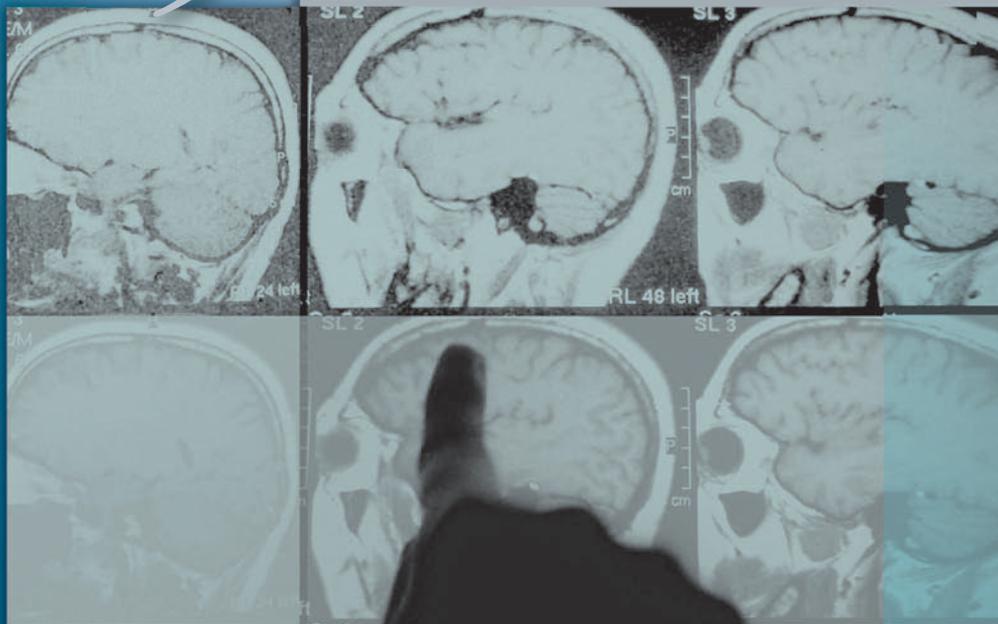




Congresso Nazionale



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



Psicogeriatra e medicina.

Attese, bisogni, diritti

Grand Hotel Gardone (BS)
23 - 25 aprile 2009

Via Zanardelli, 84
25083 Gardone Riviera (BS)

Programma definitivo

Psicogeriatría

QUADRIMESTRALE - ANNO IV - NUMERO 1 - GENNAIO-APRILE 2009

RIVISTA UFFICIALE



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Direttore Editoriale
Marco Trabucchi

Comitato Editoriale
Carlo Caltagirone
Nicolò Marchionni
Elvezio Pirfo
Umberto Senin

**Coordinatore
Comitato Scientifico**
Luigi Ferrannini

Comitato Scientifico
Arturo Ambrosio
Fernando Anzivino
Fabrizio Asioli
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Mario Barucci
Filippo Bogetto
Placido Bramanti
Enrico Brizioli
Alberto Cester
Pasquale Chianura
Ferdinando Cornelio
Antonino Cotroneo
Luc De Vreese
Gerardo Favaretto
Ettore Ferrari
Antonio Maria Ferro
Giuseppe Fichera
Massimo Fini
Lodovico Frattola
Costanzo Gala
Walter Gianni
Gianluigi Gigli
Guido Gori
Marcello Imbriani
Maria Lia Lunardelli
Patrizia Mecocci
Massimo Musicco
Leo Nahon
Giuseppe Nappi
Alessandro Padovani
Giulia Perini
Luigi Pernigotti
Paolo Francesco Putzu
Sandro Ratto
Gianfranco Salvioi
Francesco Scapati
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Gianfranco Spalletta
Marcello Turno
Claudio Vampini
Alberto Zanchetti
Orazio Zanetti

Segreteria di Redazione
Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico



CMP

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

EDITORIALE

IL CONGRESSO AIP 2009
Marco Trabucchi

RELAZIONI

RICERCA TRASLAZIONALE E COMPrensIONE DELLA PATOGENESI
DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER
Monica Di Luca, Roberta Epis

VALORE E LIMITI DELLE EMOZIONI NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE
Fabrizio Asioli

EMPATIA E DOLORE NELLA RELAZIONE DI CURA
Antonio M. Ferro, Giuseppe Servetto, Sergio Lugaro, Emiliana Ratto

IL SUICIDIO NELL'ANZIANO. COINVOLGIMENTO E RISCHI DEL CAREGIVER
E DELL'OPERATORE
Leo Nahon

IL PROFILO PERSONOLOGICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA:
IL PRIMA ED IL DOPO
Alberto Cester

CAPIRE, ACCETTARE, CONTINUARE:
L'ADERENZA AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELL'ANZIANO
Giuseppina Majani

LA TERAPIA DEL DOLORE NELL'ANZIANO
Simone Franzoni, Ermellina Zanetti, Cristina Cornali, Piera Ranieri, Ilaria Badini,
Marina C. Pizzoni, Beatrice Cossu, Angelo Bianchetti, Marco Trabucchi

PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO PREVE.D.A. (Prevenire il Deterioramento
dell'Anziano): EFFETTI DELLA STIMOLAZIONE COGNITIVA IN UN GRUPPO
DI SOGGETTI ANZIANI CON DISTURBO SOGGETTIVO DELLA MEMORIA
Carlo Serrati, Graziella Colazzo, Mario Siri, Francesco Benso, Roberto Bilotti,
Silvia Mottura, Elisa Piccione, Anna Lucca, Patrizio Odetti

LA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELLA DISABILITÀ IN PSICOGERIATRIA
(LA FRAMMENTARIETÀ E LE DISEQUITÀ DEL WELFARE)
Fabio Cembrani, Giuseppina Ciruolo, Francesca Gozzo, Enrico Baldantoni

L'INCAPACITÀ
Francesco Scapati, Domenico Suma

L'ANZIANO VIOLENTO: UN'IMMAGINE CHE RIFIUTIAMO. PERCHÉ?
Luigi Ferrannini

ABSTRACTS 9° CONGRESSO NAZIONALE

DALL'ALTRA PARTE DELLA BARRICATA: ESPERIENZE DI CAREGIVING

LA NONNA
Piera Ranieri

POESIA

RICORDI DI ALZHEIMER
Franca Grisoni

Direttore Editoriale

Marco Trabucchi

Comitato Editoriale

Carlo Caltagirone
Niccolò Marchionni
Elvezio Pirfo
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Comitato Scientifico

Arturo Ambrosio
Fernando Anzivino
Fabrizio Asoli
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Mario Barucci
Filippo Bogetto
Placido Bramanti
Enrico Brizioli
Alberto Cester
Pasquale Chianura
Ferdinando Cornelio
Antonino Cotroneo
Luc De Vreese
Gerardo Favaretto
Ettore Ferrari
Antonio Maria Ferro
Giuseppe Fichera
Massimo Fini
Lodovico Frattola
Costanzo Gala
Walter Gianni
Gianluigi Gigli
Guido Gori
Marcello Imbriani
Maria Lia Lunardelli
Patrizia Mecocci
Massimo Musicco
Leo Nahon
Giuseppe Nappi
Alessandro Padovani
Giulia Perini
Luigi Pernigotti
Paolo Francesco Putzu
Sandro Ratto
Gianfranco Salvioli
Francesco Scapati
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Gianfranco Spalletta
Marcello Turno
Claudio Vampini
Alberto Zanchetti
Orazio Zanetti

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

GRUPPO DI PRODUZIONE EDITORIALE

PUBLISHING STAFF

© *Critical Medicine Publishing Editore*

Le norme editoriali sono consultabili sul sito:
www.psicogeriatra.it

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Direttore responsabile/*Manager*
Michele De Nicotera

Produzione/*Production*
Laura Caracciolo

Pubblicità/*Advertising*
Francesca Usai

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

INDICE

PSICOGERIATRIA

Quadrimestrale - Anno IV - Numero 1 - Gennaio/Aprile 2009

EDITORIALE

IL CONGRESSO AIP 2009

Marco Trabucchi _____ pag. 9

RELAZIONI

**RICERCA TRASLAZIONALE E COMPrensIONE DELLA PATOGENESI
DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER**

Monica Di Luca, Roberta Epis _____ pag. 11

VALORE E LIMITI DELLE EMOZIONI NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Fabrizio Asioi _____ pag. 13

EMPATIA E DOLORE NELLA RELAZIONE DI CURA

Antonio M. Ferro, Giuseppe Servetto, Sergio Lugaro, Emiliana Ratto _____ pag. 14

**IL SUICIDIO NELL'ANZIANO. COINVOLGIMENTO E RISCHI DEL CAREGIVER
E DELL'OPERATORE**

Leo Nahon _____ pag. 15

**IL PROFILO PERSONOLOGICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA:
IL PRIMA ED IL DOPO**

Alberto Cester _____ pag. 19

**CAPIRE, ACCETTARE, CONTINUARE:
L'ADERENZA AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELL'ANZIANO**

Giuseppina Majani _____ pag. 20

LA TERAPIA DEL DOLORE NELL'ANZIANO

Simone Franzoni, Ermellina Zanetti, Cristina Cornali, Piera Ranieri, Ilaria Badini,
Marina C. Pizzoni, Beatrice Cossu, Angelo Bianchetti, Marco Trabucchi _____ pag. 23

**PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO PREVE.D.A. (Prevenire il Deterioramento
dell'Anziano): EFFETTI DELLA STIMOLAZIONE COGNITIVA IN UN GRUPPO
DI SOGGETTI ANZIANI CON DISTURBO SOGGETTIVO DELLA MEMORIA**

Carlo Serrati, Graziella Colazzo, Mario Siri, Francesco Benso, Roberto Bilotti,
Silvia Mottura, Elisa Piccione, Anna Lucca, Patrizio Odetti _____ pag. 30

**LA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELLA DISABILITÀ IN PSICOGERIATRIA
(LA FRAMMENTARIETÀ E LE DISEQUITÀ DEL WELFARE)**

Fabio Cembrani, Giuseppina Ciralo, Francesca Gozzo, Enrico Baldantoni _____ pag. 33

L'INCAPACITÀ

Francesco Scapati, Domenico Suma _____ pag. 64

L'ANZIANO VIOLENTO: UN'IMMAGINE CHE RIFIUTIAMO. PERCHÉ?

Luigi Ferrannini _____ pag. 73

ABSTRACTS 9° CONGRESSO NAZIONALE

REM SLEEP BEHAVIOUR DISORDER-D.S.B.

UN PERCORSO DIAGNOSTICO INTEGRATO-COMBINATO IN UN CASO CLINICO "PSEUDOIDIOPATICO"

Aloe Michele, Ficociello Rita Angela _____ pag. 77

OUTCOME RIABILITATIVO: EFFICACIA DI UN INTERVENTO "INTEGRATO" PER ANZIANI FRAGILI

Arcangeli Francesca, Cherubini Laura, Fiorda Alessandro, Alimenti Mario _____ pag. 79

ANZIANO FRAGILE E QUALITÀ DI VITA:

RICOVERO OSPEDALIERO O OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE? DUE REGIMI A CONFRONTO

Ariano Luigi _____ pag. 80

IDEAZIONE SUICIDARIA NELL'ANZIANO DI FAENZA.

DATI EPIDEMIOLOGICI DA UNO STUDIO DI POPOLAZIONE

Atti Anna Rita, Modenese Alberto, Moretti Francesca, Bernabei Virginia, Cesano Silvia, Forlani Claudia,

Ferrari Barbara, Dalmonte Edoardo, De Ronchi Diana _____ pag. 81

TENTATO SUICIDIO NELL'ANZIANO DEPRESSO: ANALISI DI UN CASO CLINICO

Atti Anna Rita, Modenese Alberto, Moretti Francesca, Bernabei Virginia, Ferrari Barbara, Balestri Francesca,

Gattarello Simone, Morini Valentina, De Ronchi Diana _____ pag. 82

LA QUALITÀ DELLA VITA IN PSICOGERIATRIA: IL RUOLO DELLA SALUTE ORALE

Balzarotti Ferdinando, Ambrosini Andrea, Marino Carlo, Porro Alice, Simonetta Chiara, Torlasco Margherita,

Mascolo Andrea _____ pag. 83

LA QUALITÀ NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Bertotto Stefania, Blanc Cristina, Genre Alma, Rossi Graziella _____ pag. 86

L'AMMISSIONE IN UN REPARTO DI GERIATRIA RIDUCE L'INCIDENZA DI DELIRIUM

IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI

Bo Mario, Martini Barbara, Ruatta Claudia, Massaia Massimiliano, Aimonino Nicoletta, Varetto Antonella,

Astengo Marco, Sona Alessandro, Torta Riccardo _____ pag. 87

TRATTI TEMPERAMENTALI ED EVENTI: QUALCHE CONSIDERAZIONE SU UNA STORIA CLINICA

Boccadamo Annadella, Matacchieri Bruno, Scapati Francesco _____ pag. 88

LA DEPRESSIONE NELL' ANZIANO: ASPETTI DI PSICOPATOLOGIA

Boccadamo Annadella, Matacchieri Bruno, Caldeo Giuseppina, Scapati Francesco _____ pag. 89

IL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA GRAVE IN OSPEDALE

Boffelli Stefano, Rozzini Renzo, Sleiman Intissar, Barbisoni Piera, Ranhoff Anette, Trabucchi Marco _____ pag. 90

ALICE IN WONDERLAND SYNDROME (AIWS). CASO CLINICO

Brambilla Cristina, Baroni Fiorenzo, Firetto Silvia, Ghisla Maria Karin, Facchi Emanuela, Grassi Vittorio _____ pag. 91

C.A.D.A.S.I.L.: STUDIO DI UN CASO CLINICO

Bruno Patrizia, Gragnaniello Rita, Di Gioia Anna, Argenzio Filomena _____ pag. 93

ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE SULLA DEMENZA NEL CENTRO UVA DEL C.S.M. DI ROGGIANO GRAVINA

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo,

Trotta Francesco, Mastropierro Filomena, Fiori Giovanna, Lanza Gerarda _____ pag. 95

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DELLA DEMENZA

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo,

Trotta Francesco, Mastropierro Filomena, De Santo Maria Pia _____ pag. 96

EFFETTI DEL TRATTAMENTO PSICOMOTORIO SU UN GRUPPO DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

DI GRADO LIEVE

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo,

Trotta Francesco, Mastropierro Filomena, Calarco Francesco _____ pag. 97

ASSOCIAZIONE DI MEMANTINA CON ANTICOLINESTERASICI NEL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo,

Trotta Francesco, Amilcare Marisa, Calarco Francesco _____ pag. 98

DEPRESSIONE E CARENZA DI VITAMINA D NELL'ANZIANO: RISULTATI PRELIMINARI Buffa Angela, Malavolta Nazzarena, Argnani Paola, Belvederi Murri Martino, Costanza Giovanna, Scalcione Marilena, Boschi Maurizia, Petrone Lidia, Atti Anna Rita, Bologna Maria, Corsino Maria Alessandra, Zanetidou Stamatula _____	pag. 99
INTERVENTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO IN UN REPARTO DI NEURORIABILITAZIONE Caffarra Sendy, Luise Sara, Beschi Manuela, Avanzi Stefano, Forlani Chiara, Vezzadini Giuliana, Galante Emanuela _____	pag. 100
EFFETTI A BREVE-MEDIO TERMINE DEL TRATTAMENTO MUSICOTERAPICO IN SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA Capasso Andrea, Buccelli Salvatore, Cesareo Carmela, Femiano Maria, De Luca Michele, Iorio Raffaele _____	pag. 101
STUDIO CLINICO PRELIMINARE SUL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI) IN UN GRUPPO DI 160 SOGGETTI Caputo Miriam, Bustreo Sara, Capellero Barbara, Marchet Alberto, Leotta Daniela, Balla Silvia, Pernigotti Luigi Maria _____	pag. 103
PLASTICITÀ CEREBRALE IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER DOPO UN TRAINING COGNITIVO Cesaro Lucia, Manfredi Mirella, Spironelli Chiara, Bergamaschi Susanna, Mondini Sara, Calza Attilio, Angrilli Alessandro _____	pag. 104
L'AROMATERAPIA RIDUCE I DISTURBI COMPORTAMENTALI (BPSD) IN OSPITI CON DEMENZA RESIDENTI IN RSA Chiarello Antonino, Vezzoli Angelica, Radici Roberta, Recanati Consuelo, Celi Mariacristina _____	pag. 106
VALUTAZIONE CLINICO OSSERVAZIONALE IN PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DEPRESSIVA ASSOCIATA AD ICTUS, RICOVERATI PRESSO RSA NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2008 Cipolli Patrizio, Bonazzinga Maura, Rosso Tiziana, Bianchi Elda _____	pag. 108
UNA MODERATA DISOSMIA PREDICE LA CONVERSIONE A DEMENZA ENTRO DUE ANNI IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE Conti Marta Zaffira, Vicini-Chilovi Barbara, Zanetti Marina, Bertoletti Erik, Liberini Paolo, Rozzini Luca, Padovani Alessandro _____	pag. 110
LE PREFERENZE DI CURA DELL'ANZIANO AFFETTO DA DISTURBO DI PERSONALITÀ, IL CAREGIVER E LE SCELTE TERAPEUTICHE IN UN REPARTO DI EMERGENZA. Cornali Cristina, Ranieri Piera, Franzoni Simone, Bianchetti Angelo, Badini Iliara, Cossu Beatrice, Pizzoni Marina, Trabucchi Marco _____	pag. 111
UTILIZZO DI ANTIDEPRESSIVI IN SOGGETTI CON SINTOMI DEPRESSIVI E DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE DI RECENTE INSORGENZA IN SOGGETTI AFFERENTI AD AMBULATORI DI GERIATRIA – U.V.A. Cotroneo Antonino Maria, Busceti Antonino, Gareri Piero, Lacava Roberto, Monteleone Francesco, Maina Ettore, Nicoletti Nicoletta, Cabodi Sergio _____	pag. 113
UTILIZZO DI INTEGRATORI ALIMENTARI SU SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE E DISTURBI SOGGETTIVI DI MEMORIA (ANALISI PRELIMINARE) Cotroneo Antonino Maria, Gareri Piero, Lacava Roberto, Monteleone Francesco, Grassone Davide, Fantò Fausto, Nicoletti Nicoletta, Maina Ettore, Putignano Salvatore, Cabodi Sergio _____	pag. 115
ANALISI PRELIMINARE DELLA PRATICA AMBULATORIALE U.V.A. NELLE REGIONI PIEMONTE - VALLE D'AOSTA Cotroneo Antonino Maria, Di Giovanni Marco, Di Stefano Fabio, Gianara Augusta, Grassone Davide, Leotta Daniela, Liffredo Cesare, Luda Emilio, Massaia Massimiliano, Papa Alfonso _____	pag. 117
DISABILITÀ, DEPRESSIONE E DOLORE NELLA DONNA ANZIANA CON MALATTIA DI PARKINSON D'Amico Ferdinando, Caronzolo Francesco, Crescenti Paola, Lombardo Giuseppina, Grippa Alessandro _____	pag. 118
ASSISTENZA DOMICILIARE ALZHEIMER NELLA REGIONE MOLISE Dentizzi Cosimo, Fanelli Loredana, Romano Daniela _____	pag. 120
DIFFERENZE DI GENERE NELL'AMBULATORIO PSICOGERIATRICO Dijk Babette, Montanari Daniela, Lucarini Simonetta, Cavagnaro Paolo _____	pag. 122

L'EFFETTO MOZART. UNA NUOVA VIA ALLA RIABILITAZIONE COGNITIVA: LA NOSTRA ESPERIENZA Ettorre Evaristo, De Benedetto Giorgio, Cicerchia Manuela, Fossati Chiara, Servello Adriana Petrillo Alessandra, Marigliano Vincenzo	pag. 124
DELIRIUM IATROGENO IN UNA PAZIENTE ANZIANA DEMENTE Gareri Piero, Cotroneo Antonino Maria, Lacava Roberto, Marigliano Norma Maria, Bambara Valentina, Castagna Alberto, Costantino Domenico Simone, Ruotolo Giovanni, De Sarro Giovambattista	pag. 126
LA SALUTE MENTALE NEL PAZIENTE ANZIANO UNDER E OVER 80 ANNI: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE Ghiano Federica, Dalmotto Marinella, Ferrero Merlino Silvia, Gianara Augusta, Morero Daniela, Petruzzelli Elena, Pirfo Elvezio	pag. 127
VISSUTO PROFESSIONALE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI ANZIANI DEPRESSI Giuliano Monica, Maina Ettore, Cabodi Sergio, Nicoletti Nicoletta	pag. 128
CONFINI TRA DEPRESSIONE E DEMENZA: CARATTERISTICHE DI UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFERENTI AD UN CENTRO UVA DI UNA CLINICA PSICHIATRICA Gotelli Simona, Natta Werner, Fravega Roberta, Pannocchia Francesca, Puppo Serena, Ghio Lucio	pag. 129
DEPRESSIONE, FARMACOTERAPIA CON S.S.R.I. ED OSTEOPOROSI SENILE Grippa Alessandro, Pipicella Tiziana, D'Arrigo Giovanni, Caronzolo Francesco, D'Amico Ferdinando	pag. 131
IL DELIRIUM IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI AL PROPRIO DOMICILIO: STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE CON FOLLOW-UP A SEI MESI Isaia Gianluca, Astengo Marco A., Tibaldi Vittoria, Bo Mario, Aimonino Ricauda Nicoletta	pag. 133
CARATTERISTICHE CLINICHE E DI NEUROIMAGING DEL <i>MILD COGNITIVE IMPAIRMENT</i> A CORPI DI LEWY Isella Valeria, Appollonio Ildebrando Marco	pag. 135
TINER (trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante): UNA NUOVA METODICA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL'UMORE DI GRADIO LIEVE ASSOCIATI A DEMENZA IN STADIO INIZIALE Lera Antonio	pag. 136
RUOLO DEL 'PERFECT SHAPE' NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER ALLO STADIO INIZIALE Lera Antonio	pag. 137
PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'ANZIANO FRAGILE RICOVERATO IN OSPEDALE Magnolfi Stefano Umberto, Valente Carlo, Trombaccia Gloria, Pozzi Claudia, Conforti Barbara, Matteuzzi Daniela, Sergi Alessandro	pag. 138
VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ PADRONEGGIATE IN UN GRUPPO DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN RSA Malara Alba, Natalina Parise, Maria Luisa Barberio, Debora Cianflone, Ruberto Rossella, Megna Graziella, Sgrò Giovanni	pag. 140
DUE TEST MOLTO RAPIDI PER LO SCREENING DI MCI E DEMENZA LIEVE: CONFRONTO CON IL MMSE Mapelli Cristina, Costantino Gisella, Isella Valeria, Appollonio Ildebrando Marco	pag. 142
DIABETE MELLITO DI TIPO 2 E DEMENZA. L'INSULINORESISTENZA: POSSIBILE ELEMENTO PATOGENETICO COMUNE? Marchegiani Annalia, Odetti Patrizio	pag. 143
PROTOCOLLO TRATTAMENTO DOLORE IN LUNGODEGENZA Mari Marcello, Neri Davide, Fin Ilenia, Mariot Giorgio	pag. 145
SINTOMI DEPRESSIVI NEI PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE: IMPATTO SUGLI OUTCOME A LUNGO TERMINE Morghen Sara, Guerini Fabio, Marrè Alessandra, Ricci Eleonora, Torpilliesi Tiziana, Sanniti Antonella, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco	pag. 146

EFFETTI DI UN'ATTIVITÀ CON L'AUSILIO DI ANIMALI IN UN CENTRO DIURNO ALZHEIMER Mossello Enrico, Barone Domenico, Mugnai Francesca, Ridolfi Alessandro, Piccini Carolina, Mello Anna Maria, Lorenzini Giulia, Peruzzi Anna, Masotti Giulio, Marchionni Niccolò	pag. 148
SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE. ANALISI DI UN PERCORSO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO Nucetelli Francesco, Di Donato Fiore, Ferretti Sandra	pag. 150
PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO DI "SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE" RIVOLTA AL BISOGNO DI SALUTE MENTALE DEL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA PATOLOGIA COGNITIVA E DEPRESSIVA Nucetelli Francesco, Di Filippo Maria Carmina, Di Donato Fiore, Ferretti Sandra	pag. 151
LA FARMACOTERAPIA ANTIPSICOTICA NEL PAZIENTE ANZIANO: QUESTIONE DI SESSO? Nuvoli Gianfranco	pag. 153
IL TSO NELL'ANZIANO: DATI PRELIMINARI DI UN'INDAGINE NELLA PROVINCIA DI GENOVA Nuvoli Gianfranco, Manni Elisabetta, Ferrannini Luigi	pag. 154
SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLOGICA NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA: QUALI CORRELAZIONI CON LO STRESS PERCEPITO DAL CAREGIVER? Pingani Luca, De Bernardis Marco, Ughetti Maria Letizia, Arnone Fulvio, De Bernardis Elena, Ferrari Silvia, Equipe terapeutico-riabilitativa-assistenziale reparto Neuropsico-geriatria, Turrini Giuliano, Rigatelli Marco	pag. 155
UVA DI GERIATRIA REGIONE VALLE D'AOSTA. DUE GRUPPI DI PAZIENTI A CONFRONTO Polistena Giuseppe, Coccovilli Alberto, Ferrante Maria Antonietta, Bonino Paolo	pag. 156
QUALITÀ DELLA VITA E SEMIRESIDENZIALITÀ GERIATRICA Primerano Giuseppe, Sacchelli Cristina, Danesi Raffaella	pag. 158
LA FAMIGLIA E GLI ATTI DECISIONALI MEDICI IN PRONTO SOCCORSO, IN PAZIENTI MOLTO ANZIANI NON-COMPETENTI Ranieri Piera, Bianchetti Angelo, Badini Ilaria, Cornali Cristina, Franzoni Simone, Opizzoni Marina C., Cossu Beatrice, Trabucchi Marco	pag. 160
CONSUMO DI ALCOOL E MORTALITÀ IN ANZIANI CHE VIVONO A CASA Rozzini Renzo, Ferri Marco, Sleiman Intissar, Barbisoni Piera, Giordano Alessandro, Mattanza Chiara, Boffelli Stefano, Travaglini Nicola, Trabucchi Marco	pag. 162
STUDIO DELLE FUNZIONI COGNITIVE E DI NEUROIMAGING CEREBRALE IN SOGGETTI AFFETTI DA PSORIASI MODERATA-GRAVE. DATI PRELIMINARI Sala Francesca, Gisondi Paolo, Alessandrini Franco, Avesani Virginia, Zoccatelli Giada, Beltramello Alberto, Moretto Giuseppe, Girolomoni Gianpietro, Gambina Giuseppe	pag. 163
REALIZZAZIONE DI UNA SCHEDA UNICA DI GESTIONE DEL DOLORE APPLICABILE IN CONTESTI RAPPRESENTATI DA AMPIA VARIABILITÀ CLINICA Sasso Monia, Scolari Loredana, Carlucci Rosaria, Mercadante Giuliana, Cotroneo Antonino, Nicoletti Nicoletta, Cabodi Sergio	pag. 165
L'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA OSPEDALIERA (U.V.G.O.) DEL S. EUGENIO DI ROMA - ASL RMC Scala Giovanni, Capobianco Giovanni	pag. 167
PROGETTO PITAGORA PER L'EMERGENZA CALDO: RELAZIONE SULL'ESPERIENZA NELL'ANNO 2008 DEDICATA AGLI ANZIANI FRAGILI NEL TERRITORIO DELLA ASL RMC Scala Giovanni, Capobianco Giovanni	pag. 169
REAZIONI AL LUTTO NEI CAREGIVERS DEI PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER Schillaci Francesca, Somaschini Elena, Guarnerio Chiara, Chiambretto Paola	pag. 171
EFFICACIA DELL'ACUPRESSIONE NEL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DEI DISTURBI DEL SONNO NEL DEMENTE ISTITUZIONALIZZATO: DATI PRELIMINARI Simoncini Mara, Balla Silvia, Serfozoova Zuzana, Gatti Antonia, Quirico Piero Ettore, Pernigotti Luigi Maria	pag. 172

UTILIZZO CONGIUNTO DI PSICOTERAPIA ED IPNOSI NELLA GESTIONE DELLO STRESS DEL CAREGIVER DEL PAZIENTE DEMENTE E RICADUTE ASSISTENZIALI	
Simoncini Mara, Amram Maryse Eve, Balla Silvia, Gatti Antonia, Pernigotti Luigi Maria	pag. 174
CARATTERISTICHE CLINICHE E MORTALITÀ AD UN ANNO IN UNA POPOLAZIONE GERIATRICA AFFETTA DA DELIRIUM	
Speciale Salvatore, Lucchi Elena, Marazzi Marina, Tirelli Valeria, Turco Renato, Bellelli Giuseppe, Trabucchi Marco	pag. 175
MODELLO DI INTERVENTO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA E PSICOSOCIALE IN MALATI DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE	
Sterli Monica, Rosberti Sonia Barbara, Turla Marinella	pag. 177
L'APPROCCIO RIABILITATIVO MULTIDISCIPLINARE: STUDIO DI EFFICACIA	
Tarozzi Adriano, Morselli Linda, Merighi Mara, Romagnoli Luca, Moretti Emanuele	pag. 178
UTILIZZO DELLA STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE ALL'INTERNO DI UNA SNOEZELEN ROOM PER UN GRUPPO DI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA GRAVE CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: L'ESPERIENZA DI UN NUCLEO ALZHEIMER	
Turci Marina, Bellodi Cinzia, Andrian Franca, Serio Cornelia, Grandi Carlo Alberto, Orsi Flavia, Enrico Orofino, Ferrari Gloria, Fabbo Andrea	pag. 180
PSICOGERIATRIA E PSICHIATRIA DELL'ANZIANO OVER 65	
Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Forghieri Pierluigi, Valgimigli Camillo	pag. 182
IL PAZIENTE PSICHIATRICO ANZIANO: PROBLEMI DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI	
Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Pierluigi Forghieri	pag. 184
LA SESSUALITÀ DEGLI ANZIANI OVER 70 OGGI: ASPETTI CULTURALI, SOCIALI, PSICOLOGICI	
Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Forghieri Pierluigi, Valgimigli Camillo	pag. 186
AFEMIA LENTAMENTE INGRAVESCENTE: PROPOSTA DI SUPPORTO MEDIANTE IL METODO DI COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA (AAC)	
Vezzadini Giuliana, Petrolati Anna, Forlani Chiara, Avanzi Stefano	pag. 187
RUOLO DELL'APATIA DELLA DEPRESSIONE NELLO SVILUPPO DI DEMENZA IN SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE	
Vicini-Chilovi Barbara, Conti Marta, Zanetti Marina, Mazzù Ilenia, Rozzini Luca, Padovani Alessandro	pag. 188
"LA RICERCA DELLA FRAGILITÀ": L'ESPERIENZA DI UN NUCLEO ALZHEIMER	
Viti Niccolò, Abbate Carlo, Bonacina Giuliana, Galetti Giuseppe, Caprioli Roberto	pag. 189
CORRELATI CLINICI DELLE DISFUNZIONI ESECUTIVE NEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT	
Zanetti Marina, Vicini-Chilovi Barbara, Conti Marta, Riva Maddalena, Rozzini Luca, Padovani Alessandro	pag. 190

DALL'ALTRA PARTE DELLA BARRICATA: ESPERIENZE DI CAREGIVING

LA NONNA

Piera Ranieri	pag. 191
---------------	----------

POESIA

RICORDI DI ALZHEIMER

Franca Grisoni	pag. 193
----------------	----------

EDITORIALE

Il congresso AIP 2009

MARCO TRABUCCHI

Presidente Associazione Italiana Psigeriatria

Questo numero di *Psicogeriatría* è prevalentemente dedicato al materiale del nostro 9° Congresso Nazionale.

Il titolo scelto dal Consiglio Direttivo dell'AIP ("Psicogeriatría e medicina") testimonia l'interesse perché la psicogeriatría si inveri più intensamente nella medicina, cioè nei molti problemi di salute delle persone anziane, i quali sempre coinvolgono anche problematiche connesse con le funzioni dell'encefalo. Qualcuno potrebbe ritenere implicito questo riconoscimento; l'averlo collocato nel titolo è stata una scelta, senza retorica, per ribadire che l'essere medici impone una visione unitaria dei problemi delle persone anziane (ma, purtroppo, sappiamo quanto questa affermazione non faccia sempre da guida ai comportamenti clinici).

Il sottotitolo del Congresso "attese, bisogni, diritti" caratterizza il rapporto tra la persona anziana ammalata ed il sistema delle cure.

Il cittadino è in attesa di risposte adeguate, talvolta con realismo, talaltra illudendosi. Anche la famiglia non sempre riesce a calibrare le proprie attese rispetto alla realtà clinica dell'ammalato, creando squilibri nel rapporto con il medico, soprattutto se è chiamata a decidere al posto del paziente incompetente.

L'anziano ha spesso bisogni rilevanti, sia sul piano psicologico, e quindi dell'esigenza di un'adeguata relazione con il medico e gli altri operatori sanitari, sia su quello somatico. Il bisogno si esprime soprattutto nella richiesta di un accompagnamento nel tempo, quando le malattie croniche segnano la vita e lasciano la persona sola di fronte alle difficoltà.

L'anziano ammalato ha prima di tutto diritti; quelli derivanti da una cittadinanza sempre significativa, indipendentemente dalle condizioni di salute. Se si riconosce che la persona non deve "premorire" a causa dell'abbandono, dello scarso interesse, degli errori e delle incapacità, poi si può accettare che la fruizione dei diritti sia diversa nelle diverse realtà umane e sociali, senza posizioni estremistiche. Tenendo sullo sfondo queste premesse, che inquadrano i significati e gli scopi della psicogeriatría, il Congresso viene aperto affrontando con realismo la crisi economica, per delinearne le ricadute sulla vita dell'anziano fragile. Nessuno oggi è in grado di ipotizzare quale sarà il peso degli eventi sulla possibilità di prestare cure adeguate ai diritti, al bisogno, alle attese. Saremmo tentati di negare qualsiasi limite; è, infatti, irrinunciabile la difesa totale dei diritti, mentre è possibile che le risposte ai bisogni siano adattate alle possibilità economiche del momento, pur garantendo la continuità di un approccio globale, che non faccia sentire abbandonato l'ammalato e la sua famiglia. Anche rispetto alle attese è possibile esercitare qualche modulazione, purché avvenga attraverso un percorso di accompagnamento, senza provocare stress, paure, il rischio di aggravare malattie in atto, ecc. (ci rendiamo davvero conto che questo è compito del medico che si impone anche sulle circostanze negative?).

Il Congresso poi si sviluppa nella specificità dei singoli argomenti, sempre all'interno delle logiche sopra indicate. Tra i diritti vi è prima di tutto la formazione degli operatori e la ricerca per l'innovazione. Forse i pazienti non hanno tra le loro attese primarie questi due ambiti; però un sistema di cure che non si occupa del-

la professionalità degli operatori e che non si analizza per continuamente migliorarsi è intrinsecamente un ambito inadeguato a prestare cure serie ed efficaci, ed è quindi irrispettoso dei diritti.

Tra i bisogni affrontati dal programma congressuale vi sono le risposte al paziente affetto dalle patologie psicogeriatriche, prestate in ambiti specifici, dove la malattia viene affrontata con gli strumenti tecnici più adeguati e con un forte affinamento delle capacità relazionali. Si parlerà di demenze, di depressione, di suicidio, di disturbi comportamentali, di dolore, di delirium, delle patologie somatiche che si associano alle malattie psicogeriatriche (con particolare attenzione alla cardiogeriatría).

Verranno analizzate alcune condizioni dell'ammalato affetto da demenza, quando deve esprimere il proprio consenso informato (sarà presentato un documento intersocietario su questo argomento), quando è uno straniero lontano dalla propria terra, quan-

do deve ricorrere a valutazioni medico-legali per veder riconosciuti i propri diritti, quando ha bisogno di un intervento riabilitativo (possiamo ipotizzare una riabilitazione psicogeriatrica come entità culturale e clinica autonoma?) o di una particolare assistenza nelle fasi terminali della vita.

Il Congresso sarà concluso da una lettura su "La poesia e l'Alzheimer"; non è un approccio nuovo per l'AIP ascoltare le voci diverse della vita, anche quando la malattia sembra dominare ogni spazio con la sua pervasività. Ma la poesia riesce a sottrarsi al grigio del dolore e della perdita di ogni memoria, perché può evocare atmosfere, ricordare sentimenti, attivare ricordi. Cioè aprire uno spazio di umanità nella malattia, qualsiasi sia il modo con il quale si presenta; la poesia è quindi l'alleata naturale del medico, sempre alla ricerca di cure che aiutino a conservare l'umanità nella storia naturale della malattia.

RICERCA TRASLAZIONALE E COMPrensIONE DELLA PATOGENESI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Monica Di Luca, Roberta Epis

Dipartimento di Scienze Farmacologiche Università degli Studi, Milano

Se, dagli albori della civiltà, l'uomo si è interrogato su quali fossero le basi dei suoi processi mentali, delle sue emozioni, delle sue passioni, è solo in tempi relativamente recenti che lo studio di questi processi ha assunto forme pienamente mature portando allo sviluppo di un campo di studi, quello delle neuroscienze, oggi in straordinario fermento e polo di grande attrazione e curiosità anche al di fuori della cerchia degli addetti ai lavori. Grazie ai continui progressi della ricerca, abbiamo attualmente acquisito molteplici indicazioni sulle modalità di funzionamento del cervello. Avanzamenti in questo senso costituiscono una sfida particolarmente ambiziosa, poiché, per definizione, le neuroscienze si occupano dell'indagine del cervello con il cervello, ad indicare la complessità dell'indagine sperimentale in un campo in cui persino la separazione tra l'oggetto studiato ed il soggetto che indaga appare elusiva.

È con questa consapevolezza che, nel corso degli ultimi anni, le neuroscienze si sono completamente rinnovate, traendo vantaggio dalla contaminazione e dall'intersezione tra diverse discipline. La multidisciplinarietà e la traslazonalità sono diventate elementi distintivi della ricerca, che coinvolge, ora, discipline di base e cliniche in un'interazione dinamica. La sinergia e l'elevata integrazione tra le diverse discipline coinvolte, dalla fisiologia alla biochimica, alla biologia molecolare passando attraverso anatomia, ingegneria e scienze cognitive, hanno permesso di ottenere uno strumento poliedrico, innovativo e, soprattutto, funzionale per lo studio della complessità del sistema nervoso centrale.

In questo modo, negli ultimi decenni, sono stati fatti progressi a livelli diversi: da una migliore comprensione dell'importanza della genetica e della sua influenza sulla funzionalità dei singoli neuroni, alla determinazione delle complesse interazioni tra neurone e neurone e tra neuroni e cellule gliali, fino alla possibilità di ottenere immagini di una singola molecola somministrata ad un neurone o delle diverse aree cerebrali attivate durante una specifica funzione. Il sogno di Ivan Pavlov, che nel 1927 ipotizzava di poter vedere attraverso la scatola cranica, è diventata oggi una realtà di ricerca e di diagnosi.

Dai tempi di Broca e Wernicke, gli studiosi del sistema nervoso centrale hanno tentato di comprendere il normale funzionamento cerebrale attraverso la meticolosa analisi delle sue disfunzioni. Lo studio delle patologie ha fornito informazioni cruciali sia sulla struttura che sull'attività del cervello sano. Nel caso della memoria, per esempio, sono state sfruttate lesioni cerebrali acute, di solito di origine vascolare o traumatica, per definire nel dettaglio i meccanismi che sottendono la formazione della memoria, il suo consolidamento nel tempo ed il richiamo delle informazioni immagazzinate in risposta a stimoli di diversa natura. La pato-fisiologia delle malattie neurodegenerative è rimasta, tuttavia, inaccessibile per lungo tempo. Questa situazione sta evolvendo, ora, molto velocemente, grazie all'approccio multidisciplinare e traslazionale della ricerca scientifica. Negli ultimi decenni, grazie alla genetica, sono stati identificati i geni responsabili dell'insorgenza di alcune forme famigliari di demenza, esperimenti di biochimica hanno delineato con precisione i pathways intracellulari che coinvolgono i prodotti di questi geni e sono stati identificati nuovi target per la terapia farmacologica. L'ingegneria genetica ha permesso, mediante la creazione di animali transgenici, di avere una dissezione temporale della progressione della patologia che non poteva essere ottenuta studiando cervelli di pazienti post-mortem.

Recentemente, la maggior parte degli sforzi si è concentrata sugli stadi iniziali delle patologie neurodegenerative, auspicando che, una miglior conoscenza dei processi coinvolti a questo livello, prima che la neurodegenerazione sia diffusa, permetta lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici.

Probabilmente, in questo senso, la malattia di Alzheimer (AD) rappresenta la patologia più promettente. Rapidi progressi sono stati ottenuti, negli ultimi anni, nella comprensione dei meccanismi cellulari e

molecolari alla base delle disfunzioni dei pazienti affetti da AD e ne è emerso un quadro complesso i cui responsabili maggiori sembrano essere alterazioni nella funzionalità sinaptica e nella plasticità.

Dal punto di vista macroscopico, il cervello di pazienti affetti da AD presenta un'evidente atrofia a livello ippocampale e corticale, con alterazioni a carico soprattutto del sistema limbico, accompagnate, a livello microscopico, dalla deposizione di placche senili, costituite principalmente dal peptide Abeta, derivato dal metabolismo della Proteina Precursore dell'Amiloide (APP), e da depositi neurofibrillari, contenenti la proteina Tau in forma iperfosforilata. Secondo l'ipotesi dell'amiloide, l'accumulo del peptide Abeta a livello cerebrale è la causa primaria di neurodegenerazione nell'AD. La progressione della degenerazione, inclusa la formazione di grovigli neurofibrillari, è considerata il risultato dello squilibrio tra produzione e clearance di questo peptide. Ci sono almeno tre osservazioni, concettualmente rilevanti, a sostegno dell'ipotesi dell'amiloide per la patogenesi dell'AD: innanzitutto, mutazioni nel gene che codifica per la proteina Tau portano allo sviluppo di demenza frontotemporale con parkinsonismo ma, nei portatori della mutazione, non sono stati rilevati depositi di Abeta, ad indicare che i depositi neurofibrillari, che pure inducono neurodegenerazione, non sono in grado di causare una sindrome con le caratteristiche dell'AD. Animali transgenici che overesprimono Tau mutata e APP mutata presentano una maggiore formazione di grovigli neurofibrillari, se paragonati ad animali che overesprimono soltanto Tau, mentre il numero e la struttura delle placche senili appare inalterata, a suggerire che alterazioni del metabolismo di APP precedono, temporalmente, le modificazioni relative a Tau. Infine, diversi studi hanno indicato come la variabilità genetica nel metabolismo di Abeta e nella sua clearance contribuiscano ad aumentare il rischio di insorgenza tardiva della patologia.

In realtà, nonostante l'ipotesi dell'amiloide offra una cornice sufficientemente ampia per spiegare la patogenesi dell'AD, non permette di inserire alcuni dettagli importanti. In primo luogo, quest'ipotesi è indebolita dall'osservazione che il numero di placche amiloidee non correla con il declino cognitivo dei pazienti.

Il fattore che meglio correla con questo parametro è rappresentato, invece, dalla perdita di numerosità e funzionalità delle sinapsi, microcompartimenti neuronali altamente specializzati deputati alla trasmissione dell'impulso nervoso. Per questa ragione, la ricerca sull'AD si dedica, ora, quasi completamente, al tentativo di decifrare gli effetti del peptide Abeta e delle sue forme oligomeriche a basso peso molecolare a livello sinaptico. L'obiettivo è di comprendere quali fattori siano reponsabili delle alterazioni sinaptiche ippocampali iniziali nel tentativo di neutralizzarli, possibilmente prima che possa essere fatta una diagnosi definitiva della patologia. Il coinvolgimento delle sinapsi, piuttosto che dell'intera cellula neuronale, è stato suggerito dall'osservazione che nei modelli animali di AD si riscontrano deficit cognitivi prima o, persino in assenza di neurodegenerazione. Nell'identificazione dei diversi meccanismi coinvolti nella degenerazione sinaptica è possibile osservare un esempio della multidisciplinarietà della ricerca scientifica.

La somministrazione di oligomeri di Abeta per 15 giorni in animali induce una perdita significativa nel numero di sinapsi ed alterazioni nella morfologia delle spine sinaptiche. Studi di microscopia hanno evidenziato come gli oligomeri colocalizzino con marker postsinaptici, come la proteina PSD-95 e studi biochimici hanno confermato che il compartimento sinaptico sia il sito d'azione delle forme oligomeriche di Abeta. L'utilizzo di animali transgenici ha permesso di individuare una riduzione dell'espressione superficiale delle subunità dei recettori ionotropici per il glutammato di tipo AMPA ed NMDA, responsabili della corretta funzionalità sinaptica ed ha indicato, mediante esperimenti di comportamento, come a queste alterazioni della composizione e della struttura della sinapsi corrispondano anche deficit fenotipici. Inoltre, studi elettrofisiologici hanno mostrato come il quadro generale di alterazioni sinaptiche e comportamentali legato agli stadi precoci dell'AD sia accompagnato da riduzioni delle correnti mediate dai recettori AMPA ed NMDA per il glutammato ad indicare una riduzione della forza della trasmissione sinaptica, con una diminuzione dell'induzione dei fenomeni di potenziamento a lungo termine. Se fosse possibile comprendere esattamente quali circuiti neurali e quali meccanismi insidiano il normale funzionamento cerebrale in pazienti affetti dall'AD, ne deriverebbero informazioni importanti, non soltanto per la terapia farmacologica, ma anche per la comprensione dei processi di apprendimento e memoria.

Questo vuole essere solo un esempio, tra i tanti, per indicare gli importanti avanzamenti, rispetto alle ipotesi precentemente accreditate, ottenuti dalla ricerca sul sistema nervoso centrale attraverso la commissione di approcci metodologici diversi e un approccio traslazionale.

VALORE E LIMITI DELLE EMOZIONI NELLA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

Fabrizio Asoli

Istituto di Psichiatria, Università degli Studi, Bologna

In una visione forse un po' illuministica, certamente ingenua e poco realistica, chiunque opera in una professione di aiuto -in particolare il medico- viene immaginato e descritto come una persona capace di avvicinarsi alla malattia, al dolore, alla paura di chi soffre, impavido, sicuro, senza tentennamenti, in quanto convinto della sua missione.

Qual è il posto delle emozioni in una visione superficiale come questa?

La comprensione (profonda e autentica) del paziente non può che fare leva, oltre che su indagini, anamnesi, etc. sulla nostra capacità di *empatia* nei suoi confronti, per recepire le sue emozioni, per riuscire a comunicare con lui (che è un gesto molto più profondo del dire) e anche per riuscire a sorreggerlo.

Ma anche noi curanti -è ovvio dirlo- siamo individui dotati di sensibilità e di emotività: è grazie a queste doti che, appunto, possiamo sviluppare l'empatia necessaria ad avvicinarci alla persona del paziente.

Tuttavia, un numero crescente di ricerche mette in evidenza che la nostra emotività viene sollecitata e messa a dura prova, quotidianamente, dalla gravosità del compito di prestare aiuto a persone che soffrono, che spesso non guariscono e, anche, che muoiono; queste ricerche, insomma, evidenziano le fragilità di cui anche noi siamo portatori.

Non è opportuno, né per noi stessi né per gli altri, che esorcizziamo le nostre fragilità, negandole. Al contrario è utile che impariamo a riconoscerle sempre meglio, che le sappiamo accettare e cerchiamo anche di comprendere cosa fare per noi stessi.

EMPATIA E DOLORE NELLA RELAZIONE DI CURA

Antonio M. Ferro¹, Giuseppe Servetto², Sergio Lugaro³, Emiliana Ratto⁴

¹Direttore Dip.to di Salute Mentale ASL 2 Savonese

²Responsabile Centro Salute Mentale di Savona e Responsabile Ambulatori U.V.A.

³Referente Sistema Informativo ed Epidemiologico SI-DSM2

⁴Responsabile Infermieristico DH Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedale S. Paolo, Savona

Per ospitare in noi vecchi ammalati, depressi, insani o dementi, è necessario rendere possibile in noi lo spazio per l'ospitalità mentre la cultura prevalente, gli stessi assetti istituzionali, non ci aiutano in questo.

Se riflettiamo sulla relazione d'aiuto professionale osserviamo una certa innaturalità in questa "disponibilità quotidiana" che, soprattutto con i pazienti affetti da patologie di lenta risoluzione o croniche o addirittura tendenti alla morte, può rischiare di divenire senza tempo o rimanere legata al tempo angoscioso del morire: quanto diciamo riguarda sia gli operatori (care-provider) che familiari che mantengono un alto e prolungato interfaccia con questi pazienti (care-giver).

È facile quindi che nell'operatore nasca un "costo psicologico" per la sua mente.

Occorrono quindi degli antidoti per non cadere, nel nostro operare, nella meccanicità, nella freddezza, nella disperazione solitaria, nel pessimismo autogiustificatorio o addirittura nel sadismo.

Dobbiamo quindi saper valorizzare:

- a) il sentire di essere membri di una squadra che può fare bene;
- b) l'aver un forte senso della propria professionalità percependo come ogni ruolo di una equipe sia necessario per creare una relazione d'aiuto integrata, necessaria ormai nella maggior parte delle nostre cure per i pazienti più gravi;
- c) l'ottenere il riconoscimento per quanto si fa positivamente attraverso premi e miglioramenti della propria professionalità;
- d) infine, sentire di lavorare in un'istituzione efficiente ed efficace per sentire noi stessi di essere efficienti ed efficaci.

Nella relazione d'aiuto col paziente anziano l'operatore sanitario si confronta con sentimenti d'impotenza difficilmente sostenibili, perchè procurano un'angoscia che, può rischiare di essere gestita ed affrontata soltanto con la fuga dalla relazione stessa.

Ricordiamo qui come i sentimenti personali del terapeuta sulla propria vulnerabilità fisica, la capacità di elaborare perdite e/o lutti, influenzino la relazione col paziente anziano e la possibilità di vivere con empatia sentimenti di fragilità e solitudine del paziente.

Infatti ogni tipo di relazione è sempre spazio di incontro e di dialogo, "luogo emotivo e cognitivo" nel quale si struttura il modo di vedere se stessi, gli altri e la realtà.

Verrà presentata quindi la situazione clinica di una paziente di 61 anni affetta da disturbo depressivo maggiore e concomitante iniziale, ma significativo decadimento cognitivo, diagnosticato durante il trattamento della depressione. Ad esemplificazione dell'*Empatia e dolore nella relazione di cura*, verranno analizzate le reazioni emotive e cognitive del terapeuta e dell'equipe di psicogeriatría del DH durante la continuità della cura.

IL SUICIDIO NELL'ANZIANO. COINVOLGIMENTO E RISCHI DEL CAREGIVER E DELL'OPERATORE

Leo Nahon

Direttore SC Psichiatria 3 Az Osp Niguarda, Milano

Ogni medico perde dei pazienti nel corso della propria carriera, ma la morte per suicidio è probabilmente la più tragica delle morti. È quella che ciascuno di noi pensa istintivamente che NON sarà la propria morte, e questo consente di distanziarsi ed accettarla come evento professionale. Ma data la propensione all'identificazione il suicidio è anche per l'operatore più esperto un'esperienza sempre conturbante e di rischio profondo. Rappresenta la possibilità dello scacco o addirittura del fallimento professionale ed una delle esperienze umane in cui è più angosciante rispecchiarsi, e che regolarmente induce sentimenti di colpa.

Uno dei fattori sottili più influenzanti è l'eventuale presenza di problematiche depressive o addirittura parasuicidarie proprie *non elaborate* da qualche parte della mente dell'operatore, o l'esperienza di eventi di questo tipo nella cerchia delle amicizie o in famiglia.

Se elaborate queste aree possono trasformarsi DA fattori di rischio IN fattori di maggiore competenza. L'operatore, anche lo psichiatra od il geriatra più esperto deve fronteggiare una serie di reazioni personali assai complesse: ansia, fastidio, aggressività, senso di colpa che sono controbilanciate da contropunte protettive radicate nella sua vocazione terapeutica: capacità di cogliere la sofferenza e di accudire il nucleo fragile del paziente anche nelle presentazioni più problematiche.

Una delle componenti psichiche più basiche, ma trascurate, del comportamento suicida è l'aggressività. L'aggressività del suicida suscita aggressività.

È la percezione della radice narcisistica, e onnipotente, sempre presente in ogni suicida, che suscita le reazioni aggressive ed emarginanti non solo dei terapeuti, ma dei familiari.

Ciò vale anche per le istituzioni. Financo quelle fondate sull'estrema pietà e carità.

Forse bisognerebbe proprio ripartire dall'assoluzione e dalla compassione.

Perché la neutralità terapeutica spesso non basta a bonificare quel fondo di esecrazione ambivalente che il suicida suscita.

Ciò avviene sia attraverso l'identificazione proiettiva sia con l'insinuazione delle nostre responsabilità.

Se "ogni lamento del paziente è un atto d'accusa", figuriamoci il suicidio!

Infatti una qualche lontana e nascosta spinta parasuicidaria è presente non soltanto in ogni individuo, ma nel genere umano.

In un editoriale su *Practical Geriatrics* J.P. Loebel (2005) si chiedeva, riportando i quesiti del Surgeon General: "Quali sono le caratteristiche di questa forma di fine vita e delle persone che la compiono? Oltre all'età, ci sono coorti ed effetti di periodo? Ci sono segnali di warning e fattori di rischio? Tutte le persone che compiono suicidio sono "squilibrati" o "malati mentali", ovvero questo atto può qualche volta essere considerato razionale?"

Condotte apparentemente razionali o razionalizzabili hanno una radice chiaramente suicidaria: dalle guerre al fumo di sigaretta (che come ci ricordano ogni giorno "uccide").

Ed è forse riduttivo parlare sempre di psicopatologia.

Tuttavia un disturbo psichiatrico è presente nel 90% delle persone che compiono un suicidio. Tale disturbo può rappresentare sia un fattore predisponente che un fattore precipitante per la messa in atto di un comportamento suicidario (Mann et al., 1999; Turchi e Placidi, 2004).

Gli individui affetti da Disturbi dell'umore hanno un rischio 12-20 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Beautrais et al., 1996).

La mortalità *lifetime* per suicidio è in media del 20% nel disturbo bipolare, del 15% in soggetti con depressione unipolare, del 10-15% nella schizofrenia, del 18% nell'alcolismo e del 5-10% in pazienti con disturbo di personalità borderline ed antisociale (Mann, 2002).

Circa la metà delle persone che compiono un suicidio si sono rivolte ad un medico nel mese precedente il decesso (Isometsa et al., 1995).

Il maggiore predittore di suicidio è *un'anamnesi positiva per TS*, con un aumento del rischio relativo di 42 volte rispetto alla popolazione generale (Harris et al., 1998).

Il 16-25% dei soggetti ripete il tentativo entro il primo anno ed il 7% dei soggetti con storia di TS muore per suicidio (Owens et al., 2002).

Il bivio dei due rischi

La SOTTOVALUTAZIONE (difensiva) e conseguente trascuratezza.

La SOPRAVALUTAZIONE e conseguente overinvolvement.

E ciò colpisce sia il terapeuta che il paziente.

Dall'equilibrio o lo squilibrio di queste spinte nascono rischi diagnostici e terapeutici entrambi assai comuni e spesso perniciosi.

Sottovalutazione e Trascuratezza

Quando il gesto suicidario appare troppo incongruo o maldestro o "leggero".

Quando la personalità del paziente induce reazioni sgradevoli nel terapeuta.

Peraltro reazioni trascurative appaiono anche quando la numerosità e/o la gravità dei gesti sono disperanti.

Una delle valutazioni più comuni e che comunemente rischia di trasformarsi in stereotipo è quello che il tal gesto suicidario sia "dimostrativo". Ciò, anche se spesso corrisponde al vero, porta fatalmente a sottovalutare lo spessore autentico della patologia che abbiamo di fronte. E soprattutto ad interrogarsi poco su cosa volevasi dimostrare.

Gli effetti pratici della trascuratezza sono immediatamente percepiti dal paziente e dall'istituzione e portano ad una escalation simmetrica antiversa: il paziente dapprima subisce poi aggrava (o incuba per la prossima volta).

L'istituzione deve occuparsene di più e sviluppa sempre più aggressività in una rincorsa antiterapeutica.

Si può arrivare allora ad una situazione in cui tutta l'ansia (e l'aggressività) dell'istituzione si concentra attorno al paziente inducendo reazioni sproporzionate (restrizioni totali fino alla contenzione, rinvio continuo delle dimissioni, aumento automatico delle terapie, ecc.).

Tutto ciò si riverbera sul paziente e gli restituisce un'immagine della sua malattia amplificata.

La tendenza a SOTTOVALUTARE non solo il gesto (o l'atto), ma il paziente stesso può essere collegata non solo ad inesperienza o disconfort dell'operatore, ma dell'intera istituzione.

Conflittualità o scollegamento fra Operatori e Famiglie o fra Medici ed Infermieri, sentimenti di solitudine e superlavoro degli stessi possono indurre situazioni in cui ne fa le spese il paziente.

La sottovalutazione è paragonabile all'atteggiamento di un genitore che pensando di poter equiparare il gesto suicidario ad una marachella, pensa di aiutare il figlio minimizzando col sottinteso che non lo farà più.

Questa è, infatti, la storia pregressa di molti suicidi adolescenziali che attraversano con la lesione la barriera del corpo, ma restano clandestini. Nessuno se li va a riprendere oltreconfine finché non fanno un agito: sono clandestini tollerati.

Per l'anziano una sua malintesa vicinanza alla morte porta a considerare il suicidio un'evenienza più "fisiologica" ed accettabile, con relativi comportamenti di esitamento da parte del personale di assistenza.

Parlare apertamente coi pazienti suicidari dei loro pensieri o del loro gesto è la prima medicina.

A volte una malintesa spinta protettiva porta a colludere col paziente, o addirittura a negare più di lui, quasi che omettere di ritornare sul gesto doloroso dia sollievo.

In realtà dà sollievo all'operatore, mentre il paziente ha bisogno di parlarne. Esplicitare è la prima manovra sanitaria vera e propria.

Bisognerebbe saper assumere un atteggiamento che insieme sia "giuridico" e compassionevole.

Difficile è far affiorare le spinte suicidarie nascoste: i magistrati dicono “escutere il teste”, questo dovrebbe essere il nostro atteggiamento, ovviamente senza l'impronta giudicante.

Ancor più difficile arginare e trattare quelle iper-verbalizzate, stereotipate, inflazionate “automatiche”, confuse -specie negli anziani- che ripropongono il rischio della trascuranza e dell'“incidente suicidario” che è apparentato con la parasuicidalità ovvero con uno stile di vita abitualmente confinante con la morte “volontaria”.

La vergogna è un sentimento sempre presente, anche nei casi con presentazione più “disfidante”, è forse quello in cui l'operatore può essere più spontaneamente empatico e supportivo.

La vergogna è un sentimento presente sia nella genesi del gesto suicidario sia nel post-suicidio.

“Lo psichiatra che fa fronte al Super-Io che decreta la pena di morte contro l'Io, fornirà un Super-Io ausiliario, esterno, per mitigare la severità di quello del paziente mentre sta ancora tenendo sotto controllo la colpa del paziente, per evitare il diffondersi della colpa verso un esito distruttivo” (Freud, 1922).

“L'etica personale del paziente che lo spingerebbe a scontare la colpa con la propria vita viene sostituita dalla coscienza sociale del medico secondo la quale il suicidio non è legittimo e va sempre prevenuto” (Rossi, 2004).

La suicidalità protratta attraverso stili di vita chiaramente finalizzati all'autodistruzione, non solo quella classica tossicomana, è forse più difficile da trattare di quella “ictale”.

Individuarla ed acclararla col paziente è il primo passo per non farsi invadere da un insinuante senso di impotenza che si traduce “nel mollare” il paziente al suo destino.

La pronuncia sulla morte è tuttora un tabù in psichiatria, differentemente, ad esempio, dall'oncologia o dalla cardiocirurgia. I familiari ovviamente chiedono verdetti rassicuranti e spesso riescono ad indurli, in nome della speranza condivisa con l'operatore. A nessuno piace sentire parlare del proprio caro come un dead person walking.

E la dimensione della speranza deve sempre essere presente nella comunicazione.

Tuttavia quando ve ne sono gli estremi clinici e quando lo psichiatra sente nella sua mente questa ipotesi prognostica è quasi sempre opportuno dirlo ai familiari e spesso anche al paziente.

Al paziente perché finalmente sente che chi gli sta di fronte ha capito il suo dramma, la sua disperazione, la sua determinazione, la sua sfida ed anche la sua famosa “ricerca d'aiuto”.

Ai familiari perché innanzitutto è eticamente doveroso avvertire dei rischi.

Ma soprattutto perché la comunicazione di prognosi infausta tramite suicidio oltre a suscitare una reazione iniziale scandalizzata, incredula, feroce, rispetto al medico che osa farla, può indurre forti reazioni ristrutturanti: “Ah sì, tu credi questo, te la faremo vedere noi come va a finire...”.

Alcuni suggerimenti ehm che hanno trovato riscontro nella pratica reale possono essere qui riassunti.

Il numero di disturbi in comorbilità aumenta in maniera lineare la probabilità di TS e rappresenta il principale fattore predittivo della sua letalità (Hawton et al., 2003).

Il rischio è particolarmente elevato nei pazienti dopo la dimissione da un ricovero ospedaliero, in particolare entro i primi 30 giorni e soprattutto nei depressi in via di miglioramento psico-farmacologico.

Attivazione da A.D. e/o acatisia da N.L. concorrono ad aumentare il rischio, come pure la sospensione prematura degli stessi. Diverse *malattie organiche*, prevalentemente ad andamento cronico ed ingravescente, rappresentano un significativo fattore di rischio (HIV, demenza, morbo di Cushing, Sclerosi Multipla, Corea di Hintington) (Marzuk et al., 1988; Perlis et al., 2004).

Le donne tentano il suicidio 4 volte più degli uomini che, al contrario, si suicidano 4 volte più delle donne. Il dato è osservato in tutte le fasce d'età, anche tra gli adolescenti (Meneghel et al., 2004).

I divorziati hanno un tasso suicidario 4 volte maggiore dei coniugati (Gillmore et al., 2004).

Difficili condizioni sociali (isolamento, povertà, disoccupazione) e situazioni di “perdita” quali la rottura di una relazione affettiva, il lutto, il cambiamento di un precedente status sociale, una ricorrenza (*anniversary suicide*) sono importanti fattori predisponenti ad un tentativo di suicidio (McGuffin et al., 2001; Mann, 2003).

La presenza di condotte suicidarie nei parenti di primo grado aumenta il rischio di 2-4 volte (McGuffin, 2001; DeLeo et al., 1999).

Una storia di pregresso abuso fisico o sessuale nell'infanzia è più frequente in soggetti con storia di condotte suicidarie, *ipotizzando che l'abuso possa determinare una predisposizione a tratti di impulsività e discontrollo verso sentimenti di rabbia ed ostilità* (Farber et al., 1996).

La presenza di figli minorenni e la fede religiosa rappresentano, invece, fattori protettivi (Meneghel et al., 2004).

Il curante dovrà poi porre attenzione ad alcuni *segnali* quali l'aumento dell'assunzione di alcoolici e sostanze d'abuso, un severo declino del funzionamento sociale e lavorativo, un interesse crescente per la morte, il fare testamento, l'acquisto di un'arma da fuoco, la scarsa progettualità (Turchi e Placidi, 2004).

La possibile influenza di un evento mediatico sulle condotte suicidarie, il cosiddetto *effetto Werther* (Schmidtke et al., 1988).

“Il ruolo del medico di fronte al suicidio ed alla sua prevenzione oscilla tra le posizioni estreme dell'atteggiamento paternalistico volto ad impedire ad ogni costo l'atto suicida da un lato, al rispetto assoluto della libertà della persona, anche nel decidere circa la propria esistenza, dall'altro” (Rossi et al., 2004).

Il dilemma della morte, unica vera certezza della vita viene spaventosamente semplificato dai nostri pazienti suicidari.

I vecchi ritengono di averne avuta abbastanza, i giovani che non valga la pena di vivere.

“...Non che il suicidio sia sempre follia ...

... Ma in generale non è in un eccesso di ragione che ci si ammazza...”. (Voltaire, lettera a Marie, 1767).

Noi siamo testimoni di questa rottura del dilemma nelle sue presentazioni patologiche. E dobbiamo attrezzarci sempre a saper entrare nel cono d'ombra del suicidio impersonando la speranza che resta, in qualunque ebm, il più potente fattore terapeutico.

IL PROFILO PERSONOLOGICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA: IL PRIMA ED IL DOPO

Alberto Cester

Direttore U.O.A. Geriatria sede Ospedaliera Dolo, Direttore Dipartimento Geriatria Lungodegenza e Riabilitazione, Azienda ULSS 13 Mirano

Molto si è parlato e scritto dell'evoluzione delle malattie dementigene, della loro eziopatogenesi, evoluzione e durata. Altrettanto si è discusso e studiato sui disturbi cognitivi e non cognitivi, soprattutto sugli aspetti comportamentali che sono uno dei *corredi* assistenziali più gravosi per i caregivers dei nostri malati dementi.

Gli aspetti personologici e le variazioni nell'indole, nelle scelte dei malati dementi, non sono stati mai oggetto di rilievi scientifici approfonditi. Troppo difficili da indagare in maniera scientificamente ineccepibile e verificabile.

Spesso non si esce che dal luogo comune di narrare che questo e quel malato, morigerato e discreto nella vita di tutti i giorni diviene disinibito e "frontalizzato" nella malattia, che un paziente religioso e perbenista, diventa un bestemmiatore con istinti di ostentata ipersessualità.

Se poco possiamo dire sulla fisiopatologia di queste variazioni se non appellandoci alla topografia delle aree interessate dai processi psicopatologici e dai domini colpiti, molto possiamo fare per i familiari, cercando di *accogliere* i loro racconti e mediare le nostre e le loro strategie comportamentali di declinazione di questi comportamenti, partendo proprio da "come era prima quel/la paziente" e "come è adesso".

Noi tutti che ci occupiamo di demenza, dobbiamo conoscere la psicologia generale dell'invecchiamento, sapere che alcuni principi generali dell'invecchiamento psicologico non si possono solo mediare e trasferire sui singoli comportamenti, ma richiedono competenza ed interpretazione, ovviamente senza scendere ad un rozzo tentativo da psicanalisi di basso profilo.

La narrazione anche qui non diventa più solo ascolto e medicina dell'accoglienza, ma la base d'impianto per un counselling esperto, adeguato alle richieste di aiuto alle quali restiamo troppo spesso sordi od impotenti nelle strategie di risposta anche verso alcune reazioni "catastrofiche".

Il demente in maniera pratica ci richiama alla reciprocità dei rapporti (Ploton 2003), molti degli usuali schemi che ci derivano dal nostro bagaglio culturale e dagli usuali comportamenti clinici divengono qui inutili; non esistono farmaci, apparati, device, fonendoscopi che ci aiutino o medino l'invadenza di questa patologia, che spesso mette a nudo tutta la fragilità del nostro sapere, l'impotenza e l'inadeguatezza arcaica delle nostre certezze scientifiche, siamo noi, lui e la famiglia!

Non ci sono altre diagnosi, altri esami che ci proteggano da questo confronto.

La reversibilità e la fluttuazione dei sintomi o meglio quello che Vigorelli chiama *deterioramento reversibile* che tanto destabilizza i caregivers, può in certi contesti essere un'utile finestra di normalità che aiuta anche il caregiver al richiamo affettivo a ri-riconoscere il proprio caro.

Solo chi comprende appieno la debolezza e la forza estrema di questi paradigmi, fonderà la vera alleanza diagnostico-terapeutica necessaria per trattare questi malati e raggiungerà lo scopo di essere veramente vicino ai propri malati dementi ed ai loro cari.

CAPIRE, ACCETTARE, CONTINUARE: L'ADERENZA AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELL'ANZIANO

Giuseppina Majani

*Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS, Istituto Scientifico di Montescano (PV)
Servizio di Psicologia*

La bassa aderenza alle prescrizioni, siano esse farmacologiche che comportamentali, costituisce oggi un problema di proporzioni notevoli, come conferma la letteratura recente sull'argomento e come segnala la stessa OMS. Senza un adeguato livello di aderenza, è a rischio il raggiungimento degli outcome terapeutici, soprattutto nella gestione a lungo termine delle malattie croniche.

Il problema si configura come ancora più grave nella popolazione dei pazienti anziani, nei quali la non aderenza si presenta come frequente, indipendentemente dal tipo di patologia o dalla combinazione di più patologie¹⁻⁴.

Quello dei fattori che stanno all'origine dell'aderenza e della non aderenza è uno dei capitoli più complessi dell'argomento⁵.

Abitualmente si ritiene che tra i pazienti anziani la forma più diffusa di non aderenza sia quella cosiddetta non intenzionale, in quanto attribuibile a ragioni che prescindono dalla volontà. Tra queste è immediato il riferimento a difficoltà in ambito socio-economico (basso livello di scolarità, solitudine, povertà, scarso accesso a strutture sanitarie) o alla compromissione di funzioni cognitive implicate nella comprensione del rationale dei trattamenti o nella loro memorizzazione. Questo tipo di problemi è più diffuso tra le fasce più anziane della popolazione e sicuramente gioca un ruolo importante nell'alzare il rischio di non aderenza non intenzionale. Anche la depressione è una ben nota causa di non aderenza non intenzionale, come pure l'ansia per i suoi effetti disorganizzanti sull'ideazione e sul comportamento, o altri disordini di natura neuropsichiatrica sia legati alla patologia (come ad esempio nel Parkinson) sia presenti come comorbidità.

Ma non è rara neppure la non aderenza intenzionale, legata a decisioni consapevolmente prese circa la propria condizione di malato e la conseguente necessità di doversi attenere alle prescrizioni. Anche gli anziani, infatti, spesso rifiutano le terapie farmacologiche a causa dei loro effetti collaterali non graditi, che incidono negativamente sulla qualità di vita percepita più di quanto i loro effetti terapeutici incidano positivamente sullo stato di salute o sul contenimento del rischio connesso alla patologia. In questi casi il rifiuto della terapia assume la valenza di una vera e propria strategia di coping messa in atto per proteggere il benessere soggettivo, al di là di ogni logica oggettivamente sostenibile. Altre volte i pazienti in terapia da molto tempo con gli stessi farmaci confessano di averne sospesa spontaneamente l'assunzione con finalità potremmo dire "sperimentali" e cioè per verificare se quei farmaci siano ancora davvero necessari⁵. È evidente che adottando la prospettiva soggettiva del paziente anche le condotte apparentemente più assurde acquistano un senso compiuto.

Molto spesso la distinzione tra non aderenza intenzionale e non intenzionale tra gli anziani diviene quasi impossibile, per via della complessa sinergia che si instaura tra deficit o problemi legati all'invecchiamento e spinte di natura volitiva e decisionale.

È il caso, ad esempio, della difficoltà che spesso i pazienti anziani incontrano a riconoscere la propria condizione di malato o la necessità di un trattamento, e che si configura in termini di negazione o minimizzazione: la non aderenza che ne deriva è sia intenzionale (il paziente dispone di tutte le informazioni necessarie, verbalizza la decisione liberamente presa di non aderire alle prescrizioni e non presenta un quadro neurologico o psichiatrico che giustifichi la negazione) sia non intenzionale (l'accettazione completa della diagnosi e del trattamento potrebbe, di fatto, trascendere le abilità e le risorse psicologiche del paziente, per cui la negazione si offre come unica possibilità di risposta).

Larga parte della letteratura sulla non aderenza tradisce una concezione prevalentemente farmaco-centrica dell'aderenza: l'osservanza di prescrizioni dietetiche o fisiokinesiterapiche è molto meno studiata. Eppure, in ambito riabilitativo, la loro importanza è fondamentale, e se il paziente non inserisce i comportamenti consigliati tra le sue abitudini quotidiane, i risultati dei trattamenti riabilitativi ne risentono notevolmente in termini di mantenimento dei risultati e di prevenzione di recidive e riacutizzazioni. Basti pensare alla necessità per i pazienti con scompenso cardiaco cronico di controllare il bilancio idrico o di procedere quotidianamente alla rilevazione di segni o sintomi di instabilizzazione. Analogamente, è scontata l'importanza di osservare prescrizioni dietetiche, qualora necessarie, o di abbandonare l'abitudine al fumo o di perseverare con lo svolgimento dell'attività fisica consigliata anche a domicilio per non invalidare i risultati ottenuti durante il trattamento riabilitativo.

Motivare i pazienti anziani alla modificazione di comportamenti quotidiani è molto più difficile che motivarli all'assunzione di farmaci. L'assunzione di farmaci, infatti, pur con tutte le riserve di cui si è già parlato, richiede poco tempo e non stravolge abitudini decennali come invece può fare lo svolgimento di attività fisica mirata o l'osservanza di norme alimentari diverse da quelle di sempre. L'anziano offre una forte resistenza a tali cambiamenti, non solo perché sovvertono abitudini radicate e spesso amate, ma anche perché promettono effetti a lungo termine e richiedono una visione longitudinale a cui non tutti gli anziani sono disponibili per l'ansia che si connette, nella loro percezione, al domani e al futuro. In altri termini: l'aderenza alle prescrizioni comportamentali è più probabile in pazienti la cui età è compatibile con la formulazione di progettualità a lungo termine soprattutto se legate alle istanze affettive (ad esempio del ruolo genitoriale o di coppia) o lavorative. Negli anziani si sono già operati distacchi affettivi e si sono chiusi capitoli significativi della percezione della propria efficienza o della propria espressività professionale: per loro è difficile trovare nel futuro ambiti sui quali investire larghe quote di impegno nel presente. Questo emerge con chiarezza nell'ambito dei colloqui clinici, e non necessariamente si connette a quadri depressivi. Anzi: sono spesso gli anziani più sereni e "compiuti" a formulare l'intenzione di non voler stravolgere la propria attuale esistenza in vista di traguardi lontani: la durata della vita li coinvolge molto meno della sua qualità. E, infatti è spesso sulla qualità della vita che gli argomenti dei colloqui motivazionali trovano terreno favorevole: impegnarsi per un benessere da vivere oggi, al di là di proiezioni in un futuro poco visibile.

In quest'ottica trova utilissima collocazione l'abitudine di coinvolgere nell'osservanza delle prescrizioni il caregiver di riferimento, il cui ruolo -già necessario in quei casi in cui il paziente anziano soffre di deficit cognitivi o di problemi psichiatrici che compromettano la comunicazione, la comprensione e la memorizzazione- è proprio quello di "cucire" le istanze assistenziali con quelle affettive e familiari del paziente. Alle potenzialità del caregiver nel favorire l'aderenza alle prescrizioni la letteratura si sta interessando da tempo, come pure alla tutela del suo benessere spesso oppresso da situazioni estremamente faticose e difficili⁶.

L'aderenza alle prescrizioni nel paziente anziano è il risultato anche di modalità di comunicazione idonee da parte del medico e delle altre figure dell'équipe. L'offerta di informazioni riguardanti la diagnosi e la proposta di trattamento va, infatti, adeguata alle esigenze, ai problemi e alle risorse del paziente, allo scopo di favorirne il coinvolgimento e la fattiva collaborazione. Domande aperte, affermazioni non minacciose o giudicanti sono senza dubbio da preferire nei colloqui finalizzati a verificare l'aderenza alle prescrizioni: solo così sarà possibile far emergere ed eventualmente rimuovere eventuali ostacoli all'aderenza⁷⁻⁹. Ma più in generale, nell'interazione con i pazienti anziani va avviata e sostenuta un'alleanza terapeutica che benché diversa (per evidenti ragioni legate all'età) da quella che può costruirsi con un paziente giovane, ha comunque in sé alte potenzialità e importanti implicazioni anche etiche riguardanti l'accettazione e la gestione della malattia. Un buon rapporto medico-paziente è direttamente correlato a più alti livelli di aderenza alle prescrizioni¹⁰ ed è quindi di per sé in grado di contribuire all'ottimizzazione della cura. Ciò può implicare da parte del medico la capacità di osservare il proprio impegno professionale dalla prospettiva del paziente, e di considerare importanti elementi logicamente poco fondati, o di trattare come secondari elemen-

ti logicamente fondamentali. Conoscere le priorità del paziente significa senza dubbio avere un quadro più chiaro del luogo esistenziale in cui le prescrizioni andranno a collocarsi e questo renderà possibile la ricerca di un loro significato compiuto nella vita del paziente e alzerà la probabilità che siano accolte e non combattute o dimenticate.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Tikkanen, M.J., Holme I., Cater N., B., et al. Comparison of Efficacy and Safety of Atorvastatin (80 mg) to Simvastatin (20 to 40 mg) in Patients Aged < 65 Versus \geq 65 Years With Coronary Heart Disease (from the Incremental Decrease through Aggressive Lipid Lowering [IDEAL] Study). *Am J Cardiol* 2009; 103: 577- 582.
- ² Bainbridge J.L., Ruscini J.M. Challenges of treatment adherence in older patients with Parkinson's disease. *Drugs Aging* 2009; 26(2): 145-155.
- ³ Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A., et al. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensive. *Hypertension* 2005; 46: 273-279.
- ⁴ Forkan R., Pumper B., Smyth N., et al. Exercise Adherence Following Physical Therapy Intervention in Older Adults With Impaired Balance. *Physical Therapy* 2006, 86(3): 401-410.
- ⁵ Majani G. Compliance, adesione, aderenza. 2001 McGraw Hill, Milano.
- ⁶ Majani G., De Isabella G. Editoriale - Caregiver - quale aiuto a chi aiuta? *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30:3, Suppl B Psicol. B5-B9
- ⁷ MacLaughlin E.J., Raehl C.L., Treadway A.K., et al. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging* 2005; 22(3): 231-255.
- ⁸ Hughes C.M. Medication non-adherence in the elderly. How big is the problem? *Drugs Aging* 2004; 21(12): 793-811.
- ⁹ Majani G., Pierobon A., Giardini A. et al. Valutare e favorire l'aderenza alle prescrizioni in riabilitazione cardiologica e pneumologica. I Manuali della Fondazione Maugeri 2007; PI-ME Editrice, Pavia.
- ¹⁰ Fuertes J.N., Mislowack A., Bennett J., et al. The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling* 2007; 66: 29-36.

LA TERAPIA DEL DOLORE NELL'ANZIANO

Simone Franzoni^{1,2}, Ermellina Zanetti^{1,2}, Cristina Cornali^{1,2}, Piera Ranieri^{1,2}, Ilaria Badini^{1,2}, Marina C. Pizzoni^{1,2}, Beatrice Cossu^{1,2}, Angelo Bianchetti^{1,2}, Marco Trabucchi²

¹*U.O. Medicina Istituto Clinico S. Anna, Brescia*

²*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

La revisione della principale letteratura riguardante la terapia antalgica dei pazienti anziani evidenzia nell'insieme una crescente intensività nella cura farmacologica del dolore. Tale andamento si è verificato soprattutto dopo le indicazioni dell'American Geriatrics Society circa "The management of persistent pain in older persons" del 2002.

La cura del dolore non è solo farmacologica in quanto esistono vari tipi di terapia (fisica, massaggi, comportamentale, ecc.), che al di là della loro reale efficacia hanno il grande valore di aumentare la relazione fisica fra paziente ed operatore/caregiver. In attesa di indicazioni precise sul tipo di terapia non farmacologica più efficace nel controllo del dolore, è opportuno concentrare la riflessione sulla scelta dei farmaci analgesici che rappresentano il metodo principale di cura.

La tipologia delle malattie croniche, causa di dolore nel paziente anziano, richiede una terapia antiodorifica intensa e per lunghi periodi che non può limitarsi all'uso del paracetamolo o dei FANS (come avviene ancora oggi in molti setting geriatrici). Il mancato ricorso ad altri farmaci (come gli oppioidi), comporta alla fine, un inadeguato trattamento del dolore se non un mancato trattamento, soprattutto nelle forme più severe di demenza^{7,10,12,19,24,40,43}.

Paura degli oppioidi

La diffusa resistenza all'uso di antalgici più forti, come gli oppioidi, ha molte spiegazioni; in questo ambito si fa solo cenno delle cause (professionali, culturali, etiche) che nei decenni scorsi hanno limitato la diffusione degli oppiacei in alcune categorie di pazienti, come i soggetti neoplastici, ma che tuttora persistono fortemente vive nei confronti dei pazienti anziani e soprattutto dementi. In letteratura si trovano studi in cui si nota come il ricorso agli antalgici di II livello non risente nemmeno della "certa probabilità di dolore". Dopo una frattura di femore la terapia del dolore risulta minore nei pazienti con demenza rispetto ai soggetti senza deterioramento cognitivo (nonostante l'attenzione dell'équipe sia stata attivata dall'evento acuto e dalla certezza che la frattura comporti dolore)^{21,31}.

La maggior parte dei caregiver di pazienti con demenza residenti a domicilio non somministrano analgesici nonostante le manifestazioni "quotidiane" del dolore (non neoplastico). La terapia antalgica, quasi esclusivamente paracetamolo e FANS, nella metà dei casi è inadeguata^{4,9,13,34,36}.

La "paura degli oppioidi" riguarda tutte le figure professionali ed i caregiver che curano i pazienti anziani e trova giustificazione nella mancanza di linee-guida, nella presunta frequenza e gravità degli effetti collaterali (in particolare la dipendenza fisica e psichica) e nelle convinzioni etiche dei pazienti/operatori sanitari/caregiver^{40,43}.

Negli ultimi anni molte istituzioni pubbliche, culturali e scientifiche hanno promosso corsi di formazione, sperimentazioni nonché modificato strategie di cura (inserimento della riduzione del dolore fra gli obiettivi primari delle RSA) per incentivare l'uso degli oppioidi.

In generale il risultato non è stato significativo, ciò fa ipotizzare che si tratti principalmente della poca maneggevolezza del farmaco stesso. Se così, forse il principale responsabile del mancato uso è il medico che, pur convinto dell'efficacia, vede negli effetti collaterali un rischio eccessivo per la salute del paziente. Maggiore è la fragilità del paziente maggiore è il rischio (gravità del deterioramento cognitivo e della disabilità), indipendentemente dal setting di cura.

La paura degli oppioidi quando si tratta di pazienti dementi aumenta per più ragioni, in particolare per l'interazione con altri farmaci che amplificano la gravità degli effetti collaterali. Gli effetti collaterali di queste interazioni aumentano con il crescere dell'età, del numero di malattie e dei trattamenti farmacologici per le patologie somatiche. Le interazioni fra oppioidi e psicofarmaci sono fra le più frequenti e temute. Alcuni studi hanno dimostrato che la combinazione oppioidi - psicofarmaci aumenta di 4 volte il rischio di cadute e fratture di femore^{17,28,37}.

Effetti collaterali degli oppioidi

Nonostante la necessità di indicazione per l'uso cronico degli oppioidi, la letteratura circa gli effetti collaterali riguarda maggiormente setting per acuti. È verosimile che gli effetti collaterali della terapia cronica con oppioidi siano sottostimati in quanto gli studi in merito hanno una durata troppo limitata.

Secondo la Clinical Practice Guidelines Committee of the American Pain Society nei pazienti tumorali i principali effetti collaterali degli oppioidi sono la stipsi, la nausea/vomito, le vertigini, la secchezza cutanea, il prurito, la ritenzione urinaria, la sonnolenza, le allucinazioni/disforia/delirium e la depressione respiratoria²².

È difficile estrapolare dagli studi sul dolore neoplastico un grading di "importanza clinica" degli effetti collaterali nella terapia a lungo termine del paziente con dolore cronico non neoplastico; infatti, alcuni effetti collaterali, come, ad esempio, la sonnolenza, sono più disturbanti nel secondo caso perché potenzialmente lesivi dello stato funzionale. La maggior parte degli effetti collaterali degli oppioidi si riduce o scompare in pochi giorni, ciò nonostante circa il 20% dei pazienti con dolore cronico non neoplastico sospende gli oppioidi dopo pochi giorni dall'inizio delle cura per gli effetti collaterali³⁰.

Non esistono indicazioni EBM sul trattamento degli effetti collaterali da oppioidi e si è costretti a raccomandazioni, basate su evidenze limitate, consensus guidelines e consigli degli esperti. Prima del tentativo di descrivere analiticamente i metodi per prevenire e curare i principali effetti collaterali degli oppioidi, è utile fare cenno ad alcune indicazioni generali che rendono il loro uso più sicuro:

- controllo delle malattie somatiche copresenti e riduzione (o sospensione se possibile) dei farmaci che potenziano gli effetti collaterali degli oppioidi (psicofarmaci);
- riduzione al minimo del dosaggio degli oppioidi (aggiungendo altri antalgici o adiuvanti). Il supposto "dosaggio-soglia", assolutamente individuale e non ipotizzabile a priori, richiede un adattamento del dosaggio per ogni singolo paziente ed una sua modulazione nel tempo per evitare inutili e pericolosi sovradosaggi²⁰. I pazienti anziani in terapia antalgica manifestano più effetti collaterali, ma allo stesso tempo sono più sensibili all'effetto analgesico (maggior riduzione intensità dolore e durata d'azione), in particolare degli oppioidi. Questo effetto non sembra dovuto ad un particolare cambiamento farmacodinamico età-dipendente, bensì alla ridotta clearance degli oppioidi³;
- "rotazione" degli oppioidi (basata sulla differente efficacia e profilo degli effetti collaterali delle varie molecole) che nonostante sia pratica comune non trova conferma in alcun RCT³³;
- ricorso a farmaci antagonisti degli oppioidi (ad es. naloxone).

Di seguito verranno descritti in modo analitico i principali effetti collaterali e la relativa cura al fine di consentirne un uso più sicuro nei pazienti anziani²².

Tolleranza e dipendenza

Studi longitudinali sempre più suggeriscono che la tolleranza (bisogno di più farmaco per ottenere lo stesso effetto terapeutico) è lenta a svilupparsi a fronte di una malattia stabile. Anche l'uso di oppioidi nel dolore cronico richiede in genere un graduale aumento delle dosi, non necessariamente in risposta ad un aggravamento del dolore. In molti casi si raggiunge in qualche settimana un dosaggio di plateau, oltre il quale non si ha più, per molto tempo, necessità di aumentare la quantità di oppioide somministrata. Ogni aumentata richiesta di farmaco da parte del paziente implica la necessità di una rivalutazione alla ricerca di una malattia nuova o di una progressione, prima di diagnosticare una reale "tolleranza" agli oppioidi.

La dipendenza fisica è un'inevitabile conseguenza della continua somministrazione di oppioidi: l'organismo "si abitua" e mette in atto contromisure, diventando meno sensibile e meno reattivo (tolleranza), ma anche imparando a funzionare normalmente solo in presenza del farmaco (dipendenza). Una dose che alla prima somministrazione avrebbe provocato gravi alterazioni (ad es. forte depressione respiratoria) con il fenomeno della tolleranza diventa non-tossica. Nello stesso tempo, però l'organismo impara a convivere con un certo equilibrio fra concentrazione del farmaco e saturazione/risposta dei recettori. Raggiunge una sua normalità di funzionamento (solo) in presenza di alte concentrazioni di oppioidi, e probabilmente riduce la produzione di oppioidi endogeni (dipendenza). Se, a questo punto, il nuovo equilibrio viene alterato bruscamente dall'improvvisa sospensione del farmaco, come l'organismo non tollerante risponderebbe con una forte sofferenza all'improvvisa somministrazione di una dose elevata, l'"organismo dipendente" si trova in una situazione anomala da riequilibrare, e passa quindi attraverso una fase critica di sofferenza e disordine (sindrome da astinenza). Nel caso in cui l'indicazione alla terapia con oppioidi non risulti più necessaria con il graduale decremento delle dosi nel corso di giorni/settimane è possibile evitare la sindrome da astinenza.

L'uso prolungato di oppioidi non comporta quasi mai dipendenza psichica (ricerca del farmaco al di là della necessità clinica-craving).

In conclusione, si può affermare che le considerazioni su dipendenza dal farmaco o assuefazione non giustificano l'esclusione degli oppioidi dalla terapia del dolore cronico^{3,20}.

Sedazione

La sedazione è mediata dall'attivazione di recettori situati in corteccia e nel tronco encefalico. All'inizio della terapia compare nel 10-20% dei casi e si risolve spontaneamente entro 3-5 giorni nei quali è importante l'assistenza diretta del paziente (educazione caregiver e personale), ma si può prolungare nel caso di specifiche comorbidità (demenza, encefalopatia metabolica, metastasi cerebrali) o di contemporanea assunzione di antistaminici, antidepressivi ed ansiolitici. L'insorgenza di sedazione durante la terapia cronica con oppioidi con tendenza alla persistenza è indicativa di sovradosaggio. Il trattamento consiste nella riduzione temporanea del dosaggio, mentre nei casi refrattari si fa ricorso ad un altro oppioide; sono ancora poche le evidenze circa l'uso di psicostimolanti (donepezil)^{8,29}.

Delirium

Il delirium da oppioidi è frequente e l'ampia variabilità dell'incidenza dipende soprattutto dalla capacità di identificare lo stato confusionale acuto in tutti suoi molteplici aspetti²³. I fattori che favoriscono l'insorgenza di delirium sono l'assunzione troppo rapida di dosi elevate di oppioidi, la disidratazione, l'insufficienza renale/epatica, il deterioramento cognitivo grave, la febbre e l'assunzione di psicofarmaci. Gli oppioidi più lipofili hanno maggior probabilità di causare delirium³⁴. Il mantenimento di dosaggi molto bassi non corrisponde sempre ad un minor rischio di delirium³². Il delirium può causare iperalgesia che può essere confusa con un aumento del dolore e portare ad un deleterio incremento del dosaggio di oppioidi. Nel caso il cambio di oppioide non bastasse a risolvere il delirium è consigliata la somministrazione di neurolettici, soprattutto nelle forme ipercinetiche e/o con mioclono o crisi comiziali. L'uso delle benzodiazepine è rischioso per il possibile effetto paradossale³⁸. Il tramadolo dovrebbe essere escluso nel caso di pazienti con storia comiziale.

Mioclono

L'incidenza del mioclono è molto variabile (3-87%) in base agli strumenti di assessment adottati e sembra più disturbante per la famiglia che per il paziente stesso. Il mioclono può limitarsi da lievi contrazioni delle estremità fino a spasmi generalizzati che a volte accentuano il dolore. Non è noto il meccanismo di insorgenza, di certo risulta più frequente nei pazienti con alterazioni dello stato di coscienza ed in genere è lieve ed autolimitante. Il cambio di oppioidi è un metodo efficace per risolvere il mioclono. Se persiste, una volta esclusi i fattori precipitanti (disidratazione, ipoglicemia e farmaci), si può ricorrere alle benzodia-

zepine (clonazepam 0.5-1 mg per os alla sera o 0.5 mg per os 2-3 volte al giorno) o miorilassanti (baclofene 5 mg per os per 3 volte al giorno; se necessario aumentare fino ad un massimo di 20 mg per dose). Il naloxone non è efficace e può causare epilessia^{1,11,18}.

Depressione

La depressione respiratoria si verifica quasi esclusivamente in caso di concentrazioni ematiche elevate di oppioidi somministrati velocemente. Nei pazienti in trattamento cronico con oppioidi è rara, in quanto assumono il farmaco per via orale ed a dosi gradualmente scalari. Si associa sempre ad una riduzione dello stato di coscienza. Si sviluppa molto rapidamente ed è potenzialmente fatale.

Di fronte ad un'insufficienza respiratoria vanno considerate ipotesi diagnostiche alternative, come la polmonite, l'embolia polmonare e lo scompenso cardiaco, o la concomitante somministrazione di benzodiazepine. Gli oppioidi agiscono sui centri del respiro del tronco encefalico riducendo la frequenza respiratoria ed il volume corrente; l'accumulo di CO₂ porta ad una parziale compensazione attraverso la stimolazione dei chemorecettori centrali. Il metadone comporta il maggior rischio di depressione respiratoria per la sua lunga emivita. Il naloxone, a piccole dosi, è consigliato per depressioni respiratorie sintomatiche da metadone (<8 atti respiratori/min.), che avendo un'emivita maggiore richiede ripetute somministrazioni di naloxone. Nel caso di depressione respiratoria da buprenorfina il naloxone non è sempre efficace^{26,39,42}.

Dispepsia

L'incidenza di nausea/vomito varia dal 10 al 40% ed è percepita dai pazienti con notevole distress. Con intensità differente, gli oppioidi hanno un effetto emetico che si basa sulla stimolazione di chemorecettori della trigger zone bulbare, sulla stasi gastrica o sull'aumento della sensibilità vestibolare.

All'inizio del trattamento con oppioidi si può prevenire l'insorgenza della nausea facendo ricorso a dosi minime del farmaco. In genere la dispepsia tende a ridursi spontaneamente in 1-2 settimane; in questo periodo è opportuno preferire la somministrazione parenterale dell'oppioide in attesa che il farmaco sia somministrabile per via orale³⁵. Non esiste un antiemetico specifico e la scelta dovrebbe riferirsi al meccanismo patogenetico, ma molte volte si è costretti all'associazione di più farmaci. La stasi gastrica si risolve con la somministrazione di metoclopramide, mentre nel caso di nausea/vomito esacerbati dal movimento si ricorre alla difenidramina o alla scopolamina transdermica. Dato che i farmaci antiemetici possono avere a loro volta effetti collaterali (sedazione, delirium, sintomi extrapiramidali) è opportuno limitarne l'uso ai casi in cui la sintomatologia sia disturbante. Nel caso di sintomi insorti durante il trattamento cronico, risulta utile la somministrazione di antagonisti della dopamina (aloperidolo) o della serotonina (ondasetron). L'efficacia degli antagonisti degli oppioidi è dubbia²².

Stipsi

In circa il 15-40% (ma dati riportano percentuali oltre 90%, soprattutto se si tratta di morfina) dei pazienti gli oppioidi causano stipsi (tramite i recettori midollari e del plesso enterico) attraverso una riduzione della secrezione dell'acido cloridrico, della bile e del succo pancreatico, un rallentato svuotamento gastrico ed una minore peristalsi intestinale. Il loro effetto è amplificato dalla concomitanza di disidratazione, allettamento prolungato e l'uso di anticolinergici, antidepressivi, antiacidi e diuretici. Non tende a risolversi spontaneamente ed è necessario iniziare contemporaneamente agli oppioidi una terapia emolliente e lassativa per il rischio di occlusione intestinale. La metoclopramide risulta efficace; controversi i dati riguardo l'efficacia del naloxone.

Prurito

L'incidenza del prurito è circa dell'1%, ma aumenta all'8-46% quando gli oppioidi vengono somministrati per via epidurale o intratecale. Il dato epidemiologico è spiegato in parte dal meccanismo patogenetico che si basa sulla stimolazione di recettori oppioidi spinali⁵. Gli oppioidi causano prurito tramite la liberazio-

ne di istamina dai mastociti; questo meccanismo non riguarda il fentanil, che comunque causa prurito verosimilmente attraverso la stimolazione di neuroni specifici o l'attivazione dei recettori 5OH-triptamina - sottotipo 3. Nonostante queste controversie, gli antistaminici vengono utilizzati di routine (difendramina) ed il loro effetto sedativo può sommarsi negativamente all'effetto sedativo degli oppiacei. Nel caso sia necessario limitare la sedazione, la prima scelta è l'idrossizina. Antagonisti degli oppioidi (naloxone) possono ridurre il prurito, ma la loro somministrazione deve essere aumentata molto lentamente per il rischio della ricomparsa del dolore o dell'insorgenza di una sindrome da astinenza di oppioidi. Esistono poche evidenze circa gli antagonisti dei recettori 5OH-triptamina (ondasetron e propofol) che esplicano il loro effetto inibitorio sulle corna spinali posteriori. Impacchi freddi e umidi possono ridurre il prurito.

Altri effetti collaterali

Attraverso la contrazione dello sfintere vescicale, l'aumento del tono del muscolo detrusore e la depressione della risposta centrale alle afferenze provenienti dalla vescica, gli oppioidi possono causare globo vescicale (5%). La riduzione del farmaco generalmente è sufficiente per risolvere il problema.

Meno frequenti sono altri effetti collaterali da uso cronico di oppioidi di cui non si conosce il meccanismo di insorgenza e pertanto non è possibile effettuare un'adeguata profilassi: la xerostomia; la riduzione degli ormoni androgeni/estrogeni; l'iperalgia (si differenzia difficilmente dalla tolleranza agli oppioidi-desensibilizzazione. Il meccanismo non è noto e l'ipotesi più accreditata fa riferimento a metaboliti oppioidi *anti*-analgesici - aumentano la funzione dei recettori NMDA. Nella pratica clinica e contro la teoria si ottiene un controllo dell'iperalgia aumentando il dosaggio degli oppioidi)^{6,27}; l'immunosoppressione (ad oggi non esistono terapie specifiche -se non quelle sostitutive- e si consiglia la riduzione o la sospensione temporanea degli oppioidi).

Cadute

Oltre agli effetti collaterali specifici degli oppioidi, va ricordato che in diversi studi sono stati associati all'aumento dell'incidenza delle cadute. Il meccanismo fisiopatologico si basa principalmente sullo sviluppo di andatura atassica e/o sindrome vertiginosa. L'analisi dei dati evidenzia che si tratta di rilevazioni effettuate nelle fasi iniziali di trattamento, con dosi inadeguate o a lunga durata d'azione^{15,16,37,44}. Pochi studi sono stati effettuati per valutare le cadute durante terapia cronica con oppiacei. Won⁴⁵ ha esaminato pazienti istituzionalizzati con dolore cronico ed evidenziato dopo terapia cronica con oppioidi (6 mesi) un miglioramento dello stato funzionale, senza peggioramento dello stato cognitivo o del tono dell'umore. Inoltre, ha riscontrato una riduzione del rischio di caduta per tutte le classi di analgesici esaminate (l'effetto maggiore si verifica per gli oppiacei short-acting). Altri studi confermano la possibilità di ridurre le cadute tramite terapia antalgica in differenti setting geriatrici^{2,14,25,43}.

La diminuzione del rischio di caduta ottenuta con gli analgesici può essere dovuta al fatto che il dolore: contribuisce all'instabilità articolare e perdita di equilibrio a seguito del tentativo inconscio di guardare le articolazioni doloranti; causa debolezza muscolare attraverso un meccanismo centrale; limita l'esercizio fisico e quindi favorisce la sindrome da decondizionamento che aumenta il rischio di caduta⁴⁵. L'uso di oppiacei non necessariamente deve quindi essere inteso come un aggravante del rischio di caduta, se i pazienti vengono monitorati attentamente, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia antalgica.

Se la tossicità degli oppioidi diminuisce nei trattamenti a lungo termine e la maggior parte degli effetti collaterali si può controllare non riducendo l'autosufficienza, la qualità della vita e la sopravvivenza del paziente, rimane la difficoltà di misurare direttamente l'efficacia analgesica del farmaco in alcune categorie di soggetti anziani, come i pazienti con demenza²². In questi ultimi, la riduzione della gravità del dolore diventa solo uno dei parametri da utilizzare per definire l'efficacia della terapia antalgica (in media la riduzione del 50% dell'intensità del dolore) ed è necessario perseguire altri outcome, come il miglioramento dello stato motorio e funzionale (BADL), della nutrizione, del sonno e la riduzione dei disturbi del comportamento⁴¹.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Abrahm JL. Advances in pain management for older adult patients. *Clin Geriatr Med* 2000; 16:269-89.
- 2 Allen R, Thorn B, Fisher S, et al. Prescription and dosage of analgesic medication in relation to resident behaviors in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:534-8.
- 3 American Geriatrics Society. Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:S205-24.
- 4 American Pain Society. Guideline for the management on pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and juvenile chronic arthritis. Clinical Practice Guideline No. 2 Glenview, IL: American Pain Society, 2002.
- 5 Ballantyne JC, Loach AB, Carr DB. Itching after epidural and spinal opiates. *Pain* 1988; 33:149-60.
- 6 Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *N Engl J Med* 2003; 349:1943-53.
- 7 Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain* 2006; 121:133-44.
- 8 Bruera E, Strasser F, Shen L, Palmer JL, Willey J, Driver LC, Burton AW. The effect of donepezil on sedation and other symptoms in patients receiving opioids for cancer pain: a pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26:1049-54.
- 9 Brummel-Smith K, London MR, Drew N, Krulewitch H, Singer C, Hanson L. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1847-51.
- 10 Buffum M, Sands L, Miaskowski C, Brod M, Washburn A. A clinical trial of the effectiveness of regularly scheduled versus as-needed administration of acetaminophen in the management of discomfort in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:1093-7.
- 11 Cherny NI, Portenoy RK. In: Wall PD, Melzack R (Eds). *Textbook of Pain*, 4th ed. London: Churchill Livingstone 1999; pp:1479-522.
- 12 Cipher DJ, Clifford PA, Roper KD. Behavioral manifestations of pain in the demented elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2006 Jul; 7(6):355-65.
- 13 Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:592-6.
- 14 Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:409-14.
- 15 Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med* 2001; 161:1629-34.
- 16 Gurwitz J, Field T, Avorn J, et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med* 2000; 109:87-94.
- 17 Hartikainen S, Mäntyselkä P, Louhivuori-Laako K, Enlund H, Sulkava R. Concomitant use of analgesics and psychotropics in home-dwelling elderly people - Kuopio 75+ study. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 60(3):306-10.
- 18 Hofmann A, Tangri N, Lafontaine AL, Postuma RB. Myoclonus as an acute complication of low-dose hydromorphone in multiple system atrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77:994-5.
- 19 Horgas AL, Nichols AL, Schapson CA, Vietes K. Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations. *Pain Manag Nurs*. 2007 Jun; 8(2):77-85.
- 20 Kumar K, Demeria D. The role of opioids in the treatment of chronic nonmalignant pain in the elderly. *Annals of Long-Term Care* 2003; 34(11):34-40.
- 21 IASP: Pain: Clinical Updates. Older people's pain. 2006; vol. XIV:3.
- 22 IASP: Pain: Clinical Updates. 2007; vol. XV:2.
- 23 Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160:786-94.
- 24 Leong IY, Nuo TH. Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities. *Clin J Pain*. 2007 Feb; 23(2):119-27.
- 25 Leveille SG, Bean J, Bandeen-Roche K, Jones R, Hochberg M, Guralnik JM. Musculoskeletal pain and risk for falls in older disabled women living in the community. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:671-8.
- 26 Lipman AG. Methadone: a double edged sword. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2005; 19:3-4.
- 27 Mao J. Opioid-induced abnormal pain sensitivity: implications in clinical opioid therapy. *Pain* 2002; 100:213-7.
- 28 Marks R, Allegrante JP, MacKenzie CR, Lane JM. Hip fracture among the elderly: causes, consequences and control. *Ageing Research Reviews* 2003; 2:57-93.
- 29 Mercadante S. Pathophysiology and treatment of opioid-related myoclonus in cancer patients. *Pain* 1998; 74:5-9.
- 30 Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids. *Arthritis Res Ther* 2005; 7:R1046-51.

- 31 Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19:240-8.
- 32 Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, Koval KJ, McLaughlin MA, Orosz G, Strauss E, Siu AL. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2003; 58(1):M76-81.
- 33 Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. *Cochrane Database Syst Rev* 4: 2006.
- 34 Schug SA, Zech D, Grond S. Adverse effects of systemic opioid analgesics. *Drug Saf* 1992; 7:200-13.
- 35 Scotto di Fazano C., Vergne P, Grilo PM, Bertin P, Bonnet C, Trèves R. Preventive therapy for nausea and vomiting in patients on opioid therapy for non-malignant pain in rheumatology. *Therapie* 2002; 57:446-9.
- 36 Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Management of noncancer pain in community-dwelling persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:1892-7.
- 37 Shorr RI, Griffin MR, Daugherty JR, Ray WA. Opioid analgesics and the risk of hip fracture in the elderly: codeine and propoxyphene. *J Gerontol Med Sci.* 1992; 47A:M111-5.
- 38 Slatkin N, Rhiner M. Treatment of opioid-induced delirium with acetylcholinesterase inhibitors: a case report. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27:268-73.
- 39 Van Dorp E, Yassen A, Sarton E, Romberg R, Olofsen E, Teppema L, Danhof M, Dahon A. Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression. *Anesthesiology* 2006; 105:51-7.
- 40 Weiner DK, Rudy TE. Attitudinal barriers to effective treatment of persistent pain in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:2035-40.
- 41 Weiner DK. Office management of chronic pain in the elderly. *The American Journal of Medicine* 2007; 120:306-15.
- 42 White JM, Irvine RJ. Mechanisms of fatal opioid overdose. *Addiction* 1999; 94:961-72.
- 43 Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz L. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:1-7.
- 44 Won A, Lapane KL, Vallow S, Schein J, Morris JN, Lipsitz LA. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:867-74.
- 45 Won A, Lapane KL, Vallow S, Schein J, Morris JN, Lipsitz LA. Long-term effects of analgesics in a population of elderly nursing home residents with persistent nonmalignant pain. *Journal of Gerontology* 2006; 61A(2):165-9.

PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO PREVE.D.A. (Prevenire il Deterioramento dell'Anziano): EFFETTI DELLA STIMOLAZIONE COGNITIVA IN UN GRUPPO DI SOGGETTI ANZIANI CON DISTURBO SOGGETTIVO DELLA MEMORIA

Carlo Serrati¹, Graziella Colazzo¹, Mario Siri³, Francesco Benso², Roberto Bilotti², Silvia Mottura², Elisa Piccione¹, Anna Lucca¹, Odetti Patrizio³

¹*U.O. Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze del Ponente Ligure - Imperia*

²*DI. S.A., Università di Genova*

³*Scuola di Specializzazione in Geriatria, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova*

INTRODUZIONE

Esistono evidenze consolidate sugli effetti della riabilitazione cognitiva nei disturbi cognitivi dell'anziano, anche se restano dubbi sui risultati a lungo termine. (Clare LWR., Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia, 2003; De Vreese LP, Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress, 2001; Chertkow H, 2008; Chertkow H, 2008). Meno chiaro è il ruolo della stimolazione cognitiva nella "zona grigia" del disturbo soggettivo di memoria.

SCOPI

Il nostro lavoro tenta di integrare alcuni dati diagnostici relativi al cosiddetto "MCI", in particolare in relazione al disturbo di memoria soggettivo; si propone altresì di individuare e intervenire precocemente in soggetti potenzialmente "a rischio" secondo un paradigma il più possibile controllato.

SOGGETTI E METODI

Sono stati selezionati, con l'aiuto di MMG opportunamente formati, 160 soggetti con le seguenti caratteristiche: a) disturbo soggettivo di memoria riportato spontaneamente dal paziente; b) test di screening normali o border-line (MMSE \geq 24); c) nessun impatto funzionale (ADL e IADL totalmente conservate); d) GIC <2; e) assenza di eventi cerebrovascolari acuti nell'ultimo anno.

I soggetti così selezionati sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica comprendente:

- 1) Valutazione cognitiva generale: Mini Mental State Examination.
- 2) Memoria Episodica: Test di Memoria di Prosa, richiamo differito delle 3 parole del MMSE.
- 3) Memoria a Breve Termine: Digit Span (Forward e Backward).
- 4) Funzioni Frontali: Fluidità Verbale Fonologica e Categoriale, Frontal Assessment Battery.
- 5) Test di Stroop, Trail Making, Test A e B, Test delle matrici modificato.
- 6) Funzioni visuo-costruttive e memoria a breve: Figura di Rey: copia e ricordo.
- 7) Ragionamento non verbale: Mattis.

La valutazione comprendeva anche una scheda di autovalutazione del disturbo soggettivo e del dinamismo cognitivo.

Sono stati formati un gruppo di controllo di 120 soggetti (63 normali, 57 MCI) e un gruppo sperimentale (che ha dato il suo consenso al progetto PREVE.D.A. completo) costituito da 40 soggetti (15 normali, 25 MCI).

Il programma di training prevedeva la suddivisione dei soggetti in piccoli gruppi di 5 persone, ogni gruppo è stato sottoposto a: 1) attività informativa; 2) analisi delle attività della vita quotidiana e del controllo cognitivo richiesto; 3) pratica settimanale e monitoraggio di almeno due attività non abituali e training settimanale per alcuni esercizi di memoria adattati alle attività quotidiane; 4) incontri settimanali per cinque settimane per lo svolgimento di esercizi centrati sulla stimolazione delle varie funzioni cognitive; 5) rivalutazione neuropsicologica dopo 6 mesi dal termine del training.

ANALISI STATISTICA

Per il confronto tra gruppi è stato utilizzato il test U di Mann-Whitney, per il confronto tra punteggi al tempo zero e dopo un anno è stato utilizzato il test di Wilcoxon, per l'analisi delle correlazioni tra variabili è stato utilizzato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman, per verificare l'esistenza di differenze tra diagnosi prima e dopo nei due gruppi è stato utilizzato il Test di McNemar. I dati sono stati elaborati tramite il software SPSS 13.0.

RISULTATI

I 160 soggetti (età media $69,58 \pm 4,40$, scolarità $9,56 \pm 4,27$, GDS $9,4 \pm 4,5$, MMSE $27,96 \pm 2,8$) presentavano al tempo zero la seguente distribuzione di diagnosi: 46% normali; 40% aMCI; 14% mdMCI (vedi fig. 1).

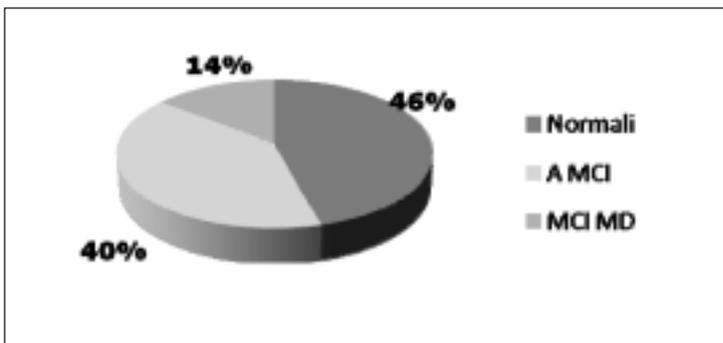


Figura 1

A distanza di un anno, la popolazione si era “trasformata” come sintetizzato nella figura 2.

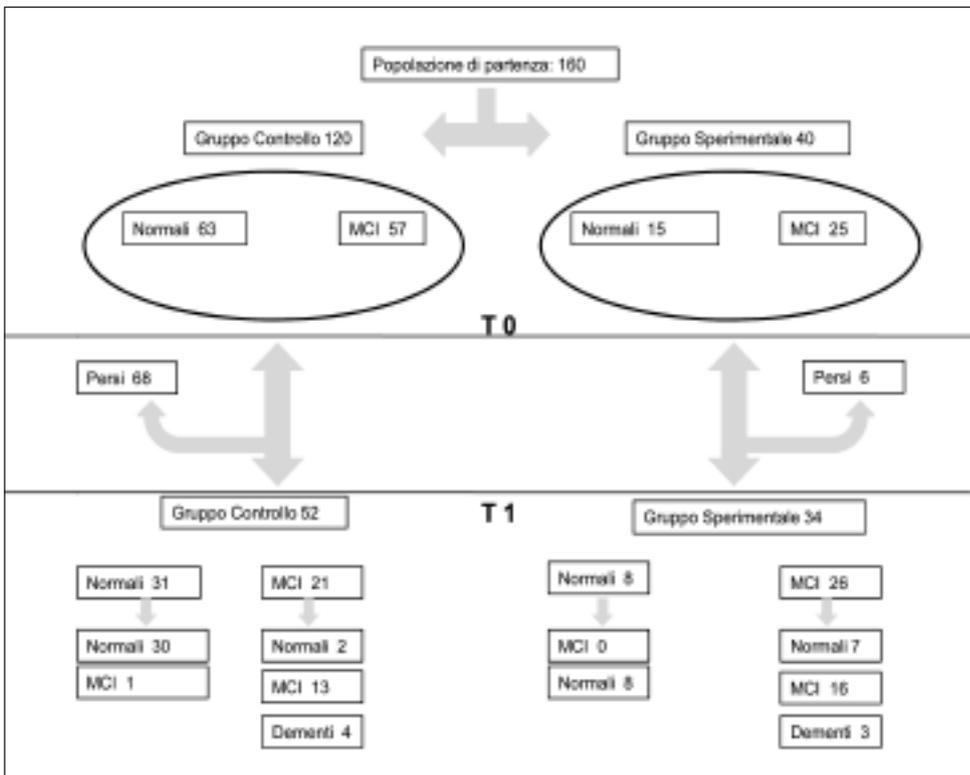


Figura 2

In generale, i risultati della scala di autovalutazione del disturbo soggettivo non correlano con le prestazioni al MMSE, DMS, Stroop, memoria di prosa e Mattis, mentre correlano con TMT A, Fluenza, Digit Span, memoria di prosa differita e figura di Rey.

Per quanto riguarda le diagnosi al ritest (1 anno) i dati mostrano che nel gruppo di controllo la diagnosi resta stabile (norm->norm e MCI->MCI) nell'80% dei soggetti, migliora nel 9% (MCI->norm) e peggiora nell'11% (norm->MCI o Demenza), mentre nel gruppo trattato resta stabile nel 70%, migliora nel 20%(p=0,031) e peggiora nel 10% .

Considerati nel complesso i soggetti con miglioramento del dinamismo cognitivo, il gruppo trattato presenta un significativo incremento delle prestazioni mnesiche (memoria in prosa differita: p=0,044 e totale: p=0,006); inoltre, l'intervento sembra più efficace per i soggetti a bassa scolarità.

CONCLUSIONI

La stimolazione cognitiva, organizzata secondo protocolli controllati che comprendano anche l'attivazione del dinamismo cognitivo, sembra mostrarsi efficace nel prevenire l'evoluzione peggiorativa del disturbo soggettivo di memoria.

Un'ulteriore, più estesa, valutazione (ad esempio, attraverso uno studio multicentrico) merita di essere effettuata.

LA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELLA DISABILITÀ IN PSICOGERIATRIA (LA FRAMMENTARIETÀ E LE DISEQUITÀ DEL *WELFARE*)

Fabio Cembrani¹, Giuseppina Ciraoletto¹, Francesca Gozzo¹, Enrico Baldantoni²

¹Unità Operativa Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

²Direzione Cura e Riabilitazione, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

*Di tutte le realtà, la vecchiaia è forse quella di cui conserviamo
più a lungo nella vita una nozione puramente astratta, ha giustamente notato Proust.
Tutti gli uomini sono mortali, questo lo ammettono.
Ma che molti diventino dei vecchi, quasi nessuno pensa in anticipo a questa metamorfosi.
(Simone de Beauvoir, La terza età)*

1. Premessa

In un momento, quale quello attuale, in cui il dibattito politico è fortemente catalizzato sugli aspetti del “*fine vita*” è, probabilmente, impresa ardua quella di (ri)-discutere, in maniera propositiva, i problemi strutturali del nostro sistema di sicurezza sociale (*welfare*) che deve essere ripensato nel suo impianto complessivo non già lungo il solco recentemente abbozzato dal Legislatore di una sua semplificazione amministrativa ma, invero, modificandone il paradigma costitutivo che è, ancor oggi, di tipo assistenzialistico.

Tale visione paradigmatica deve essere intesa in termini negativi stando ad indicare (Dizionario Devoto Oli della Lingua italiana) i fenomeni degenerativi di una politica redistributiva e di sostegno ai redditi delle famiglie che ha portato l'Italia ad un triste primato: quello di aver la spesa pensionistica più elevata nell'ambito dei Paesi appartenenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) se si considera che questa raggiunge il 15-16% del prodotto interno lordo a seconda che la componente non contributiva di sostegno al reddito sia o meno inclusa nel computo [1]. Ed è, questo, un primato che non può essere imputato al progressivo invecchiamento della popolazione italiana se si considera che quest'ultimo è un fenomeno diffuso in tutti i Paesi industrializzati e che nei Paesi del Nord Europa, come in America, dalla metà degli anni '80 alla prima metà degli anni '90 si è assistito ad una graduale riduzione della quota di spesa pubblica destinata alle pensioni. Il trend della spesa pubblica riguardo le pensioni è, invece, nel nostro Paese, in continua crescita come dimostrano i dati pubblicati periodicamente dall'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (I.N.P.S.); e questo è un fenomeno precipuamente italiano che rappresenta il frutto di un *welfare* che, per ragioni storico-politiche difficilmente indagabili nei loro determinanti causali, produce un trattamento disomogeneo in cui esistono settori particolarmente privilegiati, garantendo ampi vantaggi alle persone con i salari più ricchi e con i livelli di istruzione più elevata.

Ma le dis-eguità non riguardano la sola spesa previdenziale perché coinvolgono anche la tutela delle persone più fragili ed in particolare di quelle disabili. Ed è in questo settore che, a nostro personale giudizio, si rende quanto mai necessario un cambiamento del paradigma che anima di luce indistinta il nostro sistema di *welfare* con la definizione di criteri (chiari ed univoci) modulati sull'istanza solidaristica di integrazione delle persone disabili e di libertà dal bisogno [11], superando quell'ampia dis-eguità sociale che purtroppo lo caratterizza e che stride con il principio di uguaglianza garantito dalla Costituzione¹ e di cui il Legislatore dovrebbe farsi garante ed interprete.

¹ Art. 3 -Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Sono questi i fattori che ci orientano a riflettere, in modo responsabile ed in una logica propositiva, riguardo le criticità strutturali del *welfare* ed alle dis-equità che lo stesso produce a causa delle incertezze, della frammentarietà, dell'ambiguità delle norme e, soprattutto, della mancanza di una chiara progettualità all'interno della quale il Legislatore si deve responsabilmente collocare per dar forma e sostanza a quanto previsto dall'art. 38 della Carta Costituzionale². E la nostra riflessione vuole essere l'occasione per aggiornare il dibattito non sottraendoci alle nostre personali responsabilità di professionisti della salute chiamati a dar forma e sostegno alla tutela delle persone più fragili non già lungo le coordinate di un miope assistenzialistico, ma per promuovere la salute e rimuovere, di conseguenza, il bisogno: lo faremmo provando a sviluppare un'analisi strutturata dei problemi che, a partire dall'incidenza delle disabilità psico-geriatriche nei data-base della disabilità, toccherà, in graduale successione, le caratteristiche del *welfare*, le dis-equità che esso produce ed i problemi valutativi in punto di indennità di accompagnamento in relazione ai problemi psico-geriatrici dell'anziano a cui la Provincia autonoma di Trento ha cercato di dare una risposta concreta e del tutto innovativa nel panorama nazionale.

2. L'incidenza delle disabilità psico-geriatriche nei data-base di disabilità

La nostra, come quella di tutti i Paesi industrializzati, è una situazione difficile: non solo per la profonda crisi economica che ha aperto il 3° millennio (che fa discutere riguardo alla *medicina sostenibile*³) ma, soprattutto, per l'invecchiamento della popolazione⁴ e per l'incremento delle malattie a decorso cronico associato alla contestuale contrazione delle malattie trasmissibili.

I cambiamenti demografici e la *transizione epidemiologica* sono i fattori che, al momento, condizionano maggiormente le politiche socio-sanitarie, l'investimento delle risorse, i bisogni di salute di larghe fasce della popolazione e l'accesso dei cittadini ai servizi: ne è una riprova l'attivazione dei percorsi assistenziali erogati dai Servizi di Medicina Legale del Servizio sanitario nazionale da parte di persone anziane ultra-65enni.

Il Grafico 1 esamina, relativamente alla Provincia autonoma di Trento, il numero delle persone che, nel biennio 2007-2008, ha presentato domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile suddiviso per fascia di età ed il numero degli ultra-65enni che, nello stesso periodo di tempo, è stato riconosciuto nel diritto a percepire l'indennità di accompagnamento.

Il trend evidenziato dimostra che il percorso assistenziale è stato prevalentemente attivato da persone ultra-65enni che, nel 2008, rappresentano il 69,3% del totale pur dovendosi rilevare, in questa fascia di età, significative differenze riguardo al genere (34,99% maschi vs. 65% femmine).

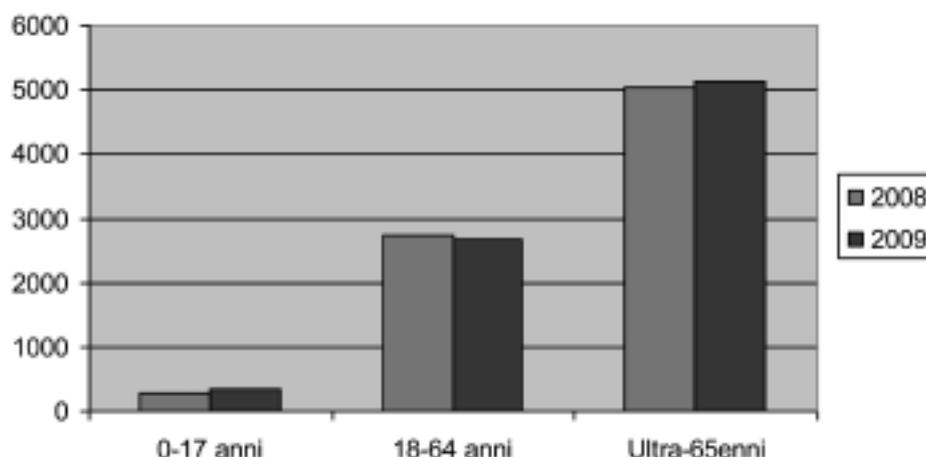
Il Grafico 2 evidenzia, invece, il numero degli anziani ultra-65enni che, nello stesso periodo di tempo, è stato riconosciuto non autosufficiente e nel diritto a percepire, di conseguenza, l'indennità di accompagnamento.

² Art. 38 -Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.

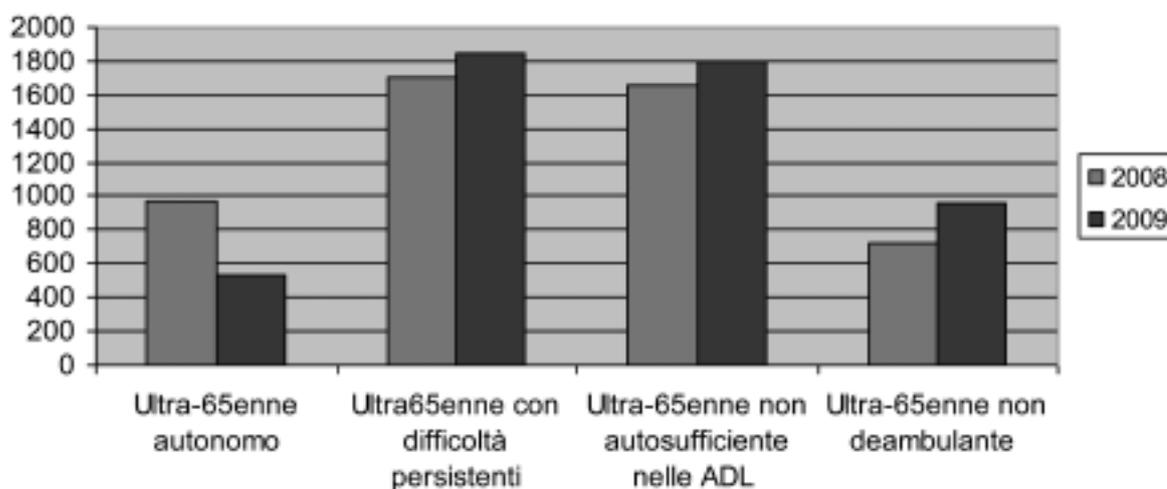
³ Si tratta di una medicina che, secondo la definizione proposta da Daniel Callahan [3] deve essere in grado di conseguire una condizione di equilibrio economicamente sopportabile, equamente accessibile e psicologicamente sostenibile, tale cioè da soddisfare la maggior parte (ma di necessità non tutti) dei bisogni e delle aspettative ragionevoli concernenti la salute.

⁴ A livello mondiale negli ultimi 50 anni l'età mediana è aumentata di soli 3 anni, da 23,6 nel 1950 a 26,4 nel 2000. Nei prossimi 50 anni, secondo le ultime proiezioni dell'O.N.U., l'età mediana passerà a 37 anni e nel 2050 si prevede che i 17 Paesi più industrializzati del mondo avranno un'età mediana superiore a 50 anni. Nel nostro Paese gli ultra-65enni, negli ultimi 50 anni, sono aumentati di circa il 150% ed hanno raggiunto, nel 2003, quasi il 20% della popolazione complessiva anche se con marcate differenze territoriali (24,4% in Liguria vs. 14,2% in Campania).

Graf. 1: Et  delle persone che hanno attivato il riconoscimento dell'invalidit  civile nella Provincia autonoma di Trento (anni 2007-2008)



Graf. 2: Grado di disabilit  delle persone ultra-65enni che hanno attivato il riconoscimento dell'invalidit  civile nella Provincia autonoma di Trento (anni 2007-2008)



Il confronto dei trend statistici osservati consente di osservare l'incremento, nel 2008, delle persone ultra-65enni riconosciute nel diritto alla indennit  di accompagnamento sia per problemi di mancanza di autonomia nella deambulazione sia per l'incapacit  di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita.

Dati statistici di maggior interesse, per la relativa stabilit  della popolazione che forma il relativo database, si desumono analizzando l'attivazione del percorso assistenziale finalizzato all'accertamento dell'handicap: il flusso informativo gestito dall'Unit  Operativa di Medicina Legale dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento ha registrato, nell'arco di tempo compreso tra il 1992 e il 31 dicembre 2008, 8.657 persone che hanno presentato 10.715 domande finalizzate ad ottenere i benefici e le agevolazioni assistenziali previste dalla Legge-quadro in materia di handicap. Analizzandone le caratteristiche demografiche si conferma il trend osservato negli anni precedenti (Tabella 1) e, dunque, la prevalenza, statisticamente significativa ($p < 0,001$), delle femmine sui maschi (il 56,09% vs. 43,91% a fronte del 55,4% vs. 44,6% registrato nel 2007).

Tab. 1: Provincia autonoma di Trento. Anagrafe dell'handicap. Soggetti notificati per sesso e classe di età. Frequenze assolute e relative. Dicembre 1992 - 31 dicembre 2008

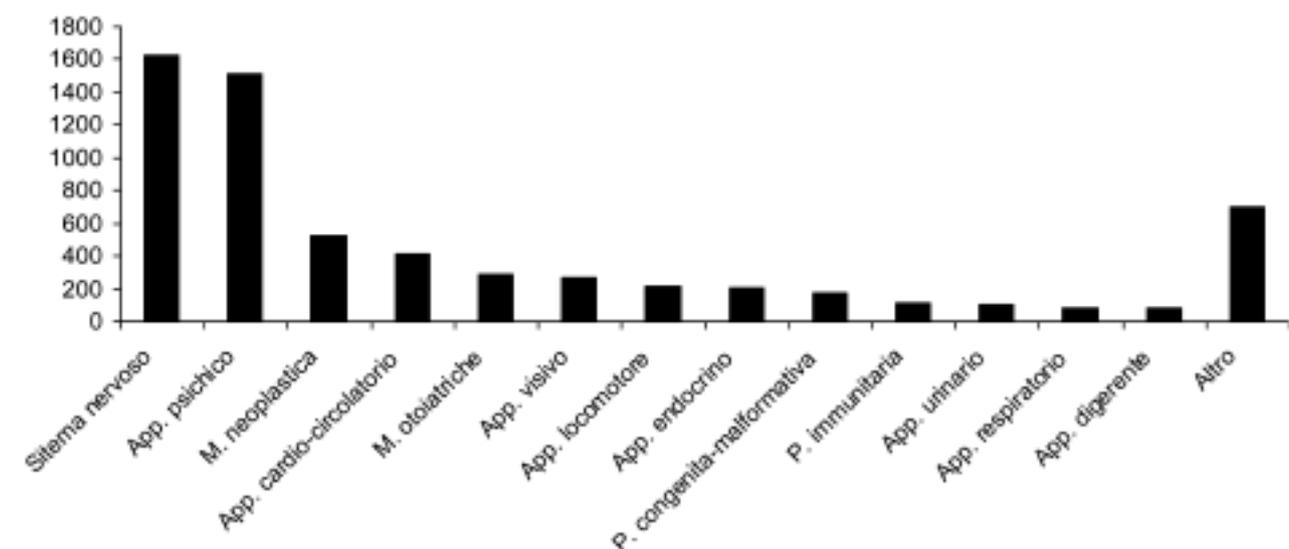
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-17	710	18,67	569	11,72	1.279	14,77
18-64	1.610	42,35	1.705	35,12	3.335	38,29
Ultra-65enni	1.482	38,98	2.581	53,16	4.063	46,93
TOTALE	3.802	100	4.885	100	8.657	100

I dati riportati in Tabella, confrontati con quelli dei Report precedenti [6, 11, 12, 15, 16], evidenziano l'ulteriore graduale invecchiamento della popolazione che forma il data-base se si considera che le persone ultra-65enni passano dal 41,3 registrato nel 2006 al 46,93% registrato nel 2008 riducendosi, contestualmente, la percentuale degli infra-18enni (dal 16,8 registrato nel 2006 al 15,76% registrato nel 2007 e al 14,77% registrato nel 2008).

E, in tale contesto di analisi, le patologie psico-geriatriche siano di particolare rilievo⁵.

Il Grafico 3 riporta la distribuzione delle malattie (menomazioni) rilevate sulle persone che formano il data-base Anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento, segmentate per i diversi apparati organo-funzionali individuati in quelli di cui alle Tabelle indicative delle percentuali di invalidità approvate con il Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992 (che identifica 427 menomazioni inserite 23 in settori nosologici diversi).

Graf. 3: Provincia Autonoma di Trento. Anagrafe dell'handicap. Soggetti notificati secondo il settore nosologico delle menomazioni accertate. Dicembre 1992 - 31 dicembre 2008



⁵ Per i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la depressione rappresenta, nell'anziano, la principale causa di disabilità (12%) che viene incrementata anche da altri fattori: il modesto grado di cultura, la precaria situazione economica e le molte patologie che affliggono l'anziano. Segue la demenza che colpisce, oggi, circa un milione di italiani anche se questo numero è destinato a raddoppiare nel 2050 per l'effetto combinato della maggior aspettativa di vita e del miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il settore nosologico prevalente è quello rappresentato dalle malattie del sistema nervoso centrale e dalle malattie del sistema nervoso periferico (il 25,51% vs. 25,56% registrato nel 2007) che sono state, per comodità di analisi dei dati, ricondotte in un unico settore nosologico; in questo settore le malattie del sistema nervoso periferico sono, tuttavia, prevalenti rispetto a quelle del sistema nervoso centrale (15,08% vs. 10,43% contro 14,47% vs. 10,99% registrato nel 2007). Seguono, in ordine decrescente, le malattie psichiche (il 23,7% vs. 23,61% registrato nel 2007), quelle neoplastiche (l'8,24% vs. 7,56% registrato nel 2007), quelle dell'apparato cardio-circolatorio (il 6,39% vs. 6,16% registrato nel 2007), quelle dell'apparato uditivo (il 4,68% vs. 5,48% registrato nel 2007), quelle visive (il 4,2% vs. 4,54% registrato nel 2007), quelle dell'apparato locomotore ad interessamento degli arti inferiori (il 3,44% vs. 3,52% registrato nel 2007), quelle congenite/malformative (il 2,8% vs. 3,24% registrato nel 2007), quelle dell'apparato endocrino (il 3,18% vs. 3,11% registrato nel 2007) e via via tutte le altre. Il confronto con i Report degli anni precedenti non dimostra significativi scostamenti nella prevalenza delle malattie riconosciute all'origine dell'handicap; l'unico dato di rilievo risulta essere l'ulteriore lieve incremento delle malattie psichiche (19% nel 2004, 20,6% nel 2006 e 23,63% nel 2007), di quelle dell'apparato cardio-circolatorio (3,7% nel 2004, 4,4% nel 2005, 5,3% nel 2006 e 6,17% nel 2007) e di quelle neoplastiche (8,24% vs. 7,56% registrato nel 2007) ed il contestuale decremento delle patologie congenite/malformative (il 2,8% vs. 3,24% registrato nel 2007) e di quelle dell'apparato uditivo (il 4,68% vs. 5,48% registrato nel 2007) e della sfera visiva (il 4,2% vs. 4,54% registrato nel 2007).

Tra le malattie della sfera psichica la più rappresentata, in termini assoluti e percentuali, è la demenza. Non è, questa, una novità ma una conferma rispetto a quanto evidenziato nel Report del 2007 [16] poiché nel tempo si è assistito ad un progressivo incremento statistico di questa malattia nel data-base: nel 2004 i casi registrati di demenza furono 212 (36,7%), nel 2005 271 (38%), nel 2006 345 (39,7%), nel 2007 547 (il 43,9% a cui si devono aggiungere i 13 casi registrati con il codice 1001 (Alzheimer con delirio depressione ad esordio senile) che è compreso tra le malattie del sistema nervoso centrale e periferico. Dei 705 casi registrati, 556 (il 36,75% vs. 34,19% registrato nel 2007) sono stati qualificati in una demenza grave (MMSE pari o inferiore a 17/30) e 137 (9,05%) ad una demenza iniziale. Segue, per frequenza, l'insufficienza mentale: i casi complessivamente registrati nel periodo in esame, relativi a soggetti disabili in vita alla data del 31 dicembre 2008, sono stati 499 (il 32,98% vs. 34,02% registrato nel 2007) e di questi 259 (17,12% vs. 17,81% registrato nel 2007) sono stati qualificati in una forma grave, 161 (10,64% vs. 11,58% registrato nel 2007) in una forma media e 79 (5,22% vs. 4,63% registrato nel 2007), infine, in una forma lieve. Tra le malattie psichiatriche in senso classico prevale la sindrome schizofrenica: i casi complessivamente registrati sono stati 104 (il 6,87% vs. 6,79% registrato nel 2007) e di questi 60 (3,97%) sono stati classificati con il codice 1209 (sindrome schizofrenica cronica grave con autismo delirio o profonda disorganizzazione della vita sociale), 35 (2,31%) con il codice 1210 (sindrome schizofrenica cronica con disturbi del comportamento e delle relazioni sociali e limitata conservazione delle capacità intellettuali) e 9 (0,59%), infine, con il codice 1208 (sindrome schizofrenica cronica con riduzione della sfera istintivo-affettiva e riduzione dell'attività pragmatica). Seguono, in ordine decrescente, i disturbi depressivi registrati in 90 casi: di questi, la maggior parte (28 casi, l'1,85%) è stato ascritto ad un disturbo depressivo endogeno di media gravità; seguono i disturbi depressivi endoreattivi di media gravità (20 casi, l'1,32%), la sindrome depressiva endogena grave (16 casi, l'1,06%) ed i disturbi depressivi endoreattivi lievi (13 casi, 0,86%). Discretamente rappresentati sono anche i disturbi ciclotimici registrati in 27 casi (il 2,08%); di questi, 14 casi (0,93% vs. 1,04% registrato nel 2007) sono stati ricondotti al codice 2201 (disturbi ciclotimici con crisi subentranti o forme croniche gravi con necessità di terapia continua), 8 casi (0,53%) al codice 2203 (disturbi ciclotimici con ripercussioni sulla vita sociale) e i restanti 5 casi (0,33%) al codice 2202 (disturbi ciclotimici che consentono una limitata attività professionale e sociale). 19 (1,26%) sono stati, infine, i casi di psicosi ossessiva e 18 di sofferenza organica; di questi ultimi oltre la metà sono stati riferiti ad un disturbo della memoria che, in 6 casi (0,4%) è stato ricondotto al codice 1103 (esiti di sofferenza organica accertata strumentalmente che comporta gravi disturbi della memoria).

L'analisi ulteriore del data-base consente, inoltre, importanti deduzioni riguardo i benefici/agevolazioni assistenziali erogati alle persone riconosciute nella situazione prevista dall'art. 33 della Legge n. 104/1992 che, per sinteticità, analizzeremo in riferimento a due distinte situazioni fattuali: a) il riconoscimento dei benefici assistenziali di cui all'art. 33 (comma 1, 2 e 3) della Legge-quadro (permesso retribuito per il genitore/parente/affine che assiste la persona con handicap con connotazione di gravità, tra il primo e il terzo anno di vita e successivamente al terzo anno di vita, non ricoverata a tempo pieno); b) il riconoscimento delle agevolazioni di cui all'art. 33, comma 5, della Legge-quadro (diritto di scelta, ove possibile, della sede di lavoro più vicina al domicilio del genitore o familiare che assiste con continuità la persona handicappata). Riguardo a tali benefici/agevolazioni assistenziali, v'è osservato come il permesso retribuito per il genitore/parente/affine che assiste la persona in situazione di handicap, oltre il terzo anno di vita, non ricoverata a tempo pieno sia quello più ampiamente richiesto da chi promuove l'accertamento dell'handicap: tale beneficio assistenziale rappresenta, da solo, quasi la metà (3.004 casi registrati, il 49,6%, vs. 48,59% registrato nel 2007) dei benefici complessivamente erogati. Riguardo al genere, a prevalenza risulta maggiore, in modo statisticamente significativo ($p < 0,001$), nel sesso femminile rispetto a quello maschile (59,38% vs. 59,1% registrato nel 2007 di soggetti di sesso femminile vs. 40,62% di soggetti di sesso maschile). Stratificando i soggetti per classe di età, le agevolazioni di cui all'art. 33, comma 3, della Legge-quadro sono state riconosciute in questa misura percentuale: nel 17,47% di casi a favore di soggetti minorenni di età compresa tra 0-17 anni (vs. 19,6% registrato nel 2007), nel 22,30% dei casi a favore di soggetti adulti di età compresa tra 18 e 64 anni (vs. 25,1% registrato nel 2007) e, in 1809 casi (60,21%) a favore di soggetti anziani ultra 65-enni (vs. 55,3% registrato nel 2007). Rispetto a quanto evidenziato nei Report degli anni precedenti non sono più le malattie del sistema nervoso centrale e periferico quelle all'origine del maggior numero di agevolazioni assistenziali erogate, ma bensì quelle della sfera psichica e della demenza in particolare. Questa patologia è stata accertata all'origine del diritto in 590 casi (19,64%); segue l'insufficienza mentale (196 casi (6,52%) e la sindrome schizofrenica cronica con 52 casi (1,73%). La disabilità maggiormente rappresentata non è, dunque, in questa circostanza, la dis-autonomia motoria ma i disturbi cognitivi delle persone anziane che rappresenta una vera e propria emergenza sociale [17] e che richiede urgenti interventi di sostegno a favore dei nuclei familiari. Tra le malattie del sistema nervoso prevale la paraparesi con deficit di forza grave (247 casi), la sindrome extrapiramidale parkinsoniana (68 casi), l'emisindrome deficitaria motoria (179 casi), la tetraparesi (65 casi) e la paralisi cerebrale infantile (34 casi). Ben rappresentate risultano essere anche le malattie neoplastiche (291) che in oltre il 70% dei casi sono state ricondotte ad una forma a prognosi probabilmente o certamente infausta, le malattie dell'apparato urinario (l'insufficienza renale cronica), le malattie endocrine e quelle cardio-circolatorie.

L'analisi dei data-base di disabilità dimostra, dunque, che la *transizione epidemiologica* origina bisogni di salute che condizionano l'accesso ai servizi delle persone e che la disabilità, fonte di benefici economici e/o di agevolazioni assistenziali, è statisticamente molto elevata nelle fascia di età degli ultra-65enni e che la stessa, a conferma dei dati internazionali, è spesso prodotta da patologie di natura psico-geriatrica (i disturbi cognitivi, in primis).

3. Il sistema di sicurezza sociale: l'“ircocervo” normativo

Una prima caratteristica del nostro sistema di sicurezza sociale è la forte ambiguità con cui il Legislatore ha definito nel tempo (senza alcuna chiara linea programmatica) chi sono le persone disabili creando, anche sulla spinta di forti interessi di categoria, un ventaglio di situazioni definite in maniera così imprecisa che, qualcuno [2], le ha assimilate ad un *ircocervo* (un animale fantasioso, metà caprone e metà cervo, e perciò inverosimile chimera) normativo creato “... grazie all'infaticabile opera di legulei sempre pronti a forgiare un'ulteriore selva oscura di leggi, regolamenti, decreti di riordino, interpretazioni autentiche, circolari esplicative”. Se la *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 definisce le persone disabili in maniera chiara ed univoca identificandole (art. 1) in chi è affetto da *minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o*

sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri, non così è per il nostro Paese dove la fantasia del Legislatore si è progressivamente sforzata di individuare, sul piano tassonomico, le molte categorie di persone disabili che qualcuno -oggi- tenta di riportare all'unicità con la creazione di un'ulteriore categoria linguistica: quella dei *"diversamente abili"*.

Un panorama delle norme è certo necessario per chiarire il nostro pensiero.

Iniziamo con la Legge 30 marzo 1971, n. 118 (*"Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili"*), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 2 aprile 1971 (n. 82) che, nel definire⁶ i *"mutilati ed invalidi civili"*, li identifica nei *cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*. La norma richiama, dunque, un presupposto biologico (= menomazione) originato da cause diverse (= minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali), produttivo di un *impairment* (= riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età).

Precedentemente, altre norme avevano definito le menomazioni sensoriali identificando cosa si deve intendere, sul piano medico-giuridico, per *sordomutismo* e per *cecità*.

La Legge 26 maggio 1970, n. 381 (*"Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti"*), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 23 giugno 1970 (n. 156), definisce (art. 1)⁷ sordomuto il *minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio*. Al contempo la Legge 27 maggio 1970, n. 382 (*"Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili"*), pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 23 giugno successivo (n. 156), suddivide i ciechi civili in due categorie: i ciechi totali, individuati nelle *persone che hanno la totale mancanza della vista o la mera percezione dell'ombra e della luce* ed i *ciechi parziali* identificati, a loro volta⁸, nelle persone che hanno un *residuo visivo in am-*

⁶ Art. 2 (Nuove norme e soggetti aventi diritto) - Le disposizioni del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, hanno efficacia fino al 30 aprile 1971. A partire dal 1° maggio 1971, in favore dei mutilati ed invalidi civili si applicano le norme di cui agli articoli seguenti. Agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultra-65enni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi.

⁷ Art. 1 (Assegno mensile di assistenza) - A decorrere dal 1° maggio 1969 è concesso ai sordomuti di età superiore agli anni 18 un assegno mensile di assistenza di lire 12.000. Agli effetti della presente legge si considera sordomuto il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio. L'assegno è corrisposto nella misura del 50 per cento a coloro che siano ricoverati in istituti che provvedono alla loro assistenza.

⁸ Art. 11. (Composizione delle commissioni provinciali sanitarie) - La commissione sanitaria provinciale di cui al precedente articolo è composta dal medico provinciale, che la presiede, da un oculista designato dal comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica e da un oculista designato dall'Unione italiana dei ciechi. Il medico provinciale può, in sua sostituzione, designare a far parte della commissione, con le funzioni di presidente, un funzionario medico dell'ufficio provinciale sanitario o un

bo gli occhi con eventuale correzione, non superiore ad un ventesimo. La norma non considerava, inizialmente, il deficit perimetrico che oggi viene invece computato nell'accertamento della cecità civile alla luce di quanto previsto dalla Legge 3 aprile 2001, n. 138 (*"Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici"*), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 93 del 21 aprile 2001, dovendosi oggi considerare ciechi totali⁹ *coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi, coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore e coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento* e ciechi parziali¹⁰ *coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione e coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento*. Diversamente dai mutilati e invalidi civili le norme richiamate identificano, pertanto, il sordomutismo e la cecità nella sola menomazione ancorché non produttiva di alcun *impairment* lavorativo.

Un'ulteriore norma, approvata il 5 febbraio 1992 (*"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"*), pubblicata sul supplemento ordinario n. 39 della Gazzetta Ufficiale del 17 febbraio 1992, ha introdotto una nuova categoria di disabili identificandoli nelle persone in situazione di handicap. Si tratta di una norma di indiscutibile spessore che, per la prima volta nel nostro Paese, ha introdotto una tassonomia di disabilità coerente con le indicazioni espresse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, intendendola non già al solo titolo della menomazione (come avviene, ancor oggi, nel caso dei ciechi civili e dei sordomuti) e non già in relazione all'*impairment* lavorativo (come avviene per i mutilati e invalidi civili) ma rappresentandola come il (dis)-funzionamento della persona nei vari contesti di vita, familiari, lavorativi, scolastici e, più in generale, sociali. È l'art. 3¹¹ della Legge-quadro che definisce la persona in situazione di handicap identificandola in *colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazio-*

ufficiale sanitario. Il medico provinciale è tenuto ad effettuare tale designazione nel caso in cui egli faccia parte della commissione sanitaria regionale, di cui all'articolo successivo. Le funzioni di segretario della commissione sono disimpegnate da un funzionario del ruolo della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità. La commissione ha il compito di accertare se gli istanti sono affetti da cecità assoluta o se sono in possesso di un residuo visivo, in uno o in entrambi gli occhi, con eventuale correzione, espresso in decimi. Per cecità assoluta si intende la totale mancanza della vista o la mera percezione dell'ombra e della luce. I nominativi dei ciechi civili, nei cui confronti sia accertata la cecità assoluta o un residuo visivo in ambo gli occhi con eventuale correzione, non superiore ad un ventesimo, sono comunicati alle prefetture entro tre giorni dalla data di riunione della commissione provinciale sanitaria a cura del segretario della commissione stessa. Entro dieci giorni dalla data della riunione di cui al precedente comma, il segretario della commissione deve parimenti comunicare a tutti gli istanti l'esito del controllo oculistico. Il segretario della commissione provvede, altresì, a trasmettere trimestralmente alla Unione italiana dei ciechi l'elenco dei nominativi dei ciechi civili nei confronti dei quali, nello stesso periodo è stato effettuato l'accertamento oculistico, con l'indicazione dell'esito per ciascuno di essi.

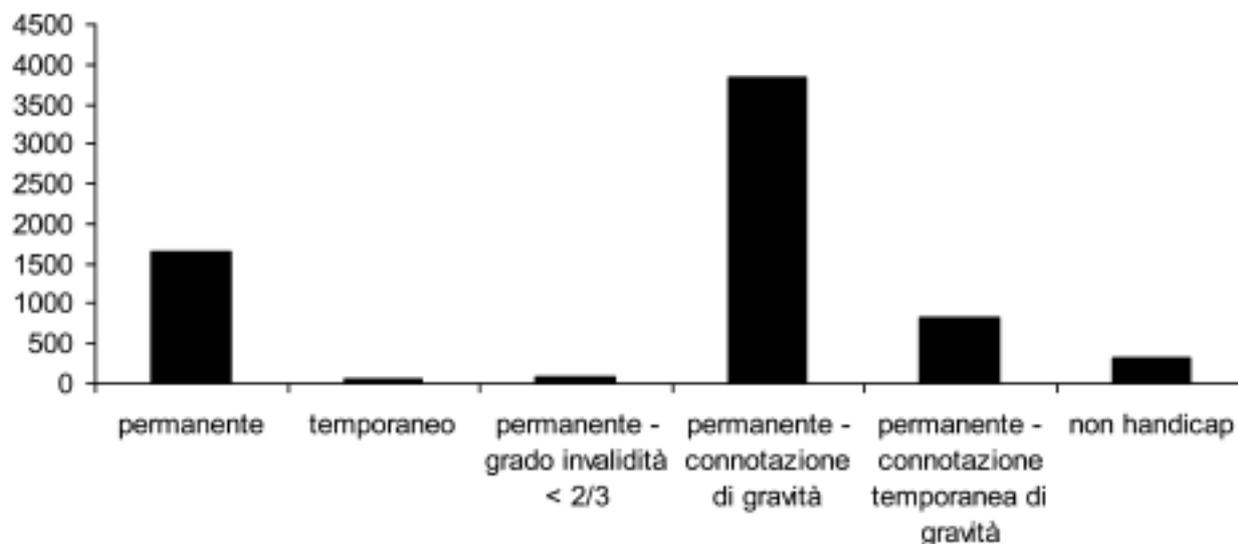
⁹ Art. 2 Definizione di ciechi totali) -1. Ai fini della presente legge, si definiscono ciechi totali: a) coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi; b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore; c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento.

¹⁰ Art. 3 (Definizione di ciechi parziali). 1. Si definiscono ciechi parziali: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento.

¹¹ Art. 3 (Soggetti aventi diritto) -1. È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. 2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative. 3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici. 4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

ne o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. Purtroppo, però, la norma citata non rappresenta l'handicap in maniera univoca ma lo fraziona in alcune pre-definite variabili categoriali, rappresentate [5, 7, 8]: a) dall'handicap con carattere di permanenza (art. 3, comma 1); b) dall'handicap con carattere di permanenza e grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni ascritte alla categoria prima, seconda e terza della Tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648; c) dall'handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità (art. 3, comma 3); d) dall'handicap con carattere di permanenza e connotazione temporanea di gravità (art. 3, comma 3). Anche l'*handicap* ha, dunque, sia pur all'interno di una definizione univoca, una variabilità tassonomica che emerge, a chiare lettere (Grafico 4) se andiamo ad analizzare il data base dell' "Anagrafe dell' *handicap* della Provincia autonoma di Trento".

Graf. 4: Provincia Autonoma di Trento. Anagrafe dell'handicap. Soggetti notificati per tipologia di handicap. Dicembre 1992 - 31 dicembre 2007.



Dunque, più della metà delle persone (3.836, pari al 56,68%) che costituiscono il data-base sono state riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità mentre altre 828 (il 12,23%) sono state riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione temporanea di gravità; quasi un quarto delle stesse (1.643, cioè il 24,28%) è stato, invece, riconosciuto in situazione di handicap con carattere di permanenza, 86 (l'1,27%) sono state riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e grado di invalidità superiore al 67% e, per 56 (lo 0,83%), è stato, infine, riconosciuto uno stato di handicap (non in situazione di gravità) con carattere di temporaneità.

L'ultima norma che resta da esaminare è la Legge 12 marzo 1999, n. 68 (*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 68 del 23 marzo 1999 (Supplemento Ordinario n. 57), che reca le nuove disposizioni riguardo il collocamento lavorativo delle persone disabili che, fino al momento, era disciplinato dalla Legge n. 482/1968. Ed è, in particolare, sull'art. ¹² di tale norma che va focalizzata

¹² Art. 1 (*Collocamento dei disabili*) -1. La presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Essa si applica: a) alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di *handicap* intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti

la nostra attenzione perché, ancora una volta, si (ri)-propone una classificazione frammentata della disabilità con la comparsa, oltre che di *persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali*, di una nuova identità nosologica: quella dei *portatori di handicap intellettuale*.

Sinteticamente, dunque, in nostro sistema di *welfare* si muove sulle “*sabbie mobili*” di una frammentazione definitoria (tassonomica) della disabilità prodotta dal Legislatore sulla base di discutibili premesse di ordine etiologico-categoriale.

4. Le dis-eguità del welfare

La situazione descritta è quella di un cervellotico *puzzle*, difficilmente componibile, all'interno del quale le persone in situazione di bisogno sono state volutamente differenziate sulla base di anacronistici criteri orientati alla individuazione dei fattori produttivi delle disabilità (è questa la ragione per la quale all'interno del nostro sistema di sicurezza sociale trovano posto i *mutilati e invalidi civili*, i *ciechi civili*, i *sordomuti*, gli *handicappati*, i *disabili*, gli *invalidi del lavoro*, gli *invalidi di guerra*, gli *invalidi civili di guerra*, gli *invalidi per causa di servizio*, gli *ex tubercolotici*, ecc.), con una inopportuna -quanto inappropriata- leziosità che arriva, perfino, a distinguere, all'interno di una categoria apparentemente omogenea (i *mutilati e invalidi civili*), quelli che lo sono divenuti a causa di menomazioni di natura fisica, psichica, sensoriale¹³ ed intellettuale¹⁴.

Con tutta una serie di conseguenze che si realizzano sul piano pratico.

La prima è che il nostro sistema assistenziale, per come è stato progressivamente delineato per dar forma e sostanza ai principi (ed ai valori) indicati dall'art. 38 della Costituzione, è un sistema che origina profonde disuguaglianze tra simili (= persone in situazione di bisogno) e, dunque, ampie (e profonde) diseguità sociali che si colgono in molte situazioni.

La più evidente è che le menomazioni degli organi di senso (vista e udito) godono di una posizione di privilegio rispetto a tutte le altre poiché riconosciute al solo titolo della minorazione; in altre parole, il solo accertamento di queste (il sordomutismo e la cecità parziale e totale) determina i conseguenti diritti (= benefici economici) senza la necessità di valutare la singola menomazione in relazione all'*impairment* prodotto, come risulta necessario fare nel caso dei *mutilati e invalidi civili*.

Un'altra diseguità, molto più evidente sul piano della rilevanza sociale, è l'ampia diversità della misura dell'indennità di accompagnamento prevista per i *mutilati e invalidi civili* non autosufficienti, per i *ciechi civili totali* e per i *sordomuti* (Tabella 2).

Ma si pensi, ancora, al collocamento lavorativo dei soggetti definiti “*disabili*” dalla Legge n. 69/1998 ed alla circostanza che tale diritto origina, per gli invalidi del lavoro, quando le conseguenze di una malattia professionale o di un infortunio sul lavoro hanno raggiunto e superato la soglia del 33%, per gli invalidi civili quando tale soglia raggiunge e/o supera il 45% e per gli invalidi per causa di servizio quando tale soglia è compresa all'interno delle categorie ascritte dalla prima all'ottava della Tabella A allegata al Decreto del Presidente della Repubblica n. 915/1978: dunque con una diversità di soglia in relazione alla causa produttiva della menomazione.

approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità; b) alle persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti; c) alle persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni; d) alle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

¹³ In tal senso, l'art. 2 Legge n. 118/1971.

¹⁴ In tal senso, l'art. 1 della Legge n. 68/1999 che, introduce, tra gli invalidi civili, quelli che lo sono divenute per cause di natura “*intellettuale*”.

Tab. 2: Misura della indennità di accompagnamento (Provincia autonoma di Trento: aggiornamento al 31.12.2007)

Settore di tutela assistenziale	Indennità di accompagnamento (importi in EURO/mese)
Invalidi civili	457,66 + 59,69 (assegno integrativo)
Ciechi civili assoluti	710,32 + 94,26 (assegno integrativo)
Sordomuti	242,84 (pensione) + 229,64 (indennità di comunicazione) + 56,69 (assegno integrativo)

La dis-eguità è ulteriormente acuita dalle profonde diversità valutative che, per ogni settore di tutela assistenziale e/o previdenziale, sono normativamente stabilite. Se si prende, a titolo di esempio, la menomazione *“perdita (anatomica o funzionale) di un occhio con l’occhio superstite integro”* e la valutiamo nei singoli settori di tutela che costituiscono il nostro sistema di sicurezza sociale, queste sono le indicazioni valutative (e la relativa fonte):

- invalidità del lavoro:
misura dell’*impairment* (danno biologico): 28%;
Decreto Legislativo n. 38/2000;
- invalidità civile:
misura dell’*impairment* (capacità lavorativa generica): 30%;
Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992;
- pensionistica di guerra:
misura dell’*impairment* (capacità lavorativa generica): 5^a categoria;
Decreto del Presidente della Repubblica n. 934/1981 e successive modifiche;
- pensionistica di privilegio:
misura dell’*impairment* (capacità lavorativa generica): 5^a categoria;
Decreto del Presidente della Repubblica n. 934/1981 e successive modifiche.

Con la conseguenza che la menomazione visiva è la conseguenza di un infortunio sul lavoro la persona assicurata avrà titolo alla corresponsione di una rendita vitalizia mentre se tale perdita è la conseguenza di fatti di guerra o di fatti connessi al servizio nel pubblico impiego, oltre alla rendita vitalizia, il diritto sarà anche al collocamento mirato al lavoro; se la perdita anatomica e/o funzionale di un occhio è, invece, la conseguenza di un evento non riconducibile al lavoro, al servizio o a fatti bellici, la persona non avrà titolo né ad una rendita vitalizia né al collocamento obbligatorio al lavoro ma solo all’eventuale fornitura protesica nel solo caso in cui la valutazione medico-legale tenga conto di quanto previsto dall’art. 3 del Decreto Legislativo 23 novembre 1988, n. 509 (*“Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell’articolo 2, comma 1, della Legge 26 luglio 1988, n. 291”*), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 278 del 26 novembre successivo)¹⁵.

¹⁵ 3. 1. Le percentuali di invalidità, indicate nella tabella di cui al comma 1 dell’articolo 2 in misura fissa ovvero con individuazione di fascia, possono essere ridotte o aumentate dalle competenti commissioni fino a cinque punti percentuali, rispetto ai valori

Ma, per riferirci al nostro contesto territoriale, il richiamo [10] va anche a quanto determinato dalla Giunta provinciale di Trento ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura previsto per le persone non autosufficienti (Legge provinciale n. 6/1998): ci riferiamo alla deliberazione n. 12436 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 13 novembre del 1998 (*"Disposizioni attuative dell' articolo 8 della legge provinciale 28 maggio 1998, volte all'erogazione in via sperimentale del sussidio economico a sostegno delle famiglie per l'assistenza e della cura dei familiari non autosufficienti di cui all'articolo 24, comma 1, lettera c), numero 3) della legge provinciale 12 luglio 1991, n. 14"*) ed alle modalità con cui è stato, in particolare, disciplinata la valutazione del bisogno d' assistenza. L' accertamento, differenziato in relazione all' età della persona sulla scorta di specifici *domini* previsti dal citato atto deliberativo, produce classi differenziate dei soggetti in stato di bisogno, in quanto: nelle persone di età compresa tra 0 e 18 anni, la valutazione produce tre classi di stato di bisogno definiti come *"normale"*, come *"difficoltà medio-lieve"* e come *"difficoltà/incapacità"*; nelle persone di età compresa tra i 18 ed i 65 anni e in quelle ultra-65enni, la valutazione produce tre classi di bisogno (*"nessun particolare bisogno di assistenza"*, *"bisogno elevato di assistenza"* e *"bisogno molto elevato di assistenza"*).

Oltre a notare come le locuzioni utilizzate stridono con la realtà biologica e di vita (ci chiediamo come un minore che abbia il titolo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento possa essere considerato una persona *"normale"*), è sulle ulteriori determinazioni assunte dalla Giunta provinciale di Trento che vogliamo richiamare l'attenzione. Orbene, mentre per i minori il bisogno di assistenza che costituisce requisito per il sussidio è quello connesso alla sola condizione definita come *"difficoltà grave e totale incapacità"*, per tutti le altre persone le condizioni di non autosufficienza considerate ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura sono due: quelle individuate nel bisogno di assistenza definito *"elevato"* e quelle individuate nel bisogno di assistenza definito *"molto elevato"*. Come a dire che lo stato di bisogno è stato individuato per i minori infra-18enni in una sola variabile a fronte delle due variabili (o gradazione) della non autosufficienza previste per tutte le altre. Ma c'è di più sul piano della dis-eguità sociale se andiamo a verificare la misura del sussidio economico stabilito, individuato: tra le 40.000 e le 10.000 lire al giorno per i minori classificati nella condizione di *"difficoltà grave o di incapacità"*; tra le 40.000 e le 10.000 lire al giorno per le persone di età superiore ai 18 anni con un *"bisogno di assistenza elevato"*; tra le 10.000 e le 70.000 lire al giorno per le persone di età superiore ai 18 anni con un *"bisogno di assistenza molto elevato"*.

Si è, dunque, creata all'interno della *non-autosufficienza* una gradazione quantitativa del bisogno in relazione all'età biologica della persona disabile che va soppesata con scale di valutazione differenziate il cui utilizzo determina la misura del beneficio economico che è diversa sia pur a parità di gravità del bisogno medesimo.

La seconda conseguenza di quel *puzzle* al quale si è metaforicamente accennato è che lo *"stato di bisogno"* (o la *disabilità* se vogliamo utilizzare l'etimologico utilizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) viene per lo più interpretata in senso negativo, come perdita della capacità lavorativa, al punto che le percentuali di invalidità che i medici legali esprimono quantificano, numericamente, l'*impairment* all'interno di una scala di valori compresa tra lo 0 ed il 100%; e ciò non sempre risponde all'esigenza di fornire alla persona una risposta su misura, confacente ai suoi reali bisogni modulati -non sempre negativamente- dal contesto e dai fattori ambientali in cui la stessa vive, risposta che si realizza con interventi che non possono essere di sola natura economico-indennitaria ed al solo titolo della minorazione¹⁶ ma che devo-

fissi indicati, con riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta ed alla formazione tecnico-professionale del medesimo. Le competenti commissioni in ogni caso determinano le potenzialità lavorative del soggetto.

¹⁶ Dobbiamo al riguardo osservare come, riguardo alle menomazioni sensoriali, alcuni interventi dei Dicasteri abbiano riconosciuto che il sordomutismo e la cecità siano situazioni che, concretamente, condizionano l'esistenza, per così dire a titolo della minorazione, dell'handicap in situazione di gravità. Peraltro il Ministero della Sanità, con circolare del 17 novembre 1998, ha riconosciuto che le persone in trattamento dialitico, debbano essere considerate -anch'esse a titolo della minorazione- quali soggetti handicappati in

no essere, altresì, personalizzati attraverso l'attenta analisi della specificità individuali e delle capacità (presenti ed attuali e/o da sviluppare) e non meramente rivolta all'esclusivo apprezzamento dell'idoneità, peraltro genericamente intesa, di estrinsecare forza lavoro.

Un'ulteriore conseguenza, davvero nefasta, è il proliferare dei percorsi assistenziali e dei percorsi previdenziali che ne deriva se si considera che ogni specifica normativa di settore delinea l'iter amministrativo che ogni cittadino deve seguire per ottenere il diritto richiesto individuando, al contempo, gli organi tecnico-sanitari chiamati ad accertare lo stato di bisogno, le relative modalità di funzionamento e gli *item* (sistemi tabellari) che devono essere utilizzati nella stima dell'*impairment*; con un'ampia dis-economia di sistema che finisce con il reiterare le visite mediche su una stessa persona quando questa azione, contestualmente o in tempi successivi, percorsi assistenziali e/o previdenziali diversi che produce costi sociali irragionevoli, incremento dei tempi di attesa e carichi di lavoro abnormi legittimando, nel cittadino, quel senso di sfiducia verso le istituzioni prodotto dalla frustrazione delle attese e dalla non piena comprensione delle ragioni che, spesso, legittimano le reiezioni delle domande.

5. La pigrizia del Legislatore

Ciò che stride con una situazione che richiede urgenti interventi correttivi è l'inerzia dei vari Governi che non hanno saputo -o voluto- portare a compimento la volontà espressa, a più riprese, dal nostro Parlamento.

Già la Legge 8 agosto 1995, n. 335 (*"Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare"*) ha fornito la delega al Governo di emanare, entro 12 mesi dalla sua entrata in vigore, norme volte a (ri)ordinare il sistema delle prestazioni previdenziali ed assistenziali di invalidità e di inabilità indicando, contestualmente, i principi generali che avrebbero dovuto regolare la riforma del *welfare* (art. 3, lettera a)¹⁷: tra questi, quello di armonizzare i requisiti medico-sanitari ed i relativi criteri di riconoscimento con riferimento alla definizione di persona in situazione di handicap introdotta dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Questa previsione, ampiamente sollecitata dalla nostra Disciplina che, in più occasioni, ha saputo cogliere le contraddizioni e le disequità del nostro sistema di sicurezza sociale, è stata elusa; mentre altre parti della riforma pensionistica sono state portate a compimento dal Governo nel rispetto dei tempi previsti, il principio -del tutto innovativo- introdotto dall'art. 3, punto 3, della Legge n. 335 non è stato, infatti, nemmeno abbozzato per ragioni di ordine diverso ed alle resistenze degli istituti previdenziali (dell'INAIL in particolare) [25].

situazione di gravità, a fronte dell'evidenza che l'uremia terminale "... impone al paziente di sottoporsi ad un trattamento terapeutico continuativo nel tempo (trattamento dialitico), indispensabile alla sopravvivenza" configurandosi dunque come una "... situazione patologica che incide in maniera rilevante sull'autonomia del paziente arrecandogli un grave svantaggio sia nello svolgimento delle attività extralavorative correlate alla sua età (attività scolastiche, ludiche, ricreative e relazionali in genere) sia nello svolgimento di attività lavorative produttive di reddito trovandosi ... nell'impossibilità di garantire quella continuità prestazionale che qualsiasi attività lavorativa presuppone". Scontate sembrano le ragioni che hanno portato Dicasteri diversi ad intervenire per correlare l'handicap in situazione di gravità ad alcune specifiche minorazioni, pur essendo state tali circolari emanate per il segnalato difforme comportamento delle Commissioni Sanitarie deputate all'accertamento dell'handicap. Tali prese di posizione sollevano, tuttavia, ulteriori perplessità perché le stesse si sono limitate ad alcune intuitive affermazioni rinunciando a qualsivoglia sforzo interpretativo necessario, sotto il profilo metodologico, a fornire una chiave di lettura coerente per orientare, nel modo e nel metodo, il delicato compito valutativo in capo alle Commissioni Sanitarie di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992.

¹⁷ Il Governo della Repubblica è tenuto ad emanare uno o più decreti, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, recanti norme volte a riordinare il sistema delle prestazioni previdenziali e assistenziali di invalidità ed inabilità. Tali norme dovranno ispirarsi ai seguenti principi e criteri direttivi: a) armonizzazione dei requisiti medico-sanitari e dei relativi criteri di riconoscimento con riferimento alla definizione di persona handicappata introdotta dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104; b) armonizzazione dei procedimenti di erogazione e di revisione delle prestazioni, fermo comunque rimanendo per il settore della invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo il principio della separazione tra la fase dell'accertamento sanitario e quella della concessione dei benefici economici ...; c) graduazione degli interventi in rapporto alla specificità delle differenti tutele con riferimento anche alla disciplina delle incompatibilità e delle cumulabilità delle diverse prestazioni previdenziali e assistenziali; d) potenziamento dell'azione di verifica e di controllo sulle diverse forme di tutela previdenziale e assistenziale...

Una situazione del tutto analoga è avvenuta per quanto indicato dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*). L'art. 24 di tale Legge delegava il Governo al riordino, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge medesima, delle prestazioni economiche (assegni ed indennità) previste a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti nel rispetto della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica individuando, nel concreto, i seguenti "... *principi e criteri direttivi*:"

- a) *riclassificazione delle indennità e degli assegni sulla base delle ... funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrazione della povertà o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di handicap, per la valorizzazione delle capacità funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:*
- 1) *reddito minimo per la disabilità totale a cui fare afferire pensioni ed assegni che hanno funzione di integrare, a seconda della minorazione, la mancata produzione di reddito ...;*
 - 2) *reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità ed assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro ... ed a borse di lavoro ... da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;*
 - 3) *indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia. A tale indennità afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilità, totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l'esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilità grave e totale a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L'indennità può essere concessa secondo le seguenti modalità tra loro non cumulabili:*
 - 3.1) *indennità per l'autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;*
 - 3.2) *indennità di cura e di assistenza per ultra-65enni totalmente dipendenti;*
- b) *cumulabilità dell'indennità di cura e di assistenza di cui alla lettera a), numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23;*
- ... (omissis) ...;
- g) *riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali ... prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50% del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito;*
- b) *revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché della Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap - ... (ICIDH)-, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi ...".*

Non è certo questa la sede per entrare nel dettaglio delle diverse indicazioni che, se in parte ancora caotiche (il riferimento è ancora a categorie di persone diverse, fantasiosamente individuate nei *disabili gravi*, nei *pluri-minorati*, negli *ultra-65enni totalmente dipendenti* e nei *disabili totali non autosufficienti*), hanno certamente avuto il merito di porre ancora una volta sul tappeto la questione della revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni economiche previste a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti che avrebbe dovuto avvenire, con una previsione probabilmente meno felice rispetto a quella formulata nel 1995, *tenuto conto* di quanto previsto dall'art. 4 della Legge n. 104/1992 e del sistema di classificazione dei disturbi, della disabilità e dell'handicap all'epoca adottato a livello internazionale. Questione che è rimasta però del tutto irrisolta per ragioni che, ancorché non dichiarate, sono intuitivamente legate all'impatto che tale riforma del nostro sistema di sicurezza sociale avrebbe avuto sulla finanza pubblica.

L'ampia delega che, in tempi diversi e ripetutamente, il Parlamento ha fornito al Governo per il (ri)-ordine del nostro sistema di protezione sociale non è stata -dunque- portata a compimento e, come è spesso accaduto nella storia del nostro Paese, è stata recentemente ipotizzata una strada alternativa per la soluzione della questione rimasta a tutt'oggi aperta, secondo la logica della *devolution*, spostando il problema su altri soggetti istituzionali (nello specifico, le amministrazioni regionali). Ne è esplicita riprova la Legge 9 marzo 2006, n. 80 (*“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione”*): questa legge, all'art. 6, demanda alle Regioni l'adozione delle *“... disposizioni dirette a semplificare ed unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale”*. Nell'incapacità di (ri)-ordinare, a livello centrale, l'attuale sistema di protezione sociale si è dunque deciso di passare il testimone alle singole amministrazioni regionali (non alle Province autonome) che dovrebbero -non sappiamo, però, con quali strumenti- risolvere i problemi creati dall'*ircocervo* previdenziale ed assistenziale; un animale fantasioso che rappresenta il frutto di una produzione normativa vastissima, ma senza una chiara e definita cornice istituzionale e nella quale non si coglie la volontà del Legislatore di rivedere -(ri)-formandola- la copertura welfaristica, ancora frammentata in un co-acervo di variabili tassonomiche definite sul piano medico-giuridico in maniera confusa, imprecisa e a volte tautologica.

6. Il sostegno economico per le persone anziane: l'indennità di accompagnamento

In attesa che il Governo dia il via libera al tanto atteso fondo per la *non-autosufficienza* (ci chiediamo, però, con i 400 milioni di Euro stanziati per il 2009 cosa si potrà realmente fare) la sola forma di sostegno economico prevista, al momento, per le persone ultra-65enni è l'indennità di accompagnamento.

Si tratta [13] di un istituto introdotto nel nostro sistema di sicurezza sociale in tempi abbastanza recenti, con la Legge 11 febbraio 1980, n. 18¹⁸ (*“Indennità di accompagnamento agli invalidi civili total-*

¹⁸ Art. 1 -Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie previste dall'art. 7 e seguenti della citata legge, abbiano accertato che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, è concessa un'indennità di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato, dell'importo di lire 120.000 mensili a partire dal 1° gennaio 1980, elevate a lire 180.000 mensili dal 1° gennaio 1981 e a lire 232.000 mensili con decorrenza 1° gennaio 1982. Dal 1° gennaio 1983 l'indennità di accompagnamento sarà equiparata a quella goduta dai grandi invalidi di guerra ai sensi della Tabella E, lett. A bis, n. 1, del decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915. La medesima indennità è concessa agli invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate. Sono esclusi dalle indennità di cui ai precedenti commi gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto.

mente inabili”) e che è stato, successivamente, novellato con la Legge 21 novembre 1988, n. 508¹⁹ (“*Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti*”) e con il Decreto legislativo 23 novembre 1998, n. 509²⁰ (“*Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell’articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291*”).

L’art. 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118, per come integrato dall’art. 6 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 508, risulta pertanto così formulato: “*Le disposizioni del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, hanno efficacia fino al 30 aprile 1971. A partire dal 1° maggio 1971, in favore dei mutilati ed invalidi civili si applicano le norme di cui agli articoli seguenti. Agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minore di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultra-sessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi ed i sordomuti per i quali provvedono altre leggi*”.

Nella Tabella 3 sono sinteticamente evidenziati i punti di contatto e le peculiarità salienti introdotte dalle due norme emanate nel novembre del 1988.

Tab. 3: L’indennità di accompagnamento: la Legge n. 508/1988 ed il Decreto legislativo n. 509/1988.

	Legge 21 novembre 1988, n. 508	Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509
Requisiti sanitari per la concessione dell’indennità di accompagnamento	Inabilità totale prodotta da affezioni fisiche e/o psichiche, causativa: <ul style="list-style-type: none"> ➤ dell’impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore; ➤ di un’assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita 	Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età prodotta da affezioni fisiche e/o psichiche, causative: <ul style="list-style-type: none"> ➤ dell’impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore; ➤ di un’assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

¹⁹ Art. 1 (Aventi diritto alla indennità di accompagnamento) -La disciplina della indennità di accompagnamento istituita con leggi 28 marzo 1968, n. 406, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni ed integrazioni, è modificata come segue.

1. L’indennità di accompagnamento è concessa: a) ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti; b) ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un’assistenza continua.
2. Fermi restando o requisiti sanitari previsti dalla presente legge, l’indennità di accompagnamento non è incompatibile con lo svolgimento di una attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l’accertamento delle prescritte condizioni sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del 65° anno di età.
3. L’indennità di accompagnamento di cui alla presente legge non è compatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio.
4. Resta salva per l’interessato la facoltà di optare per il trattamento più favorevole.
5. L’indennità di accompagnamento è concessa ai cittadini residenti sul territorio nazionale.

²⁰ (Art. 6) -1. All’articolo 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118, dopo il secondo comma è aggiunto il seguente: “Ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Status lavorativo	Non c'è incompatibilità con l'attività lavorativa	?
Età anagrafica della persona	Non sono previsti limiti di età anagrafica per la concessione di questo diritto economico	Anziani ultra-65enni
Requisiti soggettivi per la concessione dell'indennità di accompagnamento	È concessa: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ai soli cittadini residenti sul territorio nazionale; ➤ è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro e di servizio 	È concessa: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ai soli cittadini residenti sul territorio nazionale; ➤ è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro e di servizio

Le citate norme, nel confermare almeno in parte le previsioni della legge n. 18/1980, introducono importanti modifiche riguardo ai presupposti ed alle condizioni che legittimano il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

Le conferme riguardano le condizioni di pertinenza biologica che sono all'origine del diritto (le "affezioni fisiche o psichiche") e le loro conseguenze individuate, alternativamente, nell'"impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" e/o nella necessità di "un'assistenza continua ... non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita". Le novità attengono, invece, le pregiudiziali amministrative che legittimano il diritto (mentre la legge 18/1980 escludeva "gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto", le due norme emanate nel 1988 circoscrivono il diritto ai soli cittadini residenti nel territorio nazionale purchè gli stessi non siano titolari di "analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio" ferma restando la facoltà, per l'interessato, di "... optare per il trattamento più favorevole") e, soprattutto, la qualificazione dell'impairment, considerato che: a) nella legge n. 508/1988, analogamente alla legge n. 18/1980, il riferimento è alle "affezioni fisiche e/o psichiche" causative di una "totale inabilità", senza alcuna distinzione in base all'età anagrafica della persona; b) nel Decreto legislativo n. 509/1988 il riferimento è, riguardo alle persone infra-18enni ed ultra-65enni, alle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età"²¹.

La novità sostanziale è, dunque, l'individuazione di una distinta condizione necessaria ma non sufficiente (= pre-requisito) posta alla base del diritto ed identificata, rispettivamente, nella "inabilità totale" (Legge n. 508/1988) e, per i soggetti infra-18enni e per i soggetti anziani ultra-65enni, nelle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della loro età" (Decreto legislativo n. 509/1988).

Sul punto sono necessarie alcune precisazioni per caratterizzare, connotandoli, i problemi esistenti nella prassi valutativa non tanto in riferimento all'"inabilità" (pleonasticamente aggettivata "totale") quanto, invece, riguardo alle "difficoltà persistenti" che il Decreto legislativo n. 509/1988 correla, appunto, non già alla *capacità lavorativa* quanto, invece, più appropriatamente, alle "funzioni proprie della loro età" anche se limitatamente ai soli soggetti non considerati i età di lavoro.

²¹ È questo un riferimento non nuovo nella legislazione di settore, considerato che già la legge n. 118/1980 individuava, all'art. 2 ("Nuove norme e soggetti aventi titolo"), le conseguenze delle "minorazioni congenite o acquisite" fondati il titolo per il riconoscimento dell'invalidità civile, distinte: a) nella "riduzione permanente della capacità di lavoro non inferiore ad un terzo" per i soggetti ultra-18enni; b) nelle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età" per i soggetti infra-18enni che, peraltro, venivano riduttivamente ricondotte, dall'art. 17 della stessa norma ("Assegno di accompagnamento"), ad un concetto di incapacità di deambulazione ("non deambulanti") al fine della concessione di questo beneficio economico che, lo ricordiamo, era circoscritto "ai mutilati ed invalidi civili ... che frequentino la scuola dell'obbligo o corsi di addestramento o centri ambulatoriali e che non siano ricoverati a tempo pieno ...".

6.1 L' "inabilità" e le "difficoltà persistenti" a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età

Le due condizioni necessarie ma non sufficienti che sostengono, dunque, il diritto all' indennità di accompagnamento sono rappresentate dalla "inabilità totale" e, per le persone infra-18enni e ultra-65enni, dalle "difficoltà persistenti" a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, come schematicamente evidenzia la Tabella 4.

Tab. 4: Le fasi valutative nell'indennità di accompagnamento

Personale di età compresa tra i 18 ed i 65 anni di età Personale infra-18enni	Anziani ultra-65enni
Impairment valutato secondo la logica tabellare di cui al Decreto ministeriale 5 febbraio 1992	Difficoltà persistenti
Inabilità totale	Compiti e funzioni proprie della loro età
Impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o necessità di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita	Impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o necessità di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

Questi due presupposti-requisiti (=inabilità totale e difficoltà persistenti), che abbiamo definito come condizioni necessarie, ma non sufficienti per il diritto all'indennità di accompagnamento, devono essere ora meglio esplorati non tanto sul piano della tassonomia identificativa²² quanto invece in relazione "a che cosa" esaminarli e con quale distinta metodologia.

Rispetto all' *inabilità totale* la situazione appare del tutto chiara: essa si configura come un paradigma concettuale strettamente collegato all' *inabilità al lavoro* dell'invalidità pensionabile [16], dovendo essere valutata in funzione del *danno funzionale permanente* di cui all'art. 1 del Decreto legislativo n. 509/1988²³, utilizzando la criteriologia medico-legale di cui al Decreto legislativo n. 509/1988 e le indicazioni tabellari del Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992 (in riferimento, dunque, all' *impairment* lavorativo prodotto da ciascuna minorazione e/o dal complesso delle minorazioni, concorrenti e/o coesistenti che esse siano, in riferimento alla capacità di lavoro generico).

Rispetto, invece, alle *difficoltà persistenti* i problemi interpretativi rimangono, invece, quanto mai aperti (ed insoluti), nonostante la Circolare del Ministero della Sanità emanata nel 1998, con un corto-circuito interpretativo quanto mai deteriore, abbia tentato di risolverli riconducendole, maldestramente, nell'alveo dell' *impairment lavorativo*. Le normative poc' anzi ricordate lasciano, dunque, del tutto aperta la domanda del "a che cosa" ricondurre le "difficoltà persistenti" o, meglio, non la affrontano: esse individuano le due condizioni necessarie ma non sufficiente (= pre-requisiti) che debbono essere accertate alla base del diritto

²² Mentre l' *impairment* lavorativo, nelle sue distinte variabili quantitative (invalidità, inabilità e super-invalidità), è un concetto ampiamente conosciuto nella formazione medico-legale anche perché trasversale rispetto a tutti gli ambiti costitutivi l'attuale sistema di sicurezza sociale (assistenza e previdenza), le *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età* rappresentano un ambito valutativo di più recente comparsa, del tutto peculiare dell'attività medico-legale erogata dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo assistenziale, intriso di ampie criticità correlate, a ben vedere, ad un unico indicatore comune: l'assoluta carenza di indicazioni normative chiare e puntuali che individuino quali effettivamente sono le funzioni proprie dell'età e con quali strumenti (*items*) e metodi valutarle.

²³ Art. 1 del Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509: "Le minorazioni congenite di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali, che comportano un danno funzionale permanente".

to all'indennità di accompagnamento, le identificano, distintamente, nella "inabilità totale" e nelle "difficoltà persistenti" e riconducono queste ultime, ancorché limitatamente ai soggetti infra-18enni ed ai soggetti anziani ultra-65enni, non già all'*impairment* lavorativo quanto, invece, alla capacità di *svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*²⁴. *Compiti e funzioni* che non sono stati, tuttavia, esplicitati dal Legislatore che sembra, dunque, intenderli in maniera del tutto indistinta (ed omogenea) nelle due classi di età, con un vuoto normativo che è all'origine di quel corto-circuito interpretativo che, a ben vedere, finisce per sovrapporre (confonderle) con gli *atti quotidiani della vita* che rappresentano, insieme alla capacità di deambulazione, una delle due realtà fattuali che legittimano la concessione dell'indennità di accompagnamento.

Con tutta una serie di incoerenze cui è solo il caso, in questa sede, di accennare.

Una prima incoerenza nasce dalla staticità dei *compiti e delle funzioni proprie della (loro) età* riferita a due grandi ed eterogenee categorie di popolazione, rappresentate dai soggetti infra-18enni e dai soggetti anziani ultra-65enni che non consente la loro modulazione in relazione alla reale situazione della persona; i *compiti e le funzioni proprie dell'età* di un neonato di pochi mesi non possono essere certamente sovrapponibili a quelli di un adolescente come, del resto, i *compiti e le funzioni proprie dell'età* di un soggetto 65-enne ancora in attualità di lavoro non possono essere assimilati a quelli di una persona ultra-centenaria.

Una seconda incoerenza è prodotta dall'accennato difetto di esplicitazione che finisce con il confondere (sovrapporre) i *compiti e le funzioni proprie della (loro) età* con gli *atti quotidiani della vita* che riproducono, nella nostra lingua, una terminologia della medicina riabilitativa anglosassone (*activity daily living*) e per la cui valutazione sono state proposte, nel tempo, moltissime *scale di valutazione multidimensionale* di tipo prevalentemente descrittivo; questi ultimi rappresentano, eventualmente, lo "zoccolo duro" (o la base) di un'ipotetica piramide che, più estensivamente, individua i *compiti e le funzioni proprie dell'età*, ma non possono certamente (ri)-comprenderli esaustivamente o, addirittura, essere interpretati come un loro sinonimo.

Una terza incoerenza connota, infine, uno tra i più evidenti paradossi che caratterizzano, oggi, il sistema di valutazione dell'invalidità civile.

Mentre l'*impairment* lavorativo si determina con la rigorosa applicazione delle regole stabilite dal Decreto legislativo n. 509/1988 che, nel gioco delle menomazioni concorrenti e coesistenti e delle franchigie previste, consente al valutatore una discrezionalità, rispetto alle percentuali di invalidità ottenute con l'applicazione delle Tabelle approvate nel 1992, di 5 punti percentuali (in più o in meno) in relazione alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta ed alla formazione tecnico-professionale del medesimo, i *compiti e le funzioni proprie dell'età* e le relative *difficoltà persistenti* risentono di un'area di ampia incertezza definitoria sostenuta da un vuoto legislativo incomprensibile che, prestandosi alla libera interpretazione, finisce con il creare, nel nostro Paese, fenomeni di ampia dis-equità sociale.

Questo vuoto è stato colmato, a più riprese, da alcuni tentativi di interpretazione/esplicitazione delle norme poc'anzi ricordate che hanno finito con il creare l'effetto opposto: quello, cioè, di produrre altre confusioni definitorie in un settore di tutela che necessita di un'ampia, e non più differibile, riforma strutturale; ci si riferisce, in particolare a due circolari del Ministero della Sanità emanate, rispettivamente, il 4 dicembre del 1981 e il 28 settembre del 1992 nonché alla circolare del Ministero della Sanità (Dipartimento di Prevenzione) del 27 luglio 1998.

Con la prima circolare del 1981 (prot. n. 500.6/AG. 927-58-1449) il Ministero della Sanità ha cercato di chiarire, anche se in maniera del tutto succinta, le due condizioni alternativamente previste per il diritto all'indennità di accompagnamento pur senza affrontare, come nella circolare successiva, la questione, pregiudiziale, dei *compiti e delle funzioni proprie dell'età*. In questa circolare viene precisato che "... si tro-

²⁴ Questa locuzione non risulta essere una situazione del tutto nuova nel panorama delle leggi assistenziali, essendo già stata utilizzata dal Legislatore, ancorché limitatamente alle persone infra-18enni e specificatamente a fondamento dell'*assegno di accompagnamento*, nella Legge n. 118/1970.

vano nella impossibilità di deambulare gli invalidi che non deambolano neppure con l'aiuto di presidi ortopedici" e che "... per atti quotidiani della vita si intendono quelle azioni elementari che espletta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza". Con la successiva circolare del 1992, lo stesso Ministero ha identificato gli atti quotidiani della vita in "... quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire, ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana"; rispetto alla precedente, questa circolare estende il concetto di "atti quotidiani della vita" finendo con il (ri)-comprendervi anche quelle funzioni "relativamente più complesse" che, sia pur disgiunte dall'*impairment* lavorativo, consentono alla persona un'esistenza comunque dignitosa.

Con la circolare del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità del 27 luglio 1998 (prot. n. DPV.4/H-F1/643) si affronta, invece, la questione delle *difficoltà persistenti* in una maniera del tutto incoerente rispetto all'ampia elaborazione dottrinale, anche se con l'obiettivo di dichiarato di "... semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento" e di risolvere gli ampi problemi prodotti dal venir meno della percentualizzazione dell'*impairment* lavorativo nei soggetti anziani ultra-65enni e che, per la frammentarietà delle norme, erano all'origine di ampie difficoltà sia nel campo della fornitura di protesi e/o di ausili sia nel campo dell'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa farmaceutica ed a quella sanitaria. La richiamata circolare interpretativa, nel tentativo di porre rimedio ai problemi creati (o sfuggiti) dallo stesso Legislatore, ha compiuto un'operazione del tutto fuorviante che, nella sua apparente semplicità, ha prodotto aspetti del tutto devastanti sul piano della corretta interpretazione delle norme che disciplinano l'istituto dell'invalidità civile e di altre norme di settore [13]; ci si riferisce, in particolare, alla normativa riguardo all'*handicap* che, sul piano interpretativo, ha sofferto dei negativi condizionamenti creati dai corto-circuiti interpretativi prodotti dalla circolare ministeriale del 1998 che, a ben osservare, hanno finito con il confondere l'*impairment* lavorativo con i *compiti* e le funzioni proprie dell'età e la superinvalidità (l'indennità di accompagnamento) con l'*handicap* in situazione (con connotazione) di gravità di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992. Essa ha, in particolare, graduato le *difficoltà persistenti* di cui all'art. 6 del Decreto legislativo n. 509/1988 su tre livelli (identificati con l'aggettivo di "lieve", "medio-grave" e "grave"), dedotti, "... o sulla base degli atti o procedendo ad una nuova visita medica", in riferimento alla misura percentuale dell'*impairment* lavorativo. Ecco, per intero, la parte della Circolare che ha sollevato un coro unanime di critiche: "... si ritiene che i diversi livelli e gradi di difficoltà possano essere ricondotti a tre classi: difficoltà lievi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 33,3% ed il 66,6% (da 1/2 a 2/3), ai fini della fruizione dell'assistenza protesica (art. 4, comma 2, del D.M. 28 dicembre 1992); difficoltà medio-gravi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99%, ai fini della esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6 del D.M. 1° febbraio 1991, e successive modifiche); difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100%, ai fini della esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16, della legge n. 537/1993 e successive modificazioni).".

Le richiamate circolari ministeriali hanno, dunque, ingenerato un ulteriore caos interpretativo e, inducendo la nostra Disciplina ad un cammino a ritroso, hanno prodotto straordinari problemi applicativi nonostante l'auspicata semplificazione, anche perché: non esplicitano quali sono gli *atti quotidiani della vita* in relazione ai quali devono essere valutate le *difficoltà persistenti* pur individuandoli, a più riprese, nelle "azioni elementari" ed anche in quelle "relativamente più complesse ... tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente ..."; non indicano quali sono gli strumenti (griglie) da utilizzare nella valutazione delle *difficoltà persistenti* e se, analogamente all'*impairment* lavorativo, esista o meno una soglia di franchigia il cui superamento legittima il diritto all'indennità di accompagnamento; corto-circuitano i problemi creati dal Legislatore graduando le *difficoltà persistenti* in relazione all'*impairment* lavorativo.

6.2 Gli strumenti multiassiali di valutazione delle “*difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età*”

È, questo, un tema di straordinario interesse pratico-applicativo per la nostra Disciplina che si cimenta, sempre più, con alcuni paradigmi valutativi di recente comparsa nel nostro sistema di sicurezza sociale che trascendono il tradizionale *impairment* lavorativo medico-legalmente valutato, a seconda dei diversi ambiti, sulla scorta di precise indicazioni tabellari: ci riferiamo al tema della *valutazione multi-dimensionale* anticipato dall’Organizzazione mondiale della Sanità nel 1980, del *danno funzionale permanente* introdotto con il Decreto legislativo n. 509/1988 e della *diagnosi funzionale* di cui alla Legge-quadro in materia di handicap (la Legge n. 104/1992) ed alla norma che disciplina il collocamento mirato al lavoro delle persone disabili (la Legge n. 68/1999) che, trascendendo in nostro abituale riferirsi ad una forma di danno circoscritto alla sola capacità lavorativa (generica, specifica e/o semi-specifica), si cimenta, sempre più, anche se con alterne fortune, con l’idea di un’indissolubile integrità (ed unicità) bio-psico-sociale della persona disabile, anticipata, oltre mezzo secolo fa, dal paradigma della *validità* propugnato da Cesare Gerin.

Ed è, questo, un tema che deve essere progressivamente sviluppato nei suoi aspetti pratico-applicativi anche perché è proprio su di esso che si giocano, oggi e nel prossimo futuro, oltre alla nostra credibilità professionale, le prospettive di sviluppo della Medicina legale pubblica cui apparteniamo e del cui destino siamo, comunque, responsabili.

Iniziamo con l’osservare che gli strumenti che ci consentono di approcciare, in maniera sistemica, la valutazione delle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età* (individuati, d’ora in avanti, con il termine di *scale di valutazione multi-dimensionali*), sono numerosissimi [23]; la ricerca medica²⁵, specie nel campo riabilitativo e neurologico, ha, infatti, prodotto una serie davvero impressionante di scale di valutazione e di quantificazione sia dei sintomi (ad es. il dolore, i disturbi emotivi, i disturbi della memoria, i disturbi del sonno, ecc.), sia delle diverse malattie (esistono, ad es., specifiche scale di valutazione per la sclerosi multipla, per la sclerosi laterale amiotrofica, per la malattia di Parkinson, per le malattie midollari, per l’epilessia, ecc.), sia, infine, delle disabilità da queste prodotte in riferimento alle funzioni della vita quotidiana ed alla qualità (percepita) della vita stessa.

Queste *scale di valutazione multi-dimensionale* sono, peraltro, riconducibili a due tipologie fondamentali: le scale di valutazione multi-dimensionale cosiddette qualitative (o descrittive), come ad esempio la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (*ICF*) approvata, il 22 maggio 2001, dall’Organizzazione mondiale della sanità [11]; le scale di valutazione multi-dimensionale cosiddette quantitative (in grado, cioè, di misurare quanto osservato o, almeno, di inserire le osservazioni in una griglia di analisi quantitativa), come ad esempio l’*indice di Barthel*, l’*indice di Katz*, il *Mini mental state*, il *Short portable mental status questionnaire*, ecc. Ed ancora: la stragrande maggioranza di queste *scale di valutazione multi-dimensionale* sono formate da *dominii* che si deducono attraverso il resoconto di quanto dichiarato, in sede di intervista, dalla persona e/o dai familiari della stessa (ad. es. l’*indice di Barthel* e l’*indice di Katz*); altre, invero in minoranza, individuano *domini* che richiedono l’effettuazione di veri e propri tests di performance (ad. es. il *Physical performance test* di Reuben e Sui).

Una carrellata di alcune *scale di valutazione multi-dimensionale*, tralasciando quelle a contenuto descrittivo che sembrano poco soddisfacenti per i nostri scopi, servirà a chiarire meglio il nostro pensiero.

²⁵ Le numerosissime scale di valutazione multi-dimensionale ottemperano ai criteri di validazione principali e secondari che sono stati così individuati: obiettività (i dati raccolti devono essere valutati ed interpretati indipendentemente dall’esperienza dell’esaminatore e chiunque la utilizza deve ottenere un identico risultato al termine della valutazione della stessa persona); affidabilità (gli items di ciascuna scala di valutazione devono saper misurare correttamente la caratteristica in esame); validità (una metodica è valida quando misura effettivamente le caratteristiche osservate); standardizzazione dei dati (le scale di valutazione devono fornire un punto di riferimento per la classificazione dei dati raccolti); confrontabilità; economia (breve tempo di esecuzione, poco materiale di consumo, facile esecuzione e valutazione); utilità; sensibilità/specificità.

Iniziamo con il riportare la *scala di valutazione multi-dimensionale* proposta da Katz nel 1963 denominata *Katz index of daily living* per la riabilitazione di pazienti con esiti di fratture di collo del femore (Tabella n. 5): una scala di facile somministrazione, con tempi medi di lavoro del tutto contenuti (circa 5 minuti), utilizzabile nella riabilitazione e nella routine clinica, che consente di graduare la dipendenza (le *difficoltà persistenti*) della persona su 6 livelli progressivi di gravità [19].

Tab. 5: Il Katz index of daily living

FUNZIONE	INDIPENDENTE	DIPENDENTE
Fare il bagno	Assistenza solo per lavare una singola parte	Assistenza per lavare più di una parte del corpo, per entrare o uscire dalla vasca
Andare al WC	Si reca al WC, si sposta sul/dal water, aggiusta i vestiti, provvede all'igiene intima	Usa padella o comoda o riceve assistenza
Capace di spostarsi	Mettersi a letto e scendere dal letto da solo e spostarsi sulla e dalla sedia	Assistenza per mettersi e scendere dal letto e dalla sedia; non riesce a fare uno o più trasferimenti
Vestirsi	Prendere vestiti da armadi e cassetti, indossarli (escluso l'atto di allacciare le scarpe)	Non si veste da solo o rimane parzialmente svestito
Continenza	Minzione e defecazione auto-controllate	Parziale o completa incontinenza
Nutrirsi	Portare il cibo dal piatto alla bocca	Assistenza per nutrirsi

Nella scala sono considerati 6 *items* (igiene personale, vestirsi, uso del gabinetto, continenza, alimentazione e capacità di spostamento) con una scala progressiva del grado di dipendenza (da A a G): A (indipendente riguardo a nutrirsi, continenza, capacità di spostarsi, usare il WC, vestirsi e fare il bagno); B (indipendente riguardo a tutte queste funzioni meno una); C (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno ed un'altra funzione); D (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi ed un'altra funzione); E (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi, andare al WC ed un'altra funzione); F (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi, andare al WC, capacità di spostarsi ed un'altra funzione); G (dipendente in tutte e 6 le funzioni).

Una seconda scala di valutazione quantitativa (Tabella 6) è quella proposta da Barthel nel 1965 [20] per la valutazione delle attività quotidiane della vita in pazienti con esiti di ictus cerebrale e della quale, esistono alcune differenti versioni, più o meno semplificate (Tabella n. 6); una scala di facile somministrazione, con tempi medi di lavoro del tutto contenuti (da 5 a 10 minuti), utilizzata nella routine clinica, che consente di graduare la dipendenza (le *difficoltà persistenti*) all'interno di uno score da 0 a 100 (100 punti significano la buona indipendenza della persona).

Tab. 6: La scala di Barthel

FUNZIONE	CON AIUTO	INDIPENDENTE
Alimentazione	5	10
Muoversi dalla sedia a rotelle al letto e ritorno	5-10	15
Igiene personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, radersi, lavarsi i denti)	0	5

Spostarsi sul/dal water	5	10
Fare il bagno	0	5
Camminare su una superficie piana	10	15
Salire e scendere le scale	5	10
Vestirsi	5	10
Controllo sfinterico (intestino)	5	10
Controllo sfinterico (vescica)	5	10

In questa scala, diversamente alla precedente, sono considerati 10 attività della vita quotidiana comprese la continenza vescicale e quella intestinale ed all'esaminatore non sono chieste particolari conoscenze e/o abilità; l'attendibilità intra ed inter-osservatori è buona ed il solo difetto di questa scala di valutazione multi-dimensionale è che la sensibilità al test non è molto alta.

Una terza scala di valutazione multi-dimensionale è quella proposta, nel 1990, da Reuben e Sui [22] per misurare le funzioni motorie globali, utilizzata, prevalentemente, nel campo riabilitativo (Tabella 7).

Tab. 7: La scala di Reuben e Sui

FUNZIONE	4 punti	3 punti	2 punti	1 punto	0 punti
Scrivere una frase	Meno 10 sec	10-15 sec	15, 5-20 sec	Più di 20 sec	incapace
Simulare il mangiare	Meno 10 sec	10-15 sec	15, 5-20 sec	Più di 20 sec	incapace
Sollevere un libro	Meno 2 sec	2,5-4 sec	4,5-6 sec	Più di 6 sec	incapace
Mettersi e togliersi una giacca	Meno 10 sec	10-15 sec	15, 5-20 sec	Più di 20 sec	incapace
Raccogliere moneta dal pavimento	Meno 2 sec	2,5-4 sec	4,5-6 sec	Più di 6 sec	incapace
Girare di 360°	Salta	Salta	Passi continui	Salta	Passi discontinui
Camminare di 50 piedi	Meno 15 sec	15,5-20 sec	20,5-25 sec	Più di 25 sec	incapace
Salire rampa di scale	Meno 5 sec	5.5-10 sec	10,5-15 sec	Più di 15 sec	incapace
Salire le scale	Numero di rampe di scale in salite e discesa (massimo 4)				incapace

Questa scala ha, rispetto alle precedenti, alcuni svantaggi ed alcuni vantaggi. Gli svantaggi consistono nel lungo arco di tempo necessario per la sua somministrazione, compreso tra i 15 ed i 20 minuti e nella circostanza che questa scala, per i nostri scopi, è in grado di misurare solo alcuni indici motori; i vantaggi, particolarmente importanti per la nostra attività, consistono, invece, nella possibilità di desumere obiettivamente (non su base anamnestica) le *difficoltà* rilevate, di cronometrare i tempi di esecuzione dei diversi tests di performance proposti per ciascuna funzione e di graduare le difficoltà rilevate all'interno di uno score compreso tra 0 (incapacità) e 36 punti (28 punti nella variante semplificata).

Altre scale di valutazione multi-dimensionale sono orientate a valutare le attività domestiche della vita quotidiana (*instrumental activities of daily living* ampiamente note con l'acronimo IADL) e, ancora, le attività avanzate ancorché non essenziali della vita quotidiana ivi compresa la qualità percepita del benessere (come ad es. la *Qualità of well-bein scale* propostala Kaplan e Coll. nel 1978) e/o l'indice di soddisfazione della propria vita (come ad es. il *Life satisfaction index* proposto da Neugarten e Coll. nel 1989); queste scale di valutazione hanno, evidentemente, un interesse pratico del tutto scarso per la valutazione di quello che abbiamo definito essere, con riguardo agli anziani ultra-65enni, il pre-requisito (le *difficoltà persistenti*) alla base dell'indennità di accompagnamento, pur potendo rappresentare un valido ausilio per determinare il funzionamento complessivo della persona in altri contesti assistenziali e nell'handicap in particolare.

Tra le molte scale proposte per la patologia psicogeriatrica particolare interesse, oltre al MMSE, ha la *Geriatric Depression Scale* (GDS) proposta da Yesavage e Coll. nel 1983, la *Cornell scale for depression in dementia* e la *scala clinica per la valutazione dell'insight*.

La *Geriatric Depression Scale* (Tabella 8) è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e può essere utilizzata anche nel paziente demente di grado lieve-moderato; se ne sconsiglia, invece, l'utilizzo nei pazienti con un MMSE inferiore a 15. È uno strumento composto da 30 items, che esclude la rilevazione dei sintomi somatici e di sintomi psicotici: le risposte sono di tipo binario (si/no) e questo rende lo strumento di più facile utilizzo nei pazienti anziani con deficit cognitivo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un cut-off individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lieve-moderata, 17 o superiore depressione grave.

Tab. 8: La Geriatric depression scale

		SI	NO
1	È soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	Si annoia spesso	1	0
5	Ha speranza nel futuro?	0	1
6	È tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7	È di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10	Si sente spesso indifeso?	1	0
11	Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0
12	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13	Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16	Si sente spesso abbattuto e triste. adesso?	1	0
17	Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	1	0

18	Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19	Trova che la vita sia molto eccitante?	0	1
20	Le risulta difficile iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21	Si sente pieno di energia?	0	1
22	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23	Pensa che la maggior parte delle persona sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24	Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25	Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26	Ha difficoltà a concentrarsi?	1	0
27	Si alza con piacere la mattina?	0	1
28	Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29	Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30	Ha la mente lucida come prima?	0	1

Totale: ____/30

La *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CDS) è una scala appositamente disegnata per la valutazione dei sintomi depressivi nei pazienti dementi; essa utilizza una serie standardizzata di items che sono rilevati attraverso un'intervista ad una persona che conosce il paziente (familiare o operatore) ed il colloquio semi-strutturato con il paziente. Si tratta quindi di uno strumento osservazionale, che non richiede la risposta diretta del paziente a domande formulate in modo standardizzato. La scala si compone di 19 items, con risposte che hanno un punteggio graduato da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo); in popolazioni di dementi uno score superiore a 9 alla CDS identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva (Tabella 9).

Tab. 9: La Cornell scale for depression in dementia

	non applicabile	assente	lieve/moderato	severo
Alterazioni del tono dell'umore				
Ansia (espressione ansiosa, ruminazione, inquietudine)	a	0	1	2
Tristezza (espressione triste, voce triste al limite del pianto)	a	0	1	2
Mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli	a	0	1	2
Irritabilità (facilmente irritabile, in collera, annoiato)	a	0	1	2
Disturbi comportamentali				
Agitazione (impazienza, movimento nervoso delle mani)	a	0	1	2
Rallentamento motorio/movimenti rallentati, discorso rallentato, reazioni lente)	a	0	1	2
Lamento di molteplici disturbi fisici (segnare 0 in presenza di soli sintomi gastro-intestinali)	a	0	1	2

Perdita di interessi (minore partecipazione alle attività usuali) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)	a	0	1	2
Segni fisici				
Diminuzione dell'appetito (mangia meno del solito)	a	0	1	2
Perdita di peso (segnare se la perdita di peso è superiore a 2 kg in meno di un mese)	a	0	1	2
Mancanza di energia (si stanca facilmente, è incapace di sostenere un'attività) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)	a	0	1	2
Funzioni cicliche				
Variazioni del tono dell'umore durante la giornata (sintomi più intensi al mattino)	a	0	1	2
Difficoltà ad addormentarsi (si addormenta più tardi rispetto al solito)	a	0	1	2
Numerosi risvegli notturni	a	0	1	2
Precoce risveglio mattutino (risveglio precoce rispetto al solito)	a	0	1	2
Disturbi ideativi				
Suicidio (sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta, desiderio di suicidio, tentato suicidio)	a	0	1	2
Bassa autostima (autoaccusa, diminuzione della stima di sé, sentimento di fallimento)	a	0	1	2
Pessimismo (si attende il peggio)	a	0	1	2
Deliri relativi all'umore (idee deliranti di rovina, di malattia di abbandono)	a	0	1	2

La *Clinical insight rating scale* (CIRS) è formulata come intervista semi-strutturata e deve essere preceduta da un colloquio con il caregiver del paziente, durante il quale sono indagate le motivazioni della visita dal medico, la durata di malattia, le modalità di insorgenza e di progressione dei deficit cognitivi, dall'impatto di questi sullo stato funzionale e la condizione clinica attuale. La versione italiana di questa scala, validata dal Gruppo di Ricerca Geriatrica [28] valuta un ampio spettro dell'insight e si sviluppa lungo le seguenti 4 direttrici (Tabella 10): consapevolezza della ragione della visita medica, consapevolezza del deficit cognitivo, consapevolezza dei deficit funzionali e consapevolezza della progressione della malattia. Il punteggio complessivo varia da 0 a 8 ed ogni item può avere un punteggio da 0 a 2: un punteggio di 0 equivale alla piena consapevolezza, quello di 2 alla negazione totale mancanza di insight; un punteggio di 1 equivale ad una parziale o minima consapevolezza dei deficit.

Per i nostri specifici scopi, una *scala di valutazione multi-dimensionale* dovrebbe rispondere ad una serie di presupposti ben definiti che non si riconoscono esaminando i tradizionali criteri di validazione delle stesse: essa dovrebbe, soprattutto, essere in grado di analizzare qualitativamente, con il consenso generale della comunità, ciò che estensivamente (e genericamente) il Legislatore ha definito come *compiti e funzioni proprie dell'età* procedendo, nel contempo, ad una quantificazione rigorosa delle *difficoltà persistenti*, avvalendosi sì del resoconto anamnestico fornito dalla persona (e/o dai familiari della stessa), ma comprovandolo sul piano dimostrativo, coerentemente con la nostra tradizionale metodologia.

Tab. 10: La scala dell' insight:

	Insight completo	Insight Parziale	Insight nullo
Consapevolezza della ragione della visita	0	1	2
Consapevolezza del deficit cognitivo	0	1	2
Consapevolezza dei deficit funzionali	0	1	2
Consapevolezza della progressione della malattia	0	1	2
Totale	___/8		

Diciamo subito che una scala di valutazione che soddisfa, contestualmente, questi criteri quali-quantitativi non è stata ancora validata sul piano internazionale probabilmente perché non se è ancora sentita la necessità visto che le diverse scale elaborate soddisfano, prioritariamente (o esclusivamente), finalità di natura riabilitativa e/o assistenziale e non già valutativa.

7. Le scelte di politica socio-sanitaria della Provincia autonoma di Trento

La necessità di disporre di strumenti (o scale) di *valutazione multi-dimensionale* per descrivere e misurare le *difficoltà persistenti* è un'esigenza ampiamente sentita nel contesto di tutte le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale non solo nell'ottica di standardizzare i giudizi valutativi e di evitare al contempo le dis-eguità sociali ma, soprattutto, per colmare il *gap* cui abbiamo più volte accennato: la mancanza di chiare indicazioni normative che qualificano le *difficoltà persistenti*, caratterizzandole in relazione agli *atti quotidiani della vita*.

Questa necessità pratica rischia, tuttavia, di trascurare un problema di straordinario rilievo: la scelta di una *scala di valutazione multi-dimensionale*, tra le molte disponibili, finisce per determinare la selezione dei soggetti aventi titolo all'indennità di accompagnamento, in relazione alla tipologia degli *items* che spazia, appunto, tra un minimo (le attività quotidiane della vita o ADL) ed un massimo (le attività avanzate della vita o AADL). È evenienza scontata che una *scala di valutazione multi-dimensionale* orientata a ponderare la qualità del benessere, gli indici di soddisfazione della propria vita ed anche le attività domestiche della vita quotidiana (IADL) come, ad esempio, la preparazione dei pasti, lo svolgimento dei lavori domestici, l'effettuazione della spesa, il rifacimento del letto, ecc., seleziona il campione in studio in maniera oltremodo diversa rispetto ad una scala di valutazione che esamina, come l'indice di Barthel o l'indice di Katz, pochi e ben definiti parametri, circoscritti alle sole attività quotidiane della vita (ADL). La scelta di una scala di valutazione influenza, dunque, non tanto il risultato osservato quanto, se la scala è quantitativa, il numero di soggetti che possiamo definire *“dipendenti”* (o non autosufficienti, per usare un termine oggi ancora in voga) in relazione ad una serie di difficoltà (o di incapacità) ed è per questa ragione che la medesima non può essere ricondotta ad una responsabilità tecnica; si tratta, infatti, di una scelta di altro tipo che non può essere ricondotta (o delegata) alla sfera di responsabilità dei singoli valutatori che, pur sentendone la necessità nell'ottica di standardizzare i giudizi valutativi e di garantire, al contempo, l'equità sociale, devono, attivamente, sollecitare l'intervento di chi ha la responsabilità politica, come è avvenuto nella Provincia autonoma di Trento.

Ne è riprova è la delibera n. 2704 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 9 aprile del 1999 recante gli *Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi dei soggetti ultra-65enni* e nella cui premessa²⁶ sono contenute alcune precisazioni in linea con il pensiero e l'elaborazione me-

²⁶ Il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 prevede che: "Ai fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultra-65enni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età". La predetta norma riafferma il principio già presente nell'art. 6 del Decreto legislativo 509/88 secondo il

dico-legale; l'anacronismo della capacità lavorativa e, in particolare, l'inapplicabilità della valutazione tabellare nel caso di soggetti che non hanno ancora raggiunto o hanno concluso l'arco della vita lavorativa.

Quest'atto deliberativo, in breve ma analitica sintesi, individua: le *scale di valutazione multi-dimensionale* (ed i relativi items) per la valutazione delle *difficoltà persistenti* che costituiscono il pre-requisito per l'indennità di accompagnamento; i livelli progressivi di gravità delle *difficoltà persistenti*; le prestazioni (sanitarie ed economico-assistenziali) erogabili a ciascuno dei progressivi livelli di gravità.

Per quanto attiene le *scale di valutazione multi-dimensionale* da utilizzare nella valutazione delle *difficoltà persistenti* riguardo alle persone anziane ultra-65enni, la Giunta provinciale di Trento ha individuato: l'*indice di Barthel-mobilità* per la valutazione della mobilità (deambulazione, passaggi posturali e capacità di salire/scendere le scale); l'*indice di Barthel-ADL* per la valutazione degli *atti quotidiani della vita* (identificati nell'alimentazione, nella vestizione, nel bagno, nella cura del corpo, nella continenza urinaria e fecale e nell'utilizzo del WC); il *Mini mental state* per la valutazione, ove necessario, delle diverse funzioni della sfera cognitiva.

L'*indice di Barthel-mobilità*, nella versione richiamata nell'atto deliberativo, indaga i seguenti 3 items ad ognuno dei quali corrisponde una griglia di analisi pre-definita con dei punteggi numerici:

Trasferimento sedia-letto:

- indipendente (15 punti)
- minima assistenza o supervisione (10 punti)
- capace di sedersi ma necessita di massima assistenza al trasferimento (5 punti)
- dipendente (0 punti)

Deambulazione:

- indipendente, può usare ausilio ad eccezione del girello (15 punti)
- con aiuto (o girello) per almeno 50 passi (10 punti)
- indipendente con carrozzina o in grado di compiere pochi passi con aiuto o con ausili (5 punti)
- dipendente (0 punti)

Salita scale:

- indipendente (10 punti)
- necessita di aiuto o supervisione (5 punti)
- non è in grado (0)

A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono le tre seguenti classi di difficoltà persistente nella funzione deambulatoria:

- punteggio di Barthel mobilità da 30 a 40: persona autonoma nella deambulazione;
- punteggio di Barthel mobilità da 15 a 25: persona assistita nella deambulazione;
- punteggio di Barthel mobilità da 0 a 10: persona dipendente nella deambulazione.

quale la valutazione dell'invalidità dei soggetti ultra-65enni deve essere ancorata alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età piuttosto che alla riduzione della capacità lavorativa ... Ciò detto il Legislatore non ha però definito su quali parametri medico-legali debba essere misurata, al pari di quanto avviene per la capacità lavorativa, la difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età, lasciando le relative Commissioni sanitarie nell'incertezza più completa. La valutazione dell'invalidità civile nei soggetti infra-18enni ed ultra-65enni non può essere infatti effettuata utilizzando i parametri fissati dalle Tabelle indicative delle percentuali di invalidità ... in quanto le stesse risultano riferirsi all'incidenza di ogni singola menomazione sulla capacità lavorativa...".

L' *indice di Barthel-ADL*, nella versione semplificata adottata dalla Giunta provinciale di Trento nello stesso atto deliberativo, indaga, a sua volta, i seguenti 7 *items* ad ognuno dei quali corrisponde una griglia di analisi pre-definita cui corrispondono punteggi variabili (da 0 a 15) in relazione al progressivo grado di dipendenza della persona ed all'entità dell'incontinenza sfinteriale: alimentazione; bagno; cura del corpo; abbigliamento; controllo dell'alvo; controllo della minzione. trasferimento ed uso del WC.

A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono le tre seguenti classi di difficoltà persistente negli atti quotidiani della vita analizzati da questa scala di valutazione multi-dimensionale:

- punteggio di Barthel-ADL da 50 a 80: persona autonoma negli atti quotidiani della vita;
- punteggio di Barthel-ADL da 15 a 45: persona parzialmente dipendente negli atti quotidiani della vita;
- punteggio di Barthel-ADL da 0 a 10: persona totalmente dipendente negli atti quotidiani della vita.

Il *Mini mental state*, nella sua versione originale proposta, nel 1975, da Folstein e Coll. [18] e come tale adottato dalla Giunta provinciale di Trento nello stesso atto deliberativo, indaga, con la somministrazione di alcune domande e l'effettuazione di qualche tests di performance, le seguenti aree della sfera cognitiva attraverso una griglia di analisi pre-definita cui corrispondono i punteggi che, sommati, tenuto conto di alcuni fattori correttivi determinati dall'età della persona e dal grado di scolarità della stessa, danno un valore massimo di 30 che corrisponde alla normalità: orientamento temporale ed orientamento spaziale (10 semplici domande somministrate); capacità di registrazione (si nominano tre oggetti, si chiede alla persona esaminata di ripeterli uno alla volta e tutti e tre si contano il numero di tentativi effettuati e si assegna 1 punto per ogni risposta esatta); capacità di attenzione e di calcolo (sottrarre 7 a 100 fino a 5 risposte assegnando 1 punto per ogni risposta esatta; in alternativa si chiede di compitare la parola mondo o la parola carne al contrario); capacità di rievocazione (si chiede alla persona esaminata di ripetere i nomi dei tre oggetti precedentemente registrati e si assegna 1 punto per ogni risposta esatta); capacità di linguaggio (si chiede alla persona esaminata di nominare la matita e l'orologio, di ripetere una piccola frase, di eseguire un ordine in tre parti, di scrivere una frase, di copiare un disegno geometrico e di leggere ed eseguire un messaggio comunicato per iscritto). Diversamente da quanto osservato per le precedenti scale di valutazione multi-dimensionale, la Giunta provinciale di Trento non ha previsto progressivi livelli di gravità delle *difficoltà persistenti* connessi alla compromissione delle funzioni cognitive.

Nell'atto deliberativo approvato nel 1998, la Giunta provinciale di Trento ha, infine, previsto i livelli di gravità delle difficoltà persistenti determinati mediante l'utilizzo di queste *scale di valutazione multi-dimensionale* e, per ciascuno di essi, la tipologia dei benefici economici ed assistenziali erogabili: *persona ultra-65enne non invalido o autonomo nella deambulazione e negli atti quotidiani della vita* (esclude il diritto ai benefici sanitari propri dell'invalidità civile); *persona ultra-65enne invalido parzialmente dipendente nelle ADL e/o assistito nella deambulazione* (fruizione delle prestazioni sanitarie aggiuntive di cui alla deliberazione della Giunta provinciale n. 15077 di data 30 dicembre 1998 e l'esenzione alla spesa sanitaria (ticket) di cui all'art. 6 del Decreto ministeriale 1 febbraio 1991 e successive modificazioni ed integrazioni); *persona ultra-65enne invalida con diritto a beneficiare della indennità di accompagnamento totalmente dipendente nelle ADL e/o nella deambulazione* (fruizione delle prestazioni sanitarie aggiuntive di cui alla deliberazione della Giunta provinciale n. 15077 di data 30 dicembre 1998 e l'esenzione alla spesa sanitaria di cui all'art. 6 del Decreto ministeriale 1° febbraio 1991 e successive modificazioni ed integrazioni).

La mancanza di una soglia di franchigia pre-definita per riconoscere/negare il diritto alla indennità di accompagnamento è stata fonte di un'ampia problematicità risolta, nel corso del 2007, con la predisposizione di apposite Linee-guida [17] che hanno trovato successivo recepimento nella deliberazione n. 2831 adottata dalla Giunta provinciale di Trento il 31 ottobre 2008 (*"Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi di soggetti ultra-65enni affetti da demenza: integrazione e modifica della deliberazione n. 2704 di data 9 aprile 1999"*). Con tale atto deliberativo la Giunta provinciale di Tren-

to ha dato prova di una straordinaria sensibilità politica nei confronti delle persone affette da disturbi della sfera cognitiva confermando che l'indennità di accompagnamento deve essere riconosciuta nelle situazioni in cui sia verificata:

- la compromissione di tutte le funzioni cerebrali superiori comprovata dal *Mini Mental state examination* (MMSE) quando il risultato testistico sia pari o inferiore a 17/30, considerato che, in queste situazioni, gli indici di Barthel-ADL risultano gravemente compromessi non solo in relazione ai problemi cognitivi ma anche per la riduzione/perdita della capacità di organizzazione e di pianificazione dei compiti e delle azioni;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri diagnostici della *Clinical dementia rating scale* (CDR), nelle ultime 4 classi ("moderata", "severa", "molto grave" e "terminale"), indipendentemente dai tests psicometrici ed anche quando i risultati del MMSE sono superiori a 17/30;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri diagnostici della *Global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia* (GDS), nelle ultime 3 classi ("deficit cognitivo moderatamente grave", "deficit cognitivo grave" e "deficit cognitivo molto grave"), indipendentemente dai tests psicometrici ed anche quando i risultati del MMSE sono superiori a 17/30;
- l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (Barthel-mobilità tra 0 e 10);
- l'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita (ADL-Barthel tra 0 e 10).

8. Conclusioni

La complessità del tema trattato e la molteplicità dei problemi in gioco non ci consente di proporre una soluzione univoca e definitiva rispetto a tutte le aree critiche analizzate anche se i correttivi sono stati delineati alla luce della nostra personale esperienza e del clima di lavoro certamente positivo che ha consentito, nella Provincia autonoma di Trento, una proficua collaborazione tra la sfera tecnica, quella politica e tutte le Parti portatrici di interesse.

Esiste, tuttavia, una forbice sempre più aperta che si coglie nell'esperienza valutativa di ogni giorno; ed è una forbice prodotta dai bisogni di salute delle persone più deboli e fragili che emergono sempre più prepotentemente e l'incapacità dei professionisti (dei medici legali in primis) di farvi fronte con gli strumenti a loro disposizione.

Ed è su questo che bisogna urgentemente intervenire, con il consenso di tutti gli attori coinvolti, per condividere le possibili azioni che diano l'avvio alla riforma strutturale del *welfare* che ricostruisca, superando l'attuale paradigma assistenzialistico che crea ampie dis-equità sociali, quel patto di alleanza e di solidarietà tra i cittadini che riconosce, nelle persone più deboli, un punto di forza e non già di debolezza.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Boeri T., Perotti R., Meno pensioni, più welfare, (2002), Il Mulino, Bologna.
- ² Bolino G., L'ircocervo previdenziale e assistenziale, Rivista italiana di medicina legale, 1, 1997, p. 39.
- ³ Callahan D., La medicina impossibile, (2000), Baldini e Castaldi, Milano.
- ⁴ Cembrani F., Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili, 1991, Temi Editore, Trento.
- ⁵ Cembrani F., Handicap in situazione di gravità. Quale definizione, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, 2002, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche -Assessorato ai Servizi Sociali.

- 6 Cembrani F, Larentis C., Merz F, Gottardi S., L'anagrafe dell'handicap nella Provincia autonoma di Trento: il bilancio dell'attività della Commissione Sanitaria prevista dall'art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 194 a dieci anni dalla approvazione della Legge quadro sull'handicap, *Difesa Sociale*, 2003; 3: p. 113 e ss..
- 7 Cembrani F, L'handicap in situazione (con connotazione) di gravità: quale chiave di lettura per la definizione, *Jura Medica*, 2003; 3: p. 519 e ss.
- 8 Cembrani F, Esegesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità, in *Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile"*, (Ferrara, 18-20 marzo 2004), 2005, Edizioni Essebiemme, Noceto (Parma), p. 117 e ss.
- 9 Cembrani F, cfr. voce Invalidità e voce Handicap in situazione (con connotazione) di gravità, in *Lavorare con la cronicità*, 2004, Carocci Faber Edizioni, Roma.
- 10 Cembrani F. Prospettive attuali e future nella valutazione dello stato di bisogno: prospettive attuali e future, in *Atti del Convegno nazionale "La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti"* (Trento, 30 settembre-1 ottobre 2004), 2005, Edizioni Provincia autonoma di Trento, p. 40 e ss..
- 11 Cembrani F (a cura di), *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*, 2005, Erikson Editore, Trento.
- 12 Cembrani F, Cembrani V., *Disabili: la valorizzazione del patrimonio informativo delle A.S.L.*, Ragiusan, 2005; 257-258: p. 427 e ss.
- 13 Cembrani F, Del Vecchio S., Bavaresco S., Baldantoni E., *Le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età e l'indennità di accompagnamento: vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell'invalidità civile*, *Rivista italiana di Medicina legale*, 2007; 6: p. 1299 e ss..
- 14 Cembrani F., *La disabilità in età pre-scolare (un campo di indagine spesso trascurato per sperimentare la "libertà dal bisogno"*, *Workshop ICF-CY e Diritti*, 2007, in corso di stampa.
- 15 Cembrani F, Battisti M., Cembrani V., *L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*, Ragiusan, 2007; 279-280; p. 366 e ss.
- 16 Cembrani F, Cembrani V., *L'Anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento: aggiornamento dei dati al 31 dicembre 2007*, *Rivista italiana di Medicina Legale*, 2008, 4: p. 1125-e ss..
- 17 Cembrani F, Cembrani V., *Welfare e demenza: una proposta di lavoro per un'assunzione (forte) di responsabilità*, *I luoghi della cura*, 2008, 2: p. 19 e ss..
- 18 Folstein M.F., Folstein S.E., MchugPR., *Mini mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, *J. Psychiat. Res.*, 1975; 12: p. 189 e ss.
- 19 Katz S., Ford A.B., Moroskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W., *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*, *JAMA*, 1963; 185: p. 914 e ss.
- 20 Mahoney E.L., Barthel D.W., *Functional evaluation. The Barthel index*, *Md State Med. J.*, 1965; 14: p. 61 e ss.
- 21 Masur H., *Scale e punteggi. Quantificazione dei deficit neurologici*, Edi-Ermes Editore, Milano, 1999.
- 22 Peccarisi C., Caltagirone C., Bugiani O., (a cura di) *Rating scales delle demenze*, Edifarm, Milano, 2005.
- 23 Regione Emilia Romagna, *Linee-guida per la diagnosi e la valutazione del paziente affetto da demenza*, 2000.
- 24 Reuben D.B., Sui A.L., *An objective measure of physical function of elderly outpatients*, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1990; 38: p. 1105 e ss.
- 25 Rossi F.P., *I principi informativi del concetto di invalidità tra equità ed efficacia*, *Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali*, 1, 1998, p. 19 e ss.
- 26 Scorretti C., *Il cambiamento in atto nello stato assistenziale*, *Rivista italiana di medicina legale*, 21, 3, 1999, p. 815 e ss.
- 27 Yesavage J.A., Rose T.L., Lum O. Huangh V., *Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report*. *J Psychiatr Res* 1983;17:p. 37 e ss.
- 28 Vallotti B., Zanetti O., Bianchetti A., Trabucchi M., *L'insight del paziente demente: riproducibilità di due strumenti di valutazione*. *Giornale Gerontologia* 1997; 45:p. 341 e ss.

L'INCAPACITÀ

Francesco Scapati*, Domenico Suma**

*Direttore DSM ASL Taranto

**Direttore CSM 3ASL Brindisi

Introduzione

Il concetto di capacità identifica il titolare di beni della vita e, soprattutto, di diritti e di interessi giuridicamente tutelati o tutelabili e si esercita con la maggiore età.

I concetti giuridici inclusi nella definizione di uno stato di capacità investono la capacità giuridica e la capacità d'agire.

Tutti gli individui, sono dotati di capacità giuridica ancorché la stessa non si manifesta univocamente in capo a ciascun individuo.

In realtà, la capacità di agire ed esercitare i propri diritti ed interessi si raggiunge alla maggiore età. Tuttavia sebbene legalmente capace (in quanto maggiorenne), una persona può trovarsi, di fatto, in una situazione di incapacità nel rendersi adeguatamente conto del valore degli atti che compie.

Presupposti di una condizione di capacità (piena) sono la (piena) capacità di intendere e volere e la maggiore età. A tal riguardo si specifica che la capacità di intendere è l'idoneità del soggetto di rendersi conto del valore delle proprie azioni; la capacità di volere è, invece, l'attitudine della persona a determinarsi in maniera autonoma.

Molte ragioni possono determinare una condizione di ridotta capacità: dalla minore età; alla senilità sino ad arrivare alle malattie psichiche e fisiche.

Anche gli orientamenti della giurisprudenza fanno riferimento a varie condizioni in cui si compie l'azione e/o allo stato di capacità: se nella Sentenza della Suprema Corte di Cassazione, (Cass. Civ. n. 17583/07), sembra trasparire una interpretazione, del Legislatore, estensiva per cui: "*Ai fini dell'annullamento del contratto concluso da un soggetto in stato d'incapacità naturale, è sufficiente la malafede dell'altro contraente, senza che sia richiesto un grave pregiudizio per l'incapace; laddove, in concreto, tale pregiudizio si sia verificato, esso, tuttavia, ben può costituire un sintomo rivelatore di detta malafede*".

Invece nella Sentenza (Cass. Civ. n. 17915/03), si ribadisce che va provato la presenza di un difetto di capacità di intendere e volere: "*nonostante la periziata fosse all'epoca già affetta da una forma di morbo di Alzheimer di grado medio, non se ne potesse automaticamente inferire una menomazione delle capacità intellettive e volitive al momento dell'atto*".

La legge è orientata verso la protezione sia dell'incapace, sia della tutela delle persone che eventualmente ignorare delle carenze psichiche dell'incapace, possono aver fatto affidamento sulla validità della sua dichiarazione.

Nel campo delle azioni, la giurisprudenza considera sempre validi gli atti che *non arrecano pregiudizio all'autore* ancorché incapace, bensì un vantaggio.

Nel caso di *incapacità*:

- tutti gli atti unilaterali (dichiarazione di una sola volontà) sono annullabili quando si dimostra che hanno arrecato un grave pregiudizio all'incapace naturale (art. 428 C.C., 1° comma) ed il suo stato di incapacità d'intendere o volere al momento del compimento dell'atto;
- i contratti, (che sono sempre atti bilaterali), sono annullabili se si dimostra la malafede dell'altro contraente, (art. 428 C.C., 2° comma) -consapevolezza diretta o indiretta della menomazione della sfera intellettuale e volitiva dell'altro contraente, con pregiudizio (possibile indizio rivelatore della consapevolezza) effettivo o potenziale arrecato dal contratto al soggetto incapace-;
- gli atti personali, donazione (art. 775 C.C.), testamento (art. 591, n.3, C.C.), matrimonio (art. 120 C.C.), sono sempre annullabili se si dimostra lo stato di incapacità naturale.

Gli istituti dell'interdizione, inabilitazione, e quello dell'Amministrazione di sostegno, rappresentano una forma di tutela per le condizioni di stabile ed abituale incapacità.

Comportano come diretta conseguenza la nomina, rispettivamente, di un tutore o di un curatore o di un amministratore di sostegno, i quali forniranno un'azione di supporto, sostituendosi all'incapace in maniera completa (nel caso dell'interdetto), o in parte (nel caso dell'inabilitato), ovvero compiere atti in nome e per conto del beneficiario (nel caso dell'amministratore di sostegno).

La valutazione di uno stato di capacità investe anche temi correlati all'agire sanitario quale la valutazione della capacità di esprimere liberamente un'adesione ai trattamenti: è l'area del *consenso informato* e delle relative responsabilità, civili e penali.

Ad esempio basti pensare al contratto stipulato, per l'accoglienza di un anziano nelle RSA, ovvero in strutture per disabili dove, nessuno metterebbe in dubbio il vantaggio derivante all'incapace. Eppure non è sempre così. L'anziano, infatti, pur disabile, non sempre gradisce di essere accolto in dette strutture e, non sempre, è in grado di comprendere e sottoscrivere la necessaria documentazione di permanenza (privacy; mezzi di contenzione ecc.).

Sicché, anche in questi casi, rimane assai arduo stabilire in che cosa consista il vantaggio per l'incapace: e ciò, soprattutto, come spesso accade, in assenza di un chiaro riferimento giuridico atto a stabilirne a priori la concreta dose di capacità.

La capacità civile, giuridica e di agire

Al momento della nascita ogni persona diventa soggetto di diritto, ovvero acquisisce la *capacità giuridica* che si definisce l'idoneità di un soggetto ad essere titolare di diritti e doveri ed in generale di situazioni giuridiche soggettive.

Nell'Ordinamento Giuridico Italiano la capacità giuridica si acquista con la nascita e si perde con la morte del soggetto.

Perché poi effettivamente la persona possa esercitare diritti e doveri è necessario che abbia raggiunto un grado di maturità psichica sufficiente, è necessario cioè che possieda la *capacità di agire*.

La capacità di agire si identifica con "*quel complesso di attitudini psichiche necessarie perché l'uomo possa compiere, senza l'assistenza altrui, gli atti ordinari della vita civile (amministrare, donare, stare in giudizio, contrarre matrimonio, fare testamento, ecc.)*".

Essa si acquisisce con la maggiore età, al 18° anno di età, come stabilito dall'art.2 C.C.: "*La maggiore età è fissata al compimento del diciottesimo anno. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita un'età diversa...*". In particolare la capacità d'agire si acquista, quando il soggetto sia in grado di curare i propri interessi e che, a tal fine, abbia raggiunto la necessaria maturità psico-fisica. Si presume che ogni individuo, a 18 anni, abbia raggiunto una maturità psichica sufficiente ad adempiere ai diversi obblighi del convivere civile.

Quando un individuo compie il 18° anno di età, acquisisce la "*capacità civile*", costituita dalla capacità giuridica e da quella di agire.

Al minore "*emancipato*" può essere conferito un riconoscimento formale di capacità. Ad esempio questo status può essere attribuito al maggiore di anni 16 attraverso il matrimonio (art. 390 C.C.) ed in questo modo gli viene conferita la capacità di compiere atti di ordinaria amministrazione. Si aggiunga poi che, con il consenso del curatore e con l'autorizzazione del Giudice tutelare "*può svolgere atti eccedenti l'ordinaria amministrazione...*", "*riscuotere i capitali sotto la condizione di un idoneo impiego e stare in giudizio sia come attore sia come convenuto*" (Art. 394 C.C.).

Quindi il conseguimento della maggiore età, rappresenta il presupposto di *maturità psichica*, che a sua volta è considerata presupposto della capacità civile.

Nei casi in cui la "maturità" per ragioni patologiche, può non essere stata mai raggiunta -come nelle forme di ritardo mentale- o essere stata persa in toto o in parte -per l'insorgenza di disturbi mentali dell'area psicotica, post-traumatici, organici- o, infine, per fenomeni legati al processo di invecchiamento cerebrale,

il Codice Civile prevede una serie di disposizioni la cui finalità è quella di protezione degli interessi economici e personali dell'infermo ed anche dei familiari, ovvero di regolamentazione delle attività intrattenuite dall'incapace.

Se per un eventuale stato di incapacità non sono stati messi in atto negozi giuridici in stato di episodica o temporanea, si invoca la "*incapacità naturale*". L'incapacità naturale, la cui esistenza andrà provata di volta in volta, rappresenta una condizione di un determinato momento e riferita ad uno specifico atto, compiuto senza che la scelta fosse sostenuta da sufficienti capacità, ovvero da quelle minime necessarie per comprenderne importanza ed effetti giuridici. Atti di interesse giuridico realizzati in una condizione di incapacità naturale non hanno validità e possono, pertanto, essere annullati. Infatti, sebbene legalmente capace (in quanto maggiorenne), una persona può trovarsi, di fatto, in una situazione di incapacità nel rendersi adeguatamente conto del valore degli atti che compie. Si parla in tal caso di incapacità naturale (ad esempio in uno stato determinato da grande paura, terrore, droghe, alcool, violenze psichiche o in uno stato di narcosi). La legge tutela l'incapace naturale consentendogli l'annullamento di qualsiasi atto, a condizione che si possa provare la temporanea incapacità. L'incapacità naturale deve altresì essere tale da pregiudicare (in modo sostanziale) una corretta valutazione dell'atto che si sta compiendo, ai fini della sua impugnabilità. Il Legislatore ha voluto temperare la protezione dell'incapace con la tutela delle persone che hanno posto in essere contratti con la persona incapace, in applicazione del principio di tutela dell'affidamento.

L'art. 428 C.C. prevede, in particolare, che per l'annullamento dei contratti si richiede, oltre all'incapacità di intendere e volere ed un grave pregiudizio in danno dell'incapace, anche la malafede dell'altro contraente. Vi è pertanto una generale presunzione di validità degli atti ancorché stipulati dall'incapace.

Ad esempio nei malati di Alzheimer il declino progressivo nel tempo delle abilità necessarie nella vita di tutti i giorni, coinvolge anche la capacità necessaria per il compimento di atti giuridici, a cominciare dai più impegnativi (una compravendita) fino a giungere progressivamente a quelli più semplici (un prelievo in banca). Il soggetto viene così a trovarsi nel cosiddetto stato di incapacità di intendere e/o di volere. Questa situazione di incapacità è presa in considerazione dall'ordinamento giuridico come incapacità naturale oppure come incapacità legale. Il medesimo soggetto, nella stessa identica posizione, può essere in stato di incapacità naturale o legale, a seconda che il proprio stato effettivo di incapacità di intendere e/o di volere sia stato riconosciuto o meno con una sentenza.

L'infermità

La valutazione della capacità di intendere e volere riguarda propriamente la condizione giuridica di infermità.

L'infermità di mente richiama la "*capacità di intendere e di volere*", concetto giuridico e non clinico: si tratta di concetto che compare più volte nel nostro ordinamento ed è certamente quello più usato dal Legislatore quando intende riferirsi a disturbi mentali.

Quando ci si riferisce al concetto di infermità va precisato che si tratta di un concetto esteso, che non coincide con quello di malattia mentale che comprende ogni condizione clinica, di qualsiasi origine e natura, anche transeunte che possa avere significativa incidenza sullo stato di mente di un individuo. È possibile che sotto il profilo più psicologico, tale concetto rimandi genericamente all'integrità ed al collegamento delle diverse funzioni dell'Io (cognitive, organizzative, previsionali, decisionali, esecutive).

Gli artt. 88 e 89 C.P., individuano nella condizione di *infermità* la causa codificata di esclusione dell'imputabilità. Per determinare una condizione di infermità si devono realizzare 'stati patologici' tali da alterare i processi intellettivi e volitivi, con annientamento o grande diminuzione della capacità di intendere e volere.

Una condizione di infermità incidente può riguardare l'autore di un reato, come avviene a proposito dell'imputabilità (ex artt. 88 e 89 C.P.), o la vittima, come nella circonvenzione di incapace (ex art. 643 C.P.).

È largamente utilizzato anche nel codice civile, ad esempio quando tratta dell'interdizione e dell'inabilitazione, dell'annullabilità degli atti, della capacità a testare o a donare.

Molto sinteticamente, si potrebbe dire allora che la *“capacità di intendere”* sia la capacità di analisi e di valutazione rispetto alle diverse motivazioni che sorreggono i singoli comportamenti dell'uomo, la consapevolezza critica rispetto al singolo comportamento, i poteri di giudizio critico e di discernimento.

Ne costituisce premessa, naturalmente, un corretto esame di realtà, una possibilità interpretativa non inquinata da disturbi qualitativi del pensiero, né da alterazioni, di qualsiasi natura esse siano, delle sensopercezioni.

La *“capacità di volere”*, strettamente collegata alla precedente, ne rappresenta in qualche modo la naturale estensione. Essa ha a che fare secondo le descrizioni psicopatologiche classiche, con il movimento, con l'azione, prodotto finale di scelta, maturato al vaglio dei poteri di critica e di giudizio dell'individuo, ma anche delle consuetudini familiari, culturali, sociali e, naturalmente, delle convenzioni di legge che ciascun popolo si dà. Strettamente connessa con la capacità di previsione e prospettazione delle conseguenze delle scelte operate è anche, e per certi versi anzitutto, capacità di auto-inibirsi, di resistenza alle pulsioni, di gestione socialmente accettata delle emozioni e delle passioni.

La giurisprudenza della Suprema Corte riconosce nella capacità di intendere l'idoneità del soggetto a rendersi conto del valore delle proprie azioni, *ad “orientarsi nel mondo esterno secondo una percezione non distorta della realtà”*, e quindi nella capacità di rendersi conto del significato del proprio comportamento e di valutarne conseguenze e ripercussioni, ovvero di proporsi *“una corretta rappresentazione del mondo esterno e della propria condotta”* (Cass., Sez. I, n. 13202/1990); mentre la capacità di volere consiste nell'idoneità del soggetto medesimo *“ad autodeterminarsi, in relazione ai normali impulsi che ne motivano l'azione, in modo coerente ai valori di cui è portatore”*, *“nel potere di controllare gli impulsi ad agire e di determinarsi secondo il motivo che appare più ragionevole o preferibile in base ad una concezione di valore”*, (Cass., Sez. I, n. 13202/1990, cit.), come si esprime la dottrina, la quale pure avverte che, alla stregua della prospettiva scientifica delle moderne scienze sociali, in verità, *“una volontà libera, intesa come libertà assoluta di autodeterminazione ai limiti del puro arbitrio, non esiste”*, dovendo piuttosto la volontà umana definirsi libera, *“in una accezione meno pretenziosa e più realistica, nella misura in cui il soggetto non socomba passivamente agli impulsi psicologici che lo spingono ad agire in un determinato modo, ma riesca ad esercitare poteri di inibizione e di controllo idonei a consentirgli scelte consapevoli tra motivi antagonisti”*.

Secondo il *criterio dell'intensità del disturbo* psichico, va considerata, ai fini della esclusione o della diminuzione dell'imputabilità, l'intensità dell'anomalia medesima, accertando se essa sia in grado di escludere totalmente o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere.

Anche la *Sentenza della Suprema Corte n. 9163 del 25 gennaio 2005* ribadisce essenzialmente come anche i “disturbi della personalità”, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 C.P., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini dell'imputabilità le altre “anomalie caratteriali” o gli “stati emotivi e passionali”, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto.

Secondo il codice civile, alla stessa formulazione, *“incapacità di intendere e volere”*, vengono in definitiva assegnati significati diversi in relazione ad atti diversi: infatti l'incapacità di intendere e volere, non è determinata dall'assenza assoluta di funzionamento di una delle due capacità, o anche di entrambe, ma il giudizio di incapacità di intendere e volere, va valutato per “gradi” di infermità diversi a seconda della complessità degli atti giuridici in discussione.

Ad esempio deve essere molto grave, assoluta, perché possa essere annullato un testamento; ne basta molto meno perché si annulli un contratto.

Interdizione e inabilitazione

Gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione rappresentano istituti di protezione verso persone con disabilità psichica e sociale di un certo grado, tale da richiedere una qualche forma di assistenza per l'ordinaria e la straordinaria amministrazione.

Gli Istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione sono regolati dagli articoli 414¹ e 415 C.C.², così come modificati dalla legge 6/04.

Per un individuo anziano, va tenuto conto che il fisiologico declino di alcune funzioni psichiche, è in una obiettiva condizione di vulnerabilità; se si considera che si tratta di soggetti al termine di una vita lavorativa, titolari di beni la cui gestione può avere ricadute economiche familiari. Sovente al centro di un contenzioso familiare per il controllo del patrimonio di un anziano vi sono oggettive condizioni di non riuscire a gestire in modo autonomo il proprio patrimonio.

Non è possibile invocare un automatismo tra infermità e naturale affievolirsi delle performances psichiche dell'anziano, per cui è corretto parlare di "*vecchiaia fisiologica*" come di una condizione caratterizzata dalla conservazione, nonostante l'età, di un livello di funzionamento psichico adeguato al quadro generale (Carrieri, 1992)³.

Per quanto riguarda poi la vecchiaia "*patologica*" (condizione di infermità determinata dal deterioramento mentale) qualsiasi discorso in tema di interdizione/inabilitazione deve tenere in conto la concreta ricaduta sulla capacità di autonomia gestionale.

Per entrambi gli istituti è richiesto un procedimento, nel corso del quale è previsto obbligatoriamente un esame della persona da interdire o da inabilitare compiuto dal Giudice, il quale può anche farsi assistere da un consulente tecnico allo scopo di accertare la presenza contemporanea dei seguenti elementi:

- una condizione di *infermità*;
- che la stessa sia *abituale*;
- che ne derivi *incapacità di provvedere ai propri interessi*.

Il rapporto tra vecchiaia ed il concetto di "*infermità di mente*", investe la valutazione quantitativa (grading) delle demenze e più in generale del deterioramento che è una conseguenza all'invecchiamento. È evidente che non è sufficiente un limitato funzionamento di pattern cognitivi o comportamentali per autorizzare il ricorso a modalità giuridiche di tutela dell'infermo, ma solo documentate infermità di mente che configurino quadri di patologia mentale ben evidenti da un punto di vista nosografico e che, per di più, esponano l'anziano alla necessità di una "adeguata protezione".

Affinché si possa applicare l'istituto dell'interdizione ed inabilitazione, è necessario che l'infermità di mente sia abituale⁴. Possono essere infermità abituali forme di ritardo mentale, le demenze e più in generale disturbi mentali organici.

¹ Art. 414 c.c. "*(Persone che possono essere interdette): Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovino in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, sono interdetti quando ciò è necessario per assicurare la loro adeguata protezione*".

² Art. 415 c.c. "*(Persone che possono essere inabilite): Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. ossono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salvo l'applicazione dell'art.414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi*".

³ La vecchiaia fisiologica non costituisce, di per sé sola, uno stato di deficienza psichica" (Cas.Sez.V, 27.10.1978 e 08.06.1979).

⁴ Cass. Civ., 20 novembre 1985, n. 5709: "*L'interdizione e l'inabilitazione, ai sensi degli art. 414 e 415 c. c., postulano un'infermità di mente che presenti carattere di abitualità, cioè di durata nel tempo tale da qualificarla come habitus normale del soggetto (ancorché in presenza di lucidi intervalli)... non possono essere pronunciate in presenza di malattie psichiche, pure se persistenti nel tempo, che comportino episodi di squilibrio, e quindi di compromissione di quella capacità, solo momentanea, fra lunghi periodi di equilibrio, senza che possa spiegare in proposito rilevanza un mero pericolo di ricadute...*"

La sola diagnosi non giustifica di per sè la scelta fra l'interdizione o la inabilitazione, dovendosi al contrario assumere il quadro clinico come premessa e presupposto della successiva qualificazione della incapacità di provvedere ai propri interessi. Per un soggetto anziano, non basta la diagnosi di un deterioramento patologico di alcune funzioni psichiche, oppure un dato psicometrico di deterioramento mentale per motivare un giudizio di interdizione o inabilitazione; sarà sempre necessario comprendere come l'eventuale deterioramento incida, in concreto, sulla capacità di affrontare e risolvere "i propri interessi". In altri termini è importante il grado di conservazione ed integrazione delle strutture dell'Io rispetto ai beni oggetto della tutela.

La "*capacità di provvedere ai propri interessi*" riguarda la, valutazione dell'incidenza delle funzioni cognitive e relazionali che compromettono essi le attività quotidiane (riconoscere ed attribuire valore al danaro, saperlo utilizzare in relazione alle necessità -pagare bollette, rispettare le scadenze- pianificare le spese in ragione dei bisogni, ecc.) o in quelle straordinarie, che attengono all'alienazione parziale o totale del proprio patrimonio (acquistare o vendere un immobile, effettuare una donazione, ecc.). Su tale differenza si poggia la distinzione tra interdizione ed inabilitazione, ovvero sulla capacità di provvedere ai propri interessi, che è considerata del tutto insufficiente nell'interdetto ed utile solo per l'ordinaria amministrazione nell'inabilitato. La distinzione fra "*ordinaria*" e "*straordinaria amministrazione*", si riferisce in sostanza alla natura ed all'intensità degli effetti dei singoli atti sul patrimonio dell'amministrato (interdetto o inabilitato che sia). Eccedono l'ordinaria amministrazione gli atti che possono recare pregiudizio o diminuzione del patrimonio, ovvero incidere su di esso con modificazioni o trasformazioni idonee a variarne la struttura o la consistenza. Per queste ragioni, per l'intrinseca complessità, per le conseguenze prodotte, gli atti di straordinaria amministrazione sono preclusi ad interdetti ed inabilitati, mentre a questi ultimi è conservato il diritto alla gestione dell'ordinaria amministrazione. L'interdizione comporta, di fatto, la perdita della capacità di agire con la conseguenza che l'interdetto non può disporre dei propri beni da amministrare, non può contrarre matrimonio (art.85 C.C.), non può lasciare disposizioni testamentarie (art.591 C.C.). Gli rimane solo la capacità elettorale, restituita anche agli interdetti dall'art. 11 della legge 180/1978.

L'inabilitazione comporta invece una limitazione della capacità civile, sicché l'inabilitato potrà compiere autonomamente alcuni atti, farne altri con l'assistenza del curatore mentre, per gli atti eccedenti l'ordinaria amministrazione, al consenso del curatore è necessario aggiungere l'autorizzazione del Giudice Tutelare.

Il Giudice Tutelare procede alla nomina del tutore e del protutore per l'interdetto e del curatore nel caso per l'inabilitato (art.424 C.C.), secondo le disposizioni previste.

L'amministrazione di sostegno

La Legge 9.1.2004, n. 6 ha inserito nel titolo XII del libro I° del C.C. la nuova figura dell'amministratore di sostegno.

L'obiettivo conclamato della legge, risultante dal suo articolo di esordio, consiste nella "finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".

Il principio ispiratore della legge, di limitare il meno possibile la capacità di agire del beneficiario, è concretamente attuato grazie alla previsione contenuta nell'art. 405, 5° comma, n. 4, C.C., laddove, nel decreto di nomina dell'amministratore di sostegno, è prevista l'indicazione dei singoli e specifici "atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'ads"; come anche, l'indicazione degli atti che lo stesso ads "ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario" (art. 405, 5° comma, n. 3, C.C.). Ciò risulta poi integrato dalla previsione generale di piena capacità di agire del soggetto, di cui all'art. 409 C.C., secondo cui: "Il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'ads".

La misura introdotta nell'ordinamento appare flessibile e perfettamente adattabile caso per caso da parte del giudice tutelare, alle sempre varie e mutevoli esigenze di protezione dell'infermo. Rispetto al pas-

sato, la prospettiva di partenza è stata completamente rovesciata; perché, ad una situazione di generale incapacità (o semi-incapacità) del soggetto, in conseguenza dei provvedimenti di interdizione o di inabilitazione, il nuovo istituto sostituisce una situazione di generale capacità di agire del beneficiario, salvo che per gli atti espressamente eccettuati dal decreto del giudice tutelare.

L'amministratore di sostegno (ex lege 6/04) può essere autorizzato dal giudice (tutelare) a dare il consenso ad un intervento chirurgico sulla persona dell'assistito quando tale intervento sia necessario per evitare danni permanenti e l'interessato non sia in grado -per le proprie condizioni psichiche- di percepire appieno la gravità della situazione⁵.

La legge 6/2004 ha inteso "sostenere" tutti coloro che, menomati fisicamente o psichicamente, si trovino nell'"impossibilità", ancorché transitoria di provvedere ai propri interessi. Il legislatore ha tenuto conto dell'intero spettro delle incapacità perché al n.3 dell'articolo 405 ha previsto, come oggetto dell'incarico, gli atti che l'amministratore può compiere "in nome e per conto" della persona -ciò che accade in caso di interdizione ovvero di minore di età- mentre, al successivo n.4 della norma, gli atti che la persona stessa può compiere "solo con l'assistenza" dell'amministratore, come avviene per l'inabilitazione.

Dunque può ritenersi acquisito dall'ordinamento il principio per cui il "sostegno" normativo della "cura" della persona (e degli "interessi" di essa) non si limita alla sfera economico-patrimoniale, ma tiene conto dei bisogni e delle aspirazioni ricomprendendo ogni attività della vita civile giuridicamente significativa.

Sicché anche l'assenza di un consenso informato ad un trattamento, qualora l'interessato non sia in grado di determinarsi, comporterebbe l'indiscutibile lesione, legislativamente consacrata, della funzione della "cura della persona". L'amministratore esprime in nome e per conto del beneficiario "il consenso informato al trattamento terapeutico proposto" ovvero di adottare ogni provvedimento urgente necessario allo scopo.

Dunque il criterio per un equilibrato giudizio rispettoso dell'individuo e dei suoi fondamentali diritti di autodeterminazione altro non sembra essere se non quello di procedere al "sostegno" della "cura" della persona sostituendola nel diritto-dovere di esprimere il consenso informato all'intervento terapeutico esclusivamente nel caso in cui, acquisiti tutti gli elementi, anche scientifici, disponibili, si pervenga al convincimento che il dissenso non si fonda su una cosciente valutazione critica della situazione in essere e delle conseguenze di non porvi rimedio.

L'originale incarico all'amministratore, quindi va integrato del compito (articolo 405, n.3 C.C.) di cui esprimere, in nome e per conto del beneficiario, il consenso informato al trattamento terapeutico proposto dai clinici che hanno in cura il paziente. La durata dell'incarico all'amministratore viene stabilita, fino alla presumibile guarigione clinica del beneficiario⁶.

Il cambiamento è sostanziale: il Giudice tutelare deve precisare quali atti l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario, ma anche quali atti il beneficiario può compiere con la sola assistenza dell'amministratore di sostegno. Per tutto il resto il paziente conserva la capa-

⁵ TRIBUNALE di Modena, Sezione Civile, Decreto 28.6.2004, Giudice Scanzoni.

⁶ (Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. Durata dell'incarico e relativa pubblicità) prevede difatti che "Il giudice tutelare provvede entro sessanta giorni dalla data di presentazione della richiesta alla nomina dell'amministratore di sostegno con decreto motivato... che deve contenere l'indicazione:

- 1) delle generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno;
- 2) della durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato;
- 3) dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;
- 4) degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno;
- 5) dei limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con l'utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità;
- 6) della periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario".

cià di agire in autonomia garantendogli la possibilità di svolgere tutti gli atti “*necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana*” (art.409 C.C.).

Altri elementi innovativi sono determinati: dall’assenza di limiti pregiudiziali all’esercizio della capacità di agire, poiché la necessità di un sostegno non determina di per sé uno stato di incapacità; dalla temporaneità del provvedimento; dalla prospettiva che possa essere lo stesso interessato a richiederla prevenendo tutti gli effetti dello stigma, dalla personalizzazione del provvedimento.

A beneficiare di un tale provvedimento possono essere proprio gli anziani, con le loro difficoltà nella gestione di risorse in piena autonomia, incapaci di stare dietro ad un mondo in continua e rapida evoluzione, novità che non accettano provvedimenti limitativi della libertà di espressione della loro volontà, pur abbisognando in talune attività di un sostegno, poiché non possiedono più gli stessi strumenti cognitivi e fisici.

In questi casi, fatti salvi i trattamenti di assoluta urgenza, che comunque si possono effettuare avvalendosi dell’esimente dello stato di necessità (art. 54 C.P.), l’apertura di un’amministrazione di sostegno garantirebbe la tutela della salute dell’interessato in una cornice di legittimità tanto per il paziente -visto che l’Amministratore ha l’obbligo di coinvolgere il Giudice tutelare in caso di conflitto di opinioni con il suo assistito (art. 410 C.C.)- quanto per lo psichiatra, che potrebbe operare in un contesto chiaro e ben definito. L’evoluzione del caso consentirebbe poi al responsabile dell’unità psichiatrica di comunicare al Giudice tutelare la cessazione delle condizioni che hanno motivato la richiesta, ovvero di poterle modulare -anche con riferimento alle capacità di amministrazione del patrimonio- con previsioni più puntuali.

La nomina di un Amministratore di sostegno potrebbe essere, garantire legittimità di cure ad un malato privo, in tutto o in parte, della capacità di fornire un valido consenso ad un trattamento riabilitativo, in una cornice normativa che ha, quale massima garanzia di tutela, la figura del Giudice Tutelare. Ad esempio nel caso di anziani con fratture da caduta, con evidenti deficit della capacità di fornire consenso.

In questo modo verrebbero rispettati i principi etici fissati nella Convenzione di Oviedo, ovvero dalla “*Convenzione del Consiglio d’Europa per la protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dell’essere umano riguardo all’applicazione della biologia e della medicina*”, convertita in legge (l. 28.3.01 n.145) e dunque norma dello Stato. Questa prevede, difatti, nella parte dedicata alla “*protezione di persone affette da disturbi mentali*” (Art. 7) che il portatore di un “*disturbo mentale grave*” non può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad un trattamento che abbia per oggetto la cura del disturbo “*se non quando*” il mancato trattamento rischi di essere “*gravemente pregiudizievole per la sua salute*” e con la riserva delle garanzie di “*tutela previste dalla legge*”.

Conclusioni

Nel costrutto giuridico di capacità sono integrate la capacità giuridica -che coincide con il momento della nascita quando un soggetto diventa titolare di diritti e doveri- e la capacità d’agire, che rappresenta l’idoneità del soggetto ad esercitare i diritti e ad assumere gli obblighi di cui è titolare ovvero quando il soggetto è in grado di curare i propri interessi e ha raggiunto la necessaria maturità psico-fisica.

I due termini sono in una relazione che segue un ordine gerarchico e rappresentano il punto di partenza per la definizione dei rapporti che si possono instaurare con i soggetti dalla ridotta capacità e soprattutto, per la valutazione giuridica delle responsabilità che possono determinarsi nella relazione con soggetti incapaci.

Uno stato di incapacità si realizza quando un soggetto non si rende conto del valore degli atti che compie, ovvero se si dimostra che egli non è capace di intendere e volere.

Ma un individuo, sebbene legalmente capace, può trovarsi, di fatto, in una situazione di incapacità poiché non è in condizioni di rendersi conto di ciò che compie (ad esempio uno stato di narcosi) e si realizza anche in questo caso una condizione di incapacità (naturale).

In caso di incapacità il soggetto non risponde sotto il profilo dell’imputabilità per gli atti che compie (artt. 88-89 C.P.). Anche nel tal caso di incapacità naturale è possibile l’annullamento di qualsiasi atto, a condizione che si possa provare la temporanea incapacità.

Nel campo dell'agire sanitario la Costituzione pone, come limite invalicabile per il medico la capacità del paziente di esprimere un consenso.

È un campo che attiene alla libertà del paziente; quest'ultimo, pur avendo diritto alla salute, non è obbligato a curarsi (tranne che per specifiche situazioni codificate dalla legge). Un diritto fondamentale all'autonomia, nell'assistenza sanitaria, è rappresentato dal consenso informato il cui obiettivo è quello di rendere possibile e tutelare la scelta autonoma individuale libera sia da influenze di controllo, sia da limitazioni, quali un'inadeguata comprensione, che impediscono autentiche scelte.

L'assenza di coscienza di malattia nel paziente anziano affetto da decadimento cognitivo grave, potrebbe costituire un limite alla possibilità di intervento. In questi casi è stata ipotizzata l'estensione del consenso ai familiari, anche se non risulta giuridicamente valido, ma sotto il profilo operativo e pratico potrebbe essere valutato positivamente in sede di contestazione.

Ma anche di fronte al dissenso (rifiuto) verso un trattamento o verso la prosecuzione di una degenza deve essere valutata la consapevolezza circa l'importanza del trattamento nel mantenere una condizione di benessere.

Le soluzioni, previste dalla legge, per tutti i casi di incapacità, per la loro tutela civile sono gli istituti della Interdizione, Inabilitazione, nonché l'Amministrazione di sostegno, utilizzati a tutela dell'incapace.

È così possibile applicare, a seconda delle esigenze individuali più adatte, un istituto differente da quello più lieve -l'amministrazione di sostegno- a quelli più severi, inabilitazione/interdizione e viceversa.

In ottica di tutela nei casi in cui siano compromessi i profili di autonomia (ad es. forme demenziali) l'amministrazione di sostegno può rivelarsi valido strumento di tutela giuridica, relegando gli istituti dell'inabilitazione, solo a casi estremi. Ma si pone anche come istituto di protezione, in una prospettiva di tutela giuridica attraverso lo strumento di un programma individualizzato di trattamento, verso quelle persone private, in parte, di autonomia, poiché sono previsti programmi di sostegno personale, individualizzati e soprattutto flessibili.

BIBLIOGRAFIA

Bellomo A., Suma D., Nigro P., Scapati F., Nardini M.: 2002, *Aspetti dell'agire psichiatrico, contesti, norme, responsabilità, etica*. Giuffrè. Milano.

Catanesi R. Greco O. 1990, *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Piccin Ed. Padova.

Carrieri F.: 1992, *La vecchiaia*, Giuffrè.

Cendon P.: 2006, *Ecco i compiti degli operatori sociosanitari nell'Amministrazione di sostegno*, *Il Sole 24 ore Sanità*, p. 30, 24-30 ottobre.

Fornari U.: 1997, *Il consenso informato in psichiatria*: Centro Scient. Ed. Torino.

Volterra V.: 2006, *L'amministrazione di sostegno: uno strumento a tutela degli infermi e dei malati psichici*, *In Psichiatri oggi*, Anno VIII, n. 5 ottobre pp 22-25. CIC, Roma.

Zancan G.: 1994, *I rischi penali dell'intervento psichiatrico*. *Annali di freniatria e scienze affini*, n 1.

L'ANZIANO VIOLENTO: UN'IMMAGINE CHE RIFIUTIAMO. PERCHÉ?

Luigi Ferrannini

Direttore Dipartimento Salute Mentale - ASL 3 Genovese

Negli ultimi anni, parallelamente all'incremento demografico della popolazione anziana, stiamo assistendo all'emergere di complessi e contraddittori processi sull'identità e sull'immagine della persona anziana nei contesti socio-culturali.

Se non vi è dubbio che essa è prioritariamente associata a bisogni di tutela e di cura -nelle loro varie forme, anch'esse non sempre lineari rispetto al necessario equilibrio tra diritti e garanzie-, la presenza reale e forte degli anziani, a volte anche inquietante e disturbante, innesca subdolamente fenomeni di stigmatizzazione e di esclusione sociale.

L'anziano è, infatti, cittadino a tutti i livelli, esprime bisogni e richieste, partecipa a processi collettivi, pensa, si schiera, agisce in varie modalità.

L'immagine dell'anziano "sempre buono e da proteggere" cede giustamente il campo a quella della "persona anziana" con le sue caratteristiche, dalle relazioni ai comportamenti. Affettività, sessualità, riconoscimenti, pretese, paure, difese ed offese, ed altro ancora, rientrano nella storia di quella persona, alla quale l'età non conferisce più un'immagine "altra", rispetto a quello che realmente si è e si è stati.

In questo quadro l'anziano, come ogni altra persona, può essere elemento disturbante, vivere ed agire ai confini della legalità, mettere in atto comportamenti disturbanti nel contesto familiare o nelle varie forme di convivenza -connotati anche da impulsività ed aggressività- e comportamenti giuridicamente perseguibili, in misura crescente rispetto al passato, come testimoniano i recenti dati sui reati in relazione alla tipologia ed all'età del reo. Non è infrequente come la mancanza di gratitudine sia un fattore di difficile gestione per il caregiver, professionale o non professionale.

"È stata ricoverata in un grande ospedale, nuovissimo, in una stanza a quattro letti e sta usufruendo del miglior trattamento possibile, farmaci nuovissimi, cure modernissime. È circondata da sollecitudine, tatto, gentilezza. Eccola lì, povera Maudie, una minuscola vecchina gialla ed arrabbiata, la alzano a sedere sul letto, la sistemano in poltrona con tanti cuscini, le somministrano medicine, e lei non fa che ribellarsi, infuriarsi, borbottare, maledire... eppure tutti le vogliono bene" (D. Lessing).

La rabbia, l'ingratitude di Maudie è la rabbia di tanti anziani di oggi che si ammalano (di cancro, di Parkinson, di malattie cardiocircolatorie, di malattie polmonari, ...) e che, attraverso la fragilità del corpo, sperimentano la fragilità emotiva e sociale. E la risposta, la reazione è, spesso, incomprensibilmente aggressiva e distruttiva.

E così i comportamenti "violenti", innescati non solo da deficit cognitivi e/o problematiche psicopatologiche clinicamente rilevanti ma anche da fenomeni di isolamento sociale e di impoverimento relazionale, introducono nel corpo sociale una diversa immagine dell'anziano, questa volta pericoloso (se pensiamo all'insicurezza diffusa, alla ricerca di cause e colpevoli, all'incremento dei ricoveri psichiatrici in regime obbligatorio degli anziani, ai procedimenti giudiziari ed alla presenza crescente in carcere di detenuti anziani), da controllare e reprimere piuttosto che da capire ed assistere.

Se è vero che si invecchia anche per come si è vissuti (storie, esperienze, reti, strutture di personalità, caratteri, relazioni, affetti, soddisfazioni e delusioni, elaborazioni più o meno riuscite...), allora l'anziano violento irrompe nel nostro scenario collettivo. Se "violenza" è entrare nel corpo e nella mente dell'altro, l'anziano da sempre considerato -e tuttora a ragione- vittima di violenza in varie forme, diventa anche autore ed attore, spesso con una particolare connotazione di intenzionalità e di potenza.

I fattori scatenanti possono essere molteplici: alcuni (recenti lutti, gravi malattie del corpo, paura della morte, assistenza al partner senza speranza, ...) innescano comprensione e rispetto; altri (gelosia, possesso, rabbia ed impulsività incontrollata, abuso di sostanze, reati contro la persona ed il patrimonio...) si accompagnano prevalentemente a distanziamento e richiesta di sanzione.

Non dobbiamo sottovalutare tuttavia i comportamenti messi in atto per affermare la propria presenza ed esistenza, in un contesto di dis-conoscimento e silenziamento, come paradigma del “soggetto-che-non-è”.

“...seppellito in linguaggi ed in pratiche sempre più tecnicistiche e burocratiche...si trova nella crisi, nelle urgenze, nei momenti esplosivi, nel caos: è la “parola cruda” che fa problema alla razionalità tecnocratica, una parola invalidata e resa muta dall’egemonia dei saperi specialistici. Il “soggetto che non è” è colui di cui si parla molto, ma che non viene capito” (L.Blaise).

L’anziano quindi -in una società post-moderna, complessa e connotata dalle “passioni tristi”- da persona fragile e da assistere diventa anche persona violenta, pericolosa, da contenere, controllare e, se necessario, punire.

Si affacciano, a questo punto, alcuni interrogativi.

Piena cittadinanza dunque, oltre un buonismo paternalistico, sterile e fuorviante?

Ma anche, come si modifica, in questo quadro per gli operatori socio-sanitari, la dimensione etica e tecnica della “care”?

Come strutturare una “società anche dei e per i vecchi” senza stereotipi che allontanano comunque dalla comprensione delle persone, con le loro irriducibili storie e traiettorie esistenziali?

Per non rifiutare le immagini ed i problemi che non vorremmo vedere, è possibile solo attivare complessi processi di svelamento ed analisi dei meccanismi che sono alla base di processi e comportamenti, sviluppando interventi precoci sui fattori di rischio (individuali, gruppal e socio-culturali) che riducano l’incidenza di fenomeni che sono comunque espressione di sofferenza e di isolamento.

È necessario un forte impegno -culturale, professionale ed etico- per far sì che le persone, e soprattutto gli anziani, non siano costretti a comunicare attraverso gli agiti, per paura di non essere ascoltati e per opporsi ad una marginalizzazione crescente.

“>Io sono stato qui e nessuno racconterà la mia storia<, aveva scritto una donna, forse, o un uomo. E quando? Pensava alla sua saga personale, unica ed irripetibile o l’aveva fatto in nome di tutti coloro che non vengono citati mai nei notiziari, che non hanno biografia, ma solo un labile passaggio per le strade della vita?” (L.Sepùveda).

BIBLIOGRAFIA

Blaise L., Il soggetto che non è, Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol. CXXIX, Allegato Fascicolo 3, 2005

Lessing D., Il diario di Jane Somers, Feltrinelli Ed., Milano, 2003

Sepùveda L., Le rose di Acatama, Ed. Guanda, Parma, 2000.

ABSTRACTS
9° CONGRESSO NAZIONALE

REM SLEEP BEHAVIOUR DISORDER-D.S.B. UN PERCORSO DIAGNOSTICO INTEGRATO-COMBINATO IN UN CASO CLINICO "PSEUDOIDIOPATICO"

Aloe Michele¹, Ficociello Rita Angela¹

¹A.S.P. Cosenza - C.S.M. Rossano Calabro

SCOPO

Illustrare un percorso diagnostico integrato-combinato in un caso clinico di Rem Sleep Behaviour Disorder pseudo-idiopatico. Il D.S.B. è una rara sindrome neuropsicologica complessa, inquadrabile nel novero dei disturbi del sonno definiti "Parasonnie", caratterizzate da perdita dell'atonia muscolare propria della fase di sonno REM e comparsa di un'intensa e caotica attività motoria.

Si distinguono una prima forma: "idiopatica" **-sine materia**, molto rara- ed una seconda forma "secondaria", associata ad altre Patologie Neurologiche.

Studi recenti hanno evidenziato un'associazione nel 65% dei casi di D.S.B. di sviluppo di patologie dementigene, in primis, la Demenza a Corpi di Lewy, ed in secundis, le altre patologie complesse-composte-neurodegenerative, quali il Morbo di Parkinson e le atrofie corticali multi-sistemiche.

METODI

Studio di un case-report di un Paziente di sesso maschile, di 65 anni, giunto alla Nostra Osservazione Clinica Multidisciplinare "Psichiatrico-Psicologica," affetto da R.D.B.I -forma Idiopatica-, con fenomeni onirici notturni ricorrenti in fase REM, caratterizzati da violenti, disputanti ed avversivi contenuti aggressivi, agiti direttamente e selettivamente nei confronti della Partner, dei quali il nostro paziente, al risveglio, ne conservava pieno ricordo, finendo per mimarne la dinamica cronologica degli attacchi violenti così come agiti nella scena originale onirica notturna.

In anamnesi: (pa/pr): non si rilevano antecedenti psicopatologici clinici e/o psichiatrici, nè si evidenziano deficits cognitivi o documentasi altro Disordine Psicico di Asse II°-D.S.M.IV°-TR-.

Il paziente è stato sottoposto ad esami strumentali di neuroimaging e neurofisiologici, insieme ad un'accurata valutazione delle funzioni cognitive con batteria testologica multipla e composita, ed è stata effettuata un'attenta analisi della "scena onirica", dei vissuti, e dei contenuti dei sogni del paziente mediante una metodologia ipnologica basata sulla c.d. tecnica di "**ricostruzione delle icone oniriche**" (Scuola Ipnologica Clinica Neurologica -Bologna, 2007).

RISULTATI

I dati dell'assessment diagnostico-clinico-neuropsicologico hanno significativamente evidenziato, diversamente da quanto affermato in letteratura, plurimi deficits micro-selettivi cognitivi nei patterns delle abilità visuo-costruttive, in quelle visuo-spaziali, in base al testing neuropsicologico, con Kit-Batteria Mosaico: Benton test-Bender test-Torre di Londra-test. L'analisi dei sogni ha evidenziato costanti tematiche a contenuto di violenza disputativa-avversiva-selettiva, con aggressività espressa ed agita direttamente, e, senza freni inibitori, nei riguardi della figura affettiva e sexle della partner, con intenso essudato emotigeno-panicogeno.

CONCLUSIONI

La presenza di plurimi deficits micro-selettivi cognitivi corticali nel nostro paziente affetto da R.D.B. I -apparentemente asintomatico dal punto di vista cognitivo macromolare- segnala, l'opportunità di porre in essere di routine, accanto ad indagini sofisticate di natura strumentale: neuroimaging funzionale, un approfondito esame di testatura neuropsicologica, a transizione psicodiagnostica sensibile/appropriata, con im-

piego della triade testologica del Kit-Batteria: Benton test, Bender test e Torre di Londra test -rilevatesi utili strumenti di affiancamento-approfondimento diagnostico- differenziale nel D.S.B.I.

L'evoluzione temporale del D.S.B.I., con possibile sviluppo di patologie associate ad una silente comorbidità di deterioramento mentale -incipiens o sub sindromico- rende indicato il monitoraggio longitudinale testologico del profilo e dell'assetto funzionale cognitivo. La triade semiologica- patognomonica, incentrata sui segni neurofisiologici, sulle modificazioni cognitive e sulla singolare attività onirico-motoria presente nel D.S.B.I., rende questa sindrome interessante, rappresentando una sorta di disturbo "spettro" neuropsichiatrico disvelante gli interrelati rapporti intercorrenti tra patologie del sonno in fase REM, pattern di attività onirica, e cluster -"indice" cognitivi di specifico profilo neuropsicologico.

Quest'ultimo rilievo può essere, finanche, assunto a possibile accurato predittore di probabile incipiente sviluppo di patologie degenerative multisistemiche del SNC, diversamente decorrenti con modalità "sub iudice", nel D.S.B.I.

OUTCOME RIABILITATIVO: EFFICACIA DI UN INTERVENTO “INTEGRATO” PER ANZIANI FRAGILI

Arcangeli Francesca¹, Cherubini Laura¹, Fiorda Alessandro¹, Alimenti Mario²

¹Associazione Simeone ed Anna Onlus

²Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini-Roma

SCOPO

Il termine fragilità identifica una condizione di rischio e vulnerabilità. L'anziano fragile è un paziente che rischia di non saper reagire efficacemente ad alterazioni determinate da agenti patogeni, da modificazioni dell'equilibrio psicologico, sociale ed ambientale. L'obiettivo dello studio è di verificare, quanto un intervento integrato (cognitivo-comportamentale-emotivo), possa influire efficacemente sullo stato di salute psicofisico, sulla qualità di vita e quindi sulla capacità di coping, in soggetti anziani fragili.

METODO

Abbiamo preso in esame un campione di 50 anziani (90% F e 10% M) di età compresa tra i 65 e 91 anni, cognitivamente nella norma (MMSE ≥ 24), poiché il nostro intento era di prevenire un peggioramento dello stato psicofisico.

I livelli di fragilità presenti nei 50 soggetti erano determinati da problemi: motori (58%), intellettivo-affettivo (66%), disagio economico (30%), ritiro sociale (48%); (alcuni dei pazienti presi in esame rientrano in più di una categoria di fragilità). Il nostro approccio integrato, consisteva in un intervento di stimolazione globale, finalizzato a sostenere le diverse funzioni psicofisiche e relazionali.

Gli anziani hanno partecipato ad incontri bisettimanali, per la durata di un anno. Ogni incontro prevedeva una parte dedicata ad esercizi di psicomotricità con stimolazione senso-percettiva, esercizi di coordinazione ed esperienze corporee di orientamento spaziale e temporale; mentre per la seconda parte la programmazione prevedeva esercizi di memory training, in cui si lavorava sul potenziamento dell'attenzione, delle capacità logico deduttive e di memoria.

RISULTATI

La valutazione dell'outcome riabilitativo, in termini di benessere psicofisico e stato funzionale, è avvenuta attraverso i seguenti test psicometrici: MMSE, GDS, HAM-A, Scala Geriatrica di Valutazione Motoria, ADL, IADL ed SF-36, somministrati all'inizio ed alla fine del trattamento.

Dall'analisi statistica si evidenzia un significativo miglioramento dello stato ansioso-depressivo (GDS ed HAM-A $p < .01$), che ha determinato un miglioramento delle performances cognitive e motorie (MMSE e Scala Geriatrica di Valutazione Motoria $p < .05$). I pazienti riferiscono globalmente un miglior stato della salute fisica, del livello emotivo e della funzione sociale (SF-36 $p < .05$). Gli anziani valutano in modo positivo la propria salute rispetto all'anno precedente (SF-36 $p < .01$) e riportano una minore percezione ed una ridotta influenza del dolore nella vita quotidiana (SF-36 $p < .01$).

CONCLUSIONI

La nostra ricerca ha dimostrato che un progetto di riabilitazione “personalizzato”, che integri l'aspetto cognitivo, comportamentale ed emotivo, può migliorare lo stato funzionale, far riscoprire abilità e potenzialità sopite ed influire positivamente sulla qualità di vita dell'anziano.

ANZIANO FRAGILE E QUALITÀ DI VITA: RICOVERO OSPEDALIERO O OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE? DUE REGIMI A CONFRONTO.

Ariano Luigi

U.O. Geriatria, Ospedali Riuniti di Foggia

RIASSUNTO

L'aumento della popolazione anziana e le implicazioni che ciò comporta sono aspetti imprescindibili quando si parla di assistenza sanitaria. Questo pone l'accento su nuove problematiche ed eventualmente su nuovi modelli assistenziali, tali da far fronte alla sempre maggiore richiesta di interventi sanitari. Con l'aumentare dell'età aumenta anche il numero degli anziani fragili e delle problematiche ad essi correlati. L'anziano fragile per la sua instabilità presenta un elevato rischio di ospedalizzazione e proprio per la sua condizione di incapacità biologica di reagire ad eventi stressanti, quali il ricovero ospedaliero, peggiora ulteriormente la sua condizione. Scopo del nostro studio è stato proprio quello di individuare delle modalità assistenziali più vicine alle necessità del paziente anziano fragile, efficaci nel mantenere un livello di autonomia funzionale quanto più possibile vicino a quello pre-morboso.

L'osservazione è basata su come funzionalità ed autonomia venissero mantenute in due regimi di ricovero differenti: nell'ospedale per acuti ed a domicilio, mediante il modello assistenziale di ospedalizzazione domiciliare.

METODI

Presso l'U.O. di Geriatria degli Ospedali Riuniti di Foggia è stato condotto uno studio osservazionale mediante l'arruolamento di 50 soggetti consecutivi di entrambi i sessi e suddivisi in due gruppi:

- gruppo A: 25 pazienti ricoverati secondo la modalità di ricovero ospedaliero;
- gruppo B: 25 pazienti ricoverati secondo la modalità di Ospedalizzazione Domiciliare.

L'età dei pazienti era compresa tra i 70 ed i 90 anni. Le problematiche cliniche dei due gruppi erano pressoché sovrapponibili. Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti con problematiche cognitive importanti. La media del punteggio al MMSE corretto per età e scolarità nei gruppi è stata 22. Il tempo medio di ricovero per entrambe le modalità assistenziali è stato di 8,5 giorni (7-10 giorni). Il periodo di osservazione ha abbracciato il semestre da Gennaio a Giugno 2008. I due gruppi di pazienti sono stati valutati da un punto di vista cognitivo e funzionale. Inoltre è stata esaminata la qualità di vita. La valutazione è stata effettuata sia all'ingresso (t0) che alla dimissione (t1); gli strumenti utilizzati sono stati: Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, SF-36, scala di Barthel modificata, Berg Balance Scale.

RISULTATI

I risultati ottenuti sono stati valutati ed analizzati con test statistico T-student. Nella valutazione finale sono stati presi in considerazione i punteggi ottenuti dalla scala di Barthel e dalla SF-36. Nei pazienti appartenenti al gruppo A la differenza fra le medie osservate per gli indici di Barthel sono risultate significative per $p \leq 0,05$; la differenza fra le medie osservate per la SF-36 sono risultate significative per $p \leq 0,05$. Nei pazienti appartenenti al gruppo B i risultati ottenuti non sono risultati significativi per eventuali variazioni. I risultati ottenuti considerando le altre scale di valutazione non sono risultati significativi.

CONCLUSIONI

I dati raccolti hanno evidenziato che il ricovero in Ospedalizzazione Domiciliare ha un impatto meno sfavorevole sulla qualità di vita dell'anziano fragile rispetto alla degenza ordinaria, mantenendo le capacità funzionali e facilitando pertanto il recupero clinico. Questi risultati aprono la strada verso nuovi modelli organizzativi integrati che garantiscano il mantenimento di una qualità di vita adeguata. Al contempo tali risultati sottolineano come la spesa sanitaria possa essere ridotta attraverso una maggiore selezione dei pazienti da ospedalizzare con conseguente aumento di disponibilità dei posti letto per quei casi in cui il ricovero ospedaliero si renda effettivamente necessario.

IDEAZIONE SUICIDARIA NELL'ANZIANO DI FAENZA. DATI EPIDEMIOLOGICI DA UNO STUDIO DI POPOLAZIONE.

Atti Anna Rita¹, Modenese Alberto¹, Moretti Francesca¹, Bernabei Virginia¹, Cesano Silvia¹, Forlani Claudia¹, Ferrari Barbara¹, Dalmonte Edoardo², De Ronchi Diana¹

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

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

SCOPO

Valutare la prevalenza ed i correlati socio-demografici e clinici dell'ideazione suicidaria in un'ampia popolazione anziana residente a Faenza (RA).

MATERIALI E METODI

461 soggetti (età media 85 anni; 52.9% donne; 49.2% vedovi) sono stati intervistati utilizzando il Revised Cambridge Examination for Mental Disorders in the Elderly (CAMDEX-R) [M.Roth et al., 1998]. In aggiunta al CAMDEX-R, l'ideazione suicidaria è stata indagata con la Scale for Suicide Ideation [Beck et al., 1979]. Gli specifici items più indagati tra tutti quelli presenti nel CAMDEX-R e nella SSI sono stati il desiderio di vivere, il pensiero di farla finita, il pensiero che non valga la pena di vivere, il desiderio di morire ed il peso delle motivazioni per vivere e morire.

L'associazione tra l'ideazione suicidaria ed i suoi correlati è stata valutata attraverso analisi di regressione logistica calcolando Odds Ratios (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

RISULTATI

La prevalenza dell'ideazione suicidaria è risultata essere pari al 7.3%. Non sono emerse differenze significative per quanto riguarda sesso, età, scolarità, stato civile e stato socio-economico tra soggetti con e senza ideazione suicidaria.

Soggetti con ideazione suicidaria hanno minor contatti con i propri familiari (OR=3.05, IC95%=1.10-8.43). La probabilità di avere ideazione suicidaria correla con il grado di insoddisfazione per il proprio stato di salute (OR=7.03, IC95%=2.3-21.9). Soggetti che lamentano sintomatologia ansiosa hanno un aumento di probabilità di oltre quattro volte di avere ideazione suicidaria (OR=4.76, IC95%=1.19-19.05). Il maggiore correlato dell'ideazione suicidaria è risultato essere la depressione che si associa positivamente con un OR di 9.6 (IC95%=3.3-27.9), dopo aver incluso in un unico modello ansia, depressione e psicosi.

CONCLUSIONE

I dati di prevalenza del nostro studio sono in linea con quelli evidenziati da altri studi simili per metodologia e popolazione di riferimento.

Nello studio di Scocco-De Leo (Italia, 2002) condotto su una popolazione di 611 anziani di Padova, la prevalenza dell'ideazione suicidaria è del 9.5%. Prevalenze simili si riscontrano anche negli studi di Barnow (Germania, 2000) e di Hirsch (USA, 2007), rispettivamente del 7% nel primo e dell'8% nel secondo. Gli stessi studi evidenziano un'associazione positiva tra ideazione suicidaria e sintomi ansiosi-depressivi e tra ideazione suicidaria e precarie condizioni di salute. Solo pochi studi hanno indagato l'ideazione suicidaria ed i suoi correlati in un campione di anziani rappresentativo della popolazione generale. Essendo il suicidio molto frequente tra gli anziani (Shah et al, 2008) si rende necessario identificare i soggetti a rischio al fine di attuare idonee misure di prevenzione, quali l'incremento del supporto sociale e della rete relazionale che vengono a mancare con l'avanzare dell'età. Il maggior correlato dell'ideazione suicidaria nell'anziano è risultato essere la depressione, che dev'essere quindi valutata con grande scrupolosità dal terapeuta, poiché oltre ad influire negativamente sulla qualità di vita dell'anziano, lo pone in una categoria ad elevato rischio per il suicidio.

TENTATO SUICIDIO NELL'ANZIANO DEPRESSO: ANALISI DI UN CASO CLINICO

Atti Anna Rita, Modenese Alberto, Moretti Francesca, Bernabei Virginia, Ferrari Barbara, Balestri Francesca, Gattarello Simone, Morini Valentina, De Ronchi Diana

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

SCOPO

Valutare le caratteristiche sociali e cliniche di un soggetto anziano con storia di tentato suicidio.

MATERIALI E METODI

La valutazione clinica del soggetto è avvenuta nell'ambito del "Faenza Project" [De Ronchi D, 2005], mediante la somministrazione di un'intervista semistrutturata, il Revised Cambridge Examination for Mental Disorders in the Elderly (CAMDEX-R) (M.Roth et al., 1998) e di una scala di valutazione per l'ideazione suicidaria, la Scale for Suicidal Ideation (SSI) (Beck et al., 1979). La diagnosi di depressione è stata formulata in base ai criteri diagnostici per la depressione del CAMDEX-R. Global Deterioration Scale (GDS) e Mini Mental State Examination (MMSE) sono state utilizzate per la valutazione delle funzioni cognitive.

RISULTATI

Si tratta di un uomo di 92 anni, proveniente da una zona rurale del centro-nord Italia, vedovo, di basso stato socio-economico e bassa scolarità. Il soggetto ha scarse relazioni sociali e familiari (due figli che vede di rado). Presenta un grave deterioramento cognitivo (GDS=6, MMSE=8), anche se a giudizio del medico che ha somministrato l'intervista e condotto la valutazione clinica i bassi punteggi registrati sono da attribuire parzialmente alla grave sordità e alla presenza di depressione.

Dal punto di vista clinico il soggetto non presenta condizioni morbose rilevanti, pur essendo disabile paraplegico per gli esiti di un fallito defenestramento. L'uomo è gravemente depresso soddisfacendo tutti e tre i criteri per la diagnosi di disturbo depressivo del CAMDEX-R: riferisce umore depresso per la maggior parte del tempo, anedonia, mancanza di appetito, insicurezza, affaticabilità anche per minimi sforzi, isolamento sociale, perdita di concentrazione e compromissione delle attività quotidiane.

È attualmente in terapia antidepressiva con venlafaxina. La valutazione dell'ideazione suicidaria ha evidenziato un punteggio alla SSI di 27 su 38, mostrando un elevato rischio suicidario e riferendo di aver recentemente commesso un tentativo di suicidio gettandosi da una finestra e perdendo così l'uso delle gambe. L'ideazione è molto forte e ha preso il controllo sul soggetto, che afferma anche di non avere deterrenti per metterla in atto. Il soggetto vede nel suicidio un modo per fuggire e risolvere i propri problemi.

CONCLUSIONE

Le caratteristiche cliniche e sociali del nostro caso sono coerenti con i fattori di rischio per il suicidio riportati in letteratura da numerosi studi.

Facendo riferimento alla review di Greck et al. del 2007 che ha analizzato i risultati di due studi di coorte e 17 studi caso-controllo che si proponevano di indagare i fattori di rischio per il suicidio nell'anziano, possiamo affermare che il soggetto alla nostra osservazione ne presenta molteplici: la condizione di vedovanza, la scarsa vicinanza da parte dei familiari, un basso numero di relazioni sociali, la disabilità fisica, l'insonnia ed una grave depressione.

In uno studio canadese (Clarke et al., 2004) si evidenzia come un precedente tentato suicidio conferisca un Odds Ratio di 1,84 per un futuro suicidio; questo conferma come il soggetto giunto alla nostra attenzione sia ad elevatissimo rischio suicidario. Il precedente tentativo con accertato intento di morte e la fermezza dell'ideazione lo pongono in un'area di rischio che impone una stretta sorveglianza e riconosce nell'assistenza e nel supporto sociale validi mezzi per diminuire il grado di ideazione.

LA QUALITÀ DELLA VITA IN PSICOGERIATRIA: IL RUOLO DELLA SALUTE ORALE

Balzarotti Ferdinando¹, Ambrosini Andrea², Marino Carlo², Porro Alice², Simonetta Chiara², Torlasco Margherita¹, Mascolo Andrea²

¹Residenza Sanitaria Lisino Tortona

²Università degli Studi di Genova, Clinica Odontostomatologica - DISTBIMO

RIASSUNTO

La salute orale emerge tra i fattori che influenzano la qualità della vita del paziente geriatrico, prendendo spunto dagli obbiettivi dell'FDI (Federation Dental International) per il 2020, obiettivo della ricerca è stata la valutazione delle condizioni orali e sistemiche degli ospiti presso la Residenza Sanitaria Lisino di Tortona. Sono stati presi in esame i profili cognitivi degli ospiti per creare un protocollo di prevenzione e mantenimento della salute orale a seconda delle condizioni degli ospiti; a tale scopo è stato formato un team odontoiatrico costituito da laureandi in Odontoiatria e Igiene dentale; il team è stato tarato presso il Centro di Riferimento Nazionale OMS di Milano per la somministrazione del GOHAI, self report specifico, e la valutazione clinica delle principali condizioni dei pazienti anziani.

MATERIALI E METODI

Sono stati somministrati il GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) self report attraverso cui si valuta la percezione da parte del paziente geriatrico della propria salute orale; nell'MMSE test di screening ideato per rilevare il deterioramento cognitivo, valutarne quantitativamente la severità e documentarne le modificazioni nel tempo; la valutazione anamnestica è stata rilevata insieme a GOHAI e MMSE successivamente è stata effettuata la valutazione odontoiatrica.

È stato effettuato un corso di formazione per gli Operatori Socio-Sanitari in cui sono state fornite linee guida ed un protocollo per la prevenzione e il mantenimento della salute orale da applicare sui pazienti della RSA.

L'indagine ha preso in considerazione un campione di 56 pazienti selezionati da un totale di 104 degen- ti in età compresa tra 60 e 102 anni; il campione di 56 pazienti era suddiviso in 37 femmine e 19 maschi; all'interno del gruppo campione sono stati selezionati un gruppo costituito da 7 pazienti, 5 femmine e 2 maschi, sottoposti al protocollo odontoiatrico e un gruppo di controllo costituito da 7 pazienti, 5 femmine e 2 maschi, con caratteristiche simili al gruppo studio (età, condizioni sistemiche, punteggio GOHAI); questi pazienti non hanno ricevuto alcun trattamento, sono stati esclusivamente monitorati durante il periodo di valutazione. La rivalutazione è stata effettuata a 30 giorni.

RISULTATI

51 dei 56 pazienti in esame ha mostrato punteggio GOHAI basso, la valutazione clinica ha evidenziato una condizione di salute orale scarsa per quasi la totalità degli ospiti; la raccolta anamnestica ha evidenziato la presenza di almeno una patologia sistemica condizionante per i trattamenti odontoiatrici (cardiovascolare, ipertensiva, neurologica, metabolica); la maggior parte degli ospiti era sottoposta ad un regime di poli-farmaco-terapia.

I pazienti del gruppo studio hanno manifestato un miglioramento generale in 6 ospiti (2 MMSE alti); in 2 casi, tra cui uno con MMSE alto il miglioramento è stato molto superiore alla media. Nel gruppo controllo 4 ospiti (2 con MMSE alto) non hanno presentato miglioramenti, i restanti 3 ospiti (2 con MMSE alto) hanno presentato miglioramenti non giustificabili dal momento che non hanno ricevuto alcun trattamento.

CONCLUSIONI

Il team di studio ha impattato con numerose e differenti realtà cliniche, una delle variabili più rilevanti è stata la capacità cognitiva del paziente. Possiamo però ritenerci soddisfatti, poiché il nostro obiettivo

ultimo di sensibilizzazione verso le problematiche del cavo orale è stato raggiunto su tutti i pazienti, spesso manifestando un aumento del bisogno di alzare il livello delle aspettative nei confronti della propria salute, intesa con il più moderno significato di benessere psico-fisico.

La creazione del bisogno, varia a seconda del sesso e della storia del singolo, ma si è osservato che i pazienti maschi presentano maggior interesse per la funzionalità masticatoria dell'apparato stomatognatico, a differenza delle pazienti femmine, la cui componente psicologica estetica prevale sul fisiologico bisogno.

La formazione ha svolto un ruolo fondamentale nel mantenimento a lungo termine e per tale ragione il ruolo offerto dagli Operatori Socio-Sanitari è risultato essenziale nella riuscita del progetto. L'approccio multidisciplinare deve intervenire, non solo sul paziente per migliorare la qualità della vita, ma anche durante il percorso formativo dell'Operatore Socio-Sanitario.

TABELLA 1. punteggio GOHAI degli ospiti selezionati

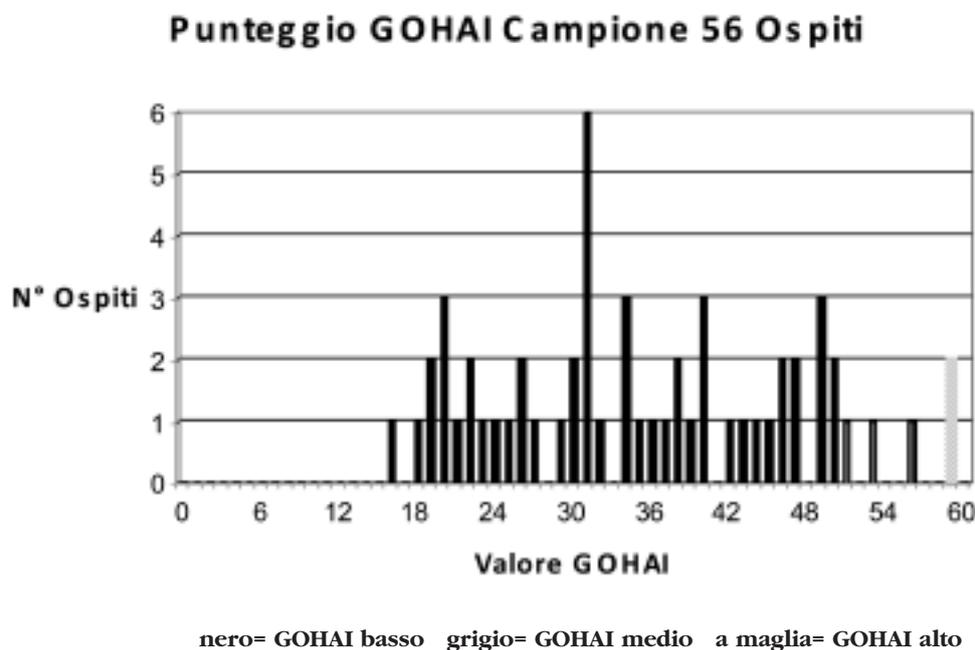


TABELLA 2. punteggio GOHAI gruppo studio +/- sono relativi al punteggio MMSE

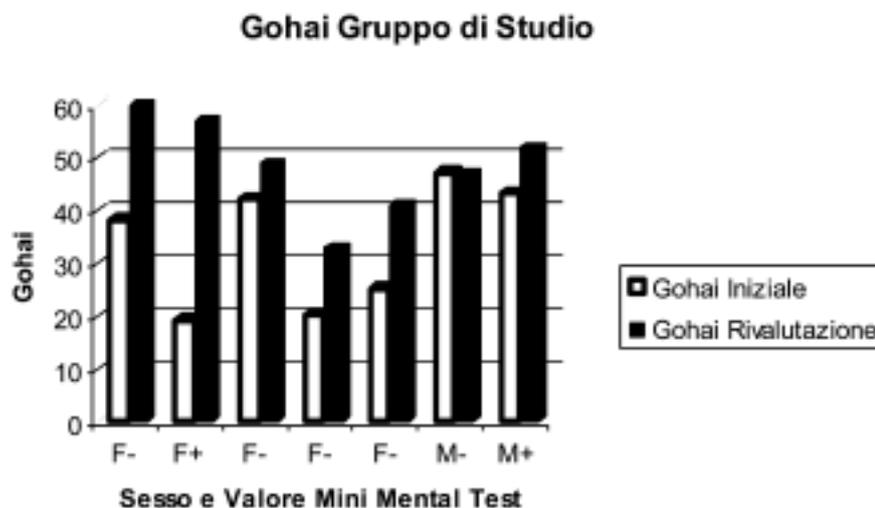


TABELLA 3. punteggio GOHAI gruppo controllo +/- sono relativi al punteggio MMSE

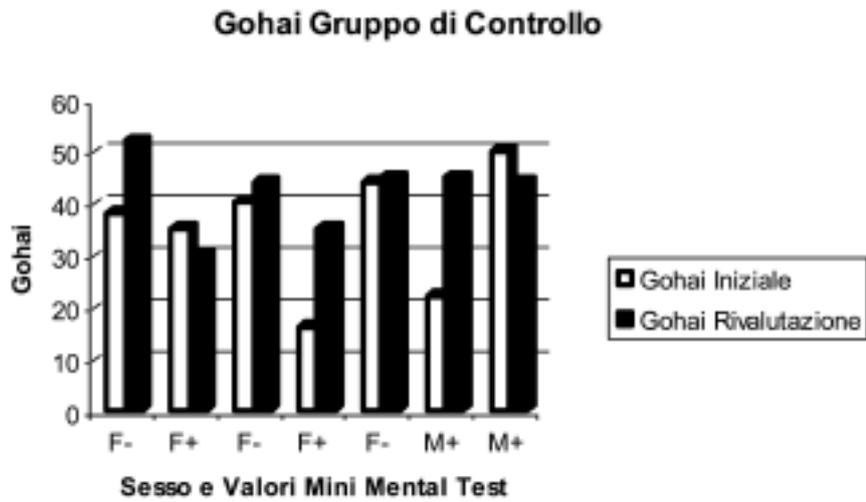
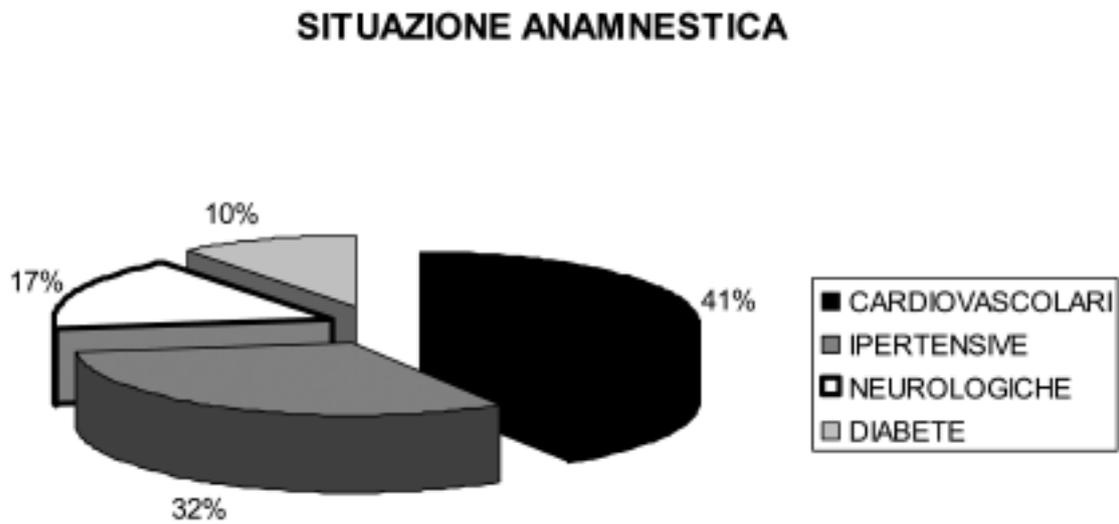


TABELLA 4. situazione sistemica ospiti



LA QUALITÀ NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Bertotto Stefania¹, Blanc Cristina², Genre Alma³, Rossi Graziella⁴

¹*Infermiera Professionale S.C. Cardiologia- Utic ASL Cuneo 1, Savigliano*

²*Coordinatore Infermieristico Distretto Val Pellice Torino 3*

³*Infermiera Professionale RSA "Girasole", Bibiana (TO)*

⁴*Dirigente Medico RSA "Girasole", Bibiana (TO)*

RIASSUNTO

Presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) "Girasole" di Bibiana a diretta gestione Aziendale (ASLTO 3) ospitante 40 anziani non autosufficienti, a decorrere del mese di aprile 2008 a settembre 2008, si è avviata un'attività di studio sulla qualità assistenziale.

La qualità della vita non è solo data dalla cura e dall'assistenza in caso di malattia, ma è un approccio multidimensionale della vita. La modalità di valutazione elaborata utilizza quindi un approccio multidimensionale: la qualità percepita dai residenti.

Il lavoro svolto si pone lo scopo di valutare la qualità dell'assistenza in strutture residenziali per anziani: si è valutata la qualità percepita dai residenti stessi delle case di riposo prese in esame, dei loro familiari, la qualità descritta dagli operatori OSS, infermieri, fisioterapisti, medici, animatori e responsabili della struttura.

L'obiettivo iniziale è stato di elaborare una modalità di valutazione applicabile a diversi contesti e che nel contempo stimolasse già fasi di definizione la riflessione degli operatori sul loro operato e sul servizio erogato.

METODO

Per valutare la qualità, il metodo ha previsto la formulazione di diversi indicatori. Si sono ricercati in letteratura gli indicatori esistenti ed altri sono stati costruiti in base alla lettura delle cartelle infermieristiche e cliniche.

Per non tralasciare alcun elemento, con l'intento di analizzare i punti essenziali dell'assistenza e non dimenticarne alcuno, si è utilizzata la teoria infermieristica di V. Henderson (per noi il più completo). Gli indicatori sono stati somministrati agli operatori mediante incontri di gruppo, mentre per i familiari e residenti li abbiamo trascritti sotto forma di questionario per renderli più comprensibili.

RISULTATI

Il lavoro ha messo in evidenza la possibilità di una lettura interattiva della qualità.

I professionisti nella discussione degli indicatori si sono interrogati circa le migliori modalità di assistenza ed hanno definito i loro obiettivi. Questo li ha resi più consapevoli della qualità dell'assistenza erogata.

Già in fase di compilazione dello strumento si è attivato un processo di miglioramento.

CONCLUSIONI

Il lavoro ha esplorato la qualità in vari punti di vista, portando ad una diversa consapevolezza della qualità percepita. Questo lavoro non ha dato giudizi su chi lavora o meno con qualità, ma ha portato alla consapevolezza, degli operatori e dei responsabili, di come viene erogata e percepita la qualità per poi costruire un progetto di miglioramento della qualità dove ve né è la necessità.

Questo lavoro è stato sperimentato in diverse case di riposo, ma può essere applicato anche nelle Unità Operative.

L'AMMISSIONE IN UN REPARTO DI GERIATRIA RIDUCE L'INCIDENZA DI DELIRIUM IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI

Bo Mario¹, Martini Barbara¹, Ruatta Claudia¹, Massaia Massimiliano¹, Aimonino Nicoletta¹, Varetto Antonella², Astengo Marco¹, Sona Alessandro¹ e Torta Riccardo²

¹SCDU Geriatria, ²SCDU Psicologia Clinica e Oncologia, Dipartimento Discipline Medico Chirurgiche, ASO San Giovanni Battista, Università degli Studi di Torino

SCOPO

Il delirium è uno stato di confusione acuta che si manifesta comunemente nei pazienti anziani ospedalizzati. Esso rappresenta un predittore di eventi avversi, tra i quali maggior tasso di mortalità, maggiore durata della degenza, peggior stato funzionale alla dimissione, maggior tasso di istituzionalizzazione ed aumento della spesa sanitaria. Le attuali evidenze suggeriscono che la migliore strategia di prevenzione del delirium è rappresentata da interventi multidimensionali rivolti a ridurre i fattori di rischio modificabili. Peraltro, tali strategie fanno parte della buona pratica clinica geriatrica. Lo scopo del nostro studio è valutare se l'ospedalizzazione di pazienti anziani in un'unità di Geriatria riduca significativamente l'incidenza di delirium rispetto all'ammissione in un'unità di Medicina Generale.

METODI

Sono stati reclutati pazienti di età pari o superiore a 70 anni, consecutivamente afferenti al Pronto Soccorso di un ospedale universitario, ricoverati nell'unità di Geriatria o nell'unità di Medicina Generale.

I dati includevano: stato funzionale e cognitivo (*Activities of Daily Living -ADL-*, *Instrumental Activities of Daily Living -IADL-*, *Short Portable Mental Status Questionnaire -SPMSQ-*), indici di comorbidità (*Cumulative Illness Rating Scale -CIRS-*) e di severità della patologia acuta (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation -APACHE II-*). L'incidenza e la severità del delirium sono stati valutati da specialisti Psichiatri, estranei rispetto al trattamento dei pazienti, attraverso la *Confusion Assesment Method* e la *Delirium Rating Scale*.

RISULTATI

8 (6.6%) dei 121 pazienti ricoverati nell'unità di Geriatria e 20 (15.2%) dei 131 pazienti ricoverati nell'unità di Medicina Generale hanno sviluppato delirium ($p < 0.01$). Dopo aver aggiustato per le differenze tra i due gruppi, il ricovero nell'unità di Geriatria rimaneva associato in modo indipendente ad una minore incidenza di delirium (rischio relativo 0.90, intervallo di confidenza 95% 0.024-0.331, $p < 0.001$). Anche all'analisi logistica multivariata, eseguita assumendo l'incidenza di delirium come variabile indipendente, il ricovero in Geriatria è risultato associato a minore incidenza di delirium (rischio relativo 0.039, intervallo di confidenza 95% 0.007-0.214, $p < 0.001$), mentre il grado di deterioramento cognitivo ($p < 0.001$), la severità della patologia acuta ($p = 0.001$) e la presenza di recenti eventi stressanti ($p = 0.001$) erano associati ad una maggiore incidenza di delirium.

CONCLUSIONI

L'ospedalizzazione in un'unità di Geriatria è associata con una minore incidenza di delirium, tra pazienti anziani che necessitano di ricovero. Nonostante le limitazioni imposte dalla natura osservazionale non randomizzata dello studio, questi risultati supportano ulteriormente l'evidenza del beneficio di un approccio geriatrico e multidimensionale nella prevenzione del delirium.

TRATTI TEMPERAMENTALI ED EVENTI: QUALCHE CONSIDERAZIONE SU UNA STORIA CLINICA

Boccardo Annadella*, Maccacchieri Bruno*, Scapati Francesco**

**Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura ASL, Stabilimento "S. Giuseppe Moscati", Taranto*

***Dipartimento Salute Mentale ASL, Taranto*

Può accadere che eventi nuovi anche di piccola entità possano avere effetti amplificati in relazione alla ridotta capacità di adattamento dell'anziano.

Così avviene che, nella storia clinica in questione, un comune tamponamento automobilistico induce un vero e proprio terremoto esistenziale in una persona con tratti temperamentali che ricordano il *typus melancholicus tellenbachiano*.

G. ha 70 anni ed è in pensione da qualche anno avendo ceduto la piccola azienda di proprietà ai due figli dai quali viene descritto come "persona molto precisa e corretta che, ad esempio, ha sempre pagato le bollette prima della scadenza, che non ha mai litigato e che è sempre stato attento a non dare fastidio a nessuno".

Giunge al pronto soccorso a causa di una sintomatologia caratterizzata da marcata flessione dell'umore con idee di autonocimento insorte da circa due settimane.

Prima di ciò non emergono diagnosi di patologie organiche né precedenti contatti di tipo psichiatrico.

Tutto sembra avere inizio a seguito di un incidente automobilistico, il primo della sua vita, avvenuto per una sua partenza anticipata ad un semaforo, con solo danneggiamento di un'auto e conseguente reazione verbale del conducente.

L'uomo avrebbe iniziato ad urlare e minacciare azioni legali, con grande vergogna di G., davanti ai passanti nonostante le immediate rassicurazioni fatte sulla tempestività degli interventi di riparazione del mezzo.

Da allora G. vive nell'angoscia di possibili ripercussioni dell'accaduto sulla sua famiglia ed è perfino arrivato a considerare la sua morte come l'unica soluzione per evitare guai ai suoi cari.

Ordinatezza e coscienza sembrano avere caratterizzato il *modus vivendi* di G. Il suo essere al mondo è stato, infatti, da quanto riferito dai figli e da egli stesso, all'insegna del rigore, della precisione e del continuo tentativo di non dispiacere agli altri.

Questi tratti temperamentali, che rimandano al *typus melancholicus*, si adattano con maggiore difficoltà di altri a situazioni di cambiamento quale è la vecchiaia stessa con le modificazioni complesse di natura biologica e di ordine psicosociale che comporta. In tale assetto personologico, pertanto, anche un evento in apparenza di scarsa importanza diventa patogeno proprio per il momento in cui si presenta nella storia di vita della persona.

BIBLIOGRAFIA

Baldoni E., *L'assistenza geriatrica. Concetti e tecniche di prevenzione e di recupero*. Piccin, Padova 1987.

Cesa-Bianchi M., *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*. Carocci Editore, Roma 2001.

Stanghellini G., *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.

Tellenbach H., *Melancolia. Storia del problema. Endogenicità. Tipologia. Patogenesi. Clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1975.

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO: ASPETTI DI PSICOPATOLOGIA

Boccadamo Annadelia*, **Matacchieri Bruno***, **Caldeo Giuseppina***, **Scapati Francesco****

**Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura ASL, Stabilimento "S. Giuseppe Moscati", Taranto*

***Dipartimento Salute Mentale ASL, Taranto*

Sintomatologia e decorso della depressione nell'anziano sono spesso condizionati da concomitanti alterazioni cerebrali; la presenza di una maggiore incidenza di malattie internistiche, poi, contribuisce ad influenzare negativamente la prognosi.

Ai quadri depressivi dell'età involutiva frequentemente si riconoscono caratteristiche maggiormente derivabili dai vissuti di chi invecchia quali aspetti ipocondriaci e paura della morte.

Ma, se nell'idea di avere una malattia di taluni depressi melanconici è possibile ipotizzare una continuità con la tristezza vitale, non altrettanto si può dire dell'esperienza di coloro il cui corpo ha ormai assunto caratteristiche di trasformazione.

O. ha 79 anni; attualmente non necessita di trattamenti farmacologici per patologie organiche. All'età di 20 presenta un primo episodio depressivo in seguito all'interruzione di una relazione amorosa con guarigione, a suo dire, spontanea. Negli anni a seguire si impegna in molte attività con successo.

Un nuovo episodio depressivo avviene quando O. ha 58 anni, nell'anno in cui muore la madre, ed un altro circa tre anni dopo quando subisce un intervento per calcolosi renale. In ambedue i casi vi è stato ricorso ad un trattamento psicofarmacologico non bene specificato ma verosimilmente con antidepressivi triciclici e BDZ.

Segue un periodo di parziale compenso psicopatologico finché nel 2007 O. mette in atto un tentativo di suicidio per autostrangolamento cui segue una massiccia ingestione di farmaci assunti per sedare, a suo dire, una sintomatologia dolorosa insopportabile nella sede dell'intervento.

Da allora egli sviluppa un quadro clinico caratterizzato da flessione del tono dell'umore non responsiva a terapia antidepressiva cui si accompagnano pensieri costanti di possibili malattie organiche che i numerosi esami strumentali a carico dei vari distretti corporei non confermano.

F ha 60 anni; si presenta in condizioni generali scadenti ed è in trattamento antiipertensivo. Nella sua storia emerge una diagnosi di "sindrome ansioso-depressiva" trattata con farmaci non meglio specificati, ma senza mai un vero e proprio ricorso ad uno specialista. Pochi anni prima dell'unico ricovero in ambito psichiatrico egli ha subito un intervento per prolassectomia emorroidaria. Da qualche mese F è convinto sempre più inattaccabilmente che il suo intestino è ormai morto e a causa di ciò ha cessato di alimentarsi, se non con liquidi, e si dice costretto a svuotarsi l'ampolla rettale con un dito per evitare l'occlusione intestinale.

Spesso il trattamento farmacologico degli anziani pone particolari problemi come in questi due casi in cui si è comunque resa necessaria un'associazione di SSRI con neurolettici di seconda generazione e BDZ.

La difficoltà è derivata nel primo caso dall'iniziale scarsa responsività al solo SSRI, nel secondo invece, dalla cautela necessaria alla somministrazione di un antipsicotico in un paziente con patologia organica concomitante ad uno stato di malnutrizione.

BIBLIOGRAFIA

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

Cappellari L., Meneghetti L., *Analisi strutturale e vissuti del mondo melanconico*, art. in POL.it -PSYCHIATRY ON LINE ITALIA.

Scapicchio P.G., *La depressione nell'anziano*. Quaderni italiani di psichiatria 2008; XXVII: 1-8.

IL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA GRAVE IN OSPEDALE

Boffelli Stefano, Rozzini Renzo, Sleiman Intissar, Barbisoni Piera, Ranhoff Anette*, Trabucchi Marco**

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza, Brescia

**University of Bergen, Diacon Hospital, Bergen, Norway*

***Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

RIASSUNTO

Le scelte terapeutiche in pazienti affetti da demenza e patologia somatica acuta rappresentano uno degli argomenti più controversi nell'ambito della discussione sui processi di cura ospedalieri dell'anziano.

Le corsie ospedaliere, ed in particolare i reparti medico-geriatrici negli ultimi anni hanno ricoverato pazienti con un grado di complessità clinica sempre più severa. Per molti di essi (in particolare i pazienti affetti da demenza grave) la reale utilità del ricovero ospedaliero non è stata sufficientemente valutata né sufficientemente sperimentati sono modelli alternativi di cura.

SCOPO DELLO STUDIO

Valutare le caratteristiche cliniche e la sopravvivenza di pazienti affetti da demenza con la finalità di delineare interventi di individualizzati.

PAZIENTI E METODI

Lo studio analizza le caratteristiche di 1310 pazienti ultrasessantacinquenni (femmine =67.7%, età media=79.4±7.8) ricoverati consecutivamente nel reparto di Geriatria dell'Ospedale Poliambulanza, Brescia. Ogni paziente è stato sottoposto a valutazione multidimensionale. I pazienti affetti da demenza sono stati suddivisi in due gruppi: allettati e non allettati. La gravità della demenza è stata valutata mediante il MMSE.

Sono stati considerati gravi i pazienti con MMSE inferiore a 10. Le caratteristiche di questi due gruppi di pazienti sono state confrontate con la rimanente popolazione di pazienti ricoverati. La mortalità a sei mesi è l'outcome considerato.

RISULTATI

Come atteso i pazienti affetti da demenza, allettati, presentano lo stato di salute globale peggiore: i valori di APS-APACHE II score più compromessi, i più bassi valori di albumina, emoglobina, colesterolo ed il maggior grado di comorbidità. La mortalità a 6 mesi è del 64.4%, 21.1% e 12.5% rispettivamente per i pazienti con demenza grave e allettati, con demenza grave non allettati e gruppo di controllo.

Considerando il gruppo di pazienti non affetti da demenza grave come gruppo di riferimento, dopo aver controllato per i fattori che si associano alla mortalità a 6 mesi in analisi univariata, l'RR e il 95% CI dei pazienti affetti da demenza grave non allettati e quello dei pazienti con demenza grave allettati risulta rispettivamente uguale a 1.7 (1.0-3.1) e 4.6 (2.8-7.6).

CONCLUSIONI

La rilevazione che circa il 65% dei pazienti affetti da demenza grave, allettati, muoiono nei 6 mesi successivi all'evento acuto che ha portato all'ospedalizzazione conferma la necessità di riflettere sui modelli assistenziali da adottare in questa classe di pazienti. In ogni paziente il medico deve operare con la finalità di ridurre al minimo la sofferenza del paziente, ma si ritiene che il livello di intensività da adottare debba essere differenziato: in alcuni pazienti gli interventi tecnologici sono inutili (futili) in altri hanno la più alta probabilità di essere efficaci.

La capacità di trasferire le informazioni raccolte mediante una valutazione multidimensionale in decisioni terapeutiche individualizzate rappresenta il "core" dell'arte geriatrica.

ALICE IN WONDERLAND SYNDROME (AIWS). CASO CLINICO

Brambilla Cristina, Baroni Fiorenzo, Firetto Silvia, Ghisla Maria Karin, Facchi Emanuela, Grassi Vittorio

U.O Medicina Riabilitativa Specialistica-Generale-Geriatria, Fondazione Richiedei Gussago (BS), Università degli Studi di Brescia

Alice in Wonderland syndrome (La sindrome di Alice nel paese delle meraviglie) include un'ampia gamma di sintomi, che vanno dall'alterazione nella percezione delle dimensioni di oggetti o persone (metamorfopsia), che possono apparire più piccoli (micropsia) o più grandi (macropsia) del normale, all'alterazione della percezione del passare del tempo o ancora ad un effetto di visione "a zoom" dell'ambiente circostante. Il fenomeno è, dal punto di vista semeiologico, vicino ai disturbi gnosici, pur tuttavia non essendo inquadrabile in un'agnosia specifica, ed è pur simile ai disturbi allucinatori, pur non essendo francamente un'allucinazione.

Il paziente ha usualmente coscienza dell'errore visivo. Nel 1952 C.W. Lippman pubblicò un articolo dal titolo "Certain hallucinations peculiar to migraine" in cui descriveva un raro fenomeno psichico di alterazione della percezione dell'immagine corporea, riscontrato in alcuni soggetti emicranici. Questi pazienti avevano la sensazione che il proprio corpo o parti di esso divenissero più grandi o molto più piccoli. Alcune di queste percezioni allucinate erano veramente bizzarre: una paziente, ad esempio, diceva di provare spesso, prima dello scoppio della cefalea, la sensazione che il suo orecchio destro si gonfiasse enormemente, per ben quindici centimetri. Nel 1955 J. Todd, nel descrivere a sua volta questo fenomeno, conosciuto oggi come micro- o macro-somatognosia, conìò l'espressione "Sindrome di Alice nel paese delle meraviglie" per analogia con quanto era sperimentato dalla piccola protagonista del famoso romanzo. Lewis Carroll autore di "Alice nel paese delle meraviglie" (1865) era soggetto ad emicranie di questo tipo ed è quindi per tale motivo che alla sindrome è stata attribuita questa denominazione.

È stato suggerito che l'esperienza di emicrania dell'autore possa aver dato origine alle sue descrizioni dei cambiamenti di Alice della forma del suo corpo, anche se altre condizioni possono determinarne la sintomatologia: epilessia, encefalite, tumori cerebrali, schizofrenia ed intossicazioni da droga.

Recentemente, in letteratura è stata descritta l'associazione con la mononucleosi infettiva. I.T., donna di 86 anni, pensionata, casalinga, con un titolo di studio elementare, vedova, giunge in ambulatorio divisionale per comparsa di fenomeni dispercettivi e valutazione delle performances motorie. In anamnesi ipertensione arteriosa sistemica, meningioma petroclivale con invasione del seno cavernoso di sinistra, quadrantopsia del campo visivo, artrosi polistazionale, degenerazione maculare dischiforme, pregressa mastectomia bilaterale per K. La valutazione multidimensionale mostra all'ingresso: Mini Mental State Examination (MMSE): 29.2; Geriatric Depression Scale (GDS): 10/15; Basic Activities of Daily Living, (BADL): 3 funzioni perse su 6; indice di Barthel: 60/100; Instrumental Activities of Daily Living, (IADL): 4 funzioni perse su 8; scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura di Tinetti: 7/28. L'insight della propria condizione determina un tono dell'umore marcatamente deflesso e la percezione di una pessima qualità della vita (Short Form del Medical Outcome Study SF-36). Lamenta visione ingrandita e dismorfa dei volti, riferisce di vedere i campanili delle chiese distorti e pendenti, gli ombrelli dei passanti appuntiti ed a forma similtriangolare, le finestre appaiono ondulate nella forma anziché correttamente rettangolari. La paziente è conscia dei propri disturbi, tanto che se le si chiede di disegnare ciò che vede e come in realtà l'oggetto dovrebbe essere, il compito viene svolto correttamente dimostrando così l'origine dispercettiva e la mancanza di disturbo di critica, giudizio e coscienza, (Figura 1). La paziente risulta affetta da anni da meningioma petroclivale con invasione del seno cavernoso di sinistra. La risonanza magnetica cerebrale, eseguita in reparto, mostra una lenta, ma progressiva espansione e un verosimilmente effetto massa sulla corteccia. La sintomatologia della paziente è stata inquadrata come '*Alice in Wonderland syndrome*'.

Figura 1



C.A.D.A.S.I.L.: STUDIO DI UN CASO CLINICO

Bruno Patrizia¹, Gragnaniello Rita¹, Di Gioia Anna¹, Argenzio Filomena²

¹Unità Valutazione Alzheimer ASL NA2 distretto 58 Napoli

²Direttore Sanitario, ASL NA2 distretto 58 Napoli

RIASSUNTO

Decorso clinico di una malattia neurologica rara, descritta e caratterizzata in epoca recente denominata CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy).

METODI

Paziente di sesso femminile di 62 anni, affetta da una forma di vascolopatia genetica ad andamento progressivo (CADASIL).

La malattia oltre che dal punto di vista clinico e neuroradiologico è stata confermata dall'analisi molecolare del gene. È stata, infatti, riscontrata nel gene NOCT-3, nell'esone delta a livello del codone 435 una sostituzione della cisteina con una glicina (Cyst435Gly). Nel 1989 la paziente ha presentato la prima manifestazione clinica della malattia con un evento ischemico cerebrale acuto; solo dopo l'esame autoptico della sorella, deceduta nel 1992, affetta dalla stessa patologia, si è formulata la corretta diagnosi. Successivamente l'emiplegia destra e l'afasia motoria, esiti dell'evento cerebrovascolare, sono regrediti quasi completamente, facendo riacquisire alla paziente lo svolgimento normale delle attività quotidiane semplici e strumentali. Nel 1996 la paziente si presentava non ben orientata nel tempo, orientata invece nello spazio, con una buona capacità di comprensione ed esecuzione dei compiti, buona memoria immediata MMSE = 18,74/30. Ridotta la capacità di riportare informazioni di cultura generale, la memoria logica ed il controllo mentale, con gravi segnali di depressione del tono dell'umore. Nel corso degli anni successivi le manifestazioni cliniche di episodi ischemici cerebrali si sono succedute molto frequentemente, nonostante la terapia medica con farmaci vasoattivi cerebrali, la compromissione cognitiva è divenuta sempre più grave fino a compromettere completamente le attività quotidiane. Nel 2006 viene aggiunto in terapia medica donepezil a 10 mg/die. Nonostante l'utilizzo del farmaco non desse miglioramenti clinici, la paziente lo ha assunto fino a luglio 2008. Solo in quel momento la paziente afferiva presso la Nostra UVA per competenza territoriale. Valutato lo stato multidimensionale la paziente presentava uno stato cognitivo deteriorato in maniera grave, MMSE = 0; era completamente assente a qualsiasi stimolo esterno, senza nessuna capacità di elaborazione e comprensione del pensiero, emettendo dei suoni che solo qualche volta si identificavano in parole compiute, disfagia per cibi solidi con conseguente disturbo nutrizionale. Dal punto di vista motorio, riusciva ad assumere una corretta postura se sostenuta e guidata, e una deambulazione appoggiata per pochi passi. L'incapacità totale allo svolgimento delle attività quotidiane era contemporaneo ad uno stato metabolico buono.

RISULTATI

Il nostro esame ha fatto valutare l'ipotesi della sostituzione del donepezil con il cerotto di rivastigmina da 4,6 mg. Dopo un mese di terapia la paziente aveva già miglioramenti apprezzabili della sua condizione: mostrava interesse per le cose intorno a lei, chiamava per nome il marito identificandolo come tale, cosa che non faceva più da tempo, soprattutto riusciva a coordinare i richiami con le sue necessità. Dopo tre mesi di terapia, si confermavano i miglioramenti cognitivi con la possibilità di quantizzarli con la somministrazione del MMSE che risultava essere uguale a 10/30, e si decideva di aumentare il dosaggio della rivastigmina a 9,5 mg./die.

CONCLUSIONI

Attualmente dopo sette mesi di somministrazione del cerotto la paziente presenta miglioramenti crescenti del suo stato cognitivo, disorientata nel tempo, ma non nell'individuazione della fase stagionale, orientata nello spazio, ricorda l'identità dei suoi familiari sia il marito e la figlia che vivono con lei, sia dei parenti più lontani, con cui ha minore frequentazione. Riesce a nutrirsi in maniera corretta senza alcun sintomo disfagico. Il MMSE è sempre uguale a 10/30. Il miglioramento cognitivo della paziente ha rasserenato anche la vita dei caregivers, che hanno collaborato alla presentazione di questo caso clinico, per divulgare questa esperienza terapeutica positiva, che non ha un razionale scientifico.

ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE SULLA DEMENZA NEL CENTRO UVA DEL C.S.M. DI ROGGIANO GRAVINA

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo, Trotta Francesco, Mastropierro Filomena, Fiori Giovanna, Lanza Gerarda

Centro di Salute Mentale, Centro UVA, Roggiano Gravina ASP Cosenza

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

Il centro UVA ha voluto soddisfare questa necessità promuovendo una serie di iniziative di informazione, di sensibilizzazione, formazione e aggiornamento sulla demenza.

MATERIALI E METODI

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

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

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

RISULTATI

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

CONCLUSIONI

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

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DELLA DEMENZA

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo, Trotta Francesco, Mastropiero Filomena, De Santo Maria Pia

Centro di Salute Mentale, Centro UVA, Roggiano Gravina ASP Cosenza

La demenza è definita come una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente.

Oltre ai sintomi cognitivi sono presenti sintomi non cognitivi che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento. In sostanza la demenza è una sindrome caratterizzata da molteplici deficit cognitivi e non, che determinano una significativa perdita nell'identità della persona.

L'assistenza di pazienti affetti da demenza comporta, inevitabilmente, uno stress del carer per cui è auspicabile l'adozione contestuale di modelli di controllo comportamentale del paziente, al fine di ridurre il rischio di medicalizzazione del carer.

A tal fine è nata l'idea di attivare all'interno del Centro UVA del CSM uno spazio per pazienti affetti da demenza di grado medio in carico nel nostro servizio ai quali è stato offerto un trattamento non farmacologico di Stimolazione Cognitiva.

METODI

I pazienti inseriti nel Centro che hanno effettuato un ciclo di Stimolazione Cognitiva sono stati 26.

Il campione è formato da 8 maschi e 18 femmine con un'età media di 79,57 anni (66-90) e scolarità di 4,91 (2-13), tutti affetti da demenza in accordo con i criteri: DSM IV-TR. La Stimolazione Cognitiva è stata effettuata per un periodo di tre mesi e gli strumenti utilizzati per la misurazione degli outcome al baseline e al follow-up sono stati il Mini-Mental State Examination (MMSE), la Geriatric Depression Scale (GDS) e il NeuroPsychiatric Inventory.

RISULTATI

I risultati ottenuti hanno evidenziato un miglioramento, a breve termine, di tutti i parametri valutati, inoltre nei soggetti trattati si è osservata una riduzione della frequenza e dell'intensità dei disturbi comportamentali.

CONCLUSIONI

Sebbene si sia osservato un miglioramento a breve termine e transitorio delle funzioni cognitive, i trattamenti non farmacologici non hanno lo scopo di ripristinare i livelli di funzionamento perduti, ma di sostenere ed attivare quelle funzioni mentali non completamente deteriorate, intervenendo sulle potenzialità residue.

EFFETTI DEL TRATTAMENTO PSICOMOTORIO SU UN GRUPPO DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA DI GRADO LIEVE

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo, Trotta Francesco, Mastropiero Filomena, Calarco Francesco

Centro di Salute Mentale, Centro UVA, Roggiano Gravina ASP Cosenza

Abbiamo condotto uno studio osservazionale, con l'aiuto di uno psicomotricista, della durata di sei mesi, su un gruppo di 10 pazienti affetti da demenza stabilizzati farmacologicamente.

Lo scopo dello studio è di evidenziare che certi approcci corporei e motori possono migliorare e recuperare aspetti cognitivi e relazionali;

I livelli di intervento sono stati: cognitivo, emotivo, organico, relazionale.

I presupposti psicomotori: Scoperta dell'Io, Relazione tra l'Io ed il mondo delle cose, Relazione tra l'Io e l'altro, Relazione tra l'Io e gli altri.

I pazienti sono stati sottoposti ai seguenti test psicometrici: M.M.S.E., A.D.L, I.A.D.L.

Gli ambienti utilizzati sono stati quelli del CSM in particolare una stanza adibita a palestra.

I risultati di detto studio evidenziano come il soggetto arriva a recuperare, trovare e riconoscere un'armonia nuova di tutta la propria dimensione affettiva. La psicomotricità cerca di ridare al soggetto un'identità fisica e mentale, attraverso la terapia relazionale, con sé stessi, con il mondo e con gli altri, per giungere all'accettazione dei propri vissuti ed al superamento dei vissuti sociali, che hanno un impatto di grande influenza sull'evoluzione globale del paziente, rimandandogli una negatività, che è sinonimo di diversità ed emarginazione cognitiva e motoria nonché il piacere del fare e del riuscire, al di là dello schema esecutivo corretto.

ASSOCIAZIONE DI MEMANTINA CON ANTICOLINESTERICI NEL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA

Buccomino Domenico, Drago Gioconda, Perri Antonio, Mazza Maria Grazia, Bruno Luigi Carlo, Trotta Francesco, Amilcare Marisa, Calarco Francesco

Centro di Salute Mentale, Centro UVA, Roggiano Gravina ASP Cosenza

La Demenza è una malattia caratterizzata da deficit cognitivi multipli cui si associano frequentemente disturbi del comportamento e dell'umore. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia della memantina sui disturbi cognitivi e non nei pazienti con demenza, che afferiscono al nostro centro UVA.

MATERIALI E METODI

Lo studio, longitudinale della durata di 18 mesi, è stato condotto su un campione di 57 pazienti, 25 maschi e 32 femmine, età compresa fra 65 e 85 anni (età media 77 anni) con MMSE <20 e suddivisi in due gruppi: A) in trattamento con antiAChE in monoterapia; B) con memantina aggiunta all'antiAChE. L'efficacia complessiva del trattamento è stata valutata considerando le variazioni nei punteggi alle seguenti scale: MMSE, ADL, IADL, BEHAVE-AD, NPI somministrate in basale, a 1, 6, 12 e 18 mesi di trattamento.

RISULTATI

Riguardo ai disturbi cognitivi sono state evidenziate differenze statisticamente significative nei due gruppi, con performances migliori specie nel gruppo in trattamento con memantina associata all'inibitore delle AchE. Inoltre l'aggiunta di memantine ha mostrato effetti positivi nel controllo dei disturbi comportamentali nei pazienti con Demenza che già stavano ricevendo trattamento stabile con inibAChE.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio suggeriscono che la terapia con Memantina, in associazione agli antiAChE risulta avere una efficacia maggiore su un ampio spettro di sintomi, con un effetto positivo non solo sulla qualità di vita del paziente, ma anche sul carico del caregiver.

DEPRESSIONE E CARENZA DI VITAMINA D NELL'ANZIANO: RISULTATI PRELIMINARI

Buffa Angela¹, Malavolta Nazzarena¹, Argnani Paola², Belvederi Murri Martino³, Costanza Giovanna⁴, Scalcione Marilena⁴, Boschi Maurizia⁴, Petrone Lidia³, Atti Anna Rita³, Bologna Maria⁵, Corsino Maria Alessandra⁴, Zanetidou Stamatula⁴

¹*U.O. di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna*

²*Dip. Cure Primarie, AUSL Bologna*

³*Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna*

⁴*Dip. Salute Mentale, AUSL Bologna*

⁵*Dip. Salute Mentale, AUSL Reggio Emilia*

SCOPO

La vitamina D gioca un ruolo importante nell'ambito di numerosi apparati e sistemi, tra cui il sistema nervoso centrale. Alcuni studi hanno riscontrato un'associazione tra bassi livelli di vitamina D e maggiore sintomatologia depressiva. Gli anziani, soprattutto di sesso femminile, sono a forte rischio di carenza di vitamina D, e la stessa popolazione presenta alta incidenza di depressione, nonché scarsa risposta ai farmaci antidepressivi.

OBIETTIVI

Misurare i livelli ematici di vit. D in una popolazione di anziani affetti da depressione maggiore, in corso di terapia antidepressiva. Si intende verificare se la somministrazione di vitamina D sia associata ad un miglioramento della sintomatologia depressiva.

MATERIALI E METODI

Hanno partecipato allo studio 18 soggetti anziani affetti da depressione maggiore. Oltre alla valutazione dei livelli ematici di vitamina D e dei fattori di rischio per osteoporosi, sono stati somministrati questionari HAM-D, GDS per la sintomatologia depressiva. I pazienti con livelli ematici di vitamina D ridotti o ai limiti inferiori hanno ricevuto una somministrazione orale di 100'000 UI di colecalciferolo. Dopo due settimane dalla somministrazione è stata effettuata una valutazione preliminare della sintomatologia depressiva mediante questionario GDS.

RISULTATI

Quattro pazienti presentavano carenza di vitamina D (inferiori o uguali a 15 ng/mL; 22.2%), quattro avevano livelli insufficienti di vitamina D (tra 16 e 30 ng/mL; 22.2%), quattro presentavano valori vicini ai limiti inferiori con uno o più fattori di rischio per osteoporosi (tra 31 e 40 ng/dL, 22.2%) e sei valori normali (33.3%). Tra i fattori di rischio per l'osteoporosi, la presenza di fratture patologiche in anamnesi era il più frequente (41.2%). Confrontando i punteggi GDS alla baseline e a 2 settimane dalla somministrazione della vitamina D, non si osservavano differenze significative tra i pazienti che avevano ricevuto il farmaco e coloro che non l'avevano ricevuto.

CONCLUSIONI

L'insufficienza di vitamina D ed i fattori di rischio per osteoporosi potrebbero essere molto diffusi tra gli anziani affetti da depressione maggiore. La somministrazione di colecalciferolo non era associata in modo statisticamente significativo a miglioramenti della sintomatologia depressiva a brevissimo termine, ma ciò potrebbe essere dovuto a ridotte dimensioni del campione in esame e/o meccanismi d'azione con lunga latenza.

Ulteriori studi sarebbero necessari per comprendere l'eventuale ruolo di questa sostanza nella regolazione del tono dell'umore.

INTERVENTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO IN UN REPARTO DI NEURORIABILITAZIONE

Caffarra Sendy, Luise Sara, Beschi Manuela, Avanzi Stefano, Forlani Chiara, Vezzadini Giuliana, Galante Emanuela

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

RIASSUNTO

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha comportato negli ultimi anni un aumento dei ricoveri (in ambito riabilitativo) di soggetti anziani affetti da polipatologie. Tra queste vi è il deterioramento cognitivo, frequentemente accentuato dalla condizione di ospedalizzazione.

Parallelamente negli ultimi anni sono stati effettuati numerosi studi sull'efficacia delle tecniche di riabilitazione cognitiva in soggetti dementi.

Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di verificare l'efficacia di un intervento di riabilitazione cognitiva di gruppo in pazienti degenti con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato. È stato pertanto effettuato un intervento combinato di Reality Orientation Therapy (tecnica di provata efficacia) e Reminiscenza (tecnica con minori evidenze di efficacia ma accolta con molto favore dai pazienti).

METODI

Vengono selezionati per il trattamento i pazienti degenti presso il nostro Istituto affetti da deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato.

La valutazione iniziale (T0) comprende test neuropsicologici di screening (MODA e MMSE), Scale comportamentali (GDS, NPI), scale di autonomia (ADL, IADL) e scale motorie (BERG, TINETTI e RANKIN). I soggetti reclutati vengono assegnati casualmente ad una delle due condizioni: a) fisioterapia + trattamento cognitivo in gruppo (4-5 soggetti), b) solo fisioterapia. La sessione di trattamento ha durata di 45 minuti e viene effettuata 4 volte la settimana per 3 settimane.

RISULTATI

Il re-test a 3 settimane nei due gruppi (T1) ha evidenziato un miglioramento dei punteggi ottenuti ai test globali MODA e MMSE nel solo gruppo di pazienti sottoposti a trattamento.

Una tendenza al miglioramento, anche se non significativa, si osserva alla Geriatric Depression Scale, alle scale funzionali e motorie.

COCNCLUSIONI

La stimolazione cognitiva e comportamentale attraverso un intervento combinato di ROT e Reminiscenza mirato al recupero dell'orientamento temporale, spaziale e personale ha contribuito durante la degenza a migliorare le competenze cognitive globali dei soggetti trattati. Il lavoro di gruppo guidato dal terapeuta in un ambiente predisposto contribuisce a creare un clima piacevole e rilassato.

È prevista valutazione di follow-up a 6 mesi (T2), al fine di valutare l'eventuale efficacia a lungo termine dell'intervento effettuato.

EFFETTI A BREVE-MEDIO TERMINE DEL TRATTAMENTO MUSICOTERAPICO IN SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA

Capasso Andrea¹, Buccelli Salvatore², Cesareo Carmela³, Femiano Maria⁴, De Luca Michele⁵, Iorio Raffaele⁶

¹*Centro specialistico per la diagnosi e cura delle Demenze. Distretto Sanitario 68.ASLNapoli 3*

²*Dottore in Psicologia*

³*Psicologo*

⁴*Sociologo Dirigente-Area Integrazione Sociosanitaria*

⁵*Distretto Sanitario 68-ASL Napoli 3*

⁶*Tecnostuttura Programmazione sanitaria-ASLNapoli 3*

SCOPI

Obiettivo del nostro studio è stato quello di verificare l'efficacia della musicoterapia, sia sul livello cognitivo che su quello psico-comportamentale, in soggetti affetti da AD lieve-moderato già in trattamento farmacologico. Partendo dall'analisi degli studi Cochrane syst Rev sull'effetto della musicoterapia in pazienti affetti da Demenza, abbiamo voluto verificare se i nostri pazienti avessero ricevuto un parziale beneficio dalla somministrazione di trattamenti complementari a quello farmacologico e su quali funzioni l'eventuale beneficio si fosse manifestato.

MATERIALI E METODI

A tale scopo abbiamo selezionato 20 soggetti affetti da Demenza tipo Alzheimer di grado lieve-moderato, già trattati con gli inibitori dell'acetilcolinesterasi; a tali pazienti è stata somministrata una batteria neuropsicologica (MMSE, 15 parole di Rey, FAB, copia della figura complessa di Rey, MPR PM47, fluenza semantica e fonologica, test di corsi, span di cifre e verbale, aprassia costruttiva di Milano, Stroop test) il test di Raven, suddiviso in due metà e 2 interviste semi-strutturate (NPI, AES) per valutare il profilo comportamentale. Il campione è stato suddiviso in 2 gruppi da 10 soggetti, entrambi omogenei per età, sesso, comorbidità e trattamento farmacologico; il primo gruppo di 10 soggetti è stato sottoposto all'ascolto di diversi brani musicali per un'ora, tre volte in una settimana, per una durata di 3 mesi; il secondo gruppo aveva funzione di controllo.

I brani erano divisi in tre generi (sonate classiche, opera, melodica-italiana) e venivano ascoltati in gruppo.

Criteri di esclusione sono stati: a) MMSE <20 (corretto per età e scolarità); b) GDS>10; c) DSM IV per diagnosi di Depressione maggiore.

RISULTATI

I dati hanno confermato che l'ascolto delle sonate produce un miglioramento del livello cognitivo globale (MPR PM47 $p=.004$) incidendo soprattutto sul profilo psico-comportamentale. In particolare, dopo le sessioni di ascolto, si è avuto un miglioramento dei BPSD, dimostrato da una riduzione del punteggio medio delle scale relative all'apatia, aggressività, agitazione (NPI, AES $p=.015$).

Bisogna rilevare però, che i moduli cognitivi relativi alle funzioni mnesico-attentive e prassico-costruttive hanno ricevuto uno scarso beneficio in seguito al trattamento musicoterapico.

CONCLUSIONI

Questo esito supporta la tesi, sostenuta da alcuni studi, nei quali si evidenzia una riduzione dell'aggressività, dell'agitazione e dell'apatia, nonché un lieve miglioramento in alcuni domini cognitivi nei soggetti affetti da AD di grado lieve-moderato sottoposti a trattamento riabilitativo musicoterapico.

BIBLIOGRAFIA

Brotons M, Koger SM. The impact of music therapy on language functioning in dementia. *J Music Ther* 2000; 37 (3): 183-95.

Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs* 1998 Jul; 24 (7): 10-7.

Gardener LA. Effects of individualized versus classical "relation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 2000 Mar; 12 (1): 49-65.

Groene RW. Effects of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type.

Vink AC, Birks JS, Brunisma MS, Scholten RJ. Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (3): 2004; CD003477.

STUDIO CLINICO PRELIMINARE SUL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI) IN UN GRUPPO DI 160 SOGGETTI

Caputo Miriam, Bustreo Sara, Capellero Barbara, Marchet Alberto, Leotta Daniela, Balla Silvia, Pernigotti Luigi Maria

Rete Alzheimer A.S.L. 1 Torino

OBIETTIVI

Valutare la prevalenza del Mild Cognitive Impairment, attraverso uno studio osservazionale, tra la popolazione afferente agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale di Venaria Reale (TO) e l'Ambulatorio dei disturbi di memoria dell'Ospedale Martini (ASL 1 TO).

MATERIALI E METODI

Nel periodo compreso tra Gennaio 2007 e Marzo 2008, 160 soggetti, 90 femmine e 70 maschi, di età compresa fra 50 e 90 anni (età media 69 anni), con disturbo soggettivo di memoria, sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica di screening, effettuata attraverso l'uso del protocollo del gruppo di Studio "Diagnosi precoce della malattia di Alzheimer" (Caltagirone, 2001) ed a scale comportamentali per depressione e ansia.

Inoltre 92 di questi soggetti sono stati sottoposti ad EEG con analisi spettrale e 20 a RM encefalo con studio volumetrico dell'ippocampo.

Una rivalutazione neuropsicologica a distanza di 12 mesi è stata possibile finora in 45 dei 160 soggetti dello studio, da cui sono esclusi quelli con diagnosi di demenza che sono stati avviati all'Unità di Valutazione Alzheimer.

RISULTATI

- 81 soggetti (50%), del campione preso in esame, presentavano un quadro di MCI, di questi 48 soggetti (30%) rientravano nei criteri di A-MCI; 28 (17%) MCI Multiple Domain; 5 (3%) MCI single non-memory domain;
- 14 (8%) erano affetti da demenza lieve secondo i criteri NINCDS-ADRDA;
- 65 (42%) non presentano deficit cognitivi ma di questi, 21 avevano punteggi patologici alle scale comportamentali per ansia e depressione.

Alla valutazione di follow-up, a distanza di 12 mesi, dei 45 soggetti rivalutati, è emerso che:

- per 32 si conferma la diagnosi iniziale (16 nella norma, 8 A-MCI, 6 MCI-md, 2 MCI-single domain);
- per 13 si è verificata una variazione del profilo neuropsicologico: 2 soggetti normali sono convertiti 1 a A-MCI e 1 a MCI-md; di 10 A-MCI 5 presentavano un profilo cognitivo nella norma, 3 presentavano un quadro di demenza lieve e 2 un quadro di MCI-multiple domain; infine 1 MCI-single domain è convertito in demenza.

CONCLUSIONI

Nell'ambito del gruppo di soggetti da noi studiato, che riferiva soggettivamente un disturbo di memoria, la prevalenza di MCI, secondo i criteri di Petersen, è risultata essere del 50%.

I dati di follow-up, ancora in corso, dovranno stabilire la percentuale di conversione a demenza e la presenza, in questi soggetti, di markers neurofisiologici e di neuroimmagine, eventualmente predittivi.

La condizione di MCI viene considerata dalla Letteratura più recente un'entità clinica molto eterogenea il cui tasso di conversione a demenza rimane ancora incerto.

Il progetto del ns studio, di cui disponiamo per ora solo dei dati preliminari, è quello di poter disporre di un campione sufficientemente ampio di popolazione nel quale individuare fattori predittivi (clinici, neuropsicologici e strumentali) che consentano di elaborare criteri diagnostici a maggior valore prognostico per la diagnosi di sviluppo di demenza.

PLASTICITÀ CEREBRALE IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER DOPO UN TRAINING COGNITIVO

Cesaro Lucia, Manfredi Mirella, Spironelli Chiara¹, Bergamaschi Susanna^{1,2}, Mondini Sara^{1,2}, Calza Attilio², Angrilli Alessandro^{1,3}

¹Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale

²Casa di Cura "Figlie di San Camillo", Cremona

³Centro Nazionale delle Ricerche, Istituto di Neuroscienze, Padova

RIASSUNTO

Scopo dello studio era quello di indagare le modificazioni comportamentali ed elettrofisiologiche, mediante la tecnica dei potenziali evocati, in pazienti con demenza di Alzheimer (AD) probabile in seguito ad un training di stimolazione cognitiva della durata di cinque settimane.

MATERIALI E METODI

Dodici pazienti con AD probabile (10 donne e 2 uomini) hanno partecipato ad un training di stimolazione intensa per cinque settimane in cui venivano svolti esercizi per stimolare le principali funzioni cognitive. I pazienti si sono recati in clinica quattro giorni alla settimana per due ore ciascuno (totale di 20 incontri per 40 ore). Prima e dopo il training è stata registrata l'attività elettrica corticale (EEG) evocata durante lo svolgimento al computer di due compiti (sperimentale e di controllo). Nel compito sperimentale "Colore", che veniva svolto ogni giorno per l'intera durata del training, i pazienti dovevano memorizzare il colore di un singolo quadrato (S1) presentato sullo schermo per 1 secondo (s) e verificare se era presente tra 4 quadrati (S2) presentati successivamente dopo 2 s premendo la barra spaziatrice (paradigma Go/No-Go). Nel compito di controllo, denominato "Motorio", una croce di fissazione (S1) presentata per 1 s anticipava la comparsa di un successivo stimolo (S2) che poteva essere un quadrato di colore giallo oppure blu: il paziente doveva rispondere premendo sulla tastiera del computer il tasto del colore corrispondente. Il confronto pre- e post-training è stato svolto per entrambi i compiti sia a livello comportamentale (tempi di risposta e percentuali d'errore) che a livello elettrofisiologico (analisi ERP).

RISULTATI

L'analisi dei dati comportamentali ha evidenziato che, dopo il training, i pazienti rispondevano con Tempi di Reazione (TR) significativamente minori ad entrambi i compiti ($p < 0.05$), con una riduzione di più del 50% delle omissioni ($p < 0.05$) e dei falsi allarmi ($p < 0.05$) solo nel compito sperimentale "Colore". Nessuna differenza è, invece, emersa sulle percentuali d'errore del compito di controllo "Motorio", che veniva svolto accuratamente già prima del training (percentuale d'errore inferiore al 2%). Per quanto riguarda l'analisi dei potenziali evocati lenti, l'ampiezza della CNV è stata misurata, per entrambi i compiti, prima e dopo il training in un intervallo compreso tra 1.5 e 3.0 s dopo la presentazione di S1. L'ANOVA ha rivelato che, prima del training, i due compiti presentavano pattern d'attivazione bilaterale sia a livello dei siti anteriori che posteriori, senza differenze significative. Anche dopo il training, nei siti posteriori il pattern di dati non cambiava, mentre in quelli anteriori il compito "Colore" mostrava una significativa attivazione (maggiore negatività) nell'emisfero sinistro rispetto al destro ($p < 0.05$). Il compito "Motorio", invece, presentava un'attivazione distribuita bilateralmente come prima del training.

CONCLUSIONE

I cambiamenti del pattern d'attivazione corticale ottenuti dopo il training nel compito "Colore" potrebbero essere attribuiti ad una riorganizzazione plastica delle reti cognitive indotta dallo svolgimento del training. La maggiore attivazione registrata durante il compito sperimentale a livello dei siti anteriori sinistri può essere interpretata come un meccanismo strategico compensatorio che attiva reti ancora parzialmente integre (come possono essere, per esempio, quelle linguistiche). Durante il compito, infatti, i pazienti usavano una strategia di ricordo attivo del nome del colore del quadrato, e, attraverso un processo di reiterazione attiva, mantenevano in memoria a breve termine l'informazione necessaria per la risposta.

Un training cognitivo intensivo con pazienti AD può portare, quindi, ad una riorganizzazione plastica dei network cerebrali.

L'AROMATERAPIA RIDUCE I DISTURBI COMPORTAMENTALI (BPSD) IN OSPITI CON DEMENZA RESIDENTI IN RSA

Chiarello Antonino¹, Vezzoli Angelica¹, Radici Roberta¹, Recanati Consuelo², Celi Mariacristina³

¹RSA Fondazione "Francesco Balicco" Martinengo (Bg)

²RSA Fondazione "Don Ciriaco Vezzoli" Cividate al Piano (Bg)

³medico generico

RIASSUNTO

Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di ridurre i disturbi del comportamento (BPSD, Behavioral Psychological Symptoms in Dementia) in anziani affetti da demenza moderata-severa residenti in RSA, utilizzando l'aromaterapia sia per massaggio che per diffusione.

METODI

Sono stati arruolati n° 14 ospiti affetti da demenza di vario tipo (degenerativa, vascolare, degenerativa con malattia cerebro-vascolare e Parkinson-demenza), di grado da moderato a severo, valutati con le seguenti scale: M.M.S.E., Hachinski Ischemic Score, Baans, CDR estesa. Tutti gli ospiti presentavano una dipendenza da moderata a totale nello svolgimento delle attività basilari della vita quotidiana, valutata con l'indice di Barthel ed erano affetti da grave comorbidità. Sono stati suddivisi in 2 gruppi: 7 trattati e 7 di controllo.

La valutazione dei disturbi comportamentali è stata effettuata utilizzando la scala per l'agitazione di Cohen-Mansfield (CMAI).

Abbiamo utilizzato come olii essenziali l'arancio amaro e la lavanda dotati di attività sedativa. Gli ospiti sono stati trattati dall'inizio (maggio 2008) fino alla fine (agosto 2008), per 4 mattine a settimana, alternando l'aromaterapia con massaggio riflessologico delle mani all'aromaterapia per diffusione. La prima è stata praticata dalla masso-terapista e dalla fisioterapista e ha consistito in un massaggio generale della mano, con mobilitazione delle articolazioni, producendo particolare pressione nei punti più significativi per ottenere il maggior rilassamento; la seconda tecnica di aromaterapia è stata eseguita per diffusione nell'ambiente in cui si trovavano gli ospiti, cercando di garantire la quiete necessaria per beneficiare appieno del trattamento. Ogni paziente è stato trattato per 15 minuti a seduta. Per il massaggio riflessologico sono state diluite alternativamente 30 gocce di olio essenziale di arancio amaro o di lavanda in 100 ml di olio di mandorle; invece per la diffusione con fornello a candela sono state diluite 20 gocce di olio essenziale di lavanda in 30 ml di acqua.

RISULTATI

All'inizio dello studio tutti gli ospiti presentavano punteggi elevati nella scala per l'agitazione di Cohen-Mansfield; i disturbi prevalenti erano rappresentati da agitazione psico-motoria, aggressività fisica e verbale, affaccendamento motorio afinalistico e vocalizzazione persistente.

Alla fine dello studio dei 7 ospiti trattati: 6 hanno presentato un notevole miglioramento nel punteggio della CMAI e soltanto 1 ha continuato a manifestare i suddetti disturbi.

Nel gruppo di controllo: 4 hanno presentato un lieve peggioramento e 3 sono rimasti stazionari.

Tutti i pazienti hanno continuato la loro terapia con neurolettici atipici e trazadone a bassi dosaggi.

CONCLUSIONI

Il nostro lavoro di stimolazione plurisensoriale (olfattiva e tattile) con la riflessologia della mano dimostra che le vie sensoriali rappresentano un punto di contatto reale, in quanto sono l'unico canale ancora in grado di creare una comunicazione tra il nostro mondo e quello ormai perduto e disgregato del paziente con demenza. Il funzionamento della memoria olfattiva è tale che i primi ricordi olfattivi che risalgono all'infanzia sono i più potenti nella loro capacità di suscitare delle emozioni gradevoli ed anche i più facili da riattivare. In effetti, le memorie olfattive non svaniscono mai e la loro forza dipende dall'importanza che ha avuto la situazione in cui l'odore è stato percepito nel processo d'apprendimento. Più antiche sono le memorie olfattive, più profonde sono le emozioni che risvegliano.

Il nostro studio vuole essere uno stimolo continuo alla ricerca di strategie significative per la gestione dei disturbi comportamentali in RSA.

VALUTAZIONE CLINICO OSSERVAZIONALE IN PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DEPRESSIVA ASSOCIATA AD ICTUS, RICOVERATI PRESSO RSA NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2008

Cipolli Patrizio*, Bonazzinga Maura*, Rosso Tiziana*, Bianchi Elda**

*Unità Operativa Semplice RSA Costarainera (ASL1 Imperiese)

**Unità Dipartimentale di Psicologia ASL 1 Imperiese

L'RSA di Costarainera (Servizio territoriale ASL1 Imperiese) è una struttura con 60 posti letto finalizzata alla degenza riabilitativa post-acuta.

Nel 2008 sono stati accolti complessivamente 537 pazienti provenienti dai vari reparti di degenza della ASL1 Imperiese ed i pazienti residenti in provincia di Imperia, su segnalazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Le patologie che con maggior frequenza accedono alla RSA sono:

- Ortopediche (fratture di femore, o protesi);
- Neurologiche (Ictus);
- Internistiche e chirurgiche (sindromi ipocinetiche a da allettamento prolungato).

I tempi di degenza media sono di 39 giorni, mentre per quanto riguarda i disturbi neurologici la degenza di norma si protrae a 52 giorni.

La soglia di degenza massima consentita dalle disposizioni dell'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria è di 60 giorni.

Lo studio riguarda 98 soggetti (M 41, F57) compresi tra i 66 ed i 89 anni, età media 77 ± 2 , provenienti dalle Unità Operative di Neurologia dell'Ospedale di Imperia, di Sanremo e dal Reparto di Neuroscienze dell'Ospedale di Pietra Ligure.

La diagnosi di ingresso era "Esiti recenti di lesione ischemica e/o emorragica encefalica condizionante emiparesi/plegia".

Tali soggetti vennero testati all'ingresso per la valutazione di depressione post-ictus con un approccio multidimensionale (colloquio clinico; anamnesi pre-morbosa; osservazione del comportamento del paziente; intervista con i familiari e con i *caregiver*; modificazione dei ritmi biologici). Questo tipo di valutazione venne ritenuta utile per limitare i rischi di sovrastima che di sottostima diagnostica della depressione post-ictus.

Infatti i pazienti cerebrolesi possono presentare una serie di disturbi neurologici e neuropsicologici che ostacolano la valutazione dei disturbi emotivo-comportamentali.

Ai Pazienti la psicologa dello staff ha somministrato la GDS (*Geriatrics Depression Scale*), al fine di rilevare una sindrome depressiva: A) preesistente già in trattamento, B) preesistente non in trattamento, C) post ictus rilevabile al momento dell'ingresso in RSA. Si è tenuto conto anche di copatologie quali la demenza e le patologie degenerative del SNC preesistenti e facilitanti o complicanti la sintomatologia depressiva.

Lo studio attualmente è stato esteso all'anno corrente ed i dati presentati sono solo osservazionali e puramente analitici, a cui seguiranno i dati confrontati e validati, con analoghi studi.

Quanto emerge dai dati evidenzia come spesso nell'anziano ospedalizzato per ictus si manifesti con marcata frequenza una sindrome depressiva (nel nostro studio circa il 42% dei soggetti dei quali 29% femmine e 13% maschi).

Abbiamo rilevato come la terapia antidepressiva, qualora fosse preesistente veniva di norma confermata senza modifiche indipendentemente dall'andamento psicopatologico, e spesso demandando a tempi successivi l'eventuale modifica terapeutica.

La valutazione alla dimissione dalla RSA ha evidenziato che oltre il 50% dei pazienti, da noi classificati con depressione post-ictale, tutti trattati con antidepressivi durante la degenza, ha presentato un netto miglioramento clinico e nel 10% circa la risoluzione sintomatologica.

Nei rimanenti 16 pazienti i sintomi caratteristici quali alterazioni del tono dell'umore (umore depresso, ridotta volitività), della psicomotricità (astenia, irrequietezza o rallentamento), della sfera cognitiva (riduzione prestazioni, autodevalutazione, sensi di colpa, ideazione suicidaria) e somatica (disturbi del sonno, dell'appetito, di concentrazione, astenia) sono rimasti invariati rispetto alla valutazione all'ingresso.

La depressione post-ictus se non affrontata in tempi precoci può rappresentare un fattore condizionante la sicurezza quotidiana e la qualità della vita dei pazienti con postumi di ictus e dei loro familiari. È stato ampiamente segnalato e rilevato che i pazienti con depressione post-ictus presentano un più alto rischio di cadute e che la depressione post-ictus rappresenta il fattore sfavorevole più rilevante sulla qualità della vita dei pazienti con postumi cronici di ictus.

La riduzione del tono dell'umore gioca quindi un ruolo rilevante anche rispetto alla disabilità residua.

UNA MODERATA DISOSMIA PREDICE LA CONVERSIONE A DEMENZA ENTRO DUE ANNI IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

Conti Marta Zaffira, Vicini-Chilovi Barbara, Zanetti Marina, Bertoletti Erik, Liberini Paolo, Rozzini Luca, Padovani Alessandro

Dipartimento di Neurologia, Università di Brescia, Brescia

RIASSUNTO E SCOPO

Recentemente, in letteratura, è stata data particolare enfasi ai gravi deficit della funzione olfattiva nella Malattia di Alzheimer (AD). È stato inoltre dimostrato come anche soggetti con Mild Cognitive Impairment (MCI) possano manifestare scarse performance olfattive. Obiettivo dello studio è stato pertanto l'analisi del rapporto tra olfatto e funzioni cognitive in un campione di soggetti MCI e del possibile ruolo dei deficit olfattivi nel predirne la conversione a demenza.

METODI

Sono stati arruolati ottantotto pazienti soddisfacenti i criteri per MCI. Ciascun paziente è stato sottoposto ad un'estesa valutazione multidimensionale e neuropsicologica e, per testare l'abilità olfattiva (soglia, identificazione olfattiva e memoria), ad una valutazione psicométrica olfattiva.

L'identificazione olfattiva è stata misurata tramite una versione validata e culturalmente adattata alla popolazione italiana dell'University of Pennsylvania Smell Identification Test (UP-SIT), denominata CA-SIT. Principale end point dello studio era la determinazione del tasso di conversione a demenza entro due anni dall'arruolamento. Quarantasei soggetti sani, sovrapponibili per età, sono stati selezionati come gruppo di controllo e sono stati sottoposti alla medesima valutazione multidimensionale ed olfattiva.

RISULTATI

Trentacinque soggetti MCI hanno riportato una buona capacità di identificazione (CA-SIT ≥ 24 odori correttamente identificati/34; media: 26.3 ± 2.2), mentre per cinquantatré è stato rilevato un deficit olfattivo di grado moderato (CA-SIT < 24 odori correttamente identificati/34; media: 16.7 ± 3.9). I due sottogruppi sono stati denominati rispettivamente MCI- e MCI+. Gli MCI+ presentavano peggiori prestazioni ai test di memoria episodica rispetto agli MCI- ($p < .001$), mentre i due gruppi non differivano significativamente in quanto ad altri domini cognitivi. Ottantaquattro pazienti MCI sono stati rivalutati a due anni; ventisette erano convertiti a demenza (26/27 di tipo Alzheimer). La percentuale di conversione del gruppo MCI+ ed MCI- era rispettivamente del 47% ed 11,4% ($p .000$). In un modello di regressione logistica aggiustata per età, stato funzionale (IADL, BADL) e performance cognitive (MMSE, Breve Racconto, Matrici Colorate di Raven, Trail Making Test B, Rievocazione della figura di Rey), un basso score olfattivo (CA-SIT < 24) è risultato predittore indipendente di progressione a demenza (OR 5.13, C.I. 1.1-22.6, $p .03$).

CONCLUSIONI

I deficit di indentificazione olfattiva (CA-SIT < 24) rappresentano un potente fattore predittivo di demenza in soggetti MCI. Il test di identificazione olfattiva potrebbe essere considerato uno strumento utile, unitamente alla valutazione neuropsicologica, ai fini di meglio caratterizzare entità cliniche differenti tra soggetti che riferiscono disturbi cognitivi.

LE PREFERENZE DI CURA DELL'ANZIANO AFFETTO DA DISTURBO DI PERSONALITÀ, IL CAREGIVER E LE SCELTE TERAPEUTICHE IN UN REPARTO DI EMERGENZA

Cornali Cristina^{1,2,3}, Ranieri Piera^{2,3}, Franzoni Simone^{2,3}, Bianchetti Angelo^{2,3}, Badini Ilaria^{2,3}, Cossu Beatrice^{2,4}, Pizzoni Marina^{2,3}, Trabucchi Marco³

¹*U.O. Pronto Soccorso, Istituto Clinico S. Anna, Brescia*

²*U.O. Medicina, Istituto Clinico S. Anna, Brescia*

³*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

⁴*Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Brescia*

Donna di 82 anni, che giunge in un Pronto Soccorso alle ore 12.38 in Codice Rosso per sincope e persistenza per circa 10 minuti di alterazione dello stato di coscienza.

Dalla documentazione clinica e dal colloquio con i familiari si evince che la signora è affetta da scompenso cardiaco in cuore polmonare cronico, broncopneumopatia cronica ostruttiva e restrittiva già in ossigeno-terapia a lungo termine, crolli vertebrali multipli e poliartrosi. Da alcuni giorni addominalgie e diarrea. Riferita come cognitivamente integra, vive insieme ad una badante in parziale autonomia funzionale (Barthel index pre-morboso: 65/100).

In ambulanza ripristino dello stato di vigilanza dopo posizionamento in Trendelenburg e aumento flusso O₂. Giunge in ospedale vigile sebbene bradipsichica (GCS 14/15), in stato di grave ipotensione, che all'esame obiettivo appare in prima ipotesi come da shock ipovolemico.

Per difficoltà a reperimento accesso venoso periferico, viene contattato rianimatore per posizionamento accesso venoso centrale al fine di praticare prelievo ematico e infusione di farmaci.

Nel frattempo, effettuato colloquio con due figli che descrivono le discrete condizioni cliniche della paziente, sebbene l'elevata comorbidità.

Durante la manovra di incanalamento di vena centrale, arresto cardiorespiratorio, per cui viene sottoposta a infusione di adrenalina e soluzione colloidale, con recupero dell'attività cardiaca e respiratoria.

Viene comunicata ai parenti la gravità delle condizioni cliniche e la possibilità di evoluzione verso l'exitus. Una dei due figli inizia a inveire contro il personale medico, chiedendo che la madre non venga più sottoposta ad alcuna pratica medica invasiva e non, esprime la volontà a riportarla a domicilio, poiché lei stessa era stata nominata dal genitore in forma scritta come responsabile delle sue preferenze di cura. Viene comunicata la possibilità di un tentativo terapeutico medico di ristabilizzazione clinica o perlomeno di trattamento palliativo, che viene più volte rifiutato. Si dispone quindi per organizzare il trasferimento a domicilio mediante ambulanza.

Nel frattempo, la paziente, inizialmente agonizzante, ha un progressivamente rapido recupero della stabilità emodinamica e ritorna ad essere contattabile. La figlia ed il personale di PS chiedono alla signora di esprimere la propria preferenza nel tornare a domicilio, la quale acconsente dichiarando di non aver mai voluto salire sul mezzo del 118 per recarsi in ospedale. Al momento dell'autodimissione, la figlia rifiuta però di firmare la volontà di non proseguire un percorso terapeutico. Quindi, alla luce del recupero clinico spontaneo e degli esami ematochimici pressoché nella norma, il medico del PS richiede nuovamente alla paziente se vuole rimanere in ospedale per essere sottoposta a interventi a media intensività per tentare una guarigione. Dopo circa 4 ore dall'accesso nel dipartimento di emergenza, ormai già sulla barella dell'autoambulanza, la paziente acconsente al ricovero in U.O. Medicina.

In un successivo completamento dell'anamnesi patologica remota, emergono numerose visite neuropsichiatriche per insonnia, disturbo di somatizzazione e sintomi depressivi, con inquadramento diagnostico come Disturbo di Personalità Borderline.

Il caso clinico presentato pone alcuni interrogativi riguardo:

- 1) all'autonomia della persona nell'esprimere con libertà e ragionamento le proprie preferenze di fine vita, a fronte di una condizione psicopatologica difficilmente diagnosticabile se non riferita, soprattutto in un reparto di emergenza, e caratterizzata da instabilità dell'immagine del sé e dell'umore, marcata impulsività, comportamenti automutilanti o suicidari e instabilità affettiva;
- 2) al valore del familiare come tutore delle decisioni di fine vita quando viene riscontrato da parte del medico un rifiuto ad ascoltare la prognosi e le opzioni terapeutiche realizzabili;
- 3) alla costruzione, nei tempi concitati del reparto di emergenza, di una relazione di cura e di un rapporto di fiducia nonché di mutuo ascolto fra medico-paziente-famigliare.

UTILIZZO DI ANTIDEPRESSIVI IN SOGGETTI CON SINTOMI DEPRESSIVI E DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE DI RECENTE INSORGENZA IN SOGGETTI AFFERENTI AD AMBULATORI DI GERIATRIA – U.V.A.

Cotroneo Antonino Maria¹, Busceti Antonino⁵, Gareri Piero², Lacava Roberto², Monteleone Francesco⁴, Maina Ettore¹, Nicoletti Nicoletta¹, Cabodi Sergio³

¹*Ambulatori Geriatria ed U.V.A.- Dip. Salute Anziani ASL Torino 2*

²*Unità Operativa Tutela Salute Anziani, ASP Catanzaro*

³*Direttore Dip. Salute Anziani ASL Torino 2*

⁴*Geriatria Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma*

⁵*Med. 7 Ospedale Molinette Torino*

RIASSUNTO

I sintomi depressivi, spesso misconosciuti e di conseguenza sottotrattati, sono molto presenti nel soggetto anziano. Spesso sono associati od addirittura anticipano un decadimento cognitivo. Le cause della depressione possono essere molteplici, sovente reattive ed altrettanto spesso associate a patologie croniche che ne complicano ulteriormente il quadro clinico, peggiorano la qualità della vita e lo stato di salute, aumentano i costi della cura ed assistenza. La finalità di questo studio osservazionale è stata quella di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'utilizzo di antidepressivi in soggetti anziani (età media 75 aa), con associato decadimento cognitivo lieve e disturbi soggettivi di memoria senza significatività al MMSE.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione 40 soggetti anziani (20 ipertesi, 10 diabetici, 5 poliartrosi, 5 nessuna patologia concomitante) afferenti agli ambulatori di Geriatria ed U.V.A., giunti all'attenzione per riferiti deficit della memoria di recente insorgenza.

A tutti i soggetti è stata effettuata una TC encefalo, dosati Vit. B12, folati e TSH, emocr. e funz. renale + elettroliti, somministrato il test MODA, registrato un ecg, visita medica ed anamnesi.

Somministrate le seguenti Scale di valutazione: GDS, MMSE, ADL, IADL, DMI, Quest. del sonno e MNA. Valutato il numero di accessi in DEA - P.S. nell'ultimo anno. Sono stati esclusi i soggetti che già avevano un antidepressivo in terapia. I soggetti inseriti sono stati divisi in: gruppo A (15 soggetti trattati con citalopram in gtt; 16 mg /die); gruppo B (15 soggetti trattati con duloxetina cpr, 30 mg/die); gruppo C (10 soggetti trattati con integratori alimentari, L-triptofano e il 5-idrossitriptofano). Tutti i soggetti avevano una GDS significativa di depressione ed un MMSE <_a 22. La scelta del farmaco è stata dettata dalla contemporanea presenza di disturbo d'ansia (preferito il gruppo A), la concomitante presenza di dolore (gruppo B), la lieve sintomatologia depressiva (gruppo C).

La durata dello studio è stata di 3 mesi, con valutazione T0, T1 ad 1 mese e T2, conclusione dello studio, a 3 mesi dal T0.

RISULTATI

Dai dati emersi si è evidenziato un miglioramento della sintomatologia depressiva in tutti i soggetti dello studio, ad eccezione di 2 soggetti del gruppo A e 3 soggetti del gruppo B, malgrado il raddoppio della posologia iniziale. In totale il raddoppio della posologia iniziale (al T1) si è registrato in 6 soggetti del gruppo A ed in 5 soggetti del gruppo B. Invariato il gruppo C.

La sospensione del farmaco nei 4 del gruppo B è dovuta ad inappetenza ed insonnia (2 soggetti) e nausea (1 soggetto). La sospensione del farmaco nei 2 soggetti del gruppo A è dovuta a sonnolenza con sbadigli (1 caso) e secchezza delle fauci (1 caso). Nel gruppo A miglioramento al disturbo d'ansia, nel grup-

po B del disturbo doloroso. Un miglioramento sensibile si è registrato alle ADL ed IADL, in 4 soggetti del gruppo A ed in 3 del gruppo B con ripristino di alcune attività abbandonate come il leggere giornali e/o libri, partecipare ad attività lievi familiari. 7 soggetti (gruppo C) hanno ripreso ad effettuare piccola attività fisica (passeggiate, corsi di ginnastica lieve) e dipingere. Nel 70% un miglioramento del sonno inteso soprattutto come qualità ed in 10 soggetti anche come numero di ore. In 4 soggetti è stata sospesa la somministrazione di ipnoinducente a breve emivita. Nessun caso di iposodiemia, nessuna alterazione all'ecg. MMSE stabile.

CONCLUSIONE

I dati emersi dimostrano che, pur tenendo conto del numero dei soggetti anziani coinvolti e del tempo dello studio, l'utilizzo dei due antidepressivi è da considerarsi, nel complesso, sicuro ed efficace in accordo con la letteratura. Gli anziani studiati hanno riferito un miglioramento della qualità della vita e dello stato di salute. Nessun accesso in DEA - P.S. nei tre mesi dello studio. Di conseguenza spesa complessiva di cura ed assistenza minore.

UTILIZZO DI INTEGRATORI ALIMENTARI SU SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE E DISTURBI SOGGETTIVI DI MEMORIA (ANALISI PRELIMINARE)

Cotroneo Antonino Maria¹, Gareri Piero², Lacava Roberto², Monteleone Francesco⁴, Grassone Davide¹, Fantò Fausto⁵, Nicoletti Nicoletta¹, Maina Ettore¹, Putignano Salvatore⁶, Cabodi Sergio³

¹Ambulatori Geriatria ed U.V.A. - Dip. Salute Anziani ASL Torino 2

²Unità Operativa Tutela Salute Anziani, ASP Catanzaro

³Direttore Dip. Salute Anziani ASL Torino 2

⁴Geriatria Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma

⁵U.V.A. Geriatria San Luigi di Orbassano (TO)

⁶Presidente Nazionale AGE

RIASSUNTO

La finalità dello studio osservazionale è stata quella di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'utilizzo di integratori alimentari (colina, Vit. C ed E, acido alfa-lipoico) in due gruppi di soggetti anziani con decadimento cognitivo lieve e/o disturbi della memoria senza deficit significativi al MMSE.

Come è ampiamente dimostrato in letteratura si sa che l'attività cerebrale è correlata alla giusta attività dei neuroni. La colina è coinvolta nell'integrità strutturale della membrana cellulare e nella trasmissione dei segnali (trasmissione colinergica). L'acido lipoico è un cofattore dei numerosi enzimi che intervengono nella decarbossilazione ossidativa del piruvato e di altri chetoacidi, in tali reazioni l'acido lipoico è continuamente rigenerato. In letteratura è dimostrata l'importanza anche per il controllo del glucosio e la prevenzione di patologie come la cataratta e l'ictus. La vit. C ha molte funzioni tra le quali idrossilazione della dopamina per formare la noradrenalina, sintesi della carnitina, riduzione dell'acido folico per formare la forma coenzimatica, aumento dell'assorbimento di ferro ed azione di rigenerazione della vitamina E. La vitamina ha un ruolo importante, quale fattore antiossidante, nella prevenzione dell'ossidazione degli acidi grassi polinsaturi.

MATERIALE E METODI

Sono stati presi in considerazione due gruppi di 12 soggetti ciascuno, età media 74+5, 10 uomini e 14 donne, con decadimento cognitivo lieve (gruppo A, MMSE = tra 21 e 24) e/o con disturbi soggettivi di memoria ma senza significativi deficit al MMSE (gruppo B).

Ogni soggetto ha effettuato una TC encefalo senza mdc, dosato Vit. B12, folati e TSH per escludere patologie che ne inficiavano l'inclusione nello studio. La durata dello studio osservazionale è stata di 3 mesi.

Al T0 sono stati somministrati, oltre alla visita medica ed anamnesi, le seguenti scale di valutazione: ADL, IADL, MMSE, GDS, NPI.

Al T1 (a 3 mesi dal T0) nuova somministrazione delle 5 scale e visita medica.

I soggetti sono stati messi in trattamento con 2 c/die contenenti colina, ac. alfa lipoico, Vit. C ed E.

RISULTATI

Siamo andati a valutare gli outcomes che erano un miglioramento dell'autonomia alle ADL ed IADL, un miglioramento al MMSE e del tono dell'umore e di alcuni disturbi valutati all'NPI. Un altro importante outcome era quello riguardante gli effetti collaterali importanti. Dai primi dati emersi si è registrata una confortante tenuta alle ADL ed IADL sostanzialmente sovrapponibile nei due gruppi, un lieve miglioramento al MMSE soprattutto nel gruppo B (8 soggetti), mentre nel gruppo A (5 soggetti). Da registrare un miglio-

ramento del tono dell'umore in 6 soggetti del gruppo A ed in 7 soggetti del gruppo B. Sostanzialmente sovrapponibile la situazione all'NPI, anche se in 4 soggetti si è registrato un miglioramento della sintomatologia legata ai disturbi del sonno. Nessun effetto collaterale importante.

CONCLUSIONI

Gli incoraggianti risultati ottenuti, ci hanno indirizzati a progettare ed iniziare uno studio multicentrico osservazionale ben più ampio (studio I.DE.A.LE), della durata di 9 mesi, coinvolgenti vari centri italiani, che hanno aderito alla proposta, arruolando n. 30 soggetti a centro. Sono state aggiunte, a quelle già usate, delle Scale di valutazione riguardanti il sonno (questionario del sonno), la nutrizione (MNA), cognitivtà (test MODA e dell'orologio), comorbidità (CIRS).

Interessante, a nostro avviso, è valutare e monitorare la tenuta e/o miglioramento alle ADL ed IADL, al MMSE, alla GDS. Particolare riguardo sarà dato all'indice di comorbidità che ci permetterà di suddividere in sottogruppi la popolazione dello studio, valutando alcuni aspetti legati al sonno, nutrizionali ed ai disturbi comportamentali.

ANALISI PRELIMINARE DELLA PRATICA AMBULATORIALE U.V.A. NELLE REGIONI PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

Cotroneo Antonino Maria, Di Giovanni Marco, Di Stefano Fabio, Gianara Augusta, Grassone Davide, Leotta Daniela, Liffredo Cesare, Luda Emilio, Massaia Massimiliano, Papa Alfonso

Consiglio Direttivo A.I.P. Sezione Regionale Piemonte-Valle d'Aosta

RIASSUNTO

L'attività ambulatoriale dell'Unità Valutativa Alzheimer (U.V.A.) dopo il progetto Cronos si è sviluppata senza chiare indicazioni e nuove U.V.A. sono sorte per rispondere alle esigenze di un numero sempre maggiore di pazienti affetti da demenza. Questo lavoro preliminare ha lo scopo di analizzare la realtà in cui operano sempre più numerosi specialisti di psicogeriatrica e di conoscere la metodologia di lavoro utilizzata, per fornire delle possibili indicazioni sull'organizzazione futura delle U.V.A.

METODI

In occasione del convegno "U.V.A.: efficacia, limiti, prospettive" organizzato a Pollenzo (CN) il 26 settembre 2008 dalla nostra Sezione è stato raccolto un questionario composto da nove domande sui vari aspetti della pratica ambulatoriale. Le domande vertono sui dati rilevati, gli strumenti di valutazione utilizzati, il tempo programmato per la prima visita e per le visite di controllo, il setting in cui si eseguono le visite, il coinvolgimento dei familiari/caregivers, il personale facente parte dell'équipe psicogeriatrica, il numero di visite effettuate in un anno, i codici DRG utilizzati per codificare le prestazioni fornite, la presenza di un servizio di counselling telefonico o altra forma di supporto per i familiari/caregivers.

RISULTATI

Delle 45 U.V.A. interpellate, 23 hanno risposto al questionario. Dalle risposte ottenute si evidenzia una sostanziale omogeneità nei test utilizzati (MMSE, ADL, IADL) in continuità con il Progetto Cronos, mentre diverso risulta il tempo dedicato alla prima visita (in media 48 minuti). I 2/3 delle U.V.A. contengono nell'équipe la figura dell'infermiere, e il 56% quella dello psicologo. Il 41% della U.V.A. esegue tra 200 e 500 visite all'anno.

È stata riscontrata una completa disomogeneità della codifica DRG delle prestazioni ambulatoriali effettuate.

CONCLUSIONI

Al termine di questa preliminare indagine conoscitiva, si è constatata un'ampia differenza nella pratica ambulatoriale delle U.V.A. È auspicabile pertanto un maggior confronto tra gli specialisti di psicogeriatrica per giungere a proposte più omogenee.

DISABILITÀ, DEPRESSIONE E DOLORE NELLA DONNA ANZIANA CON MALATTIA DI PARKINSON

D'Amico Ferdinando^{1,2}, Caronzolo Francesco¹, Crescenti Paola¹, Lombardo Giuseppina¹, Grippa Alessandro^{1,2}

¹*Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza - Laboratorio di Psicogeriatrics, P.O. "Barone Ignazio Romeo" Patti*

²*Coordinamento Attività Geriatriche-Azienda U.S.L. n. 5 Messina*

OBIETTIVO

Questo studio clinico ha valutato la relazione tra Disabilità, Depressione, Dolore in donne anziane con Malattia di Parkinson (MP).

Nel campione studiato, gli stadi della malattia e la gravità della disabilità sono valutati mediante la storia clinica e l'esame obiettivo, considerando non soltanto i sintomi principali di bradicinesia/ipocinesia, rigidità, tremore e instabilità posturale, ma anche le manifestazioni collaterali di tipo vegetativo e psichico. Si è considerato anche che negli anni più recenti è stata sottolineata l'importanza di includere nella valutazione l'effetto della malattia sulle attività basilari (ADL) e sulle attività strumentali (IADL) della vita quotidiana.

DISEGNO E METODI

Sono state studiate 14 donne (età media 69 ± 4 anni) che presentavano la MP con durata di malattia sovrapponibile, trattate con farmaci specifici per la MP, non trattate con farmaci specifici per la depressione. Il disegno dello studio prevedeva la valutazione con: 1) Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS); 2) Geriatric Depression Scale (GDS 15 items); 3) Visual Analogic Scale (V.A.S) orizzontale.

La gravità della MP è stata valutata utilizzando la Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS), che è una scala clinica di riferimento per la quantificazione della disabilità motoria e della perdita funzionale nella MP. Per individuare e discriminare i sintomi depressivi tra le caratteristiche comuni della popolazione anziana è stata impiegata la Geriatric Depression Scale (GDS), secondo cui si considera nel range di normalità un punteggio compreso tra 0 e 5 mentre un punteggio ≥ 6 è indicativo di depressione. Per la valutazione delle caratteristiche quantitative del dolore è stata applicata la scala lineare Visual Analogic Scale (VAS).

Gli stadi patologici della MP sono stati valutati secondo la Classificazione di Hoehn e Yahr. I soggetti inseriti nello studio corrispondevano agli stadi patologici 1-2 di detta classificazione.

RISULTATI

Nel campione studiato 10 donne presentavano depressione, di cui 6 soggetti depressione lieve e 4 soggetti depressione grave. Pertanto sono stati individuati tre gruppi: 1) gruppo non depressione (ND); 2) gruppo depressione lieve (DL); 3) gruppo depressione grave (DG).

A conclusione delle valutazioni sono state evidenziate correlazioni significative tra il punteggio di depressione e l'indice UPDRS. Infatti una gravità maggiore della malattia, soprattutto nella II sezione (valutazione delle prestazioni e del grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana) e nella III sezione (valutazione dei segni motori), corrispondeva a un punteggio maggiore nel GDS ($p < 0.05$). Inoltre sono state rilevate correlazioni significative tra il valore di percezione del dolore, il punteggio nel GDS e l'indice UPDRS, per cui la gravità maggiore della MP, soprattutto nella III sezione (valutazione dei segni motori), e la depressione più grave corrispondevano ad un punteggio maggiore nella VAS ($p < 0.05$).

CONCLUSIONI

Lo studio clinico rileva l'incidenza di sintomi depressivi in donne anziane con Malattia di Parkinson. Inoltre rileva che una gravità maggiore della malattia, soprattutto nelle attività della vita quotidiana, corrisponde ad una gravità maggiore della depressione.

Un dato significativo si rileva dalla valutazione del dolore la cui maggiore percezione corrisponde alla gravità più elevata della malattia, soprattutto nella prevalenza di segni motori, ed alla intensità più elevata della depressione. Si conclude che nella valutazione delle donne anziane con Malattia di Parkinson sono necessari gli approfondimenti multidimensionali, la valutazione dell'autonomia e la valutazione della qualità di vita.

ASSISTENZA DOMICILIARE ALZHEIMER NELLA REGIONE MOLISE

Dentizzi Cosimo¹, Fanelli Loredana², Romano Daniela²

¹Coordinamento Regione Molise in materia di Malattie Neurodegenerative

²Cooperativa C.S.S.

RIASSUNTO

Nella Regione Molise si stimano circa 4800 casi di demenza (850 nuovi casi l'anno) su una popolazione anziana di 75.000 persone. Tale dato, che evidenzia un quadro preoccupante, ha fatto sì che la Giunta Regionale del Molise approvasse nel maggio 2005, in via sperimentale, l'attivazione del Servizio Assistenza Domiciliare Alzheimer (ADA) per l'intero territorio regionale e contemporaneamente istituiva il Gruppo di Coordinamento Regionale in Materia di Malattie Neurodegenerative, con il compito di elaborare le linee guida dell'ADA ed i criteri di valutazione per l'ammissione al servizio.

Il progetto è stato elaborato avendo come cardini le seguenti considerazioni:

- la famiglia rappresenta il punto cardine dell'assistenza (80%);
- il domicilio è il luogo di cura privilegiato;
- l'esigenza di un'assistenza domiciliare dedicata;
- la formazione specifica degli operatori è un requisito fondamentale.

Lo scopo del progetto è sperimentare un modello di assistenza domiciliare specializzata, centrato sulla persona, nel pieno spirito del *Gentle Care* e, organizzato in base al concetto di domicilio allargato. Pertanto tutte le azioni si sono sviluppate nell'ottica di riconoscere la centralità della famiglia, di sostenere la permanenza del malato presso il proprio domicilio; di promuovere l'interazione tra servizi territoriali attraverso un lavoro di rete comunitaria e di promuovere la partecipazione attiva di tutti i cittadini.

Destinatari del progetto sono persone affette da demenza degenerativa di tipo Alzheimer ed i loro caregivers.

SCOPI

Obiettivo della ricerca è valutare l'efficacia di questo modello assistenziale nel promuovere e mantenere il benessere del malato e del suo nucleo familiare.

METODI

Gli utenti presi in carico da febbraio 2006 a febbraio 2008 sono stati 126. La ricerca è stata condotta sui 30 malati e 30 caregivers per i quali è stato possibile un follow up a 8 mesi.

Per i pazienti sono utilizzati come strumenti di valutazione: MMSE, NPI, IADL, BADL. Per i caregivers, invece, sono stati utilizzati: BSI- ansia, BSI - depressione, CBI.

RISULTATI

paziente	Entrata	Follow-up 8 mesi	Caregiver	Entrata	Follow-up 8 mesi
MMSE	9,50	10,50	BSI - ansia	13,16	10,15
NPI	47,13	27,85	BSI - depressione	13,50	11,19
IADL	1/5	1/5	CBI	57,10	50,56
BADL	3/6	3/6			

Dall'analisi dei dati si può affermare che vi è stato:

- un percepibile miglioramento delle capacità cognitive e del tono dell'umore;
- una prevenzione dell'isolamento e dell'emarginazione dei pazienti e dei suoi caregivers;
- una continuità nella cura nelle diverse fasi di malattia, confermando, che anche nelle demenze si può intervenire in modo efficace nel pieno rispetto della dignità della persona;
- una diminuzione dello stress dei caregivers con conseguenziale miglioramento della loro qualità di vita e di quella del paziente.

CONCLUSIONI

Un'“adeguata” assistenza al paziente con demenza a livello domiciliare si traduce in un miglioramento dello stato di salute del paziente e della qualità della vita dei caregivers.

DIFFERENZE DI GENERE NELL'AMBULATORIO PSICOGERIATRICO

Dijk Babette¹, Montanari Daniela¹, Lucarini Simonetta¹, Cavagnaro Paolo²

¹Struttura Complessa Geriatria Asl4 Chiavarese

²Direttore Generale Asl 4 Chiavarese Regione Liguria

RIASSUNTO

Su una popolazione totale dell'ASL Chiavarese di 147.810 persone (52,6% donne e 47,4% uomini) il 27,8% è ultrasessantatreenne ed il 4% ha più di 85 anni. Il rapporto maschi/femmine nel suo valore globale privilegia la popolazione femminile rispetto a quella maschile; l'indice di mascolinità, infatti, negli ultra-65enni è del 61,6% e sopra gli 85 anni del 42% (quindi solo 42 uomini ogni 100 donne).

Abbiamo voluto verificare in che misura differiscono i pazienti di sesso femminile da quelli di sesso maschile fra quelli giunti nel nostro ambulatorio per demenza.

METODI

A partire dall'1/11/2007 le valutazioni ambulatoriali consegnate al termine della visita geriatrica sono state inserite nella rete informativa aziendale, permettendo di specificare se si trattasse di un primo accesso o di una visita successiva.

Nella valutazione è inserito il MMSE e la valutazione funzionale effettuata attraverso l'uso di ADL, IADL e AGED (scheda per la valutazione dei bisogni assistenziali in uso nella Regione Liguria).

In questo lavoro viene valutata l'attività ambulatoriale che va dal 1/01/2008 al 31/12/2008, periodo nel quale sono state effettuate 1208 visite di cui 28,3% a uomini e 71,7% a donne. Del totale delle valutazioni il 75,9% sono prime visite, il 24,1% controlli e nel 32% richieste per una certificazione ad uso invalidità civile. L'età media dei pazienti alla visita è -complessivamente- di 80,05±7,68 anni, sovrapponibile tra donne e uomini nonostante la diversa aspettativa di vita (80,18±7,90 l'età media alla visita per le donne e 79,62±6,91 per gli uomini) con un indice di mascolinità del 40%.

RISULTATI

Su 343 uomini che si sono presentati al nostro ambulatorio geriatrico 206 (60%) sono venuti per una prima visita, 137 (40%) per una visita di controllo, 119 (34,9%) hanno richiesto una certificazione ad uso invalidità civile e 29 (8%) unicamente una prescrizione di presidi (più comunemente pannoloni). Su 868 donne, invece, 677 (78%) sono venute per una prima visita, 191 (22%) per una visita di controllo, 271 (31,2%) hanno richiesto una certificazione ad uso invalidità civile e solo 56 (6%) la prescrizione di presidi. L'età media degli uomini alla prima visita è di 79,44±7,43 anni, contro gli 80,36±8,37 anni delle donne, il MMSE degli uomini è di 21,44±6,54 contro un 20,49±12,12 delle donne, con una perdita media per gli uomini di 2,67±1,73 alle ADL, 6,06±2,42 alle IADL e con una media di punteggio AGED di 11,68±6,84. Le donne presentano una perdita di 2,36±1,78 alle ADL, 5,69±2,6 alle IADL e un'AGED di 10,43±7,01. Alla visita di controllo gli uomini hanno un'età media di 79,89±6,08 anni, un MMSE di 19,98±7,12, hanno perso 2,79±1,81 alle ADL, 6,44±2,08 alle IADL e un'AGED di 12,93±6,64. Le donne giungono alla visita di controllo con un'età media sovrapponibile a quella degli uomini (79,58±5,91), ma con un MMSE inferiore (18,38±6,84) anche se sono complessivamente meno compromesse funzionalmente (ADL e IADL perse 2,41±1,74 e 6,13±2,3 con un'AGED di 11,66±6,49). Nelle richieste di invalidità civile le donne hanno un'età media lievemente superiore degli uomini 81,29±9,66 contro i 80,36±7,54 e appaiono meno compromesse nelle attività di base (ADL perse nelle donne 2,95±1,51 e IADL 6,69±1,59 verso 3,21±1,49 e 6,81±1,61 rispettivamente) e la somministrazione del MMSE ha evidenziato come nelle donne il punteg-

gio ottenuto sia più basso ($19,5 \pm 6,64$) rispetto agli uomini ($21,22 \pm 6,05$). Alla visita per valutazione della demenza si è evidenziato: un MMSE < 10 nell'8% degli uomini e nel 12% delle donne; un MMSE tra 11 e 17 nel 19% degli uomini e nel 18% delle donne, un MMSE tra 18 e 23 nel 25% degli uomini e nel 35% delle donne con MMSE > 24/30 nel 48% degli uomini contro il 36% delle donne.

CONCLUSIONI

Dai nostri dati sono emerse delle distinzioni tra uomini e donne: a) dal punto di vista funzionale le donne risultano meno compromesse anche a fronte di MMSE più bassi; b) nell'accedere all'ambulatorio, al quale le donne arrivano più tardi e con più probabilità di avere già sviluppato una demenza (il 65% ha MMSE < 24/30 rispetto al 52% degli uomini); c) nell'effettuare le visite di controllo che le donne fanno meno frequentemente.

L'EFFETTO MOZART. UNA NUOVA VIA ALLA RIABILITAZIONE COGNITIVA: LA NOSTRA ESPERIENZA

Ettore Evaristo, De Benedetto Giorgio, Cicerchia Manuela, Fossati Chiara, Servello Adriana Petrillo Alessandra, Marigliano Vincenzo

Umberto I Policlinico di Roma, Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento

SCOPO

Nel 1993, G. Shaw e F. Rauscher, entrambi ricercatori dell'University of California at Irvine, pubblicarono un articolo nel quale sostennero come studenti che avevano ascoltato uno specifico brano del celebre Compositore W.A. Mozart, la Sonata K448, per soli dieci minuti, ottenevano un miglioramento delle prestazioni in compiti cognitivi di vario tipo, rispetto ad altri individui appartenenti al gruppo di controllo. Studi successivi hanno dimostrato come tale Sonata sia caratterizzata da un Indice di Periodicità, costituito dal rapporto tra l'ampiezza dell'onda sonora più alta e l'ampiezza dell'onda sonora più vicina, sostanzialmente simile ai "periodismi" attraverso i quali vari Autori hanno descritto l'organizzazione funzionale dei codici di comunicazione cerebrale. Il progetto di ricerca, svolto presso il nostro Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, ha il fine di dimostrare non solo la veridicità delle affermazioni di Shaw e Rauscher, ma anche di evidenziare la possibilità di utilizzare l'Effetto Mozart come tecnica di riabilitazione cognitiva nei soggetti con Demenza, nel tentativo di migliorare le loro prestazioni cognitive.

MATERIALI E METODI

Il nostro studio si è svolto in due fasi distinte. Nella prima, abbiamo selezionato 11 pazienti (5 donne e 6 uomini), con un'età media di 74.34 anni \pm 3,65, e scolarità media pari a 7.34 anni \pm 3,82, che presentavano, al MMSE, un punteggio >24 , in assenza di polipatologia severa e disturbi comportamentali. Nessuno dei pazienti appartenenti al nostro campione presentava una specifica cultura musicale, anche se tutti avevano interesse per la musica classica. Tali pazienti sono stati sottoposti a quattro sedute di valutazione con test neuropsicometrici prima e dopo l'ascolto di differenti brani musicali: la Sonata per due pianoforti in Re maggiore K448 di Mozart, un pezzo con uguale Indice di Periodicità, un pezzo con Indice di Periodicità superiore, un brano di controllo. I test neuropsicometrici da noi utilizzati, invece, sono stati: Paper Folding and Cutting Test, Trail Making Test, il Digit Span e il Test dell'Orologio. Nella seconda fase, nei pazienti responders, abbiamo organizzato la possibilità di ascoltare la Sonata K448 e altri 6 brani di uguale Indice di Periodicità al proprio domicilio per 1 mese, premurandoci che l'ascolto avvenisse in cuffia e in ambiente silenzioso, sempre alla stessa ora e tutti i giorni, per 20 minuti/die. Tale seconda fase aveva l'obiettivo di valutare, a lungo termine, l'effetto della musica a lungo Indice di Periodicità sulle abilità temporo-spaziali ed altre funzioni cognitive.

RISULTATI

Dopo la prima fase, si può concludere che: l'ascolto della Sonata K448 di Mozart, determina un miglioramento nella memoria di cifre, nell'abilità spazio-temporale e dell'abilità prassico-ideativa; l'ascolto di un brano con un Indice di Periodicità uguale alla K448 evidenzia un miglioramento della memoria di cifre e dell'abilità spazio-temporale; l'ascolto di un brano con Indice superiore alla Sonata K448 non causa miglioramenti delle prestazioni cognitive, anzi, mostra una lieve deflessione nella memoria di cifre. Infine, l'ascolto di musica di controllo causa un peggioramento di tutte le abilità esplorate, eccetto quella prassico-ideativa. Al termine della seconda fase dello Studio, inoltre, si individua un costante miglioramento della memoria di cifre e dell'abilità prassico-ideativa, mentre, rispetto all'ascolto immediato, sono migliorate, solo lievemente, l'abilità spazio-temporale con migliori performance dell'attenzione.

CONCLUSIONI

Tale studio sembra avvalorare la possibilità di ottenere risultati positivi attraverso l'Effetto Mozart come terapia non farmacologica nei pazienti anziani con iniziale deficit cognitivo, non solo sulla base di un generico effetto benefico legato all'ascolto della musica, ma attraverso il coinvolgimento di precisi meccanismi neurofisiologici.

DELIRIUM IATROGENO IN UNA PAZIENTE ANZIANA DEMENTE

Gareri Piero^{1,2}, Cotroneo Antonino Maria³, Lacava Roberto², Marigliano Norma Maria¹, Bambara Valentina⁴, Castagna Alberto², Costantino Domenico Simone², Ruotolo Giovanni⁵, De Sarro Giovambattista¹

¹*Cattedra di Farmacologia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Magna Graecia di Catanzaro, Policlinico Mater Domini*

²*Unità Operativa Tutela Salute Anziani, ASP Catanzaro*

³*Dipartimento Salute Anziani, Torino*

⁴*Geriatra, Casa Protetta "Fondazione Betania", Catanzaro*

⁵*SOC Geriatria "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro*

Il delirium è un disturbo transitorio della cognitivtà spesso non riconosciuto o non diagnosticato nell'anziano, specialmente nel paziente demente, spesso causato da farmaci. In questo studio riportiamo il caso di una paziente anziana con demenza di Alzheimer affetta da delirium probabilmente causato da valproato.

Una donna di 75 anni era affetta da demenza di Alzheimer (AD) di grado moderato con turbe comportamentali, caratterizzate da aggressività, agitazione, insonnia severa. Il Mini Mental State Examination era 18/30, le ADL erano parzialmente conservate (4/6). La paziente era trattata con galantamina 8mg due volte/die, promazina 40 mg/die, acido acetilsalicilico 100 mg/die, pantoprazolo 20 mg a stomaco vuoto. Poichè i disturbi comportamentali peggioravano sempre più, il medico curante chiese una visita neurologica domiciliare. Il neurologo prescrisse valproato sodico, 500 mg/die per la prima settimana e successivamente due volte al giorno, sospendendo la promazina. Dopo un iniziale apparente beneficio, circa 16 giorni più tardi, la paziente presentò improvvisamente delirium iperattivo. Il nuovo quadro clinico era caratterizzato da peggioramento marcato dell'insonnia e dell'agitazione, confusione severa, deliri, allucinazioni visive alternate a sedazione. La paziente divenne progressivamente incapace di camminare e completamente dipendente in tutte le ADL; presentava inoltre disartria e difficoltà nella deglutizione. Venne utilizzato il CAM (Confusion Assessment Method); l'insorgenza acuta, i disturbi del pensiero, della parola e della coscienza, il decorso fluttuante ed il deficit dell'attenzione erano le principali caratteristiche. Venne effettuata una visita geriatrica domiciliare urgente; l'esame obiettivo mise in evidenza una lieve disidratazione, mentre la pressione arteriosa (130/80 mmHg) e la saturazione d'ossigeno (96%) erano normali, così come l'ECG. Il valproato sodico venne sospeso immediatamente; la paziente iniziò reidratazione con soluzione fisiologica 1000 cc ev + citicolina 1000 mg. Venne ricoverata in un reparto di geriatria per acuti; l'Rx torace e gli esami ematochimici escludono la presenza di infezioni, scompenso cardiaco e scompensi metabolici. L'anamnesi patologica prossima non evidenziava traumi cranici; ad ogni modo venne eseguita TC encefalo, che esclude eventi acuti, sia ischemici che emorragici (venne eseguita 48 ore dopo l'inizio dei sintomi), era presente solo atrofia corticale. Durante la degenza ospedaliera, la paziente si mantenne estremamente agitata, disturbando l'intero reparto. Venne effettuato aloperidolo 5 mg im e soluzione fisiologica 1500 cc ev/die, che ebbero parziale successo; venne inoltre praticata EBPM per la prevenzione del tromboembolismo e furono anche usati presidi antidecubito. Tre giorni dopo la paziente venne dimessa e venne prescritto aloperidolo 5 mg/die per os. Una settimana dopo si era completamente ripresa, aveva ripreso a deambulare con minima assistenza ed a dormire; le ADL erano 3/6, il MMSE 17/30. Attualmente è in buone condizioni di salute.

Questo è un caso di delirium indotto da valproato; l'improvvisa insorgenza subito dopo l'inizio del valproato, l'assenza di cause alternative, sia iatrogene che cliniche, sono un chiaro segno di causalità. Inoltre, la scala di Naranjo evidenzia un punteggio di 7 (evento probabile). Gli antipsicotici ad elevata potenza come l'aloperidolo, potente antagonista dei recettori D₂, sono il trattamento di scelta del delirium.

Il delirium indotto da farmaci è frequente, specialmente nei pazienti dementi. È molto importante ridurre al minimo l'uso di farmaci psicoattivi negli anziani dementi, ove possibile. Le modificazioni età-dipendenti della farmacocinetica e della farmacodinamica suggeriscono l'opportunità di un'attenta valutazione e di una lenta titolazione del dosaggio in questi pazienti.

LA SALUTE MENTALE NEL PAZIENTE ANZIANO UNDER E OVER 80 ANNI: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Ghiano Federica, Dalmotto Marinella, Ferrero Merlino Silvia, Gianara Augusta, Morero Daniela, Petruzzelli Elena, Pirfo Elvezio

Dipartimento di Salute Mentale ASL Torino 2

RIASSUNTO

Il presente studio, condotto in un Servizio di Psicogeriatría del DSM "G.Maccacaro" dell'Asl Torino 2, ha l'obiettivo di evidenziare la complessità dei fenomeni legati all'invecchiamento.

Ancora una volta emerge la necessità di un approccio integrato e multidisciplinare nel trattamento dei disturbi psichiatrici delle persone di età superiore ai 65 anni. L'aumento del numero di richieste di visita specialistica psichiatrica presso il Servizio di Psicogeriatría, anche da parte di molte persone di età superiore agli 80 anni, ha reso indispensabile definire le specificità in termini di abilità cognitive e stato psicologico differenziando la popolazione afferente in under e over 80 anni.

Il nostro campione è costituito da 247 pazienti di cui 93 over 80 anni.

METODI

La valutazione della condizione psicofisica è stata eseguita avvalendosi dei seguenti strumenti diagnostici: cartella clinica, MMSE, GDS, ADL, IADL, SF-12. Il campione è stato suddiviso sulla base del punteggio rilevato al MMSE (maggiore o minore di 20).

RISULTATI

La ricerca effettuata ha evidenziato che, escludendo le demenze, la patologia più rappresentata negli over 80 è il disturbo depressivo. All'interno del nostro campione si delinea che non vi sono differenze statisticamente significative tra i due gruppi di anziani (under e over 80) rispetto ai vissuti depressivi rilevati dalla GDS. Si evidenzia invece una lieve differenza rispetto alle abilità cognitive rilevate con MMSE.

In accordo con la letteratura appare significativa la differenza dei due gruppi rispetto all'autonomia nelle abilità strumentali, sociali e personali della quotidianità (IADL $F=38$, $p<0.001$ e ADL $F=29$, $p<.001$) e alla percezione delle limitazioni nelle attività fisiche (SF 12 $F=8.5$ $p<0.005$).

CONCLUSIONI

Trattare la depressione nei pazienti anziani è presupposto fondamentale per favorire un netto miglioramento sia delle performance cognitive sia della qualità di vita. La non sostanziale differenza rispetto alle abilità cognitive, indica che, anche in una fascia di età molto avanzata, a nostro avviso, vi sono indicazioni per interventi clinici di tipo psicoterapico.

VISSUTO PROFESSIONALE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI ANZIANI DEPRESSI

Giuliano Monica, Maina Ettore, Cabodi Sergio, Nicoletti Nicoletta

Unità Valutativa Geriatrica - Dipartimento Salute Anziani - DSA, Ospedale Birago di Vische ASL TO2 Torino

PREMESSA

La nostra società sta progressivamente divenendo una società di anziani e paradossalmente l'aumento della speranza di vita si è accompagnato all'aumento di molte patologie e tra queste spiccano la depressione e i disturbi d'ansia.

Nell'anziano prevale un concetto di "perdita", successi, riuscita e guadagni sono gradualmente sostituiti da perdite, ridotta attività, rimpianti e delusioni. Vi è un aumento progressivo della tendenza all'introspezione, al ritiro dalle attività sociali, vi è una rinuncia progressiva ad una vita indipendente e tutto ciò è letto dall'anziano come perdita del ruolo avuto in precedenza. La depressione e gli stati d'ansia hanno diverse motivazioni, ma c'è la tendenza, da parte della famiglia, caregiver, ecc, a sottovalutare alcuni campanelli d'allarme, poiché ritengono che alcune caratteristiche siano implicite nell'invecchiamento.

METODO

Tra i metodi che possono essere utilizzati da parte di chi segue l'anziano vi è l'osservazione e una giusta traduzione di alcuni eventi quali la visione pessimistica e negativa del mondo di sé e del futuro, variazioni dell'appetito, disturbi del sonno, ansia ed agitazione immotivate, affaticabilità estrema, pensieri ricorrenti di morte con ricorrente ideazione suicidaria.

Pertanto i concetti che si devono sempre avere presenti quando si assiste un anziano depresso sono i seguenti: fare in modo che assuma regolarmente tutta la terapia prescritta, accompagnarlo alle visite anche se autonomo, poiché l'ansia potrebbe far sì che non vi si presenti, non ignorare idee o riferimenti al suicidio ma parlarne con lo specialista.

In parallelo al trattamento psicoterapico e farmacologico è importante, da parte del familiare o del caregiver, instaurare una buona relazione ed interazione con il paziente fare in modo che abbia fiducia in noi e di riflesso dello specialista di riferimento.

COMMENTI

Possiamo dire che, chi desidera o vuole aiutare l'anziano depresso, deve avere ben presente che può essere molto difficile relazionarsi con lo stesso.

L'anziano che soffre di depressione può avere difficoltà ad esternare il suo bisogno di aiuto, a causa della sua inerzia, dei suoi sensi di colpa o d'indegnità, per cui è necessario che il familiare o chi per esso assolvere al compito di rassicurarlo, fargli capire che non è solo e che la Depressione o l'ansia non sono segni di debolezza, e nemmeno di follia, questo implica armarsi di comprensione, pazienza, affetto ed incoraggiamento ed avvalersi degli specialisti di competenza, perché solo dall'unione e dalla collaborazione paziente-famiglia-specialista si possono ottenere risultati adeguati e finalizzati al miglioramento della qualità di vita dell'anziano.

CONFINI TRA DEPRESSIONE E DEMENZA: CARATTERISTICHE DI UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFERENTI AD UN CENTRO UVA DI UNA CLINICA PSICHIATRICA

Gotelli Simona, Natta Werner, Fravega Roberta, Pannocchia Francesca, Puppo Serena, Ghio Lucio
Dipartimento Neuroscienze-Oftalmologia-Genetica, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Genova

RIASSUNTO

Il paziente affetto da demenza spesso presenta una sintomatologia di carattere psichiatrico. In particolare diversi studi dimostrano che la depressione può essere uno dei primi sintomi di manifestazione dell'Alzheimer e che può essere presente in comorbidità fino al 50% dei casi una volta sviluppata la demenza.

È stato inoltre rilevato come episodi depressivi in anamnesi rappresentino un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di demenza di Alzheimer e deterioramento cognitivo, anche quando la depressione si è presentata per la prima volta 25 anni prima. Per questi motivi, spesso, i confini diagnostici tra depressione e demenza appaiono sfumati e di conseguenze frequenti sono le richieste di consulenza ad un centro UVA da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) volte a dirimere tale dubbio; da una parte l'insorgenza di sintomi psichici in un paziente anziano porta spesso il MMG a ipotizzare un deterioramento cognitivo anche quando non presente realmente, dall'altra la presenza di una storia di depressione tende a ritardare una diagnosi di deterioramento cognitivo.

Scopo di questo studio è quello di valutare, in tutti i pazienti inviati nell'arco di un anno al centro UVA, la frequenza con cui la diagnosi differenziale porta al rilevamento di depressione in assenza di demenza o di depressione in comorbidità.

METODI

Tutti i pazienti afferenti al centro UVA dal Gennaio 2008 al Gennaio 2009 sono stati valutati con un'intervista semistrutturata volta a indagare i dati anagrafici, il motivo d'invio, informazioni anamnestiche familiari e personali mediche e psicopatologiche, nonché la terapia farmacologica in atto al momento della visita. Sono stati inoltre somministrati il MMSE, il Clock test, la GDS, IADL, ADL e quando necessario i pazienti sono stati sottoposti ad indagini strumentali.

RISULTATI

Il campione analizzato è costituito da 69 pazienti con un'età media di 76,1 anni, il 71% è di sesso femminile, il 42% dei soggetti sono coniugati. La scolarità prevalente corrisponde alla licenza elementare (47,8%). All'analisi del MMSE è risultato che il 39,1% ha un punteggio inferiore a 20.

Per quanto riguarda la psicopatologia la depressione, valutata con la GDS, è presente in forma almeno lieve nel 73,9% ed è uno dei sintomi per cui il 44,9% dei pazienti richiede la visita. Non è correlata al decadimento cognitivo, ma lo è alla presenza di depressione in anamnesi. Il 72,5% dei soggetti riferisce come sintomo più rilevante nel richiedere la visita la presenza di turbe mnestiche, associate a depressione nel 40% dei casi. La sintomatologia psichiatrica (ansia e depressione) è prevalente (73,7%) tra coloro che non riferiscono tale deficit. Confusione, anomalie comportamentali e insonnia sono altri sintomi riferiti come problematici. L'anamnesi psicopatologica remota evidenzia depressione nel 49,2% dei soggetti, accompagnata da sintomatologia ansiosa nel 26,5% dei casi.

La diagnosi differenziale evidenzia nella maggior parte dei casi (34,8%) una comorbidità tra demenza e depressione; nel 27,5% dei casi la diagnosi è stata di depressione con esclusione di un deterioramento cognitivo, mentre il 24,6% è risultato affetto da demenza. Il restante 13,1% dei pazienti non presentava né demenza né depressione.

CONCLUSIONI

I dati che emergono dal nostro studio confermano da una parte l'elevata percentuale di presenza di depressione nel paziente anziano, sia come patologia autonoma che in comorbidità con un deterioramento cognitivo, dall'altra sottolineano quanto possano essere confondenti le manifestazioni psicopatologiche nell'anziano per il MMG.

DEPRESSIONE, FARMACOTERAPIA CON S.S.R.I. ED OSTEOPOROSI SENILE

Grippa Alessandro¹, Pipicella Tiziana¹, D'Arrigo Giovanni³, Caronzolo Francesco¹, D'Amico Ferdinando^{1,2}

¹*Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza-Laboratorio di Psicogeriatria, P.O. "Barone Ignazio Romeo" Patti*

²*Coordinamento Attività Geriatriche*

³*Struttura Complessa di Medicina, P.O. "San Vincenzo" Taormina- Azienda U.S.L. n. 5 Messina*

RIASSUNTO

È stata evidenziata un'associazione tra la depressione e l'osteoporosi a causa di un'alterazione fisiopatologica stress-correlata dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene, con conseguente progressiva perdita di massa minerale ossea (BMD) a causa di una ipersecrezione depressione-indotta di ACTH ed ipercortisolismo, ipogonadismo, iposecrezione di GH. È stata identificata inoltre un'attivazione osteoclastica con attivazione di citochine proinfiammatorie (Interleukina 6).

L'ipotesi è quella che l'uso degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), come trattamento della depressione, possa determinare perdita di massa ossea mediante blocco dei trasportatori della serotonina presenti su osteoblasti ed osteociti.

L'obiettivo dello studio consiste nell'evidenziare in una popolazione di anziani la correlazione tra depressione ed osteoporosi e tra assunzione di SSRI ed osteoporosi.

DISEGNO E METODI

È stato studiato un campione di 167 soggetti afferenti alla U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza del P.O. di Patti.

Sono stati utilizzati i seguenti metodi di studio:

- 1) Valutazione del tono dell'umore mediante Geriatric Depression Scale (GDS a 15 items), dello stato cognitivo mediante Mini Mental State Examination (MMSE);
- 2) Valutazione del T-Score mediante Densitometria Ossea a doppio raggio fotonico (DEXA);
- 3) Valutazione del livello di autosufficienza (Barthel Index);
- 4) Valutazione dell'Indice di Severità di Comorbilità (CIRS).

RISULTATI

Sulla base dei risultati evidenziati alla GDS gli anziani sono stati suddivisi in 2 gruppi: Gruppo A (con punteggio GDS superiore a 6), Gruppo B (punteggio GDS inferiore a 6).

	Depressi (Gruppo A)	Gruppo A SSRI	(Gruppo B) Non depressi
Numero Soggetti	89	57	78
Distribuzione sesso	M 11 F60	M 15 F42	M 9 F68
Età (media)	79 ± 8	77 ± 8	74 ± 9
T- SCORE L2-L4 (media)	-2,12	- 2,42	-1,71
T-SCORE femore (media)	-2,66	-2,78	-2,25
Barthel Index (media)	45,31	47,3	54,23
CIRS (media)	3,22	3,25	2,81
MMSE (media)	22,5	21,9	24,7

Tra gli anziani affetti da depressione 30 soggetti (M 7, F 23) assumevano Sertralina, 27 (M 8, F 19) assumevano Escitalopram, a dosaggi terapeutici e da un periodo minimo di 1 anno.

Tutti i pazienti depressi presentavano una più elevata incidenza di osteopenia ed osteoporosi rispetto ai soggetti non depressi. Inoltre quelli che assumevano SSRI piuttosto che altri farmaci antidepressivi presentavano all'interno del gruppo A valori più bassi di T-Score rispetto alla media dei soggetti affetti da depressione.

La comorbidità e la disabilità all'interno del gruppo A avevano un peso maggiore rispetto al gruppo B, così come era più evidente un maggiore decadimento cognitivo nei soggetti depressi.

CONCLUSIONI

La depressione risulta essere predittiva di osteoporosi nell'anziano. Anziani depressi che assumono SSRI presentano un'ulteriore perdita di massa ossea evidenziabile alla DEXA. La depressione, se è associata a disabilità, comorbidità e declino cognitivo, risulta più predittiva di osteoporosi.

IL DELIRIUM IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI AL PROPRIO DOMICILIO: STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE CON FOLLOW-UP A SEI MESI

Isaia Gianluca, Astengo Marco A., Tibaldi Vittoria, Bo Mario, Aimonino Ricauda Nicoletta

Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, Sezione di Geriatria, Università di Torino, Ospedale San Giovanni Battista di Torino, c.so Bramante 88, 10126 Torino, Italy

RIASSUNTO

Il delirium è una manifestazione clinica acuta caratterizzata da esordio spesso improvviso e decorso fluttuante, alterato livello di coscienza, pensiero e linguaggio disorganizzati, disorientamento e disturbi dell'umore. Tale sintomatologia può rappresentare una conseguenza dell'ospedalizzazione, specialmente nel paziente anziano fragile.

Lo scopo principale di tale studio è di valutare l'incidenza di tale complicanza clinica in due setting di cura alternativi: l'Ospedalizzazione a Domicilio (OAD) e il reparto di degenza tradizionale (RDT).

Obiettivi secondari sono la valutazione della mortalità, delle riammissioni ospedaliere e dei tassi di istituzionalizzazione a sei mesi di follow-up in pazienti con un rischio intermedio/elevato di sviluppare delirium secondo i criteri di Inouye.

MATERIALI E METODI

Studio prospettico, non randomizzato, osservazionale con follow-up a sei mesi condotto su 144 pazienti di età uguale o superiore a 75 anni afferiti al reparto di Emergenza e Accettazione per una patologia acuta meritevole di ricovero e consecutivamente ricoverati nei due diversi setting di cura (OAD o RDT).

Sono stati inclusi nello studio i pazienti con un rischio intermedio/elevato di sviluppare un episodio di delirium secondo i criteri di Inouye che includono tre classi di rischio (basso, intermedio, elevato) basate su quattro fattori di rischio: ipovisus, patologia acuta severa, deterioramento cognitivo pre-esistente e disidratazione. Sono stati esclusi i pazienti che presentassero delirium già al momento del ricovero.

Al baseline sono state raccolte in un database le informazioni socio-demografiche, cliniche, funzionali, cognitive, lo stato nutrizionale, il tono dell'umore, la qualità di vita e lo stress del caregiver. I pazienti arruolati sono stati valutati all'ingresso tramite il Confusion Assessment Method (CAM) per escludere la presenza di delirium al momento del ricovero e successivamente ogni 48 ore o prima in caso di sospetto esordio di delirium. Ad ogni nuovo episodio di delirium è stata somministrata la Delirium Rating Scale (DRS) per valutarne il grado di severità.

RISULTATI

Tra i 144 pazienti esaminati, 14 (9.7%) hanno presentato delirium durante l'ospedalizzazione: 4 erano trattati in OAD e 10 in RTD. L'incidenza del delirium è risultata essere del 16.6% in RTD e del 4.7% in OAD ($p=0.023$). Tutti i pazienti che hanno sviluppato delirium erano molto anziani, ed il 60% di questi, in entrambi i setting di cura, presentava al baseline un rischio elevato di sviluppare delirium secondo i criteri di Inouye.

Nei pazienti trattati in RTD, l'insorgenza del delirium è risultata essere precoce rispetto a quelli trattati in OAD e la durata media dell'episodio è stata significativamente più lunga (7.2 ± 17.3 giorni versus 1.1 ± 5.1 giorni, $p<.001$). È stata riscontrata inoltre una tendenza ad una maggior severità del quadro clinico di delirium nei pazienti ricoverati in ospedale ($p=0.06$). Non sono state riscontrate inoltre differenze in

termini di mortalità tra i due gruppi. All'analisi del follow-up a sei mesi, è stata osservata una mortalità significativamente più alta nei pazienti che avevano presentato un episodio di delirium durante il ricovero. Questi stessi pazienti mostravano, inoltre, un maggiore trend di istituzionalizzazione.

CONCLUSIONI

L'ambiente familiare, anche in corso di patologia acuta, rappresenta un fattore protettivo nei confronti dell'insorgenza di episodi confusionali.

L'Ospedalizzazione a Domicilio, esponendo il paziente anziano fragile a un minor stress ambientale, è in grado di ridurre le complicanze ed i tassi di istituzionalizzazione.

CARATTERISTICHE CLINICHE E DI NEUROIMAGING DEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT A CORPI DI LEWY

Isella Valeria, Appollonio Ildebrando Marco

Clinica Neurologica, Ospedale S. Gerardo, Monza, Università di Milano Bicocca

SCOPO

Definire le caratteristiche neurologiche, neuropsicologiche e di neuromaging morfologico e funzionale del deterioramento cognitivo lieve a corpi di Lewy.

MATERIALI E METODI

Quindici soggetti affetti da deterioramento cognitivo lieve, per i quali era stato posto il sospetto di demenza a corpi di Lewy (LBD), sono stati sottoposti ad esame obiettivo neurologico, valutazione neuropsicologica, RM o TC dell'encefalo e SPECT cerebrale di flusso e con ioflupano Dat-scan.

Tali dati sono stati poi confrontati con quelli ottenuti in 10 pazienti affetti da LBD probabile. L'MCI-LBD è stato definito come la presenza di un profilo neuropsicologico suggestivo di tale forma di demenza, i.e. una sindrome visuo-spaziale -disesecutiva- con relativo risparmio della memoria, comparso almeno 12 mesi prima di un eventuale parkinsonismo, in assenza di compromissione funzionale.

RISULTATI

I due gruppi di studio erano sovrapponibili dal punto di vista dell'età e scolarità media e della distribuzione tra sessi, mentre i dementi avevano un punteggio peggiore al MMSE ed alla scala funzionale FAQ. La prevalenza di parkinsonismo e allucinazioni (per lo più visive), oltre che di altre manifestazioni caratteristiche della LBD (fluttuazioni, episodi sincopali, cadute) era paragonabile nei due gruppi, così come mentre un disturbo del sonno REM era segnalato nel 53.3% degli MCI e in nessun demente ($p=0.005$). Dal punto di vista neuropsicologico, la prevalenza di punteggi equivalenti patologici o *borderline* era uguale nei due gruppi per le prove di attenzione, abilità visuo-spaziali, fluenza fonologica e ragionamento, ed era, invece, significativamente maggiore per i dementi nella rievocazione differita della Lista di Parole di Rey ($p=0.022$), nel Test dei Gettoni ($p=0.011$) e nella FAB ($p=0.022$); una tendenza verso la significatività era presente anche per la Fluenza Semantica ($p=0.102$). Alla TC o RM encefalo si riscontrava atrofia cerebrale con pari frequenza nei due gruppi di studio (nel 53.3% degli MCI e nel 60% dei dementi). Anche le indagini SPECT di flusso e Dat-scan erano positive in una stessa percentuale di MCI (ripettivamente il 73.3% e il 75.0%) e dementi (il 70.0% e il 77.8%).

CONCLUSIONI

Secondo i risultati del presente studio, la fase preclinica della demenza a corpi di Lewy si manifesta con deficit attentivi e visuo-spaziali più selettivi, ma di pari severità, rispetto a quelli osservabili in fase di demenza franca, quando compaiono anche turbe mnesiche e linguistiche e la compromissione esecutiva si fa più marcata. Le manifestazioni extra-cognitive della malattia appaiono precoci; tra di esse, il disturbo del sonno REM è addirittura riferito meno di frequente in fase più avanzata, ma forse perché già in trattamento farmacologico, o perché mascherato da altri disturbi notturni (insonnia, agitazione). Sia l'imaging strutturale, che quello di perfusione e trasmissione dopaminergica, risultano già alterati in fase preclinica, dimostrandosi molto promettenti come strumenti di diagnosi precoce. Come estensione del presente lavoro, ci proponiamo di arruolare un gruppo di controllo di demenze e deterioramenti lievi non-LBD, e di realizzare il follow up clinico e neuropsicologico del presente campione di MCI.

TINER (trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante): UNA NUOVA METODICA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL'UMORE DI GRADO LIEVE ASSOCIATI A DEMENZA IN STADIO INIZIALE

Lera Antonio

DSM TERAMO - Unità Operativa Psichiatria - Ospedale Civile di Giulianova

INTRODUZIONE

Abbiamo sottoposto a studio venti soggetti, di età compresa tra 70 e 77 anni, con disturbo dell'umore di grado lieve, associato a demenza allo stadio iniziale. La metà di essi è stata trattata con TINER, (metodica di rilassamento psicocorporeo) valutandone l'eventuale ruolo positivo sullo stato affettivo.

METODI

Tutti i soggetti, sono stati sottoposti a valutazione psicologica, prima dell'arruolamento allo studio, affrontato relativamente all'impiego del Test Hamilton D (criterio di scelta era quello di avere all'HAM-D un punteggio compreso tra 8 e 10 e quindi di non essere già sottoposti a terapia con Antidepressivi e/o Stabilizzanti dell'umore), con punteggio all'MMSE compreso tra 24 e 26.

Il gruppo studio (dieci soggetti) è stato sottoposto per tre mesi a sedute di TINER (a cadenza settimanale), con successive sedute di mantenimento per ulteriori tre mesi (a cadenza quindicinale), mentre il gruppo controllo (di pari numero) non effettuava alcun trattamento.

RISULTATI

Al termine, entrambi (gruppo studio e gruppo controllo) sono stati sottoposti a rivalutazione psicologica, con decremento di 4 punti nel 30%, di 2 punti nel 25%, di 1 punto nel 25%, e situazione immutata nel 20% dei casi, al confronto tra l'HAM-D iniziale e quello di verifica, rispetto ai soggetti sottoposti a TINER.

Nel gruppo controllo, invece non s'è evidenziato alcun incremento, nel confronto tra l'HAM-D iniziale e quello di verifica. Nei soggetti sottoposti a TINER, v'è stato un miglioramento dello stato affettivo.

	HAM-D	HAM-D
Gruppo pazienti	baseline	9 Mesi
30%	8-10	4 punti
25%	8-10	2 punti
25%	8-10	1 punto
20%	8-10	Immutato

CONCLUSIONI

In conclusione, è migliorata la performance affettiva (valutata attraverso l'HAM-D) nel gruppo studio sottoposto a TINER, con un bilancio immutato nel gruppo controllo. Il TINER, pare proprio svolgere un ruolo positivo sulla dimensione affettiva dei soggetti anziani affetti da disturbo dell'umore di grado lieve, associato a demenza allo stadio iniziale.

BIBLIOGRAFIA

I FILLER, Pasquale Motolese, Edizioni Valet, Bologna 2006.

RUOLO DEL 'PERFECT SHAPE' NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER ALLO STADIO INIZIALE

Lera Antonio

Unità Operativa di Psichiatria di Giulianova ASL TERAMO

INTRODUZIONE

Abbiamo sottoposto a studio quaranta soggetti con Demenza di Alzheimer allo stadio iniziale. Di questi, la metà è stata inserita nel trattamento con Perfect Shape, metodica a valenza ginnico-motoria, allo scopo di valutarne gli eventuali effetti positivi sullo stato cognitivo.

METODI

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione Neuropsicologica prima dell'arruolamento allo studio, che è stato poi affrontato relativamente all'impiego di: MMSE, ADAS, WAIS, ADL, IADL, HIS. L'intero campione, aveva all'MMSE un punteggio compreso tra 24 e 26, con i soggetti selezionati, non sottoposti ad alcuna terapia con Inibitori dell'Achenesterasi.

Il gruppo studio (venti soggetti) è stato sottoposto ad attività di Perfect Shape (metodica di attivazione muscolare sequenziale) per tre mesi, con successiva attività di mantenimento per altri quattro mesi, mentre il gruppo controllo (di pari numero) non effettuava alcun trattamento. Al termine, entrambi (gruppo studio e gruppo controllo), sono stati rivalutati.

RISULTATI

Nel confronto tra l'MMSE iniziale e quello di verifica, nel gruppo studio i punteggi ottenuti hanno mostrato un incremento di 4 punti nel 30%, di 2 punti nel 25%, di 1 punto nel 25%, con situazione immodificata nel 20% dei casi, oltre al miglioramento sostanziale ottenuto alle scale ADL ed IADL. Nel gruppo controllo invece, non s'è verificato alcun incremento. Nei soggetti sottoposti a Perfect Shape, è migliorata oltre la performance motoria, (aspetto prevedibile) anche quella cognitiva.

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

CONCLUSIONI

Nel gruppo studio sottoposto a Perfect Shape, seppur in misura minima, è migliorata la performance cognitiva, (valutata attraverso l'MMSE). Per cui è presumibile che il Perfect Shape possa esercitare un ruolo positivo sulla dimensione cognitiva della Demenza di Alzheimer allo stadio iniziale.

BIBLIOGRAFIA

Germani C.: Perfect Shape. Edizioni Life Quality Project Roma, 2004.

PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'ANZIANO FRAGILE RICOVERATO IN OSPEDALE

Magnolfi Stefano Umberto¹, Valente Carlo¹, Trombaccia Gloria², Pozzi Claudia³, Conforti Barbara⁴, Matteuzzi Daniela², Sergi Alessandro⁵

¹*U.O. di Geriatria, Azienda Usl 4 Area pratese*

²*DEU, Azienda Usl 4 Area pratese*

³*U.O. Medicina II, Azienda Usl 4 Area pratese*

⁴*U.O. Medicina I, Azienda Usl 4 Area pratese*

⁵*Direzione Sanitaria ospedaliera, Azienda Usl 4 Area pratese*

INTRODUZIONE

Lo stato confusionale, o delirium, rappresenta una sindrome clinica di frequente riscontro negli anziani fragili, contraddistinta da un declino acuto delle funzioni cognitive e attentive, che può influire negativamente sulla sopravvivenza e sullo stato funzionale e può essere spesso prevenuta con misure adeguate.

Il delirium è un problema che interessa quasi tutti i reparti ospedalieri, e che spesso viene gestito in modo incongruo e disomogeneo.

METODI

È stato costituito un gruppo di lavoro, comprendente sia medici della geriatria che degli altri reparti più frequentemente coinvolti nella gestione del delirium. Il gruppo ha condotto un esame della letteratura scientifica sul delirium, con particolare attenzione alle linee guida già formulate in altre realtà internazionali.

I dati ricavati dalla letteratura sono stati adattati alla realtà specifica del presidio ospedaliero dell'Azienda USL 4.

OBIETTIVI CLINICI

- 1) Individuazione della popolazione a rischio di delirium: anziani fragili e/o disabili, anziani sottoposti ad interventi chirurgici o con gravi patologie sistemiche
- 2) Prevenzione: favorire nella popolazione a rischio l'orientamento, la nutrizione e l'idratazione, la mobilitazione, i contatti sociali
- 3) Individuazione precoce del disturbo: nei soggetti con sospetto delirium applicare il Confusion Assessment Method (CAM) e lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMS) e prescrivere gli altri esami consigliati nel protocollo diagnostico
- 4) Trattamento: a) terapia della patologia di base; b) terapia dei sintomi di delirium
- 5) Miglioramento della qualità assistenziale: l'impiego di un protocollo standardizzato può contribuire a migliorare e a rendere più omogenea la qualità dell'assistenza nei confronti di questo tipo di patologia in tutto il presidio ospedaliero.

OBIETTIVI GESTIONALI

- 1) Riduzione della durata della degenza
- 2) Conversione della degenza in Osservazione temporanea (OT)
- 3) Trasformazione della richiesta di ricovero in percorso ambulatoriale e di Day-service
- 4) Migliore efficienza nel consumo delle risorse.

PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

Sono stati effettuati:

- 1) Incontri con il gruppo di lavoro
- 2) Stesura del protocollo
- 3) Scelta degli indicatori da monitorare
- 4) Implementazione, ufficializzazione e diffusione del protocollo. Il protocollo scaturito dal gruppo di lavoro è stato articolato nei seguenti capitoli: a) Aspetti epidemiologici; b) Definizione e caratteristiche cliniche; c) Le cause; d) La prevenzione; e) La diagnosi; f) Il trattamento.

RISULTATI

Le indicazioni scaturite dal protocollo sono state inserite nel seguente percorso assistenziale:

- 1) Identificare gli anziani fragili a rischio di delirium
- 2) Prevenire nei soggetti a rischio la comparsa di delirium
- 3) Effettuare una diagnosi precoce di delirium
- 4) Identificare le cause di delirium e procedere al loro trattamento
- 5) Nei casi di delirium che non regrediscono tempestivamente in seguito all'identificazione e al trattamento delle cause, procedere al trattamento farmacologico dei sintomi e alla prevenzione delle complicanze
- 6) Nei giorni precedenti alla dimissione, rivalutare nei soggetti anziani che hanno presentato un delirium durante la degenza sia lo stato cognitivo che quello funzionale e programmare gli eventuali interventi assistenziali da proseguire a livello territoriale. In tutte queste fasi, è previsto l'intervento del geriatra nei casi a maggiore complessità assistenziale.

CONCLUSIONI

L'adozione di un protocollo aziendale per l'identificazione ed il trattamento degli anziani con delirium ha contribuito a migliorare in tutti i reparti ospedalieri interessati le conoscenze e l'appropriatezza dell'assistenza nei confronti dei pazienti con questo tipo di sintomatologia.

VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ PADRONEGGIATE IN UN GRUPPO DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN RSA

Malara Alba, Natalina Parise, Maria Luisa Barberio, Debora Cianflone, Ruberto Rossella, Megna Graziella, Sgrò Giovanni

RSA Villa Elisabetta, Cortale (CZ)

RIASSUNTO

Gli anziani che vivono nei presidi residenziali socio-assistenziali sono 223.509 e di questi il 70,3% sono non autosufficienti¹. L'osservazione e lo studio delle abilità padroneggiate rappresenta un metodo utile per la valutazione qualitativa della non autosufficienza e per la programmazione d'interventi mirati di rieducazione psico-sociale, cognitivo-comportamentale e delle attività della vita quotidiana.

METODI

Sono stati esaminati ventuno ospiti (9 maschi e 12 femmine) di età media di 74,81 anni, ricoverati presso la RSA Villa Elisabetta di Cortale in provincia di Catanzaro. È stata somministrata la Scheda di Valutazione delle Abilità Padroneggiate (SVAP)²; sono state indagate le abilità di base, le abilità cognitive, le abilità di autonomia personale, le abilità socio-emozionali, le abilità accademiche ed i comportamenti problematici. È stato calcolato il criterio di padronanza medio della coorte esaminata.

RISULTATI

Nel 71,5% dei pazienti è stata somministrata la SVAP, mentre al 28,5% dei pazienti non è stato possibile somministrarla per la presenza di disturbi neuro-sensoriali e demenza di grado severo.

Dall'analisi dei dati ottenuti si evidenzia che il gruppo dei pazienti esaminati padroneggia, mediamente, il 70,2% delle abilità di base, il 59,8% di quelle cognitive, il 44,9% di autonomia personale, il 29,13% di autonomia sociale, il 34,2% di quelle accademiche, il 60,8% di quelle socio-emozionali e presenta il 33,6% di comportamenti problematici (Fig. 1). Il criterio di padronanza media nei pazienti esaminati è del 54%.

Fig. 1. Abilità padroneggiante

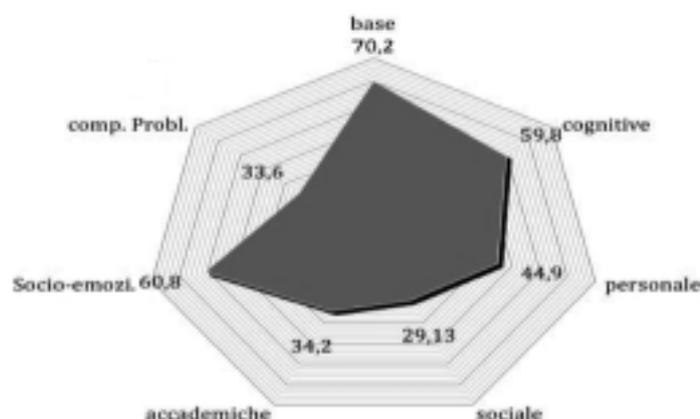


Fig. 2. Criterio di padronanza



CONCLUSIONI

Attraverso l'analisi selettiva delle abilità padroneggiate, è stato possibile pianificare in modo analitico il Piano Educativo Personalizzato (PEP) ed il Piano Operativo di Modulo (POM) per classi omogenee di livelli di abilità nei nostri pazienti. Dopo un periodo di trattamento, prestabilito di novanta giorni, sarà possibile procedere alla verifica, sempre attraverso la somministrazione della SVAP, degli eventuali benefici del trattamento o dei trattamenti specifici per deficit nelle abilità padroneggiate. La valutazione del profilo funzionale globale del paziente rende possibile una maggiore integrazione dell'intervento delle figure professionali componenti l'équipe transdisciplinare. Naturalmente, come tutte le nuove metodologie, anche la SVAP necessita di ulteriori approfondimenti e revisioni, per rendere ancora più specifica l'analisi e di conseguenza l'intervento.

Considerata la totale assenza, sarebbe auspicabile promuovere linee guida e protocolli di intervento nel settore della rieducazione psico-sociale e cognitivo comportamentale.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Dati ISTAT 2004;
- ² Guazzo GM, 2006, Il trattamento dei comportamenti-problemi. Nola(NA), IRFID;
- ³ Bollettino Ufficiale della Regione Campania N. 49 del 10/09/2007, Delibera Giunta Regionale N.1501, "Approvazione delle linee d'indirizzo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza".

DUE TEST MOLTO RAPIDI PER LO SCREENING DI MCI E DEMENZA LIEVE: CONFRONTO CON IL MMSE

Mapelli Cristina, Costantino Gisella, Isella Valeria, Appollonio Ildebrando Marco

Unità di Neuropsicologia, Divisione di Neurologia, Ospedale S.Gerardo, Monza, DNTB, Università di Milano Bicocca

SCOPO DELLO STUDIO

Confrontare, in pazienti in fase preclinica (MCI) o con demenza lieve, la validità di due strumenti psicometrici di screening molto rapidi, il "Time and Change Test" (TCT; Froehlich et al., 1998) ed il "Mini-Cog" (Borson et al., 2000), con quella del MMSE.

METODI

Abbiamo arruolato 95 soggetti consecutivi afferenti al nostro Centro per i Disturbi Cognitivi per sospetto deterioramento cognitivo di origine sia vascolare che neurodegenerativa e con un punteggio corretto al MMSE ≥ 18.0 . Abbiamo sottoposto i pazienti ad indagini neurologiche, di laboratorio e strumentali e ad un'estesa batteria neuropsicologica, grazie a cui abbiamo potuto porre diagnosi di demenza o di MCI o classificare i pazienti come cognitivamente integri. È da notare che durante la fase diagnostica non è stato preso in considerazione il punteggio del MMSE. A tutti i soggetti sono stati, inoltre, somministrati il TCT e il Mini-Cog.

RISULTATI

Cinquantacinque pazienti (57.9%) sono stati classificati come dementi o MCI, mentre 40 (42.1%) sono risultati cognitivamente normali. Un'ANOVA a misure ripetute ha mostrato che il tempo medio di somministrazione era significativamente diverso per i tre strumenti ($p=0.000$); ai test post-hoc, il MMSE è risultato essere più lungo (357 ± 75) di entrambi gli altri due strumenti; il TCT (61 ± 29) si è mostrato significativamente più rapido del Mini-Cog (123 ± 44). All'analisi delle curve ROC, l'area sottostante la curva (AUC) è risultata sostanzialmente sovrapponibile per il MMSE grezzo (AUC: 0.78; 95% CI 0.68 - 0.88), il TCT (AUC: 0.71; 95% CI 0.60 - 0.82) ed il Mini-Cog (AUC: 0.69; 95% CI 0.58 - 0.81). I valori di sensibilità e specificità erano, rispettivamente, 87% e 45% per il MMSE, 87% e 53% per il TCT e 63% e 57% per il Mini-Cog.

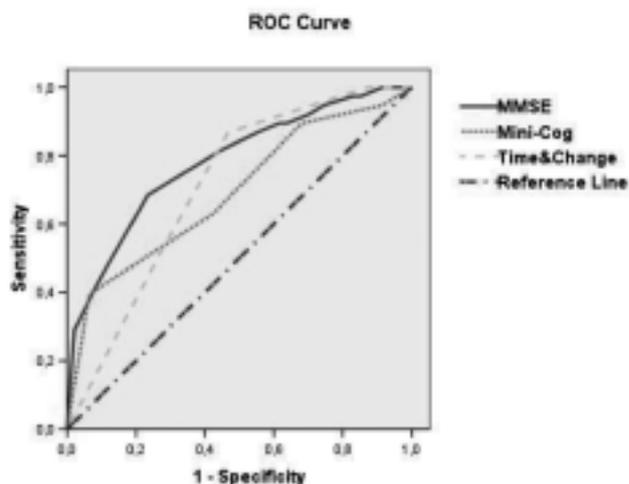
CONCLUSIONI

Il TCT sembra avere una validità maggiore rispetto al Mini-Cog e sovrapponibile a quella del MMSE, con il vantaggio di essere di più rapida somministrazione. Nessuno dei tre strumenti ha raggiunto una prestazione ottimale in termini di specificità, forse per l'inclusione nel gruppo patologico di MCI "non-converter". Il TCT potrebbe essere proposto a quei clinici, come il medico di medicina generale o lo specialista che non si occupa abitualmente di demenze, che desiderano effettuare uno screening psicometrico veloce, ma sensibile dei propri pazienti.

BIBLIOGRAFIA

Froehlich TE, Robison JT, Inouye SK. Screening for dementia in the outpatient setting: the Time and Change Test. *J Am, Geriatr Soc.* 1998 Dec; 46(12): 1506-11

Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. 2000; 15: 1021-27.



DIABETE MELLITO DI TIPO 2 E DEMENZA. L'INSULINORESISTENZA: POSSIBILE ELEMENTO PATOGENETICO COMUNE?

Marchegiani Annalia^{1,2}, Odetti Patrizio¹

¹U.O. Geriatria-Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche - Università di Genova

²A.O. S.S. Antonio e Biagio e C. Arrigo - Alessandria

SCOPO

Il Diabete mellito di tipo 2 (DM di tipo 2) e la demenza hanno un'elevata prevalenza nell'età geriatrica e spesso coesistono. Studi epidemiologici hanno riscontrato un'associazione statisticamente significativa tra DM di tipo 2 e demenza sia di tipo vascolare che di Alzheimer. Secondo alcuni studi e ricerche, l'insulina ed il suo recettore sembrano svolgere una funzione nell'apprendimento e nella memoria, e l'insulina sembra in grado di: a) modulare la concentrazione intraneuronale di Beta-amiloide; b) inibire la fosforilazione della proteina tau; c) svolgere a basse dosi un effetto antinfiammatorio. In presenza di insulinoresistenza ed iperinsulinemia queste funzioni verrebbero a mancare.

Lo scopo dello studio è stato di confrontare le funzioni cognitive di un gruppo di anziani affetti da DM di tipo 2, non dementi con quelle di un gruppo controllo costituito da anziani non diabetici né dementi. Inoltre abbiamo valutato se c'era una correlazione tra insulinoresistenza, presentata dai diabetici, e la performance ottenuta ai tests neuropsicologici da questi stessi soggetti.

MATERIALI E METODI

Sono stati studiati 30 soggetti anziani di età compresa tra 65 e 91 anni. Tra questi, 17 erano affetti da diabete mellito di tipo 2 e non presentavano demenza (Mini-Mental-State-Examination $\geq 24/30$); 13 non erano diabetici né dementi. Di ogni soggetto sono stati raccolti: a) Indice cumulativo di comorbidità, b) Glicemia basale, Profilo lipidico, Emoglobina glicata ed insulino-resistenza tramite prelievo venoso ematico effettuato al mattino a digiuno. L'insulinoresistenza è stata calcolata attraverso metodi di misurazione indiretti quali l'Homeostasis Model Assesment (HOMA1 ed HOMA2), il Quantitative Insulin-sensitivity Check Index e l'indice di McAuley.

A tutti i soggetti in studio è stata poi somministrata una batteria di tests neuropsicologici in grado di indagare più aree cognitive: Mini-Mental-State-Examination, Beck depression inventory, Clox Test, Trail Making test A e B, Test di fluency verbale per categorie fonemiche e semantiche, Stroop test, Test di memoria di prosa di Babcock. Per quanto riguarda l'analisi statistica sono stati utilizzati il test U di Mann-Whitney e l'analisi della regressione lineare.

RISULTATI

La media delle glicemie non è risultata significativamente differente tra i due gruppi, mentre l'insulinemia media è risultata significativamente più elevata nei pazienti rispetto ai controlli (21.4 ± 3.56 vs 8.33 ± 0.63 , $p < 0.001$) così come gli indici di insulino-resistenza HOMA1-IR ed HOMA2-IR (4.95 ± 0.74 vs 1.77 ± 0.17 , $p < 0.001$; 2.65 ± 0.38 vs 1.0 ± 0.07 , $p < 0.001$). Al contrario, l'HOMA2-%S medio, che da una stima percentuale della sensibilità all'insulina, è risultato significativamente inferiore nei diabetici ($47.14 \pm 7.1\%$ vs 100.4 ± 7.75 , $p < 0.001$). La performance dei soggetti diabetici ai tests neuropsicologici è risultata inferiore rispetto ai controlli al Trail Making test A (1.62 ± 0.36 vs 3.5 ± 0.19 , $p < 0.001$) ed allo Stroop congruente (2.06 ± 0.28 vs 3.0 ± 0.24 , $p < 0.05$). L'analisi della regressione lineare ha rilevato una correlazione significativa tra HOMA1-IR e: MMSE ($r = -0.522$, $p < 0.05$), Stroop test congruente ($r = -0.598$, $p < 0.03$), test di fluency

verbale fonemica ($r=-0.587$, $p<0.03$). Anche tra HOMA2-%S e tempo impiegato a risolvere il Trail Making A, calcolato in secondi, si è riscontrata una correlazione di segno negativo ($r=-0.630$, $p<0.05$) ad indicare che più l'insulino-sensibilità aumenta, più diminuisce il tempo impiegato a risolvere la prova.

CONCLUSIONE

I risultati ottenuti hanno permesso di rilevare nei pazienti una performance significativamente inferiore, rispetto ai controlli, al Trail Making A ed allo Stroop congruente. I soggetti affetti da diabete di tipo 2, in accordo con la letteratura, sembrano, quindi, presentare un deficit cognitivo prevalentemente disesecutivo che, in base ai dati ottenuti, peggiorerebbe progressivamente quanto più i pazienti presentano indici di insulino-resistenza elevati.

PROTOCOLLO TRATTAMENTO DOLORE IN LUNGODEGENZA

Mari Marcello¹, Neri Davide², Fin Ilenia³, Mariot Giorgio⁴

¹*Geriatra, UOSD Lungodegenza Ospedale Valdagno (VI), ULSS 5 Ovest Vicentino*

²*Infermiere Professionale, UOSD Lungodegenza Ospedale Valdagno (VI)*

³*Infermiere Coordinatore, UOSD Lungodegenza Ospedale Valdagno (VI)*

⁴*Anestesista, UOSD Terapia Antalgica, ULSS 5 Ovest Vicentino*

SCOPO

È ormai risaputo che il sintomo dolore è stato definito dall'OMS come 5° parametro vitale da rilevare come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, l'attività respiratoria, la temperatura.

Il dolore è un'esperienza spiacevole personale e quindi solo il soggetto può riferire la presenza e la gravità del proprio dolore, della propria esperienza dolorosa. L'altro (medico, infermiere, operatore) una volta venuto a contatto con l'espressione del sintomo dolore deve agire per trattare prontamente il dolore.

Vi sono situazioni in cui un paziente con esperienza di dolore non riesce ad esprimere verbalmente la qualità e l'intensità del dolore, ma non per questo egli è indenne dal provare dolore ed esonerato dal diritto ad essere sollevato dal peso del dolore.

PROGETTO

Misurare il dolore in tutti i pazienti ricoverati in Lungodegenza, tutti i giorni, almeno 3 volte al giorno. A tale scopo abbiamo adottato 2 tipi di scale per rilevare la presenza e l'intensità del dolore: per i pazienti con funzioni cognitive integre è stata adottata la scala numerica NRS (da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad assenza di dolore e 10 presenza di dolore al massimo grado), e la scala PAINAD (0-10).

MATERIALI E METODI

Abbiamo adottato un'etichetta adesiva colorata con gradazione numerica da 0 a 10, applicata in corrispondenza della temperatura sulla grafica. L'infermiere in servizio al giro della terapia delle ore 8.00, 14.00 e 20.00 segna con penna rossa un punto nella posizione corrispondente all'intensità del dolore così misurato.

RISULTATI

- L'adozione della grafica con scala dolore ha permesso al medico una visione immediata del sintomo dolore e un suo adeguato trattamento
- La grafica è stata inserita in un Protocollo di trattamento farmacologico del dolore in base all'intensità: 2-4 terapia al bisogno (es. Paracetamolo 1000 mg), 5-7 (associazione di codeina-paracetamolo), 8-10 terapia su prescrizione del medico di guardia interpellato per l'occasione
- Il trattamento del dolore trattato durante le ore diurne ha permesso una riduzione di terapia sedativa o neurolettica notturna
- La rilevazione del sintomo dolore è inseribile nella scala grafica anche durante manovre o medicazioni dolorose.

CONCLUSIONE

La scala colorata del rilevamento dolore ha permesso di migliorare il livello di qualità dell'assistenza ai pazienti della Lungodegenza ed è stata proposta e subito attivata anche presso l'Ospedale di Comunità di Valdagno.

Sono in corso contatti con gli altri reparti e servizi dell'ULSS per l'adozione della scala grafica rilevamento dolore.

SINTOMI DEPRESSIVI NEI PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE: IMPATTO SUGLI OUTCOME A LUNGO TERMINE

Morghen Sara^{1,2}, Guerini Fabio^{1,2}, Marrè Alessandra^{1,2}, Ricci Eleonora^{1,2}, Torpilliesi Tiziana^{1,2}, Sanniti Antonella¹, Bellelli Giuseppe^{1,2}, Trabucchi Marco^{2,3}

¹*Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona*

²*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

³*Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

SCOPO

Valutare il peso dei sintomi depressivi sviluppati in seguito alla frattura di femore sugli eventi avversi ad un anno.

MATERIALI E METODI

256 pazienti con età > 64 anni, senza storia di depressione o utilizzo di antidepressivi in anamnesi, ricoverati consecutivamente presso il Reparto di Riabilitazione Geriatrica dal gennaio 2005 al dicembre 2007 per esiti di frattura di femore, sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale all'ingresso (stato affettivo, cognitivo, clinico, funzionale e nutrizionale) e seguiti a distanza di un anno. I pazienti sono stati stratificati in base alla presenza di sintomi depressivi durante il ricovero, definita come un punteggio >5 alla Geriatric Depression Scale.

L'impatto dei sintomi depressivi sugli eventi avversi ad un anno (mortalità, istituzionalizzazione, stato funzionale) è stato valutato attraverso analisi di regressione logistica, aggiustando per le covariate significative.

RISULTATI

Al follow-up di un anno, nel gruppo di pazienti che avevano mostrato sintomi depressivi durante il ricovero in Riabilitazione sono state riscontrate percentuali di mortalità e declino funzionale più elevate rispetto alla loro controparte. Ad un'analisi di regressione logistica, gli unici predittori indipendenti di morte ad un anno sono risultati essere la presenza di sintomi depressivi (OR 5.6; 95% CI 1.1-27.8; rho .035) ed il punteggio del Barthel Index alla dimissione (OR 1.0; 95% CI 0.9-1.0; rho .002). I sintomi depressivi rimangono un predittore indipendente anche per quanto riguarda il declino funzionale (OR 4.1; 95% CI 1.88-8.94; rho < 001), in associazione alla presenza di demenza (OR 2.2; 95% CI 1.01-4.59; rho .047).

CONCLUSIONE

Lo sviluppo di sintomi depressivi in seguito alla frattura di femore esercita un impatto significativo sulla mortalità e sullo stato funzionale ad un anno, e rappresenta l'unico predittore comune a eventi clinici avversi diversi.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche, aspetti clinici ed outcome fisici a lungo termine in un gruppo di pazienti con frattura di femore, stratificati in base alla presenza/assenza di sintomi depressivi.

Caratteristiche	Pazienti con frattura di femore		<i>rho</i>
	Assenza di sintomi depressivi (n=135)	Presenza di sintomi depressivi (n=111)	
Sesso femminile n. (%)	114 (84.4)	98 (88.3)	.368
Età, anni	80.2 ± 7.3	81,8 ± 7.4	.095
Mini Mental State Examination, MMSE (0-30)	24.2 ± 3.7	22.7 ± 4.6	.006
Demenza n. (%)	41 (30.4)	48 (43.2)	.037
Body Mass Index, Kg/cm ² (BMI)	23.2 ± 4.7	23.2 ± 5.0	.922
Barthel Index ammissione (0-100)	38.6 ± 13.3	31.9 ± 14.2	< 001
Barthel Index dimissione (0-100)	77.1 ± 21.5	70.7 ± 23.3	.027
Charlson Comorbidity Index (CCI)	1.6 ± 1.3	1.8 ± 1.8	.227
Farmaci, n (%)	4.8 ± 2.2	5.6 ± 2.6	.016
Decesso ad 1 anno (n, %)	4 (3.0)	14 (12.6)	.004
Istituzionalizzazione ad 1 anno (n, %)	6 (4.6)	11 (11.3)	.055
Declino funzionale ad 1 anno (n, %)	45 (35.4)	54 (56.3)	.002

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

rho= valori del test di Mann-Whitney o di t-test tra gruppi

EFFETTI DI UN'ATTIVITÀ CON L'AUSILIO DI ANIMALI IN UN CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Mossello Enrico¹, Barone Domenico², Mugnai Francesca³, Ridolfi Alessandro⁴, Piccini Carolina⁵, Mello Anna Maria¹, Lorenzini Giulia⁶, Peruzzi Anna¹, Masotti Giulio¹, Marchionni Niccolò¹.

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

²Corso di Laurea in Educazione Professionale, Università degli Studi di Firenze

³Associazione Antropozoa Onlus

⁴Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Firenze

⁵Centro Diurno Alzheimer "Luigi Amaducci", Sesto Fiorentino

⁶Fondazione Istituto Andrea Devoto, Firenze

In collaborazione con: Comune di Sesto Fiorentino; Cooperativa "Elleuno"

SCOPO DELLO STUDIO

Fino ad oggi sono scarsi i dati relativi all'efficacia delle Attività con l'Ausilio di Animali (AAA) nella demenza.

Alcuni studi pilota hanno dimostrato un'efficacia dell'intervento sui sintomi psicologici e comportamentali, dato che non è stato replicato in un'esperienza preliminare da noi condotta in RSA. Le AAA potrebbero inoltre migliorare lo stato emozionale ed incrementare l'attività motoria dei pazienti; non è chiaro se e quanto l'effetto dell'intervento sia persistente nel tempo al termine delle sedute.

Scopo dello studio è stato quello di valutare gli effetti di un intervento di AAA sul livello cognitivo, i sintomi psicologici e comportamentali, lo stato emozionale e l'attività motoria di anziani con demenza in Centro Diurno.

SOGGETTI E METODI

Sono stati arruolati 10 anziani affetti da demenza grave [Mini Mental State Examination (MMSE) 3 ± 2], ospiti di un Centro Diurno Alzheimer. Il gruppo dei partecipanti è stato sottoposto per tre settimane ad un intervento di controllo (C) condotto dall'operatore di AAA con un peluche e, nelle tre settimane successive, ad un intervento di AAA con cani (tre sedute alla settimana). Prima dell'intervento, dopo l'intervento C e dopo l'intervento di AAA è stata effettuata una valutazione cognitiva (MMSE e Severe Impairment Battery), del tono dell'umore (Cornell Scale for Depression in Dementia-CSDD), dei sintomi psicologici e comportamentali (Neuropsychiatric Inventory-NPI; Cohen-Mansfield Agitation Inventory-CMAI). Sono state inoltre effettuate osservazioni dirette delle emozioni tramite l'Apparent Affect Rating Scale (AARS) e del comportamento motorio mediante una check-list appositamente costruita. Tali osservazioni sono state condotte nelle due settimane precedenti l'inizio dello studio, durante il periodo dell'intervento C e durante il periodo di AAA, sia durante le sedute che tre ore dopo il termine delle stesse.

RISULTATI

Non si è osservata nessuna modificazione del livello cognitivo. Al termine del periodo di AAA si è osservata una riduzione significativa della CSDD ($p=0.035$), una tendenziale riduzione della CMAI ($p=0.068$) e una riduzione significativa dell'item "ansia" della NPI ($p=0.039$). Durante le sedute di AAA, e non durante le sedute C, si sono osservati, come atteso, un incremento di piacere ($p=0.008$) ed interesse ($p=0.007$) ed una riduzione della tristezza ($p=0.032$); questa ultima si manteneva significativamente inferiore tre ore dopo la fine delle sedute nel periodo della AAA rispetto ai periodi precedenti ($p=0.03$). Durante le sedute

di AAA si è inoltre osservato un significativo incremento dell'attività motoria ($p=0.017$), dell'attività verbale ($p=0.002$) e dell'attrazione nei confronti dell'ambiente circostante ($p=0.014$) rispetto all'assenza di stimolazione; tale effetto non era più presente tre ore dopo la fine della seduta.

CONCLUSIONI

In questo gruppo di anziani con demenza grave assistiti in Centro Diurno, l'intervento di AAA ha dimostrato di indurre un miglioramento del tono dell'umore, confermato dall'osservazione di una riduzione delle manifestazioni di tristezza che persiste anche oltre il termine delle sedute. Durante le sedute di AAA si è osservato un temporaneo incremento di sensazioni piacevoli e di iniziativa motoria. Vi è infine una tendenza ad una riduzione dei comportamenti agitati.

Tali promettenti risultati dovranno essere confermati su un campione di maggiori dimensioni nell'ambito di uno studio controllato.

SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE. ANALISI DI UN PERCORSO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Nucetelli Francesco¹, Di Donato Fiore¹, Ferretti Sandra²

¹*Centro Salute Mentale Ortona (CH)*

²*Distretto Sanitario di Base Ortona (CH)*

e-mail:dip.salutement.ortona@aslchieti.it

RIASSUNTO

Scopo del presente lavoro è l'applicazione di una componente chiave del Governo Clinico, il Risk Management, all'interno di un Servizio Psicogeriatrico, quale presidio territoriale dedicato alla presa in carico di pazienti ultrasessantacinquenni con patologia psichiatrica e disturbi cognitivi.

METODI

Gli AA, dopo una breve introduzione alla tematica del Risk Management, inteso come approccio metodologico finalizzato al miglioramento della qualità delle cure, attraverso l'adozione di misure ed interventi a garanzia della sicurezza degli utenti, identificano nel servizio in esame l'ambito operativo per l'avvio di un percorso orientato alla corretta adozione di specifici strumenti di controllo e gestione del disco:

- identificazione, segnalazione e analisi eventi avversi;
- implementazione "cultura del rischio" attraverso le leve strategiche della comunicazione e della formazione;
- documentazione sanitaria;
- sistema informativo;
- coinvolgimento degli operatori;
- coinvolgimento caregivers;
- audit clinico.

RISULTATI

Gli autori focalizzano l'attenzione sulle criticità di sistema tali da richiedere interventi mirati alla riduzione del rischio e delle connesse implicazioni medico-legali, facendo ricorso alle metodologie in uso per l'identificazione degli eventi avversi e quindi delle cause e dei fattori collegati con l'individuazione delle possibili aree di miglioramento e adozione di procedure interne per un complessivo miglioramento del servizio offerto in un ambito operativo, come quello in esame, caratterizzato dalla complessità di presa in carico in rapporto alla specificità e fragilità dell'utenza anziana in trattamento.

CONCLUSIONI

Grazie a tale metodologia di lavoro si è favorita l'implementazione della "cultura del rischio" e l'applicazione di specifici modelli operativi nell'ambito del Servizio Psicogeriatrico di Ortona.

PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO DI “SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE” RIVOLTA AL BISOGNO DI SALUTE MENTALE DEL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA PATOLOGIA COGNITIVA E DEPRESSIVA

Nuccetelli Francesco¹, Di Filippo Maria Carmina¹, Di Donato Fiore¹, Ferretti Sandra²

¹*Dipartimento di Salute Mentale ASL Chieti*

²*Distretto Sanitario di Base Ortona ASL Chieti*

e-mail:dip.salutement.ortona@aslchieti.it

RIASSUNTO

L'allungamento della vita si associa ad un aumento delle malattie organiche croniche determinanti decadimento funzionale e aumento della dipendenza, in particolare le malattie cognitive ed i disturbi dell'umore rappresentano un fattore determinante l'isolamento sociale. Partendo dall'attività dell'Ambulatorio Psicogeriatrico di Ortona, già attivo presso il Distretto Sanitario di Base di Ortona con il contributo del DSB e del CSM di Ortona, si vuole fornire un contributo nella definizione delle caratteristiche organizzative di un servizio territoriale rivolto ai bisogni degli anziani con problemi di salute mentale.

METODI

Le esigenze degli utenti, nel nostro caso anziani con problemi di salute mentale, devono prevedere risposte più complesse di quelle richieste dalla popolazione generale; in particolare l'emancipazione degli utenti, dei loro familiari e della popolazione in generale, ha prodotto e produrrà nuove richieste al sistema sanitario psichiatrico che si possono riassumere nei Principi Generali di Community Care individuati da E. Murphy.

Gli ambulatori psicogeriatrici possono essere una risposta adeguata alla richiesta di salute mentale della fascia di popolazione ultrasessantacinquenne (Gianara A. 2007), tramite un'integrazione multidisciplinare basata su obiettivi e funzioni che colleghi direttamente il Dipartimento di Salute Mentale ed il Distretto Sanitario di Base, che adotti le procedure di un Day Service, che utilizzi competenze di operatori di branca specialistica diversa (Psichiatri, Neurologi, Geriatri, Infermieri, Assistenti Sociali, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Fisiocinesiterapisti). In particolare la verifica e revisione della qualità della cura deve rappresentare una priorità presso tutte le componenti del servizio, ciò è di particolare importanza per potere garantire il rispetto dei bisogni e dei desideri di quegli anziani che non sono più in grado di esprimere la loro volontà in modo completamente efficace.

RISULTATI

L'Ambulatorio Psicogeriatrico di Ortona offre un'offerta prossimale all'utente (Centro Spoke) multi-specialistica e multi-professionale. Si descrivono i dati di attività ottenuti con il sistema informativo di servizio. Malgrado le attuali criticità organizzative e gestionali si devono perseguire percorsi di ampliamento e miglioramento dell'offerta tenendo conto del contesto locale (servizi del DSB, aree di intervento dell'Ente d'Ambito Sociale) e Aziendale.

CONCLUSIONI

La *psichiatria dell'anziano* è una branca della psichiatria che rappresenta una componente costitutiva nella rete multidisciplinare dei servizi per la salute mentale nella tarda età. Questa disciplina specialisti-

ca viene talora denominata anche differentemente psichiatria geriatrica, oppure psichiatria della tarda età o ancora psicogeriatra. Dato che si è diffusa una notevole mole di conoscenze e di competenze nella psichiatria dell'anziano è auspicabile che queste incoraggino operatori e politici ad avviare, sviluppare e migliorare i Servizi Psicogeriatrici. A tal proposito non si potrà prescindere da un'integrazione tra l'aspetto sanitario, erogato dalle Aziende Sanitarie, e quello sociale, erogato dagli Enti d'Ambito Sociale. In particolare le nuove richieste al sistema sanitario (Principi Generali di Community Care individuati da E. Murphy) possono essere soddisfatti dai Servizi Psicogeriatrici prossimali all'utenza (Centri Spoke), collegati con i Centri di riferimento regionale non prossimali (Centri Hub).

LA FARMACOTERAPIA ANTIPSICOTICA NEL PAZIENTE ANZIANO: QUESTIONE DI SESSO?

Nuvoli Gianfranco

Dipartimento Salute Mentale A.S.L. 3 Genovese

SCOPO

Investigare e descrivere la farmacoterapia della schizofrenia nel paziente anziano, in considerazione delle molte Linee Guida nel trattamento del Disturbo e della difficoltà a declinarle nella realtà clinica quotidiana della cura del paziente ultrasessantacinquenne.

MATERIALI E METODI

È stata esaminata la documentazione clinica riguardante i pazienti ultrasessantacinquenni con diagnosi di schizofrenia, in trattamento presso l'U.O. Salute Mentale 12 della A.S.L. 3 Genovese.

Di ogni paziente sono stati rilevati la tipologia ed il dosaggio dei farmaci, l'eventuale associazione, la via di introduzione.

RISULTATI

Presso l'U.O. Salute Mentale 12 sono in cura circa 350 persone affette da schizofrenia, di esse 77 (22 uomini e 55 donne) sono ultrasessantacinquenni.

Si rileva come, mentre nei pazienti uomini la monoterapia per via orale o depot rappresenta l'eventualità più frequente, l'associazione di diversi principi attivi è la modalità di cura più frequente nelle pazienti donne. L'associazione farmacologica è assai varia, riscontrandosi 31 modalità diverse tra le 55 pazienti di genere femminile. Le associazioni più comuni sono tra farmaci antipsicotici (di 1^a o 2^a generazione) con farmaci anticolinergici, ansiolitici ed antidepressivi, ma non è infrequente l'associazione di due o più preparati ad effetto antipsicotico. 7 pazienti donne ed 1 paziente uomo non risultano in trattamento psicofarmacologico.

CONCLUSIONI

La realtà clinica mostra aspetti particolari ed in apparente, parziale contrasto con quanto indicato dalle Linee Guida sul trattamento della Schizofrenia.

La complessità e multiformità dei quadri clinici potrebbe spiegare la prescrizione di terapie complesse ed articolate. Una differenza significativa emerge nel trattamento dei due generi, in quanto gli uomini sembrano essere oggetto di piani di cura più semplici e meno complessi rispetto alle pazienti donne.

IL TSO NELL'ANZIANO: DATI PRELIMINARI DI UN'INDAGINE NELLA PROVINCIA DI GENOVA

Nuvoli Gianfranco, Manni Elisabetta, Ferrannini Luigi

A.I.P - Sezione Ligure

SCOPO

Investigare il T.S.O. nella popolazione anziana.

MATERIALI E METODI

Esame di tutti i fascicoli di T.S.O. del Tribunale di Genova riferiti all'anno 2008, per la rilevazione di dati anagrafici, clinici e di decorso.

RISULTATI

Dei 304 T.S.O. effettuati nella Provincia di Genova nel 2008, 30 hanno riguardato persone ultrasessantacinquenni.

L'età dei pazienti varia dai 65 agli 89 anni, essendo ugualmente rappresentati i due generi. 3 persone sono state sottoposte a T.S.O. in due occasioni. Le motivazioni dei T.S.O. sono state prevalentemente le alterazioni del comportamento, psicosi deliranti, talora comportamenti pre-suicidari.

La maggior parte dei T.S.O. si è conclusa nei 7 giorni previsti dalla legislazione vigente, in qualche caso il provvedimento è stato prorogato fino ad un massimo di 16 giorni.

CONCLUSIONI

Il 10% dei T.S.O. effettuati nella Provincia di Genova nel 2008 ha riguardato persone anziane.

Il recupero di una condizione di volontarietà al trattamento ha richiesto usualmente diversi giorni, dipendendo dalla complessità e problematicità delle situazioni cliniche dei pazienti interessati.

Una fase successiva di analisi della documentazione ospedaliera è prevista per la verifica ed il confronto dei dati emersi.

SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLOGICA NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA: QUALI CORRELAZIONI CON LO STRESS PERCEPITO DAL CAREGIVER?

Pingani Luca^{1,2}, De Bernardis Marco¹, Ughetti Maria Letizia², Arnone Fulvio¹, De Bernardis Elena¹, Ferrari Silvia², Equipe terapeutico-riabilitativa-assistenziale reparto Neuropsico-geriatria¹, Turrini Giuliano¹, Rigatelli Marco²

¹*Ospedale Accreditato Villa Maria Luigia, Monticelli Terme (PR)*

²*Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Dipartimento di Psichiatria*

SCOPO

Scopo del presente studio è verificare l'eventuale presenza di correlazioni significative fra la sintomatologia psicopatologica del paziente demente e lo stress percepito dal primary caregiver.

MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati inclusi i primary caregivers di pazienti a cui sia stata effettuata una diagnosi di demenza (secondo i criteri del DSM IV) e ricoverati presso il reparto neuro-psico-geriatrico-riabilitativo dell'Ospedale Accreditato Villa Maria Luigia (Monticelli Terme - PR) dal 01/05/08 al 01/11/08. Ad ogni primary caregiver incluso nello studio è stata somministrata la scala NPI (UCLA Neuropsychiatric Inventory-Comings J.L. et al., 1994) ed una scheda raccolta dati socio-demografica.

RISULTATI

40 pazienti sono stati inclusi nello studio, ma solo 30 hanno accettato di partecipare all'indagine (75%). Dai dati ricavati sono emerse 111 correlazioni significative (Indice di Correlazione di Spearman). Fra queste correlazioni sono state oggetto di studio quelle ad alta significatività ($p < 0,001$) tra lo stress percepito dal primary caregiver e le seguenti categorie sintomatologiche: delirio, allucinazione, agitazione, euforia, apatia, disinibizione, attività motoria aberrante e disturbi del sonno.

CONCLUSIONE

Dai risultati ottenuti emerge che solamente otto categorie sintomatologiche sulle dodici presenti nella scala di valutazione NPI hanno un elevato coefficiente di correlazione con lo stress percepito dai caregivers (delirio, allucinazione, agitazione/aggressività, euforia/esaltazione, apatia/indifferenza, disinibizione, attività motoria aberrante e disturbi del sonno).

Questo fenomeno è probabilmente da associarsi all'impatto che le suddette categorie hanno sul prestatore di cura: sono più facilmente riconoscibili e comportano un maggior coinvolgimento emotivo.

La non significatività delle altre quattro categorie diagnostiche (ansia, depressione, irritabilità e disturbi dell'alimentazione) è probabilmente da imputare a fenomeni tipicamente culturali come l'ageismo: l'anziano viene considerato attraverso l'utilizzo di uno stereotipo che ne mette in evidenza solamente gli aspetti più negativi e aberranti (malato, improduttivo, loquace, ripetitivo, pauroso, ansioso, triste e diffidente). Emerge quindi la necessità, per tutti gli operatori sanitari, di strutturare un intervento rivolto ai caregivers caratterizzato da due diverse fasi: 1) fornire maggiori strumenti per il riconoscimento di quei disturbi che non hanno su di loro un forte coinvolgimento emotivo (in particolare la depressione e i disturbi dell'alimentazione); 2) fornire informazioni dettagliate e strutturate utili per far fronte ai suddetti disturbi nella vita di tutti i giorni.

UVA DI GERIATRIA REGIONE VALLE D'AOSTA. DUE GRUPPI DI PAZIENTI A CONFRONTO

Polistena Giuseppe, Coccovilli Alberto, Ferrante Maria Antonietta, Bonino Paolo

S.C.Geriatria - Azienda USL Valle d'Aosta

RIASSUNTO

Sono stati messi a confronto pazienti inseriti nel "Progetto Cronos" divisi in due gruppi: pazienti valutati nella nostra U.V.A. nel 2005 (gruppo I°) e pazienti valutati in U.V.A. nel 2008 (gruppo II°).

METODO

Abbiamo voluto valutare se nei 2 gruppi analizzati, ci fosse una differenza sostanziale riguardo il grado di autonomia funzionale o compromissione cognitiva al momento della prima visita alla luce di un periodo diverso durante il quale si è potuto verificare una maggiore acquisizione di sensibilità da parte del caregiver, una maggiore prevenzione e una maggiore presa di coscienza della malattia da parte del medico curante, del familiare e del paziente stesso.

Pazienti del gruppo I° (anno 2005) 54 casi; Età media 79,83 anni; Media del Barthel Index 85,65/100; Media del MMSE 19,22/30.

Dei 54 pazienti, il 44,44 % (24 pz) hanno sospeso i controlli presso l'U.V.A. ed erano pazienti con età media di 80,83 anni, con media di B.I. 80 /100 e con media di MMSE 18,50/30.

I pazienti che invece hanno proseguito i controlli sono il 48,15 % (26 pz) con età media di 79,42 anni, media di B.I. 89,42/100 e media di MMSE 19,62/30.

Pazienti gruppo II° (anno 2008) 41 casi; età media 81,07 anni; Barthel Index di media 84,39/100; MMSE di media 19,33/30.

Dei 41 pazienti, il 14,63% (6 pz) hanno sospeso i controlli presso l'U.V.A. ed erano pazienti con età media di 78,67 anni, con media di Barthel Index di 78,33/100 e media di MMSE 19,17/30.

I pazienti che invece hanno proseguito i controlli sono ben l'82,93% (34 pz) con età media di 81,62 anni, media di Barthel Index 85,44/100 e media di MMSE 19,18/30.

RISULTATI

Tra i pazienti che sono usciti dal "progetto Cronos", quelli del 2005 sono più anziani, meno compromessi dal punto di vista funzionale e leggermente più deteriorati rispetto ai pazienti visitati nel 2008.

Tra i pazienti che invece continuano le visite per il "progetto Cronos" quelli del 2005 sono più giovani, più autosufficienti ed hanno un MMSE pressoché sovrapponibile rispetto ai pazienti del 2008. Ciò significa che nel 2008 sono giunti nella nostra U.V.A. pazienti più anziani, leggermente meno autosufficienti e con un MMSE invariato rispetto al 2005, ma sono questi pazienti che in più larga maggioranza continuano a frequentare l'U.V.A.

Nel 2005 sono giunti in U.V.A. un numero maggiore di pazienti, leggermente più giovane, più autosufficiente e con MMSE sovrapponibile.

Ma in proporzione nel 2005 ci sono stati più pazienti che hanno sospeso i controlli in U.V.A. essendo più anziani ed avendo un MMSE peggiore ed una migliore autosufficienza rispetto ai paziente del 2008.

CONCLUSIONI

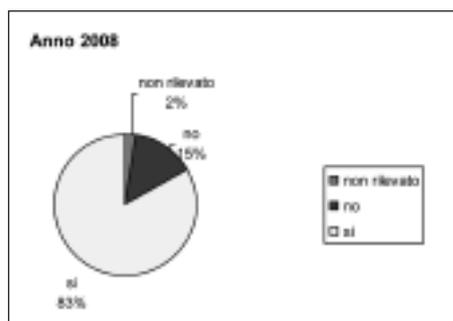
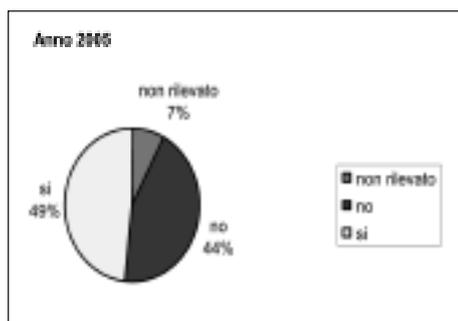
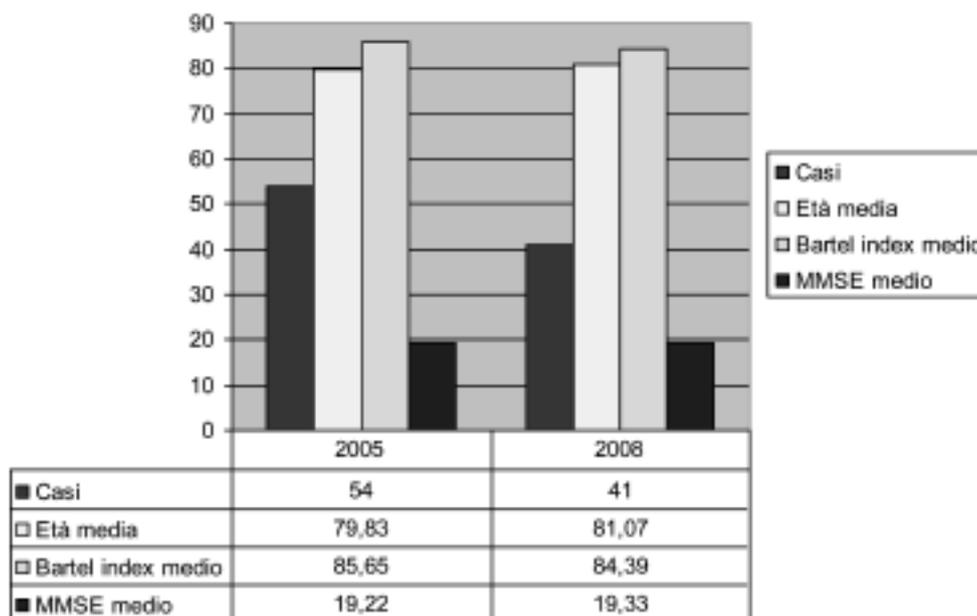
I dati di raffronto tra i due gruppi indicano una sovrapponibilità dei pazienti per quanto riguarda l'aspetto cognitivo valutato con il MMSE (media 2005 19,22 - media 2008 19,33). Emerge invece una differenza nell'età media dei pazienti che è aumentata di oltre un anno (2005 età media 79.83 - 2008 età media 81.07) con una prevedibile riduzione dell'autonomia funzionale misurata con il Barthel Index (2005 BI 85.65 - 2008 BI 84.39).

Il risultato più clamoroso è senza dubbio la grande percentuale di pazienti complianti la terapia con l'abbandono dei controlli del 14.63% dei pazienti del II gruppo (2008) rispetto al 44.44% di abbandoni del gruppo 2005.

Nel gruppo II° i pazienti, pur essendo più anziani, più compromessi dal punto di vista funzionale proseguono in alta percentuale (82,93%) i controlli presso la nostra U.V.A. a dimostrazione di una maggiore sensibilità a partecipazione alle cure e verosimilmente a una migliore risposta alla terapia.

Il paziente che abbiamo valutato, presenta un'età media, un MMSE ed un Barthel Index che non si discosta dalla tipologia del paziente di altre U.V.A. Questo dato importante ci stimola ulteriormente a lavorare sempre in sinergia con la famiglia, coinvolgendola nei nostri programmi affinché si possa instaurare una reciproca fiducia rendendo il familiare partecipe delle scelte terapeutiche condividendo con esso progetti assistenziali e proponendo consigli comportamentali.

Anno	continua cronos	Casi	%
2005	non rilevato	4	7,41%
2005	no	24	44,44%
2005	si	26	48,15%
Totale 2005		54	
2008	non rilevato	1	2,44%
2008	no	6	14,63%
2008	si	34	82,93%
Totale 2008		41	



QUALITÀ DELLA VITA E SEMIRESIDENZIALITÀ GERIATRICA

Primerano Giuseppe¹, Sacchelli Cristina², Danesi Raffaella²

¹*CRA Romano di Lombardia, DSM Treviglio (BG)*

²*Fondazione "G.Brunenghi", Castelleone (CR)*

SCOPO

L'aspettativa di vita degli anziani è aumentata grazie ai progressi della medicina e della sanità pubblica. La qualità di vita rappresenta pertanto un importante obiettivo della politica sanitaria di ogni paese.

In accordo con tale premessa scopo principale dei servizi sanitari per anziani dovrebbe essere la riduzione dell'impatto delle malattie croniche, il mantenimento delle abilità necessarie a vivere in modo autonomo ed il miglioramento della qualità di vita. La qualità di vita è un concetto multidimensionale che descrive la percezione soggettiva che un individuo ha della propria salute fisica e psichica e del proprio funzionamento sociale e ambientale. Il presente lavoro si propone di valutare la qualità di vita dei pazienti afferenti a una struttura semiresidenziale geriatrica (Centro Diurno Integrato) e di identificare i fattori ad essa eventualmente correlati.

MATERIALI E METODI

I partecipanti sono gli utenti afferenti al Centro Diurno Integrato (CDI) della Fondazione G.Brunenghi di Castelleone (CR), nel periodo 01/01/2009-28/02/2009. Il CDI è una delle unità di servizio della Fondazione Brunenghi.

L'utenza presenta vari livelli di dipendenza, spaziando da ospiti autosufficienti con problematiche prevalentemente sociali a soggetti dipendenti, ai quali il CDI consente di continuare la propria vita a domicilio, evitando, o ritardando l'ingresso in RSA, e ricevendo nel contempo interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria (infermieristici, medico-geriatrici, riabilitativi). Il CDI può accogliere 20 ospiti, che vi trascorrono la giornata, dalle 9 circa alle 17, dal lunedì al venerdì. La qualità di vita è stata valutata mediante la Short Form 12 (SF-12). Per ciascun paziente sono stati valutati il grado di autonomia nelle attività quotidiane (Indice di Barthel), lo stato cognitivo (Mini Mental State Examination), la comorbidità (CIRS) e l'eventuale presenza di aspetti psicopatologici (Short Psychiatric Evaluation Schedule, SPES) e di sintomi depressivi (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD). Informazioni aggiuntive sono state raccolte circa l'assunzione di farmaci e l'uso di psicofarmaci. I dati sono stati raccolti ed elaborati con EZAnalyze v.3.0 (2007). Oltre alle comuni analisi descrittive si è indagata la correlazione (coefficiente di Pearson) tra gli indici di salute fisica e mentale e le altre variabili cliniche e sociodemografiche.

RISULTATI

Dei 16 ospiti valutati il 43.7% sono femmine ed il 56.2% maschi. L'età media è di 74,2±11.4 anni. Il 92.8% ha un grado di istruzione che non supera la licenza elementare. Il 50 % è rappresentato da vedovi. Il valore medio dell'indice di salute fisica è di 44.9 ±7.2 (media ± D.S.) quello dell'indice di salute mentale di 50.0 ± 11.1. Il valore medio dell'indice di Barthel è di 77.5±24.9. La media dei punteggi ottenuti al MMSE è di 23.5 ±3.8. I punteggi ottenuti alla CSDD (3.4 ±1.9) e alla SPES (3.7 ±3.1) risultano inferiori al valore necessario per definire, clinicamente, la presenza di disturbi depressivi e/o di alterazioni psicopatologiche. Correlazioni statisticamente significative sono state riscontrate tra l'indice di salute mentale (ISM) la CSDD (R = -,589 p =,021) e la SPES (R = -,683 p =,004).

CONCLUSIONI

I soggetti valutati presentano indici di salute fisica e mentale che hanno valori medi leggermente inferiori a quelli riscontrabili nella popolazione analoga per sesso ed età. I due indici sono in sostanziale equilibrio fra di loro.

La presenza di correlazioni statisticamente significative tra indice di salute mentale CSDD e SPES fa ipotizzare che alterazioni psicopatologiche e sintomi depressivi, pur sotto soglia, abbiano un impatto maggiore della disabilità fisica sulla percezione soggettiva della qualità di vita negli anziani assistiti presso strutture semiresidenziali.

BIBLIOGRAFIA

Luleci E, Hey W & Subasi F Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46 (2008) 57-66.

LA FAMIGLIA E GLI ATTI DECISIONALI MEDICI IN PRONTO SOCCORSO, IN PAZIENTI MOLTO ANZIANI NON-COMPETENTI

Ranieri Piera^{1,2}, Bianchetti Angelo^{1,2}, Badini Ilaria^{1,2}, Cornali Cristina^{1,2}, Franzoni Simone^{1,2}, Opizzoni Marina C.^{1,2}, Cossu Beatrice^{1,2}, Trabucchi Marco²

¹U.O. Medicina Istituto Clinico S. Anna, Brescia

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Spesso in Pronto Soccorso (PS) i medici devono prendere decisioni critiche per pazienti anziani non più in grado di decidere (non-competenti) che versano in condizioni cliniche gravi, dovendo discuterne con i familiari in assenza di precedenti e chiare indicazioni da parte dei pazienti¹.

Gli aspetti medici, legali, etici e psicologici implicati diventano sempre più complessi, dato il crescente numero di soggetti con ridotte capacità cognitive che giungono in PS².

Riportiamo due casi clinici di pazienti 97enni non-competenti recentemente ammessi nel PS dell'Istituto Clinico S. Anna (Brescia, Italia), che evidenziano come la famiglia sia spesso di scarso supporto nel processo decisionale in condizioni mediche critiche.

CASO 1. *Paziente affetto da scompenso cardiaco congestizio (SCC) in cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, PM a permanenza, BPCO, insufficienza renale cronica lieve, ipotiroidismo iatrogeno da terapia cronica con amiodarone ed ipertrofia prostatica. Numerose ospedalizzazioni negli ultimi sette anni per SCC. Disabilità funzionale di grado moderato insorta un mese prima, in concomitanza di ricovero ospedaliero per polmonite (Barthel index 40/100; IADL funzioni perse 5/5) con attuale necessità di assistenza continuativa. Il paziente presenta una improvvisa perdita di conoscenza al domicilio, durante le cure igieniche del mattino. La famiglia allerta un intervento di emergenza del 118 in codice rosso ed il paziente viene sottoposto a ripetuti DC shock, associati alla somministrazione di adrenalina endovena, per arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare. All'ingresso in PS il paziente è in stato di coma (Glasgow coma scale 3/15) e la figlia comunica al medico di PS: "Noi vogliamo per nostro padre solo "assistenza", non "accanimento terapeutico".*

CASO 2. *Paziente affetto da SCC in cardiopatia valvolare da stenosi aortica severa con secondaria ipertensione polmonare di grado severo, fibrillazione atriale permanente, ed ipertrofia prostatica sintomatica. Tali patologie sono state rilevate un mese fa, in concomitanza dell'unico ricovero ospedaliero della sua vita per SCC. Viene riferita dai familiari una parziale disabilità pre-morbosa (Barthel index 75/100, IADL funzione perse 4/5). Il paziente viene ammesso nel nostro PS per stato di coma secondario a shock settico e cardiogenico da polmonite dx e sindrome coronarica acuta, associato a severa insufficienza multi-organo (insufficienza renale, epatite e coagulopatia). All'ingresso la famiglia è completamente inconsapevole della prognosi del paziente. Nessuna indicazione viene espressa riguardo l'intensità delle cure, rimettendo qualsiasi decisione nelle mani del medico.*

Questi due casi clinici ci permettono di discutere del ruolo della famiglia nel processo decisionale terapeutico nel caso in cui i pazienti non siano in grado di esprimere le proprie scelte. Le linee guida etiche richiedono che sia i medici che i familiari di riferimento (in inglese definiti "surrogate decision makers") prendano le decisioni in accordo con i precedenti desideri del paziente, se conosciuti, e nel miglior interesse del paziente stesso³. Al familiare è richiesto di parlare per il paziente non-competente e di scegliere ciò che il paziente avrebbe scelto. In considerazione di ciò, è fondamentale in tali situazioni determinare l'accuratezza delle conoscenze della famiglia riguardo la prognosi e del grado di consapevolezza circa le condizioni mediche del paziente.

Nei casi riportati noi riteniamo che i familiari non avevano una adeguata percezione della situazione clinica del congiunto, pertanto non erano in grado di fornire adeguate direttive.

Nel primo caso manifestando un comportamento assolutamente contraddittorio: da ripetute manovre rianimatorie a casa all'asserzione contro l'accanimento terapeutico in PS; nel secondo caso mostrando l'incapacità ad indicare un comportamento in linea con lo stato di salute del loro caro. Tutto ciò comporta che i medici in PS rimangono "soli" nel costruire il complesso processo clinico ed emotivo per stabilire un adeguato piano di cura in pazienti anziani e fragili.

Nella nostra opinione, molti dilemmi etici sono determinati proprio dalla mancanza di una adeguata comunicazione esistente tra paziente e medico. Il medico di Medicina Generale (MMG) verosimilmente non rende abbastanza consapevole la famiglia circa la possibilità (naturale) che si verifichi l'evento "morte" in un soggetto di 97 anni affetto da elevata comorbilità. Infatti, in assenza di una adeguata informazione la famiglia non è in grado di rendersi conto dell'evoluzione delle malattie e della possibilità che si verifichi la morte del paziente. Una comunicazione efficace è un'importante sfida dell'arte medica ed un preciso dovere del clinico. In particolare, il MMG ha la peculiare responsabilità nei riguardi dei propri pazienti e dei loro familiari, a causa della sempre più elevata frequenza di decisioni critiche in pazienti molto anziani in setting di emergenza.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ AGS Ethics Committee. Making treatment decisions for incapacitated older adults without advance directives. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:986-7.
- ² Mueller PS, Hook CC, and Fleming KC. Ethical Issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2004;79:554-62.
- ³ Torke AM, Caleb Alexander G, Lantos J, et al. The Physician-Surrogate Relationship. *Arch Intern Med* 2007;167:1117-21.

CONSUMO DI ALCOOL E MORTALITÀ IN ANZIANI CHE VIVONO A CASA

Rozzini Renzo, Ferri Marco, Sleiman Intissar, Barbisoni Piera, Giordano Alessandro, Mattanza Chiara, Boffelli Stefano, Travaglini Nicola, Trabucchi Marco*

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza, Brescia

**Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

PREMESSA

Un consumo moderato di alcool presenta un effetto protettivo sul sistema cardiovascolare, fenomeno noto come "French Paradox", già descritto nel 1819 da Samuel Black. Pochi dati in letteratura descrivono l'effetto dell'alcool sulla prognosi a lungo termine nei pazienti anziani

Obiettivo dello studio è stato quello di valutare, in una popolazione di 1201 anziani di età compresa tra 70-75 anni residenti al domicilio, la relazione tra consumo di alcool e prognosi.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato effettuato nel comune di Brescia, somministrando un questionario, tramite personale qualificato e valutando i dati demografici, sociali, mentali, stato funzionale, malattie croniche e stato di salute. Il consumo di alcool è stato valutato, con domande specifiche, in grammi.

Gli anziani sono stati quindi suddivisi in 3 gruppi: astemi (n = 307), moderati consumatori di alcool (n = 697) ed elevati consumatori (n = 197), definendo come moderato un consumo di alcool <60 gr/die nei maschi e 40 gr/die nella femmine e come elevato un consumo >60 e 40 gr/die rispettivamente. La sopravvivenza è stata valutata a 12 anni. Al follow-up sono stati persi 50 soggetti

RISULTATI

Le caratteristiche cliniche e psicosociali erano migliori nel gruppo con consumo moderato di alcool rispetto agli astemi; in particolare presentavano un migliore tono dell'umore (adjusted Beck Depression Inventory Scale) ed una funzione cognitiva più elevata (MSQ); inoltre erano meno disabili (IADL and BADL), con minore comorbidità, un più elevato livello d'istruzione ed in larga misura vivevano soli.

I soggetti con elevato consumo di alcool erano prevalentemente maschi, coniugati o vivevano con altri; erano, inoltre, più disabili, depressi, con elevata comorbidità e maggiore consumo di farmaci, ma anche più poveri.

Al follow-up la sopravvivenza era significativamente più elevata nel gruppo a moderato consumo di alcool rispetto agli astemi ed a quelli ad elevato consumo di alcool (56 vs 44 vs 39% rispettivamente). Dopo correzione per i fattori confondenti (sexo maschile, reddito basso, disabilità, demenza, depressione e comorbidità), il consumo moderato di alcool era protettivo; mentre gli astemi, usati come gruppo di controllo e quelli ad elevato consumo di alcool (RR 0.7, 95% CI 0.6-0.9 e RR 0.9, 95% CI 0.7-1.2 rispettivamente) erano indipendentemente associati alla mortalità.

CONCLUSIONI

I dati suggeriscono che i soggetti con moderato consumo di alcool presentano un buon stato di salute. L'elevata percentuale di persone che vivono da sole conferma questa ipotesi, perché solamente chi è sano non necessita di supporto domiciliare.

È possibile quindi ipotizzare che i moderati consumatori di alcool, caratterizzati da buona condizione fisica e mentale, aperti ai rapporti sociali e capaci di esercitare il controllo sulla propria vita, hanno una più elevata aspettanza di vita. La popolazione con alto consumo di alcool presenta invece una mortalità più elevata, probabilmente dovuta ai ben noti fattori di rischio legati all'età (soggetti maschi e poveri), nonostante la bassa incidenza di depressione e un elevato controllo familiare.

STUDIO DELLE FUNZIONI COGNITIVE E DI NEUROIMAGING CEREBRALE IN SOGGETTI AFFETTI DA PSORIASI MODERATA-GRAVE. DATI PRELIMINARI

Sala Francesca¹, Gisoni Paolo², Alessandrini Franco³, Avesani Virginia¹, Zoccatelli Giada³, Beltramello Alberto³, Moretto Giuseppe¹, Girolomoni Gianpietro², Gambina Giuseppe¹

¹SSO Interaziendale Centro Alzheimer e Disturbi Cognitivi - UO Neurologia, OCM, Verona

²Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgiche, Sezione di Dermatologia, Università degli Studi di Verona

³UO Neuroradiologia, OCM, Verona

INTRODUZIONE

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della cute frequentemente associata a comorbidità di tipo metabolico e cardiovascolare. Tali comorbidità sono dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari ma anche per il deterioramento cognitivo e per la Malattia di Alzheimer.

OBIETTIVO

Studiare nei pazienti affetti da psoriasi moderato-grave: 1) le funzioni cognitive -in particolare memoria e funzioni frontali-; 2) l'imaging morfologico e di tensore di diffusione (DTI) mediante RM cerebrale.

CASISTICA

66 soggetti (età: 50-65 anni) di cui: 37 soggetti affetti da psoriasi moderata-grave e 29 soggetti di controllo. I due gruppi differiscono significativamente per la presenza nei pazienti di comorbidità vascolare e metabolica.

METODI

1) *Valutazione cognitiva*: eseguita utilizzando la Batteria per il Deterioramento Mentale di Gainotti e Caltagirone (BDM) e altri test che esplorano l'efficienza funzionale di svariati ambiti cognitivi tra cui le funzioni esecutive.

2) *Neuroimaging*: 7 pazienti affetti da psoriasi moderata-grave sono stati sottoposti ad indagine RM con apparecchiatura ad alto campo dotata di bobina da encefalo a 4 canali. È stata inoltre acquisita in fase pre-contrastografica sequenza DTI per analisi di tensore di diffusione e trattografia, con valutazione di diffusione secondo 30 direzioni.

ANALISI DEI DATI

I calcoli statistici sono stati eseguiti con il software STATA (versione 10.0 Stata-Corp LP, College Station, TX). Le differenze tra casi e controlli per ogni test cognitivo sono state analizzate mediante l'analisi della varianza per variabili continue e il test del chi quadro per variabili categoriche. Tutti i test per la stima della p sono stati calcolati a 2 code e sono state considerate differenze statisticamente significative quelle con $p < 0.05$.

RISULTATI

1) *Valutazione cognitiva*: la prevalenza di deficit cognitivo nei pazienti è stata del 56%. Nessun controllo ha presentato deficit cognitivo ($p=0.001$). In particolare i pazienti hanno presentato dei punteggi (corretti per età e scolarità) inferiori ai controlli nei seguenti test: Rievocazione Differita del Test delle 15 parole di Rey: ($p=0,053$); Span Numerico Inverso ($p=0,038$); Weigl's Sorting Test ($p=0,039$); TMT-B ($p=0,038$).

2) *Neuroimaging*: in tutti i pazienti (n. 7/7) sottoposti ad indagine RM non sono state rilevate anomalie morfologiche cerebrali. Nessuno dei pazienti presenta alterazioni di tipo degenerativo o segni di atrofia sovra-sottotentoriale. Unico denominatore comune è stato il riscontro di focolai di vasculo-ialinosi in ambito periventricolare da ambo i lati, senza evidenza di alterazioni della diffusione o enhancement patologico tissutale dopo somministrazione mdc. È in corso di analisi l'elaborazione dei dati attraverso l'imaging di Tensore di Diffusione (DTI): *Voxel-Based Morphometry e Voxel-Based Analysis*. L'analisi delle metodiche potrà permettere l'evidenziazione di eventuali variazioni strutturali rispetto alla norma dello spessore della sostanza grigia e bianca e la correlazione fra patologia di base di tipo dermatologico ed alterazioni di tipo neurodegenerativo.

COMMENTO

Questi risultati preliminari indicano la presenza di una precoce compromissione della memoria verbale a lungo termine, delle funzioni esecutive e dell'attenzione nei soggetti affetti da psoriasi.

Poiché il gruppo di pazienti differisce dai controlli per la presenza statisticamente significativa di comorbidità vascolare e metabolica, per verificare il ruolo della psoriasi quale fattore di rischio "per sé" per lo sviluppo di deficit cognitivi è necessario implementare la casistica per ampliare il gruppo di controllo con soggetti affetti da tali comorbidità.

REALIZZAZIONE DI UNA SCHEDA UNICA DI GESTIONE DEL DOLORE APPLICABILE IN CONTESTI RAPPRESENTATI DA AMPIA VARIABILITÀ CLINICA

Sasso Monia, Scolari Loredana, Carlucci Rosaria, Mercadante Giuliana, Cotroneo Antonino, Nicoletti Nicoletta, Cabodi Sergio

SOC Geriatria Dipartimento Salute Anziani - DSA Ospedale Birago di Vische ASL TO2 Torino

SCOPO

Dati OMS evidenziano che, a fronte delle metodiche disponibili, solo nel 40-50% dei malati ricoverati il dolore viene trattato in modo soddisfacente e tale percentuale diminuisce nei pazienti con limitazioni espressive. La realizzazione e l'uso di scale, per la valutazione del dolore, migliora la comprensione, il trattamento dello stesso e l'attenzione degli operatori sanitari nel ricercarlo e scoprirlo anche quando non evidentemente palesato.

L'obiettivo di questo studio è stato creare e implementare l'uso di una scala di misurazione del dolore, arrivando a percepirlo come parametro vitale. Uno strumento che fosse idoneo per la nostra realtà dove i dati epidemiologici evidenziano una notevole variabilità clinica delle persone ricoverate affette sia da patologie croniche che acute, cancerose e non o post-operatorie e possono avere gradi di collaborazione, stato cognitivo ed espressivo estremamente variabili.

MATERIALI E METODI

Fase preliminare: esaminata la variabilità clinica delle persone ricoverate presso il nostro reparto, è stata effettuata una revisione della letteratura che ha portato alla costruzione di una pratica scheda unica di valutazione costituita da più scale di rilevazione del grado di dolore rese corrispondenti tra loro (scala numerica, scala verbale, scala delle espressioni facciali, scala PAINAD) e validate dalla letteratura. Il punteggio riportato su una scheda grafica corrispondente fornisce anche indicazioni sulle caratteristiche del dolore, sulla sua evoluzione durante il trattamento e sull'insorgenza di eventuali reazioni avverse. Inoltre, al fine di sviluppare una maggiore sensibilità del personale rispetto l'urgenza del dolore rilevato, abbiamo creato sulla scheda stessa, un sistema di codici-colori analogo alla concezione del triage individuando i 4 livelli costituiti da: codice bianco, verde, giallo, rosso: ad ogni codice corrisponde un protocollo d'intervento tarato automaticamente sulle caratteristiche del paziente e basato sulla scala analgesica dell'OMS integrata anche essa nella scheda unica.

Fase formativa e di prima applicazione: sono state attivate modalità di ascolto, organizzative e di formazione del personale per l'implementazione della scheda unica di gestione del dolore; si è sensibilizzato il personale a cercare il dolore ed a trattarlo come parametro vitale semplicemente aggiungendo la voce "dolore: si - no - possibile" all'interno di una scheda di rilevazione dei parametri vitali già in uso.

Fase applicativa ordinaria: assimilata l'abitudine a considerare il dolore come un parametro vitale ed a cercare e rilevarne la sua possibile presenza, il personale è stato naturalmente portato a sentire la necessità all'introduzione della scheda unica di gestione del dolore.

RISULTATI

Già a partire dalla fase di prima applicazione si è rilevato un grado di aderenza e sensibilità degli operatori sanitari, nei confronti della considerazione del dolore come parametro vitale, tale per cui in 30 giorni di degenza si è potuto stimare che il 40% dei pazienti è stato sottoposto ad una prima valutazione e documentazione del parametro vitale "dolore: si - no - possibile", questo a differenza del periodo precedente l'introduzione del progetto dove non era prevista la documentazione del dolore espresso come parametro

vitale. Essendosi recentemente avviata la fase applicativa ordinaria, non è ancora stato possibile fare un'analisi comparativa dei dati precedenti e successivi l'introduzione dello strumento ed ottenere una validazione dello stesso, però pensiamo che il lavoro finora condotto possa già rappresentare un elemento di divulgazione interessante.

CONCLUSIONE

Considerata la prevalenza del dolore negli ospedali ed i relativi effetti invalidanti dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale, il migliorare la rilevazione, la comprensione ed il trattamento del dolore è una problematica di primaria importanza e da studiare a fondo. Si ritiene necessaria e si propone la creazione e l'adozione di uno strumento standard che offra informazioni documentate agli operatori sanitari. Questi ultimi possono essere sensibilizzati al riconoscimento del dolore come un vero e proprio parametro vitale ed a sentire la necessità di misurare tale parametro con uno strumento specifico, costruito da loro stessi collegato ad un protocollo d'intervento.

L'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA OSPEDALIERA (U.V.G.O.) DEL S. EUGENIO DI ROMA - ASL RMC

Scala Giovanni, Capobianco Giovanni

UOC Geriatria per Acuti Ospedale S.Eugenio Roma ASL RMC

INTRODUZIONE

L'esperienza delle Unità Valutative Geriatriche ha origine, con i caratteri della sistematicità e specificità, negli anni '80 con Rubenstein negli Stati Uniti, Paese nel quale una medicina essenzialmente privatistica eroga agli anziani un'assistenza costantemente nel segno delle compatibilità economico-finanziarie. Anche in uno scenario così difficile la costituzione delle Unità Valutative Geriatriche ha consentito di raggiungere risultati significativamente positivi in termini di efficacia, efficienza e qualità.

La presenza di U.V.G. Ospedaliere, con funzione di valutazione e di intervento, in collegamento con le U.O. di Geriatria per acuti, ha consentito di raggiungere i seguenti obiettivi scientificamente documentati nei pazienti:

- Maggiore accuratezza diagnostica;
- Miglioramento dello stato funzionale, cognitivo e affettivo;
- Riduzione del consumo di farmaci;
- Riduzione della frequenza di ospedalizzazione;
- Riduzione dei costi e dell'utilizzo delle strutture sanitarie residenziali (R.S.A, ecc.);
- Aumento della sopravvivenza.

MATERIALI E METODI

L'U.V.G. si rivolge a pazienti geriatrici (età superiore ai 65 anni; comorbidità; compromissione bio-psico-sociale; "fragilità"; propensione allo scompenso omeostatico; rischio di perdita dell'auto-sufficienza). La metodologia di lavoro utilizzata è costituita dalla Valutazione Multidimensionale, strategia che esprime non solo procedure complesse di "assessment", ma anche articolate tipologie di intervento. L'U.V.G.O. è stata istituita presso l'Ospedale S.Eugenio l'1 aprile 1992, crescendo negli anni in numero e qualità delle prestazioni, ed è composta da un'equipe multiprofessionale che comprende, oltre al geriatra, l'assistente sociale, l'infermiere professionale, e se necessario, lo psicologo ed il terapeuta della riabilitazione.

Le funzioni dell'U.V.G. Ospedaliere sono così riassunte:

- Consulenza geriatrica clinica per i degenti ospedalieri;
- Consulenza geriatrica con valutazione multidimensionale (VMD) presso il DEA con protocollo di intesa stipulato con la Medicina di Urgenza/Acc.ne/B.O. per il ricovero alternativo in Day Hospital geriatrico e/o sorveglianza in U.V.G.O. di pazienti geriatrici pervenuti all'osservazione della M.Urg.;
- Dimissione protetta dalle U.U.O.O. ospedaliere, con prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo in regime di ricovero diurno o di sorveglianza e controllo in ambulatorio geriatrico, con funzione U.V.G., senza alcuna prenotazione, né tempo di attesa;
- Valutazione multidimensionale e indirizzo dell'anziano fragile, dimesso in condizioni di stabilità, alle strutture territoriali, diversificate a seconda dell'intensità del bisogno assistenziale (AD, ADI, Centro Diurno, ecc.);
- Valutazione multidimensionale ai fini del trasferimento in strutture residenziali (R.S.A di differente livello, degenza medica post-acuzie, lungodegenza, strutture di riabilitazione, hospice);
- Valutazione multidimensionale dell'autosufficienza per la certificazione dell'invalidità e concessione dell'indennità di accompagnamento in pazienti ambulatoriali.

RISULTATI

La presenza dell'U.V.G. nell'Ospedale S. Eugenio di Roma ha prodotto i seguenti risultati:

- Utilità delle richieste di valutazione e intervento dell'U.V.G. Ospedaliera in funzione dell'Area per l'Emergenza Geriatrica presso il Pronto Soccorso/Accettazione, Breve Osservazione, con presa in carico in Day Hospital Geriatrico di anziani fragili con patologie acute o croniche riacutizzate o in dimissione protetta, per prosecuzione di iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo (forte incremento delle richieste di consulenza da parte del P.S.-ACC.ne-B.O.);
- Incremento delle richieste specifiche di valutazione e intervento dell'U.V.G. Ospedaliera per programmi di riabilitazione e riattivazione geriatrica intraospedaliera (espressione di una crescente sensibilità per il rischio della perdita dell'autosufficienza per gli anziani fragili ricoverati);
- Progressiva riduzione (10%) delle richieste di ricovero in lungodegenza rispetto al 2000, espressione di una progressiva "contaminazione culturale" geriatrica nei presidi dove è operativa l'U.V.G. Ospedaliera;
- Conferma del dato acquisito fin dagli anni precedenti sulla percentuale del 25% di pazienti, con richiesta di ricovero residenziale, tornati a domicilio con sorveglianza formale in U.V.G. Ospedaliera, espressione delle possibilità "sommerse" di assistenza alternativa alla residenzialità nei pazienti ospedalizzati;
- Incremento delle visite geriatriche ambulatoriali con valutazione multidimensionale ai fini clinico-diagnostici;
- Incremento delle visite geriatriche ambulatoriali con valutazione multidimensionale ai fini della valutazione per l'Alzheimer e medico-legale per l'invalidità civile.

CONCLUSIONE

Nell'anno 2008 l'Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera ha consolidato i processi di presa in carico di pazienti anziani fragili di provenienza ambulatoriale e dalle altre UUOO del S. Eugenio.

È stata data particolare attenzione alla linea di attività dell'emergenza geriatrica attraverso l'applicazione del protocollo d'intesa con l'UOC Medicina d'Urgenza, e con la presenza di un geriatra dedicato al PS per sei giorni alla settimana. Tale attività ha garantito ai pazienti in dimissione dalla Breve Osservazione o in ingresso al PS/Accettazione con codice bianco/verde e talvolta giallo, il ricovero in DH come alternativa al regime assistenziale H24.

Le altre aree di attività sono state mantenute con una migliore razionalizzazione dell'offerta assistenziale.

PROGETTO PITAGORA PER L'EMERGENZA CALDO: RELAZIONE SULL'ESPERIENZA NELL'ANNO 2008 DEDICATA AGLI ANZIANI FRAGILI NEL TERRITORIO DELLA ASL RMC

Scala Giovanni, Capobianco Giovanni

UOC Geriatria per Acuti Ospedale S. Eugenio Roma ASL RMC

INTRODUZIONE

Le esperienze degli anni passati hanno posto in evidenza che le ondate di caldo anomalo hanno effetti negativi sulla salute della popolazione, ed in particolare acuiscono la già difficile condizione dei soggetti affetti da gravi patologie ed in particolare degli anziani fragili. Le condizioni climatiche avverse determinano effetti patogeni di maggiore rilevanza quando coesistono anche situazioni di svantaggio sociale come la solitudine, la povertà, l'emarginazione, l'abbandono.

Per altro, oltre agli effetti clinici nella popolazione considerata, si è potuto documentare negli anni precedenti anche una "sofferenza" dei servizi sanitari ai quali è giunta richiesta di intervento non sempre congrua per le caratteristiche dei servizi stessi.

A differente livello istituzionale (Ministero della Salute, Assessorato Regionale alla Sanità, Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, Comune di Roma) è stata manifestata la necessità di rispondere con appropriatezza alle esigenze di cittadini in difficoltà per l'emergenza caldo. L'ASL RMC, esprimendo una particolare sensibilità ed attenzione alla tematica in oggetto, ha voluto predisporre da vari anni un progetto dedicato, con il coinvolgimento dei servizi distrettuali e dell'Unità Operativa Complessa di Geriatria, tramite l'Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera del S. Eugenio, per rispondere alle esigenze degli anziani fragili segnalati dai servizi di teleassistenza, dalla Medicina di Base, o dalle Organizzazioni di Volontariato. La rete di servizi ha lavorato con metodologia interdisciplinare, per garantire congruità degli interventi.

MATERIALI E METODI

L'Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera ha costituito, nel periodo di emergenza caldo, la struttura di presa in carico di pazienti con necessità sanitarie di livello complesso, garantendo prestazioni ambulatoriali, specialistiche e di ricovero in Day Hospital per l'esecuzione di esami di laboratorio, strumentali, e per le terapie del caso. L'attività è stata possibile anche attraverso la dotazione di risorse strumentali ed economiche fornite dall'Azienda ed utilizzate per garantire la qualità degli interventi. La metodologia di triage dell'U.V.G ospedaliera ha consentito di discriminare, attraverso un'apposita cartella utilizzata per la valutazione, la sorveglianza ed il follow-up dei casi complessi di interesse ospedaliero, da quelli pertinenti alla Medicina di base o dei Servizi Sociali dei Municipi. Le modalità di assistenza hanno rispettato i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni, rispondendo con efficacia, efficienza e qualità alle domande di salute. Nei precedenti anni le richieste avevano insistito totalmente sui servizi di emergenza, con intuibili disfunzionalità legate all'inappropriatezza tra la richiesta e il servizio interessato. La dotazione di un numero telefonico dedicato ed attivo nelle ore diurne, ha consentito la ricezione delle richieste di intervento e il "trriage" per le prestazioni complesse più appropriate.

RISULTATI

L'osservazione dei pazienti presi in carico consente di affermare che l'emergenza caldo non può essere affrontata in maniera monodimensionale, attraverso semplici ed esclusivi interventi di tipo sociale che modifichino parametri come la solitudine e emarginazione. Le ondate di caldo anomalo producono infatti eventi sentinella di tipo clinico-biologico che devono essere affrontati dal punto di vista sanitario, talora ospedaliero. Le strutture di carattere intermedio come i Day Hospital sono particolarmente congeniali nel fornire le risposte flessibili per le problematiche complesse legate all'emergenza caldo.

Nell'esperienza del 2008 112 pazienti presi in carico in DH Geriatrico hanno presentato, nel periodo critico, alterazioni dei domini psicologici (depressione, ansia), ma anche dei domini biologici (aggravamento di patologie dell'apparato cardiovascolare, scompenso delle malattie metaboliche, disidratazione, riacutizzazione di patologie respiratorie). Tutti i pazienti ricoverati in DH, con eventi clinici complessi correlati al periodo considerato, dal 4 giugno all'8 settembre sono stati seguiti in continuità assistenziale, attraverso interventi di "teleprotezione-teleassistenza"; 53 pazienti sono stati seguiti attraverso la modalità ambulatoriale, con la sorveglianza telefonica dei possibili eventi avversi socio-sanitari.

Pertanto, complessivamente, sono stati 112 i soggetti seguiti.

In tutti i casi osservati si è notato un incremento del rischio di perdita dell'autosufficienza, con possibile aggravamento degli indici di disabilità: gli interventi adottati hanno consentito il mantenimento dei precedenti livelli di autonomia negli individui presi in carico. Nessuno dei pazienti ha dovuto ricorrere a servizi di emergenza, ne ha subito ricovero ospedaliero in h 24, o istituzionalizzazione.

CONCLUSIONE

L'esperienza condotta ha costituito un esempio di collaborazione fattiva con altri servizi, sia all'interno della ASL, che con i servizi "dedicati" di pertinenza del Ministero della Salute, dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio e dei settori di competenza del Comune di Roma.

I risultati ottenuti, in termini di tutela della salute dei cittadini residenti nel territorio di competenza dell'Azienda, sono stati garantiti dall'insieme di molteplici elementi, tra i quali va menzionata la cornice istituzionale delle determinazioni regionali sul tema dell'emergenza caldo, la disponibilità dell'Azienda ASL RMC in termini di dotazione strumentale ed organizzativa, e come elemento indispensabile la competenza professionale, la disponibilità e lo spirito di iniziativa, che ha connotato l'attività dei Medici Geriatri coinvolti ed in particolare degli Infermieri della U.O.C. Geriatria partecipanti al progetto.

REAZIONI AL LUTTO NEI CAREGIVERS DEI PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER

Schillaci Francesca, Somaschini Elena, Guarnerio Chiara, Chiambretto Paola

Servizio di Psicologia Clinica e della Salute I Vitaresidence, Guanzate, Legnano

La perdita di una persona cara o una sua condizione di grave invalidità, quale la demenza di Alzheimer, sottopongono il *caregiver* ad un importante *distress* emotivo. In molti casi l'elaborazione del lutto conseguente alla perdita avviene in tempi e modi fisiologici permettendo di reagire alla separazione e di riprendere la propria quotidianità. In alcuni casi invece si evidenzia una difficoltà ad elaborare la perdita ed il *caregiver* rimane imprigionato in una condizione di sofferenza che si protrae nel tempo con una ricaduta gravemente invalidante sulla sua quotidianità.

Questa condizione trova un'adeguata cornice clinica nel "Prolonged Grief Disorder" (tradotto in italiano come Disturbo da Sofferenza Prolungata), una categoria diagnostica in via di definizione, caratterizzata da un *cluster* di sintomi specifici e oggetto di studio per un prossimo inserimento nel DSM V (Prigerson H. 2007, 2008, Chiambretto P. 2008).

Tali ricerche hanno evidenziato come le reazioni ad un lutto possono essere riferibili ad un disturbo depressivo (MDD) oppure ad un disturbo da sofferenza prolungata (PGD) per differenti tempi di risoluzione e per distinte risposte ai trattamenti classicamente proposti ai pazienti con sofferenza riconducibile ad un *distress* da separazione.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare le reazioni al lutto dei *caregivers* di pazienti con demenza di Alzheimer che sono stati ricoverati presso strutture di lungodegenza.

La ricerca si è articolata in tre fasi: nella prima si è proceduto all'invio di una lettera di presentazione della ricerca ai familiari dei pazienti affetti da demenza deceduti negli anni 2006-2007; nella seconda è stata effettuata una somministrazione telefonica del materiale testistico, con un *retest* ad un intervallo temporale di tre mesi; nella terza fase si è operata l'analisi dei dati.

Sono stati somministrati i seguenti strumenti per indagare la condizione psichica dei *caregivers*:

- **PG-12** (*Prolonged Grief 12*): è un questionario che guida il clinico nella diagnosi del Prolonged Grief Disorder.
- **CES-D** (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*): è una scala per la valutazione di una sintomatologia depressiva in età adulta e nella discriminazione tra pazienti depressi e soggetti sani.
- **SF-12** (*Short Form 12*): è un questionario sullo stato di salute percepito che valuta il livello di attività e la sensazione di benessere nel dominio fisico e mentale.

I risultati preliminari evidenziano una risposta emotiva non uniforme alla perdita di una persona cara e non riconducibile unicamente ad una sintomatologia depressiva.

EFFICACIA DELL'ACUPRESSIONE NEL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DEI DISTURBI DEL SONNO NEL DEMENTE ISTITUZIONALIZZATO: DATI PRELIMINARI

Simoncini Mara¹, Balla Silvia¹, Serfozoova Zuzana¹, Gatti Antonia¹, Quirico Piero Ettore², Pernigotti Luigi Maria¹

¹Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani, Geriatria Territoriale, ASLTO1, Torino

²Direttore Scuola Agopuntura CSTNF Torino, Segretario Nazionale FISA

RIASSUNTO

I disturbi del sonno e del ritmo sonno-veglia sono tra i più frequenti disturbi non cognitivi del malato affetto da demenza e spesso si sommano ad altri disturbi della sfera psichica e comportamentale. I tentativi efficaci per ridurre questi disturbi sono esclusivamente di tipo farmacologico ed in minima parte ambientale. La terapia farmacologica talvolta può risultare non completamente efficace o più spesso determinare effetti collaterali mal tollerati o francamente nocivi.

Per tali motivi in questo studio abbiamo voluto testare l'acupressione di un agopunto HT 7, settimo agopunto del meridiano di Cuore noto anche come "Shenmen", che secondo la Medicina Tradizionale Cinese ha indicazioni precise nei disturbi della mente ed in particolare nell'agitazione e nell'insonnia.

METODI

Per la stimolazione dell'agopunto HT 7 abbiamo utilizzato un presidio già in commercio con il nome di H7 Insomnia Control[®]. Lo studio è stato condotto presso la nostra Residenza Sanitaria Assistenziale di via Spalato e comprende la valutazione di 21 pazienti (F/M 19/3) di età compresa tra 69-96 anni ($82,65 \pm 7,26$).

Sono stati inclusi pazienti anziani affetti da probabile demenza di Alzheimer sulla base dei criteri clinici NINCDS-ADRDA, con riferimento ad una gravità di grado lieve, compreso tra il livello 1 e 3 della Global Deterioration Scale (GDS), ed in terapia con ipnoinducenti e sedativi, mentre sono stati esclusi pazienti affetti da neoplasia e con storia di malattia psichiatrica maggiore o con demenza moderata/grave al GDS.

Il protocollo dello studio ha previsto una valutazione del campione basale prima dell'utilizzo del presidio H7 Insomnia Control[®] (T0) e a distanza di 2 mesi dall'applicazione dello stesso (T1). Il presidio H7 Insomnia Control[®] è stato quotidianamente applicato la sera dal personale infermieristico che era stato preventivamente formato circa il posizionamento corretto, e successivamente rimosso dall'operatore assistenziale il mattino successivo durante le cure igieniche.

La metodologia valutativa utilizzata per il campione in esame comprende una valutazione di screening con la somministrazione di scale funzionali (secondo Katz e Lawton), del Mini Mental State Examination (MMSE), dei disturbi del comportamento attraverso il Neuropsychiatric Inventory (NPI), la valutazione dello stato di salute generale con il Global Health Quality of Life (GHQ 28) e la valutazione della qualità del sonno di Pittsburgh (PSQI).

RISULTATI

L'analisi dei dati è stata effettuata mediante ANOVA. La percezione dello stato di salute generale (GHQ 28) ha rilevato una differenza statisticamente positiva in particolare per la sezione B, legata quindi al tono dell'umore ($p = 0,008$). Il t di Student per campioni appaiati è stato utilizzato per l'analisi delle due scale GHQ 28 e PSQI con correlazione positiva ($p = 0,003$), così come al parametrico di Pearson ($r = 0,50$ al T0 vs. $r = -0,75$ al T1). Per quanto concerne i disturbi del comportamento e lo stress percepito dall'operatore, sono stati confrontati i punteggi della scala NPI al T0 e al T1 dove i risultati mostrano una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$). In tutti i pazienti dello studio è stata ridotta la terapia con sedativi ed ipnoinducenti, e in due casi (9.5%) sospesa.

CONCLUSIONI

Da questo studio emerge una elevata efficacia nella riduzione dell'insonnia con particolari riflessi positivi della qualità del sonno e dello stato di salute generale percepite, ed in particolare del tono dell'umore. La riduzione significativa e persistente dell'alterazione del ritmo sonno-veglia, dei disturbi psicotici e del comportamento è il dato di maggior importanza con ricadute notevoli sul caring assistenziale.

Questa metodica può rivestire un ruolo di notevole importanza come potenziale trattamento non farmacologico nei disturbi comportamentali legati alla demenza.

UTILIZZO CONGIUNTO DI PSICOTERAPIA ED IPNOSI NELLA GESTIONE DELLO STRESS DEL CAREGIVER DEL PAZIENTE DEMENTE E RICADUTE ASSISTENZIALI

Simoncini Mara, Amram Maryse Eve, Balla Silvia, Gatti Antonia, Pernigotti Luigi Maria

Dipartimento Lung'Assistenza e Anziani, Geriatria Territoriale, ASLTO1, Torino

RIASSUNTO

Questo studio vuole analizzare l'impatto dell'approccio psicoterapeutico individuale e metodiche come l'ipnosi clinica nella gestione dello stress parentale dei pazienti affetti da demenza, e di riflesso sul percorso socio-assistenziale del paziente stesso interpretato come aiuto alla famiglia ed ai caregiver principali, valutando questi fattori come importanti predittivi di istituzionalizzazione.

METODI

Dopo un colloquio psicologico individuale sono state somministrate scale di rilevazione relative alla percezione di stress esperito dal caregiver in relazione all'assistenza ed alla cura quotidiana del paziente affetto da demenza sulla base dei criteri clinici NINCDS-ADRDA con disturbi del comportamento ed inseriti presso il Centro Diurno del Dipartimento: la Caregiver Burden Inventory (CBI) e la Beck Depression Inventory (BDI). Sono stati arruolati 33 caregiver (F/M 26/7), di cui 30 considerati primari e 3 secondari, secondo la definizione di Cohen (2002). Prima dell'inserimento nel programma psicoterapeutico che prevede anche l'utilizzo dell'ipnosi (T0), sono state somministrate le CBI, BDI, e Neuropsychiatric Inventory (NPI), poi rivalutate a distanza di 3 mesi di trattamento (T1) e follow up a 6 mesi (T2). Inoltre, per verificare se esiste un'associazione tra le caratteristiche del paziente ed il livello di stress, ansia e depressione sperimentati dal caregiver al T0 sono state analizzate quattro dimensioni: età del paziente, deterioramento cognitivo valutato attraverso il Mini Mental State Examination (MMSE), stato funzionale valutato attraverso le scale ADL/IADL, disturbi comportamentali valutati attraverso la NPI.

RISULTATI

L'analisi dei dati è stata effettuata mediante ANOVA. Dal confronto effettuato tra caratteristiche del paziente ed outcome negativi di stress sperimentati dal caregiver, emergono alcuni dati interessanti: correlazione significativa tra età del paziente e IADL, tra MMSE, ADL, CBI e BDI. Il t di Student per campioni appaiati è stato utilizzato per l'analisi delle due scale NPI e BDI e delle due scale NPI e CBI con correlazione statisticamente e rispettivamente significativa ($p < 0,001$). Per quanto concerne i disturbi del comportamento e lo stress percepito dal familiare, sono stati confrontati i punteggi delle scale NPI, CBI e BDI al T0 e al T1 dove i risultati mostrano una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$), dato rilevato significativo anche al follow up T2. L'indice di ritenzione allo studio è stato del 100%. L'istituzionalizzazione è significativamente inferiore ($8\% \pm 3,3$ vs $12\% \pm 2,3$; $p < 0,001$) e ritardata ($22 \pm 1,3$ vs 15 ± 2 mesi; $p < 0,001$).

CONCLUSIONI

Da questo studio emerge una elevata efficacia del lavoro di sostegno terapeutico sul caregiver del malato demente, con ripercussioni significative non solo sullo stato di salute psicofisico del caregiver, ma anche del paziente stesso poiché questo approccio non farmacologico ha permesso al familiare di adottare strategie di coping tese a ridurre il carico assistenziale e realizzare una sorta di "home rehabilitation" ritardando così i tempi di istituzionalizzazione.

CARATTERISTICHE CLINICHE E MORTALITÀ AD UN ANNO IN UNA POPOLAZIONE GERIATRICA AFFETTA DA DELIRIUM

Speciale Salvatore^{1,2}, Lucchi Elena^{1,2}, Marazzi Marina^{1,2}, Tirelli Valeria^{1,2}, Turco Renato^{1,2}, Bellelli Giuseppe^{1,2}, Trabucchi Marco^{2,3}

¹Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona

²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

³Università degli Studi Tor Vergata, Roma

SCOPO

Valutare le caratteristiche cliniche, biologiche, cognitive e funzionali di una popolazione di pazienti anziani affetti da delirium e studiare se esiste un'associazione tra mortalità ad 1 anno e la durata del delirium.

MATERIALI E METODI

Tutti i pazienti con età >65 anni, ricoverati consecutivamente presso la nostra Unità di Riabilitazione dal 1° Gennaio 2005 al 31 Dicembre 2007, sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica (variabili demografiche e biologiche, MMSE, Barthel Index, scala di Tinetti, Charlson Index). Sono stati esclusi i pazienti affetti da stroke recente insorto da <3 mesi e coloro che avevano una prognosi stimata all'ingresso inferiore ai 6 mesi. Le informazioni sulla sopravvivenza ad 1 anno sono state ottenute mediante follow-up telefonico e controllo quotidiano dei necrologi locali.

RISULTATI

È stato studiato un campione di 109 pazienti anziani affetti da delirium prevalente.

In tabella sono riportate le caratteristiche descrittive dei pazienti, stratificati in 3 gruppi in base alla durata del delirium. I pazienti in cui il delirium si è risolto entro la prima settimana di degenza (gruppo A) sono risultati meno compromessi dal punto di vista cognitivo (MMSE), funzionale (scala Tinetti e Barthel Index all'ingresso) e di salute somatica (Charlson Index) rispetto ai pazienti in cui la durata del delirium è stata compresa tra 1 e 2 settimane (gruppo B) o ai pazienti in cui la durata è stata superiore a 2 settimane (gruppo C).

Al follow-up a 12 mesi, effettuato complessivamente su 87 (79.8 %) pazienti, nessuno dei 22 pazienti del gruppo A è risultato deceduto, mentre lo sono risultati rispettivamente 7/35 soggetti appartenenti al gruppo B e 5/30 appartenenti al gruppo C. Tali differenze sono risultate significativamente differenti per quanto concerne il confronto del gruppo B con il gruppo A ($p=.025$) e del gruppo C con il gruppo A ($p=.05$).

CONCLUSIONE

Seppur preliminari, i dati suggeriscono che la durata del delirium si associ ad una minor sopravvivenza ad 1 anno. In occasione del congresso nazionale è prevista la presentazione dei dati di mortalità relativi a tutto il campione studiato (109 soggetti).

Tabella 1. Caratteristiche di 109 pazienti affetti da delirium all'ammissione in reparto di riabilitazione geriatrica stratificati in base alla durata di delirium

	Gruppo A Durata delirium ≤ 1 settimana (n 26)	Gruppo B Durata delirium 1-2 settimane (n 41)	Gruppo C Durata delirium < 2 settimane (n 42)	p
Età, anni	83.0±5.1	83.7±4.7	83.2±7.4	.89
Sesso femminile, n (%)	18 (69.2)	32 (78.0)	30 (72.2)	.68
Charlson comorbidity index	2.1±2.3	2.8±2.0	3.2±2.4	.16
Albumina (gr/dl)	2.9±0.5	2.9±0.5	2.8±0.3	.96
Proteina C reattiva (PCR)	5.6±5.3	4.8±5.0	5.7±5.2	.70
Mini Mental State Examination (0-30)	20.1±6.1	17.5±6.5	13.1±6.8	.000
Barthel Index all'ingresso (0-100)	36.5±23.5	31.3±21.5	23.8±19.1	.050
Scala di Tinetti all'ingresso (0-28)	7.4±5.8	6.2±7.1	4.2±5.2	.08
Durata della degenza	25.3±9.3	27.9±9.7	32.5±8.7	.007

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

MODELLO DI INTERVENTO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA E PSICOSOCIALE IN MALATI DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE

Sterli Monica^o, Rosberti Sonia Barbara^o, Turla Marinella*

^oPsicologa presso il Servizio di Neurologia dell'Ospedale di Vallecamonica

**Responsabile del Servizio di Neurologia e UVA Ospedale di Vallecamonica*

SCOPO

Il progetto proposto di riabilitazione cognitiva per soggetti con diagnosi di malattia di Alzheimer è un modello ormai consolidato da alcuni anni presso l'Unità di Valutazione Alzheimer dell'Ospedale di Vallecamonica, finalizzato a ridurre l'impatto della malattia sul livello di autosufficienza ed ha l'obiettivo di mantenere il più elevato grado di autonomia, compatibile con la propria condizione clinica, attraverso una serie di stimolazioni cognitive e psicosociali.

MATERIALI E METODI

Nello specifico il modello di intervento prevede un ciclo semestrale di incontri a frequenza bisettimanale della durata di un'ora ciascuno, presso il servizio di neurologia. Il gruppo partecipante è generalmente costituito da cinque a otto persone.

La riabilitazione cognitiva viene effettuata utilizzando una serie diversificata di esercitazioni, comprendenti la terapia di reminiscenza, attraverso il recupero di informazioni relative alla propria vita, la rievocazione di ricordi e vissuti significativi, il recupero di esperienze piacevoli nella vita del paziente con l'ausilio di fotografie, l'espressione e la condivisione di emozioni legate alla propria storia passata e presente. Tale modello prevede inoltre l'utilizzo della lettura di articoli di attualità con discussione di notizie di cronaca ed avvenimenti recenti, la verbalizzazione e discussione sui desideri attuali e futuri, esercizi specifici di attenzione, prassia, linguaggio, scrittura, calcolo, gnosis, memoria verbale, spaziale e procedurale.

RISULTATI

I pazienti che già dimostravano buon orientamento temporale evidenziano un mantenimento della funzione, mentre per i soggetti già parzialmente disorientati si assiste ad un miglioramento. L'orientamento spaziale è conservato nella fase iniziale di malattia e permane per i sei mesi riabilitativi. La capacità attentiva e la memoria immediata sono integre tanto da permettere la ripetizione immediata di parole udite verbalmente.

La capacità di calcolo mentale e la memoria di lavoro non sembrano migliorare.

La memoria verbale a breve termine rimane stabile per la maggior parte dei pazienti, ad eccezione di alcuni che sembrano dimostrare una migliore abilità di ritenzione mnestica.

Permane una buona capacità di comprensione e ideazione autonoma di una frase; le abilità di scrittura e di prassia costruttiva restano stazionarie in tutti i pazienti, compresi quelli con maggiore compromissione prassica.

CONCLUSIONE

Possiamo concludere che questo modello di riabilitazione permette di conservare nei partecipanti le abilità cognitive prese in esame (ad eccezione dell'abilità di calcolo e della memoria di lavoro per quanto concerne l'ultimo gruppo).

Nel caso dell'orientamento temporale generalmente si verifica un miglioramento nei pazienti inizialmente più disorientati. Da sottolineare anche un mantenimento della consapevolezza di malattia, un incremento del tono dell'umore ed un'uscita dall'isolamento emotivo, grazie alla condivisione di gruppo.

Infine i parenti riferiscono un'importante attesa e preparazione all'incontro di riabilitazione da parte degli utenti.

Al termine del ciclo è difficoltosa la separazione, pertanto sono mantenuti aggiornamenti a frequenza mensile sia con i familiari che con i pazienti, finché non si raggiunge un livello troppo avanzato di malattia.

L'APPROCCIO RIABILITATIVO MULTIDISCIPLINARE: STUDIO DI EFFICACIA

Tarozzi Adriano, Morselli Linda, Merighi Mara, Romagnoli Luca, Moretti Emanuele

Ospedale privato Villa Igea, Nucleo Ospedaliero Demenze ad Alta Intensità Assistenziale, Saliceta S. Giuliano (MO)

mara.merighi@villagea.it, tel. 059-447442

SCOPO

La moderna medicina trae la sua forza dall'iper-specializzazione, attuata tramite un'équipe multiprofessionale.

La presa in carico efficace del paziente non sarà allora solo appannaggio di qualcuno in particolare, ma dell'équipe nel suo complesso. Un approccio che noi definiamo riabilitativo è ciò che ci accomuna e che rende unito lo staff al suo interno quanto al suo esterno. Il Nucleo Ospedaliero Demenze ad Alta Intensità Assistenziale ha come mission il trattamento di persone con *demenza in fase di scompenso comportamentale* per cause internistiche o iatrogene.

Con questo piccolo *studio di tipo osservazionale*, abbiamo deciso di valutare secondo criteri funzionali un campione di pazienti selezionati, però secondo criteri di tipo cognitivo.

CAMPIONE

Abbiamo preso in esame i test effettuati su 58 pazienti con Mini Mental State Examination medio di 14\30 accolti nel nostro reparto nel periodo Maggio-Luglio 2008.

METODI

La valutazione diagnostico-terapeutica:

- Valutazione di tipo internistico-geriatrica (diagnosi differenziale, NPI), infermieristica (MNA, ADL, IADL), neurologica (MMSE), psichiatrica (MMSE), riabilitativa (funzionale, Tinetti), psicologica sulle risorse familiari e psicometrica.

Diagnosi, cura e presa in carico:

- Viene formulato il progetto individuale di cura, assistenza, e riabilitazione ed il conseguente trattamento farmacologico internistico e psico-farmacologico specifico per il disturbo comportamentale. I pazienti vengono stimolati alla corretta alimentazione, all'igiene personale, all'idoneo abbigliamento ed al corretto ritmo sonno\veglia.

La riabilitazione informale:

- Interessa tutto il reparto, consta nella stimolazione attraverso specifiche soluzioni ambientali (stimoli uditivi, visivi, sensoriali in senso lato) ed attraverso la relazione con chi alza, lava, nutre, cura e dialoga quotidianamente con il paziente.

La riabilitazione formale si sviluppa in due settori:

- Fisioterapia
- Riattivazione psico-geriatrica.

RISULTATI

Ottenuti in una degenza media di 25 giorni.

TEST	INGRESSO	USCITA	ATTENDIBILITÀ
NPI	60\144 (+\ 17 \ 144)	18\144 (+\ 6 \ 144)	P < 0,01
ADL	1,5 /6 (+\ 1,9 \ 6)	1,9 \6 (+\ 2 \ 6)	P > 0,05
IADL	0,55 \ 8 (+\ 1,3 \ 8)	0,75 \ 8 (+\ 1,3 \ 8)	P > 0,05
MINI NUTRITIONAL ASSESTMENT	14,8 \ 30 (+\ 4 \ 30)	15,1 \ 30 (+\ 3 \ 30)	P > 0,05
TINETTI EQUILIBRIO	6\16 (+\ 6 \ 16)	8,5\16 (+\ 6 \ 16)	P > 0,05
TINETTI ANDATURA	5\12 (+\ 5 \ 16)	8\12 (+\ 4,5 \ 16)	P < 0,05

CONCLUSIONI

“È effetto manifesto di questo approccio multidisciplinare che il processo di riabilitazione sia superiore alla somma delle sue parti, dato che l’interazione dei membri moltiplica l’efficacia dell’operato di ciascuno”. (Boccardi M., 2007)

UTILIZZO DELLA STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE ALL'INTERNO DI UNA SNOEZELEN ROOM PER UN GRUPPO DI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA GRAVE CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: L'ESPERIENZA DI UN NUCLEO ALZHEIMER

Turci Marina¹ Bellodi Cinzia¹, Andrian Franca², Serio Cornelia², Grandi Carlo Alberto¹, Orsi Flavia², Enrico Orofino, Ferrari Gloria², Fabbo Andrea¹

¹ASL Modena, Distretto 2, Servizio Salute Anziani

²ASP Azienda Pubblica di Servizi alla Persona dei Comuni Modenesi Area Nord

INTRODUZIONE

La stimolazione multisensoriale è un intervento terapeutico condotto all'interno di un ambiente chiamato "Snoezelen Room" utilizzato a scopo riabilitativo ed occupazionale che fa ricorso a tutti e cinque i sensi ed alla loro interazione attraverso effetti luminosi, musicali e uditivi, superfici tattili ecc.

OBIETTIVO

Miglioramento temporaneo (nell'arco della giornata o nelle ore successive al trattamento) dei disturbi del comportamento in pazienti affetti da demenza grave, in particolare apatia, disturbi delle condotte alimentari, wandering e agitazione.

MATERIALI E METODI

Dal dicembre 2008 ad oggi sono stati valutati e trattati singolarmente ed in gruppo 12 soggetti (età media 80 ± 5 anni) con demenza grave (Mini Mental State Examination $< 11/30$) (Alzheimer, vascolare ed Alzheimer con componente vascolare) con disturbi del comportamento (Neuropsychiatric Inventory $> 24/144$). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale completa nonché ad una raccolta, con l'aiuto dei caregivers, della storia di vita e delle preferenze del paziente per personalizzare la seduta.

Il disturbo del paziente è stato descritto tramite griglie osservative specifiche (compilate riguardando i filmati prodotti) dapprima in un periodo di controllo di dieci giorni senza stimolazione sensoriale e successivamente per altri dieci giorni durante i quali veniva sottoposto a stimolazione multisensoriale per almeno 4 giorni alla settimana (per 30 o 60 min al giorno). Le griglie osservative erano specifiche per la tipologia del disturbo trattato. Il livello di wandering è stato monitorato tramite l'utilizzo di contapassi. Prima e dopo la seduta è stata rilevata la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca del paziente.

RISULTATI

I risultati sono ancora parziali e verranno presentati successivamente. Ci siamo focalizzati sull'osservazione delle condotte alimentari di una paziente con forte calo dell'appetito e disturbo di aprassia.

I periodi di osservazione senza e con trattamento sono durati entrambi 10 giorni. Si è in particolare osservato l'utilizzo della posata (finalizzato all'alimentazione o incoerente rispetto ad usi alimentari) ed il numero di azioni in generale finalizzate all'alimentazione. Gli indici sono stati calcolati dividendo la frequenza di comparsa di una certa variabile per il tempo di osservazione di quella variabile.

Appare che tra le osservazioni di controllo e quelle post stimolazione riferite alla prima pietanza ci sia un aumento di azioni che sono finalizzate all'alimentazione (0.58 al controllo e 1.38 nella post-stimolazione). Un aumento di questo indice rappresenta che il soggetto rispetto al tempo di osservazione aumenta del doppio il numero di volte al minuto che porta cibo alla bocca. Inoltre le azioni non finalizzate all'ali-

mentazione diminuiscono nella post-stimolazione da 0.12 a 0.09; la diminuzione di questo indice ci segnala che il soggetto diminuisce il numero dei comportamenti disfunzionali all'alimentazione a tavola (es usare la posata per grattarsi). Tali risultati si ripetono per la seconda pietanza seppure in misura minore, segno che forse l'effetto della stimolazione, seppure attenuandosi non scompare.

CONCLUSIONI

Sebbene le osservazioni raccolte siano nella fase iniziale di studio ed il campione sia poco numeroso abbiamo potuto constatare che il livello di benessere e di rilassamento dei pazienti durante e nelle ore immediatamente successive alla seduta di stimolazione multisensoriale aumentano e che i disturbi, sebbene in modo transitorio, sono in parte mitigati dalla terapia.

Per ora data la limitazione delle osservazioni raccolte, la generalizzazione di questi dati è attualmente impropria, limitandosi ad analisi descrittive delle medie, ma appare che la stimolazione multisensoriale prima del pasto possa contribuire ad attivare il soggetto nell'esecuzione di azioni finalizzate all'alimentazione durante il pasto.

Aspettiamo di raccogliere un campione più vasto per condurre analisi e conclusioni più approfondite.

PSICOGERIATRIA E PSICHIATRIA DELL'ANZIANO OVER 65

Valgimigli Simona¹, Rosi Antonella¹, Forghieri Pierluigi¹, Valgimigli Camillo²

¹Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa di Modena

²Psichiatria Consulente Direzione Sanitaria Ausl Modena per Psicogeriatría

RIASSUNTO

Oggi in Italia, praticamente in tutte le Regioni, quando si parla di Psicogeriatría ci si riferisce a strutture ambulatoriali territoriali e di ricovero che riguardano pazienti con deficit cognitivi, dementi vascolari, m. di Alzheimer con concomitanti sintomi di BPSD.

C'è tutta un'altra vasta gamma di pazienti:

1. pazienti psichiatrici già in cura da tempo presso il CSM: i "matti che invecchiano" (termine irriverente, ma efficace)
2. anziani oltre i 65 anni d'età che accanto alle varie patologie dell'invecchiamento presentano anche per la prima volta una malattia mentale "i vecchi che diventano matti".

C'è da alcuni anni una nuova bibliografia relativa ai disturbi deliranti in età avanzata, alla Late Onset Schizophrenia, (la vecchia parafrenia senile) oggi chiamata psicosi schizofreniforme ad esordio tardivo e soprattutto recenti acquisizioni sulle depressioni senili che purtroppo non sono sufficientemente conosciute, che devono essere inserite con il termine: Psichiatria dell'Anziano.

Psicogeriatría e Psichiatria dell'Anziano non sono quindi sinonimi.

L'insieme degli accertamenti, del trattamento e dell'assistenza agli anziani over 65 che soffrono di ogni specie di disturbo mentale con o senza evoluzione di demenza è un capitolo del grande libro della psichiatria che non si identifica con quello riguardante l'età adulta.

I dati epidemiologici che riguardano il nostro Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa e le altre strutture modenesi, tra ricoveri psichiatrici e consulenze psichiatriche, si attestano attorno al 40,5%.

Più precisamente

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA

2005: su tot. Ricoveri 861 pazienti >65 anni 202 (23,4%)

2006: su tot. Ricoveri 751 pazienti >65 anni 195 (25,9%)

2007: su tot. Ricoveri 801 pazienti >65 anni 202 (25,2%)

2008: su tot. Ricoveri 947 pazienti >65 anni 185 (20,0%)

Strutture psichiatriche modenesi

2005 → su un tot. 1590 ricoveri, pazienti > 65 anni 296 (18,6%)

2006 → su un tot. 1837 ricoveri, pazienti > 65 anni 361 (20,2%)

2007 → su un tot. 1828 ricoveri, pazienti > 65 anni 345 (18,9%)

Questi dati meritano attente riflessioni perché circa un quarto dei ricoveri in psichiatria riguarda pazienti over 65.

I servizi ambulatoriali, le strutture semi-residenziali, residenziali e di ricovero, che si occupano della diagnosi, valutazione e terapia dei pazienti psichiatrici anziani, non solo vanno differenziati dagli attuali servizi psicogeriatrici che riguardano essenzialmente persone con demenza, ma vanno gestiti da un insieme di operatori sia medici che assistenziali con esperienza multispecialistica.

Come considerare la psichiatria dell'anziano?

- una nuova specializzazione psichiatrica?
- un approccio più allargato e complessivo ad un paziente psichiatrico con comorbidità e quindi più complesso?

Questo è il nuovo dibattito che emerge in questa disciplina che riguarda MMG, psichiatri, neurologi, geriatri, operatori sociali e dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Manuale di NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA (Seconda Edizione) Editors: C. Edward Coffey, Jeffrey L. Cummings.

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

Psicofarmacologia Geriatrica. J. Craing Nelson, CIC Roma 2001.

Depressione dell'Età Senile. S.P.Roose, H.A. Sackeim, CIC Roma 2006.

I disturbi del comportamento tra Neurologia e Psichiatria. C. Blundo, R. Stowe, Masson, Mi. 1998.

Manuale di Psichiatria Geriatria-III Edizione- D. G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse. CIC Edizioni Internazionali, Roma 2007.

Psichiatria di Consultazione-Liaison Geriatrica-PS. Melding, B.Drapre, CIC Roma 2003.

IL PAZIENTE PSICHIATRICO ANZIANO: PROBLEMI DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

Valgimigli Simona, Rosi Antonella, Pierluigi Forghieri

Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa di Modena

RIASSUNTO

Lo studio della patologia mentale nell'anziano sia di nuova insorgenza sia come sintomatologia ricorrente, può porre difficoltà di inquadramento diagnostico specie se associata a comorbidità, come spesso accade, con deficit cognitivi, patologie neurologiche ed internistiche.

I disturbi psichiatrici nell'anziano vengono spesso sottostimati, perché i sintomi vengono scambiati per normale assetto psicologico consono all'età, alle patologie somatiche o alla involuzione cognitiva di tipo demenziale.

Il nostro studio si è proposto di esaminare la distribuzione dei disturbi psichiatrici in un campione di pazienti di età superiore ai sessantacinque anni, ricoverati presso il nostro Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa nel periodo 2005-2008 valutando:

- il numero dei ricoveri psichiatrici di pazienti over 65 e la percentuale dei ricoveri
- le giornate di degenza media consumate da questi pazienti
- la distribuzione in relazione alle fasce di età e di sesso
- i disturbi psichiatrici prevalenti negli over 65 secondo il DSM IV R.

Il nostro campione rappresenta il 23 % del totale dei pazienti ricoverati, con un'età media di 73 anni, confermando quanto riportato in letteratura riguardo all'alta percentuale di pazienti anziani che si rivolgono agli ospedali psichiatrici.

Inoltre i nostri dati concordano con quelli di altri studi che riportano come sia frequente nell'età senile, la presenza di malattie fisiche e terapie farmacologiche.

L'esordio dopo i 65 anni di età è risultato più frequente nei maschi, mentre nelle femmine vi è più frequentemente una riacutizzazione di un quadro esordito in età più precoce, indipendentemente dalla diagnosi.

Le diagnosi psichiatriche nei pazienti over 65 sono risultate così distribuite: la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore è la più frequente (60%), le altre patologie psichiatriche (disturbi affettivi bipolari, nevrosi, psicosi, disturbi di personalità, abuso di sostanze) hanno una ricorrenza inferiore e molto simile fra loro. L'aumentato impatto di queste patologie negli anziani pone la necessità di un valido e adeguato inquadramento nosografico.

Come considerare quindi la psichiatria dell'anziano: un approccio più allargato e complesso di un paziente psichiatrico multiproblematico oppure un nuovo capitolo della psichiatria, della geriatria, o la necessità di identificare una nuova specializzazione?

A seguire due casi clinici "*La casa proibita*" e "*Depressione: il rifiuto di vivere la propria vita.*" che illustreremo.

Sono due casi clinici, uno riguardante un disturbo psichiatrico senza sintomi cognitivi e/o neurologici ad esordio in età giovanile con episodi ricorrenti; l'altro è relativo ad un disturbo psichiatrico ad esordio tardivo con comorbidità internistiche.

Illustreremo il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo effettuato nella fase di acuzie durante il ricovero presso il nostro ospedale accreditato Villa Rosa, seguendo le linee guida interne di psicogeriatría già operanti presso la nostra struttura dall'inizio del 2008.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1997). Linee Guida Cliniche, Centro scientifico, Edizioni Italiane a cura di Laura Bellodi.

LINEE GUIDA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE.

DSM-IV TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-Text Revision. American Psychiatric Association, Masson 2002.

Manuale di NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA (Seconda Edizione) Editors: C. Edward Coffey, Jeffrey L. Cummings.

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

Psicofarmacologia Geriatrica. J. Craig Nelson, CIC Roma 2001.

Depressione dell'Età Senile. S.P.Roose, H.A. Sackeim, CIC Roma 2006.

I disturbi del comportamento tra Neurologia e Psichiatria. C. Blundo, R. Stowe, Masson, Mi. 1998.

Manuale di Psichiatria Geriatria-III Edizione- D. G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse. CIC Edizioni Internazionali, Roma 2007.

Psichiatria di Consultazione-Liaison Geriatrica-PS. Melding, B. Drapre, CIC Roma 2003.

LA SESSUALITÀ DEGLI ANZIANI OVER 70 OGGI: ASPETTI CULTURALI, SOCIALI, PSICOLOGICI

Valgimigli Simona¹, Rosi Antonella¹, Forghieri Pierluigi¹, Valgimigli Camillo²

¹ Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa di Modena

² Psichiatra Consulente Direzione Sanitaria Ausl Modena per Psicogeriatría

RIASSUNTO

Nel Luglio 2008 il team dell'Università svedese di Goteborg, diretto dal Prof. Niels Beckam, ha studiato la vita intima di 1500 persone sopra i 70 anni d'età.

Il 68% degli uomini sposati (il 52% negli anni 70) ha detto di aver regolari rapporti sessuali. E così anche il 56% delle donne (38% negli anni 70).

Sesso e tarda età non solo dentro il matrimonio: le ultra settantenni non sposate che hanno rapporti sono passate dallo 0,8 al 12%.

Anche il Censis rileva che il 73,4% degli italiani tra i 61 e i 70 anni, e il 39,1% degli over 70 ha una vita sessuale attiva.

Oggi si invecchia meglio perchè ci si cura di più e prima. Un 70enne di oggi è certamente complessivamente più in forma di uno di 15 anni fa. Il New England Journal of Medicine ha presentato recentemente una ricerca: fino ai 65 anni più del 70% delle coppie continua ad avere rapporti sessuali; fino a 75 lo fa una coppia su due; dai 75 agli 85 il 26% una coppia su quattro.

Anche se:

- GLI ASPETTI CULTURALI confermano il complessivo pregiudizio sulla sessualità nella vita anziana, caratterizzato da una sostanziale negazione del problema e da una diffusa concezione esclusivamente genitale della sessualità;
- GLI ASPETTI SOCIALI implicitamente riconoscono solo alla coppia anziana indipendente che dispone di un proprio spazio abitativo una vita significativa a livello sessuale, negandolo alle coppie di anziani che vivono con i figli o in case di riposo;
- GLI ASPETTI PSICOLOGICI mettono in relazione la sessualità degli anziani all'ambiente in cui sono cresciuti ed in cui vivono, un maggior numero di persone anziane in età avanzata considera oggi l'attività sessuale ed i sentimenti ad essa associati, una cosa naturale della vita.

Il problema più grave da affrontare per una presa in carico sempre più valida in questo campo è e resta l'AGEISMO.

Le persone di altra età, gli aspetti culturali soprariferiti e l'opinione pubblica più in generale continuano a mantenere pregiudizi e concezioni contro il sesso in questa età considerandolo ancora un tabù.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

F. Antonimi: "I migliori anni della nostra vita". Mondadori, Milano 1998.

Censis: Rapporto sulla situazione speciale del Paese, 2006, 2007, 2008.

Felstein: "L'anziano e la sessualità" in anziani: aspetti sanitari e sociali - a cura di G. De Luca e C. Valgimigli (Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1983).

Weil: "Giovani Vecchi" Sonzogno Editore (Milano 2006).

F. Scaparro: "Vecchi Leoni" Rizzoli, 2003.

J.E. Morley: "Invecchiamento, sessualità e qualità della vita" Giornale di Neuropsichiatria Geriatria, anno IV numero 1, 2008.

F. Schirrmacher: "il complotto di Matusalemme". Mondadori 2004.

L. Ricalzi: "Che cosa ti aspetti da me?".

U. Galimberti: "Le cose dell'Amore" Feltrinelli 2005.

AFEMIA LENTAMENTE INGRAVESCENTE: PROPOSTA DI SUPPORTO MEDIANTE IL METODO DI COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA (AAC)

Vezzadini Giuliana, Petrolati Anna, Forlani Chiara, Avanzi Stefano

Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione - IRCCS - Istituto Scientifico di Castel Goffredo (MN)

“Afemia”, termine coniato da Broca per indicare un’alterazione nella programmazione degli engrammi motori verbo-specifici, rappresenta generalmente un disturbo conseguente ad una lesione vascolare localizzata nella corteccia premotoria inferiore dell’emisfero cerebrale sinistro. Tuttavia, in alcuni rari casi, l’afemia costituisce il sintomo di esordio di una patologia neurodegenerativa.

Descriviamo il caso del paziente R.A., di 73 anni, 8 anni di scolarità, destrimane, pensionato, giunto alla nostra osservazione per un disturbo ingravescente della parola, esordito circa 2 anni prima e caratterizzato da progressiva riduzione dell’eloquio spontaneo in assenza di evidenti deficit cognitivi extra-linguistici e con conservazione delle autonomie (ADL e IADL). L’obiettività neurologica evidenziava lieve ipomimia, rallentamento dei movimenti saccadici, parola scandita con riduzione della normale prosodia, scarsa iniziativa comunicativa, impersistenza motoria ed aprassia bucco-facciale. La RMN encefalo mostrava atrofia cortico-sottocorticale asimmetrica per sx>dx, mentre risultavano nella norma le indagini bioumorali e la visita otorinolaringoiatrica.

La valutazione complessiva della competenza cognitiva mediante i test Milan Overall Dementia Assessment (M.O.D.A) e Mini Mental State Examination (MMSE) ha rilevato un deterioramento cognitivo di grado lieve. Allo studio analitico è emerso: deficit di memoria a breve termine (MBT) per stimoli verbali e di memoria incidentale semantica e fonemica, compromissione delle abilità attentive di tipo selettivo e diviso per stimoli grafici, in presenza di parziale rallentamento ideomotorio nella codifica degli stessi, deficit di programmazione e controllo dell’inibizione motoria, in accordo con le prestazioni deficitarie offerte ai test di aprassia costruttiva e di utilizzazione. Sono risultate nella norma le abilità di MBT per materiale visuo-spaziale, logico-operative e di categorizzazione per stimoli non-verbali. A fronte di una sostanziale normalità nelle prove che non necessitavano di produzione verbale o lettura, si segnala che alcune prestazioni quantitativamente deficitarie nei test mnemonici verbali apparivano qualitativamente caratterizzate da errata produzione verbale o distorsione degli stimoli presentati piuttosto che da omissioni. La valutazione formale del linguaggio mediante test AAT (Aachener Aphasia Test) ed ad alcune sottoprove del test B.A.D.A. (Batteria per l’Analisi dei Deficit Afasici) ed il profilo per la valutazione della disartria hanno evidenziato prestazioni nella norma nelle prove di comprensione rivelando deficit morfo-sintattici sia nell’eloquio spontaneo sia in Denominazione controllata ed in Scrittura. Presente alterazione dei tratti prosodici con parola scandita e prolungamento della vocale finale di parola con associata marcata aprassia bucco-facciale.

Pur in presenza di un iniziale declino cognitivo, il paziente presentava caratteristiche cliniche, neuropsicologiche e neuroradiologiche compatibili con il sospetto di “afemia lentamente ingravescente” in fase non più iniziale. È stato quindi deciso, in accordo con il paziente ed i familiari, di intraprendere un percorso logopedico in grado di creare un supporto comunicativo alternativo. Il trattamento, a frequenza bisettimanale, è stato incentrato principalmente sul miglioramento delle abilità comunicative globali attraverso la costruzione di un quaderno personalizzato secondo il metodo di comunicazione aumentativa alternativa (AAC). Tale strumento consente al paziente di colmare il dislivello tra comprensione ed espressione, facilitare l’organizzazione del pensiero e fungere da “cassa di risonanza” con la restituzione verbale e grafica.

Al successivo follow up, dopo 6 mesi, il paziente ha mostrato un lieve peggioramento nella maggior parte delle aree cognitive indagate con sostanziale conservazione di ADL e IADL.

L’inserimento di un ausilio per la comunicazione di tipo aumentativo alternativo sembra un supporto da proporre ai pazienti affetti da afemia lentamente ingravescente, tuttavia ne auspichiamo l’inserimento fin dalle prime fasi di malattia per favorirne la costruzione, l’apprendimento, l’accettazione e l’utilizzo.

RUOLO DELL'APATIA DELLA DEPRESSIONE NELLO SVILUPPO DI DEMENZA IN SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

Vicini-Chilovi Barbara^a, Conti Marta^a, Zanetti Marina^a, Mazzù Ilenia^b, Rozzini Luca^a, Padovani Alessandro^a

^aDipartimento di Neurologia, Università degli Studi, Brescia

^bDipartimento di Neurologia, Policlinico Universitario, Messina

SCOPO

I sintomi neuropsichiatrici possono accompagnare la condizione di Mild Cognitive Impairment (MCI) e supportare il processo diagnostico degli stati iniziali di demenza. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare il ruolo dell'apatia e della depressione nella conversione a demenza dei soggetti con MCI.

METODI

Sono stati valutati 124 pazienti ambulatoriali. La diagnosi di Apatia e Depressione è stata fatta sulla base dei criteri clinici. Il principale obiettivo era lo sviluppo di demenza entro due anni dall'arruolamento.

RISULTATI

Cinquanta (40.3%) soggetti sono stati classificati come MCI normali, 38 (30.7%) come MCI depressi, 21 (16.9%) come MCI depressi-apatichi e 15 (12.1%) come MCI apatici. La percentuale di conversione a demenza è stata del 24% per gli MCI normali, del 7.9% per gli MCI depressi, del 19% per gli MCI depressi-apatichi e del 60% per gli MCI apatici. La diagnosi di apatia è risultata essere un fattore di rischio per la conversione a demenza tra soggetti MCI, indipendentemente dall'età e dallo stato funzionale e cognitivo basale (OR= 7.07; 1.9-25.1 CI; p= .003). Al contrario, i soggetti MCI depressi avevano un ridotto rischio di conversione a demenza (OR= 0.10; 0.02-0.4 C; p= .001).

CONCLUSIONI

Questi risultati depongono per un differente ruolo dell'apatia e della depressione nello sviluppo di demenza, e rivelano la necessità di ben distinguere apatia e depressione durante l'indagine dei sintomi psichiatrici nei pazienti con MCI.

“LA RICERCA DELLA FRAGILITÀ”: L’ESPERIENZA DI UN NUCLEO ALZHEIMER

Viti Niccolò¹, Abbate Carlo¹⁻², Bonacina Giuliana¹, Galetti Giuseppe¹, Caprioli Roberto¹

¹*Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus, Milano*

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

SCOPO

La fragilità in geriatria viene spesso indicata con molteplici definizioni (una condizione di instabilità, o di perdita della funzione, una sindrome con riduzione delle riserve, ecc.). In questo lavoro sono stati valutati alcuni tra i principali indicatori di fragilità in soggetti anziani istituzionalizzati ed affetti da malattia di Alzheimer. In particolare sono state considerate quelle cause che possono determinare un aggravamento delle condizioni cliniche, comportamentali, cognitive e funzionali, con una prognosi ed un’evoluzione della malattia sfavorevole.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati, a partire dal mese di ottobre 2005 sino al mese di gennaio 2009, 50 soggetti anziani ospitati nella Residenza Arcobaleno - Nucleo Alzheimer - RSA dell’Istituto Palazzolo Fondazione Don Carlo Gnocchi, Onlus di Milano, di età compresa tra i 69 ed i 92 anni (età media 82 ± 6.8), di cui 27 donne e 23 uomini. I principali indicatori di fragilità valutati in questi anziani affetti da demenza sono stati: 1) alimentari (I rifiuto del cibo, II disfagia, III perdita di peso, IV astenia, V sarcopenia); 2) movimento (I deficit nella deambulazione, II cadute, III immobilità, IV contenzione, V sindrome da allettamento); 3) clinici (I polipatologia, II polifarmacoterapia, III incontinenza, IV delirium, V deficit sensoriali); 4) psicologici (I ansia; II depressione; III apatia; IV irritabilità; V agitazione).

RISULTATI

Nei 50 soggetti anziani indagati abbiamo ottenuto un’elevata prevalenza di depressione ed incontinenza (78 %), mentre in due malati su tre abbiamo osservato importanti deficit nella deambulazione (Tinetti < 19) ed in poco meno della metà si è verificata almeno una caduta (44%).

Inoltre, abbiamo rilevato una correlazione statisticamente significativa tra la classe Sosia dei pazienti e l’aspetto “movimento”, mentre non è risultata alcuna correlazione per quanto riguarda gli elementi psicologici e le classi Sosia. Infine, nel periodo analizzato, abbiamo avuto 12 decessi di cui 5 per eventi acuti (tre per cause cardiologiche, uno per polmonite ed uno per emorragia cerebrale), negli altri 7 casi si trattava di soggetti allettati con pregressa frattura del femore, che hanno progressivamente manifestato disturbi alimentari, lesioni da decubito ed infezioni.

CONCLUSIONE

Tutti gli indicatori di fragilità, specialmente in soggetti anziani affetti da malattia di Alzheimer di grado moderato-grave (CDR 2-3) ed istituzionalizzati, meritano la massima attenzione; tuttavia le cadute, in modo particolare quelle che provocano una frattura di femore e/o allettamento, sono tra gli eventi che determinano una prognosi decisamente sfavorevole. Pertanto, coinvolgere i familiari, garantire la presenza costante dei medesimi operatori in servizio ed aumentare l’attenzione degli operatori stessi sono alcuni dei provvedimenti che potrebbero garantire una maggiore cura della fragilità ed una prevenzione delle cadute.

CORRELATI CLINICI DELLE DISFUNZIONI ESECUTIVE NEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Zanetti Marina, Vicini-Chilovi Barbara, Conti Marta, Riva Maddalena, Rozzini Luca, Padovani Alessandro

Dipartimento di Neurologia, Università di Brescia

SCOPO

Fino ad ora gli studi hanno mostrato che durante l'età adulta si osserva un graduale declino delle funzioni esecutive, ma non è chiaro se questo effetto sia dovuto ad un rallentamento legato all'età o ad un declino primario. Emerge quindi la necessità di chiarire se l'integrità delle funzioni esecutive sia legata ad alcuni fattori sociali e clinici come la scolarità, la presenza di fattori di rischio vascolari od a stati psico-emotivi.

Nel presente studio ci siamo proposti di investigare questi quesiti in una popolazione di soggetti anziani affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI).

METODI

Sono stati valutati 168 soggetti MCI ambulatoriali. L'obiettivo è stato quello di confrontare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e neuropsichiatriche di due gruppi di soggetti MCI suddivisi sulla base delle loro prestazioni a due test cognitivi: il Trail Making Test (TMT) A ed il TMT B. I soggetti con un basso punteggio in uno o in entrambi i test (≥ 1.5 deviazioni standard al di sotto dei punteggi ottenuti da soggetti comparati per età e scolarità, secondo i dati normativi italiani correnti) sono stati classificati come *Executive Functions impaired (EF impaired)*.

RISULTATI

Ottanta soggetti MCI (47,6%) sono risultati *EF impaired*, mentre 88 soggetti MCI sono risultati *EF not impaired*. Le principali caratteristiche risultate significativamente differenti (T-test, $p \leq .05$) nel gruppo *EF impaired* rispetto al gruppo *EF not impaired* sono: una maggiore età (≥ 80 anni), una scolarità inferiore (≤ 5 anni), un maggior numero di patologie somatiche e di farmaci assunti quotidianamente, una maggiore disabilità funzionale (IADL numero di funzioni perse) e motoria (scala di Tinetti), la presenza di più di un fattore di rischio vascolare, peggiori prestazioni cognitive globali (MMSE, ADAS-Cog e CDR sum of boxes) e sintomi d'ansia più gravi e frequenti riportati dal *caregiver* (NPI). I due gruppi sono risultati simili nei test di memoria, compresa la rievocazione libera verbale. Utilizzando un modello di regressione logistica è stato possibile dimostrare che tra tutte queste caratteristiche demografiche e cliniche, la maggiore età (≥ 80 anni; OR=4.42; $p=.02$) e la bassa scolarità (≤ 5 anni; OR=3.01; $p=.003$) erano le sole due variabili correlate indipendentemente alla presenza di deficit delle funzioni esecutive (*EF impaired*) in soggetti MCI.

CONCLUSIONI

La forte correlazione osservata tra scarse prestazioni al TMT e bassa scolarità, suggerisce che nei soggetti MCI l'integrità delle funzioni esecutive è strettamente legata al livello di educazione ed all'età piuttosto che ad altre caratteristiche cliniche e che sia indipendente dai deficit mnesici. Alla luce di questi dati noi pensiamo che la teoria della 'riserva cognitiva', secondo cui le persone con alta scolarità manifesterebbero i sintomi della demenza più tardi rispetto alle persone con bassa scolarità, debba essere rivista e considerata valida solo per quanto riguarda le funzioni esecutive.

DALL'ALTRA PARTE DELLA BARRICATA: ESPERIENZE DI CAREGIVING

La Nonna

PIERA RANIERI

U.O. Medicina Istituto Clinico S. Anna, Brescia

La nonna ha 92 anni ed è affetta da elevatissima comorbilità.

Il 31.12.08 è accidentalmente caduta in bagno con successiva comparsa di grave stato confusionale acuto post-traumatico e successiva completa perdita funzionale (in assenza di lesioni secondarie alla caduta) e consensuale riduzione dell'introito idrico ed alimentare. In data 5.1.09 si presentava in stato di shock associato a grave leucocitosi (26.000 GB) e grave insufficienza renale (creatinina 5.0 mg/dl).

In modo molto consapevole, anche in accordo con i miei genitori, essendo la nonna affetta da una malattia cardiaca terminale da disfunzione protesica valvolare aortica non operabile con grave scompenso cardiaco (nelle ultime settimane presentava significativa dispnea per sforzi di grado molto lieve nonostante il diuretico ad alte dosi), si decide di non attuare alcuna pratica "terapeutica" aggiuntiva (penso ad esempio alla dopamina). Il mio desiderio più grande era quello di eliminarle completamente qualsiasi tipo di sofferenza, soprattutto quella relativa alla consapevolezza dell'imminente fine, che purtroppo, dato il peggioramento clinico, cominciava ad essere percepita anche dalla nonna.

Se mi soffermo a pensare quali sono stati gli aspetti più difficili nella gestione come nipote/medico...

- Al primo posto c'è il delirium, una manifestazione clinica che per un parente è angosciante ed incomprensibile. Pur conoscendo perfettamente la clinica e le dinamiche del delirium, è stato davvero straziante vedere la mia nonna con gli occhi terrorizzati raccontare la dinamica della caduta (evento traumatizzante dal momento che è rimasta per circa un'ora a terra nel bagno incapace di chiamare e trascinandosi verso la porta bloccandone con il corpo l'apertura); come se rivivesse un evento drammatico, che lei stessa paragonava, e confabulando confondeva, con le sensazioni di pericolo provate durante la guerra per la strada sotto i bombardamenti con mio padre piccolo tra le braccia. Avrei fatto e dato qualsiasi cosa per "fermarle i pensieri" e smetterla di "farla angosciare", purtroppo, invece, i farmaci a nostra disposizione non sempre hanno l'effetto desiderato e nel suo caso peggioravano solo l'inquietitudine e la confusione.
- Viceversa, la dispnea grave a riposo (quando in seguito all'idratazione cauta si è creato un sovraccarico con secondario sub-edema polmonare), non mi ha creato grossi problemi nella gestione; forse perché ero consapevole che in caso di necessità, la somministrazione a dosi più o meno generose della morfina, avrebbe potuto placare la sua difficoltà respiratoria e la mia angoscia nel vederla soffrire.
- La preoccupazione, insorta quando ho realizzato che l'evento terminale non si sarebbe verificato, circa la disabilità funzionale residua a quest'ultimo evento acuto con necessità di impostare ed organizzare una rete domiciliare in grado di aiutare i miei genitori nella gestione quotidiana. Fino al giorno della caduta la nonna si faceva il bagno da sola con minima supervisione ed aveva conservato tutte le BADL. Ci si scontra con una serie di problemi logistici

(dove eventualmente far dormire una eventuale badante) e burocratici (si viene mandati da un'ufficio all'altro in assenza di alcuna chiara indicazione da parte del medico curante, sebbene i servizi esistano e siano discretamente efficienti). Un esempio: mio padre si è informato dal medico curante come ottenere un letto con le sponde e gli è stato risposto che ci volevano almeno 6 mesi di attesa... quando invece poi, con impegnativa specifica del medico di base il letto e la carrozzina si ottengono in meno di 20 giorni. Questo mi fa pensare a tutti i caregiver "anziani" che navigano nei mari della difficoltà e della burocrazia assistendo un paziente fragile che necessita della loro presenza e del loro aiuto.

Nonostante un approccio palliativo e di supporto (idratazione ed antibiotico) le condizioni cliniche della nonna sono lentamente e progressivamente migliorate. Ha recuperato l'autonomia nell'alimentazione e nella continenza urinaria diurna, ma necessita di aiuto nei passaggi posturali e durante la deambulazione che avviene con ausilio di un roller. Persiste lieve stato confusionale con fluttuazione

nelle prestazioni cognitive compatibili con il quadro di encefalopatia vascolare presente. A distanza di 16 giorni dalla caduta, se le si chiede di raccontare come è successo, comincia a piangere e spaventata dice *"che è stato il più brutto giorno della mia vita e che io non posso capire perchè non c'ero e non posso avere un'idea di quello che è successo..."*. E confesso che anche oggi che sta meglio, ed è decisamente più stabile, quando la vedo così con gli occhi impauriti... l'unica cosa che posso fare è abbracciarla (e questo mi è consentito perché sono la nipote), accarezzarla e rassicurarla e prometterle che sicuramente non succederà mai più, senza dubbio più da nipote che da medico.

Ma forse d'ora in poi, quando tratterò un paziente con delirium non potrò fare a meno di rassicurarlo ed accarezzarlo, prima o mentre prescrivo l'aloferidolo, non per pietas, ma per condividere con lui questo momento angosciante; ma soprattutto, essere più comprensiva con la famiglia che assolutamente non è in grado di capire quello che sta succedendo in quei momenti.

Potrei continuare per ore a raccontare i miei stati d'animo nel curare la nonna e di come questo abbia cambiato il mio modo di fare il medico!

POESIA

ALBERTO BERTONI

Ricordi di Alzheimer

VIII, *luglio*

Vedo i coetanei di mio padre
orientarsi, scrivere, viaggiare
e lui quasi niente
purissimo bianco memoriale
buco vivo che ripete in poco tempo
sei-sette volte la stessa frase
e dopo che mi adora
come l'amore più grande non si sogna

Penso che è lui il poeta
io l'archivista muto
della sua foto con Ferrari
in officina, la tuta macchiata
di sudore e unto

* * *

XIII, *settembre*

Sbucando dal suo male
si affaccia ogni tanto mio padre
dove dormo

Un passo ed è qui
vicino al letto
ne riconosco l'odore
i gesti non a fuoco

Si piega sul mio sogno
in un sussurro vuol essere sicuro
che l'accompagno io, fra poco

- Il vicino, mio cugino, un amico
appena gli chiedo chi sono

Il rebus di un amore

Commento a cura di
FRANCA GRISONI, poetessa
 Sirmione (BS)

Ciò che continua a colpire in molte poesie che dicono l'Alzheimer è la componente d'amore che rivelano. In *Ricordi di Alzheimer* (Book Editore) di Alberto Bertoni, sintomi come il disorientamento, l'amnesia e la ripetitività diventano occasioni per dire l'amore, se il padre ammalato "ripete in poco tempo / sei-sette volte la stessa frase / e dopo che mi adora / come l'amore più grande non si sogna". L'amore emerge anche quando il padre sbaglia il nome del figlio, lo scambia per un vicino o un amico, una figura amata, comunque. L'amore rimane eloquente anche quando la malattia è così avanzata da non poter più essere espresso a parole, se al padre "si sono / cambiati gli occhi / sciolti d'amore, acquosi".

È come se alla grammatica del cervello, saltata nella persona colpita, si fosse sostituita la grammatica del cuore. In quale grande abbandono devono lasciarsi andare le persone colpite dall'Alzheimer quando si devono affidare totalmente all'intelligenza e all'amore di chi si prende cura di loro! E qui amore ed abbandono emergono già all'insorgere dei primi sintomi, quando il padre scombuscolato chiede "con fare disperato / dove avrà parcheggiato / ed è come un picchietto più forte il / rebus di un amore".

Quello cantato da Alberto Bertoni è amore vero. Provalo ma vero. Anzi, le prove sono una garanzia della sua autenticità. L'autore non idealizza se stesso o la sua capacità di assistere alla "deriva cerebrale" del padre, colpito da uno squassamento fisico e mentale così difficile da gestire. Vittima egli stesso della malattia paterna, consapevole dei suoi limiti, sa di dover convivere con la propria ansia e con sentimenti di rabbia e di colpa. Tra questi *ricordi* c'è anche la fatica di occuparsi del padre che scambia la notte con il giorno ("la notte che mi ha fatto diventare matto"); l'ammissione delle proprie frustrazioni ("oggi non sopporto mio padre"); il senso di impotenza davanti all'evolversi della malattia, che ha conseguenze così pesanti sulla vita quotidiana di tutta la famiglia: "Papà, non sopporto / le tue sofferenze // Le

tue depressioni improvvise, il terrore / quotidiano di morire // E ancor di più mi fanno impazzire / le tue dipendenze dalla mamma / gli integrali tuoi / vuoti della mente / tutto quel sabato chiuso in bagno / ad aspettare niente".

Da "archivista" quale si dichiara, Bertoni ha registrato la malattia in stazioni numerate che datano la via crucis intrapresa col padre. Egli sa che la china in cui il genitore è scivolato ha un nome; sa che la perdita della memoria si farà sempre più devastante. Con versi accorati, ricorda il dolore nella lucidità che ancora rimaneva nella fase iniziale: "so che si può soffrire molto / nel quotidiano vuoto, bianco / di una casa normale, all'ora / della cena trascritta su un foglio per non dimenticare cosa c'era". È un ricordo dell'inizio subdolo della malattia quando il padre, consapevole del processo patologico che lo stava investendo, cercava ancora di contrastare la perdita della memoria, origine di così gravi sentimenti di angoscia.

I versi portano alla luce situazioni difficili, come l'insorgenza di gesti assurdi e dolorosi. Come quando il padre finisce col sembrare "una mummia che singhiozza / [...] / ha trovato il punto di fuga, / infilato la giacca / nonostante il terribile caldo / tutt'uno con l'ombra di un altro / pomeriggio disperato". O come quando il padre "preme / nel sottoscala il seno di Anna", l'assistente domiciliare e il figlio soffre di questo comportamento disinibito sul piano sessuale perché vi riconosce un segno del "vasto scioglimento del cervello" paterno. Lungo il decorso della malattia durata una decina di anni, il padre viene ripetutamente perduto e ritrovato, fino alla perdita definitiva: "Entro Natale, ha / proclamato il dottore / comincerà a perdere senz'altro / la competenza dei gesti / e subito, velocemente / ogni controllo di funzione // Ridotto a una pianta di geranio / morta in un attimo, a gennaio".

Questi *Ricordi* non svelano il "rebus" di un amore che ha continuato ad accendersi, nel malato e in chi si è preso cura di lui, ma lo testimoniano. Forse è la poesia che evidenzia questa reciprocità perché, dove l'amore non si manifesta, la poesia, frutto di carità, non può sorgere. Ma qui la fiamma dell'amore si leva, alta, tanto che nella poesia che si intitola *Chiamare l'amore* la parola "Alzheimer" è diventata un nome proprio dell'amore.

