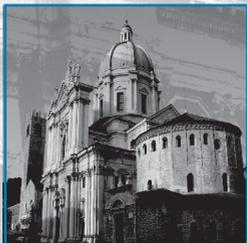
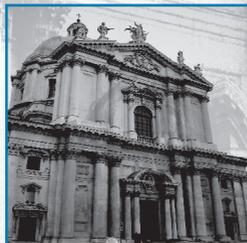
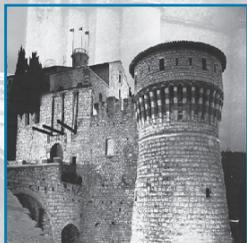




7^o Congresso Nazionale

criticità in psicogeriatría



Brescia, 19-21 aprile 2007

Camera di Commercio
Via Einaudi, 23 - 25121 Brescia

Indice

RELAZIONI

Piero Amerio LA DIMENSIONE ATTIVA DELLA VECCHIAIA NELLA COMUNITA' SOCIALE	8
Fabrizio Asioi I RISCHI DI FRAGILITA' DELL'OPERATORE IN PSICOGERIATRIA	9
Giuseppe Bellelli LA RIABILITAZIONE NEL DECADIMENTO COGNITIVO	10
Francesca Clerici L'ANZIANO CON DEMENZA NELL'OSPEDALE PER ACUTI "NEL REPARTO SPECIALISTICO"	13
Luigi Ferrannini L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO: PARADIGMI DI FRAGILITA' E CONTRADDIZIONI DELLE PRASSI	14
Piera Ranieri IL DEMENTE NELL'OSPEDALE PER ACUTI: L'ESPERIENZA DI UN REPARTO DI MEDICINA GENERALE	16
Annapia Verri LA DISABILITA' INTELLETTIVA NELL'ARCO DI VITA: LA DIAGNOSI TARDIVA	18
<hr/> ABSTRACTS <hr/>	
Aiello Luigi INTERVENTO PSICOLOGICO SUI SISTEMI FAMILIARI ED ESITI D'IMPATTO: IL BENEFICIO PERCEPITO DAL FAMILIARE	20
Auricchio Eliana PATTERN DI CONCORDANZA TRA DIFFERENTI OPERATORI ED IL CAREGIVER FAMILIARE NELLA VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI IN UN CAM- PIONE DI DEMENTI: LE DIFFERENZE DIPENDONO DAL CONTESTO?	23
Balestri Francesca CARATTERISTICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DELLA POPOLAZIONE PSI- COGERIATRICA AFFERENTE AL CENTRO ESPERTO DEMENZE DI BOLOGNA	25
Barisione Emanuela USO DI DEVICES INALATORI NEL PAZIENTE ANZIANO CON DEFICIT DELLE FUN- ZIONI ESECUTIVE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO SU PAZIENTI ANZIA- NI CON PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICHE	27
Bianchetti Angelo PROGETTO GERICO: QUALITA' DELLA VITA NELLO SCOMPENSO CARDIACO DELL'ANZIANO	28
Boncinelli Marta UN APPROCCIO RELAZIONALE BASATO SULLA MUSICA PER ANZIANI CON DEMEN- ZA GRAVE IN RSA: EFFETTO SUI SINTOMI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI	31
Bonelli Giovanni LA PRAGMATICA DEL LINGUAGGIO NELLA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVI	33

Indice

Boscolo Paola MUSICOTERAPIA: ALTERNATIVA NON FARMACOLOGICA NEI DISTURBI D'ANSIA NELLE DEMENZE	35
Bresciani Elena DEMENTIA POST-IPOSSICA. CASO CLINICO	37
Bruno Patrizia PROGETTO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: "L'ALZHEIMER NEL CENTRO POLIVALENTE"	39
Conchiglia Giovannina QUANDO L'IMMAGINE DEL CORPO SI "SVUOTA": IL DELIRIO DI COTARD IN UN CASO DI PROBABILE MALATTIA DI ALZHEIMER VS DELIRIO DI CAPGRAS	41
Cornali Cristina MODALITA' DI ASSISTENZA NELLE FASI FINALI DELLA VITA DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA RESIDENTI IN RSA	42
D'Acquisto Liliana ANALISI DELLA DOMANDA E RIABILITAZIONE COGNITIVA DELLE DEMENZE: UN MODELLO PSICOLOGICO DI INTERVENTO RIABILITATIVO IN UN CENTRO DIURNO	44
De Falco Caterina LA SPECT CEREBRALE COME SUPPORTO ALLA DIAGNOSI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)	46
de' Santisi Angela DESCRIZIONE DI UN CASO DI PROSOPOAGNOSIA FAMILIARE	47
Esposito Dalila IL RUOLO DELL'AUTOEFFICACIA PERCEPITA NELLA RIABILITAZIONE ORTOPEDI- CA DELL'ANZIANO FRATTURATO	49
Forlani Claudia RUOLO DELL'ESSERE SOLI E DELLA NON-AUTOSUFFICIENZA NEI DISTURBI DEPRESSIVI DELL'ANZIANO. DATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY"	50
Forlani Claudia CLUSTERS DI FATTORI VASCOLARI, DEMENZA E COGNITIVE IMPAIRMENT NO DEMENTIA. DATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY"	52
Gareri Pietro INSORGENZA DI DEPRESSIONE IN UN PAZIENTE ANZIANO TRATTATO CON BETA-BLOCCANTI	54
Giuliani Gian Carlo GLI EVENTI AVVERSI COME FATTORI PREDITTIVI DELLA "SENSAZIONE DOLOROSA" NEI PAZIENTI ANZIANI	55
Gozzoli Maria Paola IL CONSUMO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI NEGLI ANZIANI: UNO STUDIO DI POPOLAZIONE	57

Indice

Guarnerio Chiara SFIDE ETICHE: COSA CONSIDERANO ACCANIMENTO TERAPEUTICO I FAMILIARI DI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO IN UN R.S.A. E AL DOMICILIO. UN'INDAGINE PRELIMINARE	58
Gullo Massimiliano STATO PSICO-AFFETTIVO, TERAPIA ANTIDEPRESSIVA E RISCHIO DI DECLINO COGNITIVO-FUNZIONALE IN ANZIANI CON <i>MILD COGNITIVE IMPAIRMENT</i>	60
Janiri Giovanna VALUTAZIONE DELLO STRESS IN UN GRUPPO DI FAMILIARI DI PAZIENTI DEMENTI	61
Loré Elisa Anna VALUTAZIONE PSICOGERIATRICA DELLA DEPRESSIONE IN UNA POPOLAZIONE DI OLDEST-OLD MEDIANTE LA GERIATRIC DEPRESSION SCALE A 5 ITEMS	62
Loré Elisa Anna FRONTAL BEHAVIORAL INVENTORY: UN QUESTIONARIO COMPORTAMENTALE	64
Loré Elisa Anna MARCATORI TIPICI DELLA VARIANTE FRONTALE, VERSIONE DISINIBITA DELLA DEMENTIA FRONTALE IN FASE DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE: CASO CLINICO	65
Mattanza Chiara L'ASSISTENZA DOMICILIARE: CONFRONTO ADI-RSA	67
Minelli Dorella <i>FOLIE À DEUX</i> . UN CASO CLINICO	69
Morini Valentina ABITUDINE AL FUMO E SALUTE MENTALE NELL' ANZIANO. RISULTATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY"	70
Morini Valentina SOTTOTIPI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT NELLA POPOLAZIONE ANZIANA DEL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY". DATI PRELIMINARI	72
Natale Giorgia EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI ASSISTENZA TELEFONICA MENSILE PER FAMI- LIARI DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA	74
Petrillo Alessandra DEPRESSIONE E COGNITIVITA' NEL PAZIENTE ANZIANO	76
Petrillo Alessandra DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DEMENZA DI ALZHEIMER	77
Ricci Antonella PROTEINA C REATTIVA E DELIRIUM PREVALENTE IN UN'UNITA' DI CURA SUB- INTENSIVA DI GERIATRIA (UCSI)	78
Rossi Vincenzo DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA: ESPERIENZA E MONITORAGGIO DEL CENTRO ESPERTO DEL POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI DI BOLOGNA	79

Indice

Scala Giovanni CENTRO DIURNO ALZHEIMER “ATTIVAMENTE”: CONSIDERAZIONI E RISULTATI PRELIMINARI	81
<hr/>	
Speciale Salvatore PROTEINA C-REATTIVA E DELIRIUM IN UN SETTING DI RIABILITAZIONE GERIATRICA	83
<hr/>	
Testa Alberto IL TEMPO DELL’INVECCHIAMENTO: PAZIENTI CON DEMENZA E PAZIENTI CON DISAGIO PSICHICO. ESPERIENZE DI ASSISTENZA DEL DSM DI ASCOLI PICENO	85
<hr/>	
Turco Renato MALNUTRIZIONE COME PREDITTORE DI EVENTI CLINICI AVVERSI IN PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI PRESSO UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA	87

Relazioni

LA DIMENSIONE ATTIVA DELLA VECCHIAIA NELLA COMUNITA' SOCIALE

Piero Amerio

*Professore Ordinario di Psicologia Sociale e di Psicologia di Comunità, Università degli Studi di Torino
Presidente della Società Italiana di Psicologia di Comunità*

La rilevanza quantitativa che le persone anziane e vecchie assumono nella nostra società (quasi il 20% della popolazione ha più di 65 anni ed il 9% più di 75) e le previsioni di crescita del fenomeno ci dicono che stiamo diventando una “società vecchia”. Ma che cosa significa oggi il termine “vecchio”? Sicuramente qualcosa di notevolmente diverso da qualche decennio or sono, sia sul piano fisiologico, che sul piano psicologico, che sul piano sociale.

Il concetto di *dimensione attiva della vecchiaia* è utilizzato qui in primo luogo per caratterizzare questa diversità sul piano bio-psicosociale. Le migliorate condizioni di vita, gli sviluppi della medicina, il senso più pregnante della “persona” ed una più ricca vita sociale hanno contribuito (e contribuiscono) a diminuire il quadro di impronte negative della vecchiaia. O, almeno, a spostare tale quadro ben oltre i limiti anagrafici tradizionali.

Da qui una conseguenza per la comunità la quale, nel suo obbligo etico-politico di “prendersi cura” della persona anziana, deve tener conto di questa dimensione attiva e vitale che essa ancora possiede. Ma il concetto di dimensione attiva è qui utilizzato in un altro senso: cioè non solo nella direzione che va dalla comunità alla persona anziana, ma in quello che da quest’ultima va alla comunità. In altri termini per indicare l’utilizzazione delle risorse attive dei suoi membri anche anziani, del ruolo che questi possono svolgere non solo nel mondo del lavoro e dei ruoli tradizionali, ma nel consolidamento della partecipazione sociale.

I RISCHI DI FRAGILITA' DELL'OPERATORE IN PSICOGERIATRIA

Fabrizio Asioli

Istituto di Psichiatria, Università degli Studi di Bologna

La relazione di aiuto si configura come una relazione particolarmente complessa e, in un certo senso, anche “rischiosa” per l'operatore.

Infatti, a differenza di quasi tutte le relazioni che intratteniamo con gli altri -relazioni nelle quali cerchiamo reciprocità- la relazione di aiuto si caratterizza per essere asimmetrica e sbilanciata: il prestatore di aiuto offre soccorso “unilateralmente”, senza -almeno all'apparenza- chiedere o attendersi alcun ritorno.

Per questa ragione le relazioni di aiuto richiedono un enorme impegno emotivo ed anche notevoli doti di equilibrio personale in quanto nelle relazioni di aiuto, ciascuno di noi impegna (e può offrire) solo ciò che “ha”, vale a dire, ciò che egli “è”.

Tuttavia, oltre a questi elementi (che possiamo considerare da un lato intrinseci alla relazione di aiuto, dall'altra fortemente dipendenti dalle caratteristiche personali del prestatore di aiuto) esistono anche altri fattori -esterni alla relazione- che possono esercitare una influenza importante sulla relazione stessa. Elementi contestuali sono in grado di svolgere una funzione protettiva: ad esempio appartenere ad un gruppo di lavoro competente, motivato e coeso; oppure trovarsi ad operare in una Istituzione a cui sia riconosciuta credibilità ed efficienza.

Esistono, al contrario, fattori ambientali che possono creare difficoltà all'esercizio sistematico di una relazione di aiuto di qualità. Alcuni di questi fattori, oggi sembrano particolarmente presenti e preoccupanti: l'aumento vertiginoso della domanda di assistenza, la contrazione delle risorse, il forte turn over delle figure assistenziali, la riduzione delle opportunità di formazione.

LA RIABILITAZIONE NEL DECADIMENTO COGNITIVO

Giuseppe Bellelli

UO Riabilitazione Polifunzionale specialistica "Ancelle della Carità", Cremona

La relazione tra attività fisica (e più in generale riabilitazione) e demenza è una relazione complessa e condizionata da molti pregiudizi culturali. Sebbene i soggetti con demenza rappresentino una quota crescente della popolazione con "richieste riabilitative", è anche vero che la demenza è spesso vista come un ostacolo di non poco conto da medici, infermieri e fisioterapisti impegnati nella pratica quotidiana della riabilitazione. In realtà sia l'attività fisica che la riabilitazione motoria hanno uno specifico razionale e sono possibili anche nelle forme di demenza avanzata.

Una prima considerazione riguarda il rapporto tra attività fisica e prevenzione della disabilità psico-fisica. Recenti evidenze scientifiche dimostrano che, nonostante con l'invecchiamento vi sia una riduzione dell'efficienza fisica, la pratica costante di attività fisica previene impairment cognitivo e disabilità fisica. Nell'Honolulu-Asia Aging Study, studio che comprendeva 2257 uomini di età compresa tra 71-93 anni, è stato osservato che il rischio di demenza aumentava di quasi due volte in coloro che praticavano una blanda attività fisica (camminare in media 400 mt al giorno) in confronto ad individui di pari età e sesso che praticavano invece un'attività fisica più sostenuta (3.2 Km al giorno). L'effetto era anche associato alla velocità del cammino, e cioè tanto maggiore era la velocità del cammino, tanto minore era il rischio di sviluppare demenza. La pratica di attività fisica di tipo aerobico per un periodo superiore ai 2 mesi è in grado di prevenire disabilità fisica secondo alcuni studi longitudinali randomizzati controllati effettuati su pazienti anziani viventi al domicilio.

Per quanto concerne il trattamento riabilitativo dei pazienti dementi il discorso è più complesso. È noto che la riduzione delle performances cognitive si associa in maniera inversa e statisticamente significativa all'efficacia del trattamento riabilitativo. In particolare uno studio canadese aveva dimostrato che la probabilità di successo del trattamento riabilitativo era circa 20 volte inferiore nel gruppo con deterioramento cognitivo in confronto a soggetti cognitivamente integri. Anche nel caso del trattamento riabilitativo post-stroke, la presenza di deterioramento cognitivo è un predittore negativo di recupero funzionale. Più recentemente, un trial randomizzato controllato pubblicato sugli Archives of Physical Medicine and Rehabilitation ha dimostrato che un'attività fisica di moderata intensità aveva un'efficacia preventiva nei confronti dell'evento cadute soltanto in soggetti robusti o "pre-fragili", ma non nei soggetti anziani fragili, suggerendo indirettamente l'inefficacia del trattamento in presenza di una consolidata disabilità. Di segno opposto, uno studio comprendente 58 pazienti con frattura di femore (35 con e 23 senza impairment cognitivo) ricoverati in una struttura riabilitativa negli USA (Atlanta, Georgia) dimostrò che l'impairment cognitivo non è di per se un impedimento al recupero funzionale misurato con il punteggio alla scala FIM (Functional Independence Measure); in particolare pazienti con impairment cognitivo avevano, sulla base dei risultati di questo studio, la stessa probabilità di essere dimessi al domicilio con punteggi FIM sovrapponibili in confronto a pazienti che non mostravano declino cognitivo. Gli autori concludevano che un trattamento riabilitativo intensivo e precoce garantisce eguali risultati funzionali in soggetti anziani indipendentemente dalla presenza di impairment cognitivo. Sulla stessa linea uno studio di Rozzini e collaboratori ha dimostrato che il deterioramento cognitivo non costituisce di per se una barriera al trattamento riabilitativo ed anzi non preclude l'efficacia dell'intervento anche nei soggetti con demenza conclamata. In questo scenario intricato e complesso la capacità di selezionare il trattamento riabilitativo ottimale è particolarmente difficile. Si deve infatti tenere conto non soltanto della condizioni cliniche del soggetto demente, ma anche della sua capacità di collaborare e della capacità del terapeuta di ottenere la collaborazione del paziente. Infine è necessaria la motivazione del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Schuman Je: Geriatric patients with and without intellectual disfunction: effective of standard rehabilitation program. Arch Phys Med Rehabil 1981 ;62: 612-18.
- 2) Fiatarone Singh. Exercise comes of ages: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription Journal of Gerontology 2002 5, M232.
- 3) Mazzeo: ACSM position standard: Exercise and physical activity for older adults. Medicine & science in sports & exercise 30(6) 1998 992-1008.
- 4) Weuve J: Physical activity , including walking, and cognitive function in older women JAMA 2004, 292; 12 1454.
- 5) Abbott R: Walking and dementia in physically capable elderly men. JAMA 2004 ,292, 12 1447.
- 6) Heyn P: The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a Meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil vol 85, 2004 1694
- 7) Huusko T: Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. BMJ 2000: 321: 1107-11.
- 8) Heruti R. Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. Arch Phys Med Rehabil 2002 ;83:742-9
- 9) Goldstein: Functional outcome of cognitively impaired hip fractures patients on a geriatric rehabilitation unit. J Am Geriatr Soc 45: 35-42,1997.
- 10) Rozzini: Dementia does not prevent the restoration of safe gait after hip fracture J Am Geriatr Soc 45: 11 1406,1997
- 11) Penninx B et al. Physical exercise and the prevention of disability in activities of daily living in older persons with osteoarthritis. Arch Intern Med 2001 22;161:2309-16.
- 12) Blinder EF et al, Effects of progressive resistance training on body composition in frail older adults: results of a randomized, controlled trial.
- 13) Stewart KJ et al, Exercise effects on cardiac size and left ventricular diastolic function: relationships to changes in fitness, fatness, blood pressure and insulin resistance. Heart 2006. Jul;92(7):893-8
- 14) Stewart KJ et al. Effect of exercise on blood pressure in older persons: a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2005 Apr 11;165(7):756-62.
- 15) Ferrara CM et al. Effects of aerobic and resistive exercise training on glucose disposal and skeletal muscle metabolism in older men. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006 May;61(5):480-7.
- 16) Cauza E et al. The relative benefits of endurance and strength training on the metabolic factors and muscle function of people with type 2 diabetes mellitus. Arch Phys Med Rehabil. 2005 Aug;86(8):1527-33.
- 17) Lieberman D, Fried V, Castel H, Weitzmann S, Lowenthal MN, Galinsky D. Factors related to successful rehabilitation after hip fracture: a case-control study. Disabil Rehabil 1996;5:224-30.
- 18) Faber MJ et al. Effects of Exercise Programs on Falls and Mobility in Frail and Pre-Frail Older Adults: A Multicenter Randomized Controlled Trial Arch Phys Med Rehabil 2006;87:885-96.
- 19) Wang Li et al. Performance-based physical function and future dementia in older people. Arch Intern Med. 2006;166(10):1115-20
- 20) Verghese J, Lipton RB, Hall CB, Kuslansky G, Katz MJ, Buschke H. Abnormality of gait as a predictor of non-Alzheimer's dementia. N Engl J Med. 2002;347: 1761-1767.
- 21) Waite LM, Grayson DA, Piguet O, Creasey H, Bennett HP, Bore GA. Gait slowing as a predictor of incident dementia: 6-year longitudinal data from the Sydney Older Persons Study. J Neurol Sci. 2005;229-230:89-93.
- 22) Larson EB et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. Annals Intern Med 2006; 144:73-81.
- 23) Bellelli G, Guerini F, Bianchetti A, De Palma D, Ther P, Trabucchi M. Medical comorbidity and complexity of the rehabilitative procedures for older patients with functional impairments. J Am Geriatr Soc. 2002;50(12):2095-6.
- 24) Goldstein FC et al. Functional outcome of cognitively impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit. J Am Geriatr Soc 1997;45(1):35-42.
- 25) Bellelli G et al. Does cognitive performance affect physical therapy regimen after hip fracture surgery? Aging Clin Exp Res in press.
- 26) Ble A et al. Executive function correlates with walking speed in older persons: the InCHIANTI study J Am Geriatr Soc 2005 Mar;53(3):410-5.
- 27) Lundin-Olsson L et al. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people.Lancet. 1997 Mar 1;349(9052):617.
- 28) Franzoni S et al. Fear of falling in nursing home patients. Gerontology 1994; 40(1):38-44.
- 29) Bellelli G, Guerini F, Trabucchi M. Body weight supported treadmill in the rehabilitation of severely demented elderly subjects with hip fracture: a case report. J Am Geriatr Soc. 2006 Apr;54(4):717-8.
- 30) Leveille S, Guralnik J, Ferrucci L, Langlois J. Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. Am J Epidemiol. 1999;149:654-664.

- 31) Manini TD et al. Daily Activity Energy Expenditure and Mortality Among Older Adults. *JAMA*. 2006;296:171-179
- 32) Kerschman K, Alacamlioglu Y, Kollmitzer J, et al. Functional impact of unvarying exercise program in women after menopause. *Am J Phys Med Rehabil*. 1998;77:326-332.
- 33) Mihalko S, McAuley E. Strength training effects on subjective wellbeing and physical function in the elderly. *J Phys Act Aging*. 1996;4: 56-68.
- 34) Morris J, Fiatarone M, Kiely D, et al. Nursing rehabilitation and exercise strategies in the nursing home. *J Gerontol Med Sci*. 1999;54A:M494-M500.

L'ANZIANO CON DEMENZA NELL'OSPEDALE PER ACUTI “NEL REPARTO SPECIALISTICO”

Francesca Clerici

Responsabile U.S. Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Milano

Alcune riflessioni inducono a ritenere auspicabile che l'interfaccia del paziente demente con la realtà ospedaliera avvenga mediante canali preferenziali e con modalità privilegiate.

Innanzitutto, la realtà ospedaliera (rumorosa, affollata, disciplinata da regole inaccessibili ad un soggetto affetto da decadimento mentale) rappresenta per il malato demente un ambiente inappropriato: l'incapacità di adeguarsi ai tempi di attesa e alla norme ospedaliere comporta spesso l'insorgere di una sindrome da disadattamento che si esprime con anomalie comportamentali quali agitazione ed aggressività.

Inoltre, il prolungarsi della permanenza del malato demente all'interno di un ospedale rende spesso inevitabile il ricorso ad una gestione farmacologica dei disturbi comportamentali, con il rischio di insorgenza di eventi avversi.

Infine la sua ridotta autonomia rende il paziente demente dipendente da un care giver, dal quale è inauspicabile separarlo durante la permanenza in ospedale, pena l'aggravamento della sindrome da disadattamento. Ciò comporta un aggravio del carico assistenziale per il care giver che, durante la fase di gestione ospedaliera, viene distolto dalle proprie occupazioni familiari e professionali.

Pertanto, l'accesso del malato demente alla realtà ospedaliera dovrebbe essere preceduto da un attento vaglio dei motivi che lo inducono a interpellare l'ospedale e delle possibili risposte che quest'ultimo può fornire, al fine di approntare l'intervento più efficace in termini diagnostici e terapeutici che comporti, tuttavia, la minore permanenza per il malato all'interno della struttura ospedaliera. In questa prospettiva, il ruolo degli operatori delle Memory Clinic e delle Unità di Valutazione Alzheimer, reso forte dal rapporto continuativo con il malato e con i suoi care giver e dal contributo del medico di famiglia, è quello di impostare il percorso diagnostico e selezionare la modalità di accesso più adeguata, distinguendo le prestazioni urgenti da quelle differibili, quelle che richiedono un regime di degenza (preferenzialmente in day-hospital) da quelle effettuabili ambulatorialmente o la cui gestione può essere demandata a domicilio.

L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO: PARADIGMI DI FRAGILITÀ E CONTRADDIZIONI DELLE PRASSI

Luigi Ferrannini

Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Genova

Il nuovo approccio legislativo, introdotto dalla Legge 6/04 la cui finalità è così espressa all'articolo 1: "La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile delle capacità di agire, le persone prive in tutto od in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente", si caratterizza per alcuni elementi particolarmente innovativi.

1. La funzione tutoria rappresenta, in equilibrio con la necessità di riconoscere le potenzialità di sviluppo di empowerment e di autonomia del soggetto, una delle più significative componenti di un moderno servizio di psichiatria di comunità e dello stesso approccio di community care. Per questo motivo i servizi psichiatrici (ma di recente anche quelli per disabili e per anziani) hanno sempre guardato con attenzione al dibattito in tema di amministrazione del patrimonio della persona fragile o fragilizzata per varie cause (malattia, istituzionalizzazione, difficoltà di accesso alle cure, isolamento e carenza della rete di supporto sociale, povertà, ...), superando le rigide dicotomie: capace/incapace, pienezza dei diritti (spesso non esigibili)/interdizione, cittadinanza piena/cittadinanza dimezzata.
2. Un diverso approccio (personalizzato e flessibile) punta a superare le incongruenze tra realtà clinica e realtà giuridica. La malattia mentale presenta spesso un decorso modulato nel tempo e differenziato per quanto riguarda le funzioni psichiche compromesse ed il relativo livello di compromissione, mentre gli istituti dell'interdizione/inabilitazione fanno riferimento ad una condizione di "abitudine", secondo la regola del "tutto o nulla", che fatalmente tende ad appiattare l'intero decorso sui livelli più bassi.
3. Non meno importanti sono altre incongruenze che la nuova legge punta a superare. Quelle tra flessibilità della valutazione e la rigidità dello strumento, ma anche quelle tra l'evoluzione della concezione scientifica e clinica della "malattia mentale" e di altre forme di "fragilità" ed i suoi riflessi sulla legislazione e la direzione implicita del provvedimento interdittivo.
4. La nuova legge, che gli operatori dei servizi di comunità da anni attendevano, fondata su un ampio dibattito tecnico e culturale e su esperienze già avviate in legislazioni di altri Paesi europei (Germania, Austria, Francia, Belgio, Spagna, Gran Bretagna), risponde a cinque esigenze fondamentali:
 - a) personalizzazione, consentendo di costruire "un abito su misura", secondo la felice espressione di Cendon;
 - b) non riguarda una persona, ma una situazione, nella quale in linea di principio ciascun cittadino può trovarsi e dalla quale può uscire;
 - c) stretta corrispondenza tra strumento ed esigenze, nel rispetto del principio che ogni persona non autosufficiente ha il diritto di vivere con il massimo di autonomia psicologica, fisica, economica e giuridica possibile;
 - d) orientamento alla promozione ed al sostegno, senza estromettere il tutelato dalla gestione del suo patrimonio e consentendo che una buona azione di tutela nasca all'interno di un rapporto di fiducia a sostegno delle capacità dell'assistito;
 - e) flessibilità, tempestività e maneggevolezza, per il carattere non totale e non definitivo dello strumento (centrato sul cosa, quando e per quanto tempo), consentendo un'applicazione aderente all'insorgenza di nuove esigenze e graduando il carattere di supplenza e di protezione;

- f) vicinanza tra titolarità del potere decisionale e situazioni sulle quali si va ad incidere, in quanto l'amministratore di sostegno si configura come una persona, all'interno di una relazione di tutela e di supplenza.

IL DEMENTE NELL'OSPEDALE PER ACUTI: L'ESPERIENZA DI UN REPARTO DI MEDICINA GENERALE

Piera Ranieri

U.O. Medicina – Istituto Clinico S.Anna e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

L'interfaccia tra demenza e comorbilità somatica trova nel setting ospedaliero una espressione specifica e di particolare rilievo per la salute dei pazienti. E' infatti dimostrato che l'outcome ospedaliero di molte patologie acute (polmonite, infarto del miocardio, frattura di femore) è peggiore nel paziente demente, indipendentemente dalla gravità specifica della patologia di base, e questi pazienti alla dimissione con minore frequenza ricevono il trattamento ottimale (Sloan et al, 2004). Inoltre, una parte sostanziale dei costi sociali dell'AD è determinata dalla cura delle patologie somatiche che devono essere viste come una vera "complicanza" della malattia di fondo e non solo come una concomitanza casuale (Ernst et al, 1994; Bianchetti et al 2003).

Con lo scopo di valutare le caratteristiche e l'outcome di soggetti dementi ricoverati in un reparto per acuti sono stati analizzati i dati relativi ai soggetti ricoverati nel periodo 2004-2005 presso il reparto di Medicina dell'Istituto Clinico S.Anna di Brescia. Si tratta di un reparto dotato di 24 letti di degenza, a spiccata sensibilità geriatrica e dotato di una Unità di Valutazione Alzheimer propria. Nel periodo considerato sono stato dimessi 1539 ultrasessantacinquenni (il 72.5% della popolazione totale dei dimessi; nel 60.5% dei casi si trattava di femmine e l'età media era di 80.1 ± 7.5 anni). Un'analisi condotta sulle SDO ha permesso di rilevare che la diagnosi di malattia di Alzheimer (codice ICD-9CM 331) veniva formulata nel 6.6% dei casi (nel 40% si trattava della prima diagnosi), mentre le altre forme di demenza (codice ICD-9CM 290) venivano codificate nel 12.2% dei casi (quasi esclusivamente come diagnosi secondaria). Nella casistica considerata, pertanto, la diagnosi di demenza era codificata nella SDO nel 18.8% degli ultrasessantacinquenni, un dato sensibilmente più alto a quanto presentato nella letteratura, in ragione verosimilmente della spiccata attenzione alla patologia dementigena per la presenza di un servizio dedicato alla cura di questi pazienti. Il 61.1% dei pazienti analizzati presenta un MMSE inferiore a 24, indicativo di declino cognitivo, mentre il 17.1% dei soggetti presenta un MMSE inferiore a 15, che definisce un livello di demenza moderata-severa (Vellas et al, 2005). La distribuzione con l'età mostra un incremento della proporzione di soggetti con deterioramento cognitivo moderato-severo: dal 7.6% a 65-74 anni, al 13.8% fra 75 e 84 anni, al 31.8% oltre gli 85 anni. Prima del ricovero ospedaliero il 6.8% dei pazienti con deterioramento cognitivo moderato-severo viveva in casa di riposo (contro l'1.2% dei soggetti con MMSE superiore a 24), l'87.4% riceveva una assistenza formale o informale (confronto al 36.9% delle persone con MMSE superiore a 24 e al 42.6% di coloro che presentavano un declino cognitivo lieve-moderato), il 29.0% aveva un'assistenza privata full time (la cosiddetta badante) (contro il 6.7% dei soggetti con MMSE superiore a 24).

I dati mostrano come i soggetti con demenza moderata-severa hanno una patologia acuta più severa, presentano una maggiore comorbilità e fragilità. La compromissione funzionale determinata dalla malattia acuta è superiore nei soggetti con compromissione cognitiva più severa, anche se il livello di recupero dello stato funzionale alla dimissione è simile. Considerando gli outcomes maggiori, i pazienti con declino cognitivo moderato-severo hanno una maggiore mortalità intraospedaliera (3.2% vs 1.1%) a sei mesi (42.3% vs 20.1%); inoltre con maggiore frequenza vengono istituzionalizzati (28.9% vs 5.9%).

I dati presentati confermano come i soggetti con demenza sono molto frequenti fra gli anziani ricoverati in ospedale per acuti, soprattutto nelle età più avanzate. Questi pazienti hanno una patologia acuta più grave, hanno una maggiore comorbilità, sono più "fragili", hanno un maggior livello di disabilità ed

una minor capacità di recupero funzionale alla dimissione. Inoltre presentano una situazione sociale e familiare più “debole” e necessitano di maggiori supporti.

Il ricovero in ospedale per un paziente con AD o demenza rappresenta quindi un evento cruciale per la sopravvivenza e per la funzione, che richiede un approccio specialistico, in grado di fornire, in base alla prognosi del paziente, il livello più adeguato di cure che può essere talvolta altamente intensivo, talaltra limitato agli interventi palliativi, con una grande attenzione alle problematiche sociali e familiari. L’approccio clinico al demente in ospedale è quindi il paradigma dell’approccio geriatrico alla persona ammalata.

LA DISABILITA' INTELLETTIVA NELL'ARCO DI VITA: LA DIAGNOSI TARDIVA

Annapia Verri

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C Mondino - Pavia

Il ritardo mentale (RM) o disabilità intellettiva è una condizione clinica comune (interessa il 3% della popolazione generale), che esercita un impatto significativo per tutta la vita del soggetto interessato e della sua famiglia.

Si definisce come un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media (QI inferiore a 70, rilevato attraverso strumenti validi e standardizzati) associato a concomitanti limitazioni del funzionamento adattivo che si manifestano nelle abilità adattive concettuali, sociali e pratiche. L'esordio avviene categoricamente durante l'età evolutiva.

A fronte della sua frequenza, è una delle condizioni meno conosciute in ambito medico: lo spettro delle ipotesi diagnostiche è assai ampio ed ugualmente esteso l'ambito degli accertamenti strumentali da chiedere. Tuttavia l'accertamento della diagnosi è di grande importanza per definire il rischio di ricorrenza, la prognosi a breve e a lungo termine, le opzioni di trattamento, la possibilità di usufruire di determinati servizi, di contattare famiglie con problemi simili, di ottenere il riconoscimento della invalidità con minori difficoltà, e anzi spesso costituisce un mezzo per meglio accettare la propria disabilità.

Tuttora il 50% dei soggetti portatori di disabilità intellettiva non riesce ad ottenere una diagnosi eziologica nell'arco di vita.

L'insieme degli accertamenti da espletare in un soggetto con RM è ampio e costoso, pertanto è opportuno considerare con molta accuratezza il tipo di esami da richiedere.

Una recente ampia indagine di letteratura (Van Karnebeek, 2005) ha posto in evidenza come nelle popolazioni di soggetti affetti da RM oggetto di studio l'indagine citogenetica classica documenti il 9.5% di anomalie cromosomiche; lo studio delle delezioni subtelomeriche documenta il 4.4% di anomalie; lo screening metabolico l'1% di patologie metaboliche; l'indagine neurologica rileva il 42% di alterazioni; gli studi di imaging (effettuati con RM o con TAC) il 30% di anomalie a carico del Sistema Nervoso Centrale.

Pertanto si impone un'ampia indagine diagnostica nei soggetti affetti da RM che comprenda:

- 1) una indagine clinico-anamnestica dettagliata che includa la storia della famiglia e la valutazione delle tappe dello sviluppo psicomotorio ed affettivo;
- 2) l'esame del cariotipo per tutti i soggetti;
- 3) l'indagine molecolare per X fragile in tutti i soggetti maschi con RM e nei soggetti con una storia familiare di RM;
- 4) l'indagine metabolica soltanto come secondo livello, nei casi in cui gli accertamenti precedenti siano negativi e vi sia una clinica indicativa;
- 5) l'indagine neuroradiologica se possibile con RM soprattutto se concomitano alterazioni dell'esame neurologico, macrocefalia o una sospetta sindrome neurocutanea.

Una corretta diagnosi eziologica è un elemento essenziale per indirizzare un corretto intervento riabilitativo e contribuire alla qualità della vita della persona affetta da disabilità intellettiva.

Abstracts

INTERVENTO PSICOLOGICO SUI SISTEMI FAMILIARI ED ESITI D'IMPATTO: IL BENEFICIO PERCEPITO DAL FAMILIARE

Aiello Luigi, Felli Barbara, Camponi Veronica, Masin Anna Maria Rita, Trani Ilaria, Scorni Raffaella Maria, Schiaffini Chiara, Pacitti Maria Teresa, Falanga Angelamaria, Caratelli Domenico, Morocutti Cristoforo

Casa di Cura "Villa Grazia"- ASL RM E; UOC Neurologia Ospedale S. Spirito Roma; ASL RM H; Università di Roma "La Sapienza".

La ricerca scientifica, in continua evoluzione, pur documentando la non reversibilità delle patologie dementigene (DSM IV), dimostra che il decorso delle stesse è certamente condizionato dal contesto ambientale in cui il paziente vive, nonché dal grado di personalizzazione degli interventi di recupero. Pertanto la riabilitazione, ormai abbondantemente sperimentata e studiata, se somministrata con particolari modalità, può essere considerata un indicatore dell'efficacia di presa in carico del paziente e del suo nucleo familiare da parte delle strutture sanitarie. Un adeguato programma riabilitativo permette, infatti, di intervenire su: mantenimento delle capacità cognitive residue durante il periodo d'intervento; riattivazione-recupero transitorio di capacità cognitive latenti e delle risorse vitali residue (per stadi di malattia lieve, moderata e moderatamente-severa); rallentamento del decorso di malattia cognitiva; remissione dei disturbi psicotici e/o comportamentali (intervento combinato ambiente/farmaco). Tali scopi, prevedibili e raggiungibili con specifici interventi di riabilitazione cognitiva, nel paziente affetto da demenza possono essere raggiunti in un ambiente opportunamente organizzato, che agisca in integrazione alla farmacoterapia per produrre effetti terapeutici utili o positivi sull'andamento della patologia. Affinché tale intervento si riveli massimamente efficace occorre includere, oltre alla valutazione del contesto "struttura dedicata", quella del contesto fondamentale da cui i pazienti provengono, ovvero la famiglia. La conseguenza diretta di queste premesse è che, per un esito realmente positivo dell'intervento riabilitativo, risulta necessario operare una "bonifica" dei contesti istituzionali e dell'ambiente affettivo, per raggiungere le finalità protesiche di sostegno necessarie alla "funzionalità" di questo tipo di malato. Il contesto su cui si è focalizzata la nostra ricerca è dunque la "famiglia".

Riportiamo di seguito i dati preliminari di un metodo di indagine che si è svolto nella casa di cura "Villa Grazia", presente nel territorio della ASL RME, struttura dedicata alle malattie dementigene ed ai disturbi del comportamento ad esse collegate. La struttura si rivolge, prevalentemente, a pazienti che si trovano nella fase moderata e moderatamente-grave della patologia, altrimenti di difficile gestione al proprio domicilio, per i servizi territoriali e l'intero nucleo familiare.

Lo studio promuove la verifica di efficacia di interventi rivolti ai familiari di pazienti ricoverati, affetti da demenza, messi in atto allo scopo di incidere positivamente sul clima emotivo dell'intero nucleo familiare attraverso la riduzione dei livelli di stress vissuti dai familiari dei pazienti.

Le tecniche terapeutiche utilizzate sono: attivazione ed aiuto nell'elaborazione dei vissuti di lutto da malattia del congiunto; ricomposizione di eventuali fratture relazionali e comunicative tra le figure significative del paziente, sia precedenti (nei limiti della storia familiare) che conseguenti all'insorgenza della patologia del congiunto; prevenzione delle complicanze a danno del familiare accudente, quali ad esempio crolli depressivi o disturbi di altra pertinenza psicologica e/o psichiatrica di cui il caregiver appare a forte rischio, con temibili complicazioni di violenza eterodiretta (contro il paziente) o in casi particolari, autodiretta (somatizzazioni, comportamenti parasuicidari o suicidari).

Per lo studio sono stati presi in considerazione i contesti familiari dei pazienti ricoverati nel corso

dell'anno 2006, con i quali siano stati svolti più dei tre incontri familiare/psicoterapeuta previsti di routine. Sulle famiglie dei nostri degenti che volontariamente e consensualmente ne hanno fatto richiesta, sono state affrontate diverse tematiche, con cicli di trattamenti psicoterapeutici brevi o a tempo determinato; sono stati trattati sia interi nuclei familiari, sia coppie o singoli individui.

Sono stati valutati quei casi in cui si sia compiuto un ciclo di incontri superiori alla routine e sempre a condizioni che siano state realmente effettuati interventi sui "focus" previsti dallo scopo: la durata minima del trattamento di sostegno è stata di un mese, la massima è stata di sei mesi circa (in un solo caso), la durata media dei percorsi effettuati ad oggi, invece, risulta approssimarsi a due mesi, per un totale di 5-10 sedute.

Lo studio è stato così eseguito: a) il trattamento ha previsto l'operatività di un terapeuta familiare o di una coppia di terapeuti e si fonda sui modelli di intervento ad orientamento psicodinamico e sistemico-relazionale; b) ad ogni seduta è stata stilata una scheda di raccolta del materiale clinico emerso (narrazioni esplicite, comunicazioni verbali e non verbali, comportamenti attuati ecc.) che ha costituito l'insieme degli aspetti salienti del problema presentato e della situazione familiare in corso; nella stessa scheda si riassumono le ipotesi di lavoro e gli aspetti di tecnica terapeutica utilizzata; c) un'altra scheda è stata compilata dai terapeuti e raccoglie i passaggi avvenuti ed identificati concludendo con i risultati emersi. Alla fine del percorso è stato consegnato, a ciascun familiare, il questionario d'esito da compilare in forma anonima per facilitare l'espressione di sincerità dell'utenza.

Tale questionario indaga su 5 livelli di modifica e di beneficio soggettivamente percepito che sono: 1) percezione soggettiva di utilità dell'esperienza vissuta; 2) modifiche soggettivamente percepite sullo stato emotivo prima e dopo il ciclo di incontri; 3) modifiche sulla consapevolezza e comprensione di malattia del congiunto; 4) modifiche sui sentimenti collegati alla malattia del congiunto; 5) cambiamenti del clima emotivo, relazionale o organizzativo familiare. Il questionario in esame è stato da noi realizzato e consisteva in domande a scelta multipla alle quali corrispondevano i punteggi riportati in tabella.

Sono stati esaminati i risultati preliminari, dei questionari d'esito, compilati dai familiari di 13 casi, con problematiche piuttosto complesse, dopo il trattamento di cicli di psicoterapia. I questionari valutabili sono stati 11 (2 sono risultati non valutabili per errori di compilazione o di comprensione del questionario stesso)

<i>Questionario</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Numero di casi</i>	<i>%</i>
Beneficio significativo percepito (efficacia)	2 punti	10	90,9
Beneficio parzialmente percepito (efficacia parziale)	1 punto	1	9,1
Nessun beneficio percepito (non efficacia)	0 punti	0	/
Peggioramento percepito della situazione (effetto controproducente)	0 punti	0	/

Per tutelare i familiari risultati particolarmente stressati e coinvolti nella problematica della patologia, si è rivelato opportuno intervenire sulle aree cruciali, delle carenze socio-assistenziali e dei costi di gestione di questo tipo di patologia, per due fondamentali ragioni: **la prima e più importante riguarda la prevenzione di temibili rischi di salute del caregiver** ed il superamento di problematiche di sofferenza mentale dei familiari nella misura in cui la rete dei servizi dedicati si renda supportiva ed efficiente con la presa in carico del paziente e del disagio familiare. la seconda ragione è che **il sostegno e la protezione dello stato di salute familiare favorisce, con molta probabilità, una riduzione dei rischi di nuovi casi di malattia di pertinenza psicologica o psichiatrica (a carico di familiari) e quindi la riduzione di ulteriori richieste di cura, che si tradurrebbero in una maggior afferenza al servizio sanitario ed un aumento del costo della spesa sanitaria.** In questa prima fase l'efficacia dell'intervento a livello familiare è stata valutata utilizzando un questionario che indaga il beneficio soggettivamente percepito dalle famiglie.

L'alta percentuale di efficacia percepita dai familiari rende necessario avviare una seconda fase di studio in cui il campione in esame sia più numeroso ed informativo, ed in cui l'esito positivo dell'intervento sia quantificato da specifiche scale di valutazione come il Brief Symptom Inventory e il Caregiver Burden Inventory.

PATTERN DI CONCORDANZA TRA DIFFERENTI OPERATORI ED IL CAREGIVER FAMILIARE NELLA VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI IN UN CAMPIONE DI DEMENTI: LE DIFFERENZE DIPENDONO DAL CONTESTO?

Auricchio Eliana^{1,2}, Boccia Loredana^{1,2}, De Martino Gerardo³, D'Adamo Danilo², Guarino Pasquale^{1,2}, Masi Vita M.^{1,2}

¹ Centro di Terapia Fisica e Riabilitazione (CTF), Castellammare di Stabia (Na); ² SCIRDAP - Istituto per la Ricerca, lo Sviluppo e la Diffusione delle Scienze Psicologiche; ³ ASL NA5

INTRODUZIONE

La valutazione del demente è fondamentale per sviluppare interventi riabilitativi mirati alle esigenze del paziente e della famiglia. Mentre l'esame neuropsicologico standardizzato è di per sé sufficientemente attendibile e valido, le valutazioni dello stato funzionale e dei disturbi comportamentali eseguite da diversi valutatori risultano spesso discordanti. Infatti, diverse ricerche hanno mostrato come i dati che provengono dai *caregivers* familiari, dagli operatori e dagli stessi pazienti sono sistematicamente influenzati dalla fonte (Zank & Frank, 2002). In particolare, le valutazioni eseguite dagli operatori tendono ad essere più ottimistiche rispetto a quelle dei *caregivers* (Rubenstein et al., 1984). Questi ultimi, infatti, riportano punteggi più bassi nelle ADL (attività della vita quotidiana) e un maggior numero di disturbi comportamentali. (Lukovits & McDaniel, 1992). Una spiegazione comune fa riferimento al maggior carico assistenziale ed emotivo del *caregiver* che lo indurrebbe a sottolineare l'entità dei disturbi comportamentali (Mangone et al., 1993). Anche caratteristiche personali dei *caregiver* (ad es. l'umore depresso) sono state correlate con la sottostima dello stato funzionale del paziente (Zanetti et al., 1999). Le ricerche, comunque, focalizzano l'attenzione soprattutto sullo scostamento delle valutazioni del *caregiver* da quelle dell'operatore, considerato più obiettivo. In questo lavoro abbiamo indagato l'effetto del contesto sulla percezione dell'operatore dei disturbi comportamentali.

METODO E RISULTATI

Lo studio è stato condotto in un centro diurno per la riabilitazione di pazienti dementi. Sono stati confrontati i punteggi di 25 pazienti dementi (età=72,2±8,5; MMSE=11,2±7,4) alla Scala BEHAVE-AD (disturbi comportamentali) riportati da tre valutatori: il *caregiver* e due operatori di formazione sistemico-relazionale, entrambi impegnati nella conduzione dell'intervento riabilitativo in piccoli gruppi, di cui uno responsabile anche del sostegno alla famiglia (*family trainer*). I punteggi più elevati (maggiore gravità dei disturbi) sono stati riportati dal *caregiver* (17,6±13,4), mentre quelli più bassi dall'operatore impegnato nella sola conduzione del gruppo (7,6±8,9). Punteggi intermedi sono stati ottenuti dal *family trainer* (12,4±9,3). I confronti tra tutte le coppie di medie sono risultati significativi (*t paired*; $p < .05$). La correlazione tra gli operatori è risultata piuttosto bassa (.39), anche se significativa ($p < .05$), mentre quella tra il *family trainer* ed il *caregiver* è apparsa come la più elevata (.67; $p < .05$). Non significativa, invece, è risultata la correlazione tra il *caregiver* e l'altro operatore (.32).

CONCLUSIONI

I risultati hanno confermato la scarsa concordanza, generalmente riportata in letteratura, tra operatore (che non ha in carico le famiglie) e *caregiver*. L'elevato accordo tra *family trainer* e *caregiver* (superiore a quella tra gli operatori) rappresenta un interessante risultato. E' possibile che i disturbi comportamen-

tali vengano percepiti come più o meno gravi a seconda del contesto terapeutico. L'operatore che lavora anche con la famiglia partecipa ad un contesto che influenza l'attribuzione di significato ai comportamenti disturbati del paziente (Bateson, 1984). Il contesto dell'altro operatore, esclusivamente di gruppo, presenta, invece, alcune caratteristiche terapeutiche (ad es., favorire l'uscita dall'isolamento relazionale) che lo rendono diverso da quello quotidiano della famiglia (Scocco et al., 2001). Questo dato suggerisce che la produzione di comportamenti disturbanti ed il loro impatto sul *caregiver* (familiare o professionale) risentono del contesto in cui si manifestano.

CARATTERISTICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DELLA POPOLAZIONE PSICOGERIATRICA AFFERENTE AL CENTRO ESPERTO DEMENZE DI BOLOGNA

Balestri Francesca, Savorani Giancarlo.

U.O.S. Psicogeriatría, Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna.

SCOPO

Analisi delle caratteristiche cliniche dei pazienti afferenti al centro esperto demenze del Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi di Bologna nel periodo Maggio 2005-Febbraio 2007.

CASISTICA

Sono stati valutati 576 pazienti, visitati in regime ambulatoriale, dei quali 380 donne (66%, con età media 80.19), e 196 uomini (età media di 78.63).

RISULTATI

La prevalenza dei diversi tipi di disturbi neurocognitivi nella popolazione in esame è risultata: 42% demenza di Alzheimer, 20.6% demenza mista (neurodegenerativa con componente vascolare), 12.7% per MCI (Mild Cognitive Impairment) e 9,5% per la demenza vascolare. Meno frequenti altre forme: demenza fronto-temporale (2.3%); demenza a corpi di Lewy (0.9%); Parkinson demenza (0.7%). In 28 pazienti (4.9%) è stata fatta diagnosi di depressione isolata; 5 pazienti (0.9%) risultavano affetti da disturbo psichiatrico complicato da deterioramento cognitivo, 13 pazienti non presentavano disturbi neurocognitivi. La prevalenza dei BPSD, nella popolazione in esame, è stata del 62.3%, valutata attraverso l'uso della Neuropsychiatric Inventory. I sintomi più frequentemente riscontrati sono stati: la depressione, presente in 118 pazienti (32.9%); l'agitazione presente in 71 pazienti (19.8%); l'ansia presente in 44 pazienti (12.3%); l'irritabilità presente nel 12% dei pazienti; l'attività motoria aberrante presente nell'11% e le alterazioni del ritmo sonno-veglia nell'11.1%. Suddividendo i soggetti sulla base del punteggio ottenuto al MMSE, effettuato durante la prima visita, sono stati individuati quattro gruppi di gravità. Al I gruppo, con punteggio di MMSE compreso tra 24,1 e 30, appartengono 206 pazienti (36,7%); al II gruppo, con punteggio di MMSE compreso tra 18,1 e 24, 184 soggetti (32,7%); al III gruppo, con punteggio di MMSE compreso tra 10,1 e 18, 123 soggetti (21,9%) e al IV gruppo, con punteggio di MMSE < 10, 37 soggetti (6,6%). Nel gruppo I sono stati riscontrati: depressione (41,5%), ansia (13,3%), agitazione (13,3%), irritabilità (8,1%); nel gruppo II depressione (32%), agitazione (13,6%), ansia (11,7%), alterazioni del ritmo sonno-veglia (10,7%), attività motoria aberrante (9,7%), allucinazioni (4,9%), irritabilità (12,6%) e apatia (8,7%); nel gruppo III depressione (26,5%), agitazione (30,1%), attività motoria aberrante (16,9%), alterazioni del ritmo sonno-veglia (20,5%), irritabilità (18,1%) e ansia (9,6%); infine nel gruppo IV agitazione (44,4%), attività motoria aberrante (29,6%), alterazioni del ritmo sonno-veglia (22,2%), allucinazioni (14,8%), depressione (11,1%), deliri (14,8%). I farmaci maggiormente impiegati nel controllo dei BPSD, utilizzati spesso in associazione, sono risultati gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (42,9%), l'amisulpride (15,3%), le benzodiazepine (14,7%), i neurolettici (aloperidolo 13%), il trazodone (13%), e gli antipsicotici atipici (12,2%). I pazienti ammessi al trattamento con questi farmaci sono attualmente 60, rivalutati ogni due mesi, per i quali sono state effettuate finora 26 visite ambulatoriali. In un sottogruppo di 230 pazienti è stata valutata l'efficacia del trattamento dei BPSD, come giudizio clinico e gli outcomes considerati erano il cambio del farmaco e l'istituzionalizzazione. Su 230 pazienti, in 163 soggetti il trattamento è stato giudicato efficace.

CONCLUSIONI

La tipologia della popolazione che affrisce al nostro centro presenta in più di un terzo un MMSE normale, tuttavia lamenta in più della metà sintomi di tipo ansioso-depressivo. Questo dato a nostro parere dimostra una notevole e crescente sensibilità delle persone stesse, o di chi se ne prende cura, verso il problema salute, tale da indurli da consultare lo specialista. In secondo luogo, è importante notare come con la riduzione del punteggio cognitivo globale, diminuiscano di pari passo i sintomi depressivi ed aumentino i cluster più disturbanti come agitazione, aggressività e psicosi. Infine per quanto riguarda il trattamento farmacologico si può notare che in generale l'efficacia è stato ottenuto in una percentuale cospicua (71%).

USO DI DEVICES INALATORI NEL PAZIENTE ANZIANO CON DEFICIT DELLE FUNZIONI ESECUTIVE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO SU PAZIENTI ANZIANI CON PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICHE

Barisione Emanuela*, **Lucchi Elena ***, **Marrè Alessandra ***, **Guerini Fabio ***, **Magnifico Francesca***, **Pagani Marco ***, **Speciale Salvatore***, **Turco Renato***, **Bellelli Giuseppe***, **Trabucchi Marco****

*Dipartimento di Riabilitazione "Ancelle della Carità" di Cremona**, *Università "Tor Vergata" di Roma***,
e Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia.

INTRODUZIONE

L'utilizzo dei devices inalatori per la terapia delle sindromi disventilatorie ostruttive respiratorie è complesso in quanto richiede la capacità di sequenziare correttamente alcune azioni. Recentemente, è stato suggerito che il deficit cognitivo potrebbe essere implicato in uno scorretto utilizzo dei devices inalatori. In particolare le funzioni esecutive, che permettono di pianificare e preparare correttamente la sequenza delle azioni, potrebbero avere un ruolo di primo piano.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Verificare se un deficit delle funzioni esecutive si associ ad uno scorretto utilizzo dei devices inalatori.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha avuto inizio il 01/04/2006. All'arruolamento, ogni paziente è stato valutato rispetto alla capacità di utilizzare correttamente due devices (MDPI=multi dose powered inhaler - CDPI= capsule dry powered inhaler), previa dimostrazione pratica. La valutazione delle capacità è avvenuta misurando il numero ed il tipo di errori commessi dal paziente nella sequenza delle azioni necessarie per azionare i due devices. La scelta del device per la terapia veniva fatta sulla base della prova, in relazione al minor numero di errori commessi. In terza giornata venivano somministrati test per indagare le funzioni esecutive (da una psicologa in cieco rispetto alla valutazione effettuata dai medici). Il giorno della dimissione veniva chiesto al paziente di ripetere la sequenza delle azioni corrette e ne venivano registrati gli eventuali errori. Il follow-up è stato previsto ad 1 mese dalla dimissione.

RISULTATI

I pazienti reclutati sono stati complessivamente 19, di cui 10 femmine e 9 maschi. L'età media era di anni 79.2. Il deficit delle funzioni esecutive valutate con FAB (Frontal Assessment Battery) è stato rilevato in 4 pazienti (21.1%). I pazienti assegnati a MDPI erano 10, di cui 1 con deficit delle funzioni esecutive, mentre quelli assegnati a CDPI erano 9, di cui 3 con deficit delle funzioni esecutive. L'errore più frequente nell'uso del MDPI riguardava la coordinazione delle azioni "premere lo stantuffo ed inspirare", mentre quello nell'uso del CDPI era "forare la capsula".

CONCLUSIONI

Nonostante l'esiguo numero di casi presentati, i dati suggeriscono che vi sia una correlazione tra deficit delle funzioni esecutive e scorretto uso dei devices inalatori. Una valutazione più completa sarà possibile quando il numero dei pazienti arruolati sarà più cospicuo e quando si potrà procedere ad un confronto delle caratteristiche cliniche dei soggetti stratificati in base al deficit delle funzioni esecutive; attualmente si è scelto di non procedere a questo tipo di analisi al fine di mantenere l'indipendenza tra le osservazioni cliniche e quelle neuropsicologiche fino al termine dello studio.

PROGETTO GERICO: QUALITÀ DELLA VITA NELLO SCOMPENSO CARDIACO DELL'ANZIANO

**Bianchetti Angelo, Margiotta Alessandro, Rozzini Renzo, Trabucchi Marco
per il Gruppo Gerico¹**

INTRODUZIONE

I pazienti con scompenso cardiaco, a qualsiasi livello di gravità, sperimentano per molti anni una considerevole compromissione della qualità della vita, che diventa quindi uno degli outcome principali degli interventi terapeutici.

OBIETTIVI DELLO STUDIO E METODOLOGIA

Con lo scopo di valutare nell'anziano l'impatto dello scompenso cardiaco cronico sulla qualità della vita (nei suoi vari domini, con particolare attenzione a funzioni cognitive, tono dell'umore, stato funzionale) un gruppo di geriatri e cardiologi ha elaborato un progetto di studio osservazionale di tipo longitudinale da svolgersi in centri di geriatria e cardiologia diffusi su tutto il territorio nazionale.

Scopo dello studio era quello di valutare la storia naturale dello scompenso cardiaco, in relazione alle variabili cliniche (tipo di scompenso, comorbilità, sintomatologia, trattamento), socio-demografiche (età, sesso, scolarità, relazioni sociali e familiari), variabili cognitive, affettive e funzionali e di valutare l'impatto dello scompenso cardiaco sull'utilizzo di risorse sanitarie (ricovero ospedaliero, visite ambulatoriali, consumo di farmaci, esami) e sui costi indiretti (assistenza). Nello studio sono stati coinvolti 15 centri di geriatria o cardiologia. Sono stati reclutati soggetti di età compresa fra 65 e 90 anni con scompenso cardiaco classe III o IV NYHA all'ammissione nello studio, residenti in comunità al momento dell'inclusione. I pazienti sono stati valutati alla visita basale, a 3 e a 6 mesi.

RISULTATI

Il campione esaminato è composto da 183 soggetti ultrasessantacinquenni (51.4% femmine). L'età media è risultata di 80.4 ± 5.9 , simile nei due sessi. Nel 55.8% dei casi si trattava di scompenso da disfunzione sistolica e nel 44.2% di scompenso a funzione sistolica conservata. La popolazione in esame assumeva mediamente 3.4 ± 1.4 farmaci ad azione sul sistema cardiovascolare (range 1-7) e 2.1 ± 3.1 farmaci somatici (range 0-12); vi è una correlazione significativa fra età e numero di farmaci somatici ($r=0.197$, $p<0.01$), mentre non si osservano correlazioni con il numero di farmaci cardiovascolari.

L'analisi della qualità della vita è stata effettuata attraverso l'SF-12. I soggetti con scompenso cardiaco hanno presentato valori SF 12 nettamente inferiori alla popolazione di riferimento, mentre rispetto ai soggetti con disturbo depressivo presentano un livello di qualità di vita fisica leggermente migliore ed un livello di salute mentale nettamente migliore (tabella 1).

¹ Gruppo GERICO: Responsabile del Progetto: Marco Trabucchi (Roma), Segreteria Scientifica: Renzo Rozzini (Brescia) e Angelo Bianchetti (Brescia); Board Scientifico: Roberto Bernabei (Roma), Franco Rengo (Napoli), Giuseppe Romanelli (Brescia), Tony Sabatini (Brescia), Umberto Senin (Perugia) Hanno partecipato al progetto: Bo Mario (Torino), Laguzzi Enzo (Alessandria), DiTimoteo Ezio (Sanremo), Palummeri Ernesto (Genova), Bellelli Giuseppe (Cremona), Bianchetti Angelo (Brescia), Ferrari Ettore (Pavia), Rozzini Renzo (Brescia), Anzivino Ferdinando (Ferrara), Salvioli Gianfranco (Modena), Bellini Marco Antonio (Siena), Bernabei Roberto (Roma), Corsi Flavio (Roma), Monteleone Francesco (Roma), Putzu Paolo (Cagliari),

Non vi sono differenze dell'SF 12 in relazione alla tipologia di scompenso (a funzione sistolica conservata o da disfunzione sistolica) ed alla presenza di fibrillazione atriale rispetto al ritmo sinusale.

I sintomi fisici (dispnea, astenia) e la presenza di edemi declivi (segni rilevabili direttamente dal paziente stesso) si associano ad una peggiore qualità di vita nella dimensione fisica, mentre la sintomatologia non ha un impatto significativo sulla dimensione mentale della qualità della vita.

L'analisi di correlazione lineare (tabella 2) mostra come le variabili significativamente associate alla qualità della vita nella sua componente somatica risultano essere il punteggio del MMSE, della GDS, lo stato funzionale (IADL e BI), la comorbidità somatica (classe GIC e numero di farmaci somatici), mentre per la qualità della vita nella sua componente mentale risultano significativamente associate il punteggio al MMSE, la sintomatologia depressiva (GDS), lo stato funzionale (BI) ed il numero di farmaci somatici. Sulla base di questi dati ottenuti con una correlazione lineare semplice sono stati costruiti due modelli di regressione multivariata. Le variabili correlate in modo indipendente alla qualità della vita nella sua componente somatica sono il tono dell'umore (GDS) e l'autonomia nelle attività di base (BI) (R^2 0.161, Beta -0,273 per GDS, $p < 0.001$, e 0.205 per BI, $p < 0.01$); le variabili escluse dal modello sono il MMSE, la classe GIC, le IADL e il numero di farmaci somatici. Le variabili correlate in modo indipendente alla qualità della vita nella sua componente mentale sono il tono dell'umore (GDS) e il numero di farmaci somatici (R^2 0.135, Beta -0,313 per GDS, $p < 0.001$, e 0.224 per BI, $p < 0.01$); le variabili escluse dal modello sono il MMSE e il BI.

CONCLUSIONI

Lo studio GERICO ha permesso di confermare l'impatto rilevante dello scompenso cardiaco cronico sulla qualità della vita del soggetto anziano. L'età di per sé non sembra essere elemento determinante nel modificare la qualità della vita di questa categoria di soggetti, così come gli elementi strettamente legati alla funzione cardiaca (tipo di scompenso, frazione d'eiezione, aritmia, segni fisici). Grande rilievo assumono invece gli elementi soggettivi (quali i sintomi percepiti dal paziente), la cognitività, il tono dell'umore, la comorbidità somatica, lo stato funzionale.

Tabella 1

Punteggio dell'SF-12 (nelle due componenti salute fisica e mentale) nella popolazione in esame (Gerico), in una popolazione di soggetti affetti da depressione e in nel gruppo di riferimento.

	SF-12 salute fisica		SF-12 salute mentale	
	65-74	75+	65-74	75+
GERICO	38.37±6.70	36.43±6.22	40.55±7.19	40.55±7.19
EPIDEI	34.76±8.43	32.29±7.12	28.41±7.02	30.25±7.09
dati normativi	43.65±11.02	38.68±11.04	52.10±9.53	50.06±10.94

Tabella 2

Correlazione lineare semplice tra i punteggi dell'SF-12 alla baseline (nelle due componenti salute fisica e salute mentale) e quelli delle scale che esplorano la funzione cognitiva (MMSE), la depressione (GDS), lo stato funzionale (IADL e BI) e la salute somatica (GIC, numero di farmaci somatici), la funzione cardiaca (frazione di eiezione, numero di farmaci cardiologici) e la fragilità (età, albumina sierica, emoglobina, colesterolo totale, BMI) alla baseline.

	SF-12 salute fisica		SF-12 salute mentale	
	r	p	r	p
età	-0.089	ns	0.09	ns
frazione d'eiezione	0.095	ns	0.137	ns
MMSE	0.239	<0.001	0.163	<0.05
GDS	-0.347	<0.001	-0.314	<0.001
IADL (funzioni perse)	-0.265	<0.001	-0.136	ns
Barthel Index	0.297	<0.001	0.169	<0.05
Classe GIC	-0.157	<0.05	-0.003	ns
Albumina sierica	0.079	ns	0.013	ns
Hb	-0.036	ns	0.102	ns
Colesterolo tot.	-0.096	ns	0.047	ns
BMI	0.053	ns	-0.037	ns
Numero farmaci somatici	-0.185	<0.05	-0.195	<0.05
Numero farmaci cardiologici	-0.095	ns	-0.028	ns

UN APPROCCIO RELAZIONALE BASATO SULLA MUSICA PER ANZIANI CON DEMENZA GRAVE IN RSA: EFFETTO SUI SINTOMI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

Boncinelli Marta¹, Mossello Enrico¹, Torpilliesi Tiziana¹, Salvatori Sara², Baglioni Giovanni³, Razzi Elena¹, Gullo Massimiliano¹, Simoni David¹, Masotti Giulio¹

¹ *Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze*

² *Associazione Cultura e Salute Onlus, Firenze*

³ *Athenaeum Musicale Fiorentino, Firenze*

In collaborazione con: Centro Servizi Montedomini e San Silvestro, Cooperativa Elleuno, Istituto Professionale per i Servizi Sociali "Elsa Morante".

INTRODUZIONE

Negli anziani con demenza in RSA i sintomi psicologici e comportamentali sono frequenti e spesso di difficile gestione. Le terapie farmacologiche hanno infatti limitate prove di efficacia ed un elevato rischio di effetti avversi, mentre le dimostrazioni di efficacia degli approcci non farmacologici sono ancora carenti. Esistono dati preliminari su varie modalità di utilizzo della musica a tale scopo; gli studi sono tuttavia scarsi e condotti con metodologie non sempre rigorose.

Vengono qui presentati i risultati di uno studio pilota, con disegno randomizzato controllato di tipo cross-over, relativo agli effetti di un approccio relazionale basato sulla musica sui sintomi psicologici e comportamentali di anziani con demenza residenti in RSA.

METODI

Sono stati arruolati 30 pazienti con demenza grave (Clinical Dementia Rating Scale 3-4) residenti presso la RSA "Canova" di Firenze, randomizzati in due gruppi. I soggetti del primo gruppo ricevevano per due settimane l'intervento di relazione musicale (RM) e, dopo due settimane di intervallo, l'intervento di controllo (C) per altre due settimane. Il secondo gruppo riceveva i due interventi in ordine inverso. L'intervento RM, svolto da un musicista specificamente formato, era finalizzato alla creazione di una relazione interpersonale basata sull'utilizzo di strumenti musicali, oggetti sonori e canto. L'intervento C, svolto da un educatore professionale, prevedeva invece la creazione di una relazione senza l'utilizzo di elementi musicali. Sono stati valutati, prima e dopo ciascuno dei due interventi, i sintomi psicologici e comportamentali (Neuropsychiatric Inventory - NPI), l'agitazione (Cohen-Mansfield Agitation Index - CMAI), i sintomi depressivi (Cornell Scale for Depression in Dementia - CSDD). Per tutta la durata dello studio sono stati inoltre valutati quotidianamente il peso del cibo consumato a cena e il numero dei risvegli notturni.

RISULTATI

Due dei 30 soggetti sono stati esclusi dall'analisi per una prolungata ospedalizzazione. Nei 28 pazienti residui (22 donne, età 84 ± 1 , Mini Mental State Examination 4.6 ± 1.0), l'intervento RM è risultato associato ad una riduzione del punteggio NPI non significativamente diversa rispetto all'intervento C (RM -7.3 ± 1.9 , C -4.0 ± 2.0 , $p=0.326$). Tra le voci della NPI, la differenza tra i due interventi è risultata significativa per l'attività motoria aberrante, ridottasi solo a seguito di RM. Il punteggio della CMAI si è ridotto a seguito dell'intervento RM, ma non dell'intervento C (RM -6.2 ± 1.7 , C 0.0 ± 1.9 , $p=0.02$). La riduzione

del punteggio della CSDD a seguito dei due interventi era confrontabile (RM -1.7 ± 0.5 , C -1.2 ± 0.6 , $p=0.591$). La riduzione del punteggio NPI, CMAI e CSDD a seguito dell'intervento RM era significativamente maggiore nei soggetti con maggior gravità dei sintomi all'arruolamento, al contrario di quanto è risultato per la modificazione osservata a seguito dell'intervento C. Durante l'intervento RM si è verificato un lieve incremento del sonno notturno, non significativamente superiore rispetto a quanto osservato durante l'intervento C. Non vi è stata nessuna modificazione rilevante dell'assunzione di cibo.

CONCLUSIONI

In questo campione di anziani con demenza grave ospiti di RSA, un approccio relazionale basato sulla musica è stato più efficace rispetto ad un intervento di controllo nella riduzione di agitazione ed attività motoria aberrante. La complessiva riduzione dei sintomi psicologici e comportamentali a seguito della relazione musicale è stata maggiore nei soggetti con sintomi basali più gravi, al contrario di quanto osservato per l'intervento di controllo.

LA PRAGMATICA DEL LINGUAGGIO NELLA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVI

Bonelli Giovanni, Cantucci Sergio, Pacifico Chiara, Galiberti Sara, Gallo Rosa, 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.

e-mail: bonelli@unisi.it

INTRODUZIONE

L'analisi clinica e neuropsicologica di pazienti con quadri ascrivibili a 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.

SCOPO

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 ad una diagnosi precoce ed all'attuazione di un approccio terapeutico riabilitativo.

MATERIALI E METODI

Abbiamo preso in esame tre pazienti con quadri di involuzione senile simile a cui abbiamo somministrato in due controlli (T0-T1) successivi (a 3-6 mesi), 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 ed indicando un eventuale processo riabilitativo ed evidenziando i miglioramenti clinici.

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

BIBLIOGRAFIA

Prutting C.A., & Kirchner D.M.(1983): Applied pragmatics. In: Gallagher T., & Prutting C (eds.), Pragmatic assessment and intervention issues in language. San Diego, College Hill Press, pp. 26-28.

Prutting C.A. & Kirchner D.M. (1987): A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. Journal of Speech and Hearing Disorders, 52: 105-119.

Watzlavick P.: Introduzione alla pragmatica della comunicazione umana, a cura di Laura Tussi, 2005.

MUSICOTERAPIA: ALTERNATIVA NON FARMACOLOGICA NEI DISTURBI D'ANSIA NELLE DEMENZE

Boscolo Paola¹, Tessari Annalisa¹, Albanese Paolo¹, Busonera Flavio¹, Formilan Marino¹, Raglio Alfredo², Villani Daniele², Gianotti Marta², Ubezio Maria Chiara², Cester Alberto¹

¹ *Centro Invecchiamento Cerebrale - Dipartimento di Geriatria ULSS 13 Dolo (Venezia)*

² *Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cremona)*

INTRODUZIONE

La letteratura internazionale e le ricerche in corso rilevano l'efficacia della Musicoterapia nei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer sotto l'aspetto riabilitativo, relazionale e sociale. Poco si conosce circa l'utilizzo della stessa nei confronti dell'ansia individuale. E' stato quindi formulato un lavoro di ricerca specifico sull'ansia di tratto e di stato dell'anziano affetto da Alzheimer, quando esiste ancora un buon grado di consapevolezza.

SCOPO DELLA RICERCA

Verificare se la musicoterapia può aiutare a ridurre lo stato d'ansia di tratto e di stato nella fase iniziale della malattia e come si mantengono gli eventuali risultati nel tempo.

MATERIALI E METODI

Pazienti afferiti al centro Unità Valutativa Alzheimer, affetti da Demenza di tipo Alzheimer in stadio iniziale (CDR=1; MMSE>16), di età compresa fra i 65 e gli 85 anni. I soggetti ritenuti idonei al trattamento musicoterapico sono stati sottoposti ad un ciclo di 10 sedute di musicoterapia individuale della durata di 30 minuti ciascuna. La rilevazione dell'ansia di tratto è avvenuta mediante la somministrazione del questionario STAI (State Traid Anxiety Inventory) di tratto ai tempi T0 (inizio del ciclo), T1 (fine del ciclo) e T2 (ad un mese dalla conclusione), T3 (a tre mesi dalla conclusione). L'ansia di stato è stata invece valutata mediante la somministrazione dello STAI (State Traid Anxiety Inventory) di stato all'inizio e alla fine di ogni seduta ai tempi T0, T1/2 (a metà ciclo) e T1. Il modello musicoterapico adottato è quello di tipo relazionale psico-dinamico e tale lavoro viene perseguito attraverso una tecnica musicoterapica di sintonizzazioni affettive, le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non verbale. Il setting è infine composto da una sala costituita ad hoc e fornita di strumentini Orff, di un pianoforte e di un impianto di registrazione audio e video.

RISULTATI

Al momento sono stati selezionati 38 pazienti dei quali 29 sono risultati idonei al trattamento e 23 hanno concluso il protocollo di studio. Nell'ansia di tratto c'è una differenza significativa tra i time point (grafico 1). Nell'ansia di stato c'è una differenza sia tra i time point che tra prima e dopo la seduta senza alcuna interazione tra i due, cioè l'effetto a lungo termine non cambia l'effetto a breve e viceversa (grafico 2).

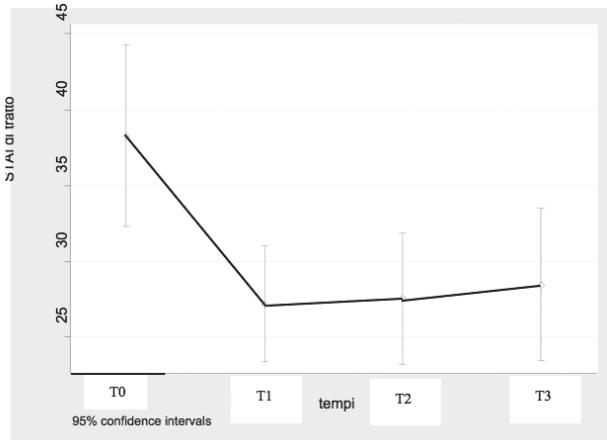


grafico 1: STAI di tratto

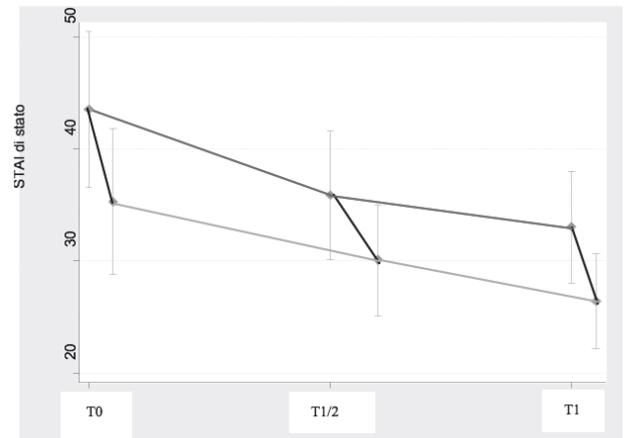


grafico 2: STAI di stato

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati di questa ricerca, seppur su una numerosità contenuta, la musicoterapia sembra essere efficace nel ridurre l'ansia individuale in pazienti affetti da Malattia di Alzheimer in stadio iniziale.

DEMENZA POST-IPOSSICA. CASO CLINICO

Bresciani Elena², Ghidoni Silvia², Giovanelli Giorgia¹, Ghisla Maria Karin¹, Minelli Dorella¹, Facchi Emanuela¹

1 Fondazione "Ospedale e Casa di Riposo Nobile Paolo Richiedei" – Gussago – Brescia

2 Scuola di Specializzazione in Geriatria e Gerontologia – Università degli Studi di Brescia

L'encefalopatia ipossica è una condizione anatomo-clinica conseguente ad insufficiente apporto di ossigeno all'encefalo in rapporto alle sue esigenze metaboliche; gli esiti sono condizionati dalla durata e dall'entità del deficit del flusso ematico e dalla compliance cerebrale del paziente.

Causa più comune dell'encefalopatia è l'arresto cardiaco, seguita da altre condizioni che determinano riduzione del flusso ematico cerebrale quali grave anemia, scompenso cardiaco congestizio, insufficienza respiratoria, intossicazione da monossido di carbonio e avvelenamento da cianuro. L'encefalopatia post-arresto circolatorio ha una frequenza che risulta correlata in modo direttamente proporzionale al "successo" delle terapie rianimatorie. L'entità della compromissione neurologica è estremamente variabile: dal completo recupero alla condizione di morte cerebrale.

Quasi tutti i soggetti che sopravvivono a 5 minuti o più di completa mancanza di ossigeno subiscono un danno cerebrale permanente. Le sequele neurologiche permanenti, o sindromi post-ipossiche, osservate con maggior frequenza sono: Stato comatoso o soporoso persistente, demenza, parkinsonismo con deficit cognitivo, coreoatetosi, atassia, mioclono intenzionale o d'azione, S.di Korsakoff.

G.N., di anni 62, pensionato, ex impiegato con scolarità media superiore viene trasferito c/o la nostra Unità Specialistica per ciclo di riabilitazione neuromotoria dopo lungo periodo di ospedalizzazione per arresto cardio-respiratorio da FV. In anamnesi tabagismo, BPCO, recente intervento di emicolectomia dx e resezione ileale per neoplasia ileocecale. Il paziente a domicilio aveva presentato malore improvviso con arresto cardio-respiratorio: dopo le prime immediate manovre di RCP attuate dal medico del 118 e 4 defibrillazioni è stato inviato c/o il PS dell'Ospedale più vicino dove il Rianimatore riscontrando GCS 3, gasping ed estrema bradicardia, ha provveduto ad intubazione orotracheale, ulteriore defibrillazione e massaggio cardio-respiratorio con ripristino di attività cardiaca. E' stata successivamente posta diagnosi di IMA. La permanenza in Rianimazione è durata 45 giorni, durante la quale è stato diagnosticato un carcinoma squamoso del lobo inferiore destro.

All'ingresso nella nostra Unità la valutazione multidimensionale evidenzia: totale dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana (6 funzioni perse/6), decadimento cognitivo di grado severo (MMSE 3/30, SMMSE 11/30), Tinetti 2/28, condizioni nutrizionali qualitativamente scadenti (Mini-nutritional 3/28).

All'esame neurologico agitazione, aggressività fisica e verbale, insonnia, irritabilità, ipertono ai 4 arti, ipostenia agli arti inferiori bilateralmente, deficit alle prove di posizione arti inferiori, dismetria destra e sinistra, deficit dell'equilibrio e dell'andatura.

La valutazione neuropsicologica conferma un decadimento cognitivo di grado severo: il paziente era vigile, poco collaborante, agitato, aggressivo, completamente disorientato nello spazio e nel tempo; linguaggio tangenziale, fluente con parafasie verbali e anomie, assenza di deficit articolatori, discontinuità nell'esecuzione di ordini semplici. Deficit dell'attenzione e la memoria verbale. Agnosia, somatoagnosia, prosopoagnosia.

Si poneva diagnosi di Demenza ipossica (CDR 4) e Parkinsonismo secondario.

Alla dimissione il paziente è in grado di deambulare con supervisione, presenta wandering, e persiste il decadimento cognitivo severo (MMSE 3/30 corretto per età e scolarità, SMMSE 11/30).

Dalla rivalutazione a due mesi il paziente presenta performances cognitive compromesse con MMSE di 4/30 corretto per età e scolarità e SMMSE di 12/30.

Tra le insufficienze d'organo, quella cardiaca può condurre ad una condizione di ipossia cerebrale cronica responsabile delle funzioni superiori. In particolare si osserva nell'anziano, nel quale le riserve cognitive possono già essere compromesse dal processo di invecchiamento o da altre condizioni patologiche preesistenti.

PROGETTO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: “L’ALZHEIMER NEL CENTRO POLIVALENTE”

Bruno Patrizia¹, Ciccarelli Raffaella⁴, Cicchetti Gelsomina², Di Cicco Teresa⁴, D’Anna Maria Antonietta¹, Di Gioia Anna¹, Gragnanielo Rita¹, Massarelli Gianfranco¹, Pirozzi Benedetta⁴, Rikler Olivia¹, Argenzio Filomena³

¹ Unità Operativa Assistenza Anziani distretto 58 ASL NA2, ² Integrazione socio-sanitaria,

³ Direttore Sanitario distretto 58 ASL NA2, ⁴ Coordinamento area anziani Comune di Giugliano in Campania.

INTRODUZIONE

Integrare, nell’ambito di un centro polivalente, un anziano affetto da malattia di Alzheimer in un gruppo che non presenta disabilità è un progetto nuovo e forse difficile da condurre, ma utile per sperimentare e valutare metodi innovativi e validi di assistenza agli anziani disabili. L’invecchiamento della società sta progredendo in modo così rapido da non permettere un adeguato adattamento culturale e sociale. Oggi stimiamo che l’incidenza dei deficit cognitivi nella terza età possa raddoppiare ogni cinque anni dopo i sessantacinque di età. E’ quindi giustificato esplorare qualsiasi nuova frontiera per la gestione di questi anziani disabili, sia sanitaria che assistenziale o ancor meglio entrambe contemporaneamente.

METODI

Il progetto si svolge nel “Centro Polivalente” di Giugliano in Campania in via Aniello Palumbo, presso la “Casa dei diritti”. L’organizzazione e lo svolgimento delle attività degli anziani frequentanti la struttura, esclusivamente diurna, è affidata al “Comitato di gestione”. Esso è formato da 15 persone, che rappresentano tutti quelli che vi interagiscono: le autorità comunali, la ASL, le varie organizzazioni sindacali e gli anziani stessi. L’assistenza materiale nel centro polivalente è affidata a quattro operatori, individuati in cooperative private attraverso il Comune. Gli operatori guidano e controllano le varie attività ricreative svolte dagli anziani, tutte nel centro stesso, ad eccezione del laboratorio di ceramica, che richiede una sede specifica. In tal caso gli operatori accompagnano lo spostamento degli anziani interessati. Il progetto di inserire un paziente affetto da malattia di Alzheimer nella realtà del Centro polivalente si sviluppa attraverso cinque fasi:

1. individuazione di un paziente affetto da malattia di Alzheimer, in fase lieve-moderata in cura presso il centro UVA di riferimento;
2. informazione ampia e completa sul progetto a tutti gli anziani frequentanti il centro. Incontri settimanali per la discussione e la risoluzione delle loro criticità ;
3. formazione degli operatori all’accoglimento e soddisfazione delle specifiche necessità del paziente, unitamente al confronto con quelle degli altri anziani presenti nel centro;
4. accertamento e valutazione della volontà di partecipazione al progetto nel centro polivalente, del paziente e della sua famiglia;
5. seguire il paziente individuato ed il suo caregiver con la valutazione multidimensionale geriatrica per sei mesi, somministrando i controlli al tempo 0, ad un mese, a tre mesi, a sei mesi.

CONCLUSIONI

Il progetto, esempio di integrazione socio-sanitaria tra un alzheimeriano ed un gruppo di anziani, vuole studiare:

1. quale formazione specifica fornire agli operatori;
2. la reazione al contatto con la demenza di tutti gli anziani partecipanti, per mezzo di interviste o test;
3. valutare gli effetti sulla malattia di Alzheimer dell'inserimento in un gruppo di anziani normali;
4. valutare la variazione dello stress del caregiver e della famiglia che ha in carico l'ammalato;
5. valutare la riduzione della spesa sanitaria;
6. aumentare il numero dei pazienti coinvolti anche nei centri polivalenti periferici.

QUANDO L'IMMAGINE DEL CORPO SI "SVUOTA": IL DELIRIO DI COTARD IN UN CASO DI PROBABILE MALATTIA DI ALZHEIMER VS DELIRIO DI CAPGRAS

Conchiglia Giovannina^a; Della Rocca Gennaro^a; Grossi Dario^b

^aALMA Mater spa – Clinica "Villa Camaldoli" - Napoli.

^bDipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli

Nella Malattia di Alzheimer, tra i disturbi non cognitivi sono annoverati i deliri di misidentificazione (Paulsen et al., 2000; Silva et al. 2001, Sultzer et al., 2003) come ad esempio il delirio di Capgras (Bruce e Young, 1986), tuttavia è inusuale osservare la specifica convinzione delirante nota come delirio di Cotard.

Jules Cotard nel 1880 descrisse una nuova forma di melanconia caratterizzata da delirio di negazione. La sindrome di Cotard comprende una serie di deliri che variano da una fissa eD irremovibile convinzione di aver perso organi, sangue o parti del corpo, alla convinzione di aver perso l'anima o di essere morto (see for review Trujillano et al., 2003). Young e colleghi, (Young,2000; Young and Leafhead, 1996; Young et al., 1994) hanno proposto che la genesi del delirio di Cotard sia simile a quella del delirio di Capgras (Ellis, Whitley and Luaut, 1994) caratterizzato dalla falsa credenza che una persona familiare sia stata sostituita da un impostore. Due studi indipendenti hanno dimostrato che i pazienti con delirio di Capgras non mostrano i normali pattern di reazione autonoma (Skin-conductance response) tra facce familiari e non familiari (Ellis, Young, Quale, de Pauw, 1997; Hirstein and Ramachandran, 1997). Su questa base è stato ritenuto che nel delirio di Capgras sia danneggiata la componente emozionale del processo di riconoscimento delle facce (Ellis and Yuong, 1990; Langdon and Coltheart, 2000; Stone and Young, 1997). Ramachandran and Blakeslee (1998) di contro ritengono che i pazienti con sindrome di Cotard presentino una globale disconnessione di tutte le aree sensoriali del sistema limbico (Gerrans, 2000, 2002), mentre la sindrome di Capgras è dovuta ad una disconnessione locale del riconoscimento dei volti del sistema limbico. Diversa è la nostra ipotesi interpretativa, secondo la quale anche nel caso del delirio di Cotard la disconnessione delle aree sensoriali potrebbe essere "locale", così come nel delirio di Capgras: il paziente sembra in grado di avere il riconoscimento e la rappresentazione del proprio corpo, ma non le componenti emozionali relative ad esso, e ciò potrebbe giustificare l'angosciante vissuto corporeo, dichiarando di non sentire più il suo corpo interno e di affermare pertanto di essere "morto". Inoltre, tale credenza potrebbe essere collegata alla mancanza delle sensazioni interne del proprio corpo, indicata dall'assenza di rilievo dei segnali viscerosomatici, che normalmente provengono dal nostro corpo interno, implicando una scarsa elaborazione delle componenti emozionali verso il proprio corpo. Pertanto, si genererebbe una dissociazione tra la rappresentazione del proprio corpo e la perdita della reazione emotiva relativo ad esso. Noi riportiamo un caso di una donna con delirio di Cotard, R.C., affetta da probabile demenza di Alzheimer, in cui abbiamo indagato l'immagine del proprio corpo con classici metodi neuropsicologici e la capacità di percepire i segnali viscerosomatici con una inchiesta costruita ad hoc. Inoltre, il caso di R.C. è stato confrontato con una paziente con un delirio di Capgras, N.R. al fine di valutare e confrontare la fenomenologia dei due deliri.

MODALITA' DI ASSISTENZA NELLE FASI FINALI DELLA VITA DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA RESIDENTI IN RSA

Cornali Cristina, Bianchetti Angelo, Trabucchi Marco

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

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

OBIETTIVO

Valutare le caratteristiche demografiche e le modalità di cura nei mesi prima del decesso di pazienti affetti da demenza moderata-severa, confrontati con soggetti, anch'essi dementi e disabili, ma non in fase di terminalità.

PAZIENTI

Sono stati osservati 121 pazienti affetti da decadimento cognitivo moderato-severo (Mini-Mental State Examination – MMSE $\leq 20/30$, media 9.3 ± 7.5 ; età 86.4 ± 7.9 anni, 23% maschi), ospiti in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per 3.7 ± 3.4 anni. Di questi 25 sono deceduti nel corso del 2006.

METODI

Studio retrospettivo. Sono state registrate mediante un assessment geriatrico multidimensionale le condizioni d'ingresso, quelle finali (ossia l'ultima valutazione prima del decesso o quella fatta negli ultimi 3 mesi del 2006 per i sopravvissuti) e intermedie, ossia dei 4 mesi precedenti il decesso o l'ultima valutazione. L'assessment comprendeva lo stato cognitivo-funzionale, la comorbilità, le prescrizioni farmacologiche, gli eventi acuti, la gestione di questi ultimi (antibioticoterapia, ospedalizzazioni, indagini diagnostiche), la contenzione, le piaghe, l'uso di nutrizione artificiale e di catetere vescicale.

RISULTATI

Rispetto ai 96 sopravvissuti (S), i 25 deceduti (D) avevano punteggi finali sovrapponibili di MMSE (S: 8.7 ± 7.3 vs D: 5.8 ± 7.8 , n.s.), ma minori di Barthel Index (31.9 ± 29.7 vs 10.5 ± 22.9 , rispettivamente, $p.001$). Presentavano un uguale grado di comorbilità, con una minore assunzione di farmaci somatici all'ultima valutazione (5.8 ± 2.5 vs 4.6 ± 2.0 , $p.044$). Non vi era differenza nella prescrizione di antalgici (S: 19% vs D: 33%; solo 1 fra i deceduti faceva uso di oppiacei maggiori). Sebbene il grado di disturbi comportamentali fosse sovrapponibile, la prescrizione di sedativi era minore nei deceduti (81% vs 33%, per un totale di mesi di assunzione rispettivamente di 13.9 ± 11.7 vs 3.7 ± 5.4 , $p.000$). Non vi erano differenze per quanto riguarda la contenzione (76% vs 65%), l'uso di catetere vescicale (10% vs 15%) e l'indicazione a fisioterapia negli ultimi 6 mesi (35% vs 37%). Il 19% dei deceduti era nutrito artificialmente rispetto all'1% dei viventi ($p.003$). I deceduti hanno avuto un maggior numero di eventi acuti intercorrenti (S: 1.7 ± 1.6 vs D: 3.1 ± 2.8 , $p.037$, soprattutto infezioni respiratorie); durante gli eventi avversi è stata prescritta una quantità simile di antibiotici fra i due gruppi (giorni di somministrazione 7.6 ± 9.2 vs 15.1 ± 20.3 , rispettivamente, n.s.), ma più frequentemente coloro che sono poi andati incontro ad exitus sono stati inviati in strutture esterne per eseguire esami di imaging (S: 6% vs D: 19%, $p.089$). Rispetto ai sopravvissuti con eventi acuti, molti più deceduti sono stati ospedalizzati (23% vs 67%, $p.000$, prevalentemente in reparti internistici), senza comunque esiti positivi: 2 decessi entro 24 ore dal trasferimento (13%), 4 decessi oltre le 24 ore (27%), peggioramento dello stato funzionale (33%), nessuna modifica delle condizioni cliniche (33%), nuove lesioni da decubito (30%).

CONCLUSIONI

Il paziente con demenza moderata-severa sperimenta nelle fasi terminali un'elevata frequenza di eventi acuti che si traducono in ospedalizzazione, prescrizione di esami strumentali, nutrizione artificiale. L'ottimale gestione di questa fase clinica della demenza, soprattutto in RSA, presenta problemi di tipo clinico ed etico. Va rispettata la dignità del paziente ed il diritto a cure appropriate anche nelle condizioni estreme, ma evitando atteggiamenti di abbandono o di utilizzo di terapie sproporzionate, nelle quali il beneficio sia chiaramente minore rispetto alle sofferenze e alle menomazioni che esse possono comportare.

ANALISI DELLA DOMANDA E RIABILITAZIONE COGNITIVA DELLE DEMENZE: UN MODELLO PSICOLOGICO DI INTERVENTO RIABILITATIVO IN UN CENTRO DIURNO

D'Acquisto Liliana¹, Auricchio Eliana^{2,3}, Boccia Loredana^{2,3}, De Martino Gerardo¹, Lepore Michele²

¹ ASL NA5 ² CTF, Castellammare di Stabia (Na) ³ SCIRDAP - Istituto per la Ricerca, lo Sviluppo e la Diffusione delle Scienze Psicologiche

La riabilitazione cognitiva comprende differenti approcci e recentemente è stata proposta un'esplicita distinzione concettuale e terminologica tra stimolazione cognitiva (una serie di attività svolte in gruppo rivolte ad esercitare il funzionamento cognitivo e sociale), addestramento cognitivo (esercizio guidato di specifiche funzioni cognitive attraverso dei compiti standard) e riabilitazione cognitiva (Clare & Woods, 2004). Quest'ultima affronta in una prospettiva olistica sia gli aspetti cognitivi che quelli emotivi, sviluppando interventi individualizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti e le loro famiglie ad ottimizzare le strategie di adattamento alle difficoltà prodotte dal disturbo neuropsicologico. In tal modo vengono focalizzati i livelli di disabilità e di handicap piuttosto che quello di deficit (WHO, 1980) e l'intervento include prevalentemente strategie di tipo compensativo (Wilson, 2000). Tale approccio coinvolge quindi in maniera determinante la famiglia del paziente demente e necessita di modelli di riferimento che affrontino esplicitamente gli aspetti emotivi e relazionali del contesto familiare.

Nonostante le problematiche connesse con il ruolo di *caregiver* siano state oggetto di numerosi studi in letteratura, queste sono state affrontate principalmente dalla prospettiva di ridurre lo stress che deriva dal prendersi cura del paziente (Nolan et al., 2002). In tal modo esse sono state considerate come variabili intervenienti piuttosto che come obiettivo prioritario di un intervento di tipo compensativo.

D'altra parte, la centralità del ruolo della famiglia nel processo riabilitativo si chiarisce ulteriormente se si considera che quasi sempre la richiesta di aiuto rivolta alla struttura sanitaria viene posta da un familiare e non dal paziente demente stesso. Poiché qualunque membro della famiglia può esprimere la richiesta (o membri diversi in momenti diversi), il fuoco dell'intervento si sposta necessariamente da un livello individuale ad uno familiare in cui la rete delle relazioni diventa l'unità di analisi principale e la definizione di paziente si espande e si contrae a seconda della problematica e del momento in cui si presenta.

Dal punto di vista della psicologia clinica, la richiesta d'aiuto presenta diversi aspetti che possono coesistere (Carli & Paniccchia, 2003). Da un lato vi è naturalmente una richiesta esplicita, che si configura come espressione consapevole di un bisogno di assistenza sanitaria, dall'altro vi è spesso una domanda implicita (non ancora oggetto di riflessione consapevole) che prende le mosse da istanze e dinamiche emotive profonde. Ad esempio, l'angoscia prodotta dalla malattia del congiunto (cronica e dalla prognosi infauستا) può innescare dinamiche espulsive che possono esprimersi attraverso la richiesta esplicita di ospedalizzazione del malato. Senza una decodifica di tali dinamiche, una risposta collusiva del sistema sanitario (semplice presa in carico del paziente) vanifica qualsiasi tentativo volto a ripristinare la competenza della famiglia nella cura. In tal modo viene mancato, di fatto, l'obiettivo dichiarato della riabilitazione di incrementare i livelli di autonomia e si contribuisce a fallire l'obiettivo generale del contenimento della spesa sanitaria ribadito più volte nei documenti programmatici.

Il modello psicologico di analisi e decodifica della domanda e lo spostamento dell'attenzione dal concetto di guarigione a quello di cura risultano pertanto di fondamentale importanza nel processo riabilitativo, nell'intento di ottimizzare il benessere generale e la promozione della salute (Cigoli, 2002).

Il gruppo di lavoro costituito dall'équipe riabilitativa, attraverso l'analisi della domanda della fami-

glia, può stabilire un'alleanza che permette una condivisione delle competenze ed è all'interno di questa relazione che possono venire concordate le decisioni di cura.

Le relazioni tra gli operatori e tutti i membri del sistema del paziente diventano così il nucleo di cura. Si presenta un modello di funzionamento di un centro diurno per la riabilitazione delle demenze improntato a principi di lettura psicologico-relazionale.

LA SPECT CEREBRALE COME SUPPORTO ALLA DIAGNOSI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)

¹De Falco Caterina, ¹Loré Elisa Anna, ²Pappatà Sabina, ³Iavarone Alessandro, ⁴Milan Graziella, ¹de' Santis Angela, ¹De Rosa Umberto, ⁵Lamenza Francesco, ¹Vargas Giuseppe, ¹Coppeta Giovanni Paolo, ¹de L. Macia Bustamante AnaMaria, ¹Imparato Andrew, ⁴Sorrentino Paolo, ⁴Acito Rosalia, ⁴Schiattarella Vincenzo, ¹Gallotta Giovanni, ¹Postiglione Alfredo

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

²Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia – Università degli Studi di Napoli “Federico II”. ³Ospedale CTO – UOC di Neurologia e Unità Stroke ASL Napoli 1. ⁴Centro Geriatrico Sovradistrettuale “Frullone” – Struttura Complessa di Geriatria ASL Na 1. ⁵Struttura Complessa di Geriatria e Riabilitazione Geriatrica – ASL 3 Rossano (CS).

INTRODUZIONE

Il Mild Cognitive Impairment (MCI) amnestico è caratterizzato da un lieve deficit isolato di memoria, in presenza di uno stato cognitivo globale conservato. Il rischio di conversione in demenza di Alzheimer (AD) è circa il 15% annuo.

OBIETTIVI E METODI

Valutare, mediante SPECT cerebrale, il flusso ematico cerebrale (rCBF) con 99mTc-HMPAO e la densità dei neuroni gabaergici/piramidali corticali con [¹²³I]-Iomazenil, in soggetti con MCI, e studiare eventuali differenze tra MCI e soggetti normali, e tra MCI convertiti in tre anni in AD (MCI-C) e quelli rimasti invariati (MCI-NC).

RISULTATI

Sia gli MCI-C che gli MCI-NC hanno mostrato una significativa riduzione del rCBF nel precuneo mediale sinistro, rispetto ai controlli. Non sono stati osservati cambiamenti significativi negli MCI-C se confrontati con gli MCI-NC. Gli MCI-NC non hanno mostrato modificazioni significative nel legame con lo [¹²³I]-Iomazenil rispetto ai controlli, mentre negli MCI-C è stata riscontrata una riduzione significativa nel cingolo posteriore e nel precuneo sinistro, rispetto agli MCI-NC.

CONCLUSIONI

Questi risultati suggeriscono che i neuroni gabaergici/piramidali neocorticali sono relativamente preservati negli MCI, anche negli MCI-C. Un'up-regulation compensatoria dei recettori gabaergici può in parte spiegare anche la mancanza di una riduzione significativa nell'ippocampo e nelle aree ippocampali, regioni coinvolte neuropatologicamente negli MCI. Una diminuzione altamente significativa del rCBF riscontrata nel precuneo degli MCI-NC e degli MCI-C suggerisce che negli MCI in queste regioni, più che una perdita neuronale, è implicata un'alterazione funzionale, specifica degli MCI-C.

DESCRIZIONE DI UN CASO DI PROSOPOAGNOSIA FAMILIARE

¹de' Santisi Angela, ¹De Rosa Umberto, ²Ponari Marta, ³Milan Graziella, ⁴Lamenza Francesco, ¹Loré Elisa Anna, ¹Vargas Giuseppe, ¹Imparato Andrew, ¹Coppeta Giovanni Paolo, ³Sorrentino Paolo, ³Tripodi Francesca Saveria, ³Schiattarella Vincenzo, ¹de L. Macia Bustamante AnaMaria, ¹De Falco Caterina, ¹Gallotta Giovanni, ¹Postiglione Alfredo

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università degli Studi di Napoli “Federico II”.
¹Facoltà di Psicologia – Seconda Università degli Studi di Napoli. ³Centro Geriatrico Sovradistrettuale “Frullone” – Struttura Complessa di Geriatria ASL Na 1. ⁴Struttura Complessa di Geriatria e Riabilitazione Geriatrica – ASL 3 Rossano (CS).

INTRODUZIONE

Con prosopagnosia si intende una incapacità a riconoscere volti noti o sconosciuti. I pazienti con tale deficit possono anche avere difficoltà ad interpretare la mimica facciale, a giudicare l'età di una persona, a discriminare il sesso dal volto. Spesso, per riconoscere una persona familiare, utilizzano strategie alternative, riferendosi, per esempio, al tono della voce, all'abbigliamento e ad altre caratteristiche fisiche. Talvolta, si associano disorientamento topografico, alterazione dello schema corporeo ed aprassia costruttiva. I pochi casi studiati anatomicamente o con esame TAC hanno rilevato che la prosopagnosia è associata a lesioni bilaterali delle regioni occipito-temporali.

METODI

Fratello: B.L., 41 anni, destrimane, scolarità 13 anni; Sorella: B.A., 47 anni, destrimane, scolarità 17 anni; entrambi lamentano notevole difficoltà nel riconoscere volti noti, appartenenti al proprio vissuto e non, con importanti conseguenze sulla vita di relazione e sulla attività lavorativa; sono inoltre presenti altri deficit cognitivi. Tests neuropsicologici, esami di neuro-imaging ed anamnesi familiare sono utilizzati per lo studio di questi due pazienti.

RISULTATI

B.L. giunge alla nostra osservazione riferendo difficoltà nel riconoscimento di volti noti, appartenenti al suo vissuto. Tale difficoltà risale a quindici anni orsono ed era inizialmente interpretata come “una mancanza di fisionomia”; negli ultimi cinque anni si sono verificati alcuni episodi più gravi caratterizzati da un progressivo peggioramento (per es., non riconosce ex compagni di classe, il suo meccanico, non riconosce i clienti, ma ne ricorda tutti gli aspetti commerciali, ha difficoltà nel seguire un film). Nell'ultimo anno, a tale sintomatologia si accompagna uno stato ansioso che il paziente non sa se attribuire alla consapevolezza di malattia.

L'osservazione clinica rileva una difficoltà del paziente, una volta tornato a controllo dopo alcune settimane, nel riconoscimento del personale che lo aveva precedentemente visitato. Alla valutazione neuropsicologica basale il paziente mostra un buon orientamento temporo-spaziale e un deficit della memoria di prosa a breve termine. I tests di approfondimento evidenziano deficit dell'attenzione ed una marcata difficoltà nel riconoscimento di volti noti. L'esame RM encefalo senza m.d.c. rileva la presenza di due aree puntiformi a livello del centro semi-ovale di dx da riferire verosimilmente a foci gliotici; lieve visibilità degli spazi subaracnoidei parietali superiori posteriori. La sorella, B.A., riferisce difficoltà nel riconoscimento di volti noti, sia di personaggi famosi, sia di persone appartenenti al suo vissuto, deficit mnesici, consistenti soprattutto in anomie (di nomi propri) e difficoltà nell'orientamento spaziale. La paziente afferma di avere sofferto da sempre di problemi di memoria, mentre non riesce a collocare nel tempo l'insor-

genza della prosopoagnosia. Tale deficit interferisce sia con l'attività lavorativa, che relazionale. La paziente, insegnante, ha difficoltà a riconoscere i suoi alunni e ad associare l'alunno alla rispettiva classe di appartenenza: tale disturbo si aggrava quando la paziente si confronta con suoi colleghi, che pur avendo più classi e quindi più alunni, non descrivono un disturbo analogo. La paziente, inoltre, riferisce che ha difficoltà nel seguire un film o uno spettacolo in genere, perché non riconosce i personaggi quando cambiano le scene. Alla valutazione neuropsicologica basale la paziente mostra un buon orientamento temporo-spaziale e un deficit attenzionale. I tests di approfondimento evidenziano una marcata difficoltà nel riconoscimento di volti noti. L'anamnesi familiare è positiva per ipertensione arteriosa, ictus cerebrale ed infarto del miocardio. Entrambi riferiscono che la nonna materna, seppur deceduta in tarda età, ha manifestato negli ultimi anni della sua vita una sintomatologia da riferire ad una possibile demenza (deliri, allucinazioni e mancato riconoscimento dei familiari).

CONCLUSIONI

Lo studio in esame è ancora in corso e prevede la somministrazione di ulteriori approfondimenti neuropsicologici, specifici per la prosopoagnosia, da somministrare anche ai rispettivi coniugi e ad almeno 2 soggetti di controllo, nonché l'esecuzione di neuroimaging funzionale, e prelievi per la genetica familiare.

IL RUOLO DELL'AUTOEFFICACIA PERCEPITA NELLA RIABILITAZIONE ORTOPEDICA DELL'ANZIANO FRATTURATO

Esposito Dalila, Bianchi Vincenzo Diego, Lepore Michele

Casa di cura "Stazione Climatica Bianchi" - Portici (Na)

Il processo riabilitativo dell'anziano fratturato è determinato da molteplici fattori (Cameron, 2005). Quelli più frequentemente presi in considerazione sono le variabili demografiche, fisiche e biomediche. L'età avanzata e la presenza di malattie concomitanti o di disabilità prima della frattura sono fortemente associate ad un recupero scadente (Jelicic et al., 1996). Un importante ruolo è svolto anche dai fattori psicologici e psico-sociali, nonostante essi siano stati poco studiati (Billig et al., 1988; Mossey et al., 1989; Lepore et al., 2005). Nel 1983, ad esempio, Nickens aveva individuato la depressione, alcune caratteristiche di personalità e l'assenza di un supporto sociale come variabili rilevanti. Successive ricerche hanno dimostrato che, tra i fattori psicologici, anche il concetto di autoefficacia risulta determinante nel predire il successo del trattamento riabilitativo (Waldrop & Lightsey, 2001; Fortinsky et al., 2002; Stretton et al., 2006).

L'autoefficacia percepita (*Self-Efficacy*, SE) è un costrutto psicologico elaborato da Albert Bandura nel 1977 per indicare le convinzioni che le persone hanno rispetto la propria capacità di poter svolgere con successo un'attività in una determinata situazione. Essa può influenzare pensieri, emozioni e comportamenti di un individuo, tanto da motivarlo positivamente ad intraprendere attività in cui si percepisce capace o, al contrario, inibirlo se egli non si ritiene in grado di poterle affrontare e gestire adeguatamente (Bandura, 1977). Questo costrutto si è rivelato utile nel predire adeguati comportamenti volti alla prevenzione ed alla terapia di diverse condizioni patologiche (Schwarzer, 1992; Bandura, 1998). In ambito riabilitativo, la SE, regolando i processi motivazionali, rappresenta un fattore cruciale in quanto può motivare il paziente ad intraprendere e sostenere nel tempo gli esercizi indicati dal terapista (Phillips et al., 2004). La SE è risultata correlata con il recupero in diversi ambiti: ad esempio, in riabilitazione neurologica (dopo uno *stroke*), cardiaca o neuropsicologica (Del Castello & Lepore, 2002; Salbach et al., 2006; Dixon et al., 2007).

Anche nella riabilitazione ortopedica dell'anziano fratturato, l'autoefficacia è stata riconosciuta come un fattore importante nel predire la possibilità di recupero funzionale (Waldrop & Lightsey, 2001; Fortinsky et al., 2002; Stretton et al., 2006), correlando, inoltre, con altre importanti variabili emotive (ad esempio depressione e paura di cadere) (Whitehead et al., 2003; Lepore et al., 2006). Fortinsky et al. (2002) hanno dimostrato che il livello di SE predice il recupero delle funzioni motorie premorbose, anche quando viene controllata la presenza di depressione e che la terapia fisica ed occupazionale sembra avere maggiori effetti positivi se gli anziani confidano nelle proprie capacità di poter portare a termine gli esercizi riabilitativi. Dato il notevole interesse che si è sviluppato circa il ruolo dell'autoefficacia in campo riabilitativo, sono state elaborate e validate scale specifiche per la sua misurazione ed adattate alle varie popolazioni nazionali. Recentemente, inoltre, è stato iniziato il processo di adattamento italiano di una scala appositamente sviluppata da Fortinsky et al. (2002) per l'applicazione agli anziani fratturati (Lepore et al., 2006).

Risulta, infine, utile l'attivazione di programmi riabilitativi che prevedono anche l'incremento del senso di SE, attraverso quello che Bandura definisce apprendimento sociale. Questo si basa su procedure che intervengono modificando le quattro maggiori fonti attraverso le quali si costruisce il senso di SE: le esperienze di successo (dirette o vicarie), l'attivazione emotiva (*emotional arousal*) e la persuasione verbale (Bandura, 1977).

RUOLO DELL'ESSERE SOLI E DELLA NON-AUTOSUFFICIENZA NEI DISTURBI DEPRESSIVI DELL'ANZIANO. DATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY"

Forlani Claudia¹, Atti Anna Rita¹, Morini Valentina¹, 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

Valutare la relazione esistente fra l'essere soli (celibi/nubili, vedovi o separati/divorziati) e non totalmente autosufficienti e la presenza di sintomi depressivi, nell'ampia popolazione anziana di Faenza (De Ronchi et al, 2005).

METODI

A 7.930 soggetti ultra-sessantunenni (60.3% donne) è stata somministrata un'intervista semi-strutturata, volta a raccogliere informazioni di carattere socio-demografico, clinico eD a rilevare la presenza di sintomi depressivi, ed una valutazione cognitiva. I soggetti venivano definiti parzialmente o totalmente non-autosufficienti in base all'indice delle ADL (Activities of Daily Living). Le associazioni fra l'essere soli o la non-autosufficienza ed i sintomi depressivi sono state valutate mediante regressione logistica, ottenendo Odds Ratio (OR) eD intervalli di confidenza al 95% (95%IC), utilizzando modelli che includevano sesso, età, scolarità, punteggio al Mini-Mental State Examination, abitudine a fumo eD alcol.

RISULTATI

Il 41.8% dei partecipanti non aveva coniuge in vita; il 10.8% non era autosufficiente. L'essere soli si accompagnava frequentemente a sintomi depressivi (OR(95%IC)=1.56(1.35-1.81) nel modello crudo; OR(95%IC)=1.24(1.05-1.46) aggiustato). Confrontati con soggetti indipendenti, soggetti non-autosufficienti avevano probabilità più che raddoppiata di soffrire di disturbi depressivi (OR(95%IC)=2.42(2.00-2.93) nel modello crudo; OR(95%IC)=2.50(1.92-3.25) dopo aggiustamento). Escludendo dall'analisi soggetti cognitivamente deteriorati (11.6%), l'associazione fra non-autosufficienza e sintomi depressivi risultava ulteriormente rafforzata (OR(95%IC)=2.74 (2.09-3.61) nel modello crudo; OR(95%IC)=2.89(2.13-3.91) aggiustato). Le associazioni osservate risultavano più forti fra i soggetti di sesso maschile (Tabella 1) e nel gruppo di età 61-69 anni (Tabella 2), con decrescente forza d'associazione all'aumentare dell'età. La Tabella 3 mostra i risultati delle analisi stratificate per gruppi combinati di sesso ed età: i trend osservati per sesso ed età sono mantenuti. Considerando i soggetti coniugati e autosufficienti come gruppo di riferimento, soggetti soli ed autosufficienti avevano un OR(95%IC)=1.55(1.31-1.82) per sintomi depressivi; soggetti non-autosufficienti avevano maggiore probabilità di lamentare sintomi depressivi (OR(95%IC)=3.04(2.24-4.13)) se coniugati e OR(95%IC)=2.86(2.24-3.66) se non coniugati).

CONCLUSIONI

Nell'approccio integrato al paziente anziano, condizioni quali l'essere soli e la non-autosufficienza non devono essere sottovalutate poiché si accompagnano frequentemente a sintomi depressivi, potendo interferire con numerose condizioni cliniche e compromettere la qualità di vita.

Tabella 1: associazione con sintomi depressivi: analisi stratificata per sesso

Essere soli		Non-autosufficienza	
	OR (95%IC)		OR (95%IC)
Uomini	1.44 (1.02-2.04) [°]	Uomini	3.54 (2.41-5.21)*
Donne	1.17 (0.99-1.39)	Donne	1.99 (1.60-2.49)*

Tabella 2: associazione con sintomi depressivi: analisi stratificata per età

Essere soli		Non-autosufficienza	
	OR (95%IC)		OR (95%IC)
61-69 anni	1.84 (1.45-2.34)*	61-69 anni	4.60 (2.88-7.36)*
70-79 anni	1.67 (1.31-2.15)*	70-79 anni	3.98 (2.86-5.55)*
≥ 80 anni	1.10 (0.78-1.54)	≥ 80 anni	1.72 (1.25-2.36) [°]

Tabella 3: associazione con sintomi depressivi: analisi stratificata per sesso ed età (* p<0.001; ° p<0.05)

	Essere soli			Non-autosufficienza	
	Uomini	Donne		Uomini	Donne
	OR (95%IC)	OR (95%IC)		OR (95%IC)	OR (95%IC)
61-69 aa	1.67 (0.95-2.94)	1.51 (1.16-1.98) [°]	61-69 aa	5.36 (2.10-13.68)*	4.14 (2.39-7.17)*
70-79 aa	1.91 (1.07-3.40) [°]	1.07 (0.81-1.43)	70-79 aa	4.08 (2.01-8.28)*	3.87 (2.63-5.70)*
≥ 80 aa	0.71 (0.35-1.42)	0.91 (0.57-1.48)	≥ 80 aa	2.83 (1.50-5.34) [°]	1.41 (0.97-2.04)

CLUSTERS DI FATTORI VASCOLARI, DEMENZA E COGNITIVE IMPAIRMENT NO DEMENTIA. DATI DAL “FAENZA COMMUNITY AGING STUDY”

Forlani Claudia¹, Atti Anna Rita¹, Morini Valentina¹, 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 stabilire se esista relazione fra ipertensione, diabete, dislipidemia, soprappeso, vasculopatia periferica (VP) e le funzioni cognitive, nell’ampia popolazione anziana di Faenza (De Ronchi et al, 2005).

METODI

I partecipanti (N=7930, 61-107 anni) sono stati sottoposti ad intervista semi-strutturata, nel corso della quale veniva raccolta un’accurata anamnesi medica, e a valutazione delle funzioni cognitive. La diagnosi di demenza veniva stabilita in accordo ai criteri del DSM-III-R; la condizione di Cognitive Impairment No Dementia (CIND) era definita dalla presenza di punteggi al Mini-Mental State Examination minori o uguali a 2 deviazioni standard rispetto alla media dei punteggi dei soggetti non dementi. Le associazioni fra fattori di rischio vascolare e funzioni cognitive sono state valutate attraverso analisi di regressione logistica, ottenendo Odds Ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (95%IC). Dapprima è stata valutata l’associazione indipendente di ogni fattore con CIND o demenza, impiegando modelli che includevano sesso, età, scolarità. Poi è stato verificato se esistessero effetti cumulativi fra i fattori che si associavano alle funzioni cognitive nella stessa direzione.

RISULTATI

513 soggetti (6.5%) erano dementi e 402 (5.1%) CIND. Le associazioni indipendenti dei singoli fattori con CIND e demenza sono mostrate in Tabella 1. Sono stati quindi testati differenti clusters di fattori in relazione alle funzioni cognitive: profilo vascolare 1 (ipertensione, diabete, VP: associazione positiva con CIND); profilo vascolare 2 (ipertensione, dislipidemia, soprappeso: associazione negativa con demenza); profilo vascolare 3 (diabete, VP: associazione positiva con demenza). I profili vascolari sono stati analizzati sia come variabili continue che categoriche (0, 1, 2, o 3 fattori presenti). Come illustrato in Tabella 2, le analisi crude concernenti i profili vascolari 1 e 3 confermano che un numero crescente di fattori si associa a maggiore probabilità di essere affetto rispettivamente da CIND o demenza. Riguardo il profilo vascolare 2, l’associazione inversa fra numero di fattori concomitanti e demenza è confermata.

CONCLUSIONI

I fattori di rischio vascolare sono condizioni frequenti e spesso coesistenti nell’anziano, potenzialmente trattabili. La conferma di un loro possibile ruolo nello sviluppo di deterioramento cognitivo e demenza sarebbe di grande impatto per la possibilità di attuare strategie preventive efficaci.

Tabella 1: Associazioni indipendenti dei singoli fattori vascolari con le funzioni cognitive

	CIND	
	<i>Non aggiustato</i>	<i>Aggiustato per sesso, età, scolarità</i>
	OR (95%IC)	OR (95%IC)
Diabete	1.85 (1.40-2.44)*	1.66 (1.25-2.21)*
Ipertensione	1.20 (0.98-1.47)	1.04 (0.84-1.28)
Dislipidemia	0.58 (0.44-0.77)*	0.63 (0.47-0.84) ^o
Sovrappeso	0.92 (0.75-1.13)	1.03 (0.84-1.27)
Vasculopatia periferica	1.50 (1.21-1.86)*	1.22 (0.98-1.53)

	Demenza	
	<i>Non aggiustato</i>	<i>Aggiustato per sesso, età, scolarità</i>
	OR (95%IC)	OR (95%IC)
Diabete	1.17 (0.87-1.56)	1.04 (0.76-1.43)
Ipertensione	0.85 (0.70-1.02)	0.69 (0.56-0.85)*
Dislipidemia	0.33 (0.24-0.45)*	0.53 (0.38-0.73)*
Sovrappeso	0.61 (0.50-0.74)*	0.83 (0.67-1.02)
Vasculopatia periferica	1.87 (1.55-2.26)*	1.25 (1.01-1.53) ^o

* p<0.001; ^o p<0.05

Tabella 2: Profili vascolari e funzioni cognitive

			CIND
Profilo vascolare 1	N (%)		OR (95%IC)
Var. continua			1.30 (1.15-1.47)*
Var. categorica	0	147 (4.2)	1 (ref.)
	1	163 (5.3)	1.29 (1.03-1.62) ^o
	2	62 (6.6)	1.67 (1.23-2.27) ^o
	3	21 (9.0)	2.27 (1.40-3.66) ^o

			Demenza
Profilo vascolare 2	N (%)		OR (95%IC)
Var. continua			0.65 (0.58-0.74)*
Var. categorica	0	180 (8.4)	1 (ref.)
	1	215 (6.6)	0.77 (0.63-0.95) ^o
	2	72 (3.7)	0.42 (0.32-0.56)*
	3	9 (2.1)	0.23 (0.12-0.45)*

			Demenza
Profilo vascolare 3	N (%)		OR (95%IC)
Var. continua			1.57 (1.35-1.83)*
Var. categorica	0	293 (5.5)	1 (ref.)
	1	192 (8.5)	1.63 (1.35-1.97)*
	2	27 (10.7)	2.26 (1.49-3.44)*

INSORGENZA DI DEPRESSIONE IN UN PAZIENTE ANZIANO TRATTATO CON BETA-BLOCCANTI

Gareri Pietro^{1,2}, Cotroneo Antonino³, Lacava Roberto², Diego Voci Tommaso⁴, Cabodi Sergio³, De Sarro Giovanbattista¹

¹Cattedra di Farmacologia, Università Magna Græcia di Catanzaro; ²U.O. "Tutela Salute Anziani", AS 7-Catanzaro; ³Dipartimento Salute Anziani (DSA) – ASL3 Torino, ⁴Cardiologo – Presidente Nazionale ACSA-Onlus

La depressione nell'anziano è spesso sottodiagnosticata e sottotrattata, specialmente in ambienti non psichiatrici e si associa frequentemente a declino delle condizioni di salute, dell'autonomia quotidiana e della qualità della vita. Numerosi farmaci causano sintomi depressivi, per esempio digossina, steroidi, antiipertensivi ad azione centrale, beta-bloccanti ed altri. I dati sulla presunta associazione tra depressione e beta-bloccanti sono controversi, come dimostrato da studi osservazionali trasversali e da studi casi-controlli. Sembra che i beta-bloccanti lipofili possano causare depressione più di quelli idrofili.

Un paziente di 65 anni venne ospedalizzato per un infarto miocardico anteriore; venne sottoposto ad angioplastica con applicazione di uno stent sull'arteria discendente anteriore e fu dimesso con terapia medica. Alla dimissione il trattamento farmacologico domiciliare era: bisoprololo 2.5 mg/die, aspirina 100 mg/die, clopidogrel 75 mg/die, ramipril 5 mg/die, nitroglicerina transdermica 10 mg/die, lovastatina 20 mg/die. Divenne presto di nuovo indipendente nelle attività quotidiane ed attivo socialmente. Due mesi dopo presentò perdita di interessi, sentimenti di tristezza, astenia, insonnia, umore depresso con crisi di pianto, idee di morte; un punteggio di 11 era presente dopo la somministrazione della forma abbreviata della Geriatric Depression Scale (GDS) (depresso). Effettuò una visita geriatrica e nel sospetto di depressione iatrogena, prima ancora di somministrare un antidepressivo, il bisoprololo venne gradualmente sospeso nel giro di due settimane. Due mesi dopo venne effettuata una visita geriatrica di controllo; le condizioni generali erano buone, il tono dell'umore notevolmente migliorato, il paziente aveva ripreso la sua vita normale e la sua attività sociale. Effettuò un controllo cardiologico con esame ecocardiografico, che dimostrò acinesia del SIV, dilatazione delle camere sx e lieve depressione della FE (42%); la frequenza cardiaca media era di 85 bpm. Poiché i beta-bloccanti sono consigliati nel post-IMA, gli venne prescritto nuovamente bisoprololo (2.5 mg al dì). Due mesi dopo, il paziente presentò di nuovo umore depresso, idee di morte, di rovina, ansia, insonnia. Venne somministrato citalopram, 20 mg/die e dopo 20 giorni il dosaggio fu aumentato a 30 mg al dì; un mese più tardi il paziente era notevolmente migliorato, infatti il punteggio della GDS era 3 (non depresso).

Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina come il citalopram sono il trattamento di prima scelta nella depressione dell'anziano per gli effetti collaterali scarsi e la sicurezza in sovradosaggio; inoltre sono efficaci e sicuri in pazienti con storia di coronaropatia. Non esistono attualmente evidenze definitive sul ruolo dei beta-bloccanti nella depressione dell'anziano; alcuni modelli animali mostrano che la riduzione della neurotrasmissione noradrenergica aumenta la depressione comportamentale. In conclusione, questo caso clinico sembra evidenziare che in alcuni pazienti (probabilmente predisposti), specialmente se anziani, beta-bloccanti lipofili come il bisoprololo potrebbero avere un ruolo importante nell'insorgenza di depressione.

GLI EVENTI AVVERSI COME FATTORI PREDITTIVI DELLA “SENSAZIONE DOLOROSA” NEI PAZIENTI ANZIANI

Giuliani Gian Carlo*, **Palazzi Laura****

Casa di Cura/Poliambulatorio “Villa Iris” – Pianezza (To)

UOA di Medicina Lungodegenza

**Spec. Medicina Interna (Responsabile) – **Specialista in Geriatria (Aiuto)*

Accanto al dolore inteso in senso “classico”, nell’anziano è necessario prendere in considerazione quelle situazioni che possono causare una “sensazione dolorosa”, di per sé sufficiente ad aggravare lo stesso dolore presente per patologie organiche. Si tratta di condizioni riconducibili agli “eventi avversi”, dei quali tipici esempi in ambito geriatrico sono la presenza del catetere vescicale, dell’inattività fisica e delle lesioni da decubito. Si tratta in generale, di Fattori non solo Predittivi del dolore, ma anche, e soprattutto, Prognostici per il Paziente stesso.

Abbiamo raccolto 1.000 Pazienti presi a caso tra i quasi 3.000 dei ricoverati nelle Nostre UF nel periodo 1 Gennaio 2004/31 Dicembre 2006 ed in seguito li abbiamo suddivisi in 2 gruppi: “senza dolore” e “con dolore che ha necessitato una terapia antidolorifica continuativa”.

I 2 Gruppi sono stati in seguito confrontati relativamente a: età media, durata ricovero, mortalità, prevalenza per sesso, incidenza di catetere vescicale, lesioni da decubito, n° patologie e patologie neoplastiche, valore dei Globuli Bianchi oltre che al punteggio alle Scale Norton, ADL e SPMSQ.

Il confronto statistico ha evidenziato come i Pazienti con algie trattate farmacologicamente siano risultati significativamente più giovani, con maggior durata di ricovero e maggior mortalità, con maggior incidenza di catetere endovesicale, lesioni da decubito, numero di patologie ed incidenza di neoplasie e minore dotazione di globuli bianchi. Inoltre il deterioramento cognitivo risulta significativamente meno evidente, mentre più compromesso risulta il grado di non autosufficienza e (contenutamente) maggiore il rischio di lesioni da decubito (Norton). Indifferente risulta essere, tra i 2 Gruppi, il sesso dei Pazienti.

Tali risultati sottolineano come, in ambito geriatrico, la nostra attenzione relativamente al sintomo dolore ed al suo trattamento, debba, ancora una volta rivolgersi non solo alla patologia di base ma alla sua comorbilità e, soprattutto, agli aspetti funzionali ed agli eventi avversi presentati dai Pazienti.

	No Dolore	Si Dolore	P di Student
Neoplasia (%)	19,40%	42,20%	5,20E-12
Neoplasia (n°)	152	92	5,20E-12
Mortalità (%)	24,2%	30,7%	0,025
Durata degenza (giorni)	46,73	51,29	0,008
Età (anni)	80,84	77,61	4,62E-06
% maschi	32,6	33	N.S.
N° patologie	4,01	4,5	0,036
Test norton base	13,6	13,72	N.S.
Test spmsq Ingresso	4,46	3,7	7,84E-10
ADL ingresso	9,52	12,14	0,000114
Catetere ingresso (%)	9	8,2	N.S.
Cateterizzazione successiva (%)	7	10,5	0,05
Ldd (%)	15	21,2	0,021
Globuli bianchi (valore medio)	1,84	1,47	0,039

Tabella Riassuntiva Parametri

IL CONSUMO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI NEGLI ANZIANI: UNO STUDIO DI POPOLAZIONE

Gozzoli Maria Paola*, **Scarcella Carmelo^{oo}**, **Indelicato Annamaria^o**, **Lonati Fulvio^o**, **Rozzini Renzo***, **Trabucchi Marco***

**Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, ^{oo} Direttore Generale e ^o Direzione Sanitaria dell'ASL di Brescia.*

INTRODUZIONE

Negli ultimi venti anni numerosi studi hanno rilevato un elevato utilizzo di farmaci antidepressivi nell'anziano, a cui si accompagna un rischio relativamente alto di somministrazioni inappropriate, derivanti in particolare dalla loro prescrizione per indicazioni minori. In Italia negli anni si è assistito ad un notevole incremento nella prescrizione di antidepressivi, imputabile, almeno in parte, al cambiamento nella politica di rimborso di tali farmaci.

METODI

I dati riguardanti il consumo di farmaci antidepressivi provengono dall'archivio informatico delle forniture farmaceutiche territoriali dell'ASL di Brescia. In tale archivio sono reperibili tutte le informazioni riportate sulle ricette del Servizio Sanitario Regionale intestate ad assistiti a cui è corrisposta una "spedizione" da parte di una farmacia. I farmaci sono suddivisi in base al sistema internazionale di classificazione Anatomica Terapeutica e Clinica (ATC).

RISULTATI

Il consumo totale di antidepressivi interessa circa il 4% degli assistiti. Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci antidepressivi più somministrata. La loro prevalenza aumenta con l'età. E' inoltre rilevabile negli anziani un incremento nell'utilizzo di Trazodone e Venlafaxina. Su 1.000 assistiti, nel 2004 i soggetti in terapia con gli SSRI sotto i 64 anni, sono stati 33; 83 tra i 65 e i 74 anni, e 122 oltre i 75 anni; con gli "altri antidepressivi" sotto i 64 anni, 7, tra i 65 e i 74 anni, 23, e infine 48; con gli inibitori selettivi della ricaptazione delle monammine 6 sotto i 64, 15 tra i 65 e i 74 anni e 16 tra quelli oltre i 75 anni.

CONCLUSIONI

La depressione è stata collocata al quarto posto tra i maggiori problemi sanitari dall'OMS. E' noto che un corretto trattamento può migliorare il profilo prognostico globale del paziente. In quest'ottica sono stati analizzati i dati che evidenziano un progressivo incremento del tasso di utilizzo di antidepressivi parallelo all'avanzamento dell'età fino a raggiungere livelli molto elevati negli ultrasessantacinquenni. Molte questioni riguardanti il trattamento della depressione rimangono aperte e meritano un approfondimento partendo dai dati di prescrizione nel "mondo reale" come quelli ottenuti nella ASL bresciana.

SFIDE ETICHE: COSA CONSIDERANO ACCANIMENTO TERAPEUTICO I FAMILIARI DI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO IN UN R.S.A. E AL DOMICILIO. UN'INDAGINE PRELIMINARE

Guarnerio Chiara, Chiambretto Paola

Servizio di Psicologia, Cooperativa Vitaresidence, Guanzate (CO), Legnano (MI), Montorfano (CO)

INTRODUZIONE

I passi avanti compiuti dalla medicina in tutti i suoi settori ci confrontano sempre più spesso con questioni che non sono più solo di tipo clinico, ma che inevitabilmente ci pongono di fronte ad interrogativi etici e morali. Le patologie croniche, quelle degenerative, le condizioni terminali, gli stati vegetativi anche in ambito geriatrico sono solo alcune delle più comuni situazioni cliniche che impongono al sanitario anche una riflessione (e una scelta?) di tipo etico. Gli strumenti che la medicina mette nelle mani dei medici sono tali da portarli a riflettere sulla proporzionalità dell'intervento. Si pone sempre più frequentemente la necessità di calibrare le proprie scelte cliniche tra l'opportuno e l'eccessivo; per fare questo non sempre è sufficiente la competenza tecnica, ma intervengono altri fattori più personali e difficili da standardizzare rispetto al significato stesso della vita e della sua qualità. Al giudizio tecnico-scientifico degli operatori del settore fa da corollario la voce dei familiari. Una voce spesso gravata dal peso dell'assistenza, dalla difficoltà di comprendere un linguaggio anche tecnico che non padroneggiano.

METODI

Il presente lavoro è un'indagine preliminare condotta con familiari di pazienti in stato vegetativo (SV) o a minima responsività, sia ricoverati in strutture di lungodegenza (R.S.A.) sia gestiti al domicilio, rispetto alla conoscenza del concetto di accanimento terapeutico e di quali elementi della quotidianità del paziente, oltrechè degli interventi sanitari, possano configurarsi, a loro parere, come accanimento. Si è indagata inoltre l'opinione dei familiari rispetto alla possibilità di essere parte attiva o passiva nelle scelte mediche che riguardano i loro cari in SV. Al fine dell'indagine è stata dunque somministrata, da personale addestrato, un'intervista semistrutturata della durata di 15-20 minuti circa.

RISULTATI

Dalla ricerca condotta emerge che la maggior parte dei familiari (53,1%) non è in grado di dare una definizione corretta del concetto di accanimento terapeutico confondendolo con l'eutanasia attiva o passiva. Una volta, però fornito il significato del concetto, sopraggiunge nelle opinioni dei familiari una contraddizione: su un piano teorico infatti, nessuno desidera l'accanimento per il proprio congiunto (e per se stesso), ma quando si passa ad un piano di concretezza tutti i familiari sembrano compatti nel ritenere che qualsiasi intervento sul paziente (compresa la defibrillazione) sia doveroso e non eccessivo. E' da segnalare una differenza di opinioni fra familiari di pazienti residenziali e familiari di pazienti domiciliari: il 67% di questi ultimi, infatti, ritiene che l'uso del respiratore in caso di necessità costituisca una forma di accanimento terapeutico. Infine, per il 59,4% dell'intero campione, la famiglia si deve porre come parte attiva e responsabile delle scelte mediche.

CONCLUSIONI

Attualmente non esistono linee guida specifiche per la gestione etica dei pazienti in SV, ma sono maturi i tempi per una riflessione che abbia anche ricadute sulle scelte da operare. A tutto ciò si aggiunge un elemento, non meno rilevante, che è rappresentato dai familiari del paziente. La loro condizione psico-emotiva spesso rende difficile agli operatori portarli aD una decisione condivisa rispetto alle scelte mediche da operare.

STATO PSICO-AFFETTIVO, TERAPIA ANTIDEPRESSIVA E RISCHIO DI DECLINO COGNITIVO-FUNZIONALE IN ANZIANI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Gullo Massimiliano, Mossello Enrico, Boncinelli Marta, Cavallini Maria Chiara, Sarcone Eva, Peruzzi Anna, Torpilliesi Tiziana, Simoni David, Marchionni Niccolò, Masotti Giulio
Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.

SCOPO DELLO STUDIO

Nei soggetti con Mild Cognitive Impairment (MCI) sono spesso presenti sintomi psicologici e comportamentali, in particolare disturbi affettivi, ma il loro significato prognostico è tuttora incerto. Lo scopo del presente studio è quello di indagare il significato di tali sintomi e del trattamento con farmaci antidepressivi sulla prognosi cognitivo-funzionale in un campione di anziani con MCI.

SOGGETTI E METODI

In quest'analisi longitudinale sono stati inclusi soggetti afferiti alla nostra Unità Valutativa Alzheimer, nei quali è stata posta diagnosi di MCI (secondo i criteri di Winblad et al., 2004) sulla base di una valutazione neuropsicologica estesa. La valutazione iniziale (T0) comprendeva Mini Mental State Examination (MMSE), scale di attività di base e strumentali della vita quotidiana (BADL, IADL), Geriatric Depression Scale (GDS), Neuropsychiatric Inventory (NPI). Dopo 9 mesi (T1) è stata ripetuta l'esecuzione di MMSE, BADL, IADL, GDS.

RISULTATI

Sono stati inclusi nell'analisi 50 soggetti (50% femmine), con un'età media 76 ± 1 anni ed un punteggio medio al MMSE 25.9 ± 0.3 . Dopo 9 mesi 10 soggetti hanno sviluppato una demenza; in nessuno si sono verificati eventi vascolari maggiori. Nell'intero campione si è osservato, dopo 9 mesi, un declino del punteggio medio IADL, mentre non è stata osservata una variazione significativa del MMSE. Nelle successive analisi la modificazione nel punteggio IADL da T0 a T1 [IADL(T1-T0)] è stata usata come indice di declino cognitivo-funzionale. Si è osservata un'associazione statisticamente significativa tra il punteggio della NPI basale e IADL(T1-T0) ($R = -0.327$, $p = 0.02$). Tra le singole voci della NPI, IADL(T1-T0) è risultato associato ad una maggiore gravità di agitazione, ansia ed irritabilità. La presenza di sintomi depressivi alla GDS non è associata a IADL(T1-T0). La terapia antidepressiva è risultata associata ad un minor declino delle IADL nei soggetti di sesso femminile e, inaspettatamente, ad un maggior declino delle IADL nei maschi. In un'analisi aggiustata per età, sesso, scolarità, MMSE, punteggio IADL e GDS alla base, il punteggio NPI ($F = 4.6$, $p = 0.037$) e l'interazione tra sesso e trattamento antidepressivo ($F = 6.6$, $p = 0.014$) sono risultati indipendentemente associati a IADL(T1-T0). Nell'analisi multivariata, tale associazione risulta ancora più forte sostituendo al punteggio totale NPI il sottotale relativo all'entità di agitazione, ansia ed irritabilità ($F = 17.4$, $p < 0.001$).

CONCLUSIONI

In questo gruppo di anziani con MCI, l'entità del declino cognitivo-funzionale a 9 mesi è indipendentemente associata alla gravità basale dei sintomi psicologici e comportamentali, in particolare di agitazione, ansia ed irritabilità. Il trattamento antidepressivo è risultato indipendentemente associato ad un minor declino cognitivo-funzionale nelle donne e ad un maggior declino negli uomini.

VALUTAZIONE DELLO STRESS IN UN GRUPPO DI FAMILIARI DI PAZIENTI DEMENTI

Janiri Giovanna¹, Po Stefania¹, Malorgio Chiara¹, Rigatelli Marco

¹ Unità Operativa di Psichiatria, Policlinico di Modena e Modena Est, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

La demenza è spesso peggiorata dal senso di solitudine, isolamento e stress psicologico cui sono esposti sia l'anziano che le persone che se ne prendono cura. La demenza non è guaribile, ma può essere affrontata, e per farlo si ha bisogno di un aiuto per conoscere, per capire. E' fondamentale, quindi, che ci sia una solida rete di supporto per i familiari dei malati, atta a rispondere ai loro diversi bisogni, che non si limiti a fornire risposte temporanee, ma che offra loro un ventaglio di possibilità di aiuto a cui potranno attingere durante tutto il percorso della malattia. I problemi posti da un paziente affetto da demenza, come le alterazioni del contenuto del pensiero e del comportamento, possono essere difficili da gestire; se adeguatamente preparati i caregiver si adattano ai comportamenti del malato e possono imparare a personalizzare l'ambiente in cui egli vive, in modo da rendere l'assistenza meno complessa e stressante.

Il presente lavoro si prefigge gli obiettivi di valutare il livello di stress attraverso un questionario psicometrico specifico (CBI) e di indagare le abilità di coping nei caregiver stessi. Il CBI (caregiver burden inventory) è uno strumento di valutazione multidimensionale del carico assistenziale, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da demenze. E' uno strumento self-report, compilato dal caregiver principale, ossia il familiare o l'operatore che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato. E' uno strumento di rapida compilazione e di semplice comprensione; suddivisa in 5 sezioni, consente di valutare fattori diversi dello stress: carico oggettivo, psicologico, fisico, sociale, emotivo.

La CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden nel caregiver, per confrontare diversi soggetti e per osservarne le variazioni nel tempo.

I caregiver con lo stesso punteggio totale possono presentare diversi modelli di burden. Questi diversi profili sono fondamentali nell'individuare i diversi bisogni, sociali e psicologici, e rappresentano i differenti obiettivi e i diversi metodi di intervento.

Sono stati raccolti, in circa 8 mesi, i dati da 13 pazienti dementi afferenti all'Ambulatorio Divisionale Psichiatrico del Policlinico di Modena. L'età media è risultata 82 anni, il 54 % dei pazienti è risultato di sesso femminile contro il 46 % di sesso maschile. Dalla CBI è emerso che le aree maggiormente deficitarie sono risultate quelle inerenti al carico oggettivo, psicologico, fisico; in un numero ridotto di casi è emerso un punteggio elevato nell'area del carico emotivo.

BIBLIOGRAFIA

- Novak M & Guest C: Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist, 29, 798-803, 1989

VALUTAZIONE PSICOGERIATRICA DELLA DEPRESSIONE IN UNA POPOLAZIONE DI OLDEST-OLD MEDIANTE LA GERIATRIC DEPRESSION SCALE A 5 ITEMS

¹Loré Elisa Anna, ¹De Rosa Umberto, ³Iavarone Alessandro, ³Vaia Sebastiano, ³Mosca Raffaella, ²Milan Graziella, ¹Vargas Giuseppe, ²Sorrentino Paolo, ¹De Falco Caterina, ¹de L. Macia Bustamante AnaMaria, ¹de' Santis Angela, ¹Imparato Andrew, ²Schiattarella Vincenzo, ¹Gallotta Giovanni, ¹Postiglione Alfredo

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università degli Studi di Napoli “Federico II”.
²Centro Geriatrico Sovradistrettuale “Frullone” – Struttura Complessa di Geriatria ASL Na 1. ³Ospedale CTO – UOC di Neurologia e Unità Stroke ASL Napoli 1.

INTRODUZIONE

Studi clinici ed epidemiologici indicano che la depressione è frequente nella popolazione anziana, sebbene la sua diagnosi presenti varie difficoltà. La particolare presentazione della sintomatologia depressiva, con la possibile concomitanza di patologie neurologiche e internistiche può contribuire a mascherare, o mimare sintomi affettivi. Per migliorare la diagnosi di una possibile depressione abbiamo valutato su soggetti anziani la Geriatric Depression Scale a 5 items (GDS-5), la cui validità è stata recentemente confermata da Rinaldi P. et al. (2006). Scopo del presente studio è stato quello di valutare la presenza di sintomi depressivi in una popolazione italiana di “oldest old” mediante la GDS-5.

METODI

Sono stati reclutati 50 anziani ultraottantenni (40 donne e 10 uomini) con età media 89.16 anni e scolarità media di 4.26 anni e sono stati valutati con le seguenti scale neuropsicologiche: MMSE, Test di Fluidità Verbale Fonologica; Test di Corsi; Span Verbale; Test di fluidità verbale per categorie; Test del racconto; 15 Parole di Rey, FAB. L'assessment funzionale è stato effettuato mediante ADL e IADL. La presenza di depressione è stata studiata con la GDS-5 (diagnosi con punteggio >2).

RISULTATI

Secondo i criteri clinici del DSM IV-TR, 22 anziani (4 uomini e 18 donne) sono risultati affetti da demenza. Il punteggio MMSE medio dei soggetti dementi è risultato di 11.15 (SD=2.92), mentre quello dei 28 non dementi era di 23.12 (SD=4.67). La differenza risultava significativa (Mann-Whitney U=628.5, p<.0001). La tabella riporta medie e deviazioni standard dei punteggi alla GDS-5 per la popolazione generale e per i due sottogruppi. I punteggi medi alla GDS-5 risultavano comparabili nei due gruppi con una sostanziale sovrapposibilità dei punteggi (U=233.5, p ns). 10 pazienti dementi (45.4%) sono risultati affetti da depressione, dove solo 11 soggetti normali risultavano depressi (39.3%). La differenza non risultava significativa (Chi-quadro=.34, p ns). Il punteggio GDS-5 non risultava correlato a quello dei tests quali MMSE, FAB, ADL e IADL (Spearman Rank test). L'analisi della regressione multipla non evidenziava nessun effetto significativo delle variabili demografiche (sesso, età e scolarità) sui punteggi della GDS-5 (F<1).

GDS a 5 items (non-dementi versus dementi)	MEDIA	DEV.STD.
TOTALE	2,178	1,230
NON-DEMENTI	2,071	1,184
DEMENTI	2,353	1,320

CONCLUSIONI

La depressione è di frequente riscontro nei pazienti anziani, anche negli “oldest old”; in questi ultimi la depressione sembra essere maggiormente presente che negli “younger old”.

La depressione nei “grandi anziani” sembra inoltre colpire indifferentemente gli uomini e le donne.

I dati dello studio inoltre non mettono in luce correlazioni significative con lo stato funzionale.

I sintomi depressivi risultano similmente rappresentati nei soggetti dementi e non dementi. Tale dato, unitamente alla assenza di correlazioni con gli indici neuropsicologici, sta verosimilmente ad indicare che la sintomatologia depressiva del grande anziano è sostanzialmente assimilabile a quella della depressione “funzionale” dell’adulto, anche se percentualmente essa si manifesta in maniera più rilevante. Tuttavia, pur non raggiungendo percentuali significative, i sintomi depressivi sono risultati lievemente più frequenti nei soggetti dementi rispetto a quelli non dementi.

FRONTAL BEHAVIORAL INVENTORY: UN QUESTIONARIO COMPORIMENTALE

¹Loré Elisa Anna, ²Milan Graziella, ³Iavarone Alessandro, ⁴Lamenza Francesco, ⁴Mazzei Valentino, ⁴Zannino Giuseppina, ¹Vargas Giuseppe, ³Giustezza Francesca, ²Sorrentino Paolo, ¹De Falco Caterina, ¹de L. Macia Bustamante AnaMaria, ¹de' Santis Angela, ¹De Rosa Umberto, ¹Imparato Andrew, ²Schiattarella Vincenzo, ¹Gallotta Giovanni, ¹Postiglione Alfredo

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

²Centro Geriatrico Sovradistrettuale “Frullone” – Struttura Complessa di Geriatria ASL Na 1. ³Ospedale CTO – UOC di Neurologia e Unità Stroke ASL Napoli 1. ⁴Struttura Complessa di Geriatria e Riabilitazione Geriatrica – ASL 3 Rossano (CS).

INTRODUZIONE

Verificare le proprietà psicometriche e discriminanti del Frontal Behavioral Inventory (FBI) [Kertesz et. al., 1997] su pazienti italiani affetti da differenti forme di demenza.

METODI

Il FBI è un questionario somministrato al caregiver, in assenza del paziente: è costituito da 24 “items”, ciascuno dei quali rileva la presenza o meno di un disturbo comportamentale tipico del paziente con demenza di tipo frontale. Ad ogni item è attribuita una scala quantitativa a 4 livelli con lo scopo di verificare cambiamenti nella condotta comportamentale e nella personalità del paziente e di valutare quanto il disturbo del comportamento preso in esame sia ricorrente.

Il FBI, insieme alle ADL (Activity of Daily Living; Katz. et al., 1970), IADL (Instrumental Activity of Daily Living; Lawton M.P. & Brody E.M. 1969), CBI (Caregiver Burden Inventory; Marvardi M. et al. 2005), NPI (Neuropsychiatric Inventory; Cumming J.L. et al., 1994), NPI-D (Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress; Kaufer DI, Cummings JL, et al., 1998), MMSE (Mini Mental State Examination; Folstein et al.1975), FAB (Frontal Assessment Battery; Iavarone et al.2004), è stato somministrato ai caregivers di 35 pazienti affetti da demenza frontotemporale variante frontale (fv-FTD), di 22 affetti da malattia di Alzheimer (AD) e di 15 con demenza vascolare (VaD). Tutti i pazienti dementi erano comparabili per grado di severità della malattia e per il livello di impoverimento esecutivo. Come indice generale di gravità della demenza è stato considerato il punteggio CDR (Clinical Dementia Rating Scale; Hughes C.P.et al., 1982).

RISULTATI

Il FBI ha mostrato una buona validità, una buona consistenza interna, ed una buona inter-rater e test-retest reliability con una forte validità discriminante. I punteggi del FBI nel gruppo fvFTD sono risultati omogenei con elevata correlazione con la compromissione del comportamento (NPI), delle funzioni esecutive (FAB) e del carico del caregiver (CBI). Il FBI può sicuramente essere usato nella pratica clinica per la diagnosi di demenza frontale senza correzione per le variabili demografiche. Utilizzando un punteggio cut-off = 23, è stato possibile confermare la diagnosi ed individuare 34/35 pazienti con FTD, mentre è stato possibile individuare solo 1/22 pazienti con AD e 1/5 con VaD.

CONCLUSIONI

Il FBI è un questionario comportamentale utile a diagnosticare la fvFTD, a differenziarla da altre demenze, anche quando altri tests cognitivi non raggiungono tale scopo.

MARCATORI TIPICI DELLA VARIANTE FRONTALE, VERSIONE DISINIBITA DELLA DEMENZA FRONTALE IN FASE DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE: CASO CLINICO

¹Loré Elisa Anna, ²Milan Graziella, ³Iavarone Alessandro, ¹Vargas Giuseppe, ²Sorrentino Paolo, ¹De Falco Caterina, ¹de' Santis Angela, ¹de L. Macia Bustamante AnaMaria, ¹Imparato Andrew, ²Schiattarella Vincenzo, ¹De Rosa Umberto, ¹Gallotta Giovanni, ¹Postiglione Alfredo

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

²Centro Geriatrico Sovradistrettuale “Frullone” – Struttura Complessa di Geriatria ASL Na 1.

³Ospedale CTO – UOC di Neurologia e Unità Stroke ASL Napoli 1

INTRODUZIONE

La demenza frontotemporale (FTD) è caratterizzata da esordio precoce di disturbi psico-comportamentali, seguiti da compromissione cognitiva. Tali disturbi psico-comportamentali descritti in letteratura non sono sempre facilmente rilevabili anche per la mancanza di strumenti sensibili alla loro individuazione.

MATERIALI E METODI

La paziente A.M., 73 anni e 13 anni di scolarità, afferisce al nostro centro UVA, a causa di deficit cognitivi. La valutazione neuropsicologica evidenzia la presenza di declino cognitivo globale, deficit di memoria sia a breve che a lungo termine, deficit delle funzioni esecutive, deficit in memoria di prosa, deficit delle capacità logico-deduttive, della fluenza verbale e della resistenza a materiale interferente. Risultano conservati l'orientamento spaziale e le abilità prassiche. La valutazione funzionale (ADL, IADL) rileva compromissione sia delle attività basiche che strumentali del vivere quotidiano. All'osservazione sono presenti tendenza alla disinibizione e alla perseverazione, alla disattenzione personale e all'iperoralità, manierismi, stereotipie, tendenza all'ecolalia, rigidità mentale e comportamento di prensione. E' stata posta diagnosi di FTD, variante frontale, “versione disinibita”, confermata da esami di neuroimaging.

RISULTATI

Con questo contributo si intende evidenziare la presenza di potenziali marcatori tipici, fra i criteri diagnostici di inclusione trattati in letteratura per la demenza frontotemporale: manierismi: atteggiamento espressivo innaturale ed eccessivo; stereotipie verbali e motorie: successione fissa e ripetuta di comportamenti spesso afinalistici; ecolalie: ripetizione insensata di parole in ambito di frasi pronunciate o udite; rigidità mentale: difficoltà a passare da un argomento all'altro e a cambiare prospettiva di pensiero nell'ambito della scelta di strategie per la risoluzione di problematiche; comportamento di prensione e di dipendenza dall'ambiente: difficoltà ad inibire comportamenti elicitati dall'ambiente circostante; disinibizione: perdita dell'adeguatezza sociale rispetto al contesto; perseverazione: ripetizione di comportamenti, frasi e pensieri innescati e difficoltà nell'inibirli; comportamento imitativo; tendenza alla fuga e vagabondaggio; iperoralità.

Queste caratteristiche comportamentali esulano da quella che è l'indagine condotta con i tests neuropsicologici e le scale valutazione (NPI Neuropsychiatric Inventory) ma vanno sottolineate in fase di colloquio clinico. Il caso descritto è particolarmente descrittivo, in quanto abbiamo potuto osservare tutti questi aspetti comportamentali. Tuttavia nella maggior parte dei casi sono spesso frammisti fra loro, a volte sporadici e sfumati e richiedono una più attenta osservazione da parte dell'esaminatore.

CONCLUSIONI

Attualmente la valutazione del paziente con deficit cognitivi dispone di innumerevoli protocolli neuropsicologici tarati e standardizzati. Tuttavia, gli aspetti comportamentali sono arbitrariamente interpretabili e laddove possono essere inquadrati come disturbi comportamentali correlati alla demenza frontale, possono essere, d'altro canto, individuati anche come aspetti caratteriali del paziente o come disturbi psichiatrici o in altro modo identificati.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE: CONFRONTO ADI-RSA

Mattanza Chiara, Podavitte Fausta*, Rozzini Renzo, Trabucchi Marco

*Fondazione Poliambulanza, Brescia, Gruppo di Ricerca Geriatrica, *Direttore Sociale ASL di Brescia*

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la ASL (Azienda Sanitaria Locale) di Brescia ha concentrato i propri sforzi organizzativi nell'attuazione di un piano di assistenza territoriale per gli anziani non autosufficienti. Il progetto nasce dalla necessità di rispondere in modo sempre più appropriato alle richieste di cura al domicilio da parte delle persone anziane. L'obiettivo è di individuare un sistema che sia in grado di garantire qualità e continuità nell'assistenza alla persona anziana fragile al domicilio. L'assistenza territoriale organizzata in modo efficiente potrebbe rappresentare la risposta ai bisogni di cura del malato e nel contempo garantire un minor costo sanitario-assistenziale (rispetto alla spesa in RSA -Residenza Sanitaria Assistenziale-), in un sistema caratterizzato dalla limitatezza delle risorse.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Paragonare le due realtà assistenziali (RSA e ADI), definendo l'appropriatezza dei servizi domiciliari e residenziali.

MATERIALI E METODI

Tutti i pazienti assistiti al domicilio nell'anno 2006 sono stati sottoposti al momento della prima visita ad una valutazione multidimensionale attraverso alcuni item della scheda SOSIA^{1,2} (schede di osservazione intermedia di assistenza) riguardanti: comorbidità; autosufficienza (deambulazione, alimentazione, igiene personale); disturbi comportamentali (confusione, irritabilità, irrequietezza). I dati sono stati confrontati con quelli relativi ai pazienti ricoverati in RSA nel corso dello stesso anno e rilevati attraverso le schede SOSIA.

RISULTATI

Nel corso dello studio sono stati assistiti al proprio domicilio 11.767 pazienti (4.141 maschi, 7.626 femmine), mentre i malati valutati in RSA nel 2006 sono 8.243 (1.896 maschi, 6.347 femmine). I pazienti seguiti dall'ADI presentano un grado di comorbidità sovrapponibile a quello dei ricoverati in RSA. Infatti, si evince che la percentuale dei malati di grado moderato (affetti da 2 a 7 patologie croniche rilevate attraverso le scale CIRS³) sul totale degli assistiti seguiti al domicilio non si discosta in modo significativo da quella dei pazienti con le stesse caratteristiche, ma residenti in RSA (77% versus 74%). Solo i pazienti con maggiore comorbidità (numero di patologie croniche superiore a 8) vengono più frequentemente assistiti in RSA (23% versus 13%). I dati relativi all'autosufficienza hanno dimostrato come la dipendenza completa nelle principali BADL (Basic Activities of Daily Living) non sia un fattore discriminante per la gestione domiciliare del paziente anziano fragile. Infatti, confrontando le percentuali, i degeniti in RSA completamente compromessi nella deambulazione, nell'alimentazione e nell'igiene personale, rappresentano rispettivamente il 46%, il 22% e il 60% versus il 43%, il 29% e il 53% dei pazienti assistiti a casa. Nei pazienti cognitivamente compromessi, i disturbi del comportamento (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) di grado moderato-severo si rilevano in una percentuale elevata nei residenti in RSA: 44% confusione, 33% irritabilità, 26% irrequietezza. Al domicilio i BPSD di grado moderato-severo sono comunque presenti, anche se in percentuali inferiori: 22% confusione, 9% irritabilità, 10% irrequietezza.

CONCLUSIONI:

I dati sembrano indicare che, nella provincia di Brescia, i servizi offerti dai centri residenziali e domiciliari riescano a far fronte ai bisogni sempre crescenti dei cittadini anziani, anche se i valori sono ancora inferiori a quelli di altri Paesi europei^{4,5,6}. I risultati relativi all'autosufficienza ed alla comorbilità mostrano solo lievi differenze a livello assistenziale tra l'ADI e l'RSA, ponendoci quindi di fronte all'interrogativo sulle reali capacità da parte dei due servizi di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei cittadini anziani. Le due popolazioni risultano diverse in modo significativo solo per la gravità dei disturbi del comportamento: i malati seguiti al domicilio presentano in media BPSD di grado lieve, mentre in RSA prevalgono BPSD severi. In conclusione, i dati sopracitati rappresentano un punto di partenza per analisi più dettagliate, collegate anche alla rilevazione di outcome, riguardanti l'allocazione degli anziani fragili nella rete dei servizi.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (S.O.S.I.A.). "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle residenze sanitarie assistenziali per anziani (r.s.a.). Delibera della Giunta Regionale n. 12618 del 7/4/2003.
- 2- Dotti C, Casale G, Zacchi V, et al. SOSIA classification of the frail elderly in nursing homes of region of Lombardy. *Ann Ig.* 2006;18(5):439-51.
- 3- Parmalee P. A. et al. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:130.
- 4- Marini MG, Porrini AL. Linee di indirizzo di alcuni paesi europei sull'assistenza domiciliare e ospedaliera integrata. *Prospettive Mediche*, Aprile 2004.
- 5- Coleman BJ. European models of long-term care in the home and community. *Int J Health Serv.* 1995;25(3):455-74.
- 6- Stuart M, Hansen EB. Danish home care policy and the family: implications for the United States. *Aging Soc Policy.* 2006;18(3-4):27-42.

FOLIE À DEUX. UN CASO CLINICO

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

Fondazione “Ospedale e Casa di Riposo – Nobile Paolo Richiedei” Gussago (BS)

La *Folie à Deux* o Disturbo Psicotico Condiviso può manifestarsi in diverse situazioni al di là dei confini del sistema corrente di classificazioni. È una sindrome clinica caratterizzata da sintomi psicotici, principalmente deliri condivisi da due o più persone che hanno una relazione vicina e intima. Nella maggioranza dei casi riportati in letteratura, i soggetti coinvolti sono membri della stessa famiglia e si presenta generalmente una relazione *dominante-sottomesso*. Fu descritta per la prima volta da Lasegue e Falret nel 1873 e da allora la letteratura psichiatrica si è sempre concentrata sulla qualità della relazione dei due individui affetti, il primario (il paziente psicotico “vero”) e il suo indotto.

D. S. femmina, E.E. maschio, rispettivamente di 72 e 75 anni, sposati da 45 anni, pensionati con 5 anni di scolarità, da sempre vivono un'esistenza appartata con poche relazioni sociali e nessuna amicizia.

Il figlio osservando comportamenti bizzarri e inspiegabili dei genitori, li costringe a sottoporsi ad una valutazione ambulatoriale geriatrica. I coniugi condividono una serie di deliri di persecuzione (i vicini che li osservano dalle finestre, costringendoli a barricarsi in casa con imposte chiuse, come ‘*veri e propri reclusi*’) e E.E. il marito, nonostante una deambulazione difficoltosa e a rischio di cadute (*Tinetti 16/28*), da circa sei mesi è *caregiver* della moglie che esegue solamente spostamenti letto-poltrona, costringendolo ad un'incessante assistenza. La paziente *figura dominante* veniva aiutata a spostarsi dal letto alla poltrona, ove rimaneva per tutta la giornata e qui il *caregiver* ‘*sottomesso*’ le serviva i pasti, eseguiva le cure igieniche e quotidianamente praticava un clisma evacuativo ad orario prestabilito, in quanto il ‘*dominante*’ riferiva malessere generalizzato se non evacuava prima delle ore 9.

All'ingresso viene raccolta anamnesi patologica remota. Il marito, nonostante la lucidità della moglie, chiede espressamente e insistentemente di essere presente. Alla valutazione fisiochinesiterapica della moglie non vengono rilevati problemi motori (*Tinetti 22/28*) tali da pregiudicare l'autonomia basale.

Durante il ricovero, sebbene ubicati in stanze diverse, il ‘*sottomesso*’ cerca la figura ‘*dominante*’ per aiutarla in tutte le operazioni igieniche, alimentari e all'insaputa del personale esegue quotidianamente clisteri evacuativi portati da casa. Il ‘*caso primario*’, quando non osservata, si alza autonomamente svolge le attività di base e si reca repentinamente a letto quando sopraggiunge il personale assistenziale. Alla richiesta di svolgere trattamento fisiochinesiterapico la signora si rifiuta categoricamente supportata dal coniuge il quale sottolinea l'estrema fragilità della moglie. Alla luce del sospetto clinico “*Folie à Deux*” si convoca a colloquio il figlio che condivide pienamente la diagnosi supportando con nuovi elementi il caso. Il padre era stato costretto ad abbandonare il lavoro che svolgeva per tre ore mattutine presso l'impresa del figlio per occuparsi della moglie (che si riteneva totalmente incapace di svolgere qualsiasi attività), e, non idealmente supportato dal figlio e dalla nuora, aveva troncato qualsiasi rapporto. Si è proposta come indicazione terapeutica principale la separazione dei malati (condivisa pienamente dal figlio), ma categoricamente respinta dai coniugi che tutt'ora a 6 mesi di distanza, perpetuano il loro ‘*delirio condiviso*’.

ABITUDINE AL FUMO E SALUTE MENTALE NELL' ANZIANO. RISULTATI DAL "FAENZA COMMUNITY AGING STUDY"

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

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

² Unità operativa di Geriatria, Ausl di Faenza (Ravenna)

SCOPO

Lo scopo del nostro studio è esplorare l'associazione tra fumo e sintomi ansioso/depressivi in 7389 italiani ultrasessantenni non dementi (71.9±7.7 anni; 59.7% donne) appartenenti al "Faenza Community Aging Study" [De Ronchi et al., 2005].

MATERIALI E METODI

I soggetti sono stati intervistati riguardo la presenza di sintomi depressivi e/o ansiosi durante l'arco della vita e all'abitudine al fumo. La popolazione è stata suddivisa in base a terzili di età sesso specifici.

Considerando età, sesso, scolarità, stato civile, punteggio al Mini Mental State Examination, malattie cardio-vascolari e stato socio-economico come possibili fattori confondenti, mediante Regressione Logistica, sono stati stimati gli Odds Ratio aggiustati ed i rispettivi Intervalli di Confidenza al 95% (aOR;95%CI) relativi all'associazione tra tabagismo e sintomi d'ansia o depressione, dove il non aver mai fumato è stato utilizzato come categoria di riferimento..

RISULTATI

La prevalenza dei sintomi depressivi era 12.2% nelle donne e 5.2% negli uomini (p<0.001); quella dei sintomi d'ansia era rispettivamente 14.7% e 5.8% (p<0.001).

La condizione di fumatore rispetto al sesso e alla salute mentale viene riportata in tabella:

	Uomini	Donne	Sintomi depressivi	Sintomi ansiosi	Sintomi ansiosi e depressivi
Fumo	n (%)*	n (%)*	n (%)§	n (%)§	n (%)§
Mai fumato	957 (32.2)	3566 (81.2)	367 (11.4)	434 (13.4)	145 (3.2)
Fumatore	596 (20.1)	442 (10.1)	300 (7.8)	348 (9.0)	26 (2.5)
Fuma, ha ridotto	82 (2.8)	29 (0.7)	2 (3.6)	6 (10.9)	4 (3.6)
Ex-fumatore	1337 (45.0)	352 (8.0)	18 (11.4)	25 (15.8)	41 (2.4)

* percentuale per colonna; § percentuale per riga

L'ansia era associata in maniera significativa con l'essere fumatore attuale solo nelle donne (aOR;95%CI = 1.39;1.05-1.84).

Tra gli uomini il ridurre il numero di sigarette fumate si associa positivamente a depressione (aOR;95%CI = 1.67;0.73-3.85) e ad ansia (aOR;95%CI = 1.85;0.80-4.27) ma il risultato non raggiunge la significatività statistica.

Le donne che avevano smesso di fumare avevano maggiore frequenza di sintomi depressivi (aOR;95%CI = 1.51;1.11-2.06) e di sintomi ansioso/depressivi (aOR;95%CI = 1.89;1.19-3.00); in particolare tra le donne più giovani (I terzile: 61-67 anni) l'associazione era più forte: rispettivamente (aOR;95%CI = 1.81;1.12-2.92) e (aOR;95%CI = 3.05;1.55-6.00). Al contrario, per gli uomini smettere di fumare si associa negativamente con la depressione, ma questo risultato non è statisticamente significativo (aOR;95%CI = 0.69;0.46-1.02).

CONCLUSIONI

I risultati del nostro studio trasversale relativo all'associazione tra abitudine al fumo e sintomi depressivi e ansiosi possono suggerire di considerare nella pratica clinica eventuali interventi terapeutici negli anziani che intraprendono una disassuefazione dal fumo. Inoltre, tentativi terapeutici volti al controllo dei sintomi ansioso-depressivi potrebbe migliorare la compliance nei tentativi di riduzione/astensione dal fumo anche nella terza età.

SOTTOTIPI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT NELLA POPOLAZIONE ANZIANA DEL “FAENZA COMMUNITY AGING STUDY”. DATI PRELIMINARI

Morini Valentina¹, Claudia¹, Atti Anna Rita¹, 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 esplorare la prevalenza di sottotipi di Mild Cognitive Impairment (MCI) nella popolazione anziana di Faenza [De Ronchi D, 2005].

MATERIALI E METODI

Tutti i soggetti che hanno accettato di partecipare allo studio (N=7930; età media 72.6 anni, range 61-107 anni; 60.3% donne) sono stati sottoposti ad un'intervista semi-strutturata, ad una valutazione clinica ed a test cognitivi. Per formulare la diagnosi di Mild Cognitive Impairment doveva essere presente un disturbo cognitivo non in grado di soddisfare i criteri diagnostici per demenza (DSM-III-R); il funzionamento cognitivo globale doveva risultare nella norma, come documentato da punteggio al Mini-Mental State Examination (MMSE) superiore o uguale a 24; infine il soggetto doveva essere autosufficiente nelle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living Scale). Dalla somma dei punteggi ottenuti nei rispettivi items del MMSE, si è potuta valutare la performance dei soggetti in cinque domini cognitivi: orientamento spazio-temporale, memoria, attenzione e calcolo, linguaggio, prassia visuo-costruttiva. Sono stati quindi definiti alcuni sottotipi di MCI: *MCI amnestic* (deficit mnesico isolato); *MCI single non-memory* (deficit in un solo dominio cognitivo, esclusa la memoria); *MCI multidomains non-amnestic* (deficit in due o più domini cognitivi, esclusa la memoria); *MCI multidomains amnestic* (deficit in due o più domini cognitivi, di cui uno è la memoria) [Winblad B, 2004]. La presenza di MCI è stata definita per punteggi inferiori a 1.5 deviazioni standard (DS) rispetto alla media dei punteggi ottenuti da soggetti di pari età e scolarità nei diversi domini cognitivi [Petersen R, 1999].

RISULTATI

In tabella è descritta la distribuzione dei diversi sottotipi di MCI in differenti gruppi di età, sesso e scolarità.

	MCI amnestic non-memory	MCI single non-amnestic	MCI multidomains amnestic	MCI multidomains
N. soggetti	572 (8.5%)	1785 (26.5%)	363 (5.4%)	299 (4.4%)
61-69 anni	32.0%*	39.0%*	31.7%*	27.8%*
70-79 anni	52.8%*	36.2%*	46.6%*	52.8%*
80+ anni	15.2%*	24.8%*	21.8%*	19.4%*
Uomini	51.9%*	38.1%°	38.6%	50.8%°
Donne	48.1%*	61.9%°	61.4%	49.2%°
Scolarità < 5 anni	52.4%*	53.2%*	67.2%*	62.2%*
Scolarità ≥5 anni	47.6%*	46.8%*	32.8%*	37.8%*

* p<0.001, ° p<0.05

CONCLUSIONI

Confermando le figure di prevalenza relative a Cognitive Impairment No Dementia e Demenza calcolate nella medesima popolazione [De Ronchi D, 2005], la prevalenza di MCI è maggiore tra i 70 e i 79 anni; il MCI amnestic prevale negli uomini e il MCI single non-memory nelle donne; l'effetto della scolarità è più evidente nei sottotipi di MCI multidomains. Ulteriori analisi sono necessarie per comprendere la complessa relazione tra variabili socio-demografiche e domini cognitivi.

EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI ASSISTENZA TELEFONICA MENSILE PER FAMILIARI DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Natale Giorgia, D'Angelo Maria Grazia, Zigoura Ekaterini, Castaldi Angelo Giuliano, Odetti Patrizio.
U.O. Geriatria. Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche. Università degli Studi di Genova.

INTRODUZIONE

La demenza è una patologia caratterizzata da perdita acquisita e progressivamente ingravescente di più funzioni cognitive in grado di provocare una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Tale patologia comporta per il familiare un pesante carico assistenziale ed emotivo e conseguentemente un elevato livello di stress.

L'Unità Valutativa Alzheimer è divenuta il punto di riferimento per l'anziano con deficit cognitivi, tuttavia, la presa in carico di tali pazienti non può prescindere, (come auspicato dalla linee guida internazionali sul trattamento delle demenze), da interventi specifici rivolti ad aiutare ed a supportare le famiglie ed i caregiver.

Da queste premesse nasce il programma di assistenza telefonica (PAT) mensile avviato presso l'UVA dell'U.O. Geriatria del Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche dell'Università di Genova.

SCOPO

Valutare se un programma di assistenza telefonica mensile possa ridurre lo stress emotivo ed assistenziale del caregiver. Ci si propone inoltre di indagare quali siano i bisogni maggiormente espressi dai caregiver nel corso delle telefonate.

DISEGNO E METODO

Sono stati arruolati 40 caregiver di pazienti affetti da demenza di Alzheimer secondo i criteri DSM IV TR. Il programma di assistenza telefonica prevede 1 telefonata mensile effettuata dal medico geriatra e da uno psicologo fornendo: il primo consulenza sulla gestione della terapia farmacologica e dei disturbi comportamentali, il secondo supporto psicologico.

L'innovazione consiste nel disporre di contatti telefonici sistematici che valutino la condizione dell'assistito attraverso il colloquio periodico con il caregiver.

Al momento dell'arruolamento ed al follow up effettuato a sei mesi di distanza è prevista la somministrazione del Caregiver Burden Inventory (CBI) e del Neuropsychiatric Inventory (NPI) al caregiver e del Mini Mental State Examination (MMSE) al paziente.

RISULTATI

Attualmente hanno concluso il follow up 12 pazienti con i loro caregiver. Dopo i sei mesi di sperimentazione PAT il punteggio MMSE si è ridotto in modo significativo da $14,75 \pm 1,33$ a $11,2 \pm 1,78$ ($p < 0,01$), il punteggio della scala NPI presentava una maggiore variabilità e non dimostrava una modificazione significativa ($28,17 \pm 6,99$ vs $25,83 \pm 7,39$, p ns). Per quanto riguarda i caregiver 7 su 12 hanno presentato un netto miglioramento alla scala CBI e soltanto 2 hanno invece incrementato il punteggio. La media comunque si dimostra significativamente inferiore dopo sei mesi nel gruppo in toto ($36,67 \pm 5,26$ vs $30,75 \pm 5,13$, $p < 0,03$). E' inoltre interessante notare che esiste tra il punteggio del NPI e il CBI una relazione altamente significativa ($r = +0,69$, $p < 0,0001$).

CONCLUSIONI

I preliminari risultati del PAT dimostrano che un collegamento più stretto con la persona che presta cura al paziente affetto da demenza riduce il grado di stress di chi cura soggetti con patologie croniche ingra- vescenti. In particolare, l'effetto sembrerebbe più efficace nel periodo in cui si ha un'ulteriore riduzione delle capacità cognitive del soggetto affetto da demenza.

Il lavoro presso un ambulatorio UVA pone il personale curante a contatto con il carico assistenziale ed emotivo sostenuto dai familiari nell'accudire il proprio congiunto. L'avvio di un programma di assistenza telefonica sistematica, come quello da noi attuato, può essere inquadrato come una risposta al disagio espresso dai familiari. I risultati presentati, anche se preliminari, ribadiscono l'utilità e l'efficacia di questo inter- vento che deve essere comunque confermato su una casistica più ampia, che è già in corso di studio.

DEPRESSIONE E COGNITIVITA' NEL PAZIENTE ANZIANO

Petrillo Alessandra*, Cerracchio Erika*, Dell'Armi Annalaura*, Santini Alessia*, Tini Nadia*, Servello Adriana*, Ettore Evaristo*, Marigliano Vincenzo*

** Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento Policlinico Umberto I Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*

La depressione è un disturbo comune, ad andamento cronico e gravato da un'elevata comorbidità con altre patologie mediche e psichiatriche. La prevalenza nelle donne è doppia rispetto agli uomini e l'età media del disturbo è di 40 anni ed il 50% di tutti i pazienti presenta un esordio tra i 20 ed i 50 anni. La frequenza della depressione varia con l'età con una modalità gaussiana, iniziando ad incrementare nell'adolescenza sino ad un picco nell'età media per poi decrescere.

Tuttavia, alcuni studi epidemiologici hanno messo in evidenza un incremento dei tassi di depressione nella popolazione di età superiore ai 65 anni, suggerendo che gli anziani rappresentano un sottogruppo maggiormente esposto al rischio di incorrere in tale disturbo. I dati di prevalenza della depressione senile appaiono contraddittori, poiché è necessario considerare i fattori complicanti la diagnosi, quali la frequente presenza di coesistenti malattie mediche, l'uso di un numero maggiore di farmaci o l'aumentata suscettibilità al deterioramento delle funzioni cognitive.

Sono riconosciute importanti concause nello sviluppo della depressione, quali i disturbi intrinseci o neurologici, in particolare alterazioni cerebrovascolari. Inoltre, anche in assenza di un disturbo di rilievo clinico, l'invecchiamento cerebrale rappresenterebbe un importante fattore di rischio: l'osservazione che nel cervello del paziente depresso di qualunque età ed in quello dell'anziano non depresso esistono alterazioni simili ha suggerito che l'invecchiamento cerebrale in se possa predisporre alla depressione. Queste caratteristiche comuni sono la ridotta latenza del sonno REM, l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, la ridotta concentrazione cerebrale di neurotrasmettitori monoaminergici e la riduzione dei siti di legame della serotonina, nonché dei siti di legame dei recettori beta-adrenergici nella corteccia frontale.

Numerose evidenze suggeriscono che la depressione nell'anziano sia associata frequentemente ad impoverimento cognitivo. Il disturbo depressivo è spesso di per se causa di deficit cognitivi. Negli anziani, un sintomo piuttosto frequente in corso di depressione è rappresentato dal deficit di attenzione, che viene vissuto e descritto dal paziente come un disturbo di memoria. Il 50% di questi pazienti mostra alla somministrazione del Mini Mental State Examination (MMSE) punteggi inferiori a 24/30 prima del trattamento antidepressivo e superiori a 27/30 dopo risposta al trattamento.

In base all'esperienza della nostra U.V.A. del Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento del Policlinico Umberto I di Roma, si è dimostrato efficace il trattamento con la Reboxetina, inibitore selettivo della ricaptazione della noradrenalina.

Ci siamo posti come obiettivo di dimostrare gli effetti positivi della terapia con la reboxetina sul tono dell'umore e sulle abilità cognitive.

Abbiamo selezionato 30 pazienti con deficit cognitivo dubbio secondo la Clinical Dementia Rating Scale, con un punteggio medio al MMSE= $24 \pm 1,79$. Il tono dell'umore è stato valutato attraverso la Geriatric Depression Scale.

Abbiamo condotto un'analisi statistica considerando la correlazione lineare tra il punteggio alla GDS e le altre variabili al tempo 0. Poi al tempo 1 (dopo 3 mesi) abbiamo valutato se c'era un miglioramento nei punteggi alla GDS ed al MMSE con la terapia con reboxetina.

Al tempo 0 il nostro campione era composto da 30 pazienti depressi (GDS $8,7 \pm 2,8$) abbiamo ottenuto una correlazione statisticamente significativa tra il punteggio della GDS e i punteggi al MMSE: $GDS/MMSE r = -0,48 (p < 0,05)$. Dopo 3 mesi tutti i pazienti presentavano un miglioramento al punteggio della GDS (GDS $4,1 \pm 2,5$) e del MMSE (MMSE $27,58 \pm 1,65$) ed il 63% aveva ottenuto un punteggio alla GDS ≤ 4 .

I dati del nostro studio hanno dimostrato, quindi, che la terapia con reboxetina è in grado di determinare un miglioramento sia del tono dell'umore che del rendimento cognitivo.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DEMENZA DI ALZHEIMER

Petrillo Alessandra*, Cerracchio Erika*, Dell'Armi Annalaura*, Santini Alessia*, Tini Nadia*, Servello Adriana*, Ettore Evaristo*, Marigliano Vincenzo*

** Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento Policlinico Umberto I Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*

La Malattia di Alzheimer è una patologia caratterizzata da un declino progressivo e graduale delle funzioni cognitive dei pazienti, con gravi conseguenze. I sintomi più comuni sono: perdita di memoria, alterazione delle capacità attentive e disturbi del linguaggio. La Malattia di Alzheimer è la forma principale di demenza: complessivamente ne determina il 50-75% dei casi. Responsabili delle alterazioni cognitive tipiche della malattia sembrerebbero la diminuita attività della colina-acetiltransferasi, l'enzima deputato alla sintesi endogena di acetilcolina, la degenerazione dei neuroni colinergici e la riduzione del numero dei recettori colinergici. Ad oggi gli inibitori dell'acetilcolinesterasi sono i farmaci che hanno dimostrato maggior efficacia nel trattamento della Malattia di Alzheimer.

I pazienti con Demenza di Alzheimer presentano una riduzione delle funzioni cognitive, delle performance funzionali ed un aumento dei disturbi del comportamento.

Sono proprio i disturbi del comportamento nel paziente affetto da Malattia di Alzheimer che contribuiscono in modo non indifferente al carico assistenziale del caregiver, aumentando il dispendio di risorse sanitarie e sono la causa più frequente di istituzionalizzazione del paziente. Il NPI è stato sviluppato per la valutazione psicopatologica dei pazienti con demenza. Il NPI valuta sia la frequenza che la gravità dei disturbi comportamentali; vengono valutati dodici domini di comportamento: deliri, allucinazioni, agitazione, depressione/disforia, ansia, euforia/esaltazione, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità emotiva, attività motoria anomala, disturbi del sonno e disturbi dell'appetito; la valutazione avviene tramite intervista del caregiver che ha maggior familiarità con il paziente; il punteggio totale può variare da 0 a 144. Il NPI è uno strumento validato e clinicamente affidabile per la valutazione psicopatologica dei pazienti con demenza, nonché per la determinazione dell'efficacia del trattamento.

In base all'esperienza della nostra U.V.A. del Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento del Policlinico Umberto I di Roma, si è dimostrato efficace il trattamento con la Galantamina, inibitore delle acetilcolinesterasi. La Galantamina agisce sul sistema colinergico modulando i recettori nicotinici per l'acetilcolina ed inibendo le acetilcolinesterasi. L'efficacia della Galantamina si è dimostrata sia nel migliorare il rendimento cognitivo che nel ritardare la comparsa dei disturbi comportamentali.

Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare gli effetti della Galantamina su un gruppo di pazienti con Demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato associata a disturbi del comportamento.

Abbiamo selezionato 58 pazienti con un punteggio alla Clinical Dementia Rating Scale di 1-2, con un punteggio medio al MMSE= 18 ± 2.53 , NPI= 25 ± 4.72 .

La Galantamina è stata somministrata al dosaggio iniziale di 8 mg/die per quattro settimane, successivamente la terapia di mantenimento è stata condotta al dosaggio di 16 mg/die. Dopo un trattamento di 12 settimane il punteggio medio al MMSE= 20.4 ± 1.79 , NPI= 16 ± 3.43 .

L'analisi statistica dei dati sopra riportati ha evidenziato una correlazione significativa tra il punteggio di MMSE ed NPI all'inizio della terapia e dopo le dodici settimane ($p < 0,05$).

Dal nostro studio emerge, dunque, che la terapia con Galantamina determina un miglioramento sia del rendimento cognitivo che un miglior controllo dei disturbi comportamentali.

PROTEINA C REATTIVA E DELIRIUM PREVALENTE IN UN'UNITÀ DI CURA SUB-INTENSIVA DI GERIATRIA (UCSI)

Ricci Antonella, Sleiman Intissar, Morandi Alessandro, Rozzini Renzo e Trabucchi Marco

Dipartimento di Medicina e Geriatria, Ospedale Fondazione Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia.

PREMESSA

Diversi fattori sono noti come predisponenti all'insorgenza del delirium prevalente nei pazienti anziani affetti da malattia acuta. Molti dati in letteratura correlano la proteina C reattiva (PCR) al delirium e al suo outcome nei pazienti anziani.

MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo effettuato su pazienti di età > 60 anni, ricoverati in Unità di Cura Sub-Intensiva da gennaio 2004 a gennaio 2006. I pazienti sono stati valutati all'ingresso nel reparto e tre volte al giorno fino alla remissione del delirium, attraverso il Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).

RISULTATI

Le caratteristiche dei pazienti erano le seguenti: età media 77.2 ± 11 anni, di cui 51% maschi, Barthel Index (B.I.) prima del ricovero 71.4 ± 31.3 , B.I. al ricovero 33.0 ± 35.1 , B.I. alla dimissione 51.6 ± 38.3 , Mini Mental State Examination (MMSE) alla dimissione 20.7 ± 9.8 , Charlson Index 6.0 ± 2.1 , APACHE-II score 14.2 ± 6.3 , APACHE-APS subscore 8.6 ± 5.9 , numero dei farmaci 7.4 ± 3.1 e tempo di ricovero in ospedale 6.5 ± 5 giorni. Ad un'analisi multivariata, dopo la correzione per i fattori confondenti, elevati valori di PCR ($>19\text{mg/dl}$) (RR: 2.6, 95% CI: 1.3-5.2), precedente diagnosi di delirium (RR: 2.3, 95% CI: 1.6-3.4), B.I. prima del ricovero (0-95) (RR: 2.4, 95% CI: 1.4-4.1) e Charlson Index (>8) (RR: 1.9, 95% CI: 1.3-2.9) sono risultati indipendentemente associati ad una aumentata incidenza di delirium prevalente.

CONCLUSIONI

Lo studio evidenzia una elevata correlazione tra fattori dell'infezione ed il delirium in pazienti anziani affetti da malattia acuta e ricoverati in un'Unità di Cura Sub-Intensiva..

DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA: ESPERIENZA E MONITORAGGIO DEL CENTRO ESPERTO DEL POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI DI BOLOGNA

Rossi Vincenzo, Balestri Francesca, Savorani Giancarlo

U.O.S.Psicogeriatria, Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento e delle Malattie Nefrologiche, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna

SCOPO

Analisi della casistica di pazienti ambulatoriali seguiti con Piano Terapeutico per antipsicotici atipici da maggio 2005 a febbraio 2007 presso il Centro Esperto del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna.

CASISTICA

60 pazienti ammessi al trattamento e follow up ambulatoriale bimestrale con PT per antipsicotici di seconda generazione. Il campione è composto da 36 donne e 24 uomini, con età media di $81,1 \pm 7,9$ anni.

RISULTATI

Le diagnosi dei pazienti in terapia sono risultate le seguenti: AD 19 pazienti (32,7%), mista 10 pazienti (16,7%), demenza vascolare 9 pazienti (15%), sindromi psichiatriche (psicosi e depressione) con successiva demenza sovrapposta 8 pazienti (13,3%), demenza a corpi di Lewy 5 pazienti (8,3%), fronto-temporali 2 pazienti (3,3%), Parkinson demenza 2 pazienti (3,3%), 1 demenza post-alcoolica. Sui 60 Pazienti, 38 sono attualmente in trattamento con antipsicotici atipici: di questi 31 sono seguiti con scadenza bimestrale presso il nostro centro, 7 continuano la terapia presso altri centri; 8 pazienti hanno sospeso il piano terapeutico; 12 Pazienti sono deceduti (4 per cause cardiologiche: 2 IMA, 1FV ,1 Arresto Cardiaco).

I tipi di farmaci attualmente usati, già a volte modificati per inefficacia, sono risultati i seguenti: 31 PT con Quetiapina (52%), 14 con Risperidone (23%), 14 con Olanzapina (23%), 1 con Clozapina (1.7%). Considerando tutto il periodo di assunzione degli psicofarmaci, anche quello antecedente al Maggio 2005, la durata media del trattamento è stata di 21,6 mesi. Per quanto riguarda i deceduti il trattamento si è protratto in media 11,8 mesi e per quattro soggetti è stata compilata la scheda di segnalazione ADR sospetta di tipo grave. Inoltre le ADR di minor gravità correlabili all'utilizzo di farmaci, per cui è stato interrotto il piano terapeutico sono state 5; le cui cause erano: nausea, marcato rallentamento, alterazione del ritmo sonno-veglia ed un caso di edema orofaringeo.

Per quanto riguarda il tipo di BPSD presente, motivo di accesso al centro e quindi di trattamento farmacologico, abbiamo osservato sintomi relativi al cluster agitazione in 26 pazienti, ai quali nella stragrande maggioranza dei casi (19 pazienti) vanno aggiunti sintomi relativi al cluster aggressività e psicosi. Molto meno frequente, ritrovata solo in nove casi, è la sintomatologia depressiva.

Per 12 pazienti, che durante il periodo di osservazione sono risultati intrasportabili, abbiamo effettuato 26 visite domiciliari bimensili.

L'efficacia del trattamento è risultata buona in particolare su aggressività e psicosi, discreta su agitazione e insonnia.

CONCLUSIONI

Il controllo della terapia ogni due mesi diventa problematico, soprattutto nei malati cronici da anni, viventi a domicilio, che non possono più accedere ambulatorialmente al centro. Questo comporta un notevole impegno del servizio ed un forte impatto su costi e tempi. Infine come risulta dalla descrizione dei sintomi molti pazienti presentano situazione di comorbilità con associazione di sintomi molteplici e disturbanti.

CENTRO DIURNO ALZHEIMER “ATTIVAMENTE”: CONSIDERAZIONI E RISULTATI PRELIMINARI

Scala Giovanni¹, Monini Patrizia¹, Cascino Maria², Nicastro Elena³, Capobianco Giovanni¹.

¹ UOC Geriatria Ospedale S. Eugenio ASL RMC - Roma, ² Cooperativa Meta, ³ Comune di Roma.

INTRODUZIONE

Nel 2006 nella ASL RMC, dopo un accordo di programma ASL-Comune di Roma, è stato avviato nel Municipio IX il nuovo progetto del Centro Diurno Attivamente differenziato nelle due unità: Anziani fragili e Alzheimer (CDA), per poter meglio raccogliere le richieste di aiuto a fronte di situazioni sempre più critiche e problematiche.

Il Centro Diurno Alzheimer è un servizio semiresidenziale, che nella nostra realtà territoriale è stato concepito con forte valenza sociale, con il fine significativo del mantenimento della qualità di vita, ponendosi come risorsa intermedia tra il disagio legato all'istituzionalizzazione e la serenità che l'anziano può mantenere al proprio domicilio.

METODI

Nei primi mesi dell'anno si è proceduto ad un riesame delle persone già in carico al servizio per valutare la congruità dell'inserimento nell'una o nell'altra unità.

Quindi l'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) dell'Ospedale S. Eugenio ha garantito: la casistica selezionata, la valutazione multidimensionale geriatrica ed il follow-up.

Outcomes del CDA: prevenzione dell'ospedalizzazione incongrua o del ricovero in RSA-Lungodegenza, riduzione dello stress dei familiari e delle logiche “espulsive”, ed il contenimento dei disturbi del comportamento del paziente.

RISULTATI

Tre pazienti sono deceduti (due nel proprio domicilio ed uno durante un ricovero ospedaliero), cinque pazienti hanno avuto un aggravamento clinico con inidoneità a frequentare il Centro e con attivazione dell'assistenza domiciliare, un paziente è stato ricoverato in RSA, dieci pazienti sono risultati alla prima visita non idonei o hanno rinunciato dopo un tentativo di inserimento. In dodici mesi di attività sono stati accolti 69 anziani, e di questi 42 (11 uomini e 31 donne) affetti da malattia di Alzheimer probabile o da altri tipi di demenza, di grado lieve moderato (69%) o grave (31%), per cercare di favorire il recupero o il mantenimento fisico-cognitivo, e in generale delle capacità residue del soggetto, e/o di offrire un valido sostegno socio-assistenziale alle famiglie. Un altro dato da rilevare è che tra gli anziani fragili sono stati inseriti anche alcuni utenti con un iniziale deterioramento cognitivo per i quali si è ritenuto opportuno l'appartenenza ad un gruppo più stimolante, mentre nello stesso gruppo è presente anche un paziente con grave deterioramento cognitivo e motorio che frequenta insieme alla moglie al fine di garantire soprattutto alla signora uno spazio adeguato di socializzazione. Il servizio ha diviso i giorni di frequenza lasciando il lunedì e il giovedì per gli utenti Anziani Fragili, e il martedì, mercoledì e venerdì per l'Unità Alzheimer. I risultati ottenuti dimostrano che mentre la malattia ha comunque una continua evoluzione (progressivo peggioramento clinico – declino nel MMSE), si ha invece un miglioramento dei sintomi non cognitivi del paziente e del distress del caregiver. Riguardo a ADL e IADL risultano complessivamente immutate dopo 12 mesi. Queste considerazioni ci hanno indotto a rivedere le linee guida che avevamo stabilito per il CDA, e a rendere più flessibili i tempi di permanenza del paziente che devono essere individualizzati anche valutando il contesto sociale.

CONCLUSIONI

I dati finora ottenuti dimostrano l'effettiva utilità dei Centri Diurni Alzheimer per la gestione dei pazienti affetti da demenza. L'organizzazione di un tale servizio richiede necessariamente flessibilità, con un'attenzione ai bisogni sanitari, ma anche alle esigenze socio-assistenziali dei malati e delle famiglie, rendendo indispensabile un riorientamento delle risorse e delle procedure in termini non settoriali e con sempre maggiore coordinamento tra i vari attori. Se da una parte è indispensabile un turnover per garantire l'accesso al maggior numero di malati, dall'altra è necessario considerare la realtà sociale e attraverso un corretto follow-up cercare di mantenere il paziente il più a lungo possibile nel CDA, prevedendo che con il progredire del deterioramento cognitivo si dovranno comunque considerare altri servizi essenziali per l'assistenza.

PROTEINA C-REATTIVA E DELIRIUM IN UN SETTING DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

Speciale Salvatore, Turco Renato, Guerini Fabio, Barisione Emanuela, Pagani Marco, Marrè Alessandra, Magnifico Francesca, Lucchi Elena, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco[#] *UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona, [#]Università Tor Vergata, Roma, e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO

L'eziopatogenesi del delirium è complessa, spesso multifattoriale, con meccanismi d'insorgenza ancora poco conosciuti. In letteratura si è ipotizzato che meccanismi di tipo infiammatorio siano fortemente implicati nell'insorgenza del delirium¹. Scopo dello studio è valutare il rapporto tra proteina C reattiva (PCR), un noto marker flogistico, e delirium studiandone le modificazioni plasmatiche all'esordio e alla risoluzione del delirium.

MATERIALI E METODI

Tutti i pazienti con età >65 anni, ricoverati consecutivamente dal 1° Giugno 2004 al 30 Dicembre 2006, sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale convenzionale (variabili demografiche e biologiche, MMSE, BADL, IADL, Charlson Index). Sono stati esclusi i pazienti affetti da stroke recente (meno di tre mesi) per la scarsa applicabilità dell'algoritmo diagnostico del delirium (Confusion Assessment Scale, CAM²). Il delirium veniva classificato come prevalente se il CAM risultava positivo all'ingresso, e incidente se il CAM, effettuato giornalmente da personale medico esperto, diventava positivo durante la degenza. I livelli serici di PCR sono stati ottenuti nelle varie fasi del delirium con determinazione quantitativa (KonelabTM).

RISULTATI

Dei 110 pazienti ammessi allo studio, 29 (26.4%) provenivano dal domicilio, mentre gli altri da reparti ospedalieri per acuti (medici o chirurgici). Novantotto pazienti hanno sviluppato delirium prevalente e 12 incidente. Tra i pazienti con delirium prevalente, 41 hanno sviluppato un delirium secondario ad intervento chirurgico, 33 secondario ad infezione (soprattutto polmonite ed infezioni delle vie urinarie) ed i restanti secondario a causa non infettiva (ritenzione di urine e feci, disidratazione, iatrogenesi). Otto pazienti hanno sviluppato delirium incidente per cause infettive, 4 per cause non infettive. La tabella mostra che nei pazienti con delirium prevalente, i livelli di PCR sono elevati all'ammissione e ridotti alla risoluzione del delirium, indipendentemente dalle cause. Nei pazienti con delirium incidente, sia da cause infettive sia non infettive, i livelli serici di PCR si modificavano in modo congruo con le fasi del delirium. Nei pazienti con delirium prevalente per cause non infettive (24.4% dei delirium prevalenti), i valori di PCR, sebbene alti, sono inferiori rispetto ai livelli dei pazienti con delirium da cause infettive e chirurgiche.

CONCLUSIONI

I nostri dati sono in accordo con un'ipotesi infiammatoria circa l'eziopatogenesi del delirium. Tuttavia non si può non considerare che i fattori precipitanti il delirium influenzano in modo significativo la risposta infiammatoria, come dimostrato dai nostri dati.

Tabella. Caratteristiche cliniche di 110 pazienti con delirium ricoverati in riabilitazione

	Delirium prevalente			Delirium incidente	
	Infettiva (n=33)	Non-infettiva (n=24)	Chirurgia (n=41)	Infettiva (n=8)	Non-infettiva (n=4)
Età, anni	82.9±5.4	84.1±5.7	82.7±6.9	84.6±6.8	79,5±6.1
Sesso femminile, n (%)	22 (66.7)	21 (87.5)	26 (63.4)	8 (66.6)	4 (100)
Body Mass Index	22.9±4.0	23.4±3.5	22.7±4.4	24.0±5.7	21.9±1,7
Albuminemia (gr/dl)	3.0±0.4	3.0±0.4	2.7±0.6	3.4±0.5	3.2±0.5
Apache II score (0-77)	11.1±3.6	9.6±3.1	9.7±3.0	11.7±2.4	10,2±4,5
Charlson index	3.6±2.9	2.5±1.8	2.5±1.9	2.5±1.2	2.0±2.2
Farmaci, n	5.9±2.7	5.8±3.4	5.4±2.3	5.0±1.3	6,8±2,6
MMSE (0-30)	16.6±7.4	15.6±7.0	17.1±6.6	18.0±7.9	24.5±1.3
CDR (1-5)	1.6±1.1	2.0±1.2	1.6±1.1	1.4±1.0	0.9±0,8
IADL (funzioni perse)	4.9±2.9	5.6±2.7	4.6±2.8	5.6±2.8	7.7±0.5
Barthel Index ingresso	33,7±23.5	33,7±24.2	24,7±18,5	61,2±25,4	34,7±24,2
PCR ingresso	—	—	—	1.6±1.5	0.5±0.08
Insorgenza delirium	4.5±5.0	2.7±3.3	7.4±5.3	6.0±3.7	5.6±6,1
Remissione delirium	2.0±2.4	0.9±0.9	2.0±3.1	1.0±0.5	1,0±0,5
Durata delirium (giorni)	11.7±8.6	12.0±6.7	14.4±9.9	11.5±10.3	3.0±1.7

I dati sono espressi come valori medi ±SD (a meno che non diversamente specificato)

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Trzepacz PT. Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5(2):132.148.
2. SK Inouye, CH Van Dyck, CA Alessi, S Balkin, AP Siegel, RI Horwitz. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine* 1990; 113(12), 941-948.

IL TEMPO DELL'INVECCHIAMENTO: PAZIENTI CON DEMENZA E PAZIENTI CON DISAGIO PSICHICO. ESPERIENZE DI ASSISTENZA DEL DSM DI ASCOLI PICENO

Testa Alberto*, Tancredi Adelmo*, Arturo Manuele*, Squillacioti Mariarosaria*, Mariani Giorgio*

*Dipartimento di Salute Mentale ASUR Marche ZT 13 Ascoli Piceno

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, nei paesi industrializzati, accanto all'innalzamento dell'età media dei soggetti sani, si è avuto un notevole aumento dei soggetti anziani affetti da patologie croniche e disabilitanti, spesso contemporaneamente presenti nello stesso soggetto. Tutto ciò ha provocato un radicale cambiamento dell'approccio, che si è spostato sempre più dall'Ospedale, dedicato ormai unicamente ad interventi brevi per manifestazioni acute, ai servizi territoriali, dedicati maggiormente all'assistenza domiciliare. Anche la popolazione dei servizi psichiatrici ha subito un invecchiamento, che è andato inevitabilmente a ricadere sui CSM. Già dal '78, anno della legge di riforma, la psichiatria ha spostato il nucleo del suo intervento dall'ospedale al domicilio dell'utente, sostituendo quella che per molti era l'unica risorsa all'invecchiamento, cioè l'istituzionalizzazione.

METODI

Il DSM di Ascoli Piceno, ha fatto della lotta allo stigma e dell'intervento territoriale il punto di forza del suo impegno. Accanto a ciò si è cercato di rispondere anche alle numerose richieste per i pazienti affetti da demenza, con particolare attenzione alla diagnosi neuropsicologica delle varie forme cliniche, attraverso l'ampliamento dell'ambulatorio di psicogeriatría, all'intervento farmacologico con anticolinesterasici, e all'intervento domiciliare nei casi di pazienti con BPSD.

Anno 2006			
Totale pz. con demenza	Pz. Ambulatorio	Pz. UVA	Pz. Domiciliari
1601	421	258	922

Inoltre sono state attivate una serie di iniziative di supporto ed informazione per i familiari ed i caregiver, iniziative di chiara matrice sociale, con il coinvolgimento di altre agenzie, quali il volontariato, i servizi sociali del comune etc.

RISULTATI

Il numero di pazienti con patologia psichiatrica è notevolmente minore rispetto alla popolazione affetta da demenza. Gli interventi hanno posto invece una serie di problematiche, non legate ad aspetti prettamente terapeutici, ma soprattutto all'invecchiamento e/o all'assenza della famiglia di origine.

Anno 2006						
Totale pz. psichiatrici anziani	Domiciliari con famiglia	Ex OP attualmente in C.P.	Istituti di riposo	Domiciliari con assistenza totale del CSM	Domiciliari autosufficienti	Domiciliari con assistenza psichiatrica continua del CSM
212	23	28	12	58	42	49

CONCLUSIONI

Il DSM di Ascoli Piceno si è trovato ad affrontare negli ultimi anni le complesse e quanto mai diversificate richieste di intervento per persone affette da demenza e per i pazienti psichiatrici invecchiati. Per i primi si è intervenuto attraverso il potenziamento dell'ambulatorio di psicogeriatría, le visite domiciliari, e le iniziative concordate con le altre agenzie. Gli interventi sugli utenti anziani con disagio psichico, che gravano sul DSM, non più in grado di vivere in modo autonomo, hanno evidenziato un carico assistenziale notevole. Una stima realistica ci permette di affermare che il numero di tali utenti aumenterà nel corso degli anni, e ci impone la ricerca di soluzioni sempre più differenziate, articolate e specialistiche.

MALNUTRIZIONE COME PREDITTORE DI EVENTI CLINICI AVVERSI IN PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI PRESSO UN REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

Turco Renato, Barisione Emanuela, Guerini Fabio, Lucchi Elena, Magnifico Francesca, Marrè Alessandra, Pagani Marco, Speciale Salvatore, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco[#]
UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona, [#]Università Tor Vergata, Roma e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO

La malnutrizione è un problema clinico rilevante nelle persone anziane ricoverate presso le strutture ospedaliere (1), ed è un predittore a lungo termine di disabilità, istituzionalizzazione e mortalità (2,3,4). Pochi studi hanno valutato se essa predice l'insorgenza di eventi clinici avversi (ACE) durante la degenza ospedaliera.

Obiettivo del nostro studio è verificare se la malnutrizione ed il rischio di malnutrizione (valutati mediante il Mini Nutritional Assessment, MNA) predicono l'insorgenza di eventi clinici avversi in una popolazione di pazienti anziani ricoverati in un setting di riabilitazione geriatrica.

MATERIALI E METODI

All'ingresso in reparto tutti i pazienti ricoverati dal febbraio 2006 al febbraio 2007 sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale, comprendente caratteristiche socio-demografiche, stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment) e di salute somatica (Cumulative Illnesses Rating scale, albuminemia, colesterolemia, transferrinemia, proteina C reattiva ematica), stato cognitivo e sintomi depressivi (Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale-15 items); stato funzionale (Barthel Index pre-ricovero e di ingresso, Tinetti scale, Functional Independence Measure). Durante la degenza sono stati rilevati (misura di outcome) il numero di eventi clinici avversi (ACEs) intercorrenti e la mortalità.

RISULTATI

I pazienti reclutati sono stati 705, di cui 65 (10.1%) malnutriti, 159 (24.6%) a rischio di malnutrizione e 422 (65.3%) ben nutriti. I soggetti malnutriti erano, rispetto agli altri due gruppi, cognitivamente e funzionalmente più compromessi, più comorbidi e più depressi. Oltre il 50% dei soggetti malnutriti era clinicamente instabile all'ingresso e il 45.8% veniva ammesso in stato confusionale acuto. La malnutrizione è risultata associata ad un rischio di ACEs intercorrenti significativamente più elevato rispetto ai soggetti a rischio di malnutrizione e ancor più ai ben nutriti. La mortalità intraospedaliera è risultata significativamente più elevata tra i soggetti malnutriti. In un modello di regressione logistica multivariata, aggiustato per variabili confondenti (MMSE, Barthel Index premorboso, durata di degenza), la malnutrizione rimaneva significativamente e indipendentemente associata con l'incidenza di eventi cardiovascolari (odds ratio, OR 3.2, 95% confidence intervals, [C.I.] 1.0-10.1, p=.046) e respiratori (OR 3.5, 95% [C.I.] 1.1-10.8, p=.030), infezioni delle vie urinarie (OR 3.7, 95% [C.I.] 1.3-10.5, p=.001), delirium (OR 10.0, 95% [C.I.] 2.2-45.3, p=.003) ed eventi avversi multipli (≥ 2) intercorrenti (OR 3.9, 95% [C.I.] 1.6-9.8, p=.003).

CONCLUSIONI

La malnutrizione proteico calorica è significativamente correlata con l'incidenza di ACEs intraospedalieri.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. David R. Thomas,¹ Wendy Ashmen,² John E. Morley,¹ William J. Evans,³ and the Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care. Nutritional Management in Long-Term Care: Development of a Clinical Guideline. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* 2000, Vol. 55A, No. 12, M725–M734.
2. Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalised patients: a prospective study. *JAMA*, 1999 Jun 2;281(21):2013-9.
3. Covinsky KE, Martin GE, Beyth RJ, Justice AC, Sehgal AR, Landefeld CS. The relationship between clinical assessment of nutritional status and adverse outcomes in older hospitalised medical patients. *JAGS*, 1999 May; 47(5):532-8.
4. Middleton MH, Nazarenko G, Nivison-Smith I, Serdely P. Prevalence of malnutrition and 12-month incidence of mortality in two Sydney teaching hospitals. *Intern Med J*. 2001 Nov;31(8):455-61.