

8 Congresso Nazionale



La psicogeriatría nei luoghi delle cure Il coraggio di cambiare

Grand Hotel Gardone
10 - 12 Aprile 2008

Via Zanardelli 84
25083 Gardone Riviera (BS)



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

programma definitivo

Psicogeriatría

QUADRIMESTRALE - ANNO III - NUMERO 1 - GENNAIO-APRILE 2008

RIVISTA UFFICIALE



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Direttore Editoriale
Umberto Senin

Comitato Editoriale
Carlo Caltagirone
Elvezio Pirfo
Gianfranco Salvioli
Marco Trabucchi

**Coordinatore
Comitato Scientifico**
Luigi Ferrannini

Comitato Scientifico
Arturo Ambrosio
Fabrizio Asoli
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Mario Barucci
Aldo Biolcati
Pasquale Chianura
Antonino Cotroneo
Luc De Vreese
Gerardo Favaretto
Ettore Ferrari
Antonio Maria Ferro
Giuseppe Fichera
Lodovico Frattola
Costanzo Gala
Gianluigi Gigli
Guido Gori
Patrizia Mecocci
Massimo Musicco
Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Alessandro Padovani
Luigi Pernigotti
Leandro Provinciali
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Giancarlo Savorani
Francesco Scapati
Ferdinando Schiavo
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Gianfranco Spalletta
Marcello Turno
Giuliano Turrini
Claudio Vampini
Piergiuseppe Zagnoni
Orazio Zanetti

Segreteria di Redazione
Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico



CMP

Critical Medicine Publishing Srl
Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma - Tel. 06.519511
www.cmpedizioni.it

EDITORIALI

IL SALUTO DEL PRESIDENTE

Umberto Senin

LA PILLOLA DELL'IMMORTALITÀ E LA PSICOGERIATRIA

Marco Trabucchi, Renzo Rozzini

NUOVE INIZIATIVE PER L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Vincenzo Canonico

CONTRIBUTI ORIGINALI

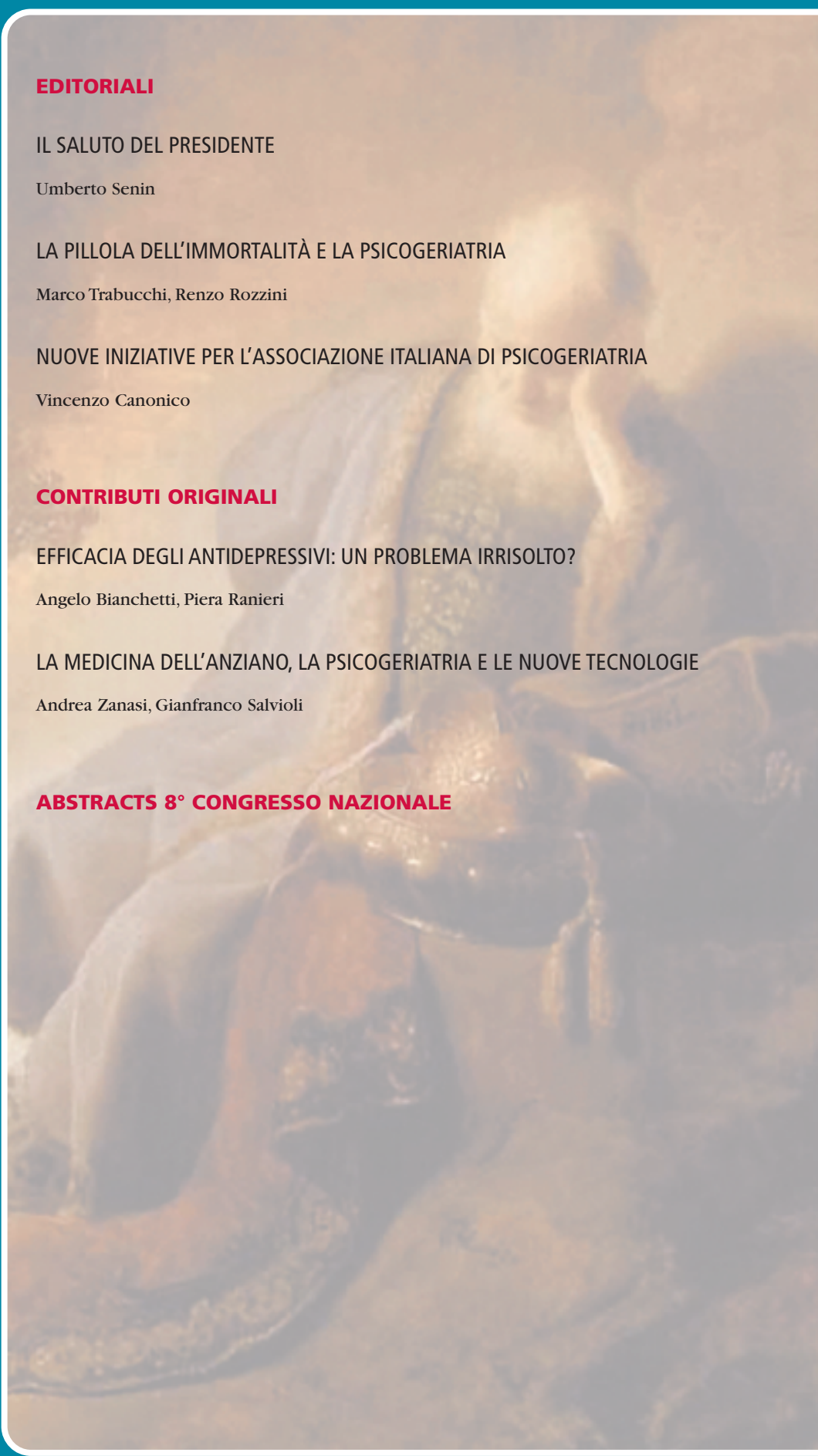
EFFICACIA DEGLI ANTIDEPRESSIVI: UN PROBLEMA IRRISOLTO?

Angelo Bianchetti, Piera Ranieri

LA MEDICINA DELL'ANZIANO, LA PSICOGERIATRIA E LE NUOVE TECNOLOGIE

Andrea Zanasi, Gianfranco Salvioli

ABSTRACTS 8° CONGRESSO NAZIONALE



Direttore Editoriale

Umberto Senin

Comitato Editoriale

Carlo Caltagirone
Elvezio Pirfo
Gianfranco Salvioli
Marco Trabucchi

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Comitato Scientifico

Arturo Ambrosio
Fabrizio Asiola
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Mario Barucci
Aldo Biolcati
Pasquale Chianura
Antonino Cotroneo
Luc De Vreese
Gerardo Favaretto
Ettore Ferrari
Antonio Maria Ferro
Giuseppe Fichera
Lodovico Frattola
Costanzo Gala
Gianluigi Gigli
Guido Gori
Patrizia Mecocci
Massimo Musicco
Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Alessandro Padovani
Luigi Pernigotti
Leandro Provinciali
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Giancarlo Savorani
Francesco Scapati
Ferdinando Schiavo
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Gianfranco Spalletta
Marcello Turno
Giuliano Turrini
Claudio Vampini
Piergiuseppe Zagnoni
Orazio Zanetti

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

GRUPPO DI PRODUZIONE EDITORIALE

PUBLISHING STAFF

© *Critical Medicine Publishing Editore*

Le norme editoriali sono consultabili sul sito:
www.psicogeriatría.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.

Direttore responsabile/*Manager*
Michele De Nicotera

Produzione/*Production*
Laura Caracciolo

Pubblicità/*Advertising*
Francesca Usai

Stampa/*Printed by*
Istituto Arti Grafiche Mengarelli, Roma

INDICE

PSICOGERIATRIA

Quadrimestrale - Anno III - Numero 1 - Gennaio/Aprile 2008

EDITORIALI

IL SALUTO DEL PRESIDENTE

Umberto Senin _____ pag. 7

LA PILLOLA DELL'IMMORTALITÀ E LA PSICOGERIATRIA

Marco Trabucchi, Renzo Rozzini _____ pag. 9

NUOVE INIZIATIVE PER L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Vincenzo Canonico _____ pag. 11

CONTRIBUTI ORIGINALI

EFFICACIA DEGLI ANTIDEPRESSIVI: UN PROBLEMA IRRISOLTO?

Angelo Bianchetti, Piera Ranieri _____ pag. 13

LA MEDICINA DELL'ANZIANO, LA PSICOGERIATRIA E LE NUOVE TECNOLOGIE

Andrea Zanasi, Gianfranco Salvioli _____ pag. 16

ABSTRACTS 8° CONGRESSO NAZIONALE

DEMENZA, DEPRESSIONE, DELIRIUM: UN CASO CLINICO DI SOVRAPPOSIZIONE

Aiello Luigi, Felli Barbara, Camponi Veronica, Sciaffini Chiara, Scoyni Raffaella,
Trani Iliara, Masin Maria Rita, D'Ignazio Lorena, Braccini Laura, Pacitti Maria Teresa,
D'Imperio Mario, Carratelli Domenico, Morocutti Cristoforo _____ pag. 21

L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PER I PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA:
ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE U.V.A. – GIUDICE TUTELARE

Barbieri Maria Paola, Nobili Flavio, Mazzei Debora, Arnaldi Dario, Martinelli Paolo,
Mazza Galanti Francesco, Palummeri Ernesto, Rodriguez Guido _____ pag. 24

PROGETTO ALZHEIMER: UN MODELLO DI ASSISTENZA SUL TERRITORIO
INTEGRATA

Ben Giampaolo, Balest Cristina, De Biasi Francesca, De Iaco Michela, Sasso Elena,
Spanti Chiara _____ pag. 26

PROGETTO PEGASUS: CAREGIVER, DIETRO LE QUINTE DELL'ASSISTENZA

Benedini Chiara, Di Giacomo Maria, Gambera Stefania, Poli Claudia, Rezzola Simona _____ pag. 28

DEFICIT VISIVI E DETERIORAMENTO COGNITIVO NELL'ANZIANO

Bernabei Virginia, Moretti Francesca, Atti Anna Rita, Morini Valentina, Casadio Paola,
Forlani Claudia, Ferrari Barbara, Marchiori Antonella, Dalmonte Edoardo,
De Ronchi Diana _____ pag. 29

DEFICIT UDITIVI E SALUTE MENTALE NELL'ANZIANO

Bernabei Virginia, Moretti Francesca, Atti Anna Rita, Morini Valentina, Casadio Paola,
Forlani Claudia, Ferrari Barbara, Marchiori Antonella, Dalmonte Edoardo,
De Ronchi Diana _____ pag. 30

DEPRESSIONE E DEFICIT COGNITIVI IN UN ANZIANO: IL VISSUTO DELLA
"CONDANNA AD ESSERE-NELL'ISTANTE"

Boccardo Annadelia, Scapati Francesco _____ pag. 32

LE UVA: IL NUOVO VOLTO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

Boffelli Stefano, Mattanza Chiara, Rozzini Renzo, Barbisoni Piera, Trabucchi Marco _____ pag. 33

**PROFILO DI PERSONALITÀ E CARATTERISTICHE CLINICO-ASSISTENZIALI
NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER**

Boncinelli Marta, Simoni David, Cavallini Maria Chiara, Tassinari Irene,
Gullo Massimiliano, Masotti Giulio, Marchionni Niccolò, Mossello Enrico _____ pag. 35

**LA PRAGMATICA DEL LINGUAGGIO NELLA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVI.
STUDIO OSSERVAZIONALE PILOTA**

Bonelli Giovanni, Santucci Sergio, Pacifico Chiara, Galiberti Sara, Cerfeda Laura _____ pag. 37

IPOTESI DOPAMINERGICA TRA NEUROPSICOLOGIA E DISTURBI DEL MOVIMENTO

Brambilla Cristina, Minelli Dorella, Piccioni Andrea, Giovanelli Giorgia, Facchi Emanuela _____ pag. 38

**RALLENTAMENTO DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA
MEDIO-LIEVE IN TRATTAMENTO CON ES-CITALOPRAM OLTRE CHE CON ANTICOLINESTERASICI**

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Trotta Francesco, Cuzzocrea Sergio, Bruno Luigi Carlo _____ pag. 40

**CON LA PSICOEDUCAZIONE MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA VITA NEL CAREGIVER
E NEL PAZIENTE DEMENTE CON BPSD**

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Mastropiero Filomena, Trotta Francesco, Bria Amalia, Perri Antonio _____ pag. 41

"MELODICAMENTE"

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Mastropiero Filomena, Trotta Francesco, Bruno Luigi Carlo _____ pag. 42

BPSD E ANTICOLINESTERASICI

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Trotta Francesco, Bruno Luigi Carlo _____ pag. 43

ASSISTENZA RESIDENZIALE PSICHIATRICI ANZIANI

Campana Arturo, Zucca Fabio, Rurali Raffaella _____ pag. 44

**ANALISI DELLA CORRELAZIONE TRA DEPRESSIONE, DIABETE MELLITO E DISABILITÀ
IN ANZIANI OSPEDALIZZATI**

Caronzolo Francesco, Grippa Alessandro, D'Amico Ferdinando _____ pag. 46

**PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO (BPSD) IN 5 OSPITI CON DETERIORAMENTO
COGNITIVO MODERATO-SEVERO RESIDENTI IN R.S.A.**

Chiarello Antonino, Cividini Danilo, Cucchi Giacomo, Nespoli Chiara, Carlessi Francesca, Busetti Carla,
Vezzoli Angelica, Bellebono Nicoletta _____ pag. 48

**L'INFLUENZA DELLE POSIZIONI SPAZIALI SULLE ABILITÀ COSTRUTTIVE DI UNO SCULTORE
ALZHEIMERIANO: UNO STUDIO SPERIMENTALE.**

Conchiglia Giovannina, Giacca Cristina, Trojano Luigi, Grossi Dario _____ pag. 49

SO TU CHI SEI! UN CASO DI IPERFAMILIARITÀ

Conchiglia Giovannina, Accardo Mariapina, Grossi Dario _____ pag. 50

**MODALITÀ DI PRESCRIZIONE ED EFFETTI DEI FARMACI PSICOTROPI IN UNA RESIDENZA SANITARIA
PER ANZIANI**

Cornali Cristina, Bianchetti Angelo, Trabucchi Marco _____ pag. 51

**LA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA NEL NUCLEO ALZHEIMER; PROBLEMI DI PRATICA CLINICA
DEONTOLOGIA ED ETICA**

Costamagna Silvio, Gazzera Giuseppe, Gè Barbara, Toselli Paolo _____ pag. 52

DEMENTE... DOLORE... DEPRESSIONE: CONFINI E CONTAMINAZIONI

Cruciata Sandra, Marchese Giuseppe _____ pag. 53

PRESSIONE ARTERIOSA, DECLINO COGNITIVO E DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

D'Amico Ferdinando, Caronzolo Francesco, Grippa Alessandro _____ pag. 54

LA QUALITÀ DELLA VITA NEGLI ANZIANI DEL CENTRO "FRATERNAMENTE INSIEME"

Galiberti Sara, Biondi Lucia, Matteoli Maddalena, Di Giovanni Michela, Gallerini Daniela, Pacifico Chiara,
Cerfeda Laura, Santucci Sergio, Bonelli Giovanni _____ pag. 55

IL PAZIENTE PSICOGERIATICO: DEPRESSIONE, COMORBILITA' E QUALITA' DELLA VITA. UNO STUDIO NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL TO	
Ghiano Federica, Chiecchio Regina, Ferrero Merlino Silvia, Morero Daniela, Pirfo Elvezio	pag. 56
PRESENTAZIONE PECULIARE DI UNA DEPRESSIONE LATE-ONSET. UN CASO CLINICO	
Ghidoni Silvia, Zeliani Chiara, Baroni Fiorenzo, Giorgia Giovanelli, Timpini Annalisa, Ghisla Maria Karin, Emanuela Facchi	pag. 57
IL DEMENTIA CARE MAPPING: STRUMENTO DI VERIFICA DELLA QUALITÀ DI VITA DI RESIDENTI NEI NUCLEI SPECIALISTICI PER LA DEMENZA (NSD).	
Gianelli Maria Vittoria, Fabbo Andrea, Tignonsini Chiara, De Vreese Luc P.	pag. 59
LA RIABILITAZIONE COGNITIVA IN R.S.A.	
Gorlato Stefania, Pascal Donatella, Rossi Graziella, Tamietti Elena, Pussetto Davide, Ambrosio Silvia	pag. 60
STATO CONFUSIONALE ACUTO IN ANZIANI CON STROKE IN UNA UNITA' OPERATIVA DI GERIATRIA: COMORBILITA', STATO FUNZIONALE, MORTALITA'	
Grippa Alessandro, Caronzolo Francesco, D'Amico Ferdinando	pag. 61
IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PSICOGERIATICO	
Grumo Gianluca, De Benedictis Patrizia, Mastroianni Franco, Roca Vitantonio	pag. 63
LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DELL'ANZIANO CON PLURI-PATOLOGIE IN LUNGODEGENZA: UNA MODALITA' OPERATIVA DI INTERVENTO	
Guarnerio Chiara, Oliva Stefano, Chiambretto Paola	pag. 65
CORRELAZIONE TRA DISTURBI DEL SONNO E SINTOMI ANSIOSI E DEPRESSIVI NELL'ANZIANO. DATI PRELIMINARI	
Guidi Alessandra, Moretti Francesca, Bernabei Virginia, Atti Anna Rita, Ferrari Barbara, Dalmonte Edoardo, De Ronchi Diana	pag. 66
SINTOMI DEPRESSIVI, RIABILITAZIONE, FRAGILITÀ	
Ivaldi Claudio, Lemut Maria Chiara	pag. 67
SPERANZE E DELUSIONI NELL'IMPIEGO DEGLI ANTIPSIKOTICI ATIPICI NEI DISTURBI COMPORTAMENTALI DEI PZ CON M. DI ALZHEIMER"	
Lera Antonio	pag. 69
"IL TRATTAMENTO "PERFECT SHAPE": UNA NUOVA METODICA RIABILITATIVA NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER ALLO STADIO INIZIALE"	
Lera Antonio, Germani Caterina	pag. 71
PSICOGERIATRIA DOMICILIARE: SOSTEGNO, RIABILITAZIONE, QUALITA' DI VITA. UN'ESPERIENZA FUTURIBILE	
Manni Elisabetta	pag. 73
CAMBIAMENTI DELL'ETA' DELLA POPOLAZIONE AFFERENTE AD UN CENTRO DI SALUTE MENTALE, IN CUI OPERA UNA UVA, DAL 1999 AL 2007	
Marchese Giuseppe, Cruciata Sandra	pag. 74
IL PROGETTO ASSISTENZIALE POST-DIMISSIONE DA UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA	
Marrè Alessandra, Torpilliesi Tiziana, Lucchi Elena, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco	pag. 76
I COSTI DEL PAZIENTE DEMENTE ASSISTITO AL DOMICILIO: ESPERIENZA IN UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)	
Massaia Massimiliano, Cappa Giorgetta, Gatti Antonia, Pilon Silvia, Dumitrache Raluca, Marchetto Cristina, Astengo Marco, Molaschi Mario	pag. 78
L'INTEGRAZIONE DEI SETTING ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI ALZHEIMER: NUCLEO, CENTRO DIURNO, GIARDINO	
Mastroianni Franco, Di Donna Marco, Roca Vitantonio	pag. 80

PREVALENZA DI DEMENZA IN UN GRUPPO DI PAZIENTI RICOVERATI IN NURSING HOME Mazza Laura, Sestito Maria Rosaria, Biamonte Stella, Sgrò Giovanni	pag. 81
ANARTRIA LENTAMENTE INGRAVESCENTE: NON SOLO DEMENZA SEMANTICA Minelli Dorella, Ghisla Maria Karin, Baroni Fiorenzo, Brambilla Cristina, Facchi Emanuela	pag. 83
CARATTERISTICHE CLINICHE E SOTTOTIPI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT. DATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY" Moretti Francesca, Bernabei Virginia, Atti Anna Rita, Morini Valentina, Forlani Claudia, Ferrari Barbara, Casadio Paola, Dalmonte Edoardo, De Ronchi Diana	pag. 84
DISTURBI DEL SONNO E DEMENZA. DATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY" Moretti Francesca, Bernabei Virginia, Atti Anna Rita, Ferrari Barbara, Dalmonte Edoardo, De Ronchi Diana	pag. 85
DEMENTI E NON DEMENTI HANNO LE STESSA COMORBIDITA' MA DIVERSO STATO FUNZIONALE E NUTRIZIONALE: OSSERVAZIONI Morghen Sara, Bellelli Giuseppe, Torpilliesi Tiziana, Speciale Salvatore, Turco Renato, Marrè Alessandra, Guerini Fabio, Barisione Emanuela, Lucchi Elena, Marazzi Marina, Trabucchi Marco	pag. 86
INDICATORI DI DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO Orrù Graziella, Giantin Valter, Meral Inelmen Eminè, Sergi Giuseppe, Manzato Enzo, Enzi Giuliano	pag. 88
IL POST ACUZIE NELLA PATOLOGIA DEMENTIGENA: UN PROGETTO <i>HUB AND SPOKE</i> QUALE SUPPORTO AL FASCICOLO SANITARIO PERSONALE Pellegrino, Annarita, Turno Marcello F., Da Dalt Roberto, Barbier Annalisa, Padua Luca, Tonali Pietro A.	pag. 90
UN NUOVO STRUMENTO DI VALUTAZIONE IN MUSICOTERAPIA GERIATRICA: LA SCALA DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI MUSICOTERAPIA - S.V.A.M. - Pignatale Davide, Mastroianni Franco	pag. 92
PREVALENZA DEI DISTURBI DEL SONNO IN UNA STRUTTURA RESIDENZIALE GERIATRICA Primerano Giuseppe, Sacchelli Cristina, Danesi Raffaella	pag. 94
INFLUENZA DELLA COMORBIDITA' SULLO STATO NUTRIZIONALE IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA SEVERA Riccio Daniela, Solinas Antonella, Fanari Paola, Putzu Paolo Francesco	pag. 96
IL DAY HOSPITAL GERIATRICO "L'ANZIANO FRAGILE E LA MALATTIA" Scala Giovanni, Capobianco Giovanni	pag. 98
INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO: L'ESPERIENZA DEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER "ATTIVAMENTE" Scala Giovanni, Cascino Maria, De Cesare Brunella, Nicastro Elena, Capobianco Giovanni	pag. 100
UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE PER LO STRESS E IL BURDEN ESPRESSO NEL CAREGIVER: CALL FOR COLLABORATION Turno Marcello F., Pellegrino Annarita, Marchetti Lucia, Barbier Annalisa, Padua Luca, Tonali Pietro A.	pag. 102
LINEE GUIDA SULLA PSICOGERIATRIA DELL'OSPEDALE PRIVATO VILLA ROSA DI MODENA Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Forghieri Pierluigi	pag. 104
DEPRESSIONE VASCOLARE: UN CASO CLINICO Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Forghieri Pierluigi, Neri Mirco	pag. 105
DEPRESSIONE GERIATRICA ED ATTIVITA' FISICA: RISULTATI PRELIMINARI DA UNO STUDIO CONTROLLATO DI RIABILITAZIONE PSICOFISICA Zanetidou Stamatula, Boschi Maurizia, Belvederi Murri Martino, Menchetti Marco, Argnani Paola, Bombi AnnaRosa	pag. 106
DECADIMENTO COGNITIVO IN EMODIALISI. UN CASO CLINICO Zeliani Chiara, Ghidoni Silvia, Baroni Fiorenzo, Timpini Annalisa, Ghisla Maria Karin, Facchi Emanuela	pag. 107

Il saluto del Presidente

UMBERTO SENIN

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrics

Questo numero di PSICOGERIATRIA è dedicato all'8° Congresso Nazionale che ha per tema generale **“La Psicogeriatrics nei luoghi delle cure. Il coraggio di cambiare”**, titolo che evoca lo sforzo dell'AIP per far progredire la cultura e la prassi medica rivolta alle persone anziane fragili affette da patologie psicogeriatriche.

Il Congresso Nazionale è per una Società Scientifica un momento insieme di celebrazione, di festa, di incontro, di riflessione per i soci, così come di aggiornamento dei temi specifici della nostra disciplina. Questo Congresso, che la nostra Associazione è riuscita a riorganizzare, nonostante le persistenti difficoltà economiche, nella sua sede storica, quella di Gardone Riviera, grazie all'impegno ed alla determinazione di tutti, si presenta sotto i migliori auspici per l'importanza degli argomenti trattati, tutti di grande attualità e strettamente inerenti il tema generale, la qualità dei relatori, l'elevato numero degli iscritti, nonché delle presentazioni libere, elemento quest'ultimo che rappresenta il segno più forte della vivacità di studiosi, ricercatori e clinici che vedono nell'AIP la loro Società di riferimento.

A queste ragioni se ne aggiunge un'altra: nell'Assemblea di quest'anno siamo chiamati a pronunciarci su una proposta di rinnovo dello statuto che, per qualsiasi Società e/o Associazione rappresenta lo strumento che garantisce il perseguimento armonico, equilibrato e condiviso delle finalità che ne hanno indotto la costituzione.

Lo statuto fondativo (del 1999) è stato aggiornato nel 2003 ed oggi si è ritenuto necessario apporvi ulteriori modifiche per renderlo più adeguato e corrispondente ad una realtà che si è andata via via modificando. Tra le più importanti, il prolungamento del mandato degli organi associativi (Consiglio Direttivo, Collegio di Presidenza e Presidenza), l'allargamento della base partecipativa, nonché un più strutturato coinvolgimento delle Sezioni regionali.

Durante il Congresso si terranno inoltre le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo che, nei due anni di attività, lo ha visto assolvere i propri compiti con grande impegno e sensibilità, contribuendo al raggiungimento di importanti risultati. Sento di dover qui ricordare, oltre ai Congressi Nazionali e le numerose iniziative regionali, la nascita della Rivista “PSICOGERIATRIA”, la pubblicazione del “Documento di consenso” sul trattamento della depressione nell'anziano, l'aggiornamento del sito web, nonché i Seminari di approfondimento sulla fragilità e sulle decisioni di fine vita.

Sono certo che il nuovo Consiglio Direttivo saprà affrontare con lungimiranza le sfide dei prossimi anni, per fare ulteriormente crescere una realtà associativa che, anche se ancora giovane, ha trovato ormai il suo pieno riconoscimento nel panorama delle Società Scientifiche del nostro Paese.

Non posso infine non approfittare di questa occasione per rivolgere un sentito ringraziamento a tutti voi per l'affettuoso e competente sostegno dato alla mia Presidenza il cui mandato scade con il prossimo rinnovo del Consiglio Direttivo.

E' grazie alla vostra attiva partecipazione alla vita dell'AIP che sono riuscito ad onorare un ruolo così pre-

stigioso, al quale ho dedicato con passione tutte le risorse intellettive ed umane che oggi mi ritrovo. Ed è a queste pagine della nostra Rivista che affido le mie parole di commiato da Presidente, ma non certo da membro dell'Associazione per la quale spero di mantenere anche per il futuro un orgoglioso senso di appartenenza.

La pillola dell'immortalità e la psicogeriatría

Psychogenetics and the efforts for immortality

MARCO TRABUCCHI^{1,3}, RENZO ROZZINI^{2,3}

¹Università di Roma "Tor Vergata"

²Dipartimento Medicina e Geriatria, Ospedale Poliambulanza, Brescia

³Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Parole chiave: mortalità, ruolo della psicogeriatría

Key words: immortality, role of psychogeriatrics

Questo numero della rivista esce in occasione dell'8° Congresso Nazionale dell'AIP, momento importante per ricordare il significato di un successo che non diminuisce, ma che -anzi- tende a crescere (si veda il numero di abstracts pubblicati in questo fascicolo).

Perché la psicogeriatría interessa i medici ed altri operatori sanitari, pur riconoscendo che in questi ultimi anni non vi sono state scoperte rivoluzionarie nel campo? Forse proprio perché non insegue i facili annunci -più o meno fondati- di possibili innovazioni, ma perché qui ed ora si impegna nella ricerca di strade per il benessere delle persone, fondandosi su quanto vi è di possibile nella realtà clinica ed umana che ci circonda.

La psicogeriatría è una scienza 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 sia su quello relazionale. Questo impegno ci fa incontrare con le difficoltà concrete della vita e ci induce a trovare risposte che sul piano clinico siano il più vicine possibile ai bisogni degli anziani del nostro tempo. La psicogeriatría è quindi scienza strettamente legata alle realtà concrete, alla continua ricerca di ponti tra l'essere nel mondo delle persone anziane ammalate e le possibili risposte, frutto dei progressi delle scienze biologiche e cliniche.

In questa prospettiva non siamo lontani e disattenti rispetto a tutto quello che avviene attorno a noi nel campo della medicina e delle scienze psicologiche e sociali che possa avere qualche ricaduta sulla vita degli anziani, nel tentativo di costruire modelli che integrano competenze e sensibilità all'interno di una logica unitaria. Tra i temi più significativi vi sono anche quelli che riguardano il prolungamento della vita attraverso interventi innovativi che hanno a che fare con la genomica. L'attenzione permette di analizzare quello che viene proposto nella prospettiva della cultura psicogeriatrica, cioè della costruzione di interventi che siano realmente incisivi sul benessere della persona, particolarmente nel momento del bisogno.

L'occasione è fornita anche da recenti affermazioni di Benedetto XVI, che si è detto preoccupato sulla possibilità di prolungare senza fine la vita umana, alla ricerca di una sorta di immortalità. Il pensiero del Papa si sviluppa in una logica religiosa, perché immortale è solo l'anima amata, aspettata ed accolta dal Signore per tutta l'eternità. Pur partendo da posizioni diverse, anche noi guardiamo alla ricerca della "pillola dell'immortalità" con attenta preoccupazione. Alcune osservazio-

ni possono essere espresse a questo proposito, come di seguito indicato.

Non esiste la prospettiva concreta di poter disporre -almeno nei prossimi 20 anni- di una pillola per la giovinezza. Molti imbroglioni popolano quest'area, sfruttando per ragioni di potere od economiche la spinta di ogni persona ad avere una vita più lunga. Non vi sono nello scenario ipotesi scientificamente fondate per intervenire sulla complessità delle determinanti della lunghezza della vita. Si ripropongono dati ottenuti in popolazioni di microrganismi, la cui estrapolazione è scientificamente impossibile. Oppure si indicano percorsi verso il "ben-essere" che sono solo confuse aggregazioni di dati provenienti da culture diverse, prive di qualsiasi fondamento scientifico e quindi di vantaggi potenziali. Verso le organizzazioni che insistono pubblicitariamente su questi dati dobbiamo assumere posizioni chiare, smascherando quanto di imbroglia vi è dietro le proposte, ma allo stesso tempo costruendo in positivo una coscienza collettiva, in grado di rifiutarle perchè non offrono nulla di serio e concreto in risposta ai bisogni dell'uomo. Non dobbiamo, però, scordare che la ricerca dell'elisir di lunga vita si è riproposta in tutte le ere dell'umanità, ottenendo sempre grande attenzione. Ogni critica deve quindi essere prudente ed attenta, esercitando la compassione verso le debolezze umane, le paure dell'ignoto, il timore della morte.

Il giudizio critico si fonda anche sul rischio che l'attenzione verso l'immortalità impossibile possa distrarre dai doveri concreti verso la costruzione di mondi vitali decenti. Ciò vale per i medici ed i ricercatori, che rischiano di essere distratti dall'impegno concreto per la salute, nell'attesa di un mondo ideale nel quale le malattie sono irrilevanti rispetto alla vita umana e la sofferenza si nasconde perchè le sorti di ogni singola persona sarebbero per definizione segnate positivamente; ogni fenomeno clinico intercorrente non meriterebbe quindi particolare attenzione. Invece riteniamo che curare le demenze sia ancora un compito per noi ineludibile, sia mirando alla messa a punto di un farmaco che prevenga o curi i disturbi delle funzioni cognitive sia intervenendo sulle diverse condizioni che possono essere controllate o lenite da opportuni atti clinici. Noi riteniamo che curare le depressioni, analizzando i fattori di rischio e le possibili cure farmacologiche e psicologiche, sia un altro dei compiti del-

la psicogeriatra, perchè il dolore dell'anima incide drammaticamente sulla qualità della vita e talvolta anche sulla sua durata. Noi riteniamo doveroso curare le molte altre malattie del cervello delle persone anziane, guardando alle dinamiche di sofferenza che le accompagnano, coinvolgendo diversi aspetti somatici, le capacità di autonomia dell'anziano, le sue potenzialità relazionali. Oltre a questi aspetti più specifici, vi è il rischio che la ricerca dell'immortalità -che trascina con sé enormi investimenti economici ed interessi- possa creare una cultura medica dominata da logiche meccanicistiche, l'opposto di una cultura della complessità che in ambito psicogeriatrico riconosce componenti diverse nel determinismo dello stato di salute (o della condizione vitale). Se l'invecchiamento è solo una questione di geni modificati, dove collochiamo la speranza e il dolore, le gioie e le paure, le conquiste piccole e grandi della vita di ciascuno che accompagnano il trascorrere del tempo ed anche la vecchiaia, espressione più alta di una sintesi che arriva alla costruzione della persona?

La vita non si consuma con il consumarsi dei geni (modificati o meno), ma si arricchisce in ogni momento attraverso le azioni umane, le relazioni, le memorie; sul piano sociale si costruisce così una sorta di immortalità che permette di non perdersi nel nulla dopo la morte, ma di essere continuamente risvegliati nel ricordo dei sopravvissuti. In qualche modo si può adottare -anche su un piano laico- la storia di Lazzaro, che si sarebbe soltanto addormentato, perchè la morte fisica è un sonno dal quale ci si può risvegliare nella vita eterna. La psicogeriatra ha il compito difficilissimo di studiare le condizioni perchè la persona possa in vita essere significativa e quindi costruisca per sé e per gli altri le condizioni di una sopravvivenza, anche quando scende la notte di malattie profondamente invalidanti e quando arriva la morte.

È un compito troppo ambizioso?

Non siamo in grado di dare una risposta definitiva a questo interrogativo. Sentiamo però il peso di identificare per i vecchi di oggi percorsi possibili -utilizzando gli strumenti che ci sono consueti nella pratica clinica- tra le difficoltà del presente che possono essere affrontate e le sirene di proposte senza speranza. La psicogeriatra non si sottrae a questo compito, sia nell'impegno dei singoli studiosi sia come aggregazione rappresentata dall'AIP.

CONTRIBUTI ORIGINALI

Nuove iniziative per l'Associazione Italiana di Psicogeriatría

Italian Association of Psychogeriatrics future initiatives

VINCENZO CANONICO

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

Parole chiave: psicogeriatría, assistenza, ricerca

Key words: *psychogeriatrics, care, research*

Quella di quest'anno è l'VIII edizione del Congresso Nazionale della nostra Associazione. Non è questa l'occasione di fare bilanci né di "tirare le somme" di quanto si è fatto in questi primi anni di vita dell'AIP, tuttavia vale la pena fare alcune considerazioni sulla situazione attuale e guardare al futuro, per migliorare ulteriormente l'immagine dell'Associazione. Un primo risultato positivo del Congresso è l'alto numero di abstracts inviati per la sessione Poster. È un dato che, al di là di un segnale di ampia partecipazione di giovani ricercatori, testimonia l'interesse per la Psicogeriatría. Questa disciplina infatti viene praticata sempre di più in molti luoghi assistenziali, alcuni ampiamente noti, altri meno, perché localizzati in territori decentrati, dove operano colleghi che hanno poche occasioni di presentare i risultati di un lavoro quotidiano, molto impegnativo, che lascia poco spazio per la ricerca. Non conosciamo al momento i contenuti dei lavori presentati, faremo certamente una sintesi nel prossimo numero della nostra rivista, ma credo che l'Associazione deve ancora di più tenere in considerazione questo desiderio di presentare i dati da parte dei giovani e concedere maggiore spazio, ad esempio dando la possibilità di presentare sinteticamente in aula alcuni lavori meritevoli per innovazione, originalità ed altro. Inoltre nella rivista Psicogeriatría si potrebbe creare una sezione dedicata ai lavori dei più giovani, nella quale presentare una breve sintesi contenente metodologie utilizzate, risultati conseguiti o altro. Partendo dall'elenco di giovani ricercatori che hanno inviato l'abstract per il Congresso si può creare un data-base per mantenere i contatti in futuro in vista dei prossimi Congressi o Corsi regionali. Non dimentichiamo, inoltre, che dell'AIP fanno parte, oltre geriatri, neurologi e psichiatri, anche psicologi ed operatori professionali. A queste due ultime categorie, penalizzate rispetto a quelle mediche per minore interesse delle industrie farmaceutiche, in passato abbiamo dato la possibilità di un breve corso durante il Congresso Nazionale. In futuro dovremo ripensare a concedere ulteriore spazio con sessioni di comunicazioni orali o di poster dedicati specificamente alla loro categoria ed ipotizzare incontri in aula su specifici temi, nei quali prevedere anche il punto di vista di psicologi ed operatori oltre che dei medici specialisti.

Anche se quello attuale è un periodo di risorse ristrette speriamo in futuro di riuscire ancora a dar vita come AIP ad iniziative di formazione come i Documenti di Consenso, le riunioni del Consiglio Direttivo su argomenti specifici ed i Corsi effettuati negli anni scorsi su tutto il territorio nazionale su temi principalmente di depressione e di demenza.

Le iniziative citate hanno ricevuto infatti ampio consenso ed hanno permesso di diffondere largamente la cultura geriatrica. Potrebbe essere utile organizzare attualmente un "Forum di Psicogeriatrica" tra gli iscritti alla nostra Associazione, utilizzando la posta elettronica, metodo semplice, economico, che permette un confronto rapido tra i partecipanti. Nel Forum si possono trattare svariati argomenti di Psicogeriatrica sia di ricerca, di assistenza di formazione o altro, dando la possibilità a tutti di ricevere o dare un parere in maniera rapida ed informale. Il Forum potrebbe essere utile per richiedere opinioni dei soci su casi clinici particolari (l'alimentazione nel demente grave, i disturbi comportamentali resistenti agli antipsicotici, il depresso con pluripatologia da trattare e tanti altri) che spesso non sono di facile risoluzione, ma possono essere già stati affrontati e risolti da altri. Questo servizio gioverebbe soprattutto ai colleghi che operano in strutture assistenziali decentrate (non sono pochi), nelle quali spesso c'è un singolo specialista che

non sempre ha tutte le competenze per affrontare le difficili problematiche dei nostri pazienti, o che opera in realtà con scarsa presenza di servizi necessari per il paziente.

Un ultimo punto da prendere in considerazione è l'attività delle sezioni regionali dell'AIP, che dovrebbe essere ancora di più sviluppata favorendo iniziative che non richiedono necessariamente grossi impegni economici. Si potrebbero programmare riunioni scientifiche tra i Soci su temi specifici approvati dal Consiglio Direttivo Nazionale, programmare studi o raccolta dati da presentare nella rivista o in sede Congressuale.

Questi sono solo alcuni punti di riflessione. Durante i giorni del Congresso ed alla riunione del Consiglio Direttivo ci sarà l'occasione per analizzare nuove proposte o suggerimenti che verranno dai Soci e da tutti coloro che credono nella Psicogeriatrica e nella necessità che l'AIP mantenga anche in futuro il ruolo leader tra le Società Scientifiche che si occupano di invecchiamento e cervello.

CONTRIBUTI ORIGINALI

Efficacia degli antidepressivi: un problema irrisolto?

Antidepressants: a debate on their clinical relevance

ANGELO BIANCHETTI, PIERA RANIERI

Dipartimento Medicina e Riabilitazione, Istituto Clinico S. Anna, Brescia
Centro Universitario per lo Studio delle Malattie Cardiorespiratorie e dei Deficit Cognitivi in Età Geriatrica, Università degli Studi di Brescia

Parole chiave: antidepressivi, efficacia clinica, anziani

Key words: antidepressants, clinical efficacy, elderly

Il dibattito sui farmaci antidepressivi è stato negli ultimi mesi particolarmente acceso, grazie anche alla pubblicazione di studi che ne hanno messo in dubbio l'efficacia. In gennaio il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato un lavoro di Turner e coll. che hanno condotto una analisi sistematica sui dati disponibili alla Food and Drug Administration (FDA) relativi a 12 antidepressivi che coinvolgevano complessivamente 12.564 pazienti¹. In febbraio Kirsh e coll. hanno pubblicato una meta-analisi condotta utilizzando i database depositati presso la FDA relativi agli studi condotti per l'approvazione di quattro antidepressivi (fluoxetina, venlafaxina, paroxetina, nefazodone)². È interessante osservare come entrambi i lavori sono stati condotti non solo sui dati pubblicati, ma tenendo in considerazione i database completi, comprendenti quindi anche dati mai apparsi sulle riviste scientifiche. I risultati raggiunti dagli autori sono simili. Turner ha analizzato 74 studi registrati alla FDA dei quali il 31% non erano mai stati pubblicati. La maggior parte degli studi non pubblicati (22) riportavano risultati giudicati come negativi o dubbi dalla FDA. In questo modo la percentuale degli studi con risultati positivi, che è del 94% nei trial pubblicati, passa al 51%. L'analisi dei database ha permesso di calcolare un effect-size complessivo di 0.31, superiore del 32% nei trials pubblicati rispetto a quello derivante dai dati disponibili dalla FDA. Gli autori concludono che non è possibile determinare se la parziale pubblicazione dei dati dei trial clinici dipenda dagli autori, dagli sponsor o dagli editori delle riviste scientifiche, anche se questa modalità di pubblicazione selettiva può avere conseguenze negative per tutti.

Il lavoro di Kirsh e coll. ha analizzato 47 studi clinici utilizzando i dati depositati presso la FDA. Utilizzando il punteggio alla Hamilton Rating Scale of Depression (HRSD) come misura di outcome gli autori hanno rilevato una differenza media tra i pazienti trattati con placebo e con il farmaco attivo di 1.80 punti (7.80 versus 9.60) ed un effect size di 0.32 (molto simile quindi a quello del lavoro di Turner e coll.). Sebbene questa differenza sia statisticamente significativa, essa non raggiunge, secondo gli autori, il criterio di "significatività clinica", utilizzando in questo caso le indicazioni fornite dal NICE³. Il tipo di farmaco e la durata del trattamento non sono risultati in relazione al miglioramento, mentre questo è correlato alla severità dei sintomi alla baseline. In particolare, i soggetti con sintomi più lievi e quelli con sintomi più gravi mostrano i miglioramenti più modesti, mentre quelli che si trovano nella condizione intermedia presentano i miglioramenti più significativi. Le

conclusioni del lavoro sono state criticate sia sul piano metodologico (l'eterogeneità dei campioni analizzati, le misure di outcome e la metodologia statistica utilizzata), che su quello interpretativo. In particolare, è stato osservato come il criterio per definire la "significatività clinica" dell'efficacia del trattamento con antidepressivi sia arbitrario e quindi non oggettivo e come la realtà clinica (il mondo reale) sia poco rappresentato dai trial clinici⁴.

Nonostante le limitazioni, gli studi presentati hanno suscitato notevole interesse (e curiosità) anche nella stampa laica che, per lo più, ha dipinto i medici come prescrittori un po' "facili" di farmaci antidepressivi e, velatamente, succubi delle aziende farmaceutiche.

Alcuni commenti sono perciò necessari:

- a) è indubbio che la mancata disponibilità dei dati completi derivanti dai trial clinici rende meno credibili i risultati pubblicati sulle riviste scientifiche; da questo punto di vista è necessario uno sforzo di maggiore chiarezza sia da parte dei ricercatori, che delle aziende ed anche degli editors delle riviste, spesso restii a pubblicare dati "negativi"
- b) è altresì vero che i metodi di analisi statistica, sebbene indispensabili per una comparazione dei risultati, non risolvono il problema della "oggettività" dei risultati in quanto sono anch'essi suscettibili ad interpretazioni diverse, e soggetti a critiche metodologiche;
- c) i trials clinici, per la loro costruzione, rispondono ad una semplice domanda: il trattamento con un farmaco è superiore al trattamento con il placebo (sottolineerei che anche il placebo è un "trattamento")? È perciò scorretto confondere l'effetto del trattamento con il placebo con il "non fare nulla";
- d) i trials clinici devono utilizzare misure di outcome che non siano solo i punteggi delle scale psicometriche, ma coinvolgano, soprattutto quando si rivolgono ai soggetti anziani, misure funzionali, della cognitivtà, della qualità della vita;
- e) i risultati dei trials clinici non sono sempre applicabili a popolazioni speciali, quali i soggetti anziani, per i quali è necessario approntare studi disegnati ad hoc (gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 3% dei soggetti inclusi nei trial randomizzati);
- f) i risultati dei trials clinici randomizzati devono essere confrontati con quelli derivanti da studi osservazionali condotti, con metodologie rigorose, nel "mondo reale";
- g) la depressione è una malattia cronica e, sebbene la suddivisione in diverse forme risponde a criteri clinici e biologici, lo spettro della sintomatologia appare come un "continuum" fra la normalità e le forme più severe, con la possibilità che, nella storia clinica di ogni singolo paziente, si passi da una condizione all'altra; la prevenzione delle recidive e della cronicizzazione rappresenta perciò, soprattutto nel soggetto anziano, un outcome fondamentale che richiede periodi di osservazione anche molto lunghi, raramente coperti dai trials clinici tradizionali;
- h) il farmaco non è l'unica terapia per la depressione, interventi di supporto psicologico e psicosociale e trattamenti psicoterapici dovrebbero sempre essere proposti, quando possibile, anche ai soggetti anziani;
- i) la decisione clinica (trattare o non trattare, per quanto tempo, con quale farmaco, a quale dose) deve basarsi sulla osservazione individuale poiché l'efficacia di un trattamento nel singolo paziente non è mai corrispondente al dato "medio" derivante dai trials clinici, ed è solo nel rapporto medico-paziente (basato certamente sulla raccolta di dati oggettivi e non solo di "impressioni cliniche") che si potrà sciogliere il dubbio se un trattamento "statisticamente efficace" è realmente un elemento di "cura" adatto ed utile al caso specifico.

La rinuncia al ruolo di "terapeuta" è la sconfitta del medico, così come segno di debolezza è affidarsi ciecamente ai risultati degli studi sponsorizzati che vanno letti con giusto "spirito critico".

Vale la pena richiamare quanto affermato dal Documento di Consenso dell'AIP sul trattamento della depressione nell'anziano: *"Un trattamento deve essere preso in considerazione per tutti i pazienti anziani con un quadro depressivo di significato clinico quale la depressione maggiore, la distimia, le cosiddette "depressioni minori". Il tipo di trattamento, la sua intensità e i suoi obiettivi andranno adattati alle peculiari manifestazioni sintomatologiche, alla loro gravità, alle condizioni generali del paziente."*⁵

I dubbi e le difficoltà interpretative dei dati dei trials clinici non possono essere una scusa per la mancata presa in carico del paziente depresso, soprattutto se anziano. Il medico ha il dovere dell'assunzione di responsabilità di fronte alla sofferenza del paziente, svolgendo fino in fondo il proprio ruolo.

Bibliografia

- ¹ Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
- ² Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- ³ National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline No 23 London: National Institute for Clinical Excellence. 2004;670.
- ⁴ Turner EH, Rosenthal R. Efficacy of antidepressants. *BMJ*. 2008;336:516-7.
- ⁵ Musicco M, Bianchetti A, Caltagirone C, Mecocci P, Pirfo E, Senin U, Trabucchi M, Vampini C. Il trattamento della depressione nell'anziano. Documento di Consenso della Associazione Italiana di Psicogeriatrica. *Psicogeriatrica* 2007; S1: 5-38.

CONTRIBUTI ORIGINALI

La medicina dell'anziano, la psicogeriatra e le nuove tecnologie

Medicine for the elderly, psychogeriatrics and new techenologies

ANDREA ZANASI, GIANFRANCO SALVIOLI

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense, Modena.
Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Parole chiave: psicogeriatra, tecnologia, anziani

Key words: psychogeriatrics and new techenologies, elderly

Il futuro della pratica clinica a livello ospedaliero ed a livello territoriale dovrà prevedere l'utilizzazione di sistemi che consentano la comunicazione più ampia fra i diversi setting e l'integrazione delle informazioni in modo da fornire supporto continuo al medico nelle proprie decisioni; l'integrazione delle informazioni cliniche riguardanti lo stesso paziente, ma su più livelli assistenziali, è alla base della cosiddetta *good practice* che permette il miglioramento della prestazione erogata, contenimento dei costi, capacità efficace di ricerca. Tuttavia le potenzialità di queste nuove tecnologie rimangono largamente inutilizzate, a causa del gap presente tra le politiche amministrative e la pratica quotidiana, spesso caratterizzate entrambe dalla carenza di *change ready culture*¹.

A dimostrazione di quanto detto ricordo l'*Health Information Tecnology*², cioè creazione di banche dati universali all'interno di uno stesso sistema; esso non può prescindere dalla creazione dei cosiddetti *Electronic Medical Records (EMRs)* che rappresentano la modalità comune per la corretta raccolta dei dati sanitari di ogni paziente³. In Francia è in corso di avanzata realizzazione il Dossier medical personnel (DMP): il cittadino, considerando le difficoltà realizzative del sistema sanitario, potrà crearsi la sua cartella informatizzata su un sito governativo; anche Google e Microsoft Health propongono soluzioni analoghe.

I moderni stili di programmazione basati su schemi induttivi di utilizzazione del software permettono all'operatore di superare gli evidenti problemi che mostravano i programmi di archiviazione di dati fino a qualche anno fa; la molteplice offerta ha inoltre abbattuto drasticamente i loro costi. L'auspicata informatizzazione conduce ad una completa storia clinica del paziente e continuità assistenziale, alla diminuzione delle interazioni farmacologiche ed eventi avversi ai farmaci soprattutto nell'anziano⁴, al passaggio da un sistema in cui si attende che si verifichi un evento ad un *Electronic Medical Record Alert* in cui viene informato l'operatore della necessità di rivalutare il paziente preventivamente (Figura 1).

Il progresso della tecnologia nell'ambito di strumenti informatici portatili permette oggi una più veloce, facile ed accurata raccolta di dati in più *setting* assistenziali; per tali ragioni l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia ha messo a punto un software per computer palmare (*PDA - personal digital assistant*) paragonabile ad una vera e propria cartella clinica geriatria informatizzata. Lo scopo è quello di una migliore valutazione da un punto di vista multidimen-

sionale del paziente, sotto l'aspetto clinico, funzionale e di un corretto approccio terapeutico nell'ambito della continuità assistenziale.

Il software è composto da una maschera principale (strutturata in più cartelle) alla quale si accede automaticamente all'avvio del programma e di numerose sottomaschere selezionabili dall'operatore con un click. I dati immessi sono facilmente esportabili come file di testo delimitati da un separatore di elen-

co; così facendo è possibile importare l'intero database con una sola operazione di esportazione direttamente all'interno di un database aziendale capace di raccogliere una casistica di pazienti affetti da SC con due differenti scopi: migliorare la qualità delle cure riducendo il numero di riospedalizzazioni ed i costi, trattare i dati di una vasta casistica ai fini di ricerca secondo i più recenti standard di *Health Information Technology* (Figura 2)

Figura 1. Esempio di Electronic Medical Record Alert. All'atto dell'immissione dei dati o a determinate ricorrenze, il software è in grado avvisare l'operatore con messaggi alert della necessità di rivalutare il paziente.

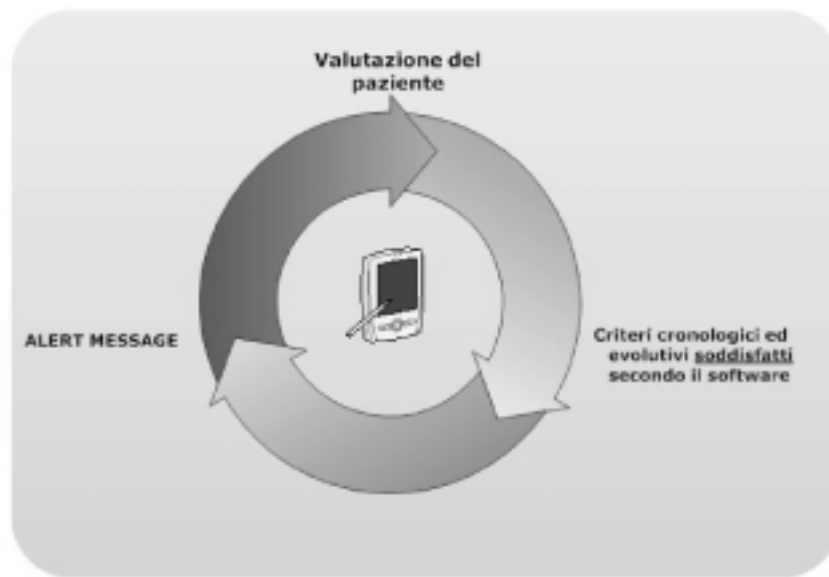
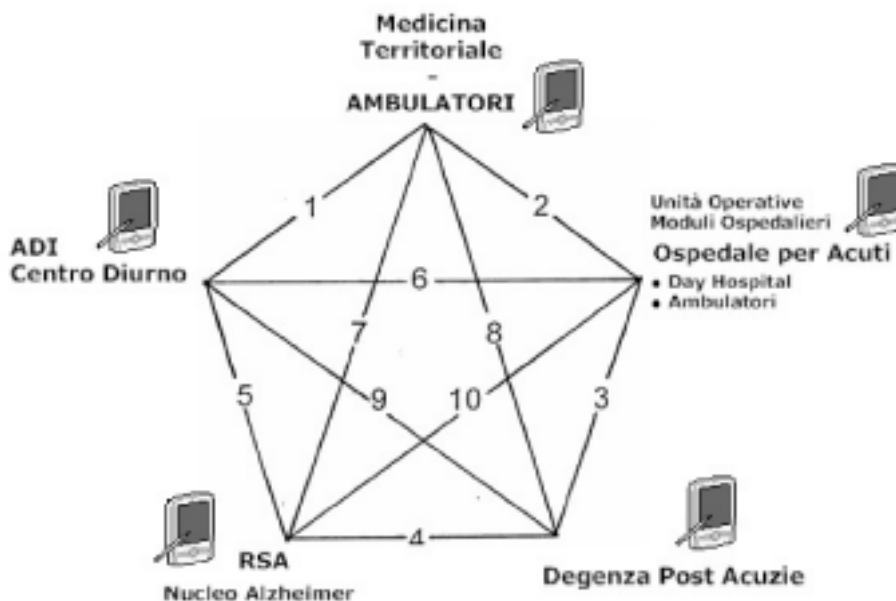


Figura 2. Tra i possibili devices su cui sviluppare il software, il PDA permette una maggiore flessibilità di applicazione in ogni setting assistenziale.



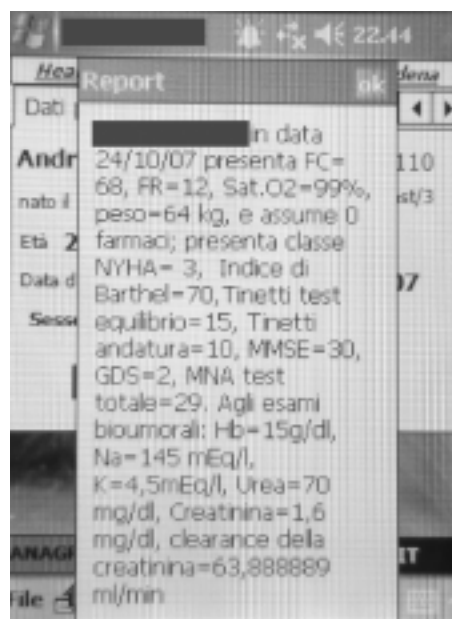
Il software richiede l'immissione di dati numerici (e non) da parte dell'operatore in apposite maschere: anagrafica, esame obiettivo, sintomatologia, valutazione elettrocardiografica, esami bioumorali, esami radiografici, valutazione multidimensionale, comorbidità e terapia. L'utente potrà usufruire di librerie interne complete di tutti i codici ATC e ICD-9-CM, test multidimensionali quali Indice di Barthel, Comorbidity Index Rating Scale, RPE Borg Scale, Tinetti Test, Mini Nutritional Assessment, Mini Mental State Examination e Geriatric Depression Scale, Scala di Stress del Caregiver, Neuropsychiatric inventory (NPI), CAM (per la diagnosi di delirium), tutti presenti all'interno del software sotto forma di selezione multipla (velocizzando così l'immissione dei dati) è presente inoltre una sezione *follow-up* che permette la valutazione di parametri quali frequenza cardiaca, respiratoria, peso, saturazione percentuale di ossigeno, frazione di eiezione e numero di farmaci assunti fino a 5 volte, così come le variazioni dei

test psicometrici (Figura 3); nel PDA può essere inserito il *quick reference del DSM-IV TR* che però non è normalmente utilizzato nelle valutazioni psicogeriatriche di routine.

La finalità di questo approccio valutativo del paziente bene si adatta all'anziano malato che, venendosi a trovare in molti setting curativo-assistenziali, spesso non può essere oggetto di attenzioni continue basate su processi curativi costanti, indispensabili per la gestione delle malattie croniche, complicate spesso da frequenti ospedalizzazioni.

L'utilizzo di tecnologie sempre più *user friendly* come il PDA e di software finalizzati a particolari esigenze anche psicogeriatriche, possono costituire un'utile risorsa per migliorare le prestazioni psicogeriatriche: la testistica può essere sempre a portata di mano così come la valutazione del farmaco o dei farmaci che si vogliono prescrivere al fine di evitare le tante reazioni avverse.

Figura 3. Pagina iniziale del software e report automatico. Dopo l'immissione dei dati riguardanti il paziente è possibile generare report automatici in cui vengono visualizzate in un'unica schermata anche il risultato dei test psicometrici (MMSE) e tono dell'umore (GDS).



Bibliografia

- Ovretveit J, Scott T, Rundall TG, Shortell SM, Brommels M. Implementation of electronic medical records in hospital: two case studies. *Health Policy* 2007;84:181-90.
- Blumenthal D, Glaser JP. Information Technology comes to medicine. *N Engl J Med* 2007;356:2527-34.
- Garets D, Davis M. HIMSS Analytic White Paper, January 26, 2006. Available at http://www.himssanalytics.org/docs/-WP_EMR_EHR.pdf.
- Goulding MR. Inappropriate medication prescribing for elderly ambulatory care patients. *Arch Intern Med* 2004;164:305-12.

ABSTRACTS
8° CONGRESSO NAZIONALE

DEMENZA, DEPRESSIONE, DELIRIUM: UN CASO CLINICO DI SOVRAPPOSIZIONE

**Aiello Luigi^o, Felli Barbara*, Camponi Veronica*, Sciaffini Chiara^o, Scoyni Raffaella^o,
Trani Ilaria^o, Masin Maria Rita*, D'Ignazio Lorena^o, Braccini Laura*, Pacitti Maria Teresa^o,
D'Imperio Mario^o, Carratelli Domenico^o, Morocutti Cristoforo^o**

^o*Alzheimer-Roma ASL RME; ASL RMH; UOC di Neurologia Ospedale S. Spirito Roma;
Università di Roma "La Sapienza"*

^{*}*Psicologo Casa di Cura "Villa Grazia", Roma*

La diagnosi di demenza nella fase precoce della malattia rappresenta un compito arduo, soprattutto per la mancanza di "markers" neuropsicologici sicuri o di segni clinici patognomonici che permettano una diagnosi di certezza.

In questa sfida diagnostica, il clinico ha migliori possibilità di efficacia se, nella conduzione dell'assessment, oltre alla diagnostica strumentale e alla valutazione neuropsicologica, associ un'indagine più globale dello stato mentale, estesa anche alla dimensione affettiva del paziente. Questo è un accorgimento operativo che nella nostra esperienza ci ha aiutati in casi diagnostici più difficili.

Si presenta il caso clinico della signora R.C. di anni 83 a cui, in un'altra struttura, era stato diagnosticato un deterioramento cognitivo su base ischemica cronica, supportata da reperti strumentali e test neuropsicologici. La paziente presentava la concomitanza delle seguenti morbosità: trombosi retinica, ipertensione arteriosa e pregressa frattura di omero destro per caduta accidentale, presenza di parkinsonismo vascolare, storia di riduzione del tono dell'umore. Al proprio domicilio seguiva una terapia con: duloxetina, levodopa+carbidopa, valsartan, diltiazem, quetiapina, nitroglicerina transdermica.

Portava in visione i seguenti accertamenti diagnostici:

- TC encefalo che aveva evidenziato: sistema ventricolare in asse, di dimensioni ai limiti superiori della norma, con segni di atrofia corticale fronto-temporale;
- RMN cerebrale (eseguita a complemento diagnostico) che aveva rilevato una lieve dilatazione del sistema ventricolare sovratentoriale, in asse rispetto alla linea mediana e multiple e circoscritte aree di alterato segnale localizzate a livello della sostanza bianca, in entrambi gli emisferi cerebrali, come da sofferenza tissutale su base cerebro-vascolare ischemica cronica;
- Tomoscintigrafia cerebrale con ^{99m}Tc che segnalava un'irregolare perfusione a livello della corteccia cerebrale per la presenza di multipli difetti di radioconcentrazione interessanti il territorio frontale e fronto-temporale.

La nostra struttura è dedicata prevalentemente alla gestione di pazienti che presentano deficit cognitivo medio/grave. La valutazione neuropsicologica eseguita al momento del ricovero suggeriva un deficit cognitivo medio-grave, caratterizzato da parziale disorientamento temporale, deficit in area di attenzione e memoria di richiamo e deficit delle funzioni esecutive complesse quali ad esempio la capacità di calcolo. L'autonomia funzionale risultava compromessa. Dal punto di vista della motricità, la paziente risultava capace di deambulare e di eseguire i passaggi posturali in autonomia.

La routine ematochimica condotta al momento del ricovero evidenziava le seguenti alterazioni: Omocisteinemia 24.8 mcmmoli/l (vn 6-15), TSH 8.7 micrU/ml (0.3-5.5); FT₃ 1.0 ng/dl (2.0-4.2); FT₄ 2.1 ng/dl (0.8-1.5). L'ecografia tiroidea, eseguita durante il ricovero, mostrava un pattern compatibile con tireopatia flogistica ad impronta cronica e si associava alla relativa seguente risposta anticorpale: AA tireoglobulina 1259 (vn fino a 60), AA perossidasi tiroidea (TPO) < 10. Veniva pertanto intrapresa la terapia ormonale sostitutiva del caso, con levotiroxina sodica alla dose iniziale di 25 mcg, successivamente aumentata a 50 mcg.

L'esame clinico della paziente permetteva di cogliere i segni e i sintomi di uno stato di depressione del tono dell'umore confermato dal punteggio molto alto (15/15) conseguito alla Geriatric Depression Scale versione ridotta a 15 items. Veniva istituita pertanto una terapia con paroxetina 20 mg e mirtazapina.

na 30 mg. Durante la degenza veniva somministrata una batteria di test neuropsicologici completa, come previsto nei nostri protocolli operativi, dei cui risultati riportiamo, a seguire, le tabelle riassuntive.

Dopo un breve periodo dal ricovero il quadro clinico è evoluto mostrando recuperi in area di memoria dichiarativa ed autobiografica ed una più congrua partecipazione all'ambiente. Alla paziente veniva inoltre somministrato il reattivo di Rorschach, per indagare sui complessi rapporti tra sfera cognitiva e sfera affettiva nel funzionamento mentale della paziente. Questo esame psicodiagnostico è stato molto efficace nel rilevare gli effetti interferenti e invalidanti di una sfera affettiva molto sofferente sul funzionamento cognitivo della signora, suggerendo anche dinamiche mentali ricollegabili con alcuni eventi di vita. In particolare, la correlazione dei dati deponeva per esiti di scompenso nel fragile equilibrio cognitivo della paziente causato dal sovraccarico psicologico di un grave disagio emozionale conseguente ad eventi avversi di vita. Il grave disagio emozionale era caratterizzato da intensi sentimenti depressivi conseguenti ad una dolorosa separazione dalla figlia ed al successivo semi-isolamento relazionale e probabilmente riattivati all'atto del ricovero. Tale sovraccarico emozionale risultava pertanto collegabile con il disordine delle funzioni integrative della coscienza. La compromissione cognitiva era caratterizzata da marcata inibizione affettiva di alcune funzioni cognitive superiori e da fenomeni dissociativi dell' "Io" da meccanismi difensivi di scissione. I fattori di stress diventavano poi particolarmente invalidanti nel loro incidere su un assetto bio-psichico senile, e quindi fragile, della paziente. Si spiegherebbe così la propensione della signora a sviluppare quadri confusionali acuti, con aspetti amnesici, confabulatori e depressivo-agitati, ma che non configurano ancora il quadro irreversibile di una vera demenza conclamata.

Durante il ricovero la paziente ha presentato un episodio di disorientamento ed aggressività con ideazioni deliranti persecutorie non strutturate; appariva come inconsapevole della malattia e della necessità di cure mostrando sintomi confusionali e psicotici come nel corso di un episodio di delirium. Si è esclusa una causa clinica-medica a cui ricondurre il delirium ad eccezione, della tireopatia e per la quale era già stata istituita una terapia adeguata. Durante il ricovero non si sono manifestati ulteriori episodi, forse anche in relazione all'intervento farmacologico (paroxetina 20 mg e mirtazapina 30 mg) istituito per contrastare lo stato depressivo di cui si è già detto.

I disturbi comportamentali di aspetto psicotico, apparsi in prima fase di ricovero, si dimostrarono transitori, anche se la loro comparsa aveva richiesto il ricorso ad una terapia farmacologica sedativa con quetiapina 25 mg durante il ricovero, per poi sospenderla una volta dimessa.

In sintesi la condizione mentale patologica della paziente si dimostrò modificabile dopo la restituzione di un ambiente relazionale più idoneo ai bisogni e con l'ausilio di terapie psico-farmacologiche mirate. In particolare, dopo un difficile periodo iniziale di adattamento alla struttura, la paziente dimostrò, in fase intermedia, un netto miglioramento dello stato generale, che implicava un tono dell'umore eutimico, un miglioramento dello stato cognitivo complessivo e una riorganizzazione del comportamento, il quale divenne congruo e serenamente collaborativo.

Alla dimissione il quadro della paziente si presentò significativamente modificato: se pure i test neuropsicologici confermavano carenze in talune funzioni superiori (collegabili anche ad età e cultura), i re-test effettuati a fine trattamento non confermavano il precedente grado di disfunzione. Le performance generali si dimostravano sensibilmente migliori, l'esito al MMSE si era normalizzato e le funzioni autonome di ADL rientravano nella norma. L'IADL non era applicabile perché la paziente si trovava in regime di degenza. Il re-test con Geriatric Depression Scale eseguito in fase di dimissione documentava la risoluzione del precedente stato depressivo. Relativamente alle performance cognitive residuavano moderate carenze nelle funzioni frontali evidenziate al FAB test: si erano pertanto rintracciate alcune anomalie nella mobilità del pensiero, nell'astrazione o concettualizzazione e nel comportamento di programmazione e controllo autonomo.

In conclusione, alla luce delle osservazioni cliniche e dell'evoluzione del caso, si rese necessaria una riformulazione della diagnosi in favore di un Mild Cognitive Impairment (MCI) che rimaneva la condizione cognitiva di base, e di un pregresso episodio depressivo del tono dell'umore a carattere dissociativo. Relativamente alla diagnosi cognitiva si è riscontrato il sottotipo non amnestico del MCI, cioè il sottotipo non associato a selettivo deficit di memoria, ma piuttosto associato a deficit lievi o parziali a carico di più aree di funzionamento cognitivo, tra cui, ad esempio, le aree frontali.

Si è scelto di presentare questo caso perché ritenuto un esempio di come sovrapposizioni cliniche possano fuorviare la diagnosi, specialmente in assenza di un'indagine più completa o in virtù di atteggiamenti preconcepiuti. Nel nostro caso abbiamo assistito alla combinazione di un deterioramento organico lieve, di un disturbo depressivo del tono dell'umore e di un episodio apparente di delirium, e di una disfunzione, seppur lieve, tiroidea col risultato di un'invalidante condizione "mista" in cui sono entrati in gioco fattori temperamentali, organici, psicologici ed ambientali.

Infine la paziente venne dimessa in buone condizioni dalla nostra struttura. A distanza di breve tempo ricevemmo notizie della signora grazie all'invio di una cartolina con i suoi cari saluti.

Test	MMSE	ADL	IADL	UCLA Neuropsychiatric Inventory	FIM	GDS
Ingresso	19/30	4/6	4/8	Frequenza 19; Gravità 10 Stress da caregivers 26	67/126	15/15
Dimissioni	29/30	6/6	4/8	Frequenza 3; Gravità 3 Stress da caregivers 1	113/126	2/15

TEST	ESITO
15 Parole di Rey:	
Riev. Immediata = 19 (corretto 32,34)	PATOLOGICO
Riev. Diff. = 3/15 (corretto 7,11)	PATOLOGICO
Rico. = 15/15 con 28 interferenze	PATOLOGICO
Test di memoria di prosa:	
Riev. immediata 3/8	PATOLOGICO
Riev. differita 3/8	PATOLOGICO
Span di cifre	
Av. 5 (cut-off 5+/-2)	NON PATOLOGICO
Ind. 2 (cut-off 4+/-2)	NON PATOLOGICO
Span spaziale	
Av. = 3 (cut-off 5+/-2)	NON PATOLOGICO
Ind. = 3 (cut-off 4+/-2)	NON PATOLOGICO
Matrici attenzionali numeriche: 18/60 (corretto 27,85)	PATOLOGICO
Test Neuropsicologici aggiuntivi	
Test Aprassia Bucco-Facciale 20/20	NON PATOLOGICO
Test Aprassia Ideomotora 19/20	NON PATOLOGICO
Fluenza verbale per lettera F 8 A 4 S 5	PATOLOGICO
Fluenza verbale per categoria 37/4	PATOLOGICO
Test opzionali di approfondimento in area cognitiva e ideo-affettiva	
Frontal Assessment Battery (F.A.B.) = 10/18	PATOLOGICO
Reattivo di Rorschach (metodo Scuola Romana Rorschach)	Esame Realtà carente

Reattivo di Rorschach (metodo Scuola Romana Rorschach): esame di realtà carente;

Nucleo indici complessivi :

N° R = 22; T. Comp G₋ (D) Dim; F% = 77 R+% = 54; F+% = 43; N° V = 3; i. realtà = 4; G+% (R) = 25 ; G+% (G) = 55;

A% 64; O+% 25; M = 1; G/M = 10/1. TVI **coartativo- extratensivo**; tipo colore FC; I. Aff. = 0,83 e 23 ; I. Imp. = 1; I. Autocontrollo = 5/0;

FC'n = 3, F(c) = -1, Choch = rosso, nero, vuoto. M.P. di II + III livello (2 SG, P2, P3, F2, C3, risp. FR); peggioramento I / II meta.

L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PER I PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE U.V.A. – GIUDICE TUTELARE

Barbieri Maria Paola¹, Nobili Flavio², Mazzei Debora², Arnaldi Dario², Martinelli Paolo³, Mazza Galanti Francesco³, Palummeri Ernesto¹, Rodriguez Guido²

¹Dip. Anziani-ASL 3

²U.O.Neurofisiologia Clinica Az.Osp.Università S.Martino

³Sez. Famiglia del Tribunale, Uff. del Giudice Tutelare, Genova

RIASSUNTO

Il trattamento medico del paziente affetto da demenza pone quesiti etici, deontologici e giuridici, riconducibili sostanzialmente alla presenza e validità del consenso informato, libero, consapevole da parte del paziente. Tali quesiti diventano ancora più cogenti quando si tratti di sperimentazione farmacologica. Il paziente demente perde progressivamente la capacità di compiere gli atti della vita quotidiana a partire dalle attività più complesse, che includono la gestione del patrimonio e l'assunzione corretta dei farmaci. Inoltre, contestualmente al procedere della malattia va scemando anche la capacità di esprimere un consenso informato alle procedure diagnostiche ed alle misure terapeutiche. Di fatto, il paziente è quasi sempre affiancato da un caregiver che fa fronte, fino ad ora in modo informale, alle sue necessità. L'istituzione in Italia, con legge n°6 del 9/01/2004, della figura dell'amministratore di sostegno (AdS), con "*... la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.*" consente di attuare forme di tutela flessibili e rispettose della dignità della vita, senza dover ricorrere all'interdizione od all'inabilitazione. L'istituto dell'AdS è unanimemente visto come la migliore soluzione possibile per la tutela, anche in ambito medico, dei pazienti colpiti da demenza. Spinti dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata stabilita una fattiva collaborazione, a partire dal settembre 2007, tra una UVA Universitaria ed il Giudice Tutelare della sezione Famiglia del Tribunale di Genova, che ha consentito l'avvio delle procedure per la nomina degli AdS in pazienti ambulatoriali affetti da malattia di Alzheimer (MA).

METODI

Ai pazienti affetti da MA ed ai loro caregivers, in occasione della visita programmata di controllo, si illustra l'istituto dell'AdS e l'opportunità di richiederlo. Ottenuto l'assenso, il paziente viene assegnato ad uno dei due gruppi identificati sulla base del MMSE: gruppo 1 (da 20 a 26), gruppo 2 (al di sotto di 20). Nel gruppo 1, che identifica soggetti meno deteriorati, è prevista la firma congiunta del paziente e dell'AdS sui documenti che lo richiedono (ad es.: consenso informato), nel gruppo 2 sarà sufficiente la firma del solo AdS. Si procede quindi alla stesura della documentazione concordata (certificato attestante la diagnosi nonché il livello di deterioramento cognitivo, di disabilità nelle IADL, la terapia in atto, la delega al caregiver a presentare il ricorso, il ricorso stesso, l'istanza di iscrizione al ruolo) che viene consegnata al caregiver perchè la recapiti agli uffici del Tribunale. Il successivo passaggio prevede che il Giudice Tutelare convochi le parti ed emetta il decreto di nomina dell'AdS, tramite un'udienza cui partecipano sia il paziente che l'AdS ed altri eventuali conviventi.

RISULTATI

L'Istituto dell'AdS è stato compreso ed accettato dalla totalità dei 40 pazienti/caregiver cui è stato ad oggi presentato; l'AdS è stato individuato nel caregiver principale, anche al fine di dare forma legale e tutela ad entrambi gli attori di una prassi assistenziale tanto consolidata quanto legalmente fragile.

CONCLUSIONI

La corretta somministrazione dei farmaci ed il consenso informato in caso di sperimentazioni farmacologiche e/o diagnostiche rappresentano i punti cruciali per cui la figura dell'AdS è divenuta irrinunciabile. Dopo i primi contatti tra le Strutture Sanitaria e Giuridica per l'allestimento del percorso e la logistica che ne consegue, il tempo dedicato alla diffusione dell'Istituto dell'AdS è contenuto e quindi la procedura appare proponibile su più ampia scala.

PROGETTO ALZHEIMER: UN MODELLO DI ASSISTENZA SUL TERRITORIO INTEGRATA

Equipe Progetto Alzheimer: Ben Giampaolo¹, Balest Cristina², De Biasi Francesca¹, De Iaco Michela², Sasso Elena², Spanti Chiara²

¹U.O.A. di Geriatria, Ospedale Civile S. Martino di Belluno

²Sers.a. servizi sociali assistenziali del Comune di Belluno

RIASSUNTO

Iniziato nel febbraio del 2007, in via sperimentale per una durata di tre anni, il Progetto Alzheimer si rivolge alle famiglie che assistono in casa persone affette da demenza residenti nei due comuni di Belluno e Ponte nelle Alpi (BL).

Il progetto, steso e sviluppato da personale dell'ULSS1 di Belluno e dai due comuni, si articola in tre aree: *la creazione di una banca dati specifica per il problema della demenza, attivazione di un team multidisciplinare* composto da figure professionali esperte (medico geriatra, psicologo, assistente sociale ed operatore sociosanitario) contattabile attraverso un numero verde; *formazione rivolta alle figure sanitarie* (assistenti sociali, Medici di base, psicologi, operatori, ecc.), *alla famiglia ed alla popolazione in generale.*

METODI

Ai famigliari che hanno richiesto l'intervento dell'equipe, a diverso titolo, è stata proposta una intervista telefonica, al fine di valutare l'intervento a seguito della loro segnalazione al numero verde. Nell'intervista è stato chiesto loro di giudicare, su una scala da 1 a 5 *l'adeguatezza, la tempestività e l'impatto sul problema presentato* dell'intervento promosso dall'equipe (consulenza geriatrica, supporto psicologico e consulenza per la gestione dei problemi del comportamento, informazione e guida ai servizi, informazione sul progetto e richiesta intervento diretto a domicilio).

RISULTATI

Da febbraio 2007 al 15 dicembre 2007, sono pervenute 75 chiamate. Il numero verde è stato utilizzato per la gran parte dai famigliari (48), in secondo luogo da operatori a vario titolo (17 tra referenti di strutture residenziali, assistenti sociali, operatori socio assistenziali, infermieri), ma anche da medici (9). In un caso la persona ha chiamato per se stessa. Le richieste riguardavano soprattutto consigli sulla gestione del problema del comportamento, in secondo luogo informazioni sul progetto o sulla malattia. In totale sono stati attivati 107 interventi, tra cui consulenze telefoniche dei diversi operatori, cicli o singoli incontri in sede da parte dello psicologo, dell'Assistente Sociale, ed ancora consulenze d'equipe, visite a domicilio e ricoveri d'emergenza. Dalle chiamate effettuate sul campione, è emerso che per quanto riguarda la variabile **"tempestività"** il 58,33% degli intervistati ha percepito gli interventi come ottimi, il 37,50% come buoni, il 4,17% come sufficienti e nessuno come mediocri o insufficiente; in relazione alla variabile **"adeguatezza"**, il 58,33% ha definito gli interventi come completamente rispondenti alle richieste, il 25% come nel complesso rispondenti, il 4,17% come sufficientemente rispondenti, il 4,17% come non completamente rispondenti e nessuno come non rispondenti alle richieste; infine, per quanto concerne la variabile **"impatto sul problema"**, l'8,33% ha sostenuto che gli interventi hanno risolto completamente il problema, il 45,83% che hanno aiutato in modo sostanziale senza risolvere tuttavia il problema, il 25% che hanno aiutato solo una parte e che il problema rimane, il 4,17% che non sono serviti a molto e il 8,33% che non hanno avuto alcun risultato positivo.

CONCLUSIONI

La prima considerazione è un'aderenza tra i dati riportati in letteratura relativi alla tipologia di relazione tra caregiver e malato, e la relazione tra il chiamante ed il malato rilevata attraverso il numero verde: il 79.17% dei chiamanti era infatti un familiare, così come in letteratura è riportato nell'80% dei casi un'assistenza principale da parte del familiare.

In secondo luogo, possiamo osservare come la tempestività e l'adeguatezza della risposta, giudicata buona o ottima nella maggioranza dei casi (rispettivamente 95.88% e 83.33%) da sole non rendano efficace la percezione di risoluzione del problema (ottima o buona nel 54.6%). Questo dato è spiegabile se si considera il carattere dei bisogni di malato e del caregiver nella demenza, nella gran parte dei casi costanti e cronici. Lì dove infatti la richiesta era di formazione, sostegno e informazione sui servizi, l'impatto era percepito come buono o ottimo, dove invece era chiesta una gestione-soluzione dei problemi del comportamento, questo non ha avuto sempre riscontro positivo.

PROGETTO PEGASUS: CAREGIVER, DIETRO LE QUINTE DELL'ASSISTENZA

Benedini Chiara, Di Giacomo Maria, Gambera Stefania, Poli Claudia, Rezzola Simona, Ventisette Grazia, Trivella Francesco

ATI RSA della Valle Trompia (Associazione Temporanea d'impresa fra le otto RSA della Valletrompia)

RIASSUNTO

Il progetto Pegasus è nato nel 2005 per “prendersi cura di chi cura” e ha permesso alle Psicologhe referenti di incontrare i parenti di persone anziane non autosufficienti, sia ospiti di RSA che assistite a domicilio. I dati raccolti hanno permesso di tracciare una sorta di “profilo del caregiver”. Nato come sperimentazione finanziata dalla Comunità Montana di Valletrompia, ora è inserito nel Piano triennale dei servizi per l'area anziani: ciò consente di rilevare con continuità i bisogni e le risorse dei caregiver, elementi utili per la progettazione di nuovi servizi.

METODI

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso la somministrazione del “Fascicolo del Caregiver”, un'intervista strutturata e appositamente creata dall'Equipe Tecnica per rilevare dati relativi al caregiver (aspetti individuali e demografici) e agli aspetti emotivi ed organizzativi del caregiving (tempo o modo dell'assistenza, ricorso a servizi, cambiamenti lavorativi e abitativi; disagi, preoccupazioni, stanchezza psicofisica, ecc.).

RISULTATI

Caregivers intervistati: 59, per lo più donne, età media 56.7 anni, figlie o coniugi, che dedicano 5/6 ore al giorno all'assistenza, ricorrendo all'aiuto di altri familiari (27 casi) o ai servizi e alle istituzioni (17). Aiuti ritenuti utili: informazioni medico-infermieristiche (29), strategie relazionali e comportamentali (25), possibilità di confrontarsi (24). Il caregiver soffre di: stanchezza psico-fisica (37), disturbi tono dell'umore (36), ansia (18), aggressività (12), insonnia (11). Emozioni collegate al ruolo: senso di colpa (27), inadeguatezza (20), preoccupazione e indecisione (15). Circa la metà degli intervistati si dice per nulla o poco soddisfatta della propria qualità di vita.

CONCLUSIONI

Ai bisogni emersi è corrisposta la progettazione di vari interventi, fra cui: Incontri formativo/informativi aperti alla popolazione, sul processo dell'invecchiamento e sulle risposte attivabili nella rete dei servizi, con consegna di materiale informativo. Sostegno ai familiari attraverso gruppi di auto-mutuo-aiuto, per facilitare la ridefinizione di sé e la rielaborazione dell'evento malattia. Sportello di consulenza psicologica, per offrire informazioni sui sintomi psico-emotivi delle patologie geriatriche, supporto per l'espressione del carico emotivo connesso alla cura e la gestione delle dinamiche distorte dalla malattia; integrazione dello psicologo nell'equipe interna alle RSA, per la stesura del PAI. o per consulenze sulla gestione emotiva di situazioni complesse.

DEFICIT VISIVI E DETERIORAMENTO COGNITIVO NELL'ANZIANO

Bernabei Virginia¹, Moretti Francesca¹, Atti Anna Rita¹, Morini Valentina¹, Casadio Paola¹, Forlani Claudia¹, Ferrari Barbara¹, Marchiori Antonella¹, Dalmonte Edoardo², De Ronchi Diana¹

¹*Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna, www.istitutopsichiatria.unibo.it;*

²*U.O. di Geriatria, Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL di Ravenna*

SCOPO

Indagare la relazione tra deficit visivo e demenza e Cognitive Impairment No Dementia (CIND) nella popolazione anziana del Faenza Project [De Ronchi D. *et al.*, 2005].

MATERIALI E METODI

La popolazione oggetto di studio è composta da 7930 soggetti di età media pari a 72.6 anni, rappresentata da donne per il 60.3%.

Per la diagnosi di demenza sono stati impiegati i criteri diagnostici del DSM-III-R.

La diagnosi di CIND è stata formulata per punteggi inferiori o uguale a 2 DS rispetto a quelli di soggetti non dementi al MMSE.

I deficit visivi sono stati riferiti dal soggetto stesso e/o da un informatore. Sono stati esclusi soggetti affetti da cecità completa da causa congenita o acquisita.

Le associazioni tra deficit visivi e demenza e CIND sono state valutate attraverso analisi di regressione logistica Odds Ratios (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

RISULTATI

L'1.5% (N=117) della popolazione lamentava deficit visivi senza differenze statisticamente significative fra uomini e donne, frequenza maggiore all'aumentare dell'età (p for trend < 0.001).

Tra i soggetti con deficit visivo la prevalenza di demenza risulta doppia (11.1%) rispetto alla popolazione generale (6.5%) [$p < 0.05$]. L'associazione tra deficit visivi e demenza registra un (OR=1.82, IC95%=1.02-3.26) non aggiustato ed un (OR=0.67, IC95%=0.35-1.28) dopo aggiustamento per età.

La prevalenza di CIND tra i partecipanti allo studio è del 5.4%, circa tre volte maggiore (15.4%) fra i portatori di deficit visivi [$p < 0.001$]. Il deficit visivo correla con il CIND con un (OR=1.91, IC95%=1.07-3.41) anche dopo aggiustamento per sesso, età, stato socio-economico, scolarità, stato civile, patologie cardio-cerebro-vascolari, fumo, autosufficienza.

Nell'ipotesi che il deficit visivo possa aver influenzato la performance al MMSE e quindi aver determinato una sovrastima dei casi di CIND abbiamo inserito tra le covariate il MMSE; l'associazione rimane positiva e significativa (OR=3.02, IC95%=1.15-7.99) [$p < 0.025$].

Successivamente abbiamo condotto un'analisi stratificata tra i soggetti con punteggio maggiore od uguale a 24 e inferiore a 24. Tra i soggetti con funzioni cognitive meglio conservate l'associazione rimane positiva e significativa (OR=6.24, IC95%=1.90-20.63) [$p < 0.003$] mentre non raggiunge la significatività statistica tra i soggetti più compromessi (OR=1.19, IC95%=0.31-4.55) [$p = 0.79$].

CONCLUSIONI

Nella nostra popolazione la presenza di deficit visivo aumenta di circa tre volte la probabilità di essere diagnosticati come CIND; il deficit visivo influenza il punteggio al MMSE e la conseguente diagnosi di CIND e ciò appare vero in coloro che hanno funzioni cognitive più compromesse mentre una vera associazione fra deficit visivo e CIND è osservabile in chi è cognitivamente meno compromesso.

È questo uno studio in linea con le ipotesi avanzate sul ruolo protettivo della riserva cognitiva verso l'invecchiamento cerebrale, riserva che viene alimentata dalle attività mentali, ricreative, fisiche, dalle relazioni sociali, dalla formazione culturale e dal lavoro svolto durante la vita [Fratiglioni *et al* 2004].

Data quindi l'associazione emersa fra deficit visivi e demenza e CIND è possibile intervenire per preservare lo stato cognitivo e funzionale alimentando la riserva cognitiva opponendosi all'invecchiamento cerebrale.

DEFICIT UDITIVI E SALUTE MENTALE NELL'ANZIANO

Bernabei Virginia¹, Moretti Francesca¹, Atti Anna Rita¹, Morini Valentina¹, Casadio Paola¹, Forlani Claudia¹, Ferrari Barbara¹, Marchiori Antonella¹, Dalmonte Edoardo², De Ronchi Diana¹

¹*Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna, www.istitutopsichiatria.unibo.it;*

²*U.O. di Geriatria, Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL di Ravenna*

SCOPO

Valutare la relazione tra deficit uditivo e demenza, Cognitive Impairment No Dementia (CIND), sindrome depressiva e sindrome ansiosa in un'ampia popolazione anziana.

MATERIALI E METODI

I dati sono supportati dal Faenza Project [De Ronchi D. *et al.*, 2005]. La popolazione oggetto di studio è costituita da 7930 soggetti, di età media 72.6 anni, di cui il 60.3% sono donne.

Per la diagnosi di demenza sono stati impiegati i criteri diagnostici del DSM-III-R.

La diagnosi di CIND è stata formulata per punteggi al Mini Mental State Examination (MMSE) inferiori o uguale a 2 DS rispetto a quelli di soggetti non dementi.

Per le diagnosi di sindrome depressiva e di sindrome ansiosa si è fatto riferimento alla presenza attuale o passata di sintomi psichiatrici alle caratteristiche del sonno, alla qualità dell'alimentazione, all'autonomia nelle attività quotidiane ed al linguaggio non verbale manifestato. I deficit uditivi sono stati riferiti dal soggetto stesso e/o da un informatore. Sono stati esclusi soggetti con sordità completa e/o affetti da deficit uditivi congeniti.

Le associazioni tra deficit uditivi e demenza, CIND, sindrome depressiva ed ansiosa sono state valutate attraverso analisi di regressione logistica Odds Ratios (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

RISULTATI

Solo 25 soggetti (0.3%) lamentano deficit uditivi senza differenze statisticamente significative fra uomini e donne, frequenza maggiore all'aumentare dell'età (p for trend < 0.002).

La prevalenza di demenza nella popolazione oggetto di studio è del 6.5% (N=513), significativamente più elevata (21.7%) tra i soggetti con deficit uditivo [$p < 0.01$]. Dopo correzione per sesso, scolarità, stato socio-economico e stato civile emerge un'associazione positiva tra deficit uditivi e demenza (OR=3.61, IC95%=1.27-10.27).

La prevalenza di CIND nella popolazione in esame è del 5.4% contro il 27.8% registrato fra i portatori di deficit uditivi [$p < 0.002$]. Il deficit uditivo correla con il CIND con un (OR=4.13, IC95%=1.22-13.90) dopo correzione per sesso, età, stato socio-economico, scolarità, stato civile, patologie cardio-cerebro-vascolari, fumo, autosufficienza.

Indagando la relazione fra deficit uditivo e sindrome depressiva è risultata una probabilità inferiore di avere sindrome depressiva in chi ha deficit uditivo rispetto a chi non ha deficit, ma la misura non è significativa [$p = 0.71$].

Dall'analisi fra il deficit sensoriale e sindrome ansiosa si evince come in chi ha difficoltà uditive la prevalenza di sindrome ansiosa sia del 26.1% contro il 10.9% in chi non ha deficit, probabilità quindi oltre due volte maggiore [$p < 0.002$]. Dopo correzione per sesso, età, MMSE, stato socio-economico, scolarità, stato civile, patologie cardio-cerebro-vascolari, fumo e autosufficienza l'associazione è positiva e significativa (OR=4.67, IC95%=1.74-12.51) [$p < 0.002$].

CONCLUSIONI

Nella nostra popolazione i soggetti con deficit uditivi hanno una probabilità tre volte maggiore di avere demenza rispetto ai soggetti non affetti da tale deficit. Emerge inoltre come la presenza di deficit uditivo aumenti di oltre quattro volte la probabilità di essere diagnosticati come CIND. Nessuna relazione è emersa fra deficit sensoriale e sindrome depressiva, mentre di quasi cinque volte maggiore è la probabilità di avere sindrome ansiosa in presenza di difficoltà uditive. Limitatamente alla ridotta numerosità dei soggetti con deficit uditivo, possiamo tuttavia concludere che l'ipoacusia gioca un ruolo nella salute mentale dell'anziano.

DEPRESSIONE E DEFICIT COGNITIVI IN UN ANZIANO: IL VISSUTO DELLA “CONDANNA AD ESSERE-NELL’ISTANTE”

Boccadamo Annadelia, Scapati Francesco

Dipartimento di Salute Mentale ASL TA, SPDC, Stabilimento “S. Giuseppe Moscati”, Taranto

Numerosi studi hanno dimostrato che l’insorgenza della depressione nell’anziano è condizionata da molti fattori e che, spesso, si connota per la presenza predominante di sintomi somatici ed ansia. In questo lavoro si proverà a descrivere una storia prescindendo da ciò che sta dietro al fenomeno e, piuttosto, privilegiando ciò che sta dentro a questa esperienza soggettiva. Achille ha 80 anni, come si dice, “portati bene”. Al colloquio riferisce di assumere, da più di un anno per “depressione” e con un effettivo miglioramento della sintomatologia, un farmaco antidepressivo serotoninergico ed un ansiolitico benzodiazepinico a basso dosaggio. Durante l’ultimo controllo medico egli confida allo specialista neurologo di riferimento che la sua attenzione e la sua memoria “vacillano sempre di più”: ottiene, come risposta, che ciò rientra nei normali processi di “indementimento fisiologico”. Questa frase, piuttosto che tranquillizzare Achille, produce l’effetto opposto: dal giorno dell’incontro con il neurologo, infatti, il suo umore peggiora e si accompagna ad un’ansia sempre crescente, perché egli teme di diventare demente, di non potere più ricordare e di non potere più programmare. In una parola di dovere vivere nella contingenza del momento. Questo temuto essere presente solo nell’oggi, per come lo descrive Achille, non ha a che vedere con il timore di non esserci più domani, cioè con la paura di morire, ma, piuttosto, con la paura di non riuscire più a pensare al e nel domani. Al tempo stesso egli teme di perdere anche la memoria di ieri e, con essa, ciò che egli è stato.

L’articolazione del tempo come modo di *essere-nel-mondo* è stata spesso al centro di studi, soprattutto di matrice fenomenologica. Il tempo soggettivo, cui si fa riferimento ora, non è lo stesso di quello scandito dall’orologio. Presente, passato e futuro o, meglio, i vissuti temporali di “*protentio, retentio e praesentatio*” si integrano a vicenda tanto che, secondo Binswanger, “*mentre parlo, dunque nella praesentatio, ho già delle protensioni altrimenti non potrei terminare la frase. Allo stesso modo ho, durante la praesentatio, anche la retentio, altrimenti non saprei di cosa parlo*”.

In questa storia emerge il timore di Achille che il suo vivere si possa costituire in una paradossale *praesentatio* senza più *protentio* e senza più *retentio*, e che il suo essere si riduca, quindi, all’immediatezza di un momento, privandolo sia dell’essere stato che del potere essere ancora.

BIBLIOGRAFIA

Binswanger L., *Melanconia e mania*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 1977.

Borgna E., *Le figure dell’ansia*, Feltrinelli, Milano 1998.

Callieri B., *Corpo Esistenze Mondì. Per una psicopatologia antropologica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2007

LE UVA: IL NUOVO VOLTO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Boffelli Stefano^{1,2}, Mattanza Chiara^{1,2}, Rozzini Renzo^{1,2}, Barbisoni Piera^{1,2}, Trabucchi Marco²

¹*U.O. Geriatria - Ospedale Poliambulanza, Brescia*

²*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia.*

INTRODUZIONE

Il progetto Cronos è un modello mediante il quale il Ministero della Sanità ha integrato il processo registrativo e di rimborso dei farmaci con uno studio osservazionale su larga scala, utilizzando la rete dei propri centri specialistici. Il progetto si era posto l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territorio, per migliorare la qualità di vita e di salute delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer. In questi primi anni di attività le UVA si sono evolute, raggiungendo risultati positivi che vanno al di là del programma iniziale. Infatti, se il progetto CRONOS nasceva dalla necessità di sperimentare nel "real world" l'efficacia degli AchEI, il suo sviluppo è andato oltre ogni previsione, perché le UVA hanno reso fattivo ed organizzato un gruppo di servizi per la persona malata: diagnostico, clinico, comportamentale e socio-sanitario.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati, introdotti nello studio e sottoposti a trattamento farmacologico con inibitori delle AChE i pazienti affetti da demenza di Alzheimer (AD) afferiti presso la UVA del Dipartimento di Medicina e Geriatria dell'Ospedale "Poliambulanza" di Brescia. Tutti i pazienti erano stati sottoposti alla prima valutazione ad accertamenti clinici e strumentali (TC encefalo, test neuropsicologici). Ad ogni visita venivano inoltre valutati: Mini Mental State Examination-MMSE, Instrumental Activity Daily Living (n. funzioni conservate-IADL); Basic Activities of Daily Living, (n. funzioni conservate-BADL); patologie concomitanti; terapia cognitiva o sedativa precedente alla prima valutazione. Alle visite di controllo periodico sono stati valutati, oltre alle variabili cognitive e funzionali, gli effetti collaterali del farmaco, eventi intercorrenti, le modifiche della terapia cognitiva. L'analisi statistica è stata effettuata con SPSS Rel. 13.0.

RISULTATI

Nel corso di 6 anni (novembre 2000 - dicembre 2006) sono stati inseriti nel progetto CRONOS 387 malati per diagnosi e trattamento, mentre altrettanti sono stati valutati per altre patologie (demenza vascolare, altre demenze, parkinsonismi). Le persone inserite nel progetto CRONOS sono prevalentemente di sesso femminile (77%), di età media avanzata (79.3±6.5), con un grado di decadimento cognitivo e funzionale moderato (MMSE 19.4±3.9, IADL 2.5±2.3, BADL 4.9±1.6). Le persone, alla prima valutazione, godono di un discreto stato di salute somatica (bassa comorbidità). Fin dalla prima visita viene effettuata una valutazione dei disturbi del comportamento cui segue, quando necessario, la prescrizione di un trattamento psicofarmacologico: la frequenza di prescrizione dei sedativi è molto bassa (4.8%), ad indicare una gravità comportamentale lieve. Il grado di decadimento cognitivo alla prima valutazione, suddiviso per i pazienti reclutati per ogni anno, non sembra differire nel tempo: la media del MMSE dimostra un decadimento cognitivo lieve-moderato al momento della diagnosi (MMSE 19.5±4.1 nel 2000, versus MMSE 19.1±4.4 nel 2006). Se tuttavia consideriamo solo il gruppo dei malati con decadimento cognitivo lieve (MMSE >24), la media del punteggio alla prima visita tende ad aumentare nel corso degli anni (MMSE 24.9±1.1 nel 2000, versus MMSE 26.0±1.3 nel 2006). Ciò dimostra che aumenta sempre più il numero delle persone che si presentano all'ambulatorio UVA con decadimento cognitivo molto lieve. I dati rilevano infine che quasi il 50% dei malati della UVA si "perde" nel tempo. Oltre alle persone che "fisiologicamente" escono dal trattamento per aggravamento cognitivo e clinico (5.2%), esiste una percentuale elevata di malati che non ritorna alle visite successive e probabilmente sospende sia il trattamento sintomatico cognitivo, sia i follow up somatici e cognitivi (44.2%).

CONCLUSIONI

Le persone malate ed i loro familiari hanno trovato nelle UVA l'ambulatorio "di famiglia" della demenza, dove trovare una serie di risposte che vanno ben al di là della semplice distribuzione del farmaco: continuità diagnostico-terapeutica, assistenziale, counseling familiare. Una diagnosi sempre più precoce permette di iniziare il trattamento farmacologico quando è dimostrato che funzioni maggiormente, e cioè nella fase lieve-moderata di malattia. Per questa ragione le UVA devono proseguire nel loro rinnovamento, con un costante aggiornamento clinico, per non perdere di vista l'evoluzione scientifica e le possibilità terapeutiche future.

PROFILO DI PERSONALITÀ E CARATTERISTICHE CLINICO-ASSISTENZIALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Boncinelli Marta, Simoni David, Cavallini Maria Chiara, Tassinari Irene, Gullo Massimiliano, Masotti Giulio, Marchionni Niccolò, Mossello Enrico

Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria

RIASSUNTO

Negli ultimi quindici anni studi clinici hanno evidenziato che la personalità dei soggetti affetti da demenza si modifica a seguito della malattia, a differenza di quanto avviene nel corso dell'invecchiamento fisiologico, e che tali variazioni potrebbero influire significativamente sullo stress del caregiver. Altri studi hanno proposto che differenze interindividuali nella personalità premorbose dei soggetti affetti da Malattia di Alzheimer possano influenzare, sia in termini di qualità che di entità, la manifestazione dei sintomi psicologici e comportamentali tipici della malattia. I risultati di questi ultimi studi sono tuttavia piuttosto discordanti tra di loro.

SCOPO DELLO STUDIO

Valutare, in un campione di soggetti con Malattia di Alzheimer: 1) le differenze tra personalità attuale e premorbose; 2) la correlazione tra la gravità del deficit cognitivo e le modificazioni della personalità seguite allo sviluppo di malattia; 3) la correlazione dei sintomi psicologici e comportamentali con i tratti di personalità premorbose e la loro modificazione a seguito della malattia; 4) l'associazione tra stress del caregiver e tratti di personalità del paziente.

METODI

Sono stati arruolati 30 soggetti affetti da malattia di Alzheimer di grado da molto lieve a moderato (età 80 ± 1 , MMSE 21.6 ± 0.6), con i rispettivi caregiver, afferiti ad una Unità Valutativa Alzheimer. Per ciascun soggetto sono stati valutati: i disturbi cognitivi, i sintomi psicologici e comportamentali (Neuropsychiatric Inventory), i sintomi depressivi (Geriatric Depression Scale), lo stress del caregiver (Caregiver Burden Inventory). Ogni caregiver ha compilato il Big Five Questionnaire con l'intento di descrivere la personalità attuale e premorbose del proprio familiare. In tal modo si è ottenuto un profilo di personalità, in termini di Energia, Amicalità, Coscienziosità, Apertura mentale, Stabilità emotiva.

RISULTATI

A seguito della comparsa di Malattia di Alzheimer si è osservata una riduzione significativa di Apertura mentale ($p=0.009$), Energia ($p<0.001$) e Coscienziosità ($p<0.001$).

Un maggior declino della coscienziosità era associato ad una maggior gravità del deficit cognitivo al MMSE ($R=0.39$, $p=0.035$). Si sono osservate alcune associazioni significative tra tratti di personalità premorbose e sintomi psicologici e comportamentali, fra le quali una correlazione positiva tra Coscienziosità ed ansia ($R=0.38$, $p=0.038$), tra Amicalità ed euforia ($R=0.41$, $p=0.023$), tra Energia ed irritabilità ($R=0.39$, $p=0.031$). La riduzione di Amicalità a seguito dell'insorgenza di malattia si associava ad una maggior entità di sintomi psicologici e comportamentali ($R=-0.54$, $p=0.002$), e in particolare di deliri ($R=-0.48$, $p=0.008$), agitazione ($R=-0.41$, $p=0.025$), depressione ($R=-0.44$, $p=0.016$), irritabilità ($R=-0.44$, $p=0.016$), disturbi dell'appetito ($R=-0.43$, $p=0.019$). Lo stress del caregiver è risultato significativamente associato ai livelli di Coscienziosità premorbose del paziente ($R=0.419$, $p=0.021$) e non alle caratteristiche cliniche della malattia.

CONCLUSIONI

Questi dati confermano che la Malattia di Alzheimer si accompagna a modificazioni della personalità. In particolare, la riduzione di Coscienziosità sembra associata alla gravità del deficit cognitivo e la riduzione di Amicalità all'entità dei sintomi psicologici e comportamentali. Inoltre la valutazione della personalità premorbose del paziente può aiutare a predire le alterazioni psicologiche e comportamentali dei pazienti e lo stress del caregiver.

Sono necessarie ulteriori ricerche per definire con maggiore certezza il ruolo clinico di tale valutazione.

LA PRAGMATICA DEL LINGUAGGIO NELLA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVI. STUDIO OSSERVAZIONALE PILOTA

Bonelli Giovanni, Santucci Sergio, Pacifico Chiara, Galiberti Sara, Cerfeda Laura

*Università degli Studi di Siena - Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria
G. O. per la Riabilitazione psicosociale e la valutazione delle funzioni cognitive in Psichiatria,
Viale Bracci,1 Siena - bonelli@unisi.it*

RIASSUNTO

L'analisi clinica e neuropsicologica di pazienti con quadri ascrivibili ad un processo involutivo senile evidenzia l'importanza dell'analisi del Linguaggio e della Pragmatica come strumento di valutazione dell'esordio clinico, delle abilità cognitive e comunicative residue e di un eventuale approccio riabilitativo. Nel nostro lavoro ci proponiamo di valutare i profili neuropsicologici di tali pazienti, la comunicazione e la pragmatica del linguaggio, di evidenziare le funzionalità comunicative residue inquadrando in termini qualitativi e quantitativi le eventuali alterazioni della comunicazione che causano un'inefficacia del messaggio al fine di individuare elementi utili a una diagnosi precoce e all'attuazione di un approccio terapeutico riabilitativo.

METODI

Abbiamo preso in esame dieci pazienti con quadri di involuzione senile simile a cui abbiamo somministrato, al tempo (T0) a distanza di 6 mesi (T1), la batteria di test neuropsicologici ed il protocollo per la valutazione del Linguaggio pragmatico P-P di Prutting e Kirchner, modificato dalla Sezione di neuropsicologia e neuroriabilitazione dell'Università degli studi di Parma, scelto per le caratteristiche di applicabilità e completezza nella raccolta dati.

Nel periodo intermedio ai due controlli (T0-T1) è stata effettuata terapia riabilitativa cognitiva mirata.

RISULTATI

I risultati della testistica neuropsicologica indicano un aggravamento delle funzioni cognitive compatibile con l'evoluzione del quadro clinico in atto. Dall'analisi qualitativa del protocollo P-P emerge invece un andamento migliorativo, soprattutto per ciò che riguarda gli aspetti verbali e non verbali della comunicazione; emerge infatti un miglioramento riguardante: intenzioni locutorie, mantenimento del discorso, alternanza dei ruoli.

CONCLUSIONI

La valutazione della pragmatica della comunicazione, insieme all'assessment neuropsicologico permette di individuare manifestazioni subcliniche prodromiche dell'esordio di un quadro involutivo senile agevolando la diagnosi e indicando un eventuale processo riabilitativo e evidenziando i miglioramenti clinici.

Ci proponiamo in questa sede di discutere i risultati clinici emersi da questa prima esperienza.

IPOTESI DOPAMINERGICA TRA NEUROPSICOLOGIA E DISTURBI DEL MOVIMENTO

Brambilla Cristina, Minelli Dorella, Piccioni Andrea, Giovanelli Giorgia, Facchi Emanuela

U.O. Medicina Riabilitativa Specialistica e Generale-Geriatria Fondazione O.P. Richiedei, Gussago (Bs)

PF, paziente di 79 anni cinque anni di scolarità, giunge alla nostra osservazione per recente comparsa di atassia del tronco e degli arti inferiori, con neuropatia sensitivo-motoria Anti-MAG positiva correlata ad una sindrome MGUS stabile negli anni. Non si sono verificate modifiche in coincidenza dell'evento acuto di disturbo del movimento. Tale acuzia è risultata essere causata da una vertigine posizionale parossistica benigna, risoltasi in 15 giorni. L'esame obiettivo neurologico rileva la presenza di movimenti di natura ticcosa e ballica ai quattro arti, senza prevalenza di lato, presenti da almeno trenta anni e sempre considerati facenti parte del "carattere" del paziente. La valutazione familiare evidenzia la presenza del disturbo anche in altri parenti (madre, fratello, nipote). La natura semeiologica dei movimenti involontari appare non correlabile alla neuropatia né la storia clinica appare assimilabile ad un disturbo coreico. I movimenti sono solo parzialmente controllabili dalla volontà e lo schema motorio migliora dall'esecuzione di passi di ballo e dall'associazione del cammino alla musica. Da tale osservazione clinica è nata l'idea di approfondire il quadro clinico tramite una batteria di test neuropsicologici, nonostante la storia non segnalasse problematiche comportamentali e/o dementigene. I test eseguiti hanno esplorato: orientamento spazio temporale, memoria, linguaggio, attenzione, funzioni esecutive, capacità prassico-costruttive, capacità logico deduttive.

Dalla Tabella I si evidenzia: deficit delle funzioni esecutive, assenza di flessibilità cognitiva, sensibilità ad effetti di interferenza, deficit di shifting nell'attenzione e nella memoria a breve e lungo termine verbale e non verbale. Lo studio di neuroimaging con RMN evidenzia atrofia cortico-sottocorticale diffusa senza segni patologici specifici nei nuclei della base.

Il caso descritto non appare racchiudibile in un'unica definita patologia, né i vari sintomi rilevati sono indicativi di una specifica malattia. Coesistono movimenti involontari di tipo ticcoso-ballico ai quattro arti, non correlabili alla neuropatia di base, e disturbi neuropsicologici prevalentemente attentivi e delle funzioni esecutive. Si segnala inoltre la peculiare abilità del paziente, nella vita contadino, nell'eseguire musica al pianoforte "ad orecchio" (il cosiddetto "cervello musicale").

Appare supportabile una "ipotesi dopaminergica" unificante, ovvero di "squilibrio" dei sistemi dopaminergici centrali a favore di disturbo del movimento e delle funzioni frontali esecutive, con una particolare abilità di associazione tra la percezione musicale e la sua esecuzione.

Tabella I: valutazione neuropsicologica

	Punteggio grezzo	Punteggio corretto	Punteggio equivalente	N/P
Cognitività globale MMSE	23/30	22,7/30		P
Memoria verbale a lungo termine Lista di Rey immediata	12/75	24,2	0	P
Lista di Rey differita	3/15	6,8	2	N
Memoria di prosa	11,7	12,7	3	N
Memoria verbale a breve termine Digit Span	6	6,5	4	N
Memoria non verbale a lungo termine Recall figura di Rey	2	7,5	0	P
Memoria non verbale a breve termine Spatial Span	4	4,24	2	N
Linguaggio Fluenza per lettera	12	21	1	L
Fluenza per categoria	24	34	2	N
Token Test	28	29,5	2	N
Abilità prassico costruttive Test dell'orologio	4/6			P
Copia figura di Rey	20,5	21,5	4	N
Aprassia bucco facciale De Renzi arto superiore destro	20/20			N
De Renzi arto superiore sinistro	72/72			N
	72/72			N
Attenzione e funzioni esecutive Trail Making test A	74	43	4	N
Trail Making test B	540	433	0	P
Trail Making test B-A	466	390	0	P
Test dei giudizi verbali	41	45	2	N
Test stime cognitive	3/5			N
Test di Stroop	3/24			P
Ragionamento astratto non verbale Matrici di Raven	19	26	2	N

RALLENTAMENTO DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA MEDIO-LIEVE IN TRATTAMENTO CON ES-CITALOPRAM OLTRE CHE CON ANTICOLINESTERASICI

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Trotta Francesco, Cuzzocrea Sergio, Bruno Luigi Carlo
Centro di Salute Mentale e Centro U.V.A., Roggiano Gravina ASP Cosenza

Presso il Centro U.V.A. di Roggiano Gravina sono seguiti con regolarità 97 pazienti affetti da demenza. Lo scopo del presente studio è quello di valutare e quantificare l'eventuale miglioramento delle performances cognitive nei pazienti affetti da demenza medio-lieve e trattati anche con terapia antidepressiva.

PAZIENTI E METODI

Abbiamo condotto uno studio longitudinale della durata di 18 mesi su un campione di 63 pazienti di età compresa fra 60 e 85 anni, con deterioramento cognitivo di grado medio-lieve, confrontando due gruppi: il primo di 31 pazienti, sottoposti a terapia farmacologica con antiChE; il secondo, di 32 pazienti, sottoposti a trattamento anche con antidepressivo (Es-citalopram alla dose di 20Mg./die). In tutti i pazienti è stata riscontrata una deflessione del tono dell'umore verosimilmente reattiva alla consapevolezza della riduzione delle performances cognitive.

L'assegnazione al primo o secondo gruppo è avvenuta in maniera randomizzata. Abbiamo valutato le performances cognitive e l'autonomia nelle attività della vita quotidiana nelle due coorti di pazienti mediante la somministrazione del MMSE, scala ADL e scala IADL e la sintomatologia depressiva mediante la somministrazione della Hamilton Rating Scale for Depression al tempo 0, a 3, 6, 12 e 18 mesi.

RISULTATI

Nei pazienti sottoposti a trattamento combinato antiChE e antidepressivo il decremento medio a 18 mesi del punteggio del MMSE è stato di 1,38 punti, mentre quello dei pazienti non sottoposti a terapia antidepressiva è stato di 2,73 punti. Per quanto riguarda l'autonomia nelle attività della vita quotidiana abbiamo riscontrato che i pazienti del secondo gruppo hanno manifestato una minore perdita delle abilità rispetto ai pazienti del primo gruppo, come verificato alle scale ADL /IADL. In particolare i valori ottenuti con la forma ridotta dell'Hamilton registrano un miglioramento della sintomatologia depressiva in modo significativo già a 6 mesi.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio evidenziano che la somministrazione a lungo termine di Es-citalopram in associazione alla terapia con anticolinesterasici in soggetti affetti da deterioramento mentale medio-lieve con manifestazioni depressive, determina un rallentamento del declino delle funzioni cognitive e dell'autonomia funzionale, migliorando la qualità della vita dei pazienti e quella dei caregivers, con evidenti conseguenze anche dal punto di vista dei costi sociali.

CON LA PSICOEDUCAZIONE MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA VITA NEL CAREGIVER E NEL PAZIENTE DEMENTE CON BPSD

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Mastropierro Filomena, Trotta Francesco, Bria Amalia, Perri Antonio

Centro di Salute Mentale e Centro U.V.A. Roggiano Gravina ASP Cosenza

L'istituzione dei Centri UVA ha permesso e permette di dare delle risposte, in termini clinici, al problema della demenza. Fare una diagnosi precoce, formulare un piano integrato di trattamento comporta sicuramente una qualità della vita migliore per il paziente ed i caregiver. L'esperienza maturata in questi anni come Centro UVA ci ha dato l'opportunità, attraverso le diverse iniziative esperite, di asserire che la gestione integrata è l'approccio più significativo al trattamento delle malattie croniche.

Questo lavoro nasce proprio dalla considerazione che il caregiver, usufruendo di un supporto informativo e psicologico possa affrontare la malattia e tutto il carico che ne consegue adottando comportamenti adeguati ed appropriati, traendone beneficio sia il malato che tutta la famiglia. Abbiamo condotto uno studio sull'efficacia della psicoeducazione nei caregivers nel trattamento della demenza con BPSD, che sono molto frequenti e che per la loro caratteristica sono, sicuramente il fattore che più incide sul carico assistenziale determinando stress ed istituzionalizzazione del paziente. Pertanto sono stati inseriti nello studio i familiari, ai quali è stata somministrata la scala Distress (NPI-d) del caregiver.

METODO

Lo studio è stato condotto su 30 famiglie di pazienti affetti da demenza con disturbi comportamentali. Le famiglie hanno partecipato ad un corso, tenuto presso il Centro di Salute Mentale, di psicoeducazione e di coping per la gestione dello stress, a cadenza settimanale per una durata di 12 incontri. Sono state proiettate slide informative ed intavolate discussioni. Ai pazienti sono state somministrate: MMSE, ADL; IADL e NPI all'inizio dello studio e fine studio.

RISULTATI

I dati evidenziano un abbassamento degli indici di frequenza e gravità dei disturbi comportamentali dei pazienti, a testimonianza che il caregiver ha saputo ben trasferire quanto appreso durante il corso, migliorando di conseguenza la sua qualità di vita e quella del congiunto. Il disagio psicologico dei familiari è diminuito grazie all'informazione, alla maggiore consapevolezza ed alla condivisione con altri di un comune problema. Questo ha fatto sì che anche dopo il corso, il gruppo di familiari ha fatto esplicita richiesta a volersi incontrare, una volta al mese, per scambiarsi esperienze ed approfondire problematiche inerenti la malattia ed il disagio correlato, il tutto con la supervisione dell'equipè del Centro UVA.

“MELODICAMENTE”

**Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Mastropiero Filomena, Trotta Francesco.
Bruno Luigi Carlo**

Centro di Salute Mentale e Centro U.V.A. Roggiano Gravina ASP Cosenza

La persona demente vive dentro di sé una condizione di frammentarietà che la porta ad una fragilità nella vita affettiva e relazionale e ad un'instabilità piena di ansia e angoscia.

In termini musicali tali soggetti vivono la rottura di un ordine, la rottura dell'armonicità.

Lo studio condotto nel Centro UVA del CSM di Roggiano Gravina ha avuto come protagonisti 10 pazienti affetti da demenza lieve-moderata con iniziali BPSD inseriti in base al punteggio del MMSE piuttosto omogeneo tra i partecipanti e somministrato all'inizio ed alla fine dello studio.

L'obiettivo prefissato attraverso la musicoterapia è imparare a relazionarsi a modificare lo stato umorale della persona ed a contenere manifestazioni d'ira e stati di agitazione. L'approccio metodologico si è basato primariamente sulla creazione di una relazione empatica lavorando sulle parti sane del malato e valorizzando tutte le potenzialità fisiche ed intellettive residue. Gli incontri a cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza si sono svolti nei locali del Centro e diretti da un Musicoterapeuta per un anno. La musica ha permesso ai pazienti di esprimere e percepire le proprie emozioni e di comunicarle attraverso il linguaggio non-verbale, di migliorare le prestazioni mnestiche, favorendo un ripristino dei ricordi piacevoli del passato attraverso la rievocazione di canti e balli conosciuti.

BIBLIOGRAFIA

A. VINK, Melodie dimenticate: la musicoterapica con anziani affetti da demenza, in Musicoterapia in Europa, Ed. Ismez, Roma.

BPSD E ANTICOLINESTERICI

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Trotta Francesco, Bruno Luigi Carlo

Centro di Salute Mentale e Centro U.V.A. Roggiano Gravina, ASP Cosenza

La Demenza è caratterizzata da deficit cognitivi multipli cui si associano frequentemente disturbi del comportamento che ne possono rappresentare l'esordio.

Abbiamo condotto uno studio, della durata di 24 mesi, su un campione di 61 pazienti, affetti da demenza: 26 maschi e 35 femmine, di età compresa fra 65 e 85 anni, (età media 78 anni) con disturbi del comportamento, finalizzato a confrontare l'efficacia degli anticolinesterasici (Donepezil, Rivastigmina, Galantamina) sui disturbi comportamentali.

I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi in base al farmaco utilizzato: rivastigmina al dosaggio di 6/12 mg die, donepezil 10 mg die e galantamina 16/24 mg die.

L'efficacia dei tre farmaci è stata valutata considerando le variazioni nei punteggi al MMSE, ADL, IADL ed alla NeuroPsychiatric Inventory (NPI) somministrate in basale, a 3, 6, 12, 18, 24 mesi di trattamento.

Nei pazienti in trattamento abbiamo osservato una maggiore efficacia della Donepezil sui BPSD, con un miglioramento del punteggio alla NPI pari al 21,7% rispetto al basale. Tale miglioramento è statisticamente più rilevante rispetto a quello registrato nei soggetti in trattamento con gli altri due farmaci con un effetto positivo sulla qualità della vita dei pazienti e dei caregiver.

ASSISTENZA RESIDENZIALE PSICHIATRICI ANZIANI

Campana Arturo¹, Zucca Fabio², Rurali Raffaella³

¹*Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Alzano Lombardo (BG), Dipartimento di Salute Mentale Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate (BG), dsm.alzano@bolognini.bg.it*

²*Direttore Sanitario R.S.A. "San Giuseppe" Casnigo (BG), dircas.cdrcasnigo@tiscali.it*

³*Psicologa Clinica, consulente Azienda Ospedaliera di Monza*

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni vi è stato un aumento della richiesta di collocazione presso le RSA di soggetti che avevano ed hanno problematiche psichiatriche avendo un'età superiore a 65 anni. Tale aumento delle richieste è dovuto a tre fattori:

- L'invecchiamento di pazienti con patologie psichiatriche note da tempo che accrescono i propri bisogni dal punto di vista assistenziale.
- La diversa tipologia di paziente richiesta agli I.D.R. ed alle comunità psichiatriche che non possono mantenere utenti ultrasessantacinquenni.
- Il presentarsi di disturbi psichiatrici in tarda età non associati a demenza, ma piuttosto al manifestarsi di problematiche, talvolta già presenti in forma "subclinica", che esordiscono con l'invecchiamento.

Questi soggetti hanno bisogni assistenziali diversi rispetto ai soggetti "geriatrici" e pertanto richiedono una competenza ed una modalità di supporto modificata, questo sia dal punto di vista socio-assistenziale che medico-infermieristico.

La modalità assistenziale che si intende adottare è la seguente:

- Carico relazionale: in questi soggetti è regolarmente più elevato e necessita di un rapporto quotidiano costante per evidenziare le variazioni dell'umore e/o degli aspetti deliranti.
- Stesura di un progetto individualizzato specifico che prenda in considerazione gli aspetti psicopatologici.
- Stesura di un programma individualizzato che preveda percorsi mirati per sostenere e potenziare le abilità residue (per es. la cura del sé; terapia occupazionale, integrazione con il contesto comunitario, stimolare relazioni personali,

Il progetto consiste nel dedicare 20 posti letto all'interno della R.S.A. (su un totale di 115 posti) a pazienti con le caratteristiche sopra citate; non sono compresi i disturbi comportamentali in paziente con demenza.

UTENZA

La tipologia degli ospiti inseriti nel progetto è concordata con il Dipartimento di Salute Mentale includendo soggetti che veramente necessitano di assistenza specifica, già in carico al Dipartimento con un programma di presa in carico (interventi complessi psico-sociali). I parametri fondamentali riguardano la *coesistenza di una diagnosi psichiatrica sia nell'ambito dei disturbi dell'umore che nello spettro della schizofrenia*. La certificazione della classificazione di questi utenti è effettuata dallo stesso Dipartimento di Salute Mentale che garantisce l'eventuale riclassificazione in caso di perdita dei parametri d'ingresso.

PERSONALE COINVOLTO

Il tipo di assistenza, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, viene diversificato con l'aggiunta di una collaborazione specialistica psichiatrica oltre all'inserimento di una psicologa neurocognitivista e di personale educativo con specifiche competenze.

METODI

Alla valutazione multidimensionale classica (Barthel Index, MMSE, NPI, GDS, nutrizione e decubiti) si aggiunge una valutazione cognitiva-funzionale e psicopatologica specifica, Milan Overall Dementia Assessment (MODA): per una migliore comprensione dell'eventuale deficit cognitivo associato, Gottfries Brane Steen Scale (GBS): come valutazione dell'impatto funzionale e sociale, Clinical Global Impression (CGI): come valutazione della gravità della patologia psichiatrica, l'efficacia della terapia e l'incidenza degli effetti collaterali, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): per meglio analizzare la sintomatologia psicopatologica.

RISULTATI

Il risultato più evidente è stato l'azzeramento dell'ospedalizzazione in S.P.D.C. dei soggetti interessati. Inoltre si deve considerare il risparmio economico di quei soggetti (n° 8) che in precedenza risiedevano in I.D.R. psichiatrici con un costo sanitario superiore all'attuale.

La prima valutazione è stata in merito al deficit cognitivo concomitante che non era stato ben definito in precedenza. La media del MMSE è risultata di $21,9 \pm 5,26$, la valutazione più approfondita con M.O.D.A. ha permesso di separare i soggetti in quattro classi:

Cognitività nella norma ($>89,1$)

Risultato incerto (da 89,0 a 85,5)

Deficit cognitivo (da 85,4 a 60,0)

Deficit cognitivo grave ($< 59,9$)

	Soggetti	MMSE	MODA	GBS
Totale	20	$22,47 \pm 5,35$	$72,32 \pm 19,82$	$28,15 \pm 23,90$
1	4	$27,98 \pm 2,90$	$93,00 \pm 2,22$	$6,25 \pm 2,36$
2	4	$23,25 \pm 2,65$	$86,20 \pm 0,91$	$10,50 \pm 6,45$
3	6	$23,25 \pm 3,94$	$75,50 \pm 7,36$	$27,50 \pm 9,12$
4	6	$17,48 \pm 5,37$	$46,08 \pm 10,01$	$55,17 \pm 23,46$

Alla divisione in diverse classi corrisponde crescente deficit funzionale-sociale (GBS) ed una gravità psicopatologica corrispondente. Non segue un analogo andamento la valutazione dei disturbi comportamentali che risultano più relativi ai diversi periodi, ai trattamenti in atto ed alla loro efficacia. La valutazione ad un anno dimostra un miglioramento della qualità di vita dei soggetti selezionati che corrisponde in parte ad una riduzione dei sintomi psicopatologici ed in parte alla specificità dell'assistenza instaurata.

CONCLUSIONI

Il progetto è attualmente in fase di attuazione (inizio settembre 2006) con la denominazione di "Residenza Assistenziale Psichiatria Geriatrica". Il finanziamento è stato coperto per il primo anno parzialmente con contributo a fondo perduto, per gli anni a venire la RSA garantisce il supporto economico. In attesa di valutazione e confronto dei dati a due e tre anni, si riscontrano già positivi risultati, tra cui un decisivo miglioramento nella stabilizzazione clinica dei pazienti ed una significativa riduzione dell'uso dei servizi psichiatrici per acuzie (spesso unica collocazione alternativa per questi casi).

ANALISI DELLA CORRELAZIONE TRA DEPRESSIONE, DIABETE MELLITO E DISABILITA' IN ANZIANI OSPEDALIZZATI.

Caronzolo Francesco, Grippa Alessandro, D'Amico Ferdinando

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza - Laboratorio per la prevenzione, diagnosi e trattamento della Demenza. P.O. "Barone Ignazio Romeo" di Patti. U.S.L. n. 5 di Messina

RIASSUNTO

La depressione risulta essere predittiva di insorgenza di diabete mellito, mediante meccanismi neuro-ormonali (asse ipotalamo-ipofisi-surrene) e mediante induzione di insulino-resistenza. L'obiettivo dello studio, eseguito presso una Unità Operativa di Geriatria, si basa sulla valutazione nel tempo del compenso glicemico, della presenza di aterosclerosi carotidea e del livello di autonomia in soggetti con comorbidità per diabete mellito e depressione, rispetto ad un gruppo di anziani diabetici non affetti da depressione.

METODI

È stata selezionato un campione di 225 anziani afferenti presso la nostra U.O. di Geriatria. Tale popolazione è stata valutata in prima istanza nel periodo Gennaio-Marzo 2006 durante ricovero ospedaliero in U.O. Geriatria per acuti e successivamente rivalutata dal Gennaio al Marzo 2007. Tutti i soggetti studiati presentavano caratteristiche sovrapponibili per età (età media 77 ± 9), sesso, fattori di rischio cardiovascolare.

Il disegno dello studio prevedeva: 1) Valutazione dello stato affettivo con Geriatric Depression Scale (GDS); 2) Identificazione dei soggetti con anamnesi di malattia diabetica; 3) Dosaggio HbA1c; 4) Somministrazione BADL; 5) Studio vascolare carotideo.

RISULTATI

Alla prima valutazione nella popolazione studiata non è stata rilevata depressione ($GDS < 10$) nel 58% dei casi (Gruppo A). Nell'ambito del gruppo A il 14% dei soggetti risultava affetto da diabete mellito (65% con parziale autosufficienza, 25% con totale dipendenza). Nel 89% dei soggetti di questo gruppo è stata rilevata malattia ateromasi carotidea.

Gli anziani affetti da depressione grave o lieve-moderata (Gruppo B) corrispondevano al 42% della popolazione esaminata. La distribuzione tra i 2 sessi era M 32%, F 68%; all'interno di questo gruppo il 34% dei casi (M 32%, F 68%) presentava Diabete mellito. Tra gli anziani depressi e diabetici il 32% risultava con totale dipendenza. L'aterosclerosi carotidea è stata rilevata nell'78% dei diabetici del Gruppo B, con incidenza del 49% di stenosi moderate-gravi delle arterie carotidi. La prevalenza di stenosi moderate-gravi era maggiore nei soggetti in cui si è evidenziato un punteggio della GDS indicativo di depressione grave ($GDS > 20$).

Era stata inoltre dosata nei pazienti diabetici dei 2 gruppi la Emoglobina glicosilata (Hb1aC): la media delle Hb1aC dei soggetti diabetici del Gruppo A risultava pari a 8,5%, la media delle Hb1aC del Gruppo B risultava pari a 9,4%. La media si innalzava nei pazienti diabetici che al GDS presentavano un punteggio maggiore di 20 (depressione grave): 9,7%. Al momento della somministrazione del GDS i pazienti con punteggio > 10 venivano posti in trattamento con antidepressivo (SSRI). Il trattamento antidiabetico (farmaci ipoglicemizzanti orali, insulina o dieta) veniva lasciato immutato tranne per i casi con evidente scompenso glicometabolico.

A distanza di 12 mesi i soggetti diabetici dei 2 gruppi sono stati sottoposti a rivalutazione (GDS, Hb1aC, BADL): all'interno del Gruppo A la percentuale dei depressi era 4%; nel Gruppo B la percentuale dei diabetici che al GDS evidenziava depressione era scesa all'84%. La media dei dosaggi della Hb1aC dei diabetici Gruppo A era 8,2%. Per i soggetti diabetici del gruppo B la media della Hb1aC era scesa al 8,7% (soggetti con $GDS > 20$: 9,3; GDS tra 10 e 20: 8,4%). Dalla scala BADL è risultato quanto segue: gruppo A invariato; nel gruppo B i soggetti non autosufficienti erano diminuiti al 19% (rispetto al 32% di 12 mesi precedenti).

CONCLUSIONI

Questo studio evidenzia in soggetti anziani affetti da depressione una maggiore prevalenza di diabete mellito. Nei soggetti con comorbidità per diabete e depressione è stata rilevata una maggiore incidenza di aterosclerosi carotidea, nonché un minore compenso glicometabolico ed una maggiore disabilità rispetto ai soggetti diabetici non depressi. Inoltre in soggetti diabetici in trattamento farmacologico per depressione si è evidenziato un miglioramento del compenso glicometabolico e del livello di autonomia.

PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO (BPSD) IN 15 OSPITI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO MODERATO-SEVERO RESIDENTI IN R.S.A.

**Chiarello Antonino, Cividini Danilo, Cucchi Giacomo, Nespoli Chiara, Carlessi Francesca,
Busetti Carla, Vezzoli Angelica, Bellebono Nicoletta**

R.S.A. Fondazione Francesco Balicco, Martinengo (BG)

RIASSUNTO

Lo scopo del nostro lavoro e' stato quello di ridurre o prevenire i disturbi del comportamento Behavioral Psychological Symptoms in dementia (BPSD) in 15 ospiti affetti da deterioramento cognitivo di grado moderato-severo residenti in RSA, in quanto gli stessi sono causa di disagio per il paziente, i caregivers ed i familiari ed aggravano ulteriormente il decorso della malattia, conducendo inevitabilmente allo scompenso a cascata ed infine all'exitus.

METODI

A tale proposito sono stati arruolati n° 15 ospiti residenti in RSA con diagnosi di demenza di varia tipologia (degenerativa, vascolare, degenerativa con malattia cerebro-vascolare e Parkinson-demenza), di grado moderato-severo, valutati con le scale di valutazione in nostro possesso: M.M.S.E., HACHINSKI ISCHEMIC SCORE, BAANS, CDR ESTESA. Tutti gli ospiti presentavano un grado severo di comorbilità ed una dipendenza da moderata a totale nello svolgimento delle attività basilari della vita quotidiana, valutata con l'Indice di Barthel; inoltre, abbiamo utilizzato il NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI, Cummings et al. 1994), per la valutazione dei disturbi del comportamento. Il NPI consta di 12 item in grado di rilevare i molteplici disturbi comportamentali (deliri, allucinazioni, agitazione, depressione/disforia, ansia, euforia/esaltazione, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità, attività motoria aberrante, comportamento notturno, comportamento alimentare), la frequenza con cui si manifestano, la gravità e lo stress dei caregivers; gli ospiti sono stati seguiti dall'inizio dell'arruolamento (gennaio 2006) fino alla fine (dicembre 2006).

RISULTATI

Tutti gli ospiti erano già all'inizio del nostro lavoro in trattamento farmacologico con neurolettici tradizionali e trazadone a bassi dosaggi, pertanto sono stati inseriti in un programma di animazione motoria, terapia occupazionale e musicoterapia associando cicli di fisiochinesiterapia passiva ed attiva, tali attività hanno coinvolto le altre figure professionali della nostra équipe multidisciplinare, cioè animatrice e fisioterapisti.

All'inizio dello studio 12 ospiti presentavano insonnia, agitazione psico-motoria, aggressività verbale ed a volte anche fisica nei confronti degli operatori, altri 3 presentavano vocalizzazione persistente, ecolalia ed attività motoria afinalistica, nonostante la terapia farmacologia in atto;

A fine studio soltanto 3 ospiti dei 15 arruolati continuavano a presentare disturbi comportamentali (BPSD).

CONCLUSIONI

I nostri risultati devono sicuramente essere applicati su larga scala in tutti i setting assistenziali che ospitano pazienti con deterioramento cognitivo di vario tipo e grado con disturbi del comportamento (BPSD), in modo tale da contenere l'utilizzo spesso indiscriminato di farmaci neurolettici e benzodiazepine, capaci solo di far peggiorare la situazione clinica globale dell'ospite.

L'INFLUENZA DELLE POSIZIONI SPAZIALI SULLE ABILITÀ COSTRUTTIVE DI UNO SCULTORE ALZHEIMERIANO: UNO STUDIO SPERIMENTALE

Conchiglia Giovannina¹, Giacca Cristina², Trojano Luigi², Grossi Dario².

¹ALMA MATER spa "Villa Camaldoli", Napoli.

² Dipartimento di Psicologia S.U.N. Caserta

Il closing-in è un fenomeno (CIP) che generalmente si osserva in compiti grafici, in cui il paziente tende ad operare in prossimità del modello. Tale fenomeno è maggiormente frequente in caso di decadimento demenziale ed in particolare nella malattia di Alzheimer. Tuttavia il fenomeno del closing-in è stato descritto in molti pazienti con lesioni frontali le cui funzioni inibitorie sono compromesse, anche in assenza di drawing disability. È stato allestito uno studio sperimentale allo scopo di valutare esclusivamente il CIP in relazione alla posizione dello stimolo nello spazio (near e far). Si intende verificare se le prestazioni costruttive siano influenzate dalla maggiore o minore vicinanza del modello.

Riportiamo il caso di C.A., un uomo di anni 62, con 13 anni di scolarità, destrimane, insegnante d'arte e scultore professionista. Il paziente giunge alla nostra osservazione nel Maggio del 2007 con diagnosi di AD, lamentando deficit mnemonici e difficoltà a svolgere l'attività lavorativa. La RM encefalo, praticata nel 2006, mostra atrofia corticale diffusa. La valutazione neuropsicologica evidenzia deficit sia di memoria a breve che a lungo termine verbale; compromissione delle abilità esecutive, delle capacità logico astrattive e di attenzione. Inoltre, ai test di valutazione delle abilità prassico-costruttive si rileva una marcata tendenza al closing-in pur in assenza di una significativa drawing disability. La tendenza ad accollarsi al modello da riprodurre si realizza nelle diverse posizioni dello spazio in cui il modello viene presentato. Sulla base di queste osservazioni, ovvero marcata tendenza al closing-in, modesta disabilità nel disegno, consolidate strategie costruttive per la professione precedentemente eseguita (insegnante di disegno), C.A. è sembrato il paziente adeguato per lo studio sperimentale che si intende condurre.

Per investigare l'effetto della posizione dello stimolo rispetto allo spazio di copia abbiamo utilizzato prove costruttive di "puzzles geometrici". Nei compiti di costruzione di figure geometriche emerge una differenza, sia in termini quantitativi che qualitativi, nella performance costruttiva del paziente in relazione alla distanza del modello dallo spazio di copia.

I risultati ottenuti mostrano che la vicinanza del modello determina tempi costruttivi più lunghi rispetto alla condizione in cui il modello è posizionato nello spazio far. In tale condizione il paziente adopera una strategia di evitamento: si allontana dallo spazio di lavoro imposto e quindi dal modello da riprodurre.

Verosimilmente nella condizione near il modello esercita una interferenza sulle operazioni adottate dal paziente per la procedura costruttiva. Inoltre, quando il modello è posizionato nello spazio far, non è emersa alcuna strategia di "evitamento": il paziente esegue il compito correttamente in minor tempo, rispettando i confini dello spazio di lavoro imposto.

BIBLIOGRAFIA

- Conson M.; Cristinzio C.; Trojano L. "I disturbi spaziali di origine frontale". In Grossi D.; Trojano L. Neuropsicologia dei lobi frontali. Il Mulino, Bologna; pp. 71-86; (2005).
- Kirk A.; Kertesz A. On drawing impairment in Alzheimer's disease. Archives of Neurology, 48: 73-77; (1991).
- Lee B.H.; Chin J.; Kang S.J.; Kim E.J.; Park K.C.; Na D.L. Mechanism of the Closing-in Phenomenon in a Figure Copying Task in Alzheimer's Disease Patients. Neurocase, 10, 393-397; (2004).
- Ambron E.; Della Sala S.; McIntosh R. D. Evidence for an attraction account of closing-in behaviour. Human Cognitive Neuroscience Psychology, University of Edinburgh. (In press).

SO TU CHI SEI! UN CASO DI IPERFAMILIARITÀ

Conchiglia Giovannina¹, Accardo Mariapina², Grossi Dario².

¹ALMA MATER spa "Villa Camaldoli", Napoli.

²Dipartimento di Psicologia S.U.N. Caserta

Il fenomeno dell'iperfamiliarità può essere inteso come deficit di attribuzione di familiarità. Il paziente che ne è affetto conferisce erronea familiarità a volti non noti. Tale deficit si distingue da quelli classificati come Sindrome da misidentificazione: Sindrome di Capgras, in cui c'è la convinzione che un parente stretto sia stato reduplicato da un impostore a lui identico; Sindrome di Fregoli, in cui una persona nota si sarebbe mascherata da un'altra; Intermetamorfosi, in cui vengono confuse le identità dei propri familiari. Inoltre, l'iperfamiliarità risulta differente anche dalla prosopagnosia, in cui c'è un mancato riconoscimento esclusivamente di volti noti, e dal *déjà vu* in cui c'è un vago senso di familiarità con persone o luoghi intorno.

Riportiamo il caso di un uomo di 70 anni, destrimane, laureato. Giunge alla nostra osservazione clinica per disturbi comportamentali caratterizzati da facile irritabilità, ripetitività, e disinibizione. Il paziente in seguito ad arresto cardiaco con ipossia cerebrale ha riportato deficit mnemonici e disesecutivi. La PET ha evidenziato un diffuso ipometabolismo a carico delle regioni fronto-temporali soprattutto a sinistra. Dall'osservazione clinica emerge un peculiare comportamento: difficoltà nel controllo personale su stimoli ambientali e sociali (Conchiglia G. et al., 2007), durante la degenza il paziente conferisce familiarità ad alcuni membri dello staff ospedaliero mai conosciuti prima. Anche il caregiver riferisce specifici episodi di falsa attribuzione di familiarità in riferimento a personaggi sia noti che non, presenti su riviste ed immagini pubblicitarie.

Per rilevare la sistematicità di questo comportamento sono stati allestiti "ad hoc" specifici setting di valutazione. Viene presentata al paziente una serie di 60 cards raffiguranti personaggi tra loro in interazione (uomini, donne, bambini, anziani), ed impegnati nello svolgimento di varie attività della vita quotidiana. Alla presentazione delle cards il paziente, in maniera sistematica, riconosce nei personaggi raffigurati, i propri familiari. Il soggetto ha manifestato iperfamiliarità anche durante la proiezione di alcuni films, infatti spontaneamente afferma di conoscere personalmente i protagonisti.

Il fenomeno dell'iperfamiliarità in tale caso clinico, a differenza di quelli riportati in letteratura (Murai T. et al, 2000; Nente F et al., 2007 ; Vuilleumier P., 2003), non si estingue, infatti è presente costantemente da circa un anno, ed è caratterizzato non da una strana sensazione di familiarità, ma dalla certezza che si tratti proprio di quella persona: "*so tu chi sei!*".

BIBLIOGRAFIA

- Murai T., Kubota Y., Sengoku A., Unknow people believed to be know: the "assoziierende Erinnerungs-fälschungen" by Kraepelin. *Psychopathology* 2000; 33: 52-54.
- Nente F, Carrillo-Mezo R., Mendez M.F., Ramirez-Bermudez J., Pathological hyperfamiliarity for others from a left anterior cingulate lesion. *J.Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 19:3, Summer 2007.
- Vuilleumier P., Mohr C., Valenza N., Wetzell C., Landis T., Hyperfamiliarity for unknow faces after lateral temporo-occipital venous infarction: a double dissociation with prosopagnosia. *Brain*, Vol. 126, No. 4, 889-907, April 2003.
- Conchiglia G., Della Rocca G., Grossi D., On a peculiar environmental dependency syndrome in a case with frontal-temporal damage: Zelig-like syndrome, *Neurocase*, 13 (1): 1-5, Feb. 2007

MODALITA' DI PRESCRIZIONE ED EFFETTI DEI FARMACI PSICOTROPI IN UNA RESIDENZA SANITARIA PER ANZIANI

Cornali Cristina ^{1,2}, Bianchetti Angelo ^{1,2}, Trabucchi Marco²

¹ *Residenza Sanitaria Assistenziale "Anni Azzurri", Rezzato (BS)*

² *Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

RIASSUNTO

Oltre un terzo degli anziani istituzionalizzati assume farmaci psicotropi spesso ad azione sedativa e con prescrizioni "off-label", sebbene siano comprovati l'effetto anti-colinergico e la loro associazione a cadute, sindrome extrapiramidale e, conseguentemente, peggioramento cognitivo-funzionale.

OBIETTIVO

Osservare le abitudini prescrittive in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) della Lombardia per quanto riguarda gli psicofarmaci, analizzandone l'effetto a medio termine.

METODI

Sono stati valutati 225 ospiti di una RSA residenti nel corso del 2006. L'età media era di 86 anni (range 40-106; 31% ultra-novantenne), il 78% di sesso femminile.

RISULTATI

La popolazione presentava un decadimento cognitivo severo (MMSE 12.8 ± 9.8) e moderato grado di disabilità (Barthel index 38.4 ± 33.3). Il 61.0% era irritable e il 57.4% irrequieto (sec. Scala di Gottfries-Brane-Steene). Il 76.4% degli ospiti assumevano psicofarmaci al momento dell'osservazione, con un aumento, rispetto all'ingresso del 6%. Le categorie farmacologiche maggiormente prescritte erano le benzodiazepine (BDZ) e gli antidepressivi (>30%), seguite da trazodone, promazina, quetiapina e aloperidolo (10-20%); raro l'uso di altri neurolettici atipici e di inibitori delle colinesterasi (AChE-i). Se si considerano solo le molecole con effetto sedativo (BDZ, neurolettici, trazodone), escludendo dall'analisi gli anti-depressivi e AChE-i, il consumo era del 69%. Per quanto riguarda i soli antipsicotici, 86 ospiti (38.3%) ne facevano uso, in 1/3 dei casi associati ad altri psicotropi. Mediamente la prescrizione è stata confermata per oltre 6 mesi. A fronte dell'elevato uso di farmaci psicotropi sedativi, si sono rilevati segni di consapevolezza del possibile effetto negativo: sono state infatti preferite molecole con effetti collaterali più contenuti (trazodone, quetiapina), evitando la somministrazione in ospiti più anziani (gruppo "sì psicofarmaco" età 84.6 ± 8.7 anni vs "no psicofarmaco" 87.6 ± 7.7 , $p.014$) e più compromessi dal punto di vista funzionale-motorio (Barthel index: 41.3 ± 33.5 vs 31.8 ± 32.2 rispettivamente, $p.046$; item mobilità: 15.3 ± 14.7 vs 9.5 ± 12.2 rispettivamente, $p.003$). Ma, se si considerano i pazienti ricoverati da oltre 180 giorni (n.151), una prescrizione superiore a 6 mesi di farmaci sedativi (promazina, aloperidolo, atipici, BDZ, trazodone, altri antipsicotici) è risultata determinante indipendente di peggioramento clinico (perdita di almeno 1 punto al Barthel Index in 6 mesi, OR 3.29 95%CI 1.69-6.42, $p.001$; modello di regressione logistica multivariata, corretto per età, sesso, MMSE, Barthel index, irrequietezza, comorbidità, contenzione, cadute ed eventi avversi).

CONCLUSIONI

Sebbene sia diffusa la consapevolezza degli effetti avversi dei farmaci psicotropi sedativi nel paziente anziano, il loro uso è ampiamente diffuso, talvolta con scarsa attenzione alla revisione farmacologica periodica della reale necessità. Anche quando prescritti nelle sottopopolazioni apparentemente più "robuste" sono in grado di triplicare il rischio di evoluzione negativa della disabilità.

LA PRESCRIZIONE FARMACOLOGIA NEL NUCLEO ALZHEIMER; PROBLEMI DI PRATICA CLINICA DEONTOLOGIA ED ETICA

Costamagna Silvio¹, Gazzera Giuseppe², Gè Barbara³, Toselli Paolo⁴

¹Dipartimento di Salute Mentale Responsabile C.S.M.,

²Direttore Dipartimento di Salute Mentale,

³Psicologa Consulente Nucleo Alzheimer,

⁴Geriatra Responsabile di Modulo, A.S.L. CN 1, Cuneo

RIASSUNTO

La prescrizione psicofarmacologica a pazienti ospiti di un Nucleo Alzheimer è solitamente motivata dalla esigenza di contenimento di BPSD. In casi limitati, viceversa, si tratta di confermare terapie precedentemente impostate rispetto alla fase di istituzionalizzazione del soggetto.

Occorre, nel caso specifico del paziente anziano affetto da demenza, giungere, nel minore tempo possibile, a prescrizioni "tailored" rispetto alla condizione clinica espressa.

METODO

Il seguente lavoro si pone quale obiettivo la descrizione della pratica prescrittiva psicofarmacologica in un nucleo Alzheimer, prendendo in considerazione le modalità prescrittive, il ricorso a terapie tradizionali e con atipici e le problematiche inerenti l'impiego di farmaci off label.

RISULTATI

Verranno brevemente rappresentati raggruppamenti di pazienti, curati rispettivamente con 1) antipsicotici (tradizionali e atipici), 2) stabilizzatori del tono dell'umore 3) antidepressivi, 4) benzodiazepine, 5) AchEI.

CONCLUSIONI

20 sono i pazienti ospitati nel nucleo Alzheimer della Casa di Riposo TAPPARELLI di Saluzzo.

Fra questi pazienti vi erano i seguenti raggruppamenti diagnostici: Demenza Vascolare 6 pazienti; Demenza di ALZHEIMER 9 pazienti; "Very Late Onset Schizophrenia" 2 pazienti; Ritardo Mentale di grado medio 1 paziente; Disturbo bipolare ad esordio tardivo 2 pazienti.

La pratica prescrittiva attuata ha evidenziato il ricorso all'impiego, soprattutto per quanto riguarda il caso di Very Late Onset Schizophrenia e delle demenze di ALZHEIMER, dell'antipsicotico atipico; peraltro con le limitazioni inerenti da un lato i "warning" inerenti gli eventi avversi e, d'altro canto, la nota AIFA del 21 luglio 2005. Si evidenzia una netta riduzione del ricorso alla prescrizione di benzodiazepine a favore della associazione dell'antipsicotico atipico con stabilizzatore dell'umore.

Il tentativo di giungere, nel minore tempo possibile dalla istituzionalizzazione, mediante rapporto diretto con il personale di assistenza e la compilazione del piano di assistenza individualizzato, ha permesso il minore ricorso a polifarmacoterapie antipsicotiche e la riduzione della col lateralità con un globale miglioramento nella gestione del paziente. Si è poi creata una raccolta di letteratura per gli impieghi di farmaco off label che supportasse le sia pur limitate pratiche prescrittive in tal senso.

BIBLIOGRAFIA

¹ Takeda A., Loveman E., Clegg A., et al "A systematic review of the clinical effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamine on cognition, quality of life and adverse events in Alzheimer's disease. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2006;21:17-28.

² Ballare C., Waite J. "The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane database Syst. Rev. 2006 Jan 25 (1).

DEMENZE...DOLORE...DEPRESSIONE: CONFINI E CONTAMINAZIONI

Cruciata Sandra¹, Marchese Giuseppe²

¹Psicologa Psicoterapeuta Sistemico Relazionale

²Dipartimento di Salute Mentale AUSL 9 Trapani, UVA DSM TP3

RIASSUNTO

La nostra esperienza clinica incontra ogni giorno il “dolore” e la “depressione”. Sono temi che impegnano da sempre le arti mediche. Sono anche nuclei dell’esistenza umana e di una fase del ciclo vitale che volge al termine. I confini sono sfumati; cambiano le forme, le intensità, i destini. Il nostro operare si nutre quotidianamente dei cambiamenti attesi dalla ricerca e dal dibattito scientifico. Abbiamo appreso che, anche l’ascolto delle “piccole cose”, di cui pazienti e caregivers ci parlano, permette di accostare ai processi di *cura*, interventi di *prevenzione* ed opportunità di *guarigione*.

METODI

Il caso clinico che presentiamo racconta dell’inestricabile intreccio tra il decorso clinico di una paziente affetta da AD, e l’invisibile sentiero fatto di *dolore* e *depressione* che, lentamente, ed in un apparente tempo “altro”, trascinano l’esistenza della caregiver entro spazi di vita sempre più ridotti. Abbiamo scelto un modello di intervento integrato (farmacologico e psicoterapeutico) convinti che uno sguardo “sistemico” avrebbe potuto restituire *futuro* e *senso*.

RISULTATI

L’esperienza e la conoscenza degli *esiti* che le demenze hanno il potere di determinare, non solo sui pazienti, ma sugli interi contesti di vita affettiva e relazionale entro cui essi vivono, ci ha permesso di leggere tra le pieghe di una storia, trasformando un dato “anamnestico” in fattore terapeutico.

L’adozione di un modello di intervento integrato ci ha permesso di coniugare un breve trattamento farmacologico con un intervento psicoterapeutico di tipo sistemico capace di riannodare i fili di una identità, di una competenza genitoriale e di una relazione coniugale messe in crisi.

CONCLUSIONI

Abbiamo scelto di presentare questo caso clinico poiché ci sembra utile aprire uno spazio di riflessione sui temi che riguardano la *permeabilità dei confini* di patologie ad alto grado di complessità come l’AD. È sempre lo sguardo che scegliamo ad orientare ciò che possiamo o sappiamo cogliere. Se guardiamo ai sistemi familiari entro cui la demenza pone radici, scopriamo che esiste un potere di *contaminazione* capace di scardinare la dimensione *tempo* entro cui la malattia trova compimento.

Sostenuti da una epistemologia della complessità, che rende distinti e flessibili i confini della specificità e degli interventi, abbiamo imparato che, ascoltando di più e meglio le difficoltà emotive ed affettive dei caregivers dei pazienti affetti da demenza, possiamo costruire spazi di prevenzione, forse *invisibili*, ma, comunque, capaci di contenere e sostenere l’elaborazione del dolore e della depressione che ritroveremo *altrove*.

PRESSIONE ARTERIOSA, DECLINO COGNITIVO E DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

D'Amico Ferdinando, Caronzolo Francesco, Grippa Alessandro

Unità Operativa Complessa di Geriatria e Lungodegenza - Laboratorio per la prevenzione, diagnosi e trattamento della Demenza. P.O. "Barone L. Romano", Patti - USL 5 Messina

RIASSUNTO

Il rapporto causa-effetto tra depressione e declino cognitivo nell'anziano è complesso. Se alcuni studi hanno dimostrato che la depressione può rappresentare un vero e proprio fattore di rischio per lo sviluppo successivo di demenza, altri studi hanno individuato invece nella comparsa dei disturbi depressivi nell'anziano uno dei sintomi di esordio della stessa demenza.

L'ipertensione arteriosa rappresenta una patologia comune nella popolazione anziana, riguardando il 65% dei soggetti di età superiore a 60 anni e oltre il 70% dei soggetti di età superiore a 85 anni. Inoltre la pressione differenziale e la pressione arteriosa sistolica sono i predittori più significativi di morbilità e mortalità cardiovascolare. Come fattore di rischio cardiovascolare l'ipertensione arteriosa correla con l'incidenza di ictus cerebrale, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica e nefropatia, ma anche con demenza vascolare e con Malattia di Alzheimer.

Questo studio ha valutato la prevalenza del declino cognitivo e della depressione in anziani con ipertensione arteriosa.

METODI

Sono stati studiati 133 soggetti anziani ipertesi (M 61, F 72, età media 78 + 9 anni). Il disegno dello studio prevedeva: 1) Misurazione clinica della pressione arteriosa (PA); Monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa (ABPM); 3) Mini Mental State Examination (MMSE) per la valutazione dello stato cognitivo; 4) Geriatric Depression Scale (GDS) per la valutazione dello stato affettivo. Il controllo della pressione arteriosa è stata considerata per valori di PA <140/90 mmHg e di <130/80 mmHg in pazienti con diabete mellito. Il declino cognitivo è stato determinato con la somministrazione del MMSE con punteggio <24/30, corretto secondo il livello di istruzione. Nel GDS un punteggio >6/15 è indicativo di depressione. Sono stati registrati i dati relativi all'età, al sesso, al BMI, alla durata dell'IA, al fumo, all'anamnesi di fibrillazione atriale, ai valori di glucosio, lipidi e creatinina.

RISULTATI

Nei 133 anziani è stata rilevata ipertensione arteriosa sistolica 148 ± 18 mmHg e diastolica 88.8 ± 9 mmHg. È stato valutato un punteggio medio di MMSE di 23.7 ± 8.3 nel 26.3 % degli anziani. Il declino cognitivo ha una significativa associazione con l'età >80 anni. La depressione è stata rilevata nel 32.4% degli anziani ipertesi, con prevalenza nelle donne ($p < 0.05$). I punteggi di MMSE e di GDS presentavano una correlazione inversa con la pressione differenziale ($p < 0.001$) e con la storia di ipertensione arteriosa ($p < 0.001$). Il controllo della pressione arteriosa è stato evidenziato nel 37.3% degli anziani. Negli anziani di sesso maschile con declino cognitivo, depressione e ipertensione arteriosa si è rilevata una prevalenza di rischio cardiovascolare più elevata rispetto a quelli con assenza di depressione (12.40% vs 7.3%, $p < 0.05$). Nelle donne anziane con depressione è stata evidenziata invece una differenza inferiore.

CONCLUSIONI

L'appropriato controllo della pressione arteriosa è associato a un punteggio più elevato del MMSE, e con un punteggio più basso di GDS. È stato rilevato che, anche se la depressione prevale nelle donne, il rischio cardiovascolare è prevalente negli uomini con declino, depressione e ipertensione arteriosa.

LA QUALITÀ DELLA VITA NEGLI ANZIANI DEL CENTRO “FRATERNAMENTE INSIEME”

Galiberti Sara*, **Biondi Lucia****, **Matteoli Maddalena****, **Di Giovanni Michela****, **Gallerini Daniela****,
Pacifico Chiara*, **Cerfedda Laura***, **Santucci Sergio***, **Bonelli Giovanni***

**Università degli Studi di Siena - Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria - G.O.
per la Riabilitazione psicosociale e la valutazione delle funzioni cognitive in Psichiatria,
Viale Bracci, 1 Siena. e-mail: bonelli@unisi.it*

***Fraternita di Misericordia San Miniato Basso (Pi)- Progetto Centro Anziani “Fraternamente Insieme”,
Piazza Cuoco, 9 San Miniato Basso (PI)*

RIASSUNTO

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, causato dall'innalzamento delle aspettative di vita e dall'abbassamento della natalità, rappresenta in Italia uno dei temi più impellenti da affrontare. Il Progetto “Centro Anziani - Fraternamente Insieme”, fortemente voluto dalla Fraternita di Misericordia di San Miniato Basso, con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato*, nasce nel 2002 con lo scopo di fornire un aiuto concreto alle famiglie cercando di evitare o ritardare il trasferimento dell'anziano in strutture RSA e di migliorare la percezione degli aspetti qualitativi della vita degli stessi.

Ci proponiamo di valutare la percezione dello stato di salute e della qualità di vita di alcuni partecipanti al Progetto per dimostrare l'importanza di specifiche attività appositamente strutturate al fine di potenziare l'autonomia personale e la percezione di sé da parte dell'anziano che spesso si trova in una posizione passiva rispetto alla società.

METODI

Abbiamo preso in esame 15 soggetti frequentanti, negli anni 2006-2007, il Centro anziani “Fraternamente Insieme” che sono stati osservati nell'arco di un anno dall'inizio della partecipazione al progetto. In questo periodo sono state affiancate all'osservazione attività di monitoraggio, programmazione e compilazione di schede personali.

I soggetti, durante il periodo d'osservazione, hanno partecipato con continuità alle varie attività proposte dal centro: Laboratorio di psicomotricità; Interventi individuali e di gruppo per sostenere la funzionalità cognitiva; Laboratori manuali-creativi; Laboratorio di lettura e narrazione; Attività mirate alla socializzazione e costruzione di un gruppo.

RISULTATI

L'intervento proposto dal Progetto “Fraternamente Insieme” ha permesso di rilevare un miglioramento della percezione della qualità di vita e dello stato di salute psico-fisico degli anziani. Attraverso l'osservazione è stato possibile valutare gli effetti positivi che tali attività hanno prodotto sul singolo soggetto e sulla dinamica di relazione all'interno del gruppo.

CONCLUSIONI

Le attività proposte dal Centro, insieme al graduale inserimento dell'anziano all'interno del Progetto e alla stretta collaborazione con le famiglie, hanno permesso di potenziare la buona soddisfazione per le condizioni di vita percepita dai soggetti, incrementando anche in modo proficuo il concetto di autonomia personale degli stessi.

Ci proponiamo in questa sede di discutere i cambiamenti osservati nel comportamento e nella relazione all'interno del gruppo e con gli operatori nel corso dell'ultimo anno di vita del Progetto.

IL PAZIENTE PSICOGERIATICO: DEPRESSIONE, COMORBILITA' E QUALITA' DELLA VITA. UNO STUDIO NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL TO2

Ghiano Federica, Chiecchio Regina, Ferrero Merlino Silvia, Morero Daniela, Pirfo Elvezio

Dipartimento di Salute Mentale ASL TO2

Il presente studio condotto in due ambulatori di psicogeriatría del DSM "G.Maccacaro" dell'Asl Torino 2, ha avuto l'obiettivo di evidenziare, attraverso la valutazione della condizione psichica del paziente anziano, la specificità del disturbo depressivo, le eventuali correlazioni con la patologia organica, anche in termini di rappresentazione mentale del proprio stato di salute e la percezione della qualità di vita.

Nell'arco di sei mesi sono stati reclutati 159 pazienti di età compresa tra i 65 e i 93 anni. La valutazione della condizione psicofisica è stata eseguita avvalendosi dei seguenti strumenti diagnostici: cartella clinica, MMSE, ADL, IADL, SF-36. Il campione è stato suddiviso sulla base del punteggio rilevato al MMSE.

La ricerca effettuata ha evidenziato che la popolazione anziana, che afferisce al Servizio di Psicogeriatría, è composta da persone che mantengono un discreto livello di integrità fisica e mentale, tuttavia i dati hanno messo in luce che il 53% dei pazienti anziani cognitivamente più integri ha diagnosi di disturbo dell'umore. Le analisi statistiche condotte hanno evidenziato che i pazienti anziani con almeno una patologia organica sono più vulnerabili rispetto alla patologia depressiva, in quanto le limitazioni che lo stato di salute impone contribuiscono pesantemente al malessere percepito. I dati relativi all'analisi dell'SF-36 ci indicano che il grado di autonomia, la percezione del proprio stato di salute e di una adeguata qualità di vita sono fortemente correlati tra loro.

In accordo con la letteratura si è riscontrato che la depressione aumenta la scarsa percezione di salute e incide su una riduzione della qualità della vita dei pazienti anziani. Si è riscontrato, infatti, che all'aumentare di una buona percezione di salute aumenta una positiva percezione di benessere ($r^2 = .47$ con $p = 0.000$), e le due variabili sono in relazione tra loro e variano in modo direttamente proporzionale.

L'analisi della varianza evidenzia relazioni significativamente molto forti che supportano l'idea che sia proprio lo stato depressivo ad influenzare la percezione della precarietà del proprio stato di salute in generale, dei propri stati emotivi quotidianamente esperiti, di un più generale senso di vitalità (inteso anche come volitività) e della propria partecipazione alle attività quotidiane e sociali. Questi ultimi dati evidenziano come uno stato di salute precario possa essere alla base di uno stato depressivo, ma al tempo stesso lo stato depressivo renderebbe molto più vulnerabili e peggiorerebbe il quadro clinico della patologia organica.

PRESENTAZIONE PECULIARE DI UNA DEPRESSIONE LATE-ONSET. UN CASO CLINICO

Ghidoni Silvia^{1,2}, Zeliani Chiara^{1,2}, Baroni Fiorenzo¹, Giorgia Giovanelli, Timpini Annalisa^{1,2}, Ghisla Maria Karin^{1,2}, Emanuela Facchi¹

¹U.O. Medicina Riabilitativa Specialistica e Generale-Geriatria Fondazione O.P. Ricchiedei, Gussago (BS)

²- Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Brescia

Le classificazioni nosografiche dei disturbi depressivi previsti dai due sistemi diagnostici attualmente più diffusi, il DSM-IV e l'ICD-10, identificano due entità cliniche rilevanti, definite rispettivamente, "episodio depressivo maggiore" ed "episodio depressivo". In realtà, sia il DSM-IV che l'ICD-10 sono stati validati su popolazioni di soggetti adulto-giovani e non tengono pertanto conto delle peculiarità cliniche della depressione in altre fasce d'età. La depressione late-onset, insorta dopo i 60-65 anni di età, presenta dei quadri clinici distinti rispetto a quelli tipici dell'adulto giovane. La deflessione timica non appare quindi un sintomo fondamentale per la diagnosi; più frequenti risultano invece essere i sintomi somatiformi, le lamentele ipocondriache, pseudodemenze e sintomi ossessivo-compulsivi.

GBG, di anni 78, scolarità elementare, coniugato, è stato inviato al nostro ambulatorio per valutazione delle performances cognitivo-timiche a causa della comparsa di disturbi del comportamento ed ansia. In anamnesi patologica remota sono riferiti diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa sistemica, obesità, portatore di pace-maker per BAV II grado. Nel Dicembre 2006, in seguito a macroematuria, viene fatta diagnosi di neoplasia vescicale e intrapreso trattamento chemioterapico locale e successiva radioterapia. Conosciuto nella piccola comunità in cui vive come persona loquace e socievole, da allora ha presentato disturbi del comportamento associati a sintomi depressivi progressivamente ingravescenti. Il paziente sviluppa un'ansiosa ricerca di nomi di persone del proprio paese o di personaggi famosi e quando non ricorda il nome di una persona si agita, lo chiede ai familiari e se questi non sanno dare risposta interPELLA alcuni conoscenti che immagina possano saperlo. Quando il paziente ottiene il nome, lo scrive su un foglietto che poi conserva in una apposita scatola (Figura 1). Se durante la notte il paziente si sveglia pensando ad una persona di cui non ricorda il nome, chiama la coniuge per avere risposta e poi lo annota sullo specchio della camera da letto o sul ripiano del comodino con un pennarello. Il tentativo di resistere alle compulsioni scatena una sensazione di ansia e tensione che viene attenuata solo cedendovi. Invitato dai parenti a trattenersi dallo scrivere i nomi, ribatte di essere preso da un irrefrenabile impulso (*è come se fossi pazzo, come se qualcuno mi costringesse a scrivere, non riesco a controllarmi*) e di riottenere la tranquillità solo dopo aver saputo e fissato su carta il nome che prima gli sfuggiva.

Figura 1: Alcuni esempi degli scritti del paziente



La valutazione multidimensionale geriatrica mostra un paziente totalmente autonomo nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana (Barthel Index 100/100), senza deficit cognitivi (MMSE 29/30 corretto per età e scolarità) e con tono dell'umore deflesso (GDS 14/15). Viene consigliato un approfondimento diagnostico attraverso esami ematochimici ed una TC encefalo che sono risultati negativi; intrapresa terapia con aloperidolo. Rivalutato a distanza di 20 giorni, si è osservata una accentuazione dei disturbi depressivi tale da condizionare pesantemente la qualità di vita del paziente, il quale riferisce di preferire la morte piuttosto che continuare a convivere con le sue ossessioni. La terapia viene quindi modificata con l'introduzione di quetiapina, venlafaxina e benzodiazepine. A distanza di un mese il paziente e i familiari riferiscono netta riduzione dei sintomi ossessivi compulsivi, migliorato il tono dell'umore (GDS 5/15), ha ripreso gradualmente le proprie relazioni sociali. Si è formulata diagnosi di depressione associata a disturbi ossessivi-compulsivi.

IL DEMENTIA CARE MAPPING: STRUMENTO DI VERIFICA DELLA QUALITÀ DI VITA DI RESIDENTI NEI NUCLEI SPECIALISTICI PER LA DEMENZA (NSD)

Gianelli MariaVittoria¹, Fabbo Andrea², Tignonsini Chiara[?], De Vreese Luc P.³

¹ DISEM, Fac. Medicina, Università di Genova

[?] U.O. Salute Anziani, Distretto di Mirandola, A.USL di Modena

[?]U.O. Cure Geriatriche Territoriali, Distretto di Modena, A.USL Modena

RIASSUNTO

Il presente lavoro descrive le primissime esperienze di uso dello strumento osservazionale creato da Tom Kitwood (1992: *Dementia Care Mapping* - DCM) realizzate in due Nuclei Specialistici per le Demenze della provincia di Modena: il CISA di Mirandola e la RSA "9 Gennaio" di Modena, entrambi afferenti al coordinamento geriatrico territoriale dell'azienda sanitaria locale.

Premesso che la demenza è una malattia non curabile, che la sua corretta gestione deve mirare al benessere psicofisico e che lo scopo del DCM è proprio la verifica della qualità di vita dei malati che vivono nei servizi residenziali, lo *Scopo dello studio* è di verificare l'applicabilità del DCM in malati residenti in due NSD che si differenziano per la gravità della malattia dementigena. Descrizione dei due NSD: entrambi applicano interventi di tipo globale mirati ad una buona qualità di vita dei residenti: la GentleCare di Moyra Jones (ed. Bartorelli, 2005) e la Person-centred Care di Tom Kitwood (1997). Il primo si pone l'obiettivo di sostenere il benessere dell'ospite attraverso la 'trasformazione protesica' non solo dello spazio fisico, ma anche degli operatori, dell'ospite medesimo e delle sue attività quotidiane (Guaita, 2005). Il secondo, che si basa sulla gestione centrata sulla persona di Tom Kitwood, mira anch'esso al benessere dell'ospite, partendo dal presupposto che oltre al danno cerebrale, altri fattori incidono profondamente sul vivere quotidiano, quali la salute fisica, la biografia, la personalità e il contesto psico-sociale. Differenze principali tra le due strutture: Modena: residenza temporanea per gravità da moderata a moderato-severa vs. Mirandola: definitiva; da moderato-severa, a severa.

METODI

Il metodo adottato è costituito dall'applicazione di tutte le tappe previste per una sessione di *mapping* (8^a edizione), da parte di una 'mapper' che ha acquisito i primi due livelli di training (MVG - Mapper A) con la collaborazione di una logopedista nel ruolo di Receptive Mapping Partner (CT -Mapper B):

a) *Preparazione* del personale: condotta con speciale cura; frequentata da un alto numero di operatori agevolati dal permesso della Direzione. Preceduta dalla distribuzione di brochure informative da usarsi come punto di riferimento (destinati anche ai caregiver familiari)

b) *Mapping*: osservazione di 5 residenti in un'area comune per un periodo di 6 ore

c) *Sessione di feedback*: ottima reazione del personale alle potenzialità percepite nelle numerose modalità di data processing ed alla chiarezza ed utilità di profili e grafici per monitorare i cambiamenti

RISULTATI

Dalle prime esperienze con lo strumento DCM si evince la potenzialità di una maggiore consapevolezza da parte del personale nell'identificare ed evitare situazioni di "psicologia sociale maligna", e nello scoprire esempi creativi di interventi positivi sulle persone con demenza.

Sono emerse nella prima applicazione italiana alcune differenze culturali, rispetto al modello originale, che dovranno essere affrontate e superate.

CONCLUSIONI

Queste prime esperienze fanno sperare che il DCM sia come strumento che come processo (di training e ottimizzazione del personale) possa essere impiegato utilmente per migliorare la qualità di vita dei residenti in strutture per persone affette a Demenza.

LA RIABILITAZIONE COGNITIVA IN R.S.A.

**Stefania Gorlato¹, Donatella Pascal¹, Graziella Rossi¹, Elena Tamietti¹, Davide Pussetto²,
Silvia Ambrosio³**

¹*S.C. Lungassistenza e Geriatria, Dipartimento Post Acuzie, ASL TORINO 3*

²*Liberio professionista*

³*ASO CTO TORINO*

RIASSUNTO

Presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) "Girasole" di Bibiana (Torino) a diretta gestione Aziendale (ASL TO 3), ospitante 40 anziani non autosufficienti, a decorrere del mese di Ottobre 2007 si è avviata un'attività di riabilitazione cognitivo-comportamentale, attraverso tecniche di riorientamento alla realtà e stimolazione "emozionale". I destinatari sono ospiti affetti da demenza senile con deterioramento cognitivo di grado lieve/moderato (M.M.S.E. compreso tra 14-25) e disturbi comportamentali (BPSD).

METODI

Le sedute (con incontri settimanali della durata di due ore ciascuna) sono state condotte da educatori professionali, a piccoli gruppi di ospiti per un totale di 12 persone. I casi sono stati valutati prima del trattamento riabilitativo e a 4 mesi, vs. 12 soggetti di controllo (trattati con sola farmacoterapia) valutati in analogo spazio temporale. Le scale di valutazione utilizzate sono state: M.M.S.E., A.D.L., N.P.I., G.D.S, e scale "osservazionali" sul grado di partecipazione e di interesse manifestato dagli ospiti e rilevato dagli operatori durante la conduzione degli incontri.

RISULTATI

Dopo il trattamento riabilitativo il 41,66% dei soggetti trattati, ha ridotto il numero di farmaci psicoattivi (antipsicotici-ansiolitici-antidepressivi), il 16,66% ha avuto incremento terapeutico delle medesime classi di farmaci. Tra i controlli il 75% ha incrementato l'assunzione di farmaci, nessuno ha beneficiato di riduzioni terapeutiche. Il 75% dei casi presenta riduzione di BPSD; nessuno un incremento. Nei controlli si è assistito ad una analoga riduzione dei BPSD (75%) a fronte di un incremento della terapia farmacologica.

Dalle scale osservazionali è emerso come il grado di interesse e di partecipazione degli ospiti è stato complessivamente soddisfacente e si è accresciuto con il proseguire delle sedute. Parallelamente gli operatori hanno rilevato un incremento prestazionale alle attività proposte.

CONCLUSIONI

La riabilitazione cognitiva ha determinato la riduzione della terapia farmacologica, dei disturbi comportamentali e della sfera affettiva ed il mantenimento delle autonomie funzionali. La soddisfazione degli ospiti e degli operatori ha contribuito al miglioramento della qualità di vita, al mantenimento dell'equilibrio rispetto all'ambiente circostante ed al benessere psicologico. La terapia non farmacologica presenta costi limitati e permette la riduzione della spesa sanitaria.

Il limite dell'esperienza descritta è legata all'esiguità numerica del campione ed al ridotto periodo di tempo di follow-up. In seguito a tali conclusioni si è deciso di proseguire il progetto, estendendolo ad un maggior numero di ospiti e di integrare la valutazione degli outcome con l'analisi dello stress del caregiver.

STATO CONFUSIONALE ACUTO IN ANZIANI CON STROKE IN UNA UNITA' OPERATIVA DI GERIATRIA: COMORBILITA', STATO FUNZIONALE, MORTALITA'

Grippa Alessandro, Caronzolo Francesco, D'Amico Ferdinando

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza - Laboratorio per la prevenzione, diagnosi e trattamento della Demenza. P.O. "Baronbe I. Romeo" Patti, USL 5 Messina

RIASSUNTO

Tra gli anziani ospedalizzati si rileva un'alta incidenza di delirium. Nelle UU.OO. di Medicina e Geriatria fra i pazienti con età superiore ai 70 anni il 10-20% presenta Delirium all'ammissione ed un altro 10-20% di casi si verifica durante la degenza; in UU.OO. intensive o subintensive l'incidenza sale al 60% dei casi. Tra i fattori di rischio sono inclusi oltre l'età la comorbilità e la polifarmacoterapia, e tra i fattori precipitanti molti eventi clinici acuti, oltre che improvvisi cambiamenti di ambiente.

Lo scopo dello studio consiste nell'individuare in un gruppo di anziani ricoverati per Stroke in una Unità Operativa di Geriatria quelli con episodio di Delirium al momento del ricovero (prevalente), al fine di studiare in questi pazienti: tipologia del Delirium, stato cognitivo, stato funzionale al momento del ricovero ed alla dimissione, comorbilità, mortalità a 6 mesi, rispetto ad una popolazione anziana ricoverata per Stroke che non ha presentato episodi di Delirium.

METODI

Sono stati studiati 44 anziani ricoverati nel periodo Gennaio-Giugno 2007 nella U.O. di Geriatria del P.O. di Patti, con diagnosi di ammissione di Ictus cerebrale o comunque di evento cerebrovascolare acuto. A tutti gli anziani venivano somministrati all'ingresso ed alla dimissione la scala Confusion Assessment Method (CAM), i tests funzionali e psicometrici e la CIRS. Dopo 6 mesi dal ricovero veniva verificata l'eventuale mortalità.

RISULTATI

Sulla base della scala CAM venivano distinti 2 gruppi: Gruppo A (25 soggetti, M 6, F 19) in cui era presente Delirium, Gruppo B (19 soggetti, M 6 F 13) che non presentavano all'ingresso stato confusionale acuto.

	Delirium (Gruppo A)	No delirium prev. (Gruppo B)
Numero Soggetti	25	19
Tipologia Ictus	Ischemico (22) Emorragico (3)	Ischemico (19) Emorragico (0)
Età Media	79 ±8	74 ± 9
Barhel Index stimato a domicilio (media)	56	67
Barhel Index alla dimissione (media)	11	21
MMSE all'ingresso (media)	Non somministrabile	14,6
MMSE alla dimissione	11,1	17,0
Soggetti trattati con antipsicotici o benzodiazepine	Prima del ricovero (n. 7) Durante il ricovero (n. 17)	Prima del ricovero (n. 4) Durante il ricovero (n. 2)
CIRS (Indice severità comorbilità-media)	3,8	2,7
Mortalità a 6 mesi	n. 7	n. 2

Nei soggetti che presentavano Delirium questo stato si manifestava all'ingresso in ospedale in forma ipercinetica nel 37% dei casi, ipocinetica nel 43% dei casi, con andamento fluttuante nei restanti casi. I soggetti con Delirium presentavano rispetto agli altri una maggiore durata del periodo di degenza (12,1 giorni nel gruppo A in media rispetto a 7,5 del gruppo B). Tra i soggetti con una più lunga degenza 12 avevano Delirium incidente in un periodo successivo ai primi 3 giorni di ricovero. Tutti i pazienti con delirium ipercinetico sono stati trattati con aloperidolo.

Tra i soggetti del gruppo A si rilevava inoltre una maggiore severità alla CIRS per patologie cardiovascolari (media 3,8) rispetto al gruppo B (2,7).

CONCLUSIONI

Il Delirium prevalente risulta un fattore prognostico negativo indipendente in soggetti affetti da Stroke, risultando essere associato all'età, ad una maggiore comorbilità e ad un maggiore grado di dipendenza. Risulta inoltre predittivo di Demenza e di mortalità più elevata, rispetto a soggetti con Stroke che non hanno presentato in fase acuta stato confusionale.

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PSICOGERIATRICO

Grumo Gianluca¹, De Benedictis Patrizia², Mastroianni Franco³, Roca Vitantonio⁴

¹Psicologo, ²Assistente Sociale, ³Direttore Sanitario, ⁴Amministratore, RSA Madonna della Pace, Via Sofia snc 70031 Andria -
rsaaaaura2007@libero.it; www.rsamadonnadellapace.it

INTRODUZIONE

Il coinvolgimento della famiglia di origine ha un ruolo fondamentale nella gestione complessiva del paziente affetto da patologie psicogeriatriche (demenze, depressione, ecc.). Infatti il ricovero nei vari setting assistenziali, Centro diurno, Residenza sanitaria, deve essere fatto con estrema cautela per minimizzare gli effetti del cambiamento di luoghi e di persone. L'organizzazione della giornata all'interno di queste strutture deve rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia, nel rispetto della privacy e delle singole necessità di ciascuno.

Il modello organizzativo della RSA Madonna della Pace

L'inserimento dell'ospite in RSA o nel Centro diurno, prevede una serie di passaggi standardizzati al fine di coinvolgere fin da subito la famiglia del paziente nella gestione complessiva. I momenti sono: 1) *primo contatto*; avviene di solito per telefono. In questa fase l'ufficio URP fissa un appuntamento in struttura; 2) *primo appuntamento*. L'ass. Sociale e/o lo psicologo mediante un colloquio preliminare identificano i bisogni ed ascoltano le varie problematiche individuali e consegnano il Regolamento interno; 3) *incontro con la Direzione medica*. In questa fase si chiede ai familiari di accompagnare il paziente (ove questo è possibile) per una visita medica preliminare, al fine di identificare precocemente gli aspetti medico-assistenziali e programmare gli interventi; 4) *incontro con la direzione amministrativa* per la definizione delle procedure burocratiche e per la identificazione del giorno del ricovero. I vari momenti possono anche essere unificati e raggruppati a seconda delle necessità dei familiari. Al momento del ricovero sono presenti: il medico, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente geriatrico, l'educatore professionale ed il fisioterapista. L'equipe prende in carico il paziente e definisce il Progetto Individuale di Assistenza (PAD). Inoltre si concordano con la famiglia le modalità e la frequenza delle visite.

Gli strumenti utilizzati sono: la cartella socio-assistenziale ed il colloquio: la cartella per la raccolta dei dati, comprende anche le verifiche e gli aggiornamenti del lavoro d'equipe; essa rappresenta lo strumento di controllo e di monitoraggio dell'evolversi dei bisogni sociali ed individuali. Il colloquio è importante per cogliere i bisogni, definire gli obiettivi del cambiamento, sviluppare le varie fasi del processo di aiuto e creare una relazione di fiducia riducendo i timori della famiglia e del paziente. Il ruolo della famiglia è importante perché deve trasferire all'equipe di assistenza tutte le conoscenze, i bisogni, le abitudini, gli interessi del paziente, al fine di assicurare una continuità, quanto più vicina possibile, con la vita al proprio domicilio; viceversa è importante spiegare ai familiari i procedimenti ed i ritmi di una vita in comunità, le regole e le metodologie di intervento per evitare fin dall'inizio eventuali incomprensioni sui metodi. Anche la personalizzazione della camera di degenza, compatibilmente con le esigenze di sicurezza, può contribuire a rendere meno violento l'impatto con un nuovo ambiente e minimizzare eventuali reazioni di fuga o sindromi di tipo ansioso che spesso compaiono in questi pazienti. D'altro canto l'impegno richiesto ai familiari è utile da un lato per ridurre al massimo il loro senso di colpa, e dall'altro per ridurre la sensazione di abbandono da parte del paziente. Gli incontri con i familiari proseguono periodicamente al fine di valutare insieme all'equipe di assistenza eventuali aggiustamenti nella gestione dell'ospite. In caso di rientro al proprio domicilio vengono definite le strategie per proseguire il programma assistenziale fornendo tutte le istruzioni necessarie per la gestione (es. gestione dei farmaci, dei presidi, dei dispositivi medici, PEG, Respiratore ecc.) del paziente.

CONCLUSIONI

Nelle Residenze Sanitarie e nei Centri diurni, il ruolo della famiglia deve essere sempre più considerato centrale nella organizzazione dell'attività di socio-assistenza. Le figure professionali impegnate (in primo luogo lo psicologo e l'assistente sociale), interlocutori privilegiati, coordinano l'integrazione e fanno da trade-union tra il nucleo di origine, il caregiver principale e la struttura che accoglie il paziente. Definendo in tal modo i programmi e le strategie di intervento, in maniera congiunta, si hanno maggiori probabilità di efficacia e si riduce il disagio del paziente con effetti positivi sulla qualità della vita. L'individuo viene reso così partecipe e protagonista al fine di responsabilizzare la famiglia ed evitare la delega completa dell'assistenza.

LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DELL'ANZIANO CON PLURI-PATOLOGIE IN LUNGODEGENZA: UNA MODALITA' OPERATIVA DI INTERVENTO

Guarnerio Chiara¹, Oliva Stefano², Chiambretto Paola¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica e della Salute - Cooperativa Vitaresidence, Guanzate (CO), Legnano (MI), Montorfano (CO)

²Psichiatra Cooperativa Vitaresidence, Guanzate (CO), Legnano (MI), Montorfano (CO)

INTRODUZIONE

Il progresso in ogni campo, il benessere economico e l'innovazione tecnologica hanno determinato un aumento della durata della vita media; parallelamente a questo si è assistito ad un sollevarsi di problematiche cliniche, psicologiche e sociali non solo riferibili all'aumento dell'aspettativa di vita, ma anche a condizioni morbose in età senile che generano sempre più bisogni sanitari e assistenziali complessi. Le R.S.A oggi non ospitano più solo utenti con condizioni legate all'invecchiamento fisiologico (rallentamento motorio, minori capacità cognitive, ecc.), ma accolgono soprattutto persone oltre i 65 anni con pluripatologie (cardio-vascolari, osteoarticolari, respiratorie, oncologiche, ecc.).

L'intervento psicologico in lungodegenza non può non tenere in considerazione questa nuova realtà e la sua complessità: alle problematiche psicologiche connesse all'invecchiamento (il cambiamento del corpo e della mente, il cambiamento del ruolo sociale ecc.) si aggiungono quelle traumatiche determinate da un evento acuto patologico, che portano alla perdita temporanea o permanente di autonomia, e quelle legate al ricovero in lungodegenza (allontanamento dal proprio domicilio, dalla famiglia, dalle abitudini ecc.).

La multidimensionalità delle problematiche citate richiede un approccio integrato. Lo psicologo dunque non può che lavorare in équipe con altre figure professionali: psichiatra ed educatore in particolare, ma anche con tutti gli operatori coinvolti. La condivisione di punti di vista differenti ed un piano d'azione comune permette il raggiungimento degli obiettivi: migliorare la qualità della vita della persona, aiutarla ad affrontare ciò che la condizione clinica genera e favorirne un buon adattamento alla realtà della lungodegenza sia essa il domicilio definitivo che temporaneo.

METODI

Il presente lavoro descrive un protocollo di intervento psicologico, elaborato dopo un'analisi delle caratteristiche dell'utenza (di cui si riportano i dati raccolti), adottato da una struttura di lungodegenza.

CONCLUSIONI

Affinché i luoghi di cura non divengano dei non luoghi, affinché alla presa in carico di un corpo vi sia anche la presa in carico dell'uomo che vi abita, della sua storia, della sua vita, dei suoi bisogni, dei suoi desideri, delle sue paure, è necessario far emergere dallo sfondo la figura del paziente facendosi testimoni e custodi degli aspetti individuali che lo caratterizzano in un momento di cambiamento e di sofferenza sia fisica che psichica.

CORRELAZIONE TRA DISTURBI DEL SONNO E SINTOMI ANSIOSI E DEPRESSIVI NELL'ANZIANO. DATI PRELIMINARI

Guidi Alessandra¹, Moretti Francesca¹, Bernabei Virginia¹, Atti Anna Rita¹, Ferrari Barbara¹, Dalmonte Edoardo², De Ronchi Diana¹

¹*Istituto di Psichiatria "P.Ottonello", Università di Bologna, www.istitutopsichiatria.unibo.it*

²*Unità Operativa di Geriatria, Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL di Ravenna*

SCOPO

Scopo dello studio è verificare l'associazione tra disturbi del sonno e depressione e disturbi del sonno e ansia nell'ambito della popolazione anziana di Faenza [De Ronchi D *et al*, 2005].

MATERIALI E METODI

La popolazione in esame è costituita da 216 soggetti, di cui il 57.9% sono donne. L'età media per uomini e donne è di 75.7 anni e 75.1 anni rispettivamente ($p < 0.471$). I disturbi del sonno sono stati indagati utilizzando la Scala del Sonno di Jenkins (Jenkins Sleep Scale). La presenza in anamnesi patologica di sintomi ansiosi, depressivi o la concomitanza di entrambi è stata valutata ponendo al paziente domande dirette ad indagare la presenza attuale o passata di sintomi psichiatrici, le caratteristiche del sonno, la qualità dell'alimentazione e l'autonomia nelle attività quotidiane. L'associazione tra disturbi del sonno e sintomi ansiosi e depressivi è stata valutata attraverso analisi di regressione logistica: Odds Ratios (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

RISULTATI

Tenendo in considerazione l'effetto confondente di sesso ed età, l'aver difficoltà ad addormentarsi più spesso di 14 volte al mese si associa a sindrome depressiva con un OR(IC 95%)=2.41 (1.05-5.54). Tuttavia dopo inclusione di comorbidità somatica l'associazione è solo marginalmente significativa. La maggior frequenza di risvegli precoci e di risvegli dopo le abituali ore di sonno con stanchezza residua si associano a depressione con un OR(IC95%) rispettivamente di 4.34 (1.25-15.10) e di 9.32 (3.13-27.74), indipendentemente dalle covariate sesso, età e comorbidità. Relativamente all'associazione tra disturbi del sonno e ansia, la frequenza di problemi dell'addormentamento e di un risveglio associato a stanchezza si accompagna ad una probabilità più che raddoppiata di soffrire di sindrome ansiosa, tuttavia l'inclusione di comorbidità riduce fortemente la significatività statistica. Al contrario, la frequenza di risvegli precoci si associa in maniera significativa alla presenza di sintomi ansiosi con OR(IC95%)=5.15 (1.45-18.26).

CONCLUSIONI

Il presente studio conferma l'associazione già ampiamente documentata in letteratura tra disturbi del sonno e sindrome depressiva, evidenziando come risvegli precoci e risvegli con residua stanchezza siano i fattori più strettamente correlati. Al contrario solo pochi studi hanno investigato l'ansia, che nel nostro studio risulta associata ad una aumentata frequenza di risvegli precoci e problemi nell'addormentamento. I risultati ottenuti lasciano intravedere spazi di intervento farmacologico che potrebbero consentire un deciso miglioramento della qualità del sonno, nonché del tono dell'umore e della qualità di vita.

SINTOMI DEPRESSIVI, RIABILITAZIONE, FRAGILITÀ

Ivaldi Claudio^{1,2}, Lemut Maria Chiara²

¹ *Dipartimento Assistenza Anziani, ASL 3 "Genovese"*

² *Gruppo Geriatrico Genovese*

RIASSUNTO

I pazienti che afferiscono ad un reparto di riabilitazione geriatrica dopo un evento acuto presentano molte condizioni che possono causare fragilità e diversi sono i fattori su cui intervenire. In questo lavoro vogliamo analizzare le problematiche legate ai disturbi del tono dell'umore presenti in una struttura a carattere riabilitativo. La presenza di sintomi depressivi è un dato di frequente riscontro in età geriatrica, ma altresì poco valutato e ancor meno spesso trattato, specialmente in setting ospedaliero.

La priorità dei problemi somatici durante il ricovero ospedaliero, la tendenza del paziente a descrivere attraverso sintomi somatici la sofferenza psichica, la difficoltà di riconoscere e comunicare una problematica psichiatrica, l'incapacità del medico nel diagnosticare un disturbo depressivo sono tra i motivi che più frequentemente determinano questo stato di cose; è quindi nel setting riabilitativo, superata l'acuzie ed all'inizio di un percorso di recupero (spesso faticoso!), che la sintomatologia depressiva può essere forse più facilmente identificata.

Nell'ambito di un progetto di studio dell'efficacia del trattamento farmacologico dei sintomi depressivi, abbiamo studiato l'associazione tra disturbi depressivi e recupero funzionale negli anziani ricoverati per riabilitazione o stabilizzazione del quadro clinico nella nostra struttura.

MATERIALE E METODI

Sono stati analizzati i dati della VMD effettuata sui pazienti afferenti alla RSA di Campo Ligure della ASL 3 Genovese.

Alla nostra struttura giungono pazienti con problematiche cliniche eterogenee che necessitano di un trattamento riabilitativo o di un periodo di stabilizzazione del quadro clinico, oppure pazienti affetti da neoplasia con prognosi inferiore a 6 mesi. Sono stati presi in considerazione i dati di 245 pazienti afferenti alla struttura in due anni di attività; esclusi i pazienti deceduti, quelli con patologia neoplastica terminale, i pazienti gravemente dementi (MMSE <14/30) e coloro che sono stati nuovamente ricoverati in Ospedale, i pazienti presi in esame sono stati 127.

RISULTATI

Tra i 127 pazienti analizzati, il 55% (70 paz) presentava una sintomatologia depressiva con GDS $\geq 6/15$, mentre il 45% (57 paz) non appariva depresso alla GDS. I valori medi di GDS dei pazienti depressi erano pari a $8,6 \pm 2,1$ vs $3,3 \pm 1,3$ nei non depressi.

Abbiamo quindi confrontato le due tipologie di pazienti (depressi vs non depressi): i raggruppamenti per patologie prevalenti osservate (ortopedica, neurologica, di altra natura) non differivano tra i due gruppi; risultavano inoltre analoghi la scolarità, lo stato funzionale premorbo (B.I. premorbo $75,2 \pm 28,5$ vs $77,9 \pm 29,4$; n.s.), il POMA di Tinetti ($6,6 \pm 6,6$ vs $6,8 \pm 6,9$; n.s.), i principali parametri nutrizionali (albumina, colesterolo, emocromo; n.s.).

I pazienti depressi, mediamente più anziani ($81,9$ anni $\pm 8,1$ vs $80,0 \pm 8,3$), con MMSE significativamente ($p=0,04$) più compromesso (MMSE: $22,3 \pm 4,3$ vs $24,2 \pm 4,6$) presentavano inoltre una peggiore funzionalità globale all'ingresso (Barthel Index all'ingresso: $32,9 \pm 23,7$ vs $42,5 \pm 25,6$; $p=0,007$) ed un minore trend al recupero, sia delle capacità funzionali che della sicurezza nella deambulazione. Solo il 41% dei depressi contro il 62% dei non depressi raggiungeva alla dimissione una autonomia funzionale $>$ ai 2/3, cioè

B. I. $\geq 66\%$ ($p=0,002$). Raggiungevano inoltre un valore di Tinetti $\geq 19/28$ (basso rischio di caduta) il 38,3% dei pazienti depressi, contro il 56,8% dei non depressi ($p=0,04$); la durata della degenza nei depressi è infine apparsa maggiore che nei non depressi (53,5 giorni di degenza $\pm 40,0$ vs 48,7 $\pm 27,5$).

CONCLUSIONI

La popolazione anziana ricoverata in riabilitazione presenta un'elevata prevalenza di sintomatologia depressiva cui si associano outcome negativi (ridotto recupero motorio, aumentato rischio di caduta, aumento della durata della degenza, ecc); nel futuro studieremo se l'intervento farmacologico con farmaci antidepressivo possa rivelarsi utile nel ridurre il peso della sintomatologia depressiva e/o migliorare il recupero di questi pazienti.

SPERANZE E DELUSIONI NELL'IMPIEGO DEGLI ANTIPSIKOTICI ATIPICI NEI DISTURBI COMPORTAMENTALI DEI PZ CON M. DI ALZHEIMER"

Antonio Lera

U.V.A., Unità Operativa di Psichiatria di Giulianova, Dipartimento di Salute Mentale, ASL TERAMO

INTRODUZIONE

I nostri obiettivi sono stati quelli di ottenere una riduzione dei disturbi comportamentali che sono comuni nella Malattia di Alzheimer. Dal Gennaio 2001 al Luglio 2006, trentacinque soggetti affetti da Malattia di Alzheimer sono stati esaminati nell'Unità di Valutazione Alzheimer di Giulianova

METODI

Venticinque di questi con lieve, moderata e severa Malattia di Alzheimer, sono stati arruolati e sottoposti prima di iniziare lo studio a valutazione neuropsicologica attraverso la somministrazione di NPI e CBRSD (CERAD Behavior Rating Scale for Dementia). I pazienti in terapia con Donepezil 10 mg/die, sono stati trattati inoltre con i seguenti antipsicotici atipici impiegati per i disturbi comportamentali: olanzapina 5 mg al giorno in nove pazienti, risperidone 1 mg al giorno in sette pazienti, quetiapina 50 mg al giorno in nove pazienti. Al termine dello studio, l'intero gruppo è stato rivalutato con NPI and CBRSD. Un altro obiettivo di questo studio è stato quello di valutare gli effetti collaterali ed in particolar modo i segni extrapiramidali (EPS) nei pazienti trattati con farmaci antipsicotici atipici.

RISULTATI

Questo studio mostra che questi farmaci ottengono un miglioramento dei disturbi comportamentali (inerzia, irritabilità, aggressività, psicosi, ecc). Abbiamo osservato segni extrapiramidali soltanto in un paziente trattato con risperidone, mentre in un paziente trattato con olanzapina s'è verificato un innalzamento modesto dei livelli serici di trigliceridi, infine abbiamo osservati in due pazienti trattati con quetiapina, la comparsa di sonnolenza diurna.

	EPS		Aumento Trigliceridi		Sonnolenza diurna	
Gruppo pazienti	baseline	9 Mesi	baseline	9 Mesi	baseline	9 Mesi
Risperidone	0	14%	0	0	0	0
Olanzapina	0	0	0	9%	0	0
Quetiapina	0	0	0	0	0	18%

I disturbi comportamentali comprendevano sintomi positivi come disinibizione, impulsività, riduzione delle capacità di giudizio, ed i seguenti sintomi psicotici: allucinazioni (visive e meno comunemente uditive), dispercezioni (come non riconoscere se stesso allo specchio, conversare con una persona vista in una fotografia e infine credere che le persone in televisione fossero presenti nella stanza). L'agitazione, l'aggressività fisica e verbale, l'oscenità, l'iperattività principalmente motoria, ecc., erano problemi evidenziatisi nei soggetti in studio, come anche altri problemi includenti ansia, apatia ed ulteriori sintomi negativi.

	NPI		CBRS		BRSD	
Gruppo pazienti	baseline	9 Mesi	baseline	9 Mesi	baseline	9 Mesi
Risperidone	4	2	2	1	4	2
Olanzapina	4	2	2	1	4	2
Quetiapina	4	2	2	1	4	2

CONCLUSIONI

In base ai risultati, possiamo affermare che nel gruppo in studio, sottoposto a trattamento con farmaci antipsicotici atipici, in supplementazione a Donepezil alla dose di 10 mg/die, abbiamo visto un miglioramento dei disturbi comportamentali ed anche una scarsa comparsa di effetti indesiderati: EPS manifestatisi nel 14% dei soggetti trattati con risperidone, innalzamento modesto dei livelli serici di trigliceridi nel 9% dei soggetti trattati con olanzapina, infine comparsa di sonnolenza diurna nel 18% dei soggetti trattati con quetiapina.

“IL TRATTAMENTO “PERFECT SHAPE”: UNA NUOVA METODICA RIABILITATIVA NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER ALLO STADIO INIZIALE”

Lera Antonio¹, Germani Caterina²

¹U.V.A., Unità Operativa di Psichiatria di Giulianova, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo

²Docente Scienze Motorie - Ideatrice del Perfect Shape

INTRODUZIONE

Nell'ambito delle terapie impiegabili nel trattamento delle Demenze, abbiamo sottoposto a studio sessanta pazienti affetti da Demenza di Alzheimer. La metà dei soggetti in studio sono stati inseriti nel trattamento con Perfect Shape, metodica a valenza ginnico-motoria, valutando il ruolo positivo di questa metodica sullo stato cognitivo dei pazienti in studio.

METODI

I pazienti reclutati all'interno dell'Unità di Valutazione Alzheimer di Giulianova., affetti da Demenza di Alzheimer in stadio iniziale, sono stati sottoposti prima dell'arruolamento allo studio, a valutazione neuropsicologica, affrontando poi lo studio relativamente all'impiego di: MMSE, ADAS, WAIS e delle seguenti scale: ADL, IADL, HIS. I soggetti scelti avevano al MMSE un punteggio compreso tra 24 e 26 e quindi non erano già sottoposti a terapia con Inibitori dell'Achenesterasi. Successivamente un gruppo studio di trenta soggetti è stato sottoposto ad attività ginnico-motoria in maniera specifica attraverso il programma di Perfect Shape, metodica di attivazione muscolare sequenziale per la durata di tre mesi, con successiva attività di mantenimento per altri sei mesi, mentre un gruppo controllo di pari numero non effettuava alcuna terapia. Al termine dei nove mesi, sia il gruppo studio che il gruppo controllo, cioè tutti e sessanta i soggetti, sono stati sottoposti a rivalutazione neuropsicologica.

RISULTATI

Oltre al miglioramento sostanziale ottenuto alle scale ADL ed IADL, i punteggi ottenuti nel confronto tra l'MMSE iniziale e quello di verifica, hanno mostrato un incremento di 4 punti nel 30%, di 2 punti nel 25%, di 1 punto nel 25%, con situazione immodificata nel 20% dei casi, per i soggetti che hanno praticato Perfect Shape, Nel gruppo di controllo invece, i punteggi ottenuti nel confronto tra l'MMSE iniziale e quello di verifica non hanno mostrato alcun incremento. Il risultato è stato quindi, solo per i soggetti sottoposti a Perfect Shape, di migliorare oltre la performance motoria, come era lecito aspettarsi, anche quella cognitiva.

	MMSE		IADL		ADL	
Gruppo pazienti	baseline	9 Mesi	baseline	9 Mesi	baseline	9 Mesi
30%	24-26	4 punti	3	5	4	5
25%	24-26	2 punti				
25%	24-26	1 punto				
20%	24-26	Immodificato				

CONCLUSIONI

L'analisi del lavoro porta a poter affermare in base ai risultati ottenuti, che nel gruppo studio sottoposto a Perfect Shape, è migliorata seppur in misura minima la performance cognitiva, valutata attraverso l'MMSE. Tale dato acquista valore soprattutto riguardo al rapporto con il bilancio cognitivo immodificato del gruppo controllo. L'attività ginnico-motoria ed in particolare il Perfect Shape, sembra poter svolgere un ruolo positivo nell'ottica di un miglioramento delle dimensioni cognitive nei pazienti affetti da Demenza di Alzheimer.

PSICOGERIATRIA DOMICILIARE: SOSTEGNO, RIABILITAZIONE, QUALITA' DI VITA. UN'ESPERIENZA FUTURIBILE

Manni Elisabetta

Psicologo clinico e di comunità, Genova

Il privilegio e la scommessa del lavoro con l'anziano deriva dal fatto che siamo i primi osservatori di una nuova realtà esistenziale: il prolungamento dell'età vitale.

La Domus fisica del paziente racchiude elementi passati e presenti tramite i quali possiamo comprendere la Domus psichica; un percorso di conoscenza interiore facilitato dall'evidenza dell'architettura esteriore.

Questa riflessione origina dall'esperienza di sostegno psicologico al domicilio di persone anziane, enfatizzando l'aspetto comunicativo del contesto abitativo come elemento strutturale dell'intervento terapeutico.

CAMBIAMENTI DELL'ETA' DELLA POPOLAZIONE AFFERENTE AD UN CENTRO DI SALUTE MENTALE, IN CUI OPERA UNA UVA, DAL 1999 AL 2007

Marchese Giuseppe¹, Cruciata Sandra²

¹Dipartimento di Salute Mentale AUSL 9 Trapani, UVA DSM TP3,

²Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico Relazionale

RIASSUNTO

La fine del XX secolo coincide con importanti cambiamenti demografici che richiedono necessari e congrui mutamenti nel campo dell'assistenza sanitaria e della distribuzione delle risorse al servizio della popolazione. Sono gli anni in cui, per la prima volta, la popolazione anziana ha superato numericamente la popolazione più giovane. L'Italia, insieme al Giappone, ha il primato come Paese più "vecchio" del mondo. È in questo stesso periodo, sull'onda prodotta da questi macrocambiamenti che, nel nostro Paese, sono nate le U.V.A, intese come Servizi specificamente diretti all'assistenza sanitaria degli anziani affetti da demenza. A distanza di otto anni dall'Istituzione delle U.V.A diventa dunque possibile chiedersi se, ed in che maniera, è mutata l'utenza che afferrisce al Centro di Salute Mentale del Distretto di Alcamo (Sicilia occidentale) al cui interno opera un'U.V.A.

METODI

Il bacino di utenza del Centro di Salute Mentale del Distretto di Alcamo è pari a circa 65.000 abitanti. Lo strumento predisposto dalla regione Sicilia, per il monitoraggio del flusso di utenza afferente ai Centri di Salute Mentale è rappresentato da un apposito registro in cui, quotidianamente, vengono annotate le informazioni anagrafiche dei pazienti, il tipo di domanda e la natura della/e prestazioni e delle attività erogate dal Servizio. Abbiamo dunque effettuato un'analisi descrittiva, riguardo alla distribuzione per età della popolazione richiedente una prima visita nel periodo compreso tra il 1999 ed il 2007. Individuate poi le percentuali della popolazione di età maggiore/uguale a 65 anni, ne abbiamo analizzato la distribuzione per sesso.

RISULTATI

Per il DSM della provincia di Trapani, l'anno 1999 rappresenta un vero spartiacque tra un "prima", privo di Servizi ed attività psicogeriatrica, ed un "poi", segnato dall'Istituzione al suo interno dell'U.V.A. L'analisi dei dati mostra un costante progressivo incremento delle richieste di "prima visita" per pazienti di età superiore/uguale a 65 anni, con una distribuzione maggiore per popolazione di sesso femminile rispetto a quella maschile. I dati possono essere osservati nella tabella sottostante.

Anno	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% Prime visite richieste da paz. di età ≥ 65 anni	22.3%	28.8%	33.2%	37.8%	40 %	45.4%	48.4%	46.9%	50%
% Uomini di età ≥ 65 anni	30,8%	33.8%	38.5%	40.6%	43.5%	43.9%	32 %	42.1%	40.1%
% Donne di età ≥ 65 anni	69.2%	56.2%	61.5%	59.4%	56.5%	56.1%	68 %	57.9 %	59.9 %

CONCLUSIONI

Il costante incremento della domanda di prestazioni sanitarie specialistiche, da parte di un'utenza anziana, è certamente frutto della interazione di molteplici fattori quantitativi e qualitativi. La significatività di questi dati conferma, in ogni caso, il grande bisogno di risposte che siano capaci di guardare con costante attenzione alla complessità dei bisogni di una popolazione anziana che, parafrasando Voltaire, ha diritto alla *migliore qualità delle prestazioni possibili*. Diventa quindi indispensabile il coraggio di ripensare criticamente la struttura organizzativa dei Servizi in cui operiamo, sì da accrescere la stabilità e l'efficacia delle risorse umane ed economiche impiegate.

IL PROGETTO ASSISTENZIALE POST-DIMISSIONE DA UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

Marrè Alessandra¹, Torpilliesi Tiziana¹, Lucchi Elena¹, Bellelli Giuseppe¹, Trabucchi Marco²

¹*UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona, Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia*

²*Università Tor Vergata - Roma, Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia*

PREMESSA

Molto spesso nei pazienti che accedono alle UF Riabilitazione generale geriatrica e di mantenimento si riscontrano, più che problematiche cliniche e/o riabilitative, condizioni socio-assistenziali non adeguate alle esigenze del soggetto. Uno degli obiettivi del ricovero in questa tipologia di soggetti deve necessariamente essere la gestione di tali problematiche.

OBIETTIVI

Individuare i soggetti in cui le problematiche socio-assistenziali sono preminenti, valutarne i bisogni, costruire un progetto assistenziale con i familiari per organizzare insieme una rete in grado di soddisfare, dopo la dimissione, tali bisogni

METODI

L'equipe, durante la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), valuta la situazione ambientale e familiare del paziente identificato come non autosufficiente e stabilisce quali bisogni non sono in tale situazione adeguatamente compensati (scarsa compliance alla terapia farmacologica, malnutrizione, ecc.). Si ipotizza quindi una possibile soluzione (maggiore supervisione nell'assunzione dei farmaci, assistenza nella preparazione dei pasti, badante, RSA, ecc). In una fase successiva viene coinvolto il familiare, al quale vengono comunicate le esigenze e proposte le possibili soluzioni. In base alle risposte date dal familiare vengono poi attivati i canali necessari (Assistente Sociale per SAD, ricerca ed educazione della badante, ecc.). Questo percorso viene monitorato attraverso uno strumento da noi elaborato chiamato "carta di monitoraggio dei processi assistenziali pre-dimissione": si tratta di un foglio in cui vengono identificati i pazienti non autosufficienti, esplicitati i bisogni e le possibili soluzioni ("come, quando e chi") ed annotati tutti i passaggi attraverso i quali si giunge alla realizzazione del progetto assistenziale.

CASO CLINICO

Descriveremo una paziente con decadimento cognitivo lieve giunta alla nostra osservazione per riferite algie diffuse e sintomi somatici aspecifici per i quali richiedeva frequentemente visite mediche e farmaci, non giustificate da una patologia attiva. La paziente, vedova, viveva sola, aiutata in alcune IADL dai due figli. Durante la stesura del PRI veniva individuato un problema nell'assunzione dei farmaci ed in occasione di un colloquio psicologico (richiesto per la presenza di sintomi depressivi) la paziente riferiva paura a stare da sola di notte. Venivano effettuati una serie di incontri programmati con i figli, dapprima separatamente, poi insieme con la presenza della psicologa; veniva chiarita la patologia della paziente (che, come spesso accade, era stata interpretata come mera lamentosità) ed i rischi connessi ad una scorretta assunzione dei farmaci. La reticenza della paziente a farsi aiutare da una persona estranea si poteva affrontare scegliendo una lontana parente che "le facesse compagnia di notte" come primo passo verso una supervisione più stretta. Un successivo colloquio tra il medico di reparto, la paziente e la psicologa illustravano i vantaggi di questa scelta, che veniva pertanto accettata. Ad un follow-up telefonico dopo un mese dalla dimissione il tono dell'umore risultava nettamente migliorato, di pari passo con i sintomi somatici e le paure precedentemente segnalate.

CONCLUSIONI

L'individuazione delle problematiche socio-assistenziali e la costruzione di una "alleanza assistenziale" con il paziente ed i familiari dovrebbe essere uno degli obiettivi del ricovero in reparti di riabilitazione geriatrica e di mantenimento, anche allo scopo di incidere in maniera duratura sulla qualità della vita dei pazienti. La carta di monitoraggio dei processi che portano a tale alleanza è uno strumento utile a tutta l'équipe per la gestione di queste problematiche.

I COSTI DEL PAZIENTE DEMENTE ASSISTITO AL DOMICILIO: ESPERIENZA IN UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)

Massaia Massimiliano, Cappa Giorgetta, Gatti Antonia, Pilon Silvia, Dumitrache Raluca, Marchetto Cristina, Astengo Marco, Molaschi Mario

UVA - Sezione di Geriatria. Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche. Università di Torino

RIASSUNTO

L'obiettivo dello studio è quantificare i costi del paziente demente gestito al domicilio.

METODI

Sono stati intervistati 236 caregiver informali di pazienti affetti da sindromi demenziali afferiti consecutivamente alla nostra UVA nel periodo compreso tra giugno e settembre 2007. Sono stati valutati i dati anagrafici, il tempo trascorso dall'esordio di malattia e la compromissione cognitivo-funzionale del paziente (MMSE, CDR, ADL, IADL); il tipo di sostegno ricevuto (assegno di cura o indennità di accompagnamento); la tipologia e l'entità dei costi che le famiglie devono sostenere: presenza di personale pagato (badante, colf), spese per farmaci/presidi, modificazioni ambientali, l'eventuale conoscenza/utilizzo di Centro Diurno e/o Ricovero di Sollievo. Il coefficiente di correlazione lineare di Pearson è stato utilizzato per valutare le relazioni tra variabili continue; il test del chi quadro per quelle categoriche. La verifica dell'ipotesi di uguaglianza delle medie è stata ottenuta attraverso t-test di Student per variabili indipendenti.

RISULTATI

L'età media dei soggetti assistiti al domicilio è risultata di $79,88 \pm 6,54$ anni (media \pm DS): il 28.4% è di sesso maschile ed il 71.6% femminile. Il tempo medio trascorso dal momento dell'esordio dei disturbi cognitivi è risultato di $31,65 \pm 19,43$ mesi. Al momento della valutazione, il punteggio medio al MMSE è risultato di $15,63 \pm 5,50$. Prendendo in considerazione il punteggio delle ADL il 92.4% dei pazienti presentava una compromissione nelle attività di tipo elementare (da 2 a 5 funzioni perse su 6). Analogamente il punteggio alle IADL medio è risultato di 4.57, indice di non autonomia nell'esecuzione delle attività più complesse di vita quotidiana. L'età media dei caregiver è risultata di $60,27 \pm 13,39$ anni e nel 72% dei casi l'assistenza è fornita dal figlio/a, nel 23,5% dal coniuge, nel 4,5% dei casi da altre figure (fratelli/sorelle, assistenti sociali). Solamente nel 19,7% dei casi analizzati vi è la presenza di supporto finanziario, in particolare il 15,3% ha ottenuto l'assegno di accompagnamento e solo il 3,4% un assegno di cura. Il 39% dei pazienti ricevono assistenza da parte di una badante i cui costi sono in media di circa 800 euro mensili (da un minimo di 250-300 ad un massimo di 1250; nel 38,5% superano i 1000 euro); i pazienti sono assistiti in media da 15 mesi e per circa 12 ore al giorno. Non è stata individuata una associazione tra la presenza di una badante e la concessione ottenuta di un assegno di cura o accompagnamento. Il 45% dei caregiver è ancora in età lavorativa, più del 50% non abita vicino al paziente ed il 20% non è in grado di prendersi cura dell'assistenza. Ricevere l'assistenza di una badante non è associato al grado di deterioramento cognitivo o funzionale (ADL, IADL), all'età del caregiver o al tempo di esordio dei sintomi del paziente. Nel 19,4% dei casi alle spese per la badante si sommano quelle relative alla presenza di una collaboratrice domestica (media mensile di 280 euro). Nel 6.4% dei casi si sono rese necessarie modificazioni strutturali dell'abitazione con costi nel 80% dei casi superiori ai 3000 euro. Infine la spesa media mensile per farmaci, presidi non dispensati dal SSN è risultata essere di circa 100 euro. In solo il 6.8% dei casi il caregiver è a conoscenza dei centri diurni e/o ricoveri di sollievo e ne ha fatto ricorso dall'esordio della patologia. Il 20,9% riferisce di avere già preso in considerazione la possibilità di istituzionalizzare il proprio parente; tale decisione è indipendente dal ricevere aiuto da parte di una badante, dall'età, dalla durata di malattia, ma è associata alle difficoltà di gestione del paziente per il grado di deterioramento cognitivo ($p=0.001$) e funzionale ($p=0.02$) indipendentemente dalla presenza di una badante.

CONCLUSIONI

Tale studio mette in evidenza e conferma da un lato gli alti costi sostenuti dalla famiglia per mantenere al proprio domicilio il parente affetto da deterioramento cognitivo, dall'altro la scarsità degli aiuti economici e socio-assistenziali ottenuti. Inoltre, mentre da un lato mostra come il caregiver abbia una propensione a mantenere al domicilio il proprio parente malato, dall'altro sottolinea la scarsa informazione relativa a possibili servizi cui si può far ricorso durante la malattia (Centri Diurni, Respite) per ridurre stress e carico assistenziale e la difficoltà ad ottenere un supporto finanziario (indennità di accompagnamento per invalidità civile, assegno di cura) che possa comunque integrare le elevate spese di gestione/assistenza.

L'INTEGRAZIONE DEI SETTING ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI ALZHEIMER: NUCLEO, CENTRO DIURNO, GIARDINO

Mastroianni Franco¹, Di Donna Marco², Roca Vitantonio³

*¹Gerontologo e Geriatra, Direttore Sanitario, ²Architetto progettista, ³Amministratore RSA Madonna della Pace, Via Sofia snc, Andria
rsaaaura2007@libero.it; www.rsamadonnadellapace.it*

INTRODUZIONE

È noto che il Nucleo Alzheimer contribuisce alla complessa gestione del soggetto affetto da disturbi comportamentali e da demenza. L'efficacia dell'ambiente "protesico" si realizza in modo compiuto quando al nucleo d'ambientazione interna sia esso residenziale o diurno, si associa il giardino Alzheimer in spazi all'aperto.

Il progetto nella RSA Madonna della Pace

Il nostro progetto, in via di realizzazione, vuole evidenziare l'efficacia dell'integrazione attiva e permanente del giardino Alzheimer con il nucleo, al fine di massimizzare la sinergia dei luoghi e rendere complementari diverse ambientazioni architettoniche organizzate in un continuum terapeutico. Lo studio è concepito in modo da sperimentare metodologie applicative tali da fondere in un unico luogo di cura due ambienti attualmente diversi per collocazione (interno ed esterno) e per fruibilità spazio-temporale (ogni giorno il nucleo, in particolari condizioni climatiche il giardino). Attraverso la comparazione tra gli effetti indotti dall'ambiente e le caratteristiche comportamentali di questi pazienti, viene ad essere determinato, mediante una matrice correlativa pluridimensionale, la definizione di elementi rappresentanti l'ambiente protesico sia per gli spazi interni sia per gli esterni, con un maggiore rapporto di interdipendenza e funzionalità reciproca.

Le diverse tipologie di allestimento dell'architettura terapeutica possono contribuire al notevole miglioramento della qualità della vita dei pazienti: le varietà delle caratterizzazioni, considerando necessariamente differenti interventi di definizione architettonica in diversi luoghi, sono contemplate nell'approccio sistemico generale attraverso l'uso nella matrice di elementi costanti (invarianti) sia di "ingresso dati" che di "uscita obiettivi", innestando come riferimento variabile gli elementi di definizione della qualità dello spazio per il quale si definiscono le tipologie di livello quantitativo-qualitativo. Una metodologia sistemica potrebbe consentire nel tempo l'implementazione e l'aggiornamento sia di nuovi elementi da considerare che di nuove tecnologie da porre a servizio sia del personale di cura che dei pazienti.

CONCLUSIONI

La perfetta ed attiva integrazione di due luoghi terapeutici che ne consente il loro continuo utilizzo è utile per impattare positivamente sui disturbi comportamentali del soggetto affetto da demenza in ogni periodo dell'anno.

Sintetizzare due luoghi in un unico obiettivo; due luoghi in un continuum terapeutico, integrando in modo permanente un ambiente esterno ed uno interno, sempre conservando per ciascuno caratteristiche peculiari, ma fondendo insieme gli aspetti terapeutici per aumentare l'efficacia, migliorare la qualità della vita del paziente e facilitare il lavoro degli operatori.

L'utilizzo di luoghi perfettamente funzionali in ogni periodo dell'anno consentirebbe di minimizzare il disorientamento spazio-temporale e prolungare in tutti i pazienti che si ricoverano in strutture residenziali, la possibilità di usufruire in ogni periodo di alternative differenziate senza problemi di adattamento nella metodologia curativa dell'architettura terapeutica. Inoltre la co-presenza del nucleo residenziale e del centro diurno incontra le esigenze dei pazienti e della famiglia a diversi livelli. Infatti la gravità dei sintomi e le possibilità gestionali della famiglia possono orientare il setting, tarando l'intervento sulle reali necessità del paziente e della sua famiglia.

PREVALENZA DI DEMENZA IN UN GRUPPO DI PAZIENTI RICOVERATI IN NURSING HOME

MAZZA LAURA, SESTITO MARIA ROSARIA, BIAMONTE STELLA, SGRÒ GIOVANNI

Fondazione Betania Onlus, Dipartimento Anziani, Catanzaro

RIASSUNTO

La demenza oltre che portare ad una compromissione globale delle funzioni corticali superiori, compresa la memoria, porta anche alla perdita dell'efficienza nella gestione delle attività della vita quotidiana, della vita di relazione sociale, familiare e del ruolo lavorativo.

SCOPO

Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare la prevalenza di demenza nell'ambito del nostro centro di assistenza per anziani.

MATERIALI E METODI

Sono stati esaminati 175 pazienti ricoverati presso dipartimento anziani della Fondazione Betania Onlus di Catanzaro (20,57% maschi e 79,43% donne) attraverso la rilevazione della diagnosi e la somministrazione del MMSE.

RISULTATI

Nel 29,71% dei pazienti esaminati è presente una diagnosi di demenza. Le tipologie di demenza per sesso, rimangono quasi invariate con uno scostamento dello 0,84% per i maschi e del -0,22% per le donne. La prevalenza delle diverse forme di demenza vede al primo posto la Demenza Senile con il 53,70%, segue la M. Parkinson con il 24,07%, poi la M. di Alzheimer con il 12,96%, la Demenza Vascolare con il 7,41%, ed infine la Demenza Frontotemporale con il 1,85%. Per quanto riguarda il grado del deficit cognitivo, dall'analisi del MMSE si evince come il livello medio di deficit è il più frequente (56,25%), seguito da quello grave (31,25%).

Distribuzione per tipologia

Rivelazione casi di demenza (**)	Demenza vascolare	Malattia Parkinson	Demenza senile	Malattia Alzheimer	Demenza fronto-temporale	Casi Totali di Demenza	Ripartizione % in base al sesso
Totale	4	13	29	7	1	54	
relative a maschi	1	5	6	0	0	12	22,22 %
relative a femmine	3	8	23	7	1	42	77,78 %
Incidenza della tipologia di demenza sui casi totali	7,41 %	24,07 %	53,70 %	12,96 %	1,85 %	100,00 %	

(**) Eventuali demenze multiple relative allo stesso individuo *non sono* unificate

25,00 %	38,46 %	20,69 %	0,00 %	0,00 %
75,00 %	61,54 %	79,31 %	100,00 %	100,00 %

Distribuzione per gravità dai test diagnostici (MMSE)	Valori assoluti			Quote dei livelli di deficit sul totale dei test somministrati		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Grave	3	7	10	37,50 %	29,17 %	31,25 %
Medio	3	15	18	37,50 %	62,50 %	56,25 %
Lieve	1	2	3	12,50 %	8,33 %	9,38 %
Normale	1	0	1	12,50 %	0,00 %	3,13 %
Totale test somministrati	8	24	32			
Test non somministrati	6	14	20	Quote dei test non somministrati sul totale utenti con demenza		
di cui per insufficienza mentale	0	2	2	0,00 %	5,26 %	3,85 %
di cui per comunicazione impossibile	6	12	18	42,86 %	31,58 %	34,62 %
Totale utenti con demenza	14	38	52			

CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti si evince che per i maschi si ha una sostanziale equi distribuzione dei livelli di deficit grave e medio, mentre per le donne il livello medio ha frequenze pari al doppio di quello grave. Molto interessante il dato sulla M di Parkinson per quanto riguarda la sua frequenza sul totale dei casi e per la distribuzione per sesso, più frequente nei maschi che nelle donne.

ANARTRIA LENTAMENTE INGRAVESCENTE: NON SOLO DEMENZA SEMANTICA

Minelli Dorella, Ghisla Maria Karin, Baroni Fiorenzo, Brambilla Cristina, Facchi Emanuela

U.O. Medicina Riabilitativa Specialistica e Generale-geriatrica Fondazione O.P. Ricchiedei, Gussago (BS)

Le demenze degenerative sono caratterizzate da deficit progressivi isolati del linguaggio di tipo afasico (anomie, parafasie, disturbi di comprensione, paragrafia etc.) che coinvolgono la fonologia, il lessico e la sintassi. Il disturbo articolatorio è poco frequente e non figura nemmeno tra i sintomi preminenti della demenza frontale.

L'attuale classificazione delle demenze fronto-temporali prevede tre varianti cliniche: la demenza frontale, la demenza semantica e l'afasia non fluente progressiva (Neary et al, 1998). Alcuni pazienti affetti da disturbo del linguaggio a carattere progressivo non rientrano in questa classificazione. Gorno Tempini et al. (2003) hanno descritto, nell'ambito delle afasie fluenti progressive, una variante logopenica.

C.B, femmina di 81 anni, 5 anni di scolarità, giunge alla nostra osservazione dopo prolungato allettamento post-acuzie e per valutazione delle performances cognitive. La paziente è affetta da disturbi di articolazione progressivi caratterizzati da eloquio rallentato, scandito, disprosodico, interrotto da pause e *conduites d'approche*, trasformazioni fonologiche non costanti e non uniformi. Il disturbo è esordito 5 anni dalla prima valutazione neuropsicologica, dalla quale non emergono deficit cognitivi specifici, in assenza di deficit del linguaggio, aprassia e impatto funzionale. Dopo un anno la paziente è stata sottoposta ad una valutazione di controllo dalla quale si rileva un peggioramento dell'eloquio che risulta a livello articolatorio del tutto incomprensibile. È mantenuta un'adeguata comprensione uditiva e scritta con una scrittura nella norma associata ad una compromissione delle funzioni esecutive e attenzionali. Iniziale impatto funzionale con apatia ed isolamento sociale.

Le neuroimmagini dimostrano un ipoafflusso vascolare cronico e atrofia corticale diffusa più accentuata in sede temporo-insulare e fronto-polare.

Le caratteristiche del caso fanno propendere per una diagnosi di demenza fronto-temporale con variante anartrica, e indicano la possibilità di osservare quadri afasiologici che non rientrano nella classificazione di Neary. La variabilità dipende verosimilmente dalla localizzazione corticale del processo neuropatologico.

L'articolazione è la funzione che regola i movimenti degli organi necessari alla emissione dei suoni del linguaggio dell'apparato pneumo-oro-faringo-laringeo.

I disturbi articolatori si distinguono in disartria e anartria (altrimenti detta, a seconda della scuola neuropsicologica, anartria di Pierre Marie, sindrome di disintegrazione fonetica, afemia, aprassia articolatoria, disartria corticale di Bay).

L'anartria è un danno specifico della programmazione motoria articolatoria e consegue generalmente a lesioni dell'emisfero sinistro. Può comparire in associazione ad un'afasia di Broca o in modo isolato (anartria pura). Dal punto di vista qualitativo nell'anartria la produzione articolatoria è laboriosa: l'eloquio è scandito, emesso con pause continue, interrotto, disprosodico (la parola perde l'accento). Sono presenti trasformazioni fonologiche come la desonorizzazione (il suono da sonoro diventa sordo ad esempio la /g/ diventa /k/ oppure la /d/ diventa /t/, invece che dire /dove/ il paziente anartrico dice /tofe/, il fenomeno dell'accento straniero) o la defricativazione (la /f/ diventa /p/). La diagnosi differenziale con la disartria implica nel paziente anartrico la presenza di correzioni spontanee per articolare il suono vocalico o consonantico (*conduites d'approche*), e soprattutto, a differenza del paziente disartrico, i sintomi non sono costanti e spesso si rileva l'effetto lessicale (l'anartrico fatica di più nel produrre parole lunghe e a bassa frequenza d'uso) e la dissociazione automatico-volontaria (i deficit si riducono nelle serie automatiche, per es. nella produzione dei numeri, dei giorni della settimana o dei mesi dell'anno).

CARATTERISTICHE CLINICHE E SOTTOTIPI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT. DATI DAL “FAENZA COMMUNITY AGING STUDY”

Moretti Francesca¹, Bernabei Virginia¹, Atti Anna Rita¹, Morini Valentina¹, Forlani Claudia¹, Ferrari Barbara¹, Casadio Paola¹, Dalmonte Edoardo², De Ronchi Diana¹

¹Istituto di Psichiatria “P.Ottonello”, Università di Bologna, www.istitutopsichiatria.unibo.it

²Unità Operativa di Geriatria, Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL di Ravenna

SCOPO

Scopo del presente studio è valutare l’associazione tra caratteristiche cliniche e sottotipi di Mild Cognitive Impairment (MCI) nella popolazione anziana del “Faenza Community Aging Study” [De Ronchi D. *et al*, 2005].

MATERIALI E METODI

I soggetti reclutati nello studio (N=7930; età media 72.6 anni; 60.3% donne) sono stati sottoposti ad intervista semi-strutturata, a valutazione clinica ed a test cognitivi. Dapprima, abbiamo considerato tutti i soggetti (N=6745) con punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) superiore o uguale a 24 ed attività della vita quotidiana non compromesse [Petersen R. *et al*, 1999]; abbiamo così definito una popolazione di riferimento per la ricerca di MCI costituita da 6745 soggetti. Secondariamente il MCI è stato definito per punteggi < 1.5 deviazioni standard (DS) rispetto alla media dei punteggi ottenuti da soggetti di pari età e scolarità nei diversi domini cognitivi del MMSE (memoria, orientamento spazio-temporale, attenzione e calcolo, linguaggio e prassia visuo-costruttiva). Sono stati così definiti quattro sottotipi di MCI: *amnestic MCI* (deficit mnemonico isolato); *single non-memory MCI* (deficit in un solo dominio cognitivo, esclusa la memoria); *multidomain amnestic MCI* (deficit in due o più domini cognitivi, di cui uno la memoria); *multidomain non-amnestic MCI* (deficit in uno o più domini cognitivi, esclusa la memoria) [Winblad B. *et al*, 2004]. L’associazione tra variabili cliniche e sottotipi è stata valutata attraverso analisi di regressione logistica calcolando Odds Ratios (OR) e intervalli di confidenza al 95% (95%IC).

RISULTATI

La prevalenza di MCI nella popolazione di riferimento è risultata essere pari al 40%, di cui *single non-memory MCI* = 66%, *multidomain non-amnestic MCI* = 13%, *multidomain amnestic MCI* = 11%, *amnestic MCI* = 10%.

Tenendo conto dell’effetto di possibili fattori confondenti socio-demografici (età, sesso, scolarità, stato civile, stato socio-economico), si è osservata un’associazione positiva e significativa tra stroke e *single non-memory MCI* con un OR(95%IC) di 1.26 (1.03-1.54). *Multidomain amnestic MCI* si associa in maniera significativa a sindrome depressiva con un OR(95%IC)=1.64 (1.13-2.40). *Multidomain non-amnestic MCI* si associa a stroke con un OR(95%IC)=1.63 (1.16-2.28), a diabete con un OR(95%IC)=1.53 (1.11-2.13) e a sindrome depressiva con un OR(95%IC)=1.88 (1.37-2.57).

Non emerge alcuna associazione significativa tra variabili cliniche e *amnestic MCI*.

CONCLUSIONI

Nel presente studio sono state individuate alcune caratteristiche cliniche più frequentemente associate a MCI. In particolare lo stroke si associa a *single non-memory MCI* e a *Multidomain non-amnestic MCI* e ulteriormente il diabete e la sindrome depressiva si accompagnano a maggiore probabilità di avere *Multidomain non-amnestic MCI*. Alla luce di tali risultati è possibile ipotizzare come il controllo di patologie cerebrovascolari, diabete e depressione possa avere un potenziale ruolo nella prevenzione dei disturbi cognitivi lievi.

DISTURBI DEL SONNO E DEMENZA. DATI DAL “FAENZA COMMUNITY AGING STUDY”

Moretti Francesca¹, Bernabei Virginia¹, Atti Anna Rita¹, Ferrari Barbara¹, Dalmonte Edoardo², De Ronchi Diana¹

¹*Istituto di Psichiatria “P.Ottonello”, Università di Bologna, www.istitutopsichiatria.unibo.it*

²*Unità Operativa di Geriatria, Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL di Ravenna*

SCOPO

Scopo del corrente studio è indagare la prevalenza di disturbi del sonno in un gruppo di soggetti dementi provenienti dalla popolazione anziana di Faenza [De Ronchi D. *et al*, 2005].

MATERIALI E METODI

La popolazione in studio è costituita da 492 soggetti, di età media pari a 82.8 anni e rappresentata per il 69.8% da donne. I disturbi del sonno (insonnia lieve ed insonnia grave) sono stati valutati in base ai dati anamnestici riferiti dal paziente stesso e/o dal caregiver. La diagnosi di demenza è stata formulata impiegando i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised (DSM-III-R). L'associazione tra disturbi del sonno e demenza è stata valutata attraverso analisi di regressione logistica calcolando Odds Ratios (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

RISULTATI

La prevalenza dei disturbi del sonno nei soggetti dementi è risultata essere pari a 48.1%, di cui insonnia lieve = 36.6% ed insonnia grave = 11.5%. In particolare si osserva come nei soggetti dementi con sindrome depressiva è prevalente l'insonnia lieve (45.7%) rispetto ai dementi non depressi (34.8%), mentre l'insonnia severa è presente nel 22.2% dei casi. Soggetti dementi con sindrome ansiosa manifestano una maggiore frequenza di insonnia lieve (53.8%) rispetto a quelli che non ne sono affetti (35.3%). L'insonnia severa è due volte più frequente nei soggetti con demenza ed ansia (23.1%) rispetto ai dementi senza sindrome ansiosa. Soggetti dementi con bassa scolarità manifestano più frequentemente insonnia lieve (37.7%) rispetto a quelli con un più alto livello di educazione. L'insonnia grave è prevalente nei dementi con un'alta scolarizzazione (15.6%). Infine dementi parzialmente autosufficienti presentano una maggior prevalenza di insonnia lieve (40.8%) rispetto agli autosufficienti, mentre l'insonnia severa è più frequente nei non autosufficienti (16.6%).

Tenendo conto del possibile ruolo confondente di fattori demografici e clinici (scolarità, disabilità, depressione e ansia), nella popolazione dei dementi emerge come sindrome depressiva ed ansiosa si associano in maniera significativa a disturbi del sonno con un OR rispettivamente di 2.03 (IC95%=1.19-3.46) e di 3.25 (IC95%=1.43-7.39). L'essere autosufficienti nelle attività quotidiane è protettivo nei confronti dei disturbi del sonno con un OR=0.70 (IC95%=0.55-0.88).

CONCLUSIONI

Il nostro studio dimostra come i disturbi del sonno siano frequenti nei soggetti con diagnosi di demenza ed in particolare come la presenza di depressione, ansia e disabilità corredi con una maggior probabilità di avere tali disturbi. I risultati ottenuti suggeriscono possibilità di strategie preventive e terapeutiche integrate nell'ottica di giungere ad un miglioramento della qualità del sonno nei soggetti affetti da demenza.

DEMENTI E NON DEMENTI HANNO LE STESSE COMORBIDITA' MA DIVERSO STATO FUNZIONALE E NUTRIZIONALE: OSSERVAZIONI

Morghen Sara¹, Bellelli Giuseppe¹, Torpilliesi Tiziana¹, Speciale Salvatore¹, Turco Renato¹, Marrè Alessandra¹, Guerini Fabio¹, Barisione Emanuela¹, Lucchi Elena¹, Marazzi Marina¹, Trabucchi Marco²

¹*UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona, Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia*

²*Università Tor Vergata - Roma, Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia*

RIASSUNTO

Nonostante l'accertamento della comorbidità rivesta un ruolo essenziale nella valutazione dell'anziano, è emerso in letteratura che nei pazienti con demenza tali condizioni vengono spesso sottostimate. Studi recenti hanno dimostrato che i pazienti dementi differiscono rispetto ai pazienti cognitivamente integri per quanto riguarda lo stato funzionale e nutrizionale, ma presentano indici di comorbidità simili (1).

OBIETTIVI

Valutare se l'invecchiamento condiziona la rilevazione dello stato di salute (comorbidità, stato funzionale e stato nutrizionale) in pazienti dementi e non dementi.

MATERIALI E METODI

1348 pazienti con età > 5 anni, ricoverati consecutivamente presso il Reparto di Riabilitazione Geriatrica dal gennaio 2005 al dicembre 2007, sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale. Tale valutazione comprendeva, oltre agli aspetti socio-demografici, il Charlson Index (CCI), la Functional Independence Measure (FIM), la scala Barthel e il Body Mass Index (BMI). L'accertamento della demenza è avvenuto seguendo i criteri del DSM III-R. I pazienti sono stati poi suddivisi in base allo stato cognitivo (presenza/assenza di demenza) e in base all'età (pazienti con età compresa tra i 75 e gli 84 anni e pazienti con età superiore agli 85 anni).

RISULTATI

Sono emerse differenze significative nello stato funzionale e nutrizionale tra pazienti dementi e non, indipendentemente dall'età. Al contrario, sono emersi livelli di comorbidità simili nel confronto tra pazienti dementi e non dementi più anziani (oltre gli 85 anni). In pazienti più giovani, invece, la comorbidità è risultata significativamente più alta nei soggetti con demenza (vedi Tabella).

CONCLUSIONI

I nostri dati sembrano suggerire che i pazienti dementi più anziani ricevono meno attenzione specifica verso le malattie somatiche, in confronto alla loro controparte più giovane.

Tabella. Caratteristiche socio-demografiche, valori nutrizionali, valori funzionali e comorbidità.

	1. Età compresa tra i 75 e gli 84 anni		2. Età superiore a 85 anni			
	Dementi (n=407)	Non dementi (n= 484)	Dementi (n= 236)	Non dementi (n= 257)	ro1	ro2
Età	79,7 ± 2,8	79,5 ± 2,7	88,4 ± 2,4	88,2 ± 3,0	0.172	0.084
Sesso femminile, n (%)	302 (74,2)	378 (78,1)	203 (86)	211 (82,1)	0.173	0.237
CCI totale	2,1 ± 1,6	1,6 ± 1,4	1,8 ± 1,3	1,8 ± 1,4	< 0.001	0.796
FIM all'ingresso	67,6 ± 27,8	86,0 ± 25,4	59,6 ± 29,9	82,4 ± 25,6	< 0.001	< 0.001
FIM alla dimissione	78,5 ± 29,3	99,6 ± 22,9	71,6 ± 28,3	95,3 ± 22,3	< 0.001	< 0.001
Barthel pre-ingresso	70,7 ± 24,7	86,6 ± 18,1	70,7 ± 25,5	81,9 ± 21,6	< 0.001	< 0.001
Barthel all'ingresso	46,7 ± 27,6	61,6 ± 24,7	41,0 ± 28,3	57,6 ± 26,5	< 0.001	< 0.001
Barthel alla dimissione	64,4 ± 27,1	81,8 ± 21,1	59,1 ± 28,9	77,6 ± 22,3	< 0.001	< 0.001
BMI all'ingresso	24,4 ± 4,9	25,2 ± 5,1	22,8 ± 4,2	23,7 ± 4,7	< 0.05	< 0.05

I dati sono espressi come valori medi ± DS, qualora non diversamente specificato.

ro= valori del test di Mann-Whitney o di t-test tra gruppi, dove ro1 fa riferimento al confronto tra pazienti anziani di età compresa tra i 75 e gli 84 anni, e ro2 al confronto tra pazienti con più di 85 anni.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Zekry D, Francois GH, Grandjean R, Meynet MP, Michel JP, Gold G, Krause KH. Demented versus non-demented very old patients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status. *Age and Aging* 2008; 37: 83-89.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases* 1987; 40: 373-383.

INDICATORI DI DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO

Orrù Graziella, Giantin Valter, Meral Inelmen Eminè, Sergi Giuseppe, Manzato Enzo, Enzi Giuliano

Università di Padova, Clinica Geriatrica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

RIASSUNTO

Il delirium (D), condizione clinica caratterizzata da una alterazione acuta (ore o giorni) e fluttuante dello stato psichico, con perdita dell'attenzione ed alterazione dello stato di coscienza (DSM-IV)¹, è comune nella popolazione anziana ospedalizzata. Esso colpisce in media il 20% dei pazienti sopra i 65 anni al momento dell'ingresso in ospedale per una condizione medica generale (D Prevalente), ed un ulteriore 10% sviluppa D durante il ricovero (D. Incidente)². Malgrado il frequente verificarsi, il D è sotto-rilevato e spesso mal diagnosticato in più di due terzi di casi³. Obiettivo del presente studio è stato quello di ricercare nella letteratura scientifica se vi sono indicatori clinico-biumorali e/o strumentali che possano aiutare nella diagnosi e prognosi del D.

METODI

È stata condotta, a tale scopo, un'ampia revisione della letteratura in relazione al tema del D nel paziente geriatrico. I lavori scientifici, pubblicati con Web of Science e ScienceDirect, indicizzati su Pubmed, venivano identificati mediante l'utilizzo di parole chiave quali: "Delirium", "Delirium in Elderly". L'anno di pubblicazione non è stato limitato.

RISULTATI

La Proteina C- Reattiva (C-RP) sembrerebbe particolarmente implicata nel monitoraggio dell'avanzamento del D, ma anche nella previsione del recupero dallo stesso. È correlata in modo interessante all'insorgenza del D ed ha attratto l'attenzione di molti ricercatori. In uno studio, Macdonald e coll.⁴ hanno indagato il valore dei livelli della C-RP nella previsione dell'incidenza e della risoluzione del D in una unità medica acuta; a tal fine hanno incluso 94 pazienti con malattia acuta di età superiore ai 70 anni; di questi 25 furono i casi di D Prevalente e 6 di D Incidente. Nonostante il piccolo numero, fu possibile evidenziare una relazione significativa tra C-RP e D Prevalente. Inoltre un basso livello C-RP ed un più alto punteggio nel Mini Mental State Examination (MMSE) sembravano predire la risoluzione del D durante ospedalizzazione. In accordo a quanto detto i dati raccolti dallo studio condotto da Speciale et al.⁵ mostrano che i livelli della C-RP cambiavano coerentemente alle fasi del D (inizio e risoluzione) nei gruppi: infatti hanno rilevato elevati livelli C-RP all'ammissione in ospedale e bassi livelli alla risoluzione del D. Comunque un alto livello di C-RP è molto comune nei pazienti anziani ricoverati e alti livelli sono stati associati anche a Demenza⁶. Per questi motivi l'EEG sembra avere un ulteriore importante ruolo nella diagnosi del D nell'anziano. Se ci sono dubbi circa la presenza di D - come spesso accade nei casi di pazienti con demenza - l'EEG può essere utilizzato per confermare la diagnosi. Nel D i risultati EEG includono un rallentamento del ritmo dominante posteriore ed un incremento generalizzato dell'attività ad onda lenta⁷.

CONCLUSIONI

Vi sono dati che suggeriscono come la C-RP sia particolarmente implicata nel monitoraggio dell'avanzamento del D, ma anche nella previsione del recupero dallo stesso. In aggiunta l'EEG si è rivelata una metodica molto sensibile alla rilevazione di D. Studi futuri sono necessari per indagare in maniera più approfondita la relazione tra l'evoluzione del D, i livelli di C-RP e le alterazioni dell'attività elettrica cerebrale rilevabile mediante EEG.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ American Psychiatric Association. DSM, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- ² Inouye, SK, et al., 1993. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann. Intern. Med.* 119,474-481.
- ³ Foreman MD, Milisen K. Improving recognition of delirium in the elderly. *Prim Psychiatry* 2004; 2: 46-50.
- ⁴ Macdonald A, Adamis D, Martin F, et al. C-reactive protein levels predict the incidence of delirium and recovery from it. *Age Ageing* 2007; 36:222-5.
- ⁵ Speciale et al. C-reactive protein levels and delirium in a rehabilitation ward. *Age Ageing*, January, 2008; 37(1): 122-123.
- ⁶ Liukkonen T et al. The association between C-PR levels and depression: result from the northern Finland 1966 birth cohort study. *Biol Psychiatry* 2006; 60:825-30. ⁷ Brenner RP: Utilità of EEG in delirium: past views and current practice. *Int Psychogeriatr* 3:211, 1991.

IL POST ACUZIE NELLA PATOLOGIA DEMENTIGENA: UN PROGETTO HUB AND SPOKE QUALE SUPPORTO AL FASCICOLO SANITARIO PERSONALE

Pellegrino Annarita¹, Turno Marcello F.², Da Dalt Roberto³, Barbier Annalisa^{1,4}, Padua Luca^{1,4}, Tonali Pietro A.^{1,4}

¹Fondazione Don Gnocchi, Roma

²Scienze psichiatriche e riabilitative dell'anziano, LUMSA, Roma

³Don Gnocchi Sistemi s.r.l

⁴Istituto di Neurologia UCSC, Roma

RIASSUNTO

La realizzazione di un progetto residenziale post acuzie e di ADI realizzato secondo un modello Hub & Spoke, cui è possibile accedere tramite un portale informatico in grado di gestire gli accessi residenziali e la continuità assistenziale, ha lo scopo di porre il paziente affetto da demenza, Parkinson e MCI al centro dell'attenzione e di facilitarne l'accesso ai servizi territoriali. La concomitante realizzazione di una Data Warehouse permette di fornire supporto alle attività sanitarie, integrando i sistemi informativi esistenti e rendendo disponibili le informazioni sanitarie agli operatori coinvolti, e contribuisce inoltre alla realizzazione di una cartella informatica quale parte integrante ed essenziale del Fascicolo sanitario personale, allo scopo di migliorare la gestione "clinica" (terapia, prevenzione e educazione sanitaria della popolazione), di contribuire alla valutazione della qualità dell'assistenza erogata, di pianificare la spesa sanitaria, di intervenire nella formazione e aggiornamento del personale sanitario.

METODI

Il progetto si ispira ad un modello *HUB and SPOKE*, (sperimentato in Italia per post-ictus e post-cardiologico) e prevede, dopo il ricovero, il successivo trasferimento del paziente presso il proprio domicilio organizzato -tramite il costante contatto con la strutture e il territorio- come uno Spoke, con lo scopo, anche, di incamerare dati sanitari, dal momento del ricovero sino all'*exitus*, contribuendo a progettare adeguati piani di assistenza. A sostegno dell'ADI la maglietta "magic" della "Don Gnocchi Sistemi s.r.l." in grado di trasmettere in tempo reale, dal domicilio alla struttura alcuni parametri biologici: ECG, FR, FC.

L'incremento delle patologie dementigene associato a comorbilità e ad eventi acuti porta a un ridefinizione dei luoghi di cura, delle strategie di assistenza e di continuità assistenziale, in termini di strutture, servizi e sostegno. Tale problema è stato a lungo oggetto di osservazione e di studio da parte del Centro "S. Maria della Provvidenza" in Roma, Fondazione Don Gnocchi, giungendo alla conclusione che è necessaria la costruzione di una rete di assistenza in grado di spostare continuamente l'attenzione dalla patologia alla persona, in modo che un paziente affetto da demenza, possa ricevere tutte le cure possibili in caso di gestione post acuzie oltre ad un programma riabilitativo personalizzato.

I dati del 2006 dell'ASP Lazio hanno mostrato che su 204 ospiti delle Residenze Alzheimer nel Lazio il 78.9% di essi presenta due o più patologie cronico-degenerative oltre la demenza. Mentre il ricovero in ospedale di pazienti affetti da patologia dementigena, Parkinson e MCI, per eventi acuti impone una particolare gestione ed un personale adeguatamente addestrato, per cui questo paziente, incorso in un evento acuto, può essere accolto dal Centro equipaggiato di posti letto dedicati al post-acuzie neurologico, ortopedico ed internistico.

RISULTATO

La struttura concepita architettonicamente secondo i canoni più all'avanguardia (finestre a *vasistas*, letti Alzheimer, giardino Alzheimer, ascensore antincendio, ecc) trova forte assonanza con le linee guida della "casa della salute", e si pone come un centro Hub in grado di garantire in termini innovativi una continuità assistenziale ad alto livello, trasformando le abitazioni in veri centri Spoke con il coinvolgimento di medici di MMG, il CAD, le Associazioni di Pazienti, i reparti ospedalieri ed i Servizi Sociali, tramite un portale con cui è possibile dialogare per richiedere l'assistenza erogata dal Centro o esaminare i dati del paziente.

CONCLUSIONI

Tale ipotesi di modello, monitorato durante l'implementazione e valutato sul lungo periodo, per correggerne gli errori, ha lo scopo di essere parte essenziale dell'assistenza sanitaria e del Sistema Informativo Territoriale, inaugurando una nuova cultura della presa in carico, che guarda con lungimiranza ai bisogni di pazienti affetti da Demenza, Parkinson e MCI che aumenta costantemente il tempo di vita e quindi il bisogno di salute.

UN NUOVO STRUMENTO DI VALUTAZIONE IN MUSICOTERAPIA GERIATRICA: LA SCALA DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI MUSICO-TERAPIA - S.V.A.M. -

Pignatale Davide¹, Mastroianni Franco²

¹*Pedagogista, Musicoterapeuta, Bari*

²*Geriatra, Coordinatore Sanitario Rsa Madonna della Pace, Andria*

RIASSUNTO

La valutazione in musicoterapia è uno degli aspetti ancora controversi e discussi di questa diffusa, ma ancora giovane disciplina. Pur essendo stata riconosciuta come trattamento utile nelle demenze, ad oggi in letteratura non esistono ancora scale validate e questo fa sì che ogni operatore crei propri strumenti che spesso mostrano poca coerenza interna e gradi molto elevati di diversificazione degli obiettivi e dei targets della misurazione. Dal 2000 la nostra equipe ha ideato questo nuovo strumento valutativo la "SCALA DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI MUSICOTERAPIA" (SVAM) che è stata già utilizzata in studi scientifici e che si accinge ora ad essere validata. Essa nasce dall'esperienza clinica e dalla necessità di rendere oggettivabile e misurabile alcuni aspetti riguardanti la prestazione del paziente nel setting del trattamento musicoterapico.

METODI

La SVAM è stata creata principalmente per la valutazione di pazienti affetti da demenza o con deficit cognitivo ed è strutturata attraverso degli items che non tengono conto delle possibili diversità metodologiche e tecniche in quanto valutano aspetti generali e comuni a tutte le teorie ed a tutti i metodi. È articolata in 17 items con un range 0-50, migliore è la prestazione, maggiore sarà il punteggio ottenuto. La scala è suddivisa in due macroaree, una dedicata all'aspetto comportamentale-relazionale, l'altra ai comportamenti musicali specifici della seduta.

Della prima area fanno parte gli items che indagano: 1) Grado di partecipazione, 2) Tipo di partecipazione, 3) Distribuzione del tempo di partecipazione, 4) Interazione con il gruppo, con contatto Fisico, Oculare, Verbale, 5) Interazione con il musicoterapeuta, con contatto Fisico, Oculare, Verbale.

Della seconda area fanno parte gli items che indagano: 6) Risposta emotiva agli stimoli musicali, 7) Interazione musicale con il gruppo, 8) Interazione musicale con il Musicoterapeuta, 9) Uso degli strumenti, 10) Comportamenti vocali nel canto libero, 11) Comportamenti vocali nel canto di una canzone, 12) Comportamenti musicali con strumenti nell'improvvisazione libera, 13) Comportamenti musicali con strumenti nell'imitazione di modelli ritmici.

Esiste anche una scala ridotta a 10 items. La valutazione comportamentale si focalizza sulla partecipazione del paziente e sul suo investimento interpersonale a livello qualitativo e quantitativo, nell'ambito delle dinamiche presenti in seduta sia con i pari che con il conduttore del trattamento. Nella valutazione in ambito specificatamente musicale invece vengono valutate le prestazioni quali: le modalità nell'uso degli strumenti, le capacità di seguire e riprodurre pattern ritmici e musicali nonché il recupero di musiche e melodie appartenenti al passato del paziente. Le due valutazioni permettono così all'operatore di avere dei dati sulle risposte del paziente alla stimolazione sonora musicale ed al contesto relazionale della seduta.

CONCLUSIONI

Dagli studi effettuati, la scala mostra di essere un buon indicatore delle prestazioni dei soggetti durante il trattamento musicoterapico ed offre una buona possibilità nel misurare lo sviluppo comportamentale e di partecipazione alle sedute. Essa rappresenta uno strumento utile nelle valutazioni longitudinali e particolarmente efficace nell'analisi dei risultati dove risulta essere di valido aiuto alla programmazione ed alla verifica dei progetti terapeutici individuali e di gruppo in ambito musicoterapico. La definizione delle diverse aree infatti consente l'eventuale identificazione di quelle che necessitano di stimolazione sonoro/musicale.

Riteniamo quindi di poter disporre di uno strumento analitico per la valutazione dell'effetto della musica sul soggetto trattato con la musicoterapia, uno strumento che aggiunge un altro tassello alla difficile comprensione del comportamento del soggetto affetto da disturbi cognitivi.

I primi dati raccolti meritano un ulteriore approfondimento ed una validazione su larga scala dello strumento al fine di migliorare la sensibilità e la specificità.

PREVALENZA DEI DISTURBI DEL SONNO IN UNA STRUTTURA RESIDENZIALE GERIATRICA

Primerano Giuseppe¹, Sacchelli Cristina², Danesi Raffaella²

¹Dipartimento di Salute Mentale di Treviglio (BG), CRA di Romano di Lombardia (BG)

²Istituto di Riabilitazione Geriatrica, Fondazione G.Brunenghi, Castelleone (CR)

INTRODUZIONE

Negli anziani i disturbi del sonno sono molto frequenti. Il 50% circa della popolazione di 65 anni o più che vive nella propria abitazione ha un disturbo del sonno di un qualche tipo. Tale percentuale raggiunge il 70% circa tra gli ospiti delle strutture residenziali. Insonnia e sonnolenza diurna sono le alterazioni più comuni¹. In letteratura pochi, o del tutto assenti, sono i dati relativi alla prevalenza di tali disturbi nelle strutture residenziali geriatriche italiane, a breve e lungo termine. Scopo del presente studio è valutare la prevalenza a tre mesi dei disturbi del sonno e dei fattori ad essi associati, in una residenza a breve termine per anziani (durata massima del ricovero = 3 mesi).

METODI

I partecipanti sono i pazienti consecutivamente ammessi presso l'Istituto di Riabilitazione Geriatrica della Fondazione Brunenghi di Castelleone (CR) nel periodo 1° novembre 2007 - 1° febbraio 2008. L'Istituto accoglie pazienti provenienti da reparti di Ortopedia o Neurologia, affetti da esiti di eventi acuti (fratture di femore o di bacino, ictus cerebrale o recidive di eventi cerebrovascolari, parkinsonismi) e pazienti provenienti da reparti internistici o chirurgici con patologie a rischio di riacutizzazione e che necessitano di interventi per il recupero motorio e/o funzionale. La presenza di disturbi del sonno è stata indagata mediante la somministrazione del Maryland Assisted Living Sleep Questionnaire, un questionario di 11 item che permette di valutare la presenza di insonnia e sonnolenza diurna, oltre che di un disturbo specifico del sonno¹. Per ciascun paziente sono stati inoltre considerati il grado di autonomia nelle attività quotidiane (I. di Barthel), lo stato cognitivo (Mini Mental State Examination), la comorbidità (CIRS) e l'eventuale presenza di sintomi depressivi (Cornell Scale for Depression in Dementia). Informazioni aggiuntive sono state raccolte circa l'assunzione di farmaci che possono interferire con la normale organizzazione del sonno e/o l'uso di psicofarmaci

RISULTATI

Dei 50 pazienti valutati 26 sono femmine e 24 maschi. L'età media è di $79,02 \pm 8,94$ anni (range 55-96). Un disturbo specifico del sonno è presente nel 90% dei soggetti; insonnia nel 54% e sonnolenza diurna nel 40%. Il 14% presenta sia insonnia che sonnolenza diurna. Negli insonni si riscontrano un maggior grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana (indice di Barthel) ($p=0.011$), un livello cognitivo più alto (MMSE) ($p=0.007$) ed un uso maggiore di benzodiazepine ($p=0.001$) rispetto ai non insonni. Viceversa, coloro che presentano sonnolenza diurna hanno in media un minor grado di autonomia rispetto agli altri (Barthel=31,55 vs 41,4).

CONCLUSIONI

I tassi di prevalenza riscontrati appaiono uguali o addirittura superiori a quelli riportati nella letteratura internazionale. Ciò dimostra come i disturbi del sonno, già molto frequenti nella popolazione anziana non istituzionalizzata, aumentino in modo drammatico negli ospiti delle strutture residenziali: anche di quelle a breve termine. L'associazione dell'insonnia con migliori performance cognitive e funzionali, pur replicando analoghi risultati emersi nel corso di studi precedenti, è di difficile interpretazione¹. Il maggior uso

di benzodiazepine invece, fa pensare come la terapia dell'insonnia nell'anziano sia esclusivamente centrata sul farmaco, pur potendo disporre, attualmente, di efficaci trattamenti non farmacologici. L'associazione tra sonnolenza diurna e peggiori performance funzionali infine, impone, in questi casi, approfondimenti diagnostici sia sul versante medico che su quello psichiatrico e, come per l'insonnia, il ricorso a valide strategie di trattamento non farmacologiche¹.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Rao V, Spiro JR, Samus QM, Rosenblatt A, Steele C, Baker A, Harper M, Brandt J, Mayer L, Rabins PV, Lyketsos CG Sleep disturbances in the elderly residing in assisted living: findings from the Maryland Assisted Living Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:956-66.

INFLUENZA DELLA COMORBIDITA' SULLO STATO NUTRIZIONALE IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA SEVERA

Riccio Daniela¹, Solinas Antonella², Fanari Paola², Putzu Paolo Francesco¹

¹Divisione Geriatria, Centro Alzheimer, ASL 8, PO SS.Trinità, Cagliari,

²Reparto Geriatria, Casa di Cura S.Anna, Cagliari

SCOPO DELLO STUDIO

Nel paziente anziano la malnutrizione può essere sostenuta da molteplici fattori etiopatogenetici, tra cui la presenza di malattie croniche multiple e di polifarmacoterapia, la riduzione dell'autonomia funzionale, i problemi psicocognitivi. In particolare i pazienti affetti da demenza sviluppano un quadro di malnutrizione progressivo ed ingravescente, fino alla cachessia negli stadi avanzati di malattia. È noto come l'ipalbuminemia ed altri parametri ematochimici, indici di malnutrizione proteico-energetica, siano associati ad una più elevata mortalità. Lo scopo dello studio è quello di valutare se la presenza di elevata comorbidità nei pazienti affetti da demenza severa si associ ad un peggiore stato nutrizionale.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati i parametri relativi allo stato nutrizionale di tutti i pazienti anziani, affetti da demenza severa, consecutivamente ricoverati presso la Divisione di Geriatria dell'Ospedale SS.Trinità di Cagliari e presso il Reparto di Geriatria della Casa di Cura S.Anna di Cagliari, nel periodo 1 Dicembre 2007 - 15 Febbraio 2008. Sono stati valutati 47 pazienti, di cui 33 femmine (70%). Per ogni paziente sono stati raccolti, in una scheda appositamente predisposta, dati relativi a: anagrafica; etiologia e gravità clinica della demenza (CDR, *Clinical Dementia Rating*, sono stati inclusi i pazienti dallo stadio CDR 3 a CDR 5); disturbi del comportamento e comportamento alimentare (valutati tramite Neuropsychiatric Inventory, NPI e Eating Behavior Scale, EBS); parametri antropometrici semplicemente rilevabili anche in pazienti allettati o non coscienti (circonferenza braccio e gamba); complicanze associate (infezioni delle vie urinarie, infezione delle basse vie respiratorie, aspirazioni, decubiti, delirium, disidratazione); parametri ematochimici utili nella valutazione della stato nutrizionale (Hb, linfociti, sideremia, ferritina, transferrina totale, albumina, colesterolo totale, trigliceridi, creatinina).

RISULTATI

L'età media dei pazienti studiati era di $83,1 \pm 13,8$ (range 67-97, femmine 70%); in particolare il 57% aveva un'età ≥ 85 anni. Il 25% dei pazienti (12 pz.) presentava una diagnosi di demenza tipo Alzheimer, una paziente presentava una diagnosi di Parkinson-demenza, i restanti pazienti presentavano una diagnosi di demenza associata a lesioni degenerative di origine vascolare. I pazienti presentavano una gravità clinica secondo il CDR in media pari a $3,7 \pm 0,6$ (4 pz. con CDR pari a 5, 8% del campione). I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base alla presenza o meno di una elevata comorbidità associata (definita come la presenza di 2 o più patologie gravi associate alla demenza). I pazienti con elevata comorbidità presentano valori medi inferiori di sideremia, transferrina, colesterolo totale, circonferenza braccio e gamba, NPI e EBS, pur non essendo significativamente diversi dai valori del gruppo dei pazienti con bassa comorbidità. Le complicanze associate sembrano essere lievemente superiori nel gruppo con alta comorbidità (infezioni delle basse vie respiratorie, disidratazione), ma le differenze non sono statisticamente significative.

CONCLUSIONI

Nell'anziano ricoverato in ospedale lo stato cognitivo, funzionale e affettivo è associato ad un più elevato rischio di malnutrizione. Nei pazienti affetti da demenza grave, oltre alla severa compromissione dello stato cognitivo, dell'affettività e dell'autonomia funzionale, possono essere associate comorbidità di origine cardiovascolare, respiratoria, metabolica, neoplastica ecc.

Nella casistica da noi analizzata l'associazione di elevata comorbidità e demenza severa non è risultata associata ad un peggiore stato nutrizionale. Le nostre conclusioni sono che, nelle fasi avanzate della demenza, lo stato nutrizionale non sembra aggravato dalla presenza di comorbidità. Ne consegue che la valutazione nutrizionale deve svolgere un ruolo fondamentale a prescindere dalla comorbidità associata, e che lo stato generale del paziente non deve condizionare un eventuale intervento nutrizionale.

IL DAY HOSPITAL GERIATRICO “L’ANZIANO FRAGILE E LA MALATTIA”

Scala Giovanni, Capobianco Giovanni

UOC Geriatria Ospedale S.Eugenio Roma ASL RMC

RIASSUNTO

L'organizzazione del sistema sanitario è in continuo rinnovamento e trasformazione, e grazie alla disponibilità di tecnologie sanitarie e allo sviluppo della pratica medica e del management ospedaliero, è possibile oggi il trasferimento in regime di ricovero diurno o addirittura di assistenza ambulatoriale di molte prestazioni erogate nel passato come ricovero ordinario.

Il Day Hospital rappresenta quindi una modalità assistenziale, in regime di ricovero programmato, volta ad affrontare uno specifico problema sanitario terapeutico-diagnostico, che non comporti la necessità del ricovero ordinario, e che per la sua complessità non sia affrontabile in regime ambulatoriale, in grado di fornire prestazioni appropriate (efficaci, efficienti ed opportune).

Nella Regione Lazio con la DGR n. 143 del 22/03/2006 è stato introdotto l'elenco delle prestazioni considerate indicative di appropriatezza del DH medico, con una deroga prevista solo in presenza di pazienti fragili per età, polipatologia o condizioni socio-ambientali sfavorevoli.

METODO

Di fronte alla riacutizzazione di una malattia cronica o all'insorgenza di una patologia acuta, è necessaria una valutazione multidimensionale ed un intervento intensivo per contrastare l'evento acuto e le sue possibili conseguenze invalidanti che possono condurre alla perdita dell'autonomia. Il Day Hospital trova un campo di specifica applicazione in geriatria per i numerosi vantaggi che si ottengono sia a favore del paziente che del sistema assistenziale e per il buon rapporto costo/benefici. L'ospedalizzazione diurna si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari, all'interno della struttura ospedaliera, per garantire ai pazienti tutte le funzioni e tecnologie proprie dell'ospedale (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-assistenziali).

RISULTATI

L'UOC Geriatria è stata istituita presso l'Ospedale S. Eugenio il 1° aprile 1992, crescendo negli anni in numero e qualità delle prestazioni, tanto da costituire oggi una risposta operativa alle esigenze dei pazienti fragili consolidata nel territorio. Il Day Hospital Geriatrico consiste in un ricovero o cicli di ricoveri programmati, in grado di erogare prestazioni plurispecialistiche complesse e di assicurare un monitoraggio ed un'assistenza qualificata anche se per un periodo limitato al massimo a 12 ore, con presenza di personale medico ed infermieristico con competenze qualificate e differenziate, alternativo al ricovero ordinario. È organizzato in maniera tale da consentire alla persona anziana di non sentirsi trascurata e disorientata, con tendenza ad una personalizzazione dell'assistenza, ed inserimento in un progetto globale di umanizzazione dei servizi. L'accesso è indicato per: -Anziani in grado di recarsi presso il DH con disabilità motoria (esiti di ictus, artrosi) o con disturbo cognitivo che si giovano della riabilitazione (ROT, Terapia Occupazionale, Terapia cognitiva con software dedicati); -Portatori di patologie complesse e croniche, con necessità di osservazione e controllo; -Anziani fragili, che richiedono un rientro in famiglia (se l'ospedalizzazione comporterebbe un rischio aggiuntivo di peggioramento funzionale).

CONCLUSIONI

Il contatto con gli anziani ci permette di affermare che, viste le attuali possibilità terapeutiche, la loro qualità di vita è legata anche alle situazioni ambientali (familiari-sociali) ed alla disponibilità di servizi adeguati e di professionalità competenti. Il DH Geriatrico è una struttura che favorisce la continuità assistenziale,

ponte tra territorio e ospedale, gradita e sostenuta dai cittadini. La valutazione multidimensionale ed il lavoro in équipe rappresentano uno strumento ottimale per affrontare quelle situazioni ad elevata complessità clinica (instabilità, fragilità, elevato rischio di disabilità) ed organizzativa (continuità ed intensità di cura).

Oggi si tende a contrapporre una medicina della visibilità, con risultati appariscenti e veloci (intervento urgentistico - ospedale tecnologico), alle esigenze di cure ed alle prestazioni sanitarie alle persone affette da malattie croniche.

Se l'aumento della mortalità è cosa gravissima, l'aumento della morbilità implica oltre a maggiori sofferenze, ulteriori richieste di cure e quindi di prestazioni socio-sanitarie, con esplosione dei costi ed effimero risultato sul risparmio. Quindi la via per contrastare nel soggetto anziano cronicità, disabilità, immobilizzazione e disadattamento è l'offerta di un'unità specialistica di geriatria per acuti, ogni qual volta si renda necessario un ricovero ospedaliero di un soggetto a rischio di perdita dell'autosufficienza, ma con la presenza anche di un idoneo spazio per operare in day hospital, ogni qual volta sia possibile evitare il ricovero specie notturno.

INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO: L'ESPERIENZA DEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER "ATTIVAMENTE"

Giovanni Scala¹, Maria Cascino², Brunella de Cesare², Elena Nicastro³, Giovanni Capobianco¹

¹*UOC Geriatria Ospedale S.Eugenio Roma ASL RMC*

²*Cooperativa Meta*

³*Comune di Roma*

SCOPO

Nel 2006, dopo un accordo tra la ASL RMC ed il Comune di Roma, è stato avviato nel Municipio IX il progetto del Centro Diurno "Attivamente", differenziato in due unità: Anziani Fragili ed Alzheimer (CDA). Il 2007 ha visto il proseguimento dell'attività del Centro Diurno Alzheimer, servizio semiresidenziale, che nella nostra realtà territoriale è stato concepito con forte valenza sociale, per poter far fronte a richieste di aiuto sempre più problematiche, col fine significativo del mantenimento della qualità di vita, ponendosi come risorsa intermedia tra la possibile istituzionalizzazione e la serenità che l'anziano può mantenere al proprio domicilio.

METODO

L'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) dell'Ospedale S. Eugenio ha garantito la valutazione multidimensionale degli anziani con demenza, la casistica selezionata, e il follow-up.

Nel corso del 2007 sono stati valutati 20 utenti per l'unità Alzheimer (15 hanno frequentato, 3 non sono stati ammessi, 2 hanno avuto un tentativo di inserimento non andato a buon fine) e 5 per l'unità anziani fragili (complessivamente 25 soggetti, 3 uomini e 22 donne).

RISULTATI

Il totale degli utenti in carico all'unità Alzheimer nel 2007 è stato di 44 soggetti (21 uomini e 23 donne), affetti da malattia di Alzheimer probabile o da altri tipi di demenza, di grado moderato (77%) o grave (23%). Dei precedenti pazienti tre sono deceduti, mentre nove pazienti si sono aggravati dal punto di vista clinico con attivazione dell'assistenza domiciliare non essendo più idonei a frequentare il Centro. Un altro dato da rilevare è che tra gli anziani fragili sono stati inseriti anche alcuni utenti con deterioramento cognitivo di grado lieve per i quali si è ritenuto più idoneo l'appartenenza ad un gruppo più stimolante. Il servizio ha diviso i giorni di frequenza lasciando il martedì e il giovedì per gli utenti Anziani Fragili, ed il lunedì, mercoledì e venerdì per l'Unità Alzheimer. I risultati ottenuti dimostrano che mentre la malattia ha comunque una continua evoluzione (progressivo peggioramento - declino nel MMSE), si ha invece un miglioramento significativo dei sintomi non cognitivi del paziente e del distress del caregiver, mentre le BADL e le IADL risultano complessivamente immutate dopo 12 mesi. Il 62 % degli utenti con demenza sono seguiti da un familiare convivente, il 27% da un familiare aiutato da una "badante", mentre l'11% vive con la "badante", e ciò sta ad indicare la pesantezza del carico assistenziale con necessità di ulteriori forme di sostegno alla famiglia ed al caregiver più in generale. A tale proposito va menzionata la costituzione quest'anno di un gruppo di aiuto rivolto ai familiari degli utenti del centro. Il programma di attività è stato regolato dando particolare rilievo all'orientamento nel tempo e nello spazio. Ogni ricorrenza dell'anno è stata "celebrata" e differenziata, con ridondanza di preparativi e di comunicazione. Ogni festa è stata preparata accuratamente con piccoli lavori manuali ed allestimento delle sale. Si è cercato di favorire l'autonomia e le competenze degli utenti invitandoli a partecipare ed a responsabilizzarsi anche nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Apparecchiare, sparecchiare, mettere a posto gli attrezzi dopo il lavoro, far emergere le piccole capacità di ognuno, l'aiutarsi reciprocamente, sono obiettivi costantemente perseguiti al di là delle sempre presenti difficoltà nell'attuazione di queste finalità.

CONCLUSIONI

I dati ottenuti dimostrano l'effettiva utilità del Centro Diurno Alzheimer per la gestione dei pazienti affetti da demenza, soprattutto per il contenimento dei disturbi comportamentali e dello stress del caregiver. La capacità e le competenze dell'equipe multidisciplinare dedicata ha permesso di sostenere anche situazioni piuttosto complesse, con assicurazione di capacità di accoglienza e di assistenza, e con una organizzazione che ha richiesto necessariamente un'attenzione ai bisogni sanitari, ma anche alle esigenze socio-assistenziali dei malati e delle famiglie. Il fine è stato quello di cercare di mantenere il paziente il più a lungo possibile nel CDA, ma con la previsione che con il progredire del deterioramento cognitivo si debbono comunque considerare altre modalità assistenziali.

L'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito della rete dei servizi dedicati al malato affetto da demenza consente di realizzare la continuità assistenziale e di migliorare la qualità di vita del soggetto e dei suoi familiari.

UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE PER LO STRESS E IL BURDEN ESPRESSO NEL CAREGIVER: CALL FOR COLLABORATION

Turno Marcello F.¹, Pellegrino Annarita², Marchetti Lucia¹, Barbier Annalisa^{2,3}, Padua Luca^{2,3}, Tonali Pietro A.^{2,3}

¹Scienze psichiatriche e riabilitative dell'anziano, LUMSA, Roma

²Fondazione Don Gnocchi, Roma

³Istituto di Neurologia UCSC, Roma

RIASSUNTO

Lo SBEC (Stress e Burden Espresso nel Caregiver) è un nuovo strumento di valutazione dello stress e del carico assistenziale del caregiver messo a punto dal Gruppo di Ricerca LUMSA-Fondazione Don Gnocchi.

Si tratta di un inventory somministrabile al caregiver di pazienti affetti da malattia dementigena al momento della richiesta di ricovero o di assistenza domiciliare con lo scopo di fotografare la situazione *hic et nunc* del caregiver (stress, emotività, carico) al momento della richiesta.

Lo SBEC si avvale di due questionari differenti: il primo da somministrare al momento della presa in carico, il secondo durante o alla fine della stessa. Scopo del secondo inventory è valutare se la prestazione erogata è stata in grado di sollevare il caregiver dallo stress e dal carico assistenziale. In questa sede ci occuperemo solo del primo inventory.

METODO

Lo SBEC è uno strumento critico e aperto, realizzato tramite colloqui con 750 caregiver e con riferimento alla letteratura, il cui scopo è anche quello di acquisire notizie dell'intervistato, oltre allo stato di salute psico-fisico correlato allo stress e al burden assistenziale.

La competenza clinica, infatti, ha messo in evidenza che chi assiste non ha solo un carico assistenziale (burden), ma anche somatico e cognitivo-emotivo. Il Caregiver Burden Inventory (CBI), ad esempio, trascura gli aspetti emotivi "in senso stretto" (descrive infatti solo i sentimenti emotivi verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti bizzarri) ed anche alcuni aspetti del carico oggettivo (come quelli economici e quelli inerenti al rapporto con le istituzioni). Da qui la necessità di introdurre un nuovo inventory, tarato appositamente per la malattia della demenza, con l'obiettivo primario di cogliere in un solo inventory la fotografia del caregiver nel momento in cui il paziente è preso in carico: *Stress e Burden Espresso nel Caregiver (SBEC)*.

RISULTATI

Nello studio in fase di realizzazione sono state effettuate delle interviste usando lo SBEC ed altri inventory (CBI; HAM-D; HAM-A), al fine di effettuare una correlazione fra le tre parti di cui è costituito lo SBEC e gli altri inventory, e mostrarne quindi la validità.

È costituito di tre aree - area del burden, area somatica, area emotiva-cognitiva - ciascuna delle quali costituita da 15 items, a ciascuno dei quali l'intervistato deve rispondere, nella quasi totalità dei casi affermativamente o negativamente. Solo in alcuni casi viene richiesto di specificare ad esempio "quali sintomi" o di quantificare l'assistenza dedicata al proprio parente. Il punteggio complessivo di ciascuna area viene calcolato per un totale di 15 punti. È possibile anche rilevare lo "stato cognitivo ed emotivo durante la somministrazione del questionario", emerge anche l'opportunità della somministrazione del questionario attraverso un intervistatore, a differenza, ad esempio, del CBI che è invece uno strumento di self report.

CONCLUSIONI

Un confronto fra lo SBEC e gli altri tre inventory sopra citati mostra il carico economico e la percezione del ruolo delle istituzioni rispetto alle aspettative del caregiver, oltre ad offrire il vantaggio di avere un quadro complessivo della situazione dello stesso attraverso un'unica somministrazione. Vi è inoltre la possibilità di valutare tramite follow up lo stato della sintomatologia affettiva e somatica, la qualità della prestazione erogata e la soddisfazione del caregiver-utente.

La necessità di validare lo strumento "chiama" gli specialisti che operano in strutture in grado di erogare assistenza residenziale o domiciliare ad una feconda collaborazione.

LINEE GUIDA SULLA PSICOGERIATRIA DELL'OSPEDALE PRIVATO VILLA ROSA DI MODENA

Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Forghieri Pierluigi

Ospedale Privato Villa Rosa di Modena

RIASSUNTO

Lo studio della patologia mentale dell'anziano mostra come alla base della sofferenza psichica si ritrovi un intreccio di fattori biologici, psicologici, socio-culturali che agiscono contemporaneamente. Gli studi epidemiologici evidenziano l'elevata prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione ultrasessantacinquenne. Secondo l'OMS l'incidenza di nuovi casi di disturbi mentali passa da 93 su 100.000 per la fascia 35-54 anni a circa 240 su 100.000 per quella al di sopra dei 65 anni, pertanto il 15% delle persone ultrasessantacinquenni soffrono di disturbi psichiatrici di tipo funzionale di varia gravità, che richiederebbero un trattamento. La presa di coscienza di questi problemi, unitamente ai cambiamenti demografici e psicopatologici degli anziani ha spinto l'interesse della psichiatria verso i pazienti geriatrici per individuare strategie di intervento e per fornire risposte adeguate, competenti, complete ed integrate. La valutazione del paziente dovrà essere **multidimensionale**, in considerazione dei molteplici ed ugualmente importanti bisogni sanitari, organici e psicologici che emergono. L'anziano potrà varcare le stesse porte d'ingresso del servizio psichiatrico, ma troverà plurime ed accessibili risposte specialistiche mediche (psichiatriche, neurologiche, cardiologiche, internistiche) e psicologiche.

Nel presente lavoro vengono proposte le linee guida sulla psicogeriatría sviluppate all'interno di un contesto ospedaliero privato di tipo psichiatrico (Ospedale privato Villa Rosa di Modena). Nello specifico sono stati sviluppati percorsi differenti a seconda della comorbidità o meno tra disturbi psichiatrici e organici: a) disturbi psichiatrici in assenza di deficit cognitivi, b) disturbi psichiatrici con possibile esordio di una sintomatologia cognitiva, organica o neurologica, c) disturbi psichiatrici con comorbidità organica, d) disturbi psichiatrici secondari a malattia organica. A titolo esemplificativo verrà trattato specificatamente il percorso relativo alla presa in carico, all'approfondimento diagnostico e al trattamento del percorso (c) cioè dei disturbi psichiatrici con comorbidità organica.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1997). Linee Guida Cliniche, Centro scientifico, Edizioni Italiane a cura di Laura Bellodi.
- LINEE GUIDA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
- DSM-IV TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-Text Revision. American Psychiatric Association, Masson 2002
- Manuale di NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA (Seconda Edizione) Editors: C. Edward Coffey, Jeffrey L. Cummings
- Psicofarmaci e Anziani. Claudio Vampini-Cesario Bellantuono, Il Pensiero Editore ed.2002
- Psicofarmacologia Geriatrica. J. Craig Nelson, CIC Roma 2001
- Depressione dell'Età Senile. S.P.Roose, H.A. Sackeim, CIC Roma 2006
- I disturbi del comportamento tra Neurologia e Psichiatria. C. Blundo, R. Stowe, Masson, Mi. 1998
- Manuale di Psichiatria Geriatrica-III Edizione- D. G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse. CIC Edizioni Internazionali, Roma 2007

DEPRESSIONE VASCOLARE: UN CASO CLINICO

Valgimigli Simona¹, Rosi Antonella¹, Forghieri Pierluigi¹, Neri Mirco²

¹*Ospedale Privato Villa Rosa di Modena*

²*Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia*

RIASSUNTO

La depressione vascolare è un concetto innovativo, tuttora oggetto di approfondimento, che considera la patologia cerebrovascolare come correlata in senso eziopatogenetico all'insorgenza di alcuni quadri depressivi in età geriatrica.

La depressione vascolare viene definita clinicamente come caratterizzata, in presenza di fattori di rischio vascolare, da un maggior deterioramento cognitivo globale e rallentamento psicomotorio e da una minore ideazione a sfondo depressivo rispetto alle forme non vascolari.

All'indagine neuroradiologica (Tac encefalo e RMN cerebrale) si evidenziano alterazioni caratteristiche che corrisponderebbero a lesioni vascolari da microinfarti. Le lesioni evidenziate sono situate sia a livello della sostanza bianca che dei gangli della base, interesserebbero il circuito cortico-striato-pallido-talamo-corticale, che connettendo funzionalmente aree libiche con la corteccia pre-frontale, appare coinvolto sia nella modulazione degli stati emotivo-affettivi che nella organizzazione della funzione esecutiva (Alexopoulos, et al., 1997).

Soggetti con depressione vascolare hanno un'età d'esordio più elevata ed una minore incidenza familiare per depressione rispetto ai controlli anziani con depressione non vascolare.

Il caso che si vuole descrivere e discutere ha caratteristiche cliniche che supportano la diagnosi di depressione vascolare: decadimento cognitivo consistente in un disturbo delle funzioni esecutive: pianificazione, organizzazione, sequencing, astrazione, ritardo psicomotorio, ideazione depressiva limitata, cioè colpa, scarso insight, disabilità, assenza di storia familiare di disordini dell'umore.

BIBLIOGRAFIA

Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Kakuma, T., Silbersweig, D., Charlson, M. (1997). Clinically defined vascular depression. *American Journal of Psychiatry*; 154; 562-5.

Alexopoulos, G.S., (2006) The vascular Depression Hypothesis: 10 Years Later. *Biological Psychiatry*; Vol.60, Issue 12, pages 1304-5

Alexopoulos, G.S. (2005). Late Life Depression: A Model for Medical Classification. *Biological Psychiatry*; Vol. 58; Issue 4, Pages 283-9.

Gustavo C. Roman (2006). Vascular Depression: An Archetypal Neuropsychiatric Disorder. *Biological Psychiatry*; Vol.60, Issue 12, Pages 1306-8.

Sneed J.R., Roose S.P., Sackeim H.A. (2006) Vascular Depression: a distinct Diagnosis Subtype? *Biological Psychiatry*; Vol. 60, Issue 12, Pages 1295-8.

Psicofarmaci e Anziani. Claudio Vampini-Cesario Bellantuono, Il Pensiero Editore ed.2002

DEPRESSIONE GERIATRICA ED ATTIVITA' FISICA: RISULTATI PRELIMINARI DA UNO STUDIO CONTROLLATO DI RIABILITAZIONE PSICOFISICA

Zanetidou Stamatula¹, Boschi Maurizia¹, Belvederi Murri Martino², Menchetti Marco², Argnani Paola³, Bombi AnnaRosa²

¹*Dip. Salute Mentale "Zanolini", AUSL Bologna*

²*Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna*

³*Dip. Cure Primarie, "Zanolini", AUSL Bologna*

RIASSUNTO

La popolazione anziana è fortemente rappresentata in Italia e presenta un'incidenza elevata di depressione. A questo si associano frequenti problematiche di comorbidità fisica, isolamento sociale e conseguenti alti livelli di disabilità. Numerose evidenze testimoniano come lo svolgimento di attività fisica possa portare ad un miglioramento del tono dell'umore, anche se restano largamente sconosciuti i meccanismi con i quali ciò avvenga. Ben noto è invece l'effetto positivo che l'esercizio fisico ha sulla riduzione della mortalità cardiovascolare e da altre cause.

Nell'ambito del servizio di psichiatria di consultazione di Bologna, è stato avviato da alcuni anni un progetto di counseling psicoterapico di gruppo per pazienti anziani affetti da depressione. In questo contesto è stato avviato un programma parallelo di attività fisica, nell'ottica di una riabilitazione complessiva "psicosomatica".

METODI

Venti pazienti hanno ricevuto l'idoneità allo svolgimento di attività fisica non agonistica. Il programma consisteva di incontri di attività fisica aerobica della durata di 1 ora, a cadenza settimanale, per i quali è prevista la durata di 3 mesi. Sono state seguite le indicazioni delle "Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari", personalizzando gli esercizi in base alle comorbidità e limitazioni funzionali dei pazienti. Sono state somministrate scale di valutazione per la depressione geriatrica (GDS), ansia (SAS), stato cognitivo (MoCA) salute percepita e qualità della vita (MOS SF-36).

RISULTATI

Al termine dei 3 mesi si è assistito ad un significativo miglioramento di alcuni indici di salute e ad una riduzione dei livelli di disabilità per diversi pazienti (punteggi alle sottoscale SF-36). Maggiori riduzioni dei livelli di depressione e ansia sono stati osservati tra i pazienti che presentavano punteggi GDS più alti alla valutazione iniziale.

CONCLUSIONI

L'associazione di un programma di riabilitazione cardiovascolare e di psicoterapia di gruppo può rappresentare uno strumento utile nel trattamento della depressione geriatrica, consentendo miglioramenti sia per le dimensioni ansioso/depressive che per indici relativi alla qualità della vita.

DECADIMENTO COGNITIVO IN EMODIALISI. UN CASO CLINICO

Zeliani Chiara^{1,2}, Ghidoni Silvia^{1,2}, Baroni Fiorenzo¹, Timpini Annalisa^{1,2}, Ghisla Maria Karin¹, Facchi Emanuela¹

¹U.O. Medicina Riabilitativa Specialistica e Generale-geriatrica Fondazione O.P. Richiedei, Gussago (BS)

²Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Brescia

L'uremia cronica si avvia a diventare una malattia tipica dell'età avanzata. I pazienti con età superiore a 65 anni costituiscono oggi la maggioranza dei dializzati e tendono ad aumentare nei registri di tutti i Paesi industrializzati. Il paziente anziano uremico in trattamento dialitico è un paziente fragile: alla cronicità della malattia si associano comorbidità, politerapia farmacologica, dipendenza fisica, deficit cognitivo, depressione, deficit sensoriali progressivi e malnutrizione. Studi epidemiologici mostrano una elevata prevalenza di deficit cognitivi in pazienti anziani emodializzati ed una stretta correlazione tra la gravità del danno renale e quella del deficit cognitivo. La dialisi può essere associata direttamente o indirettamente a demenza, tanto che in letteratura era riconosciuta la definizione di "*dialysis dementia*". Tra le concause di tale entità, un ruolo predominante era attribuito all'alluminio, metallo utilizzato nei filtri in uso anni fa.

Attualmente l'ipotesi più accreditata è quella di un danno cerebrovascolare ("*aterosclerosi accelerata*") correlato ad episodi ipotensivi in corso di emodialisi, microembolizzazione ed edemi cerebrali "subclinici" post-trattamento dialitico. Recentemente numerosi studi sottolineano come pazienti in emodialisi presentino peculiari alterazioni delle performance cognitive: deficit di memoria, attenzione, nelle funzioni esecutive e di pianificazione. Frequenti anche disturbi del linguaggio caratterizzati da disartria, riduzione della fluenza verbale e anomia.

MS, paziente di 83 anni, 5 anni di scolarità, giunge alla nostra osservazione da un reparto di Nefrologia per disturbo della marcia e dell'equilibrio in sindrome ipocinetica dopo periodo di allettamento e per valutazione del deficit cognitivo insorto dal 2003. Il paziente in trattamento dialitico dal 1999 per nefropatia non meglio specificata presentava in anamnesi patologica remota: cardiopatia post-IMA ed ipertensiva, asportazione di K vescicale nel 1993, neuropatia sensitivo-motoria ai 4 arti, arteriopatia obliterante agli arti inferiori trattata con bypass femoro-popliteo a sinistra. All'ingresso il paziente si presenta in condizioni cliniche scadute, malnutrito e confuso, disorientato nel tempo e nello spazio. La valutazione multidimensionale geriatrica all'ingresso evidenzia dipendenza totale nelle funzioni di base e strumentali della vita quotidiana (BADL 6/6 funzioni perse, Bartel Index 44/100 e IADL 5/5 funzioni perse), elevato rischio di cadute (Tinetti 5/18), decadimento cognitivo moderato (MMSE corretto per età e scolarità 13,4/30), malnutrizione (BMI 22 e MNA 13,5), elevato indice di comorbilità (IGC 4). Durante la degenza, in seguito al miglioramento delle performances cognitive (MMSE 16,4/30), è stato possibile eseguire valutazione neuropsicologica che evidenzia: memoria immediata conservata, frammentarie la memoria episodica, a lungo termine, procedurale, proposizionale (semantica ed autobiografica), buona la comprensione di ordini verbali semplici. Patologica la comprensione di ordini non verbali e complessi, deficit di critica, giudizio e ragionamento astratto; fluenza verbale per categorie semantiche e fonemiche compromessa. Aprassia costruttiva ed ideomotoria, non aprassia bucco-linguo-facciale, disartria ed anomia. La TC encefalo mostra assenza di lesioni cerebrali focali, diffusa atrofia cerebrale cortico-sottocorticale con dilatazione consensuale del sistema ventricolare, ipodensità della sostanza bianca periventricolare e dei centri semiovali da ipoafflusso. È stata formulata diagnosi di decadimento cognitivo moderato-severo di probabile eziologia tossico-metabolica.

La cronicizzazione di una condizione di per sé incompatibile con la vita, quale la progressiva riduzione della funzione renale, espone il paziente, anche per la sola variabile legata all'età, ad una situazione di cronica debolezza. La durata del trattamento sostitutivo che si protrae per molti anni amplifica la fragilità e fa di questo paziente oggetto di interesse peculiare in geriatria.

BIBLIOGRAFIA

- Madero M, Gul A, Sarnak MJ Cognitive function in chronic kidney disease *Seminars in dialysis*, 2008; 21(1): 29-37
- Meyer TW, Hostetter TH Uremia *N Engl J Med* 2007; 357: 1316-25
- Kurella M, Chertow GM, Luan J et al Cognitive impairment in chronic kidney disease *JAGS* 2004; 52: 1863-69
- Fazekas G, Fazekas F, Schmidt R et al Brain MRI findings and cognitive impairment in patients undergoing chronic hemodialysis treatment *J Neurological Science* 1995; 134: 83-8
- Murray AM, Tupper DE, Knopman DS et al Cognitive impairment in hemodialysis patients is common *Neurology* 2006; 67(2): 216-23

Stampa:
ISTITUTO ARTI GRAFICHE MENGARELLI - ROMA