Roma). Sono stati costituiti due gruppi: quello sperimentale di 43 caregiver che frequentavano il corso, l'altro di controllo, al quale afferivano i caregiver che seguivano la normale prassi di sostegno. I due gruppi di pazienti erano appaiati per età (79.1 ± 7.3 vs 77.4 ± 7.7), scolarità (8.8 ± 4.8 vs 9 ± 5) e punteggio al MMSE ed all'NPI. Anche tra i due gruppi di caregiver non vi erano differenze significative per età (57.3 ± 12.4 vs 59.4 ± 13.7) e per scolarità (12.4 ± 3.4 vs 13.1 ± 3.5); in ambedue prevalevano le donne (81.4% vs 80.6%).

Il corso, svolto in 6 sessioni settimanali di due ore ciascuna, è stato condotto da un medico (geriatra o neurologo) e da uno psicologo. Ogni incontro era articolato in lezioni frontali, esercitazioni pratiche e discussione sui compiti svolti a casa. I familiari del gruppo sperimentale avevano in dotazione il Manuale del Caregiver, mentre i conduttori avevano a disposizione il Manuale del Formatore, che scandiva tematiche, tempi e comportamenti. I due testi riportano per intero il programma: oltre ad un'introduzione alla demenza, i suoi effetti sul pensiero; gli obiettivi del caregiving; la gestione delle cure quotidiane e dei comportamenti difficili; il rafforzamento della famiglia come risorsa. Inoltre vengono considerati aspetti estremamente pratici, per fronteggiare i problemi assistenziali e relazionali, a mano a mano che si presentano. Ai caregiver, nella settimana precedente all'inizio del corso, (T⁰), veniva dato da compilare un questionario sui loro comportamenti davanti al malato, sulla conoscenza della patologia e le modalità di affrontarla, sul carico assistenziale e la difficoltà nel prendere decisioni. Quindi veniva loro somministrato il CES-D e l'NPI da un valutatore in cieco, che acquisiva anche il MMSE del paziente. Scale e test sono stati ripetuti subito dopo la fine del corso (T¹) e a tre mesi (T²). Al T¹ i caregiver hanno compilato anche una scheda di valutazione del corso.

RISULTATI

Come era atteso, non sono state osservate differenze al MMSE dei pazienti nei due gruppi. L'NPI totale era significativamente ridotto nei pazienti dei caregiver inclusi nel programma

psico-educazionale ($p < 0.0001$); tale riduzione persisteva al T²; allo stesso modo l'NPI stress ($p < 0.0001$). La differenza tra i due gruppi alla CES-D era significativamente favorevole al T¹ ($p < 0.0001$) al gruppo sperimentale, ancor più al T².

CONCLUSIONE

Il programma risulta applicabile al nostro modello assistenziale, poiché riduce in modo significativo lo stress del caregiver ed in particolare migliora i sintomi depressivi. Il programma influenza in maniera positiva anche i disturbi comportamentali del paziente, soprattutto l'agitazione, l'apatia e l'attività motoria aberrante.

Il programma non modifica la progressione clinica del decorso di malattia. Il corso ha rappresentato lo studio pilota per una ricerca più ampia, già in via di conclusione in dieci UVA romane, che ne hanno apprezzato i risultati. Al di là delle necessarie evidenze, il percorso che viene proposto, sia al formatore che al caregiver, non è soltanto "strategico", ma costituisce anche un cammino interiore nella consapevolezza di sé e nelle difficili relazioni che si instaurano in tutto l'ambiente familiare, tra operatore, paziente e caregiver.

IL PROGETTO ARCA

Bellamoli Claudio¹, Nesoti Maria Vittoria², Terranova Luciano³, Provoli Emma³, Tosoni Paolo³, Dioli Andrea³

¹*Direttore UOC Geriatria Az. ULSS 20, Verona*

²*Direzione sanitaria Az. ULSS 20, Verona*

³*Dirigente medico UO Geriatria Az. ULSS*

Gli obiettivi generali del progetto ARCA sono: rispondere in modo appropriato ai bisogni degli anziani fragili, mantenere l'autosufficienza e promuovere la dignità di ogni anziano, ottimizzare l'utilizzo delle risorse professionali ed economiche dell'ospedale e dei servizi territoriali.

Il progetto si articola su tre azioni trasversali: la formazione, l'informatizzazione, la promozione della salute. È necessario favorire nell'ospedale una cultura della medicina dell'anziano mirata a costruire progetti di cura attenti alla complessità clinica, all'evitare i danni del ricovero (sindrome da immobilizzazione, ricorso alla contenzione, abuso di farmaci, delirium, ecc.), ma soprattutto a permettere il recupero delle abilità residue, tale a garantire un tempestivo ritorno al domicilio. Sarà oggetto di attenzione anche la formazione dei caregiver informali nonché la condivisione di protocolli e procedure diagnostico-terapeutiche intra- ed extra-ospedalieri. Il territorio dell'est veronese, per la sua conformazione ed estensione geografica ed il progressivo invecchiamento, rappresenta un ambito significativo per lo studio di un'anagrafe della fragilità. La finalità della promozione della salute è prevenire la condizione di fragilità.

Il progetto si articola anche su azioni da svilupparsi nel setting ospedaliero (acuzie e post-acuzie) attraverso lo sviluppo di linee di azioni congiunte tra l'UOC di Geriatria, le altre UUOO dell'Ospedale e le UUOO di Lungodegenza e Riabilitazione. Prevede l'attivazione di un'Area ad elevata intensità assistenziale nell'UOC di Geriatria; l'attivazione di un percorso assistenziale del paziente anziano con frattura di femore e comorbilità, attraverso un approccio integrato multidisciplinare e multiprofessionale con l'adozione di percorsi terapeutico-assistenziali definiti in un modello di continuità assistenziale; la sperimentazione di consulenza specialistica geriatrica presso alcune Case di Riposo; la sperimentazione di accessi ambulatoriali (tipo day-service) o ricoveri programmati, finalizzati a sviluppare un programma diagnostico-terapeutico preventivamente concordato tra Geriatra ospedaliero e MMG; la sperimentazione di gestione protetta a domicilio di pazienti anziani fragili con vario grado di disabilità dimessi dall'Ospedale, affetti da patologie croniche labili nel loro compenso e tali da portare a ripetuti e frequenti ricoveri ospedalieri; l'ottimizzazione della gestione clinica del paziente per quanto concerne la prevenzione ed il trattamento del dolore, la prevenzione del delirium, delle cadute e della contenzione, la gestione dell'insufficienza respiratoria; e non da ultimo il Progetto prevede anche la valorizzazione dell'attività di volontariato.

Questi obiettivi generali si devono collocare in un contesto nel quale il cittadino ritiene un proprio diritto invecchiare bene, essere curato in modo adeguato quando si ammala e trovare risposte a lungo termine quando perde la propria autonomia funzionale.

IL CONTESTO RIABILITATIVO NELLA MALATTIA DI PARKINSON: PRESUPPOSTI TEORICI

Belleggia Alessandra², Cinque Romano², Capobianco Giovanni¹, Scala Giovanni¹

¹Dirigente medico UOC Geriatria per acuti, Day Hospital - Ospedale S. Eugenio, Roma ASL RMC

²Fisioterapista UOC Geriatria per acuti, Day Hospital - Ospedale S. Eugenio, Roma ASL RMC.

SCOPO

Il ruolo della riabilitazione nella Malattia di Parkinson (MP) è riconosciuto non soltanto per i pazienti che presentano una disabilità di grado medio-grave, ma anche nelle fasi iniziali di malattia. Compito della riabilitazione è il miglioramento delle capacità funzionali nelle attività di base della vita quotidiana (ADL) agendo su equilibrio e postura, deambulazione e freezing, aumentando il range articolare, con tecniche di respirazione consapevole e di rilassamento che sono coadiuvanti la tradizionale chinesiterapia. Nella UOC di Geriatria per acuti - Day Hospital Ospedale S. Eugenio Asl RmC, è stato approntato un intervento riabilitativo di gruppo per pazienti con MP, i cui presupposti teorici originano dalla fisiologia e dalle neuroscienze, rivolto al miglioramento della motricità (stabilità posturale e velocità) e dell'attenzione (discriminazione, esplorazione, shifting), utilizzando esperienze di movimento visuo-guidate.

MATERIALI E METODI

La revisione delle recenti acquisizioni delle neuroscienze ci ha guidato nella costruzione della nostra proposta riabilitativa. I **Gangli della Base** fanno parte di un complesso sistema "rientrante" che elabora le informazioni ricevute da parti diffuse della corteccia cerebrale e riverbera i risultati di questo processo principalmente al lobo frontale, nelle aree deputate alla preparazione di movimenti finalizzati e complessi. Non sono semplici regolatori del movimento dopo un input corticale, ma vengono distinti cinque circuiti paralleli e separati, con tre funzioni diverse:

- 1) sensoria-motoria (con un circuito oculomotore specifico implicato nel controllo dei movimenti oculari saccadici);
- 2) cognitiva (implicata in aspetti della memoria che riguardano l'orientamento spaziale);
- 3) comportamentale-motivazionale. Essi esplicherebbero quindi un ruolo nell'apprendimento di nuove capacità motorie e nella programmazione ed esecuzione del movimento volontario, influenzando le caratteristiche dello stesso (scaling di ampiezza e velocità), confrontando le copie efferenti delle risposte motorie con il feedback propriocettivo, generando segnali interni e focalizzando la selezione corticale del movimento.

I **Neuroni Specchio** sono una classe di neuroni specifici che si attiva sia quando si compie un'azione, sia quando la si osserva compiuta da altri; neuroni dell'osservatore "rispecchiano" quindi il comportamento dell'osservato, consentendo al cervello di correlare i movimenti osservati a quelli propri e di riconoscerne il significato. Il Sistema dei neuroni specchio inoltre svolge un ruolo sia nell'imitazione che nell'apprendimento via imitazione.

Le **Affordance** si hanno quando alcuni neuroni si attivano in relazione non a semplici movimenti ma ad atti motori finalizzati (afferrare, tenere, manipolare) e rispondono selettivamente alle forme ed alle dimensioni degli oggetti sia quando stiamo per interagire con essi sia quando ci limitiamo ad osservarli. Una proprietà fondamentale dei neuroni visivi e visuo-motori è di rispondere selettivamente a specifici stimoli tridimensionali. Il termine affordance si riferisce alle opportunità motorie che l'ambiente offre all'organismo, indicando come le caratteristiche di un oggetto (impugnabilità,

percorribilità, ecc.) possono attivare in modo automatico le azioni. È una caratteristica reale o percepita di un oggetto, per es. una tazzina di caffè può essere presa per il manico o per il corpo centrale. Non appena vediamo la tazzina tali affordance attivano neuroni dell'area intra-parietale anteriore che trasmettono l'informazione ai neuroni visuo-motori, questi generano atti motori congruenti con le affordance e l'informazione visiva è tradotta in informazione motoria.

RISULTATI

Da questi presupposti teorici risulta che il sistema motorio non è periferico ed isolato dal resto delle attività cerebrali bensì consiste di una trama di aree corticali in grado di contribuire alla trasformazione sensori-motoria da cui dipendono l'individuazione, la localizzazione degli oggetti e l'attuazione dei movimenti richiesti dagli atti compiuti nella nostra esperienza quotidiana. Tale concetto è centrale per l'idea di interazione tra percezione ed azione. Il movimento e l'azione emergono quindi dall'interazione tra sistemi multipli percettivi, cognitivi e motori che si organizzano intorno ad un obiettivo comportamentale e che sono vincolati all'ambiente. Alla luce di queste conoscenze è stato costruito un setting riabilitativo con le seguenti caratteristiche:

- prevedere la modulazione del numero delle variabili da controllare contemporaneamente in compiti di diversa complessità;
- facilitare la percezione dell'esercizio terapeutico rendendo significativi i messaggi sensoriali con segnalazioni multimodali (utilizzo di movimenti e azioni sensori-guidati);
- utilizzare il rinforzo verbale, l'imitazione, la ripetizione ed il rapporto tra la funzione percettivo-motoria ed il sistema oculo-visivo (training visuo-motorio: fissazione, inseguimento, esplorazione spontanea e guidata);
- utilizzare specifiche strategie attenzionali (uso dell'attenzione come prerequisito allo svolgimento del compito);
- promuovere, nell'interazione, l'emozione e la condivisione.

CONCLUSIONE

In questa prima fase della nostra esperienza sono emerse alcune considerazioni riguardo la malattia, la riabilitazione ed i processi valutativi. Sia la natura multisistemica della malattia, sia le profonde differenze fra i pazienti (personalità, storia, modalità di lettura della propria malattia) richiedono una continua rivalutazione e rimodulazione dell'intervento specifico. La formazione del fisioterapista (capacità di allestire contesti terapeutici, definire e facilitare la soluzione dei compiti, creare e gestire un clima di condivisione) non è standardizzata, ma dipende dalla sua personalità, visione del mondo e motivazione. Le procedure di valutazione sono effettuate fuori contesto e valutano singole funzioni e non il processo globale. Il rigido confine tra processi percettivi, cognitivi e motori finisce per rivelarsi in gran parte artificioso: non solo la percezione appare immersa nella dinamica dell'azione, ma il cervello che agisce è, anche ed innanzitutto, un cervello che comprende.

UTILITÀ DELLA SPET CON ^{123}I -FP-CIT SPET NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA MALATTIA DI PARKINSON

Bellelli Giuseppe¹, Falchi Roberta², Lanari Alessia³, Previdi Paolo³, Musto Alessandra², Ricci Paolo⁴, Giuffrida Francesca², Savelli Giordano²

¹*Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano*

²*S.C. Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova*

³*S.C. Neurologia, Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova*

⁴*Osservatorio Epidemiologico ASL Mantova*

SCOPO

La sovradiagnosi della malattia di Parkinson (PD) è suggerita sia dalla revisione specialistica delle diagnosi sia dagli studi autoptici ed interessa dal 4 al 15% dei pazienti sospetti per PD precoce arruolati nei trials clinici. In questo contesto clinico la SPET con ^{123}I -FP-CIT permette una diagnosi accurata e precoce di PD in fase iniziale. Scopo di questo studio retrospettivo è di valutare l'accuratezza diagnostica della SPET con ^{123}I -FP-CIT SPET in una popolazione di pazienti afferenti all'UO di Medicina Nucleare di un ospedale provinciale.

MATERIALI E METODI

La selezione dei pazienti è stata condotta da neurologi operanti sia su base territoriale che istituzionale nell'ambito delle patologie neurodegenerative. Qualora la diagnosi non fosse certa, i pazienti erano inviati per l'effettuazione della SPET con ^{123}I FP-CIT. Seguendo questi criteri, nel biennio 2009-2010, 45 pazienti (24 maschi, 21 femmine, età media 66.3 anni, range 48-84) hanno fatto riferimento al nostro reparto per l'effettuazione di una SPET con ^{123}I FP-CIT nel sospetto clinico di PD in fase iniziale. La SPET con ^{123}I -FP-CIT è stata effettuata presso la Medicina Nucleare dell'Ospedale Carlo Poma mediante una gamma camera Symbia Siemens Gamma equipaggiata con collimatore LEHR parallelo, picco 140 KeV, Zoom 1,45, 60 proiezioni x 3°, 40 sec/proiezione, Orbita circolare, Step and shoot, raggio <20 cm, tre ore circa dopo la somministrazione e.v. di 185 MBq di ^{123}I FP-CIT. La SPET è stata valutata secondo criteri qualitativi e semiquantitativi da due specialisti in Medicina Nucleare. I pattern di distribuzione striatale sono stati classificati come normale (evidenziazione di caudato e putamen) e patologico (mancata visualizzazione di uno o tutti i nuclei della base). Il pattern normale è stato correlato clinicamente a quadri di normalità e di tremore essenziale (ET) mentre quello patologico a malattia Parkinson (PD) e parkinsonismi atipici (AP) relativo a paralisi sopranucleare progressiva (PSP), atrofia multisistemica (MSA), degenerazione corticobasale (CBD). I risultati della ^{123}I FP-CIT effettuata al momento del reclutamento, sono stati quindi confrontati con la valutazione clinica specialistica eseguita almeno sei mesi dopo l'esecuzione dell'esame scintigrafico e considerata quale gold standard per la diagnosi definitiva. La diagnosi clinica definitiva ha evidenziato 35 quadri patologici di cui 30 classificati come PD, 2 come MSA, 2 come PSP ed 1 come DLB. In 8 casi la diagnosi definitiva è stata di ET ed in 2 di normalità.

RISULTATI

La SPET con ^{123}I FP-CIT ha evidenziato in 40 pazienti un'alterata distribuzione striatale del tracciante. Nello specifico in 25 casi si è verificata un'alterazione della distribuzione indicativa di PD ed in 15 casi di AP. In 5 casi la distribuzione del ^{123}I FP-CIT è stata normale.

In totale i risultati della la SPET sono stati 34 veri positivi, 5 veri negativi, 5 falsi positivi e nessun

falso negativo per sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo e accuratezza rispettivamente del 100%, 50,0%, 87,1%, 100 % e 88,6%. La SPET con [¹²³I]FP-CIT ha classificato correttamente tutti e 5 i pazienti diagnosticati TN della nostra casistica.

CONCLUSIONE

Nello studio di pazienti con iniziali disturbi del movimento e diagnosi incerta la SPET con [¹²³I]FP-CIT è in grado di offrire un valido supporto al clinico nella definizione diagnostica.

Le figure di merito della nostra casistica concernenti sensibilità, valori predittivi positivo e negativo ed accuratezza sono elevate, mentre la specificità del 50% è verosimilmente legata sia alla bassa numerosità dei nostri pazienti sia alla soggettività della diagnosi clinica come gold standard.

LA PALESTRA PER LA MENTE: STUDIO PROSPETTICO NON FARMACOLOGICO SU PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Belloni Eleonora¹, Ferrari Arianna¹, Cozzi Federica¹, Gollin Donata², Gabelli Carlo²

¹Centro per la terza età Rindola, Cooperativa Sociale Linte, Vicenza.

²Centro Regionale per lo studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), Vicenza.

SCOPO

Sempre maggiori evidenze dimostrano l'utilità d'interventi non farmacologici nel contrastare la progressione del declino cognitivo in persone affette da demenza. Il Centro per la terza età Rindola in collaborazione con il Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (C.R.I.C), ha implementato sul territorio un'attività di stimolazione cognitiva e psico-sociale continuativa. Scopo del lavoro è valutare l'efficacia, in termini di prevenzione secondaria, della stimolazione cognitiva e sociale, sul declino cognitivo, funzionale e sulla qualità di vita percepita in un gruppo di pazienti affetti da demenza lieve-moderata che hanno seguito continuativamente l'attività di stimolazione per un periodo medio di 31 mesi.

MATERIALI E METODI

L'intervento prende avvio dal protocollo Cognitive Activation Therapy (CAT), messo a punto presso il CRIC. Prevede attività di stimolazione cognitiva, training computerizzato, attività creativa e d'integrazione socio-ambientale. Il trattamento è rivolto a piccoli gruppi di pazienti (3-6) affetti da demenza lieve moderata e si articola in sedute di tre ore per tre volte la settimana. Ogni sei mesi vengono monitorate le *performance* cognitive: Mini Mental State Examination (MMSE), Alzheimer Disease Assessment Scale (Adas-cog), Clock Drawing Test (CDT); funzionali: Direct Assessment of Functional Status (DAFS), Physical Performance Test (PPT), e lo stato di salute fisico e mentale percepito: Short Form Health Survey (SF-12, PCS e MCS). Nel presente lavoro è stato analizzato l'andamento delle *performance* di 16 soggetti (f=68,75%) affetti da demenza lieve moderata (MMSE range 12÷25), in terapia farmacologica stabilizzata, che hanno seguito continuativamente l'attività per un periodo medio di 31 mesi (range 12÷72). Al tempo basale il campione presenta un'età media di 78.3±5.7 anni (±DS) ed una scolarità media di 9.4±4.9 anni (±DS).

L'elaborazione statistica è stata effettuata con il pacchetto PASW 18.

RISULTATI

Non si sono verificati *drop-out*. La tabella 1 mostra i risultati (media±DS) ottenuti ai test al tempo base (t_0) e dopo un trattamento della durata media di 31 mesi (t_1). Il confronto tra le *performance* risulta statisticamente non significativo mostrando una sostanziale stabilizzazione dei diversi ambiti esplorati. Un'ulteriore analisi della differenza t_1-t_0 dei punteggi al MMSE evidenzia che 10 soggetti (62,5%) rimangono stabili (±2 punti), 4 soggetti (25%) migliorano (>+2 punti) e 2 soggetti (12,5%) peggiorano (<-2 punti). Sono stati inoltre analizzati i punteggi al MMSE e alla DAFS tenendo conto della durata

Tabella 1: Media e DS dei test, all'inizio e alla fine del trattamento.

	t_0	t_1	<i>p</i>
MMSE	22.4±4.9	22.9±3.5	ns
Adas-cog	17.7±4.3	17.9±6.7	ns
CDT	12.7±4	11.4±5.3	ns
DAFS	76±16.7	75.4±15.1	ns
PPT	18.5±5	18.6±5	ns
SF-12 PCS	48.61±6.5	51.7 ±3.6	ns
SF-12 MCS	47.7±9.1	45±11.7	ns

Analisi: Test t

del trattamento. Dai risultati emerge che 6 soggetti (37,5%) hanno seguito il trattamento per un periodo inferiore ai 18 mesi, 10 soggetti (62,5%) per un periodo superiore ai 18 mesi e dal confronto emerge che il periodo di trattamento non influisce significativamente sulle performance cognitive e funzionali che si mantengono stabili.

CONCLUSIONI

Il campione di 16 soggetti affetti da demenza allo stadio lieve-moderato che ha seguito il trattamento per un periodo medio di 31 mesi, mantiene le *performance* cognitive e funzionali complessivamente stabili. I risultati, pur necessitando di conferma su un campione più esteso, indicano l'utilità di tecniche di tipo psico-sociale da affiancare alle terapie farmacologiche e indicano che tale esperienza può essere implementata anche in strutture territoriali.

STUDIO OSSERVAZIONALE SULL'EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLA DULOXETINA IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA SINDROME DEPRESSIVA, AFFERENTE AL CONSULTORIO PSICOGERIATRICO

Bergamini Lucia, Turci Marina, Veschi Mara, Fabbo Andrea

Consultorio Psicogeriatrico Mirandola, AUSL Modena.

SCOPO

La depressione maggiore nel paziente geriatrico spesso si accompagna a deficit neuropsicologici a carico delle funzioni esecutive, dell'apprendimento e della memoria; la presenza di una sintomatologia depressiva può infatti mimare un decadimento cognitivo o, al contrario, essere uno degli aspetti che ne precedono l'insorgenza.

L'utilizzo degli antidepressivi può quindi contribuire alla diagnosi differenziale tra depressione e demenza, ma il loro utilizzo in una popolazione anziana, affetta da comorbidità elevata e in politerapia farmacologica, è gravato da effetti collaterali, spesso dovuti alle multiple interazioni farmacologiche. Recenti studi hanno evidenziato che alcune classi di antidepressivi, tra cui gli SSRI, categoria di farmaci più utilizzata in questa popolazione, possano contribuire alla persistenza dei deficit cognitivi, anche nella fase di remissione della sintomatologia. Lo scopo del nostro studio osservazionale è stato quello di confrontare tre gruppi di pazienti trattati rispettivamente con Duloxetina, Sertralina ed Escitalopram e di valutare, oltre che il profilo di efficacia e di tollerabilità, l'impatto della terapia antidepressiva sulle funzioni cognitive.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 93 pazienti di età superiore a 65 anni, consecutivamente afferenti al Consultorio Psicogeriatrico di Mirandola, per i quali è stata diagnosticata una depressione maggiore secondo i criteri del DSM IV; i pazienti sono stati sottoposti al tempo 0, dopo 1 e dopo 6 mesi, a valutazione multidimensionale comprendente lo stato cognitivo (Mini Mental State Examination, MMSE) e funzionale (Activity of Daily Living and Instrumental Activity of Daily Living, ADL IADL). La presenza di sintomatologia depressiva è stata indagata mediante Hamilton Depression Scale-17 item (HAM-D) e Geriatric Depression Scale-15 item (GDS) mentre dal familiare sono state raccolte informazioni riguardo la presenza di disturbi neuropsichiatrici (Neuropsychiatry Inventory, NPI) ed il loro impatto sul caregiver (Relative Stress Scale, RSS). La comorbidità è stata classificata attraverso il Cumulative Illness rating scale (CIRS). 31 pazienti hanno ricevuto Sertralina (*starting dose* 25 mg per 2 settimane poi 50 mg), 31 pazienti hanno ricevuto Escitalopram (*starting dose* 5 mg per due settimane poi 10 mg), 31 pazienti hanno ricevuto Duloxetina (*starting dose* 30mg per due settimane poi 60 mg). Sono state valutate tutte le interruzioni di trattamento dovute ad eventi avversi maggiori o minori; un peggioramento del profilo pressorio è stato considerato come evento avverso minore.

RISULTATI

Il campione è costituito da 93 pazienti (73% F, 27% M) età media $78,5 \pm 6,6$ con diagnosi principale di depressione maggiore e diagnosi secondaria di demenza di Alzheimer (47%), demenza vascolare (14%), parkinsonismo (11%), disturbo d'ansia generalizzata (2%), psicosi (2%), assenza di demenza (23%). Il gruppo di pazienti trattato con Duloxetina aveva al momento dell'arruolamento, un profilo depressivo significativamente peggiore rispetto agli altri due gruppi ($t=4,9; p<0,01$), con un

profilo cognitivo sostanzialmente equiparabile (MMSE $21,5 \pm 0,4$ p=n.s.). Sono state ottenute, nei tre gruppi, riduzioni sovrapponibili del punteggio alla HAM-D a suggerire un profilo di efficacia simile. Nel gruppo trattato con Duloxetina è stato visto a distanza di 6 mesi, un incremento significativo di punteggio al MMSE, rispetto al gruppo trattato con Sertralina ($t=2,79$; $p<0,01$).

CONCLUSIONI

Nel nostro campione, corrispondente al “*real word*”, l’efficacia del trattamento con Duloxetina in una popolazione anziana ambulatoriale, può essere considerato simile a Sertralina ed Escitalopram, in assenza di eventi avversi maggiori; tale trattamento è ben tollerato in questa popolazione. L’osservazione nel nostro campione suggerisce inoltre un possibile vantaggio nell’utilizzare un inibitore ad azione “duale” *serotononinergico-noradrenergico*, rispetto ad un inibitore selettivo della serotonina, nel mantenere la stabilità delle funzioni cognitive.

L'EEG NEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI): VALORE PREDITTIVO PER LO SVILUPPO DI DEMENZA A CORPI DI LEWY

**Bifolchetti Stefania¹, Bonanni Laura¹, Mancino Elisa¹, Ricciardi Leopoldo¹,
Anzellotti Francesca¹, Ciccocioppo Fausta¹, Monaco Daniela¹, D'Amico Maria Chiara¹,
Borrelli Iole¹, Zhuzhuni Holta¹, Thomas Astrid¹, Onofri Marco¹**

¹Dipartimento di neuroscienze ed imaging, Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara

SCOPO

Stabilire se l'EEG con analisi spettrale può identificare specifici patterns che possano avere un valore predittivo per la progressione da MCI in demenza.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 100 pazienti che riferivano deficit soggettivi di memoria o difficoltà di attenzione e concentrazione e sono stati sottoposti ad un'adeguata batteria neuropsicologica standardizzata al fine di poter formulare una diagnosi clinica di MCI.

Tra tutti i pazienti considerati, 49 rispondevano a tali criteri e sono stati differenziati in due gruppi: Gruppo 1 (n=21), pazienti che presentavano MCI come entità clinica isolata,

Gruppo 2 (n=28), pazienti affetti da Malattia di Parkinson diagnosticata secondo UKBBC di recente diagnosi che presentavano un deficit cognitivo tale da configurare MCI

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad EEG con analisi spettrale al fine di individuare possibili markers predittivi di declino cognitivo in fase precoce (*endpoint primario*). La somministrazione dei test neuropsicologici ha inoltre permesso di differenziare i differenti sottotipi clinici di MCI, destinati ad evolvere verso differenti tipi di demenza.

RISULTATI

I pazienti appartenenti al Gruppo 1, mostravano ai test neuropsicologici per la maggior parte (66%) un MCI di tipo mnesico, confermando il dato in letteratura secondo il quale questo sottotipo è il più largamente rappresentato.

Il pattern CSA più frequente è il CSA-1 (80.9%) che presenta una specificità praticamente assoluta per la Demenza di Alzheimer.

I pazienti appartenenti al gruppo 2, ai test neuropsicologici mostrano un coinvolgimento di domini cognitivi diversi dalla memoria soprattutto delle abilità visuo-spaziali e delle capacità attentive.

In particolare 18 pazienti presentano un MCI-md, 6 pazienti presentano un MCI con coinvolgimento di un dominio diverso dalla memoria, 4 pazienti presentavano un MCI di tipo anamnesico.

La quasi totalità dei pazienti presenta un pattern CSA diverso dal CSA-1 e precisamente: 2 pazienti presentano un CSA-1; 11 pazienti presentano un CSA-1 plus con variabilità intrinseca dell'alfa; 12 pazienti presentano un CSA-2; 3 pazienti presentano un CSA-3.

CONCLUSIONE

EEG con analisi spettrale ha un valore predittivo significativo, fin dalle prime fasi del declino cognitivo e potrebbe essere usato come strumento sensibile e specifico per differenziare i differenti sottotipi clinici di MCI.

ANZIANI, FARMACI ANTIPSICOTICI E DISMETABOLISMI: CONSIDERAZIONI SUI RICOVERI NEL SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA DI TARANTO DURANTE IL BIENNIO 2009-2010

Boccadamo Annadelia¹, Caldeo Giuseppina¹, d'Adamo Arturo¹, Loparco Natale Vivencio¹, Maticchieri Bruno¹, Perrucci Filomena¹, Scapati Francesco², Nacci Maria¹

¹*Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura ASL TA, Taranto*

²*Dipartimento Salute Mentale ASL TA, Taranto*

Il trattamento psicofarmacologico degli anziani implica una particolare attenzione per la frequente coesistenza di patologie internistiche.

Questo studio osservazionale ha compreso pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di Taranto nel biennio 2009-2010. In particolare nell'anno 2009 i ricoveri totali sono stati 375: gli anziani degenti ne hanno rappresentato il 3,46% di cui il 61,53% costituito da femmine ed il 38,46% da maschi.

Per il 69,23% dei casi si è impostata una terapia con neurolettici nel 55,55% di seconda generazione (atipici).

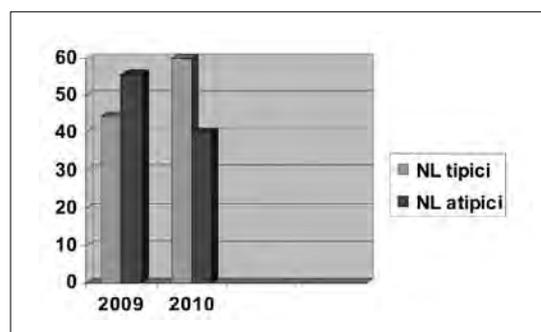
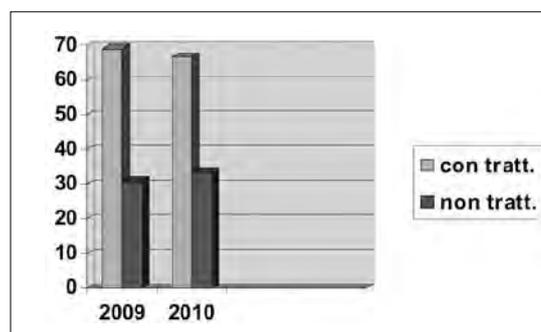
Nell'anno 2010 sono stati ricoverati totalmente 409 soggetti di cui il 3,66%, anche in questo caso, con età uguale o superiore a 65 anni, per il 66,66% femmine e per il 33,33% maschi.

Nel 66,66% dei pazienti vi è stato un trattamento con neurolettici per il 60% dei casi di prima generazione (tipici).

Nella scelta della diversa tipologia di farmaci antipsicotici è stato tenuto conto delle concomitanti patologie internistiche, quando presenti. In particolare nel 69,23% dei pazienti anziani ricoverati nel 2009 e trattati con neurolettici, il 33,33% presentava pure diabete e nel 66,66% di questi è stato usato un trattamento con antipsicotici di prima generazione.

Dai dati emersi nel 2010, invece, dei casi trattati con neurolettici il 20% era diabetico e, in questo caso, i farmaci usati sono stati in egual misura tipici ed atipici.

Questa esperienza clinica dimostra come la complessità della cura nell'anziano richieda trattamenti quanto più personalizzati possibili in considerazione sia delle problematiche organiche di ognuno sia, come evidenziato da altri studi, del fatto che sebbene gli antipsicotici si siano rivelati utili nell'intero corso della vita, la sensibilità ai loro effetti specifici varia con l'età e con la ridotta tollerabilità individuale alle cure psicofarmacologiche.



BIBLIOGRAFIA

- Meyers BS, Jeste DV, Geriatric psychopharmacology: evolution of a discipline, *J. Clin. Psychiatry* 2010 Nov; 71(11): 1416-24.
- Liao CH, Chang CS, Wei WC, Chang SN, Liao CC, Lane HY, Sung FC, Schizophrenia patients at higher risk of diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a population-based study, *Schizophr. Res.* 2011 Jan. 7 (Epub ahead of print).

GELOSIA E SENILITÀ FRA TRATTI E DISTURBO DI PERSONALITÀ

Boccadamo Annadelia¹, Magno Giancarlo¹, Scapati Francesco², Nacci Maria¹

¹*Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura ASL TA, Taranto*

²*Dipartimento Salute Mentale ASL TA, Taranto*

Nel complesso processo d'invecchiamento l'anziano subisce profonde modificazioni psichiche, fisiche e sociali che, soggettivamente, fronteggia con soluzioni adattative condizionate da risorse ambientali ma, soprattutto, personali.

In generale non è infrequente osservare nella vecchiaia un'accentuazione delle caratteristiche di personalità con irrigidimento nei modi di pensare e comportarsi.

Ciò sembra emergere da due storie cliniche analizzate nelle quali i protagonisti in età avanzata sviluppano in modo più marcato e manifesto alcune modalità di essere-al-mondo che hanno comunque già accompagnato la loro esistenza.

E. ha sessantotto anni. E' descritto come mite e preciso, dedito alla famiglia: ha svolto l'attività di impiegato prima di andare in pensione. Ha due figli adulti che vivono in un'altra città. Egli ha mostrato, fin dall'inizio del menage coniugale, il timore che la moglie potesse interessarsi ad altri uomini operando, in qualche occasione, un controllo discreto sui suoi spostamenti, senza mai comunque *"arrivare a torcerle un capello"*. Negli ultimi mesi, però, E. è più convinto che la moglie, a torto a dire dei suoi parenti, nutra interessi per uno sconosciuto e ciò condiziona marcatamente la sua esistenza quotidiana: *"è dimagrito, triste e sempre più stanco"* tanto che viene richiesto l'intervento di uno psichiatra per l'impostazione di una cura psicofarmacologica.

I. ha settanta anni. Giunge in S.P.D.C. a causa di agiti violenti nei confronti della moglie e minacce ai figli. Viene descritto come uno *"sempre stato sospettoso, che si fissa sulle cose"*: poche conoscenze, nessuna amicizia, ha sempre lavorato come bracciante agricolo prima della pensione, ed ha avuto due figli da una coetanea sposata in giovane età. Da sempre egli ha nutrito sentimenti di gelosia nei confronti della consorte; convinto, ingiustificatamente, che ella intrattenesse relazioni extraconiugali, non ha esitato talora a picchiarla durante il corso della sua vita, incentivando negli ultimi anni tali comportamenti aggressivi.

A causa di ciò, la donna è ora ospitata in modo permanente dai figli e l'uomo vive, perciò, solo ormai da alcuni mesi.

Nell'anziano i vissuti assumono connotazioni peculiari rispetto alle altre fasi del ciclo vitale a causa della progressiva riduzione del ruolo genitoriale e sociale, così come si evidenziano fisiologiche modificazioni all'interno del rapporto di coppia, compresa la sessualità: dalla comprensione di tutto ciò non si può prescindere in un percorso di cura che non consideri della persona-che-invecchia solo il processo involutivo psicofisico.

BIBLIOGRAFIA

Callieri B., *Corpo esistenze mondi. Per una psicopatologia antropologica*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 2007.

Giberti-Rossi, *Manuale di psichiatria*. Piccin Nuova Libreria, Padova 2005.

Lingiardi V., *La personalità e i suoi disturbi*. Il Saggiatore, Milano 2001.

Hillman J., *La forza del carattere*, Adelphi, Milano 1999.

CARATTERISTICHE ED OUTCOME DEI PAZIENTI AFFETTI DA DELIRIUM E RICOVERATI IN UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

Boffelli Stefano^{1,2}, Cassinadri Angela^{1,2}, Mattanza Chiara^{1,2}, Rozzini Renzo^{1,2}, Trabucchi Marco^{2,3}

¹Fondazione Poliambulanza, Brescia

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

³Università "Tor Vergata", Roma

SCOPO

Lo stato confusionale acuto rappresenta una complicanza dell'ospedalizzazione, e si associa a peggiori outcome quali durata della degenza, istituzionalizzazione e mortalità a medio e lungo termine. Scopo dello studio è di valutare, nei pazienti ricoverati nel corso del 2010 presso un Reparto di Riabilitazione Geriatrica, la percentuale di persone che presentano delirium all'ingresso, o che sviluppano stato confusionale durante la degenza.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 179 pazienti consecutivamente ricoverati nel 2010, dal mese di maggio al mese di dicembre. I pazienti venivano prevalentemente ricoverati da ospedali per acuti, con l'obiettivo di determinare una stabilizzazione clinica dopo un evento acuto, e recuperare lo stato funzionale premorbo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti, all'ingresso ed alla dimissione, ad una valutazione multidimensionale che includeva stato cognitivo (MMSE), funzionale (IADL, Barthel, Tinetti), sociale (Baylock scale), comorbilità (scala CIRS) ed indici biologici (albumina, VES). Sono stati inoltre valutati gli aspetti relativi alle condizioni familiari (tipo di caregiver), gli eventi intercorrenti, e l'outcome alla dimissione.

RISULTATI

Rispetto ai pazienti che non hanno delirium, le persone che presentano delirium all'ingresso sono caratterizzate da maggiore gravità cognitiva, funzionale e clinica (MMSE ingresso 22.5 ± 6.8 versus 12.0 ± 8.3 , p.000; Barthel Index ingresso 38.7 ± 21.0 versus 22.7 ± 21.7 , p.000; CIRS comorbilità 2.4 ± 1.3 versus 3.4 ± 1.4 , p.000), e da peggiori outcome quali maggiore durata della degenza, più elevata percentuale di istituzionalizzazione (5 versus 12%). I pazienti che sviluppano delirium durante la degenza presentano altrettanti fattori di rischio, e minor recupero funzionale alla dimissione (MMSE ingresso 19.9 ± 8.3 versus 14.6 ± 10.9 , p.024 ; Tinetti ingresso 7.3 ± 6.9 versus 5.6 ± 8.1 , p.390; Tinetti dimissione 16.2 ± 8.3 versus 7.7 ± 8.4 , p.002).

CONCLUSIONE

I pazienti che presentano delirium prevalente sono caratterizzati da maggiore gravità cognitiva e funzionale, sia premorbo sia all'ingresso. Inoltre, si rileva un grado superiore di comorbilità. Nei pazienti che sviluppano delirium durante la degenza, cognitivtà e comorbilità rappresentano i fattori predisponenti la fragilità. Ne consegue una maggiore disabilità alla dimissione (minore recupero funzionale). Infine, i pazienti che sviluppano delirium, sia prevalente sia incidente, hanno maggiori probabilità di essere trasferiti in RSA alla dimissione.

Nei reparti di riabilitazione geriatrica è necessario, pertanto, sviluppare protocolli di intervento specifici sui pazienti con stato confusionale acuto, con particolare attenzione sia al delirium prevalente (interventi per la sua rapida risoluzione) sia a quello incidente (identificazione delle persone a maggior rischio, ed interventi preventivi), con l'obiettivo di migliorare gli outcome alla dimissione: durata della degenza, istituzionalizzazione.

IL RUOLO DEL CENTRO DISTRETTUALE DISTURBI COGNITIVI (UVA) NELLA CONTINUITÀ DELLA CURA IN OSPEDALE

Boiardi Roberta, Aleotti Federica, Morotti Ernestina, Gesmundo Laura, Muzzini Maria Luisa, Cecchella Sergio, Riccò Daniela

AUSL, Reggio Emilia

SCOPO

Sempre più frequentemente persone affette da demenza colpite da eventi acuti si rivolgono ai servizi ospedalieri. Il ricorso all'ospedalizzazione di un paziente affetto da demenza può indurre un'accentuazione di eventi avversi che ne aggravano la situazione cognitiva, comportamentale e funzionale.

Il Progetto Demenze della Regione Emilia-Romagna (D.G.R. 2581/99) ha tra i suoi obiettivi quello di adeguare e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari diffusi sul territorio, tra cui anche quelli ospedalieri.

METODI

Il centro per i disturbi cognitivi del Distretto di Castelnovo Monti ha formulato un percorso rivolto ai professionisti della Accettazione e dei reparti di Medicina, Chirurgia e Ortopedia dell'ospedale locale.

Obiettivi:

- 1) garantire un adeguato livello di cure al soggetto demente mediante un percorso di formazione al personale coinvolto,
- 2) evitare ricoveri impropri;
- 3) favorire la corretta gestione delle emergenze comportamentali;
- 4) applicare protocolli assistenziali.

Le azioni progettuali si articolano come segue:

- percorso formativo sulle tematiche riguardanti le manifestazioni cliniche (cognitive e comportamentali) delle demenze, sul significato clinico e l'approccio terapeutico dello stato confusionale acuto, sulla gestione delle emergenze (cadute, corretto utilizzo dei mezzi di tutela fisica);
- percorsi interdisciplinari di assistenza in cui individuare atteggiamenti professionali idonei a contenere e/o contrastare i disturbi comportamentali del malato, prevenire e monitorare gli eventi patologici concomitanti e stimolare la funzionalità residua;
- rendere omogenei gli interventi attraverso percorsi interdisciplinari mirati alla sensibilizzazione degli altri punti della rete compresi i MMG ed il personale socio-sanitario;
- coinvolgimento attivo del caregiver informale nel processo di cura e nel percorso decisionale;
- connessione con altri punti della rete (es. nucleo speciale demenze) per aiuto sui casi più complessi e per approfondimento diagnostico laddove necessario;
- utilizzo di un supporto informatico per facilitare l'accessibilità ad informazioni cliniche ed assistenziali e lo scambio informativo fra i professionisti dei Servizi territoriali;
- implementazione di un'indagine retrospettiva e prospettica;
- estensione dell'esperienza del progetto all'interno del Programma Aziendale Demenze in un confronto più esteso con tutte le realtà distrettuali per garantire un modello clinico assistenziale omogeneo.

La fase sperimentale si è avviata nel secondo semestre 2009, è tutt'ora in corso.

RISULTATI

Le riflessioni sull'esito dell'esperienza condotta, nonché le elaborazioni sugli indicatori di verifica saranno disponibili dal 2012.

Fase attuale del progetto:

- conclusione del percorso formativo,
- predisposizione di un percorso di accesso al reparto per approfondimenti diagnostici,
- elaborazione dei protocolli operativi.

CONCLUSIONI

L'ospedale deve poter garantire un adeguato livello di cure al soggetto demente evitando complicanze derivanti da processi assistenziali non adeguati e facilitando la continuità terapeutica-assistenziale sia all'ingresso sia alla dimissione, in un'ottica di completa presa in carico del paziente affetto da demenza e del suo contesto familiare.

ASSETTI DIFENSIVI E RISCHIO PSICOPATOLOGICO NEL RUOLO DEL CAREGIVER

Fabio Bonadiman

Psichiatra, consulente area psicogeriatrica "Opera Romani" – Nomi (TN)

La possibilità che il caregiver possa mantenere un'adeguata disponibilità all'intervento terapeutico/assistenziale nel caso di un paziente mentalmente decaduto è fortemente correlata alla sua capacità di riconoscere e di controllare i disordinati movimenti affettivi indotti dalla gravosità della relazione.

Questo atteggiamento minimamente introspettivo gli consente di modulare l'intensità della partecipazione emotiva differenziando gli oneri direttamente conseguenti al disadattamento demenziale da quelli che sono i propri assestamenti psicologici interni che possono subire una profonda deformazione, se non adeguatamente organizzati.

La capacità così di governare fin dall'inizio le numerose implicazioni e componenti del ruolo assunto – che non possono essere semplificate in protocolli assistenziali o in direttive autoimposte – gli permette di svolgere le diverse funzioni con le quali integra e sostiene il progetto di cura.

Le forti sollecitazioni cui è tuttavia esposto possono amplificare sia un senso di alienazione per la difficoltà a riallineare -sul piano cognitivo ed affettivo- una relazione che man mano si disgrega; sia la ricorrenza di soluzioni disfunzionali alle quali è esposto quotidianamente il proprio grado di libertà e la consapevolezza del limite personale.

Da questa minima disposizione riflessiva, che spesso matura attraverso prove tormentose, derivano delle rielaborazioni interne più utili e degli atteggiamenti più ordinati che riducono il rischio di espressioni psicopatologiche nelle quali convergono sensazioni e vissuti logoranti.

Un percorso di accompagnamento supportivo al caregiver consente, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia demenziale, di garantirgli, oltre ad un aspetto formativo, un accoglimento ed un indirizzo per decongestionare movimenti emotivi, disordinati e caotici, che naturalmente caratterizzano queste situazioni esistenziali.

Rileggendo parte della letteratura sull'argomento ed analizzando una pluriennale esperienza in ambito di RSA, si sono delineati gli attributi di una competenza psicologica che spettano al caregiver per contenere i rischi e le deformazioni della propria personalità, così pericolosamente messa in gioco da simili disponibilità ed interventi.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE:

- Mecocci P. e al. Il caregiver. In *Giorn. di Gerontologia*, 47/1999.
Reg.Emilia Romagna Non so cosa avrei fatto oggi senza di te. Ed. Regionale 2000.
Drugs&Aging Linee guida AIP per il trattamento della malattia di Alzheimer. Adis 2005.
Rozzini R. L'assistenza alle persone affette da demenza. *Giorn.Gerontologia* 44/2006.
Senin U. et al. Paziente anziano, paziente geriatrico. EdiSES, Napoli 2006.
Ferrarini F. Il ritorno della cronicità. *Psicogeriatrica* 1/2007.
Bonadiman F. Il paziente mentalmente decaduto: argomenti per operatori, famigliari e volontari. Opera Romani (TN) 2010.

QUALITÀ DELLA VITA E DIFFERENZE DI GENERE IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI PARKINSON: UNO STUDIO CROSS-SECTION

Bonanno Lilla, Spadaro Letteria, Furnari Anna, Sessa Edoardo, Marino Silvia, Bramanti Placido

¹IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", Messina

SCOPO

L'obiettivo della medicina attuale è quello di personalizzare sempre di più i trattamenti terapeutici, farmacologici e non. In letteratura ci sono molte evidenze sulle differenze di genere nella Malattia di Parkinson (MP), in particolare dal punto di vista epidemiologico e del trattamento farmacologico e non.

Obiettivo di questo studio cross-section è osservare l'eventuale effetto delle differenze di genere sulla qualità della vita (Qol) in pazienti affetti da MP. La Qol infatti è attualmente considerata un'importante misura di out, come nella presa in carico del paziente e della sua famiglia.

MATERIALI E METODI

Sono stati coinvolti 90 pazienti affetti da MP afferenti all'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo". 85 pazienti (49% maschi e 51% femmine; età media 70.8 ± 8.55 anni; UPDRS-III 24.15 ± 6.55 ; anni di malattia 5.52 ± 4.65) hanno completato la valutazione che comprendeva: Unified Parkinson Disease Rating Scale sub scala motoria (UPDRS-III), Parkinson Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), Short Form (36) Health Survey (SF-36) e una checklist su variabili socio-demografiche di interesse. Tutti i pazienti erano trattati con L-dopa e/o agonisti dopaminergici

RISULTATI

Nel nostro campione, l'età media delle donne è superiore a quella degli uomini anche se gli anni di malattia ed i punteggi all'UPDRS-III sono superiori in questo secondo gruppo. Tali differenze non sono significative. Le donne riferiscono di soffrire di almeno una patologia in più rispetto alla MP (73%), gli uomini hanno meno questo problema (54%). Dal punto di vista abitativo, gli uomini convivono di frequente con un familiare, per lo più il coniuge (84%), le donne un po' meno frequentemente (45%) mentre molte vivono sole od in prossimità delle abitazioni dei figli (39%) od in compagnia di una badante (8%). Abbiamo quindi investigato le differenze di genere nella Qol con il test di Mann Whitney.

In relazione alla PDQ-39, strumento di valutazione specifico per la MP; essere donna o uomo è un aspetto significativo in relazione alla mobilità ($p=0.02$) ed al benessere psicologico ($p=0.02$). Considerando i risultati alla SF-36, misura più generica di Qol, la differenza di sesso influenza in maniera significativa tutti i punteggi delle sub scale (limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica $p=0.013$; limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo $p=0.0003$; dolore fisico $p=0.004$; percezione dello stato di salute generale $p=0.05$; vitalità; $p=0.016$ attività sociali $p=0.04$; salute mentale $p=0.0006$) eccetto la sub scala attività fisica ($p=0.12$).

CONCLUSIONE

Nel campione da noi studiato le differenze di genere hanno un impatto significativo su molteplici aspetti della Qol. In particolare emerge che la SF-36 è molto sensibile alle differenze, che si rilevano tra donna e uomo, nel giudizio sulla propria salute. Considerare il sesso e tutte le differenze socio-demografiche, che spesso ad esso sono correlate (genere), sembra un aspetto importante nella valutazione e nella presa in carico di un paziente perché nella cura si valorizzino quelle differenze di ruoli sociali, di comportamenti, di stili di vita, di attitudini che viviamo nel quotidiano e spesso hanno un impatto importante sulla salute.

VALUTAZIONE IMPATTO TERRITORIALE DI UNA U.V.A.

Bruno Patrizia¹, Cicchetti Gelsomina², Delfino Mario³, Argenzio Filomena⁴, Zinno Raffaele⁵, Zinno Maria Antonietta⁶

¹*Responsabile U.V.A., ASL NA2 Nord*

²*Sociologa referente ambito ASL NA2*

³*Assessore politiche sociali Comune di Giugliano (NA)*

⁴*Direttore Sanitario distretto 37 ASL NA2 Nord*

⁵*Specializzanda Medicina Legale*

⁶*Coordinatore UOC Medicina Legale ASL NA2 Nord;*

SCOPO

L'analisi del lavoro svolto nell'ultimo anno, dall'Unità di Valutazione Alzheimer del Distretto Sanitario 37 della ASL NA2 nord, comprendente il Comune di Giugliano in Campania, ci fornisce un'indicazione sulla sensibilizzazione della popolazione ai problemi della demenza, sul contributo dei medici di medicina generale, e ci consente di capire e studiare le criticità del territorio. Tali conoscenze permettono l'elaborazione di percorsi diagnostici e terapeutici mirati e pertanto più utili agli ammalati.

MATERIALI E METODI

E' stato possibile analizzare i dati relativi all'attività svolta da questa UVA nel corso dei primi sei mesi dell'anno 2010. Dal 1° gennaio al 30 giugno 2010 sono stati visitati 725 pazienti ultrasessantacinquenni affetti da alterazioni cognitive. Volendo finalizzare il nostro studio alla conoscenza del territorio, abbiamo pensato di tralasciare l'analisi dei pazienti già in trattamento presso il centro, e di focalizzare la nostra attenzione a tutti coloro che si sono recati per la prima volta nel nostro ambulatorio. Abbiamo così estrapolato 174 pazienti; di questi 143 erano affetti da alterazioni cognitive medio-gravi con MMSE = < 20/30; 31 da alterazioni cognitive lievi MMSE = > 20/30. I 143 pazienti con più gravi compromissioni cognitive, afferivano per la prima volta ad un centro UVA, e di questi, 81 venivano direttamente inviati dalle Unità di Medicina Legale su richiesta delle commissioni d'invalidità, i 62 rimanenti inviati dai Medici di Medicina Generale.

RISULTATI

In questa breve analisi è emerso che la maggior parte dei pazienti affetti da deterioramento cognitivo, si è recato presso un centro di cura specialistico solo quando la malattia era già in una fase medio-grave. Di questo gruppo, più della metà, aveva già compromissioni importanti sullo svolgimento delle attività quotidiane, tali da intraprendere il percorso di valutazione medico-legale ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile ed accompagnamento, motivo per il quale accedevano per la prima volta al centro UVA. I rimanenti 62 pazienti accedevano alle cure specialistiche perché inviati dai medici di medicina generale; anche in questo caso, quando la sintomatologia inficiava lo svolgimento della normale vita dei pazienti. L'attività svolta nei primi sei mesi del 2010 del Centro UVA di Giugliano, è stata incentrata sulla diagnosi e cura di demenze già conclamate dal punto di vista sintomatologico, evidenziando una scarsa sensibilizzazione all'individuazione della fase precoce della malattia. Inoltre, anche quando la demenza è stata tale da incidere in ambito assistenziale, generando i problemi della gestione individuale determinata dalla limitazione allo svolgimento delle attività quotidiane, viene richiesto in primis, molto spesso, il beneficio economico del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, anziché un aiuto strettamente specialistico e più in generale di supporto informativo e psicologico che è in grado di fornire l'UVA.

CONCLUSIONE

Nel comune di Giugliano alla luce di questi dati, è stato programmato un percorso di sensibilizzazione al disturbo iniziale di memoria, attraverso la valutazione epidemiologica dell'incidenza di questi disturbi nella popolazione. Lo studio è incentrato sull'autosomministrazione di un breve questionario indicativo dei principali sintomi a cui prestare attenzione, elaborato dall'UVA e distribuito dal Medico di medicina generale al paziente che lamenta disturbi di memoria. La successiva elaborazione dei questionari ci darà una visione più ampia del problema, ed avvierà da parte dei Medici di medicina generale, la visita specialistica dell'UVA per tutti i soggetti con sospetta patologia.

L'attività svolta dall'UVA ha sollecitato inoltre la neonascita di un'associazione di familiari "A.M.N.E.S.I.A." (associazione malati neurogeriatrici e sindrome Alzheimer), che presenta come primo obiettivo lo sviluppo di progetti di sensibilizzazione alla diagnosi precoce di malattia demenziale ed assistenziali per rispondere in modo più appropriato alle varie fasi della malattia.

EFFICACIA DI QUETIAPINA RP NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE RESISTENTE NEL SOGGETTO ANZIANO

Buccomino Domenico¹, Drago Gioconda¹, Spina Rosa², Trotta Francesco¹

¹*CSM Roggiano Gravina ASP Cosenza*

²*CSM Rende ASP Cosenza*

SCOPO

Valutare efficacia e tollerabilità di Quetiapina RP (range terapeutico:100-500mg/die) in aggiunta all'antidepressivo nel trattamento del Disturbo Depressione Maggiore resistente alla terapia nel soggetto anziano e follow-up a 12 mesi.

MATERIALI E METODI

53 pazienti (29F-24M) con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore Resistente alla terapia con antidepressivi (DSM IV TR), età oltre i 65anni, senza serie patologie organiche sono stati trattati con Quetiapina RP alla dose media di 250mg/die oltre all'antidepressivo SSRI a dosi standard. Efficacia valutata con HAM-D, CGI, (al basale T0, al 1, 3, 6, 12 mese T1- T2- T3- T4); SAS per gli EPS (T0, T6, T12); sicurezza e tollerabilità:ECG, esami ematochimici, ematologici, rilevazione d'eventi avversi.

RISULTATI

Già al T1 si è osservato una riduzione (-31%) del punteggio medio totale della HAM-D, con ulteriore incremento del miglioramento a 3 mesi (-49%) e mantenimento della risposta a 12 mesi. Non si sono verificati eventi avversi di rilievo. In particolare non si è registrato aumento ponderale, né iperglicemia, né iperprolattinemia.

CONCLUSIONE

I risultati confermano il profilo di efficacia e tollerabilità di Quetiapina RP nel trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore Resistente nell'anziano. Emerge, inoltre rapidità d'azione, elevata % di remissione sintomatologica, ed un effetto mantenuto a 12 mesi. Inoltre, molto buona è stata la ripresa del funzionamento socio-relazionale.

La formulazione RP in mono-somministrazione, inoltre, ha migliorato la compliance ed ha ridotto l'incidenza degli affetti collaterali quali sedazione, ipotensione ed aumento ponderale, molto frequenti nei soggetti anziani.

ATTIVITÀ PSICOEDUCAZIONALE SUI CAREGIVER DEI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA

Buccomino Domenico¹, Drago Gioconda¹, Spina Rosa², Bruno Luigi¹

¹*CSM Roggiano Gravina ASP Cosenza,*

²*CSM Rende ASP Cosenza.*

SCOPO

Oggi è ampiamente riconosciuto l'impatto sociale determinato dalla demenza. Nonostante la vasta letteratura presente sull'argomento, si assiste sempre di più ad una necessità da parte delle famiglie e dei medici di base di avere risposte precise sulla malattia e sulla gestione dei disturbi legati ad essa, soprattutto di quelli del comportamento (BPSD).

Il CSM di Roggiano Gravina (ASP - CS) ha voluto soddisfare questa necessità promuovendo una serie di iniziative di informazione, di sensibilizzazione, formazione e aggiornamento sulla Demenza.

MATERIALI E METODI

Il programma, tuttora in itinere, si articola in cicli di incontri trimestrali rivolti alle famiglie ed ai caregiver dei pazienti, dedicati:

1. alla conoscenza della Demenza: diagnosi tempestiva, presa in carico del paziente e monitoraggio nel tempo dell'andamento della malattia;
2. interventi farmacologici e programma psico-educazionale per familiari e caregiver di pazienti affetti da Demenza;
3. abilità di problem-solving per la gestione dei disturbi comportamentali nella Demenza.

Al termine degli incontri, viene somministrato un questionario di verifica di apprendimento, di gradimento e valutazione necessario per il potenziamento dei punti di forza ed il miglioramento delle debolezze del programma.

RISULTATI

Dalla valutazione dei questionari e dalla grande mole di richieste di informazioni ricevute, emerge con grande evidenza la complessità dei bisogni assistenziali e di conoscenza, soprattutto per quanto riguarda informazioni sulla diagnosi, sul decorso della malattia, sulla farmacoterapia ed in modo particolarmente sentito sul supporto pratico e psicologico del caregiver in presenza di disturbi del comportamento.

CONCLUSIONE

Lo scopo delle diverse attività promosse mira a migliorare la qualità della vita sia del paziente che, soprattutto, di chi ruota attorno a lui attraverso l'utilizzo delle diverse competenze presenti nel centro (medici, psicologi, pedagogista, infermieri professionali, ecc.).

QUETIAPINA RP, IN MONOTERAPIA, NEL TRATTAMENTO DELL'EPISODIO MANIACALE (ACUTO) DEL DISTURBO BIPOLARE I NEL SOGGETTO ANZIANO

Buccomino Domenico¹, Drago Gioconda¹, Spina Rosa², Bruno Luigi¹

¹CSM Roggiano Gravina ASP Cosenza,

²CSM Rende ASP Cosenza.

SCOPO

Valutare efficacia e tollerabilità di quetiapina RP in monoterapia vs valproato nel trattamento della fase maniacale del Disturbo Bipolare I nel soggetto anziano in follow up a 12 mesi.

MATERIALI E METODI

23 pazienti (12F-11M), di età compresa tra 65 e 79 anni, con diagnosi di disturbo bipolare tipo I, episodio maniacale (D.S.M. IV TR), sono stati trattati in acuto (6 mesi), ed osservati per ulteriori 6 mesi.

I pazienti sono stati assegnati a due gruppi di trattamento: gruppo A: 12 pz Quetiapina, 300-600mg/die per i primi 6 mesi, 200-400mg/die per i successivi 6 mesi; gruppo B: 11 pz Valproato, 1000-1500 mg /die (per 12 mesi). Efficacia valutata con: BPRS, CGI, YMRS (al 1°, 3°, 6°, 9° e 12° mese di follow up); SAS per EPS somministrata al 1°, 3°, 6°, 9° e 12° mese; sicurezza e tollerabilità esami ematochimici, ECG e rilevazione di eventuali eventi avversi.

RISULTATI

Nel gruppo A "Quetiapina RP" (dose media di 500 mg/die), già al T1 si è osservata una drastica riduzione dei punteggi medi della BPRS (-43%) e della YMRS (-49%). Al 3° mese si è osservato un'ulteriore riduzione dei punteggi medi della BPRS (-23%) e della YMRS (-28%), rispetto alla valutazione effettuata al T1. Inoltre non si sono verificati riesacerbazioni delle manifestazioni maniacali.

Nel gruppo B "Valproato" al T1 si è osservata una riduzione dei punteggi medi della BPRS (-19%) e della YMRS (-23%). Al 3° mese si è osservato un'ulteriore riduzione dei punteggi medi della BPRS (-14%) e della YMRS (-16%), rispetto alla valutazione effettuata al T1.

CONCLUSIONE

I risultati confermano il profilo di efficacia e tollerabilità di Quetiapina RP in monoterapia nel trattamento dell'episodio maniacale del disturbo bipolare nel soggetto anziano.

Emerge, rapidità d'azione, elevata percentuale di remissione sintomatologica, ed un effetto mantenuto a 12 mesi. Inoltre, molto buona è stata la ripresa del funzionamento socio-relazionale.

La formulazione RP in mono-somministrazione, inoltre, ha migliorato la compliance ed ha ridotto l'incidenza degli affetti collaterali quali sedazione ed ipotensione molto frequenti nei soggetti anziani.

Anche nel gruppo "valproato" si è osservata una riduzione dei punteggi medi delle scale, ma in modo più attenuato e diluito nel tempo rispetto al gruppo A.

IL CENTRO DECADIMENTO COGNITIVO IN UNA CORNICE BIO-PSICO-SOCIALE

Buzzo Amedeo¹, Ferrazzi Cinzia², Fricia Tiziana², Lorico Fabio², Marini Zeudi³,
Marinangeli Luigi², Melan Paola³, Pradelli Samantha³, Terrassan Lairetta³, Zerilli Mario³

¹Centro per il Decadimento Cognitivo, Uo c. Cure Complesse; ULSS 3, Bassano del Grappa

²Centro per il Decadimento Cognitivo, Uo c. Geriatria; ULSS 3, Bassano del Grappa

³Centro per il Decadimento Cognitivo, S.S. Dip. Neuropsicologia; ULSS 3, Bassano del Grappa

SCOPO

L'Azienda Sanitaria ULSS 3 di Bassano del Grappa in attuazione della delibera del 2007 della Regione Veneto, ha strutturato e messo a punto un Centro per il Decadimento Cognitivo (CDC) che, come evoluzione delle UVA, si pone l'obiettivo di integrare l'assistenza medica con quella sociale, migliorando il percorso diagnostico ed individuando un nodo che sia centrale e realmente in grado di garantire la continuità di cura necessaria (Regione Veneto, 2007). Per fare questo e sulla scia della recente letteratura sulla "nuova cultura della demenza" (Kitwood, 1997) si è cercato di strutturare una rete di interventi per la presa in carico globale dei bisogni dell'anziano e dei suoi familiari.

MATERIALI E METODI:

Le risorse umane operanti presso il CDC tutte con specifica formazione nel campo delle demenze sono: medico geriatra (responsabile), neuropsicologo-psicoterapeuta, operatore socio-sanitario, infermiere professionale, personale amministrativo. Il modello di riferimento è il modello arricchito della demenza proposto da Tom Kitwood (1997). Tale modello considera la demenza come una disabilità prodotta dall'interazione di diversi fattori:

demenza = danno neurologico + salute fisica + personalità + storia di vita + ambiente sociale

L'obiettivo del CDC è quindi non solo quello di garantire una diagnosi adeguata, ma anche di offrire alla persona ed alla sua famiglia una presa in carico atta a ridurre l'"excess disability" (Bird, 2000), prodotta dai fattori che si aggiungono al danno neurologico, e quindi a supportare l'anziano e la famiglia nel proprio contesto domiciliare.

A fianco della terapia neurologica specifica (*che agisce sul primo dei fattori che produce disabilità*) e della cura delle concomitanti patologie fisiche (*secondo fattore*), sono stati strutturati sia incontri congiunti di formazione con i MMG sia i seguenti percorsi di tipo psicosociale:

- cicli di stimolazione cognitiva standardizzata (Spector 2004, Olazaran, 2010) 16 incontri bisettimanali;
- interventi domiciliari di modificazione ambientale (Gitlin, 2000) 6 incontri nell'arco di 18 mesi;
- incontri di sostegno con i familiari sia individuali (Schulz, 2000) che di gruppo di tipo psicoeducazionale (Coon et al., 1999);
- collaborazione con l'Associazione locale dei familiari delle persone con demenza nella gestione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto;
- valutazioni neuropsicologiche per la concessione di un "assegno di cura" da parte della Regione Veneto per le persone con demenza associata a disturbi comportamentali, non istituzionalizzate.

RISULTATI

Nel 2010 sono state valutate in Ospedale circa 700 utenti, di cui nuovi nr. 353, (con *diagnosi di demenza* 74%; *Mild Cognitive Impairment* 8%; *nei limiti della norma in relazione all'età* 18%) mentre nel Distretto sono stati seguiti circa 200 utenti con i loro parenti (*v. assegni cura, ambiente protesico e corsi di stimolazione cognitiva*). Sono invece attivati dal 2011 gli *incontri psicoeducazionali* e gli incontri di *auto-mutuo-aiuto*, questi ultimi in sinergia con l'Associazione dei familiari.

CONCLUSIONE

Una patologia complessa come la demenza necessita di una presa in carico non solo farmacologica, ma integrata in un approccio olistico che tenga in considerazione gli eterogenei bisogni della persona che ne è affetta e dei suoi familiari.

In Italia, oltre la ricerca sul percorso diagnostico e differenziale delle varie forme di demenza, sarebbe necessario promuovere percorsi di cura complementari a quello farmacologico, opportunità di scelte consapevoli, valutandone gli effetti *evidence based* sulla qualità globale di vita della persona con demenza e dei suoi familiari.

STUDIO PILOTA SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN TELEMONITORAGGIO PER I CAREGIVER DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER

Caffarra Sedy^{1,2}, Galante Emanuela¹, Gazzi Lidia¹, Avanzi Stefano¹, Scalvini Simonetta³

¹*IRCCS Fondazione Maugeri, Istituto Scientifico di Castel Goffredo (MN)*

²*Dip. di Scienze Biomediche, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia*

³*IRCCS Fondazione Maugeri, Istituto Scientifico di Lumezzane (BS)*

SCOPO

Il presente lavoro illustra uno studio pilota in merito ad una possibile modalità di supporto ai caregiver di pazienti affetti da deterioramento cognitivo.

L'intervento è stato strutturato in due fasi:

- 1) un corso psico-educazionale;
- 2) una fase di telemonitoraggio.

La prospettiva del trasferimento in una residenza sanitaria assistenziale per gli anziani colpiti da demenza è spesso deprimente e stressante allo stesso tempo. Crediamo che la telemedicina possa proporre un'alternativa: l'assistenza domiciliare a distanza per pazienti con diagnosi di demenza, ed in particolare di malattia di Alzheimer, potrebbe consentire al paziente di essere costantemente monitorato da un'équipe specializzata ed al caregiver di sentirsi supportato nel proprio ruolo assistenziale. Questo dovrebbe garantire una maggiore compliance ai trattamenti proposti, un minore ricorso ad ospedalizzazioni inutili ed un ritardo nella istituzionalizzazione dei pazienti, con conseguente significativo risparmio per il SSN.

MATERIALI E METODI

Due gruppi di caregiver (sperimentale e di controllo) sono stati messi a confronto attraverso la somministrazione di questionari. Il gruppo sperimentale (sette familiari di pazienti riconosciuti affetti da malattia di Alzheimer), dopo aver partecipato ad un corso psico-educazionale presso l'Istituto, ha preso parte al progetto "Telemonitoraggio Alzheimer". Il gruppo di controllo, costituito da sette caregiver, che per diversi motivi non hanno partecipato al corso psico-educazionale (non interessati, impossibilitati a raggiungere la sede del corso o a lasciare solo il paziente), ha ricevuto l'assistenza di routine fornita dall'UVA (visita di controllo semestrale, colloquio con una psicologa in occasione del controllo neuropsicologico). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti alla compilazione di scale volte ad indagare l'impatto della malattia del paziente sulla loro vita, i loro bisogni e la loro condizione psicologica: Caregiver Burden Inventory (CBI), Family-Strain Questionnaire (FSQ), Caregiver Needs Assessment (CNA), Scheda Ansia-Depressione (AD-R).

Le fasi di somministrazione testistica sono state distribuite in 3 momenti temporali per entrambi i gruppi presi in esame: all'inizio del corso psico-educazionale (T0), al suo termine (T1), dopo 6 mesi di telemonitoraggio (T2). Nella fase di telemonitoraggio sono stati effettuati contatti telefonici programmati ogni 3 settimane circa. E' stata inoltre offerta ai caregiver la possibilità di ricorrere a contatti telefonici non programmati in caso di necessità. La psicologa tutor era contattabile tutti i giorni della settimana dalle 9.00 alle 19.00 e, in caso di necessità, era in grado di mettere in contatto il caregiver con il neurologo di riferimento. Sono stati effettuati 12 contatti non programmati nell'arco dei 6 mesi; in 4 occasioni è stato contattato il neurologo tutor.

RISULTATI

I partecipanti al progetto "Telemonitoraggio Alzheimer" hanno manifestato un elevato livello di soddisfazione, in particolare per la possibilità di avere un rapido accesso agli specialisti dell'équipe di cura in caso di necessità. Questo ha consentito di gestire soprattutto la comparsa e/o l'accentuazione di disturbi comportamentali con ricorso in prima battuta ad interventi non-farmacologici ed in

seconda istanza ad una modificazione delle terapie farmacologiche gestita dallo specialista di riferimento (senza ricorso a PS, guardia medica o altri, non sempre preparati a gestire questo tipo di problematiche).

I test e le scale somministrati tuttavia non hanno evidenziato differenze significative nei differenti tempi dello studio. Questo dato ci induce a riflettere sull'appropriatezza degli strumenti selezionati.

CONCLUSIONI

L'elevata soddisfazione espressa dai soggetti partecipanti al progetto "Telemonitoraggio Alzheimer" inducono a ritenere utile e sensata l'applicazione della telemedicina all'assistenza dei soggetti affetti da malattia di Alzheimer ed ai loro caregiver. Tuttavia la valutazione di efficacia degli interventi potrebbe richiedere l'utilizzo di indicatori di out-come differenti da quelli qui presentati.

PRE-STROKE E POST-STROKE DEMENZA: DATI PRELIMINARI DA UNO STUDIO ITALIANO

Caratozzolo Salvatore, Mombelli Giulia, Vicini Chilovi Barbara, Gottardi Federica, Zanetti Marina, Padovani Alessandro, Rozzini Luca

Unità di Valutazione Alzheimer, Clinica Neurologica, Università degli Studi di Brescia.

SCOPO

Dati di letteratura confermano che l'incidenza di demenza aumenta dopo un evento cerebrovascolare acuto (demenza post stroke). In letteratura ci sono ad oggi dati discordanti circa i potenziali fattori di rischio per lo sviluppo di decadimento cognitivo post stroke.

Il presente studio si propone di determinare l'impatto di un evento cerebrovascolare acuto sulla cognitività globale in relazione alla condizione clinica pre-morbosa ed alla presenza di demenza pre-morbosa.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati 222 pazienti ricoverati presso il reparto di Neurologia (Università degli Studi di Brescia, Italia) nel periodo compreso tra il 1° Aprile 2010 ed il 31 Ottobre 2010, con diagnosi alla dimissione di patologia cerebrovascolare acuta (TIA, ictus ischemico ed emorragico). All'ingresso tutti i pazienti hanno effettuato TAC cerebrale (sezioni da 0.75 a 2mm) con visualizzazione del lobo temporale. Sono state registrate le caratteristiche socio-demografiche, la storia clinica ed i fattori di rischio cardiovascolari. La presenza di decadimento cognitivo pre-morboso è stata valutata mediante intervista al principale caregiver tramite somministrazione di IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly). E' stata inoltre valutata la prevalenza di disturbi comportamentali mediante impiego della Neuropsychiatric Inventory scale (NPI). Per tutti i pazienti è prevista una rivalutazione a 3 e 12 mesi per indagare la presenza di decadimento cognitivo.

RISULTATI

Pazienti con demenza pre-morbosa (16%), diagnosticata con IQCODE, mostrano un maggior grado di atrofia del lobo medio temporale rispetto ai pazienti senza demenza (dementi vs non dementi: 9.1+3.7mm vs 11.3+3.4mm; p=0.05). Si è inoltre riscontrato che i disturbi psico-comportamentali valutati con NPI sono più frequenti nei pazienti con demenza pre-morbosa (dementi vs non dementi, NPI punteggio medio: 12,1+13,6 vs 5,3+6,7; p=0,009).

CONCLUSIONI

I dati preliminari mostrano la presenza di una forte associazione tra demenza pre-stroke e atrofia del lobo medio temporale. Il follow up a tre mesi potrà rivelare il ruolo dei possibili fattori clinici responsabili dell'insorgenza del decadimento cognitivo post-stroke e delle sue caratteristiche.

DIFFERENTE GRAVITÀ COGNITIVA ED OUTCOME RIABILITATIVI IN PAZIENTI RICOVERATI IN UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

Cassinadri Angela^{1,2}, Boffelli Stefano^{1,2}, Mattanza Chiara^{1,2}, Rozzini Renzo^{1,2}, Trabucchi Marco^{2,3}

¹Fondazione Poliambulanza, Brescia

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

³Università "Tor Vergata", Roma

SCOPO

Se fino a qualche anno fa la demenza (o il decadimento cognitivo in genere) costituiva una controindicazione alla presa in carico al trattamento riabilitativo, oggi il trend epidemiologico impone una rivalutazione dei modelli del passato ed un'attenzione sempre maggiore nei confronti delle persone affette da demenza.

Scopo dello studio è di valutare le caratteristiche dei pazienti che afferiscono ad un Reparto di Riabilitazione Geriatrica, in base sia alle diverse condizioni cliniche, ma soprattutto cognitive.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 179 pazienti consecutivamente ricoverati nel 2010, dal mese di maggio al mese di dicembre. I pazienti venivano trasferiti prevalentemente da ospedali per acuti, con l'obiettivo di determinare una stabilizzazione clinica dopo un evento acuto, e recuperare lo stato funzionale premorbo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti, all'ingresso ed alla dimissione, ad una valutazione multidimensionale che includeva stato cognitivo (MMSE), funzionale (IADL, Barthel, Tinetti), sociale (Baylock scale), comorbidità (scala CIRS) ed indici biologici (albumina, VES). Sono stati inoltre valutati gli aspetti relativi alle condizioni familiari (tipo di caregiver), gli eventi intercorrenti, e l'outcome alla dimissione.

RISULTATI

Rispetto ai pazienti che non hanno decadimento cognitivo, le persone che presentano demenza moderata o severa sono caratterizzate da maggiore gravità funzionale e clinica (Barthel Index ingresso 18.1 ± 19.5 versus 35.0 ± 20.5 versus 43.6 ± 19.3 , $p.000$; CIRS comorbidità 3.4 ± 1.6 versus 2.7 ± 1.1 versus 2.1 ± 1.3 , $p.000$) e da peggiori outcome quali la comparsa di delirium e numero superiore di eventi intercorrenti ($p.005$). Inoltre, sono caratterizzati da maggiore fragilità biologica (albumina 2.7 ± 0.5 versus 2.9 ± 0.6 versus 3.0 ± 0.4 , $p.025$; VES 55.6 ± 39.6 versus 32.7 ± 25.2 versus 38.9 ± 26.2 , $p.002$) e sociale (Baylock Scale-BRAS 25.5 ± 4.8 versus 21.0 ± 4.5 versus 18.6 ± 4.9 , $p.000$). I pazienti che presentano maggiore decadimento cognitivo hanno minor recupero funzionale alla dimissione (Tinetti ingresso 3.5 ± 5.9 versus 6.8 ± 6.1 versus 9.8 ± 7.2 , $p.000$; Tinetti dimissione 10.3 ± 8.7 versus 15.8 ± 7.2 versus 19.6 ± 7.5 ; $p.000$).

CONCLUSIONE

I pazienti con crescente livello di decadimento cognitivo hanno una maggior probabilità di sviluppare durante il ricovero, rispetto ad individui cognitivamente integri o con lieve deficit cognitivo, eventi clinici avversi (delirium, eventi infettivi), i quali complicano ulteriormente la degenza e si associano a minore recupero clinico e funzionale. Il recupero funzionale dei pazienti (con decadimento cognitivo da moderato a severo) è inferiore a quello che si ottiene nel gruppo delle persone cognitivamente integre o con lieve deficit cognitivo. Nel determinismo del più lento o difficile recupero clinico e funzionale gioca un ruolo fondamentale la fragilità della persona, misurabile, oltre che dal punto di vista cognitivo, con la scala della comorbidità e gli indici biologici (albuminemia, VES). Gli outcome sociali (ritorno al domicilio, necessità di supporto sia sociale sia privato) sono correlati sia con la gravità del deficit cognitivo sia con lo stato sociale della famiglia (scala BRAS). È evidente che bisogna sperimentare modelli di cura integrati che sappiano combinare la gestione clinica all'attività di nursing e riabilitativa in senso stretto, attraverso modalità di intervento che non segmentano un atto di cura dall'altro, con l'obiettivo di garantire un migliore recupero ed una più lunga stabilità al domicilio, dopo la dimissione.

ANALISI STATISTICA DESCRITTIVA DEI PAZIENTI VALUTATI ATTRAVERSO LO STRUMENTO DIAGNOSTICO F.A.B. (Frontal Assessment Battery) DALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE D.S.M. SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA E DI PSICOTERAPIA DELL'ETA' ADULTA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA DI TARANTO.

Chiloiro Dora^{1,2}, Scapati Francesco³, Battaglia Daniela², Blasi Ylayaly², Carrino Manuela², Cetera Nicola², Del Monaco Irene², Mottolese Maria²

¹Direttore Unità di Psicologia Clinica Ospedaliera ASL Taranto

²Gruppo di ricerca clinica neurocognitiva

³Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASL Taranto

SCOPO

Sviluppare uno studio statistico-descrittivo di elaborazione dati relativi ai pazienti valutati nel periodo di tempo intercorso tra ottobre 2010 e marzo 2011 ed affluiti presso le Strutture Complesse di Neurologia di Psicologia Clinica dell'ASL TA/1.

Dimostrare, inoltre, il valore predittivo diagnostico dello strumento F.A.B. rispetto ai dati rilevati dall'esame strumentale RM.encefalo.

MATERIALI E METODI

Il metodo utilizzato è stato quello della valutazione neuropsicologica del campione a disposizione, grazie al quale, sono stati estrapolati i seguenti dati:

- a) variabili sociodemografiche: numerosità, età, sesso, scolarità, provenienza;
- b) variabili diagnostiche neuropsicologiche: rilevate attraverso la Frontal Assessment Battery;
- c) variabili diagnostiche di neuroimaging: rilevate attraverso la Risonanza Magnetica dell'encefalo.

Per l'inserimento dei dati e la successiva elaborazione statistica descrittiva e correlazionale è stato utilizzato il Software computerizzato SPSS 15.0 per Windows.

La popolazione normativa dello studio è stata suddivisa in due gruppi rispetto a due diversi step dello studio di ricerca:

- nel primo momento l'intera popolazione è stata oggetto di analisi statistica descrittiva;
- in un secondo momento sono stati estratti dall'intero campione un sottogruppo di soggetti sottoposti anche ad esame strumentale RM encefalo, con lo scopo di effettuare un'analisi correlazionale bivariata tra referto neuroimaging ed i punteggi F.A.B. (con fattore di correzione età/scolarità).

IPOTESI DI RICERCA

Predittività diagnostica della F.A.B. circa ipotesi lesionali fronto-temporali, tali da indicare una correlazione dei punteggi corretti dello screening neuropsicologico con indagini funzionali di neuro-immagine.

RISULTATI E CONCLUSIONI

La raccolta dati è in itinere e sarà completata il 30/03/2011.

Si prevede al termine dello studio la valutazione di 50-60 casi; ad oggi il numero dei pazienti arruolati è 40.

STUDIO SPERIMENTALE SULLA TERAPIA DEL DOLORE ASSOCIATO AD ANSIA IN SOGGETTI ANZIANI

Chinni Clelia, Leuci Emanuela, Branchi Barbara

Centro di Salute Mentale – Parma Est, AUSL PARMA

SCOPO

Tale studio si sviluppa sulla richiesta di intervento nell'anziano che presenta dolore e disforia. Tale evenienza può raggiungere "condizioni estreme" in cui il corpo sembra intrappolare la psiche in posizioni contorte e rigide.

Per prevenire e/o migliorare tale sintomatologia dolorosa, abbiamo tentato di avviare un'indagine naturalistico-osservazionale-sperimentale cercando di usare con la dovuta cautela farmaci che non influenzassero particolarmente la sfera cognitiva in senso peggiorativo.

MATERIALI E METODI

20 pazienti anziani, già in terapia con benzodiazepine che presentavano dolore e disforia evidente in cui era richiesto un cambio di terapia per mancata stabilizzazione del quadro clinico.

10 pazienti vengono trattati con gabapentin (100-200 mg); gli altri 10 vengono trattati con pregabalin (25-225 mg).

RISULTATI

Mentre si evidenzia un miglioramento della sintomatologia dolorosa con entrambi i farmaci, la disforia pare rispondere meglio al pregabalin. E' da specificare che non si è pensato di usare antidepressivi serotoninergici o a doppia azione per la particolare gravità dei casi clinici trattati.

CONCLUSIONE

E' probabile che questi quadri dolorosi estremi dell'anziano risentano di fattori legati all'epigenetica e siano più evidenti le strette correlazioni tra lo stato emozionale e precedenti esperienze di vita spiacevoli quali paura, panico ed angoscia. Il corpo veicola probabilmente la fragilità e l'impossibilità di poter usufruire del linguaggio e della simbolizzazione; non per questo al di là di posizioni onnipotenti deve venir meno la possibilità di alleviare e curare.

INDAGINE CONOSCITIVA RIGUARDANTE L'INCIDENZA DI PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI IN ANZIANI TRATTATI CON ANTIPSICOTICI ATIPICI

Chinni Clelia, Cipani Maria Fausta

Centro di Salute Mentale Parma Est, Mdg Specialista in fisioterapia e Geriatria, AUSL PARMA

SCOPO

Si è tentato di valutare, in una popolazione campione di anziani trattati con antipsicotici atipici l'incidenza di effetti collaterali cardiovascolari e cerebrovascolari negli ultimi due anni.

MATERIALI E METODI

Sessanta pazienti anziani in terapia da due anni e oltre, con antipsicotici atipici a dosaggi terapeutici ritenuti il minimo efficace sull'agitazione, disforia, fenomeni psicosensoriale e deliranti, sono stati sottoposti periodicamente a ECG con valutazione del QT (come da linee guida) e monitoraggio osservazionale accurato al fine di verificare ipotetici effetti collaterali. Il controllo ha avuto luogo al tempo zero e ogni due mesi per il periodo inerente lo studio. Nel caso si sia riscontrato un QT lievemente superiore ai 4,20 millisecondi, non si è interrotta la terapia, ma si è ridotto il tempo di controllo (ECG a breve ogni 15 giorni).

RISULTATI

L'incidenza di anomalie elettrocardiografiche è stata di circa il 2%, senza nessun'altra evidente problematica dal punto di vista clinico e non si è verificato nessun accidente cerebrovascolare.

CONCLUSIONE

E' da tener presente che gli antipsicotici atipici devono poter essere utilizzati per il tempo necessario a risolvere le problematiche psicopatologiche sopra descritte, avendo cura (come già affrontato in altri studi) che il paziente anziano è poli-trattato e presenta poli-patologie complesse. Si ricorda che tante possono essere le cause di agitazione e confusione compreso disidratazione e altre patologie internistiche. Queste terapie vanno personalizzate ed utilizzate alla minima dose efficace, sospese possibilmente gradualmente al momento opportuno. Si spera che ampiamente superate siano le terapie neurolettiche in questi casi.

DEMENZA E COMPORTAMENTO SESSUALE ABNORME: TERAPIA

Cipriani Gabriele

Referente Unità Valutazione Alzheimer ASL 12 Viareggio

SCOPO

L'insorgenza della demenza non cancella la sessualità, ma ne altera l'espressività e le condotte sessuali, potendo i pazienti divenire sessualmente disinibiti con il progredire dei deficit cognitivi. I comportamenti sessuali abnormi devono essere valutati come cluster sintomatologico dei disturbi comportamentali della demenza. Scopo dello studio è quello di effettuare una revisione della letteratura sulla terapia dei comportamenti abnormi nella demenza.

MATERIALI E METODI

Sono state utilizzate banche-dati elettroniche ricercando i termini: comportamenti sessuali abnormi, ipersessualità, disturbi comportamentali nella demenza.

RISULTATI

Malgrado i comportamenti sessuali inappropriati rappresentino un motivo di forte disagio e preoccupazione, sono pochi gli studi che ne prendono in considerazione gli aspetti terapeutici trattandosi essenzialmente di case-report. Tutti i farmaci adoperati per la disinibizione sessuale in corso di demenza sono stati somministrati off-label. Consideriamone alcuni.

Neurolettici. Questi farmaci sono ampiamente adoperati anche se non vi è sufficiente evidenza né di efficacia né di sicurezza. Concettualmente si ritiene che possano determinare un decremento dell'attività sessuale impropria per i loro effetti di blocco sulla dopamina e per l'aumento dei livelli di prolattina che inducono. I neurolettici atipici sono meglio tollerati rispetto a quelli di prima generazione.

Stabilizzatori dell'umore. L'acido valproico e la carbamazepina sono stati utilizzati nel tentativo di correggere i disturbi del comportamento in corso di demenza (compresa l'ipersessualità). L'acido valproico ed i suoi derivati sembrano esercitare la loro azione per l'effetto antiandrogenico ed antiprogesterinico. Il gabapentin aumenta la sintesi di GABA nel cervello, mentre riduce il release delle mono-ammine. Un case-report ne documenta l'efficacia nel trattare la disinibizione sessuale in soggetti affetti da demenza vascolare e da malattia di Alzheimer.

Antidepressivi. Gli inibitori dell'up-take della serotonina esercitano la loro efficacia sul disturbo in questione in funzione della capacità di ridurre la libido e delle proprietà anti-ossessive. Sono stati pubblicati dei report inerenti l'utilizzo di paroxetina e di citalopram. E' stato documentato che la clomipramina, antidepressivo triciclico serotoninergico e noradrenergico, è risultata efficace nel trattamento della disinibizione sessuale di soggetti dementi. Anche il trazodone, inibitore presinaptico dell'up-take della serotonina, è stato usato con il medesimo scopo.

Terapie ormonali. Il medoxiprogesterone è un progestinico sintetico adoperato nel sesso femminile con variegate indicazioni. Nell'uomo è in grado di abbassare i livelli di testosterone e, di conseguenza, le pulsioni sessuali senza determinare secondaria femminilizzazione. Alcuni resoconti ne consigliano l'uso anche nei dementi con problematiche sessuali. Con il medesimo scopo è stato adoperato il ciproterone acetato, potente progestinico che mostra anche attività antagonista del testosterone. Gli estrogeni riducendo la secrezione ipotalmica di FSH ed LH determinano una diminuzione della produzione di testosterone ed hanno mostrato di attenuare i comportamenti sessuali abnormi. Lo stesso si può affermare della gonadotropin-releasing hormone (GnRH).

Altri farmaci. La cimetidina, antagonista del recettore H₂ dell'istamina, sarebbe in grado di ridurre la libido e l'ipersessualità. La somministrazione a lungo termine di cimetidina ad alte dosi determina un'azione anti-androgena. Il pindololo, abbassando il tono adrenergico, ha efficacia nel controllare l'agitazione, l'aggressività ed i comportamenti sessuali inappropriati. Anche gli inibitori della colinesterasi potrebbero avere un ruolo nel ridurre l'aggressività a sfondo sessuale.

CONCLUSIONE

Le persone dementi presentano, talora, comportamenti sessuali che possono essere giudicati abnormi o manifestare condotte di ipersessualità. Ricerche inerenti i trattamenti farmacologici dei soggetti dementi con comportamenti sessuali impropri sono scarsi e non esistono studi clinici controllati; alcuni case report depongono per l'efficacia di taluni medicinali. Ulteriori studi dovranno essere effettuati per chiarire l'utilità dei farmaci e per identificare le migliori strategie non farmacologiche per correggere il disturbo in questione.

VALUTAZIONE DEI COSTI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Colucci Luisa¹, Ziello Antonio Rosario¹, Amenta Francesco², Fasanaro Angiola Maria¹

¹Unità valutazione Alzheimer, AORN Cardarelli, Napoli.

²Centro Ricerche Cliniche, Telemedicina e Telefarmacia, Università di Camerino, 62032 Camerino.

SCOPO

L'analisi Costi-Benefici (CBA) in economia sanitaria prevede l'identificazione, misurazione e valutazione di input e conseguenze in termini monetari. Gli ACHEI, pur comportando un aumento dei costi diretti, sembrano diminuire quelli indiretti, che sono soprattutto correlati al caregiving. Questa review si propone di offrire una sintesi aggiornata sia dei metodi impiegati che dei risultati raggiunti nella valutazione costi benefici degli ACHEI nella malattia di Alzheimer.

MATERIALI E METODI

E' stata valutata la letteratura da gennaio a dicembre 2010, attraverso i database pubmed e medline con le parole chiave: malattia di Alzheimer, assistenza informale, costi AD e farmaco-economia in AD. Cinque dei venti articoli risultati sono stati esclusi per la mancanza di abstract o perché non direttamente correlati. Sono quindi stati presi in considerazione quindici articoli.

RISULTATI

- 1) i costi della malattia aumentano con la gravità dell'AD;
- 2) l'efficacia degli ACHEI viene misurata attraverso una serie di test (MMSE, ADL, IADL, DEMQOL, NPI, DS) diretti a valutare non solo i sintomi cognitivi, l'autonomia funzionale ed il profilo comportamentale dei pazienti, ma anche la qualità di vita sia del paziente che del caregiver;
- 3) nei pazienti trattati i costi del caregiving sembrano ridursi: la maggiore stabilità cognitiva e comportamentale dei pazienti si traduce, infatti, in minore probabilità di istituzionalizzazione, che è la voce di costo in assoluto più alta.

CONCLUSIONI

La valutazione dei costi della malattia di Alzheimer va effettuata attraverso una serie di misure degli aspetti sia cognitivi che comportamentali, e deve includere la qualità di vita dei malati e dei caregiver. Il trattamento precoce sembra agire favorevolmente sul decorso e la qualità di vita, e associarsi quindi a riduzione dei costi. Restano da definire, tra i costi indiretti, le spese necessarie per le modifiche dell'ambiente in cui il paziente vive, ed i reali costi dei soggetti in stadio avanzato. **La comprensione globale dei numerosi fattori (clinici, sociali, economici)** responsabili del peso del paziente sul sistema sanitario necessita, tuttavia, ancora di studi temporalmente più estesi.

EFFETTO “VICINANZA DEL MODELLO” IN COMPITI COSTRUTTIVI: STUDIO SPERIMENTALE IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER

Conchiglia Giovannina¹, D’Angelo Angelica², Grossi Dario².

¹*Alma Mater s.p.a Fondazione Villa Camaldoli, Napoli*

²*SUN Seconda Università di Napoli*

SCOPO

Il presente studio è stato allestito allo scopo di valutare gli effetti della posizione di uno stimolo sulle abilità costruttive di pazienti, ovvero intende verificare gli effetti della minore o maggiore vicinanza di un modello, sulla prestazione di riproduzione dei soggetti. L’ipotesi di partenza della ricerca prevede che la vicinanza dello stimolo da riprodurre potrebbe avere un effetto disturbante sulle abilità costruttive dei pazienti. Tale ipotesi è avanzata sulla base del rilievo che il fenomeno del closing-in CIP, nei pazienti con demenza degenerativa, non solo si estingue evidentemente quando il modello da copiare viene allontanato, ma persino migliora la prestazione costruttiva nelle prove di disegno su copia.

Allo scopo di verificare tale effetto sono state utilizzate prove di composizione di figure geometriche.

MATERIALI E METODI

Al fine di ottenere dei dati di riferimento, sono stati reclutati 21 pazienti affetti da demenza di Alzheimer, di età compresa tra i 58 ed i 66 anni, e con un livello di scolarità tra gli 8 ed i 13 anni. Inoltre sono stati presi in considerazione 5 soggetti di controllo normali, con la stessa età e la stessa scolarità del gruppo sperimentale. In funzione della presenza o dell’assenza del closing-in, i soggetti sono stati divisi in due gruppi. Il campione totale dei soggetti, dunque, ha previsto 11 soggetti con AD con closing-in e 10 soggetti con AD senza closing-in. Per verificare l’effetto della posizione del modello in un compito costruttivo di composizione, sono stati costruiti due modelli geometrici, ciascuno caratterizzato da specifiche relazioni spaziali tra triangoli e rettangoli. Partendo da una copia di ogni figura, sono stati ritagliati gli elementi costitutivi, che assemblati tra loro, vanno a comporre il modello in questione. Il compito costruttivo prevede la ricomposizione di ogni modello a partire dalle parti precedentemente ritagliate e che, nelle giuste relazioni reciproche, vanno a ricomporre il modello presentato. La posizione del modello da riprodurre viene sistematicamente manipolata; in particolare, il modello viene presentato in due posizioni: la posizione “Near” raggiungibile dal paziente secondo il tradizionale setting operativo e la posizione “Far”, in cui lo stimolo viene posto in una posizione non raggiungibile dall’arto superiore del soggetto.

La somministrazione del compito prevede due condizioni sperimentali, manipolando l’asse su cui viene presentato il modello (orientamento), in posizione radiale e in posizione verticale.

RISULTATI

I dati ottenuti dai soggetti appartenenti hanno mostrato un effetto significativo per lo spazio (near/far), invece, per quanto riguarda l’orientamento, quest’ultimo non mostra alcuna influenza significativa sulle prestazioni costruttive dei soggetti. Analizzando i due gruppi separatamente, abbiamo riscontrato una significatività dei risultati per quanto riguarda il gruppo dei soggetti con closing-in; Per quanto riguarda il gruppo dei pazienti con Alzheimer senza closing-in, la differenza nei tempi di reazione tra le due condizioni sperimentali non risulta significativa né per lo spazio, né per l’orientamento. Per quanto riguarda i soggetti di controllo le loro prestazioni non vengono influenzate dalla vicinanza o dalla lontananza del modello.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti da questo studio sperimentale, mostrano una maggiore difficoltà dei pazienti con AD con closing-in nella composizione della figura, infatti in questi pazienti si registra un aumento notevole dei tempi costruttivi; quando il modello, invece, è posto lontano dallo spazio d'azione del soggetto, i tempi subiscono un decisivo miglioramento. In particolare quando il modello è posizionato vicino ai pazienti (condizione near), questi ultimi adoperano un maggior numero di tentativi per porre nelle giuste relazioni spaziali i vari elementi geometrici della figura, ottenendo tempi di costruzione più lunghi rispetto a quelli ottenuti quando il modello è lontano dallo spazio di azione (condizione far).

CORRELATI NEUROPSICOLOGICI DEI DISTURBI DEL SONNO IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

Conti Marta Zaffira, Caratozzolo Salvatore, Zanetti Marina, Rozzini Luca, Padovani Alessandro

Laboratorio di Neuropsicologia, Centro UVA, Clinica Neurologica, Spedali Civili, Brescia.

OBIETTIVO

Nel corso dell'invecchiamento fisiologico si osservano complesse modificazioni dell'architettura del sonno, come documentato da studi polisonnografici. Fra i disturbi del sonno maggiormente dichiarati dagli anziani vi sono l'insonnia e l'eccessiva sonnolenza diurna. Si ritiene che tali disturbi aumentino il rischio di deterioramento cognitivo e di demenza al follow-up. L'eccessiva sonnolenza diurna sembra, fra l'altro, più frequente in soggetti affetti da malattia di Alzheimer (AD). Nell'ambito del Mild Cognitive Impairment (MCI), i disturbi del sonno sono stati finora poco caratterizzati.

SCOPO

Valutare la soggettiva percezione della qualità del sonno e del grado di sonnolenza diurna in soggetti MCI ed AD rispetto ad un gruppo di controllo costituito da anziani sani; confrontare la qualità del sonno e la sonnolenza diurna etero-riferiti da caregiver di un sottogruppo di pazienti MCI ed AD rispetto a quegli stessi soggetti ed agli anziani sani; comparare le caratteristiche neuropsicologiche di due sottogruppi costituiti da soggetti MCI, classificati in "Buoni" o "Cattivi Dormitori"; valutare se l'essere "Cattivo Dormitore" possa costituire fattore predittivo di demenza di Alzheimer o di altro tipo.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati 139 soggetti con disturbo riferito di memoria, di cui 102 soddisfacevano i criteri per MCI, 37 per demenza tipo AD, ed 80 soggetti anziani sani come popolazione di controllo. I pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica globale, dello stato funzionale, dei sintomi psico-comportamentali e ad una batteria di test neuropsicologici. Pazienti e controlli sono stati sottoposti ad una valutazione del sonno a mezzo di questionario realizzato *ad hoc* e di scale di valutazione dedicate e standardizzate (*Pittsburgh Sleep Quality Index* - PSQI -, *Epworth Sleepiness Scale* - ESS), riproposte anche ai caregiver.

RISULTATI

I pazienti MCI ed AD non differiscono rispetto ai controlli in quanto a giudizio di qualità di sonno e di sonnolenza diurna, ma fra di loro per un depresso minor grado di sonnolenza diurna negli AD (ESS: 3.1 ± 2.8 AD vs 4.8 ± 3.4 MCI, $p = 0.021$). I *Caregiver MCI* (C-MCI) ed *AD* (C-AD) riferiscono una qualità del sonno peggiore ed una sonnolenza aumentata in rapporto ai rispettivi pazienti (ESS: 6.2 ± 3.7 C-MCI vs 4.5 ± 3.1 MCI, $p = 0.000$; PSQI: PSQI: 6.3 ± 4.1 C-MCI vs 5.0 ± 3.9 MCI, $p = 0.003$; ESS: 5.4 ± 4.0 C-AD vs 3.1 ± 2.9 AD, $p = 0.001$). Il C-MCI depone per un grado di sonnolenza del paziente superiore rispetto ai controlli (ESS: 6.2 ± 3.7 C-MCI vs 4.0 ± 3.2 Controlli, $p = 0.002$). Il profilo neuropsicologico degli *MCI Buoni Dormitori* (MCI-BD, PSQI ≤ 5 , n° 52) e degli *MCI Cattivi Dormitori* (MCI-CD, PSQI >5 , n° 50) è sovrapponibile, fatto salvo per il test di memoria episodica (Breve Racconto: 8.56 ± 4.7 MCI-BD vs 11.0 ± 5.8 MCI-CD, $p = 0.025$), per la presenza di disturbi psico-comportamentali (NPI: 7.5 ± 7.0 MCI-BD vs 11.6 ± 9.9 MCI-CD, $p = 0.034$), in particolare della sfera ansioso-depressiva (GDS: 3.1 ± 3.0 MCI-BD vs 5.0 ± 3.7 MCI-CD, $p = 0.008$;

BDI: 6.7 ± 4.7 MCI-BD vs 11.5 ± 9.3 MCI-CD, $p = 0.004$; GAI: 3.4 ± 3.4 MCI-BD vs 7.9 ± 5.8 MCI-CD, $p = 0.000$). Gli MCI-CD hanno una maggiore frequenza di incubi notturni (PSQI sogni: 0.2 ± 0.4 MCI-BD vs 0.8 ± 1.1 MCI-CD, $p = 0.000$) e di sintomi riferibili a Restless Legs Syndrome (RLS) (14.6% in MCI-BD vs 40% in MCI-CD, $p = 0.009$), così come un aumentato grado di sonnolenza (ESS: 4.0 ± 2.8 MCI-BD vs 5.8 ± 3.7 MCI-CD, $p = 0.007$). 59.6% degli MCI-BD sono MCI amnesici (aMCI), il restante 40.4% MCI non amnesici (naMCI); 46% degli MCI-CD sono aMCI, il restante 54% naMCI. Gli MCI senza *Eccessiva Sonnolenza Diurna* (ESS < 5) sono costituiti per il 60.4% da aMCI e per il 39.6% da naMCI, mentre gli MCI con *Eccessiva Sonnolenza Diurna* (ESS ≥ 5) per il 44.9% da aMCI e per il 55.1% da naMCI.

Conclusioni

La soggettiva percezione della qualità di sonno e della sonnolenza diurna negli MCI ed AD è sovrapponibile a quella della popolazione anziana sana. I soggetti MCI ed AD sembrano sovrastimare la qualità del proprio sonno e sottostimare il grado di sonnolenza diurna, come si evince dall'analisi condotta sui rispettivi caregiver. Il ridotto insight dei pazienti potrebbe essere esso stesso indicatore di un processo neurodegenerativo sottostante. Il fatto che i caregiver AD non riferiscano un grado di sonnolenza superiore rispetto ai controlli permette di ipotizzare che la sonnolenza non sia pattern tipico dell'AD, perlomeno in fasi iniziali. Una ridotta qualità di sonno non correla principalmente con il quadro cognitivo, bensì con disturbi comportamentali, in particolare della sfera ansioso-depressiva, con un'aumentata incidenza di incubi e di RLS. La diversa distribuzione dei soggetti aMCI e naMCI rispettivamente all'interno del gruppo dei *Buoni Dormitori senza eccessiva sonnolenza diurna* e dei *Cattivi Dormitori con eccessiva sonnolenza diurna* potrebbe suggerire un diverso profilo di rischio, rispettivamente di demenza tipo Alzheimer nel primo gruppo e di disturbo d'ansia e/o dell'umore e/o decadimento cognitivo ad altra neuropatogenesi, una volta esclusi disturbi del sonno, come la RSL, comuni ad altre fasce di età.

DATI PRELIMINARI DELLO STUDIO AD-LOOP SULLA QUALITÀ DELLA VITA NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE

Cornali Cristina^{1,2}, Pizzoni Marina^{1,2}, Amico Stefania², Bianchetti Angelo^{1,2}, Trabucchi Marco²

¹U.O.Medicina e Unità di Valutazione Alzheimer, Istituto Clinico S.Anna, Brescia

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

PREMESSA

La qualità della vita (QoL) è considerata un outcome primario dei trattamenti per la demenza; nonostante ciò nei trial clinici è raramente considerata come outcome autonomo e pochi studi hanno valutato le sue modificazioni longitudinali.

METODI

AD-LOOP = studio osservazionale, longitudinale, multicentrico attuato in Unità di Valutazione Alzheimer distribuite sul territorio italiano. Nato nel 2010 con lo scopo di valutare la QoL per un periodo di 6 mesi in un gruppo di pazienti ambulatoriali con Demenza di Alzheimer (AD), ricercando le variabili cliniche correlate con le modificazioni della QoL e l'effetto dei trattamenti farmacologici, analizzare inoltre il burden dei caregiver ed i costi sociali in relazione con i sintomi della demenza e alle terapie.

Nella prima parte di reclutamento dello studio (fino al Gennaio 2011), sono stati raccolti dati demografici del paziente e del caregiver, assessment geriatrico-neuropsicologico, la QoL del paziente (mediante la QOL-AD, Logsdon, 1999), l'entità del carico assistenziale, le condizioni abitative, utilizzo delle risorse socio-sanitarie (mediante il RUD-lite, Wimo&Winblad, 2008) e lo stress del caregiver.

PAZIENTI

Soggetti con AD di grado lieve non in trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi o memantina nei 2 mesi precedenti lo studio, con MMSE al momento dell'inclusione tra 24 e 18.

RISULTATI

Sono stati reclutati 459 soggetti con età media di 79.8+6.9, 65.9% di sesso femminile, scolarità media di 6 anni. I pazienti sono risultati affetti da AD da circa 1 anno e 9 mesi, con MMSE medio all'ingresso nello studio di 20.9+2.4. Presentavano lievi sintomi depressivi (GDS 4.7+3.1) ed uno stato funzionale lievemente compromesso (IADL perse 3.7+2.5, BADL perse 2.2+2.3); erano affetti da una media di 4 malattie somatiche a basso grado di severità (CIRS severità 1.5+0.3 /13). Modesta era la presenza di disturbi comportamentali (NPI 16.4+14.1), caratterizzati prevalentemente da ansia (presente in modo significativo nel 25.3% dei casi), apatia (23%), irritabilità (12.6%), disturbi del sonno (12.3%), agitazione (11.2%). Bassa la prevalenza di depressione (5.4%). I pazienti giudicano la propria QoL ancora mediamente buona (score totale paziente 31.6+7.0 /52, con una sovrapposizione del giudizio del caregiver sulla QoL del proprio familiare ottima: score totale caregiver 31.3+8.7). Solo il 3.8% dei soggetti dà un giudizio da scarso a sufficiente della propria QoL, mentre il 9% la ritiene eccellente. Il punteggio QOL-AD pesato si correla a MMSE (r-Pearson .206, p.001), GDS (r-Pearson -.430, p.000), NPI total score (r-Pearson -.214, p.000), alle allucinazioni (r-Pearson -.136, p.027), depressione (r-Pearson -.222, p.000), apatia (r-Pearson -.121, p.049), disturbi del sonno (r-Pearson -.245, p.000), comorbilità somatica (r-Pearson -.161, p.009) ed al burn-out del caregiver (NPI distress caregiver: r-Pearson -.186, p.002; Mini-Zarit r-Pearson -.158, p.010). In un modello di regressione lineare (R-square = 0.402), corretto per età, sesso e punteggio MMSE, GDS, ADL, IADL,

NPI totale+di stress caregiver, singoli disturbi comportamentali, comorbilità somatica, sono risultati associati in modo indipendente alla QoL del paziente la GDS(B: -0.825 p.000), i disturbi del sonno (B: -0.387 p.007) le BADL perse (B: -0.543 p.000) e NPI totale (B: -0.087 p.003).

CONCLUSIONI

Soggetti affetti da Demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato hanno una percezione discretamente buona della propria QoL. Gli elementi che maggiormente inficiano su questo giudizio sono la perdita di autonomia funzionale ed i disturbi comportamentali, in particolare i disturbi del sonno.

ANZIANI CON DECADIMENTO COGNITIVO E GUIDA AUTOMOBILISTICA: RUOLO DEL MEDICO UVA

**Cotroneo Antonino Maria¹, Gareri Pietro², Lacava Roberto², Castagna Alberto²,
Busceti Antonino⁵, Pluderi Alice³, Malimpensa Lucio Fabio⁶, Monteleone Francesco⁴**

¹*U.V.A. - Dip. Salute Anziani ASL To2, Presidente Sez. AIP Piemonte-VDA, Torino*

²*Unità Operativa Tutela Salute Anziani, ASP Catanzaro*

³*Presidente AGE Sez. Piemonte-VDA*

⁴*Geriatría Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma*

⁵*Dir. Sanitario "Casa Serena", Torino*

⁶*Psicologo Dip. Salute Anziani ASL To2, Torino*

SCOPO

Oggi gli anziani over 65enni rappresentano circa il 20% della popolazione generale italiana, mentre gli ultra 75enni sono quelli in più rapida espansione. Da dati del 2008 circa il 13% degli interi "patentati" erano anziani (over 65enni) con un rapporto di 2 su 3 uomini. Se andiamo a vedere gli ultra 75enni, i possessori di patente di guida erano circa 1.330.000 di cui l'82% uomini. Da dati di letteratura si evidenzia che il 4% dei guidatori over 75enni è affetto da demenza e che circa il 30% dei soggetti con demenza continua a guidare.

E' stata effettuata un'indagine conoscitiva sui possessori di patente di guida giunti in ambulatorio U.V.A. per disturbi cognitivi.

PAZIENTI E METODI

Lo studio è stato condotto su 180 pazienti over 65enni, 105 donne e 75 uomini, età media 76,4±6.8 anni, tutti giunti, per la prima volta all'U.V.A., per riferiti disturbi cognitivi. Oltre alla rituale visita medica, raccolta anamnestica, esami ematochimici + TC o RMN Encefalo, ECG, hanno effettuato il test neuropsicologico MODA; è stato chiesto se ancora praticavano la guida dell'autovettura. In caso di risposta affermativa, si è posta particolare attenzione alle capacità visive ed uditive, ai tempi di reazione alle domande ed, ovviamente, alle capacità cognitive.

RISULTATI

Dei 180 soggetti dello studio, sono risultati 110 possessori ancora di patente di guida (90 uomini e 20 donne). Di questi 110, guidavano ancora 28 soggetti di cui 25 uomini e 3 donne. Sui 28 guidatori ancora in attività abbiamo effettuato una valutazione aggiuntiva ed il risultato è stato che 25 di essi avevano dei deficit visivi alcuni parzialmente correggibili con lenti; 20 presentavano ipoacusia. Il MMSE variava tra 20 e 26/30. Il Test neuropsicologico effettuato (MODA) risultava in 12 soggetti non normale, 13 soggetti borderline mentre soltanto in 3 soggetti era definito normale.

DISCUSSIONI

Tenendo ben presente che la guida di un'autovettura richiede una sinergia di azioni estremamente complesse che coinvolgono vari apparati: motorio, visivo, uditivo e cognitivo, ci siamo posti il problema di quale ruolo deve avere il medico specialista delle U.V.A. quando si trova davanti un soggetto cognitivamente non integro ed esercita ancora la guida dell'autovettura; costituendo ciò un verosimile pericolo per se e/o per terzi. La legge in materia non ci è venuta particolarmente incontro sull'argomento. Si è deciso di:

1) avere un colloquio mirato all'informazione diretta al paziente, laddove lo stato cognitivo lo con-

senta, ed al caregiver (90% un familiare) sulla necessità di avvisare gli enti preposti alla concessione della patente di guida e sulla soluzione di non guidare più; il tutto a tutela principalmente dell'interessato;

- 2) scrivere una lettera al riguardo al MMG;
- 3) nel caso di "sospensione" della guida decisa d'accordo col paziente o col caregiver, è stata programmata una visita ad 1 mese per valutare l'eventuale reattività umorale (stato depressivo reattivo) dovuta al cambiamento di stile di vita.

E' chiaro che al momento l'intervento dello specialista U.V.A. è forse limitato, ma pur sempre efficace. Essendo il problema estremamente importante, si auspica un protocollo d'intesa tra tutte le U.V.A.

BIBLIOGRAFIA

Lloyd S et al., *Can J Occup Ther.* 2001 Jun ;68 (3):149-56.

Dawson JD et al. *The elderly automobile driver. J Am Geriatr Soc.* 2010 May 7.

Lucchi T. et al. *G. Gerontol.* 2010; 58:59-63.

A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. Ott BR et al. *Neurology.* 2008 Apr 1;70(14):1171-8.

Dubinsky & Stein, *Neurology* 54, 2000; pp 2205-11.

How does dementia affect driving in older patients? Ott BR Daiello, *Aging health.* 2010 Feb 1;6(1):77-85.

FRAGILITÀ E PREFRAGILITÀ NELLA SINDROME DI PENELOPE

D'Amico Ferdinando^{1,2}, Caronzolo Francesco¹, Crescenti Paola¹, Grippa Alessandro¹

¹Unità Operativa Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Laboratorio di Psicogeriatrics, Presidio Ospedaliero Patti, Azienda Sanitaria Provinciale, Messina

²Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Messina

SCOPO

I punti fondamentali della fragilità dell'anziano in Ospedale sono:

- 1) definizione della fragilità al momento dell'accesso nella Unità Operativa di Pronto Soccorso;
- 2) ricovero ordinario nelle Unità Operative Ospedaliere in relazione a malattia acuta in assenza di riferimenti alle preesistenti fragilità e disabilità;
- 3) multi-ricoveri ospedalieri per malattie acute con coesistenti polipatologia e comorbilità;
- 4) segnalazione della fragilità alla dimissione ospedaliera.

Lo studio ha valutato la relazione tra i sintomi depressivi e somatici che caratterizzano la Sindrome di Penelope (F. D'Amico, 2006) in anziani alla dimissione ospedaliera ed i criteri della fragilità secondo il modello di L.P. Fried.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 100 soggetti di età superiore a 75 anni (M 50, F 50, età media 83 ± 5 anni) alla dimissione ospedaliera dalla UOC di Geriatria per patologia acuta dopo una degenza media di 11.7 giorni.

Il disegno dello studio prevedeva:

- 1) Geriatric Depression Scale (GDS);
- 2) Brief Pain Inventory (BPI);
- 3) Criteri della Fragilità di L.P. Fried.

La GDS è impiegata per individuare i sintomi depressivi, per cui un punteggio tra 0 e 5 è indicativo di normalità ed un punteggio ≥ 6 è indicativo di depressione. Per la valutazione delle caratteristiche quantitative del dolore è applicata la scala multidimensionale BPI costituita da 5 item che descrivono l'intensità del dolore, da 3 item che descrivono l'interferenza nella vita emotiva e da 3 item che descrivono l'interferenza nelle attività lavorative.

Il modello della fragilità di L.P. Fried si compone di 5 criteri:

- 1) perdita di peso (10 libbre nell'ultimo anno - pari a 4,5 kg);
- 2) affaticamento (self-reported) (fatica in almeno 3 giorni/settimana);
- 3) riduzione della forza muscolare (hand-grip) (< 13 e $7,5$ libbre nel M e F - pari a 5,85 e 3,37 kg nel M e F);
- 4) riduzione dell'attività fisica (valutazione con PASE-Physical Activity Scale for the Elderly);
- 5) riduzione della velocità del cammino (percorso noto: > 7 sec. a percorrere 4,57 metri).

RISULTATI

La valutazione clinica e multidimensionale degli anziani studiati alla dimissione ospedaliera ha rilevato:

- 1) depressione nel 43.7% dei soggetti con prevalenza nel 69.3% delle donne ($p < 0.05$);
- 2) dolore nel 56.2% dei soggetti con prevalenza nel 65.3% delle donne ($p < 0.01$);
- 3) fragilità (≥ 3 criteri) nel 34% degli anziani ($p = 0.1$);
- 4) prefragilità (< 3 criteri) nel 53% dei soggetti ($p = 0.1$).

Le caratteristiche della Sindrome di Penelope (depressione, dolore, genere femminile, età > 75 anni) sono state correlate con la prevalenza della fragilità e della prefragilità. Pertanto è stato rilevato che alla dimissione ospedaliera la fragilità è prevalente negli anziani che presentano i

sintomi depressivi e somatici della Sindrome di Penelope ($p < 0.01$). Poiché per uno dei criteri del modello della fragilità di L.P. Fried, la perdita di peso, non è stato rilevato un dato attendibile alla dimissione ospedaliera, si è definito il follow-up a 12 mesi di questo criterio di fragilità. Pertanto nei 63 soggetti (M 24, F 39, età media 85 ± 7 anni) in cui era stata rilevata relazione significativa tra Sindrome di Penelope e fragilità, la perdita di peso (Kg 4.5) non intenzionale nel corso dell'ultimo anno è stata rilevata nel 37% degli anziani, in prevalenza donne ($p < 0.5$).

CONCLUSIONE

Negli anziani esaminati alla dimissione ospedaliera da UOC di Geriatria è stata rilevata la prevalenza della Sindrome di Penelope. Negli stessi soggetti è stata rilevata la prevalenza della fragilità e della prefragilità e quindi è stata posta una relazione significativa tra la Sindrome di Penelope e la fragilità.

Inoltre è stata rilevata, dopo follow-up di 12 mesi, anche la relazione tra la Sindrome di Penelope e la perdita di peso che è uno dei criteri del modello di fragilità e che può essere utilizzato come indicatore di monitoraggio della fragilità. Inoltre si può prevedere una relazione fra il numero dei criteri di fragilità presenti ed il rischio di disabilità nelle attività della vita quotidiana dopo ospedalizzazione.

II COUNSELLING AI FAMILIARI-CAREGIVER IN AD

D'Antonio Maila¹, Ziello Antonio Rosario¹, Poderico Carla², Iavarone Alessandro³, Fasanaro Angiola Maria¹

¹UVA, AORN A. Cardarelli, Napoli

²Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli

³UOC di Neurologia, Ospedale CTO – AORN V. Monaldi – AO D.Cotugno, Napoli

SCOPO

I caregiver di pazienti con malattia di Alzheimer (AD) mostrano più alti livelli di stress (Gardinali, Prunas, 2009) e sperimentano uno stato psichico significativamente peggiore rispetto ai familiari che assistono persone non dementi (Bertrand, Rosanna, 2007). La difficoltà del familiare è correlata agli aspetti pratici della malattia e, spesso in maniera predominante, alla sofferenza associata alla percezione di una progressiva “perdita” del malato, che richiede anche l'adozione di modalità relazionali sempre diverse. Riportiamo i risultati di un intervento di counselling, mirato non solo ad informare e suggerire strategie di gestione della malattia, ma anche ad aiutare la persona all'esplorazione della natura dei propri problemi. È stato preferito un setting di gruppo, in quanto realizza anche un sostegno reciproco tra i familiari aiutandoli a riconoscere, condividere, e quindi gestire le proprie emozioni (Grassi, Biondi, Costantini, 2003), migliorandone la riorganizzazione dei vissuti di perdita e lutto.

MATERIALI E METODI

Sono 30 familiari-caregiver di persone con AD che hanno partecipato ad un counselling di gruppo, articolato in 4 incontri di 90 minuti, a cadenza settimanale. Nel primo e secondo incontro le tematiche sono state incentrate sull'informazione, sulla malattia e sul suggerimento di strategie più adattive per le difficoltà nella vita quotidiana. Nel terzo e nel quarto incontro è stato, invece, dato ampio spazio all'espressione dei vissuti emotivi del caregiver in relazione all'assistenza diretta del proprio familiare affetto da AD ed alle condizioni conflittuali che ne conseguono.

Prima e dopo l'intervento sono stati valutati nei caregiver:

- a) le conoscenze generali sulla malattia;
- b) il carico assistenziale percepito;
- c) la condizione emotiva esperita.

Per i suddetti tre aspetti sono stati utilizzati questionari formalizzati (CBI), e creati ad hoc (Conus, AMI). Ogni gruppo era composto da 6 caregiver e due operatori (psicologi esperti sia di dinamiche di gruppo che di malattia di Alzheimer),

RISULTATI

In tutti i caregiver l'intervento ha migliorato l'informazione sulla malattia e nel 70% di essi il carico assistenziale percepito è risultato significativamente ridotto. Il 50% dei caregiver, inoltre, ha mostrato un miglioramento della propria condizione emotiva. Il senso di fallimento, rappresentato dal carico evolutivo nel CBI, è stata la dimensione che ha maggiormente beneficiato dell'intervento.

CONCLUSIONI

Ogni perdita affettiva e cambiamento sono “avventura verso l'ignoto” e l'AD induce nel caregiver una perdita ripetuta, che si rinnova parallelamente all'aggravarsi del paziente. Il counselling se, oltre ad informare e suggerire strategie di “gestione”, mira ad aiutare il caregiver a riconoscersi nell'esperienza di perdita, è efficace nel restituire al familiare la sensazione di una ri-organizzazione adattiva e funzionale della propria esistenza.

L'ESPERIENZA DEI LAGER FRA EMOZIONI E RICORDI

D'Onofrio Grazia¹, Cristini Carlo²

¹*Dipartimento di Scienze Mediche, Unità Operativa di Geriatria, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)*

²*Cattedra di Psicologia Generale, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Università degli Studi, Brescia.*

SCOPO

Valutare ricordi, emozioni, atteggiamenti, aspettative di persone sopravvissute ai campi di sterminio, analizzando i racconti riportati, anche attraverso i contenuti onirici e le modalità di attaccamento sperimentate nell'ambito familiare.

METODOLOGIA

La ricerca si è proposta di esaminare, presso la Nuova Casa di Riposo per Ebrei di Milano e la Comunità ebraica di Roma, un gruppo di anziani che ha vissuto la drammatica esperienza della persecuzione, della deportazione e dei campi nazisti di concentramento.

Strumenti applicati:

- a) Mini Mental State Examination (MMSE);
- b) Activities of Daily Living (ADL) ed Instrumental-ADL (IADL);
- c) questionario proposto mediante intervista semistrutturata, comprendente più aree di indagine;
- d) analisi dei sogni;
- e) presentazione di scene filmiche sull'antisemitismo;
- f) Adult Attachment Interview (AAI).

L'analisi dei sogni ha riguardato i piani: estetico (struttura drammatica), narrativo (struttura cognitiva e linguistica), affettivo (articolazione delle emozioni e dei sentimenti vissuti nel passato e nel presente).

La codifica dell'AAI è stata eseguita su 17 scale a 9 punti suddivise in due gruppi:

- 1) scale orientate a valutare gli stili di attaccamento infantili adottati nei confronti dei genitori;
 - 2) scale riferite ad esaminare le rappresentazioni di esperienze attuali correlate con l'attaccamento.
- Le categorie emerse dall'analisi delle scale sono quattro: Tipo F-Free (indica un attaccamento di tipo sicuro ed un atteggiamento mentale caratterizzato da autonomia), Tipo Ds-Dismissing (attaccamento di tipo insicuro-evitante ed una disposizione mentale distanziante), Tipo E-Entangled (attaccamento ansioso-resistente ed un atteggiamento mentale preoccupato-coinvolto) e Tipo U/D-Unresolved (attaccamento disorganizzato ed una disposizione mentale disorganizzata).

RISULTATI

Gli intervistati, con una scolarità di 4.39 ± 3.65 anni ed una valida funzionalità cognitiva (MMSE: 28.59 ± 1.50), sono apparsi sufficientemente autonomi nelle attività basali (ADL: 3.24 ± 0.66) e strumentali (IADL: 5.29 ± 0.80) della vita quotidiana ed hanno raccontato la dolorosa esperienza della deportazione e dell'internamento nei lager. L'attaccamento alla vita, il desiderio di ritrovare i propri familiari, il sentimento religioso hanno costituito i motivi della loro sopravvivenza. Il timore sociale, una indefinita paura hanno spesso accompagnato gli anni successivi alla liberazione. Il ricordo evoca soprattutto una reazione emotiva di accettazione di quanto è accaduto, ma anche dispiacere e tristezza. Talvolta le immagini del passato affiorano nei sogni, codificati sotto forma di sensazioni e rappresentazioni vivide; quelli più frequenti continuano a caratterizzarsi per elevata intensità e

contenuto terrificante. Gli intervistati si ritengono complessivamente soddisfatti della loro vita di relazione; sono soprattutto la mancanza di rispetto e di attenzione ad indurre irritazione ed inquietudine. Riguardo alle aspettative future si augurano di mantenere una mente lucida e di veder crescere i nipoti. Le sequenze filmiche hanno destato sentimenti negativi di condanna, orrore, disgusto, angoscia, afflizione, mestizia, pietà. L'analisi dell'AAI ha consentito l'assimilazione dell'intero campione alla categoria Tipo F-Free: la valutazione delle esperienze correlate con l'attaccamento è risultata coerente e consistente. Gli anziani esaminati presentano uno stile di attaccamento sicuro, fondato sulle relazioni primarie ed una capacità di elaborare idee, decisioni e comportamenti non condizionati da quanto dolorosamente sperimentato in età giovanile, nei luoghi di estrema detenzione, angoscia e alienazione.

NOTE CONCLUSIVE

Le emozioni ed i ricordi relativi alle tragiche esperienze vissute nei campi di sterminio restano nitidi e integri nei ricordi e nei sogni degli intervistati, nei quali, permane una tendenza al superamento di quanto è stato drammaticamente sofferto. Anche le vicende particolarmente dolorose, le loro memorie possono essere rielaborate, specialmente attraverso la base sicura, affettiva di una storia familiare e quella ritrovata di una continuità intergenerazionale.

INIBITORI DELL'ACETILCOLINESTERASI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE-MODERATO: STUDIO LONGITUDINALE SU SOGGETTI AMBULATORIALI

Di Felice Francesca, Baroni Marta, Ercolani Sara, Mangialasche Francesca, Fiore Annarita, Longo Annalisa, Mecocci Patrizia

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia, Perugia

SCOPO

Sebbene numerosi studi clinici randomizzati controllati (RCT) abbiano dimostrato l'efficacia degli inibitori dell'Acetilcolinesterasi (AChEI) nel migliorare i sintomi dei soggetti affetti da demenza di Alzheimer (AD) di grado lieve-moderato, persistono a tutt'oggi dubbi sul concreto beneficio della somministrazione di questi farmaci nei malati del "mondo reale", popolazione più eterogenea e con caratteristiche in parte diverse dai soggetti arruolati negli RCTs¹⁻². Obiettivo del presente studio longitudinale è la valutazione dell'efficacia del trattamento con AChEI sullo stato cognitivo e funzionale in pazienti anziani ambulatoriali affetti da AD di grado lieve-moderato.

MATERIALI E METODI

Questo studio longitudinale è stato condotto su una popolazione di 888 soggetti di età ≥ 65 anni, affetti da AD di grado lieve-moderato (MMSE 10-26), afferiti all'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) della S.C. di Geriatria dell'Ospedale S. Maria della Misericordia di Perugia, dal 2000 al 2009. Tutti i soggetti erano in trattamento con AChEI (64.1% Donepezil; 32.4% Rivastigmina; 3.5% Galantamina) e sono stati sottoposti, all'inizio dello studio e poi ogni 6 mesi, a valutazione clinica, neuropsicologica e funzionale. Le funzioni cognitive globali sono state valutate tramite somministrazione del Mini Mental State Examination test (MMSE)³, mentre l'autonomia funzionale è stata valutata tramite le scale Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL)⁴.

RISULTATI

La popolazione dello studio era costituita da 270 (30.4%) maschi e 618 (69.6%) femmine, affetti AD di grado lieve moderato, di età media pari a 79.1 ± 5.5 anni, con punteggio basale al MMSE 18.4 ± 4.2 , punteggio ADL pari a 4.2 ± 1.7 e IADL 2.7 ± 2.2 . La durata media della terapia con AChEI nei partecipanti allo studio è stata 23.2 ± 22.3 mesi. 52 soggetti hanno protratto la terapia per più di 5 anni.

I pazienti in trattamento con AChEIs hanno presentato un ridotto peggioramento delle performance cognitive, valutate tramite MMSE, rispetto al declino previsto in assenza di trattamento: a 5 anni dall'inizio della terapia, la variazione media del punteggio al MMSE era pari a -5.5 ± 5.3 nei pazienti trattati versus una riduzione del punteggio medio al MMSE pari a -16.5 secondo il dato medio descritto in letteratura prima dell'introduzione del trattamento farmacologico⁵⁻⁶. Risultati simili sono stati ottenuti stratificando la popolazione per età: nei soggetti con età < 75 anni la riduzione del punteggio al MMSE è stata -8.3 ± 3.9 ; nei soggetti di età compresa tra 75 e 79 anni è stata pari a -3.1 ± 4.7 , e negli ultraottantenni è stata di -4.8 ± 3.9 . In termini di valutazione dello stato funzionale, nei soggetti trattati con AChEI dopo 5 anni è stata osservata una riduzione dei punteggi alle ADL pari a -1.9 ± 1.8 e alle IADL di -2.4 ± 1.8 .

CONCLUSIONE

Questo studio longitudinale, non-randomizzato, effettuato su pazienti ambulatoriali, suggerisce l'efficacia clinica della terapia con AChEI in soggetti non istituzionalizzati affetti da AD di grado lieve-

moderato. In particolar modo emerge l'utilità del trattamento, sul piano clinico-funzionale, anche in pazienti ultraottantenni. RCTs sono necessari per confermare tali dati, che suggeriscono l'utilità della terapia con AChEIs nei soggetti con AD di grado lieve-moderato, anche in età molto avanzata.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Pepeu G et al. Cholinesterase Inhibitor and Beyond, *Curr Alzheimer Res*, 2009; 2:86-96.
- ²Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Syst Rev*, 2006; Jan 25;1:CD005593.
- ³Folstein MF et al. "Mini-mental state", A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psy Res*, 1995; 12:189-98.
- ⁴Katz S. Assessing Self-Maintenance: Activities of Daily Living, Mobility and Instrumental Activities of Daily Living, *JAGS*, 1983; 12:721-6.
- ⁵Han L et al. Tracking cognitive decline in Alzheimer's disease using the mini-mental state examination: a meta-analysis, *Int Psychogeriatr*, 2000; 2:231-47.
- ⁶Mendiondo MS et al. Modelling mini mental state examination changes in Alzheimer's disease, *Stat Med*, 2000; 19:1607-16.

LA VALUTAZIONE, L'OSSERVAZIONE ED IL LAVORO IN ÉQUIPE: CONFERMA DELL'EFFICACIA DI QUESTI STRUMENTI NEL CORRETTO APPROCCIO AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO NEI MALATI AFFETTI DA DEMENZA OSPITI DI RSA

Di Maggio Maria Grazia, Villa Ivan, Bonifacino Monica, Brabete Adriana, Corti Silvia, Maierean Teodora, Mapelli Alessandra, Campanardi Sandra, Mece Eva, Pokrywka Elisabeta, Longoni Paola, Morini Elisa, Molteni Valentina

Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi, Lecco

SCOPO

In RSA vi è un numero crescente di anziani dementi con disturbi del comportamento (BPSD); la gestione dei BPSD rappresenta una sfida culturale ed organizzativa; formazione insufficiente e scarsa attitudine al lavoro di gruppo possono indurre ad un uso ingiustificato di psicofarmaci o ad approcci non farmacologici velleitari.

La ricerca di strumenti di valutazione ed osservazione condivisi tra i componenti dell'équipe di lavoro può consentire di ottimizzare gli interventi farmacologici e non, garantire scelte consapevoli e condivise, erogare un'assistenza multi-professionale qualificata, quindi migliorare la qualità di vita del malato.

MATERIALI E METODI

Dopo incontri di formazione di tutti i membri dell'équipe dei nuclei speciali per demenze degli Istituti (temi: le varie forme di demenza, i disturbi del comportamento, le scale di valutazione validate, gli interventi farmacologici e non) tenuti dal medico e dallo psicologo di reparto, si è proceduto a stilare in équipe strumenti di osservazione atti a:

- 1) garantire un adeguato monitoraggio sul comportamento,
- 2) condividere il percorso di scelta dell'intervento farmacologico,
- 3) rilevare possibili eventi avversi correlati all'uso di psicofarmaci.

Sono state ideate due schede di osservazione: in una scheda sono riportati i comportamenti rilevati come problematici per il soggetto; essa orienta l'équipe nel puntualizzare i disturbi, scegliere gli interventi più idonei e monitorarne l'andamento in corso di terapia; per ognuno di essi è impostata una griglia nella quale, in ogni turno nell'arco della settimana, ne viene registrata la severità. Si ottiene un grafico descrittivo dell'andamento dei comportamenti. In un'altra scheda sono indicati i potenziali effetti avversi all'uso di psicofarmaci: ripercussione su cammino ed alimentazione, parkinsonismi, cadute, contenzione, parametri fisici quali peso, pressione arteriosa e dolore. Per ognuna di queste aree viene fatta una descrizione della situazione del soggetto all'avvio del trattamento. A distanza di 7, 15, 30 e 60 giorni, nell'ambito della riunione d'équipe, la scheda viene aggiornata con descrizioni puntuali in corso di trattamento. È inoltre stato sottoposto al personale un questionario in merito al percorso effettuato.

RISULTATI

Le schede di osservazione, unitamente alle scale di valutazione validate, sono state utilizzate per numerosi soggetti degenti.

Empiricamente si osserva che le schede:

- 1) consentono ad ogni operatore, dopo aver partecipato al momento valutativo sui disturbi del comportamento, di essere consapevole degli interventi in atto e di avere uno strumento per migliorare l'osservazione e la trasmissione di informazioni utili per il soggetto;

- 2) garantiscono che i comportamenti disturbanti siano puntualmente descritti e per essi, se necessario, venga deciso l'intervento più idoneo;
- 3) permettono, per ogni soggetto per il quale si avvii un approccio terapeutico con psicofarmaci, di attuare un attento monitoraggio di alcuni possibili effetti collaterali diretti o indiretti;
- 4) danno gli strumenti per documentare le scelte, valutarne rischi e benefici effettivi e garantire il monitoraggio nel tempo;
- 5) rispondono in definitiva alla necessità di garantire ad ogni paziente un percorso di cura il più possibile rispettoso, attento e professionale.

CONCLUSIONE

Sviluppare abilità quali l'osservazione, la condivisione di conoscenze, il lavoro di squadra e la condivisione permette di consolidare realtà positive ad alta professionalità. Le modalità individuate sembra permettano di creare coinvolgimento e passione nella cura di soggetti per i quali troppo spesso c'è una presa in carico di tipo custodialista. È possibile sfatare il mito per cui troppo spesso si dice che "non ci sia più nulla da fare; è la storia naturale di malattia".

EVOLUZIONE “ATIPICA” DELLA DEMENZA DI ALZHEIMER: IL CONTRIBUTO DIAGNOSTICO DEL RISCONTRO AUTOPTICO NELL’IPOTESI DI ENCEFALOPATIA SPONGIFORME

**Engaddi Ilaria¹, Trovati Serena¹, Pelucchi Loris¹, Savorgnan Giovanna¹, Cetta Francesco²,
Negri Chinaglia Cinzia¹**

¹*III° U.O.C. Riabilitazione Alzheimer-IMMeS e Pio Albergo Trivulzio, Milan*

²*Università di Siena*

La paziente, G.F., di 77 aa era affetta da Demenza di Alzheimer (AD) probabile da 4 aa (MMSE 26/30 al momento della diagnosi), aveva una scolarità di 12 aa e familiarità per AD (madre e una sorella); era stata posta in trattamento, dapprima con donepezil 10 mg/die e, successivamente alla comparsa di BAV I, era stato effettuato switch a rivastigmina senza consistente efficacia (MMSE18/30 a 3 anni dalla diagnosi) pur in presenza di sostanziale stabilità clinica ed in particolare di buona autonomia funzionale; infatti la paziente viveva sola con la supervisione delle figlie. Nel mese di gennaio u.s., apparentemente in seguito all’incremento del dosaggio di rivastigmina da 6->9,5mg/die, sono comparsi insonnia e repentino peggioramento psicomotorio non regrediti dopo ripristino dell’abituale dosaggio di rivastigmina. Dopo circa 2 settimane la paziente ha presentato episodio di delirium con comparsa di agitazione, aprassia, prosopoagnosia; in seguito ad accesso in P.S. sono state escluse cause infettive, metaboliche, organiche e cerebrovascolari. E’ comparso un progressivo ed ingravescente peggioramento motorio e cognitivo associato a frequenti fluttuazioni della sfera cognitiva e comportamentale con comparsa di BPSD, quali agitazione e affaccendamento motorio, che hanno imposto trattamento con quetiapina (fino a 50 mg) sospesa per inefficacia e sviluppo EPS ed Olanzapina 5 mg assunta per pochi giorni per ulteriore peggioramento di EPS.

La paziente è stata ricoverata nel mese di marzo u.s. per inquadramento clinico e rivalutazione terapeutica. All’ingresso la paziente appariva totalmente dipendente dal punto di vista motorio e funzionale (ADL perse 6/6; B.I. 24/100), vigile, confabulante, disartrica, lieve ipertono plastico AS dx ed agli arti inferiori simmetrico con presenza di clonie AAIL, tremore posturale al capo, lingua e arti superiori, SCP in flessione bilateralmente e grasping bilaterale; non era possibile la marcia e veniva verticalizzata con aiuto. Dopo 10 giorni di degenza il quadro neurologico si era ulteriormente complicato con comparsa di marcato ipertono assiale ed al capo, segno di Babinski a dx e la paziente appariva non contattabile, priva di produzione verbale e con gli arti superiori atteggiati in triplice flessione. L’esecuzione di un EEG deponeva per una possibile componente epilettogena ed una valutazione neurologica indicava possibile stato di male epilettico parziale complesso: per tale motivo è stata impostata terapia anticomiziale con valproato. La paziente ha presentato episodio infettivo a verosimile partenza dalle vie urinarie trattato con cefalosporina. Per la presenza di iniziale disfagia è stato posizionato SNG e, persistendo stato soporoso con rialzo termico nonostante la terapia antibiotica in corso, è stata eseguita rachicentesi nel sospetto di meningoencefalite risultata negativa all’esame chimico fisico del liquor. L’esecuzione di EEG seriati ha documentato la comparsa di elementi pseudo periodici, non chiaramente trifasici e lateralizzati a sinistra. A 20 giorni dall’ingresso in reparto le condizioni generali presentavano ulteriore peggioramento: la paziente appariva in coma (GCS 3), assente la reazione allo stimolo doloroso, presente riflesso corneale ed oculo-cefalico, ROT assenti agli AAIL, scomparsa dell’ipertono assiale e agli arti. Il decesso è avvenuto in seguito a sepsi da polmonite. E’ stato richiesto riscontro autoptico nell’ipotesi di encefalopatia spongiforme tenuto conto della rapida evolutività del quadro clinico che ha portato al decesso della paziente in soli 3 mesi dall’esordio dei sintomi motori e nonostante la diagnosi clinica di AD probabile effettuata 5 anni prima. Non era disponibile la proteina 14-3-3 perché non eseguita al momento della rachicentesi. L’esame neuropatologico-morfologico ed immunomorfologico- escludeva spongiosi ed evidenziava numerosi aggregati neurofibrillari e placche senili prevalentemente in sede corticale ed in corrispondenza della circonvoluzione ippocampale e paraippocampale compatibili con AD.

INCIDENZA DEL DELIRIUM IN PAZIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE

Fantò Fausto, Marchino Silvia, Traversa Monica, Bergoglio Isa, Ausiello Livia, Santoro Mariangela

AOU San Luigi Gonzaga, SCDU Geriatria, Orbassano (Torino)

SCOPO

Le fratture di femore in età geriatrica costituiscono un problema rilevante di salute pubblica e la complicità più frequente ad esse associate è il Delirium, sintomo che esprime una condizione di precedente fragilità e che necessita di una pronta gestione sia delle cause scatenanti che delle conseguenze sul paziente.

Lo scopo del lavoro è di definire, nella nostra realtà clinica, l'incidenza di Delirium in una popolazione anziana ricoverata per frattura di femore e di identificarne i fattori predittivi.

MATERIALI E METODI

E' stato disegnato uno studio prospettico osservazionale, della durata di sei anni, condotto su soggetti di entrambi i sessi, di età ≥ 65 anni afferiti alla Divisione di Ortopedia della nostra ASO per frattura di femore (criteri di inclusione). I criteri di esclusione: eventuale precedente diagnosi di psicosi o di esotossicosi. E' stata utilizzata la Confusion Assessment Method (CAM) rilevata entro 24-48 ore dall'ingresso del paziente, valutazione basale, e ad una settimana dall'intervento chirurgico o dal ricovero, (in caso di non indicazione a trattamento chirurgico). Fattori di rischio di Delirium: dati anagrafici (età, sesso, anni di scolarità), condizione sociale e familiare, caratteristiche della frattura (tipo di frattura, luogo della caduta, tipo di intervento chirurgico), tipo di anestesia (generale o loco-regionale), valutazione multidimensionale prima del ricovero, (ADL, IADL), comorbidità (scala CIRS), stato cognitivo (SPMQ), livello del dolore (VNS, PAIN-AD), severità del Delirium (CAM), parametri vitali ed ematochimici. I dati sono stati analizzati mediante programma SPSS/PC+ (SPSS Inc, 1993). E' stata calcolata l'incidenza di Delirium e relativo intervallo di confidenza al 95% ad una settimana. Sono state confrontate le incidenze relative per ogni fattore di rischio con distribuzione dicotomica o categorica mediante Test del Chi Quadrato (Pearson). Le variabili continue sono state confrontate mediante ANOVA ad una via; è stata eseguita regressione logistica multivariata (metodo forward stepwise) per la valutazione dei predittori.

RISULTATI

Il campione è di 90 pazienti, il 66.7 % di sesso femminile e 33.3% di sesso maschile. L'età media è di 81.42 ± 7.01 anni; solo il 46.7% ha una scolarità di 5 anni. Il 23.6% ha sviluppato Delirium ad una settimana dall'intervento (o dal ricovero qualora l'intervento non fosse indicato). Il 67.8% dei pazienti viveva al proprio domicilio con un familiare o un assistente e nel 77.8% dei casi riportava la frattura al domicilio. Il 61.5 % è stato sottoposto ad intervento chirurgico con anestesia generale. L'indice di severità della comorbidità e di comorbidità complessa sono in media di 1.56 punti e di 2.77 punti rispettivamente. L'assunzione quotidiana dei farmaci per paziente è di 3.41 ± 1.75 . Alla valutazione multidimensionale il punteggio medio di ADL è di 4.13 ± 2.05 funzioni mantenute e dell'IADL di 6.82 ± 4.72 . Il 33.3% era affetto da deterioramento cognitivo (da grado lieve a severo). All'analisi univariata delle variabili continue, vi sono differenze statisticamente significative tra i due gruppi studiati per quanto riguarda il grado di deterioramento cognitivo valutato con SPMSQ, il livello di alterazione della sfera emotivo-affettiva e quello di autonomia del paziente nelle atti-

vità strumentali della vita quotidiana. Solo la frequenza cardiaca si è rivelata un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di Delirium. Differenze significative sono state rilevate per i valori di creatinina, transferrina e albumina.

CONCLUSIONE

Incidenza di Delirium rilevata in questo studio è stata del 23.6%, in accordo con i dati della letteratura. Il confronto dei fattori di rischio ha messo in evidenza che ha un peso importante il grado di deterioramento cognitivo precedente, la presenza di eventuali disturbi del comportamento e la relativa autonomia nell'uso degli strumenti della vita quotidiana, senza dimenticare la comorbilità e lo stato clinico generale che determinano la fragilità del soggetto ed il terreno predisponente all'insorgenza del Delirium.

INDAGINE SUI PROBLEMI DI SALUTE DEL CAREGIVER: PATOLOGIE E PERCORSI DI SOSTEGNO E DI CURA

Finotti Luciano, Paganin Paola

Centro per il Decadimento Cognitivo Az.Ulss 19, Adria

SCOPO

L'attività di sostegno e cura a persone affette da demenza, se non adeguatamente supportata, può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita e della salute mentale e fisica sia del personale sanitario (caregiver formale) sia del familiare (caregiver informale) coinvolti nell'assistenza. Soprattutto il caregiver informale trascura spesso il significato di alcuni sintomi che egli avverte e trascura la necessità di cercare cure adeguate. Scopo della ricerca proposta è di valutare la dimensione locale del problema.

MATERIALI E METODI

E' stato considerato il periodo compreso tra il 01.01.2010 ed il 31.12.2010. In occasione della compilazione del questionario NPI richiesto per la formazione della graduatoria per l'erogazione dell'assegno di sollievo è stato proposto ad ogni caregiver, previa richiesta di consenso, di partecipare ad un'intervista strutturata per valutare le variazioni del suo stato di salute negli ultimi 12 mesi e le misure ritenute necessarie a seguito dell'eventuale manifestarsi di patologia.

RISULTATI

Sono state valutate con NPI complessivamente 216 caregiver (149 F, 67 M), tutti hanno accettato di sottoporsi all'intervista. Rispetto all'assistito, 67 caregiver erano coniugi, 88 figli, 34 altri familiari, 27 altre persone. Le diagnosi del paziente assistito erano le seguenti: D. di Alzheimer 48, D. senile 52, D. vascolare 58, D. mista 13, D. NAS 3, altra patologia (ritardo mentale, psicosi, esiti di ictus, m. di Parkinson) 42. 104 casi erano stati diagnosticati ed erano seguiti presso il CDC di Adria, 34 casi presso altri centri, 29 erano seguiti dal MMG, 19 erano seguiti per altra patologia, 30 riferivano di non essere seguiti. Una valutazione complessiva (NPI, MMSE, ADL e IADL), con esclusivo riferimento ai pazienti con diagnosi di demenza, consentiva di suddividere i pazienti per gravità in: alta 14, media 114, lieve 39. Il distress del caregiver corrispondeva a: basso 37, medio 111, grave 19. Per quanto riguarda le condizioni di salute 28 persone non riferivano variazioni dello stato di salute, 65 manifestazioni di ansia, 20 sintomi depressivi, 41 sintomi ansioso-depressivi, ad essi si associavano la comparsa od aggravamento di: 19 ipertensione, 11 sintomi cardiaci, 22 sintomi gastroenterici, 5 disturbi osteoarticolari, 3 diabete. Tra i 60 casi con sintomi somatici sono 29 i casi di persone che non ritenevano collegati i sintomi fisici con eventuali sintomi psichici associati, mentre 31 persone ritenevano che i disturbi fisici fossero collegati con lo stress derivato dall'assistenza al malato di demenza. Tra le persone con riferite modificazioni delle condizioni di salute 63 hanno ricevuto cure esclusivamente dal MMG, 15 erano state inviate ad uno psichiatra o psicologo, 22 ad altri specialisti, 11 al Pronto Soccorso, 3 sono state ricoverate per accertamenti o cure. Da un anno 42 hanno iniziato terapia psicofarmacologica (27 al bisogno e 15 in maniera stabile), 6 un trattamento con psicoterapia, 37 hanno iniziato o cambiato una terapia medica. Tra le 42 persone che assumono terapia farmacologica 32 si sono dichiarate interessate ad interventi di sostegno psicologico, mentre tra le

persone che assumevano terapia medica si sono dichiarati interessati 37 caregiver. Tra gli interessati al sostegno psicologico, complessivamente 69 persone, 55 erano però limitati nella disponibilità a partecipare ad una psicoterapia di sostegno dalla preoccupazione di non avere sufficiente tempo da dedicare al malato da loro assistito.

CONCLUSIONI

La situazione rappresentata dall'indagine risulta complessa e meritevole di ulteriori sviluppi e di una più approfondita elaborazione dei dati, attraverso l'incrocio tra variabili socio-demografiche e cliniche. Emerge un atteggiamento differenziato rispetto alle manifestazioni cliniche e sub-cliniche che si associano all'assistenza di un malato di demenza, così come la necessità di un percorso articolato di presa in carico e di sostegno ai caregiver.

“INVOLUZIONE PSICOFISICA GLOBALE” IN CORSO DI DISFAGIA MISCONOSCIUTA. UN CASO CLINICO

Firetto Silvia¹, Poloni Lorenzo², Baroni Fiorenzo¹, Ghisla M. Karin¹, Minelli Dorella¹, Giovanelli Giorgia², Gualdi Giovanna¹, Facchi Emanuela¹

¹Unità Operativa Medicina Riabilitativa Specialistica Generale-Geriatric, Fondazione Richiedei, Gussago (BS)

²Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, Università Milano-Bicocca, Monza

Spesso in età geriatrica i problemi di deglutizione si manifestano con modalità subdole: tempi di alimentazione progressivamente più lunghi, cambiamento delle abitudini alimentari (consistenza e sapore diverso, diminuzione dell'assunzione di liquidi), comparsa di tosse durante i pasti ed episodi febbrili. Nell'anziano più condizioni possono agire nel determinare la disfagia.

Sfida del medico è il riconoscere una condizione a rischio potenziale di complicanze ed avviare un percorso adeguato di diagnosi e trattamento.

C. B. donna di 74 anni affetta da Demenza di Alzheimer di grado moderato (CDR 2) giunge presso l'ambulatorio divisionale, accompagnata dal marito, *caregiver*, di 78 anni per calo ponderale di 9 kg in 8 mesi, anoressia, peggioramento della cognitività e disturbi comportamentali. Negli ultimi sei mesi la paziente è stata ricoverata più volte presso cliniche cittadine per polmoniti recidivanti, deperimento organico e scompenso cardiaco. Le indagini strumentali e biochimiche eseguite escludono la presenza di neoplasie o patologie gastro-intestinali. Si propone al caregiver ricovero della moglie al fine di indagarne le condizioni cliniche. In anamnesi ipertensione arteriosa e diverticolosi del colon. All'ingresso in reparto la paziente si presenta in condizioni generali scadute, emaciata, defedata, con chiari segni di malnutrizione calorico-proteica (BMI 14.98, MNI-SF 2, albumina 2.3 g/dl). Disorientata nel tempo, nello spazio, con deficit di critica e ragionamento, una buona comprensione di ordini verbali semplici (MMSE 12.4/30); dipendenza funzionale severa (Barthel 51/100, BADL 6 funzioni perse). Durante il colloquio si nota un particolare *distress* del caregiver che negli ultimi mesi ha dedicato totalmente le proprie risorse fisiche e psichiche alla consorte; nel tentativo di risolvere al meglio l'inappetenza, il marito si prodigava nella preparazione di alimenti facilmente digeribili e masticabili (minestre con verdure e pasta) abolendo dalla dieta cibi carnei per la difficoltà di masticazione da edentulia. La valutazione logopedica per lo *screening* della disfagia, (*Three-oz water swallow test*, *Bedside Swallowing Assessment*) eseguita di routine entro ventiquattro ore dall'ingresso, mostra disfagia per liquidi con disfonia, funzioni deglutitorie patologiche da verosimile ipotrofia dei muscoli masticatori.

È stato discusso il caso in equipe al fine di procedere ad approccio multidisciplinare. Introdotta dieta di terzo livello, impostata scheda di alimentazione, fisiokinesiterapia per rinforzo della muscolatura facciale masticatoria, supervisione da parte del logopedista e personale assistenziale socio-sanitario durante i pasti, addestramento del caregiver e monitoraggio clinico. Dopo tre settimane dall'ingresso la paziente presentava aumento del peso corporeo di due chilogrammi, miglioramento delle performances cognitive (MMSE 16.4/30). Durante la degenza si è proceduto ad educazione ed addestramento del *caregiver* sulle tecniche di alimentazione con particolare attenzione a modificazioni posturali e dietetiche, scelta degli alimenti e gestione della preparazione del cibo. Alla dimissione la paziente si presenta in condizioni generali discrete con miglioramento delle attività di base della vita quotidiana (Barthel 75/100). Viene rivalutata a distanza di tre mesi dalla dimissione: la paziente non ha presentato episodi settici, quali polmoniti ab ingestis, ulteriormente migliorato il BMI con un incremento del peso corporeo di cinque chilogrammi.

I disordini alimentari acuti o cronici legati a disfunzioni della deglutizione sono sempre più frequenti ed espongono l'anziano a situazioni di grave malnutrizione e disidratazione, pericolose per la stessa sopravvivenza. La malnutrizione è responsabile dell'indebolimento psico-fisico del paziente e per questo può contribuire all'insorgenza o aggravamento di una sindrome disfagica.

Se nelle strutture di riabilitazione si assiste ad una maggiore implementazione della riabilitazione del paziente disfagico, è ancora necessario diffondere la corretta modalità di gestione domiciliare e familiare dei pazienti con disturbi della deglutizione al fine di evitare che l'inesperienza del caregiver e la sottovalutazione della problematica disfagica possano avere una negativa influenza sul quadro clinico generale del paziente.

RIABILITAZIONE E DANZATERAPIA TRASMUDA® NEL PARKINSON CON DEFICIT COGNITIVI

Frustaglia Antonino¹, Righetti Renata²

¹Istituto Geriatrico "P. Redaelli", Vimodrone (MI), a.frustaglia@golgiredaelli.it

²Associazione TRASMUDA® e Dintorni. Milano, renarighettitrasmuda@tiscali.it

SCOPO

Valutare su un campione di 20 Pazienti affetti da malattia di Parkinson, di cui 15 femmine e 5 maschi di età media di 79.8 aa (con un range compreso tra i 60-90 aa), i miglioramenti ottenuti con un ciclo di danza-terapia con metodo TRASMUDA®. Il numero delle sedute di gruppo per ogni paziente è variato da un minimo di 5 ad un massimo di 16 (media 8,9). Il gruppo è composto da pazienti con diagnosi accertata e con trattamento farmacologico specifico ottimizzato rispetto allo stadio evolutivo della malattia.

MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati pazienti provenienti dall'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone (MI) in regime di ricovero residenziale, riabilitativo, day hospital e dal domicilio per terapia riabilitativa di gruppo.

Tutti i pazienti sono stati valutati dai neurologi e sono state compilate la scala UPDRS III, il Mini Mental State Examination, l'Indice di Barthel, lo stadio clinico secondo Hoehn-Yahr ed il test specifico funzionale di TRASMUDA®. Inoltre è stata valutata la scala dello stadio clinico secondo Hoehn-Yahr. Accanto a questi test classici si è sperimentato il test specifico funzionale di TRASMUDA® che indaga con criteri di valutazione da 0 indicativo di massima incapacità a 4 indicativo di massima abilità varie funzioni che hanno nel metodo TRASMUDA® valore motorio/funzionale e psicologico/esistenziale.

RISULTATI

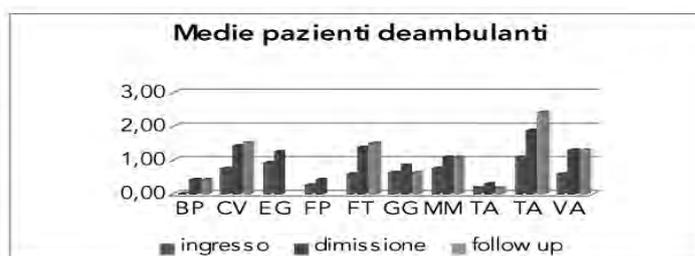
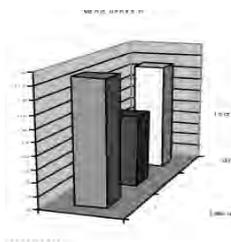
Scala UPDRS III 1^ parte (motoria). I valori sono passati da 47,52 all'ingresso a 39,5 alla dimissione e 39,2 al follow-up. Scala UPDRS III 2^ parte (depressione, la motivazione e l'iniziativa). Questo item è passato da 8 all'ingresso a 6 alla dimissione per ritornare ad 8 dopo la rivalutazione a distanza di oltre 2 mesi. UPDRS III la 3^ parte (attività della vita quotidiana).

I risultati sono di 8,38 all'ingresso, 6 alla fine del trattamento e 8 nel follow-up. Mini Mental State Examination il valore medio del campione studiato è stato di 16,7/30. L'indice di Barthel (BI) è passato da un valore medio di 60/100, ad un valore medio di 85/100. TRASMUDA® TEST, Il valore medio, da 9,11 all'ingresso a 19,6 alla dimissione,.

CONCLUSIONI

I dati rilevati evidenziano che la danza-terapia metodo TRASMUDA® è in grado di modificare favorevolmente i test UPDRS III nelle sue componenti motorie, nel tono dell'umore e nelle valutazioni funzionali delle attività della vita quotidiana analogamente al TRASMUDA® TEST.

Per tutti i parametri indagati vi è una sinergia tra i due test sia nei pazienti normali che in quelli con deficit cognitivi.



PREVALENZA DEI DISTURBI PSICHIATRICI IN UNA RESIDENZA ASSISTITA

Galiberti Sara¹, Zanobini Francesco¹, Turchi Viviana², Bonelli Giovanni¹

¹Dipartimento di Neuroscienze, UO Psichiatria Universitaria (Resp. Prof. Andrea Fagiolini), Università degli Studi di Siena

²Responsabile Qualità ASP, Siena

SCOPO

Indagare la prevalenza del deterioramento cognitivo e dei disturbi psichiatrici all'interno di una popolazione di ospiti di una Residenza Assistita (RA) per anziani.

MATERIALI E METODI

I 60 ospiti delle due RA dell'istituto Campansi di Siena sono stati valutati mediante diversi colloqui clinici, durante i quali sono state somministrate alcune scale diagnostiche per la valutazione del decadimento cognitivo, dei sintomi depressivi e delle principali patologie psichiatriche. Inizialmente tutti gli ospiti sono stati sottoposti all'analisi delle funzioni mentali mediante l'utilizzo del Mini Mental State Examination (MMSE), in modo tale da suddividere il campione in esame in 3 gruppi (MMSE ≥ 24 = assenza di deterioramento cognitivo; MMSE compreso tra 18 e 23 = deterioramento cognitivo lieve-moderato; MMSE ≤ 17 = deterioramento cognitivo grave). In un secondo momento, a coloro che avevano un punteggio MMSE superiore a 18, escludendo quindi quelli con deficit cognitivo grave, è stata somministrata una scala di valutazione per i sintomi depressivi, la Geriatric Depression Scale (GDS), in modo da suddividere di nuovo tali soggetti in 3 gruppi (punteggio GDS ≤ 10 = depressione assente; punteggio GDS compreso tra 11 e 17 = depressione lieve; punteggio GDS ≥ 18 = depressione grave). Infine, gli ospiti con punteggio MMSE superiori a 24 sono stati sottoposti ad intervista diagnostica strutturata mediante MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), allo scopo di identificare le principali diagnosi presenti nel campione in esame, secondo i criteri del DSM-IV.

RISULTATI

Il numero di ospiti delle due RA è di 60, di cui 32 maschi e 28 femmine. 3 ospiti in totale (2 maschi e 1 femmina) si sono rifiutati di partecipare allo studio. Il campione analizzato corrisponde quindi a 57 soggetti, di cui 30 maschi e 27 femmine. L'età media del campione in esame è di 79,7 anni. L'analisi dei risultati dell'esame MMSE ha permesso di evidenziare che il 57,9% del campione ha un punteggio MMSE ≥ 24 e quindi è verosimilmente privo di deterioramento cognitivo; il 42,1% presenta invece un punteggio inferiore a 24 e quindi compatibile con una qualche forma di deficit cognitivo (28,1% con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato, 14% con deterioramento cognitivo grave). Lo studio dei sintomi depressivi effettuato su 49 ospiti con MMSE superiore a 18, mediante somministrazione della scala GDS, ha permesso di evidenziare che il 40,4% presenta un punteggio GDS ≥ 11 e risulta pertanto compatibile con una possibile diagnosi di depressione. Dall'analisi dei risultati emersi mediante somministrazione dell'intervista diagnostica MINI, emerge che la principale diagnosi nel campione in esame risulta essere l'Episodio Depressivo Maggiore. 12 ospiti tra quelli con punteggio MMSE superiore a 24 soddisfano i criteri diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore attuale. Altre diagnosi presenti singolarmente o in comorbilità sono risultate il Disturbo Schizoaffettivo (1 ospite), il Disturbo Delirante (3 ospiti), la Schizofrenia (2 ospiti), il Disturbo Psicotico NAS (1 ospite), il Disturbo di Panico (3 ospiti), il Disturbo D'Ansia Generalizzato (3 ospiti), la Fobia Specifica (4 ospiti), la Fobia Sociale (1 ospite), il Disturbo Algico (1 ospite), l'Ipocondria (1 ospite), il Disturbo dell'Adattamento (1 ospite), la Dipendenza Alcolica (1 ospite).

CONCLUSIONE

Poco meno della metà dei soggetti analizzati presenta una qualche forma di deterioramento cognitivo; ciò conferma alcuni dati della letteratura secondo cui, all'interno delle RA, tale problema risulta in genere sottostimato. Circa il 40% dei soggetti presenta invece una possibile diagnosi di depressione secondo la scala GDS; il dato da noi ricavato è superiore a quello di altri studi presenti in letteratura e ciò conferma che la depressione è un problema rilevante all'interno delle RA. L'intervista diagnostica MINI conferma i risultati ottenuti mediante scala GDS, identificando nella Depressione Maggiore il principale problema psichiatrico, oltre alla demenza, all'interno delle RA. All'interno del campione da noi studiato sono tuttavia presenti numerosi altri problemi di natura psichiatrica, come i disturbi d'ansia e i disturbi psicotici.

I DEFICIT DI CONSAPEVOLEZZA DEI DISTURBI COGNITIVI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER LIEVE

Gallina Federica^{1,2}, Scrivo Federica^{1,2}, Palermo Sara^{1,2,3}, Capellero Barbara, Leotta Daniela³, Amanzio Martina^{2,4}

¹*Facoltà di Psicologia, Università degli Studi, Torino*

²*Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Torino*

³*Ospedale Martini, Unità di Neurologia, Torino*

⁴*Neuroscience Institute of Turin (NIT)*

SCOPO

Valutare il profilo cognitivo di una popolazione di pazienti con demenza di Alzheimer lieve attraverso una batteria di test neuropsicologici, in relazione alla presenza di consapevolezza di malattia. Particolare attenzione si è riservata alla suddivisione (attuata con l'ausilio dell'AQ-d di Migliorelli, Teson, Sabe; 1995) della popolazione generale in AD consapevoli e AD non-consapevoli.

MATERIALI E METODI

14 pazienti di entrambi i sessi, di età superiore ai 65 anni, con scolarità di almeno 5 anni, affetti da AD probabile di grado lieve, con durata di malattia compresa tra 12 e 30 mesi, con MMSE compreso tra 19 e 24 e AQ-d maggiore\uguale a 32 ovvero minore\uguale a 14. Abbiamo confrontato 7 AD consapevoli del disturbo di memoria con 7 AD non-consapevoli, selezionati con valutazione neuropsicologica. Sono stati indagati lo stato funzionale (ADL, IADL), lo stato cognitivo (MMSE, ADAS-Cog, TMT A-B, Matrici Attentive, Token Test, Memoria di prosa, BADS), la consapevolezza di malattia (AQ-d, CIR) e la teoria della mente (TOM).

RISULTATI

Gli AD consapevoli hanno ottenuto un punteggio medio di 3.86(6.99) all'AQ-d test ed un punteggio medio di 1,3 alla scala CIR, mentre gli AD non-consapevoli un punteggio medio di 39 (6.88) all'AQ-d test ed un punteggio medio di 5,5 nella scala CIR. I punteggi al MMSE sono di 21.86 (2.79) per i consapevoli e di 21.57 (1.72) per i non-consapevoli senza significatività statistica ($z=-.73$ e $p=.47$). Al test ADAS il punteggio medio degli AD non-consapevoli è di 21.60(4.52), mentre quello degli AD consapevoli è pari a 21.70 (6.89) senza significatività statistica ($z=-.32$ e $p=.75$). Nel TMT A gli AD consapevoli hanno ottenuto punteggi medi di 96 (34.46), mentre gli AD non-consapevoli punteggi medi di 149.71 (86.60); nel TMT B emerge significatività statistica ($z=-2.24$ e $p=.02$), in quanto i consapevoli hanno punteggio medio di 402.57 (106.4) e i non-consapevoli di 500 (0). Nel BADS, gli AD consapevoli presentano un punteggio medio di 10.57 (3.31), mentre gli AD non-consapevoli hanno ottenuto un punteggio medio di 9.71, con significatività statistica ($z=.32$ e $p=.75$). La mancanza di significatività statistica è attribuibile all'eseguità del campione sottoposto ad indagine.

CONCLUSIONE

Dai dati del presente studio pilota è emerso che gli AD non-consapevoli del loro disturbo hanno capacità cognitive ridotte rispetto agli AD consapevoli. Le maggiori difficoltà si sono riscontrate a carico dell'attenzione alternata (TMT B) ($z=-2.24$ e $p=.02$) e nelle funzioni esecutive (BADS) ($z=.32$ e $p=.75$). Entrambe le popolazioni di pazienti cadono prevalentemente nei compiti di memoria di prosa (Breve racconto) ($z=1.80$ e $p=.70$). I risultati ottenuti depongono quindi a favore di un declino cognitivo più accentuato nei pazienti non-consapevoli.

TERAPIA DELLA BAMBOLA: FEEDBACK DEL CAREGIVER FORMALE NEI NUCLEI RSA ALZHEIMER

Gandelli Monica¹, Gianotto Monica¹, Cilesi Ivo¹, Ferrari Romana¹, Fasolino Antonella¹, Scarangella Maria¹, Guercio Valentina², Cetta Francesco², Monti Massimo¹

¹*Azienda di Servizi alla Persona, Pio Albergo Trivulzio, Nuclei Alzheimer RSA, Milano*

²*Dipartimento di Chirurgia, Università degli Studi, Siena*

SCOPO

Valutare, in Nuclei RSA Alzheimer dell'Istituto Pio Albergo Trivulzio, la percezione soggettiva dei componenti dell'equipe (caregiver formali) dell'uso della terapia della bambola (doll therapy), raccogliendo eventuali indicazioni migliorative nel training del personale di assistenza, per la gestione dei disturbi comportamentali dei malati di demenza.

MATERIALI E METODI

La terapeuta della bambola ha ideato un questionario ad hoc per il personale sanitario dei Nuclei Alzheimer RSA, condividendolo con i medici di sezione, lo psicoterapeuta e le coordinatrici del personale; tale questionario, anonimo, prevedeva una breve introduzione sullo scopo dell'intervista, una parte relativa ai dati anagrafici degli intervistati (età, sesso, scolarità, anni di esperienza in nuclei RSA Alzheimer), una parte per osservazioni spontanee e nove item (a risposta chiusa) indaganti la percezione dei componenti dell'equipe durante la somministrazione della bambola, un parere sull'effetto sui disturbi comportamentali degli ospiti e l'opinione relativa all'esperienza dei familiari. Il questionario è stato distribuito al personale di due sezioni RSA Alzheimer (26 operatori geriatrici, 8 infermieri, 2 medici, 2 coordinatrici, 2 fisioterapisti, 1 educatore sociale), lasciando circa 1 mese di tempo per depositare, in apposito contenitore, il questionario, analizzato poi dalla terapeuta della bambola.

RISULTATI

Sono stati compilati e riconsegnati 21 questionari (51%). Il 90% dei rispondenti non ha indicato sesso e scolarità; l'età dei rispondenti era così distribuita: il 38% dei soggetti aveva età compresa tra i 30 ed i 40 anni, il 43% tra i 40 ed i 50 anni, il 9.5% inferiore a 30 anni ed il 9.5% oltre i 50 anni. Considerati gli anni di esperienza, emergeva che il 38% aveva oltre 10 anni di esperienza con ospiti dementi, il 28% lavorava nei nuclei protetti dai 6 ai 10 anni ed il 28% aveva un'esperienza inferiore ai 5 anni. Dalla lettura dei dati raccolti, risultava che la terapia della bambola è stata accettata dal personale di assistenza come esperienza positiva, connotata prevalentemente da un sentimento di tenerezza; infatti, il 76% dei soggetti riteneva di contribuire al benessere dell'anziano. Gli item relativi alla percezione del malato, durante la doll therapy, indicavano che il 71% dei caregiver formali riteneva che l'ospite provasse sentimenti positivi, sottolineando anche i cambiamenti comportamentali (in particolare riduzione di ansia ed aggressività). Inoltre, a giudizio dell'equipe, l'opinione del familiare sull'uso della bambola era positiva per il 43% dei casi, negativa per il 19% e per il 38% non ancora valutabile. Infine, il 43% degli intervistati richiedeva ulteriore formazione relativa a terapie non farmacologiche.

CONCLUSIONE

Il feedback del personale di assistenza, all'uso della bambola, è globalmente positivo. Il coinvolgimento emotivo-emozionale del caregiver formale ha indotto a richiedere il proseguimento dell'iter formativo. Il progetto di implementare il coinvolgimento del caregiver formale, nell'attuazione di terapie non farmacologiche, in atto nei Nuclei Alzheimer RSA, appare, per la nostra esperienza, utile; infatti, la possibilità di esprimere la propria opinione, anche emozionale, rinforza la compliance all'adozione di strategie ambientali, aumenta la coesione dell'equipe e riduce il rischio di burn out.

CORRELAZIONE TRA DEPRESSIONE E DIABETE IN PAZIENTI ANZIANI AMBULATORIALI E DOMICILIARI

Gareri Pietro¹, Cotroneo Antonino Maria², De Fazio Pasquale³, Segura-Garcia Cristina³, Lacava Roberto¹, Castagna Alberto¹, Marigliano Norma Maria¹, Costantino Domenico Simone¹

¹*U.O. Tutela Salute Anziani, ASP Catanzaro*

²*Dipartimento Salute Anziani, Torino*

³*Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Magna Graecia di Catanzaro*

SCOPO

E' ormai ampiamente conosciuto che il diabete aumenta il rischio di depressione, ma alcuni studi recenti hanno dimostrato l'esistenza di un legame tra depressione ed insorgenza di diabete.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di indagare la possibile correlazione tra depressione ed insorgenza di diabete in pazienti anziani ambulatoriali e domiciliari.

PAZIENTI E METODI

Lo studio è stato condotto su 618 pazienti anziani consecutivi, 189 uomini (30.6%) e 429 donne (69.4%), età media 80.9±7.4 anni (range 61-102); di questi, 219 (35.4%) erano pazienti ambulatoriali, 60 uomini e 159 donne, mentre 399 (64.6%) erano stati visitati a domicilio, 129 uomini e 270 donne. La presenza di depressione è stata individuata mediante la visita e la somministrazione della Scala di Depressione Geriatrica (GDS, Geriatric Depression Scale).

Lo studio è stato retrospettivo e la storia clinica evidenziava se il diabete era diagnosticato dopo la depressione o viceversa.

RISULTATI

La depressione è stata riscontrata in 132 pazienti (21.3%), 36 uomini e 96 donne. Il diabete è stato riscontrato in 108 pazienti (17.4%), 52 uomini e 54 donne. I pazienti depressi diabetici sono stati 66 (10.3%), 18 uomini e 48 donne; in 39 di essi (6.3%), 18 uomini e 21 donne, il diabete è stato diagnosticato dopo la depressione. 9 pazienti (1.4%), 3 uomini e 6 donne sono risultati affetti da depressione maggiore.

DISCUSSIONE

I risultati del nostro studio confermano alcune osservazioni recenti sulla possibile correlazione tra depressione ed insorgenza di diabete (7% in uno studio di Campayo e coll., 2010, 9% in uno studio di Mezuk e coll., 2008). I motivi che possono spiegare questa correlazione sono diversi, in particolare: la presenza di obesità; l'ipercortisolemia, a sua volta influenzata dallo stress indotto dalla depressione; la scarsa cura di sé; la scarsa o nulla attività fisica; l'uso di farmaci antidepressivi.

Comunque, altri fattori neurobiologici potrebbero avere un ruolo cruciale nell'insorgenza di diabete, ma sono necessari studi più ampi e randomizzati per definire meglio la reale entità di questa correlazione.

BIBLIOGRAFIA

¹Campayo A, de Jonge P, Roy JF, Saz P, de la Camara C, Quintamilla MA, Marcos G, Santabarbara J, Lobo A.: Depressive disorder and incident diabetes mellitus: the effect of characteristics of depression. *Am. J. Psychiatry* 2010; 167:580-8.

²Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008; 31:2383-90.

NUOVE PROSPETTIVE NELLA GESTIONE FARMACOLOGICA DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA

**Gareri Pietro¹, Cotroneo Antonino Maria², Lacava Roberto¹, Castagna Alberto¹,
Marigliano Norma Maria¹, Costantino Domenico Simone¹, Bruni Amalia Cecilia³**

¹*U.O. Tutela Salute Anziani, ASP Catanzaro*

²*Dipartimento Salute Anziani, Torino*

³*Centro di Neurogenetica, Lamezia Terme*

SCOPO

I disturbi comportamentali della demenza (BPSD) riguardano alcuni *clusters* di sintomi spesso difficili da trattare, quali aggressività, agitazione psico-motoria, apatia, depressione, psicosi. Lo scopo del nostro studio è stato quello di indagare le nuove prospettive nella gestione farmacologica dei BPSD.

MATERIALI E METODI

E' stata effettuata una ricerca su Medline inserendo come parole chiave demenza, anziano, disturbi comportamentali, trattamento, farmaci (antipsicotici convenzionali ed atipici, anticolinesterasici, stabilizzanti dell'umore, SSRI, ansiolitici). Sono stati inoltre considerati alcuni studi personali tra cui alcune reviews sugli antipsicotici ed i loro effetti collaterali nell'anziano ed alcuni studi di efficacia di antipsicotici convenzionali ed atipici nel trattamento dei disturbi comportamentali della demenza.

RISULTATI

Su Pubmed sono stati pubblicati circa 7.775 articoli relativi al trattamento dei BPSD; molti di questi hanno riguardato l'impiego di antipsicotici, alcuni hanno valutato l'impiego di farmaci alternativi, quali gli anticolinesterasici, stabilizzanti dell'umore come gli anticonvulsivanti, la memantina, gli SSRI, gli ansiolitici.

DISCUSSIONE

Lo squilibrio di diversi sistemi neurotrasmettitoriali (noradrenalina, serotonina, dopamina, acetilcolina) giustifica le alterazioni comportamentali registrabili in corso di demenza ed offre il substrato neurobiologico per l'individuazione di farmaci potenzialmente in grado di gestire questi disturbi. Negli ultimi anni ci sono state ampie discussioni sull'impiego di antipsicotici, sia convenzionali che atipici, nei BPSD. Fino a pochi anni fa si pensava che gli antipsicotici atipici avessero effetti collaterali di gran lunga inferiori vs. i convenzionali; invece, molti trial controllati vs. placebo hanno sollevato dubbi sulla loro sicurezza d'impiego. Il diverso profilo recettoriale degli antipsicotici giustifica la differente azione sui sintomi psicotici e comportamentali ed al tempo stesso i possibili effetti collaterali. Gli antipsicotici atipici sono probabilmente ancora la migliore opzione per il trattamento a breve termine (6-12 settimane) dell'aggressività severa, persistente e resistente ad altri trattamenti. D'altra parte da un nostro precedente studio risulta che la sospensione della terapia con antipsicotici può avvenire nel 20% dei casi, rinforzando l'idea che, anche se in una bassa percentuale di casi, i disturbi psicotici e comportamentali in corso di demenza diminuiscono nel tempo. Non sembra invece sensato utilizzare gli antipsicotici solo come strumento per l'insonnia, o per la depressione, o per l'ansia, o per l'agitazione non specifica. Alcune evidenze mostrano che gli anticolinesterasici possono essere utili per il trattamento dei disturbi comportamentali per un periodo di 6 mesi, anche se i risultati più significativi sembrerebbero aversi sull'apatia e sull'ansia, piuttosto che sull'agitazio-

ne e sull'aggressività. Risultati promettenti sull'agitazione sembrerebbero aversi con la memantina, ma sono necessari ulteriori studi. Nessun trial randomizzato sembra invece mostrare alcuna efficacia degli ansiolitici come il buspirone e le benzodiazepine. Tra gli SSRI citalopram e sertralina sono risultati efficaci in alcuni studi, il trazodone è stato efficace nel "sundowning" e nell'aggressività verbale, ma una metanalisi degli studi ha mostrato insufficiente evidenza di efficacia. Tra gli anti-convulsivanti risultati promettenti sono stati ottenuti con la carbamazepina, il valproato e, in uno studio recente, il topiramato.

In conclusione, non esistono evidenze conclusive sull'adeguata gestione farmacologica dei BPSD, ma un'attenta valutazione caso per caso è la soluzione ottimale per questo tipo di pazienti.

PAZIENTE DISFAGICO AFFETTO DA DECADIMENTO COGNITIVO: DIAGNOSI, PRESA IN CURA E GESTIONE

Ghisla M. Karin¹, Baroni Fiorenzo¹, Baronio Lucia¹, Galbiati Beatrice², Poloni Lorenzo², Zorat Francesco¹, Agostini Cristina¹, Firetto Silvia¹, Benedetti Angela¹, Facchi Emanuela¹

¹Unità Operativa Medicina Riabilitativa Specialistica Generale-Geriatria Fondazione Richiedei, Gussago (BS)

²Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e riabilitativa, Università Milano-Bicocca, Monza

Nell'ultimo decennio la deglutologia ha avuto un'evoluzione dirompente, forse in rapporto alla scoperta che un alto numero di decessi (ad esempio il 40% delle morti a seguito di stroke) era da attribuirsi a turbe della deglutizione e che, soprattutto sanitari e caregiver, potevano essere incriminati per non corrette modalità di alimentazione o per non adeguata assistenza all'alimentazione. Da non sottovalutare un'entità clinica ancora poco conosciuta, la presbifagia, spesso causa di iporessia ed anoressia considerata dal nostro gruppo di studio fase preclinica della disfagia. Si stima che l'incidenza e la prevalenza della disfagia in pazienti affetti da demenza istituzionalizzati sia del 45%. Nei pazienti affetti da AD la disfagia si presenta anche in fase precoce. Nella demenza frontotemporale la presenza di disfagia, legata alla iper-voracità, determina una riduzione della fase di masticazione che, come conseguenza, porta a disfunzione tra le fasi orali di deglutizione e la fase faringea ed una non corretta chiusura delle vie aeree. In questo tipo di demenza la disfagia si mostra negli stadi più avanzati ed è segno prognostico negativo in particolare per lo sviluppo di polmonite ab ingestis.

SCOPO

Lo studio si pone l'obiettivo di valutare l'impatto della disfagia e presbifagia nella demenza e conseguentemente redigere un protocollo per la presa in carico del paziente con problematiche deglutitorie. Obiettivi specifici considerati sono il raggiungimento di una deglutizione funzionale, l'attuazione di strategie quali modificazioni dietetiche e tecniche di compenso, atte a prevenire complicanze invalidanti e ad alto rischio di exitus.

MATERIALI E METODI

Presso la nostra Unità Riabilitativa sono stati valutati 270 pazienti di età superiore a 65 anni. Ogni paziente è stato sottoposto a valutazione clinica e della deglutizione (*Bedside Swallowing Assessment, BSA e Three-oz water swallow test*) ed Assessment Multidimensionale Geriatrico.

RISULTATI

Il 70% della popolazione era di sesso femminile con un'età media di 81.9±6.9.

I pazienti sono stati suddivisi in base alle performances cognitive in quattro sottopopolazioni.

In tabella 1 vengono riportate le caratteristiche della popolazione in studio.

Tabella 1

	NORMALI (n - %)	PRESBIFAGICI (n - %)	DISFAGICI (n - %)
MMSE ≥24	79 (41%)	12 (21%)	2 (9%)
MMSE ≥ 18 < 23	76 (40%)	14 (25%)	8 (36%)
MMSE <18>10	27 (14%)	19 (34%)	1 (5%)
MMSE ≤ 10	10 (5%)	11 (20%)	11 (50%)
Totale	192	56	22

CONCLUSIONE

Dall'analisi statistica applicata (Chi-squared) raggruppando le popolazioni affette da decadimento cognitivo versus i pazienti cognitivamente integri, si evince che la disfagia è significativamente correlata alla demenza (p 0.0007). Sono state impostate diete suddivise in 4 livelli (liquida di I livello, semisolida di II livello, frullata di III livello e morbida di IV livello) per i disfagici e dieta specifica per i presbifagici. Successivamente si è provveduto all'addestramento del paziente (dove possibile) e del caregiver al fine di mettere in pratica norme igieniche per una corretta assunzione del cibo.

La disfagia è spesso sottovalutata e non è prassi consolidata eseguire test di screening per identificare i pazienti a rischio al fine di impostare una presa in carico precoce, con lo scopo di prevenire i sintomi di disfagia e ridurre i rischi. L'equipe, i caregiver ed i pazienti dovrebbero essere formati sulle tecniche di alimentazione con particolare attenzione a modificazioni posturali e dietetiche, scelta degli alimenti, gestione del comportamento e dei fattori ambientali, esecuzione dell'igiene orale e gestione della preparazione del cibo.

IL RUOLO DELLE DISFUNZIONI FRONTALI NELLA GENESI DEL CLOSING-IN NEI PAZIENTI CON MALATTIA DI ALZHEIMER

Grossi Dario¹, Carpi Sabrina¹, De Lucia Natascia¹, Trojano Luigi¹, Fasanaro Angiola Maria²

¹ *Seconda Università di Napoli, Dipartimento di Psicologia*

² *A.O. A. Cardarelli, Napoli*

SCOPO

Nei compiti grafici il fenomeno del closing-in indica la tendenza ad avvicinare o sovrapporre la copia al modello (Mayer-Gross, 1935). Questo comportamento compare raramente in seguito a danni cerebrali focali (Gainotti, 1972) ma più frequentemente nei quadri clinici di demenza degenerativa (Conson et al., 2009; Ambron et al., 2009), soprattutto nella malattia di Alzheimer. Le prime ipotesi interpretative proposte per spiegare il fenomeno hanno interpretato il closing-in come un comportamento primitivo in cui la mano agisce verso il focus dell'attenzione visiva (Gainotti 1972; De Ajuraguerra et al., 1960) o come una strategia di adattamento per compensare un disturbo visuo-spaziale (Lee et al., 2004; Grossi e Trojano, 2004). Di recente è stato suggerito che la disfunzione di risorse attenzionali/esecutive o la mancata inibizione del comportamento motorio può determinare il fenomeno del closing-in (McIntosh et al., 2008; Conson et al., 2009).

Scopo del presente lavoro è studiare i meccanismi cognitivi responsabili del fenomeno del closing-in investigando i fattori critici per la genesi del fenomeno.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 44 pazienti affetti da diagnosi di probabile demenza di Alzheimer (AD). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione specifica delle funzioni esecutive e ad un compito visuo-costruttivo di copia di figure.

RISULTATI

26 pazienti hanno mostrato closing-in nei compiti visuo-costruttivi. Il confronto tra pazienti con e senza closing-in ha evidenziato differenze significative alle prove che valutano le abilità di ricerca lessicale e di sensibilità a stimoli interferenti. L'analisi della regressione logistica ha mostrato una relazione tra alterazioni delle funzioni di controllo esecutivo e fenomeno del closing-in.

CONCLUSIONI

I nostri dati suggeriscono che disfunzioni dei processi di monitoraggio ed inibizione di risposte automatiche possono essere considerati fattori critici per la comparsa del closing-in nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

SOCIAL NETWORK A SERVIZIO DELLE RSA.

PROGETTO “INSIEME SU FACEBOOK”: EMOZIONI E RICORDI MULTIMEDIALI PER RITROVARE IL PASSATO ED ESSERE PIÙ VICINI NEL PRESENTE

Guglielmi Luisa¹, Alvarez Ana², Collufio Anna Maria², Ezeme Ketty², Pea Sara¹, Zaccari Paolo²

¹Fondazione Casa di Riposo di Robecco d'Oglio ONLUS (CR)

²Fondazione Girolodi Forcella Ugoni, Pontevico (BS)

SCOPO

Questo progetto vuole fornire agli ospiti ricoverati in RSA ed ai loro familiari la possibilità di migliorare le modalità di comunicazione, sfruttando la tecnologia informatica disponibile. Figli e nipoti, vicini e lontani, hanno l'opportunità di comunicare con i loro cari anche attraverso internet, utilizzando i social network, in particolare FACEBOOK. La rapidità di consultazione del computer, da casa o dall'ufficio, può aiutare a restare in contatto, quando la lontananza e gli impegni quotidiani e lavorativi limitano la possibilità di fare visite frequenti agli ospiti. Inoltre, la facilità e la disinvoltura con cui i giovani utilizzano il computer possono essere un valido incentivo a mantenere vitale il rapporto tra l'anziano ed i nipoti, permettendo lo scambio di parole, immagini, emozioni, come un tempo accadeva davanti al focolare domestico. Allo stesso tempo, Facebook può essere un utile strumento per raccontare la vita all'interno della RSA, gli eventi significativi, le attività quotidiane e ricreative, le iniziative culturali.

MATERIALI E METODI

Le due Case di Riposo in cui si è sviluppato il progetto sono entrambe strutture di medie dimensioni (circa 120 posti letto). Viene utilizzato principalmente un computer portatile con connessione a internet tramite chiavetta USB, non disponendo di rete WIFI. È stato creato un account per ogni servizio (Direzione Sanitaria, Uffici Amministrativi, Servizio Animazione, Servizio di Fisioterapia, Servizio Cucina). È stato creato poi un “gruppo”, in cui i vari responsabili dei servizi possono pubblicare notizie riguardanti i loro ambiti.

Dopo opportuna informazione tramite un volantino inviato ad ogni familiare, molti parenti si sono iscritti al gruppo, contribuendo con messaggi, foto o altro materiale multimediale all'arricchimento dei suoi contenuti.

Per rispettare le norme relative alla privacy, è stato richiesto ad ospiti e familiari un consenso scritto che autorizza a pubblicare le foto e i filmati dove essi vengono ritratti.

RISULTATI

L'iniziativa è stata molto apprezzata dagli ospiti e dai loro familiari. Attualmente i gruppi contano un centinaio di iscritti. I familiari utilizzano questo mezzo principalmente per inviare saluti, auguri durante le ricorrenze o per pubblicare fotografie delle vacanze, dei nipotini, ecc. Dall'altra parte, il personale della casa di riposo che vi si dedica pubblica foto e filmati delle feste e degli altri momenti di aggregazione; negli album fotografici, è stata riservata un'area per le fotografie in bianco e nero che ritraggono gli anni giovanili dei nostri ospiti, talvolta vere e proprie “opere d'arte”; nella sessione “discussioni” sono stati affrontati temi di vario genere a carattere scientifico-divulgativo; sono stati segnalati link di possibile interesse su temi di attualità; tramite YOUTUBE, sono stati pubblicati link di spettacoli o di musica degli anni passati. Facebook viene consultato in modo individuale su richiesta dell'ospite, anche se allettato, grazie alla disponibilità del computer portatile; periodicamente, la pagina del gruppo viene proiettata a tutti gli ospiti, come attività di animazione.

CONCLUSIONI

L'utilizzo di Facebook si è rivelato un valido sistema per far uscire l'RSA dall'isolamento, diventando per l'anziano ricoverato una sorta di "finestra sul mondo". È stato necessario l'intervento degli animatori, che hanno agito come una sorta di "intermediatori culturali", aiutando l'anziano nell'uso pratico dello strumento tecnologico e nel riuscire ad interpretare ed a rendere "condivisibili" messaggi ed emozioni.

Sarà possibile nel prossimo futuro perfezionare il progetto, mettendo a disposizione la possibilità di videochiamate con SKYPE: nei pazienti affetti da demenza, la visione del volto del proprio familiare nel corso della comunicazione potrebbe essere un fattore favorente per riconoscere l'interlocutore e migliorare la capacità di comprensione del messaggio rispetto alla semplice telefonata; per gli anziani cognitivamente integri e già "alfabetizzati" dal punto di vista informatico, si potrà pensare anche alla creazione di un Internet Point all'interno della struttura, per permettere di "navigare" in libertà.

LA DEPRESSIONE SENILE TRA EARLY ONSET (EOD) E LATE ONSET (LOD): DIVERSE FENOMENOLOGIE CLINICHE, DIVERSI FATTORI DI RISCHIO?

Iandoli Ilaria I., Levi Flavia M., Sozzi Lorena, Tombolini Beatrice, Veglio Martina, Gala Costanzo

Centro per la Diagnosi e la Cura della Depressione nell'Anziano. Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano costanzo.gala@ao-sanpaolo.it

SCOPO

Nella letteratura recente sono comparsi dati a sostegno di una differenziazione clinica e di fattori di rischio tra la depressione che insorge dopo i sessant'anni, definita *late onset depression* (LOD) e quella che insorge prima dei sessant'anni, definita *early onset depression* (EOD). La letteratura evidenzia che la LOD rispetto alla EOD è caratterizzata da deficit cognitivi, apatia, comorbilità con patologie cerebrovascolari e nevroticismo. L'obiettivo dello studio è quello di confrontare i dati emersi dall'osservazione di un gruppo di pazienti del Centro per la Diagnosi e la Cura della Depressione nell'Anziano dell'A.O. San Paolo di Milano con quelli della letteratura.

MATERIALI E METODI

Sono entrati nello studio 86 pazienti anziani (età ≥ 65 anni) affetti da depressione secondo la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-plus), di cui N°=62 sono considerati LOD e N°=24 EOD. Sono stati esclusi pazienti con un Mini Mental State Examination <22 , con Disturbi Psicotici e Disturbi Bipolari. Sono stati somministrati a tutti i pazienti: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-plus); Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A); Geriatric Depression Scale (GDS); Eysenk Personality Questionnaire (EPQ), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).

RISULTATI

La descrizione del campione è espressa nella tabella sottostante:

	EOD N°=24	LOD N°=62
Sesso	20 femmine (83,3 %) 4 maschi (16,7%)	44 femmine (71%) 18 maschi (29%)
Età media	70,63 \pm 4,23	76,44 \pm 5,75
HAM-D	12,67 \pm 5,27	12,02 \pm 5,25
HAM-ANX	11,63 \pm 5,18	11,63 \pm 6,82
GDS	17,92 \pm 5,96	17,85 \pm 5,23
MMSE	27,81 \pm 1,56	26,61 \pm 2,20*
CIRS	1,14 \pm 0,13	1,23 \pm 0,24*
IADL	1,06 \pm 1,68	0,13 \pm 0,49
EPQ	7,4 \pm 2,89	6,90 \pm 3,50

* $p < 0,01$

I due campioni risultano omogenei per le variabili socio-demografiche. Esiste una correlazione positiva statisticamente significativa tra LOD e MMSE (i pazienti con LOD hanno maggiori deficit cognitivi rispetto a quelli con EOD) e tra LOD e CIRS (indice di severità di malattie organiche). Non esiste una differenza statisticamente significativa nei punteggi della IADL nei due gruppi. Inoltre nei pazienti con LOD esiste una correlazione positiva tra i punteggi della scala GDS e i punteggi alla

dimensione nevroticismo dell'EPQ. L'apatia misurata come sottoscala della GDS non si differenzia nei due campioni.

CONCLUSIONI

Limite dello studio è la numerosità del campione, per cui le inferenze possono presentare un bias in questo senso. Tuttavia, i dati del nostro studio sembrano confermare i dati già presenti in letteratura. Si evidenzia che il paziente con LOD è caratterizzato dalla presenza di deficit cognitivi e da un maggior grado di severità delle patologie organiche; questi dati ci consentono di ipotizzare una maggior compromissione a livello organico circa l'eziologia della LOD. Il Nevroticismo, che correla nel nostro campione con i punteggi della GDS, è considerato anche in letteratura un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di depressione late-life.

BIBLIOGRAFIA

Brodsky H, Luscombe G, et al. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of affective disorders*. 2001; 66:225-36.

Steunenberg B, Beekman AT et al. Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 92: 243-51.

IL DOLORE IN RSA: RICONOSCERLO PER CURARLO

Ivaldi Claudio, Bennat Ettore, Merlo Anna, Marmorato Carmela, Cugnata Marco, Velo Giacomo, Spina Maria, Pastorino Irene, Pastorino Archimede, Palummeri Ernesto

RSA Campo Ligure, Struttura Complessa Assistenza Anziani, ASL 3 "Genovese"

SCOPO

Studiare una modalità di rilevazione e gestione del dolore utilizzabile in una popolazione di anziani residenti in struttura di mantenimento.

MATERIALI E METODI

La RSA della ASL 3 "Genovese" sita a Campo Ligure ospita un reparto residenziale dal novembre 2007; i posti letto sono 18, di cui 3 per uomini e 15 per donne. Dal novembre 2010, sulla scorta di modelli altrove già sperimentati (Franzoni 2009), si è avviato un monitoraggio continuato della sintomatologia algica negli ospiti della struttura. Tutti i pazienti sono valutati settimanalmente dagli IP circa la presenza di dolore, con modalità diverse in funzione della loro capacità di giudizio. I pazienti con buone capacità cognitive vengono intervistati utilizzando la Numeric Rating Scale (NRS); il paziente viene pertanto invitato ad esprimere un giudizio circa il dolore presente al momento della rilevazione. I pazienti con difficoltà cognitive o con importante sintomatologia ansiosa sono valutati con la scala Doloplus 2 (D2) sulla scorta delle osservazioni effettuate dal personale nell'arco del turno di lavoro. Al di fuori di questa valutazione prefissata, ulteriori valutazioni vengono effettuate in caso di segnalazione del paziente o di alterazione della situazione abituale.

Il risultato dell'osservazione viene annotato in cartella clinica; la presenza di un $NRS \geq 6/10$ o il raddoppio del valore di D2 rispetto al valore basale di quel soggetto sono segnalati al medico per le opportune valutazioni. Il paziente identificato come "portatore di dolore" è poi valutato quotidianamente per una settimana circa l'efficacia del trattamento.

RISULTATI

Il campione esaminato presenta età media di 85,9 anni ($\pm 7,5$ anni); dal punto di vista cognitivo, 4 pazienti hanno $CDR = 0/5$, 1 paziente presenta $CDR = 1/5$, 4 pazienti presentano $CDR = 2/5$ mentre 9 pazienti hanno $CDR \geq 3/5$. Dal punto di vista funzionale, 8 pazienti presentano Barthel Index (BI) \leq al 25%, 5 pazienti con BI tra 26% e 50%, 3 pazienti tra 51% e 75%, 1 paziente $\geq 75\%$. Al momento, 9 pazienti sono stati pertanto valutati con D2 e 9 con NRS; per alcuni, su cui non v'era univoco accordo, si è deciso di effettuare per 21 giorni una doppia valutazione per decidere, infine, quale strumento fosse più appropriato. Nel corso di questo periodo di osservazione (70 giorni, dal 22/11/2010 al 31/1/2011) si è evidenziata sintomatologia dolorosa in 12 pazienti. Le rilevazioni sono state effettuate dal personale in una percentuale del 72% rispetto al teorico. La causa del dolore è stata identificata per 9 casi in una riacutizzazione artrosica, per 2 casi in periartrite scapolo-omerale, per 1 caso nella presenza di ulcere da decubito al IV stadio.

Per quanto riguarda il trattamento, il dolore è stato trattato applicando il protocollo "a gradini" dell'OMS; in 1 paziente il dolore è stato controllato con l'uso di FANS, in un altro caso con paracetamolo; 6 pazienti sono stati trattati con codeina + paracetamolo, 2 con ossicodone + paracetamolo, 2 pazienti sono stati trattati con morfina per os. Non si sono verificati effetti collaterali rilevanti, eccetto sedazione in un caso, risoltosi con la riduzione del dosaggio del farmaco (ossicodone). L'uso dei farmaci antidolorifici è aumentato del 33% in questo periodo (precedentemente erano trattati 8 pazienti).

DISCUSSIONE

L'applicazione di questa modalità di rilevazione ha evidenziato alcuni punti critici, tra cui la presenza di "falsi positivi" sia alla NRS (pazienti che riferiscono continuamente dolore e nei quali tale "esternazione" ha in realtà altri significati quali ansia, depressione, ecc.) che alla D2 (si sono osservate modifiche importanti del punteggio per manifestazioni somatiche non correlate al dolore, quali, per es. episodi infettivi con febbre).

Molti operatori hanno comunque segnalato l'utilità di tale approccio per meglio comprendere la situazione del paziente. Riteniamo che questo approccio abbia consentito di quantificare e documentare la presenza del dolore nella nostra realtà, evidenziando come un sintomo così importante possa essere trascurato e permettendo al medico di verificare nel tempo l'efficacia (o l'inefficacia!) dei trattamenti proposti.

COME VALUTARE IL DETERIORAMENTO COGNITIVO NEL PAZIENTE SCHIZOFRENICO IN ETÀ AVANZATA?

**Keller Roberto, Garofalo Franceschina, Bugiani Stefano, Carron Sara, De Cicco Vittoria,
Oppici Romina, Pedalino Sonia, Piedimonte Alessandro, Pirfo Elvezio**

Dipartimento Salute Mentale Maccacaro ASL To2

SCOPO

Nella schizofrenia sono presenti alterazioni neurocognitive che addirittura precedono l'esordio clinico dei sintomi ed alcune di queste rappresentano dei marker di tratto della patologia; in età avanzata risulta complesso pertanto definire quali siano le alterazioni cognitive proprie della patologia psichiatrica primaria e quali siano quelle relative a processi neurodegenerativi tardivi

MATERIALI E METODI

Abbiamo studiato un protocollo atto a valutare il deterioramento cognitivo di pazienti psicotici in età avanzata

RISULTATI

Il protocollo utilizzato è formulato in step progressivi: un primo livello basato su WAIS, MMSE, TIB e valutazione delle situazioni mediche presenti oltre che distinzione dalla possibile collateralità psicofarmacologica; un secondo step è relativo all'approfondimento delle funzioni mnesiche, prassiche, gnosiche, esecutive. Accanto a queste viene valutata la condizione psicopatologica, il livello timico e di ansia.

CONCLUSIONE

La differenziazione delle compromissioni primarie da quelle secondarie è innanzi tutto di tipo qualitativo, in quanto nella psicosi schizofrenica le alterazioni sono soprattutto relative all'attenzione prolungata ed al funzionamento esecutivo; va escluso l'effetto secondario farmacologico in primis antistaminico ed anticolinergico, ma anche il blocco dopaminergico nigrostriatale ed il calo dopaminergico mesocorticale. Va considerato anche il livello timico e di ansia presente durante l'effettuazione dei test.

AGOMELATINA DA SOLA ED IN ADD-ON CON TINER (TRATTAMENTO INTEGRATO NEUROMUSCOLARE EMOZIONALE RILASSANTE) IN SOGGETTI CON DISTURBO DELL'UMORE DI TIPO DEPRESSIVO E DECLINO COGNITIVO, ENTRAMBI DI GRADO LIEVE

Lera Antonio

DSM TERAMO - Unità Valutativa Alzheimer - Ospedale Civile di Giulianova

SCOPO

Abbiamo sottoposto a studio trenta soggetti, di età compresa tra 55 e 70, affetti da disturbo dell'umore di tipo depressivo e declino cognitivo, entrambi di grado lieve. Alla metà dei soggetti in studio è stato praticato anche il TINER, metodica integrata psico-corporea, per valutarne l'eventuale ruolo positivo sullo stato affettivo dei pazienti in studio.

MATERIALI E METODI

I soggetti reclutati afferenti presso l'U.V.A. di Giulianova, sono stati sottoposti prima dell'arruolamento allo studio, a valutazione psicologica, affrontando lo studio relativamente all'impiego del Test Hamilton D. Il criterio di scelta era quello di avere all'HAM-D un punteggio compreso tra 10 e 20, mentre il punteggio all'MMSE doveva essere compreso tra 19 e 23. Quindi un campione di quindici soggetti (Gruppo A) effettuava soltanto terapia con Agomelatina 25 mg/die, mentre l'altro di pari numero (Gruppo AT) è stato sottoposto inoltre a sedute di TINER in maniera specifica, a cadenza settimanale, per la durata di tre mesi, con successive sedute di mantenimento, a cadenza quindicinale per altri sei mesi.

RISULTATI

Al termine dei nove mesi, i due campioni, cioè tutti e trenta i soggetti, sono stati sottoposti a rivalutazione psicologica. I punteggi ottenuti nel confronto tra l' HAM-D iniziale e quello di verifica, hanno mostrato un decremento di 6 punti nel 30%, 4 punti nel 27%, 2 punti nel 23%, situazione immodificata nel 20% dei casi, per i soggetti del Gruppo AT. Nel gruppo A, invece, i punteggi ottenuti nel confronto tra l' HAM-D iniziale e quello di verifica hanno mostrato un decremento inferiore: di 4 punti nel 30%, 3 punti nel 25%, 1 punto nel 25%, situazione immodificata nel 20% dei casi. Il risultato è stato quindi, per i soggetti sottoposti anche a TINER, di migliorare maggiormente lo stato affettivo.

AGOMELATINE GROUP	HAM-D	HAM-D	TINER ADD-ON GROUP	HAM-D	HAM-D
Patients Group	baseline	9 Mesi	Patients Group	baseline	9 Mesi
30%	10-20	4 points	30%	10-20	6 points
25%	10-20	3 points	27%	10-20	4 points
15%	10-20	1 point	23%	10-20	2 points
30%	10-20	Immodified	20%	10-20	Immodified

CONCLUSIONE

In base ai risultati ottenuti, nel gruppo studio sottoposto anche a TINER, è migliorata in misura maggiore la performance affettiva, rispetto al gruppo trattato con la sola Agomelatina. Il TINER,

sembra poter svolgere un ruolo potenziante gli effetti della terapia con Agomelatina, nell'ottica di un miglioramento della dimensione affettiva negli anziani affetti da disturbo dell'umore di tipo depressivo e declino cognitivo, entrambi di grado lieve.

BIBLIOGRAFIA

Psicogeriatría pag. 136 PSICOGERIATRICS 2009: Tiner (supplemented treatment neuromuscular relaxant emotional): A NEW METHOD IN THE TREATMENT OF disorders Mild ASSOCIATED WITH DEMENTIA IN FIRST STAGE, A. Lera - DSM TERAMO - Psychiatry Unit - Hospital of Giulianova

EFFICACIA DI UN'ASSOCIAZIONE DI TERAPIE FARMACOLOGICHE E NON FARMACOLOGICHE IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI AFFERENTI AD UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)

Li Bassi Paola, Boffelli Stefano, Barbisoni Piera, Ferri Marco, Sleiman Intissar, Travaglini Nicola, Falanga Lina, Giordano Alessandro, Mattanza Chiara, Piovani Laura, Rozzini Renzo

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Fondazione Poliambulanza, Brescia

SCOPO

Valutare l'efficacia di un trattamento integrato farmacologico e non farmacologico in un campione di soggetti afferenti ad un'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) con Mild Cognitive Impairment (MCI) e Demenza di Alzheimer di grado lieve (AD).

MATERIALI E METODI

Studi hanno dimostrato che il trattamento farmacologico associato a tecniche non farmacologiche di stimolazione cognitiva potenzia le performance cognitive ed affettive in pazienti con Mild Cognitive Impairment e Demenza di grado lieve. Un campione di malati già in trattamento farmacologico ed afferenti ad un'Unità di Valutazione Alzheimer ha partecipato ad una serie di incontri di stimolazione cognitiva non farmacologica. Inizialmente il campione era costituito da 21 persone di cui dieci presentavano MCI ed undici AD di grado lieve; solamente 15 persone hanno ultimato o stanno per ultimare il trattamento non farmacologico; i rimanenti 6 partecipanti non hanno terminato il trattamento. I partecipanti sono stati suddivisi in gruppi costituiti da un minimo di 2 ad un massimo di 5 persone, omogenei per grado di deterioramento cognitivo. Gli incontri in gruppo si sono svolti presso il Dipartimento di Medicina Generale e Geriatria della Fondazione Poliambulanza di Brescia a cadenza bisettimanale ed ognuno ha avuto una durata di circa un'ora per un totale di 30 incontri estesi per circa 4 mesi. Durante le sedute sono stati proposti esercizi standardizzati carta e penna che, da una parte tendevano a contrastare la progressiva compromissione delle abilità residue, e dall'altra a favorire i meccanismi di compensazione nei confronti delle funzioni lese. In particolare, durante gli incontri sono state allenate le funzioni cognitive relative all'orientamento temporo-spaziale, alla memoria a lungo termine, all'attenzione ed al linguaggio. Al fine di verificare l'efficacia di un'associazione di terapie farmacologiche e non farmacologiche, le valutazioni neuropsicologiche sono state effettuate all'inizio ed al termine di ogni ciclo di stimolazione cognitiva non farmacologica ed hanno indagato le performance cognitive, funzionali ed affettive di soggetti con Mild Cognitive Impairment e Demenza di grado lieve (AD). Per la valutazione dello stato cognitivo sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Mini Mental State examination, Clock Drawing Test, Memoria di prosa, Digit Span, Test di Corsi, Matrici attenzionali, Fluenza verbale fonemica e Matrici di Raven colore. Per la valutazione funzionale sono state utilizzate le scale relative alle attività di vita quotidiana (BADL) ed alle attività strumentali (IADL). Infine, per la valutazione dello stato affettivo è stata somministrata la Geriatric Depression Scale a 15 item (GDS).

RISULTATI

Lo studio conferma l'effetto positivo di un'associazione di terapie farmacologiche e non farmacologiche sulle performance dei soggetti con MCI e Deterioramento cognitivo lieve, con un effetto di miglioramento sulle funzioni attentive e sulla memoria non verbale, al follow up (4 mesi dall'inizio del trattamento).

CONCLUSIONE

I risultati dimostrano che l'associazione di un trattamento farmacologico e di un trattamento di stimolazione cognitiva non farmacologico migliora le performance cognitive ed affettive dei soggetti con MCI e Decadimento cognitivo lieve.

In particolare, gli aspetti cognitivi ed affettivi dei soggetti migliorano mentre non si evidenziano modificazioni sullo stato funzionale.

PROGETTO D'INTERVENTO RIABILITATIVO COMBINATO COGNITIVO-MOTORIO IN PAZIENTI ANZIANI A RISCHIO DI CADUTA (PROGETTO DUAL-TASK)

**Lucchi Elena¹, Morghen Sara^{1,3}, Panato Laura¹, Bozzini Michela¹, Sanniti Antonella¹,
Gentile Simona^{1,3}, Bellelli Giuseppe^{2,3}, Trabucchi Marco^{3,4}**

¹*Casa di Cura Ancelle della Carità, Cremona*

²*Università degli Studi Milano Bicocca, Milano*

³*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

⁴*Università degli Studi Tor Vergata, Roma.*

SCOPO

È ormai consolidato il concetto secondo cui le funzioni cognitive giocano un ruolo significativo sulla modulazione delle funzioni motorie, sia interferendo con la percezione soggettiva del corpo e del movimento, sia attraverso la programmazione ed il controllo effettuato dalle abilità esecutive. Alcuni lavori hanno dimostrato come non solo i pazienti con franca patologia dementigena, ma anche i soggetti anziani siano sensibili all'interferenza di un compito cognitivo aggiuntivo, e come questa maggiore sensibilità si correli al rischio di caduta.

Molti episodi di cadute negli anziani avvengono infatti nel corso di attività durante le quali è richiesta una divisione dell'attenzione (soprattutto tra controllo posturale ed un altro compito) come ad esempio quando si cammina e contemporaneamente si intrattiene una conversazione o ci si trova di fronte ad un ostacolo imprevisto. È possibile allenare il paziente ad una maggiore resistenza alla doppia interferenza motoria e cognitiva?

In un recente lavoro, condotto su pazienti affetti da demenza di grado lieve o moderato, è stato dimostrato che un intervento riabilitativo combinante attività d'interferenza cognitiva sull'attività motoria (dual-task interference) si associa ad un miglioramento qualitativo della prestazione motoria rispetto ad un intervento riabilitativo motorio di tipo convenzionale (single-task).¹

Obiettivo del nostro studio è di replicare i dati dello studio di Schwenk e coll. in una popolazione di anziani ricoverati in un reparto di Riabilitazione.

MATERIALI E METODI

Verranno reclutati tutti i soggetti ricoverati presso il Dipartimento di Riabilitazione della nostra Casa di Cura in possesso delle seguenti caratteristiche: età ≥ 65 anni, a rischio di cadute (con punteggio alla Stratify ≥ 2), Mini Mental State Examination ≥ 18 , con una durata di degenza prevista di almeno 30 giorni e senza stato confusionale all'ingresso. Tutti i soggetti includibili verranno sottoposti ad una valutazione di base che include la rilevazione di variabili socio-demografiche (età, sesso, stato abitativo, provenienza), cliniche (patologie, malnutrizione, eventi clinici avversi intercorrenti), funzionali (Barthel Index, anamnesi positiva per cadute), cognitivo-affettive (Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale) e variabili di performance motoria (Time Up and Go test semplice e con interferenza) e cognitiva (Dual-task test). I soggetti verranno assegnati in modo randomizzato (due blocchi equivalenti per età, sesso, MMSE) a due gruppi: gruppo convenzionale (intervento standard: esercizi attivi di rinforzo, coordinazione ed equilibrio in gruppo) e gruppo sperimentale (intervento combinato: esercizi motori in gruppo con interferenza cognitiva di calcoli mentali-dual-task). Ogni paziente effettuerà in totale 24 sedute di fisioterapia. Al termine dell'intervento verrà effettuata una valutazione delle performance motorie (TUG) e cognitive (Dual Task test); inoltre si valuteranno le performance motorie a 3 mesi dalla dimissione e ad un anno. Si prevede di reclutare circa 50 pazienti.

RISULTATI ATTESI

Variabili oggetto di studio saranno: l'indice di prevalenza del deficit di dual-task; correlazione tra deficit di dual-task e prestazione motoria; l'efficacia a breve termine dell'intervento combinato vs intervento standard sulla performance motoria e cognitiva; l'efficacia a medio termine dell'intervento combinato vs intervento standard sulla performance motoria; l'efficacia a lungo termine sulla prevenzione delle cadute.

CONCLUSIONE

Le conclusioni potranno essere esposte una volta terminato lo studio

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Schwenk M, Zieschang T, Oster P, Hauer K. Dual-task performances can be improved in patients with dementia. *Neurology* 2010, 74:1-8.

STRESS, BURNOUT E COMPETENZE RELAZIONALI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Malara Alba, Cianflone Debora, Capomolla Soccorso, Ceravolo Francesco, Curinga Giuseppe, Renda Grazia Francesca, Rispoli Vincenzo, Rotundo Alessandro, Spadea Fausto, Sgrò Giovanni

Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria, Lamezia Terme (CZ)

SCOPO

Negli ultimi anni le RSA hanno assunto una sempre più marcata caratterizzazione sanitaria, determinata dal cambiamento profondo della tipologia degli ospiti e dei bisogni sanitari. Benché le difficoltà di lavorare in ambito residenziale siano note da tempo, esiste ancora una scarsa consapevolezza dei disagi cui possono incorrere gli operatori sanitari in ambito geriatrico e l'influenza che essi esercitano sul loro lavoro quotidiano. L'assistenza a persone fisicamente e psichicamente fragili espone gli operatori a possibili esperienze di fallimenti operativi: l'operatore di un servizio geriatrico è sottoposto costantemente a una duplice frustrazione: in quanto "faber" (operatore) ed in quanto "genitus" (individuo) (Pagliarani 1990). Questa doppia, costante, inevitabile frustrazione costituisce la fonte d'ansia più acuta del lavoro geriatrico. Diventa fondamentale per i professionisti della cura possedere adeguate capacità relazionali e di comunicazione per creare un clima lavorativo orientato alla collaborazione ed alla cooperazione per meglio fronteggiare l'espansione dei bisogni dei residenti, qualificare l'assistenza salvaguardando la propria integrità psicologica. L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare stress, burnout e le capacità di relazione degli operatori socio-sanitari delle strutture residenziali.

MATERIALI E METODI

E' stato utilizzato un questionario anonimo, autosomministrato, distribuito a tutti gli operatori sanitari di alcune strutture residenziali Anaste Calabria (3 Case Protette, 7 RSA e 2 Centri di Riabilitazione Estensiva). Lo strumento utilizzato, *Stress Burnout Inventory* (SBI) (Anchisi, Gambotto e Stefanini, 2004), è costituito da una scala bidimensionale, con i primi 19 *item* che si dispongono in ordine gerarchico lungo la dimensione dello *stress* ed i successivi 11 *item* lungo la dimensione del *burnout*. Tale strumento, validato con la tecnica di Rasch nel 1998 e successivamente da Ronchei nel 2002, è *action oriented* orientato cioè all'intervento di prevenzione e cura delle abitudini stressogene che portano al *burnout nelle professioni di cura*. L'analisi è stata condotta su 166 operatori sanitari tra medici geriatri (MD), infermieri professionali (IP), operatori addetti all'assistenza (OSS), terapisti della riabilitazione (TDR), educatori professionali (EDP), assistenti sociali(ASC), psicologi (PSG) ed amministrativi (AMM). Dei questionari somministrati, 148 sono stati compilati secondo i criteri di accettabilità, 18 sono risultati nulli.

L'analisi è stata condotta per genere, età e professione.

RISULTATI

Il campione è costituito per il 76% del totale da donne e il 24% da maschi, pertanto la percentuale di donne è predominante nella maggioranza dei ruoli indagati. Il 48% dei maschi presenta competenze relazionali e di comunicazione di tipo "assertivo" (T4), mentre ben il 44% delle donne rientra invece nel tipo "aggressivo" (T3) (Fig.1). Il 20% del campione ha meno di 30 anni, il 62% età compresa tra 30-49anni; infine il 33% tra i 50-64 anni. L'analisi delle variabili stress e burnout in correlazione con il genere evidenzia che le donne sono significativamente più esposte al burnout rispetto agli uomini, mentre i livelli di stress sono distribuiti in maniera omogenea nei due sessi (Fig.2). In base all'età, il burnout risulta più incidente nella fascia d'età compresa tra 30-49anni (Fig.3). Per quanto riguarda la professione risultano più esposte le categorie dei medici, fisioterapisti e impiegati amministrativi (Fig.4).

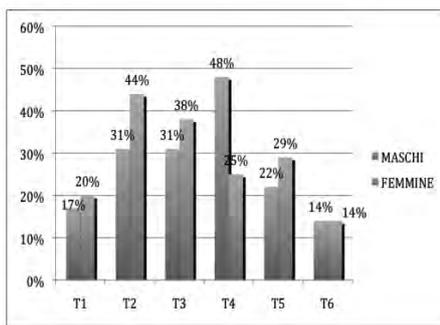


Figura 1

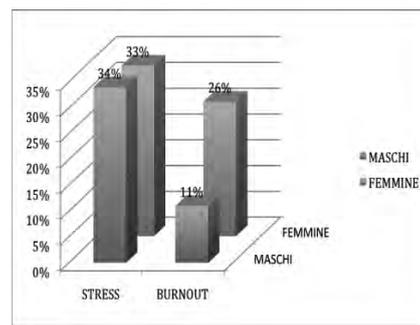


Figura 2

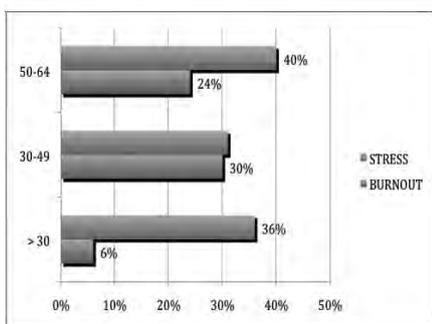


Figura 3

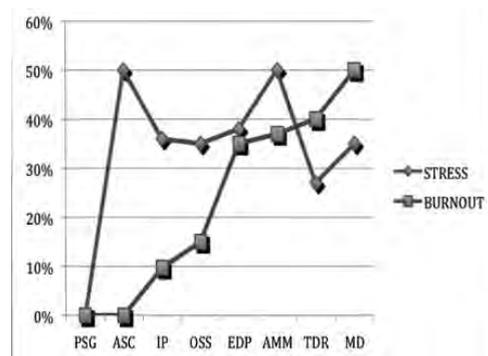


Figura 4

CONCLUSIONI

Le donne che svolgono professioni di aiuto sono più esposte a sviluppare burnout, specie se di età compresa tra i 30 e 49 anni, rispetto ai maschi di giovane età (< 30 anni). I medici, i fisioterapisti e gli amministrativi risultano più colpiti da burnout rispetto alle altre categorie.

Il riconoscimento nonché il supporto necessario ad affrontare l'ansia che il lavoro geriatrico porta inevitabilmente con sé, è indispensabile per rendere le RSA luoghi capaci di coniugare il benessere dei residenti con quello degli operatori.

DALLA ANAMNESI NARRATIVA ALLA RIABILITAZIONE INDIVIDUALIZZATA: LA GIOCOLERIA NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER

Malgarise Marta^{1,2}, Cadeddu Annalaura², Franceschi Aldo¹, Viale Daniela², Putzu Paolo F.²

¹*Centro Diurno Don Orione di Selargius (CA)*

²*Geros, Servizi e Ricerca in Gerontologia e Psicogeriatría, Onlus, Cagliari*

INTRODUZIONE

La riabilitazione nella demenza si basa, come in altri campi, su strumenti standardizzati eventualmente adattati al vissuto del paziente. Più raramente si utilizzano metodi riabilitativi costruiti ex novo sulla biografia della persona secondo la *evidence narrative medicine*

SCOPO

Nel presente lavoro, sulla base dell'anamnesi narrativa e delle caratteristiche personali -carattere, relazioni interindividuali, attitudini personali, vissuto e predisposizioni motorie- è stata studiata una modalità alternativa e creativa di riattivazione cognitiva e motoria, *la giocoleria*, ad alto coinvolgimento ludico-emotivo. Tale modalità, già sperimentata con successo nel campo pediatrico, è risultata efficace nel contenere e canalizzare l'aggressività e l'agitazione psicomotoria, stabilizzare l'irritabilità ed il tono dell'umore, promuovere uno stato immediato di benessere e può quindi favorire un migliore adattamento psicologico alla malattia.

METODI E MATERIALI

È stato sperimentato un laboratorio di giocoleria su un adulto di 62 anni, affetto da malattia di Alzheimer di tipo afasico e di grado moderato, ospite nel Centro Diurno Don Orione di Selargius. L'ospite presenta un carattere esuberante, nel contesto del gruppo, con tratti depressivo/maniacali. Ha esperienze sportive nel tennis e nel gioco del biliardo. Sono stati effettuati dodici incontri, di 30 minuti, condotti in modo individualizzato dall'animatore-giocoliere, alla presenza di una psicologa osservatrice-partecipante. Gli attrezzi di giocoleria utilizzati sono stati tre palline colorate e tre cerchi. Le registrazioni degli incontri, effettuate con la videocamera, sono state analizzate attraverso una scheda di osservazione in cui vengono rilevati indicatori comportamentali della partecipazione ed attenzione all'attività, del tono dell'umore, dello stato di frustrazione e di benessere/gradimento dell'attività.

RISULTATI

Dall'analisi quantitativa e qualitativa delle osservazioni e dalla rilevazione dei commenti verbali dell'ospite emerge: il mantenimento nel tempo del ricordo dell'attività; l'attesa e la richiesta della stessa; un progressivo miglioramento delle capacità di attenzione motoria, sostenuta e divisa e di coordinazione dei movimenti; l'apprendimento progressivo e l'automatizzazione di alcuni gesti complessi; un utilizzo più adeguato dell'espressività del volto e del linguaggio non verbale; la riattivazione del piacere del gioco; un miglioramento del comportamento e dello stato di benessere espresso

CONCLUSIONI

Il laboratorio di giocoleria è risultato gradito dall'ospite che ha manifestato un livello di attenzione e di prestazione motoria sempre più alto. È apparsa buona la capacità di tolleranza alla frustrazione e la motivazione a perseverare nei tentativi motori. Nonostante la malattia neurode-

generativa, ha appreso ed automatizzato alcuni gesti complessi probabilmente facilitato dal suo vissuto di giocatore di tennis e di biliardo. E' stato rilevato un evidente effetto sul tono dell'umore, sull'espressività e sull'adeguatezza della comunicazione non verbale anche se non durevole nel tempo. Gli operatori hanno osservato sporadici e saltuari cambiamenti positivi nell'espressione del linguaggio ed in alcune coordinazioni complesse (allacciarsi le scarpe). Nel domicilio non è stata rilevata una generalizzazione degli esercizi in altre coordinazioni complesse (vestirsi, allacciarsi le scarpe, usare le posate), ma un miglioramento del comportamento generale. In diverse occasioni si è esibito spontaneamente con altri oggetti (mele e arance).

La giocoleria, utilizzata in base all'esperienza autobiografica, ha rappresentato nella demenza un valido strumento riabilitativo "alternativo" per migliorare la qualità di vita ed il senso di efficacia personale, in modo emotivamente coinvolgente, divertente e creativo.

IL LAVORO D'EQUIPE DELL'U.V.A. (IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO)

**Malimpensa Luca Fabio, Cotroneo Antonino Maria, Maina Ettore, Nicoletti Nicoletta,
Cabodi Sergio**

U.V.A. Ospedale Amedeo di Savoia ASL TO2, Torino

SCOPO

Valutare l'efficacia del lavoro d'equipe all'interno di un'UVA (Unità Valutativa Alzheimer) con particolare attenzione posta alla figura dello psicologo, fondamentale per una corretta diagnosi differenziale con strumenti testistici.

MATERIALI E METODI

Illustrazione di un caso clinico visto all'interno dell'UVA dell'ASL TO2 di Torino. Il paziente, 71 anni, si è rivolto all'UVA lamentando problemi di memoria da un anno circa. E' stato visitato dal medico specialista geriatra che lo ha sottoposto ad una visita medica, accurata anamnesi, un colloquio con somministrazione di MMSE ed ha prescritto esami ematochimici. Lo ha inoltre inviato allo psicologo dell'ambulatorio UVA per la somministrazione del test MODA con l'obiettivo di effettuare una valutazione cognitiva più approfondita. Oltre ai test, lo psicologo ha effettuato anche un breve colloquio conoscitivo sia con il paziente stesso che con la moglie, medico, sempre presente alle visite, con l'obiettivo di analizzare gli aspetti più emotivi e relazionali.

RISULTATI

Il paziente, ai test, ha ottenuto punteggi nel range normale escludendo così problemi di natura cognitiva. Dal colloquio con lo psicologo è emersa una scarsa accettazione dei normali cambiamenti legati all'invecchiamento con un conseguente calo dell'umore che, al momento della visita, appariva orientato verso il polo depressivo. Discutendo il caso in équipe (medico, psicologo, infermiere dell'UVA), si è deciso di sottoporre il paziente ad una valutazione di carattere più prettamente psicologico per sondare meglio le problematiche presenti che sembravano escludere difficoltà di natura esclusivamente cognitiva. E' stato così sottoposto ad una raccolta anamnestica più approfondita e dettagliata ed alla somministrazione di un test di personalità (test di Rorschach). La diagnosi funzionale ha fatto emergere una personalità con evidenti tratti narcisistici ed in particolare una profonda ferita narcisistica conseguente ad un tradimento da parte della moglie, di 25 anni più giovane.

Grazie a questi accertamenti più approfonditi si è così consigliato al paziente di seguire un percorso di sostegno psicologico che sta attualmente effettuando con una buona motivazione e con altrettanto risultati.

CONCLUSIONE

Il lavoro d'equipe all'interno dell'UVA appare quindi fondamentale per poter fare una corretta diagnosi e di conseguenza progettare il miglior intervento per ogni singolo paziente. La figura dello psicologo risulta estremamente utile per poter fare una corretta diagnosi differenziale, soprattutto in casi come quello illustrato nel presente lavoro dove la sofferenza del soggetto non sembra essere di natura esclusivamente cognitiva. E' quindi necessario che accanto alla figura del medico specialista

geriatra sia presente anche una figura esperta nella somministrazione di test psicologici quale appunto quella dello psicologo. Fondamentale anche la figura dell'infermiere che, oltre ad avere una mansione di accoglimento, possa anche fungere da figura di riferimento per i pazienti ed i familiari all'interno dell'equipe.

Il poter predisporre di uno psicologo, inoltre, permette anche di progettare interventi ulteriori oltre alla somministrazione di farmaci, come per esempio gruppi di sostegno, rivolti soprattutto ai familiari, e corsi per informare sulla malattia, anche questi rivolti ai caregiver.

Nello specifico dell'UVA dell'ASL TO2 di Torino sono stati somministrati circa 130 MODA nel 2010 ed è stata data particolare attenzione alla figura del caregiver, svolgendo un corso di formazione (ACESIDE) condotto dall'equipe dell'UVA che è stato molto apprezzato dai familiari, la cui partecipazione è stata fattiva.

TRIAGE INFERMIERISTICO PER LA VALUTAZIONE RAPIDA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI PER UN ACCESSO PIÙ APPROPRIATO ALL'UNITÀ VALUTATIVA ALZHEIMER DEI PAZIENTI DEMENTI

Mancini Giovanni¹, Salatini Martina², Camilloni Arianna², Salvi Veronica¹, Mostardini Claudio¹, Muzzi Francesca¹, Pisani Angela¹, Pauletti Giovanni¹, Aureli Domenico¹

¹*UOC Neurologia, Ospedale G.B. Grassi - ASL Roma D*

²*Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Università di Tor Vergata, sede presso ASL Roma D*

INTRODUZIONE

Con il progressivo invecchiamento della popolazione la prevalenza della demenza sta rapidamente aumentando nella popolazione anziana. Di fronte alla grande quantità di richieste di assistenza, con inevitabili lunghe liste di attesa, il sistema sanitario e le UVA in particolare sono chiamati ad organizzare l'accesso all'assistenza socio-sanitaria per i dementi secondo criteri di urgenza d'intervento, basati sull'effettivo bisogno assistenziale attuale.

SCOPO

Con questo studio proponiamo l'utilità ed applicabilità di uno strumento semplice di valutazione dell'urgenza di accesso all'Unità Valutativa Alzheimer, affinché i pazienti sospetti dementi possano ricevere assistenza in modo più appropriato, in modo da regolare al meglio i flussi di utenti afferenti al servizio a seconda del grado di bisogno assistenziale, ridurre al minimo gli effetti della malattia e quindi alleggerire per quanto possibile il carico fisico e psichico delle persone che si prendono cura dei pazienti malati di Alzheimer.

MATERIALI E METODI

E' stata da noi ideata una semplice Scala di Valutazione dei bisogni assistenziali (VBA), applicabile da parte di qualsiasi operatore sanitario, che prevede l'attribuzione di un codice colore, come per il triage nel DEA, in base al punteggio ottenuto: più elevato per i casi di maggiore problematicità assistenziale (codice rosso), intermedio (codice giallo) o basso per i pazienti che non presentano problemi urgenti oltre il deficit cognitivo (codice verde) o che abbiano un disturbo cognitivo questionabile (codice bianco). L'assegnazione del codice fa sì che i pazienti con demenza con maggiori problematiche assistenziali possano essere visitati nel più breve tempo possibile. La scala VBA consta di 4 item, che valutano la presenza o meno di alterazioni comportamentali, la presenza o assenza di caregiver, unico in difficoltà o multipli, l'autonomia funzionale del paziente, la presenza di comorbidità neurologiche non gestibili dal medico curante.

RISULTATI

Sono stati valutati con la VBI 36 caregiver consecutivi di pazienti che richiedevano la visita presso la nostra UVA. A ciascuno di essi è stato attribuito un codice in base ai punteggi ottenuti: rosso nel 44% dei pazienti (demenza problematica), inseriti in sovrannumero alla prima seduta disponibile, in modo da poter essere valutati immediatamente dal neurologo per limitare quanto prima le difficoltà assistenziali. Il 32% sono risultati codice giallo, quindi con possibilità di fissare la valutazione entro 2 mesi, mentre il 16% sono risultati codici verdi (appuntamento secondo le normali liste di attesa per l'UVA) e l'8% sono risultati codici bianchi (demenza dubbia, visitabili senza urgenza presso un ambulatorio neurologico o geriatrico del territorio).

Una rivalutazione telefonica post-visita dei codici rossi con il Caregiver Burden Inventory ha

evidenziato una significativa riduzione del punteggio del CBI nel 50% degli intervistati, che riferivano minori disturbi psico-comportamentali ed una riduzione dello stress assistenziale complessivo dopo essere stati informati sulla patologia, essersi sentiti meno soli nella gestione del malato e più ottimisti circa le loro capacità di riuscita nella gestione della demenza.

CONCLUSIONE

La nostra scala di valutazione dei bisogni assistenziali si è dimostrata uno strumento valido e facilmente applicabile per regolare l'accesso ai servizi dell'UVA secondo criteri di urgenza dell'assistenza come avviene nei Dipartimenti di Emergenza per il Triage. Questo strumento valutativo è utilizzabile facilmente anche da personale non medico né specialistico, come ad esempio possono essere gli operatori del Punto Unico di Accesso o quelli delle segreterie delle UVA, al fine di programmare gli appuntamenti dei pazienti in modo regolato secondo un criterio di bisogno piuttosto che puramente cronologico.

IMPATTO DELL'OSTEOPOROSI E DELLE SUE COMPLICANZE IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO COGNITIVO

Manucra Antonio, Iofrida Mariana, Bertone Luca Antonio, Cagnoni Carlo

AUSL PC P.O. Bobbio, U.O. Medicina e P.S. P.O. Bobbio (PC)

SCOPO

Le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche dei pazienti che affluiscono alla nostra Unità Operativa di Medicina Generale pongono in crescente rilievo il progressivo invecchiamento della popolazione e la polipatologia, alla quale si associa elevato tasso di fragilità, con particolare riferimento a condizioni che concorrono alla limitazione dell'autonomia, quali il deterioramento cognitivo.

Nella valutazione corrente dei pazienti che afferiscono al nostro Ambulatorio dedicato ai Disturbi Cognitivi, abbiamo introdotto, in linea con un approccio multidimensionale che applichiamo correntemente ai pazienti ricoverati, criteri diagnostici volti a quantificare la comorbilità, con particolare riferimento al rischio di cadute, al rischio di fratture ossee ed alla prevalenza dell'osteoporosi manifesta con pregresse fratture.

MATERIALI E METODI

Su un campione di 127 pazienti ambulatoriali consecutivi di età compresa fra 70 e 90 anni, 51 donne e 76 uomini, il profilo cognitivo è stato valutato mediante il *Mini Mental State Examination*¹ (23 pazienti con MMSE \leq 17/30; 90 pazienti con MMSE compreso fra 18/30 e 23/30; 14 pazienti con MMSE \geq 23/30); il grado di non-autosufficienza è stato valutato mediante le scale *Activity Daily Living*² (63 pazienti con ADL compresa fra 0/6 e 2/6; 64 pazienti con ADL compresa fra 3/6 e 6/6); e *Instrumental Activity Daily Living*³ (73 pazienti con IADL compresa fra 0/8 e 3/8; 54 pazienti con IADL compresa fra 4/8 e 8/8); il rischio di cadute è stato indagato mediante il test di Tinetti⁴ (4 pazienti con Test \leq 1; 90 pazienti con Test compreso fra 1 e 19; 33 pazienti con Test \geq 20). Il rischio di fratture ossee è stato indagato mediante l'impiego di parametri clinici indipendenti dalla densità ossea (particolare rilievo è stato posto alla rilevazione-quantificazione delle pregresse fratture)⁵. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione del profilo osteometabolico (calcemia, fosforemia, calciuria/24 ore, ALP, PTH, 25(OH)vitamina D, C-telopeptide sierico (CTX).

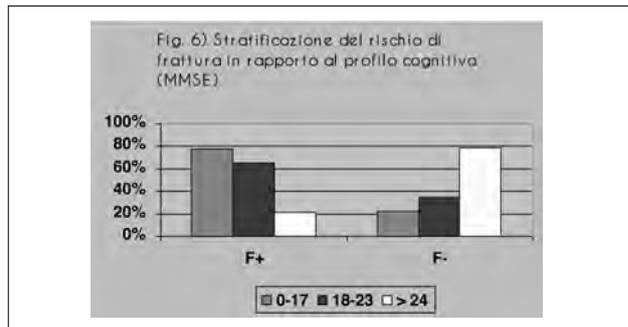
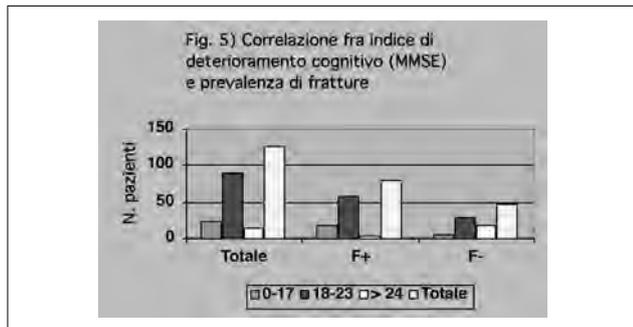
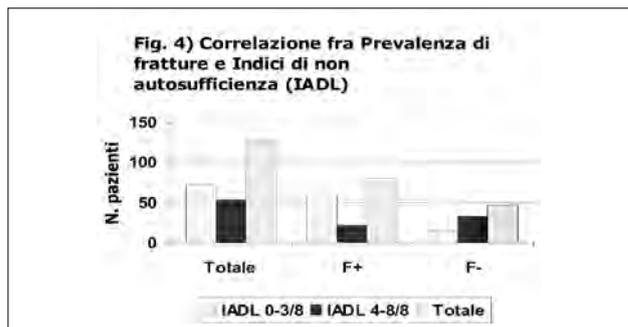
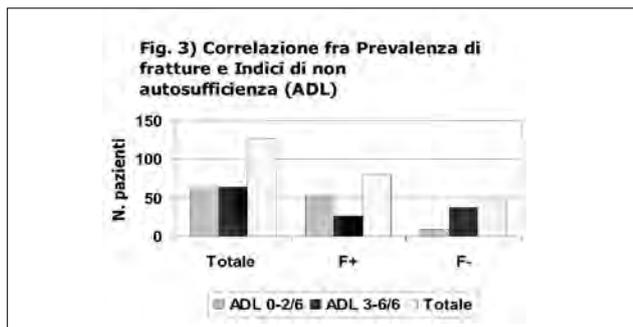
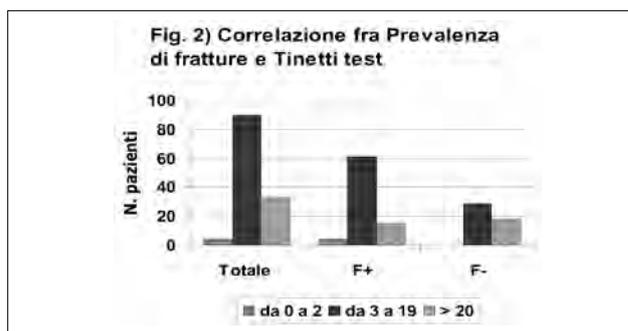
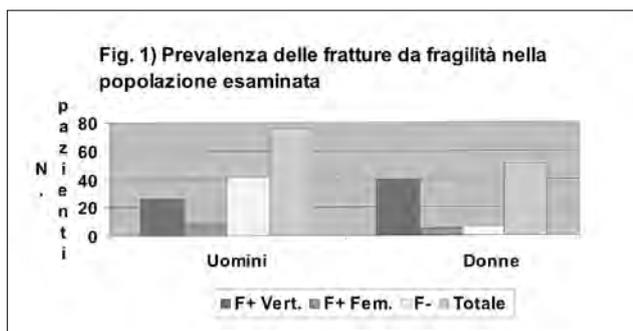
RISULTATI

Nella totalità dei pazienti abbiamo riscontrato segni rilevante carenza di vitamina D associata ad iperparatiroidismo secondario. Soltanto sette pazienti erano in trattamento farmacologico specifico finalizzato alla correzione (insufficiente) del deficit di vitamina D; tre pazienti assumevano terapia ad intento antiriassorbitivo.

Abbiamo rilevato (Figura 1) una storia di fratture ossee da fragilità nel 63% dei pazienti (40 donne con fratture vertebrali e 5 donne con fratture femorali; 26 uomini con fratture vertebrali e 9 uomini con fratture femorali).

Nei pazienti con pregresse fratture, il rischio di cadute (Figura 2) e il grado di non autosufficienza (Figure 3 e 4) risultano nettamente maggiori rispetto alla restante popolazione esaminata; questo dato è particolarmente significativo nei casi con anamnesi di frattura di femore; il ricorso a strutture di assistenza intermedia è più frequente nei pazienti con pregresse fratture.

La gravità del disturbo cognitivo e il rischio di cadute risultano significativamente più elevati nei pazienti fratturati; l'età elevata e un BMI inferiore a 24 correlano con gli eventi fratturativi.



CONCLUSIONI

Nella popolazione esaminata, gravata da elevato tasso di fragilità e di non autosufficienza, le fratture da osteoporosi-osteomalacia svolgono un ruolo pesantemente peggiorativo nella prognosi e nella qualità di vita dei pazienti, di cui occorre tener conto nella pratica quotidiana. Il dato assume particolare rilevanza se si considera la notevole carenza rilevata sul piano dei provvedimenti terapeutici adeguati alla patologia prevalente.

Questi dati esprimono l'utilità di estendere sistematicamente l'approccio multidisciplinare agli ambiti clinici specialistici, in modo da introdurre tempestivamente le misure terapeutiche idonee a prevenire gravi complicanze fratturative, penose per il paziente e di assai complessa gestione sul piano organizzativo.

¹**MMSE** (Mini-Mental State Examination): è un test di screening ideato per rilevare il deterioramento cognitivo, valutarne quantitativamente la severità e documentarne le modificazioni nel tempo.

²**ADL** (Activities Of Daily Living): è una scala semplificata (validata) che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performances che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

³**IADL** (Instrumental Activities Of Daily Living): è una scala semplificata (validata) che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni).

⁴**TEST DI TINETTI**: è uno strumento per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura in soggetti anziani cognitivamente integri o affetti da demenza di grado lieve-moderato.

E' un test osservazionale e di performance che quantifica la prestazione motoria e identifica i soggetti a rischio di caduta. La scala di Tinetti indaga gli effetti funzionali sulla mobilità dovuti alla presenza di limitazioni muscolo-scheletriche e neurologiche. < 2 Non deambulante, 2-19 a rischio di caduta, > 20 assenza di rischio.

⁵**FRAX**: WHO Fracture Risk Assessment Tool

DETERIORAMENTO COGNITIVO SECONDARIO AD IPERTIROIDISMO DA ADENOMA TOSSICO I PLUMMER: DESCRIZIONE DI UN CASO LINICO

Manzo Ciro¹, Alfieri Pasquale²

¹geriatra ed internista, Centro delle Demenze distr. 51 ASL NA 3 sud, cirmanzo@libero.it

²neurologo, Centro delle Demenze distr. 51 ASL NA 3 sud

PREMESSA

Le demenze secondarie rappresentano, nelle casistiche più ampie, non più del 10% del totale. La gran parte delle demenze secondarie sono anche reversibili, in quanto all'individuazione ed alla rimozione del fattore etiologico corrisponde una totale regressione del quadro dementigeno. Descriviamo il caso clinico di un paziente nel quale il deterioramento cognitivo è risultato secondario ad ipertiroidismo da adenoma tossico.

CASO CLINICO

F.E., sesso M, anni 68, perviene all'osservazione del Centro delle Demenze del distretto sanitario 51 (ex 71) dell'ex ASL NA 4 (oggi ASL NA 3 sud) nell'aprile del 2007. Da circa 10 anni, in terapia farmacologica con blandi ansiolitici per crisi d'ansia. Qualche mese prima a causa di turbe mnestiche interessanti la memoria procedurale e di ridotta capacità di soluzione di problemi aveva consultato un neurologo che, posto diagnosi di "Demenza di Alzheimer", aveva consigliato terapia con rivastigmina (inizialmente 1,5 mg x 2 volte die, e poi 3 mg bid), senza tuttavia che il paziente ottenesse alcun miglioramento. Anzi, ai segni di deterioramento cognitivo si era, poi, associato un tremore agli arti superiori di tipo intenzionale e, nelle ultime settimane, la scrittura del paziente era diventata progressivamente sempre meno chiara e leggibile. Al momento delle visite effettuate presso il nostro Centro delle Demenze, venivano segnalate quali patologie comorbide:

- 1) sclerosi aortica emodinamicamente non significativa,
- 2) malattia da reflusso gastro-esofageo,
- 3) spondilosi diffusa,
- 4) urolitiasi, più volte sintomatica con idronefrosi secondaria;
- 5) esiti di prostatectomia subita circa 20 anni prima.

Effettuava:

- a) indagini di laboratorio che evidenziavano, quali unici valori alterati: FT3: 7,340 pg/ml (V.N. < 4,2), FT4: 2,720 ng/dl (V.N. < 1,7), TSH: 0,001 mu/l (V.N. > 0,3). Nella norma il dosaggio degli anticorpi anti-tireoglobulina (9,0 UI/ml; V.N.: 5 - 100) e degli anticorpi anti-recettore TSH (2,4 U/l; V.N.: < 9);
- b) ECG (ritmo sinusale con Fc pari a 84 bpm; frequenti battiti ectopici sopraventricolari di cui alcune coppie monomorfe);
- c) Rx torace (reliquati calcifici in sede ilare e nel campo polmonare superiore di sinistra);
- d) Ecografia tiroidea (il lobo destro presenta parziale sviluppo retro giugulare con presenza di un nodulo);
- e) Scintigrafia tiroidea (quadro scintigrafico di patologia nodulare autonoma della tiroide);
- f) TAC mediastino + collo (compressione e leggera deviazione contro-laterale della trachea);
- g) Tomoscintigrafia cerebrale (lieve, ma diffuso deficit di perfusione in sede corticale, bilateralmente.

La perfusione dei nuclei della base appare conservata e simmetrica. Non si apprezzano significativi deficit di perfusione in sede sottotentoriale. MMSE corretto pari a 17,7 (disorientamento spazio-temporale, acalculia, deficit mnestic); NPI di Cummings pari a 4 (agitazione, disforia, ansia). Con

l'introduzione di metimazolo (10 mg/die) si riusciva ad ottenere in circa 4 mesi la normalizzazione degli indici di funzionalità tiroidea, con consensuale scomparsa del tremore e netto miglioramento della scrittura e delle performances cognitive (MMSE corretto -novembre 2007 - pari a 27.4). Tale miglioramento veniva mantenuto anche con la riduzione prima e sospensione poi della rivastgmina. Caratteristicamente, l'andamento del punteggio al MMSE appariva strettamente correlato agli indici di funzionalità tiroidea, risultando più basso nelle fasi di iperfunzione ghiandolare e nettamente migliorato nelle fasi in cui si otteneva normalizzazione della funzionalità tiroidea. Nell'ottobre del 2008, il paziente, dopo un iniziale, prolungato diniego, dava il proprio consenso all'effettuazione di ciclo di terapia radio-metabolica con I131 presso l'A.U. "Federico II" di Napoli: ciò comportava la normalizzazione degli indici di funzionalità tiroidea e la possibilità di sospendere il metimazolo. Successivi controlli effettuati presso il nostro centro hanno documentato:

maggio 2009: MMSE corretto = 24.7;

novembre 2009: MMSE corretto = 27.4;

maggio 2010: MMSE corretto = 27.4 ; NPI di Cummings = 2 (ansia).

DISCUSSIONE

I rapporti tra tiroide e deterioramento cognitivo non sono univoci. La possibilità che alterazioni della funzionalità tiroidea possano rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di demenza primaria tipo Alzheimer è stata ripetutamente evidenziata (Rotterdam study, studio Eurodem). D'altra parte, è ben nota l'esistenza di quadri di demenza secondaria a tireopatia. Nell'anziano, la causa più frequente di ipertiroidismo è rappresentata dall'adenoma tossico di Plummer. La possibilità che un nodulo tiroideo possa acquisire autonomia funzionale viene stimata pari ad una percentuale oscillante tra il 17 ed il 66%.

Nel caso da noi descritto, la stretta rispondenza tra il comportamento degli indici laboratoristici di funzionalità tiroidea e le manifestazioni dementigene in unum con l'andamento del punteggio al MMSE e la permanente risoluzione di tali segni e sintomi a seguito della terapia eradicante con I131 hanno autorizzato la diagnosi di demenza secondaria ad ipertiroidismo. Anche se le demenze secondarie rappresentano non più del 10% del totale delle forme di demenza, tale eventualità diagnostica deve essere sempre tenuta presente per la possibile reversibilità del quadro dementigeno e per le ripercussioni terapeutiche che tale diagnosi comporta.

TEST DEI TRE OGGETTI: VALIDAZIONE NEL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

**Mapelli Cristina¹, Foderaro Giuseppe², Ferri Francesca¹, Traficante Debora¹,
Marco Appollonio Ildebrando¹, Isella Valeria¹**

¹*Clinica Neurologica, Ospedale S. Gerardo, Monza, Università di Milano Bicocca*

²*Servizio di Neuropsicologia, Istituto Clinico Habilita, Zingonia e Clinica al Parco, Lugano (CH)*

SCOPO

Obiettivo del presente studio è stato quello di validare il Test dei Tre Oggetti (TTO), che valuta la memoria a lungo termine incidentale, confrontandolo con il MMSE, in soggetti con sospetto decadimento cognitivo iniziale.

MATERIALI E METODI

Il TTO ed il MMSE sono stati somministrati ad una serie consecutiva di 78 pazienti con diagnosi di Deficit Cognitivi Soggettivi (DCS; n. 18), Demenza di Alzheimer (AD; n. 17) o Mild Cognitive Impairment (MCI); gli MCI sono stati a loro volta suddivisi nei sottogruppi amnesico puro (MCIa; n. 12), con deficit di memoria associato a turbe di altre funzioni cognitive (MCIa+; n. 15) e con deficit esclusivamente extra-mnesici (MCI non-a; n.16). Ulteriore criterio di inclusione era un punteggio al MMSE, corretto per età e scolarità, $\geq 20.0 / 30$. Nella prima fase del test l'esaminatore nasconde tre oggetti in altrettanti punti della stanza, in presenza del paziente; dopo circa mezz'ora gli chiede di rievocare i tre oggetti ed i luoghi dove sono stati posti. Il punteggio va da 0 a 13 (maggiore è lo score, migliore è la prestazione), e la durata totale è di circa un minuto.

RISULTATI

Le caratteristiche demografiche dei cinque gruppi di studio sono risultate sovrapponibili. La prestazione al MMSE è risultata migliore per i DCS e peggiore per gli AD rispetto agli MCI, senza differenze tra i tre sottotipi di MCI. Al TTO i DCS hanno ottenuto un punteggio migliore rispetto a tutti gli altri gruppi eccetto gli MCI non-a, e gli AD uno score peggiore rispetto agli MCI non-a, ma non rispetto alle altre due tipologie di MCI, i cui punteggi risultavano tra loro sovrapponibili. L'analisi tramite curve ROC ha evidenziato un overlap tra il MMSE (AUC .88, IC95% .78-.97) e il TTO (AUC .86, IC95% .77-.95) nel discriminare tra DCS e pazienti con AD o MCI mentre il TTO (AUC .94, IC95% .00-1.0) è risultato superiore al MMSE (AUC .88, IC95% .77-.99) nel discriminare tra DCS e MCI amnesici, selettivi o meno (Figura 1B). Infine, dal calcolo dei coefficienti r di Pearson è emersa una forte correlazione tra TTO e test di memoria episodica ($r= 0.73$, $p= 0.000$).

CONCLUSIONE

I nostri dati suggeriscono che il TTO possa essere utilizzato come test di screening in alternativa al MMSE senza perdere in accuratezza (con particolare riferimento ai deficit mnesici) e con notevole risparmio di tempo ed energie. Esso appare, inoltre, promettente anche come alternativa time-sparing ai test di memoria tradizionali.

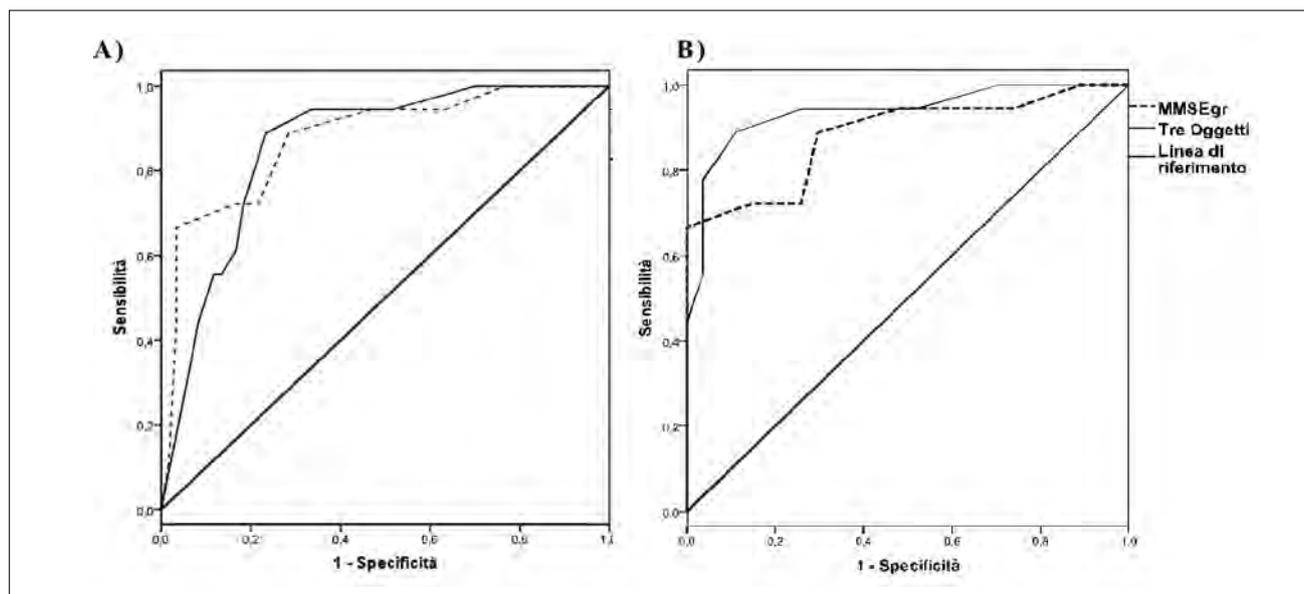


Figura 1. Curve Receiver Operating Characteristics (ROC) per il Mini Mental State Examination ed il Test dei Tre Oggetti come predittori della condizione di Deficit Cognitivi Soggettivi rispetto a (A) Demenza di Alzheimer o Mild Cognitive Impairment (MCI) e (B) MCI amnesico o amnesico plus.

UN BADANTE DI NOME NAO: PUÒ LA COMPLESSITÀ DELLA DEMENZA METTERE IN CRISI LA LINEARITÀ DI UN ALGORITMO?

Marchese Giuseppe¹, Cruciata Sandra²

¹Responsabile U.V.A. ASP Trapani

²Psicologa Psicoterapeuta Sistemico Relazionale

OBIETTIVO

L'intelligenza artificiale (IA) applicata alla robotica concentra attualmente grandi investimenti economici ed intelligenze umane, nel tentativo di spingere le prestazioni dei robot verso mete sempre più avveniristiche. Una sfida certamente impegnativa è quella che tenta di accostare le capacità computazionali e le prestazioni della macchina a quella che viene indicata come risposta "etica" che meglio rispecchia l'analisi dei dati, la valutazione delle alternative possibili, e la scelta della risposta che è in grado di compiere l'essere umano. La nostra riflessione nasce dal fatto che, recentemente, è stato presentato un prototipo di robot capace di agire secondo quello che gli stessi autori definiscono un principio "etico". Si tratta di un robot umanoide, attualmente disponibile su scala semindustriale, che viene utilizzato da molti ricercatori come piattaforma per lo sviluppo di programmi di IA. Il suo nome è NAO. Ad oggi le scelte "etiche", che il robot può compiere, riguardano un numero limitato di opzioni. Solo per citare qualche esempio: nel caso in cui un paziente non ha assunto la terapia farmacologica prescritta, e, dichiara la sua intenzione di non assumerla, a Nao verrebbe affidato il compito di ponderare con precisione il valore e dunque il peso da attribuire all'autonomia decisionale del paziente a fronte delle conseguenze che tale scelta potrebbe determinare sulla salute del paziente stesso. Fatta tale analisi dei dati, Nao potrebbe dunque "decidere" di continuare a ricordare al paziente la necessità di assumere la terapia.

Gli autori del programma, convinti della capacità di Nao di compiere scelte "etiche", ne prevedono un utile impiego anche nel campo dell'assistenza agli anziani.

Pur incuriositi dal lavoro che sostiene progetti tanto ambiziosi, continuiamo a ritenere che, ancora oggi, scelte che affondano le loro radici sulla *interconnessione* di *ragione* ed *etica responsabile* possono essere compiute soltanto dagli esseri umani, anche a prezzo di incorrere in errore.

METODI

Riflessioni tratte da un caso clinico

La signora Maria

"...Ha invitati?.." le chiesi, trovando nella stanza una tavola imbandita.

"Sì...vede quante persone ci sono?" rispose. I suoi gesti mi indicavano lo schermo del televisore in cui circa 8-10 persone disposte in cerchio stavano conversando.

Pensai, o, credetti di comprendere che considerava reali le immagini proiettate dallo schermo. Poi tornai a pensarci.

In quel momento la mia paziente si trovava impegnata ad "accordare" diverse istanze: la sua proverbiale generosità, la sua convinzione che i percetti sperimentati e provenienti dalla Tv coincidessero perfettamente con una reale esperienza di vita da lei vissuta in quel momento, la necessità di valutare e conseguentemente adottare un comportamento consono e sintonico con quanto la cultura e la sua stessa educazione prevedono. Per queste ragioni preparare una "bella tavola" era certamente la migliore delle scelte possibili, al fine di accogliere le persone presenti nella casa. Da sempre, infatti, chi andava a trovarla

non poteva andare via senza prima aver accettato un biscotto, un caffè, una fetta di torta.

Dal mio canto l'equazione tanto familiare, che mi spingeva a considerare che a struttura alterata corrisponde una funzione alterata, mi aveva indotto ad ascrivere il comportamento della paziente ad una delle tante alterazioni cognitive e/o bizzarrie comportamentali prodotte dalla demenza.

Solo dopo fu possibile supporre che, la signora Maria, aveva integrato i dati provenienti da immagini *bidimensionali* e *dinamiche* provenienti dal televisore con un diverso bagaglio di informazioni appartenenti a conoscenze del mondo che non solo la mia paziente, ma, tutti noi possediamo. È difficile dire se, per rendere reali e presenti le immagini televisive, il cervello della signora Maria avesse la necessità di rielaborarle fino a renderle tridimensionali, ma, certamente, non sarebbe bastato aggiungere informazioni non contenute in una scena bidimensionale come ad esempio quelle riguardanti la profondità.

Sembrava esistere anche il bisogno di eliminare le dissonanze prodotte dalla rottura di alcuni vincoli propri del nostro sistema percettivo.

Talune contraddizioni, come ad esempio quelle prodotte dall'assenza di ogni mutamento della scena al modificarsi del punto di vista dell'osservatore, o, ancora, la presenza contemporanea di due spazi di cui uno indifferente alla sua stessa presenza (spazio dello studio televisivo) e l'altro in cui le azioni della signora Maria generavano percezioni coerenti con le sue stesse aspettative, semplicemente sembravano non esistere.

CONCLUSIONI

La nostra possibilità/capacità di conoscere il mondo rimanda alla capacità di elaborazione delle informazioni che le reti neuronali del SNC hanno. Il cablaggio di tale reti è prodotto del costante processo di modulazione e scambio tra geni ed ambiente.

L'architettura e le strutture che sostengono i processi di conoscenza, e, che precedono ogni esperienza, sono espressione di un modello evolutivo, che le ha selezionate e plasmate secondo i criteri di vantaggio per la specie.

Gli adattamenti di qualunque essere vivente, siano essi somatici o comportamentali, possono essere considerati risultato di un percorso evolutivo che necessita, per gli individui esistenti, di una costanza dell'ambiente in cui si troveranno a vivere.

L'ipotesi di *costanza* dell'ambiente esterno consentirebbe ai geni di tracciare il progetto di strutture che, verosimilmente non potranno più essere modificate nel corso dell'esistenza del singolo uomo.

Con riferimento a strutture e processi della visione, nel tentativo di semplificare, potremmo dire che il progetto genetico che sostiene la sintesi dei coni e dei bastoncelli nasce dall'*ipotesi* che la radiazione luminosa del sole conterrà ancora lo spettro del visibile quando quel progetto verrà realizzato.

Tutti condividiamo che, se dallo spettro della luce solare fossero eliminate le frequenze a cui i nostri coni e bastoncelli rispondono, tutti gli esseri umani diventerebbero ciechi. Riteniamo altrettanto plausibile l'idea che, se la specie umana disponesse di un congruo tempo evolutivo, si selezionerebbero individui *adattati* ed *adatti* al nuovo ambiente, purché capaci di garantire la sopravvivenza della stessa specie.

Non avremmo ragione alcuna per supporre che la costruzione della nostra mente segua regole e leggi diverse. E, anche in questo caso, il presupposto dell'invarianza dell'ambiente giocherebbe un ruolo fondamentale nella dotazione cognitiva ed emozionale disponibile a ciascun uomo. Nelle persone in cui il declino cognitivo è iniziato, ma viene ancora mantenuta la necessità di attribuzione di senso alla propria esperienza, la progettazione e la costruzione di oggetti che mimano artificialmente esperienze e/o ambienti reali, nel nostro caso la Tv, o che simulano le relazioni di "care" tra le persone, come nel caso di NAO, sembrerebbe avere il potere di produrre un effetto paradossale. Il bisogno di investire in ricerca e soluzioni che possano migliorare e/o facilitare

i compiti di assistenza dell'anziano deve necessariamente considerare e rispettare il bisogno di attribuzione di *senso* alle esperienze che ciascun uomo vive; in questo caso, ancora una volta, si tratta di un *senso* "complesso" che racchiude cognizioni, affetti, sincronie e diacronie del tempo, dello spazio e delle storie, e che si traducono anche in scelte e condotte. Nel caso di pazienti affetti da decadimento cognitivo, tutto ciò diventa difficilmente codificabile e prevedibile poiché è grande la mutevolezza delle *risonanze* che un surrogato è in grado di generare nel cervello e nella mente in cui mutano progressivamente le costanti che sostengono riconoscimento ed attribuzione di significato alle esperienze ed alle scelte. Potremmo dunque concludere che la complessità della demenza ancora adesso supera il pur seduttivo potere di rassicurazione contenuto in un algoritmo.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson M, Anderson S. Il buon robot, Le Scienze, Dicembre 2010.
- Eibl-Eibesfeldt I. Etologia umana. Le basi biologiche e culturali del comportamento, Bollati Boringhieri, 2001.
- Marcus GF. The birth of the mind: how a tiny number of genes creates the complexities of human thought, New York: Basic Books, 2004.
- Russel S, Norvig P. Intelligenza Artificiale 3/Ed. Vol.1 – Un Approccio Moderno (Vol.1 of italian translation of Artificial Intelligence: A modern Approach, third edition) Rome: Pearson Italia, 2010.
- <http://www.aldebaran-robotics.com>

VALUTARE E TRATTARE IL DOLORE IN LUNGODEGENZA

Mari Marcello¹, Neri Davide², Massignani Paola³

¹Geriatra, U.O.S.D. Lungodegenza Ospedale di Valdagno (VI), ULSS 5 Ovest Vicentino

²Infermiere, U.O.S.D. Lungodegenza Ospedale di Valdagno

³Coordinatore Infermieristico, U.O.S.D. Lungodegenza Ospedale di Valdagno

SCOPO

Al momento del ricovero del paziente un'accurata valutazione della sintomatologia dolorosa è essenziale perché può evidenziare problemi correlati al dolore e rendere possibile la pianificazione di una più efficace terapia; a tale scopo in Lungodegenza viene compilata una scheda per l'accertamento multidimensionale del dolore e quotidianamente misurata l'intensità del dolore attraverso la scala numerica (NRS) o la scala PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia).

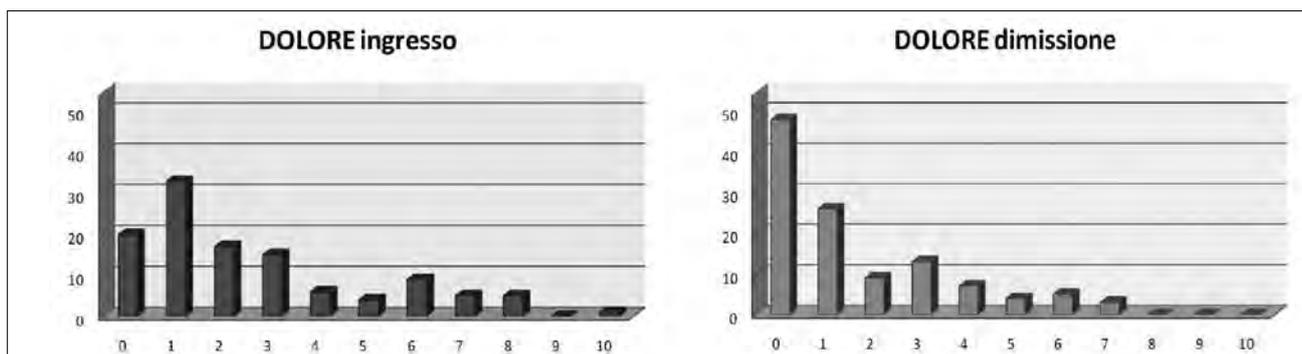
MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 115 pazienti (75 femmine e 40 maschi) di età media di 78 anni, ricoverati nell'anno 2010 presso il reparto di Lungodegenza di Valdagno, provincia di Vicenza. Per ciascun paziente è stato misurato il sintomo dolore per un minimo di 3 rilevamenti giornalieri attraverso la scala NRS (0-10) oppure la scala PAINAD (0-10) per le persone che non riescono a verbalizzare o comunicare. In aggiunta alla misurazione dell'intensità è stata compilata una *scheda* di valutazione multidimensionale del dolore che permette di rilevare altri parametri correlati al sintomo-segno dolore: peso, dieta, sede ed irradiazione del dolore, tipologia, durata e caratteristiche temporali, fattori scatenanti/aggravanti, fattori allevianti, effetti derivanti dal dolore sulla qualità della vita ed eventuali trattamenti precedenti.

RISULTATI

Tra i 115 pazienti esaminati, nelle prime 48 ore dall'ingresso in reparto, il 21% ha riferito dolore di intensità superiore a 4 (1 paziente:10 - 5 pazienti: 8 - 5 pazienti:7 - 9 pazienti: 6 e 4 pazienti:5); solo il 17,3% ha riferito nessun dolore.

NRS/PAINAD	ingresso		dimissione	
	N	%	N	%
0-2	70	60.8	83	72.2
3-4	21	18.2	20	17.4
5-7	18	15.6	12	10.4
8-10	6	5.2	0	0



Nelle ultime 48 ore pre-dimissione il 10% dei pazienti ha presentato un'intensità di dolore superiore a 4 (3 pazienti:7 - 5 pazienti: 6 e 4 pazienti:5): questo dato evidenzia una riduzione del 50% del dolore moderato-grave. Il 41.7% dei pazienti dimessi ha riferito di non provare dolore.

CONCLUSIONI:

L'adozione di queste scale di misurazione e l'utilizzo della scheda del dolore hanno permesso di dare una risposta specifica per la tipologia di dolore espressa dal paziente. La valutazione del dolore nei suoi molteplici aspetti ci ha permesso di trattare anche sintomi correlati alla sintomatologia dolorifica, come insonnia, diminuzione dell'appetito, astenia, deterioramento dei rapporti con gli altri e labilità emotiva

INTERVENTO DOMICILIARE NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI DELLA PERSONA CON DEMENZA

Marini Zeudi³, Buzzo Amedeo¹, Ferrazzi Cinzia², Fricia Tiziana², Lorico Fabio², Marinangeli Luigi², Melan Paola³, Pradelli Samantha³, Terrassan Lauretta³, Zerilli Mario³

¹Centro per il Decadimento Cognitivo, Uo c. Cure Complesse; ULSS 3, Bassano del Grappa

²Centro per il Decadimento Cognitivo, Uo c. Geriatria; ULSS 3, Bassano del Grappa

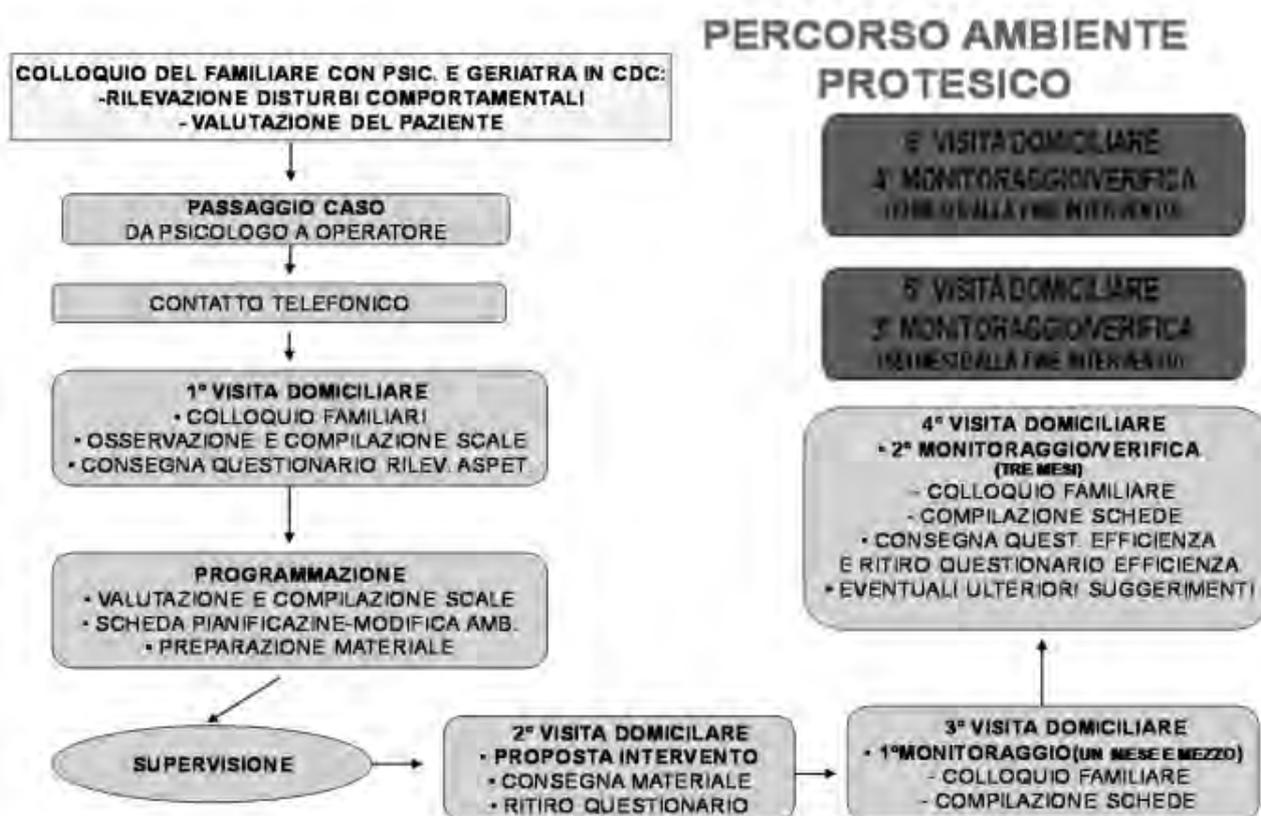
³Centro per il Decadimento Cognitivo, S.S. Dip. Neuropsicologia ULSS 3, Bassano del Grappa

SCOPO

C'è un'ampia evidenza in letteratura che i comportamenti disfunzionali agiti dalle persone con demenza abbiano una genesi multifattoriale (Algase et al., 1996). Non è infatti unicamente il substrato neuroanatomico a creare difficoltà di interazione con l'ambiente, ma anche altri fattori come la salute fisica, la personalità, la storia di vita e l'ambiente fisico e sociale (Kitwood, 1997). Lo scopo del nostro intervento è quello di rilevare tali fattori ed agire su di essi per ridurre i comportamenti disfunzionali, e migliorare la loro gestione da parte dei famigliari.

MATERIALI E METODI

Il modello concettuale di riferimento è quello proposto da Gitlin et al., 2000 ed Algase et al, 1996 (*Needs-Driven Behaviours*). Gli utenti che afferiscono al Centro decadimento Cognitivo (*per visite diagnostiche, di cura o valutazioni per assegni di cura*) possono beneficiare di interventi personalizzati al proprio domicilio di un operatore formato. Nella figura sotto viene illustrato il percorso complessivo. Gli strumenti utilizzati per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia dell'intervento sono: *MMSE, Adas cog, CDR, ADL, IADL, NPI, BANSS, DAD*. I materiali utilizzati per la rilevazione delle modifiche ambientali sono stati creati ad hoc sulla base delle recenti evidenze in letteratura.



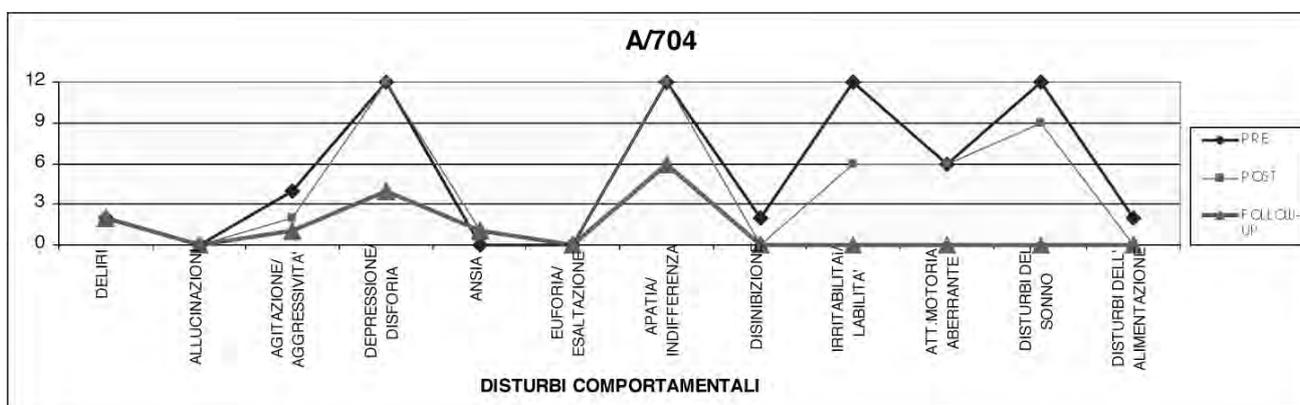
RISULTATI

L'intervento sul caso singolo mostra di avere effetti positivi sia in termini di riduzione dello stress dei familiari, sia in termini di riduzione delle problematiche comportamentali (vedi NPI nel grafico sotto). E' in corso d'opera la valutazione di efficacia e dell'efficienza dell'intervento su campione.

CONCLUSIONE

Come suggerito dalle Linee guida internazionali (IPA) e italiane (AIFA), gli interventi non-farmacologici che agiscono sull'ambiente fisico e sociale dovrebbero essere la scelta privilegiata nel trattamento delle problematiche comportamentali. Questo tipo di intervento che poggia su solidi modelli teorici, potrebbe essere una risposta efficace nel garantire una riduzione dei disturbi comportamentali e favorire una migliore assistenza a domicilio.

Ulteriori indagini sono necessarie per verificarne l'efficacia sul gruppo e l'efficienza in una logica di servizi.



VITAMINA D E STATO FUNZIONALE-COGNITIVO IN UN GRUPPO DI CENTENARI DEL VERBANO-CUSIO-OSSOLA

Massaia Massimiliano², Morabito Daniela¹, Isaia Gianluca³, Seccia Loredana¹, Fabiano Maria¹, Basaglia Paolo¹, Di Stefano Fabio¹

¹Struttura Operativa Complessa di Geriatria ASL VCO – geriatria.om@aslvc.it

²AOU San Giovanni Battista di Torino, Cattedra di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso, Università di Torino

³San Luigi Gonzaga di Orbassano, Cattedra di Geriatria, Università di Torino

SCOPO

Il presente lavoro ha come obiettivo principale quello di valutare in una popolazione di centenari le correlazioni tra stato cognitivo e capacità di autonomia ed il ruolo della Vitamina D sulle abilità funzionali e cognitive.

METODI

Il campione studiato è una popolazione di 51 ultracentenari (44 femmine) residenti nella provincia del VCO. Tali pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione cognitiva (MMSE) e funzionale (ADL, IADL) e ad un prelievo ematico volto a determinare i valori sierici di 25-OH vitamina D.

RISULTATI

Dai dati raccolti, sintetizzati in tabella I, si evince come il MMSE correli in modo statisticamente significativo con ADL e IADL a conferma del fatto che i centenari con cognitività maggiormente conservata mantengono una migliore autonomia funzionale anche nelle attività più complesse. La vitamina D sembra invece influenzare positivamente le capacità motorie ($p=0.035$) mentre non sembra correlare con il MMSE.

CONCLUSIONI

Il nostro studio, in maniera concorde con i dati presenti in letteratura (Nakamura K et al. J Bone Mineral Metab 2005), evidenzia come i valori più elevati di vitamina D sembrano essere in grado di mantenere una migliore performance motoria, mentre una migliore capacità cognitiva (MMSE) risulta essere fondamentale nel mantenere una migliore autonomia nelle attività strumentali.

In letteratura, su popolazioni di età differenti da quella osservata in questo studio, vi sono dati che indicano una correlazione tra i valori di vitamina D e capacità cognitive, per quanto riguarda le donne (Annweiler C et al. Neurology 2010), mentre i dati riguardanti gli uomini sono meno significativi (Slinin Y et al. Neurology 2010). Nel nostro campione i livelli sierici di vitamina D non mostrano alcuna correlazione con le capacità cognitive sia negli uomini che nelle donne e pertanto l'effetto apparentemente protettivo della vitamina D sembra svanire in questa fascia di età.

Tabella 1

		ADL	IADL	MMSE	Vit. D
ADL	R	1,000	,649	,710	,335
	p	.	,000	,000	,035
IADL	R	,649	1,000	,726	,287
	p	,000	.	,000	,072
MMSE	R	,710	,726	1,000	,213
	p	,000	,000	.	,219
Vit. D	R	,335	,287	,213	1,000
	p	,035	,072	,219	.

L'OUTCOME ALLA DIMISSIONE È CORRELATO ALLE CARATTERISTICHE CLINICHE E FUNZIONALI ALL'INGRESSO NEI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE

Mazzola Paolo¹, Bellelli Giuseppe^{1,2}, Corsi Maurizio¹, Baccella Pamina¹, Castoldi Giuseppe³, Zatti Giovanni³, Annoni Giorgio¹

¹*Clinica Geriatria, Università degli Studi Milano-Bicocca*

²*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

³*Clinica Ortopedica, Università degli Studi di Milano-Bicocca*

OBIETTIVO E SCOPO DELLO STUDIO

Negli ultimi anni, il management ortopedico-geriatrico (Ortogeriatria) è divenuto una modalità di approccio consolidato, ancorché non troppo diffuso, per i pazienti anziani con frattura di femore prossimale (FFP)¹. Scopo del nostro studio è valutare gli outcome alla dimissione in una popolazione di anziani ricoverati presso la sezione di Ortogeriatrics (OGS) della Struttura Complessa di Geriatria dell'Ospedale S. Gerardo di Monza per FFP.

Materiali e metodi

Sono stati considerati tutti i soggetti dimessi consecutivamente dalla OGS nel periodo marzo 2007- dicembre 2010 con diagnosi di FFP. Per tutti sono state registrate le caratteristiche cliniche all'ingresso, i tempi critici di gestione, l'insorgenza di eventuali complicanze e gli esiti alla dimissione (rientro al domicilio in regime di Assistenza Domiciliare Integrata, trasferimento in istituto di Riabilitazione, trasferimento in RSA, decesso). L'analisi statistica è stata effettuata con software PASW Statistics 18.

Risultati

I pazienti sono stati raggruppati in due gruppi a seconda che siano stati dimessi in strutture di riabilitazione o reputati non idonei per riabilitazione, istituzionalizzati o deceduti (Tabella 1). Si noti che i pazienti trasferiti in riabilitazione avevano un'età media significativamente inferiore, erano più frequentemente autonomi prima del ricovero ed una minor percentuale di soggetti aveva una pre-esistente diagnosi di demenza rispetto al gruppo 2. Inoltre il gruppo 1 ha sperimentato una minor incidenza di complicanze post-operatorie, seppur non statisticamente significativa, ed ha avuto una ospedalizzazione più breve. Infine, l'incidenza di delirium è stata maggiore nel gruppo 2 con un effetto che potremmo definire "dose-dipendente" (cioè tanto più durato tanto peggiore è stato l'outcome) (Tabella 1)

CONCLUSIONE

L'esito alla dimissione è influenzato sia dalle caratteristiche di base del paziente (in particolare dal livello di autonomia funzionale antecedente e da una pre-esistente diagnosi di demenza) che dagli indici di gestione (in particolare dal tempo che intercorre tra il ricovero e l'intervento). Tra le complicanze, la presenza e la persistenza del delirium³ si associano all'outcome peggiore. Ciò ribadisce l'importanza non solo di un corretto assessment all'ingresso per riconoscere i pazienti a più alto rischio, ma anche del rispetto dei tempi critici di gestione come suggerito dalle principali linee-guida internazionali⁴.

Tabella 1

	Trasferiti in riabilitazione (gruppo 1, n=294)	Istituzionalizzati o deceduti o non idonei per riabilitazione (gruppo 2, n=41)	p
Età, anni	83.1±6.2	86.3±7.7	.004
Sesso femminile, n (%)	238 (81.0)	33 (80.5)	.54
Tipo di frattura			
Collo femorale, n (%)	140 (51.5)	19 (57.6)	
Petrocanterica, n (%)	101 (37.1)	11 (33.3)	.79
Subtrocanterica, n (%)	31 (11.4)	3 (9.1)	
Autonomia funzionale pre-frattura			
Completa, n (%)	131 (45.5)	5 (13.2)	
Parziale, n (%)	92 (31.9)	12 (31.6)	<.0005
Totale dipendenza, n (%)	65 (22.6)	21 (55.3)	
Charlson Comorbidity Index	3.1±2.3	3.7±2.4	.18
Stato cognitivo			
Demenza pre-esistente	81 (27.6)	23 (56.1)	
Deficit cognitivo all'assessment	67 (22.8)	6 (14.6)	.001
ASA score	2.7±0.5	2.9±0.6	.008
Tempo ricovero in PS-intervento (giorni)	2.9±1.8	4.1±3.9	.002
Complicanze maggiori	1.4±1.1	1.7±1.6	.11
Delirium, n (%)			
Assente	217 (89.7)	25 (10.3)	
Solo post-operatorio	56 (87.5)	8 (12.5)	.03
Pre-post operatorio	21 (72.4)	8 (27.6)	
Degenza totale (giorni)	14.5±5.2	17.3±9.6	.007

BIBLIOGRAFIA

- ¹Friedman SM, Mendelson DA, Kates SL, McCann RM. Geriatric Co-management of proximal femur fractures: total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population. *JAGS*. 2008; 56:1349-56.
- ²Mazzola P, De Filippi F, Castoldi G, Galetti P, Zatti G, Annoni G. A comparison between two co-managed geriatric programmes for hip fractured elderly patients. *Aging Clin Exp Res*. 2010; in press.
- ³Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48:618-24.
- ⁴SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of hip fracture in older people, update June 2009. www.sign.co.uk

IL RUOLO DELL'UVA NELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA E PROGNOSTICA DELLA DEMENZA, DALL'OSPEDALE PER ACUTI AL TERRITORIO. UN CASO CLINICO

Mello Anna Maria¹, Mossello Enrico¹, Simoni David¹, Baroncini Caterina¹, De Cristofaro Maria Teresa², Cavallini Maria Chiara¹, Ballini Elena¹, Zaffarana Nicoletta¹, Pieraccioli Mariachiara¹, Morrione Alessandro¹, Giulietti Chiara¹, Marchionni Niccolò¹

¹Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze.

²SOD di Medicina Nucleare Biomolecolare, DAI Diagnostica per Immagini, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze.

SCOPO

Presentare un caso esemplificativo del ruolo dell'UVA fin dal ricovero in Terapia Intensiva nella valutazione diagnostica e nelle conseguenti scelte terapeutiche relative ad anziani con disturbi cognitivi.

DESCRIZIONE DEL CASO

Una donna di 81 anni viene ricoverata presso la UTIC geriatria di Firenze per recidiva di edema polmonare acuto in stenosi aortica serrata e cardiopatia ischemica trivasale. All'ingresso la paziente ottiene un punteggio di 5/30 al MMSE. La valutazione cognitivo-funzionale, eseguita dai geriatri dell'UVA qualche giorno dopo l'ottimizzazione del compenso emodinamico, evidenzia un chiaro disturbo di espressione del linguaggio con anomalie frequenti, sostanziale conservazione della comprensione e memoria parzialmente deficitaria; al MMSE punteggio 12/30. I familiari riferiscono comparsa del disturbo di linguaggio circa 5 anni prima, solo nell'ultimo anno associato a peggioramento mnesico ed attentivo, con punteggio IQCODE 4,5, suggestivo di demenza; autonomia premorboza nelle BADL conservata. Alla TC cranio diffusa leucoencefalopatia vascolare sottocorticale associata a dilatazione degli spazi liquorali, maggiormente a livello dei ventricoli cerebrali. È stata posta diagnosi di Afasia Primaria Progressiva (APP) in quadro di demenza in stadio moderato. In considerazione della prognosi infausta a breve termine della valvulopatia aortica, del livello funzionale premorbozo e dell'assenza di rilevanti patologie associate, la paziente è stata sottoposta ad intervento di bypass aorto-coronarico e sostituzione valvolare aortica. Ai controlli ambulatoriali in UVA dopo la dimissione, rilievo di iniziale miglioramento cognitivo (MMSE 16/30, BADL perse 0/6, IADL perse 7/8). Sulla base del profilo cognitivo alla valutazione neuropsicologica estesa e neuroradiologico alla PET cerebrale è stata posta diagnosi di malattia di Alzheimer (variante afasia logopenica) ed intrapresa terapia con inibitori delle colinesterasi, con sostanziale stabilità cognitiva e funzionale a distanza di un anno e mezzo (MMSE 14/30, BADL perse 1/6, IADL perse 8/8).

CONCLUSIONE

Nei pazienti anziani ospedalizzati, un adeguato inquadramento diagnostico dei disturbi cognitivi e la valutazione dell'autonomia pre-morboza sono essenziali al fine di valutare correttamente la prognosi ed intraprendere le scelte terapeutiche appropriate per le patologie concomitanti. È pertanto necessaria un'integrazione tra UVA ed ospedale per acuti. In particolare l'APP deve essere presa in considerazione nella diagnosi differenziale delle demenze, anche allo scopo di non sottostimare il livello cognitivo, e conseguentemente la prognosi, con la sola valutazione cognitiva globale.

INTERVENTO CLINICO E ASSISTENZIALE AL MALATO DI DEMENZA ED ALLA FAMIGLIA: UNA PROPOSTA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE

Menon Vanda¹, Zaccherini Davide¹, Bergonzini Elisa¹, Pellacani Nazzarena¹, Severi Cecilia², Vagnini Claudio³, d'Arienzo Giuseppe⁴

¹*Centro Delegato per le Demenze Geriatrico, AUSLMO, distretto di Carpi*

²*Associazione GAFA, Carpi*

³*Direzione Sanitaria, AUSLMO, distretto di Carpi*

⁴*Area Fragilità, AUSLMO, distretto di Carpi*

INTRODUZIONE

Nelle indicazioni presenti nei diversi documenti di politica sanitaria è sempre più evidenziata l'importanza di rivolgersi direttamente ai cittadini permettendo loro di avere un accesso ai servizi sempre più rapido ed efficace.

Nel Distretto di Carpi AUSL Modena, in base alla Direttiva Regionale sulle demenze ("Progetto Demenze" del 30/12/99), già dalla fine del 1999, è presente un Centro Delegato per le Demenze Geriatrico *territoriale* (oltre ad un secondo Centro Delegato per le Demenze, *ospedaliero*, presso l'Unità Operativa di Neurologia), che si occupa della complessa gestione della patologia dementigena.

L'ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO DELEGATO PER LE DEMENZE GERIATRICO

Il nostro Centro Delegato per le Demenze distrettuale si avvale dell'opera di un'equipe multiprofessionale in cui lavorano lo specialista geriatra, lo psicologo e l'infermiere professionale.

Anche se la maggior attività si esplica in ambito consulenziale ambulatoriale, non manca un'ampia parte di lavoro specialistico extra-ambulatoriale dedicato a consulenze a reparti ospedalieri, ai vari centri diurni e case protette di competenza territoriale, al domicilio dei malati ed al Centro Diurno Specialistico "De Amicis" (per persone affette da demenza con disturbi del comportamento).

La reale collaborazione con i Medici di Medicina Generale per la gestione domiciliare del malato di demenza, è stata sancita da un accordo aziendale del nostro distretto già nel 2003, con il coinvolgimento attivo di tutti i MMG. E' stato così organizzato un ampio percorso formativo, teso sia ad approfondire gli aspetti più propriamente medici e consentire una conoscenza diretta tra gli operatori dei vari servizi, sia a realizzare un "Protocollo condiviso di intervento sul paziente con demenza".

In questo contesto di piena operatività diretta si è instaurata, fin dall'inizio della nascita del Centro Delegato per le Demenze territoriale, una collaborazione con la locale associazione di volontariato denominata Gruppo Assistenza Familiari Alzheimer (GAFA) con la quale si sono create sinergie di intervento per la formazione ed il sostegno dei familiari dei malati di demenza.

Nel 2006 l'operatività degli interventi, coordinati dal Consultorio Psicogeriatrico, viene consolidata dalla nascita del "Gruppo demenze interdisciplinare e del protocollo della gestione delle persone affette da demenza nel distretto di Carpi" di cui fanno parte, oltre al Centro Delegato per le Demenze geriatrico stesso, il Dirigente del Distretto, i Medici di Medicina Generale (MMG), le Assistenti Sociali, la Neurologia, la Psichiatria ed il Volontariato.

Sulla base delle singole competenze si è così costituito un percorso socio-sanitario per la gestione del malato sia nella presa in carico ordinaria (dal sospetto diagnostico fino all'assistenza nelle fasi terminali della malattia), sia nelle situazioni di urgenza clinica e/o sociale.

IL PROGETTO “UN ANNO INSIEME”

Da alcuni anni la fattiva collaborazione del Centro Delegato per le Demenze di Carpi e del Gruppo Assistenza Familiari Alzheimer (GAFA) ha consentito di svolgere incontri formativi/informativi e di sostegno ai familiari di pazienti con nuova diagnosi di demenza (pazienti visti per la prima volta nel corso dell'anno precedente gli incontri). Tali serate dal titolo “UN ANNO INSIEME” hanno l'obiettivo di informare i familiari dei pazienti del “problema” Demenza consentendo loro di acquisire una serie di elementi atti ad affrontare meglio la malattia del proprio caro. La presenza del Medico Geriatra è rivolta a inquadrare il problema Demenza, attraverso dati di prevalenza, di incidenza del fenomeno e di inquadramento clinico, e fornire spunti per la discussione che può spaziare dal chiedersi che cos'è la demenza o che differenza c'è tra la “demenza senile” e la “demenza di tipo Alzheimer” al domandarsi quanti tipi di demenza esistano e che cosa comportino nelle persone. Ecco allora che la discussione passa dai primi sintomi ai quadri più complessi ove il carico assistenziale (e di stress conseguente) è decisamente superiore. In particolare il Geriatra cerca di descrivere origine e manifestazioni cliniche dei problemi cognitivi e comportamentali e tenta di fornire consigli e suggerimenti, anche molto pratici, che possano consentire un corretto approccio ai disturbi. Non viene a mancare la possibilità di discutere sia di approcci farmacologici che non farmacologici alla persona affetta da demenza. La presenza dello Psicologo mira invece a far emergere gli aspetti e le difficoltà relazionali sia tra il malato ed i vari componenti della famiglia, che tra la famiglia e l'ambiente extra-familiare (vicini di casa, amici, conoscenti). Si pone l'accento, durante il percorso formativo, soprattutto su strategie di comportamento da adottare per migliorare la qualità di vita della persona affetta da demenza e dell'intero nucleo familiare.

I GRUPPI DEI FAMILIARI

Ai familiari che partecipano alle serate del progetto viene chiesta la disponibilità di una valutazione psicologica tesa a misurare la qualità della loro assistenza. Tale valutazione si esplica su diverse dimensioni: burden, senso di competenza e benessere. La somministrazione di appositi questionari permette di restituire ai familiari una valutazione della loro percezione come caregiver, della loro efficacia e delle loro difficoltà. A coloro che mostrano significative elevazioni delle scale vengono proposti percorsi psicologici individuali o in gruppo. Il centro Delegato propone due diversi gruppi di familiari caratterizzati da tempi ed obiettivi molto differenti. Il primo gruppo è rivolto a familiari che hanno avuto la diagnosi nell'ultimo anno, è un gruppo chiuso a 6-8 incontri a cadenza quindicinale ed è mirato alla maggiore acquisizione di conoscenze e ad una maggior consapevolezza dei cambiamenti conseguenti la malattia. Il secondo gruppo, aperto ed a cadenza mensile, mira ad accogliere i bisogni di coloro che assistono da anni un congiunto affetto da demenza e in cui la necessità di uscire dall'isolamento sociale e ricostruire una rete di appartenenze è prioritario.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro mira ad illustrare una metodologia di lavoro tesa a coniugare l'intervento clinico diretto ai pazienti affetti da demenza e ai loro caregiver con le attività assistenziali, mantenendo l'obiettivo prioritario di cogliere e rispondere alle esigenze sempre più diversificate di coloro che si rivolgono ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

L'MCI REVERSIBILE È UN'ENTITÀ REALE?

Mombelli Giulia, Vicini Chilovi Barbara, Riva Maddalena, Cerea Erica, Caratozzolo Salvatore, Zanetti Marina, Padovani Alessandro, Rozzini Luca

Unità di Valutazione Alzheimer, Clinica Neurologica, Università degli Studi di Brescia

SCOPO

Valutare se il *reversible MCI* sia un'entità clinica stabile e identificarne le caratteristiche.

METODI

Sulla base dell'evoluzione clinica (*progressed MCI, stable MCI, reverted MCI*) a 12 (T1) e 24 (T2) mesi in follow-up, sono state confrontate le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cognitive alla baseline di 150 soggetti affetti da *Mild Cognitive Impairment (MCI)* afferiti all'Unità di Valutazione Alzheimer della Clinica Neurologica dell'Università degli Studi di Brescia.

RISULTATI

Il 39% dei soggetti ha una diagnosi di demenza a T2 (*progressed MCI*), il 47% ha una diagnosi di *MCI* sia a T1 sia a T2 (*stable MCI*), il 9% non presenta compromissione cognitiva né a T1 né a T2 (*reverted MCI*) ed il 5% mostra assenza di compromissione cognitiva a T1 e compromissione a T2 (*temporary reverted MCI*). I *progressed MCI* presentano caratteristiche socio-demografiche e cliniche simili agli *stable MCI*, ma una maggiore compromissione cognitiva alla baseline, avendo più frequentemente punteggi MMSE inferiore a 27/30 ($p < .05$). Gli *stable MCI* mostrano un miglioramento globale a T1, ma tornano ad una condizione sovrapponibile alla baseline a T2. I *temporary reverted MCI* hanno caratteristiche socio-demografiche simili agli *stable MCI* ed un punteggio al MMSE più frequentemente maggiore di 28/30 ($p < .05$); la loro evoluzione clinica è simile a quella degli *stable MCI*, ma con punteggi cognitivi superiori. I *reverted MCI* sono più giovani e più scolarizzati rispetto agli altri gruppi di *MCI* e sono più frequentemente trattati con antidepressivi ($p < .05$). Tra le misure neuropsicologiche utilizzate, i *temporary reverted MCI* ottengono punteggi peggiori rispetto agli *stable MCI* nella rievocazione differita della memoria di prosa ($p < .05$).

CONCLUSIONE

Il *reversible MCI* è un'entità clinica instabile poiché alcuni pazienti possono tornare solo temporaneamente ad una condizione di normalità cognitiva, miglioramento verosimilmente secondario all'effetto "practice" che caratterizza anche gli *stable MCI*. La valutazione neuropsicologica alla baseline è utile nell'identificazione dei soggetti affetti da *MCI* che potrebbero tornare temporaneamente ad una condizione di normalità cognitiva mentre la depressione sembra essere associata al vero e proprio *reversible MCI*.

PATTERNS DI COMORBILITÀ IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AMBULATORIALI

Mondino Simona¹, Isaia Gianluca¹, Nobili Giulia¹, Fonte Gianfranco¹, Mastrapasqua Annalisa¹, Cataldi Mario², Massaia Massimiliano¹

¹*Dipartimento di discipline Medico-Chirurgiche, Sezione di Geriatria, Università di Torino*

²*Dipartimento di Scienze Informatiche, Università di Torino*

Scopo

Valutare l'eventuale presenza di patterns di comorbilità e multimorbilità nei pazienti afferenti all'ambulatorio dell'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) del reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino.

In questo lavoro vengono presentati i dati preliminari ottenuti dall'analisi di un campione rappresentativo di tale popolazione.

Materiali e metodi

Il presente studio è di tipo retrospettivo osservazionale. I dati sono stati raccolti dall'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti affluiti al nostro ambulatorio in un periodo di tempo che va dal gennaio 2000 al dicembre 2010. Per il presente lavoro sono stati analizzati i dati dei primi 264 pazienti presi in considerazione.

Per ciascun paziente sono stati raccolti i dati anagrafici, la situazione socio-economica, l'anamnesi patologica e farmacologica, i punteggi ottenuti ai test neuropsicologici e la diagnosi di dimissione.

Le patologie che corrispondevano ad uno o più dei seguenti requisiti: essere una condizione permanente, essere causata da un'alterazione patologica non reversibile o che richieda un ciclo riabilitativo od un lungo periodo di cure, sono state considerate come croniche. Alla fine tali patologie sono state classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Patologie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nona revisione.

I patterns di comorbilità sono stati valutati mediante un'analisi di cluster di tipo statistico dei dati acquisiti. E' stato utilizzato il metodo EM (Expectation Maximization) che permette, attraverso un approccio di tipo iterativo, di determinare su base probabilistica dei clusters all'interno dei dati di analisi.

Risultati

Il modello statistico ha evidenziato la presenza di tre clusters principali. Al primo cluster appartengono il deterioramento cognitivo lieve a genesi vascolare, le patologie neoplastiche e gastroenterostinali. Il secondo cluster associa alle principali forme di demenza (malattia di Alzheimer e Demenza Vascolare) una lunga serie di malattie croniche, quali l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, le malattie cardio- e cerebro-vascolari, la BPCO, ed il diabete mellito. Da notare infine come la depressione risulti essere un fattore indipendente rispetto agli altri presi in esame, andando a configurare da sola il terzo cluster.

Conclusione

L'analisi delle comorbilità mediante un approccio di clustering suggerisce un'associazione tra patologie che risulta andare oltre il caso. Tali evidenze possono risultare utili al clinico anche nella sua pratica quotidiana, che in questo modo può comprendere meglio le relazioni esistenti tra patologie coesistenti e focalizzarsi su specifici target di intervento.

MENTAL TRAINING E DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE: ESPERIENZA IN UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER

**Nobili Giulia, Mondino Simona, Isaia Gianluca, Gallina Roberto, Bernardi Andrea,
Mastrapasqua Annalisa, Massaia Massimiliano**

Dipartimento Discipline Medico Chirurgiche, Sezione Geriatria, Università di Torino.

SCOPO

Lo scopo dello studio è di valutare la risposta clinica, dopo somministrazione di esercizi di mental training, in soggetti affetti da deterioramento cognitivo lieve.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 17 pazienti, afferenti all'ambulatorio UVA di psicogeriatria dell'AOU San Giovanni Battista di Torino nel periodo tra Maggio e Novembre 2010, cui è stata posta diagnosi alla prima visita di deterioramento cognitivo di grado lieve (MCI). I soggetti arruolati dovevano possedere una scolarità minima di 5 anni e non avere mai utilizzato precedentemente farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi o memantina; è stata richiesta la presenza di un caregiver informale per la supervisione dello svolgimento degli esercizi. I pazienti sono stati sottoposti al momento della diagnosi ad una valutazione neuropsicologica che prevedeva la somministrazione di: MMSE, test del breve racconto di Babcock, test della fluenza verbale per lettera e per categorie semantiche, test delle matrici attenzionali e test dell'orologio. Dopo aver ottenuto il consenso alla partecipazione allo studio è stato consegnato ai pazienti il plico degli esercizi di mental training "Esercizi di riabilitazione cognitiva nel decadimento senile" ideato dalla Fondazione Maddalena Grassi di Milano, da effettuare durante 4 settimane successive. Al termine del training è stata nuovamente somministrata la batteria dei test neuropsicologici.

E' stata condotta un'analisi descrittiva delle variabili continue ed un'analisi di frequenza delle variabili categoriche; i risultati sono stati corretti per età e scolarità ed è stato eseguito il test di Wilcoxon per un confronto dei risultati prima e dopo il training.

RISULTATI

I soggetti arruolati (M=8, F=9) avevano un'età media di 77,6 anni (DS \pm 5,3) ed una scolarità media di 10,9 anni (DS \pm 4,8). Per quanto riguarda l'aderenza al protocollo il 77% dei pazienti ha svolto più del 75% degli esercizi (7 pazienti hanno svolto in maniera completa il training). I punteggi medi dei test somministrati al basale e post-training sono stati i seguenti: MMSE 25,79 (DS \pm 2,45) e 27,26 (DS \pm 1,96), $p=0.016$; test di rievocazione verbale 8,85 (DS \pm 4,44) e 12,37 (DS \pm 4,99), $p= 0,001$; fluenza fonemica 26,71(DS \pm 9,53) e 31,29 (DS \pm 12,87), $p=0,012$; fluenza semantica 33,59 (DS \pm 8,19) e 37,82 (DS \pm 8,55), $p=0,004$; matrici attenzionali 50,35 (DS \pm 9,13) e 53,65 (DS \pm 7,11), $p=0,009$; test dell'orologio 9,94 (DS \pm 2,28) e 11,06 (DS \pm 2,08) $p= 0,019$.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio, sebbene ottenuti su un esiguo campione di pazienti e dopo una rivalutazione neuropsicologica prematura, dimostrano punteggi di performance cognitiva migliori post-training che possono essere incoraggianti nell'ottica di un eventuale protocollo di riabilitazione cognitiva da ripetere in maniera ciclica nel tempo.

SPERIMENTAZIONE DI UNA METODOLOGIA INTEGRATA DI ANALISI DEI BISOGNI E DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE PER RIDURRE IL CARICO ASSISTENZIALE ED I LIVELLI DI STRESS DEL CAREGIVER DEI PAZIENTI MALATI DI ALZHEIMER NEL TERRITORIO DELL' "ENTE DI AMBITO SOCIALE 28 ORTONESE"

Nuccetelli Francesco¹, Coccione Antonella², Pennatini Miriam²

¹*Centro di Salute Mentale di Ortona, Ambulatorio Psicogeriatrico, Distretto Ortona*

²*Comune di Ortona, Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese"*

SCOPO

Il Comune di Ortona in integrazione con l'Ambulatorio Psicogeriatrico del CSM Ortona - Distretto Ortona ha avviato una metodologia di lavoro per valutare i livelli di stress correlabili al carico assistenziale che grava sui familiari che si prendono cura di persone anziane affette da demenza e quindi rispondere ai bisogni di salute di questi.

MATERIALI E METODI

I caregiver sono stati sottoposti ad un colloquio, alla somministrazione del *Caregiver Burden Inventory*, ad una *Valutazione Rapida dello Stress* per ottenere un profilo del carico assistenziale in vari domini e l'autovalutazione dello stesso in termini di stress.

RISULTATI

Dallo studio è emerso che il maggior carico di lavoro e la sensazione di aver perso una persona cara determinano in chi deve assistere il malato di Alzheimer sentimenti di ansia e depressione.

CONCLUSIONE

Lo studio ha confermato la necessità di sostenere il *caregiver* e la famiglia dei malati di Alzheimer, di conseguenza l' "Ente di Ambito Sociale 28 Ortonese" ha applicato una rete di interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si facevano carico della cura e dell'assistenza, sviluppando metodologie integrate di valutazione e predisposizione di piani assistenziali individualizzati.

IL TRATTAMENTO CON ANTIPSICOTICI DEPOT NEL PAZIENTE ANZIANO: UN PROBLEMA DIMENTICATO?

Gianfranco Nuvoli, Denise Lombardi

CSM distretto 12 ASL 3 Genovese

SCOPO

Riportiamo i dati di uno studio compiuto su 36 pazienti ultrasessantenni in terapia con antipsicotici depot, utenti del CSM distretto 12 dell'ASL3 genovese.

Attraverso un'analisi socio-demografica e dei percorsi di cura scelti, il presente lavoro si pone l'obiettivo di delineare un quadro completo di questi pazienti nel tentativo di promuovere nel CSM riflessioni, approfondimenti e scelte operative adeguate.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 36 pazienti ultrasessantenni in carico al CSM, ai quali nel mese di novembre 2009 è stata somministrata almeno una dose di terapia antipsicotica depot.

L'indagine si è poi concentrata sulla raccolta di alcuni dati socio-demografici (età, sesso, stato civile, condizione abitativa) e clinici (anno di presa in carico da parte del CSM, tipo di depot, durata del trattamento depot, terapia farmacologica associata, fase di malattia, dimensione psicopatologica, diagnosi, patologie organiche associate, ricoveri in SPDC nel 2009, numero di contatti non farmacologici con il CSM, numero di pazienti seguiti da CD o altre strutture).

RISULTATI

La prima considerazione da fare riguarda il campione oggetto di studio costituito da 36 pazienti: 12 uomini e 24 donne. Le donne sono esattamente il doppio degli uomini, tale dato può essere in parte legato alla maggiore aspettativa di vita delle donne rispetto a quella degli uomini nella popolazione generale ed a dati socio-ambientali.

Con l'analisi dello stato civile e della condizione abitativa abbiamo rilevato una netta prevalenza dei pazienti celibi/nubili, che sono il 42% rispetto al totale dei pazienti in studio. In particolare è stato osservato che le donne hanno una maggiore facilità a staccarsi dalla famiglia di origine per crearsene una propria.

L'analisi dei dati preliminari ha messo in evidenza, per quanto riguarda il tipo di depot, un maggiore utilizzo di Aloperidolo decanoato, che riguarda il 44% dei pazienti in studio. Questo dato tuttavia non ci sorprende se consideriamo che per alcuni pazienti l'inizio della terapia risale agli anni '80.

Concludiamo con uno dei dati più interessanti riferito alle patologie organiche associate; ben 17 pazienti, quindi il 47% del campione, non presenta alcun tipo di patologia. Tra i 19 pazienti che presentano patologie organiche il 47% presenta patologie legate alla sfera metabolica. Questo aspetto risulta importante anche alla luce dei diversi studi condotti a tal proposito che evidenziano come le patologie metaboliche mostrino una significativa prevalenza nei pazienti schizofrenici, per i quali negli ultimi 10 anni è stato valutato un aumento della mortalità rispetto alla popolazione generale.

Infatti le recenti pubblicazioni dell'EPA (European Psychiatric Association) e dell'EASD (European Association for the Study of Diabetes) raccomandano un'attenta valutazione delle patologie metaboliche e cardiovascolari in tutti i CSM.

Conclusione

Ogni Servizio ha il compito di analizzare le proprie modalità di trattamento con l'obiettivo di monitorizzare e migliorare i servizi offerti agli utenti.

Quindi ci proponiamo, ragionando sui dati elaborati, di promuovere programmi di intervento e percorsi terapeutici, pianificando le attività cliniche con l'intento di avviare nel CSM una cultura basata sulla efficacia e la qualità dei trattamenti.

LUCI E OMBRE NELLA PRESA IN CURA PSICHIATRICA DEL PAZIENTE ANZIANO

Gianfranco Nuvoli

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL 3 Genovese

SCOPO

Le manifestazioni psicopatologiche nell'età senile, pure assai frequenti e gravi, non sempre ricevono la necessaria attenzione da parte dei sanitari. Difficoltà di tipo diagnostico e clinico, associate a convinzioni preconcepite del mondo medico e psichiatrico, rendono talora difficile l'inizio di un percorso di cura attento ed efficace.

Lo scopo del presente lavoro è di indagare la domanda di salute delle persone anziane che si rivolgono ad un C.S.M., al fine di analizzarne più attentamente i bisogni e leggere, in senso critico e costruttivo, le risposte di cure ricevute.

MATERIALI E METODI

Per lo scopo del presente lavoro sono state prese in esame tutte le prime visite di paziente non conosciuti, ultrasessantacinquenni, pervenute al CSM nel 2010. Le diverse situazioni sono state analizzate secondo parametri socio anagrafici, clinici, psicometrici mediante l'esecuzione di BPRS, GAF e HONOS.

RISULTATI

Delle oltre 700 prime visite pervenute nel 2010, 44 riguardavano pazienti ultrasessantacinquenni (8 uomini e 36 donne). I disturbi dell'umore (15 casi) rappresentano la componente percentualmente maggiore, seguiti dai disturbi bipolari e dalle psicosi.

Il decadimento psichico (come diagnosi principale) copre soltanto il 25% dei pazienti esaminati

CONCLUSIONE

La prima visita al Centro di Salute Mentale, per quanto riferita ad un piccolo numero di pazienti, evidenzia intense problematiche psicopatologiche, con alti livelli di sofferenza, diagnosi impegnative e complesse necessità di trattamento.

L'importanza delle condizioni psicopatologiche ed i complessi problemi clinici nella cura, richiedono, da parte del mondo psichiatrico un particolare sforzo culturale e scientifico per intercettare dignitosamente i problemi emotivi della terza età.

APPROCCIO DIAGNOSTICO AL PAZIENTE CON DISTURBI DEL LINGUAGGIO: DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA LA MALATTIA DI ALZHEIMER (AD) INIZIALE ED AFASIA PROGRESSIVA (PPA): ANALISI DI UN CASO CLINICO

Peditzi Emilio, Riccio Daniela, Viale Daniela, Catte Olga

Divisione Geriatria Ospedale SS Trinità, ASL n. 8, Cagliari

SCOPO DELLO STUDIO

Per afasia si intende un disturbo centrale della comprensione ed espressione del linguaggio. I disturbi del linguaggio possono essere isolati o evolvere più o meno rapidamente verso diverse sindromi dementigene; possono infatti presentarsi nelle fasi precoci di AD in circa un terzo dei casi, od in altre patologie neurodegenerative come l'afasia progressiva primaria e le sindromi fronto-temporali. Scopo dello studio è quello di sottolineare, attraverso la revisione e discussione di un caso clinico, gli elementi clinici, neuropsicologici e neuroradiologici determinanti per un'accurata diagnosi precoce ed una conseguente adeguata terapia.

MATERIALI E METODI

Il caso clinico riguarda una paziente donna, di 70 anni, casalinga, scolarità 2 anni, che giunge alla nostra osservazione in quanto da circa un anno, a seguito della morte di un figlio, presenta un disturbo del linguaggio caratterizzato da anomie per oggetti e persone e parafrasie. All'anamnesi risulta una storia di ipertensione, dislipidemia, ATS carotidea; lamenta insonnia iniziale e sintomi depressivi. Assume regolarmente: calcio-antagonisti, diuretici tiazidici, statine, antiaggreganti, antidepressivi (escitalopram 10 mg). L'esame clinico generale e neurologico è nei limiti della norma.

Presenta un deficit cognitivo al MMSE (15/30 con discalculia, conservazione della memoria di richiamo e della prassia costruttiva); ADL6/6; IADL8/8; clock drawing test 3/9. Esami ematochimici di screening nella norma. Ha eseguito TC cranio e RMN encefalo, risultate negative per atrofia. La valutazione neuropsicologica ha evidenziato difficoltà di comprensione con necessità di riformulazione delle domande, deficit di attenzione, talora scarsa pertinenza delle risposte; i seguenti test risultavano patologici: matrici attenzionali, test per valutazione della memoria a lungo termine episodica, verbale e semantica (per lettera e per categorie), Token test. L'esame SPECT cerebrale ha evidenziato: alterazione della perfusione/metabolismo della corteccia cerebrale nelle regioni frontale e parietale sinistra. Dopo 3 mesi peggioramento delle performance ai test neuropsicologici con declino prevalentemente nel linguaggio e nelle funzioni prassiche, conservazione della memoria di richiamo (MMSE 13/30); ADL ed IADL invariate; si propone terapia con inibitori delle colinesterasi (rivastigmina 4,6 mg/24h ed a seguire 9,5 mg/24). Dopo sei mesi si è evidenziato un ulteriore peggioramento delle performance cognitive (MMSE 10/30), con iniziale deficit nelle attività della vita quotidiana (es. cucinare).

RISULTATI

La paziente presentava dall'esordio disturbi del linguaggio (produzione spontanea non fluente, ridotta fluenza semantica e fonemica per categorie) associato a deficit di comprensione (Token test) e deficit cognitivo evidenziato al MMSE, con mantenimento dell'autonomia funzionale nelle ADL/IADL. La SPECT ha evidenziato un'alterazione delle regioni frontale e parietale sinistre. Per tali motivi potrebbe essere inquadrata, a nostro parere, nell'ambito dell'afasia progressiva primaria.

DISCUSSIONE

Il basso punteggio ottenuto al MMSE e la presenza di deficit nelle attività di vita quotidiana al follow-up rende necessario considerare come possibile diagnosi differenziale una forma iniziale di AD con disturbi del linguaggio. Aprassia, discalculia, sintomi depressivi possono essere presenti inoltre sia nell'AD che nelle sindromi degenerative fronto-temporali. Il basso punteggio al MMSE, in questo caso, non è da considerarsi indicativo di demenza grave in quanto questo test di screening in gran parte richiede una risposta verbale ai quesiti.

I test neuropsicologici dovrebbero permettere di distinguere sindromi specifiche come l'afasia progressiva non fluente (PNFA), la demenza semantica (SD) e l'afasia progressiva logopenica (LPA).

Seguire l'evoluzione clinica della malattia permette di identificare precocemente sintomi che possono perfezionare l'accuratezza diagnostica (es. insorgenza di disturbi comportamentali o deficit funzionali). Infine, la terapia con inibitori dell'acetilcolinesterasi è utile e indicata nell'AD, ma non nelle altre sindromi neurodegenerative.

L'APPROCCIO CAPACITANTE CON L'ANZIANO FRAGILE E/O DEMENTE: APPLICABILITÀ IN OSPEDALE.

Peroli Paola¹, Ruggiano Carlo¹, Vigorelli Pietro²

¹Geriatría, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona,

²Gruppo Anchise, Milano

RIASSUNTO

L'ingresso in ospedale per un paziente fragile e/o affetto da demenza è un avvenimento stressante che comporta un rilevante cambiamento nello stile di vita e che ha inevitabili conseguenze sul piano psicologico: determina intense reazioni emotive e disturbi comportamentali, come paure, dipendenza e bisogno di rassicurazione da parte di chi è responsabile della cura, perdita di interesse per l'ambiente, irritabilità, aggressività¹. La degenza in ospedale costringe a confrontarsi con fantasie minacciose: la paura di perdere ulteriormente le proprie abilità funzionali, di disgregarsi dal punto di vista mentale, comportamentale, psicologico^{2,3}. Per far fronte a questi problemi è stato proposto l'Approccio Capacitante, un approccio che il medico realizza con l'uso consapevole della parola. Basandosi sull'ascolto delle parole dell'anziano fragile e imparando a scegliere le parole da rivolgergli, il medico può contribuire a tener vive le sue Competenze Elementari o a farle riemergerle quando sono eclissate (competenza emotiva, a parlare e comunicare, a contrattare e decidere)⁴. L'intervento non parte dal fare, ma dall'ascoltare e consiste nel creare le condizioni per cui l'anziano fragile possa fare quello che fa, così come lo fa, senza sentirsi in errore. Il medico cerca di cogliere il messaggio inviato dall'anziano nel momento in cui si manifesta, così come si manifesta: non interrompe, non corregge, non giudica.

L'anziano che comincia a dire o a fare qualcosa è una persona che vive e si esprime così come vuole e come può. Le sue parole possono essere comprensibili o incomprensibili, i comportamenti funzionali o deficitari, i sentimenti piacevoli o tristi. Per il medico capacitante si tratta semplicemente di parole, comportamenti e sentimenti che il paziente sta mettendo in atto e che *per lui* sono adeguati e significativi⁵.

SCOPO

Verificare l'applicabilità dell'Approccio Capacitante in alcuni pazienti fragili e/o dementi in ospedale.

TRE CASI CLINICI

Maria (79 a.): inviata in reparto dal PS per episodi di caduta a terra, presenta numerosi ematomi, è confusa ed in condizioni igieniche scadenti, soprattutto nei capelli. Il medico contratta con Maria il lavaggio dei capelli, proponendole di cercare un'infermiera in grado di aiutarla. In tal modo riconosce alla paziente la competenza a contrattare e a decidere. Maria discute ed acconsente. Nel giorno successivo si mostra felice di farsi lavare e riordinare i capelli. Durante la degenza viene posta diagnosi di demenza di tipo misto, degenerativo e vascolare. Il medico continua ad adottare l'Approccio Capacitante, la paziente appare ben adattata e non manifesta disturbi psichiatrici e comportamentali (BPSD).

Emma (87 a.): viene ricoverata per stato confusionale ed incapacità alla stazione eretta. Viene posta diagnosi di polimialgia reumatica in demenza degenerativa con componente vascolare. Inizia la riabilitazione motoria; medico e fisioterapista riescono a superare l'atteggiamento non collaborante della paziente impostando la relazione sull'Approccio Capacitante. Alla dimissione la

paziente deambula con ausilio. Mario (88 a.): è affetto da demenza tipo Alzheimer e viene ricoverato per rifiuto del cibo e grave malnutrizione. Viene richiesta una nutrizione enterale. Prima che la PEG venisse posizionata il medico adotta l'Approccio Capacitante ed il paziente inizia ad alimentarsi autonomamente con dieta semisolida.

DISCUSSIONE

L'anziano fragile e/o con deficit cognitivi non è solo un malato: è una persona con una storia, delle emozioni e delle competenze; una persona che per numerosi anni può conservare la competenza a parlare ed a comunicare, la competenza emotiva, la competenza a contrattare ed a decidere sulle cose che lo riguardano. Nei casi clinici descritti, utilizzando l'Approccio Capacitante sono state riconosciute ai pazienti ricoverati in ospedale le Competenze elementari summenzionate, focalizzando l'attenzione sulle capacità piuttosto che sui deficit. Una caratteristica dell'Approccio Capacitante è che può essere adottato dal medico ospedaliero durante la normale attività di reparto, semplicemente con l'uso della parola: basandosi sull'ascolto delle parole dell'anziano fragile e/o demente ed usando la parola in modo capacitante, il medico può contribuire a tener vive le sue Competenze Elementari od a farle riemergere quando sono eclissate.

CONCLUSIONE

Nei casi presentati l'Approccio capacitante si è dimostrato applicabile durante la normale attività del medico ospedaliero e si sono ottenuti importanti risultati clinici: la prevenzione dei BPSD, la collaborazione al trattamento fisioterapico, il superamento dell'atteggiamento oppositivo e, in particolare, del rifiuto del cibo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Benvenuti E, Colombini A. Le reazioni psicologiche al ricovero, alla degenza e alla dimissione dall'ospedale geriatrico. *G. Gerontol* 2005; 53:575-80.
- ²Ehlenbach WJ, Hough Cl. Association between acute care and critical illness hospitalisation and cognitive function in older adults. *Jama*, 2010; 303:763-70.
- ³Palmisano-Mills C. Common Problems in Hospitalized Older Adults. *Journal of Geront.Nursing*, 2007; 48-54.
- ⁴Vigorelli P, Dall'approccio assistenziale all'Approccio Capacitante nella cura dell'anziano fragile. *Geriatric & Medical Intelligence*, 2010; 19:47-51.
- ⁵Vigorelli P. L'Approccio Capacitante, 2010, F. Angeli.

PREDITTORI NEUROPSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI DEL PROFILO PRESSORIO NELLE 24 ORE IN ANZIANI CON DECADIMENTO COGNITIVO

Pieraccioli Mariachiara¹, Mossello Enrico¹, Nesti Nicola¹, Caleri Veronica², Tonon Elisabetta², Simoni David¹, Mello Anna Maria¹, Baroncini Caterina¹, Zanieri Samanta¹, Fedeli Angela¹, Cavallini Maria Chiara¹, Cantini Claudia², Bencini Francesca², Zaffarana Nicoletta¹, Ballini Elena¹, Giulietti Chiara¹, Biagini Carlo Adriano², Marchionni Niccolò¹, Ungar Andrea¹

¹Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

²U.O. Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia

SCOPO

I dati di letteratura relativi all'associazione tra pressione arteriosa e decadimento cognitivo non sono univoci. Sono ancora scarse le osservazioni condotte con il monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore (ABPM) nei pazienti con demenza. Lo scopo dello studio è valutare, in un campione di soggetti affetti da demenza o Mild Cognitive Impairment e sottoposti ad ABPM, le associazioni delle caratteristiche neuropsicologiche e comportamentali con i parametri rilevati all'ABPM.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 189 pazienti con MMSE compreso tra 12 e 27, afferiti a due diverse Unità Valutative Alzheimer (UVA). I soggetti sono stati sottoposti a valutazione clinica e farmacologica; valutazione cognitiva con Mini Mental State Examination (MMSE) e, limitatamente ad un sottogruppo di 83 soggetti, a valutazione neuropsicologica estesa; valutazione psicologico-comportamentale mediante Geriatric Depression Scale (GDS) e Neuropsychiatric Inventory (NPI). Ciascun soggetto è stato sottoposto ad ABPM e sono stati analizzati i dati riguardanti i principali parametri pressori (pressione sistolica-PAS- e pressione diastolica-PAD- nel sottoperiodo diurno e notturno), il ritmo circadiano, la variabilità pressoria (espressa come deviazione standard nelle 24 ore), il numero di misurazioni valide.

RISULTATI

Il campione era composto di donne per il 63%, aveva un'età media di 79±6 anni, un MMSE medio di 21,9 ± 4,7, una NPI di 11,3±7,8 ed una GDS di 4,6± 3,6. Il 75% dei pazienti aveva un'anamnesi di ipertensione arteriosa, il 71% era trattato con antiipertensivi ed il 42% con inibitori delle colinesterasi. Il 47% dei soggetti ha mostrato un ritmo circadiano non conservato (assenza del "dipping" notturno) ed il 26% un ritmo invertito (aumento della PA nel sottoperiodo notturno). L'entità del calo pressorio notturno non era associata ai valori di MMSE, GDS e NPI, né ad alcuno dei test neuropsicologici. La variabilità pressoria mostrava una correlazione significativa con l'età (R=0,195, p=0,007) e con il punteggio della GDS (R=0,234, p=0,004), ma non con altri parametri cognitivo-comportamentali. I valori medi di PAS e PAD all'ABPM non sono risultati correlati a MMSE, NPI e GDS. Un'età più avanzata era associata a valori più elevati di PAS, sia nel sottoperiodo diurno (R=0,162, p=0,027) che notturno (R=0,185, p=0,014), ed a minori valori di PAD nel sottoperiodo diurno (R=-0,183, p=0,012). Nelle correlazioni parziali controllate per l'età relative ai singoli test neuropsicologici, la rievocazione differita delle 15 parole di Rey (espressione della memoria a lungo termine) correlava positivamente con i valori medi di PAD diurna (R=0,234, p= 0,024) e notturna (R=0,245, p=0,018) e la prestazione al Test dei Gettoni ed al Boston Naming Test correlavano con i valori medi di PAS diurna (rispettivamente R=0,341, p=0,001 e R=0,313, p=0,004). Valori inferiori di MMSE e maggiore

entità di disturbi del comportamento (in particolare deliri, allucinazioni ed agitazione) correlavano significativamente con un minor numero di insufflazioni valide all'ABPM (rispettivamente $R=0,209$, $p=0,004$ e $R=-0,243$, $p=0,003$).

CONCLUSIONE

In questa casistica di anziani con decadimento cognitivo il punteggio del MMSE ed i sintomi psicologici e comportamentali non correlano con i risultati dell'ABPM e con il ritmo circadiano. L'entità dei sintomi depressivi risulta associata con la variabilità pressoria. Specifici test neuropsicologici hanno mostrato associazioni specifiche con alcuni parametri pressori, consentendo di ipotizzare che la neurodegenerazione di determinate aree cerebrali possa essere alla base dell'alterato controllo pressorio che si osserva con l'aggravarsi del deficit cognitivo e che può richiedere adattamenti della terapia antiipertensiva nel corso della malattia.

CASE REPORT: ISCHEMIE CEREBRALI RECIDIVANTI O MALATTIA DEGENERATIVA SOTTOCORTICALE?

Pierpaoli Lucia¹, Martini Emilio², Lunardelli Maria Lia²

¹Scuola di Specializzazione in Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi, Bologna

²UO Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi, Bologna

Il Signor C.C. di 83 anni si rivolgeva in Pronto Soccorso per il peggioramento di deficit stenico all'arto superiore destro e latero-pulsione destra. Un episodio analogo si era verificato un anno prima con successivo parziale recupero funzionale.

In anamnesi veniva segnalata ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica cronica, dislipidemia, diabete mellito tipo II, malattia di Parkinson. Il paziente era portatore di P.M. per B.A.V. avanzato.

Venivano eseguite TC encefalo sia all'ingresso che dopo una settimana che risultavano entrambe negative per lesioni ischemiche o emorragiche recenti mentre veniva segnalata presenza di marcata atrofia corticale più evidente a sinistra e segni di encefalopatia vascolare sottocorticale con lacune confluenti soprattutto in sede frontale sinistra. Anche in occasione dell'episodio dell'anno precedente le TC encefalo erano risultate sempre negative per lesioni vascolari acute.

All'esame obiettivo neurologico era presente deficit stenico dell'arto superiore destro prevalentemente prossimale con movimenti fini distali conservati. Alla deambulazione era presente marcata latero-pulsione destra. Si apprezzava solo modesto ipertono plastico ai quattro arti con incostante tremore a riposo della mano sinistra e della lingua. Dal punto di vista cognitivo il paziente era fortemente rallentato, ma con solo iniziali deficit mnemonici e di orientamento temporale. Nei giorni successivi si assisteva a fluttuazioni dei deficit motori descritti.

L'ipotesi diagnostica posta inizialmente fu quello di minor stroke, tuttavia in considerazione dell'assenza neuro-radiologica di lesioni ischemiche, del quadro clinico fluttuante e non tipico per emiparesi da stroke e dello sfumato parkinsonismo non responsivo alla L-Dopa, si richiedeva l'esecuzione di Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale con DaTSCAN I-123. Tale indagine mostrava la presenza di degenerazione del sistema dopaminergico nigro-striatale di sinistra con conservazione dello striato di destra.

CONCLUSIONE

Il reperto da noi osservato di una marcata asimmetria di captazione potrebbe essere secondario ad uno stroke selettivo del putamen di sinistra. Tuttavia uno stroke di tale entità dovrebbe essere visibile alla TC mentre un riesame delle immagini eseguito da un neuroradiologo esperto ha escluso questa evenienza. Altra ipotesi diagnostica è quella di una malattia degenerativa dei nuclei della base fortemente asimmetrica. La SPET cerebrale con DaTSCAN è utile nella diagnosi differenziale tra malattia di Parkinson e sindromi parkinsoniane, ma non è di altrettanto aiuto nel discriminare tra le diverse malattie degenerative sottocorticali.

Il follow-up clinico del paziente permetterà di porre una diagnosi accurata.

FARMACOGENETICA DEGLI INIBITORI SELETTIVI DELLA SEROTONINA (SSRI): STUDIO PROSPETTICO CON 6 MESI DI FOLLOW-UP IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA DEPRESSIONE

Pilotto Alberto¹, D'Onofrio Grazia¹, Paris Francesco¹, Bizzarro Alessandra², Gravina Carolina¹, Urbano Maria¹, Cascavilla Leandro¹, Panza Francesco¹, Masullo Carlo², Seripa Davide¹

¹*Unità Operativa di Geriatria & Laboratorio di Gerontologia-Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG).*

²*Dipartimento di Neurologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*

SCOPO

Gli inibitori selettivi della serotonina (SSRI) sono i farmaci più comunemente impiegati per il trattamento della depressione. Il loro sito principale di azione è il trasportatore della serotonina, proteina codificata dal gene SLC6A4. Il polimorfismo C nel gene SLC6A4 sembra presentare un effetto di modulazione del riassorbimento pre- e/o post-sinaptico della serotonina. I dati riguardanti il ruolo di polimorfismi nel gene SLC6A4 nella risposta clinica al trattamento farmacologico con SSRI sono tuttavia contrastanti.

Obiettivo di questo studio è quello di valutare l'effetto di polimorfismi nel gene SLC6A4 sull'efficacia del trattamento con SSRI in pazienti anziani affetti da depressione.

MATERIALI E METODI

L'analisi dei tre polimorfismi di singolo nucleotide (SNPs) rs4795541, rs140701 e rs3813034 estesi per 39 kb nel locus SLC6A4 è stata effettuata in 264 pazienti affetti da depressione giunti consecutivamente all'osservazione presso l'U.O. di Geriatria del nostro Istituto. Tutti i pazienti avevano diagnosi clinica di depressione secondo i criteri DSM-IV-TR, ed impiegando la Geriatric Depression Scale (GDS) e la Hamilton Depression Rating Scale a 21 items (HAM-D 21). Per ogni paziente era disponibile una documentazione clinica e neuroradiologica completa. I pazienti sono stati trattati con escitalopram (20 mg/die), sertralina (50 mg/die), paroxetina (20 mg/die) o citalopram (10 mg/die) per 6 mesi. Lo stato depressivo è stato valutato prima del trattamento e dopo 6 mesi di follow-up. La risposta alla terapia è stata definita secondo le variazioni osservate alla HAM-D 21.

RISULTATI

30 pazienti non hanno svolto correttamente le valutazioni richieste dal disegno dello studio e pertanto sono stati esclusi dall'analisi finale. Dopo 6 mesi di follow-up, su un totale di 234 pazienti, 164 (70%) hanno risposto positivamente al trattamento con SSRI, mentre in 70 pazienti (30%) non è stato osservato un miglioramento significativo dei sintomi rilevati alla HAM-D 21. I pazienti con l'allele C14 dello SNP rs4795541 risultavano avere una frequenza di risposta positiva al farmaco significativamente superiore rispetto ai soggetti non portatori dello stesso allele (43.6% vs 32.1%, $p = 0.023$). L'analisi mediante regressione logistica, utilizzando i valori basali di GDS e HAM-D 21 come fattori confondenti, ha dimostrato che i pazienti con genotipo omozigote C14/C14 presentano una risposta clinica al trattamento con SSRI significativamente più elevata rispetto ai soggetti non omozigoti (OR = 2.619, 95% CI 1.106 - 6.199).

CONCLUSIONI

L'analisi del locus genico SLC6A4 è utile per identificare sottogruppi di pazienti anziani affetti da depressione che presentano una differente risposta clinica al trattamento con SSRI.

IL TRATTAMENTO INTEGRATO CON INIBITORI DELL'ACETILCOLINESTERASI E RIABILITAZIONE COGNITIVA MIGLIORA IL MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX (MPI) NEI PAZIENTI ANZIANI CON MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO RANDOMIZZATO CON 6 MESI DI FOLLOW-UP

Pilotto Alberto¹, D'Onofrio Grazia¹, Sancarlo Daniele¹, Cascavilla Leandro¹, Seripa Davide¹, Panza Francesco¹, Paroni Giulia¹, Paris Francesco¹, Ferrucci Luigi²

¹*Unità di Geriatria e Laboratorio di Ricerca di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG).*

²*National Institute on Aging, Longitudinal Studies Section, Harbor Hospital Center, Baltimore, MD, USA*

SCOPO

Valutare l'effetto del trattamento della durata di sei mesi con Inibitori dell'Acetilcolinesterasi (AcheI) combinato con la Riabilitazione Cognitiva (RC) sul Multidimensional Prognostic Index (MPI) in pazienti anziani affetti da malattia di Alzheimer (AD).

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto in 22 pazienti anziani affetti da AD (9 uomini, 13 donne, età media=77.8±4.9 anni) giunti all'osservazione nel periodo di luglio 2009-maggio 2010 presso il Centro U.V.A. (Unità Valutativa Alzheimer) dell'U.O. di Geriatria, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG). Tutti i pazienti sono stati trattati con AcheI a dosaggio standard per sei mesi. I pazienti sono stati quindi suddivisi in 2 gruppi: il Gruppo 1 è stato trattato durante i sei mesi di trattamento farmacologico con due cicli di RC a cadenza settimanale e della durata di due mesi ciascuno (11 pazienti), il Gruppo 2 "di controllo" (11 pazienti) ha seguito solamente il trattamento farmacologico. Al momento dell'inclusione ed al termine del follow-up tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione cognitiva mediante Mini Mental State Examination (MMSE) e Clinical Dementia Rating (CDR), dello stato depressivo mediante Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) e Geriatric Depression Scale (GDS), della presenza dei disturbi neuropsichiatrici mediante Neuropsychiatric Inventory (NPI) e del distress del caregiver (NPI-D), e Valutazione Multidimensionale (VMD) comprendente la valutazione dei seguenti domini:

- 1) funzionale mediante Activities of Daily Living (ADL);
- 2) Instrumental-ADL (IADL);
- 3) nutrizionale mediante il Mini Nutritional Assessment (MNA);
- 4) rischio di sviluppare lesioni da decubito mediante la Scala di Exton-Smith (ESS);
- 5) comorbidità mediante il Cumulative Illness Rating Scale (CIRS);
- 6) il numero di farmaci assunti;
- 7) stato co-abitativo.

Da questi parametri è stato calcolato mediante algoritmo validato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), indice prognostico di mortalità e di deficit multidimensionale; il MPI è stato espresso in tre gradi di severità: MPI-1 (punteggio ≤ 0.33)=rischio basso, MPI-2 (0.34-0.66)=rischio moderato, MPI-3 (>0.66)=rischio elevato di mortalità.

RISULTATI

Alla valutazione iniziale nessuna differenza significativa è emersa tra i due gruppi di pazienti con AD per quanto riguarda età media, scolarità ed i punteggi ottenuti nel MMSE, CDR, HAM-D,

GDS, NPI, NPI-D e MPI. Dopo sei mesi di trattamento si è osservata una significativa differenza tra Gruppo 1 vs Gruppo 2 nei seguenti parametri:

- 1) MMSE=miglioramento del 14.2% vs 1.9%, $p<0.0001$; CDR=miglioramento del 31% vs 0.7%, $p=0.025$;
- 2) HAM-D=riduzione del 53% vs 22%, $p<0.0001$; GDS=riduzione del 55% vs 19%, $p<0.0001$;
- 3) NPI=riduzione del 51% vs 29%, $p<0.0001$; NPI-D=riduzione del 52% vs 20%, $p<0.0001$;
- 4) ADL=miglioramento del 5.2% vs 0.2%, $p<0.0001$; IADL=miglioramento del 50.9% vs 3.3%, $p=0.004$;
- 5) MNA=miglioramento del 13.6% vs 1.3%, $p=0.001$;
- 6) ESS=miglioramento del 13.1% vs 6.1%, $p=0.001$.

Nessun significativo miglioramento è stato rilevato tra i due gruppi di pazienti per quanto concerne il CIRS ed il numero di farmaci assunti. I pazienti del Gruppo 1 rispetto ai soggetti del Gruppo 2 hanno ottenuto inoltre un significativo miglioramento nel MPI (riduzione del 18.0% vs 9.0%, $p=0.003$).

CONCLUSIONE

Il MPI è un indice multidimensionale accurato e significativamente sensibile alla risposta clinica dopo trattamento con AcheI e RC per 6 mesi nei pazienti anziani affetti da malattia di Alzheimer.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE: APPROCCIO NARRATIVO ATTRAVERSO RIFLESSIONI TEORICO-PRATICHE

Pozzi Christian^{1,2}, Torpilliesi Tiziana^{1,2}, Gentile Simona^{1,2}, Turco Renato^{1,2}, Guerini Fabio^{1,2}, Ricci Eleonora^{1,2}, Marrè Alessandra^{1,2}, Bellelli Giuseppe^{1,2}, Trabucchi Marco^{2,3}

¹Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona;

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia;

³Università degli Studi Tor Vergata, Roma, Italia.

SCOPO

Il cambio epidemiologico che ha coinvolto tutta la sanità, caratterizzato dalla progressiva diminuzione delle patologie acute e dal contemporaneo aumento delle malattie croniche, fonti di pazienti curabili ma inguaribili, ha consentito la nascita e l'espandersi della Terapia Occupazionale. Obiettivo di questo lavoro è evidenziare lo specifico campo d'azione del Terapista Occupazionale all'interno di un dipartimento di Riabilitazione.

MATERIALE E METODI

Analisi del caso clinico di Maria, paziente affetta da atassia cerebellare di Friedreich, ricoverata presso il Dipartimento di riabilitazione della Clinica Ancelle di Cremona. La valutazione della paziente si avvale del modello di pratica M.O.H.O. (Model Of Human Occupation) e dell'esecuzione, all'inizio ed alla fine del trattamento, delle scale di valutazione quantitative: F.A.M. (Functional Assessment Measure), Q.O.L. Diretta (Quality Of Life), 9 Hole Peg Test (motricità arto superiore) nonché items specifici del Barthel Index. La durata del trattamento è prevista in 10 sedute di 45 minuti l'una.

RISULTATI

Al termine del trattamento, dagli indicatori di outcome, si evince che la paziente è divenuta autonoma nelle B/ADL attraverso il trattamento, l'educazione all'utilizzo degli ausili e le modifiche ambientali, parte intrinseche del trattamento stesso. Inoltre attività quali il cucinare ed il ricamare, oltre alla possibilità di poter uscire di casa in autonomia, hanno reso più tangibile la possibilità di ritornare ad essere una persona attiva e produttiva, con aumentata percezione positiva della propria qualità di vita.

CONCLUSIONE

L'esperienza del caso clinico, in concordanza con la letteratura, evidenzia come la terapia occupazionale, basata sull'esecuzione di attività di vita quotidiana, ha dato come risultato non solo un sensibile incremento della performance motoria (trasferimenti, deambulazione, motricità arto superiore), ma anche l'apertura verso attività più ecologiche. Il lavoro del terapista occupazionale integra le altre attività riabilitative, con una specifica attenzione alle abitudini, ai ruoli, ai valori, agli interessi del paziente, partecipando, attraverso a questi, anche al miglioramento della qualità percepita della vita.

Tabella 1. Indicatori di outcome

SCALE DI VALUTAZIONE	Ingresso	Dimissione
F.A.M.(functional assessment measure)	157/210	179/210
Barthel trasferimenti	8/15	15/15
QOL diretta	3/10	8/10
9 HOLE PEG TEST	(9) 105"	(9) 68"

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Jousse M. L'antropologia del gesto. Ed. Paoline, 1979.
- ² Moja EA. Professore ordinario di Psicologia generale e Coordinatore Corso di laurea in Terapia Occupazionale, Università degli Studi di Milano. Presentazione del libro "Essere nel Fare" - Franco Angeli editore, Milano.
- ³ Polatajko HJ, Mandich A, Martini R. Dynamic Performance Analysis: a framework for understanding Occupational Performance, 2000.
- ⁴ Kielhofner G. A model of Human Occupation: Theory and application. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.
- ⁵ Forsyth K, Kielhofner G. Model Of Human Occupation: the article presents a current overview of the theory and application of the Model of Human Occupation., Ergoterapeuten, 2003; 11.
- ⁶ Kielhofner G, Mallison T, Crawford C et al. L'intervista sulla performance occupazionale. Franco Angeli Editore, Milano, 2005.
- ⁷ Redaelli T, Valsecchi L. Terapia Occupazionale: metodologie riabilitative ed ausili. Solei press, Milano, 1996.
- ⁸ Rizzolati e Senigallia. So quel che fai. Editore Cortina Raffaello, 2006.
- ⁹ Legg L. Occupational Therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomized trials. BMJ Research, 2007.
- ¹⁰ O'Sullivan C, Chard G. An exploration of participation in leisure activities post-stroke, Australian Occupational Therapy Journal, 2010.
- ¹¹ Lee SW, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Theory use in practice: A National Survey of Therapists who use the model of Human Occupation, The American Journal of Occupational Therapy, 2008.
- ¹² Cunningham Piergrossi J. Essere nel Fare. Franco Angeli editore, Milano.

PROMUOVERE UNA CURA CENTRATA SULLA PERSONA NELLE RESIDENZE PER ANZIANI

Pradelli Samantha¹, Faggian Silvia², Pavan Giorgio²

¹*Centro Decadimento Cognitivo ULSS 3 Bassano del Grappa*

²*ISRAA Treviso*

SCOPO

Da qualche anno nel contesto dell'assistenza a lungo termine delle persone con demenza, è stata abbracciata una nuova filosofia di cura orientata alla promozione ed al sostegno della qualità della vita delle persone con demenza.

Questa nuova cultura (Cura Centrata sulla Persona) (Kitwood, 1997) valorizza la persona con demenza e chi la assiste, afferma l'unicità della persona e della sua storia, riconosce l'importanza di guardare il mondo dalla sua prospettiva e sottolinea l'importanza delle relazioni e del contesto sociale in cui essa vive (Brooker, 2007).

La sfida nel promuovere una Cura Centrata sulla Persona è rappresentata dalle attitudini negative e dai pregiudizi diffusi nei confronti delle persone anziane e con demenza. Alcuni studi hanno infatti evidenziato che le attitudini dello staff nei confronti delle persone con demenza sono spesso viste come più negative che positive (Fessey, 2007; Nolan, 2006). Recenti ricerche suggeriscono che le attitudini nei confronti delle persone con demenza possono essere migliorate attraverso programmi formativi strutturati (O'Connor e McFadden, 2010; Woods, 2005). Tuttavia per essere efficaci essi devono rientrare in un processo continuo che includa e incoraggi la pratica riflessiva (Bissolo et al., 2009; Chapman e Law, 2009).

Lo scopo di questo studio è di verificare la promozione di una Cura Centrata sulla Persona attraverso uno di questi programmi.

MATERIALI E METODI

- Questo studio osservazionale è stato condotto nell'arco di 8 mesi. Il programma era composto da:
- 2 giorni di formazione introduttiva specifica sulla Cura Centrata sulla Persona indirizzata allo staff e agli altri professionisti con le modalità proposte da Woods e Lintern (2005);
 - l'applicazione del Dementia Care Mapping (DCM) all'inizio del percorso e dopo 6 mesi, sia come "strumento per raggiungere maggior consapevolezza e cambiare le attitudini" (Barnett, 2004; Brooker, 2004), sia per verificare il cambiamento.
 - l'applicazione del questionario: "Approaches to dementia Questionnaire" (Lintern, 2005)
 - 4 incontri di formazione con i familiari dei residenti
 - l'incoraggiamento di alcune modifiche ambientali come suggerito da Chaudury (2008)

RISULTATI

Il DCM ha evidenziato un miglioramento nei livelli di benessere individuale e di gruppo, un aumento delle interazioni con lo staff e delle attività occupazionali significative, una diminuzione degli eventi di Psicologia Sociale Maligna (Kitwood, 1997) ed un aumento del Lavoro Positivo con la Persona (Brooker, 2005). Alcuni commenti dello staff sono stati: "Cose semplici che possono fare una grossa differenza per le persone che vivono nel nucleo"; "mi ha resa più consapevole dell'importanza di come mi approccio alle persone con demenza e di come comunico con loro"; "mi ha ricordato l'importanza del contesto sociale: siamo esseri umani attraverso gli altri".

CONCLUSIONE

Assistere una persona con demenza richiede molto impegno per comprendere e riconoscere i suoi, spesso complessi, bisogni: supporto emotivo, aiuto nel prendere decisioni, cure intime, rispondere ai cambiamenti emotivi e di comportamento, confrontarsi con i rischi, oltre che con altri problemi di salute.

Tali abilità non sono solo conoscenze tecniche da apprendere, ma anche e soprattutto attitudini di cura da coltivare. Esse possono essere acquisite nel tempo attraverso un processo di apprendimento continuo che incoraggi la pratica riflessiva. Il programma formativo utilizzato, e suggerito dalla recente letteratura, si è dimostrato efficace nel promuovere un cambiamento di consapevolezza che ha prodotto risultati concreti e verificabili sulle attitudini dello staff e sulla qualità di vita della persona con demenza.

UN'INDAGINE SULLA CERTEZZA DEI RISULTATI DEGLI STUDI IN LETTERATURA RIGUARDANTI LA TERAPIA ELETTROCONVULSIVA NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE MAGGIORE

Prisco Vincenzo

*Università degli Studi di Napoli Federico II; Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento.
vinciprisco@gmail.com*

SCOPO

Da un'attenta analisi delle Revisioni Sistematiche esistenti in letteratura sulla depressione si è potuta effettuare un'indagine sulla certezza dei risultati riguardanti la terapia elettroconvulsiva, cui giungono tali studi.

MATERIALI E METODI

Sono stati utilizzati due database (Ovid e Pubmed) per identificare le Revisioni Sistematiche relative alla depressione maggiore dal 1990 al 2009; per restringere il campo della nostra ricerca ci siamo serviti di parole chiave come "Depression treatment", e "Antidepressants" includendo solo le Metanalisi e riducendo il campo a titoli e abstracts. In totale sono state trovate 1099 Revisioni Sistematiche; di queste è stata fatta una selezione, includendo nel nostro studio solo quelle che rispondono a precisi criteri di inclusione, che trattano cioè della depressione da un punto di vista clinico: sono infatti state escluse dallo studio le Revisioni Sistematiche che trattano di depressione con altre malattie concomitanti, disturbo bipolare, o che trattano dei costi della terapia.

Solo 424, pubblicate da 140 riviste sono risultate rispondenti ai criteri di inclusione.

Poi sono state analizzate tutte le Revisioni Sistematiche allo scopo di rilevare le conclusioni raggiunte da ognuna, suddividendo i risultati possibili in tre categorie:

- Revisioni che raggiungono un risultato Certo: se la domanda posta dallo studio ha un risultato inequivocabile e non mostra alcun grado di incertezza.
- Revisioni che raggiungono risultati Incerti: se i risultati non possono rispondere a pieno al quesito clinico e gli autori della revisione sistematica suggeriscono che altri lavori sono necessari per dare una risposta esaustiva al quesito.
- Revisioni che raggiungono risultati Nulli: se gli autori della revisione sistematica credono che non sia possibile dare alcun risultato a causa dei limiti intrinseci agli RCTs analizzati (scarsa qualità, eterogeneità e scarsa consistenza dei dati).

All'interno poi dei risultati certi abbiamo operato un'ulteriore distinzione, indicando quali fossero i risultati certi che indicano una netta prevalenza dell'efficacia del trattamento testato rispetto al confronto (Certo SI); con "Certo NO" abbiamo invece indicato i casi in cui il risultato certo indicava una netta prevalenza del trattamento di confronto rispetto al trattamento sperimentale; infine con "Certo Neutro" abbiamo indicato i casi in cui i due trattamenti messi a paragone erano stimati uguali negli effetti dalla revisione sistematica.

RISULTATI

Si nota che all'interno della categoria "Risultati Certi", la stimolazione elettrica, per quanto numericamente poco rappresentata è risultata sempre più efficace dei controlli ("Certi SI"=100%), in misura ancora maggiore di quanto si possa dire per i farmaci o la psicoterapia. Ciò sottolinea l'importanza di tale trattamento nella depressione severa. Infatti, si nota che delle 14 Revisioni

Sistematiche che trattano di stimolazione elettrica, l'ECT è risultata superiore sia al placebo ("sham therapy" ossia terapia finta), sia ai farmaci. Infatti, delle 7 Revisioni Sistematiche che confrontano la ECT con la "sham therapy", 4 danno risultati "Certi SI", 2 "Incerti", 1 "Nullo". Giacché poi tra gli 8 "Certi SI" riscontrati a favore della ECT, tutte e 3 le Revisioni Sistematiche che riguardano il confronto tra terapia elettroconvulsiva e terapia farmacologica sono raggruppabili nella categoria "Certi SI", si sottolinea il risultato positivo a favore della ECT rispetto alla terapia farmacologica, nonostante gli studi che riguardano tale confronto siano solo 3. Non sono evidenziabili contraddizioni nei risultati degli studi che trattano di stimolazione elettrica.

CONCLUSIONE

La terapia elettroconvulsiva appare una valida terapia nella depressione moderata-severa non responsiva alla terapia farmacologica multipla e psicoterapica utilizzate insieme.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. Practical guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). American Journal of Psychiatry. 2007; 157, 1-45.
- Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:389-407.
- Geddes, J, Carney S, Cowen P, et al. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. Lancet, 2003; 361, 799-808.
- Ingram A., Saling MM. & Schweitzer I. Cognitive side effects of brief pulse electroconvulsive therapy: a review. Journal of ECT, 2008;24, 3-9.
- National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009.
- Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: Systematic review. British Medical Journal, 2003;3 26, 1363.
- Sobin C, Sackeim HA, Prudic J, et al. Predictors of retrograde amnesia following ECT. American Journal of Psychiatry, 1995; 152, 995-1001.
- Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, et al. Diagnosing major depressive disorder X: can the utility of the DSM-IV symptom criteria be improved? Journal of Nervous Mental Disorders, 2006; 194, 893-7.

LE REVISIONI SISTEMATICHE PER SUPPORTARE LA PSICHIATRIA BASATA SULL'EVIDENZA: L'ECT NELLA DEPRESSIONE

Prisco Vincenzo

*Università degli Studi di Napoli Federico II; Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento.
vinciprisco@gmail.com*

INTRODUZIONE

Stimare se le revisioni sistematiche, il gold standard per la ricerca scientifica possano offrire un supporto valido alla psichiatria basata sull'evidenza.

METODI

Abbiamo usato due database (Pubmed e Ovid) per identificare le revisioni sistematiche circa la depressione, trovandone 1099, ma solo 424, pubblicate da 140 riviste, sono state incluse nel nostro studio. Abbiamo analizzato ogni rivista per valutare le conclusioni raggiunte da ogni studio ed abbiamo suddiviso gli studi in tre gruppi:

- Risultati certi
- Risultati incerti
- Risultati nulli.

Poi abbiamo fatto un'altra distinzione all'interno delle riviste che pubblicavano risultati certi, identificando quali erano i risultati che indicavano il trattamento sperimentale come migliore rispetto a quello di confronto ("Si") o viceversa ("No"); infine con "Neutro" abbiamo indicato quando i due trattamenti erano considerati uguali.

RISULTATI

All'interno della categoria risultati certi, la stimolazione elettrica, anche se numericamente poco rappresentata negli studi, risulta sempre più efficace dei controlli, persino più di quanto possiamo dire per la terapia farmacologica e la psicoterapia. Tale risultato sottolinea l'importanza dell'ECT nella depressione severa. In ben 14 revisioni sistematiche che trattano di ECT, questa è meglio del placebo e dei farmaci.

CONCLUSIONI

L'ECT è una terapia efficace nella depressione da moderata a severa non responsiva alla farmacoterapia e psicoterapia combinate.

DEMENZE E BPSD: L'EFFICACIA DELLA MUSICOTERAPIA

Raglio Alfredo^{1,2}, Ubezio M. Chiara¹, Gianotti Marta¹, Ottolini Anna Maria¹, Rossetti Sarah¹, Viola M. Cristina¹, Mantovani Anna Roberta¹, Bellandi Daniele¹

¹Fondazione Sospiro, Sospiro (CR)

²Interdem Group (Psycho-Social Intervention in Dementia), EU

SCOPO

L'intervento pone l'attenzione sull'efficacia della musicoterapia sui disturbi psichici e comportamentali nelle demenze di livello moderato-severo. Vengono inoltre poste a confronto due modalità di intervento: la prima consiste in un trattamento continuativo, la seconda in cicli di sedute intervallate da periodi di wash-out.

MATERIALI E METODI

Gli studi considerati (multicentrici) sono randomizzati controllati^{1,3}. L'approccio musicoterapeutico (non verbale) descritto è basato sull'improvvisazione sonoro-musicale e pone particolare attenzione alla dimensione empatico-relazionale e fa riferimento alle teorie psicologiche dell'intersoggettività^{2,4,5}. Il campione considerato è in entrambi gli studi di 60 persone con demenza di livello moderato-severo. Tutte le persone reclutate negli studi sono state sottoposte a standard care (attività educative ed occupazionali) ed il gruppo sperimentale ha integrato tali interventi con il trattamento musicoterapeutico. Più musicoterapeuti con analoga formazione hanno condotto le sedute di gruppo (3 persone in ognuno). La durata delle due tipologie di trattamenti è stata analoga (circa 5 mesi). Le valutazioni sono state effettuate in cieco ed hanno previsto la somministrazione dei seguenti test: MMSE, Barthel Index, NPI. In entrambi gli studi, inoltre, sono state utilizzate specifiche griglie osservative per rilevare i cambiamenti relazionali e comportamentali più significativi nell'interazione musicoterapeutica.

RISULTATI

Il primo studio ha evidenziato al termine del trattamento una differenza significativa tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo nel punteggio globale NPI ($F_{1,57} = 21.21$; $P < 0.0001$; Cohen $d = 1.04$). Particolarmente significativi sono risultati i cambiamenti nei seguenti item: deliri, agitazione, ansia, apatia, irritabilità, attività motoria aberrante, disturbi del sonno. Sono inoltre significativamente aumentati i "comportamenti empatici" nelle sedute ($F_{3,87} = 10.37$; $P < 0.0001$; Cohen $d = 0.61$) ed alcuni comportamenti che indicano coinvolgimento emotivo nella relazione: sorrisi ($F_{3,87} = 8.14$; $P < 0.0001$), canto ($F_{3,87} = 6.98$; $P = 0.0003$) e movimenti corporei in rapporto alla produzione sonoro-musicale ($F_{3,87} = 12.41$; $P < 0.0001$). Nel secondo studio in entrambi i gruppi il punteggio globale NPI diminuisce durante il trattamento, ma al termine dello stesso si ha una diminuzione maggiormente significativa nel gruppo sperimentale sottoposto a trattamento musicoterapeutico ($F_{1,51} = 4.84$, $p = < 0.05$). Nei singoli item NPI i deliri, l'agitazione e l'apatia migliorano significativamente nel gruppo sperimentale e non in quello di controllo. Rispetto allo studio precedente in questo studio (cicli di sedute alternate a periodi di wash-out) non si riscontrano cambiamenti significativi all'interno del setting musicoterapeutico.

CONCLUSIONE

In entrambi gli studi appare evidente l'incidenza significativa della musicoterapia improvvisativa sui BPSD, in particolare su alcuni item comuni: deliri, agitazione ed apatia.

Tali risultati mostrano l'efficacia della relazione musicoterapeutica ed aprono prospettive di

intervento basate sull'integrazione della musicoterapia nel protocollo terapeutico per le demenze di livello moderato-severo.

Riteniamo che questo approccio non farmacologico possa risultare efficace sulla riduzione dei sintomi psichici e comportamentali, nel potenziamento degli aspetti comunicativo-relazionali e nella gestione complessiva della persona con demenza.

BIBLIOGRAFIA

¹Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, Trabucchi M. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2008; 22(2),158-62.

²Raglio A, Gianelli MV. Music therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives, *Current Alzheimer Research*, 2009; 6, 293-301.

³Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Gentile S, Villani D, Trabucchi M. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial, *Aging and Mental Health*. 2010; 14, 900-4.

⁴Stern D. *The Interpersonal World of the infant*. New York: Basic Book, 1985.

⁵Stern D. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. London: Norton & Company Ltd., 2004.

DALLA U.V.A. ALLA PSICOGERIATRIA IN COSTA D'AMALFI

Ragone Maria Antonietta¹, Ferrigno Salvatore², Bisogno Alfredo³

¹*Psichiatra, Unità Operativa Salute Mentale Cava-Costiera Amalfitana*

²*Geriatra, Attività Domiciliare Integrata Cava-Costiera Amalfitana*

³*Direttore Unità Operativa Salute Mentale Cava-Costiera Amalfitana*

SCOPO

Dal 2006 è stata consolidata, presso il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) di Castiglione di Ravello-Costa di Amalfi, la collaborazione tra psichiatria e geriatria, nell'ambito dell'Unità di Valutazione della Demenza di Alzheimer (U.V.A.).

Tale collaborazione, iniziata in realtà alcuni anni prima ed organizzata a quel tempo diversamente sul territorio tenendo separati l'ambulatorio di geriatria e quello di psichiatria, è attualmente concepita come un'attività strutturata con sede nel C.S.M.

MATERIALI E METODI

I due specialisti -psichiatra e geriatra-effettuano due incontri al mese presso il C.S.M. Tale organizzazione nasce dalla risposta da parte degli operatori della psichiatria e della geriatria rispetto alle richieste dell'utenza in un territorio piuttosto complesso come la Costiera Amalfitana, che presenta una estensione di circa 92 kmq per una popolazione di ca. 33.000 abitanti. Il territorio in questione è piuttosto vasto ed impervio, tanto da rendere difficoltosi sia gli spostamenti di persone anziane che le visite domiciliari, in quanto molto spesso le abitazioni di questi pazienti sono raggiungibili solo attraverso sentieri accidentati. Essendo riconosciuto il nostro C.S.M. quale sede U.V.A. si è cercato di semplificare l'accesso ai servizi ed abbreviare i tempi di attesa per gli utenti, che ottengono, ad uno stesso tempo, una valutazione sia internistica che psichiatrica. I pazienti o i loro familiari prenotano la visita telefonicamente o di persona, vengono loro illustrate dall'infermiere di accettazione le modalità di accesso alla consultazione (ricetta con richiesta del medico di base, orari e durata, ecc.).

La prima visita prevede: la visita geriatrica, la visita psichiatrica, la valutazione dell'autonomia del paziente con somministrazione di scale standardizzate (ADL, IADL), la somministrazione del Mini Mental State Examination (MMSE), la valutazione dello stress del caregiver, lo screening diagnostico con richiesta di esami di laboratorio e strumentali, il raccordo con la Medicina Generale attraverso l'invio di una lettera che motiva la richiesta degli esami e che comunica quello che si è eventualmente accertato.

Nella visita successiva, ad un mese, si arriva presumibilmente ad una diagnosi, nosograficamente attendibile, e si avvia la conseguente presa in carico. Se ricorrono le caratteristiche diagnostiche per un inserimento nell'U.V.A. si valuterà l'utilizzo dei farmaci previsti (inibitori della colinesterasi) e si programmeranno insieme al paziente ed ai familiari i successivi incontri, dapprima più ravvicinati, e poi con periodicità a sei mesi.

RISULTATI

Nel corso degli anni si è osservato un incremento delle attività che attengono all'U.V.A.: nel 2006 sono state effettuate 8 prime visite e 28 controlli, tra pazienti accettati sia precedentemente al 2006 che nello stesso anno. Nel 2007 vi sono state 19 prime visite e 46 controlli successivi. Nel 2008 22 prime visite e 50 visite di controllo. Nel 2009 sono state realizzate 20 prime visite e 55 visite di controllo. Fino a dicembre 2010 sono state effettuate 32 prime visite e 65 controlli.

CONCLUSIONE

Parallelamente, ed in maniera piuttosto spontanea, è sorto nel Centro di Salute Mentale un ambulatorio di Psicogeriatría a cadenza settimanale, nel quale confluiscóno le persone anziane in cui sia evidente una difficoltà ad affrontare questa fase della vita.

In questo contesto la Psicogeriatría si colloca al confine tra varie competenze, il cui scopo complessivo è migliorare la qualità della vita delle persone anziane, riducendone la sofferenza indotta da malattie profondamente invalidanti, che trasformano la vecchiaia in un tempo di dolore, sia sul piano personale che relazionale. Attualmente il numero delle prestazioni psicogeriatriche è annoverato insieme a quelle psichiatriche, ma è possibile accedere alla tipologia della visita. Da una prima valutazione si è evidenziato che le visite psicogeriatriche rappresentano circa il 10% delle visite psichiatriche. È prevista successivamente un'analisi più approfondita di questo dato.

DETERIORAMENTO COGNITIVO E FATTORI DI RISCHIO IN UNA POPOLAZIONE DI ULTRASESSANTACINQUENNI IN UN PICCOLO CENTRO DELLA COSTA D'AMALFI

Ragone Maria Antonietta¹, Ferrigno Salvatore², Bisogno Alfredo³

¹Psichiatra, Unità Operativa Salute Mentale Cava de'Tirreni-Costiera Amalfitana DSM ASL Salerno

²Geriatra, Attività Domiciliare Integrata Cava de'Tirreni-Costiera Amalfitana ASL Salerno

³Direttore Unità Operativa Salute Mentale Cava de'Tirreni-Costiera Amalfitana DSM ASL Salerno

SCOPO

In accordo con la letteratura internazionale ed in maniera puramente descrittiva si è voluto valutare l'associazione tra il deterioramento cognitivo ed i fattori di rischio, confrontata con l'assenza di deterioramento cognitivo e gli stessi fattori di rischio in una popolazione di ultrasessantacinquenni in un piccolo centro della Costa di Amalfi.

MATERIALI E METODI

Attraverso le Schede Gerontologiche del 2009 di uno dei due Medici di base di Cetara, comune con 2352 abitanti, di cui 448 con più di 65 anni, 228 con più di 75 anni e 65 con più di 85 anni, si è diviso il campione di 371 utenti del servizio di medicina generale in due gruppi: 288 che non presentavano deterioramento cognitivo e 83 con deterioramento cognitivo. Ambedue i gruppi sono stati associati ai fattori di rischio modificabili per il deterioramento quali: Ipertensione Arteriosa, Diabete Mellito, Cardiopatie e Broncopneumopatie. In particolare i due gruppi sono stati valutati in base a tre caratteristiche: l'assenza di fattori di rischio, la presenza di un solo fattore di rischio e la presenza di più di un fattore di rischio.

RISULTATI

Si è visto che degli 83 pazienti con deterioramento cognitivo il 3% presenta assenza di fattori di rischio, il 31% ha un solo fattore di rischio ed il 66% più di un fattore. Dei 288 utenti senza deterioramento il 27% ha assenza di fattori di rischio, il 48% presenta uno solo tra i fattori di rischio ed il 25% presenta più di un fattore di rischio.

CONCLUSIONE

Nel nostro campione i fattori di rischio in esame sono diffusamente presenti nella popolazione, anche senza deterioramento cognitivo e tra queste patologie la più frequente risulta essere l'Ipertensione Arteriosa. Nella quasi totalità dei casi (96%) il deterioramento cognitivo è associato ad uno o più fattori di rischio. I pazienti senza deterioramento presentano una minore associazione con uno o più fattori di rischio (73%). Questi dati preliminari, pur evidenziando che malattie quali l'ipertensione, il diabete, le cardiopatie e le broncopneumopatie accompagnano l'anziano dopo i sessantacinque anni, dimostrano come il paziente con disturbi cognitivi rappresenti una categoria maggiormente sofferente e che necessita di interventi più articolati.

DIFFERENZE DI GENERE NEL PROFILO SINTOMATOLOGICO DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Redaelli Cristiana, Levi Flavia, Imbesi Francesco, Apa Deborah, Del Torre Gaia, Gadler Erminia, Gala Costanzo

Centro per la Diagnosi e la Cura della Depressione nell'Anziano. Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano - costanzo.gala@ao-sanpaolo.it

SCOPO

In letteratura sono state evidenziate differenze di genere nell'espressività sintomatologica della depressione in età anziana (Piccinelli, 2000). È stato anche ipotizzato che a queste differenze dimensionali della depressione corrispondano fenomeni neurobiologici, biochimici ma anche psicologici specifici.

Obiettivo dello studio è verificare differenze di genere specifiche nel profilo sintomatologico della depressione nell'anziano.

MATERIALI E METODI

Sono entrati nello studio 86 pazienti anziani (età ≥ 65 anni; 64 donne e 22 uomini con età media rispettivamente di $74,66 \pm 5,99$ e $74,8 \pm 5,95$ anni) con diagnosi di depressione effettuata secondo i criteri del DSM-IV. Sono stati esclusi i pazienti con punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) inferiore a 22, presenza di sintomi psicotici, e presenza di Disturbo Bipolare. Ai pazienti è stata somministrata la seguente batteria testale: Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A); Geriatric Depression Scale (GDS).

RISULTATI

Sono riportati in tabella gli item delle scale utilizzate che presentano differenze di genere significative.

	M	F	P value
HAM-D: item 1 (umore depresso, facilità al pianto)	0,59±0,80	1,69±0,92	0,000
item 2 (senso di colpa)	0,77±0,81	0,45±0,73	0,014
item 5 (insonnia intermedia)	0,32±0,65	0,59±0,61	0,022
item 6 (insonnia tardiva)	1,77±1,02	0,51±0,64	0,000
item 7 (perdita interessi)	0,64±0,66	1,48±1,17	0,031
item 9 (agitazione)	1,32±1,04	0,69±0,61	0,014
item 11 (ansia somatica)	0,50±0,60	1,27±1,61	0,007
item 13 (sintomi somatici)	0,41±0,67	0,73±0,54	0,004
HAM-A: item 2 (tensione, facilità al pianto)	0,68±1	1,36±0,80	0,000
item 5 (sfera intellettiva)	2,0±0,93	1,05±1,01	0,007
item 6 (umore depresso)	0,77±1,16	1,53±0,96	0,000
item 7 (sintomi somatici)	0,45±0,86	0,75±0,84	0,022
GDS: item 2 (sostanzialmente soddisfatto?)	0,55±0,51	0,79±0,41	0,024
item 5 (speranza nel futuro?)	0,73±0,46	0,46±0,50	0,031
item 8 (teme che possa capitarle qualcosa di brutto?)	0,73±0,46	0,45±0,50	0,026
item 9 (si sente sempre contento?)	0,36±0,49	0,81±0,39	0,000
item 10 (si sente spesso abbandonato?)	0,90±0,30	0,52±0,50	0,001
item 11 (si sente spesso irrequieto e agitato?)	0,57±0,51	0,84±0,37	0,009
item 16 (si sente spesso triste e abbattuto?)	0,50±0,51	0,77±0,43	0,019
item 21 (si sente pieno di energie?)	0,27±0,46	0,80±0,41	0,000
item 23 (pensa che la maggior parte delle persone sia meglio di lei?)	0,50±0,51	0,27±0,44	0,043

CONCLUSIONE

Lo studio ha delle limitazioni legate alla scarsa numerosità del campione. Tuttavia, i dati confermano che il profilo sintomatologico della depressione nell'anziano è differente tra i due generi (Dekker et al., 2007; Kockler, 2002).

Più precisamente nelle donne si osserva un maggior vissuto psicologico dell'esperienza depressiva ed una maggior presenza di ansia psichica e somatica, laddove nell'uomo anziano la depressione viene soprattutto espressa attraverso sintomi quali: inquietudine, insonnia tardiva, sensazione di impairment cognitivo e sentimenti di autosvalutazione e di colpa.

INFLUENZA DELL'ESPERIENZA DI CAREGIVING E DI ALTRE VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL LIVELLO DI CONOSCENZA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER TRA LA POPOLAZIONE GENERALE

**Riva Maddalena, Caratozzolo Salvatore, Mombelli Giulia, Gottardi Federica,
Vicini Chilovi Barbara, Padovani Alessandro, Rozzini Luca**

Clinica Neurologica, Spedali Civili di Brescia

SCOPO

Da alcuni anni si riscontra un'attenzione crescente verso la conoscenza e la consapevolezza di malattia nelle persone affette da demenza di Alzheimer (AD), i loro caregiver e la popolazione generale. Tuttavia, pochi studi sono stati dedicati finora ad indagare quali fattori possano influenzare tale livello di conoscenza e la percezione di questa forma di decadimento cognitivo tra la popolazione generale. Lo scopo di questo studio è valutare l'influenza esercitata dall'esperienza di caregiving, dall'età e dal sesso sulla conoscenza della malattia di Alzheimer tra la popolazione, sondandone anche opinioni e paure.

MATERIALI E METODI

1.111 persone (234 caregiver e 877 non-caregiver AD di differenti fasce di età, sesso, scolarità, professione e reddito) hanno compilato un questionario composto da 25 domande. I questionari sono stati distribuiti e compilati nelle sale d'attesa di diversi reparti degli Spedali Civili di Brescia e negli ambulatori di alcuni medici di famiglia, durante un periodo di 6 mesi. Le domande comprendevano diversi argomenti, come la conoscenza della malattia di Alzheimer ed i problemi gestionali, economici ed etici correlati. Il presente studio è focalizzato sull'analisi di 9 delle 25 domande presenti nel questionario, riguardanti la conoscenza dei sintomi, dei fattori di rischio, delle terapie e dei servizi territoriali dedicati.

RISULTATI

L'analisi statistica ha evidenziato che la percentuale di risposte corrette è significativamente maggiore tra i caregiver. La popolazione più anziana ha dato risposte simili, indipendentemente dalla propria esperienza di caregiving. Le donne, caregiver o no, sono il gruppo di popolazione più informato, mentre le maggiori lacune si riscontrano tra gli uomini non caregiver. La maggior parte del campione ritiene che i fattori genetici giochino il ruolo principale nell'eziologia dell'AD, e molta è la preoccupazione di poter essere un giorno affetti da questa patologia.

CONCLUSIONI

I risultati di questa analisi dimostrano che l'intera popolazione necessita di un'educazione più accurata e di informazioni più esaustive, ma che i programmi di sensibilizzazione devono essere specificatamente tarati per soddisfare le esigenze di fasce di popolazione che partono da differenti livelli di background. Pertanto, potrebbe essere utile anche l'utilizzo di diversi canali informativi per raggiungere sottogruppi specifici di popolazione, con particolare attenzione verso gli uomini e le persone più anziane.

PROVE DI EFFICACIA DEL KIT RING SUI CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA

Rivoiro Chiara¹, Marchisio Cecilia Maria¹, Bellandi Daniele², Accettura Michele², Bianchi Cristiana³

¹*Dipartimento di Scienze dell'Educazione e della Formazione, Università degli Studi, Torino*

²*Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro*

³*Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie - Ufficio Salute, Comune di Torino*

SCOPO

La letteratura internazionale evidenzia che l'attività di sostegno e cura ad anziani fragili, in particolare se affetti da demenza, se non adeguatamente supportata, può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita, della salute mentale e fisica del caregiver principalmente coinvolto che sperimenta elevati livelli di tensione emotiva e psicologica fino a diventare a sua volta una "seconda vittima" delle patologie invalidanti che colpiscono la persona con demenza, ed in quanto tale a sua volta bisognoso di assistenza. Il progetto "RING – TransferRING Supports for Caregivers" LIFELONG LEARNING PROGRAMME 2007/2013 LEONARDO DA VINCI - Trasferimento dell'Innovazione (TOI) nasce con l'obiettivo di fornire strumenti efficaci, validati internazionalmente, per sostenere chi si prende cura delle persone affette da demenza: caregiver formali, informali, formatori, medici.

MATERIALI E METODI

Il Kit Ring, validato dai partners del progetto, nel dicembre 2010, è composto da 3 prototipi iniziali provenienti da differenti aree geografiche europee:

- "programma psicoeducazionale" formato da 6 moduli con l'obiettivo di sostenere i caregiver nelle loro relazioni di aiuto e cura. Esso mira a trasmettere tecniche per migliorare lo stato emozionale e il benessere dei caregiver di persone anziane affette da demenza, attraverso strategie di relazione e modelli di ristrutturazione cognitiva;
- "Guida per chi si prende cura", ovvero una guida informativa per i caregiver, sulle varie forme di demenza, il loro decorso, indicazioni pratiche per la cura e per l'accompagnamento alla fine della vita;
- "DVD" realizzato con frammenti tratti da vari film, utilizzato in ambiti formativi quale supporto didattico per i caregiver.

Dopo una formazione specifica per gli operatori, il Kit è stato proposto e sperimentato a livello europeo su un totale di 554 caregiver formali, 141 caregiver informali e 114 formatori. E' stata condotta una rilevazione pre-post, mediante questionari di autovalutazione per la misurazione dei livelli di soddisfazione rispetto agli strumenti proposti, delle competenze acquisite, dei livelli di ansia e stress dei caregiver.

RISULTATI

Tutti i partners europei hanno espresso soddisfazione rispetto all'utilizzo del Kit RING. Per quanto riguarda i caregiver informali, dopo la sperimentazione del Kit RING si è ottenuta una riduzione dello stress del 22.1% e dell'ansia del 26.9%, nei caregiver formali si è ottenuta una riduzione dello stress del 15.5% e dell'ansia del 12.1%. I risultati inerenti il livello di competenze prima e dopo la sperimentazione del Kit Ring, valutato tramite una scala di autovalutazione che variava da 1(=non ho competenze) a 9 (= ho competenze di alto livello), hanno mostrato un livello iniziale

stimato dai partecipanti pari a 3, mentre le competenze acquisite dopo la sperimentazione del Kit Ring hanno consentito ai partecipanti di raggiungere un livello medio di 5. Per quanto riguarda i caregiver informali, il livello di competenze iniziale stimato dai partecipanti si è attestato intorno al livello 2, mentre le competenze acquisite dopo la sperimentazione del Kit Ring hanno consentito ai partecipanti di raggiungere un livello medio di 5.

CONCLUSIONE

La sperimentazione del Kit Ring su un ampio campione numerico ha mostrato di essere un intervento efficace sul “caregiver burden”, riproducibile, adattabile in realtà differenti, utile per la formazione ed il sostegno di caregiver formali, informali di persone affette da demenza e dei formatori di questo settore.

Si sottolinea la necessità di criteri di valutazione condivisi a livello internazionale per definire standard di efficacia e di qualità degli interventi offerti nel sostegno ai caregiver.

SINTOMI NEUROPSICHIATRICI: RELAZIONE CON STRESS DEL CAREGIVER E CONSAPEVOLEZZA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

**Rocca Paola¹, Leotta Daniela², Liffredo Cesare³, Mingrone Cinzia¹, Sigaudò Monica¹,
Capellero Barbara², Rocca Giuseppe¹, Simoncini Mara⁴, Pernigotti Luigi M.⁴,
Pirfo Elvezio³, Bogetto Filippo¹**

¹*Dipartimento di Neuroscienze, Psichiatria, Università degli Studi, Torino*

²*S.C. Neurologia, Ospedale Martini, Azienda Sanitaria Locale TO 1*

³*Dipartimento di Salute Mentale Azienda Sanitaria Locale TO2*

⁴*Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani, Azienda Sanitaria Locale TO 1*

SCOPO

Tun et al (2007, 2008) affermano che i pazienti affetti da malattia di Alzheimer possono essere distinti in base alla presenza di disturbi neuropsichiatrici ed in base alle caratteristiche specifiche (cluster analysis). Sottolineano altresì l'importanza di identificare questi gruppi in quanto la specificità del profilo neuropsichiatrico è una variabile predittiva dello stress esperito dal caregiver, della possibilità di gestione al domicilio e della sopravvivenza del paziente stesso.

L'obiettivo di questo studio è quello di esplorare la validità di questo approccio in relazione al caregiver burden, al grado di insight ed al livello di declino cognitivo e di valutare l'impatto dei disturbi neuropsichiatrici su queste variabili.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 195 pazienti (43,1% maschi e 56,9% femmine) afferenti all'Unità di Valutazione Alzheimer.

L'analisi statistica da noi condotta (cluster analysis) ha identificato 3 gruppi di pazienti omogenei sulla base dei profili neuropsichiatrici rilevati alla Neuropsychiatric Inventory (NPI).

I gruppi individuati sono: cluster 1 (n=26) disturbi del comportamento di tipo psicotico, cluster 2 (n=97) disturbo depressivo e cluster 3 (n=72) disturbi del comportamento lievi.

Sono stati utilizzati i test ANOVA e χ^2 per confrontare tra loro i vari gruppi e la regressione lineare per verificare la relazione tra la NPI e le variabili cliniche.

RISULTATI

I cluster di pazienti con disturbi del comportamento di tipo psicotico, disturbi depressivi e disturbi del comportamento lievi differiscono per quanto riguarda il caregiver burden e la mancanza di insight. Pazienti con lievi disturbi neuropsichiatrici mostrano un migliore grado di insight rispetto ai pazienti con disturbi depressivi. I caregiver di pazienti con disturbi del comportamento di tipo psicotico mostrano maggiori livelli di stress. È stata riscontrata una relazione positiva tra NPI e mancanza di insight nei gruppi di pazienti con depressione e con lievi disturbi comportamentali e tra NPI e caregiver burden in tutti e tre i cluster. Il caregiver burden è influenzato dal tipo di sintomi.

CONCLUSIONE

I nostri risultati suggeriscono che utilizzando l'analisi per gruppi (cluster analysis) per classificare i pazienti con malattia di Alzheimer e BPSD è possibile individuare delle caratteristiche che sono predittive del grado di insight e del caregiver burden.

In particolare abbiamo osservato che il caregiver burden è determinato non solo dalla presenza e dalla gravità dei sintomi neuropsichiatrici ma anche dal tipo di manifestazioni comportamentali messe in atto dal paziente.

Tutto questo diventa fondamentale al fine di impostare un intervento (farmacologico e/o sociale) che sia il più specifico possibile e che permetta una gestione efficace del Paziente e del caregiver nell'ottica di ridurre il più possibile la richiesta di istituzionalizzazione.

STUDIO DELL'AMNESIA IN ALCUNE VARIANTI DI MALATTIA DI ALZHEIMER

Sala Francesca, Valbusa Valeria, Ferigo Laura, Broggio Elisabetta, Moretto Giuseppe, Gambina Giuseppe

SSO Interaziendale CENTRO ALZHEIMER e DISTURBI COGNITIVI, U.O.C. di Neurologia d.O., DAI di Neuroscienze

SCOPO

Descrivere le peculiarità qualitative e quantitative dell'amnesia alzheimeriana in alcune varianti di malattia di Alzheimer (MA) mediante il Test delle 15 Parole di Rey.

MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo descrittivo di 8 casi di MA ad esordio atipico: 2 casi ad esordio afasico non fluente e misto (fronto-temporo-parietale) (casi A); 4 casi ad esordio comportamentale (frontale) (casi B), di cui 2 con disturbi della condotta e 2 con disturbi della motivazione; 1 caso ad esordio visuo-spaziale (parieto-occipitale) (caso C); 1 caso ad esordio mnesico (temporo-mesiale) come forma tipica di riferimento (caso D).

Tutti i soggetti sono stati sottoposti a: Test delle 15 Parole di Rey -Memoria Immediata (MI), Memoria Differita (MD), Recognition dopo 15' (R) (Carlesimo et al., 1996)- ed all'usuale routine diagnostica (esame obiettivo neurologico, esame neuropsicologico completo, RM encefalo, TAC encefalo, esami ematochimici, EEG) ed inoltre a neuroimaging funzionale (SPECT o PET cerebrale).

RISULTATI

Nella prova di *Memoria Immediata (MI)* del Test delle 15 Parole di Rey:

- I casi A (esordio afasico) ottengono punteggi deficitari con scarsa tendenza all'apprendimento, parafasie fonemiche e semantiche.
- la prestazione dei casi B (esordio comportamentale) con disturbi della condotta, pur collocandosi nella norma dal punto di vista quantitativo, presentano a livello qualitativo intrusione di materiale verbale non inerente alla prova; i casi B, con disturbi della motivazione, mostrano una tendenza all'apprendimento a carattere fluttuante e minor numero di intrusioni rispetto ai pazienti con disturbi della condotta.
- Il paziente C (esordio visuo-spaziale) mostra una certa tendenza all'apprendimento, nonostante il punteggio risulti comunque deficitario.
- Il paziente D (esordio mnesico) ottiene un punteggio deficitario, mostrando scarsa tendenza all'apprendimento e diminuzione dell'effetto primacy.

Nella prova di *Memoria Differita (MD)* tutti i casi ottengono punteggi deficitari. Nei pazienti del gruppo B (esordio frontale) sono presenti numerose intrusioni di materiale verbale estraneo alla prova.

Nella prova di *Recognition* si evidenzia una maggiore presenza di mancati riconoscimenti nei gruppi A, C e D; i falsi riconoscimenti sono invece più preponderanti nel gruppo B, con tendenza alla perseverazione verbale.

CONCLUSIONI

In questo contesto il Test delle 15 Parole di Rey è un valido strumento per individuare e caratterizzare le peculiarità dell'amnesia alzheimeriana nelle varianti di MA indagate. Le diverse prestazioni mnesiche risultano coerenti con l'eterogeneità fenotipica dei casi descritti e una loro attenta analisi può essere d'aiuto nella diagnosi differenziale.

IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE CON “OSTEOPOROSI, CADUTE E FRATTURE” AL CENTRO DELLE CURE

Scala Giovanni¹, Cinque Romano², Belleggia Alessandra², Capobianco Giovanni¹

¹*Dirigente medico UOC Geriatria per acuti, Day Hospital - Ospedale S.Eugenio, Roma ASL RMC*

²*Fisioterapista UOC Geriatria per acuti, Day Hospital - Ospedale S.Eugenio, Roma ASL RMC.*

SCOPO

Le sensazioni di sbandamento e di instabilità sono di comune riscontro in età avanzata e sono frequenti cause di immobilità, cadute, disabilità ed istituzionalizzazione. Non sono più considerati segni di una specifica malattia, ma sintomi di una vera sindrome geriatrica a cui concorrono molteplici meccanismi patogenetici riconducibili a fattori causali interagenti fra loro.

Tale sindrome è spesso rappresentata quale esempio che rende fallimentare l'approccio solamente farmacologico alla malattia e costringe a modificare il modello assistenziale che non dà sufficiente attenzione a tutti gli aspetti non strettamente riconducibili alla specifica patologia, quali la condizione psicologica, sociale, culturale e ad altri fattori che contribuiscono allo stato di salute ed all'autonomia funzionale. Una crescente attenzione è stata posta, negli ultimi decenni, a prassi fisioterapiche/riabilitative con l'intenzione di trovare supporto alla soluzione di tali fenomeni.

MATERIALI E METODI

E' stata effettuata una rivalutazione della letteratura degli ultimi decenni.

Dal 1994 ai pazienti afferenti al Day Hospital Geriatrico è offerta la possibilità di integrare la rieducazione funzionale specifica con attività di riattivazione in gruppo con la finalità di migliorare l'elasticità e la forza muscolare, il controllo dell'equilibrio statico e dinamico. Gli esercizi terapeutici si fondano sulla necessità di un approccio consapevole di gestione del movimento dell'equilibrio e del respiro, costruendo un clima di condivisione ed esaltando il livello di comunicazione verbale e non verbale.

Tempo è stato dedicato alla costruzione del setting riabilitativo (considerare il contesto, la relazione, i processi funzionali ed i sottosistemi che li compongono; facilitare la percezione dell'esercizio terapeutico; segnalare i dati rilevanti, il rinforzo verbale, l'imitazione, la ripetizione; utilizzare il rapporto tra la funzione percettivo-motoria ed il sistema oculo-visivo; utilizzare specifiche strategie attenzionali). Fondamentale è la formazione del fisioterapista che oltre alla capacità di gestire tutte le variabili contestuali, legate al compito proposto, attraverso le modalità della conduzione, sappia costruire un contesto ambientale e relazionale, e promuovere una sana interazione in cui le emozione e la condivisione giochino un ruolo importante.

RISULTATI

Negli anni '80 si sviluppa l'attenzione al fenomeno delle cadute; nascono scale specifiche del rischio di caduta, di assesment dell'evento, di valutazione e studio di modifiche ambientali, con programmi di prevenzione attraverso esercizi di rinforzo muscolare (idea che la sola forza muscolare sia responsabile del mantenimento dell'equilibrio e che il movimento risponda a regole meccaniche di buon funzionamento di articolazioni e muscoli). Nel 1983 Murphy descrive una sindrome del dopo caduta (Post fall syndrome) che "crea nell'anziano uno stato d'ansia per il timore che l'evento possa ripetersi; da ciò derivano disturbi del tono dell'umore e nella deambulazione che diviene difficile, insicura, lenta, limitata". Negli anni '90 la capacità di muoversi comincia ad essere letta come capacità di "rispondere" all'ambiente; i programmi riabilitativi accoppiano strenght exercise

e balance training. Negli anni 2000 alcune metanalisi dimostrano l'efficacia di interventi per cui si propongono azioni combinate senza differenze statisticamente significative fra i diversi tipi di esercizio (resistenza, equilibrio, flessibilità, forza). Per tali ragioni abbiamo proposto nel nostro Day Hospital percorsi specifici da svolgersi individualmente ed in gruppo per aiutare i soggetti ad acquisire familiarità nei confronti del terreno per superare la paura.

Sono stati costruiti piccoli gruppi di riabilitazione per pazienti con Post fall Syndrome condotti contemporaneamente da fisioterapista e psicologa per gestire gli aspetti emozionali e quelli funzionali/motori. Nel 2009 nasce il progetto di "Prevenzione degli incidenti domestici: un approccio integrato multidisciplinare rivolto agli anziani fragili a domicilio".

Nel 2011 si avvia il progetto osteoporosi e prevenzione delle cadute nel Comune di Roma.

CONCLUSIONE

Negli ultimi anni il progressivo invecchiamento demografico ha posto l'urgenza di una programmazione sanitaria innovativa rispetto alla disabilità ed in particolare alla perdita dell'autonomia.

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione dell'invecchiamento patologico da anni l'UOC di Geriatria effettua progetti di sensibilizzazione ed interventi per la prevenzione dei disturbi dell'equilibrio, delle fratture e dell'osteoporosi.

La definizione di Murphy e le riflessioni sulla complessità psico-dinamiche del fenomeno (una caduta può modificare la percezione di sé, aumentare la sensazione di fragilità, amplificare la sensazione di tempo finito, modificare la relazione con il contesto, creare nuove paure, ridurre le relazioni sociali) hanno condizionato il nostro agire riabilitativo. Abbiamo sempre cercato di fondare la nostra prassi sulle attuali conoscenze della neurofisiologia del movimento, tutti i dati sono concordi nel definire il sistema motorio come produttore di azioni.

In coerenza con questi dati la trasformazione della prassi quotidiana diventa inevitabile a cominciare dalla costruzione di un setting terapeutico che preveda un'analisi della complessità, abbandonare metodi e tecniche di fisioterapia passive, analitiche o evocatrici di riflessi.

L'ASSISTENZA ALLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA NEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER "ATTIVAMENTE"

Scala Giovanni¹, Monini Patrizia¹, de Cesare Brunella², Nicastro Elena³, Capobianco Giovanni¹

¹*UOC Geriatria per acuti, Day Hospital- Ospedale S. Eugenio, Roma ASL RMC*

²*Cooperativa Meta Centro Diurno "Attivamente"*

³*Assistente Sociale Comune di Roma.*

SCOPO

Negli ultimi anni il progressivo invecchiamento demografico ha posto l'urgenza di una programmazione sanitaria innovativa rispetto alla disabilità ed in particolare alla perdita dell'integrità cognitiva. Si è sviluppata l'idea di un sistema di garanzia della salute come rete dei servizi con componenti sociali e sanitarie strettamente collegate.

Dal 2006, dopo un accordo di programma ASL RMC – Comune di Roma, è attivo nel Municipio IX il Centro Diurno Attivamente, differenziato nelle due unità: Anziani fragili e Alzheimer, al fine di poter raccogliere le richieste di aiuto a fronte di situazioni socio-sanitarie familiari sempre più critiche e problematiche.

MATERIALI E METODI

L'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) dell'Ospedale S. Eugenio ha garantito la casistica selezionata, la valutazione multidimensionale geriatrica, ed il follow-up. Periodicamente si è proceduto al riesame delle persone in carico al servizio per valutare la congruità dell'inserimento nell'una o nell'altra unità. Outcomes del CDA sono rappresentati dalla prevenzione dell'ospedalizzazione incongrua o del ricovero in RSA, dalla riduzione dello stress dei familiari e delle logiche "espulsive", e dal contenimento dei disturbi del comportamento del paziente.

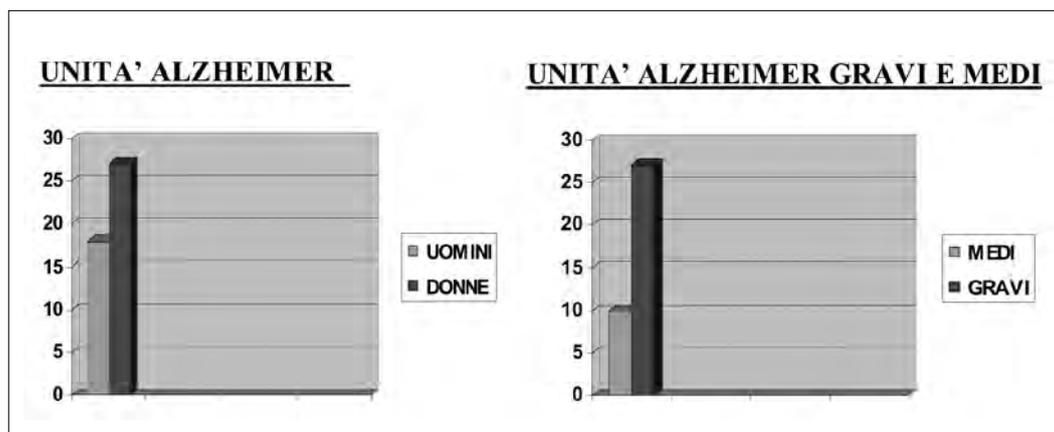
RISULTATI

Nel corso dell'anno il Centro Diurno ha valutato gli inserimenti di 22 utenti per l'unità Alzheimer e di 13 per l'unità anziani fragili. A tutti i nuovi soggetti è stata data l'opportunità di frequentare il Centro curando in particolar modo l'inserimento iniziale che avviene in modo progressivo, con la co-presenza di un familiare o di altro caregiver. L'utente e possibilmente il caregiver vengono affiancati nelle prime fasi da un operatore che ne cura la familiarizzazione con l'ambiente e gli altri ospiti della struttura, e che si definisce come punto di riferimento iniziale. Per ognuno si provvede a compilare un piano di intervento individuale che viene condiviso con la famiglia e con l'utente (se possibile). Tale piano viene poi verificato trimestralmente e ricalibrato tenendo presente l'evolversi della malattia. Di questi 22: per 5 l'inserimento non è andato a buon fine, tre hanno cessato il progetto, e 14 hanno frequentato regolarmente il centro. Il totale degli utenti in carico al centro nell'Unità Alzheimer è stato di 45 unità. Nell'arco dell'anno poi due anziani sono deceduti e 9 dimessi per aggravamento o trasferimento in RSA.

Anche quest'anno le domande d'inserimento per utenti Alzheimer sono state maggiori rispetto ai fragili.

Dei 45 pazienti della fascia Alzheimer, 18 sono uomini e 27 donne.

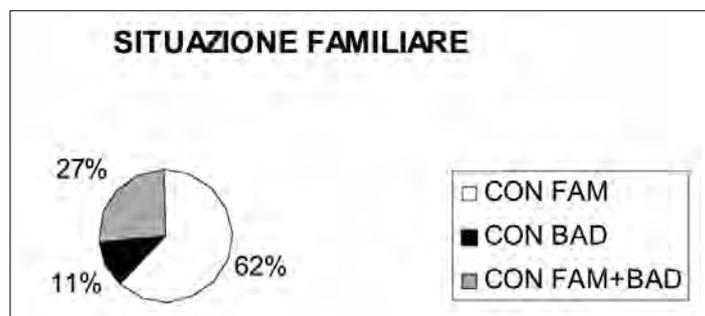
Molti di questi soggetti sono affetti da un deterioramento cognitivo di grado grave, con un valore che a causa della malattia degenerativa risulta abbastanza oscillante, poiché durante il corso dell'anno ci possono essere degli aggravamenti e di conseguenza degli spostamenti dalla fascia media a quella grave.



Un altro dato che va rilevato è che tra gli Anziani Fragili sono stati inseriti anche alcuni utenti che presentavano un livello di deterioramento cognitivo lieve, per cui si è ritenuto più idoneo un gruppo più stimolante. I risultati sono stati buoni sul piano dell'inserimento e della relazione con gli altri ospiti.

Molti degli utenti con demenza sono seguiti da badanti, anche quando vivono in famiglia, questo dato ci indica sia la pesantezza del carico assistenziale, sia che il familiare convivente è a sua volta un anziano con necessità di sostegno. A tal proposito come da alcuni anni a questa parte il Centro ha messo a disposizione dei familiari un gruppo di auto-aiuto con cadenza trisettimanale tenuto dalla psicologa del Centro.

Il centro diurno Alzheimer rappresenta quindi un aiuto importante per le famiglie di tali pazienti.



Gli utenti gravi frequentano tre volte a settimana e non superano le 20 unità giornaliere, gli altri frequentano due volte a settimana. L'organizzazione del Centro ha provveduto a:

- trasporto,
- accudimento,
- distribuzione pasti e laddove necessario somministrazione vera e propria, aiuto nell'uso dei servizi igienici, cambi pannolone, aiuto per la doccia, sorveglianza nello spostamento all'interno del centro,
- socializzazione,
- gruppi di terapia occupazionale (con la fisioterapista del Centro),
- organizzazione di feste, ricorrenze e gite.

Le attività sono state calibrate tenendo presente le capacità residue, con effettuazione di lavori manuali anche semplici, si è quindi cercato di rendere la permanenza al centro il più piacevole possibile creando un clima familiare, cantare insieme motivi conosciuti della giovinezza aiuta a ricordare parole e ritmi, gratifica il riconoscimento di competenze e stimola ad articolare le parole, con strumenti vari ed alle volte improvvisati si batte un tempo insieme rispettando un preciso ritmo, che piano piano si accorda comunemente. Si tende inoltre a stimolare il coordinamento degli arti e il movimento fine delle mani, nonché la percezione della pulsazione ed il rapporto

con le altre persone, i giochi con la palla fanno riemergere un vissuto infantile di scambio ludico e stimolano il coordinamento motorio. Prendendo spunto dagli avvenimenti quotidiani si intrecciano conversazioni in cui si stimola anche la verbalizzazione su elementi della realtà, a volte si fanno ripetere filastrocche, poesie o proverbi. Si stimola l'associazione tra colori ed oggetti, tra sapori ed odori ecc.

Questi sono alcuni esempi di come trascorre in modo piacevole e gratificante una giornata al Centro Diurno. Il lavoro dell'equipe ovviamente si modula secondo il clima di partecipazione che si riesce a creare, alle volte risulta difficoltoso catturare l'attenzione di un gruppo a causa di malesseri di alcuni ospiti che riescono a creare un'atmosfera di tensione che costringe gli operatori ad un diverso lavoro di contenimento.

Durante l'anno sono state organizzate brevi passeggiate della durata di poche ore, questo perché si è sperimentato che i nostri utenti si stancano facilmente e non riescono a reggere lo stress di un'intera giornata fuori casa, con itinerari ad hoc e scegliendo luoghi di facile accesso e a breve distanza.

CONCLUSIONI

Nel Centro Diurno Alzheimer si è cercato di favorire l'autonomia e la competenza degli utenti invitandoli a partecipare ed a responsabilizzarsi anche nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Apparecchiare, sparecchiare, mettere a posto gli attrezzi dopo il lavoro, aiutarsi reciprocamente sono obiettivi costantemente perseguiti. Parte del lavoro degli operatori è stato assorbito dal contenimento degli stati di agitazione o dei momenti confusionali degli utenti con demenza. La capacità e la competenza del personale, dovuta ai diversi anni di lavoro con anziani che presentano questo tipo di caratteristiche, nonché alla continua formazione nel campo, ha permesso di sostenere situazioni anche piuttosto complesse.

Va segnalato che questo Centro sempre di più si è specializzato nell'assistenza ai malati più gravi poiché il territorio richiede questo tipo di servizio, per poter svolgere al meglio il lavoro una volta a settimana viene effettuata una riunione di equipe per la programmazione e l'organizzazione delle attività. Una volta al mese si tengono le riunioni di coordinamento dell'equipe socio-sanitaria per lo scambio di informazioni sui nuovi ingressi e per la valutazione dei percorsi assistenziali mirati. Il lavoro comune di equipe fa sì che l'accoglienza dell'utente e del suo disagio trovino quasi sempre risposte adeguate.

I dati finora ottenuti dimostrano l'effettiva utilità del Centro Diurno Alzheimer per la gestione dei pazienti affetti da demenza.

EFFETTI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA SULLO STATO COGNITIVO DI UNA COORTE DI ANZIANI RICOVERATI IN NURSING HOME

Sgrò Giovanni, Burgo Giovanna, Malara Alba, Capomolla Soccorso, Ceravolo Francesco, Curinga Giuseppe, Renda Grazia Francesca, Rotundo Alessandro, Spadea Fausto

Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria, Lamezia Terme (CZ)

SCOPO

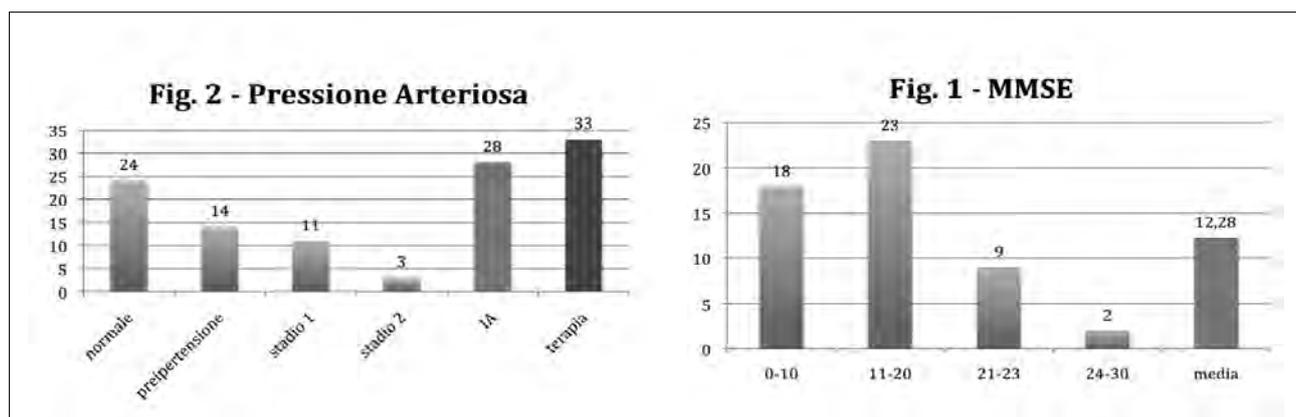
L'ipertensione arteriosa è sempre di più un importante problema in campo medico e di salute pubblica. La prevalenza d'ipertensione aumenta con l'avanzare dell'età, tanto che più della metà delle persone di 60-69 anni e circa i tre quarti con 70 anni di età e più vecchi sono affetti da ipertensione¹.

MATERIALI E METODI

Abbiamo esaminato un gruppo di pazienti ricoverati presso tre strutture residenziali in network con l'Associazione Nazionale Strutture Terza Età (ANASTE). Tra i ricoverati, sono stati selezionati 52 pazienti di età media di 85,3 anni, 12 maschi e 39 femmine. È stata effettuata la valutazione multidimensionale geriatrica, è stato somministrato il MMSE per la valutazione dello stato cognitivo, ed è stata rilevata la pressione arteriosa al mattino dopo le attività d'igiene e la colazione. I pazienti sono stati suddivisi in gruppi per valori di pressione arteriosa secondo la classificazione proposta dalla Joint National Committee americana nel suo settimo rapporto (JNC 7) e secondo il punteggio ottenuto al MMSE. L'analisi statistica è stata fatta mediante il calcolo dell'indice di correlazione di Pearson (r).

RISULTATI

Il 46,15% dei pazienti selezionati è normoteso, il 26,92% presenta una pre-ipertensione, il 21,15% un'ipertensione di stadio 1 ed il 5,76% un'ipertensione di stadio 2; il 63,46% assumeva terapia antipertensiva. Il 34,61% dei pazienti presentava deficit cognitivo grave, il 44,23% medio, il 17,30% lieve, solo il 3,8% non presentava deficit cognitivo, mentre il punteggio medio ottenuto era di 12,28. L'indice di correlazione tra i valori della pressione arteriosa sistolica (PAS) ed i punteggi ottenuti al MMSE è di $r = -0,116$. L'indice di correlazione tra i valori della pressione arteriosa diastolica (PAD) ed i punteggi ottenuti al MMSE è di $r = -0,141$ ed infine, quello tra la pressione arteriosa differenziale (PP) ed i punteggi ottenuti al MMSE è di $r = -0,011$.



CONCLUSIONE

Dall'analisi dei pazienti selezionati si evidenzia una correlazione inversa tra i valori di pressione arteriosa ed i punteggi ottenuti alla valutazione cognitiva. Si segnala una maggiore significatività della correlazione tra la pressione differenziale e il deficit cognitivo.

BIBLIOGRAFIA

¹The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; US Department of Health and Human Service 2004.

MALATTIE RARE ED AGEISMO

Sleiman Intissar^{1,2}, Rozzini Renzo^{1,2}, Trabucchi Marco²

¹Dipartimento di Medicina e Geriatria, Fondazione Poliambulanza, Brescia

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

L'amiloidosi primitiva è una malattia caratterizzata da deposizione di frammenti di catene leggere delle immunoglobuline ed è associata nell'80% dei casi ad un picco monoclonale nel siero e/o nelle urine. L'amiloidosi AL può interessare diversi organi (cuore, rene, fegato e cute) e si può associare a deficit della coagulazione.

CASO CLINICO

Uomo, di anni 86, affetto da encefalopatia vascolare con demenza, artrite reumatoide da circa 20 anni, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale permanente (TAO) e gammopatia monoclonale IgAk.

Nel mese di luglio comparsa di ematomi cutanei diffusi e riscontro di valori di INR elevati (5.3); il medico curante ha sospeso la terapia anticoagulante ed è stata iniziata terapia con ASA. Nel settembre comparsa di macroematuria inizialmente valutato in PS e poi nell'ottobre, per il persistere della stessa, ricoverato in urologia con riscontro di valori elevati di INR, malgrado la sospensione del warfarin. Nel medesimo ospedale è stato trasferito nella divisione di medicina interna per lo studio di eventuali deficit della coagulazione. Durante la degenza viene praticata terapia con Vitamina K e.v. senza successo. Successivamente trasferito in struttura riabilitativa con diagnosi di deficit della coagulazione a genesi mista in paziente affetto da demenza. Sospesa la terapia con ASA e la terapia di fondo dell'artrite reumatoide. In riabilitazione persistenza di valori elevati di INR, macroematuria e comparsa di ematoma spontaneo alla coscia con anemia secondaria.

Il paziente giunge alla nostra osservazione proveniente dalla struttura riabilitativa ai primi di dicembre. All'arrivo in reparto MMSE di 12/30 (CDR 3), GDS di 4 e BADL di 45, 5 funzioni perse nelle IADL; Tinetti scale 4/28.

L'esame obiettivo ha evidenziato una piaga da decubito al tallone sx di II grado ed un ematoma coscia sx riferito spontaneo. Gli esami ematochimici hanno evidenziato un'anemia di grado severo (HB 7.6 mg/dl) e confermato la persistenza di valori elevati di INR. Nel sospetto di deficit della via comune delle coagulazione, sono stati effettuati i dosaggi del Fattore II (protrombina) fattore V e X: è stato confermato il deficit severo di fattore X (2% n.v. 50-150), con negatività della ricerca di anticorpi anti fattore X. Una ricerca su PubMed ha evidenziato la rarità della patologia e 2 tipi di deficit di fattore X: congenito ed acquisito. L'età del paziente ha escluso il deficit congenito, e l'orientamento diagnostico è stato di un deficit acquisito di fattore X. Sempre PubMed ha suggerito l'associazione tra deficit di fattore X e l'amiloidosi primitiva. Un'ecografia dell'addome ha escluso epato- e splenomegalia. Un'ecografia cardiaca ha escluso un interessamento cardiaco come pure la visita oculistica ha escluso l'interessamento oculare. E' stata eseguita biopsia del grasso sottocutaneo che è risultata positiva alla colorazione del rosso Congo. Il dosaggio delle catene leggere Kappa e Lambda ha evidenziato un incremento della componente K con un alterato rapporto Kappa Lambda. La diagnosi di dimissione è stata di "Amiloidosi primitiva con deficit isolato di fattore X della coagulazione". E' stata iniziata inoltre terapia con steroidi ad alto dosaggio con cicli di 4 giorni al mese ogni 4 settimane. Alla prima valutazione dopo il primo ciclo non vi sono più gli ematomi cutanei, non più macroematuria, ridotti la produzione di catene Kappa e Lambda, ma persiste elevato l'INR. Da allora il paziente non è più stato ospedalizzato.

CONCLUSIONE

Le nostre considerazioni sul caso non riguardano solo l'estrema rarità della patologia descritta in età avanzata ("le malattie rare sono rare, ma esistono"), ma anche:

- a) come la discriminazione nei pazienti anziani e affetti da demenza sia ancora presente nella prassi medica;
- b) come questa discriminazione sia controproducente (ageismo) provocando costi di gran lunga superiori a quanto necessario (il paziente è stato in ospedale per 3 mesi senza una diagnosi, terapia e prognosi adeguata).

TELEMEDICINA E MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO DI UN CASO CLINICO

Spadaro Letteria, Digangi Giuseppina, Bonanno Lilla, Cordici Francesco, Leo Antonino, Ferrara Danilo, Amante Piero, Reitano Simone, Lanzafame Pietro, Bramanti Placido

IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" - Messina

PREMESSA

Le nuove tecnologie sono attualmente sempre più utilizzate per supportare i caregiver di persone affette da demenza. Obiettivo del presente lavoro è descrivere il percorso di malattia di 1 paziente affetto da malattia di Alzheimer (MA) e del suo familiare, caregiver, che oltre al percorso di cura tradizionale (usual care) hanno scelto di partecipare al progetto "Telecare for people who care" (tele care).

CASO CLINICO

La signora, 67 anni, al momento della diagnosi di MA è affetta da un deterioramento cognitivo di grado medio lieve, in assenza di rilevanti disturbi del comportamento e con le autonomie nel quotidiano sostanzialmente preservate. Il familiare caregiver (maschio, 38 anni) riferisce di avere una buona qualità di vita in assenza di un importante carico assistenziale percepito. Paziente e caregiver, arruolati presso l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", dopo la firma del consenso informato, sono stati sottoposti a valutazione dello stato cognitivo, emotivo, delle abilità quotidiane, delle strategie di coping e della qualità di vita generale al momento dell'inclusione (T0), dopo 6 mesi (T1) e dopo 12 mesi (T2) dall'inizio dell'intervento. A T2 il caregiver ha risposto anche ad un questionario di valutazione del progetto. Il progetto "Tele-care for people who care", tramite le facilities prese a prestito dal settore ICT, prefigura un intervento settimanale faccia a faccia attraverso un sistema di videocomunicazione, da casa, rivolto al caregiver ed al paziente, con la finalità di accompagnare e fornire strategie di problem solving insieme al monitoraggio dei parametri vitali del paziente.

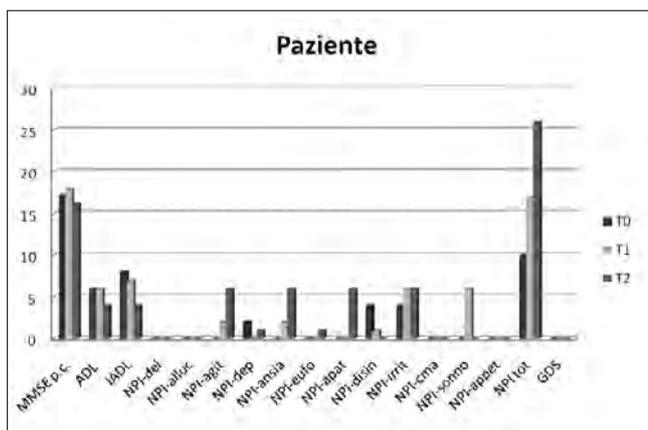


Grafico 1: Descrizione dei punteggi relativi alla valutazione del paziente

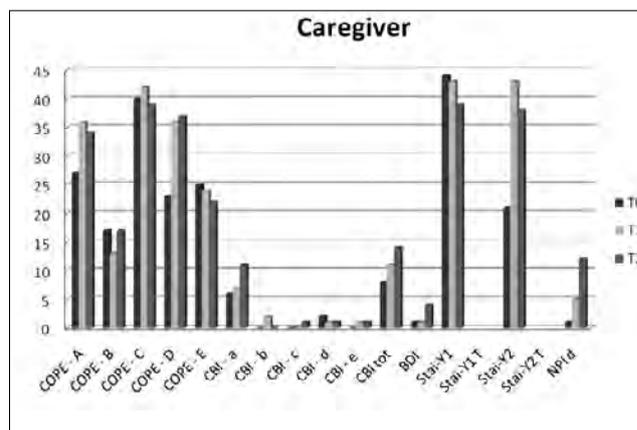


Grafico 2: Descrizione dei punteggi relativi alla valutazione del caregiver

Ad un anno dall'inizio dei trattamenti (usual e tele care) si osserva, nella paziente, un lieve peggioramento del quadro cognitivo (MMSE T0 p.c.=17,2 vs MMSE T2 p.c. =16,2) e comportamentale (NPI T0=10 vs NPI T2=27) con un evidente incremento delle disautonomie nel quotidiano strumentali (IADL T0=8 vs IADL T2=4) e non (ADL T0=6 vs ADL T2=4). Dal punto di vista farmacologico, i dosaggi di Donepezil e Memantina sono rimasti invariati. Il caregiver a T2 riferisce un incremento

del carico assistenziale obiettivo (cbi-a T0=6 vs cbi-a T2=11) e delle ore dedicate alla cura mentre la sua valutazione della propria qualità di vita, del tono dell'umore e degli altri aspetti del burden rimane costante. Si osserva invece un cambiamento nel profilo delle abilità di coping: il caregiver riferisce di usare di più le strategie di coping "sostegno sociale" e "orientamento al problema". Anche in relazione all'usabilità del sistema da parte sua e del paziente, il caregiver esprime una valutazione positiva in termini di semplicità della tecnologia utilizzata.

CONCLUSIONE

Un'ampia letteratura mostra l'importanza dell'intervento psico-educativo e di supporto al caregiver della persona affetta da MA. Il caso clinico descritto evidenzia come un intervento domiciliare attraverso ICT rivolto ai pazienti MA ed ai caregiver, integrato all'usual care, ha un effetto di prevenzione secondaria con importanti ricadute sul benessere di entrambi gli utenti.

In particolare il potenziamento di alcune strategie di coping orientate alla risoluzione dei problemi ci danno utili informazioni sull'efficacia della teleassistenza nell'accompagnare paziente e caregiver nel percorso di malattia.

L'utilizzo delle ICT ha, tra l'altro, il pregio di allargare le possibilità di partecipazione a chi vive in zone isolate o a chi ha difficoltà ad impegnarsi in attività fuori casa con costi economici di gestione relativamente contenuti.

MISURE DI CONNETTIVITÀ ANATOMICA PER VALUTARE LE ALTERAZIONI DEL TESSUTO CEREBRALE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Spanò Barbara¹, Cercignani Mara¹, Basile Barbara¹, Parker Geoffrey J.M.^{2,3}, Serra Laura¹, Perri Roberta⁴, Marra Camillo⁵, Giubilei Franco⁶, Caltagirone Carlo^{4,5}, Bozzali Marco¹

¹Neuroimaging Laboratory, Santa Lucia Foundation, Roma

²Imaging Science & Biomedical Engineering, University of Manchester, United Kingdom

³Biomedical Imaging Institute, University of Manchester, United Kingdom

⁴Department of Clinical and Behavioural Neurology, Santa Lucia Foundation, Roma,

⁵Departement of Neuroscience, University of Rome "Tor Vergata", Roma

SCOPO

Obiettivi di questo studio sono:

- 1) valutare le alterazioni della connettività cerebrale in pazienti affetti da malattia di Alzheimer (AD) mediante l'utilizzo di una nuova tecnica, nota come *anatomical connectivity mapping* (ACM), basata sull'imaging pesato in diffusione;
- 2) investigare la relazione tra misure di ACM e trattamento con farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi (AChEI).

Dai dati di letteratura appare sempre più evidente che le manifestazioni cliniche in corso di AD non siano semplicemente dovute ad atrofia regionale della sostanza grigia, ma anche ad alterazioni dell'integrazione tra aree cerebrali, mediante meccanismi di disconnessione.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 38 pazienti affetti da AD (19 in terapia con AChEI e 19 non trattati) e 11 controlli sani. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a risonanza magnetica a 3T, inclusiva di un volume pesato in T1 ed una sequenza pesata in diffusione. I volumi in T1 di ciascun soggetto sono stati utilizzati per selezionare il parenchima cerebrale. Nelle immagini pesate in diffusione, un algoritmo di trattografia probabilistica è stato iniziato in ciascun voxel del parenchima cerebrale. Successivamente, è stato eseguito il conto del numero di 'streamline' trattografiche passanti attraverso ciascun voxel. Su questa base sono state prodotte le mappe di ACM, la cui intensità esprime il grado di connettività strutturale di ciascun voxel con il resto dell'encefalo. Le mappe di ACM sono state utilizzate per eseguire confronti tra gruppi e interazioni tra connettività anatomica cerebrale, esposizione a trattamento con AChEI, livello cognitivo globale.

RISULTATI

L'intero gruppo di pazienti con AD mostrava una riduzione bilaterale di ACM nel fornice, nella porzione ippocampale del cingolo e nel giro sopramarginale (Fig.1).

Nei pazienti trattati con AChEI vi era una correlazione diretta tra i valori di ACM nel braccio anteriore della capsula interna e l'esposizione al farmaco (prodotto durataXdosaggio) (Fig.2A). In questa stessa area sottocorticale vi era una interazione tra assunzione di AChEI e punteggio al MMSE (Fig.2B).

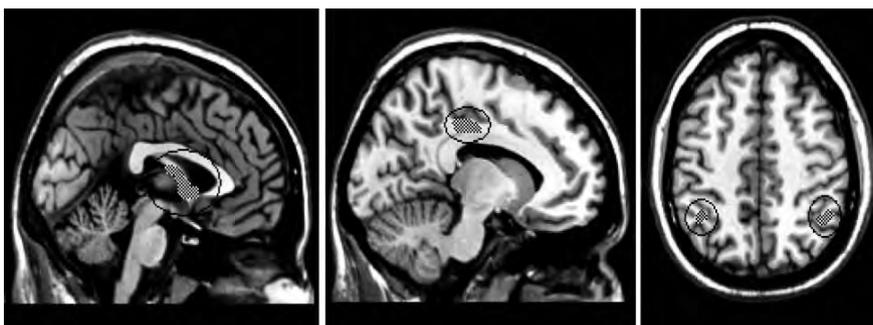


Fig. 1. Regioni di ridotta ACM nei pazienti con AD (trattati e non trattati) confrontati con la popolazione sana di controllo.

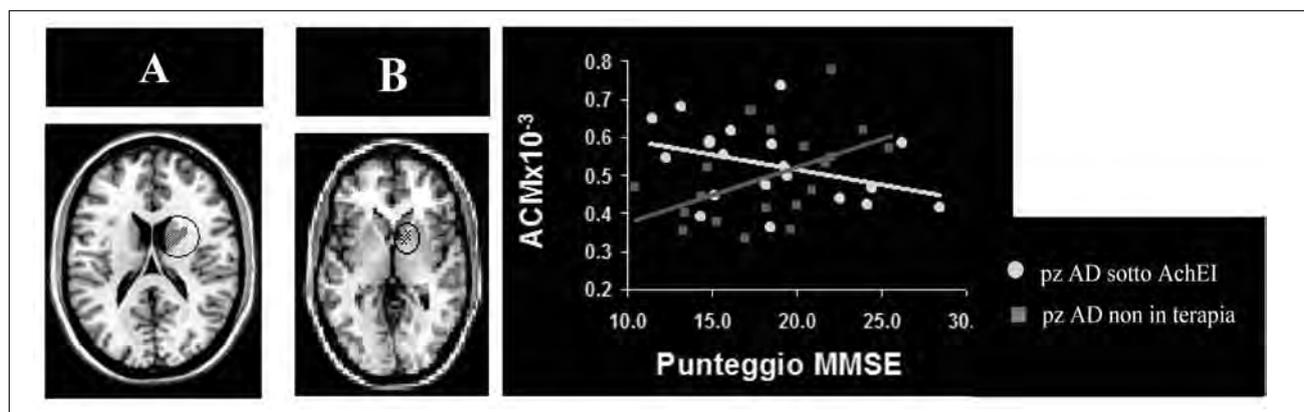


Fig. 2. (A) Area di correlazione diretta tra ACM e il prodotto 'dose X durata di terapia' con AChEIs. (B) Area in cui l'ACM mostra un'interazione con 'MMSE score X terapia'. La correlazione tra ACM e MMSE è presente nei pazienti non trattati (cerchi grigio chiaro) e viene persa nei pazienti trattati con AChEIs (quadrati grigio scuro).

CONCLUSIONE

Le riduzioni regionali di ACM nel giro sopra-marginale, nel cingolo e nel fornice, forniscono evidenze in vivo circa il ruolo della disconnessione strutturale nella fisiopatologia della AD. Le interazioni tra terapia con AChEI, misure di ACM in sede sottocorticale e misure cognitive globali suggeriscono fenomeni di neuroplasticità cerebrale guidati dalla terapia stessa.

DIECI CASI DI PARAFRENIA INVOLUTIVA

Tamborini Stefania, Poli Roberto, Agrimi Emilia

Reparto Psichiatria, A.O., Cremona

SCOPO

La parafrenia involutiva o tardiva è un disturbo psichiatrico che è diversamente classificato nei sistemi nosografici attuali. Si tratta di una condizione caratterizzata da un delirio cronico ad insorgenza tardiva, con scarsa compromissione affettiva, nettamente prevalente nel sesso femminile. L'individuazione di tale disturbo è importante, in quanto esso può costituire una fase prodromica di demenza in cui i fattori organici giocano un ruolo significativo.

Obiettivo dello studio è la rilevazione clinico-diagnostica di un gruppo di pazienti ricoverati in SPDC con quadro psicopatologico attribuibile a disturbo parafrenico, con riscontro anamnestico di eventuali tratti di personalità premorbose, valutazione della cognitività e del grado di autonomia nel funzionamento personale.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in esame 10 pazienti di età superiore a 65 anni, ricoverati in SPDC nel corso di un anno, diagnosticati come parafrenici. Sono stati raccolti i dati socio-demografici e l'anamnesi psicopatologica. L'assessment è stato effettuato con la somministrazione di MMSE (Mini Mental State Examination) per lo screening dell'eventuale deficit cognitivo, ADL (Indice di autonomia nelle Attività Quotidiane), IADL (Scala delle attività strumentali quotidiane) e PANSS (Positive and Negative syndrome Scale) per stabilire la presenza e gravità dei sintomi produttivi.

RISULTATI

Dei dieci pazienti diagnosticati come parafrenici, due presentavano assenza di compromissione cognitiva, sei avevano un deterioramento cognitivo lieve e due un deterioramento cognitivo di grado medio. I loro livelli di autonomia di base e strumentali erano proporzionali al grado di deterioramento cognitivo. Nei pazienti con deterioramento cognitivo assente o lieve prevalevano una sintomatologia di tipo positivo, le dimensioni dell'ansia, della depressione e delle preoccupazioni somatiche. Nei pazienti con maggior grado di deterioramento cognitivo erano più evidenti appiattimento affettivo, ritiro emozionale e sociale. Quattro dei pazienti che presentavano un deterioramento cognitivo lieve-moderato erano già noti per presenza di tratti di personalità di tipo eccentrico-originale, strano-bizzarro, diffidente sensitivo.

CONCLUSIONI

L'identificazione del quadro di parafrenia tardiva è utile ed il termine appare più appropriato rispetto all'utilizzo nel DSM-IV-TR della definizione di *very late-onset schizophrenia-like psychosis*. I nostri casi concordano con la letteratura rispetto alle seguenti caratteristiche: prevalenza del sesso femminile, minor ricorrenza familiare, situazione "dell'essere nella solitudine" (nella accezione esistenziale negativa) che si configura nell'essere vedovo, separato, con figli lontani, cambio di abitazione e con presenza di tratti premortosi di personalità di tipo eccentrico-originale, strano-bizzarro, diffidente sensitivo. Quadro psicopatologico con le dimensioni del carattere immaginifico, similonirico e megalomane delle costruzioni deliranti; scarsità di sintomi negativi, tendenza al discontrollo degli impulsi, dominio del pensiero paralogico; buona integrità del rapporto con la realtà, floride e mutevoli allucinazioni.

IL LAVORO NEL QUOTIDIANO E LE GRANDI ORECCHIE DEGLI OPERATORI “I possibili occhiali” della formazione degli operatori psicogeriatrici dell’Unità di Degenza per Dementi ad Alta Valenza Assistenziale: il Reparto 42 dell’Ospedale Privato Accreditato Villa Igea (Mo) per orientarsi nel “buio della contenzione di questi pazienti”

Tarozzi Adriano¹, Morselli Linda², Venturelli Francesca², Ferrari Carlo³, Ruggeri Antonella⁴, Sparamonti Monica⁵, Valgimigli Simona⁵, Merighi Mara⁶, Lo Russo Leo⁷, Valgimigli Camillo⁸, Donati Cristina³

¹Medico Responsabile Unità di Degenza per Dementi ad Alta Valenza Assistenziale Villa Igea, Modena

²Geriatra

³Psichiatra

⁴Neurologo

⁵Psicologo Psicoterapeuta

⁶Caposala

⁷Direttore Sanitario Villa Igea, Modena

⁸Psichiatra, già consulente Ausl per “Patologie di Confine”.

PRESENTAZIONE DEL REPARTO 42

Dal 2001 in collaborazione con l’Ausl presso l’Ospedale Privato Accreditato Villa Igea (Modena) è attivato un reparto (20 posti letto) dedicato al trattamento degli scompensi della patologia demenziale, ad alta valenza sanitaria assistenziale, integrato nella rete socio-assistenziale provinciale (RSA, strutture protette, assistenza domiciliare integrata).

E’ una delle poche strutture in campo nazionale che risponde all’urgenza di pazienti con diagnosi di demenza in fase di scompenso. Lo scompenso, che deve essere di grave entità, può riguardare sia l’aspetto cognitivo che quello comportamentale, sottoforma di aggressività, agitazione, arresto psico-motorio, ecc..

Quale motivo della presa in carico del paziente è preso in considerazione anche l’alterazione dell’equilibrio familiare (del contesto abituale di vita) per scompenso del caregiver.

L’ACCESSO AL REPARTO 42

La richiesta di accesso è principalmente del medico di medicina generale o direttamente dallo specialista del Centro Esperto per le Demenze del Distretto dell’Ausl.

Esiste la possibilità di accesso da un reparto ospedaliero per acuti dopo la valutazione dell’UVG che stabilisca la corrispondenza tra la necessità del paziente e le caratteristiche diagnostico-valutative- assistenziali- terapeutiche/riabilitative del Reparto 42.

Il reparto con competenze professionali geriatriche, internistiche, neuropsicologiche, psichiatriche, con attenzione particolare a gruppi di auto-aiuto rivolti ai familiari e caregiver più in generale, ha l’obiettivo di permettere il rientro a domicilio e/o nella struttura di invio del paziente, in un tempo previsto entro i 30 giorni: soltanto in casi del tutto eccezionali sono previste brevi proroghe in accordo con i professionisti territoriali.

E’ anche e soprattutto una struttura di sollievo:

- per il paziente ed i suoi familiari,
- per i MMG, delle RSA, delle strutture protette, dell’ADI,
- per i medici di P.S. e della guardia medica.

IL REPARTO 42 AD ALTO RISCHIO DI BURNOUT DEGLI OPERATORI

Un’unità di degenza per dementi ad alta valenza assistenziale mette a dura prova gli operatori psicogeriatrici che lavorano 24 ore su 24, 365 giorni all’anno.

La sintomatologia di pazienti dementi in fase di scompensamento è rappresentata da turbe comportamentali psichiatriche e cognitive.

Quando aggressività, violenza, agitazione psicomotoria, insonnia, resistenza agli psicofarmaci si presentano a qualsiasi ora del giorno e della notte, quando la pericolosità per sé e per gli altri è da affrontare più volte nella giornata, l'equilibrio dell'intervento assistenziale, insieme con la capacità di tenuta degli operatori spesso si scompensa a tal punto che la contenzione fisica diventa paradossalmente un aiuto, quasi una risorsa. La contenzione è la punta dell'iceberg del burnout degli operatori di questi reparti che vivono giornate di 36 ore.

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL 42

Il rischio costante di burnout di questi operatori in queste situazioni, la loro continua situazione di fragilità necessita di formazione ed aggiornamento adeguati e permanenti.

Se una delle metafore di reparti di questo tipo è la "cecità" (Leo Nioli), caratteristica importantissima della nostra formazione degli operatori, è stata, è, e continuerà ad esser quella di non dare impossibili occhiali agli operatori, ma di aiutarli ad orientarsi nel buio. Una formazione nel lavoro quotidiano affrontando i vari momenti, aspetti e situazioni particolari che nascono soprattutto dalle relazioni è anche il modo per gli operatori di aver grandi orecchie: per ascoltare ed ascoltarsi. Il lavoro quotidiano e le grandi orecchie per il reparto 42 sono "i possibili occhiali" per orientarsi nel buio degli scompensi di questi operatori.

NUCLEO OSPEDALIERO DEMENZE - RIABILITAZIONE NEURO-PSICOGERIATRICA

		2006	2007	2008	2009	2010
ATTIVITÀ	numero pazienti ricoverati	203	199	216	230	250
	numero pazienti dimessi	202	199	220	231	243
	degenza media	28,3	25,8	30,1	30,9	32,5

DATI ANAGRAFICI MEDI DEL PERIODO

SESSO	MASCHI	41%
	FEMMINE	59%
ETÀ	età da 41 a 60 anni	1,8%
	da 61 a 70 anni	13,8%
	da 71 a 80 anni	29,4%
	da 81 a 90 anni	51,4%
	età oltre 90 anni	3,6%
	ETÀ MEDIA	79,9

		2006	2007	2008	2009	2010
TIPO DI DIMISSIONI	Exitus	3,5%	2,0%	1,8%	2,2%	2,1%
	Ordinaria	56,4%	61,3%	56,4%	54,5%	56,4%
	Protetta RSA	31,7%	24,6%	31,3%	29,4%	30,5%
	Protetta a domicilio	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Volontaria	1,0%	1,0%	0,6%	0,0%	0,4%
	Trasferito in altro Ospedale	5,9%	9,0%	7,4%	13,0%	9,1%
	Trasferito altro Regime	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%	0,8%
	Trasferito c/o Istituto. Riabil.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	Protetta con ass. domiciliare	1,5%	1,5%	2,5%	0,4%	0,4%

		2008	2009	2010
SCALA NPI				
complessità all'ingresso	Valore medio NPI all'ingresso	61,9	71,7	66,3
miglioramento alla dimissione	% pazienti con riduzione alla dimissione rispetto all'ingresso della scala NPI di 20 punti	91,2%	96,4%	91,1%
	% pazienti con riduzione alla dimissione rispetto all'ingresso della scala NPI di 30 punti	81,6%	87,1%	75,2%
SCALA BINA				
complessità all'ingresso	Valore medio BINA all'ingresso	486,9	500,1	484,4
miglioramento alla dimissione	% pazienti con riduzione valore scala BINA alla dimissione rispetto all'ingresso	70,1%	87,1%	82,2%
	% pazienti con riduzione alla dimissione rispetto all'ingresso della scala BINA di 100 punti	16,3%	23,2%	16,8%

BIBLIOGRAFIA

- ¹Belloi L, Valgimigli C. La notte dell'assistenza. I vecchi legati, quali alternative?. Franco Angeli, Milano, 2000.
- ²Asioli F. I pazienti ingrati. In F. Pellegrino: "La sindrome del burnout", Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
- ³Tarozzi A, Morselli L, Zuccherini D, Tugnoli S, Ruggeri A, Sparamonti M. Unità di degenza per dementi ad alta valenza assistenziale: il reparto 42 c/o Casa di Cura Accreditata Villa Igea (Modena). Atti del Convegno Regionale AIP Regione Emilia Romagna, Bologna, 2008.
- ⁴Asioli F. Fragilità della Psicogeriatrica. *Psicogeriatrica*, 2006; 2:5-8.
- ⁵Trabucchi M. L'ammalato e il suo medico. Successi e limiti di una relazione. Il Mulino, Bologna, 2009.
- ⁶Asioli F, Trabucchi M. (a cura di) Assistenza in psicogeriatrica. Manuale di sopravvivenza dell'operatore psicogeriatrico. Maggioli Editore, Dogana (RSM), 2009.

IL REATTIVO DI RORSCHACH NEL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE. UNO STUDIO PILOTA SULL'EFFICACIA DIAGNOSTICA E PROGNOSTICA

Tellini Valentina, Alunni Silvia, Petturiti Francesca, Trequattrini Alberto

Servizio Interdistrettuale Disturbi Cognitivi, ASL n°1, Umbria

SCOPO

Negli ultimi anni è apparso chiaro come, nella storia naturale della demenza, il passaggio da una condizione di piena normalità ad una di demenza conclamata si verifichi nel corso di anni. In questo periodo il paziente presenta un deficit cognitivo limitato alla memoria o ad altre funzioni corticali superiori senza che però questo impatti significativamente sulle funzioni strumentali né sulle attività di base della vita quotidiana (Trabucchi M., 2005). Risulta di fondamentale importanza la diagnosi precoce di decadimento cognitivo al fine della tempestività degli interventi farmacologici e riabilitativi che sono in grado di rallentare la progressione dello stesso.

I ricercatori di base ed i clinici studiano continuamente nuovi e più efficaci strumenti per identificare precocemente condizioni cliniche e pre-cliniche di deficit cognitivo (Mild Cognitive Impairment).

Lo studio nasce dall'ipotesi di somministrare il test di Rorschach a pazienti affetti da deficit cognitivo in fase iniziale per giungere ad una diagnosi precoce ed acquisire informazioni relativamente a tratti di personalità, emotività, affettività e strategie comportamentali che sono di fondamentale importanza per una miglior comprensione e "presa in carico" del soggetto.

MATERIALI E METODI

Il reattivo di Rorschach è un test proiettivo nato per indagare le caratteristiche fondamentali della personalità attraverso le risposte verbali che un soggetto fornisce di fronte a stimoli ambigui, nuovi e non strutturati (Giambelluca F. C., 1995). Questo test, divenuto oramai il test proiettivo per eccellenza, fornisce una valutazione qualitativa e quantitativa dell'intelligenza del soggetto, un'analisi dell'area affettiva, della gestione degli impulsi e dell'adattamento, dell'esame di realtà e permette, di riscontrare eventuali patologie legate alla personalità o a tratti psicotici. Negli anni si sono susseguite le evidenze che il test di Rorschach possa far sospettare l'esistenza di una patologia ad eziologia organica (Bohm E., 1969). Il metodo che si è utilizzato è quello della Scuola Romana Rorschach. Il Reattivo di Rorschach è stato somministrato unitamente a test non proiettivi: MMSE, IADL, ADL.

Sono stati esaminati dieci soggetti, otto donne e due uomini, con diagnosi di decadimento cognitivo lieve (punteggio medio MMSE=23,8), di età media 79,7 anni, con attività funzionali conservate. I soggetti valutati non erano ancora sottoposti né a trattamento farmacologico né riabilitativo.

RISULTATI

Tutti e dieci i soggetti sottoposti al test hanno presentato simili caratteristiche cognitive, personali, affettive e psico-comportamentali. Sono patologici gli indici del test utili a porre una diagnosi di decadimento cognitivo lieve. In sintesi: un'A% molto elevato che si attesti su valori prossimi al 70%, un indice $F \pm$ % ed $R \pm$ % pressoché medio e l'indice F% di valore prossimo all'80%. Le risposte fornite devono essere poche, circa 12 per protocollo, come pochi devono essere anche i contenuti. Il tipo di comprensione maggiormente caratteristico è G - D, ma non può essere esclusa nessun'altra combinazione. Per area affettiva un T.V.I., sia primario sia secondario, coartativo con un'impulsività molto pressante che si attesti attorno al valore 0,6 gestita da un'autocontrollo labile. Infine, conferma della diagnosi, è la presenza delle manifestazioni particolari "difficoltà mnestica" e "risposta persa".

CONCLUSIONE

Il nostro studio, con tutti in limiti dell'esiguità del campione, consente comunque di giungere alle seguenti conclusioni: il reattivo di Rorschach è somministrabile a soggetti in età avanzata e con sindromi dementigene di grado lieve; rappresenta uno strumento in grado di fornire moltissime informazioni relative alla persona nella sua complessità; è uno strumento che richiede elevata professionalità, ma agevolmente applicabile e ben tollerato; garantisce la possibilità di una diagnosi precoce di deficit cognitivo, consente un monitoraggio longitudinale e può aiutare il clinico nelle scelte terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA

- Bohm E. (1969). Manuale di psicodiagnostica di Rorschach. Giunti Gruppo. Edit. Firenze, 1995.
- Giambelluca FC, Parisi S, Pes P. L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach, Ed. Kappa, Roma, 1995.
- Trabucchi M. Le demenze. (1998), Utet S.p.A. Divisione Scienze Mediche, Torino, 2005.

ANALISI DELLA RISPOSTA EMOTIVA IN PAZIENTI CON MCI DURANTE L'INTERAZIONE CON UN ROBOT DI TELEPRESENZA

Tiberio Lorenza¹, Cesta Amedeo¹, Cortellessa Gabriella¹, Pellegrino Anna Rita², Turno Marcello³, Padua Luca^{2,4}

¹*Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione, Roma*

²*Fondazione Don C. Gnocchi, Roma*

³*LUMSA, Scienze della formazione - ASL RMA, Roma*

⁴*Istituto di Neurologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

SCOPO

Lo studio è teso a validare l'utilizzo della piattaforma robotica di telepresenza, di nome Giraff (www.giraff.org), come strumento per interventi di tele-riabilitazione, assistenza domiciliare e promozione dell'interazione sociale. La motivazione principale alla base di questo studio deriva dalla necessità di capire quanto sia realmente efficace e tollerabile (proprio come un farmaco) la presenza ed il supporto di un robot di telepresenza nel contesto reale della vita quotidiana delle persone anziane. A tal fine è stato redatto un protocollo di ricerca che descrive le fasi dello studio focalizzato sull'analisi della reazione emotiva di anziani con Mild Cognitive Impairment (MCI) al robot. L'end-point primario previsto dal protocollo consiste nel dimostrare che l'interazione con il robot non comporta uno "stress fisiologico" in soggetti anziani con MCI.

MATERIALI E METODI

Il gruppo di trattamento prevede il reclutamento di 5 persone anziane con diagnosi di MCI mentre il gruppo di controllo sarà composto di pazienti anziani con anamnesi negativa per demenza e condizioni cliniche che possano causare deficit cognitivi.

L'apparato sperimentale è costituito da Giraff, una piattaforma semi-autonoma comandata a distanza e dotata di un sistema di videoconferenza integrato e dalle strumentazioni per la misurazione dei parametri psicofisiologici selezionati per lo studio e di seguito elencati:

- Spettroscopia del Vicino Infrarosso (*NIRS*) per lo studio delle variazioni di ossiemoglobina a livello corticale frontale.
- Holter cardiologico per il monitoraggio della frequenza cardiaca come indicatore di stress durante l'interazione.
- Skin Test per la registrazione dell'attività elettrotermica come indice del livello di ansia del soggetto durante le sessioni di interazione con Giraff.

Il protocollo è articolato in sei sessioni in cui i partecipanti interagiscono con lo sperimentatore umano fisicamente presente nello stesso ambiente con il paziente e con lo sperimentatore mediante Giraff. Durante le prime due sessioni lo sperimentatore è fisicamente presente nella stessa stanza con il paziente e conduce una semplice conversazione di dieci minuti. I partecipanti sono invitati a presentarsi, a parlare della loro vita/giornata quotidiana oppure viene chiesto loro di eseguire un semplice compito verbale (rievocazione di un racconto, passaggi necessari per completare un'azione (fare la doccia, mettere vestiti, preparare un panino, mettere le scarpe). Durante la terza sessione, lo sperimentatore introduce Giraff spiegando le sue funzionalità di base e mostrando anche un'interazione reale tra lo sperimentatore ed un'altra persona collegata a distanza tramite il robot. Alla fine di questa sessione lo sperimentatore annuncia che nelle sedute successive l'anziano interagirà con lo sperimentatore attraverso Giraff. Durante le tre sessioni successive, lo sperimentatore, per mezzo di Giraff, entra nella stanza dove si trova il paziente ed interagisce con lui in modo simile alle sessioni precedenti.

RISULTATI

E' in corso la valutazione degli outcome di misura in termini di risposta emotiva ed attivazione cerebrale durante l'interazione con il robot.

CONCLUSIONE

I risultati dello studio contribuiranno a far luce su potenziali problemi nell'interazione paziente-robot che devono essere presi in considerazione in vista di un uso a lungo termine di Giraff come mezzo per fornire interventi di tele-riabilitazione, assistenza domiciliare e promozione dell'interazione sociale di pazienti anziani.

ANALISI VOLUMETRICA DELL'IPPOCAMPO E CARATTERISTICHE COGNITIVE NELLA DEPRESSIONE MAGGIORE UNIPOLARE AD ESORDIO TARDIVO: DATI PRELIMINARI

Toffanin Tommaso¹, Zoccarato Sara¹, Follador Halima¹, Passamani Angela¹, Padovan Giordano¹, Valentini Elisabetta⁴, Orrù Graziella⁴, Giantin Valter⁴, Ermani Mario², Perini Giulia Ida^{1,3}

¹*Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, Università degli Studi, Padova*

²*Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Neurologica, Università degli Studi, Padova,*

³*ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)*

⁴*Clinica Geriatrica Azienda Ospedaliera-Università degli Studi, Padova*

SCOPO

Il disturbo depressivo ad esordio tardivo è spesso associato a deficit cognitivi, in particolare della memoria. Pochi studi di neuroimaging hanno analizzato la relazione tra i sintomi cognitivi ed i cambiamenti di volume nelle strutture cerebrali coinvolte nello sviluppo della depressione: tra queste la più studiata è l'ippocampo.

Obiettivo del lavoro è quello di misurare, in immagini di Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), il volume dell'ippocampo totale e delle sue porzioni (testa, corpo e coda) in un gruppo di pazienti affetti da depressione maggiore unipolare ad esordio tardivo ed in un gruppo di controlli sani al fine di verificare la presenza di eventuali modificazioni volumetriche significative delle suddette aree e di correlarle con le prestazioni cognitive ed i test psicometrici tra i soggetti.

MATERIALI E METODI

E' stato reclutato un campione di 11 pazienti con diagnosi di depressione maggiore unipolare ad esordio tardivo ed un gruppo di 12 controlli sani appaiato per età e sesso. I due gruppi sono stati sottoposti ad un'intervista clinica, a test psicometrici (GDS, HDRS, HARS, e CGI) e neuropsicologici (MMSE, FAS, TMT A e B, Test di costruzioni di frasi, Test delle 15 parole di Rey, Test delle matrici attentive) ed a RMN cerebrale, ottenendo una sequenza T1 3D volumetrica, da cui utilizzando il software Analyze, versione 10, funzione Stereology (Biomedical Imaging Resource, Mayo Foundation, Rochester, Minnesota), è stato determinato il volume delle regioni cerebrali d'interesse.

RISULTATI

Il volume della testa dell'ippocampo destro è risultato significativamente inferiore nei pazienti rispetto ai controlli ($p=0.04$). Tra i test di memoria, è emersa una differenza statisticamente significativa per il Test di Rey immediato ($p=0,04$). Vi è inoltre correlazione fra: il test di Rey immediato ed il volume della testa ippocampale bilateralmente; il test delle Matrici Attentive ed il volume della testa dell'ippocampo sinistro; la GDS ed il volume della testa dell'ippocampo destro ($p\leq 0.05$).

CONCLUSIONE

Il risultato della riduzione del volume prevalentemente a livello dell'ippocampo destro concorda con altri studi che hanno rilevato una riduzione volumetrica unilaterale dell'ippocampo localizzata a destra nel corso di depressione late onset. Inoltre, dal punto di vista funzionale l'ippocampo anteriore è intimamente legato alle emozioni e regola la risposta allo stress, e le sue disfunzioni condurrebbero oltre che a disturbi dell'affettività, a deficit della memoria verbale episodica e di funzioni di solito attribuite ai lobi frontali. In accordo con questa suddivisione funzionale dell'ippocampo sono i dati di correlazione riscontrati nel nostro campione.

In conclusione dal nostro studio emerge che la depressione late-onset potrebbe caratterizzarsi come una forma di depressione secondaria: la localizzazione anteriore infatti la distinguerebbe da forme ad elevata componente genetica che localizzano il danno prevalentemente nelle zone posteriori. Per dirimere tale questione sarebbe importante non solo aumentare la numerosità del campione, ma soprattutto eseguire un follow up dei soggetti già reclutati e prendere in esame anche il volume di altre strutture cerebrali coinvolte nella depressione late onset.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Ballmaier M et al. Hippocampal morphology and distinguishing Late-Onset from Early-Onset Elderly Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(2):229-37.
- ²Delaloye C et al. Neuroanatomical and neuropsychological features of elderly euthymic depressed patients with early- and late-onset. *Journal of the Neurological Sciences*, 2010; 299(1-2):19-23.
- ³Hickie I et al. Reduced hippocampal volume and memory loss in patients with early and late onset depression. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 186:197-202.

CARATTERISTICHE CLINICHE E FUNZIONALI DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI PRESSO UN REPARTO DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA DOPO UN EVENTO RESPIRATORIO ACUTO

Turco Renato^{1,2}, Gentile Simona^{1,2}, Guerini Fabio^{1,2}, Lucchi Elena^{1,2}, Marrè Alessandra^{1,2}, Morghen Sara^{1,2}, Ricci Eleonora^{1,2}, Torpilliesi Tiziana^{1,2}, Bellelli Giuseppe^{1,2,3}, Trabucchi Marco^{2,4}

¹*Dipartimento di Riabilitazione "Ancelle della Carità", Cremona*

²*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

³*Università degli Studi Milano-Bicocca, Milano*

⁴*Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

SCOPO

La malnutrizione è un problema clinico rilevante nelle persone anziane ricoverate presso le strutture ospedaliere, ed è un predittore a lungo termine di disabilità, istituzionalizzazione e mortalità.

Scopo dello studio è valutare i livelli di malnutrizione in pazienti ricoverati in un reparto di riabilitazione specialistica dopo un evento polmonare acuto (ad esempio BPCO riacutizzata, polmonite, ecc.).

MATERIALI E METODI

All'ingresso in reparto tutti i pazienti ricoverati dal 2009 al 2010 nel nostro Dipartimento di Riabilitazione dopo un evento polmonare acuto sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale, comprendente caratteristiche socio-demografiche, stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment) e di salute somatica (albuminemia, proteina C reattiva ematica), Acute Physiology Score (APS), stato cognitivo e sintomi depressivi (Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale-15 items); stato funzionale (Barthel Index pre-ricovero di ingresso e di dimissione, Tinetti scale, Functional Independence Measure), durata della degenza, destinazione post-dimissione.

RISULTATI

I pazienti reclutati sono stati 233 e sono stati suddivisi in 3 gruppi in base allo stato nutrizionale: non malnutriti (NM) se MNA=24-30, a rischio di malnutrizione (RM) se MNA=17-23.5 e malnutriti (M) se MNA <17. La tabella riporta le caratteristiche descrittive dei pazienti reclutati. Quasi il 30% dei pazienti era malnutrito, circa il 52% era a rischio di malnutrizione mentre quelli ben nutriti erano circa il 20%. Dei soggetti malnutriti oltre il 40% era clinicamente instabile all'ingresso e circa il 20% veniva ammesso in stato confusionale acuto. La prevalenza dei pazienti dementi, disfagici e disabili era più elevata tra i malnutriti rispetto agli altri 2 gruppi, mentre la percentuale dei pazienti con insufficienza severa dei principali organi vitali (cuore, respiratorio, epatico e renale) non era significativamente differente nei 3 gruppi. Era più che doppio, in valore assoluto, il numero di pazienti con outcome negativi (trasferimento in urgenza in ospedale, trasferimento in hospice o decesso) tra i pazienti malnutriti rispetto a quelli degli altri 2 gruppi.

CONCLUSIONE

I dati sottolineano l'importanza di uno screening routinario dello stato nutrizionale all'ingresso in un reparto di riabilitazione, in quanto consente di fare una valutazione prognostica clinico-funzionale dei pazienti e di attuare delle strategie terapeutiche al fine di ridurre al minimo il rischio di complicanze.

UTILIZZO DEL SEVERE MINI MENTAL STATE EXAMINATION (SMMSE) NELLA VALUTAZIONE DELLA DEMENZA MODERATA-SEVERA

Ubezio M. Chiara, Guarneri Chiara, Ottolini Anna Maria, Bellandi Daniele

Fondazione Sospiro, Sospiro (CR)

SCOPO

Il Severe-Mini-Mental-State-Examination (SMMSE) è un test costruito per valutare pazienti con un grado di demenza moderata-severa (con MMSE inferiore a 15), infatti permette di studiare domini cognitivi non esplorabili in pazienti più gravemente deteriorati, senza avere l'effetto "pavimento" di altri test neuropsicologici. Il tempo di somministrazione di questo test è di circa 10 minuti, non richiede particolari strumenti né competenze neuropsicologiche specifiche ed ha dimostrato, nella sua versione originale, buona affidabilità e riproducibilità.

Lo scopo di questo studio è di confrontare i punteggi ottenuti al MMSE ed al SMMSE somministrati a pazienti affetti da demenza moderata-severa, ricoverati in un Nucleo Alzheimer-RSA.

MATERIALI E METODI

Tutti i pazienti ricoverati presso il Nucleo Alzheimer della nostra struttura dal 2003, dopo la pubblicazione della versione italiana validata (Bianchetti et al., 2003), sono stati sottoposti al MMSE ed al SMMSE. Il SMMSE mantiene la forma a trenta punti del MMSE di Folstein (Folstein et al., 1975) e si compone di 10 item, che indagano le aree cognitive che sono relativamente meno compromesse nelle fasi più avanzate della demenza: memoria autobiografica, memoria di lavoro, funzioni visuo-spaziali, linguaggio recettivo ed espressivo, funzioni esecutive.

I pazienti sono stati inoltre sottoposti ad una valutazione comportamentale, utilizzando il Neuropsychiatric Inventory (Cummings, 1994) e funzionale, utilizzando il Barthel Index (Mahoney Barthel, 1965) e la Tinetti Scale (Tinetti, 1986). La valutazione della gravità è stata indagata utilizzando la Clinical Dementia Rating (CDR; Berg, 1984), Functional Assessment Staging (FAST; Reisberg, 1988). L'analisi statistica, eseguita con il programma R, include il calcolo di medie e deviazioni standard delle caratteristiche demografiche, cliniche e dei punteggi ottenuti ai test utilizzati; sono state studiate le correlazioni tra MMSE e SMMSE, tra SMMSE e gli altri test.

RISULTATI

Dal 2003 al gennaio 2011 sono stati reclutati 86 soggetti (29 maschi e 57 femmine; età media $82 + 6$ anni, range 67-95; scolarità $6 + 4$ anni, range 3-18); n° 45 pazienti sono affetti da malattia di Alzheimer, n° 10 da Demenza Vascolare, n° 27 da malattia di Alzheimer possibile con componente cerebrovascolare, n° 2 da Demenza Fronto-temporale e n° 2 da Demenza a Corpi di Lewy. La media dei punteggi ottenuti al MMSE è pari a $9 + 6$, mentre al SMMSE è $19 + 8$.

La media dei punteggi ottenuti al Barthel Index è $54 + 19$, alla Tinetti Scale è $20 + 7$, al Neuropsychiatric Inventory è $37 + 21$.

I dati preliminari indicano che la differenza tra i punteggi al MMSE e al SMMSE è in media di $10 + 4$ punti in più a favore del SMMSE. La correlazione tra MMSE e SMMSE è di 0.86, e il SMMSE correla significativamente con l'indice di Barthel (0.62).

CONCLUSIONE

I nostri risultati concordano con quelli di Harrell e coll. (Harrell et al., 2000), indicando che il

SMMSE consente di studiare il quadro cognitivo in pazienti più gravemente deteriorati. Nello studio originale la differenza tra i punteggi al MMSE e SMMSE era in media di $9 + 4.5$, simile a quanto da noi osservato.

In accordo con lo studio originale, i nostri risultati dimostrano che il SMMSE può consentire di estendere il dominio cognitivo indagato dal MMSE, eliminando l'effetto "pavimento", rilevato nei pazienti affetti da demenza severa, permettendo di seguire l'evoluzione del declino cognitivo.

BIBLIOGRAFIA

- Harrell LE, Marson D, Chatterjee A, Parrish JA. The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000 Jul-Sep;14(3):168-75.

- Bianchetti A, Scala V, Cipriani G, Trabucchi M. The Severe Mini Mental State Examination (SMMSE): Validation of the Italian Version. *Res Pract Alzh Dis: Severe Dementia* 2003; 8:39-45.

ANOSOGNOSIA DOMINIO-SPECIFICA E DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE

Umidi Simona¹, Trimarchi Pietro Davide^{1,2}, Menotti Marzia², Annoni Giorgio¹

¹*Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Clinica Geriatrica, Ospedale San Gerardo, Monza*

²*Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Psicologia, Milano*

SCOPO

La mancanza di consapevolezza per i deficit cognitivi (anosognosia) si evidenzia comunemente tra i soggetti con deterioramento cognitivo, con rilevanti ripercussioni sulla diagnosi precoce, sulla cura del paziente e sull'impegno richiesto al caregiver. In considerazione delle limitate informazioni relative ai soggetti affetti da demenza lieve, questo studio ha indagato la possibile presenza di anosognosia in questa tipologia di pazienti, tramite scale di autostima della performance cognitiva. Gli scopi del nostro studio consistono nell'identificare la presenza di anosognosia selettiva per specifici domini cognitivi e nel valutare la relazione tra anosognosia e gravità globale del deficit cognitivo.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta analizzando 14 soggetti (M 3, F 11, età media $76,9 \pm 6,2$ anni, scolarità media $5,8 \pm 2,2$ anni) con diagnosi clinica, strumentale (TAC e/o RMN + SPECT) e neuropsicologica di deterioramento cognitivo di grado lieve ad eziologia degenerativa (NINCDS-ADRDA - McKhann et al, 1984) o vascolare (NINDS-AIREN - Roman et al, 1993), effettuata presso la Clinica Geriatrica dell'Ospedale San Gerardo di Monza, e 25 soggetti cognitivamente integri (M 11, F 14, età media $73,5 \pm 4,1$ anni, scolarità media $6,2 \pm 2,7$ anni). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a test neuropsicologici con valutazione dello stato cognitivo globale e di specifici domini cognitivi (memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive, visuo-spaziali e logiche). Ogni soggetto ha inoltre stimato la propria abilità cognitiva prima e dopo la somministrazione dei relativi test neuropsicologici, tramite una scala visuale (Barrett et al.2005). Dalla differenza tra performance stimata ed effettiva si è ottenuto un indice di sovra/sotto stima della performance per ogni test. I dati sono stati analizzati mediante ANOVA e analisi di correlazione.

RISULTATI

Globalmente, i partecipanti hanno mostrato una stima differente della propria performance cognitiva nei vari domini indagati ($F_{1,37} = 11,923$, $p < 0,01$). Rispetto al gruppo di controllo i partecipanti affetti da deterioramento cognitivo mostrano una chiara tendenza a sovrastimare la propria performance cognitiva ($F_{1,37} = 43,785$, $p < 0,001$). In particolare questo avviene per le capacità di memoria a lungo termine, attenzione, funzioni esecutive, linguaggio e ragionamento. Il livello globale di anosognosia di tali soggetti inoltre correla negativamente con il punteggio ottenuto al MMSE.

CONCLUSIONE

Nei casi indagati ed affetti da deterioramento cognitivo lieve emerge anosognosia selettiva dominio specifica (memoria, attenzione, funzioni esecutive e ragionamento); inoltre la tendenza a sovrastimare le proprie capacità cognitive aumenta con il progredire del deficit cognitivo globale. Concludendo, il possibile emergere di anosognosia dominio specifica, anche in condizioni di lieve deterioramento cognitivo, comporta una sottostima del deficit da parte del paziente, con probabile conseguente minor accesso ai servizi di diagnosi precoce. Appare dunque utile, per una diagnosi tempestiva di iniziale deterioramento cognitivo, una sempre maggior attenzione nello screening delle capacità cognitive globali dei soggetti a rischio, anche in contesti non specialistici.

L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO DI PSICOGERIATRIA NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PRESSO L'ASL4 CHIAVARESE

**Uva Vittorio¹, Capelli Marco¹, Defilla Davide¹, Baudà Valentina¹, Kessisoglu Federica²,
Rebolini Giorgio¹**

¹*Dipartimento di Salute Mentale, Asl 4 Chiavarese*

²*Centro di Controllo Direzionale, Tetip*

INTRODUZIONE

Nell'anno 2000 è stata attivata presso il Dipartimento di Salute Menta le della ASL 4 Chiavarese un'Unità Valutativa Alzheimer, in seguito trasformata in ambulatorio di psicogeriatría, che ha seguito dal 20/07/01 a tutt'oggi complessivamente 515 pazienti, di cui 179 maschi e 336 femmine, con un'età media di 78,6 anni (range 54-100).

SCOPO

Intendiamo valutare i risultati dell'attività svolta, con particolare riferimento all'incidenza dei ricoveri in SPDC dei pazienti seguiti dall'ambulatorio di psicogeriatría.

MATERIALI E METODI

I 515 pazienti sono stati inviati all'ambulatorio da medici di medicina generale ed altri specialisti, per l'inquadramento diagnostico e la gestione dei sintomi comportamentali nelle fasi avanzate della malattia. Nel corso degli anni sono state effettuate circa 2400 visite, con una media di 4,7 a paziente; la presa in carico prevede non solo la prescrizione di una terapia farmacologica (qualora necessaria), ma soprattutto mira a fornire un contesto relazionale atto a contenere e sostenere il paziente anziano ed a fornire supporto ed indicazioni relazionali a familiari e caregiver.

Di recente è stato inoltre attivato un servizio di valutazione neuropsicologica che consiste nella somministrazione di una batteria di test specifica per mci o demenza, applicata sinora su 32 pazienti. L'ambulatorio fornisce la possibilità di certificazione medico-legale ai fini del riconoscimento dello stato di invalidità.

Nella valutazione dell'attività dell'ambulatorio sono state prese in considerazione le seguenti variabili: numero di ricoveri in SPDC e di decessi.

Dei 515 pazienti presi in carico, 34 pazienti sono stati ricoverati, da 1 a 6 volte, nel periodo antecedente la prima visita; nel periodo successivo 19 pazienti, da 1 a 4 volte.

Per 5 pazienti si è reso necessario il ricovero sia prima che dopo la prima visita presso l'ambulatorio.

RISULTATI

Dall'analisi effettuata, è emerso che solo 5, tra i 34 pazienti ricoverati nel periodo antecedente alla presa in carico, hanno subito un ricovero anche nel periodo successivo alla prima visita. Va precisato però che il dato evidenziato risulta spurio e va depurato del numero di decessi avvenuti in tempi successivi alla prima visita che è pari a 11; si tratta di persone la cui età media è piuttosto avanzata, all'incirca 84 anni (range 72-96) e la cui morte è sopraggiunta, in media, a distanza di 2,72 anni dalla prima visita (range 0-6).

CONCLUSIONE

I risultati emersi dalla disamina sembrano coerenti con l'orientamento dell'attività psicogeriatrica all'interno del Dipartimento di Salute Mentale: fornire un punto di riferimento costante sul territorio, a pazienti e familiari, con l'obiettivo di gestire patologie complesse a livello ambulatoriale limitando il ricorso a cure ospedaliere che possono rappresentare un evento destabilizzante per la persona anziana ed un fattore di stress per i familiari.

VALUTAZIONE DEI BISOGNI PSICO-SOCIO-ASSISTENZIALI IN DIVERSI SETTING OSPEDALIERI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO GERIATRICO

Valentini Elisabetta¹, Giantin Valter¹, Iasevoli Mario¹, Falci Cristina², Siviero Paola³, Maggi Stefania³, De Luca Elisabetta¹, Orrù Graziella¹, Monfardini Silvio², Zagonel Vittorina², Terranova Oreste¹, Crepaldi Gaetano³, Manzato Enzo¹

¹D.I.A.I. dell'Anziano (Università degli Studi di Padova - Az. Ospedaliera e ULSS 16 di Padova)

²Oncologia Medica, Istituto Oncologico Veneto-IRCCS di Padova

³Centro Studi Invecchiamento - CNR di Padova

SCOPO

Utilizzare un'approfondita valutazione multidimensionale geriatrica per individuare i diversi bisogni psicosociali ed assistenziali nei pazienti anziani (età ≥ 70 anni) affetti da patologia neoplastica, ricoverati in 3 diversi setting assistenziali.

L'intento è stato quello di valutare il diverso bisogno e carico assistenziale esperito al fine di progettare un intervento personalizzato al paziente ed al suo familiare che possa anche favorire una continuità di assistenza tra ospedale e territorio.

MATERIALI E METODI

E' stata utilizzata la Valutazione Multidimensionale (VMD), in 3 diversi setting assistenziali ospedalieri che accolgono pazienti neoplastici nella città di Padova (Clinica Geriatrica, Clinica Chirurgica Geriatrica ed Oncologia). Per ogni soggetto studiato si sono applicate 12 diverse scale di valutazione (vedi tabella), e sono stati raccolti anche i dati relativi ai caregiver più prossimi, attraverso un colloquio psicologico e la somministrazione di scale utili a rilevare il carico emotivo ed il supporto della rete sociale e familiare esistente. Lo studio ha ricevuto l'approvazione del comitato etico dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

RISULTATI

Nell'arco temporale di 6 mesi, sono stati studiati 159 pazienti geriatrici oncologici che, consecutivamente arruolati nei reparti considerati, sono stati riconosciuti affetti per il 83,2% da una delle seguenti patologie: neoplasia gastrica, del colon-retto, della mammella e del polmone.

L'età era compresa tra i 70 e i 93 anni (media±DS = 79,4±5,7).

Nella tabella seguente vengono evidenziate la media e la deviazioni standard (DS) delle diverse scale utilizzate, suddivise per reparto, con la significatività del test non parametrico di Kruskal-Wallis.

VMD	Chir. Geriatrica N = 38		Oncologia N = 81		Cl. Geriatrica N = 40		Kruskal-Wallis p-value
	media	DS	media	DS	media	DS	
Età	78.8	5.4	78.7	4.9	81.5	7.0	.05
Mini Nutritional Assessment	21.3	5.2	21.3	5.0	17.6	6.2	.005
Visual Numeric Scale	2.2	2.7	1.9	2.4	3.9	3.4	.01
Cumul. Illness Rating Scale-SI	1.7	0.4	1.6	0.2	2.3	0.4	<.0001
Cumul. Illness Rating Scale-CI	3.2	2.2	2.7	1.1	5.3	1.8	<.0001
Exton-Smith Scale	16.9	3.4	18.1	2.2	16.1	3.0	.002
Mini Mental State Examination	21.1	4.7	26.0	3.6	22.6	4.9	<.0001
Short Portable Mental Status Q.	2.6	2.6	8.2	1.9	1.3	2.4	<.0001
Geriatric Depression Scale	5.1	2.8	4.0	3.0	6.4	3.7	.0004
Neuropsychiatric Inventory	2.9	4.8	2.0	4.6	7.6	7.9	<.0001
Activities of Daily Living	4.7	2.0	5.3	1.5	3.2	2.3	<.0001
Instrum. Activ. Daily Living	4.9	2.6	5.1	2.3	3.0	2.3	<.0001
Caregiver Burden Inventory	13.2	12.6	0.9	3.0	20.4	13.1	<.0001

CONCLUSIONI

Benché la numerosità del campione non fosse elevata, i risultati ottenuti mettono in luce differenze significative ed interessanti nei 3 reparti presi in esame, che sembrano nel complesso individuare una diversa “gravità” e “fragilità” dei soggetti a seconda del setting assistenziale considerato. Tali risultati sembrano identificare diversi bisogni psico-socio-assistenziali espressi dal paziente geriatrico affetto da patologia tumorale e dal suo caregiver, in particolare riguardo ai livelli di distress emotivo sperimentato. Questo può consentire la pianificazione di un programma di intervento specifico volto a ridurre il carico psicologico sperimentato da entrambe le tipologie di utenti (paziente e caregiver) nell’approccio ad una malattia così complessa.

LA FILOSOFIA A SERVIZIO DELLE RSA.

PROGETTO "LABORATORIO DI FILOSOFIA": LA PRATICA FILOSOFICA COME RICERCA ESISTENZIALE

Visini Alessandro³, Alvarez Ana², Bignamini Vannia¹, Collufio Anna Maria², Ezeme Ketty², Guglielmi Luisa¹, Pea Sara¹, Zaccari Paolo²

¹Fondazione Casa di Riposo di Robecco d'Oglio ONLUS (CR)

²Fondazione Girolodi Forcella Ugoni Pontevico (BS)

³Counselor filosofico, formatore

SCOPO

La pratica filosofica si caratterizza per il fatto di calare nella realtà di tutti i giorni le peculiarità del pensiero filosofico. All'interno di queste attività, si indirizza il gruppo verso un approfondimento relativamente alle tematiche più comuni dell'esistenza. Nello specifico, il laboratorio di filosofia consente d'interrogarsi e riflettere in merito ai dubbi esistenziali ed etici, all'analisi e soluzione dei problemi, alla valutazione critica delle situazioni e comporta un arricchimento culturale e concettuale favorendo lo sviluppo delle dinamiche di gruppo.

Questo progetto vuole fornire agli ospiti ricoverati in RSA la possibilità di esplorare alcune questioni esistenziali che probabilmente non sono mai state adeguatamente analizzate in precedenza. La proposta unisce ad una valenza prettamente intellettuale e culturale anche un interessante aspetto riconducibile alla sfera cognitiva, in quanto la costante sollecitazione a ricordare gli eventi passati rappresenta un importante esercizio mentale e nello stesso tempo di risignificazione degli eventi rammentati.

MATERIALI E METODI

Le due Case di Riposo in cui si è sviluppato il progetto sono entrambe strutture di medie dimensioni (circa 120 posti letto). In genere, in ogni struttura i partecipanti costituivano una presenza numericamente abbastanza limitata (8-15 persone), ma costante. Sono stati selezionati ospiti con buon livello cognitivo (Mini Mental State Examination ≥ 21). L'attività è stata coordinata da un counselor filosofico che ha ricoperto il ruolo di "facilitatore" del processo di ricerca, stimolando, attraverso l'uso di domande aperte, interventi di chiarificazione e approfondimento, senza mai orientare il gruppo verso un obiettivo diverso dalla fedeltà allo spirito della ricerca e dell'indagine, necessariamente aperta, dinamica e virtualmente interminabile.

Il contesto formativo si è alimentato di una rete viva e reale di relazioni (intellettuali, sociali, affettive, emotive) che ha legato i componenti del gruppo e incrementato il livello di coscienza personale e collettiva. Per espletare il progetto, si è utilizzato quasi esclusivamente il confronto dialogico e solo in alcune occasioni, per dare più forza ai concetti presi in esame, si è ritenuto di fare riferimento a testi filosofici.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati emersi dalla compilazione di un questionario di gradimento, gli ospiti della RSA hanno dimostrato di apprezzare l'attività proposta. Il progetto ha centrato l'obiettivo di unire il gruppo partecipante favorendo le dinamiche relazionali e si può dire raggiunto anche lo scopo di istituire una vera e propria "comunità di ricerca filosofica" che ha indagato alcune problematiche inizialmente proposte dal filosofo e successivamente indicate dagli stessi utenti. Durante l'attività di approfondimento filosofico, i partecipanti hanno potuto far riemergere ricordi più o meno piacevoli che hanno determinato un carico emotivo molto intenso che si è cercato, nel limite del possibile, di rielaborare in termini di senso.

CONCLUSIONI

Avvicinare gli anziani alla filosofia, o talvolta ricongiungere ad essa chi tra loro in passato vi si era dedicato, ha rappresentato un'esperienza apprezzabile dal punto di vista culturale e soprattutto nell'ottica di un utilizzo strumentale della filosofia come chiave di lettura delle proprie vicende esistenziali. Le donne sono più spontanee nel compiere questo percorso introspettivo concedendo spazio alla propria emotività ed anche in questo caso è stata confermata questa tendenza. Per quanto riguarda la componente maschile, anch'essa ha partecipato con interesse all'attività e pur con un atteggiamento inizialmente più diffidente, alla lunga il coinvolgimento anche a livello più intimo e personale è emerso in maniera apprezzabile.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Berra L, Peretti A. *Praticare la filosofia. Nuovi discorsi sul counseling filosofico. Atti del secondo convegno nazionale della Società italiana di Counseling Filosofico*, Libreria Stampatori, Torino 2006.
- Rovatti PA. *La filosofia può curare?*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.
- Cattorini P. *Bioetica clinica e consulenza filosofica*, Apogeo, Milano 2002.

VALUTAZIONE DELL'OUTCOME RIABILITATIVO DI PAZIENTI CON DEMENZA E DISTURBI COMPORTAMENTALI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE

Vitali Silvia Francesca^{1,2}, Colombo Mauro^{1,2}, Cutaia Chiara^{1,2}, Eleonora Marelli Chiara^{1,2}, Sogliani Barbara¹, Guaita Antonio²

¹Istituto Geriatrico C. Golgi Abbiategrasso

²Fondazione Cenci Golgi di Abbiategrasso

SCOPO

In letteratura sono disponibili poche informazioni rispetto agli esiti riabilitativi dei pazienti affetti da demenza che presentano frattura di femore. La presenza di demenza di grado severo e di disturbi comportamentali (BPSD) spesso è un criterio di non ammissione ad un reparto riabilitativo. L'Istituto Golgi ha scelto di ricoverare tali pazienti nel nucleo Alzheimer IDR (NA).

Scopo del presente lavoro è valutare i risultati riabilitativi in tale contesto di cura.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati *retrospettivamente* i pazienti con frattura di femore ricoverati presso il NA dal 2005 al 2010. Il NA è un reparto di riabilitazione Generale Geriatrica dove è applicato il modello protesico di cura, ispirato al "GentleCare", che si articola in 3 aree:

- 1) programmi adeguati ai bisogni e alle capacità dei pazienti,
- 2) ambiente sicuro e ricco di mediatori cognitivi,
- 3) persone adeguatamente formate.

I pazienti sono stati sottoposti in ambiente protesico a trattamento fisioterapico modulato secondo i dati forniti da una valutazione multidimensionale specifica, applicata all'ammissione ed alla dimissione.

RISULTATI

Sono stati accolti 54 pazienti di cui 48 donne (89%), di età media 82,3 anni (ambito 66-94). Il 56% risultava affetto da demenza di Alzheimer, il 28% da demenza vascolare, il 16% da altra demenza. Il 39% dei pazienti era stato sottoposto ad intervento di protesi d'anca, il 56,1% ad osteosintesi, il 4,9% non era stato sottoposto ad alcun intervento. I pazienti presentavano una CDR media 3.3 indicativa di demenza di grado severo e risultavano affetti da altre patologie con un indice di severità misurato attraverso la CIRS di 1,9, e un indice di comorbidità di 4,3. La tabella sottostante riporta i risultati ottenuti.

	MMSE	NPI totale	Ind. Barthel	BANSS	Tinetti Equilibrio	Tinetti Cammino
Ammissione	10,2 ± 4,9	38 ± 12,6	10,1 ± 11	20,3 ± 2,7	2,5 ± 2,3	4 ± 3,7
Dimissione	12,4 ± 4,5	12,1 ± 8,7	26,3 ± 17,1	18 ± 3,2	6 ± 3,5	6,5 ± 3,3
* P < 0,01		*	*	*	*	*

La seconda tabella mostra le variazioni nei BPSD valutati attraverso lo NPI, dei disturbi che più frequentemente comportano l'esclusione da altra riabilitazione. Vengono indicati la percentuale di presenza del disturbo e la media del punteggio ottenuto dal prodotto di frequenza per gravità dei singoli disturbi, sia in ingresso che in dimissione.

Il 70,5% dei pazienti ritornava al domicilio.

	Deliri	Allucinazioni	Agitazione	Irritabilità	Attività Motoria	Disturbi del sonno
% Ammissione	42,3%	36,5%	53,8%	44,2%	61,5%	55,8%
% Dimissione	9,6%	11,5%	34,6%	15,4%	34,6%	15,4%
NPI Ammissione	2,6 ±3,7	2 ±3,1	4,1 ±4,5	3,3 ±4,4	5,2 ±5	5 ±5,1
NPI Dimissione	0,3 ±1	0,4 ±1,1	1,8 ±3	0,6 ±1,6	1,9 ±3,4	0,8 ±2,3
* P < 0.01	*	*	*	*	*	*

CONCLUSIONE

Nella demenza la frattura di femore è una delle complicanze più temibili, che, se non trattata, comporta un rischio di allettamento o invalidità permanente. I pazienti all'ingresso presentano un deficit cognitivo severo, disturbi comportamentali ed un livello di dipendenza totale. Il fatto di accoglierli in un ambiente protesico in grado di fornire anche un intervento riabilitativo permette di ottenere un significativo miglioramento dei disturbi comportamentali alla dimissione, e, contemporaneamente, un miglioramento del livello di autonomia che passa da una dipendenza totale ad una dipendenza severa. Ciò consente la restituzione del paziente al suo ambiente domiciliare nella maggioranza dei casi.-

BIBLIOGRAFIA

Guaita A Jones M . Il progetto Gentle Care. Giornale di Gerontologia; 2000; XLVIII:781-6

IL RUOLO DELLO STATO COGNITIVO RIGUARDO L'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO CLINICO-DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO NEL PAZIENTE ANZIANO RICOVERATO IN OSPEDALE PER ACUTI

Volpato Stefania, Tisato Francesca, Barbato Barbara, Negrin Valentina, La Sala Angela, Calabrò Massimo

U.O.C. Geriatria P.O. Treviso, Azienda U.L.S.S. n° 9, Regione Veneto

SCOPO

La tematica in oggetto è stata posta in base alle seguenti considerazioni:

- 1) i dati epidemiologici dimostrano che la maggior parte delle persone che afferiscono al DEA/PS presenta un'età superiore ai 65 anni;
- 2) la percentuale di coloro che vengono ricoverati, giunti in DEA/PS aumenta con l'età passando dall'11% di chi ha meno di 65 anni, al 56% degli ultranovantenni;
- 3) Tra tutti i pazienti afferiti al DEA/PS e poi ricoverati, il 6% è affetto da demenza di grado severo (CDR 3-4-5).

MATERIALI E METODI

L'elaborazione di questo documento si basa sull'applicazione del metodo Delphi:

- 1) individuazione di questioni (Indicatori di appropriatezza nei vari ambienti di cura);
- 1) individuazione del panel di "esperti";
- 1) le conclusioni del panel.

Il questionario è stato somministrato a 120 operatori medici e Infermieri di tutte le U.O.

RISULTATI

L'elevato accordo (90%) ottenuto riguardo l'affermazione: "Sono preoccupanti sia l'accanimento a finalistico diagnostico-terapeutico che la strisciante cultura del "non fare" in pazienti di età avanzata o molto avanzata con eventuale decadimento cognitivo" è verosimilmente derivante dalla percezione che queste due condizioni, diametralmente opposte, rischiano di divenire "vere scuole di pensiero" nella gestione del paziente anziano fragile. E' pertanto necessario avere una linea condivisa su ciò che è appropriato "fare" nella fase ospedaliera di un paziente anziano fragile che può presentare condizioni cliniche e prognostiche difformi. L'elevato accordo (90%) ottenuto riguardo l'affermazione: "Lo stato cognitivo ha valore nella pianificazione del percorso clinico-diagnostico-terapeutico e nella pianificazione della dimissione" sottolinea il "ruolo" dello stato cognitivo e la sua ricaduta in termini di prognosi e di organizzazione delle Rete dei Servizi. "L'età ha valore nella pianificazione del percorso clinico-diagnostico-terapeutico e nella pianificazione della dimissione", l'accordo è risultato di poco superiore al 60%, riconoscendo che dato anagrafico non possano basarsi scelte cliniche rilevanti. "Lo stato cognitivo va valutato alla stregua di altri parametri vitali": l'accordo si attesta all'88%. "Un paziente affetto da demenza afferisce alle Unità Operative per Acuti come un paziente con stato cognitivo integro": l'accordo si attesta sul 55%. La lettura di tale dato potrebbe fare ipotizzare una sorta di "negazione delle cure in ambito ospedaliero" ai pazienti affetti da demenza conclamata. A nostro parere è doveroso garantire le "giuste" cure a questi pazienti che meno di altri possono giovare di una gestione clinica prolungata finalizzata alla completa risoluzione di problemi, ma più di altri traggono beneficio da un trattamento mirato alla mera risoluzione del problema di salute che ha determinato l'ospedalizzazione. "L'utilizzo della farmacoterapia non viene modificato nella fase acuta ospedaliera dall'età e dallo stato cognitivo del paziente": l'accordo di circa il 58%, solleva

un nuovo dilemma riguardo l'accoglimento dei pazienti anziani e affetti da demenza in ospedale. Se l'uso dei trattamenti farmacologici non è così condiviso l'accoglimento in ospedale sembra riassumere il significato di "hospitalitas" di vecchia concezione. Nuovamente, a nostro parere, si ritiene che il concetto di appropriata farmacoterapia significhi non escludere dal trattamento il paziente in base all'età ed allo stato cognitivo, ma debba commisurarsi alla multimorbidità e quindi alla prognosi "L'indicazione all'esecuzione di indagini strumentali invasive finalizzate a diagnostica possono essere condizionate da uno stato cognitivo compromesso documentato": l'accordo si attesta a circa il 78%. Tale dato supporterebbe l'interpretazione precedentemente data e quindi al concetto di appropriatezza che deve tenere conto di un numero elevato di informazioni riguardo il paziente

CONCLUSIONE

"L'applicazione standardizzata della Valutazione Multi Dimensionale aiuta alla definizione di un'ipotesi diagnostica e guida l'approccio diagnostico-terapeutico": il netto consenso (>90%) indica che l'adozione metodica della VMD è l'unico strumento per guidare ad una corretta gestione, scelte e follow-up del paziente anziano fragile.

RIABILITAZIONE COGNITIVA CON PAZIENTI ALZHEIMER IN RSA

Zaccari Paolo^{1,2}, Filippini Rosanna¹, Maliardi Michela¹, Alvarez Ana¹, Collufio Anna Maria¹, Guglielmi Luisa^{1,3}, Aiello Gioacchino², Pea Silvia³, Ezeme Ketty¹

¹Fondazione Girolodi Forcella-Ugoni, Pontevico (BS)

²Fondazione San Benedetto Menni, Albese con Cassano (CO)

³Fondazione Casa di Riposo Robecco d'Oglio, ONLUS, (CR)

SCOPO

Con questo lavoro si è voluto testare l'efficacia di un training di stimolazione cognitiva su 15 pazienti affetti da Demenza di Alzheimer lieve, ancora con capacità sufficienti a consentire un miglioramento delle loro prestazioni cognitive se opportunamente stimolate, valutato in base a specifiche procedure di assessment neuropsicologico.

Un secondo obiettivo consisteva anche nel favorire la diminuzione di alcuni sintomi psichiatrici, in particolare ansia, depressione, apatia ed alcuni comportamenti disturbanti, come agitazione, atteggiamenti oppositivi ed eccesso di lamentele. Tali sintomi, caratteristici di questo tipo di soggetti, sono frequentemente legati alla percezione che gli individui hanno di non essere più in grado di far nulla e di stare via via perdendo le loro capacità cognitive.

MATERIALI E METODI

È stato utilizzato un training specifico per l'attenzione e la concentrazione, seguito da uno basato sull'utilizzo della memoria topologica e da un terzo sulla memoria dei volti. I tre tipi di esercizi facevano parte di un programma di riabilitazione cognitiva supportato dall'utilizzo del computer. A questo particolare tipo di Memory Training informatizzato è stata affiancata una metodologia mutuata dalla ROT e basata su esercizi di gruppo mirati alla stimolazione dell'orientamento spazio-temporale e visuo-spaziale. La durata dello studio è stata di 6 mesi. Le sedute, tre alla settimana, duravano un'ora e venti minuti e sono state condotte dallo psicologo e da altri operatori della struttura, appositamente formati. I test utilizzati in entrata e in uscita sono stati il MMSE (Folstein et al, 1975), il MODA (Brazzelli et al, 1994) e l'NPI (Cummings et al, 1994).

RISULTATI

La prestazione cognitiva è lentamente e progressivamente migliorata. Ciò significa che i soggetti Alzheimer hanno appreso le strategie necessarie per svolgere correttamente gli esercizi e superare i diversi livelli, sfruttando bene le risorse cognitive ancora in loro possesso. I miglioramenti più significativi sono stati ottenuti nel training Attenzione/Concentrazione, mentre i soggetti hanno incontrato maggiori difficoltà nel training per la Memoria Topologica; più altalenante, infine, l'andamento nel training Memoria dei Volti, dove i pazienti con maggior capacità residue sono stati in grado di ottenere buoni risultati, al contrario dei soggetti più compromessi. Il punteggio dell'MMSE è aumentato in media di 2 punti, mentre quello relativo al MODA di 4,68 punti. Il punteggio medio dell'NPI si è ridotto di circa 2 punti.

CONCLUSIONI

La riabilitazione cognitiva applicata a soggetti affetti da Demenza di Alzheimer di grado lieve garantisce buoni risultati sia da un punto di vista strettamente cognitivo, sia per quanto riguarda gli aspetti comportamentali. Tra i benefici indiretti dei training, troviamo l'incremento dell'autostima e dell'autoefficacia degli anziani che hanno dimostrato di trarre una propria auto gratificazione

dai risultati raggiunti. Proprio l'aspetto riguardante l'autostima può rappresentare un interessante spunto per ulteriori studi. A detta degli stessi operatori, l'essersi messi in gioco e l'aver ottenuto buoni risultati ha sicuramente influito positivamente sull'umore complessivo della maggior parte degli anziani coinvolti nel programma. I livelli raggiunti sono stati decisamente buoni e denotano globalmente il buon residuo funzionale e le capacità di comprensione del compito richiesto con conseguente elaborazione di strategie di problem solving. Da tutto questo si evince che un adeguato intervento di stimolazione cognitiva, se applicato in maniera costante e con esercizi diversi, possa, in un quadro di declino cognitivo generalizzato, rallentare la perdita delle funzioni cognitive interessate dagli interventi riabilitativi. Per tali motivi, considerata la duplice valenza che questa attività svolgono (momento di svago ed esercitazione delle funzioni cognitive) l'ipotesi di un inserimento di tali attività nel normale programma delle RSA appare quanto mai auspicabile.

BIBLIOGRAFIA

Trabucchi M. *Le demenze*. Torino/Milano: UTET, 1998.

Gauthier S. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's Disease*. London: Dunitz. Boccardi, M., 2002.

La Riabilitazione Cognitiva e Comportamentale nella Demenza: un approccio pratico per le R.S.A.
Brescia: IRCCS San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli

IL MIGLIORAMENTO DELLA CONOSCENZA SULLA MALATTIA DI ALZHEIMER DA PARTE DEL CAREGIVER INCIDE SULLO STRESS ASSISTENZIALE?

Zani Giulia, Morabito Daniela, Seccia Loredana, Cerutti Luisa, Iori Daniela, Di Stefano Fabio

Struttura Operativa Complessa di Geriatria ASL VCO – geriatria.om@aslvc.it

SCOPO

Questo studio si propone di valutare la possibilità di migliorare il grado di conoscenza sulla demenza di Alzheimer (AD) da parte dei caregiver dei malati attraverso l'utilizzo di un *Opuscolo informativo* sull'AD e di una *Guida per il caregiver* e, contestualmente, di valutare se le maggiori informazioni sull'AD date al caregiver possano influire sullo stress correlato all'assistenza dei malati.

MATERIALI E METODI

Il campione studiato è costituito da 30 caregiver di malati affetti da AD ed afferiti all'ambulatorio UVA della Geriatria dell'ASL VCO dal 1 giugno al 31 agosto 2010.

– A T0 sono stati somministrati ai caregivers la “Mini Zarit Scale” ed un questionario, da noi elaborato allo scopo di quantificare il grado di conoscenza della malattia. Successivamente è stato fornito a tutti i partecipanti allo studio del materiale informativo da noi redatto: *l'Opuscolo informativo sull'Alzheimer e La Guida per il caregiver*.

– A T1, dopo 30 giorni, i caregiver sono stati ricontattati e sono stati loro somministrati nuovamente la “Mini Zarit Scale” ed il questionario per la conoscenza dell'AD.

RISULTATI

I dati ottenuti a T0 e T1 sono riportati nelle figure 1 e 2 e sono stati confrontati utilizzando il test di Student (Tabella 1).

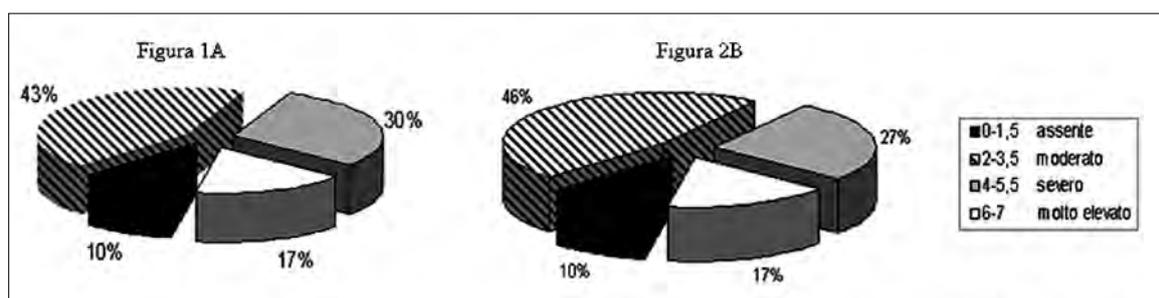


Figura 1: “Mini Zarit Scale” all’inizio (1A) e alla fine (1B) dello studio.

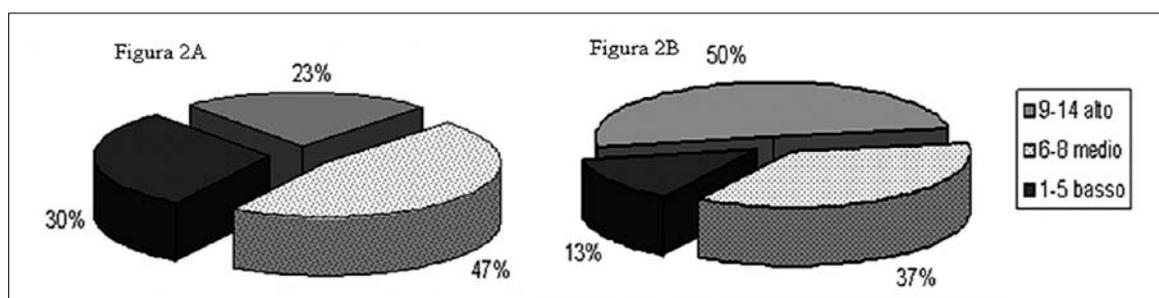


Figura 2: Livello di conoscenza della malattia di Alzheimer all’inizio (2A) e alla fine (2B) dello studio.

Tabella 1: Mini Zarit e Questionario per la Conoscenza dell'AD a T0 e T1
(medie \pm deviazione standard e T di Student)

	T0	T1	T di Student
Mini Zarit	3.73 \pm 1.75	3.68 \pm 1.76	p = 0.304
Questionario Conoscenza AD	6.67 \pm 3.35	8.47 \pm 3.40	p = 0.000

CONCLUSIONE

L'utilizzo di materiale informativo sull'AD implementa le conoscenze dei caregiver su questa patologia senza, tuttavia, essere in grado di fornire validi strumenti per modulare e contenere lo stress correlato all'assistenza dei malati. È necessario quindi che le UVA sviluppino strategie e interventi mirati per alleviare il pesante carico psicologico dei caregivers dei malati affetti da AD.

RIABILITAZIONE MOTORIA E COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN R.S.A.

Zuccarello Andrea¹, Juvenal Ramona², Gorlato Stefania³, Tamietti Elena³, Pilon Silvia³, Scarafiotti Carla³, Tourn Elena³, Rossi Graziella³

¹ *psicologo libero professionista*

² *fisioterapista S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale, A.S.L. TO3*

³ *S.C. Geriatria e Lungassistenza, Dipartimento Post Acuzie, A.S.L. TO3*

SCOPO

Con il presente lavoro si intendono valutare gli effetti sulla sfera cognitiva, motoria, funzionale, comportamentale e sull'utilizzo di farmaci psicoattivi di un'attività riabilitativa integrata realizzata presso la Residenza Sanitaria Assistenziale "Girasole" di Bibiana (TO) a diretta gestione aziendale (A.S.L. TO3), nel semestre marzo-settembre 2010. Gli operatori coinvolti sono stati: una fisioterapista, uno psicologo e quattro volontarie del Servizio Civile. La fisioterapista si è occupata della rieducazione funzionale e della riattivazione neuromotoria, lo psicologo della stimolazione cognitivo-comportamentale attraverso le tecniche di Reality Orientation Therapy, Reminiscence Therapy e Behavioural Therapy e le volontarie della Pet Therapy, delle uscite di gruppo, del laboratorio di pittura e delle attività manuali.

MATERIALI E METODI

Il criterio di inclusione nello studio è stato la partecipazione alla totalità delle attività riabilitative per tutto il periodo in esame. Con tale criterio sono stati identificati 10 soggetti con MMSE compreso tra 8,7/30 e 26/30 (corretto per età e scolarità) e Barthel compreso tra 10 e 90. I casi sono stati valutati prima dell'intervento riabilitativo ed a 6 mesi. Le scale di valutazione utilizzate sono state: MMSE, GDS, Barthel Index, Motricity Index, Trunk Control Test e scale "osservazionali" sulla frequenza e sul grado di partecipazione ed interesse alle attività proposte.

RISULTATI

Al termine del trattamento riabilitativo, nel 50% dei soggetti in studio risultava invariata la terapia psicofarmacologica, nel 30% aumentata e nel 20% ridotta. Le performances cognitive risultavano invariate nel 70% dei casi, ridotte nel 30%. La sintomatologia depressiva, presente nel 33% dei casi, risultava ridotta nella metà dei soggetti ed accentuata nel restante 50%. Le abilità funzionali erano migliorate nel 50% dei soggetti, stazionarie nel 40%, diminuite nel 10%. Le abilità motorie del tronco sono risultate stazionarie nell'80% dei casi, aumentate nel 10% e ridotte nel 10%. Le abilità motorie dei 4 arti erano migliorate nel 50% dei casi, stazionarie nel 30%, diminuite nel 20%. La frequenza alle attività è rimasta costante nell'arco dei 6 mesi, la partecipazione ha subito un miglioramento per l'instaurarsi di una buona relazione operatori-ospiti.

CONCLUSIONI

Il progetto di riabilitazione integrata ha favorito il mantenimento delle performances cognitive residue, il contenimento della sintomatologia depressiva e della terapia psicofarmacologica ed il miglioramento delle abilità funzionali e motorie. Nel periodo di attività si è evidenziata una soddisfacente strutturazione del gruppo degli ospiti con una maggiore socialità e capacità interattiva al suo interno. La partecipazione ad ogni singola attività riabilitativa ha potenziato il risultato ottenuto nelle altre e più in generale ha influito positivamente sulla qualità di vita degli ospiti.

POESIA

Vesper Fe Marie Llaneza Ramos

*L'AMORE NEL TEMPO DELLA DEGENERAZIONE
CORTICOBASALE**

Sto tenendo la tua mano.
Sto.
Tengo la tua mano.
La tua mano
nella mia.
Sto tenendo la tua mano.

Non capisco
cosa ti sta succedendo
intendo questa volta.
I medici spiegano
ma non possono farlo
abbastanza.

Sei l'uomo forte
della mia vita
il mio muro, la mia vita
l'amore, la luce
della mia vita.

Abbiamo costruito la nostra casa.
Abbiamo creato la nostra famiglia.
Con entrambe le nostre braccia.
Entrambe le nostre braccia.
E speranze e cuori.

La dottoressa mi dice
è spossante
prendersi cura
di uno come te.
Sono stanca
esausta
spaventata.
Ma cosa faccio?
Cosa posso fare?

Tu neghi la malattia
e non è proprio da te
comportarti da mio uomo testone.
Se solo potessi
avere questa
"Anosognosia" anch'io.
Come può mai quel braccio affettuoso,
un braccio la cui stretta
conosco troppo bene
essere mai estraneo a me
come ora lo è a te?

Mi hai portata in braccio
con quel braccio
mi hai portata in macchina
guidando all'impazzata - fino all'ospedale
hai battuto le mani
alla vista della nostra primogenita
e ai suoi primi passi
e alla sua laurea,
hai applaudito.

Ora non puoi scrivere
dopo tutte quelle lettere d'amore
non puoi scrivere.
Nè copiare
pentagoni che si intersecano.
Hai costruito
una casa delle bambole per nostra figlia
con la misura la più perfetta
e amore, e calore.

Ricordo.

I dottori dicono
che quel braccio
non ha niente -
niente di sbagliato.
Resta caldo.
Ma il tuo cervello
non sa
che è lì.

Come fai a non saperlo?
Sono terrorizzata
al vedere
panico nei tuoi occhi
"Dov'è il mio braccio?"
"Dov'è il mio braccio?"
La dottoressa tiene la tua mano
e ti dice che te la sta tenendo.
Le chiedi
"È il mio braccio o il suo?"
Lo studente è strabiliato
un uomo adulto
che non sa riconoscere
che il suo braccio è lì.

**Traduzione di Paola Campanelli*

POESIA

Vesper Fe Marie Llaneza Ramos

*L'AMORE NEL TEMPO DELLA MALATTIA DI HUNTINGTON**

Sono una madre.
Sono stata una moglie.
Non sono sicura che mio figlio
lo ricordi ancora.
Forse è meglio così.

Ho un figlio.
Mio figlio ha trentaquattro anni.
Vive con me.
Non ha moglie.
Ha deciso tanto tempo fa
di non aver figli.

Di Huntington.
Era soltanto una cittadina a Long Island
o una spiaggia in California.
Quando a suo padre
fu diagnosticata,
mio figlio e io eravamo entrambi spaventati
per noi stessi.

Come sopravviveremo?
Ma ci siamo arrangiati.
Poi i test genetici,
quel cosiddetto
codice della vita
Ah!
Il codice disse
che mio figlio avrebbe avuto
anche lui la malattia.

Mio figlio e io eravamo entrambi spaventati.
Spaventati.
Nel nome del padre
e del figlio.

Vediamo i piccoli spasimi,
i sottili movimenti insoliti,
che probabilmente erano passati
inosservati in mio marito.
E mio figlio guarda in su verso di me
con lo stesso sguardo fisso
che aveva a tre anni,
per le cose che non capiva.

Ho allevato un figlio coraggioso.
Un soldato
che ha tenuto la mano di suo padre
attraverso la polmonite che lo ha allettato
e ha perfino detto scherzosamente
“Non aver paura,
ti seguirò presto.”

Ma io lo so che è spaventato.
Piangeva quando continuava a cadere.
Impulsivo.
Così l'hanno descritto i terapeuti.
Non avrebbe potuto essere meno vero.
Mio figlio ha sempre
pianificato la sua vita.

Il Testamento Biologico è fatto.
Per un uomo –
un uomo buono
che mi ha detto,
“Mamma, se mi dovessi
uccidere,
sappi che ho opposto
una battaglia d'inferno,
perché so la sofferenza
che ti porterei.”

Non sarà lui
quello che si uccide.
Non sarà lui.

Il suo medico
lo vede una volta all'anno.
Non c'è niente
che possano fare.

Io lo vedo tutti i giorni,
e sempre di più,
vedo sempre di meno.

Che pestilenza è questa?
Che proteina?
Una proteina?!
Una proteina!
Nel nome del padre
e del figlio,
Dio mio, Dio mio...
Ho accettato la vedovanza.
Sono una madre.
Non lasciare che io lo sia invano.

Ma poi mi tornano
le parole del mio ragazzo,
“Mamma, quando verrà il momento,
dirò a Dio di prendersi cura di te.”
Lui si prenderà cura di me.
Lasciami ora tenere
la sua mano torta
tanto a lungo quanto posso.

**Traduzione di Paola Campanelli*

ALZHEIMER E INTUIZIONE CREATIVA

Franca Grisoni

Poetessa, Sirmione

Perché la poesia? Perché, come ha scritto Mario Benedetti, “La poesia dice / profondità che a volte la prosa tace”¹.

E dunque facciamocelo dire ancora una volta dalla poesia qualcosa sull'Alzheimer, una malattia che ha ispirato molti autori, famosi o improvvisati, editi o inediti, italiani e stranieri. Alcuni abbiamo avuto modo di conoscerli attraverso la rivista *Psicogeriatra*², grazie ad un'idea del professor Mario Trabucchi, suo direttore editoriale, che mi ha offerto una rubrica in cui riflettere sull'Alzheimer con le parole della poesia, perché, come ha scritto Jacques Maritain: “Il poeta ha un pensiero nuovo: ha un'intera esperienza nuova da rivelare: egli ci dirà come è avvenuto per lui, e tutti gli uomini saranno tanto più ricchi per la sua fortuna. Poiché l'esperienza di ciascuna età nuova richiede una confessione nuova e sembra che il mondo sia sempre in attesa del suo poeta...”³. Questo vale anche quando l'intuizione creativa che spinge a prendere la penna in mano sorge dal bisogno eccezionale di un poeta d'occasione, autore talvolta di un'unica poesia da leggere con i componenti di quei gruppi di sostegno dove si trova aiuto e si impara a condividere le proprie esperienze. Infatti, ci sono poesie d'occasione di parenti, amici, osservatori occasionali di persone colpite da Alzheimer, e poesie radicate nella poetica di autori famosi. I gruppi di sostegno hanno capito l'importanza della poesia che dice le esperienze di solitudine, di stanchezza e d'amore in chi si occupa dei malati d'Alzheimer e da qualche tempo organizzano letture a tema invitando poeti insieme a medici specializzati in malattie che causano demenza.

La presenza di tanti poeti in cui il tema dell'Alzheimer ha acceso la scintilla dell'ispirazione, ci ha convinti a continuare a servirci della poesia come viaggio nella malattia, come spunto per la discussione e come fonte di conoscenza.

Poesia e malattie neurologiche

Mentre stavo commentando *L'amore nel tempo del morbo di Alzheimer*, la poesia di Vesper Fe Marie Llaneza Ramos che mi è stata proposta dalla Segreteria Scientifica AIP per *Psicogeriatra*⁴, non sapevo ancora che era stata scritta da una donna. Il doppio nome e il fatto che anche gli

uomini possano aggiungere un 'Maria' al loro primo nome mi avevano tratto in inganno. Ma, soprattutto, mi aveva tratto in inganno l'io narrante, con il suo punto di vista di uomo la cui moglie è stata “molto intelligente, / brillante, / bellissima”. In quella poesia, l'io racconta un amore scoccato come un colpo di fulmine già alla “prima conversazione”, nella giovinezza, ma cantato al suo apice nell'acuirsi della malattia. *L'amore nel tempo del morbo di Alzheimer* è un racconto in versi molto commovente per la totale dedizione dell'uomo alla sua sposa, amata nei diversi stadi della metamorfosi operata dalla malattia che l'ha colpita in modo devastante.

Totalmente all'oscuro della biografia di chi l'aveva firmata, avevo pensato che, come la maggior parte delle poesie che dicono l'Alzheimer, fosse di natura autobiografica. Sono stata molto sorpresa quando Paola Campanelli, la traduttrice, nel procedere della sua ricerca nei siti statunitensi ha scoperto che Vesper Fe Marie Llaneza Ramos, nata nelle Filippine, non solo è una donna, ma anche che è una neurologa specializzata nella diagnosi e nel trattamento delle disfunzioni del cervello, del midollo spinale, dei nervi periferici, dei muscoli, del sistema nervoso autonomo e dei vasi sanguigni in rapporto con queste strutture; che lavora negli Stati Uniti e che ha scritto anche altre poesie, che sono state premiate, dedicate all'amore che raggiunge vertici impensabili non solo nell'Alzheimer, ma in malattie come il morbo di Huntington e la Degenerazione Corticobasale⁵. Come l'Alzheimer, queste malattie alterano la capacità di affrontare la vita, portano alla non autosufficienza, a gravi patologie e alla disabilità. L'autrice dei versi si occupa di queste patologie come medico, non per questo le sue poesie non possono essere definite d'ispirazione autobiografica. Se Flaubert ha potuto dichiarare: *Madame Bovary c'est moi*, perché per scrivere il suo romanzo realista ha adottato il punto di vista della protagonista, si può essere certi che anche le poesie di Vesper Fe Marie Llaneza Ramos possono essere considerate autobiografiche, proprio per la sua esperienza di specialista di malattie neurologiche e per l'empatia con la quale si immedesima nei protagonisti delle sue poesie, tanto da farsi carico dei loro sentimenti e poter parlarne in prima persona. Per avere una conferma, basta leggere per intero le altre due sue poesie, così ricche di informazioni da avvalorare l'idea che le discipline umanistiche possono far parte della ricerca medica⁶.

Solo dopo aver saputo che l'autrice della poesia

L'amore nel tempo del morbo di Alzheimer è medico, nei versi ho notato un episodio in cui viene suggerito che l'arte della conversazione tra i medici e la paziente affetta da Alzheimer è improntata ad atteggiamenti affettuosi: *The doctors cushion her*. Il medico interroga benevolmente la paziente, e lei risponde come può: raccontando l'unico capitolo della sua storia che è riuscita a memorizzare e che continua a ripetere, fino a che non possiederà più nemmeno quel ricordo ed il marito si incaricherà di essere lui il custode della sua memoria e potrà continuare a ripeterle la sua storia tenendola tra le sue braccia. E questo senza che vengano idealizzate le capacità del marito, che si è trovato in grandi difficoltà, soprattutto prima della diagnosi, quando ancora non erano chiari i motivi del comportamento irrazionale della moglie. Ma il suo amore per lei gli ha permesso di esserle compagno fino in fondo. Questo conferma, qui come nelle sue altre poesie, l'importanza riconosciuta alla famiglia nella cura e nell'accompagnamento del malato nella realtà contemporanea in un Paese diverso dal nostro. Anche se solo nella prima si parla di Alzheimer, nelle tre poesie gli ammalati sono assistiti lungo tutta la malattia rispettivamente da un marito, da una moglie e da una madre, familiari che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza del loro congiunto colpito da una malattia invalidante; in tutte tre emerge la presenza dei medici curanti.

In *L'amore nel tempo della degenerazione corticobasale*, l'io narrante dà voce alla moglie di un uomo colpito da una rara malattia neurodegenerativa che non gli permette più di "riconoscere" il suo braccio, anche se "I dottori dicono / che quel braccio non ha / niente di sbagliato. / Resta caldo. / Ma il suo cervello / non sa / che è lì". Attorno al fenomeno dell'arto che la medicina definisce "alieno", ruota tutta la poesia, che è un canto d'amore.

A dire la condivisione ed il coinvolgimento profondo di entrambi i coniugi nella malattia che ha fatto perdere al marito la consapevolezza del suo braccio, c'è la loro storia d'amore che si è formata "con entrambe le loro braccia". La loro casa, la loro famiglia, le loro speranze, i loro cuori, sono stati creati e sostenuti dalle braccia di entrambi. Ed è lei a ricordare il ruolo di quel "braccio affettuoso" nelle tappe della loro vita, nei gesti d'amore per lei e per la loro figlia. Ed ora è proprio la mano di quel braccio diventato insensibile a non essere più in grado ricevere il gesto più umano d'affetto ed unione, quello

della moglie che stringe la mano del marito nella sua. E glielo deve ripetere più volte:

"Sto tenendo la tua mano. / Sto. / Tengo la tua mano. / La tua mano / nella mia. / Sto tenendo la tua mano".

Ma il marito non riesce più a sentire il contatto e l'affetto che il gesto dovrebbe comunicare. Anche quando è il medico a tenergli il braccio, il paziente non sa se il braccio sia il suo o quello del medico: continua ad essere inconsapevole dell'arto che gli è divenuto estraneo. Ed è lei a portare lucidamente la drammaticità della loro situazione. Perché, anche se per lei i sintomi della degenerazione corticobasale sono inesplicabili, ed anche "i medici spiegano / ma non possono farlo / abbastanza", lui, addirittura nega la sua malattia. L'ostinazione a negare l'evidenza è un sintomo che rivela la gravità del processo degenerativo, ed è straziante per lei perché conferma il deterioramento cognitivo in un "uomo forte", che è stato "il muro della sua vita".

La poesia è focalizzata sulla sofferenza del malato, ma si preoccupa anche di chi esercita l'accompagnamento. L'autrice fa emergere l'importanza dello sguardo del medico sulla sofferenza e sul dolore del paziente, ma rileva anche la sofferenza del familiare. Una dottoressa, in cui si adombra l'esperienza e la competenza professionale dell'autrice della poesia, mostra solidarietà ed attenzione per le difficoltà di cui si fa carico la moglie, che deve essere il sostegno quotidiano di un ammalato disabile preso dal "panico" per la drammaticità della sua situazione; infatti, riconosce alla moglie efficiente nell'assistenza, che "è spossante / prendersi cura" di un malato come il marito. E la moglie può riconoscersi esausta per la fatica che richiede l'assistenza di un paziente così fragile. La comprensione e la solidarietà di un medico, che conosce la gravità della situazione nella cura di un malato non autosufficiente, valorizza l'impegno del familiare facendogli sentire che è stato davvero compreso e questo può rinnovare le sue energie.

L'altra poesia, *L'amore al tempo della malattia di Huntington*, può essere letta come uno *Stabat mater* in cui Vesper Fe Marie Llana Ramos dà voce e sentimenti alla madre di un figlio colpito da una malattia degenerativa che provoca disturbi cognitivi e di movimento e che, tra le caratteristiche, ha l'ereditarietà. Perciò, "Quando a suo padre / fu diagnosticata" la malattia di Huntington che lo ha portato alla morte e "i test genetici" confermarono che il "figlio avrebbe

avuto / anche lui” la stessa malattia, entrambi si spaventarono per il destino che avrebbero dovuto affrontare. Il coraggio e l'accettazione, però, non esimono di affrontare il baratro di una malattia così devastante, neanche a un “figlio coraggioso. / Un soldato / che ha tenuto la mano di suo padre / attraverso la polmonite che lo ha allettato / e ha perfino detto scherzosamente / “Non aver paura, / ti seguirò presto”.

Alla luce di ciò che il padre ha attraversato, il figlio “ha pianificato la sua vita”. Nella prospettiva dei sintomi che avrebbero reso sempre più invalidante una malattia ereditaria incurabile (i medici “Non c'è niente che possano fare”), che comporta la possibilità di essere trasmessa ai suoi figli, non si è sposato. E qui ad emergere è l'importanza della comunicazione della diagnosi, un compito difficile, ed i medici sanno che deve essere fatto nel rispetto dei diritti della persona ammalata affinché possa prendere le proprie decisioni.

Come ci dice la conoscenza personale e come conferma tanta letteratura, lo sguardo di una madre sul dolore del figlio è quell'esperienza viscerale che più fa comprendere l'intensità della sofferenza in una vita che troverà il suo compimento nel dolore e nella morte. Questa poesia rivela che il figlio soffre per sé, ma anche per il dolore che il suo stato causa alla madre. Nell'aggravarsi della malattia, il figlio soffre tanto da desiderare di darsi la morte, ma è tale il suo affetto per la madre che vuole risparmiarle un ulteriore dolore: “Mamma, se mi dovessi / uccidere / sappi che ho opposto / una battaglia d'inferno / perché so la sofferenza / che ti porterei.”

È così. Lo conferma Fra Iacopone. Questo sguardo, che si chiama compassione, può essere fatto proprio da ognuno. Già il poeta mistico di Todi aveva messo in luce il dolore di Maria che partecipa alla Passione ed anche mostrato che il Figlio viene ferito dallo strazio che il suo dolore causa alla Madre addolorata: “mortal me dà feruta, / ché 'l tuo pianger me stuta, / ché 'l veggio sì afferrato”⁷. È la pienezza dell'amore che si effonde in chi più soffre e più ama.

Nelle ultime due strofe, Vesper Fe Marie Llaneza Ramos chiama in causa il mistero divino. Per dire che ha “accettato” come volontà divina la morte del marito, la madre evoca il Padre nostro, ma nell'imminenza della morte del figlio invoca l'aiuto di Dio per continuare a trovare il senso della sua maternità ed essere di aiuto al figlio tenendogli le “mani torte / tanto a lungo quanto” può, ovvero fino alla fine.

Nella malattia, madre e figlio hanno compiuto insieme un percorso spirituale se la madre può ricordare le parole di suo figlio: “Mamma, quando verrà il momento, / dirò a Dio di prendersi cura di te”.

L'affidamento a Dio può consolare chi si sente sotto il Suo sguardo, lo dicono le poesie che portano il dolore nella dimensione soprannaturale.

Perché la poesia? Perché la poesia che sorge dalla malattia dice l'amore, un sentimento che è annunciato già nei titoli delle tre poesie Vesper Fe Marie Llaneza Ramos ed è confermato dai versi. E l'amore non viene detto con il linguaggio tradizionale della prosa: predilige l'inno.

Identità e memoria

Ho fatto mio questo interrogativo: “Siamo ancora noi stessi, senza i nostri ricordi?”, ovvero “l'identità di una persona risiede nella sua memoria?”, posto da Luca Bianchetti recensendo per *Psicogeriatría*⁸ il romanzo di Luisa Genova *Perdersi* (Piemme), in cui alla protagonista è stata diagnosticato l'Alzheimer pre-senile.

Vediamo come. Una cosa importante, nella vecchiaia, è la possibilità di guardare alla propria vita dalla fine. Ad un certo punto ci prende il bisogno di guardare in faccia la nostra vita, vogliamo rivisitare il passato per riaffrontare la nostra vicenda personale. Per farlo, bisogna coltivare la memoria. Come raccomanda il poeta uruguayano Mario Benedetti, “Ogni tanto bisogna fare / una pausa / contemplarsi / senza l'abitudine quotidiana / esaminare il passato / dato per dato / tappa a tappa / mattonella per mattonella / e non piangersi le menzogne / ma cantarsi le verità.” (*Pausa*)⁹.

La memoria ci permette di rileggere sotto una luce nuova momenti e figure essenziali della nostra vita. Anche se sappiamo che non sempre i nostri ricordi sono attendibili. Lo dice bene un verso di Eva Taylor: noi coltiviamo “il bonsai della memoria”. Ovvero potiamo, operiamo delle rimozioni più o meno volontarie per ricordare solo alcune cose escludendone altre, così come si pota il bonsai per ottenere un piccolo albero armonioso, ma anche per avere, in piccolo, una sintesi della totalità dell'albero riconoscibile nella sua specie, proprio come la memoria ci permette di riconoscere la nostra vita, che è natura coltivata, “un'aiola haiku”, come Eva Taylor chiama la vita che entra nei suoi versi¹⁰. Rileggere la propria vita e riscriverla nella memoria, nei racconti orali, in prosa o in versi, secondo l'intuizione che fa scoprire il

significato che le occasioni (il caso) e le scelte hanno rivelato, è una delle nostre possibilità.

Questa esperienza non è possibile al malato d'Alzheimer. Lo ha notato Alceo Gianani quando, in visita allo zio ricoverato in un'istituzione, lo ha visto "ricurvo su una sedia addossata al muro / come a proteggere il *suo* scrigno / di glorie esibite e ripudiate miserie"¹¹. Ma il malato che ha perduto la memoria non può più accedere al suo passato, ed ha anche perduto anche il presente: si trova in un limbo senza tempo in cui accadono cose che non è più in grado di ricordare.

Ricordare è conoscere se stessi, una priorità di ogni età della vita che diventa essenziale nella prospettiva della sua fine imminente. Conoscersi è importante non solo rispetto alla propria vita individuale, in gioco c'è anche la conoscenza dell'io civile, ovvero la possibilità di riconoscere la propria piccola storia in quella del mondo, nella Storia con la maiuscola. In una poesia civile che si intitola *Oblio*, Mario Benedetti ci avverte del pericolo di dimenticare, quando l'oblio può diventare come una "forma velata / d'irridere la storia / per questo c'è la memoria / che si apre che si spalanca / alla ricerca del luogo / dove trovare il perduto"¹². La perdita della possibilità di ricordare è uno degli aspetti più tragici della demenza e la poesia conferma che lo è sia a livello personale che nella vita civile, come ha messo in luce Andrea Zanzotto nella sua ultima raccolta dove, con la metafora dell'Alzheimer, il grande poeta denuncia la demenza contemporanea, la corruzione e l'imbarbarimento sociale, ma conferma anche la gioia del ricordo condiviso dai vecchi scampati a questo morbo devastante¹³.

Per tastare il baratro tra l'anziano demente e quello mentalmente sano basta leggere poesie, diari o romanzi autobiografici di autori anziani in cui è evidente la profondità del loro sguardo su sé e sul mondo. Penso alla fecondità di un poeta ottantenne come Franco Loi, un autore che ha messo il termine *memoria* nel titolo e come tema di molte sue raccolte; o al novantenne Zanzotto: ambedue i poeti sono autori di poesie civili e liriche che riflettono sia il loro pensiero politico che i rapporti umani nella storia del nostro tempo. Per restare ai contemporanei, penso al romanzo autobiografico *Sposi a Manhattan* (Diabasis, 2005), scritto da un Malio Cancogni novantenne, un scrittore che ha mantenuto un sguardo profondo sull'evoluzione di sé stesso nelle diverse età della sua vita; o al diario di Diana Athil, *Da qualche parte verso la fine*

(Bur, 2010), dove, sotto sguardo dell'autrice ottantenne, scorrono alcuni episodi cruciali della sua vita che si evolve, accompagnati da alcune meditazioni sulla morte di persone care e sulla propria morte, nella consapevolezza della propria fine imminente e dell'urgenza delle scelte da compiere, finché è ancora possibile decidere. Una possibilità, questa, preclusa ai pazienti colpiti da gravi deficit cognitivi.

Edipo è un personaggio esemplare attraverso il quale ci si può interrogare sugli enigmi della vita, sulla condizione umana e sulle forze e fragilità che ci dominano, sulla possibilità di trovare risposte al *Chi sono? Da dove vengo e dove vado?*, secondo l'esortazione *conosci te stesso* scolpita sull'architrave del tempio di Delfi e ribadita da innumerevoli pensatori della tradizione greca e cristiana. Un giovane poeta, Fabrizio Sinisi, ha riscritto il celebre mito che fin dall'antichità ha ispirato tanti artisti (Freud ed altri prima e dopo di lui) e lo ha riformulato nel nostro tempo in una raccolta il cui titolo: *Fame*¹⁴, allude alla fame di senso.

Quello di Sinisi è un Edipo contemporaneo, sta "fuori dalla porta del suo monolocale al / pianterreno". È "senza Antigone", la figlia-sorella che nella tragedia sofoclea lo ha accompagnato nell'esilio. Ha raggiunto la terza età della vita: quella della debolezza, come aveva intuito il giovane Edipo del mito rispondendo al quesito della Sfinge sull'essere "che cammina ora a quattro gambe, ora a due, ora a tre che, contrariamente alla legge generale, più gambe ha più mostra la propria debolezza". Ora è lui stesso quel vecchio, ma non ricorda più la sua giovinezza e la sua tragica e inesplicabile sorte. Ormai è in un "altro" esilio: quello dell'oblio che gli impedisce "di riappropriarsi di sé pienamente", come dice un verso.

Edipo non può più ripercorrere con la memoria il suo cruento passato. Tuttavia, a volte, sente qualcosa "venire da fuori dentro l'oblio". Quando accade, cerca di afferrare ciò che oscuramente sta per affiorare. Come ha intuito il Sinisi, quello che accade al suo Edipo è "il sempre feroce desiderio di riappropriarsi di sé pienamente / cercandosi poi nella rete perfetta degli anni", un bisogno di ogni essere umano. Il suo Edipo cerca la sua identità nel passato e, nel barlume di luce di un remoto ricordo che affiora, "trova l'altro" se stesso. Questo "altro", il giovane che egli è stato, è sospeso con lo sguardo interrogante sul proprio futuro, quando "improvvisamente" si vede venire incontro Edipo "e si cercano, l'uno con l'altro, o meglio / è il vecchio, il rugoso

Edipo in bretelle / che cerca, disperatamente cerca / di sé nell'altro, il ritorno fedele / della vita a sé stessa / e non lo trova". L'incontro tra il giovane Edipo e il vecchio che è diventato, risulta impossibile.

Sinisi tratteggia benissimo il dolore per la drammatica perdita del ricordo che sfugge come "un mancamento amaro al culmine di un teso / salire, perdendo forse per sempre l'appiglio". Il vecchio Edipo non è riuscito ad afferrare il

ricordo per ritrovare la propria identità. E non è ancora la morte ad assorbirlo nella quiete agognata, ma è "lo smarrimento della vita, della vita stessa" e del suo significato, in quell'anticipo di morte che colpisce gli esseri umani quando perdono le proprie capacità intellettive e non possono riappropriarsi di se stessi volgendo lo sguardo sul passato per cercare di svelare il proprio misterioso destino, proprio quando sono sulla soglia del suo compimento.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1 Mario Benedetti, *Inventario*, traduzione e cura di Martha L. Canfield, Le Lettere, Firenze 2001, p. 263
- 2 La mia collaborazione è iniziata dal n° 3 di *Psicogeriatría* del 2008; 78-79.
- 3 *L'intuizione creativa nell'arte e nella poesia*, Morcelliana, Brescia 1983; 169.
- 4 *Psicogeriatría*, n° 3, settembre-dicembre 2010; 78-9.
- 5 Oltre ad essere state pubblicate in *Neurology*®, rivista ufficiale della American Academy of Neurology, ed essere scaricabili dal sito della rivista: <http://www.neurology.org/content/75/19/1748.full.html>, le poesie di Vesper Fe Marie Llana Ramos sono state trascritte in alcuni siti di informazione e sostegno per persone i cui parenti soffrono di malattie cerebrali ed hanno ricevuto apprezzamenti e commenti molto favorevoli dai frequentatori dei siti. Per il commento mi sono basata sulla traduzione di Paola Campanelli.
- 6 Il Gruppo di Ricerca Geriatrica bresciano presieduto da Marco Trabucchi, organizza regolarmente la presentazione di romanzi che hanno come tema l'Alzheimer, inoltre, gli autori di articoli pubblicati sulla rivista *Psicogeriatría* fanno spesso riferimento ad opere letterarie. Nel n° 3 di *Psicogeriatría* 2010; 72-3, Luisa Bartorelli ha dedicato il suo articolo al tema: Alzheimer e cinema.
- 7 Iacopone da Todi, *Donna de paradiso*, 85, in *Amore onne cosa clama*, versi scelti a cura di Daniele Piccini, con uno scritto di Giuseppe Ungaretti, dotato di un glossario che aiuta a trovare il significato di alcuni termini, *Net poesia*, Il Saggiatore, Milano 2003; 100-6.
- 8 Luca Bianchetti in *Psicogeriatría* n° 3, 2010; 76-7.
- 9 Con la traduzione di Federico Guerrini, la poesia di Mario Benedetti, *Pausa*, stata pubblicata nel sito http://www.guide.supereva.it/letteratura_sudamericana.it
- 10 Eva Taylor, *Volti di parole*, L'Obliquo, Brescia 2010, p. 16.
- 11 *Poesia d'occasione*, pubblicata per la prima volta in *Psicogeriatría*, n° 1 gennaio-aprile 2011, 88-9.
- 12 Mario Benedetti, *Inventario*, traduzione e cura di Martha L. Canfield, Le Lettere, Firenze 2001, p. 203.
- 13 Andrea Zanzotto, *Conglomerati*, Mondadori, Milano 2009, mio commento in *Psicogeriatría*, n° 3, settembre-dicembre 2010; 80-1.
- 14 Il poemetto su Edipo di Fabrizio Sinisi, tratto dalla sua raccolta *La Fame*, è entrato nella piccola scelta di poesie che ho commentato per la rubrica di inediti che curo per Città & Dintorni (associata a Confcooperative di Brescia), n° 102, settembre dicembre 2010, pp. 117-20. La raccolta sta per essere pubblicata dall'editrice bresciana L'Obliquo.

Fabrizio Sinisi

Da *La Fame*

Si cercano, i due, in una mattina stanca, in una mattina che non è mattina ma il suo ritrarsi,
si cercano senza sapere forse di cercarsi,
presi nello scacco di un'età impossibile,
mentre dorme ancora l'aria
la sua prima umida riga d'estate:
lui, il vecchio, fuori dalla porta del suo monolocale al pianterreno,
ha abbandonato per l'occasione la sedia
mitica fuori della porta dove per due epoche
è stato abbarbicato
come su un bianco trespolo
a guardare e non guardare,
venire da fuori dentro l'oblio a seconda della stagione, di come solo lei sa aprirgli gli occhi,
insieme a sua moglie, grassa e mite, che ora quasi sbalordita lo guarda
troppo stupita per fare qualcosa
compiere quei due metri in più sul marciapiede,
due metri in più sul nulla,
vecchio ormai, vecchio sino all'innocenza,
pigro Edipo senza Antigone
impalato fra le trame di un antichissimo quesito
col volto crepato
interrogante Sfinge
poco sa del suo flagello: lui vinto allo snodo della storia,
che ora s'alza,
inspiegabilmente si è alzato, ha buttato
quei due passi in avanti
come chi lancia al mare
il tuffo

e trova l'altro – quello che il vecchio credeva all'origine del suo stesso cerchio
(o forse già intuiva, in quell'andare
come alla morte o a un esilio irrinunciabile,
forse già oscuramente presentiva
il luogo senza scampo dove quasi da un giorno all'altro quelle sue due età non s'erano più trovate
nello stesso specchio, non s'erano più riannodate per cominciare ancora)

trova l'altro, il giovane, che improvvisamente
se lo vede venire
incontro nel suo volo
e si cercano, l'uno con l'altro, o meglio
è il vecchio, il rugoso Edipo in bretelle
che cerca, disperatamente cerca
di sé nell'altro, il ritorno fedele
della vita a sé stessa
e non lo trova.
È questo infatti l'attimo
che crolla e sfa, ripete
il delitto di tempi
che il cuore voleva uniti
allo snodo dell'epoca e si frantumarono

in chissà che fangosa nova,
un mancamento amaro al culmine di un teso
salire, perdendo forse per sempre l'appiglio.

In un altro giorno, in un'altra inespressa dilatazione del tempo,
i due si sarebbero trovati nell'altro – conciliando
ciò che ora è inconciliabile:
lo spazio incomprensibile dei tempi
che si dilatano, si lacerano nel giro,
che tendono la vita sull'asse della forbice, facendola gemere, poi,
di nostalgia nelle notti più fonde, in quelle più vegliate –

ma ora, ora non c'è ritorno
dell'altro all'uno, del giovane al vecchio, della carne alla carne: ad altro esilio
è condannata la creatura recente, quella nata sgretolata nel cozzo,
a volo che non torna, a passato senza casa,
e lui, il primo,
che più non sente alle mani il soffio caldo della generazione,
che ha saputo la storia sentendola fremere di fronte in fronte,
di andata in ritorno, nel ripetersi di quel paradosso che è sempre il desiderio di sé,
il sempre feroce desiderio di riappropriarsi di sé pienamente
cercandosi poi nella rete perfetta degli anni
trova il maglio rotto,
e cede il suo Dio al tumulto della strada, cade,
non sa che farsene dell'evento
sfilacciato del suo tornare come cane senza padrone o figlio senza padre:
non è la morte, ma lo smarrimento della vita, della vita stessa.
Vita, vita che ti cerchi e non ti trovi.

