

5° CONGRESSO NAZIONALE

LA PSICOGERIATRIA NELL'EPOCA DELLE PASSIONI TRISTI



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



LA PSICOGERIATRIA
NELL'EPOCA
DELLE PASSIONI TRISTI

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.

ACERBA VOLUPTAS: USO DEL VIAGRA NELL'ANZIANO

Berti Alessandra, Fizzotti Carlo, Maberino Camilla, Zanelli Elisa

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica – Sezione Psichiatria Università degli Studi di Genova

È cosa nota che la sessualità umana presenta due componenti distinte: la prima è riconducibile al comportamento e risulta fortemente influenzata da fattori neurovegetativi circolatori e neuroendocrini, nonché alterabile con l'intervento farmacologico; la seconda è il vissuto, strettamente associato al grado di integrazione dell'Io e determinato dai tributi in termini pulsionali pagati dall'individuo al vivere civile, dall'integrazione di elementi pulsionali parafilici nella sessualità normale, e dall'umore, che quanto più si avvicina alla depressione, tanto più si allontana dalla sessualità. Nella depressione, infatti, si possono osservare un ritiro narcisistico che accompagna la perdita, l'esclusione dell'oggetto che perde valore, una diminuzione globale difensiva delle pulsioni per un prevalere della pulsione di morte e, infine, la presenza di un superIo sadico. In una situazione simile, in cui la sessualità è inibita con finalità difensive, si può operare una stimolazione artificiosa con modalità ed effetti diversi: in primo luogo, gli antidepressivi, che in realtà non risultano utili, deprimendo ulteriormente l'attività sessuale; ancora, una risposta maniacale, che porta a una sessualità esterna come nel caso del padre del bell'Antonio; infine, la maniacalità farmaco assistita, che ritroviamo nella persona anziana come nell'esempio clinico di origine letteraria tratto da *La macchia umana* di Philip Roth, in cui il protagonista, dopo la forzata dimissione dall'insegnamento universitario e la morte della moglie, si lega ad una donna molto più giovane, ritrovando una felicità tardiva anche dal punto di vista sessuale grazie all'aiuto del Viagra. Per concludere, dobbiamo però sottolineare come, ogni qual volta si voglia intervenire per favorire una ripresa dell'attività sessuale depressa, non si debba incorrere nell'*errore del salvatore*: perché la sessualità possa essere agita, deve esistere una pulsione e questa deve essere integrata nella personalità del soggetto, essendo la pulsione non integrata impossibile da gestire (*Qualcuno volò sul nido del cuculo*).

EFFETTI DELLA TERAPIA CON AUSILIO DI ANIMALI SU ALCUNI PARAMETRI COMPORTAMENTALI E RELAZIONALI DI ANZIANI DEMENTI

Bigatello Giovanni

Istituto Geriatrico Ca' d'Industria, Como

Negli anziani affetti da demenza di grado severo il conseguimento di uno stato di relativo benessere, associato possibilmente ad un miglioramento delle capacità relazionali, va visto come uno degli obiettivi primari del trattamento. Per conseguire questo obiettivo l'utilizzo a scopo terapeutico della relazione uomo-animale (TAA=Terapia con l'Ausilio di Animali), ha prodotto risultati non trascurabili, che vanno da un miglioramento del tono dell'umore, a una riduzione delle alterazioni comportamentali, a un incremento della socializzazione^(1,2). Nell'ambito della nostra attività di TAA che si svolge da oltre cinque anni con il supporto dell'AIUCA (Associazione Italiana Uso Cani di Assistenza)⁽³⁾ nel corso del 2003, in collaborazione con l'Istituto di Zootecnica della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Milano, abbiamo proceduto alla videoregistrazione di 10 sedute da un'ora ciascuna di TAA condotta su dieci pazienti ricoverati nel Nucleo Alzheimer del nostro Istituto, confrontandole con sedute condotte in condizioni basali e durante un'altra attività senza cane⁽⁴⁾. Dall'esame delle videocassette abbiamo rilevato un incremento dei sorrisi, dell'interazione tra ricoverati, dell'attenzione, dell'interesse e un maggior numero di frasi pertinenti al contesto. Come si rileva dalla Figura 1, in presenza del cane i soggetti risultano significativamente più interessati, meno distratti e più sorridenti rispetto alla prova di basale e all'attività comparativa ($p < 0,05$).

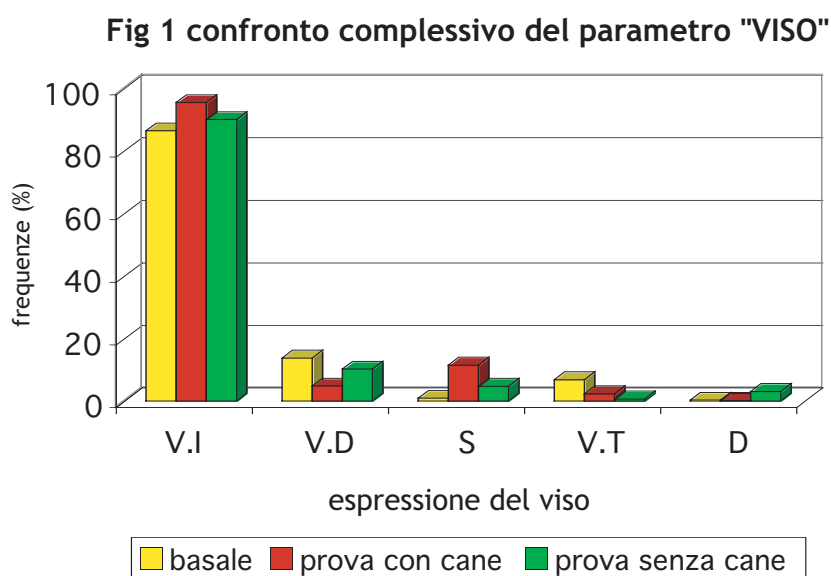


Figura 1: distribuzione dei valori riguardanti il parametro "VISO" (V.I=viso interessato; V.D=viso distratto; S=sorride; V.T=viso teso; D=dorme)

Inoltre durante le sedute di TAA si riscontra una maggior frequenza di frasi o discorsi pertinenti al contesto (Fig. 2), con una differenza significativa rispetto al basale (Pe= 21.3% vs 7,6%). In presenza del cane infine, i pazienti comunicano più spesso fra di loro, sicché la TAA funge da stimolo alla socializzazione, comportamento che risulta invece quasi assente durante l'attività comparativa.

Fig 2 confronto complessivo del parametro "COMUNICAZIONE"

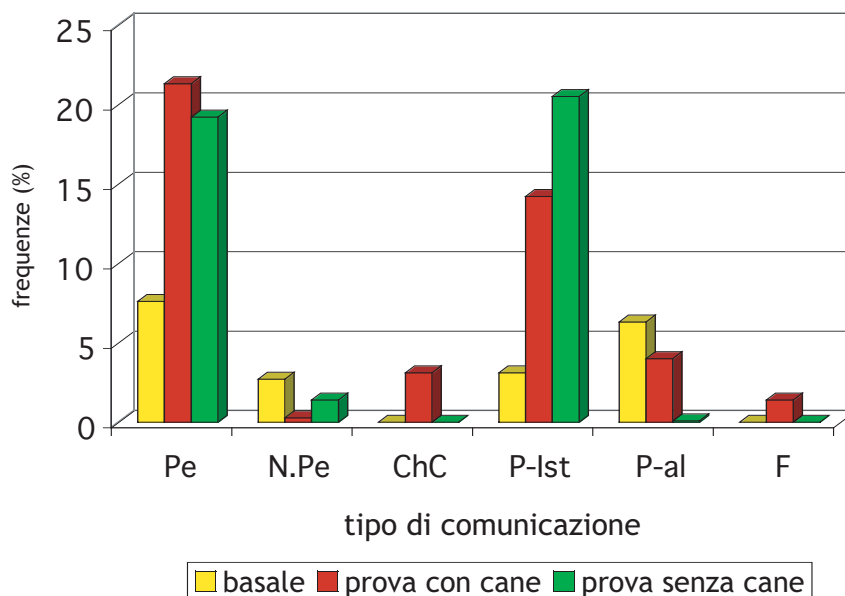


Figura 2: distribuzione dei valori riguardanti il parametro "COMUNICAZIONE" nell'intero campione (Pe=comunicazione pertinente al contesto; N.Pe=non pertinente; ChC=chiama il cane; P-Ist=parla con l'istruttore; P-al=parla con altri; F=fischia)

In conclusione, lo studio conferma l'effetto positivo della TAA su alcuni parametri comportamentali e relazionali e sul benessere di soggetti dementi ricoverati in Nucleo Alzheimer.

Bibliografia

- 1) Kongable L, Buckwalter K C, Stolley J. The effects of Pet Therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Archives of Psychiatric Nursing* 1989; 3: 191-198.
- 2) Bigatello G, Buttram D, Galimberti M, Fresca P, Ghibaudi A. Animal assisted Therapy in Alzheimer patients: preliminary impression of a pilot experience in Itali. 7th International Geneva/Springfield Symposium on Advances in Alzheimer Therapy. ABS 5b, april 3-6, 2002.
- 3) Bigatello G. La Pet Therapy in Casa di Riposo: cinque anni d'esperienza. I luoghi della cura. *In press*, 2005.
- 4) Franceschi N. Analisi comportamentale e fisiologica in soggetti impiegati in sedute di "Pet Therapy". Tesi di Laurea in Scienze Naturali, Università degli Studi di Milano, Facoltà di Scienze Veterinarie. Anno Accademico 2003-2004.

L'ATTIVITÀ DI UN SERVIZIO DI PSICHIATRIA DELL'ANZIANO IN UN CENTRO PUBBLICO DI SALUTE MENTALE: L'ESPERIENZA PRELIMINARE DELLA UNITÀ OPERATIVA PSICHIATRICA LOMBARDA N.13

Campana Arturo¹, Zupo Sergio¹

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

INTRODUZIONE

Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 viene raccomandato 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; tra gli obiettivi strategici si richiama alla riduzione dei comportamenti suicidari all'età anziana. In questo studio viene descritta l'attività e riportati i risultati dei primi quattro anni di attività di un servizio di psichiatria dell'anziano attivato nel contesto di una Unità Operativa Psichiatrica Lombarda (UOP) (la UOP n.13).

METODI

Il servizio di psicogeriatría è stato attivato amministrativamente nell'ambito di Centro di Salute Mentale (CPS) della UOP 13, prevedendo 2 tipi di aree di intervento: una attività ambulatoriale ospedaliera ed una attività territoriale presso le principali residenze socio-assistenziali (RSA) convenzionate inserite nell'area distrettuale. È stato definito che l'accesso presso il servizio ambulatoriale potesse avvenire direttamente per pazienti al primo contatto con la UOP e con età superiore ai 65 anni (o, comunque, con un probabile disturbo mentale organico), appartenenti al territorio di competenza dell'UOP 13. Nell'ambito invece delle visite presso le RSA, sarebbero stati valutati o seguiti tutti i pazienti con patologia psichiatrica (nuovi o già noti alla UOP), sempre del territorio di competenza dell'UOP 13, pertanto anche quei pazienti con patologia psichiatrica con un lungo percorso di cure precedente, giunti in RSA per età e necessità assistenziali e/o già inseriti da molto tempo. Sarebbero inoltre stati visitati i pazienti su richiesta e segnalazione degli stessi medici nelle RSA. Inoltre, nell'ambito dell'attività prettamente ospedaliera, per i pazienti over 65, sono state assegnate al servizio le consulenze negli altri reparti, la cura dei pazienti ricoverati in SPDC, e la successiva eventuale assunzione in cura ambulatoriale dei nuovi casi. Per la valutazione dei casi urgenti è stato utilizzato l'invio in pronto soccorso e la effettuazione della consulenza, quando possibile, da parte del servizio stesso, altrimenti in forma di eventuale disponibilità di consultazione da parte dei colleghi psichiatri di turno per le urgenze.

RISULTATI

Ambulatorialmente, è stata accolta l'intera domanda di prima visita per i pazienti con età superiore ai 65 anni nonché tutti i casi di disturbi mentali organici del CPS, con significativi aumenti dell'attività nell'ultimo anno, nonostante la diminuzione del numero medio di interventi per paziente; i pazienti non sono stati più ricoverati per motivi psicopatologici, non si sono verificati suicidi; il tasso di drop-out è stato minore del 5%. Si è verificata una netta diminuzione dei ricoveri in SPDC anche dei pazienti inseriti nelle RSA. Si è sviluppata una sensibilizzazione degli operatori che lavorano nelle RSA, con una tendenziale maggiore autonomia nella gestione del paziente (funzionale o organico) e riconoscimento della patologia psichiatrica, con un maggiore utilizzo dei nuovi antipsicotici e antidepressivi. Emerge inoltre una ricaduta diretta anche per i pazienti psichiatrici in cura da anni al CPS, con una maggiore disponibilità ad accoglierli nelle RSA.

CONCLUSIONI

Pur con opportune modifiche, la strutturazione di un servizio psicogeriatrico nell'ambito dei servizi pubblici di salute mentale è possibile con una redistribuzione delle risorse disponibili. La strutturazione più precisa del servizio, semplificata dall'esperienza di questi quattro anni, aprirebbe infine le porte alla attuazione di quello che viene raccomandato nei piani sanitari nazionale e regionale per la salute mentale, e cioè di prendere parte al lavoro delle Unità di Valutazione Geriatrica e delle altre agenzie che si occupano di quest'area di bisogno sanitario e sociale, con la definizione di protocolli di collaborazione e di verifica, e con la definizione di percorsi assistenziali più specifici (interni al servizio, integrabili con le altre agenzie).

EMERGENZE PSICHIATRICHE IN ETÀ SENILE

°Cattaneo C.I., D'Innella P.L., Olgiati P., Ferraris S., Manzetti E., Torre E.

°*Clinica Psichiatrica, UPO Novara*

INTRODUZIONE

La morbilità psichiatrica è un fenomeno relativamente frequente nell'anziano, interessando, secondo stime statunitensi, il 15% della popolazione > 65 anni. In età avanzata le forme morbose insorte durante la giovinezza mutano spesso il proprio quadro clinico. Inoltre possono manifestarsi nuovi disturbi in soggetti precedentemente asintomatici.

Per tali ragioni il panorama della psico-geriatria conserva delle caratteristiche peculiari che ne consentono l'individuazione quale disciplina autonoma.

Il nostro studio ha inteso analizzare le emergenze psichiatriche nell'età senile, evidenziandone i tratti distintivi e le maggiori differenze rispetto all'età giovanile ed adulta.

METODI

Sono state esaminate le informazioni relative alle consulenze psichiatriche effettuate presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale "Maggiore della Carità" di Novara nel 2003, contenute in un apposito registro. Tali dati comprendevano alcune caratteristiche demografiche (età, sesso, stato sociale), la diagnosi (ICD9-CM) ed il trattamento.

Nei soggetti > 60 anni sono state calcolate le frequenze attese di ciascuna categoria diagnostica e confrontate con le frequenze osservate mediante test del Chi-quadrato.

RISULTATI

Durante il periodo di osservazione sono state richieste 1052 consulenze psichiatriche per 911 soggetti, 167 dei quali avevano più di 60 anni.

Nel gruppo geriatrico la prevalenza di disturbi mentali organici era significativamente maggiore dell'atteso (35 vs 7), mentre schizofrenia (9 vs 18), psicosi affettive (2 vs 4), disturbi di personalità (2 vs 18), abuso di alcol (3 vs 10) e abuso di sostanze (0 vs 3) erano scarsamente rappresentati.

CONCLUSIONI

Molti studi hanno evidenziato un'elevata prevalenza di disturbi cognitivi e depressivi nei pazienti anziani ospedalizzati. La presente ricerca ha confermato questi risultati nel contesto comunitario suggerendo la necessità di strategie specifiche per la prevenzione delle urgenze psico-geriatriche.

QUANDO L'AUTUNNO DELLA MENTE SPOGLIA LE FORME DELL'ARTE: LA STORIA DI UN PITTORE CON ALZHEIMER

Conchiglia Giovannina¹, Adamo Annamaria¹, Barbato Gianni¹, Cuomo Chiara¹, Della Rocca Gennaro¹, Giacca Cristina², Visciglio Anna¹, Russo Pasquale¹, Grossi Dario²

¹ALMA MATER spa "Villa Camaldoli", Napoli. ²Dipartimento di Psicologia S.U.N. Caserta

L'aprassia costruttiva è un disordine della cognizione spaziale che si manifesta nell'incapacità di costruire strutture complesse ponendo gli elementi costituenti nei corretti rapporti spaziali reciproci. Nella malattia di Alzheimer tale disturbo è molto frequente e rappresenta una delle abilità cognitive esplorate per formulare la diagnosi stessa di malattia. Qui presentiamo il caso del Sig. G.F. di 59 anni, con 13 anni di scolarità, destrimane, pittore. Giunge alla nostra osservazione nel novembre del 2004 con diagnosi di Malattia di Alzheimer, lamentando disturbi del linguaggio e difficoltà a svolgere il suo lavoro abituale quale la realizzazione pittorica di quadri. Circa cinque anni fa, sono iniziati i primi disturbi cognitivi caratterizzati da disturbi di memoria a breve termine, frequenti anomalie e facile distraibilità. Con il passare del tempo la condizione diventa ingravescente, associata a disturbi del linguaggio con significativa compromissione dell'attività lavorativa. La RM encefalo effettuata nell'agosto del 2003 depone per esito gliotico di microinfarto lacunare del centro semi ovale para-rolandico destro, atrofia corticale modesta. La SPECT cerebrale rileva una ridotta captazione in corrispondenza di entrambi i poli temporali, soprattutto a destra delle regioni frontali e temporo-parietali bilaterali. A Marzo di quest'anno, 2005, viene ripetuta la RM encefalo che conferma il referto precedente.

L'esame neuropsicologico rileva un disorientamento temporale, un eloquio spontaneo povero, significativi deficit della comprensione, di memoria e marcata compromissione delle capacità prassico-costruttive. Dalla valutazione ecologico-comportamentale si riscontrano discrete abilità funzionali e severo deficit relativo a strategie di problem solving. Considerando l'attività lavorativa del paziente e le evidenti difficoltà nella copia dei modelli da riprodurre, si è reso necessario praticare un approfondimento neuropsicologico. Sono state somministrate prove che generalmente vengono utilizzate per la diagnosi dei disturbi eminatentivi, al fine di valutare le capacità di esplorazione sequenziale e globale degli stimoli, le capacità di discriminazione, le procedure messe in atto nella costruzione, e gli eventuali errori prodotti. In tutte le prove vengono segnalati tempi di latenza molto lunghi soprattutto nella copia di figura complessa (Figura di Rey), deficit mnesici relativi alla consegna data e perdita delle strategie e dei piani costruttivi elaborati cognitivamente. Altrettanto deficitaria risulta la capacità di disegno spontaneo sia con vincolo, in cui viene dato un tema specifico, che senza vincolo, in cui il paziente può disegnare liberamente richiamando le proprie facoltà semantiche. Durante l'esecuzione il paziente mostra una sovrapposizione di strategie e piani costruttivi, ogni oggetto disegnato viene interrotto per la perdita della traccia mnesica e viene riprodotto un nuovo disegno lasciando anche quest'ultimo incompleto. In altre occasioni invece si osservano rilevanti interferenze con disegni presentati precedentemente.

La perdita delle consegne date, dei propri piani costruttivi ed esecutivi e ancora la lentezza di esecuzione determinano un conflitto tra le proprie rappresentazioni mentali strategiche necessarie ai fini delle competenze esecutive-motorie; i processi cognitivi precedenti interferiscono con quelli successivi rallentando la procedura di decisione compromettendone così l'adeguatezza.

La specifica attività lavorativa del paziente ha permesso un'osservazione più immediata e di esaminare in maniera più diretta ed accurata il decorso della malattia e nello specifico del disturbo prassico-costruttivo. Attraverso l'osservazione dei suoi dipinti realizzati prima della malattia è stato possibile individuare la disgregazione della rappresentazione mentale presente nelle attuali realizzazioni pittoriche. I suoi quadri oramai sono privi di ogni tecnica pittorica, presente in tutte le sue opere precedenti in maniera inconfondibile e che risalta anche agli occhi di non esperti del campo; ogni singolo elemento è realizzato in maniera incompleta ed isolata in un contesto mancante di qualsiasi tema pittorico, e di assenza di espressività artistica se non quella decadente e degenerativa della patologia.

EQUILIBRIO PRESSORIO E COGNITIVITÀ

Ferrari E., Falvo F., Carbone P., Geroutis N., Cinchetti V., Magri F., Cravello L.

Dipart. Medicina Interna e Terapia Medica – Cattedra di Geriatria, Università di Pavia – A.S.P. “S.Margherita” – via Emilia 12, 27100 Pavia

INTRODUZIONE

È ben noto che elevati livelli di pressione arteriosa si associano ad un aumentato rischio di eventi cardio-vascolari e cerebro-vascolari. In particolare, a livello cerebrale, l'ipertensione arteriosa può provocare sia lesioni macroscopiche (di tipo ischemico o emorragico) sia alterazioni microscopiche soprattutto a livello dei gangli cerebrali, del talamo e del cervelletto. Recenti studi hanno inoltre dimostrato che la malattia cerebro-vascolare può anche favorire la formazione delle lesioni degenerative tipiche della demenza di Alzheimer. Ne deriva che l'ipertensione arteriosa, fino a pochi anni fa considerata fattore di rischio soltanto per la demenza vascolare, viene attualmente rivalutata come fattore di rischio anche per la demenza di Alzheimer. Tuttavia i dati della letteratura inerenti alle relazioni fra pressione arteriosa e cognitività sono alquanto contrastanti, dato che alcuni Autori suggeriscono che il decadimento cognitivo sia più pronunciato negli ipertesi che nei controlli normotesi, mentre altri non hanno trovato significative differenze, altri ancora ipotizzano che l'aumento dei valori pressori possa rappresentare una condizione benefica per lo stato cognitivo del soggetto anziano, altri infine hanno descritto riduzioni delle performances cognitive in rapporto a livelli pressori sia più alti che più bassi della norma.

SCOPO DEL LAVORO

Valutazione attraverso uno studio osservazionale delle relazioni fra cognitività e funzionalità residua nelle attività della vita quotidiana e valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica, sia clinica che ambulatoriale, e pressione pulsatoria ambulatoriale.

SOGGETTI E METODI

85 soggetti di età compresa fra 65 e 99 anni (56 donne e 29 uomini) di età media $81,6 \pm 7,9$ DS, degenti nella divisione clinicizzata di Geriatria dell'Istituto di Riabilitazione Geriatrica “S. Margherita” di Pavia. Al momento dello studio tutti i soggetti erano normotesi oppure ipertesi di prima diagnosi e non in trattamento ipotensivo; nessuno di essi era affetto da diabete mellito.

In tutti i soggetti è stata attuata la valutazione cognitiva (MMSE) e funzionale (BADL, IADL e Scala di Barthel). Oltre alla valutazione clinica della pressione arteriosa, si è proceduto in tutti i casi al monitoraggio pressorio ambulatoriale mediante SpaceLabs 90207. Dal monitoraggio pressorio sono stati calcolati i valori medi delle 24 ore, diurni e notturni, sia delle pressioni sistolica e diastolica che della pressione pulsatoria (differenza fra sistolica e diastolica).

I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi in base allo score del MMSE: gruppo 1 (n = 34) soggetti normali o con lieve deficit cognitivo (MMSE \geq 24), gruppo 2 (n= 23) con decadimento cognitivo moderato (MMSE compreso fra 17 e 24) e gruppo 3 (n= 28) con grave decadimento cognitivo (MMSE \leq 17).

RISULTATI

I soggetti cognitivamente normali o con lieve deficit cognitivo (gruppo 1) avevano un'età significativamente inferiore rispetto al gruppo 2 ma non rispetto al gruppo dei soggetti cognitivamente più compromessi (gruppo 3) (età media anni $78,94 \pm 7,3$ DS vs $85,3 \pm 6,7$ e $81,57 \pm 6,8$, rispettivamente).

I soggetti con grave deficit cognitivo (gruppo 3) avevano valori di pressione diastolica minima e massima delle 24 ore e notturna statisticamente più elevati rispetto ai soggetti con decadimento cognitivo moderato (gruppo 2). I soggetti cognitivamente normali o con iniziale decadimento cognitivo (gruppo 1) avevano livelli minimi di pressione diastolica delle 24 ore più elevati rispetto ai pazienti con deficit cognitivo moderato (gruppo 2). Non sono risultate significative differenze fra i diversi gruppi circa la variabilità pressoria circadiana e la presenza o meno del fisiologico calo pressorio notturno. Era presente invece una correlazione negativa fra i valori notturni di pressione sistolica e diastolica e lo stato funzionale dei soggetti nei confronti delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

CONCLUSIONI

Non sono emerse da questo studio differenze statisticamente significative dei livelli di pressione sistolica fra soggetti con deficit cognitivo di grado diverso, mentre la componente diastolica sembra presentare maggiori differenze in rapporto allo stato cognitivo, in accordo con altri dati della letteratura. In effetti la pressione diastolica è risultata più bassa nei soggetti con decadimento cognitivo moderato rispetto ai soggetti cognitivamente normali o ai soggetti con grave deficit cognitivo. Ne è derivato quindi un aumento dei valori di pressione pulsatoria nei soggetti del gruppo 2, con moderato decadimento cognitivo. Quindi, mentre alcuni studi longitudinali hanno dimostrato l'esistenza di una "relazione a U" fra pressione pulsatoria e rischio di demenza, i risultati del nostro studio osservazionale sembrano indicare che una elevata pressione pulsatoria caratterizzi soltanto i pazienti con deficit cognitivo moderato. Questo dato potrebbe tuttavia essere inficiato dal fatto che nella patogenesi dell'aumento della pressione pulsatoria rivestono un ruolo, accanto alla maggiore rigidità delle arteriole e alla diffusione delle alterazioni aterosclerotiche, anche altre condizioni non correlate al decadimento cognitivo (quali le valvulopatie aortiche e il m.di Paget). La funzionalità residua nelle attività della vita quotidiana (IADL) è risultata invece correlata con i livelli pressori sia sistolici che diastolici, posto che valori pressori notturni elevati si associavano ad una iniziale perdita funzionale.

DECADIMENTO COGNITIVO REVERSIBILE DI ORIGINE CARENZIALE: DEFICIT DI VITAMINA B₁₂. UN CASO CLINICO

**Firetto S.¹, Ghisla M.K.^{1,2}, Loda C.¹, Minelli D.¹, Baroni F.^{1,2}, Delalio E.^{1,2},
Feruelli C.^{1,2}, Spassini W.¹, Leonardi R.¹, Grassi V.²**

¹Fondazione "Ospedale e casa di Riposo – Nobile Paolo Richiedei" Gussago (Brescia);

²Università degli Studi di Brescia - Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Scuola di Specializzazione in Geriatria Università degli Studi di Brescia

La malnutrizione, specie quella da insufficiente apporto di acido folico, di vitamina B₁₂, tiamina e niacina, può indurre deterioramento mentale nell'anziano, con caratteristiche cliniche spesso di assai difficile differenziazione da quelle della demenza degenerativa primaria. Le alterazioni delle performances cognitive hanno solitamente insorgenza subdola, andamento lentamente progressivo, deterioramento globale diffuso che interessa tutte le funzioni intellettive, irreversibile qualora si ometta per lungo tempo la correzione della causa disnutrizionale. Il deficit di Vitamina B₁₂ può inoltre determinare alterazioni neurologiche come parestesie aspecifiche alle estremità, alterazioni della sensibilità propriocettiva e vibratoria, difficoltà di deambulazione.

F.R. donna di 76 anni, pensionata, ex casalinga, 8 anni di scolarità, giunge alla nostra osservazione per astenia, facile affaticabilità, rallentamento ideo-motorio, cardiopalmo e dispnea per sforzi di media entità da circa 2 settimane.

I familiari riferiscono che da circa un anno la paziente presenta saltuari deficit mnesici per eventi recenti, facile irritabilità e apatia con impatto negativo sulle AADL (non si dedica alle attività di volontariato che regolarmente svolgeva e ha interrotto alcuni hobbies domestici). Anamnesi positiva per polipectomia gastrica multipla avvenuta circa 4 anni fa, gastrite cronica con lieve atrofia ghiandolare riscontrata 3 anni fa, ipertensione arteriosa da circa 3 mesi.

All'ingresso in reparto l'esame obiettivo evidenzia: paziente apatica, facies depressa e amimica, eloquio rallentato, movimenti spontanei ridotti, insufficienza venosa arti inferiori, soffio sistolico dell'intensità di 2/6, emorroidi di terzo grado. Alla valutazione multidimensionale emerge: stato nutrizionale nella norma (*Mini Nutritional Assessment, Body Max Index*), totalmente conservate le attività strumentali e basali della vita quotidiana (*BADL, Indice di Barthel, IADL*), *MMSE* 24/30, corretto per età e scolarità, stato timico normale (*GDS*: 8), valutazione fisiocinesiterapica nella norma con postura e deambulazione autonome, a basso rischio di cadute (*Scala Tinetti, Physical Performance Test*). La valutazione neuropsicologica evidenzia lieve compromissione della produzione lessicale per categorie semantiche associata a presenza di errori qualitativi nelle funzioni esecutive e nelle abilità visu-costruttive (anche mnesiche). La TAC encefalo segnala immagine ipodensa (15x5 mm) in sede frontale riferibile a probabile esito ischemico. Gli esami bioumorali evidenziano macrocitosi (MCV 110.9 fl) che hanno orientato l'indagine nella richiesta del dosaggio della Vitamina B₁₂, folati, autoanticorpi diretti contro cellule parietali gastriche e fattore intrinseco. Emerso grave deficit di Vitamina B₁₂ (<100 pg/ml) e instaurata terapia per

via intramuscolare. La paziente viene rivalutata ambulatoriamente a distanza di circa 3 mesi: riferito netto miglioramento soggettivo, ridotta l'astenia, ripresi alcuni hobbies. I familiari confermano il miglioramento delle performances cognitive. La valutazione neuropsicologica ribadisce il netto recupero cognitivo (MMSE 27/30). Dosaggio ematico di controllo di Vitamina B₁₂ nella norma.

LA DIPENDENZA NELL'ANZIANO: UN APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO

Fizzotti Carlo, Zanelli Elisa, Bomarsi Stefano, Berti Alessandra

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica – Sezione Psichiatria Università degli Studi di Genova

Oggi, a fronte di un graduale aumento della vita media, il National Institute of Mental Health rileva, negli individui al di sopra dei 65 anni, un'incidenza della psicopatologia pari a 240 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Abbiamo perciò svolto un'indagine con l'intento di analizzare principalmente i disturbi correlati all'uso di sostanze, identificando le strategie e i rischi connessi al trattamento psicofarmacologico e psicoterapeutico.

MATERIALE E METODO

Abbiamo analizzato pazienti di età superiore ai 64 anni ricoverati presso i reparti psichiatrici dell'Azienda Ospedaliera San Martino di Genova dal 1 ottobre 1997 al 31 agosto 2004. Tra i 799 casi isolati, sono stati selezionati i soggetti la cui diagnosi all'ingresso e/o alla dimissione fosse rappresentata da un Disturbo Correlato a Sostanze, con particolare riferimento alla dipendenza da sostanze e all'abuso di sostanze.

RISULTATI

Sono stati selezionati 100 pazienti (46 uomini e 54 donne). L'età media risultava essere di 71 anni. Le sostanze coinvolte erano: alcool (50% dei casi), sedativo-ipnotici (26%), sostanze psicotrope (17%), poliabusi (5%), sostanze medicamentose non psicotrope (2%).

Il 36% dei pazienti presentava una diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanza (Dipendenza e Abuso), il 64% Disturbo Indotto da Sostanze.

Solo 17 pazienti presentavano un'unica diagnosi di Disturbo Correlato a Sostanze, mentre 56 soggetti hanno rivelato una comorbilità per Disturbi dell'Umore, Disturbi di Personalità, Schizofrenia, Disturbi dell'Adattamento, Epilessia, Stato Ansioso, Delirium, Demenza, Disturbi Amnestici e Altri Disturbi Cognitivi.

CONCLUSIONI

Sulla base dei dati raccolti, si è in primo luogo osservata una sottostima della patologia Dipendenza-Abuso di Sostanze. Abbiamo quindi rivolto il nostro interesse all'identificazione di linee guida nel trattamento del paziente anziano. In questo senso, devono essere analizzati il ricovero e la terapia farmacologica: il primo perché in esso si ha l'adeguato inquadramento diagnostico del soggetto; la seconda perché può consentire l'attuazione di presidi quali la sostituzione del farmaco oggetto di abuso (principalmente da benzodiazepine ad antidepressivi) e l'introduzione di farmaci placebo. Ultimo punto da valutare è la psicoterapia dell'anziano, spesso tralasciata e sottovalutata, ma che, in realtà, riveste un ruolo importantissimo. Ovviamente non si possono nascondere i possenti ostacoli transferali: l'impercorribilità narcisistica del rapporto transferale; l'idealizzazione del terapeuta e

l'instaurarsi di un transfert magico; il transfert erotico. Nonostante questi, però, il fallimento psicoterapeutico è piuttosto da ricondursi alla complessa situazione controtransferale, ove il paziente anziano rievoca nel terapeuta le temute angosce di morte. Per concludere, si può ravvisare un'utilità nel trattamento psicoterapeutico, associato alla psicofarmacologia, se l'obiettivo che ci si pone non è la modificazione della struttura di personalità, ormai consolidata, ma un concreto appoggio nella programmazione dei progetti futuri, coinvolgendo, ove possibile, il nucleo familiare.

DIFFERENZE NELLA PRESCRIZIONE DI NEUROLETTICI IN PAZIENTI DEMENTI A DOMICILIO E IN UN ISTITUTO DI RIABILITAZIONE. EFFETTO SULLA MORTALITÀ A 6 MESI

Franzoni Simone^{1,2}, Cornali Cristina^{1,2}, Di Fazio Ignazio^{1,2}, M. Stofler Paolo^{1,2}, Respini Cristina^{1,2}, Trabucchi Marco²

¹*Istituto di Riabilitazione Alzheimer, Fondazione Richiedei, Palazzolo s/O (Brescia)*, ²*Gruppo di Ricerca Geriatrica*

OBIETTIVO

Confronto fra la prescrizione di neurolettici in pazienti con demenza a domicilio e dopo il ricovero in un Istituto di Riabilitazione Alzheimer (IDRA) e valutazione dell'effetto sulla mortalità a 6 mesi.

PAZIENTI

266 pazienti dementi (80.1±7.9 anni, 35.7% maschi, MMSE 12.6±7.4) di 292 dimessi dall'IDRA tra il gennaio 2003 e l'agosto 2004. N.26 soggetti non sono risultati contattabili telefonicamente al follow-up a 6 mesi. I pazienti sono stati divisi in 4 gruppi in base all'assunzione di neurolettici a domicilio prima del ricovero e alla dimissione dall'IDRA: NO – NO (NN n.132, 49.6%), SI – NO (SN n.61, 22.9%), SI – SI (SS n.51, 19.2%) e NO – SI (NS n.22, 8.3%).

RISULTATI

La severità dei disturbi comportamentali, misurata con la Neuropsychiatric Inventory scale, all'ingresso era NN 14.4±12.6 vs SN 20.7±15.1 vs SS 26.5±14.9 vs NS 33.6±19.9 ($p.000$) e alla dimissione 8.1±8.6 vs 14.7±12.5 vs 11.8±13.4 vs 18.0±19.1 (rispettivamente, $p.000$). Il 42.1% dei pazienti prendeva neurolettici prima del ricovero in IDRA (di cui antipsicotici di vecchia generazione 30.4%), mentre alla dimissione erano il 27.4% ($p.000$; antipsicotici di vecchia generazione 2.7%).

Alla dimissione dall'IDRA i neurolettici sono stati sospesi nei pazienti con maggior numero di malattie somatiche (NN 5.5±2.1 vs SN 6.2±2.3 vs SS 4.7±2.1 vs NY 4.6±2.2, $p.002$), comorbilità (Burden of Disease - BOD: 9.3±4.0 vs 10.8±4.5 vs 8.3±3.6 vs 8.1±4.3, $p.008$) e disabilità motoria (scala Tinetti: 12.9±9.1 vs 12.4±9.3 vs 15.7±7.7 vs 14.8±10.5, $p.05$).

A 6 mesi la mortalità è risultata maggiore nei gruppi in trattamento con neurolettici (11.4% vs 24.6% vs 25.5% vs 18.2%, $p.05$).

In una Cox-Regression analysis, aggiustando per età e stato cognitivo, sono risultati fattori associati alla mortalità: il sesso maschile (HR 3.20 [95%CI 1.61-6.38]), lo stato funzionale (scala Tinetti: 0.87 [0.83-0.92]), la comorbilità (BOD: 1.09 [1.01-1.18]) e l'uso di neurolettici al domicilio indipendentemente dalla prescrizione alla dimissione (NN come gruppo di riferimento vs SN 3.31 [1.49-7.31] vs SS 4.82 [2.02-11.49] vs NS 1.64 [0.35-7.70]).

DISCUSSIONE

Rispetto al domicilio in IDRA il ricorso alla prescrizione di neurolettici è minore, ottenendo comunque un sufficiente controllo dei disturbi comportamentali. L'indicazione terapeutica ai neurolettici è riservata a pazienti con discrete condizioni clinico-somatiche, nei quali la prescrizione *ex-novo* non risulta associata alla mortalità a 6 mesi, mentre l'assunzione protratta nel tempo riduce significativamente la sopravvivenza.

TRATTAMENTO DEI BPSD: È OPPORTUNO L'IMPIEGO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI?

Gareri P.^{1,2}, Cotroneo A.³, Lacava R.², Cabodi S.³, Seminara G.¹, Ruotolo G.⁴, Galasso D.⁴, De Sarro G.¹

¹*Cattedra di Farmacologia, Università degli Studi di Catanzaro "Magna Graecia",* ²*U.O. Complessa Tutela Salute Anziani, AS 7, Catanzaro,* ³*Dipartimento ReSA AS3 Torino,* ⁴*Medicina Generale II, A.O. "Pugliese-Ciaccio" - Catanzaro*

Negli ultimi anni è stato fatto un largo uso di antipsicotici atipici nell'anziano, senza che tuttavia si siano risolte alcune questioni chiave, quali le specifiche indicazioni, il rapporto rischio/beneficio rispetto agli antipsicotici tradizionali, il range terapeutico, la durata dei trattamenti ed il loro impiego in presenza di comorbidità somatica.

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare un gruppo di pazienti anziani affetti da demenza con manifestazioni psicotiche trattati con antipsicotici atipici, considerando la posologia media di questi farmaci, la durata media del trattamento, la comorbidità e l'eventuale comparsa di eventi avversi cardio- e/o cerebrovascolari dall'inizio del trattamento.

Sono stati studiati retrospettivamente 52 pazienti, 22 uomini, 30 donne, età media 80.5 ± 7.1 anni, di cui 23 (44.2 %) istituzionalizzati e 29 (55.8 %) visitati al proprio domicilio. Di essi 32 erano affetti da demenza tipo Alzheimer, 9 da demenza di tipo misto, 11 da demenza vascolare; 32 erano trattati con anticolinesterasici (23 pazienti con demenza di tipo Alzheimer e 9 con demenza mista), di cui 12 trattati con rivastigmina, 9 con galantamina, 11 con donepezil. 28 pazienti (53.8 %) erano trattati con risperidone, 14 (26.9 %) con olanzapina, 10 (19.3 %) con quetiapina. Il dosaggio medio giornaliero del trattamento con risperidone era 1.6 ± 0.5 mg (0.75-2 mg) e la durata media del trattamento 16.9 ± 3.7 mesi (12-24 mesi); per l'olanzapina il dosaggio medio/die era 5.8 ± 2 mg (5-10 mg) e la durata media del trattamento 13.3 ± 1.5 mesi (12-15 mesi), per la quetiapina il dosaggio medio era 81.2 ± 37.5 mg (25-100 mg) e la durata media del trattamento 17.5 ± 4.5 mesi (14-24 mesi). Le patologie concomitanti in questi pazienti erano: ipertensione arteriosa (36.5%), scompenso cardiaco (26.9%), diabete (26.9%), cardiopatia ischemica (23.1%), dislipidemia (21.1%), BPCO (19.2%), fibrillazione atriale (17.3%), pregresso ictus cerebrale (15.3%).

L'analisi degli ECG eseguiti prima di iniziare il trattamento ed al momento della valutazione non ha dimostrato alcuna variazione significativa del QT nei soggetti trattati con questi antipsicotici atipici. Nessun evento cardiovascolare è stato registrato durante il periodo del trattamento, mentre si è registrato un evento ischemico cerebrale in uno solo dei soggetti trattati.

Un'adeguata correzione dei fattori di rischio attraverso interventi preventivi di tipo farmacologico e non può impedire o almeno ridurre la frequenza di comparsa di nuovi eventi cardio e/o cerebrovascolari. D'altra parte, la tossicità cardiovascolare degli antipsicotici convenzionali non è di certo inferiore a quella degli atipici, specialmente nel paziente anziano pluripatologico. Sicuramente i nuovi antipsicotici sono tollerati meglio rispetto a quel-

li convenzionali; alla luce dei risultati del nostro studio e delle recenti disposizioni ministeriali, è opportuno utilizzarli considerando le norme di “Good Clinical Practice” e considerando i fondamenti della farmacologia geriatrica, vale a dire iniziare il trattamento a bassi dosaggi ed individualizzarlo; ridurre il possibile sviluppo di effetti collaterali frazionando le dosi, soprattutto all’inizio del trattamento; verificare l’efficacia e la tollerabilità del trattamento ogni 12 settimane e modificarlo nel caso in cui non vi sia una riduzione della frequenza e/o della severità dei sintomi “target”.

LA SCUOLA DEL CAREGIVER: NUOVI MEZZI PER MIGLIORARE LA SALUTE NELLE MALATTIE CRONICHE CHE COMPROMETTONO LA COGNITIVITÀ E L'AUTOSUFFICIENZA

Geminiani Giuliano*, **Leotta Daniela**, **Pernigotti Luigi Maria**, **Balla Silvia**,
Capellero Barbara, **Giacometti Irene***, **Morino Ugo**

*U.O.A. Neurologia Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani Martini Torino, *Dipartimento di Psicologia Università di Torino*

INTRODUZIONE

In Italia si stima che l'80% dei pazienti affetti da demenza sia assistito in casa da un familiare, definito con il termine anglosassone di "caregiver". Il termine caregiving è stato introdotto nella letteratura anglosassone per indicare il ruolo di attiva responsabilizzazione nella presa in carico di un paziente, generalmente da parte di un familiare o di una persona vicina al nucleo di appartenenza del malato. Impegno, fatica, conflittualità sono le tre parole con le quali si può sintetizzare la ricaduta del lavoro dei familiari che assistono i pazienti affetti da demenza.

OBIETTIVI

Per i caregiver dei pazienti che frequentano l'Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A) della A.S.L 2 di Torino abbiamo organizzato corsi informativi/formativi per fornire maggiori informazioni sulla malattia, sui sintomi e sulle strategie di coping da adottare per una migliore gestione del paziente. Lo studio si propone di:

1. Verificare se una maggiore conoscenza sulle caratteristiche e sui sintomi della malattia potesse diminuire il loro carico assistenziale (burden) e, ove presente, il livello di ansia e depressione.
2. Verificare come e quanto i disturbi comportamentali e il livello di deterioramento cognitivo-funzionale del paziente possano influenzare il carico assistenziale del caregiver.

MATERIALI E METODI

Abbiamo effettuato quattro cicli di quattro incontri ciascuno suddivisi per aree tematiche così strutturate: 1) caratteristiche della demenza, 2) problemi cognitivi, strategie di intervento e strategie protesiche di adattamento dell'ambiente, 3) i disturbi comportamentali del paziente, possibili strategie di intervento e nozioni sui vissuti dei familiari, 4) aspetti giuridici e medico-legali legati alla demenza.

Ai caregiver (N=39) abbiamo somministrato un protocollo composto da scale per la quantificazione del carico assistenziale e del livello di ansia e depressione prima dell'inizio del corso (tempo 0) e in fase di follow-up ad un mese dalla fine degli incontri (tempo 1). In quest'ultima fase sono stati inoltre condotti colloqui individuali con i caregiver per conoscere i disturbi comportamentali e funzionali del proprio assistito.

RISULTATI

I risultati mostrano che i corsi effettuati sono stati in grado di incrementare le strategie di gestione dei caregiver nei confronti della malattia. In particolare, semplificando l'organizzazione della vita del paziente, si riduce in modo statisticamente significativo il livello di stress esperito dal caregiver nella gestione quotidiana del proprio parente.

Si è riscontrato altresì un incremento del livello di carico assistenziale "oggettivo" dovuto ad una maggiore consapevolezza delle responsabilità dell'assistenza e del "ruolo" di caregiver.

Dal confronto effettuato tra caratteristiche del paziente e stress del caregiver è emerso, come del resto riportato in letteratura, che il carico assistenziale del caregiver è maggiormente influenzato dai disturbi comportamentali del paziente e da alcune caratteristiche demografiche ed ecologiche del caregiver stesso.

CONCLUSIONI

Poiché la malattia dementigena è spesso considerata dalla letteratura "una malattia familiare", la presa in carico delle problematiche legate al ruolo di caregiving risulta indispensabile sia per ridurre il carico assistenziale che per realizzare una sorta di "home rehabilitation" delle disfunzioni cognitive, comportamentali e funzionali dei pazienti. La preparazione della persona che vive con il paziente è la premessa per impiegare tecniche riabilitative, non solo volte alla riconquista di spazi di autonomia fisica, ma anche sul versante della cognitivtà.

SCALA DI VALUTAZIONE FUNZIONALE PER PAZIENTI CON DISTURBO COGNITIVO MODERATO (DI.CO.M.)

**Grossi Dario¹, Sepe Rosamaria¹, Nuzzi Maria¹, Adamo Annamaria²,
Conchiglia Giovannina², Della Rocca Gennaro², Russo Pasquale², Sorrentino Paolo³,
Trojano Luigi¹, Visciglio Anna²**

¹Dipartimento di Psicologia-Seconda Università di Napoli. ²ALMA MATER spa "Villa Camaldoli", Napoli. ³Centro Geriatrico "Frullone", Napoli

La demenza è una sindrome caratterizzata da una perdita globale e cronica, per lo più progressiva, delle facoltà cognitive precedentemente sviluppate, interferendo con il comportamento sociale e la funzionalità nella vita quotidiana. Per analizzare nella sua globalità il paziente demente è opportuno utilizzare scale che quantifichino il livello del suo deficit funzionale e comportamentale nelle sue varie dimensioni psico-fisiche. I dati raccolti dalle suddette scale non sono risultanti da osservazioni dirette sul paziente, ma sono riferiti dal caregiver e dipendenti, quindi, da valutazioni soggettive.

Nel presente studio è descritta una nuova scala di valutazione (Scala Di.Co.M.), ideata per osservare nell' "hic et nunc" i comportamenti del paziente demente e il suo livello funzionale, mediante simulazione di condizioni realistiche. La scala è stata costruita attraverso il consenso di un gruppo di esperti di diversa estrazione professionale (neurologi, psichiatri, psicologi, e terapisti); i comportamenti identificati sono stati arbitrariamente distribuiti in diverse aree per comodità applicativa. Sono stati selezionati 75 item raggruppati in nove aree: A) Relazioni sociali ed affettività, B) Abilità sensoriali, C) Abilità manuali, D) Abilità cognitive, E) Abilità motorie, F) Comportamento verbale, G) Comportamento osservato, H) Comportamento non-verbale, I) Autonomia. Gli item sono fondati sia sull'osservazione che sulla consegna di compiti. Per ogni item è previsto un punteggio tra 0 e 2, dove due rappresenta il comportamento adeguato e zero l'assenza del comportamento.

Specifico scopo dei due studi (pilota e clinico) è verificare se la nuova scala effettivamente descriva i pazienti con demenza di grado moderato. I dati relativi dimostrano che la Di.Co.M. è applicabile senza particolari difficoltà ai pazienti affetti da demenza di grado moderato-grave ($6 < \text{MMSE} < 11$) di qualsivoglia natura (AD, demenza vascolare, demenza senile, etc.). Il profilo funzionale e comportamentale risultante dalla scala, inoltre, integra quello cognitivo, anche nelle fasi iniziali della malattia, non emergendo alcuna informazione su un'eventuale "disfunzionalità" dai soli dati neuropsicologici.

UNO STUDIO LONGITUDINALE SULLA FALSA MEMORIA IN SOGGETTI CON MCI

Leotta Daniela*, **Puskaric Nada°**, **Marchet Alberto***, **Nobili Marcello***,
Pernigotti Luigi*, **Geminiani Giuliano°**

**Ospedale Martini di Torino, centro U.V.A. presso R.S.A. Torino (Asl 2) – °Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Torino*

INTRODUZIONE

La presente ricerca è inserita nel filone di studio dei marker neuropsicologici in soggetti con mild cognitive impairment (MCI) come predittivi precoci di successiva evoluzione in malattia di Alzheimer. In particolare, si è condotto uno studio longitudinale su soggetti MCI valutati in un compito di falsa memoria. Il fenomeno della falsa memoria è presente anche in soggetti normali e può essere studiato sperimentalmente attraverso il paradigma DRM (Roediger & McDermott, 1995) che consiste nella presentazione di liste di parole semanticamente correlate che “convergono” verso una parola critica non presente nella lista; nella fase di rievocazione-riconoscimento vengono valutati gli item corretti, gli item critici (false memorie) e gli item intrusi. Studi sulla malattia di Alzheimer hanno evidenziato una relazione tra gravità di demenza e produzione di false memorie (Balota et al, 1999).

METODI

Uno studio longitudinale (durata del follow up 9-12 mesi) è stato condotto nel periodo Febbraio 2003 – Gennaio 2005, su pazienti afferenti al reparto di Neurologia dell'Ospedale Martini di Torino (ASL 2) e all' UVA (Centro Valutazione Alzheimer) presso RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) di Torino (ASL 2). Nella ricerca sono stati inclusi 26 soggetti MCI (16 maschi e 10 femmine con età media di 73,4 anni e scolarità media di 8 anni) diagnosticati secondo i criteri di Petersen et al. (1999), utilizzando come prove di memoria un test di memoria di prosa e il test di memoria verbale di Rey.

Il protocollo di valutazione neuropsicologica comprendeva: MMSE, MODA, Matrici attentive, Matrici di Raven, Cubi di Kohs, Digit Span, Corsi, Fluenza Semantica, Geriatric Depression Scale, e un test di Falsa Memoria secondo il paradigma DRM. Per il test sulla falsa memoria si è utilizzato un gruppo di controllo costituito da 25 soggetti di pari età e scolarità, senza segni di MCI o demenza, con un punteggio MMSE \geq 26.

RISULTATI

Alla prima valutazione neuropsicologica i soggetti MCI nel test sulla falsa memoria producono più parole intrusive rispetto al gruppo di controllo ($t=2.92$, $df=49$, $p=0.005$), mentre le loro prestazioni in parole corrette e parole critiche non sono significativamente differenti rispetto alle prestazioni del gruppo di controllo. Nella seconda valutazione nel gruppo MCI si rileva una significativa riduzione delle parole corrette ($t=2.54$, $df=24$, $p=0.018$), ma anche delle parole intrusive ($t=2.19$, $df=24$, $p=0.038$), mentre si rileva un lieve, ma non significativo aumento delle parole critiche; si sottolinea, tuttavia, un significativo aumento

nella seconda valutazione del rapporto tra parole critiche e parole corrette ($t=3.02$, $df=24$, $p=0.006$). Solo nella prova di memoria verbale di Rey differita ($t=3.33$, $df=25$, $p=0.003$) e nel digit span ($t=2.54$, $df=25$, $p=0.018$) si rilevano altre significative differenze tra prima e seconda valutazione.

CONCLUSIONI

Il test sulla falsa memoria si è rilevato un parametro sensibile al deterioramento nel tempo nella MCI, presentando un pattern di comportamento simile a quello evidenziato da Balota et al (1999) in soggetti con demenza di tipo Alzheimer. La sostanziale stabilità delle parole critiche suggerisce una conservazione delle funzioni connesse con la memoria semantica.

B.P.S.D. NEI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA: STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO

Leotta Daniela¹, Pernigotti Luigi Maria¹, Balla Silvia¹, Bongioanni M. Roberta¹, Capellero Barbara¹, Giribaldi Mara², Liffredo Cesare³, Luda Emilio², Geminiani Giuliano⁴, Proverbio Caterina⁴, Vercellino Elisabetta³

¹U.O.A. Neurologia Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani Martini Torino, ²S.C. Neurologia ospedale di Rivoli (TO), ³D.S.M. A.S.L.4 Torino, ⁴Dipartimento di Psicologia Università di Torino

INTRODUZIONE

Nel 1996 l'International Psychogeriatric Association (I.P.A.) nell'ambito della Consensus Conference ha sostituito il termine "disturbo del comportamento" con quello di "Behavioral and Psychological Symptom of Dementia (BPSD) per indicare la manifestazione clinica dei sintomi comportamentali e psicologici delle varie forme di demenza che, come noto, si manifestano con sintomi cognitivi e non cognitivi.

METODI

Il nostro lavoro di ricerca si propone come studio osservazionale dei disturbi del comportamento (BPSD) in un gruppo di PZ afferenti all'ambulatorio U.V.A. (Unità Valutazione Alzheimer in un arco di tempo di 8 settimane.

Nel presente studio sono stati valutati 105 pazienti consecutivamente afferenti all'ambulatorio U.V.A. Gli unici criteri di inclusione riguardavano: 1) la presenza di un caregiver; 2) la diagnosi di demenza indipendentemente che si trattasse di una prima visita o di un controllo; che assumessero terapia con psicofarmaci o anticolinesterasici; che denunciassero o no, turbe comportamentali. A tutti i pazienti è stato somministrato un protocollo comprendente il MMSE; due scale di valutazione comportamentale (N.P.I. versione 10 item, Cummings et al., 1999; Behave – AD Sclan SG.et al. 1996); una scala di consapevolezza, la Clinical Insight Rating Scale, formulata come intervista semistrutturata e preceduta da un colloquio con il caregiver (Ott.Br.et al. 1996).

Il nostro campione è formato da 46 maschi e 59 femmine con età compresa tra 55 e 91 anni (media=77,22+/-7,54); la scolarità tra 3 e 17 anni (media=8,00+/-3,79) ed una durata di malattia compresa tra 3 e 53 mesi (media =17,71+/-14,39).

RISULTATI

Dal nostro lavoro di ricerca è emerso che un maggior grado di compromissione cognitiva correla positivamente con la presenza di importanti disturbi del comportamento e negativamente con il grado di consapevolezza dei propri disturbi. Un maggior livello di stress esperito dal caregiver, misurato con la Behave – AD, non correla con il grado di compromissione cognitiva del paziente né con il grado di insight riferito dallo stesso, ma con la presenza dei disturbi comportamentali che insorgono. Nessuna correlazione statisticamente significativa invece, è risultata tra la consapevolezza di malattia e la presenza di disturbi del comportamento.

CONCLUSIONI

In accordo con quanto riportato nella recente letteratura, nel nostro studio si è constatato che i BPSD sono presenti già a partire dagli stadi precoci della demenza, con un'incidenza che aumenta con il progredire della malattia stessa (Josh e Grossberg, 1996, Mega et al; 1996).

Il nostro lavoro concorda anche con quanto viene riportato negli studi scientifici in merito, ovvero che tali disturbi incidono con un maggior grado di stress sperimentato dal familiare o dal caregiver.

L'IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA NELLA DIAGNOSI DI DEMENZA IN AMBITO U.V.A.

**Leotta Daniela¹, Pernigotti Luigi Maria¹, Nobili Marcello¹, Balla Silvia¹,
Capellero Barbara¹, Giacometti Irene², Proverbio Caterina², Puskaric Nada²,
Martinazzi Valentina²**

¹*U.O.A. Neurologia; Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani Martini Torino,* ²*Dipartimento di Psicologia Università di Torino*

INTRODUZIONE

La neuropsicologia si occupa del rapporto tra mente e cervello e quindi dell'espressione comportamentale delle funzioni e disfunzioni cerebrali, attraverso la somministrazione di Test Neuropsicologici. Nel caso delle demenze, permette di poter cogliere, fin dalle prime fasi della malattia, la presenza dei deficit di quelle funzioni che più precocemente sono compromesse; offre un valido contributo diagnostico allo specialista neurologo, psichiatra e geriatra, ponendosi a completamento della diagnosi clinica e di quella strumentale; permette di monitorare il decorso della malattia a livello cognitivo e comportamentale.

OBIETTIVI

L'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di definire, attraverso una valutazione neuropsicologica dei pazienti afferenti nel periodo tra gennaio e settembre 2004 all'UVA dell'ASL 2 di Torino, il profilo cognitivo e l'entità della compromissione. I criteri di inclusione sono stati:

1. prima visita di accesso per diagnosi di sospetta demenza
2. un punteggio al MMSE > 14
3. assenza di patologie psichiatriche o internistiche gravi

Il campione era costituito da 53 pazienti di età compresa tra 55-92 anni, (media 76,11 anni) di cui 28 maschi e 25 femmine.

MATERIALI E METODI

È stata somministrata la seguente batteria neuropsicologica (Milan Overall Dementia Assessment; Digit Span; Matrici Attentive, Test di Memoria di Prosa; test di Corsi). Inoltre, in base al profilo neuropsicologico evidenziato, sono stati ulteriormente valutati i pazienti che mostravano compromissione in alcuni domini caratterizzanti precise entità nosografiche: in particolare sono stati somministrati test per la valutazione delle funzioni frontali (cubi di Kohs; test di fluency verbale per categorie, Wisconsin Card Sorting Test), prove di tipo visuo-spaziale (Matrici progressive di Raven) nel sospetto di demenza a corpi di Lewy ed approfondimenti mnesici (Rey Memory Test).

RISULTATI

Dalla valutazione neuropsicologica eseguita sono stati individuati:

- 19 pazienti inquadrabili come Mild Cognitive Impairment
- 23 pazienti con diagnosi di Alzheimer probabile
- 11 affetti da altre forme di demenza probabile (1 corea di Huntigton; 2 Lewy-Body; 5 demenza vascolare; 2 deterioramento cognitivo associato a morbo di Parkinson; 1 demenza fronto-temporale).

CONCLUSIONI

Dal nostro studio possiamo affermare che un'adeguata valutazione neuropsicologica in ambito U.V.A risulta quindi indispensabile nelle fasi diagnostiche, proprio per differenziare i profili cognitivi dei diversi tipi di demenza che possono rilevarsi solo nei periodi precoci, prima che il processo patologico sia diventato così ampio da annullarne le differenze, impedendo così al clinico una più corretta possibile diagnosi nosografica cui deve conseguire una più corretta impostazione terapeutica e di presa in carico.

PATTERN DI PRESCRIZIONE DEL DONEPEZIL IN SOGGETTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER: UNO STUDIO DI “REAL PRATICE”

Magnifico Francesca^{1,3}, Lucchi Elena^{1,3}, Marrè Alessandra^{1,3}, Guerini Fabio^{1,3}, Bellelli Giuseppe^{1,3}, Trabucchi Marco^{2,3}

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

³*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

INTRODUZIONE

Pochi studi hanno esaminato le modalità di prescrizione del donepezil nel “mondo reale”, per esempio in popolazioni di pazienti affetti da demenza di Alzheimer (AD) non selezionati per cui valgono regole di prescrizione dei farmaci chiaramente differenti da quelle utilizzate nei trial clinici randomizzati. Scopo dello studio è verificare come i medici che lavorano nei centri dedicati alla diagnosi e al trattamento della demenza prescrivano donepezil nella pratica clinica quotidiana.

METODI

Lo studio riguarda i soggetti reclutati nel progetto CRONOS in 14 centri Unità Valutazione Alzheimer (UVA) della Lombardia. I soggetti avevano una diagnosi di AD ed un punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) compreso fra 10 e 26/30. Tutti questi pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale all'inclusione (baseline), alla 4^a, alla 12^a ed alla 36^a settimana, che comprendeva MMSE, attività di base e strumentali della vita quotidiana (Basic Activity of Daily Living, BADL; Instrumental Activity of Daily Living, IADL), valutazione delle malattie concomitanti e dell'utilizzo di farmaci psicoattivi. I medici avevano la facoltà di prescrivere farmaci e dosi secondo il loro personale giudizio.

RISULTATI

Su 484 soggetti reclutati che mai precedentemente erano stati trattati con inibitori della acetilcolinesterasi, 326 alla baseline sono stati assegnati al trattamento con la molecola donepezil e di questi 303 soggetti hanno mantenuto il trattamento con la stessa molecola per l'intero periodo di osservazione. A 133 (43.9%) non è stata modificata la dose iniziale (5 mg) nel corso delle 36 settimane, mentre a 170 (56.1%) è stata incrementata a 10 mg la dose giornaliera e mantenuta. I due gruppi erano simili per tutte le caratteristiche, fatta eccezione per un maggior uso, alla baseline, di antidepressivi e neurolettici in coloro nei quali veniva poi incrementata la dose di donepezil. In una regressione logistica multipla (enter method), l'uso di antidepressivi (O.R. = 3.4; C.I. 95% [1.6-7.5]; p=.002) e di neurolettici alla baseline (O.R. = 8.6, C.I. 95% [1.1-69.0]; p=.042) sono risultate le variabili in grado di prevedere in modo significativo l'incremento della dose di donepezil nel corso del periodo di osservazione.

CONCLUSIONI

In un setting chiaramente differente da quello dei trial clinici randomizzati, i medici prescrivono la dose piena di donepezil (10 mg) in meno del 60% dei casi. Il maggior determinante di questo fenomeno sembra essere la coesistenza di una comorbidità psichiatrica (es. depressione e disturbi del comportamento).

DISABILITÀ, FUNZIONI COGNITIVE E TONO DELL'UMORE IN PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN OSPEDALE PER ACUTI

Margiotta Alessandro, Olivetti Alessandro, Ranieri Piera, Cipriani Giovanna, Talassi Erika, Guerreschi Michele, Bianchetti Angelo

UO Medicina, Istituto Clinico S. Anna, Brescia

INTRODUZIONE

Il ricovero di soggetti anziani in ospedale per acuti comporta frequentemente la comparsa o l'accentuazione di uno stato di disabilità. Numerose variabili sono associate a questo fenomeno: la gravità della patologia di base, la comorbidità, lo stato funzionale premorboso, le funzioni cognitive e il tono dell'umore.

Obiettivo dello studio è valutare l'influenza delle funzioni cognitive e del tono dell'umore nell'evoluzione dello stato funzionale di soggetti anziani durante la degenza in ospedale per acuti.

METODI

Sono stati analizzati pazienti ricoverati in UO di Medicina con età ≥ 65 anni nel periodo 2003-2004. Ad ogni soggetto sono state valutate le funzioni cognitive (MMSE), lo stato funzionale (IADL, Barthel Index premorboso, all'ammissione e alla dimissione), il tono dell'umore (GDS), la comorbidità (Charlson Index), la severità della patologia di base (APACHE II score), lo stato nutrizionale (BMI, albumina).

RISULTATI

Nel periodo considerato sono stati ricoverati 1300 soggetti anziani (età media 80.1 ± 7.7 ; maschi 39.5%). Il BI medio all'ammissione era 59.9 ± 36.0 ed alla dimissione 70.1 ± 36.5 . L'età si è dimostrata un fattore condizionante i valori di BI sia all'ammissione che alla dimissione: nei soggetti con età fra 65 e 74 anni erano rispettivamente 71.3 ± 34.1 e 80.7 ± 41.3 , in quelli con età fra 75 e 84 anni 61.5 ± 35.7 e 71.1 ± 32.9 , e per le età superiori a 85 anni 46.1 ± 34.4 e 57.5 ± 33.7 ($p < 0.001$ Bonferroni post-hoc analysis). In un'analisi di correlazione bivariata il BI alla dimissione è risultato significativamente correlato ai valori di MMSE, GDS, BI all'ammissione, Charlson Index, Apache II, BMI, albumina. In un'analisi multivariata le variabili che risultano correlate in modo indipendente al livello di BI alla dimissione sono: IADL, Charlson Index, albumina, GDS, Apache II e BMI (R square 0.435).

CONCLUSIONI

Il ricovero di un soggetto anziano in ospedale per acuti non necessariamente produce un declino funzionale, ma può anche associarsi ad un recupero. Oltre alle variabili legate alla gravità della patologia di base, la comorbidità, la fragilità somatica e il tono dell'umore sono correlate con il livello funzionale alla dimissione.

SINCOPE E DELIRIUM: CORRELAZIONI POSSIBILI

Pernigotti Luigi Maria, Simoncini Mara

Dipartimento di Geriatria, ASL 2 - Torino

INTRODUZIONE

Il Delirium è una sindrome multifattoriale che si esprime attraverso il deterioramento della omeostasi e dello stato psico-organico del paziente; si presenta, pur talora misconosciuto, molto frequentemente nei pazienti anziani che richiedono cure ospedaliere per cause diverse; comporta un allungamento dei tempi di ricovero; è associato ad elevata mortalità. La sincope, frequente espressione clinica nell'anziano di instabilità neurocardiovascolare, e determinante ipotensione, ipossiemia ed ipossia cerebrale potrebbe avere un ruolo nell'insorgenza del delirium.

Il tema in discussione è quello di individuare la sincope come uno dei possibili fattori predisponenti e/o precipitanti l'insorgenza di delirium.

Si riporteranno i risultati preliminari di uno studio osservazionale retrospettivo dei pazienti anziani (età ≥ 75 aa.) giunti per sincope e/o lipotimia ad un Pronto Soccorso metropolitano consecutivamente dal gennaio 2003 all'ottobre 2003, che hanno sviluppato nei giorni seguenti l'evento un episodio di delirium: i casi presi in esame riguardano soggetti in cui si è applicato l'inventario diagnostico con attraverso CAM e gli stati di agitazione psico-motoria associati a stato confusionale acuto fluttuante.

RISULTATI

1291 pazienti, di età ≥ 75 anni, di cui 41,8% maschi e 58,2% femmine, sono stati visitati in Pronto Soccorso per lipotimia e/o sincope. Tra questi per il 32% (95% CI = 28%-36%) si è reso necessario un ricovero ospedaliero: un episodio di delirium si è manifestato nel 24% di questi casi, con maggiore frequenza nei maschi (63.3%) rispetto alle femmine (36.7%) ($\chi^2 = 10.5$, $p = 0.001$) e nei pazienti più anziani. L'età media dei pazienti rispettivamente con o senza Delirium è risultata 83.9 ± 8.1 aa vs 76.5 ± 7.8 aa ($t = 6.4$, $p = 0.000$). La frequenza del delirium è risultata più elevata nei pazienti che permanevano oltre 48 ore in degenza intensiva ($\chi^2 = 43.6$, $p = 0.000$), inoltre l'evento è risultato associato alle situazioni di ipotensione persistenti per più di 24 ore (OR = 19.8, 95% CI = 5.3-74.3).

CONCLUSIONI

La sincope, verosimilmente a causa della ipotensione ed ipossiemia che la determinano e che essa stessa determina, può essere un fattore predittivo e precipitante l'insorgenza di delirium. Ulteriori studi sono necessari per una più esaustiva comprensione dei rapporti tra sincope e delirium.

ANTIPSIKOTICI ATIPICI NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLE DEMENZE: EFFICACIA, EFFETTI COLLATERALI ED EVENTI AVVERSI

Piras Maria Cristina, Izzicupo Fabio, Letizia Del Re Maria, Guizzardi Giuseppe

Ambulatorio di Psicogeriatría e Centro Alzheimer, U.O. di Geriatria, O.C. Pescara, ASL Pescara

INTRODUZIONE

L'acronimo BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) descrive lo spettro delle manifestazioni non cognitive che spesso si associano alla demenza, come l'aggressività, l'agitazione, le allucinazioni, e il wandering. Per gestire tali disturbi attualmente vengono molto utilizzati gli antipsicotici atipici che risultano il tipo di approccio preferito pur in assenza di studi specifici di efficacia e tollerabilità nelle demenze. Tuttavia la recente diatriba, tuttora irrisolta, sull'incidenza di eventi avversi cardio-vascolari presentatisi in seguito alla loro somministrazione ci ha spinti a verificarne la veridicità nel nostro ambito. L'obiettivo di questo studio è infatti valutare l'efficacia, l'eventuale incidenza di effetti collaterali disturbanti ed eventi avversi in soggetti dementi trattati con questi farmaci.

MATERIALI E METODI

Il nostro è uno studio retrospettivo i cui dati sono stati desunti dalle cartelle cliniche di pazienti afferenti all'Ambulatorio di Psicogeriatría e Centro Alzheimer dell'U.O. di Geriatria dell'Ospedale S.Spirito di Pescara. Il campione preso in esame comprendeva 51 soggetti (39 F; 12 M) con un'età media di 78,01 anni (DS 6,78; Range 62-99 anni) affetti da demenza (nell'84,3 % dei casi di tipo Alzheimer) trattati con antipsicotici atipici per un periodo medio di 11,62 mesi (DS: 6,33). Di questi il 62,7 % aveva fattori di rischio cardio-vascolare associato. Il punteggio medio della scala CIRS di gravità era di 1,33 (DS: 0,29) e della CIRS Comorbidità complessa 1,70 (DS: 1,60). Sono stati presi in considerazione, all'inizio del trattamento: il punteggio medio del MMSE ($14,03 \pm 6,46$; Range 0-28); della CDR ($2,05 \pm 0,83$); delle ADL ($3,86 \pm 1,74$); delle IADL ($1,43 \pm 1,28$) e dell'NPI ($44,137 \pm 14,15$). Dell'ultimo controllo effettuato in corso di terapia è stato preso in considerazione il punteggio medio dell'NPI ($21,60 \pm 10,72$) e sono stati registrati eventuali effetti collaterali ed eventi avversi.

L'analisi statistica è stata effettuata con t-test di Student e Correlazione r di Pearson.

RISULTATI

Dei 51 pazienti in studio, 24 pazienti seguivano terapia con risperidone (Gruppo 1); 17 con quetiapina (Gruppo 2) e 9 con olanzapina (Gruppo 3). Tutti e tre i farmaci si sono rivelati efficaci per il periodo di trattamento (Gruppo 1 NPI basale $42,28 \pm 11,11$ vs NPI follow-up $20,8 \pm 10,75$, $p < 0,0001$; Gruppo 2 NPI basale $44,82 \pm 16,05$ vs NPI follow-up $22,58 \pm 10,39$, $p < 0,0001$; Gruppo 3 NPI basale $48 \pm 18,37$ vs NPI follow-up $22 \pm 12,28$, $p < 0,0001$), indipendentemente dalla durata.

Non sono state rilevate correlazioni significative tra variazioni del punteggio all'NPI nel follow-up e punteggio del MMSE iniziale, della CDR, della CIRS né con l'età.

Dei casi presi in esame, 6 (11,76 %) sono andati incontro ad effetti collaterali o eventi avversi. Di questi, 3 erano in trattamento con olanzapina (50 %); 2 con risperidone (33,3 %); 1 con quetiapina (16,6 %). Complessivamente dei pazienti trattati con olanzapina il 33,3% ha presentato effetti collaterali, di quelli con risperidone l'8%, di quelli con quetiapina il 5,9%. Tra gli effetti collaterali si sono verificati EPS (olanzapina, risperidone); crisi convulsive (olanzapina) ed eccessiva sedazione (olanzapina). Eventi avversi significativi si sono verificati in soli 2 casi: un paziente, in trattamento con risperidone, è andato incontro a decesso per ictus cerebri; l'altro, in trattamento con quetiapina, è deceduto per morte improvvisa cardiaca.

CONCLUSIONI

I dati in nostro possesso confermano l'efficacia del trattamento con antipsicotici atipici in termini di riduzione dei disturbi comportamentali e psicologici nei pazienti affetti da demenza. Tale effetto risulta indipendente dal livello di deterioramento cognitivo, dall'età dei pazienti e dalla presenza di comorbidità. Complessivamente bassa è risultata la prevalenza di effetti collaterali ed eventi avversi, anche se con marcate differenze tra i farmaci in esame; in particolare, nonostante numerosi pazienti presentassero fattori di rischio, non si è evidenziata nel complesso alta frequenza di eventi cardio-vascolari.

I RACCONTI DEL CUORE: L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN UN AMBULATORIO PER LO SCOMPENSO CARDIACO

Pirfo Elvezio, Ghiano Federica, Mamone Barbara, Morero Daniela, Petracca Franca, Convertino Fabio

Liaison Psichiatrica e Psicologia Clinica Dipartimento di Salute Mentale "G. Maccacaro" ASL 3 Torino

Il presente lavoro intende evidenziare le problematiche psicologiche ed esistenziali che emergono dal lavoro terapeutico con pazienti afferenti ad un ambulatorio di nursing per lo scompenso cardiaco.

In accordo con la letteratura si evidenzia come i pazienti affetti da scompenso cardiaco, patologia che coinvolge maggiormente la fascia di popolazione più anziana, manifestino molto spesso forme di disagio psicologico e socio-relazionale, correlate alla malattia che si traducono in elevati livelli di ansia, depressione, angosce di morte, idee o propositi anti-conservativi.

Il profilo psicologico del paziente anziano con scompenso cardiaco che emerge in considerazione di un anno di attività psicoterapeutica nell'ambito dell'attività di Liaison Psichiatrica del DSM ASL3 Torino, è tipico di individui con elevati livelli di stress, perdita di ruoli, limitazione del repertorio comportamentale e dell'autonomia, accanto a sintomi somatici spesso severi e alla costante paura di morire. Il disagio psicologico ha un impatto immediato sulla presa in carico in genere, si possono infatti evidenziare correlazioni tra il disagio psichico e l'aderenza alle terapie, ricordiamo che tali pazienti sono spesso soggetti a periodi di instabilizzazione che richiedono ospedalizzazione e pongono non pochi problemi sul piano assistenziale ed economico. Va tenuto presente, infine, che tale patologia risulta particolarmente invalidante limitando il repertorio di attività ed incidendo in modo marcato nella vita degli individui coinvolti, peggiorando problematiche sociali ed economiche, legate alla poca disponibilità di denaro, alla condizione abitativa, alla perdita di affetti e al ritiro sociale.

CARATTERISTICHE DEI PRIMI 500 PAZIENTI DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER DELL'OSPEDALE S. ORSOLA DI BRESCIA

Ranzenigo Alberto, Polotti Renzo

U.O. Geriatria – Ospedale S. Orsola Fatebenefratelli Brescia

Tra il 01/01/2001 e il 15/02/2004 sono stati sottoposti a prima completa valutazione nella nostra U.V.A. 500 pazienti. Si tratta di 144 (28.8 %) Maschi e 356 (71,2 %) Femmine, d'età media di 79.3 +/- 7.28 anni (il più giovane di 50 e il più vecchio di 98anni) inviati dal medico di Medicina Generale.

Di questi pazienti 159 (31.8 %) vivono soli, 189 (37.8 %) con il coniuge, 21 (4,2 %) con coniuge e figlio/a, 99 (19.8 %) con un figlio/a, 28 (5.6 %) con altre persone e solo 4 (0.8%) in Istituto. Il principale caregiver identificato è stato in 174 (34.8%) casi il coniuge, in 171 (34.2 %) un figlio/a, in 73 (14.6 %) la nuora, in 53 (10.6 %) altri parenti, 4 (0.8 %) l'Istituto e 25 (5%) non poteva contare sull'aiuto di alcuno.

Le condizioni economiche sono state giudicate agiate per 6 (1.2 %) pazienti, sufficienti per 402 (80.4 %) e francamente indigenti per 92 (18.4 %). 49 pazienti (9.8 %) erano già titolari d'assegno d'accompagnamento, per 137 (27.4 %) è formulata la domanda (poi accolta) per lo stesso assegno.

Il numero medio di patologie attive concomitanti è stato di 2.36 (da 0 a 8, mediana = 2), il numero medio di farmaci utilizzati era di 3.28 (da 0 a 10, mediana = 3).

Il punteggio medio del MMSE è stato di 19.0 +/- 7.04 (da 0 a 30, mediana = 20.2). Il punteggio di ADL e IADL era rispettivamente di 4.41 +/-1.84 e di 3.8+/-2.96.

Il tempo medio trascorso dall'insorgenza dei sintomi e la prima valutazione è stato di 21.64 mesi +/-13.33 (da 1 a 72 mesi, mediana =24).

Le diagnosi poste sono state: Demenza di Alzheimer (possibile e probabile) in 233 (46.6%) pazienti, Demenza Vascolare Sottocorticale in 65 (13 %), Demenza Vascolare da infarto cerebrale in sede strategica in 11 (2.2 %); Demenza Fronto-Temporale in 10 (2 %); Demenza a Corpi di Lewy in 15 (3.6 %); Parkinson Demenza in 12 (2.4%); Mild Cognitive Impairment in 73 (14.6 %); Depressione in 44 (8.8 %), assenza di segni di deterioramento cognitivo in 11 (2,2 %), altre diagnosi in 19 (3.8 %) (2 Paralisi Progressiva Sopranucleare, 1 Degenerazione Cortico Basale, 3 Neoplasia Cerebrale, 4 Idrocefalo Normoteso, 9 Encefalopatia Etanolica) e in 4 (0.8%) casi non è stata posta una diagnosi circostanziata e sono in follow-up.

In 367 (73.4 %) pazienti sono state proposte correzioni terapeutiche, per 58 (11.6 %) è stato disposto un ricovero ospedaliero per la gestione di patologie concomitanti scompenstate o per approfondire dubbi diagnostici. Per 106 (21.2 %) sono stati attivati i servizi sociali del territorio e 168 (33.6 %) sono stati immessi nel progetto CRONOS.

Considerazioni sui dati raccolti:

- a) tra l'insorgenza dei sintomi e la prima valutazione in U.V.A. si interpone un prolungato intervallo di tempo;

- b) è esperienza frequente che si sottopongano a prima valutazione pazienti già gravemente compromessi, in questi casi è determinante il convincimento (dei congiunti e del medico curante) che il declino cognitivo rappresenti la normalità nell'invecchiamento;
- c) nel demente è spesso rilevabile un non ottimale compenso di patologie croniche (diabete, ipertensione, cardiopatie) e la sottodiagnosi di altre condizioni cliniche rilevanti; sembra che la coesistenza del deterioramento mentale tolga importanza ad ogni altra condizione clinica;
- d) le condizioni di solitudine e di indigenza rappresentano una frequente e drammatica sfida per chi si occupa dell'assistenza a questi malati;
- e) il numero limitato di soggetti provenienti da RSA fa supporre, pur lasciando aperte altre possibilità interpretative, che in questi determinati setting il paziente con deterioramento cognitivo possa essere assistito in modo appropriato.

L'OSTEOPOROSI: UNA PATOLOGIA "DIMENTICATA" NELLA DONNA DEMENTE!

Ranzenigo Alberto, Polotti Renzo

U.O. Geriatria Ospedale S. Orsola – FBF Brescia

Dall'analisi dei dati della nostra U.V.A. è emerso che solo 3 (0.6 %) di 476 donne dementi, assumono farmaci per l'osteoporosi: 2 sono in terapia con difosfonati e 1 con calcio e vitamina D. Le pazienti del nostro campione hanno un'età media di 79.3 anni, con MMSE medio di 19.5.

Ci siamo chiesti se questa situazione indichi, oltre al noto problema della sottodiagnosi e del sottotrattamento dell'osteoporosi postmenopausale, una bassa prevalenza di osteoporosi in donne affette da demenza. È già conosciuta la discussione in merito all'ipotizzata minor prevalenza di artrosi nei pazienti affetti da Alzheimer.

L'epidemiologia indica una prevalenza di osteopenia (T score tra -1 e -2,5) nelle donne oltre i 50 anni del 37 - 50 % mentre il 15 % delle donne tra 50 e 59 anni e il 70 % delle donne con oltre 80 anni è affetta da osteoporosi secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (T score < -2.5). È noto inoltre che oltre un terzo delle donne in età adulta incorrerà in fratture osteoporotiche nel corso della vita.

Solo 6 delle nostre pazienti erano state sottoposte a densitometria ossea (due di queste erano in trattamento con difosfonati); 14 avevano subito negli ultimi anni interventi chirurgici per fratture ossee (11 per frattura del collo del femore, 1 per frattura di tibia e perone, 2 per fratture d'omero) altre 4 pazienti avevano subito fratture non trattate chirurgicamente, ma che avevano determinato un ricovero ospedaliero (2 fratture di bacino e 2 fratture di vertebra). Tutte queste fratture erano conseguite a traumi, ma era evidente dalla documentazione radiologica di queste pazienti almeno una marcata osteopenia.

Altre 11 pazienti possedevano nella loro documentazione sanitaria cartellini di dimissione ospedaliera in cui era riportata la diagnosi di osteoporosi, ma non seguivano alcuna terapia a riguardo.

Dalle radiografie di segmenti scheletrici effettuate da altre 191 pazienti negli ultimi 10 anni in 38 si potevano evidenziare lesioni vertebrali imputabili ad osteoporosi, mentre in altre 63 vi era palese osteopenia.

Di 226 pazienti donne con deterioramento cognitivo di cui abbiamo potuto visionare la documentazione sanitaria 121 (53.5 %) avevano elementi indicativi di osteopenia. Una percentuale sovrapponibile a quella della popolazione generale.

Nel follow up medio di 2 anni, 5 donne (3 da noi identificate come osteopeniche, e 2 tra quelle che non avevano potuto fornire adeguata documentazione) hanno subito fratture secondarie a cadute accidentali. Una di queste (20 % delle fratturate) è deceduta per embolia polmonare dopo essere stata trattata chirurgicamente per una frattura di femore. Le altre 4 (80 %) hanno perso completamente la loro autonomia in seguito alla frattura ossea (2 anca, 1 omero e 1 vertebra) e dopo lunghi e travagliati percorsi ospedalieri sono state accolte in RSA.

È evidente che una frattura ossea rappresenta un evento particolarmente drammatico nel paziente demente, forse ancor più che nella popolazione generale [mortalità del 20 % (4) a 1 anno e ammissione in lungodegenza del 35 % (3)].

Gli elementi che abbiamo raccolto ci fanno concludere che nelle donne affette da demenza non esiste una minor prevalenza dell'osteoporosi e che è verosimile che la frattura ossea porti a conseguenze più gravi e talora irrimediabili proprio in queste pazienti, ma nonostante ciò proprio in queste pazienti l'osteoporosi continua ad essere sottodiagnosticata e non adeguatamente trattata con le conseguenze illustrate. A ciò contribuisce purtroppo l'atteggiamento del medico il quale quando si trova di fronte al paziente affetto da demenza è troppo spesso portato a considerare il caso clinico "senza speranza" e quindi non considera utile il trattamento delle patologie concomitanti.

Bibliografia

- 1) W.H.O. Assessment of Fracture Risk and application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis. Geneva, Switzerland: WHO 1994
- 2) Prestwood K.M. Duque G. Osteoporosis. In Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, V Ed. Hazzard W.R., Blass J.P. Halter J.B. Ouslander J.G. Tinetti M.E. 2003:973 - 986
- 3) NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. JAMA 2001; 285. 785-795
- 4) Ackermann R.J.. Medical consultation for the elderly patient with hip fracture. J. Am. Board Fam. Pract. 1988; 11; 366-377

METODOLOGIA OSSERVAZIONALE DELLA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO

Scala Giovanni¹, Tognetti Alessandra¹, Monini Patrizia¹, Volpe Maria Silvana¹, Cinque Romano¹, De Bernardini Laura², Galeano Daniela³, Ragni Silvia³, Bernard Cristina³, Marini Federica³, Bartorelli Luisa¹

¹UOC Geriatria Ospedale S. Eugenio Roma ASL RMC, ²Riabilitazione Polifunzionale Nemi,

³Unità di Riattivazione Geriatrica Sacro Cuore Roma

INTRODUZIONE

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. 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, per impostare una risposta integrata rispondente ai reali bisogni del paziente.

METODO

La scheda utilizzata allo scopo è costituita da una parte sociale (anagrafica, anamnesi personale e familiare), da un'anamnesi farmacologica e patologica (con l'ausilio della CIRS), dalla storia del disturbo affettivo, che parte da eventi significativi passati per giungere allo stato attuale; infine da una scheda di osservazione del colloquio (status psicopatologico) e da una batteria di test e scale (MMSE, IADL, PPT, GDS, Hamilton D, BFQ). I criteri di inclusione sono l'età maggiore di 60 anni, la presenza di un disturbo depressivo clinicamente manifesto oppure atipico, un MMSE superiore a 24, con esclusione dei soggetti in condizioni fisiche o mentali tali da determinare l'incapacità di essere sottoposti alle prove previste. Attualmente il campione comprende 50 pazienti ambulatoriali, ai quali è stata effettuata una valutazione basale e follow up successivi (a tre mesi, a sei mesi); è previsto il follow up ad un anno. 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 vi è una notevole quota di sintomatologia depressiva *mascherata* da somatizzazioni, ansia o dismnésie. Tra gli eventi significativi passati le donne riferiscono lutti, malattie e separazioni; 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

Lo studio, preliminare alla costituzione di un data set più ampio nel tempo, ha evidenziato la validità di una strategia diagnostica multidimensionale specifica e condivisa, al fine di acquisire informazioni sulla dimensione del fenomeno e sulla tipologia degli stati depressivi nell'anziano, assieme alla necessità di impostare interventi terapeutici adeguati, individuali e flessibili, non legati al solo uso dei farmaci, pur spesso indispensabili, ma anche interventi di tipo psicoterapico, funzionale e socio-ambientale. L'osservazione attenta dei pazienti ha messo in evidenza che circa il 50% dei soggetti risulta affetto da un disturbo non grave dal punto di vista sintomatologico, ad andamento cronico, influenzato anche da fattori esogeni, psicologici o sociali; un 30% presenta un disturbo depressivo correlato ad una condizione internistica ed il restante 20% un disturbo depressivo maggiore. Tuttavia lo studio ha aperto nuovi dibattiti: la depressione dell'anziano correlata a condizione patologica non risulta essere rigidamente rispondente ai criteri del DSM IV; la patologia vascolare sembra avere un forte impatto negativo sulla stima di sé; inoltre è necessario esplorare più incisivamente il continuum depressione-demenza.

PARKINSONISMO IATROGENO NELL'ANZIANO

Schiavo Ferdinando

U.O. di Neurologia Ospedale S.M. della Misericordia di Udine

Molti sintomi o segni che si incontrano in Neurologia possono essere indotti da farmaci. Cefalee, vertigini e disturbi dell'equilibrio, alterazioni cognitive ed episodi confusionali, crisi epilettiche, turbe visive, del gusto e odorato, mielo, neuro e miopatie, sindromi miasteniche, movimenti involontari di vario tipo e sindromi parkinsoniane, psicosi, associandosi o meno fra di loro, possono dar luogo a manifestazioni cliniche che mimano le malattie idiopatiche.

Da questa constatazione dovrebbe nascere la buona regola di pensare in maniera *sistematica* ad una possibile patologia da farmaci quando si effettua una visita, in particolare se si tratta di soggetto anziano. Basta pensare che il 5 % dei ricoveri avviene per reazioni avverse ai farmaci.

Parkinsonismo, Acatisia, Distonie acute e Discinesia tardiva rappresentano sostanzialmente le reazioni extrapiramidali da farmaci (EPS) più frequenti. I farmaci incriminabili nei parkinsonismi appartengono a varie classi e si somministrano per varie malattie: Antipsicotici per le alterazioni psicotico-comportamentali, Antivomito e antidispeptici, Antivertiginosi, Antiemicranici, Antiaritmici cardiaci, Antiepilettici, Antidepressivi SSRI, Ipotensivi attualmente poco in uso, Stabilizzatori dell'umore (Litio). Appare tuttora rilevante l'uso e abuso degli antipsicotici tradizionali noti a tutti. Qualche lacuna riguarda invece gli EPS determinati dagli antipsicotici "mascherati" (Tab. 1) e dalle altre categorie di farmaci (Tab. 2). Farmaci simili impropriamente somministrati possono inoltre accentuare la complessità naturale delle demenze: basta pensare al loro impatto non solo sui sintomi parkinsoniani che rappresentano il quadro di base nella MP che evolve in demenza (MP-P), ma anche sul parkinsonismo che può associarsi con frequenza e modalità di comparsa diverse nelle varie forme di demenza, come la DLB, la VaD sottocorticale, l'AD, le Taupatie e altre malattie meno frequenti.

Vengono presentati accanto ad alcuni casi in cui il rapporto Demenza, spesso misconosciuta o sottovalutata, farmaco incriminato e EPS appare diretto e facilmente riconoscibile, altri casi clinici più inquietanti, nei quali si è andati incontro a inverosimili circoli viziosi determinati dai tentativi di correzione degli EPS con ulteriori provvedimenti terapeutici errati. Con prevedibili effetti disastrosi.

Tab. 1 NEUROLETTICI MASCHERATI

- Ansia e depressione: Dobren, Levopraid, Deniban, Sereprile, oppure all'interno di associazioni di farmaci dai nomi accattivanti come Mutabon mite, M. ansiolitico e M. antidepressivo, Deanxit, Dominans
- Vomito: Stemetil
- Vomito, nausea, svariati disturbi digestivi: Plasil, Randum, Geffer, Motilex. Vesalium (non più in commercio)
- Cefalea: Difmetré. Alius (non più in commercio)
- Disturbi da menopausa: Veralipril, Agradil
- Vertigini: Torecan
- Allergie: Fargan, Farganesse, Nuleron

Tab. 2 GLI ALTRI FARMACI

- Vertigini: Flunarizina (Flugeral, Fluxarten, Flunagen, Gradient, Issium, Sibelium) e Cinnarizina (Stugeron, Cynazin, Toliman)
- Aritmie cardiache: Amiodarone (Cordarone, Amiodar), Mexiletina (Mexitil)
- Epilessia: Ac. Valproico (Depakin, Depamag)
- Ipertensione arteriosa: Aldomet, Reserpina
- Depressione: alcuni serotoninergici (SSRI)
- Psicosi cicliche e Cefalea a grappolo: Litio

MODALITÀ DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DELLO SVILUPPO DI DELIRIUM: DELIRIUM RISK SCORE

Simoncini Mara, Alberto Gianfrancesco, Calorio Angioletta, Pernigotti Luigi

Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani, ASL 2 -Torino

INTRODUZIONE

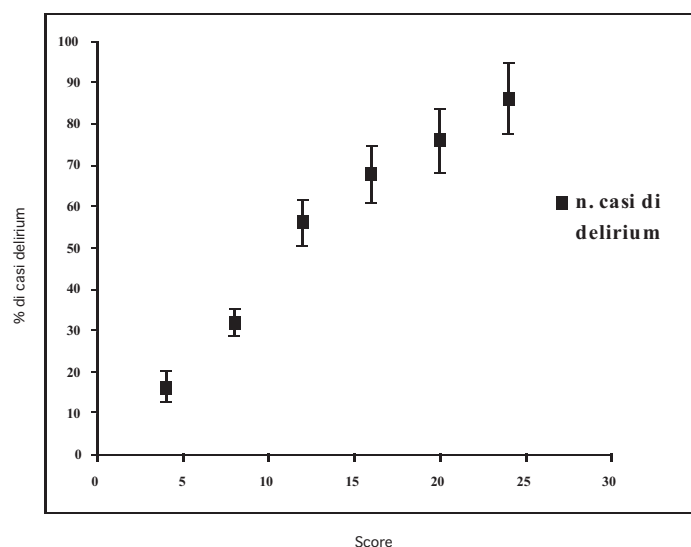
Il delirium è da considerarsi come una sindrome multifattoriale risultante dall'interazione di una condizione di fragilità tipica del paziente anziano, e di fattori precipitanti come le infezioni, i mezzi di contenzione, la privazione del sonno, alcuni farmaci, le cadute, e molti altri ancora. Individuare e stratificare nella popolazione anziana fattori di rischio per l'insorgenza del delirium, ha il significato di impostare programmi di prevenzione mirati a questi, che in modo peculiare si riscontrano negli ambiti in cui si opera e conseguentemente evitare l'ospedalizzazione, diminuire i tempi di degenza ed il tasso di mortalità, contenendo i costi legati all'assistenza

METODI

In questo studio abbiamo approntato un modello di valutazione preliminare, Delirium Risk Score (DRS), che è stato somministrato a 483 pazienti afferenti all'ambulatorio di Psicogeriatrica del nostro Dipartimento per individuare e stratificare il grado di rischio di incorrere in un episodio di delirium. Questo modello (DRS) è rappresentato da una scala che è solo numerica e non ha un cut off, ed esprime attraverso un punteggio il rischio quantitativo di un paziente di incorrere in un episodio di delirium. La presenza di più fattori nello stesso individuo aumenta ovviamente la probabilità di sviluppo di delirium. I fattori di rischio presi in esame sono stati correlati allo sviluppo di delirium mediante analisi della varianza (ANOVA).

RISULTATI

I dati preliminari hanno evidenziato 9 fattori di rischio [età avanzata, malattie croniche, declino cognitivo (MMSE <15), deficit visivo e uditivo, disidratazione, politerapia, funzioni perse (ADL), precedenti episodi di delirium] associati in modo significativo ad un successivo sviluppo di delirium.



CONCLUSIONI

L'importanza di questo studio risiede nella potenzialità di individuare e quindi permettere strategie per modificare prestabiliti modelli assistenziali che possono precipitare talune condizioni cliniche nel delirium, valutando il rischio intrinseco o la vulnerabilità del paziente e correggendo precocemente le cause potenzialmente reversibili. Questi dati preliminari derivati dalla DRS, attualmente in corso di validazione, costituiscono una ipotesi di partenza per il successivo sviluppo e diffusione di protocolli di prevenzione per la prevenzione del delirium.

FATTORI PREDITTIVI DI ISTITUZIONALIZZAZIONE NEL PAZIENTE DEMENTE: L'IMPORTANZA DEL DAY-CARE E DEL FAMILY HELP

Simoncini Mara, Calorio Angioletta, Amati Dario, Balla Silvia, Ivaldo Marzia, Pernigotti Luigi

Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani, ASL 2 - Torino

INTRODUZIONE

Alcuni fattori predittivi l'istituzionalizzazione del paziente demente tipicamente sanitari sono stati oggetto di ricerche in gerontologia, mentre non sono ancora stati estensivamente esaminati gli aspetti e le tipologie di sostegno ai caregivers ed in senso più ampio alla famiglia del paziente demente, fattori questi ultimi che possono avere una forte valenza sulla istituzionalizzazione. Questo studio vuole analizzare l'impatto del Centro Diurno sul percorso socio-assistenziale del paziente demente interpretato come aiuto alla famiglia ed ai caregivers principali, valutando questi fattori come importanti predittivi di ricovero definitivo del paziente demente.

METODI

Utilizzo di dati longitudinali provenienti dal database della nostra Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) dal gennaio 2003 al dicembre 2004. 392 pazienti sono stati valutati per demenza di grado moderato (SPSMQ 5 ± 2) ed è stato proposto ai familiari il supporto del Centro Diurno come aspetto terapeutico e soprattutto come sollievo per il caregiver principale e la famiglia, nel 71% dei casi (sono stati esclusi i pazienti con ridotta motricità: allettati, esiti di fratture ed impossibilità per motivi sanitari al trasporto). L'inserimento dei pazienti è stato possibile, soprattutto per motivi di ordine sociale (trasportabilità, non accettazione, ecc.) nel 34% dei casi. L'analisi della varianza (ANOVA) è stata applicata per lo stress parentale ed il conseguente help family, e l'utilizzo da parte dei pazienti del nostro Centro Diurno, rispettivamente in merito alla eventuale successiva istituzionalizzazione.

RISULTATO

L'istituzionalizzazione è risultata più precoce (8 ± 3 vs. 15 ± 2 mesi; $p > 0.001$) e significativamente maggiore ($28\%\pm 4,1$ vs. $12\%\pm 2,3$, $p > 0.001$) nei pazienti che non hanno frequentato il Centro Diurno, in verosimile rapporto al minor tempo di sviluppo di elevato stress del caregiver e nella popolazione di pazienti con elevato stress parentale ab inizio che non è stato possibile inserire in Centro Diurno.

CONCLUSIONE

Questi dati suggeriscono l'importanza del Centro Diurno nella gestione del paziente demente, evidenziando altresì come l'inserimento del paziente dovrebbe essere precoce, prima che intervenga un elevato stress parentale. Il Centro Diurno può giocare un ruolo importante nell'allungamento della permanenza del paziente al domicilio nel proprio contesto familiare con conseguente ritardo della istituzionalizzazione e delle ripercussioni sui costi e sulla salute di questa fascia di popolazione anziana.

MORIRE DI DEMENZA IN RSA

Simoncini Mara, Calorio Angioletta, Fracassi Luigi, Pernigotti Luigi

Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani, ASL 2 - Torino

INTRODUZIONE

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono attualmente le strutture più diffuse che ospitano pazienti dementi in fase avanzata. La sofferenza è tradizionalmente definita come stress psicologico, dolore o sensazione fisica sgradevole, non scevra da implicazioni di carattere mistico o religioso. Non ci sono attualmente evidenze cliniche circa il dolore o meglio lo stato di sofferenza nel paziente demente, il che comporta spesso una inappropriata valutazione ed un insufficiente trattamento palliativo.

METODI

Valutazione retrospettiva di 108 pazienti (M 61%/ F 39%) di età media $82 \pm 3,1$ anni, ricoverati e deceduti in RSA con diagnosi di demenza in stadio avanzato (SPSMQ 7 ± 2 ; MMSE < 12) nel biennio 2003/2004.

RISULTATO

La degenza media è stata di 97 ± 12 giorni. Quasi la totalità dei pazienti (97%) ha ricevuto antibioticoteraapia a largo spettro per via sistemica almeno una volta negli ultimi tre mesi di vita, frequente invio in Pronto Soccorso e successiva ospedalizzazione (56%), nutrizione tramite gastrostomia percutanea (PEG) (28%) e terapie reidratanti intravenose (78%). Le cause più frequenti di exitus sono state: sepsi 23%, cachessia 43%, ab ingestis 17%, insufficienza cardiocircolatoria 5%, altro 12%. Solo il 9% dei pazienti è presumibile supporre siano deceduti con minima sofferenza. In particolare, la maggior parte dei pazienti viene considerata instabile dal punto di vista cardiorespiratorio ($p < 0.001$) e ha decubiti multipli ($p = 0.002$)

CONCLUSIONI

L'uso di antibiotici per via sistemica è prevalente nella gestione clinica del paziente con malattia demenziale in fase avanzata, a dispetto della limitata utilità sulla prognosi, riportata in letteratura. La PEG è ancora molto utilizzata nei dementi in fase avanzata, nonostante numerosi studi non abbiano trovato evidenza in questa popolazione, circa la prevenzione dell'ab ingestis, il miglioramento dello stato generale, la riduzione dei decubiti e il prolungamento della vita. Inoltre, una fetta considerevole di questi pazienti, viene condotta in Unità per Acuti, nei momenti di maggiore criticità clinica, anche se l'indicazione in questi pazienti è "do not resuscitate". Si può presumere inoltre che una larga parte di questi pazienti viva lo stadio terminale della demenza, a dispetto della pratica clinica ed infermieristica, in uno stato di sofferenza globale. È cruciale in questo momento, visto lo stato dell'arte, sviluppare percorsi di cure palliative ottimali per questa categoria di pazienti, in particolare con la stesura di linee guida per il management e per attuare strategie di formazione per gli addetti al settore, al fine di migliorare le cure dello stadio avanzato della demenza.

ASSISTENZA IN UN CENTRO DIURNO ALZHEIMER PER ANZIANI DI UN CASO DI MALATTIA DI PICK GIOVANILE

Simoni David¹, Razzi Elena¹, Mossello Enrico¹, Caleri Veronica^{1,2}, Cantini Claudia², Bruni Paola³, Biagini Carlo Adriano², Masotti Giulio¹

¹*Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze* – ²*U.O. Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia* –

³*“Casa dell’Anziano Monteoliveto”, Pistoia*

SS, maschio di 36 anni, affetto da Malattia di Pick giovanile da 4 anni, accede al Centro Diurno (CD) Alzheimer della “Casa dell’Anziano Monteoliveto” di Pistoia dopo segnalazione all’Unità Valutativa Geriatrica territoriale da parte della madre, convivente e caregiver principale.

All’ingresso in CD la valutazione cognitiva mediante Mini Mental State Examination (MMSE) dimostrava un grave deterioramento cognitivo (punteggio 0/30) e la valutazione funzionale globale dimostrava una parziale dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana (Basic Activities of Daily Living - BADL - perse 3/6) e una totale dipendenza nelle attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - IADL - perse 8/8). Il profilo comportamentale valutato tramite Neuropsychiatric Inventory (NPI) mostrava la presenza di marcata agitazione verbale e motoria, ansia, euforia, disinibizione, grave attività motoria anomala, iperoralità (punteggio 42).

Nei primi giorni dall’ingresso è risultato evidente il rischio legato ai contatti fisici con gli altri ospiti anziani, a causa della discrepanza di forza fisica e agilità. Questo ha reso necessaria una osservazione comportamentale continuativa per 3 settimane consecutive, per verificare la possibilità di convivenza con essi. Nella prima settimana è stata effettuata un’osservazione non partecipante delle attività emesse e ritenute fondamentali per una corretta interazione con gli altri ospiti. Sulla base di tale osservazione empirica è stata costruita una check-list di comportamenti, suddivisi in tre gruppi, definiti come “atteggiamenti disinibiti”, “interazioni con gli altri ospiti”, “capacità attentive”. Nelle due settimane successive tali comportamenti sono stati valutati per gravità (G, da 1=lieve a 3=grave) e frequenza (F, da 0=mai a 4=molto frequentemente), mediante osservazione diretta, e quantificati singolarmente (G x F). In seguito è stata effettuata un’osservazione partecipante, sottoponendo il soggetto a stimoli finalizzati a modificarne i comportamenti disturbanti e permetterne la gestione nella struttura. Per i successivi sette mesi il soggetto è stato quindi seguito da un operatore dedicato, utilizzando una tecnica comportamentale finalizzata al ripristino delle azioni ritenute adattive e funzionali (*shaping*). Per i comportamenti disadattivi, particolarmente quelli caratterizzati da interazione inappropriata con gli altri ospiti, sono state proposte tecniche di rinforzo negativo con lo scopo di favorirne l’estinzione.

Alla valutazione di follow-up si sono osservati un modesto, ma sensibile miglioramento cognitivo-funzionale (MMSE 2/30, recupero della capacità di denominare; BADL perse 2/6, recupero dell’autonomia nell’uso della toilette) ed una riduzione dei sintomi comportamentali alla NPI (scomparsa di agitazione ed ansia, punteggio 20), in assenza di variazioni della terapia psicoattiva.

Al follow-up è stata inoltre effettuata una nuova osservazione comportamentale di due settimane, nella quale sono stati rilevati, rispetto all'osservazione basale, una riduzione degli atteggiamenti disinibiti (-97%) e dell'interazione inappropriata con gli altri ospiti (-50%) ed un incremento delle capacità attentive (+234%).

In conclusione, l'assistenza in un CD Alzheimer di un soggetto giovane, affetto da demenza grave con sintomi comportamentali, ha apparentemente determinato una riduzione dei comportamenti inappropriati e un miglioramento delle capacità attentive. Questo suggerisce che, all'interno della Rete dei Servizi per l'anziano, è possibile assistere efficacemente anche soggetti giovani con disturbi cognitivo-comportamentali. Tale risultato può essere ottenuto mediante gli strumenti tipici della geriatria: la valutazione multidimensionale di problemi e risorse ed un approccio assistenziale individualizzato.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE E OSPEDALIZZAZIONE NEI 12 MESI SUCCESSIVI ALLA DIMISSIONE DA UNA RIABILITAZIONE GERIATRICA

Stofler P.M.^{1,2}, Franzoni S.^{1,2}, Di Fazio I.^{1,2}, Respini C.^{1,2}, Cornali C.^{1,2}, Trabucchi M.²

¹Centro Medico Richiedei di Palazzolo s/Oglio (BS), ²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

OBIETTIVO

Valutazione dell'effetto della riabilitazione domiciliare sull'ospedalizzazione nei 12 mesi successivi alla dimissione da una riabilitazione geriatrica. Setting: Istituto di Riabilitazione Geriatrica (IDRG) "Richiedei" di Palazzolo s/Oglio (BS).

METODI

Ogni paziente è stato sottoposto ad assessment multidimensionale all'ingresso e alla dimissione. L'indicazione alla fisiochinesiterapia a domicilio (FKT) è stata definita in modo individuale in base al tipo e gravità delle patologie presenti (Burden of Disease - BOD, Geriatric Index of Comorbidity - GIC) ed al grado di compromissione funzionale (Scala di Tinetti e numero di Basic Activity of Daily Living - BADL perse). Del follow up a 12 mesi dalla dimissione dall'IDRG, eseguito telefonicamente, è stato considerato il numero di ricoveri in ospedale per acuti dovuti a qualsiasi causa.

PAZIENTI

In 20 mesi (maggio 2003–gennaio 2005) sono stati consecutivamente dimessi dall'IDRG n.532 pazienti. Al follow-up non sono stati rintracciati n.6 pazienti e sono risultati deceduti n.78 soggetti. Lo studio si riferisce a n.448 pazienti (età media 77.2±7.1 anni; F 73.2%)

RISULTATI

I pazienti che a domicilio hanno eseguito FKT (n.185, 41.3%; durata media trattamento 27.7±12.5 giorni/paziente/12 mesi) rispetto a quelli che non hanno eseguito FKT (n.263, 58.7%) provenivano maggiormente da ospedali per acuti (48.1% vs 34.2%, *p*.005). I principali motivi di ricovero in IDRG erano vasculopatie cerebrali o periferiche (29.7% vs 14.1% rispettivamente nei due gruppi, *p*.001), patologie internistiche (30.8 vs 39.2%, *p*.001), poliartrosi – protesi per artrosi (29.2% vs 36.9%, *p*.001) e recenti fratture arti inferiori (10.3% vs 9.9%, n.s.). I pazienti sottoposti a FKT avevano un peggiore stato funzionale all'ingresso e alla dimissione (n.BADL perse: ingresso 2.9±2.1 vs 1.9±1.8, *p*.001, dimissione 2.1±2.0 vs 1.2±1.6, *p*.001; scala Tinetti: ingresso 12.7±9.0 vs 17.0±8.2, *p*.001, dimissione 18.6±7.1 vs 21.7±6.2, *p*.001) e grado di comorbidità (numero di malattie 5.7±1.8 vs 5.1±1.9, *p*.005; BOD 10.4±3.7 vs 9.1±3.7, *p*.001; GIC III-IV 62.7% vs 49.9%, *p*.001). L'analisi delle singole patologie ha messo in evidenza una differenza statisticamente significativa solo per le vasculopatie cerebrali (GIC III-IV 24.9% vs 11.8%, *p*.001) e periferiche (GIC III-IV 8.1% vs 3%, *p*.001). La durata della degenza in IDRG è

differente (34 ± 12.7 vs 29.1 ± 10.4 giorni, $p.001$). In 12 mesi di osservazione la prevalenza dei pazienti ricoverati in ospedale per acuti è risultata minore nei soggetti sottoposti a FKT a domicilio rispetto al gruppo che non ha eseguito FKT (28.6% vs 36.5%, $p.05$).

I fattori associati all'ospedalizzazione, analizzati con il metodo di regressione logistica multivariata, aggiustando per età, sesso, stato funzionale – cognitivo, tono dell'umore e ricovero in RSA, sono risultati la comorbilità (BOD 1.1 [95%CI: 1.05-1.17]), l'esecuzione di FKT a domicilio (0.6 [0.39-0.96]) e vivere da soli a domicilio (0.5 [0.34-0.84]).

DISCUSSIONE

I pazienti che eseguono FKT a domicilio dopo il ricovero in IDRG provengono prevalentemente da ospedale per acuti per stroke e vasculopatie periferiche; all'ingresso presentano uno stato funzionale peggiore e, nonostante una maggior durata di trattamento, alla dimissione hanno ancora una maggiore compromissione funzionale e rischio di caduta. Il rischio di ospedalizzazione nell'anno successivo alla dimissione dall'IDRG è dovuto alla comorbilità, mentre il vivere da soli e l'esecuzione di FKT domiciliare risultano fattori preventivi. Il ruolo protettivo della FKT domiciliare potrebbe riferirsi a un possibile effetto di sorveglianza clinica.

LA GINNASTICA DOLCE A DOMICILIO “VALORE AGGIUNTO” NEL DIPARTIMENTO DI GERIATRIA DELLA ASL 2 DI TORINO

Troletti Giuse, Imeroni Andrea, Ursino Federica, Bianco Sergio, Pernigotti Luigi Maria*

*Cooperativa Anziché Anziano – * Dipartimento di Geriatria ASL 2 Torino*

INTRODUZIONE

L'attivazione “al domicilio residenziale” è finalizzata al mantenimento o alla riacquisizione di una autonomia di base in soggetti particolarmente a rischio. Centrata sul rapporto fra un operatore specificatamente formato (laureato in Scienze Motorie) ed un anziano o un piccolo gruppo di anziani, si differenzia dall'intervento di riabilitazione, rivolgendosi ad individui condizionati da una protratta sedentarietà o da periodi di allettamento, o in situazioni depressive o di solitudine ed anche a coloro che sono portatori di disabilità e di particolari patologie.

OBIETTIVO

Incrementare il benessere dell'anziano, anche affetto da deterioramento lieve-moderato cognitivo e disturbi dell'affettività.

L'intervento di ginnastica “al domicilio residenziale” si situa nella dinamica della prevenzione, anche per malattie più gravi come l'Alzheimer e il Parkinson.

La ginnastica “al domicilio residenziale” ha la funzione di consentire una sorta di riappropriazione e coscienza delle facoltà residue del malato, affinché mantenga il più a lungo possibile la propria capacità operativa e soprattutto la inserisca nel contesto/sfondo della quotidianità.

METODI

La filosofia che guida l'intervento di “ginnastica al domicilio” residenziale è quella di operare una forma di attivazione psicofisica attraverso proposte motorie correlate alle possibilità dei partecipanti e improntate alla sollecitazione relazionale, nel rispetto dei ritmi e delle motivazioni del singolo.

Le proposte mirano a fornire stimoli uditivi, visivi, tattili, cognitivi, relazionali e inoltre stimoli che favoriscano l'orientamento nello spazio, la ricerca dell'attenzione all'atto respiratorio, la coscienza corporea e la sensibilità muscolare, e che favoriscano la coordinazione e la precisione, il rafforzamento dell'equilibrio e del cammino attraverso movimenti, a corpo libero e con piccoli attrezzi, individuali, in coppia, in gruppo.

L'intervento pianificato in tre giorni alla settimana per tre mesi è stato previsto presso i nuclei di una struttura di ricovero residenziali e semiresidenziali (RSA e Centro Diurno) dedicata a malati non autosufficienti con deterioramento cognitivo comportamentale che usufruiscono delle cure residenziali per periodi di cura volta al compenso dei disturbi comportamentali del paziente o a sollievo dei familiari.

Di ciascun paziente sono valutate le performance ideomotorie ed il comportamento mediante le scale in uso nella cartella geriatrica al tempo di inizio e dopo il termine del-

l'intervento; sarà parallelamente eseguita una monitorizzazione del carico assistenziale durante l'intervento mediante la somministrazione di interviste strutturate e di scale rivolte ai caregiver di riferimento.

Nei pazienti in regime di ricovero temporaneo indicatore di risultato sarà anche considerata la possibilità che i pazienti al termine del trattamento continuino l'attività fisica presso il centro di ginnastica per anziani presente nel quartiere ove è situata la residenza.

RISULTATI ATTESI

La partecipazione a questo tipo di attivazione e riattivazione psicomotoria facilita l'intensificazione del rapporto con il gruppo e con l'ambiente esterno e migliora la conoscenza e la disponibilità della propria espressività corporea. L'appartenenza ad un gruppo che effettua delle azioni, che interagisce, che comunica, rappresenta un elemento di sollievo e anche di serenità per chi partecipa. Ci attendiamo inoltre un significativo incremento del grado di orientamento e di socializzazione, oltre ad una riduzione dell'irritabilità e dell'aggressività.

COUNSELLING PER CAREGIVERS DI SOGGETTI AFFETTI DA M. DI ALZHEIMER: OUTCOMES SENSIBILI

Veneziano Massimo¹, Bonomini Cinzia¹, Novello Cristina², Senesi Barbara¹, Barbieri Maria Paola¹, Cammarata Sergio², Milone Paolo³, Palummeri Ernesto¹, Pioli Giulio¹

¹U.V.A. Geriatria E.O. Ospedali Galliera, Dipartimento Gerontologia e Scienze Motorie, Genova

²U.V.A. Neurologia E.O. Ospedali Galliera, Genova – ³SPDC E.O. Ospedali Galliera Genova

INTRODUZIONE

Lo stress associato all'assistenza ai pazienti con m. di Alzheimer o altre forme di demenza influisce considerevolmente sullo stato di salute dei caregivers (CGs) e sull'utilizzo dei servizi assistenziali. Gli interventi psicosociali sui CG possono potenzialmente influire su questi aspetti, tuttavia gli studi eseguiti non hanno portato a risultati univoci. Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di verificare, attraverso uno studio controllato e randomizzato, l'efficacia di programmi strutturati di counselling sulla qualità della vita dei CG e le eventuali ripercussioni di questi programmi sui disturbi comportamentali del paziente. Scopi secondari sono stati inoltre la valutazione della durata degli effetti dopo la fine dell'intervento ed il confronto di due diversi trattamenti, uno basato su metodologia di gruppo ed uno basato su metodologia individuale.

METODI

La ricerca è stata eseguita presso l'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) dell'Ospedale Galliera di Genova su 24 CG principali di altrettanti pazienti seguiti dal centro. I CG sono stati selezionati utilizzando criteri di inclusione sia riferiti al paziente (diagnosi di M. di Alzheimer probabile secondo i criteri NINCDS-ADRDA, MMSE compreso tra 10 e 20 e presenza di disturbi comportamentali, valutati con Neuropsychiatric Inventory (NPI) > 8); sia criteri riferiti ai caregiver stessi (presenza di distress (D) valutato con NPI-D > 6, scolarità di almeno 5 anni, nessuna diagnosi psichiatrica pregressa). I partecipanti sono stati quindi assegnati in modi randomizzati a 3 gruppi di trattamento formati da 8 soggetti ciascuno: A. "gruppo-gruppo" seguito con metodologia gruppale, una volta alla settimana per 3 mesi (12 sedute); B "gruppo-individuale" seguito con modalità di counselor-familiare (nucleo), una volta alla settimana, da 4 a 10 incontri a seconda delle necessità; C "gruppo-controllo" cui era fornito materiale informativo e divulgativo sulla malattia e l'assistenza nel m.di Alzheimer. Sia nel gruppo-gruppo che nel gruppo-individuale l'intervento era articolato su 3 livelli: 1) informativo, 2) psico-educazionale (problem solving); 3) supporto psicologico.

A livello basale, al termine dell'intervento e dopo ulteriori 6 mesi sono stati raccolti dati sia sul carico assistenziale (Caregiver Burden Inventory, ore di assistenza, impegno finanziario) che sullo stato di salute dei caregivers (Short Form 12 (SF12), stato di ansia (State-Trait Inventory), depressione (Beck Depression Inventory). Inoltre agli stessi tempi sono stati valutati i disturbi comportamentali del paziente (NPI), l'uso di neurolettici e gli eventuali ricoveri ospedalieri o in istituto.

RISULTATI

Tutti i gruppi sono risultati simili per quanto riguarda le caratteristiche di base a parte l'età media lievemente più alta tra i caregiver del gruppo-gruppo. Nel gruppo-controllo nessuna delle variabili è risultata modificata nel tempo rispetto ai valori basali ad eccezione dello score BDI significativamente peggiorato a 6 mesi. Sia nel gruppo-gruppo che nel gruppo-individuale sono significativamente migliorate, sia al termine dell'intervento che a 6 mesi di distanza, i parametri inerenti il burden, il distress, lo stato di ansia e la depressione. Nessuna variazione significativa è stata osservata sulla SF-12. In entrambi i gruppi di intervento è inoltre da segnalare un miglioramento significativo dello score NPI al termine del programma, mantenuto anche a 6 mesi di distanza. Nessuna differenza significativa è stata osservata tra i due tipi di intervento.

CONCLUSIONI

Lo studio, pur presentando dati parziali su una piccola casistica di soggetti, mostra significativi effetti degli interventi di counselling su vari indicatori dello stato di benessere dei caregivers che si mantengono per almeno 6 mesi oltre il termine dell'intervento. Studi più ampi e prolungati sono invece necessari per evidenziare eventuali effetti su outcome relativi ai pazienti anche se va sottolineato un significativo miglioramento dello score NPI. Gli effetti a breve e lungo termine dei programmi di counselling individuale e di gruppo sono inoltre risultati simili.

EFFICACIA DEL TNP (TRAINING NEUROPSICOLOGICO) NELLA RIABILITAZIONE COGNITIVA DELLE DEMENZE: UNO STUDIO PRELIMINARE

Venturini Gaia, Fiaccadori Chiara, Avanzi Stefano, Galante Emanuela

IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Castel Goffredo - Mantova

INTRODUZIONE

Le tecniche di trattamento non farmacologico delle demenze (cognitive, comportamentali, di rieducazione funzionale) si collocano all'interno di un processo terapeutico volto a migliorare la qualità di vita e l'autonomia dei soggetti, tenendo conto dei deficit esistenti e potenziando le abilità residue. Tra le tecniche di riabilitazione cognitiva, la più nota e studiata è la ROT (Reality Orientation Therapy), che si è dimostrata efficace nel migliorare l'orientamento e la memoria per i dati personali. Le principali critiche rivolte a questa metodologia riguardano la scarsa ricaduta funzionale degli effetti ottenuti e la breve durata di essi dopo l'interruzione del trattamento.¹ Recenti revisioni della letteratura effettuate dalla Cochrane Library² sottolineano la necessità di ulteriori studi controllati, al fine di fornire un'evidenza definita sulla efficacia degli interventi cognitivi e comportamentali nella demenza.

METODO

Il presente studio si propone di valutare la fattibilità di uno studio di efficacia di un programma di riabilitazione cognitiva computer-assistita (TNP³, Training Neuropsicologico di M. Tonetta). Sono stati sottoposti a trattamento 4 soggetti (2 maschi e 2 femmine), ricoverati presso l'IRCCS - Fondazione S. Maugeri di Castel Goffredo (Mantova) con diagnosi di deterioramento cognitivo diffuso o MCI (Mild Cognitive Impairment) ad eziologia degenerativa o vascolare. Sono stati stabiliti come criteri di eleggibilità al trattamento punteggi corretti superiori a 21 al test MMSE e superiori a 70 al test MODA. La valutazione pre- post- trattamento è stata condotta mediante la somministrazione di una batteria di test volti ad indagare il profilo cognitivo analitico (memoria, attenzione, linguaggio, intelligenza, prassie, percezione visiva). Il training consiste nell'esecuzione di esercizi al computer (software TNP) selezionati con l'obiettivo di stimolare differenti funzioni cognitive (memoria, attenzione, linguaggio, cognizione spaziale, percezione visiva e acustica, intelligenza) ed è stato strutturato in 10 sedute individuali (3 sessioni settimanali) della durata di circa 60 minuti. Ogni sessione di lavoro prevede una pausa centrale di circa 15 minuti.

RISULTATI

La valutazione post- trattamento dei quattro soggetti (analisi descrittiva dei dati) ha evidenziato un significativo miglioramento dei punteggi conseguiti al test globale MODA ed in tre casi anche al MMSE. L'osservazione dei punteggi del profilo cognitivo analitico mostra un miglioramento piuttosto consistente nella prova di fluenza fonemica; in particolare, 3 pazienti su 4 hanno ottenuto un miglioramento di 1 punto equivalente.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio descrittivo, avviato come progetto pilota, sembrano indicare che il training cognitivo computer-assistito possa esercitare effetti positivi su alcune funzioni cognitive. La conduzione di una sperimentazione controllata sull'efficacia della riabilitazione cognitiva computer-assistita appare dunque fattibile ed opportuna. Particolari punti di attenzione della sperimentazione (condotta mediante l'utilizzo del programma TNP con le modalità adottate in questo studio) riguarderanno la specificità o aspecificità degli effetti del training cognitivo al computer e la tipologia di pazienti cui destinarlo, sia rispetto alla entità (deterioramento lieve, MCI) che alla eziologia del deterioramento (Demenza vascolare, AD, Fronto-temporale, etc.).

¹ Zanetti O. et al. *Alz Dis Assoc Dis* 1995; 9:132-138.

² Clare L. et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003260.

³ Tonetta M. *Riabilitazione Neuropsicologica e TNP*. Newmagazine Edizioni, Trento, 1998.

PREVALENZA E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA DEMENTIA GRAVE IN UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)

**Viti Niccolò Vito, Abbate Carlo, Cantatore Alessandra, Nido Francesca,
Rebecchi Isabella, Giordano Geremia, Caprioli Roberto**

Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, Milano

INTRODUZIONE

Il progetto Cronos ha contribuito a creare diversi centri UVA, la cui attività principale è la diagnosi e la prescrizione dei farmaci inibitori dell'acetilcolinaesterasi (AchE-I). Tuttavia, se da un lato vi è un'elevata percentuale di malati di Alzheimer che necessitano di iniziare precocemente una cura farmacologica, dall'altro lato vi sono anche anziani con demenza grave per i quali non vi sono chiare linee guida di trattamento. In questo lavoro abbiamo voluto considerare la prevalenza ed il trattamento farmacologico dei soggetti anziani, affetti da grave demenza, afferenti alla UVA dell'Istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano.

METODI

Questo studio retrospettivo ha preso in esame i soggetti anziani giunti in osservazione a partire dal mese di ottobre 2000 al mese di gennaio 2005. Complessivamente sono state effettuate 438 "prime visite" ed i soggetti anziani presentavano un'età media pari a 80 anni ($80 \pm 6,97$) ed il 22% dei pazienti è stato arruolato nel progetto Cronos e messo in trattamento con gli AchE-I. Dal progetto Cronos sono stati esclusi, sempre rispetto alla prima visita, 67 soggetti anziani (15%), per demenza grave (CDR 3) o molto grave (CDR 4). In questi 67 anziani sono state valutati l'età, la provenienza, la diagnosi ed il provvedimento terapeutico adottato.

RISULTATI

I 67 anziani affetti da grave demenza, considerati in questo studio, presentavano un'età media di 82 anni, con un MMSE medio di 7,19 ($\pm 4,14$); in particolare sono risultati 8 soggetti anziani con un MMSE di 0 punti, di cui 7 con una CDR pari a 4. L'età dei soggetti in esame era compresa tra i 60 ed i 94 anni e vi erano 22 uomini e 45 donne. Complessivamente dei 67 anziani dementi da noi esaminati 36 venivano dal domicilio, 11 erano temporaneamente ricoverati presso il reparto di riabilitazione ed i restanti 20 erano ospiti della RSA dell'Istituto. Per quanto riguarda la diagnosi i malati di Alzheimer sono risultati 43, pari al 64%, mentre i soggetti affetti da Demenza Vascolare erano 13, pari al 19%, le forme miste erano 9, pari al 13%; inoltre vi era un caso di Demenza a corpi di Lewy ed un caso di Demenza Fronto-temporale. Abbiamo successivamente rilevato che per 55 pazienti era stata prescritta una terapia specifica, mentre in 12 casi non era stata fornita alcuna indicazione al trattamento farmacologico. Nei 55 dementi gravi vi erano 8 casi con una duplice assunzione di farmaci indicati per il trattamento delle demenze. In detta-

glio: i provvedimenti terapeutici che sono stati adottati per questi 55 pazienti sono stati: in 28 casi i neurolettici, in 13 casi gli AchE-I, in 3 casi la memantina, in 7 casi gli antidepressivi, in 12 casi altre terapie (vitamina E, nimodipina, selegelina, ecc).

CONCLUSIONI

Le considerazioni conclusive di questo studio possono essere così schematizzate: 1) alla nostra osservazione sono arrivati un discreto numero di anziani con demenza grave, che probabilmente avrebbero beneficiato di maggiori cure mirate, se inviati nelle fasi iniziali della malattia; 2) non vi sono attualmente delle chiare linee guida indicanti una precisa terapia per le forme di demenza grave; il maggiore impiego di neurolettici può essere motivato dalla numerosa presenza di anziani dementi con disturbi comportamentali; 3) in alcune forme gravi vi è la tendenza a proseguire la cura con gli AchE-I, probabilmente perché garantiscono una evidente azione riguardo al mantenimento dell'aspetto funzionale.

POSSIBILE RUOLO DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI COGNITIVI IN ANZIANI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER

Mossello Enrico¹, Caleri Veronica^{1,2}, Boncinelli Marta¹, Palermo Eliana¹, Cavallini Maria Chiara¹, Sarcone Eva¹, Marchionni Niccolò¹, Masotti Giulio¹

¹*Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze - A.O.U. Careggi, Firenze* - ²*U.O. Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia.*

SCOPO DELLO STUDIO

Data l'elevata prevalenza di sintomi depressivi tra gli anziani affetti da Malattia di Alzheimer (AD) e la buona tollerabilità dei farmaci antidepressivi ad azione serotoninergica, questi possono costituire un'opzione terapeutica potenzialmente importante in questa categoria di pazienti. Tuttavia le prove di efficacia del trattamento antidepressivo in pazienti con AD sono relativamente scarse e gli studi da cui derivano sono stati condotti su casistiche esigue. Ancora più scarsi, e discordanti nei risultati, sono gli studi che hanno esaminato l'effetto di tale trattamento sulla funzione cognitiva in corso di AD. Il presente studio, di tipo osservazionale, si propone di valutare l'effetto del trattamento con farmaci antidepressivi sul livello cognitivo e lo stato funzionale globale di un campione di anziani affetti da AD di grado lieve-moderato, in trattamento con inibitori delle colinestasi (ChEI) con follow-up di almeno 9 mesi.

SOGGETTI E METODI

Sono stati inclusi nello studio 72 soggetti valutati presso l'Unità Valutativa Alzheimer della Clinica Geriatrica di Firenze, affetti da AD secondo i criteri NINCDS-ADRDA, con punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) superiore a 14/30 e in terapia con ChEI da almeno 9 mesi. Ciascun soggetto è stato sottoposto a valutazione delle capacità cognitive (MMSE), dello stato funzionale globale (Basic Activities of Daily Living - BADL - e Instrumental Activities of Daily Living - IADL) e del tono dell'umore (Geriatric Depression Scale a 15 item - GDS). Dopo l'inizio del trattamento con ChEI (T0) sono state effettuate valutazioni di follow-up dopo 3 (T1) e 9 mesi (T2).

Sono stati considerati affetti da sintomatologia depressiva i soggetti con punteggio >5 alla GDS basale. I pazienti sono stati identificati come "trattati" (T) o "non-trattati" (NT) se avevano, o non avevano, assunto continuativamente farmaci antidepressivi nel corso dell'intero periodo di follow-up. Sono state ricercate le differenze tra soggetti T e NT rispetto alla variazione nel tempo del punteggio al MMSE, prima e dopo aggiustamento per la presenza di sintomatologia depressiva in condizioni basali e le sue modificazioni nel tempo. Un'analisi analoga è stata effettuata rispetto al punteggio delle scale BADL e IADL.

RISULTATI

In condizioni basali i soggetti T e NT non mostravano differenze significative per le principali variabili cliniche e demografiche, eccetto che per il punteggio alla GDS (T 6.1 ± 0.7 vs NT 3.2 ± 0.4 , $p=0.001$). Nei soggetti T si è osservata una riduzione del punteggio della GDS a T1 (-1.8 ± 0.5 vs T0), che si è mantenuta a T2 (-1.7 ± 0.5 vs T0), mentre non si sono osservate sostanziali modificazioni nel gruppo NT, con una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi sia a T1 ($p=0.007$) che a T2 ($p=0.024$). I soggetti T hanno mostrato un incremento del punteggio del MMSE a T1 e T2 rispetto a T0, mentre i soggetti NT hanno mostrato un progressivo decremento, con una differenza tra i due gruppi statisticamente significativa sia a T1 (T $+1.6 \pm 0.5$ vs NT -0.4 ± 0.4 , $p=0.002$) che a T2 (T $+0.3 \pm 0.7$ vs NT -1.3 ± 0.5 , $p=0.049$). Nell'analisi aggiustata per età, sesso, punteggio del MMSE a T0, presenza di sintomi depressivi a T0 e loro variazione nel tempo, il trattamento antidepressivo è risultato indipendentemente associato ad un miglior punteggio al MMSE dopo 3 mesi ($p=0.015$). Nessuna differenza significativa è stata osservata tra soggetti T e NT per le modificazioni nel tempo di BADL e IADL.

CONCLUSIONI

In questo campione di pazienti anziani ambulatoriali affetti da AD di grado lieve-moderato, in trattamento con inibitori delle colinesterasi, il trattamento con farmaci antidepressivi è risultato associato ad un miglioramento delle funzioni cognitive a breve termine, con un effetto almeno in parte indipendente dalla presenza di sintomi depressivi alla valutazione basale e dal loro successivo miglioramento.

Indice

Berti A.	3
ACERBA VOLUPTAS: USO DEL VIAGRA NELL'ANZIANO	
<hr/>	
Bigatello G.	4
EFFETTI DELLA TERAPIA CON AUSILIO DI ANIMALI SU ALCUNI PARAMETRI COMPORTAMENTALI E RELAZIONALI DI ANZIANI DEMENTI	
<hr/>	
Campana A.	6
L'ATTIVITÀ DI UN SERVIZIO DI PSICHIATRIA DELL'ANZIANO IN UN CENTRO PUBBLICO DI SALUTE MENTALE: L'ESPERIENZA PRELIMINARE DELLA UNITÀ OPERATIVA PSICHIATRICA LOMBARDA N.13	
<hr/>	
Cattaneo C.I.	8
EMERGENZE PSICHIATRICHE IN ETÀ SENILE	
<hr/>	
Conchiglia G.	9
QUANDO L'AUTUNNO DELLA MENTE SPOGLIA LE FORME DELL'ARTE: LA STORIA DI UN PITTORE CON ALZHEIMER	
<hr/>	
Ferrari E.	11
EQUILIBRIO PRESSORIO E COGNITIVITÀ	
<hr/>	
Firetto S.	13
DECADIMENTO COGNITIVO REVERSIBILE DI ORIGINE CARENZIALE: DEFICIT DI VITAMINA B₁₂. UN CASO CLINICO	
<hr/>	
Fizzotti C.	15
LA DIPENDENZA NELL'ANZIANO: UN APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO	
<hr/>	
Franzoni S.	17
DIFFERENZE NELLA PRESCRIZIONE DI NEUROLETTICI IN PAZIENTI DEMENTI A DOMICILIO E IN UN ISTITUTO DI RIABILITAZIONE. EFFETTO SULLA MORTALITÀ A 6 MESI	
<hr/>	
Gareri P.	19
TRATTAMENTO DEI BPSD: È OPPORTUNO L'IMPIEGO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI?	
<hr/>	
Geminiani G.	21
LA SCUOLA DEL CAREGIVER: NUOVI MEZZI PER MIGLIORARE LA SALUTE NELLE MALATTIE CRONICHE CHE COMPROMETTONO LA COGNITIVITÀ E L'AUTOSUFFICIENZA	
<hr/>	
Grossi D.	23
SCALA DI VALUTAZIONE FUNZIONALE PER PAZIENTI CON DISTURBO COGNITIVO MODERATO (DI.CO.M.)	
<hr/>	
Leotta D.	24
UNO STUDIO LONGITUDINALE SULLA FALSA MEMORIA IN SOGGETTI CON MCI	
<hr/>	
Leotta D.	26
B.P.S.D. NEI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA: STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO	

Leotta D.	28
L'IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA NELLA DIAGNOSI DI DEMENZA IN AMBITO U.V.A.	
Magnifico F.	30
PATTERN DI PRESCRIZIONE DEL DONEPEZIL IN SOGGETTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER: UNO STUDIO DI "REAL PRATICE"	
Margiotta A.	32
DISABILITÀ, FUNZIONI COGNITIVE E TONO DELL'UMORE IN PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN OSPEDALE PER ACUTI	
Pernigotti L.M.	33
SINCOPE E DELIRIUM: CORRELAZIONI POSSIBILI	
Piras M.C.	
ANTIPSIKOTICI ATIPICI NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLE DEMENZE: EFFICACIA, EFFETTI COLLATERALI ED EVENTI AVVERSI	
Pirfo E.	36
I RACCONTI DEL CUORE: L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN UN AMBULATORIO PER LO SCOMPENSO CARDIACO	
Ranzenigo A.	37
CARATTERISTICHE DEI PRIMI 500 PAZIENTI DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER DELL'OSPEDALE S. ORSOLA DI BRESCIA	
Ranzenigo A.	39
L'OSTEOPOROSI: UNA PATOLOGIA "DIMENTICATA" NELLA DONNA DEMENTE!	
Scala G.	41
METODOLOGIA OSSERVAZIONALE DELLA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO	
Schiavo F.	43
PARKINSONISMO IATROGENO NELL'ANZIANO	
Simoncini M.	45
MODALITÀ DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DELLO SVILUPPO DI DELIRIUM: DELIRIUM RISK SCORE	
Simoncini M.	47
FATTORI PREDITTIVI DI ISTITUZIONALIZZAZIONE NEL PAZIENTE DEMENTE: L'IMPORTANZA DEL DAY-CARE E DEL FAMILY HELP	
Simoncini M.	48
MORIRE DI DEMENZA IN RSA	
Simoni D.	49
ASSISTENZA IN UN CENTRO DIURNO ALZHEIMER PER ANZIANI DI UN CASO DI MALATTIA DI PICK GIOVANILE	
Stofler P.M.	51
RIABILITAZIONE DOMICILIARE E OSPEDALIZZAZIONE NEI 12 MESI SUCCESSIVI ALLA DIMISSIONE DA UNA RIABILITAZIONE GERIATRICA	

Troletti G.	53
LA GINNASTICA DOLCE A DOMICILIO “VALORE AGGIUNTO” NEL DIPARTIMENTO DI GERIATRIA DELLA ASL 2 DI TORINO	
Veneziano M.	55
COUNSELLING PER CAREGIVERS DI SOGGETTI AFFETTI DA M. DI ALZHEIMER: OUTCOMES SENSIBILI	
Venturini G.	57
EFFICACIA DEL TNP (TRAINING NEUROPSICOLOGICO) NELLA RIABILITAZIONE COGNITIVA DELLE DEMENZE: UNO STUDIO PRELIMINARE	
Viti N.V.	59
PREVALENZA E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA DEMENZA GRAVE IN UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)	
Mossello E.	61
POSSIBILE RUOLO DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI COGNITIVI IN ANZIANI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER	

Stampa:
ISTITUTO ARTI GRAFICHE MENGARELLI - ROMA