

6° Congresso Nazionale

IDENTITÀ DEL VECCHIO
MUTAMENTI SOCIALI
E COMPLESSITÀ DEI BISOGNI:
INNOVATIVITÀ E
SPECIFICITÀ DELLE CURE



Gardone Riviera (BS) 5 - 8 aprile 2006

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in alcuna forma o con alcun mezzo, compresa la registrazione o le fotocopie, senza il permesso scritto dell'editore.

MUTAMENTI SOCIALI E COMPLESSITÀ DEI BISOGNI: INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ED INVECCHIAMENTO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI

Bassi Mariano, Bruschi Caterina

Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL di Bologna

La storia dei servizi psichiatrici dopo la legge di riforma (1978) modifica radicalmente nel corso degli anni il percorso degli utenti spostando il fulcro dell'assistenza sui servizi territoriali, tesi a garantire globalità e continuità dell'assistenza, e su servizi ospedalieri dedicati ad interventi a breve termine per persone con manifestazioni acute e critiche. È evidente quindi che oggi assistiamo ad una sorta di divaricazione dei percorsi dell'utenza dei servizi di salute mentale. Da un lato ex-lungodegenti degli Ospedali Psichiatrici, ospitati in residenze nate in alternativa e successivamente al manicomio, dall'altro utenti dei servizi territoriali che gradualmente, in relazione all'età, all'evoluzione di gravi disturbi mentali ed all'assenza di supporti familiari, necessitano di una assistenza, se pur diversificata per intensità, in strutture ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, non ancora programmata in modo definito e quindi non finanziata realisticamente e in modo coerente ai bisogni. La nostra osservazione è dedicata ai problemi conseguenti all'invecchiamento delle persone affette da disturbi mentali, le quali si trovano in età avanzata in una situazione tale da richiedere in modo continuativo l'aiuto di altre persone per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana. Si tratta in particolare di: a) persone affette da disturbi mentali e conseguenti disabilità gravi, che le rendono totalmente o parzialmente non autosufficienti; b) persone affette da disturbi mentali e deficit di media gravità, che tuttavia si aggravano con l'invecchiamento, con conseguente perdita di autonomia; c) persone affette da disturbi mentali e deficit di media gravità, che hanno perduto la rete familiare che suppliva alla loro parziale non autosufficienza.

Caratteristica comune di queste persone è di trovarsi in una situazione di stabilizzazione / cronicità, tale da richiedere nella maggioranza dei casi un supporto continuativo da parte dei servizi di salute mentale e un accudimento costante, non necessariamente intensivo sul piano terapeutico e riabilitativo.

Rispetto all'epoca in cui vennero creati i primi servizi di salute mentale nella nostra città anche le famiglie sono cambiate: 1) le famiglie dei pazienti psichiatrici hanno seguito la tendenza evolutiva di tutte le altre famiglie, che vede nuclei sempre meno numerosi e sempre maggiore partecipazione delle donne al mondo del lavoro, con la conseguenza che è sempre più difficile distribuire fra i familiari il carico dell'accudimento della persona affetta da disturbi mentali; 2) anche le famiglie dei pazienti psichiatrici sono invecchiate, e questo problema è particolarmente rilevante per una fascia d'età (over 65) che oggi costituisce circa il 27% delle persone prese in carico continuativamente dai servizi per la salute mentale cittadini. Una stima realistica ci permette di affermare che la quasi totalità degli utenti affetti dai disturbi mentali più gravi e persistenti in carico ai servizi di salute mentale non saranno in grado di vivere in modo autonomo alla scomparsa dei genitori, finendo con il confermare perciò la necessità di un maggior numero di soluzioni residenziali assistite.

I PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI ANZIANI DI UN SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Campana Arturo¹, Zupo Sergio²

^{1,2}Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Alzano Lombardo, Dipartimento di Salute Mentale Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate (BG), dsm.alzano@bolognini.bg.it

INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un ulteriore maggiore bisogno di servizi nell'area dei disturbi mentali organici e dei disturbi psicopatologici nei soggetti anziani. Attualmente viene raccomandato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 di considerare con attenzione, nell'ambito della salute mentale, i disturbi che affliggono la popolazione anziana, e vengono identificate, tra le aree critiche, la mancanza di coordinamento fra i servizi sociali e sanitari per i soggetti anziani, e la carente gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e patologie organiche. Il seguente lavoro descrive il pattern di utilizzo di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) da parte dell'utenza di pazienti anziani, allo scopo di rilevarne le caratteristiche cliniche e terapeutiche principali e di individuare eventuali percorsi terapeutici.

METODI

È stato analizzato l'utilizzo del ricovero nel SPDC di Alzano L.do (BG) da parte dei pazienti con età superiore ai 64 anni negli ultimi 4 anni; i ricoveri sono stati classificati sulla base della diagnosi, della tipologia di interventi richiesti, dei servizi di provenienza e di invio, della gravità psicopatologica-comportamentale e dell'urgenza.

RISULTATI

Si possono distinguere tre tipologie distinte di utenza: 1) pazienti anziani con disturbi mentali organici e concomitanti disturbi comportamentali; 2) pazienti anziani con esordio di patologia psichiatrica (più o meno grave) in età avanzata; 3) pazienti con patologia psichiatrica (grave), già in carico o noti ai servizi psichiatrici territoriali e con lunga storia psichiatrica, ma con passaggio alla fascia di età avanzata. La quota di interventi di controllo delle condizioni organiche sembra decrescere tra la prima e la terza categoria, mentre quella di interventi specialistici psichiatrici presenta un ordine inverso. La gestione delle problematiche assistenziali per i pazienti psichiatrici anziani è risultata la problematica principale nel rendere necessario il ricovero di pazienti psicotici cronici seppur non in fase di urgenza o grave acuzie sintomatologica. Alla dimissione, il 50% dei pazienti con disturbi mentali organici e il 20% di quelli con patologia psichiatrica viene trasferito in strutture medicalizzate e assistenziali residenziali (Medicine di lungodegenza o Residenze sanitarie assistenziali, Strutture di Riabilitazione psichiatrica).

CONCLUSIONI

La descrizione dell'utenza di pazienti anziani in un SPDC evidenzia specifici profili di uso dei servizi e di cura. In particolare, per i pazienti psichiatrici anziani si rileva la necessità di strutture specializzate caratterizzate da competenza specialistica psichiatrica e con una preparazione del personale nella loro gestione in termini relazionali e comportamentali, attrezzate per interventi medici di media intensità, per interventi assistenziali anche di elevata intensità e per interventi risocializzanti. Tale specializzazione dovrebbe poter coprire sia l'ambito della gestione della post-acuzie o sub-acuzie sintomatologica, sia quello della remissione. Esiste inoltre una carenza di servizi ospedalieri nella gestione di quei pazienti organici in fase acuta con gravi disturbi comportamentali, spesso causato da uno scompenso delle condizioni organiche, che richiedono una alta intensità di intervento comportamentale ma anche di cura della sintomatologia organica.

RIABILITAZIONE INDIVIDUALE INTEGRATA DI PAZIENTI DEMENTI: STUDIO PRELIMINARE IN APERTO

**Conchiglia Giovannina¹, Adamo Anna Maria¹, Cuomo Chiara¹,
Della Rocca Gennaro¹, Misto Emanuela¹, Trojano Luigi², Grossi Dario²**

¹Clinica "Villa Camaldoli"-Napoli, ²Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli

La riabilitazione dei pazienti dementi mira al mantenimento e all'attivazione delle abilità cognitive residue, finalizzate al miglioramento della qualità della vita. Le metodiche di intervento dovrebbero essere specificamente mirate in base allo stadio della malattia e ai deficit cognitivi rilevati nel singolo paziente. Da un punto di vista *funzionalista*, possiamo assimilare i dementi a pazienti con danno focale multiplo senza necessariamente tenere conto della natura progressiva della malattia. L'ipotesi di fondo è che siano presenti comunque risorse cognitive quiescenti suscettibili di attivazione purché adeguatamente stimolate. Sulla base di tali premesse, è stato allestito un protocollo riabilitativo sperimentale fondato sull'analisi dei deficit cognitivi nei singoli pazienti e sull'attivazione parallela delle funzioni cognitive deficitarie in "laboratorio" e in condizioni "ecologiche". In questo lavoro descriviamo i risultati di uno studio preliminare nel quale sono stati reclutati 25 pazienti affetti da demenza degenerativa di grado lieve-moderato. Per ognuno dei pazienti è stato delineato il profilo neuropsicologico ed identificato un percorso riabilitativo specifico. Sono state applicate due classi di metodi; la prima, specificamente cognitiva, prevedeva l'attivazione delle abilità cognitive con tecniche differenziate per ogni singolo paziente e ispirate ai metodi utilizzati nella riabilitazione dei pazienti focali, a cui era affiancato un approccio comune a tutti fondato sull'utilizzo delle capacità logico-astrattive; la seconda classe di interventi era incentrata su un trattamento "ecologico" simulante le attività di vita quotidiana, ma correlato alle tecniche cognitive utilizzate per il singolo paziente. Il percorso riabilitativo aveva una durata di tre mesi con 5 sedute settimanali. Prima del trattamento e al suo termine i pazienti sono stati sottoposti a una batteria neuropsicologica formalizzata (MMSE, Span Cifre, Span Parole, Span Corsi, Matrici Attenzionali Numeriche, Matrici Colorate di Raven, Test di Fluenza Verbale, Memoria di Prosa). L'analisi statistica ha evidenziato nel re-test un trend positivo delle diverse aree cognitive in particolar modo ha rilevato un significativo miglioramento al Test di Corsi, alle Matrici Attenzionali Numeriche e alle Matrici di Raven. Tali risultati sono verosimilmente legati all'effetto delle tecniche incentrate sull'attivazione delle risorse logico-astrattive residue, attuate in tutti i soggetti. I risultati preliminare ottenuti ci spingono a proseguire lo studio ed ad approfondire la sperimentazione in condizioni di rigoroso controllo.

IMPORTANZA DELL'ALZHEIMER'S DISEASE ASSESSMENT SCALE (ADAS COG) NEL PREDIRE LA PROGRESSIONE DEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT A DEMENZA

Conti Marta MD#, Rozzini Luca MD#*, Vicini Chilovi Barbara MD#*, Bertoletti Erik MD#, Delrio Ilenia MD#, Trabucchi Marco MD, PhD* e Padovani Alessandro MD, PhD#

#Dipartimento di Neurologia, Università degli Studi di Brescia

**Gruppo di Ricerca Geriatrica*

INTRODUZIONE

L'esordio insidioso della Malattia di Alzheimer (AD) suggerisce che alcuni pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (AD), anche se non tutti, attraversino la fase prodromica di Mild Cognitive Impairment (MCI) prima che il quadro di demenza diventi conclamato. Ad oggi, gli sforzi effettuati per discriminare nel gruppo di soggetti MCI coloro che progrediscono a demenza da coloro che si manterranno stabili nel tempo non hanno portato a risultati conclusivi e generalizzabili nella routinaria pratica clinica.

SCOPO

Individuare uno strumento pratico ed affidabile in grado di identificare i pazienti a rischio di sviluppare Malattia di Alzheimer nei soggetti affetti da MCI amnesico (aMCI), condizione che sembrerebbe rappresentare un sottogruppo di soggetti MCI a maggior rischio di Malattia di Alzheimer.

METODI

È stata effettuata una comparazione longitudinale e retrospettiva delle prestazioni neuropsicologiche di soggetti aMCI che progrediscono ad AD rispetto ai soggetti aMCI che rimangono stabili nel tempo. 135 soggetti con disturbo riferito di memoria sono stati sottoposti a una valutazione multidimensionale con lo scopo di verificare l'assenza di demenza e di escludere altre possibili cause di deterioramento cognitivo. All'intero campione è stata somministrata alla baseline e dopo un anno una completa batteria neuropsicologica standardizzata.

RISULTATI

Dei 135 soggetti valutati alla baseline, 84 (62,2%) soddisfano i criteri per aMCI, 28 (20,7%) presentano impairment in almeno una funzione cognitiva (esclusa la memoria) e 23 (17,1%) nessun deterioramento in alcuna funzione cognitiva. I soggetti con aMCI sono stati rivalutati dopo un anno: 38 (45,2%) sono convertiti a Demenza di Alzheimer (*converters*), mentre 46 (54,8%) sono rimasti nella condizione clinica di MCI (*stable MCI*). Alla baseline le performance cognitive risultavano peggiori nei *converters* valutati mediante Mini Mental State Examination (MMSE) e batteria neuropsicologica standardizzata. Quando

valutati con Alzheimer's Disease Assessment Scale-parte cognitiva part (ADAS-Cog) i due gruppi di soggetti, *converters* and *stable* MCI, hanno presentato differenze significative sia nel punteggio totale che parziale (nelle funzioni mnestiche e non). Considerando per il punteggio totale, corretto per scolarità, un cut-off 9,5, l'ADAS-Cog ha mostrato una sensibilità del 74% e una specificità del 78% nel classificare soggetti con aMCI a rischio di sviluppare AD ad un anno.

CONCLUSIONI

I soggetti *converters* aMCI erano caratterizzati alla baseline da una maggiore compromissione nelle funzioni mnestiche e non mnestiche. L'ADAS-Cog risulta pertanto un utile e pratico strumento per individuare i soggetti a rischio di AD dopo un anno.

DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE E DOLORE CRONICO DA OSTEOARTROSI

Cornali Cristina¹, Franzoni Simone¹, Di Fazio Ignazio¹, Gatti Simonetta², Trabucchi Marco²

¹*Istituto di Riabilitazione Geriatrica, Fondazione Richiedei, Palazzolo s/O (Brescia)*

²*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

OBIETTIVO

Valutare le caratteristiche neuropsicologiche associate alla risposta alla terapia antalgica in pazienti affetti da dolore cronico da osteoartrosi (OA).

PAZIENTI

70 pazienti con dolore cronico da OA ricoverati presso l'Istituto di Riabilitazione Geriatrica discharged from a were considered. They (78.3±6.5 anni, 91.4% donne, degenza 30.4±6.7 giorni).

METODI

Geriatric Depression Scale a 15 item; Numeric Pain Intensity Scale (NPIS: 0-10). I soggetti sono stati suddivisi in 3 gruppi in base al controllo del dolore alla dimissione: NPISd 5-10 = risoluzione scarsa (n.22), 3-4 = moderata (n.28), 0-2 = completa (n.20).

RISULTATI

I gruppi non differiscono significativamente per età, stato cognitivo, motorio e funzionale, nè per trattamento. I pazienti con NPISd 5-10 avevano maggior dolore all'ingresso, sebbene i medici abbiano giudicato la severità clinica della loro OA inferiore rispetto a quella degli altri gruppi. Il numero di sintomi depressivi non differisce nei 3 gruppi nè all'ingresso nè alla dimissione. La diagnosi psichiatrica prevalente nel gruppo NPISd 5-10 è la distimia, negli altri 2 gruppi è il disturbo dell'adattamento con umore depresso.

CONCLUSIONI

1/3 dei pazienti anziani con dolore cronico da OA dopo 1 mese di trattamento medico-riabilitativo ha uno scarso controllo dei sintomi, non dovuto a caratteristiche clinico-somatiche, ma probabilmente in conseguenza di specifici disturbi del tono dell'umore, come la distimia.

UNA LETTURA SISTEMICA AL “CARE” DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA

Cruciata Sandra¹, Marchese Giuseppe²

¹*I.E.FCO.S.T.RE Trapani* ²*UVA, AUSL9 Trapani*

INTRODUZIONE

La “care” di pazienti affetti da demenza, mostra limiti di prestazioni che, culturalmente e storicamente, siamo abituati ad offrire. La progressione della malattia ci pone di fronte a domande e bisogni diversi. Modelli di intervento, che declinano il tempo della malattia in epoche neurologiche, psichiatriche ed internistiche, seppur efficaci nella produzione di risposte che rispondono a logiche di causalità lineare, mostrano limiti se le variabili in gioco diventano più numerose e fortemente interconnesse.

METODI

Reclutamento di 15 pazienti con diagnosi di malattia di Alzheimer probabile. Programmazione mensile, per la durata di un anno, di colloqui ad orientamento sistemico relazionale, finalizzati all’informazione ed al sostegno dei familiari/caregivers, in vista di una modificazione delle disfunzioni relazionali intra ed extrafamiliari che accompagnano la gestione della malattia e la qualità dell’assistenza prestata.

RISULTATI

Il lavoro, condotto con i familiari/caregivers dei pazienti affetti da demenza, ha evidenziato la presenza di specifici bisogni e difficoltà fase-correlati. L’integrazione dell’intervento medico e psicologico ha permesso il miglioramento dell’assistenza offerta ai pazienti. Si è inoltre assistito ad una modificazione della sofferenza prodotta dalla circolarità delle azioni e reazioni che legano paziente e caregivers in circuiti relazionali ed affettivi disfunzionali capaci di compromettere la qualità dell’assistenza.

CONCLUSIONI

Il lavoro, qui presentato, mostra la natura sempre più “sistemica” della A.D.. Numerosi e “concentrici” si rivelano i sottosistemi coinvolti (famiglia nucleare, famiglia estesa, sistema sanitario, servizi sociali, ricerca,...). La possibilità di costruire una “rete” di interventi integrati seppur differenziati, permette di migliorare la gestione della malattia accrescendo il tempo di permanenza del paziente all’interno del contesto affettivo e sociale che meglio conosce. La sfida fondamentale riguarda la nostra capacità di sentire come risorse quegli stessi livelli di incertezza da cui siamo abituati a fuggire. È il passaggio da una epistemologia classica ad una epistemologia della complessità che può aiutarci a sviluppare nuove sinergie.

DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE E DEMENZA: STUDIO LONGITUDINALE PER L'IDENTIFICAZIONE DI FATTORI DI RISCHIO

**Delrio Ilenia MD#, Rozzini Luca MD#*, Vicini Chilovi Barbara MD#*,
Bertoletti Erik MD#, Conti Marta MD#, Trabucchi Marco MD, PhD*
e Padovani Alessandro MD, PhD#**

#Dipartimento di Neurologia, Università degli Studi di Brescia

*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

L'esistenza di fattori di rischio per la conversione a demenza di Alzheimer nei soggetti con decadimento cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment, MCI) ci consente di individuare soggetti con un aumentato rischio di demenza. Ad oggi, gli sforzi effettuati per discriminare nel gruppo di soggetti MCI coloro che progrediscono a demenza da quelli che si manterranno stabili nel tempo non hanno portato a risultati conclusivi e generalizzabili nella routinaria pratica clinica.

SCOPO

Individuare potenziali fattori di rischio clinici e socio-demografici di conversione a demenza, a due anni, in un campione di soggetti con disturbo soggettivo di memoria, che rispondono ai criteri per la diagnosi di MCI (secondo i criteri di Petersen, 1999).

MATERIALI E METODI

80 soggetti afferiti consecutivamente presso la Clinica per lo studio delle malattie neurodegenerative e legate all'invecchiamento della Clinica Neurologica dell'Università degli Studi di Brescia, lamentando un disturbo soggettivo di memoria, riconosciuti affetti da MCI valutati con assessment multidimensionale e batteria neuropsicologica standardizzata alla baseline e dopo due anni. I soggetti che mostravano peggioramento cognitivo con conversione ad AD dopo due anni, sono stati definiti *Dementi*; i soggetti che alla valutazione effettuata dopo due anni non mostravano peggioramento sono stati definiti *Stabili*.

RISULTATI

I soggetti *Dementi* (N=38, 47.5%) erano più vecchi ($p=.001$) rispetto agli *Stabili* (N=42, 52.5%). Le loro performances cognitive globali, alla baseline, erano maggiormente compromesse quando valutate con MMSE ($p=.002$) o con ADAS-Cog ($p=.000$); inoltre, già alla baseline, i soggetti *Dementi* mostravano una maggior compromesse sul piano funzionale (Instrumental Activities of Daily Living, IADL, funzioni perse, $p=.003$). L'utilizzo di farmaci antiipertensivi era maggiore nei soggetti *Stabili* rispetto ai *Dementi* ($p=.02$); è stato inoltre osservato, nei *Dementi*, un livello più alto di omocisteina plasmatica ($p=.03$). Attraverso un modello di regressione logistica (enter) l'utilizzo cronico di anti-

antiipertensivi si associava in modo indipendente alla stabilità nelle performance cognitive dopo due anni, mentre l'età più avanzata e un punteggio maggiore all'ADAS-Cog alla baseline erano indipendentemente associati alla conversione a demenza.

CONCLUSIONI

L'essere più vecchi e avere scarse performance cognitive alla baseline, sono indipendentemente associati a conversione a demenza mentre l'utilizzo di antiipertensivi, in particolare di ACE inibitori sembrerebbe essere fattore protettivo.

COMORBILITA' MEDICA NEI SOGGETTI DEMENTI: RISULTATI DAL PROGETTO ReGAI

**Ercolani Sara, Mariani Elena, Caputo Miriam, Mangialasche Francesca,
Ingegni Tiziana, Senin Umberto, Mecocci Patrizia e il gruppo del Progetto ReGAI**

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia, Perugia, Italia

INTRODUZIONE

Relativamente pochi studi hanno esaminato la prevalenza della comorbilità medica nei soggetti dementi. In questo studio epidemiologico siamo andati a verificare la prevalenza della comorbilità medica nei soggetti con deficit cognitivi e con demenza.

METODI

Lo studio ha preso in considerazione i dati provenienti dal Progetto ReGAI (Rete Geriatrica Alzheimer), in 45 centri Geriatrici Italiani dal gennaio 2001 al novembre 2005. Sono stati considerati 4075 soggetti. Ciascun paziente è stato sottoposto ad una valutazione accurata secondo un protocollo standardizzato. Per questo studio abbiamo preso in considerazione tutti i dati anamnestici riguardanti la comorbilità. Per quantificare la comorbilità abbiamo utilizzato la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ed il numero di patologie.

RISULTATI

La popolazione studiata era formata da 2640 femmine (età media $77,5 \pm 7,4$ aa, scolarità $5,2 \pm 3,3$ aa e MMSE $19,2 \pm 6,4$) e 1435 maschi (età media $76,2 \pm 7,3$ aa, scolarità $7,0 \pm 4,4$ aa e MMSE $21,1 \pm 6,6$). La demenza era la più frequente diagnosi osservata, riguardando il 72,8% della popolazione (AD 50,3%, VaD e altri sottotipi vascolari 18,2%, altre 4,3 %). Gli altri gruppi considerati erano i soggetti controllo (17,7%) o con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (9,5%). I soggetti con forme vascolari di demenza mostrano una più severa comorbilità confrontandoli con gli altri gruppi ($p < 0,001$), indipendentemente da età, sesso e gravità della demenza. Inoltre questi soggetti hanno una comorbilità vascolare più grave (item della CIRS considerati vascolari: cardiologico, ipertensione, malattie vascolari e patologie endocrine), ma anche una comorbilità non vascolare più importante (altri item della CIRS). Infine anche il numero di patologie è più elevato nei soggetti con demenza vascolare rispetto agli altri soggetti.

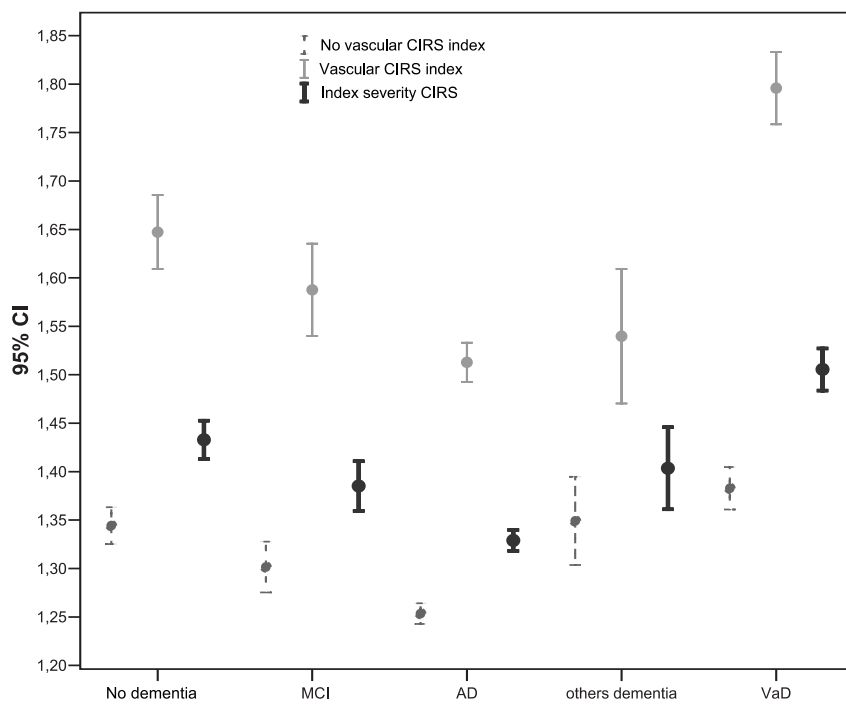


Figura 1. Cumulative Illness Rating Scale in base alle diagnosi

CONCLUSIONI

L'attenzione alla comorbilità potrebbe offrire un potenziale aiuto nel trattamento dei soggetti dementi.

CREATIVITA' ALL'INTERNO DELLA "NEBBIA DELL'ANIMA"

**Firetto Silvia², Ghisla Maria Karin¹, Baroni Fiorenzo¹, Minelli Dorella¹,
Barbi Pieranna¹, Grassi Vittorio²**

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

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

S.G, uomo di 80 anni, 18 anni di scolarità, ex giornalista, viene accompagnato dai nipoti in via non collaterale presso la nostra Unità di Valutazione e Riabilitazione Geriatrica per una valutazione delle condizioni cliniche e cognitivo-comportamentali.

Il paziente vive solo, ad eccezione dei tre cani ai quali si accompagna, in pessime condizioni igienico-sanitarie, rifiutando qualsiasi tipo di assistenza domiciliare.

Durante la disinfezione del domicilio da parte dei Servizi Sociali vengono trovati scarafaggi, pulci e zecche.

All'ingresso in Reparto il paziente si presenta in scadenti condizioni generali, denutrito e sporco. I familiari riferiscono che si alimenta con ciò che trova in casa e da diversi mesi non risponde al telefono e non apre alla porta. Per tale motivo sono stati allertati i Servizi Sociali con i quali di comune accordo si è deciso di ricoverare il paziente.

L'esame obiettivo generale evidenzia importante dimagrimento, ipotrofia muscolare e lieve ipostenia agli arti inferiori. La valutazione multidimensionale all'ingresso mostra un MMSE corretto per età e scolarità di 17.1/30 e una GDS di 3/30. La valutazione neuropsicologica evidenzia disorientamento spazio temporale, memoria episodica patologica, deficit di memoria autobiografica. I familiari riferiscono la recente comparsa di deliri di latrocinio e persecuzione. Raccontano come, circa un mese prima dell'ingresso, il paziente, al ritorno da una conferenza dove era relatore, abbia smarrito la propria auto. Ha quindi sporto denuncia, scrivendo 5 lettere alle Forze Pubbliche, ognuna con un contenuto diverso circa le modalità di smarrimento (falsi poliziotti che gli avevano sequestrato l'auto, forze dell'ordine che gli avevano chiesto in prestito l'auto per un inseguimento, furto, ecc.).

Durante i primi giorni di ricovero il paziente presenta delirium ipercinetico. È persistentemente disorientato nello spazio e nel tempo, agitato, con continui episodi di wandering notturni e diurni. Rifiuta la fisiochinesiterapia, è insofferente e riferisce di sentirsi "*prigioniero come in un campo di concentramento*" cercando insistentemente una via d'uscita per abbandonare l'Ospedale. È preoccupato per la sorte dei cani che senza di lui non hanno i mezzi per approvvigionarsi il cibo.

Viene eseguita TC encefalo che, unitamente alla valutazione neuropsicologica, permette di porre diagnosi di Demenza di Alzheimer di grado moderato (CDR 2) associata a malattia cerebrovascolare.

In seguito all'introduzione di adeguata terapia farmacologica per i disturbi comportamentali, a una corretta alimentazione, al graduale recupero dei ritmi sonno-veglia e una continua assistenza professionale e umana da parte del personale si è assistito al progressivo adattamento del paziente all'ambiente, buona compliance alla FKT e l'accettazione di un caregiver per il domicilio.

Il paziente, dimesso dopo quindici giorni di degenza, lascia il reparto...con un ricordo:

Alle care creature che ho incontrato qui.

*“Siete libellule gentili che volano vibrando di vita
tra dolori, cadute, speranze dedicando la vostra giovinezza e bellezza e gioia di vivere
ad anziani, a sofferenti, a creature provate e vinte.*

*Chi ha più alto compito e destino di voi che aiutate gli afflitti e date un sorriso a un luogo di
pena e di attesa dove la morte e la vita giocano a scacchi ogni ora, ogni giorno, ogni istante
che la clessidra del tempo trascina tra i reparti dell'eterno dolore?*

*Vi saluto, angeli della terra, più credibili degli angeli con le ali
perché voi correte da un letto all'altro*

*con i vostri piedi talora doloranti e affaticati
e conservate sempre un sorriso per chi, nei letti del dolore,
misura il peso delle ore, dei minuti, degli istanti.*

*Siate benedette. Il poeta vi ama tutte perché siete poesia
E vi affida a Dio –il maggior Poeta– che vi protegga e vi sostenga”.*

S.G., umilissimo

LA MALATTIA CEREBROVASCOLARE SOTTOCORTICALE PREDICE IL RISCHIO DI CADUTA A 12 MESI IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA DISTURBO DELLA MARCIA

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

*UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona,
#Università Tor Vergata, Roma, e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

SCOPO DELLA RICERCA

Le cadute sono comuni nella popolazione anziana.⁽¹⁾ Obiettivo di questo studio è valutare se la presenza di Lesioni Cerebrovascolari Sottocorticali (LCS), che è noto siano tipicamente associate a disturbi della marcia (DM),^(2,3) predica il verificarsi di cadute a 12 mesi.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati tutti i soggetti ultra65enni ricoverati consecutivamente presso il reparto dal Giugno 2004 al Dicembre 2005 per un DM su base osteoartrosica e neurologica. Sono stati esclusi i pazienti affetti da ictus recente o neoplasie avanzate. I pazienti sono stati sottoposti all'ingresso a valutazione multidimensionale che comprendeva: variabili demografiche, stato cognitivo, stato affettivo e salute somatica. Lo stato funzionale è stato valutato con l'indice di Barthel premorboso, all'ingresso ed alla dimissione. La presenza e la gravità di LCS sono state misurate con una scala standardizzata di valutazione visiva della TC encefalo, secondo la quale a punteggi inferiori a 12.6 corrispondevano LCS assenti-lievi, a punteggi tra 12.7-22.2 LCS lievi, a punteggi tra 22.2-44.4 LCS moderate e a punteggi superiori a 44.4 LCS severe.⁽⁴⁾ Per tutti i pazienti è stato effettuato un follow-up telefonico a 12 mesi, nel corso del quale veniva rilevata l'insorgenza di eventi avversi (cadute, istituzionalizzazione e morte).

RISULTATI

I 249 pazienti (età media 79.2 ± 6.0 ; femmine, 75.5%) sono stati suddivisi in due gruppi in base al verificarsi di cadute a 12 mesi dalla dimissione. Come riportato in tabella i pazienti caduti almeno una volta nei 12 mesi erano significativamente più anziani, più depressi, cognitivamente e funzionalmente più compromessi, affetti da una maggiore severità di LCS. Quando le differenze tra i 2 gruppi venivano inserite in un modello di regressione logistica multivariata solo le classi di LCS moderata e severa predicevano in modo significativo il rischio di caduta (OR=2.8, 95% Confidence Interval 1.1 to 6.9, $p=0.024$; and OR=3.0, 95% CI 1.2 to 7.5, $p=0.018$).

Tabella	Non cadute (n=193) (media±ds)	Cadute (n=56) (media±ds)	<i>p</i> *
Età	78.8±6.1	80.9±5.2	0.20
Mini Mental State Examination	22.8±4.4	21.1±5.7	0.04
Geriatric Depression Scale	6.1±3.5	7.2±3.5	0.04
Charlson Index	2.8±1.9	2.8±1.7	0.95
Albumina	3.2±0.4	3.2±0.3	0.94
BMI	24.5±4.7	23.7±4.1	0.28
Durata della degenza	23.1±9.0	22.8±9.0	0.83
Instrumental Activities of Daily Living	3.8±3.7	4.4±2.5	0.26
Barthel Index premorbo	84.1±19.8	76.1±23.5	0.01
Barthel Index ingresso	61.5±25.9	55.4±26.9	0.12
Barthel Index dimissione	80.2±20.4	74.4±22.8	0.06
Lesioni Cerebrovascolari Sottocorticali	24.5±17.3	32.3±16.2	0.00

*significatività all'ANOVA

CONCLUSIONI

La gravità di LCS predice l'insorgenza di cadute a 12 mesi in soggetti con DM.

Bibliografia essenziale

1. Rantanen T, Guralnick JM, Ferrucci L et al. Coimpairments as predictors of severe walking disability in older women. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 21-27.
2. Starr JM, Leaper SA, Murray AD, et al. Brain white matter lesions detected by magnetic resonance imaging are associated with balance and gait speed. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003 Jan;74(1):94-8.
3. Sachdev PS, Wen W, Christensen H, et al. White matter hyperintensities are related to physical disability and poor motor function. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Mar;76(3):362-7.
4. Guerini F, Frisoni GB, Bellelli G, et al. Subcortical vascular lesions predict functional recovery following rehabilitation in patients with L-Dopa refractory parkinsonism. *J Am Geriatr Soc* 2004;52: 252-256.

FAMILIARI: VITTIME NASCOSTE

Lussignoli Giulia, Rosa Erika, Sabatini Federica, Lamanna Laura, Chiappa Adriano, Di Cesare Silvia, Zanetti Orazio

IRCCS, Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, U.O. Alzheimer, Brescia

Assistere un paziente affetto da demenza rappresenta per i familiari un'esperienza che mette a dura prova il loro equilibrio psico-fisico. È importante, quindi, capire quali sono i bisogni sulla base dei quali pianificare tipologie d'intervento che possano risultare mirate ed efficaci rispetto ai bisogni espressi.

Sono stati pertanto valutati 51 caregiver primari di pazienti affetti da demenza di grado moderato-severo (MMSE: 9 ± 7 ; età media di 81 ± 7 anni) ricoverati presso la nostra U.O. Alzheimer. Per ciascun caregiver sono state raccolte le seguenti informazioni: 1) dati socio-demografici; 2) sintomi depressivi (CES-D, *Center for epidemiological studies depression scale*); 3) carico assistenziale (CBI, *Caregiver Burden Inventory*) che indaga i seguenti aspetti: carico oggettivo, carico evolutivo, carico fisico, carico sociale, carico emotivo; 4) questionario sulla conoscenza della malattia di Alzheimer; 5) questionario sulla rilevazione dei Bisogni del familiare suddivisi in 4 aree specifiche: area medico - diagnostica, area formativa, area psicologica, area sociale. Il campione di caregiver esaminato è costituito nel 67% da femmine, nell'82% da figli, nel 13% da coniugi ed ha età media di 55 ± 10 anni. Il 61% dei caregiver si avvale dell'ausilio di qualche servizio di supporto assistenziale: il 33% della presenza di una badante a domicilio, il 10% dell'Assistenza Domiciliare Integrata, il 14% del Centro Diurno ed il 4% dell'RSA.

I dati raccolti relativamente ai bisogni espressi dai familiari rilevati al momento del ricovero nella nostra struttura mostrano che il 63% dei familiari ha la necessità di avere maggiori informazioni rispetto alla diagnosi, il 74% rispetto alla conoscenza della malattia e il 71% relativamente alla terapia farmacologica. I bisogni educativi espressi sono per il 77% inerenti ad una corretta informazione rispetto all'acquisizione di modalità di comunicazione efficaci con i pazienti, per il 75% inerenti alla gestione di disturbi cognitivi e comportamentali e per il 65% per la gestione dei deficit funzionali e il 21% chiede la possibilità di inserire la propria badante in percorsi formativi specifici sulle demenze. Per quanto riguarda i bisogni emotivi e psicologici espressi il 51% necessita di informazioni su come gestire lo stress dell'assistenza, il 57% desidera uno spazio in cui poter elaborare ansia, senso di colpa, depressione, rabbia e sentimenti di solitudine e imbarazzo; il 37% esprime difficoltà di accettazione della malattia, il 40% trova faticosa l'inversione dei ruoli familiari e sperimenta una reazione di lutto, il 12% chiede supporto per affrontare la fase terminale della vita del paziente e il 30% un supporto psicologico per l'inserimento del paziente in RSA.

I bisogni sociali emergenti vertono sulla conoscenza dei servizi disponibili sul territorio (57%), sulla modalità di richiesta dell'indennità di accompagnamento (16%), sulla possibilità di inserimento in RSA o in un CD (40%) e sulla possibilità di venire a contatto con associazioni per i familiari che si occupano in modo specifico di demenza (40%).

La presenza di un'alta percentuale di familiari che esprimono il bisogno di maggiore conoscenza della malattia e di una diagnosi chiara e che mostrano gravi difficoltà di comunicazione e di accettazione della demenza con un'esperienza di caregiving maggiore di 5 anni (trattandosi di pazienti con una demenza di grado moderato - severo), evidenzia la ancora scarsa attitudine dei servizi verso i bisogni dei familiari e li pone tuttora in una condizione di "vittime nascoste".

DEPRESSIONE GERIATRICA E RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE O DECESSO A 12 MESI IN PAZIENTI ANZIANI DIMESSI DA UN REPARTO DI RIABILITAZIONE

**Magnifico Francesca^{1,3}, Lucchi Elena^{1,3}, Bertulli Anna¹, Barisione Emanuela^{1,3},
Guerini Fabio^{1,3}, Marrè Alessandra^{1,3}, Pagani Marco^{1,3}, Speciale Salvatore^{1,3},
Turco Renato^{1,3}, Bellelli Giuseppe^{1,3}, Trabucchi Marco^{2,3}**

¹*Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona;* ²*Università "Tor Vergata", Roma;*

³*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

INTRODUZIONE

La depressione nel setting riabilitativo costituisce un fenomeno rilevante, tanto che sono numerosi gli studi che indagano la relazione fra depressione e recupero funzionale nei soggetti colpiti da stroke. Tuttavia è ancora poco studiato l'impatto della depressione sugli outcome a lungo termine (istituzionalizzazione o decesso) nei pazienti anziani affetti da patologie differenti dallo stroke. Scopo di questo lavoro è analizzare, in una popolazione di ultra65enni ricoverati in un reparto riabilitativo per stroke o patologie differenti, la prevalenza dei sintomi depressivi e l'impatto di tale aspetto sulla mortalità e il ricovero in RSA.

METODI

Sono stati studiati 469 soggetti con più di 65 anni ammessi consecutivamente e per la prima volta nel nostro reparto (UO. Riabilitazione) dal gennaio 2002 al febbraio 2005. I soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione geriatrica che includeva: stato cognitivo (Mini Mental State Examination, MMSE), sintomi depressivi (Geriatric Depression Scale a 15 item, GDS), comorbidità somatica (Charlson Index), stato funzionale sia all'ingresso che alla dimissione (Functional Independence Measure, FIM e Barthel Index). A 12 mesi è stato effettuato follow-up telefonico, indagando la situazione relativa all'eventuale istituzionalizzazione o decesso. Le analisi sono state effettuate dividendo il campione in quattro gruppi, in base alla diagnosi di stroke recente (< 3 mesi) ed alla presenza di sintomi depressivi. Si sono quindi costituiti i seguenti gruppi: gruppo SD, pazienti con stroke e depressione; gruppo SND, pazienti con stroke e senza depressione; gruppo NSD, pazienti senza stroke con depressione; gruppo NSND, pazienti senza stroke non depressi.

RISULTATI

I pazienti reclutati erano mediamente anziani (76.5±7.6) e prevalentemente di sesso femminile (76.1%); il punteggio alla GDS era maggiore o uguale a 6/15, indicativo di depressione moderata o severa, nel 37.7% dei casi. I pazienti SD e SND sono più comorbiditi, più compromessi cognitivamente e più depressi rispetto ai soggetti appartenenti ai restanti due gruppi. In particolare, i soggetti depressi (SD e NSD) sono più comorbiditi, più

compromessi funzionalmente e cognitivamente sia rispetto ai soggetti SND, che ai soggetti NSND. Ad un anno di distanza i pazienti depressi hanno una maggiore probabilità di morire o di essere ricoverati in casa di riposo rispetto ai soggetti non depressi, sia con che senza stroke.

CONCLUSIONI

Dai dati presentati emerge il ruolo della depressione come proxy di outcome negativi a 12 mesi, nei soggetti anziani con o senza stroke. Si potrebbe ipotizzare che la depressione rappresenti un marker di fragilità, sia attraverso una riduzione della partecipazione del soggetto depresso alle sedute di riabilitazione (perdita di motivazione), sia attraverso una vulnerabilità biologica (incrementando il rischio di istituzionalizzazione e morte). È per questo motivo che la valutazione dei sintomi depressivi rappresenta una parte fondamentale dell'assessment geriatrico in ambito riabilitativo.

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT E DECLINO FUNZIONALE. RISULTATI DAL PROGETTO ReGAI

Mariani Elena*, **Ercolani Sara***, **Caputo Miriam***, **Rinaldi Patrizia***,
Monastero Roberto#, **Senin Umberto***, **Mecocci Patrizia*** for the ReGAI study group

**Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
Università di Perugia*

*# Laboratorio di Epidemiologia e Psicologia dell'Invecchiamento e Demenza,
Sezione di Neurologia e Psichiatria, DiNOOP, Università di Palermo*

INTRODUZIONE

Il Mild Cognitive Impairment (MCI) viene generalmente considerato come una condizione intermedia tra invecchiamento e demenza. MCI, a differenza della demenza molto lieve, è generalmente caratterizzato dalla presenza di un deficit cognitivo selettivo e da una sostanziale preservazione della capacità di svolgimento delle attività di vita quotidiana. È dimostrato tuttavia che anche un lieve deterioramento cognitivo può determinare disabilità nelle attività più complesse di vita quotidiana. Lo scopo di questo studio è analizzare lo stato funzionale dei soggetti con MCI, rispetto a anziani cognitivamente integri, e individuare quali sono le attività maggiormente compromesse.

SOGGETTI E METODI

Sono stati analizzati 132 soggetti con MCI amnesico (aMCI), classificati secondo i criteri di Petersen, confrontati con 249 soggetti anziani cognitivamente integri presi come controlli, partecipanti ad uno studio clinico multicentrico italiano (Progetto ReGAI). Ciascun soggetto è stato sottoposto ad una approfondita valutazione clinica, neurologica e neuropsicologica. Lo stato funzionale è stato valutato mediante le seguenti scale: Basic Activities of Daily Living (BADL) e Instrumental Activities of Daily living (IADL). Le analisi sono state eseguite utilizzando Statistical Package for Social Science (SPSS) versione 12.0 per Windows.

RISULTATI

Non sono emerse differenze nella capacità di svolgimento delle BADL tra i due gruppi. Al contrario gli MCI hanno mostrato una maggiore disabilità nelle IADL rispetto ai controlli (OR 1.7, 95% CI 1.0-2.8, anche dopo correzione per età, sesso, scolarità e comorbidità). In particolare tra gli item delle IADL, una maggiore disabilità veniva registrata nella capacità di fare la spesa (OR 2.9, 95% CI 1.7-5.0), di assumere farmaci (OR 5.3, 95% CI 2.2-12.7), e nella gestione del denaro (OR 3.8, 95% CI 1.2-12.2).

CONCLUSIONI

Questo studio conferma l'osservazione di un lieve ma importante cambiamento nelle capacità di svolgimento delle attività di vita quotidiana anche nelle fasi molto precoci di deterioramento cognitivo. Una disabilità nelle attività più complesse dovrebbe pertanto essere un criterio di inclusione piuttosto che di esclusione nella diagnosi di MCI.

VALIDAZIONE DI UNO STRUMENTO PER VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI AGIRE (COMPETENCE) DEI MALATI CON ALZHEIMER

Martina Azelio¹, Sacco Leonardo¹, Stefanini Stefano¹ e Defanti Carlo Alberto¹

¹Centro Alzheimer, Ospedale "Briolini", Gazzaniga (BG)

Nell'ambito di uno studio sulla *competence* dei pazienti con Alzheimer è stato tradotto e modificato uno strumento di valutazione messo a punto da Grisso T e Applebaum PS (Assessing competence to consent to treatment, Oxford University Press, New York 1998).

Si tratta del McArthur Competence Assessment Tool-Treatment (McCAT-T)

Una serie di 20 pazienti saranno studiati per esplorare la loro *capacità di agire (competence)* ai fini della determinazione della validità della loro scelta in diversi ambiti:

- a. in materia di designazione di un fiduciario (*proxy*)
- b. in materia di decisioni circa l'essere curati a casa vs. ricovero in ospedale o in RSA

Un gruppo egualmente numeroso di *caregiver* verranno studiati mediante il test McCAT modificato in funzione delle decisioni a. e b.

Il test è in sostanza un'intervista strutturata che dà luogo a un *rating* numerico per ogni ambito esplorato. Le interviste saranno videoregistrate e successivamente riviste da tre medici esperti che si pronunceranno sulla *capacità* sia dei malati che dei *caregiver*. Nel caso dei *caregivers* le domande saranno volte in modo ipotetico (se Lei si trovasse in questa condizione...).

La prima fase del lavoro prevede l'apprendimento della tecnica di intervista attraverso interviste simulate degli intervistatori con i ricercatori.

Successivamente si procederà a:

1. Videoregistrazione delle interviste, previo consenso dei pazienti e dei caregiver
2. Codifica da parte degli intervistatori con attribuzione di punteggi (0-1-2) alle quattro aree esplorate dal test (comprensione, apprezzamento, ragionamento, espressione di una scelta) secondo i criteri di Appelbaum e Grisso
3. Formulazione di un *giudizio globale di capacità (competence)* dato da tre esperti indipendenti, a partire dalle interviste videoregistrate, ma in cieco rispetto alla codifica dei test MacArthur che verrà effettuata da altri.

PSEUDODEMENZA ISTERICA: UN CASO CLINICO

**Minelli Dorella¹, Ghisla Maria Karin¹, Baroni Fiorenzo¹, Firetto Silvia²,
Ferlucci Cristina², Spassini Guglielmo¹, Grassi Vittorio²**

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

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

Estremamente frequente in età geriatrica è il riscontro di compromissione cognitiva nell'ambito di un disturbo psichiatrico primario. L'isteria è spesso pensata come una manifestazione tipica dell'età giovanile e alcuni autori affermano che la conversione isterica è "scomparsa". In realtà l'espressione dei sintomi isterici nel contesto del mondo occidentale, più che essersi dissolta nel nulla, potrebbe essersi modificata passando da una modalità di tipo eminentemente somatico a un'espressione incentrata sull'assetto cognitivo. L'isteria di conversione è un meccanismo di difesa automatico e inconscio mediante il quale un'emozione, percepita inaccettabile o dovuta a stimoli stressanti eccessivi, viene convertita in sintomi fisici o psichici. Tale condizione garantisce un vantaggio primario (unico compromesso possibile per le caratteristiche psicologiche del paziente di eliminare l'ansia) e vantaggi secondari (possibilità di essere al centro dell'attenzione, di essere più amati, di non prendere decisioni o di non assumere responsabilità, di ricattare emotivamente gli altri). Nella pseudodemenza isterica le performance ai test cognitivi sono deficitarie, ma mancano le turbe comportamentali della demenza. La compromissione cognitiva è, in realtà, molto fluttuante e risente in maniera evidente delle variazioni ambientali. Spesso si associa a manifestazioni teatrali, ostentazione e accentuazione dei sintomi, tratti di personalità narcisistici, anamnesi positiva per disturbi psichiatrici con prevalenti sintomi depressivi e livello socio-culturale basso. Non è infrequente, il rilievo nelle famiglie di pazienti con pseudodemenza isterica, la presenza di familiari portatori di un importante deficit cognitivo che avrebbero fornito un preciso modello da imitare. F. M. donna di 67 anni, 3 anni di scolarità, vive con il marito affetto da Demenza di Alzheimer, giunge alla nostra osservazione per valutazione del deficit cognitivo. I familiari riferiscono da circa due anni (in coincidenza di un lutto familiare e della separazione di un figlio) deficit mnemonici e saltuari stati confusionali gradualmente peggiorati nel tempo. La paziente al domicilio è dipendente nelle attività strumentali (8 funzioni perse) e parzialmente nelle attività basali della vita quotidiana (4 funzioni perse). In anamnesi viene segnalata ipertensione arteriosa, BPCO, artrosi polistazionale. All'esame obiettivo generale e neurologico si segnala facies apatica, sovrappeso, ipostenia ai 4 arti, ROT ridotti agli arti inferiori. Dalla valutazione multidimensionale all'ingresso emerge: autosufficienza nelle attività di base della vita quotidiana (vestirsi, recarsi alla toilette, mobilità, continenza, pulizia personale), MMSE: 16.4/30, GDS 19/30, Tinetti 21/28. Durante la valutazione neuropsicologica la paziente mostra atteggiamento di concentrazione ostentato e teatrale, estrema lentezza nelle risposte malgrado la semplicità delle domande. Durante la conversazione accentua la sintomatologia somato-psichica riferendo di essere molto affaticata, e "il doversi concentrare le provoca dolore alle orecchie, gola, e testa"; sottolinea di essere molto malata per aver subito 20 inter-

venti chirurgici (non descritti in anamnesi), e per le “sue gravi condizioni fisiche e di memoria dovrà assumere una badante”. Dalla valutazione psicometrica emerge compromissione globale di grado moderato; i test comportamentali (*Brief Symptom Inventory Scale BSIS*) denotano disturbi di somatizzazione, ossessione-compulsione, depressione e ansia; al *test di memoria dei 15 item di Rey* ottiene un punteggio di 3/15 (*cut-off* 8). Dalla valutazione globale del caso viene posta diagnosi di pseudodemenza isterica.

La pseudodemenza isterica è l'espressione di modalità di adattamento del soggetto anziano alle modificazioni relazionali, sociali e ambientali che caratterizzano l'età senile: il paziente utilizza i propri deficit psichici o fisici come modalità comunicativa privilegiata con il mondo. L'importanza di un approccio multidisciplinare permette di evitare il facile rischio di considerare come irrimediabili e irreversibili situazioni che potrebbero risolversi con un'adeguata e specifica psicoterapia e con interventi mirati sull'ambiente socio-relazionale dei soggetti.

IPERTIROIDISMO E SINTOMI NEUROPSICHIATRICI IN ETÀ GERIATRICA: UN CASO CLINICO

Orini Stefania², Ghisla Maria Karin¹, Baroni Fiorenzo¹, Firetto Silvia²,
Ferlucci Cristina², Spassini Guglielmo¹, Romanelli Giuseppe², Grassi Vittorio²

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

²Università di Brescia, Cattedra di Medicina Interna II, Scuola di Specializzazione in Geriatria

Le malattie della tiroide sono molto comuni in età geriatrica e, se non trattate, sono associate ad elevata morbilità. L'ipertiroidismo è frequente nelle persone in età adulta, ma nel 10-15% dei casi, interessa gli ultrasessantenni. La prevalenza dell'ipertiroidismo nell'anziano varia dall'0.5% al 3.6%. Il 20-40% dei pazienti manifesta sintomi neuropsichiatrici caratterizzati da umore depresso, inattività, letargia, pseudodemenza. (Figura 1) I disturbi comportamentali e i cambiamenti psicologici associati, possono variare dall'insorgenza di ansia, disforia, insonnia, labilità emotiva, delirium ad un quadro sintomatologico opposto che mima sintomi depressivi, *l'ipertiroidismo apatico* (20-40% dei casi nella popolazione anziana)

Le alterazioni cognitive associate a ipertiroidismo variano da deficit d'attenzione e concentrazione, difficoltà nella risoluzione di problemi di livello superiore fino a un quadro di franca demenza. La depressione rappresenta la più frequente manifestazione neuropsichiatrica e può precedere la comparsa dei segni e sintomi clinici. V.G., una donna di 74 anni, pensionata, vedova, vive sola, cinque anni di scolarità, familiarità per neoplasie e malattie neuropsichiatriche, viene inviata al nostro ambulatorio con il sospetto di "depressione associata a sintomi psico-somatici".

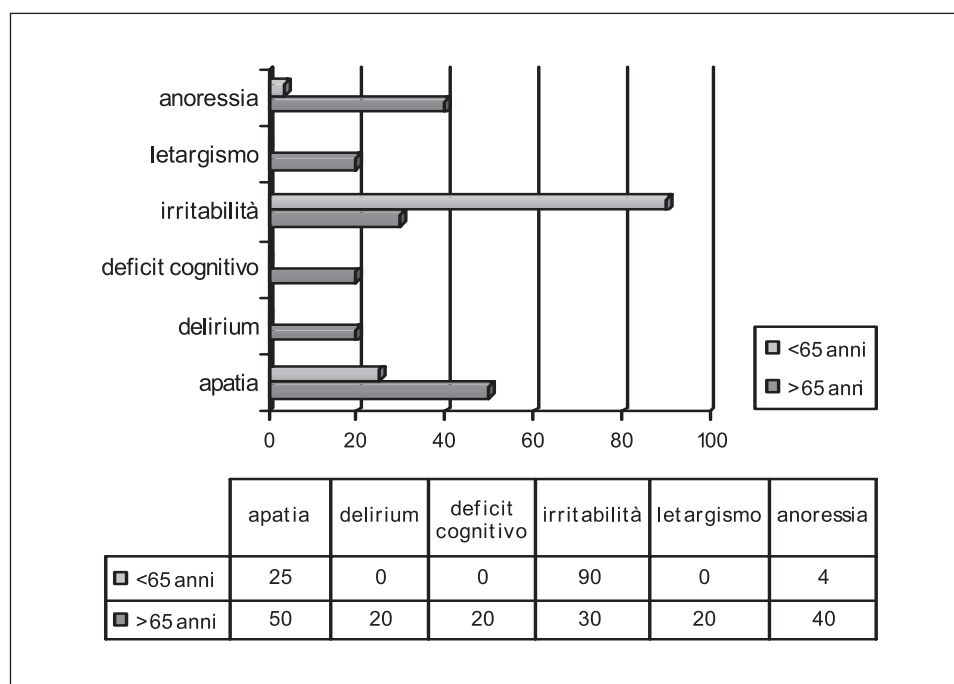


Figura 1. Frequenza di alcuni sintomi neuropsichiatrici in corso di ipertiroidismo

La paziente durante il colloquio riferisce calo ponderale di 3-4 kg negli ultimi tre mesi, stanchezza, facile affaticabilità, tremore, frequenti crisi di pianto, sudorazione profusa, tachipnea, cardiopalmo e insonnia; viene pertanto ricoverata presso la nostra Unità di Valutazione e Riabilitazione Geriatrica per valutazione del caso. In anamnesi ipertensione arteriosa grado 1 stadio II (rischio cardiovascolare medio OMS 1999), insufficienza venosa arti inferiori, microangiopatia periferica. Dall'esame obiettivo e neurologico si evidenziano condizioni generali scadute, facies ansiosa, cute sudata e pallida, lingua impaniata, attività cardiaca tachicardica e aritmica, tachipnea, tiroide apprezzabile alla palpazione con lobo sinistro di dimensioni maggiori rispetto al destro, lieve deviazione della rima buccale, ipotrofia degli arti superiori ed inferiori, ROT accentuati ai quattro arti, fini tremori agli arti superiori. La valutazione multidimensionale all'ingresso mostra: BADL: 0 funzioni perse, Indice di Barthel 97/100, IADL: 2 funzioni perse (necessita di aiuto negli acquisti e nel cucinare), MMSE 28.4/30, GDS 19/30, stato nutrizionale nella norma. La valutazione neuropsicologica evidenzia *insight* dell'attuale malessere somatico e psichico, stato d'ansia, disforia, facile irritabilità, insonnia, borderline le prove di *Problem solving*. Agli esami ematochimici si evidenzia un quadro compatibile con ipertiroidismo, anticorpi antirecettore TSH=17 IU (v.n. inferiore a 1), Anticorpi anti tireoglobulina 222 UI/ml (v.n. inferiore a 40), Anticorpi antitireoperossidasi 321 UI/ml (v.n. inferiore a 35). L'ecografia tiroidea mostra la presenza di margini nodulati con ecostruttura lievemente ipoecogena, formazioni nodulari a destra. La scintigrafia tiroidea mostra dimensioni aumentate, specie il lobo destro, modesta irregolarità nella distribuzione intraparenchimale del tracciante, tale attività è presente anche in corrispondenza del residuo del dotto tireoglossale. Viene posta diagnosi di M. Basedow. La paziente è stata trattata con tiamazolo 5mg/die e propranololo per il controllo della frequenza e dei sintomi legati all'ipertiroidismo. Alla valutazione ambulatoriale dopo circa due mesi la paziente riferiva benessere soggettivo, tono dell'umore migliorato (GDS 8/30), MMSE 30/30, assenza di deficit di attenzione e concentrazione con completa remissione dei sintomi somatici e neuropsichiatrici. Assume pertanto notevole importanza la valutazione della funzione tiroidea, peraltro semplice test laboratoristico, nei soggetti anziani che presentino sintomi sfumati e vaghi che interessino anche lo stato cognitivo.

GLI ANTICOLINESTERASICI SONO EFFICACI A LUNGO TERMINE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER? ESPERIENZA DEL PROGETTO CRONOS DELLA U.V.A. DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

Paci Cristina, Gobbato Roberto, Carboni Terenzio, Sanguigni Sandro, Curatola Luigi
Unità Operativa di Neurologia, San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE

Gli inibitori dei farmaci anticolinesterasici sono raccomandati per il trattamento sintomatico a breve termine della malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato. Tuttavia recentemente in letteratura sono riportati dati discordanti sulla capacità di tale molecola nel determinare efficacia clinica. In particolare sul rapporto costo/efficacia uno studio concludeva che il costo della molecola era troppo alto per l'efficacia minima delle molecole. Successivamente sono stati pubblicati lavori scientifici che addirittura affermano l'efficacia sintomatica cognitiva a lungo termine degli anticolinesterasici dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

Scopo del nostro studio è stato quello di analizzare i nostri dati del progetto Cronos e di verificare l'efficacia a lungo termine del donepezil, rivastigmina e galantamina (anticolinesterasici) su pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato così come previsto dal progetto stesso.

MATERIALI E METODI

Abbiamo preso in considerazione il MMSE di 269 pazienti affetti da malattia di Alzheimer inseriti nel progetto Cronos dalla visita basale, ogni anno e fino a 4 anni.

Abbiamo calcolato la percentuale dei pazienti usciti dal progetto per effetti collaterali, per peggioramento del quadro cognitivo e per decessi.

La metodica statistica è stata condotta utilizzando la t-test di Student e il test di Wilcoxon.

RISULTATI

Il punteggio medio del MMSE alla visita di base era di 20.84. Dopo un anno di terapia con anticolinesterasici il MMSE dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer presentava un punteggio non significativo rimanendo pressoché costante al valore basale: valore medio 20.04. Dopo 2 anni di terapia con anticolinesterasici il punteggio medio del MMSE era di 21.23, non significativo rispetto al basale. Il valore del MMSE dopo 3 anni di terapia era di 17.66, significativo rispetto al basale. Dopo 4 anni di terapia con anticolinesterasici il punteggio MMSE risultava 17.60 significativo rispetto al basale. Nel corso dei 4 anni 25 pazienti (9.5%) sono usciti dal Cronos per la comparsa di effetti collaterali delle molecole (nausea e vomito i sintomi più frequenti); 45 pazienti (16.6%) sono usciti dal Cronos per peggioramento del quadro clinico che compariva maggiormente dopo il secondo anno; infine durante lo studio si sono avuti 8 (2.9%) decessi non attribuibili alla terapia ma a complicanze multi-organo.

CONCLUSIONI

I nostri dati confermano l'efficacia clinica a lungo termine dei farmaci anticolinesterasici nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato. La maggiore stabilità del quadro cognitivo si registra, in particolare, nei primi due anni di terapia mentre nella seconda parte del tempo studiato si è assistito ad un peggioramento del punteggio MMSE che comunque era statisticamente significativo rispetto all'andamento cronico progressivo della malattia senza trattamento farmacologico (3-4 punti in meno ogni anno al MMSE). Infine la terapia, pur avendo un costo elevato, rimanda l'istituzionalizzazione dei pazienti e riduce lo stress del caregiver.

CARATTERISTICHE COGNITIVE E FUNZIONALI DELLO SCOMPENSO CARDIACO IN PRESENZA E ASSENZA DI DISFUNZIONE SISTOLICA: LO STUDIO ICARe DICOMANO

Pozzi Claudia, Cavallini Maria Chiara, Simoni David, Mossello Enrico, Torpilliesi Tiziana, Inzitari Marco, Pini Riccardo, Di Bari Mauro, Marchionni Niccolò, Masotti Giulio

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

PREMESSE

Nei soggetti anziani, lo scompenso cardiaco (SC) si associa a compromissione delle funzioni cognitive e dello stato funzionale. Lo SC può presentarsi associato a disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (SC-S) o funzione sistolica conservata (SC-PSF). Tuttavia, non vi sono dati in letteratura che confrontano la presenza di decadimento cognitivo (DC) nei due tipi di SC.

SCOPO

Confrontare, in una popolazione anziana non selezionata, le caratteristiche cognitive e funzionali delle due forme di SC, classificate utilizzando criteri diagnostici recentemente validati nella stessa popolazione. Valutare, inoltre, l'incidenza di DC e di disabilità in un follow-up di 5 anni, in funzione della presenza e del tipo di SC al baseline.

METODI

Sono stati presi in esame i soggetti partecipanti allo studio ICARe Dicomano, indagine longitudinale di popolazione condotta su tutti i residenti di età ≥ 65 anni del comune di Dicomano (Firenze). La diagnosi di SC è stata posta in base ai criteri di Boston. SC-PSF è stato diagnosticato nei soggetti SC con frazione d'eiezione del ventricolo sinistro (EF) $\geq 50\%$ all'Ecocardiogramma. Al baseline sono stati confrontati, in modelli multivariati, dati riguardanti il profilo cognitivo globale mediante Mini Mental State Examination (MMSE) e le funzioni esecutive mediante Pegboard Purdue Test. Lo stato funzionale è stato valutato mediante test di performance (test del cammino per 6 minuti - 6MWT, e Short physical Performance Battery - SPPB) e scale soggettive di disabilità quali BADL e IADL. Al follow up, i nuovi casi DC sono stati definiti come punteggio al MMSE ≤ 24 , mentre la comparsa di disabilità è stata definita come perdita di almeno una funzione nelle BADL o IADL rispetto al baseline.

RISULTATI

Al baseline, 10.7% dei 647 partecipanti, aveva diagnosi di SC, di cui il 69.5% era SC-PSF. Il profilo cognitivo globale (MMSE) era tendenzialmente peggiore nei soggetti con SC, rispetto ai partecipanti senza SC (no-SC). Il tempo di esecuzione del Pegboard Purdue

Test (media \pm SEM) era significativamente ridotto rispetto al gruppo di controllo in presenza sia di SC-S (SC-S: 27.1 \pm 1.6 sec vs no-SC: 22 \pm 0.3 sec, $p=0.007$) sia di SC-PSF (SC-PSF: 24.8 \pm 1.1 sec vs no-SC: 22 \pm 0.3 sec, $p=0.043$), senza differenza significativa tra i due gruppi di SC. I partecipanti con SC-PSF presentavano condizioni di performance fisica peggiore rispetto al gruppo no-SC, percorrendo una distanza minore al 6-MWT (SC-PSF: 243.1 \pm 14.2 m vs no-SC: 286.6 \pm 8.6 m, $p=0.004$). Non vi erano differenze statisticamente significative tra i tre gruppi in termini di punteggio ottenuto alla SPPB. La disabilità BADL non discriminava tra presenza e assenza di SC. In termini di disabilità IADL, soltanto la forma SC-PSF si associava ad un rischio di disabilità significativamente maggiore rispetto al gruppo no-SC (OR 2.3, 95% CI 1.2-4.7). Al follow up, lo sviluppo di DC si osservava nel 13.3, 9.1 e 4.6%, rispettivamente, dei gruppi SC-S, SC-PSF e no-SC, mentre la disabilità IADL era significativamente più frequente nei gruppi SC-S e SC-PSF rispetto al gruppo no-SC. In modelli aggiustati per età, sesso e comorbilità, non vi erano differenze significative nel confronto tra i tre gruppi. La presenza di SC si associava ad un rischio maggiore di sviluppo di disabilità BADL rispetto al gruppo no-SC sia per SC-S (OR 4.2, 95% CI 1.0-16.8) sia per SC-PSF (OR 4.2, 95% CI 1.5-11.9), senza significative differenze tra SC-S e SC-PSF.

CONCLUSIONI

Lo SC-PSF, identificato in una popolazione anziana non selezionata con criteri diagnostici validati, si associa a deficit delle funzioni esecutive, sovrapponibile ai soggetti con SC-S, ma ad un peggiore livello di performance fisica e funzionale. Al follow up, sia SC-PSF sia SC-S sono in grado di predire lo sviluppo di disabilità BADL rispetto all'assenza di SC.

DRAMMATIZZAZIONE CON L'ANZIANO: ANALISI DI UN'ESPERIENZA TEATRALE IN UNA RSA

Quisi Quirino, Melillo Michele, Capone Debora, Zocchi Mario

Istituto Geriatrico "La Provvidenza", Busto A. (Va)

INTRODUZIONE

Gli Autori, Operatori presso una RSA lombarda, si sono orientati al raggiungimento di alcuni obiettivi "risocializzanti", mediante l'uso della rappresentazione teatrale. Tra questi, ne elenchiamo alcuni: a) migliorare la condizione psicofisica nella quotidianità del vivere, garantendo un mantenimento delle capacità residue dei domini emotivo-affettivo-cognitivo e comportamentale del Soggetto Anziano Istituzionalizzato; b) promuovere l'inserimento dei singoli Ospiti nel micro-gruppo; c) stimolare all'interrelazione Ospite-Operatori-Spettatori Esterni; d) favorire la comunicazione all'interno del Gruppo nel riconoscimento e nel rispetto dell'Alterità del Compagno di rappresentazione; e) accrescere la capacità conversazionale, quale strumento interrelazionale, f) affievolire gli stati di Apatia, rallentando la Tendenza al Ritiro Artistico; g) favorire l'insight, valutarlo con consapevolezza ed apprendere ad agire secondo le proprie caratteristiche ed opportunità, rispettando il criterio della capacità di adattamento.

METODI

Nell'occasione delle Festività Natalizie è stata organizzata con un gruppo di Ospiti della RSA una rappresentazione teatrale dal titolo "Il mio Primo Natale". La Drammatizzazione ha coinvolto il Personale di un Reparto di Degenza nella realizzazione degli abiti di scena e nel contributo alla rappresentazione scenografica. Per la riuscita di tale evento artistico gli Attori si sono impegnati per varie settimane, in vista dell'esibizione finale, avvenuta una decina di giorni prima di Natale

RISULTATI

Dopo la Rappresentazione, vari "brainstorming" tra i vari "Stakeholders" hanno potuto rilevare il raggiungimento di quanto ci si era prefissato, attraverso la stessa: a) aver favorito l'autonomia personale; b) aver stimolato l'abilità del comunicare e di usare il linguaggio in modo appropriato; c) aver individuato un discreto livello di autonomia sociale; d) aver favorito la relazione; e) aver stimolato le capacità motorie.

CONCLUSIONI

Attraverso la drammatizzazione, si è voluto "dare senso" al tempo e al luogo dell'Anziano, in modo tale da renderlo un protagonista attivo del tempo e della realtà in cui è inserito. Si è assistito ad una drammatizzazione avente per oggetto un semplice ricordo legato ad un tema religioso riconosciuto da tutti. Ogni Anziano partecipante ha dato voce al proprio personaggio che meglio si sentiva d'interpretare. Il rivestire i panni di un Altro ha "mosso in

ogni Persona sentimenti ed emozioni diverse. La possibilità verificatasi di potersi sentire al “centro della scena” li ha resi compartecipi dell’obiettivo applauso-successo-riuscita. La capacità di relazionarsi e il darsi i tempi per entrare nel Personaggio hanno dato la possibilità di esprimersi attraverso il linguaggio del corpo. Ciò che ha dato il maggior senso all’esperienza è stato il rivestire i panni del Personaggio, in modo tale da assumere gli atteggiamenti propri, in modo appropriato, dello Stesso.

L’emozione più grande: dimostrare ai loro Familiari d’essere “ancora Capaci”, con la soddisfazione di essere arrivati ad un risultato positivo.

BADANTI COMPETENTI: UN OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE ACCANTO ALLE FAMIGLIE

**Rosa Erika, Lussignoli Giulia, Sabatini Federica, Lamanna Laura, Chiappa Adriano,
Di Cesare Silvia, Zanetti Orazio**

IRCCS, Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, U.O. Alzheimer, Brescia

L'assistenza domiciliare dei pazienti dementi è garantita sempre più spesso dalle badanti, che però non dispongono di una formazione specifica. Esse sono presenti in quasi un terzo delle famiglie dei pazienti affetti da demenza di grado moderato-severo. Esiste inoltre, l'esigenza da parte dei familiari di inserire le proprie badanti in percorsi educativi e formativi specifici sulle demenze. Si pone pertanto il problema della loro competenza assistenziale e della loro capacità di relazionarsi in modo efficace sia con il paziente che con il nucleo familiare della persona assistita. In collaborazione con la Caritas Bresciana (Associazione Centro Migranti, ONLUS) l'anno scorso, è stato organizzato un corso di formazione per badanti in possesso di permesso di soggiorno e con una discreta conoscenza della lingua italiana; hanno aderito 25 persone. È stato inoltre proposto un follow-up a 10 mesi dalla fine del corso per verificarne l'utilità. Il corso della durata complessiva di 10 ore ha visto l'impegno di un'équipe multidisciplinare composta da medico, psicologo, educatore professionale, infermiere professionale, dietista ed ha affrontato, con lezioni frontali e lavori di gruppo, i seguenti argomenti: 1) la gestione dei disturbi cognitivi; 2) la gestione dei disturbi del comportamento; 3) modalità corrette per favorire l'autonomia del paziente; 4) la corretta alimentazione del paziente anziano e con problemi di disfagia; 5) la comunicazione con il paziente demente. Alla fine del corso è stato rilasciato un attestato di partecipazione ed è stata creata dal Centro Migranti una banca dati composta dalle persone che hanno partecipato al corso.

Il campione di corsisti proveniente prevalentemente dall'Africa (44%) e dai paesi dell'Est Europeo (28%), è costituito per la maggior parte da donne (84%), per lo più coniugate (60%) che vivono in Italia con la loro famiglia (64%) in media da 4 anni. Solo poco più di un terzo (36%) hanno una scolarità superiore. Eterogenee sono le esperienze lavorative precedenti e la maggior parte di loro era in cerca di un lavoro (64%). La maggior parte dei partecipanti dichiara di non avere mai ricevuto una formazione specifica (88%) e esprimono la necessità di formarsi (88%) per avere più opportunità lavorative in futuro (96%). Il 76% dei corsisti ha avuto almeno un'esperienza passata come badante per un periodo medio di un anno. La condizione economica in cui versano viene riferita insufficiente nel 40% dei casi, sufficiente nel 40% e buona nel 20%. Alla conclusione del corso è stato chiesto ai partecipanti di compilare una scheda sul livello di soddisfazione della formazione ricevuta. Il 71% giudica molto importante la partecipazione al corso, valuta come eccellente (62,5%) la qualità delle informazioni che sono state trasmesse durante i 5 incontri e pensa che potrà avere maggiori opportunità lavorative in futuro (92%).

Un follow-up eseguito a 10 mesi della realizzazione del corso in collaborazione con il Centro Migranti, mostra che il 20% dei familiari che si rivolgono al centro per la richiesta

di una badante, la richiedono formata per l'assistenza ad un paziente affetto da demenza e che l'80% circa delle badanti che hanno partecipato al corso hanno trovato lavoro.

L'aumento della richiesta in prospettiva di badanti e l'aumento della richiesta da parte dei familiari di personale preparato per la gestione di pazienti affetti da demenza, ci deve orientare verso un maggior sforzo nell'organizzazione di questi corsi, aumentando il bisogno formativo di un fenomeno apparentemente transitorio ma destinato a crescere.

LA PSICOGERIATRIA DI CONSULTAZIONE IN OSPEDALE

Savorani Giancarlo, Lanfranchi Giuseppina, Forti Paola, Giannini Raffele, Rossi Enrico, Tupone Angela, Sciumbata Antonietta, Corneli Maria, Naldi Stefano, Bacci Monica, Ellena Lorenzo, Pisacane Nicoletta, Toma Maurizio, Sostegno Carla*, Boncompagni Giancarlo*, Cucinotta Domenico

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

**Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Azienda USL di Bologna.*

Centro Demenze, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna

SCOPO

Analisi qualitativa dell'attività clinica di Psicogeriatría effettuata dal 2000 al 2005 nel Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi di Bologna.

CASISTICA

Sono state effettuate 289 consulenze di cui 80 prima della formalizzazione dell'Unità Semplice di Psicogeriatría (2002, responsabile G.S.). Le richieste provengono in massima parte da reparti internistici.

RISULTATI

L'età media di un campione selezionato era 79.4 ± 7.3 a., il 50% con più di 80 a. e il 57% donne. Il Mini Mental State Examination in 93 soggetti era 17.5 ± 10.2 . Le motivazioni delle richieste sono state: 1-definizione diagnostica: 51%; 2-terapia farmacologica: 42% di cui 6 Piani Terapeutici per antipsicotici e 9 per anticolinesterasici (attualmente quelli per antipsicotici secondo le norme AIFA sono 40); 3-attivazione dei servizi territoriali di assistenza sociale e certificazione della non autosufficienza per la procedura di invalidità : 7%. Gli interventi effettuati sono stati, in ordine decrescente:1-supporto ai Colleghi nella diagnosi e per la diagnosi differenziale di patologia psicogeriatrica complessa. Spesso è stato necessario l'approfondimento anamnestico delle problematiche non chiare dell'accesso al P.S.-reparto (dinamica dell'evento, ricoveri multipli, fragilità sociale); 2-terapia farmacologica 3-farmacovigilanza (4 segnalazioni ADR gravi);4-follow-up ambulatoriale per la dimissione e presa in carico segnalata al MMG (riabilitazione in D.H. 40%). 5-oltre all'attività di consulenza nei reparti, parte consistente del lavoro della U.S. è svolta nel Centro Esperto Demenze-UVA. La comorbilità (scala CIRS) si è confermata di forte peso (3 o più patologie 40% dei casi), sia come associazione di più patologie neuropsichiatriche, che come associazione di patologia somatica e neuropsichiatrica. In questo ambito il delirium di nuova insorgenza, ha avuto una prevalenza del 11,8%. Di frequente riscontro anche l'uso, spesso inappropriato (10% malpractice), di più di 3 farmaci in contemporanea (40%, fino a un massimo di 16), coi relativi problemi di interazioni ed eventi avversi.

A maggior ragione gli effetti positivi e negativi di neurolettici, antidepressivi, ipnotici e le loro interazioni nel malato anziano vanno monitorati secondo linee guida e raccomandazioni degli enti regolatori, FDA, EMEA, AIFA, superando l'opinion-based medicine.

CONCLUSIONI

A volte è emersa una differenza interpretativa tra le motivazioni della richiesta di consulenza e quanto risultato successivamente dal colloquio col familiare, il quale dunque diventa indispensabile non solo per la diagnosi ma anche per comprendere appieno l'iceberg dei bisogni complessi dell'anziano. Inoltre i dati evidenziano: 1) la necessità di attivare corsi di formazione di tutto il personale sanitario e 2) la inadeguatezza organizzativa che ostacola l'approccio di tipo ambientale ai BPSD. Infine vorremmo sottolineare la carenza dei percorsi di "disease management" con presa in carico ospedale/territorio secondo le necessità e con integrazione sociale/sanitaria in modo da garantire la continuità assistenziale (dimissioni protette, ADI, UVG, call center, case manager), in accordo con altri Autori e con le indicazioni OMS per la primary care ed il PSN 2003-2004. In conclusione, concordiamo con Folks secondo cui la Psicogeriatrics è una "buona medicina" perché "dà sollievo ai pazienti, ai familiari ed anche ai Colleghi che hanno richiesto il nostro intervento!".

VALUTAZIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI DELL'ANZIANO IN PSICOGERIATRIA

Scala Giovanni, Marini Federica, Bartorelli Luisa

UOC di Geriatria Ospedale S. Eugenio Roma ASL RMC

INTRODUZIONE

Il progresso in ogni campo, il benessere economico e l'innovazione tecnologica hanno determinato un aumento della durata della vita media, ma si è anche assistito ad un sollevarsi di problematiche cliniche, psicologiche e sociali legate all'invecchiamento, tra le quali risulta un aumento della prevalenza della depressione nell'anziano. La Psicogeriatrics è la disciplina che si sta configurando come la più consona a comprendere le ragioni di tale sofferenza, abbinando ad un approccio diagnostico accurato una comprensione aperta del paziente e la ricerca di interventi terapeutici integrati, farmacologici e non, rivolti ad una fascia di popolazione sempre più ampia. In realtà gli studi epidemiologici condotti negli ultimi anni sulla depressione dell'anziano hanno evidenziato dati di prevalenza diversi, a seconda dei criteri diagnostici adoperati e del tipo di popolazione studiata.

METODO

Nella nostra esperienza tale diagnosi nell'anziano è effettuata mediante una valutazione multidimensionale, riferita non solo all'evento psicopatologico, ma anche allo stato funzionale, allo stato cognitivo e alle condizioni socioeconomiche, ai fini di impostare una risposta integrata rispondente ai reali bisogni del paziente. A tale scopo è stata messa in campo una equipe formata da geriatra, psicologo, infermiere, fisioterapista ed assistente sociale; è stata predisposta una cartella socio-sanitaria, con enfasi sulla anamnesi familiare, personale e farmacologica. La storia psicopatologica del disturbo affettivo, partendo dagli eventi significativi del passato fino allo stato attuale, è stata raccolta attraverso un'intervista strutturata; infine è stata usata durante il colloquio una scheda di osservazione, e infine è somministrata una batteria di test neuropsicologici e scale standardizzate (MMSE, IADL, PPT, GDS, Hamilton D, BFQ). La comorbidità è stata rilevata con la CIRS. Nello studio sono valutati 50 pazienti ambulatoriali, con follow up a tre e sei mesi, di età maggiore di 60 anni, con presenza di un disturbo depressivo clinicamente manifesto oppure atipico, con MMSE > 24/30, e con assenza di gravi patologie internistiche. I soggetti sono rappresentati per il 30% da uomini e per il 70% da donne, con un'età media di 76,5 anni e con un livello culturale corrispondente per il 50% ad una scolarità elementare. Vi sono solo il 2% di uomini in stato di vedovanza, contro il 50% delle donne; gli uomini vivono in prevalenza con il proprio coniuge, mentre molte donne vivono da sole o con altre persone. Alla prima visita il 50% riferisce sintomi depressivi, anche se nel campione femminile appare una notevole quota di sintomatologia depressiva *mascherata* da somatizzazioni, ansia o dismnesie. Tra gli eventi significativi trascorsi le donne riferiscono lutti, malattie e sepa-

razioni; mentre per gli uomini il fattore stressante principale è la malattia. L'evento più significativo nell'anno precedente all'insorgenza della depressione è rappresentato nel 50% dei pazienti dall'isolamento sociale, ed in un altro 25% dal riscontro di una malattia.

RISULTATI

Al T⁰ il 90% dei pazienti è in trattamento farmacologico antidepressivo da solo o associato ad altri interventi (sociale, psicoterapico). Tramite il t-test di Student si è evidenziato un significativo miglioramento nell'arco dei sei mesi del disturbo depressivo, con risultati positivi alla GDS, alla Hamilton Depression, e ai valori ottenuti al PPT, con una stazionarietà del livello cognitivo e funzionale. Al T⁶ grazie ad un intervento articolato su più livelli (bio-psico-sociale) si assiste ad una riduzione dell'uso di farmaci.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dimostrano l'efficacia di una strategia di valutazione multidimensionale e di un intervento multiprofessionale specifico e condiviso dall'equipe terapeutica, sia nei riguardi della tipologia degli stati depressivi nell'anziano, sia nei riguardi di interventi terapeutici adeguati, individuali e flessibili, non legati al solo uso dei farmaci, pur spesso indispensabili, ma anche ad un approccio di tipo psicoterapico, funzionale e socio-ambientale. L'osservazione attenta dei pazienti ha messo in evidenza che la depressione come condizione unica e prevaricante ha spesso un esordio in età precedente, così che nell'anziano vediamo talvolta il suo persistere o riapparire. Sicuramente più rilevante, anche se ancora non ben chiarita dal punto di vista nosografico, è di contro quella condizione depressiva poco riconosciuta e trattata, che si associa alla presenza di malattie internistiche, di demenza, e di altre condizioni psicosociali sfavorevoli. Tale complessità considerando anche l'impegno di risorse necessarie appare trattabile solo in un ambiente dedicato a vocazione psicogeriatrica.

PERSONALITÀ PREMORBOSA E CARATTERISTICHE CLINICO-ASSISTENZIALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Simoni David*, **Mossello Enrico***, **Aloi Maria Teresa#**, **Boncinelli Marta***,
Chiara Cavallini Maria*, **Masotti Giulio***

** Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze – A.O.U. Careggi, Firenze*

Unità Funzionale di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Firenze, Via delle Oblate 4 – 50141 FIRENZE

INTRODUZIONE

Diversi studi effettuati in Europa e negli Stati Uniti hanno analizzato i cambiamenti di personalità associati alla diagnosi di Malattia di Alzheimer (AD). Queste ricerche si basano sulla teoria multidimensionale della personalità ed hanno utilizzato test standardizzati, come il *Neuroticism Extroversion Openness – Personality Inventory* (NEO-PI) di Costa e McCrae (1985), che fornisce un'analisi quantitativa delle dimensioni fondamentali della personalità (Stabilità emotiva, Energia, Apertura mentale, Coscienziosità, Amicalità). L'utilizzo di simili strumenti valutativi è stato validato anche nella AD, ricostruendo il profilo di personalità attuale e premorbo dei pazienti sulla base di quanto riferito dai caregiver. D'altra parte sono ancora pochi e non concordi tra loro gli studi che hanno analizzato le eventuali associazioni tra tratti di personalità premorbo e caratteristiche cliniche della malattia, particolarmente i sintomi psicologici e comportamentali.

SCOPO DELLO STUDIO

Scopi del presente studio pilota sono:

- misurare le modificazioni dei tratti di personalità associate allo sviluppo di AD
- ricercare le associazioni tra profilo di personalità, sintomi psicologici e comportamentali e stress del caregiver.

SOGGETTI E METODI

Vengono qui riportati i risultati preliminari, relativi ad 11 soggetti affetti da AD di grado lieve-moderato, afferiti all'Unità Valutativa Alzheimer della Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia dell'Università degli Studi di Firenze. Sono stati esclusi dallo studio i soggetti il cui caregiver principale non è rappresentato da un familiare di primo grado e quelli con storia di psicosi. Per la determinazione dei tratti di personalità è stato usato il Big Five Questionnaire (BFQ) (Caprara et al., 1993), strumento in lingua italiana costruito sul modello del NEO-PI, con il quale ha dimostrato un'elevata correlazione. Rispetto al NEO-PI, il BFQ comprende una sesta scala, definita "Lie", per identificare la tendenza dell'informatore a sopravvalutare o sottovalutare i diversi tratti di personalità. Tale strumento è stato somministrato ai caregiver primari, richiedendo di effettuare una valutazione pre-

morbosa del paziente ed una valutazione attuale. I sintomi psicologici e comportamentali sono stati valutati mediante la Neuropsychiatric Inventory (NPI), lo stress del caregiver mediante la Caregiver Burden Inventory (CBI).

RISULTATI

Il campione è costituito da 5 femmine e 6 maschi con età media di 78 ± 2 anni, con una scolarità di 8 ± 2 anni, un MMSE corretto per età e scolarità di $21,4 \pm 1,2$. Nel confronto tra il BFQ attuale e quello premorbo, si è osservata una riduzione significativa di energia (rispettivamente di $29,9 \pm 2,4$ e di $36,1 \pm 3,3$, $p=0,009$) e coscienziosità (rispettivamente di $32,3 \pm 3,1$ e di $38,9 \pm 2,7$, $p=0,05$). È stata osservata un'associazione significativa tra i livelli di energia premorbo e l'entità dell'ansia alla NPI ($R=0,67$, $p=0,02$). Un maggior punteggio alla scala "Lie", espressione della tendenza a sopravvalutare la personalità del paziente, è risultato associato all'entità dell'apatia ($R=0,65$, $p=0,03$). Una maggior gravità dello stress assistenziale è risultata associata alla tendenza a sottovalutare la personalità del paziente ($R=-0,87$, $p<0,001$).

DISCUSSIONE

Questi risultati, in accordo con la letteratura, mostrano una modificazione di alcuni tratti di personalità in associazione allo sviluppo di AD. I sintomi ansiosi osservati in corso di malattia sembrano essere condizionati dai livelli di energia premorbo. La tendenza dei caregiver a fornire un'immagine esageratamente negativa del proprio congiunto appare fortemente associata al livello di stress assistenziale.

VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI ASSISTENZA COME PREMESSA DI UNA ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI TERRITORIALI PER LA DEMENZA

Surdo Viviana*, **Bonventre Giovanna***, **Cilia Sabina M.****, **Piacentino Katia***,
Robino Giovanni***, **Marchese Giuseppe******, **Pennisi Franco******,
Vaiasuso Salvatore****, **Tripi Gabriele***

*U.O. *Psicogeriatrica* ASL 9 TP; **Dipartimento *Neuroscienze* ASL 2 CL; ***U.R.P ASL 9 TP; ****U.O. *Neurologia* ASL 9 TP; *****DSM ASL 9 TP

INTRODUZIONE

La nostra L'Unità operativa di Psicogeriatrica rientra nel novero dei servizi sanitari per l'utenza anziana con problemi psichiatrici che l'A.S.L. 9 di Trapani ha ritenuto di attivare per la presa in carico di soggetti affetti da demenza. Per i pazienti in fase lieve o lieve-moderata, oltre alle visite ambulatoriali e domiciliari per diagnosi, presa in carico o motivazioni medico-legali, viene svolta la valutazione per la prescrizione degli AchEI con nota 85 e vengono tenuti corsi formativi per familiari orientati principalmente alla conoscenza dei sintomi per una migliore capacità gestionale ed al sostegno psicologico.

Per i pazienti in fase moderata-grave viene svolto un servizio di assistenza infermieristica a domicilio in sostituzione dei ricoveri ospedalieri.

Prima che l'attivazione del percorso di assistenza a domicilio, per questi ultimi pazienti, diventasse routine abbiamo svolto un'indagine conoscitiva, applicando il nostro modello di cura ad un gruppo campione ed un gruppo di controllo; in questo lavoro ne presenteremo i risultati.

METODI

Il nostro modello assistenziale per pazienti con demenza di grado moderato-grave prevedeva l'attivazione di procedure di inserimento nella rete assistenziale che integra l'attività di un *centro diurno dedicato e di assistenza domiciliare*. Quest'ultima è stata fornita con cure infermieristiche ed assistenziali riguardo l'igiene, le procedure di alimentazione, la movimentazione ed il monitoraggio continuo dei parametri vitali.

Per il nostro studio è stato individuato un campione di 30 pazienti ed un gruppo di controllo di altri 30 pazienti secondo uguali criteri di inclusione (Criteri di inclusione: età > 70 aa, diagnosi di Demenza secondo DSM IV, CDR > 2, Adesione al progetto, Disponibilità dei caregivers; Criteri di esclusione: GDS (15) >10, Demenze reversibili, indisponibilità dei caregivers).

L'intero campione di 30 pazienti, oltre la routine clinica ambulatoriale, ha usufruito di un percorso assistenziale individualizzato, con la possibilità quindi di accedere ai 2 servizi (centro diurno e/o assistenza domiciliare) sulla base del grado di autonomia e di compromissione cognitiva (valutati con MMSE e ADL e IADL) laddove necessario.

A tutti i 60 caregivers di riferimento dei due gruppi di pazienti è stato somministrato un questionario appositamente creato dall'URP Aziendale con il preciso intento di indagare sulla percezione del servizio; tale questionario è stato somministrato durante la fase di *baseline* e ad un anno di *follow up*. Le aree tematiche valutate nel questionario riguardavano il rapporto tra *caregiver e servizi sanitari*, e *caregiver e carico assistenziale*. In particolare sono state indagate le seguenti aree di indagine: soddisfazione, informazione, assistenza sanitaria del Centro, assistenza sanitaria del medico curante, attivazione di assistenza sanitaria di enti privati, assistenza sociale volontaria o di enti locali, grado di coinvolgimento di altri familiari nell'assistenza, giorni di ricovero effettuati prima e durante l'anno di assistenza. Il questionario utilizzato nel *follow-up* si differenziava da quello somministrato nel *baseline* solo per 2 items in più che indagavano in dettaglio sul grado di coinvolgimento del medico di medicina generale percepito dal caregivers, nei confronti dell'assistenza offerta dal nostro Centro durante l'anno e su quanto il caregiver avesse coinvolto il proprio medico curante rispetto ad un periodo precedente l'avvio del percorso assistenziale.

RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati indicano una differenza significativa nel grado di soddisfazione tra il campione ed il gruppo di controllo. I dati qualitativi ottenuti da questo studio sperimentale hanno contribuito alla programmazione delle attività e alla stesura delle procedure del nostro Servizio. Alle nostre proposte di attività sanitaria secondo la programmazione del Piano di Assistenza Individualizzato, oltre *all'attività ambulatoriale, il centro diurno dedicato e l'assistenza domiciliare*, adesso siamo anche in grado di proporre il *ricovero* grazie all'apertura del nuovo Reparto con 10 posti letto per patologie intercorrenti o ricoveri sollievo.

INTERVENTI COORDINATI CON LE FAMIGLIE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA, CINQUE ANNI DI ESPERIENZE DEL DSM DI ASCOLI PICENO

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

**Dipartimento di Salute Mentale ASUR Marche Z.T. 13 Ascoli Piceno*

INTRODUZIONE

Da alcuni anni il DSM di Ascoli Piceno cerca di integrare gli interventi sui pazienti affetti da demenza, unendo alla cura nella diagnosi neuropsicologica, e all'intervento farmacologico, iniziative di supporto per i familiari ed iniziative di chiara matrice sociale, con il coinvolgimento di altre agenzie, quali il volontariato, i servizi sociali del comune, etc.

Questa esigenza è nata e si è sviluppata nel corso degli anni dall'analisi dei dati dei pazienti con demenza giunti negli ultimi cinque anni ai seguenti servizi del DSM di Ascoli Piceno: Ambulatorio, UVA, Attività Domiciliare.

METODI

La popolazione con età superiore a 65 anni, della Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno, contava nell'anno 2004 24.880 persone (21% tutta la popolazione). Il numero di pazienti con diagnosi di Demenza giunti ai nostri servizi dal 2001 a tutto il 2005 è riportato nella seguente tabella:

Anno	2001	2002	2003	2004	2005
Pz Ambul.	331	664	891	730	818
Pz U.V.A	99	159	180	239	257
Pz domicilio	62	190	236	560	725
Pz Totali	492	1013	1207	1529	1790

RISULTATI

Accanto all'aumento in toto della diagnosi di Demenza in ambito ambulatoriale, sia come prima diagnosi, sia nella valutazione cognitiva specifica, si è avuto soprattutto un aumento di interventi domiciliari per BPSD. Dove sono presenti i BPSD, infatti, si è avuta una modificazione significativa in senso negativo della qualità della vita di tutto il nucleo familiare. Pertanto, nell'ascoltare le richieste dei familiari, accanto all'intervento farmacologico mirato, sia sui sintomi cognitivi, che sui BPSD, si è cercato di fornire un intervento più ampio e che coinvolgesse più attori ed aree. Per primo è sorto un laboratorio di pittura e musica per i pazienti con Alzheimer di grado medio inseriti nel progetto Cronos, con

sorprendenti risultati. I familiari, contemporaneamente, si sono aggregati in un gruppo di Auto Mutuo Aiuto, e successivamente è nata l'Associazione Alzheimer Ascoli. Sono in fase di allestimento, in collaborazione con associazioni di volontariato, corsi finalizzati alla formazione per volontari impegnati nell'assistenza ai pazienti affetti da demenza. Entro l'anno dovrebbe essere attivo un "numero verde Alzheimer" per rispondere direttamente ai quesiti delle famiglie. Infine allo scopo di sensibilizzare ed informare gli organi pubblici e la popolazione, oltre varie forme di propaganda sugli organi di informazione locale, si sta organizzando una festa per le piazze in occasione della giornata Alzheimer:

CONCLUSIONI

Dopo una iniziale diffidenza ed un lungo periodo di rodaggio prima di affermarsi, le iniziative del DSM di Ascoli Piceno, finalizzate al coinvolgimento sia dei familiari, che di altre agenzie, quali il Centro Servizi per il volontariato, i Servizi sociali del Comune, etc per un intervento integrato sul paziente con demenza, stanno avendo un sempre maggior spazio ed afflusso di gente. Paradossalmente, ma del tutto spiegabile, si sta verificando, che, accanto alle richieste di intervento sul paziente, stia crescendo il numero di richieste di impegno nei confronti dei caregiver, superando anche quell'ultima resistenza legata alla nostra connotazione psichiatrica.

SEGNI PARKINSONIANI E SINTOMI PSICO-COMPORTAMENTALI IN SOGGETTI CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

**Vicini Chilovi Barbara*^o, Rozzini Luca*^o, Conti Marta^o, Delrio Ilena^o,
Bertoletti Erik^o, Trabucchi Marco*, Padovani Alessandro^o**

**Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

^oDipartimento di Neurologia, Università degli Studi di Brescia

INTRODUZIONE

Boyle recentemente ha riportato che la condizione di Mild Cognitive Impairment (MCI) è accompagnata da segni extrapiramidali (EPS), che sarebbero dipendenti dalla gravità e dalla tipologia del decadimento cognitivo, indipendentemente dai fattori di rischio vascolari. Precedentemente, Louis e coll. avevano esaminato l'associazione tra Mild Parkinsonian Signs (MPS) e MCI, riportando che MPS erano associati a MCI, in particolare di tipo amnesico (aMCI). Non è chiaro se questo sia dovuto alla presenza di Malattia di Alzheimer, di Malattia a Corpi di Lewy o sia dovuta a patologia vascolare a livello dei gangli della base.

SCOPO DELLO STUDIO

Chiarire la relazione tra MCI e EPS e caratterizzare gli aspetti neuropsichiatrici di soggetti MCI con EPS.

METODI

Sono stati analizzati i dati da uno studio longitudinale in un gruppo di soggetti MCI reclutati consecutivamente negli ultimi tre anni presso il Centro delle Malattie Neurodegenerative e legate all'invecchiamento. I soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica e neurologica che includeva le seguenti scale: Unified Parkinson Disease scala (parte III), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Tinetti Scale e batteria neuropsicologica standardizzata. La definizione di MCI, in accordo con i criteri pubblicati, prevede assenza di demenza, compromissione cognitiva basata su una valutazione neuropsicologica e assenza o minima presenza di compromissione funzionale. Gli EPS sono stati definiti come presenti (MCI +) usando l'UPDRS parte III (punteggio totale ≥ 2). I soggetti MCI senza presenza di EPS (UPDRS parte III, punteggio totale < 2) sono stati definiti come MCI-.

RISULTATI

I due gruppi erano simili per età, sesso ed educazione, così come per le caratteristiche cliniche generali, ad eccezione dei disturbi della marcia. I due gruppi inoltre non differivano per le funzioni cognitive valutate attraverso il Mini Mental State Examination. Utilizzando una batteria neuropsicologica standardizzata i soggetti MCI+ mostravano performance peg-

giori rispetto ai soggetti MCI- in tutti i domini, anche se non significativamente. Attraverso una serie di modelli di regressione lineare, la severità degli EPS è risultata significativamente correlata con le performance alla Copia della figura complessa di Rey-Osterrieth. Inoltre è emersa un'associazione significativa tra la presenza di EPS e la gravità dei disturbi psico-comportamentali, BPSD, (NPI punteggio totale), in particolare per quanto riguarda le allucinazioni, l'ansia, la depressione, l'apatia e i disturbi del sonno.

CONCLUSIONI

Questi risultati supportano l'ipotesi che l'MCI sia associato alla presenza di segni parkinsoniani, la cui severità risulterebbe correlata alla severità e alla diversa tipologia dei sintomi cognitivi e psico-comportamentali. L'associazione tra EPS e specifici sintomi psico-comportamentali inclusi nelle caratteristiche peculiari della Malattia a Corpi di Lewy suggerisce fortemente che tale malattia potrebbe contribuire grandemente alla presenza sia degli EPS sia dei BPSD. A supportare ulteriormente questa ipotesi ci sono i dati neuropsicologici che sottolineano, nei soggetti MCI+, una maggiore compromissione delle abilità visuo-spaziali, che sono primariamente compromesse nella Malattia a Corpi di Lewy.

ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL GRADO DI ACCORDO NEL RISCONTRO DI DECADIMENTO COGNITIVO: CONFRONTO MINI MENTAL STATE EXAMINATION E VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

**Viti Niccolò¹, Abbate Carlo¹⁻², Cantatore Alessandra¹, Nido Francesca¹,
Pirri Federico¹, Galetti Giuseppe¹, Caprioli Roberto¹**

¹*Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, Milano.*

²*I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore – Policlinico, Milano.*

INTRODUZIONE

Il Mini Mental State Examination (MMSE) è uno strumento ampiamente utilizzato in ambito neuro-geriatrico, favorito dalla rapidità di esecuzione e dalla discreta sensibilità al decadimento cognitivo. In questo studio abbiamo voluto valutare il nostro grado di accordo sul riscontro di decadimento cognitivo, tra i punteggi del MMSE, corretti per età e scolarità, e l'esito della valutazione neuropsicologica, somministrando una batteria di test psicometrici.

METODI

Questo studio retrospettivo ha considerato 330 soggetti anziani afferiti presso l'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) dell'Istituto Palazzolo nel periodo gennaio 2002 - dicembre 2004. Tra i 330 sono stati poi esaminati 120 anziani, 36 uomini e 84 donne, testati prima con il MMSE e in seguito indagati con un'approfondita valutazione neuropsicologica, per sospetto deficit cognitivo. L'età media rilevata era di 78 anni (78.42 ± 6.9); inoltre 4 soggetti anziani (3 %) erano i laureati, 29 (24 %) con licenza superiore, 23 (20 %) con licenza media e 64 (53 %) con sola licenza elementare.

RISULTATI

In base ai dati disponibili è stato calcolato per il MMSE un grado di sensibilità e di specificità al decadimento cognitivo, pari, rispettivamente, a 0.79 e 0.71 (valori sovrapponibili a quelli riportati in letteratura). È anche emerso un ampio grado di accordo tra i risultati al MMSE e la valutazione neuropsicologica (valut. nps), in merito alla presenza, o assenza, di decadimento cognitivo; è stata anche rilevata una maggioranza di esiti concordi tre volte più numerosi rispetto a quelli non concordi (75% vs 25%). Nella tabella sono riportati i risultati ottenuti.

VERI POSITIVI n. 46 (38.3%) (MMSE < 24 e valut. nps positiva per decadimento cognitivo)				FALSI POSITIVI n. 18 (15%) (MMSE < 24 e valut. nps negativa per decadimento cognitivo)			
	Media	Ds	Range		Media	Ds	Range
MMSE	19.45	3.22	12.7-23.7	MMSE	21.07	2.39	17-23.9
Età	80.07	6.20	62-94	Età	78.61	7.38	65-90
Scolarità	5.89	2.35	3-13	Scolarità	6.72	3.14	4-13
VERI NEGATIVI n. 44 (36.7%) (MMSE < 24 e valut. nps positiva per decadimento cognitivo)				FALSI NEGATIVI n. 12 (10%) (MMSE < 24 e valut. nps negativa per decadimento cognitivo)			
	Media	Ds	Range		Media	Ds	Range
MMSE	27.05	1.68	24.4-30	MMSE	25.67	1.11	24.4-28.5
Età	75.89	7.48	61-89	Età	81.08	3.50	75-89
Scolarità	9.09	4.31	3-18	Scolarità	7.82	4.21	4-18
TOT. VERI n. 90 (75%)				TOT. FALSI n. 30 (25%)			
	Media	Ds	Range		Media	Ds	Range
MMSE	23.17	4.6	12.7-30	MMSE	22.91	3.01	17-28.5
Età	78.02	7.13	61-94	Età	79.6	6.33	65-90
Scolarità	7.46	3.79	3-18	Scolarità	7.07	3.51	4-18

CONCLUSIONI

Il lavoro conferma le discrete qualità del MMSE come strumento di screening nella rilevazione del decadimento cognitivo (è risultata una sensibilità pari a 0.79 ed un grado di accordo del 75% con la valutazione psicometrica approfondita), ma vengono anche ribaditi i limiti del test, specie se utilizzato senza i test neuropsicologici. Le possibilità di errore appaiono infatti stimabili nel 25% dei casi: l'impiego del solo MMSE in un paziente su quattro, visitato in U.V.A, fornirebbe una valutazione scorretta in merito alla presenza o assenza di decadimento cognitivo. Inoltre gli errori non sembrano facili da cogliere: si verificano con punteggi estremi al MMSE, e non paiono essere correlati alle variabili età e grado di istruzione dei soggetti.

Indice

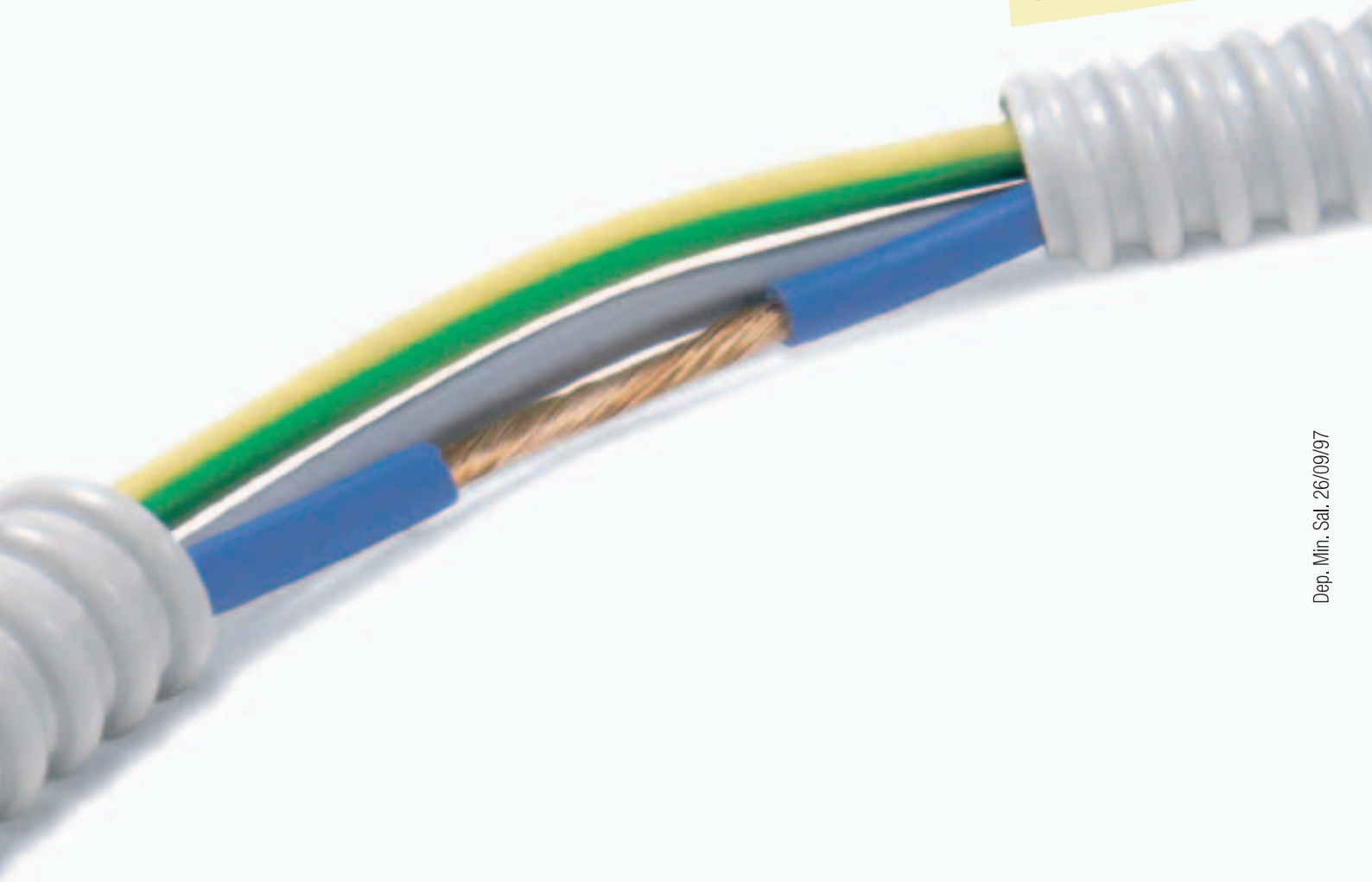
Bassi M.	3
MUTAMENTI SOCIALI E COMPLESSITÀ DEI BISOGNI: INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ED INVECCHIAMENTO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI	
Campana A.	4
I PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI ANZIANI DI UN SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	
Conchiglia G.	6
RIABILITAZIONE INDIVIDUALE INTEGRATA DI PAZIENTI DEMENTI: STUDIO PRELIMINARE IN APERTO	
Conti M.	7
IMPORTANZA DELL'ALZHEIMER'S DISEASE ASSESSMENT SCALE (ADAS COG) NEL PREDIRE LA PROGRESSIONE DEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT A DEMENZA	
Cornali C.	9
DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE E DOLORE CRONICO DA OSTEOARTROSI	
Cruciata S.	10
UNA LETTURA SISTEMICA AL "CARE" DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA	
Delrio I.	11
DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE E DEMENZA: STUDIO LONGITUDINALE PER L'IDENTIFICAZIONE DI FATTORI DI RISCHIO	
Ercolani S.	13
COMORBILITA' MEDICA NEI SOGGETTI DEMENTI: RISULTATI DAL PROGETTO ReGAI	
Firetto S.	15
CREATIVITA' ALL'INTERNO DELLA "NEBBIA DELL'ANIMA"	
Guerini F.	17
LA MALATTIA CEREBROVASCOLARE SOTTOCORTICALE PREDICE IL RISCHIO DI CADUTA A 12 MESI IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA DISTURBO DELLA MARCIA	
Lussignoli G.	19
FAMILIARI: VITTIME NASCOSTE	
Magnifico F.	21
DEPRESSIONE GERIATRICA E RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE O DECESSO A 12 MESI IN PAZIENTI ANZIANI DIMESSI DA UN REPARTO DI RIABILITAZIONE	
Mariani E.	23
MILD COGNITIVE IMPAIRMENT E DECLINO FUNZIONALE. RISULTATI DAL PROGETTO ReGAI	
Martina A.	24
VALIDAZIONE DI UNO STRUMENTO PER VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI AGIRE (COMPETENCE) DEI MALATI CON ALZHEIMER	
Minelli D.	25
PSEUDODEMENZA ISTERICA: UN CASO CLINICO	

Orini S.	27
IPERTIROIDISMO E SINTOMI NEUROPSICHIATRICI IN ETÀ GERIATRICA: UN CASO CLINICO	
<hr/>	
Paci C.	29
GLI ANTICOLINESTERASICI SONO EFFICACI A LUNGO TERMINE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER? ESPERIENZA DEL PROGETTO CRONOS DELLA U.V.A. DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO	
<hr/>	
Pozzi C.	31
CARATTERISTICHE COGNITIVE E FUNZIONALI DELLO SCOMPENSO CARDIACO IN PRESENZA E ASSENZA DI DISFUNZIONE SISTOLICA: LO STUDIO ICAR_e DICOMANO	
<hr/>	
Quisi Q.	33
DRAMMATIZZAZIONE CON L'ANZIANO: ANALISI DI UN'ESPERIENZA TEATRALE IN UNA RSA	
<hr/>	
Rosa E.	35
BADANTI COMPETENTI: UN OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE ACCANTO ALLE FAMIGLIE	
<hr/>	
Savorani G.	37
LA PSICOGERIATRIA DI CONSULTAZIONE IN OSPEDALE	
<hr/>	
Scala G.	39
VALUTAZIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI DELL'ANZIANO IN PSICOGERIATRIA	
<hr/>	
Simoni D.	41
PERSONALITÀ PREMORBOSA E CARATTERISTICHE CLINICO-ASSISTENZIALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER	
<hr/>	
Surdo V.	43
VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI ASSISTENZA COME PREMessa DI UNA ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI TERRITORIALI PER LA DEMENZA	
<hr/>	
Testa A.	45
INTERVENTI COORDINATI CON LE FAMIGLIE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA, CINQUE ANNI DI ESPERIENZE DEL DSM DI ASCOLI PICENO	
<hr/>	
Vicini B.	47
SEGNI PARKINSONIANI E SINTOMI PSICO-COMPORTAMENTALI IN SOGGETTI CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT	
<hr/>	
Viti N.	49
ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL GRADO DI ACCORDO NEL RISCONTRO DI DECADIMENTO COGNITIVO: CONFRONTO MINI MENTAL STATE EXAMINATION E VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA	

memac[®]

MEMAC
N06DA02
Donepezil cloridrato

donepezil
Classe A
Nota 85



Dep. Min. Sal. 26/09/97



Il nuovo punto di "vista"

memac®

MEMAC
N06DA02
Donepezil cloridrato

donepezil
Classe A
Nota 85

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE MEMAC® 5 mg compresse rivestite con film
MEMAC® 10 mg compresse rivestite con film

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA Ciascuna compressa da 5 mg di donepezil cloridrato contiene 4,56 mg di donepezil base. Ciascuna compressa da 10 mg di donepezil cloridrato contiene 9,21 mg di donepezil base. Per gli eccipienti vedere il paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA Compresse rivestite con film. 5 mg: compresse bianche, biconvesse, di forma rotonda. 10 mg: compresse gialle, biconvesse, di forma rotonda.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche MEMAC® è indicato per il trattamento sintomatico della Demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato.

4.2 Posologia e modo di somministrazione Adulti ed anziani Il trattamento inizia con la dose di 5 mg in unica somministrazione giornaliera. MEMAC® deve essere assunto per via orale alla sera, prima di coricarsi. Tale dose deve essere mantenuta per almeno un mese per consentire la rilevazione delle prime risposte cliniche al trattamento e per permettere al principio attivo di raggiungere la concentrazione ematica di steady-state. A seguito di una valutazione clinica condotta dopo un mese di terapia con la dose di 5 mg al giorno, la dose di MEMAC® può essere aumentata a 10 mg sempre in unica somministrazione. La dose giornaliera massima raccomandata è di 10 mg. Dosi superiori ai 10 mg al giorno non sono state studiate nel corso di studi clinici. Dopo l'interruzione della terapia si osserva una graduale riduzione degli effetti benefici di MEMAC®. Non si sono evidenziate manifestazioni cliniche da brusca interruzione della terapia (effetto rebound). Pazienti con compromissione della funzionalità renale ed epatica I pazienti con compromissione della funzionalità renale possono essere trattati con gli stessi dosaggi poiché la clearance di Donepezil cloridrato non è influenzata da questa condizione. Poiché nei pazienti con compromissione della funzionalità epatica di grado lieve-moderato può verificarsi una maggiore esposizione al farmaco (vedi paragrafo 5.2), l'incremento della dose deve essere effettuato in base alla tollerabilità individuale. Non sono disponibili dati in pazienti con grave compromissione epatica. Bambini L'uso di MEMAC® è sconsigliato nei bambini.

4.3 Controindicazioni Ipsersensibilità accertata verso donepezil cloridrato o verso altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico al principio attivo (derivati piperidinici) oppure ad uno qualsiasi degli eccipienti. MEMAC® è controindicato durante la gravidanza.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni di impiego Il trattamento deve essere avviato e controllato da un medico esperto nella diagnosi e nel trattamento della demenza di Alzheimer. La diagnosi deve essere effettuata in conformità alle linee guida accettate (DSM IV, ICD 10). La terapia con donepezil può essere avviata solo se è disponibile una persona che assista il paziente e che controlli regolarmente l'assunzione del farmaco. La terapia di mantenimento può proseguire fino a quando esiste un beneficio terapeutico per il paziente e pertanto il beneficio clinico di donepezil deve essere regolarmente rivalutato. Quando l'effetto terapeutico non è più evidente deve essere presa in considerazione la possibilità di interrompere il trattamento. La risposta individuale al trattamento con donepezil non può essere prevista. Non è stato valutato l'uso di MEMAC® nei pazienti affetti da grave demenza di Alzheimer, da altre forme di demenza o di compromissione della memoria (p. es. deterioramento della funzione cognitiva correlato all'età). Anestesia: MEMAC®, come inibitore della colinesterasi, può determinare nei pazienti sotto anestesia un aumento del rilassamento muscolare simile a quello determinato dalla succinilcolina. Apparato cardiovascolare: Gli inibitori della colinesterasi, a causa della loro azione farmacologica, possono indurre riduzione della frequenza cardiaca (bradicardia). Nei pazienti con malattia del nodo del seno o con altre anomalie della conduzione cardiaca sopraventricolare come blocco atrio-ventricolare o seno-atriale, l'effetto di ipertonico colinergico può essere clinicamente rilevante. Sono stati segnalati casi di sincope e convulsioni. Quando questi pazienti vengono esaminati deve essere presa in considerazione l'eventualità di blocco cardiaco o di pause sinusali prolungate. Apparato gastro-intestinale: I pazienti a rischio di ulcera come ad es. quelli con storia di malattia ulcerosa o quelli in terapia concomitante con farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) devono essere monitorati per l'insorgenza di eventuali sintomi. Tuttavia studi clinici con MEMAC® non hanno evidenziato un aumento dell'incidenza di episodi di ulcera peptica o di sanguinamento gastrointestinale rispetto al placebo. Apparato genito-urinario: I farmaci colinomimetici possono causare ostruzione del flusso urinario; tuttavia ciò non è stato osservato negli studi clinici con MEMAC®. Sistema nervoso: Convulsioni: si ritiene che le sostanze colinomimetiche possano causare convulsioni generalizzate, tuttavia i disturbi convulsivi possono essere una manifestazione della malattia di Alzheimer. I farmaci

colinomimetici possono peggiorare o causare sintomi extrapiramidali. Apparato respiratorio: Gli inibitori della colinesterasi, a causa della loro azione colinomimetica, devono essere prescritti con attenzione ai pazienti con asma o con malattie ostruttive delle vie respiratorie. La somministrazione concomitante di MEMAC® con altri inibitori della colinesterasi, agonisti o antagonisti del sistema colinergico, deve essere evitata. Compromissione epatica grave: Non sono disponibili dati in pazienti con grave compromissione epatica.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione Donepezil cloridrato e/o i suoi metaboliti non inibiscono nell'uomo il metabolismo di teofillina, warfarin, cimetidina, digossina. Il metabolismo di donepezil cloridrato non è influenzato dalla somministrazione contemporanea di digossina o cimetidina. Gli studi in vitro hanno dimostrato che l'isoenzima 3A4 del citocromo P450, ed in minore misura il 2D6, sono coinvolti nel metabolismo di donepezil. Gli studi di interazione farmacologica condotti in vitro hanno dimostrato che il ketoconazolo e la chinidina, rispettivamente inibitori del CYP3A4 e del 2D6, inibiscono il metabolismo di donepezil. Pertanto questi ed altri inibitori del CYP3A4, come l'itraconazolo e l'eritromicina e gli inibitori del CYP2D6, come la fluoxetina, possono inibire il metabolismo di donepezil. In uno studio condotto su volontari sani, il ketoconazolo ha determinato un aumento delle concentrazioni medie di donepezil di circa il 30%. Gli induttori enzimatici come la rifampicina, la fenitoina, la carbamazepina e l'alcol, possono ridurre i livelli di donepezil. Poiché non si conosce l'entità di un effetto inibitorio o induttivo, la somministrazione delle suddette associazioni farmacologiche deve essere effettuata con cura. MEMAC® può interferire con altre sostanze aventi attività anticolinergica; altresì può potenziare in modo sinergico l'attività colinergica se somministrato contemporaneamente ad altre molecole quali la succinilcolina, altri bloccanti neuromuscolari o colinomimetici o con beta-bloccanti che agiscono sulla conduzione cardiaca.

4.6 Gravidanza e allattamento *Gravidanza* Studi teratologici condotti su ratte gravide e coniglie gravide con dosi rispettivamente 80 e 50 volte superiori alla dose massima utilizzata nell'uomo, non hanno evidenziato potenziali effetti teratogeni. Tuttavia in uno studio in cui a ratte gravide sono state somministrate dosi corrispondenti a circa 50 volte la dose raccomandata nell'uomo, dal 17° giorno di gestazione fino al 20° del post-partum, è stato evidenziato un lieve aumento dei nati morti ed una lieve diminuzione della sopravvivenza dei piccoli nei primi 4 giorni di vita. Nessun effetto è stato osservato a dosi 15 volte superiori la dose utilizzata nell'uomo. MEMAC® non deve essere utilizzato durante la gravidanza. Non sono disponibili dati sull'uso di donepezil durante la gravidanza. *Allattamento* Non è noto se il donepezil cloridrato venga escreto nel latte materno e non ci sono studi clinici condotti sulle donne durante l'allattamento. Pertanto, le donne in trattamento con donepezil devono evitare l'allattamento al seno.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e di usare macchinari La demenza di Alzheimer può compromettere la capacità di guidare o di usare macchinari. Inoltre, donepezil può causare affaticabilità, leggera vertigine e crampi muscolari, soprattutto nella fase iniziale del trattamento o quando si aumenta la posologia. Il medico curante deve valutare costantemente la capacità dei pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer in trattamento con donepezil di continuare a guidare o usare macchinari complessi.

4.8 Effetti indesiderati Gli eventi avversi più comuni sono diarrea, crampi muscolari, affaticabilità, nausea, vomito e insonnia. Le reazioni avverse segnalate in più di un singolo caso sono elencate di seguito, divise per classe di sistema d'organo e frequenza. Le reazioni avverse sono definite: comuni (>1/100, <1/10), non comuni (>1/1000, <1/100) e rare (>1/10000, <1/1000).

Classe organo-sistemica	Comuni	Non comuni	Rari
Infezioni e infestazioni	Comune raffreddore		
Metabolismo e disordini alimentari	Anoressia		
Disturbi psichiatrici	Allucinazioni** Agitazione** Comportamento aggressivo**		
Disturbi del Sistema Nervoso	Sincope* Capogiri Insonnia	Convulsioni*	S mi into extrapiramidali

				Rating Scale	
				% di Risposta	
				Popolazione "Intent to treat" n = 365	Popolazione valutabile n = 352
Disturbi cardiovascolari	Bradycardia	Blocco seno-atriale Blocco atrio-ventricolare		Gruppo Placebo 10%	10%
Disturbi gastrointestinali	Diarrea Vomito Nausea Dolori addominali	Emorragia gastrointestinale		Gruppo MEMAC® 5 mg 18%*	18%*
Ulcere gastriche e duodenali				Gruppo MEMAC® 10 mg 21%*	22%**
Disturbi epato-biliari epatica,		Disfunzione inclusa epatite		* p < 0,05 ** p < 0,01	fun
Disturbi della cute e dei tessuti sottocutanei	Rash Prurito				
Disturbi del sistema muscoloscheletrico, del tessuto connettivo e delle ossa	Crampi muscolari				
Disturbi renali e urinari	Incontinenza urinaria				
Disturbi generali	Cefalea Affaticamento Dolore				
Esami di laboratorio		Incrementi minimi nelle concentrazioni sieriche della creatinina muscolare			
Ferite e intossicazioni	Incidenti				

* In caso di sincope e convulsioni, deve essere presa in considerazione la possibilità di insorgenza di blocco cardiaco o di prolungate pause sinusali (vedi sezione 4.4).

** Casi di allucinazioni, agitazione e comportamento aggressivo si sono risolti con la riduzione della dose o con la sospensione del trattamento. *** In caso di disfunzione epatica ad eziologia sconosciuta, deve essere presa in considerazione la sospensione del trattamento con MEMAC®.

4.9 Sovradosaggio La DL50 stimata di donepezil cloridrato dopo somministrazione orale di una dose singola a topi e nei ratti è rispettivamente di 45 e 32 mg/kg; tale dose corrisponde a circa 225 e 160 volte la dose massima raccomandata nell'uomo uguale a 10 mg al giorno. Negli animali sono stati osservati sintomi dose-dipendente da stimolazione colinergica quali diminuzione dell'attività motoria spontanea, posizione prona, instabilità dell'andatura, lacrimazione, convulsioni di tipo clonico, depressione respiratoria, salivazione, miosi, fascicolazioni muscolari ed abbassamento della temperatura corporea. Il sovradosaggio con inibitori della colinesterasi può dare origine a crisi colinergiche caratterizzate da nausea grave, vomito, salivazione, sudorazione, bradicardia, ipotensione, depressione respiratoria, collasso e convulsioni. E' possibile che si instauri un aumento della debolezza muscolare che può causare morte se sono coinvolti i muscoli respiratori. In caso di sovradosaggio devono essere utilizzate tutte le misure terapeutiche necessarie. Come antidoto in caso di sovradosaggio di MEMAC® possono essere utilizzati gli anticolinergici terziari, come l'atropina. Si raccomanda la somministrazione di atropina solfato endovena alla dose necessaria per ottenere l'effetto desiderato: una dose iniziale da 1.0 a 2.0 mg E.V. con un aggiustamento dei dosaggi successivi in base alla risposta clinica. Sono state riportate risposte atipiche della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca dopo somministrazione contemporanea di altri colinomimetici in associazione con anticolinergici quaternari come il glicopirrolato. Non è noto se donepezil cloridrato e/o i suoi metaboliti possano essere rimossi con dialisi (emodialisi, dialisi peritoneale, emofiltrazione).

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche Categoria farmacoterapeutica: Farmaci anti-demenza. Codice ATC: N06DA02 Donepezil cloridrato è un inibitore specifico e reversibile dell'acetilcolinesterasi, la colinesterasi predominante nel cervello. Donepezil cloridrato è un inibitore in vitro della colinesterasi cerebrale 1000 volte più potente della butirrilcolinesterasi, un enzima presente principalmente al di fuori del sistema nervoso centrale. Nei pazienti con malattia di Alzheimer che hanno partecipato agli studi clinici, la somministrazione di singole dosi giornaliere di 5 o 10 mg di MEMAC® produce un'inibizione dell'attività acetilcolinesterasica (misurata a livello delle membrane eritrocitarie) allo steady-state del 63,6 % e del 77,3 % rispettivamente quando misurati nella fase post-dose. Si è visto che l'inibizione dell'acetilcolinesterasi eritrocitaria indotta da Donepezil cloridrato è correlata alle variazioni registrate dalla scala ADAS-Cog, una scala sensibile utilizzata per valutare specifici aspetti della funzione cognitiva. La capacità di donepezil cloridrato di alterare il decorso della patologia neurologica di base non è stata studiata. Pertanto, non è possibile affermare che MEMAC® possa in alcun modo modificare l'evoluzione della malattia. L'efficacia del trattamento con MEMAC® è stata valutata in 4 studi clinici controllati verso placebo, di cui 2 della durata di 6 mesi e 2 della durata di 1 anno. Negli studi clinici della durata di 6 mesi, alla conclusione del trattamento con donepezil, è stata effettuata un'analisi basata sulla combinazione di 3 criteri di efficacia ADAS-Cog (scala per la misurazione della performance cognitiva), Clinical Interview Based Impression of Change with Caregiver Input (scala per la misurazione delle funzioni globali) e Activities of Daily Living Subscale della Clinical Dementia Rating Scale (scala per la misurazione dei rapporti interpersonali e sociali, delle attività domestiche, degli hobby e della cura personale). Sono stati definiti pazienti che hanno risposto al trattamento, tutti coloro che sono rientrati nei criteri qui di seguito elencati:

Risposta: Miglioramento alla ADAS-Cog di almeno 4 punti
Nessun deterioramento alla CIBIC
Nessun deterioramento alla Activities of Daily Living Subscale della Clinical Dementia



MEMAC® ha prodotto un aumento statisticamente significativo e dose-dipendente della percentuale di pazienti che sono stati giudicati responder al trattamento. 5.2 Proprietà farmacocinetiche *Assorbimento*: I massimi livelli plasmatici vengono raggiunti circa 3-4 ore dopo la somministrazione orale. Le concentrazioni plasmatiche e l'area sotto la curva aumentano proporzionalmente alla dose. L'emivita di eliminazione terminale è di circa 70 ore e, quindi, la somministrazione di dosi ripetute porta ad un graduale raggiungimento dello steady-state (entro tre settimane dall'inizio della terapia). Una volta raggiunto lo steady-state, la concentrazione plasmatica e l'attività farmacodinamica di donepezil cloridrato mostrano una variabilità minima nel corso della giornata. L'assunzione di cibo non modifica l'assorbimento di donepezil cloridrato. *Distribuzione*: Il donepezil cloridrato si lega per circa il 95% alle proteine plasmatiche. Non si conosce il legame alle proteine plasmatiche del metabolita attivo 6-O-desmetildonepezil. Non esistono dati definitivi sulla distribuzione di donepezil cloridrato nei vari tessuti corporei. Tuttavia circa il 28% del principio attivo è ancora rilevabile nell'organismo dopo 240 ore dalla somministrazione di una singola dose di 5 mg di Donepezil cloridrato marcato con C14 in volontari sani maschi. Ciò suggerisce che donepezil cloridrato e/o i suoi metaboliti possono persistere nell'organismo per più di 10 giorni. *Metabolismo ed Escrezione*: Donepezil cloridrato viene escreto sia per via urinaria in forma immodificata che metabolizzato dal sistema microsomiale citocromo P-450 a metaboliti multipli che ancora non sono stati tutti identificati. La radioattività plasmatica, espressa come percentuale della dose somministrata, dopo somministrazione di una singola dose di 5 mg di donepezil cloridrato marcato con C14, è presente principalmente come Donepezil cloridrato immodificato (30%), come derivato 6-O-desmetildonepezil (11%, unico metabolita con attività simile a quella del donepezil), come derivato donepezil-cis N-ossido (9%), come derivato 5-O-desmetil-donepezil (7%), come glucuronide del 5-O-desmetil-donepezil (3%). Circa il 57% della radioattività totale somministrata viene ritrovata nelle urine (il 17% sotto forma di farmaco immodificato) ed il 14,5% nelle feci; ciò suggerisce che l'escrezione urinaria e la biotrasformazione siano le vie primarie di eliminazione. Non ci sono evidenze di un ricircolo entero-epatico di donepezil cloridrato e dei suoi metaboliti. La concentrazione plasmatica di donepezil cloridrato diminuisce con un'emivita di circa 70 ore. Il sesso, la razza e il tabagismo non influenzano la concentrazione plasmatica del donepezil. La farmacocinetica di donepezil non è stata espressamente studiata nei soggetti anziani sani o nei pazienti Alzheimer. Tuttavia, le concentrazioni plasmatiche medie in questi pazienti corrispondono strettamente a quelle rilevate nei volontari giovani sani. Nei pazienti con compromissione epatica di grado lieve-moderato è stato osservato un incremento delle concentrazioni plasmatiche di donepezil allo steady state; l'AUC media aumenta del 48%, mentre la Cmax media aumenta del 39% (vedi paragrafo 4.2).

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Ampi studi sperimentali sugli animali hanno dimostrato che il donepezil cloridrato causa un numero esiguo di effetti diversi da quelli che rientrano negli effetti farmacologici propri del farmaco, coerenti con la sua azione colinomimetica (vedi paragrafo 4.9). Donepezil non ha prodotto effetti mutageni nei test di mutazione condotti sulle cellule dei batteri e dei mammiferi. Alcuni effetti clastogenici sono stati osservati in vitro in corrispondenza di concentrazioni chiaramente tossiche per le cellule e 3000 volte maggiori delle concentrazioni plasmatiche steady-state. Non sono stati osservati effetti clastogenici o genotossici nel modello in vivo del micronucleo del topo. Gli studi di carcinogenesi a lungo termine, condotti sia su ratti che su topi, non hanno evidenziato potenziale oncogeno. Donepezil cloridrato nel ratto non ha dimostrato avere effetti sulla fertilità, nel ratto e nel coniglio non presenta attività teratogena, ma ha un lieve effetto sul numero dei nati morti e sulla sopravvivenza dei neonati prematuri quando somministrato a ratte gravide a dosi 50 volte superiori alla massima dose impiegata nell'uomo (vedi paragrafo 4.6).

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Lattosio monoidrato, amido di mais, cellulosa microcristallina, idrossipropilcellulosa, magnesio stearato. Film di rivestimento: talco, macrogol, ipromellosa, titanio diossido e ossido di ferro giallo (solo nelle compresse da 10 mg).

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

3 anni

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Non conservare al di sopra di 30°C.

6.5 Natura e contenuto del contenitore MEMAC® 5 - confezione in blister opaco PVC contenente 28 compresse MEMAC® 10 - confezione in blister opaco PVC contenente 28 compresse

6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione

Nessuna

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Bracco S.p.A. - Via E. Folli, 50 - 20134 Milano

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

MEMAC® 5 - 28 compresse rivestite con film da 5 mg - A.I.C. 033255011
MEMAC® 10 - 28 compresse rivestite con film da 10 mg - A.I.C. 033255023

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Settembre 1997/ Marzo 2005

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Luglio 2005

Finito di stampare nel mese di marzo 2006
ISTITUTO ARTI GRAFICHE MENGARELLI - ROMA