

# ARGOMENTI DI GERIATRIA

(appunti raccolti da lezione non corretti e da usare solo per consultazione)  
n.b. non sostituiscono il testo di riferimento

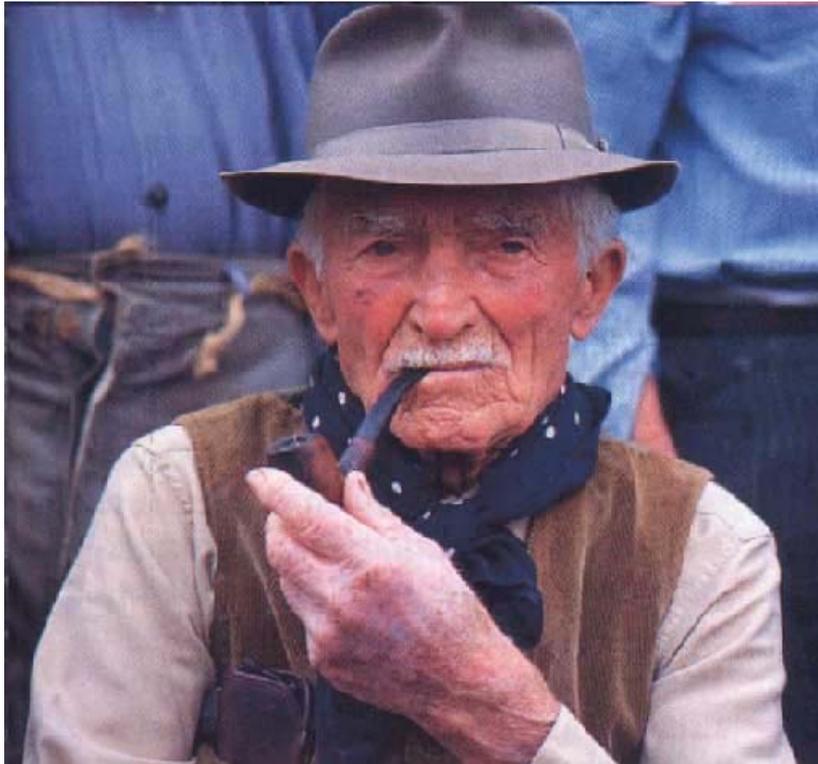
**Michele Zito**

**Cattedra di Geriatria**

**Dipartimento di Scienze e Medicina dell'Invecchiamento**

**Università "G.D'Annunzio" Chieti – Pescara**

**[m.zito@dmsi.unich.it](mailto:m.zito@dmsi.unich.it)**



**GERONTOLOGIA:** studio dei fenomeni legati alla senescenza e dai mezzi atti a ritardarla e ad eliminare gli inconvenienti; è scienza che interessa problemi medici, psicologi e sociologici.

**GERIATRIA:** ramo della gerontologia che studia i mezzi terapeutici, dietetici, igienici atti a ritardare il processo di invecchiamento fisiologico, o ad evitare i processi patologici caratteristici dell'età senile.

## INVECCHIAMENTO DELLA VITA

La Geriatria è la parte della medicina dedicata alle malattie dell'anziano mentre la Gerontologia costituisce lo studio e la scienza dell'invecchiamento e della vecchiaia.

Chi per motivi anche diversi (professione, assistenza, programmazione economica, politica ecc.) si trovi ad affrontare i problemi collegati all'invecchiamento della persona è bene che ricordi che nessuno nasce vecchio e che è bene che l'immagine della vecchiaia cambi. Rappresenta una conquista della nostra società a cui guardare con attenzione, competenza e comprensione.

L'invecchiamento è l'insieme dei cambiamenti fisici e psicologici, non legati alla malattia che si osservano nel tempo. Si tratta di un fenomeno progressivo, irreversibile, comune a tutti i membri di una specie che comporta una riduzione della capacità di adattamento e di mantenimento dell'equilibrio omeostatico e che comporta la morte dell'individuo

Nell'anziano la paura di dormire è una similitudine della morte.

Nell'ambito biologico questo concetto è chiamato **LONGEVITA'** e rappresenta il programma genetico specifico per ogni specie può vivere un certo n° d'anni. Ogni specie vivente ha un codice genetico che stabilisce la durata della vita (es. alcune farfalle vivono poche ore mentre alcune tartarughe o alcune spugne possono vivere anche per più di 100 anni). Con gli anni molte funzioni vitali quali l'attività muscolare, cardiovascolare, respiratoria, nervosa e altre tendono a modificarsi. Non sempre però si osserva una perdita anzi sempre più spesso si osserva un invecchiamento di successo in cui molte performance possono rimanere su livelli fisiologici assolutamente normali.

Con l'invecchiamento però aumenta la probabilità di insorgenza di malattie soprattutto croniche che spesso costituiscono la causa di disabilità o di morte

Da un punto di vista culturale questo concetto viene chiamato **"AGEISMO"** (da Age che in inglese significa età) cioè tutto ciò che riguarda gli anziani.

La vecchiaia della persona.

Ogni persona è diversa e ognuno condiziona la propria vita con quello che è, con ciò che ha fatto, con il come ha vissuto, con quali abitudini con le influenze dell'ambiente in cui ha vissuto. Spesso una delle caratteristiche più singolari dell'invecchiamento è l'estrema contraddizione dei comportamenti che ciascuno di noi può presentare: nel senso che siamo una cosa, ma possiamo essere anche la cosa opposta. Questa metafora è comune appartiene ad esempio anche al mondo dell'economia che si occupa di amministrare con risparmio i beni di una comunità, ma allo stesso tempo ci dice che dobbiamo essere dei consumatori, altrimenti l'economia non cresce se non consumiamo. Siamo esseri tecnologici, ma ci accorgiamo che oltre alle tecnologie dobbiamo dare una finalità a tutti i nostri gesti. Il motivo che porta all'invecchiamento può essere riassunto in due principali teorie:

- 1) l'accumulo di errori soprattutto a livello del DNA (Teoria stocastica)
- 2) Una senescenza programmata (Teoria genetica).

L'invecchiamento è certamente geneticamente correlato soprattutto per quanto riguarda la durata della vita. I fattori ambientali condizionano e influenzano i fattori genetici. Ogni specie ha un proprio specifico limite di sopravvivenza. Le possibili cause delle differenze individuali dell'invecchiamento umano possono essere schematicamente suddivise in quattro categorie :

- b) cause genetiche
- c) cattivo uso di una funzione durante la crescita o l'età adulta (ad esempio la mancanza della attività fisica)
- d) la presenza di fattori di rischio come diete ipercaloriche, fumo, alcool, stress ecc.)
- e) le malattie fisiche degenerative e cerebrali che possono accelerare l'invecchiamento.

Un ulteriore elemento di controllo della vecchiaia è legato al contesto sociale e relazionale in cui si svolge la vita di una persona anziana. Importante in tal senso è la solitudine, la consapevolezza della possibile morte, la riduzione dei rapporti importanti come quelli con i figli, con gli amici.

Alcuni studi usano come indicatori di riduzione dell' aspettativa di vita la **povertà e la solitudine**. Altri studi utilizzano il concetto di "capitale sociale" per sottolineare, con un termine economico, quella ricchezza per la vita che è costituita dalla capacità delle relazioni, di riuscire a stabilire comunicazioni con gli altri, riuscire a mantenere contatti costruttivi, situazioni ed esperienze comunitarie. La negazione assoluta del concetto di comunità, è ad esempio la casa di riposo, come è oggi organizzata. Alcuni studi dicono che nel momento dell'accesso in una "casa di riposo", l'aspettativa di vita si riduce di 5 anni anche senza malattia. Altri studi mettono in evidenza come, da un punto di vista del vissuto sociale, il massimo delle esperienze di solidarietà sono state vissute negli anni '60 mentre il nuovo millennio può essere paragonato alla tipologia della società degli anni '40 caratterizzati da una significativa riduzione della attenzione sociale. Indicatori di ciò sono il calo dei votanti alle

elezioni, il fallimento di piccole imprese, la difficoltà a ricevere persone in casa, la scarsa frequentazione delle parrocchie. Le iniziative sociali ridotte, il corrispettivo di questi indicatori sociali studiati è che si riduce il rendimento scolastico, si entra nel mondo del lavoro, non per merito ma per raccomandazione, si diffonde una scarsa professionalità, e tutte queste conseguenze vengono messe in relazione alla cattiva qualità di vita degli anziani che sono tenuti in disparte. Sentirsi padroni della propria vita significa avere la consapevolezza che si è importanti per qualcuno, che non si è soli veramente, sentire che la propria vita ha un senso si percepisce il benessere come bene essere cioè stare bene per quello che noi siamo.

Il concetto di longevità è un patrimonio che dipende da vari fattori, non solo genetici, dipende dal nostro contesto sociale, familiare, condizioni economiche, dalla nostra cultura. I giovani oggi vengono staccati da valori, quali l'amicizia, lealtà onestà e quando si parla di anziani bisogna rimettere al centro questi concetti, questo è il punto di partenza, non esistono modelli che scendono dall'alto, bisogna contestualizzarli nel di società in cui dobbiamo muoverci.

## COMORBILITA'

La comorbilità è definita come la presenza concomitante di 2 o più malattie nello stesso soggetto ed è una caratteristica clinica del soggetto anziano. L'età avanzata, nella maggioranza dei soggetti con più di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento, fenomeno legato per di più ad un aumento età correlato delle patologie croniche. È stato dimostrato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre i soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie è 5,4. Il problema diventa ancor più rilevante, poiché i trials clinici praticati su queste popolazioni tendono spesso ad escludere i pazienti con patologie concomitanti con evidenti difficoltà di rappresentatività e di estrapolazione dei risultati osservati. In donne anziane istituzionalizzate con tumore della mammella la comorbilità ha un effetto significativo sulla mortalità negli stadi poco evoluti della malattia tumorale: questo effetto esiste lo stesso, ma in maniera meno netta, agli stadi avanzati della malattia. Risultati simili sono stati ottenuti dagli studi condotti sulla sopravvivenza dei pazienti anziani affetti da malattie croniche degenerative.

La comorbilità, inoltre, è legata alla durata maggiore dell'ospedalizzazione, alla ri-ospedalizzazione dei pazienti a breve e lungo termine, alla comparsa di complicanze ed alla scarsa qualità della vita del paziente anziano. Infine, la comorbilità incrementa il rischio di mortalità e di disabilità ben oltre a quello osservabile in una singola specifica malattia. In particolare l'associazione di particolari malattie croniche nel paziente anziano, quali la cardiopatia organica e l'osteoartrite aumentano il rischio relativo di disabilità di 13,6 volte, rispetto ad un rischio isolato di 4,4 per l'osteoartrite e 2,3 per la cardiopatia organica

Che cosa significa avere una malattia cronica ?

- E'una malattia inguaribile con deviazione dalla normalità, caratterizzata da:
- permanenza nel tempo,
- disabilità residua,
- necessità di supervisione sanitaria e di riabilitazione
- interpretazione/vissuto personale della malattia.

## DISABILITA'

Difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana normali per età, sesso e ruolo sociale: è la "via finale comune di tutte le fragilità e patologie.

Circa il 20% degli anziani è permanentemente disabile, circa il 30% ha limitazioni motorie, il 7-8% è affetto da demenza grave, il 20-33% ha deficit di vista o udito.

Le donne, le minoranze etniche e le persone di basso livello socio-economico sono i gruppi di popolazione a rischio particolarmente elevato di disabilità.

## FRAGILITA'

Sindrome biofisiologica caratterizzata dalla progressiva riduzione della riserva omeostatica a livello di ogni organo-sistema associata all'invecchiamento.

Questa riduzione, disomogenea e non necessariamente irreversibile, rende l'organismo anziano più vulnerabile allo stress causato da situazioni patologiche, aumentando il rischio di cattivi esiti.

Il concetto di FRAGILITA' (Frailty) si riferisce al soggetto più debole quello cioè che con più facilità va incontro ad una perdita dell'autosufficienza.

Una volta il livello della fragilità veniva messo in relazione ai livelli di cognitivtà, di autonomia fisica, oppure al controllo neurologico di alcune funzioni di performance fisiche, in un'altra fase si parlò di sindromi geriatriche, (una tipica sindrome geriatrica è quella dell'immobilità) oppure il concetto di fragilità veniva messo in rapporto alla demenza.

Negli ultimi anni si è messa in relazione con la massa muscolare, le funzioni che caratterizzano il soggetto, è possibile compiere queste funzioni di vita quotidiana se si ha una massa muscolare, una forza muscolare che sostengono tali movimenti.

E' comunque riconducibile alla forza muscolare e alla *compromissione della forza muscolare*.

Il *concetto di fragilità* deve essere messo in rapporto anche ad altre variabili, quali la comorbilità, quali la perdita di almeno una ADL.

Arriviamo quindi ad intendere per *disabilità = l'incapacità fisica e/o cognitiva a svolgere le attività di vita quotidiana, considerando quelle più importanti per la qualità di vita*.

Questo ci permette di cominciare a definire degli outcome =(obiettivi) che non possono essere la guarigione, ma prevenire la disabilità.

Obiettivo importante potrebbe essere il miglioramento dell'energia motoria.

IADL = INSTRUMENTAL ACTIVITTY DAILY LIVING ( riguarda l'uso degli strumenti quotidiani di vita, quali telefono, soldi, mezzi di trasporto, medicinali ecc.) sono otto aree.

Esiste una gerarchia delle ADL cioè si perdono prima alcune rispetto ad altre poiché dipendono dalla sfera cognitiva (vestirsi, lavarsi) difficilmente si perde l'ADL del nutrirsi. (una ADL persa si recupera molto difficilmente) .

Nell'ambito degli outcomes sono entrati anche altri concetti, come elementi di mortalità e una buona assistenza allunga la vita dei pazienti) l'ospedalizzazione (una buona assistenza riduce l'ospedalizzazione), l'istituzionalizzazione, (RSA, case di riposo). In Canada le IADL (che si possono recuperare a differenza delle ADL ) sono indicatori di efficienza del servizio poiché si valutano le IADL perse all'inizio di un ingresso in un setting assistenziale e si valutano alla fine le IADL recuperate in base a questa valutazione c'è il pagamento delle prestazioni.

## CONDIZIONE DI FRAGILITA'

Una situazione di maggiore vulnerabilità (quindi non ha perso l'autonomia ma è a rischi di perderla ) legata ad eventi stressanti, legata alla diminuzione della riserva fisiologica (omeostasi = capacità di compensare la perdita) oppure legata ad un'alterazione di sistemi funzionali, cioè di quei sistemi legati alla conservazione di quelle attività di autonomia più importanti.

Es. se viene messo un catetere vescicale, l'autonomia per quella capacità viene conservata (si argina il problema), viene recuperata.

**La fragilità nell'anziano è legata all'autonomia motoria** (non uscire fuori di casa, alzarsi dal letto, raggiungere la cucina, sedersi). I sintomi clinici della fragilità : perdita di peso, astenia, affaticamento, anoressia, riduzione dell'apporto alimentare, inattività, sarcopenia ( riduzione delle fibre muscolari) osteopenia, (dolori e riduzione del movimento) alterazione della capacità di rimanere in piedi. EQUILIBRIO, riduzione della deambulazione autonoma.

LA Disabilità in alcuni condizioni può essere anche iatrogena, si pensi alla somministrazione di Benzodiazepine, che possono dare negli anziani degli effetti paradossi (cioè agitare il paziente ancora di più) poi possono dare turbe di equilibrio e quindi causare cadute.

La digitale può essere alla base di stati di confusione e di agitazione. (Per un meccanismo di competizione sensoriale, alcuni macrolidi sono alla base di deliri acuti dell'anziano. La disabilità poi può avere fattori sociali quale la povertà. Spesso chi è economicamente più debole si trova ad essere spesso malato. Consideriamo poi come fattore di disabilità la depressione, che è malattia con cause Fisiopatologiche ben precise, nella persona anziana (oltre i 65 anni) complicata da alto rischio di suicidio.

## DEMOGRAFIA

### La crescita zero e l'invecchiamento della popolazione

I dati demografici sono preoccupanti; la popolazione italiana ha degli indicatori che sembra invecchi di più delle altre popolazioni del mondo per delle nostre caratteristiche, ad esempio: la dieta mediterranea, ci protegge dai rischi cardiovascolari, rispetto alle popolazioni del nord Europa o degli Stati Uniti. In più la popolazione giovane tende a ridursi, i demografi chiamano questo fenomeno il **CROSSING DEMOGRAFICO** cioè l'incrocio in cui la quota di incremento della fascia di età più avanzata corrisponde ad un speculare decremento delle fasce più giovani (al di sotto dei vent'anni quelli che devono entrare nel mondo del lavoro e quindi sostenere gli anziani da un punto di vista previdenziale. )

Il dato che colpisce, quindi, non è tanto l'invecchiamento della popolazione ma che c'è un accrescimento della velocità d'invecchiamento della popolazione italiana e un aumento sproporzionato della fascia di età molto avanzata che vengono chiamati (**VERY OLD**) le persone più di ottant'anni.

Insieme con il calo della natalità, l'altro fenomeno importante degli ultimi decenni è rappresentato dalla progressiva diminuzione della mortalità e dall'aumento della vita media delle persone. Sono migliorate infatti le condizioni di vita della popolazione e gli sviluppi della medicina hanno ridotto notevolmente i rischi di morte per malattia.

Il **tasso di mortalità** è sceso dal 17,4 per mille del 1921 al 9,3 per mille del 1961, dopo di che si è praticamente stabilizzato.

Nello stesso tempo il **tasso di natalità** è invece diminuito (dal 1961 in avanti). Di conseguenza la **crescita naturale** della popolazione si è arrestata e si è arrivati alla cosiddetta **crescita zero**, ossia all'uguaglianza fra nati e morti. E come abbiamo visto in precedenti interventi negli anni '90 si è arrivati anche alla crescita sottozero, cioè ad un decremento di popolazione. Il 2001 ha segnato una piccola svolta in questo senso perché il numero dei nati ha superato (anche se di poco) il numero dei morti.

Come si è visto l'allungamento della vita media è un fenomeno dovuto sia alle migliori condizioni di vita, sia alle scoperte mediche ed ha interessato tutti i paesi del mondo anche i meno sviluppati. Va rilevato inoltre che le donne vivono più degli uomini anche se non è ancora ben chiaro il perché.

Nella classifica della longevità, gli italiani sono tra i primi al mondo: le donne con 80,4 anni sono al settimo posto, gli uomini, con 73,6 anni, al nono posto; al primo posto sia tra gli uomini che tra le donne il Giappone.

L'aumento medio della vita, unito alla riduzione della natalità ha portato all'**invecchiamento della popolazione**, ossia all'aumento del numero degli anziani sul totale degli abitanti. Questo fenomeno è presente in tutti i paesi sviluppati ma è particolarmente rilevante in Italia, soprattutto nelle regioni settentrionali e quindi sembra che l'equazione più sviluppo uguale meno natalità sia estremamente valida. In queste regioni gli abitanti con più di 65 anni rappresentano circa il 20% della popolazione.

Il numero complessivo degli ultra sessantenni che vivono nel nostro paese (circa 11 milioni e mezzo) ha già superato nel 1995 il numero degli abitanti sotto i 20 anni. Questo ha provocato forti difficoltà al sistema pensionistico e c'è la possibilità che in futuro in mancanza di riforme non si riesca più ad assicurare la pensione a tutti.

Un altro aspetto da considerare è che l'invecchiamento è soprattutto femminile: i dati ci dicono che l'invecchiamento è collegato alla presenza del cromosoma Y, questi infatti condiziona quella parte del

DNA cellulare che non si trova nel nucleo ma nei mitocondri, (cosiddetto DNA mitocondriale) che viene utilizzato dai mitocondri per la sua funzione, cioè quella di ossidare, metabolizzare le sostanze e produrre dei metabolici energetici, quel DNA mitocondriale non può essere riparato per cui si ha il fenomeno "STOCASTICO" cioè accumulo di errori nel tempo, che portano a morte cellulare, la morte biologica e quindi i difetti funzionali dei vari organi e tessuti, Quindi l'invecchiamento è femminile, le donne invecchiano di più anche per il ruolo protettivo che esercitano gli estrogeni, soprattutto nei riguardi di malattie cardiovascolari che colpiscono di più gli uomini; inoltre vi è una minore predisposizione verso alcuni tumori, anche se oggi il tumore ai polmoni (essendo cambiate le abitudini) colpisce più le donne fumatrici. Da ciò deriva che a 80 anni una donna può avere aspettative di vita ancora di 5-7 anni.

La piramide demografica della popolazione ci fa vedere visivamente come è distribuita la popolazione: l'Abruzzo ha indici di mortalità e di situazioni della popolazione anziana come le regioni del nord, questo è dovuto al fatto che dall'entroterra a causa dell'emigrazione all'estero mancano intere generazioni di popolazioni.

Si vive di più perché si nasce di meno, ma c'è un altro dato cioè si muore di meno, (riduzione della mortalità che ci indica che la nostra assistenza è di buon livello).

Altro fenomeno che viene notato è l'aumento delle persone che superano i 100 anni (i centenari): gli studi mirano a capire qual è il profilo genetico che protegge queste persone e permette loro di vivere in modo normale: sono caratteristiche cromosomiche legate, al cromosoma Y quasi sempre \_\_\_\_\_

Gli italiani, oltre al fattore ambientale hanno delle caratteristiche genetiche che predispongono alla longevità. Il CNR (consiglio Nazionale delle Ricerche) osserva la Sardegna per questo fenomeno (dove si trova la popolazione più longeva, il numero dei centenari è maggiore, la Sardegna somiglia all'Islanda, costituisce una "nicchia" genetica, cioè la popolazione che si trova in queste aree è la stessa di quando è cominciato ad essere popolata, per cui i caratteri genetici sono rimasti gli stessi non si sono mai mischiati con altri. I paesi del nord Europa hanno popolazioni più giovani rispetto a noi.

Per dimostrare che la dieta mediterranea è una protezione nei confronti di malattie cardiovascolari, uno studioso di arteriosclerosi napoletano, il prof. Mancini, negli anni 60 prese la popolazione di un paesino napoletano a cui somministrò una dieta tipica del nord Europa (burro, niente pasta, molta carne, ecc.) per tre anni, prese poi un paesino in Svezia confrontabile, a cui somministrò la dieta mediterranea, (olio, pasta, pomodori) dopo 10 anni si dimostrò che i napoletani avevano maggior incidenza di malattie cardiovascolari rispetto alla popolazione svedese presa in esame. I risultati di questi studi fecero coniare il concetto di dieta mediterranea come terapia per prevenire queste malattie.

La rettangolizzazione della sopravvivenza noi abbiamo una longevità specifica, Il nostro massimo di possibilità di vita calcolato dai demografi è di circa 130 anni.

### **LA VALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE: GDS**

Sono scale che danno valutazione, fanno rilevare il problema, i punteggi sono da 0 a 5 sono normali al di sopra sono indicative di difficoltà, non si utilizzavano per la diagnosi che è tutt'altro.

In Veneto la valutazione del paziente anziano è stata talmente strutturata a tutti i livelli da arrivare al case-manager cioè la persona responsabile del paziente.

### **MODELLO DI LAVORO. PER L'UTILIZZO DELLE SCALE**

Questo metodo di lavoro che mette insieme più figure professionali, in Veneto è stata creata una rete nell'assistenza all'anziano, dove è stata individuata una figura CASE MANAGER cioè il responsabile del caso.

La valutazione multidimensionale (VMD) è una valutazione interdisciplinare, (geriatra, medico di base, infermieri e assistente sociale almeno come figure di base) rivolta al paziente fragile con lo

scopo di dettagliare i problemi fisici, legati alla malattia, sia da un punto di vista diagnostico, sia dal punto di vista dello stato clinico, a dare una definizione delle capacità funzionali, stabilire i bisogni assistenziali e stabilire gli outcomes, cioè stabilire gli obiettivi che possono essere raggiunti. Una volta individuato l'obiettivo deve essere pianificato il piano assistenziale individuale (PAI)

### CHI, COME, PERCHE'

**Perché** nell'assistenza ai pazienti anziani bisogna tener conto delle complicanze e delle comorbidità, per cui il sistema a DRG non è molto adatto. Per questo tipo di assistenza (per una bronchite riacutizzata assegna solo tre giorni di degenza). Per cui bisogna tener presente che l'ospedale è un setting assistenziale. Non esiste un modello assistenziale di riferimento, nella nostra ASL.

TINETTI è un'infermiera che lavora nella ricerca, da lei i geriatri hanno appreso il concetto che non deve interessare la malattia, ma il paziente e le sue problematiche quando si parla di pazienti anziani. Ci sono delle differenze tra gestione di fatti acuti e di fatti cronici, cioè fare assistenza su paziente cronico, significa concentrarsi sulle funzioni, sullo stato funzionale, dare una valutazione globale, e tener conto della presenza di più patologie che possono condizionare lo stato del paziente, ma la cosa più importante è quello di prendere in considerazione che la situazione cronica richiede un intervento continuativo, che non si fermi solo al momento delle complicanze e quindi risolva solo un problema limitato nel tempo.

L'approccio culturale di fronte a questo tipo d'assistenza è basato su dati raccolti, studi epidemiologici di popolazione; se oggi la società non è in grado di leggere quale è la realtà (cosa che si fa con gli studi epidemiologici) vaneggia, non ha contatto con la realtà; inoltre gli interessi devono prevenire ed è l'obiettivo principale evitare la perdita di ADL (che non possono essere recuperate) è intervenire avendo come indicatore di correttezza d'intervento le IADL, se queste migliorano abbiamo un indicatore di efficacia d'intervento.

Nessun servizio assistenziale è sufficiente da solo ma gli interventi dovrebbero essere integrati in un sistema a rete, perché solo così si potrebbe arrivare ad una condizione ottimale di gestione del bisogno del paziente.

**Sistema informativo e informatico:** i dati devono essere raccolti ed essere omogenei in modo che si possano confrontare dato che si gestiscono risorse umane e strumentali (come far spostare un infermiere sul territorio come mobilitare le risorse,)

Bisognerebbe essere in grado di formulare delle indicazioni di lavoro sempre basandosi sui protocolli della medicina delle evidenze nel senso che quello che si fa lo si fa con cognizione di causa perché ci sono dietro degli studi, per cui si basano su omogeneizzazione di comportamenti, questo da la garanzia di conservare dei risultati.

Studio: monitoraggio multicentrico in tutta Italia sui pazienti geriatrici per scoprire i maggiori fattori di rischio per gli eventi avversi da farmaci: uno dei maggiori fattori di rischio erano le alterazioni di tipo cognitivo e gli eventi avversi più importanti che non erano presenti al momento del ricovero: molto sono state registrate le cadute, e queste possono essere contenute, le incontinenze, e le ulcere da decubito.

Per evitare queste complicanze bisogna fare in modo adeguato la valutazione dei rischi e quindi agire su questi pazienti a rischio, è il paziente valutato che deve essere l'oggetto del piano d'assistenza, **chi** deve fare la valutazione multidimensionale, va rivolta all'anziano fragile, fisico, psichico, sociale, pazienti con perdita di autosufficienza. Il non vedere, il sentire poco.

**come:** la VMD deve essere in grado di valutare lo stato fisico, cognitivo, funzionale, situazione socio – economico e ambientale di vita.

Non esiste uno strumento perfetto in Veneto, che sono vari anni che adotta questo metodo di lavoro con gli anziani, si usa il **SVAMA** che è un modello tecnico in grado di (gestito dagli infermieri sui distretti) fare valutazione sia qualitativa che quantitativa ( come valutazione di spesa)

In Lombardia **SOSIA** è stato utilizzato un metodo per cui la quota sanitaria è a carico della regione, la quota sociale è a carico della famiglia.

**RUG** : raggruppare tutte le patologie in area rappresentative in modo che il paziente sia seguito nei cari livelli con la stessa diagnosi.

**VAOR.** Sistema di valutazione computerizzato individua immediatamente i problemi, sistema di collaudato in Canada, ma ha dei limiti che non è controllabile da un punto di vista della spesa e dei

rimborsi , va molto bene quando si deve costruire un piano di assistenza da un sistema residenziale a uno domiciliare, va molto vicino a quelli che sono i bisogni reali dell'anziano.

Da un punto di vista dello standard la **VMA** deve assicurare queste linee di valutazione di base: l'esame obiettivo, la possibilità di costruire un piano individualizzato e poi lo stesso strumento poter essere confrontato nella popolazione (poter raccogliere dei dati e confrontarli all'interno della popolazione)

### **E' EFFICACE ?**

Uno studio del '95 fatto negli stati uniti con obiettivo di valutare se il ricovero di un anziano in un reparto di geriatria potesse in qualche modo influenzare il declino da un punto di vista funzionale (in Italia i dati dicono che è vero) E' stato fatto uno studio epidemiologico con il metodo caso controllo-randomizzato, 651 ricoverati assegnati in maniera casuale o ad un reparto di geriatria o in un reparto di medicina normale, questi pazienti sono visti dopo un follow up di tre mesi dalla dimissione; le caratteristiche dell'intervento geriatrico, un equipe formato dal geriatra, infermieri, as,sociale, nutrizionalista, fisioterapista, sono stati fatti degli interventi strutturali: corrimani, corridoi senza ostacoli, orologi ben leggibili, servizi igienici per disabili e poi organizzata assistenza con intervento sul paziente onicomprensico, il personale era istruito come intervenire sui problemi legati alla IADL, sulla nutrizione, sul sonno, interventi specifici sul paziente anziano, venne fatto una dimissione precoce cioè i problemi venivano seguiti anche a casa coinvolgendo i servizi sul territorio.

I risultati: da un punto di vista funzionale (periodo di tre mesi) la quota delle persone che peggioravano era molto meno di fronte a reparto tradizionale. In un altro studio sempre del 95 l'obiettivo era una VMA e la valutazione multi disciplinare con la presenza di un geriatra solo a consulenza, era in grado di migliorare lo stato di salute.

## **LE DEMENZE**

*.....è una malattia desolata, vuota e arida come il deserto. Un ladro di cuori e di anime e di memorie.....Nicholas Sparks , Le pagine della nostra vita , Frassinelli 1996*

Le demenze sono una delle principali malattie dell'anziano.

Meno dell'1% fino a 65 anni, dopo i 65 anni colpiscono il 6-8% della popolazione e via via raddoppiano ogni cinque anni cosicché oltre gli 85 anni la prevalenza sale quasi al 30% (Small, 1997), con punte addirittura del 45-50% nei centenari (Ritchie, 1995).

Nei paesi dell'Unione Europea i malati di demenze sono stati stimati in oltre 3.500.000.

In Italia la prevalenza varia tra il 6,4% dello studio ILSA-CNR (1997) e l'8,4% di realtà particolare come Appignano (Rocca,1990), mentre a Bologna (1993-94) è risultata del 7,6%. In totale i malati sono circa 5-600000.

Tra le demenze, la malattia di Alzheimer (MA) è la forma più frequente (50-80%, Knopman 1998) e si colloca al quarto posto come causa di morte negli ultrasessantacinquenni nei paesi occidentali.

I fattori di rischio primari per la MA sono l'età e la familiarità. Tuttavia la forma familiare che ha un esordio precoce (30-60 anni), è poco rappresentata (6-8%).

Altri fattori di rischio per la MA sono il trauma cranico con perdita di coscienza, la sindrome di Down, la depressione ad insorgenza tardiva e forse la bassa istruzione.

Comunque occorre soprattutto sottolineare che le demenze sono causa di peggioramento della qualità di vita dei malati e delle loro famiglie, poiché **sono la prima causa di grave disabilità** a 85 anni e di perdita dell'autonomia, con le conseguenti pesantissime ripercussioni sociali, economiche ed assistenziali.

**I costi** in Italia, sia diretti sia indiretti, sono stati quantificati in circa 80-90 milioni all'anno per malato (1995-96), da moltiplicare per 5-600.000 malati, soprattutto a carico delle famiglie.

Le Demenze sono definite come condizioni cliniche caratterizzate da perdita progressiva delle funzioni cognitive, fra le quali inevitabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente. In questa definizione "mondiale" esiste già un errore !! Vi sono quadri di demenza., infatti, in cui la memoria non è coinvolta se non nelle fasi finali del decorso clinico, come avviene nelle Demenze Fronto-Temporali. E a volte, nelle fasi iniziali delle altre demenze più frequenti ( demenza di Alzheimer, demenza Vascolare, demenza con corpi di Lewy ), il problema cognitivo riguarda in modo particolare altre sfere della cognitivtà e non principalmente la memoria. Infatti, fra le attività cognitive, accanto alla memoria, esistono diverse e altrettanto basilari capacità necessarie al complesso funzionamento della nostra mente : l'attenzione, su cui necessariamente si fonda il processo di memorizzazione e il resto delle nostre abilità, il linguaggio ( intendendo anche la capacità di esprimersi, di comprendere, di lettura e scrittura ), l'orientamento nel tempo e nello spazio, le abilità visuo-spaziali ( l'occhio "vede" ma è il cervello che esamina! ), la prassia ( se il demente non è in grado ad esempio di "organizzarsi" per vestirsi ) e la gnosis ( non appare più capace, ad esempio, di riconoscere il water, la propria abitazione o addirittura i volti dei propri familiari, con conseguenze immaginabili sotto il profilo comportamentale!! ), la capacità di pensiero astratto, nonché di critica e di giudizio, di ragionamento, le funzioni esecutive di pianificazione, elaborazione ed eventuale modificazione ( flessibilità !! ) di strategie. Accanto alle alterazioni cognitive sono presenti inoltre sintomi e segni di coinvolgimento della sfera non cognitiva, che riguardano la personalità e il comportamento, l'umore, l'ideazione, la percezione, ecc.( cambiamento del comportamento, depressione, apatia, aggressività, idee di furto, allucinazioni, vagabondaggio ecc. ). I disturbi comportamentali, come si vedrà, rappresentano una spina nel fianco delle persone che assistono un soggetto con demenza e un'esperienza dolorosa e carica di implicazioni negative per il soggetto stesso.

Il decorso della malattia di Alzeihmer dal momento della diagnosi al momento della morte decorrono circa 8-10 anni. Questa è una malattia che porta alla morte per il disfacimento corticale, cioè tutta la nostra vita legata alla cognitivtà , si diventa incontinenti perché si perde lo schema di controllo degli sfinteri. Si perde la capacità del cammino perché si perde lo schema cognitivo del movimento. Malattia inarrestabile, incurabile. Il 10.15 % dei malati con Alzeihmer ha allucinazione e deliri, questo con l'ospedalizzazione aumenta del 70%, si ha a che fare con un pz. con allucinazioni, il paradigma o modello di comportamento, che ci fa vedere soluzione, conclusione, farmaco, non funziona con questi pazienti, per es. le BENZODIAZEPINE aumento l'agitazione in questi pazienti, propria per un meccanismo recettoriale, le procedure per calmarli sono altre, per es. accendere la luce, togliere gli specchi, fargli una doccia, toccarli, abbracciarli, calma questi pazienti. 1 su 10 ha crisi epilettiche, le manifestazioni comiziali di queste malattie sono legate alla degenerazione corticale, attiva dei foci elettrici che possono scaricare con crisi comiziali. Il deterioramento cognitivo ha una similitudine con quello che è il processo di maturità cognitiva che ha il bambino, c'è una grande corresponsione tra maturazione corticale cognitiva del bambino e la progressività del declino cognitivo.

Le Demenze, e la Malattia di Alzheimer in particolare, rappresentano una emergenza ed una priorità per la Salute Pubblica per numerose ragioni :

- perché sono frequenti : circa 150.00 nuovi casi l'anno in Italia, ma è probabile che questo dato sia sottostimato e che l'incidenza possa avvicinarsi alla cifra doppia
- perché tendono ad aumentare progressivamente con l'invecchiamento della popolazione : vengono previsti tassi cinque volte superiori a quelli attuali nell'arco dei prossimi trenta anni
- perché provocano conseguenze gravi sul piano personale : l'angoscia dolorosa del proprio degrado, la privazione della propria libertà e la forzata istituzionalizzazione
- perché incidono visibilmente sui rischi verso terzi : gli incidenti stradali causati dai dementi misconosciuti, gli incidenti domestici ( fughe di gas... ), le conseguenze gravi sulla salute del caregiver ( maggiore frequenza di depressione, di consumo di psicofarmaci, aumento della pressione arteriosa, riduzione delle difese immunitarie, e soprattutto incremento del 63 % della mortalità per chi assiste un soggetto demente "stressante" )

**CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE. Quadri clinici più importanti delle forme "pure" (tenendo conto, verrà ribadito dopo, della complessità delle forme "miste").**

**Demenze degenerative :**

- Malattia di Alzheimer ( circa 50 % )
- Demenza con corpi di Lewy ( circa 5 % nelle forme "pure" )
- Demenza Fronto-Temporale o Pick-Complex ( circa l'8 % )
- Parkinson-Demenza, Demenza-SLA e Parkinson-Demenza-SLA
- Paralisi sopranucleare progressiva o Mal. di Steele-Richardson-Olszewski
- Idrocefalo c.d. normoteso primitivo
- Corea di Huntington

**Demenza vascolare**

- D. multifartuale
- D. da singoli infarti in sedi strategiche
- D. da patologia dei piccoli vasi
- D. da ipoperfusione ( anche da terapia ipotensiva incongrua : vedi sopra )
- D. da emorragia (e)

**Demenze post-infettive e/o infiammatorie**

- da meningo-encefaliti
- da Sclerosi multipla e Malattie demielinizzanti di altro tipo
- da malattie autoimmunitarie sistemiche
- da Prioni ( Mal. di Creutzfeldt-Jakob e Variante della "mucca pazza"
- da HIV ( AIDS )

**Demenze da sostanze tossiche e farmaci**

- da Alcol
  - da metalli pesanti
  - da composti organici
  - da farmaci vari ( fra cui psicofarmaci, soprattutto se abbinati ad alcol, anticolinergici ecc. )
- Demenze da malattie endocrine e metaboliche

**Demenze secondarie**

Da patologie

- della tiroide, delle paratiroidi, dell'asse ipofisi-surreni,
- da ipoglicemia ( in diabete mellito non equilibrato, da insulinoma ecc. )
- da insufficienza renale cronica
- da disidratazione ( gli anziani ! soprattutto se sono febbrili o assumono diuretici ! )

Demenze Post-traumatiche

Demenze da tumori, ematomi, ascessi cerebrali

Demenze da stati carenziali

Demenze paraneoplastiche ( il nostro apparato immunitario attacca alcuni nostri sistemi cerebrali che hanno il torto di "assomigliare" ad alcuni contenuti cellulari di tumori extra-cerebrali...)

L'elenco ha lo scopo di far comprendere la complessità del problema "demenze" e la necessità di compiere un iter diagnostico quanto mai attento, in primo luogo per sapere tempestivamente se ci troviamo di fronte ad un caso di demenza reale

## **MALATTIA DI ALZHEIMER ( AD )**

È la causa più comune di demenza nella popolazione anziana dei paesi occidentali e rappresenta circa il 50-60 % dei casi di deterioramento mentale ad esordio tardivo.

È una patologia degenerativa del sistema nervoso centrale, a decorso progressivo, caratterizzata clinicamente da un prevalente, iniziale deficit di memoria associato al progressivo deterioramento di altre funzioni cognitive quali il linguaggio, l'orientamento, la prassia ( la capacità di "ricordare" una determinata sequenza di atti motori, come avviene ad esempio nel vestirsi ), le abilità di lettura e scrittura, le capacità di critica, giudizio, astrazione, di programmare una strategia motoria o meno e modificarla con flessibilità se le condizioni lo richiedono, ecc.

Non trascurabili sono poi le alterazioni di tipo comportamentale e della personalità ( più frequenti dopo alcuni anni dall' esordio clinico della malattia ma a volte precoci nella c.d. Variante frontale dell'AD ), e anche quelle di tipo psicotico ( deliri vari - il più frequente è quello di essere derubati da chi assiste il paziente !! - allucinazioni visive, acustiche ecc.).

Manifestazioni ansiose e/o depressive sono frequenti e se sono presenti, come a volte accade, nelle fasi iniziali possono mascherare i deficit cognitivi e allontanare, come si è scritto prima ) il momento della diagnosi.

\* \* \*

La progressione della sintomatologia dell'AD , a grandi linee e con gli ovvii limiti dello schematismo, escludendo da questa descrizione alcuni sottotipi di AD con esordio ed evoluzione differenti, e le forme "miste" con la Demenza a corpi di Lewy e la Demenza Vascolare :

### Fase iniziale :

- difficoltà nel ricordare eventi recenti
- lieve disorientamento temporale e a volte spaziale in luoghi poco conosciuti
- qualche problema nel "trovare" le parole ( anomia )
- a volte ansia e/o depressione e/o apatia, che possono precedere di mesi o anni la comparsa dei sintomi cognitivi!!
- Difficoltà nella gestione finanziaria
- Mancato utilizzo di strategie "ragionevoli"
- Difficoltà nella pianificazione delle azioni
- Cambiamenti nelle relazioni interpersonali
- Riduzione dell'iniziativa a diversi livelli

La mancanza di consapevolezza da parte del paziente e la sottovalutazione da parte dei familiari o del medico possono rappresentare seri ostacoli ad una diagnosi precoce.

### Fase intermedia neurologica;

- accentuazione dei deficit di memoria
- più evidente disorientamento temporale e spaziale
- a volte apatia

- disturbi del linguaggio sia dell'espressione che della comprensione
- aprassia nell'uso di oggetti oppure nel vestirsi
- agnosia ( ad es. difficoltà a riconoscere volti, oggetti e luoghi familiari )
- alterazioni comportamentali varie fra cui scarsa cura dell'igiene personale, comportamenti sessuali imbarazzanti, affaccendamento più spesso notturno ( rimescolare indumenti nei cassetti ecc. ecc.)
- deliri e/o allucinazioni ( idee di essere derubati, allucinazioni visive ecc. )
- sconvolgimento del ritmo veglia\sonno

### Stadio terminale ( dopo 5-8 anni ) ( stadio internistico )

- perdita del linguaggio
- perdita dell'autosufficienza ( lavarsi, vestirsi, alimentarsi )
- incontinenza sfinterica
- peggioramento dei disturbi comportamentali
- modificazioni motorie con spasticità, parkinsonismo
- crisi epilettiche .

Se nelle fasi iniziali della malattia sono assenti spesso serie problematiche assistenziali, nella fase intermedia e successivamente in quella terminale siamo tutti testimoni impotenti della progressiva perdita dell'autonomia funzionale e della comparsa di sintomi che rappresentano un ulteriore appesantimento del carico di lavoro di chi assiste un paziente demente.

Le donne sopportano spesso un carico doppio in quanto affette da demenza o nella veste di caregiver. La malattia infatti è più frequente nelle donne in parte per il loro migliore indice di sopravvivenza rispetto agli uomini, fatto biologico che però le espone ad un altro rischio: quello di andare incontro a varie patologie dell'età avanzata fra cui appunto la Demenza di Alzheimer. E sono quasi sempre le donne, una figlia di 50-60 anni ad esempio, a sopportare per "tradizione" il carico di un genitore o una zia affetto da demenza.

A volte un comportamento aggressivo può dipendere da un disagio psichico o fisico che il malato non è in grado di comunicare per problemi di linguaggio, per effetti collaterali di varie terapie mediche ( ad esempio alcuni antidepressivi ), dalla non accettazione di una badante o di un luogo di istituzionalizzazione, dalla presenza di altre patologie a volte anche banali ( bruciori urinari, fecaloma ecc. ). Può anche essere favorito dalla personalità del paziente e comunque dalle infinite e originali situazioni dinamiche che si possono creare nel nuovo equilibrio determinato dalla malattia. Seri problemi visivi o uditivi rappresentano ulteriori fonti di disagio e fragilità e spesso causa di allucinazioni visive o uditive.

Un atteggiamento affettuoso appare in grado di evitare peraltro l'uso di psicofarmaci e del loro carico di effetti collaterali.

Un accenno alle forme di demenze degenerative di tipo diverso dalla demenza di riscontro più frequente e oramai più famosa, tristemente famosa, la demenza di Alzheimer.

Si manifestano con differenti caratteristiche cliniche ed evolutive rispetto all'AD, hanno una incidenza non trascurabile e purtroppo non sono ben conosciute, anche dai medici.

A parziale giustificazione di tale comportamento va detto che nell'avvincente realtà dei nostri giorni à il riscontro di sovrapposizione di patologie è divenuto sempre più frequente : così avviene tra patologia alzheimeriana e presenza di corpi di Lewy, oppure di alterazioni vascolari ( vedi dopo lo Studio delle Suore ), tra Demenza a corpi di Lewy e M. di Parkinson, fra Demenza Fronto-Temporale e Parkinsonismo.

**Demenza con corpi di Lewy ( LBD ):** di recente "acquisizione" e tuttora in cerca di una sua reale autonomia. Oggi appare confermato che sono più numerose le forme "miste", in cui i corpi di Lewy si associano alla patologia alzheimeriana, che le LBD "pure". Questo dato è confondente circa la reale incidenza di questa demenza : circa 5 % le forme pure, 20-40 % le forme miste.

E' caratterizzata da :

- demenza a decorso fluttuante,
- allucinazioni prevalentemente visive,

- parkinsonismo,
- Possono essere presenti anche deliri, alterazioni varie di coscienza ( sincopi - ovvero "svenimenti"- e riduzione della vigilanza ), cadute, sonnolenza, ecc.

Inoltre :

1. I farmaci attivi sull'AD ( i Colino-agonisti ) sono molto spesso efficaci.
2. Appare spesso complicato da eventi avversi, o inefficace, l'uso di L-DOPA per la "quota" parkinsonismo.
3. Allo stesso modo gli antipsicotici, adoperati per attenuare le allucinazioni ecc., non sempre sono tollerati.

La terapia di questa demenza legata all'alterazione dell'Alfa-Sinucleina ( come la Malattia di Parkinson con cui condivide molti aspetti ) risulta pertanto molto complicata. Tentare di semplificare terapeuticamente la complessità di quadri clinici di LBD o di associazione AD -\_LBD è alquanto arduo, e tuttavia rappresenta una sfida che va accettata. Lo stesso vale per quei casi di malattia di Parkinson che evolvono in demenza.

Le strategie e le priorità terapeutiche in un campo minato come questo non possono essere qui sintetizzate.

**Demenza Fronto-Temporale ( DFT ), o "ex Malattia di Pick " o Pick-Complex** : dimenticata per quasi un secolo, è stata "riscoperta" e rivalutata soprattutto attraverso il lavoro di neurologi inglesi e svedesi in questi ultimi anni .

È determinata da una degenerazione "focale", cioè limitata ad alcune aree cerebrali, quelle frontali e/o temporali, prevalentemente da un lato o bilateralmente.

La sede del processo patologico determina la sintomatologia che può esordire e mantenersi per anni 1 ) come marcato disturbo della personalità e comportamentale ( tanto da far pensare ad un problema psichiatrico ),

- 2 ) oppure come afasia progressiva ( difficoltà nell'esprimersi )
- 3 ) o come disturbo semantico ( perdita del significato delle parole, della biblioteca delle conoscenze... ).

Alcuni problemi comportamentali :

Negligenza.fisica.precoce

Inosservanza.delle.convenzioni.sociali

Disinibizione.comportamentale.precoce

Rigidità.mentale.e.inflessibilità

Iperoralità

Distraibilità

Scarsa.coscienza.di.malattia

Depressione

Indifferenza.emotiva,carenza.di.empatia

Apatia

Nella DFT si assiste ad una lenta evoluzione dei sintomi, che solo più tardivamente si complicano con difetti di memoria ecc.

Nella DFT i farmaci attivi sull'AD sono inefficaci !!

A volte sono utili gli antidepressivi che agiscono sul mediatore chimico Serotonina ( SSRI : Prozac ed altri, con qualche precauzione per il Parkinsonismo... )

È classicamente una demenza presenile, cioè predilige adulti al di sotto dei 65 anni ( dai 50 ai 60 anni in genere ). Esiste una discreta quantità di casi familiari : indagando si viene spesso a conoscenza che qualche elemento della famiglia ha avuto anni prima, in età presenile, problemi "psichiatrici" che hanno richiesto il ricovero in strutture adeguate. In una certa percentuale di casi si associa a sindrome parkinsoniana, in altri alla malattia dei motoneuroni ( di cui oggi parlano i media per il coinvolgimento di ex-calcianti ).

**DEMENZA VASCOLARE ( VaD ).** Come si è già detto, è determinata da lesioni cerebrali in sedi "strategiche" oppure, più spesso, diffuse, causate da eventi ischemici o emorragici cerebrali. Non sempre la demenza compare dopo uno o più episodi vascolari acuti clinicamente rilevabili : può esordire invece in modo insidioso .

In questo caso le alterazioni ischemiche si manifestano con disturbi cognitivi associati o meno a problemi motori, palesandosi agli esami di neuroimaging ( TC, RM, ecc. ) come "sorprese" o riscontri occasionali e pertanto senza che si sia assistito ad un fatto acuto cerebrale. Questo tipo di demenza con lesioni diffuse sottocorticali è più frequente in soggetti anziani con una lunga storia di ipertensione arteriosa e di altri fattori di rischio vascolare ( cardiopatie, diabete, ecc. ).

Caratteristiche distintive della Demenza Vascolare sono quindi :

- presenza di un "contesto clinico" di patologie vascolari neuro ed extra-neurologiche
- coesistenza, anche se non sempre, di segni di interessamento neurologico focale ( ad es. paresi, alterazioni del campo visivo, afasia, ecc. )
- coesistenza di segni di interessamento "diffuso" neurologico ( ad es. manifestazioni di tipo parkinsoniano, disturbi della deambulazione, disartria, disfagia ecc. )
- inizio sub-acuto e progressione "a gradini" dei disturbi cognitivi, meno frequentemente esordio insidioso
- reperti degli esami di neuroimaging ( TC, RM, PET, SPECT, ECO-Doppler TSA ) di tipo nettamente vascolare.

A volte appare estremamente arduo distinguere un'AD con qualche elemento vascolare da una probabile Demenza Vascolare, tenendo conto che ambedue sono peraltro patologie più frequenti nell'età avanzata e che inoltre recenti ricerche ( The Nun Study : Lo Studio sulle Suore - 1997 e anni successivi, studio tuttora in corso ) hanno dimostrato la coesistenza di alterazioni vascolari in soggetti definiti in vita come affetti da AD "pura". Tuttavia alcuni sottotipi di demenza vascolare hanno un esordio insidioso e una progressione lenta, e mimano pertanto la demenza di Alzheimer : la VaD sottocorticale da danno delle piccole arteriole e conseguenti lesioni sottocorticali cerebrali e la demenza da turbe emodinamiche, cioè da ridotto afflusso di sangue al cervello ( interventi cardiaci prolungati, valori di pressione minima bassi, anemie, ecc. ).

#### **TABELLA DI CORRISPONDENZA DELLE FASI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER CON L'ETA' FUNZIONALE**

FASE 1	Assenti i segni e sintomi	
FASE 2	Non discernibile	Funziona come un adulto.
FASE 3	Deficit sul lavoro	Funziona come un giovane adulto
FASE 4	Richiede aiuto per i compiti complessi	Da otto anni all'adolescenza
FASE 5	Demenza moderatamente severa	Da 5 a 7 anni
FASE 6	Demenza severa- richiede assistenza con la cura della persona	Da 24 mesi a 5 anni
FASE 7	Demenza molto severa- richiede assistenza totale	Da 4-12 settimane a 15 mesi

Compaiono **dei riflessi di liberazione** tipici del neonato il riflesso della suzione, il grsping, e per il medico, sono segni di aggravamento dell'anziano. C'è una scala che mette in evidenza quella che è la crescita coticale del neonato. Gli aspetti più interessanti, 2-3- mesi il sorriso e di rispondere al sorriso,

5-9 mesi si acquisisce la capacità di rimanere sedute, queste capacità a rovesce si perdono, ecco il Wandering (il muoversi continuamente senza sedersi, girovagare senza sosta.ecco perché nella struttura non devono esserci le porte, nei limiti di sicurezza.) a 1 anno camminano, a 15 mesi c'è controllo di circa 5-6 parole. A tre anni c'è il controllo degli sfinteri, (l'anziano che perde il controllo degli sfinteri è indice di aggravamento della malattia e compare dal passaggio della fase neurologica alla fase terminale di allettamento. L'incontinenza è un sintomo tardivo. ) a 4 anni un bambino va al bagno non accompagnato, a 5 anni il B. è in grado di vestirsi e lavarsi da solo, a 5-7 anni è in grado di scegliere i vestiti che vuole mettersi. A 8-12 anni acquisisce la capacità di controllo e gestione dei soldi, a 12 anni è capace di fare un lavoro. Queste capacità nell'anziano con Alzheimer sono perse in senso inverso ed è definito **SVILUPPO INVERSO**. Nel momento in cui si perde la capacità di vestirsi, la malattia è in una fase di progressivo aggravamento. Questa incapacità di vestirsi, questa ADL persa è un indicatore di aggravamento accelerazione della malattia. Per correlare gli aspetti clinici con la gravità della malattia,

### ESORDIO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

ABILITA' CRESCENTE	AUTOSVILUPPO	Le competenze e le abilità dell'individuo sono integrate. Egli può accettare le sfide e rispondere alla stimolazione esterna. L'individuo controlla la propria vita	L'individuo perde la capacità di pensare chiaramente, di ricordare, di imparare. L'individuo perde il senso del proprio sé e il controllo delle scelte di vita	ATTIVITA' IN CALO ↓
	AUTOSTIMA	L'individuo è amato dai suoi pari, è considerato importante e ha un ruolo nella vita.	L'individuo perde l'importanza nella società, nella famiglia, nelle relazioni. Non è in grado di lavorare.	
	APPARTENENZA AD UN GRUPPO	L'individuo è amato; rispettato e accettato come membro di un gruppo o della famiglia.	L'individuo perde il suo posto nel gruppo ed è incapace di partecipare.	
	ALIMENTI PROTEZIONE SICUREZZA	L'individuo assume progressivamente responsabilità circa la cura personale di base	L'individuo è incapace di assicurarsi le necessità di base, e di sopravvivenza senza assistenza.	

Noi abbiamo un modo per correlare gli aspetti clinici con la gravità della malattia , ed è la **GDS (scala di deterioramento globale)** si compone di 7 livelli, di cui quelli che appartengono alla demenza sono quelli che vanno dal grado 4 al 7, ci sono una serie di gradi iniziali che sono inquadrabili non come stadi dementigeni ma come stadi di disorientamento.

#### SCALA DI DETERIORAMENTO GLABALE( GDS)

LIVELLO		CARATTERISTICHE CLINICHE
1	<b>NESSUN DECLINO COGNITIVO</b>	Non si registrano disturbi soggettivi di perdita di memoria. Non si è riscontrata alcuna perdita di memoria clinica nel soggetto
2	<b>DECLINO COGNITIVO MOLTO LIEVE (DIMENTICANZE)</b>	Si riscontrano disturbi soggettivi di perdita della memoria ne seguenti fattori, es. la parola pendente, il chiu,chiu (in coda) il nostro cervello organizza mettendo in coda i pensieri. Questi sono disturbi di attenzione, sono disturbi soggettivi, ci si ricorda tutto, il paziente demente invece non ha consapevolezza delle dimenticanze. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dimenticare il posto in cui sono stati messi oggetti familiari;</li> <li>b. Dimenticare i nomi che precedentemente erano noti. Non si ha alcuna prova oggettiva di perdita di memoria all’esame clinico. Non si riscontra deficit oggettivo sul lavoro e nelle situazioni sociali. Preoccupazione appropriata per la sintomatologia.</li> </ul>
3	<b>DEBOLE DECLINO COGNITIVO (CONFUSIONE PRECOCE)</b>	Prime lacune ben definite. Manifestazioni in più dei seguenti settori: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Il paziente può essersi perso viaggiando in un ambiente familiare;</li> <li>b. I colleghi di lavoro si rendono conto della resa relativamente scarsa del paziente</li> <li>c. Gli amici stretti notano difficoltà nel trovare nomi e parole</li> <li>d. Il paziente può leggere un brano o un libro e ricordarsi poco di quello che ha letto; es. leggere un piccolo racconto, dopo un po’ non ricorda quello che gli si è letto.</li> <li>e. Il paziente manifesta maggiore difficoltà a ricordarsi i nomi quando gli vengono presentate nuove persone;</li> <li>f. Il paziente può aver smarrito un oggetto di valore;</li> <li>g. Durante l’esame clinico possono manifestarsi mancanze di concentrazione. La dimostrazione oggettiva della perdita di memoria si ottiene solamente in seguito ad un esame intensivo. Minor rendimento nell’impiego e nelle situazioni sociali. Nei pazienti iniziano a manifestarsi dinieghi. Questi disturbi sono accompagnati da ansietà lieve e moderata.</li> </ul>
4	<b>DECLINO COGNITIVO MODERATO CONFUSIONE AVANZATA</b>	Deficit ben definito durante gli attenti esami clinic. Il deficit si manifesta nei seguenti settori: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Minor conoscenza di avvenimenti attuali e recenti;</li> <li>b. Perdite di memoria riguardo la propria anamnesi;</li> <li>c. Difficoltà di concentrazione;</li> <li>d. Minore capacità di viaggiare in luoghi familiari. Ridotta capacità di svolgere compiti complessi. Il diniego è il meccanismo di difesa predominante: viene manifestato in ridotte risposte affettive e tendenza alla rinuncia in situazioni di sfida. INIZIA IL FENOMENO DELLA FACCIATA, tendenza a nascondere i problemi,</li> </ul>
5	<b>DECLINI COGNITIVO MODERATO GRAVE DEMENZA</b>	Il paziente non riesce più a sopravvivere senza assistenza. Durante il colloquio con il medico non riesce a ricordare aspetti rilevanti della propria vita attuale, ad esempio l’indirizzo o il n° di telefono che ha da anni, i nomi di membri della propria famiglia (come dei nipotini) o il nome della scuola secondaria o dell’Università in cui si è diplomato.

	<b>DEFINITA</b>	Spesso si riscontrano disorientamenti nel tempo (data, giorno della settimana, stagione) o nello spazio Non sanno dire le parole all'indietro. Una persona istruita può riscontrare difficoltà a contare all'indietro da 40 sottraendo 4 o da 20 sottraendo 2 per volta. Non riesce a dire la parola all'indietro, per es. Cane. Le persone a questo stadio si ricordano di molti fatti importanti di loro stessi e gli altri, sanno immancabilmente il loro nome e generalmente ricordano il nome del coniuge e dei figli. Il paziente ha bisogno di aiuto per la persona o per mangiare, e ha difficoltà nella scelta degli abiti appropriati.
6	<b>GRAVE DECLINO COGNITIVO DEMENZA MODERATA</b>	Il paziente può occasionalmente dimenticarsi il nome del coniuge, dal quale dipende completamente per sopravvivere, è presente il sintomo di PROSOPOAGNOSIA, l'incapacità di ricordare i nomi dei volti. Quando si vede una persona, il nostro cervello costruisce una specie di mappa, prendendo di riferimento, la distanza degli occhi, gli zigomi, La punta del mento, legati alla memoria semantica, quando si ricostruisce il volto, questo volto va a sovrapporsi ai ricordi e siamo in grado di dare un nome ad un volto. E' per lo più ignaro di tutti gli avvenimenti recenti e delle esperienze della propria vita. Trattiene qualche ricordo della vita passata. I ricordi autobiografici, quando si ricostruisce la vita autobiografica calma molto queste persone. E' per lo più ignaro del proprio ambiente, dell'anno, della stagione ecc. Può avere difficoltà nel contare all'indietro da 10 e talvolta anche in avanti. Ha bisogno di assistenza nella vita quotidiana (può diventare incontinente, ad esempio). Ha bisogno di assistenza durante i viaggi, ma può essere in grado di spostarsi in luoghi familiari. Frequentemente il ritmo diurno è disturbato. Ricorda per lo più il proprio nome e riesce distinguere nell'ambiente persone familiari da quelle non familiari. Si verificano cambiamenti di personalità ed emozionali: aggressività è un livello molto importante. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Delirio, il paziente può accusare il congiunto di essere un impostore o il figlio l'amante della moglie o parlare a figure immaginarie nello specchio;</li> <li>b. sintomi ossessivi, ad esempio, il paziente può dedicarsi a continue attività di pulizia;</li> <li>c. possono presentarsi sintomi di ansia, agitazione e anche comportamento violento precedentemente non manifestato;</li> <li>d. abulia cognitiva, cioè perdita delle facoltà di trattenere un pensiero sufficientemente a lungo per portare a termine un'azione finalistica.</li> </ul>
7	<b>DECLINO COGNITIVO MOLTO GRAVE, DEMENZA AVANZATA</b>	Tutte le capacità verbali sono perse. Frequentemente non vi è discorso ma solo grugniti o ecolalia, paralalia, parole inventate, Incontinenza urinaria. Richiede assistenza nella cura di sé e per nutrirsi. <b>Perde la capacità psicomotoria</b> di base (capacità di camminare ). Si perde lo schema motorio che è innato. Il cervello sembra non essere più capace di dire al corpo che cosa fare. Segni e sintomi neurologici generalizzati e corticali frequentemente presenti. È legato generalmente all'allettamento.

#### I LIVELLI DI VALUTAZIONE

LIVELLO 1

Conoscenza generale

LIVELLO 2

Registrazione di osservazione e aneddotica

LIVELLO 3

Valutazione di base della capacità della persona di svolgere attività di vita quotidiana

- LIVELLO 4 Strumenti di valutazione da gestire o interpretare da parte di professionisti competenti.
- LIVELLO 5 Scale specializzate di classificazione della demenza, per individuare i settori di deficit funzionali, gestire da professionisti competenti.

Bisogna tenere presenti 4 aspetti legati alle caratteristiche cliniche della malattia:

- 1- **funzioni Frontali**, in qualche modo il lobo frontale regola le nostre capacità emozionali , e la difficoltà è tradurre le nostre emozioni in gesti, Es. un comportamento adeguato alla circostanza.
- 2- **Le capacità sensoriali**, è la capacità di riconoscere e di discernere quello che ci succede intorno;
- 3- **Il linguaggio e la capacità di comprensione;**
- 4- **Autonomia motoria, dal movimento**

Dobbiamo essere in grado di valutare il paziente in base a questi 4 Livelli clinici, che vanno correlati con i libelli funzionali della persona anziana.:

- 1- GLOBALE autonomia globale,
- 2- ALIMENTAZIONE è l'ultima ADL che si perde, è la più tenace, mantiene la sua autonomia anche in presenza di malattia avanzata.
- 3- TOILETTA essere in grado di gestire la propria igiene personale,
- 4- ABBIGLIAMENTO- collegato all'autonomia del vestirsi.
- 5- CURA DI SE – Per esempio la gestione della protesi dentale.

Livello Clinico 1	Livello Clinico 2	Livello Clinico 3	Livello Clinico 4	LIVELLI FUNZIONALI
DISFUNZIONE LOBO FRONTALE	CAPACITA' SENSORIALE	LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE	MOVIMENTO	GENTILE CARE
Problemi di ragionamento, giudizio, personalità e abitudini sociali.	Possono presentarsi agnosia, illusione, allucinazione, convulsioni. Non è il farmaco la soluzione, ma è l'ambiente che va organizzato.	Presenza di incapacità a comunicare, afasia, anomia. Il problema drammatico è l'incapacità di comunicare.	Presenza di aprassia incapacità di organizzare il movimento, le persone rimangono ferme.	GLOBALE

<p>La persona può togliersi la dentiera, mangiare con le mani, rubare il cibo degli altri, o emettere suono inappropriati. Strategie di assistenza è quello di apprendimento senza errori, cioè se sbagliano vanno corretti.</p>	<p>La persona può non essere in grado di distinguere i sapori tra il cibo ed altre sostanze tossiche, sgradevoli o pericolose. Bisogna gestire la sicurezza per tutto quello che può essere nocivo.</p>	<p>La persona può essere incapace di esprimere le proprie preferenze, impegnarsi in una conversazione o esprimere i propri desideri. Non c'è possibilità di comunicazione è l'operatore che deve comprendere, Bisogna dare delle risposte, non porre le domande.</p>	<p>Pur avendo fame la persona può essere incapace di afferrare un utensile per mangiare. l' APRASSIA Il modo di cucinare va modificata, perché questi pazienti portano alla bocca il cibo allora sarebbe opportuno il FINCHERFOOD</p>	<p>ALIMENTAZIONE</p>
<p>La persona può defecare in pubblico senza badare a considerazioni sociali</p> <p>La persona può interpretare l'accudimento come un invito sessuale; può ritenere pericolosa l'attrezzatura tecnica.</p>	<p>La persona può scambiare un cestino per la carta straccia o altro oggetto del genere per un water.</p> <p>La persona può essere incapace di distinguere tra caldo e freddo, tra il sapone e di cibo, tra il lavaggio dei capelli e l'annegamento.</p>	<p>Incapacità di chiedere aiuto o suggerimenti</p> <p>La persona può non capire i compiti richiestile; può essere incapace di esprimere paure o necessità.</p>	<p>A causa dell'aprassia, la persona non è in grado di azionare una chiusura lampo, di vestirsi o di pulirsi. La difficoltà di gestire gli abbigliamento.</p> <p>La persona può essere incapace di vestirsi o di spogliarsi, di obbedire fisicamente alle istruzioni o di iniziare un movimento.</p>	<p>TOILETE</p> <p>BAGNO</p>
<p>La persona può spogliarsi in pubblico , o apparire in pubblico con abiti socialmente inaccettabili o sporchi</p>	<p>La persona può indossare abiti non adatti al clima.</p>	<p>La persona può non essere in grado di esprimere scelte o desideri riguardanti l'abbigliamento.</p>	<p>La persona può essere incapace di abbottonare un indumento o di azionare una chiusura lampo o di compiere le mosse necessarie per vestirsi, o può indossare i vestiti in ordine sbagliato.</p>	<p>ABBIGLIAMENTO</p>
<p>La persona può togliersi la dentiera in pubblico o fare toilette di fronte ad altri, o non essere cosciente dell'odore corpale o della mancanza di igiene.</p>	<p>La persona può mangiare il dentifricio o confondere diversi oggetti ed attrezzature, o non accorgersi dell'odore corpale o della mancanza d'igiene.</p>	<p>La persona può essere capace di chiedere assistenza o di spiegare bisogni e desideri....</p>	<p>La persona può essere incapace di iniziare i movimenti necessari per la cura della persona o distinguere tra il dentifricio e lo spazzolino da denti</p>	<p>CURA DI SE</p>

Correlato con i 4 livelli clinici. Sistema biasciale, mettere su due assi i problemi e vedere quali sono le varie soluzioni. Un piano assistenziale può essere progettato e attuato solo quando si riconoscono i problemi, quando siamo in grado di oggettivarli.

I 4 problemi GLOBALI correlati con i livelli clinici più importanti .

A livello globale, una modificazione delle funzioni frontali, significa non avere più la capacità di giudizio,

A livello sensoriali, questa perdita di autonomia globale, non è più in grado di riconoscere l'ambiente, la persona ha delle allucinazioni, l'ambiente estraneo è nemico, quindi il paziente diventa pericoloso, ci sono animali c'è una sensazione di pericolo. Non bisogna somministrare farmaci, ma adeguare l'ambiente e organizzarlo.

Il linguaggio: L'incapacità di comunicare, queste persone a modo loro, parlano, è nato un metodo di linguaggio, *il conversazionalismo*, la capacità di parlare con una persona che non sa parlare. Es. Un artigiano che lavorava il marmo, non parla più ma grugnisce, ma comunica in qualche modo, attraverso i gesti che ricordano il suo lavoro,

L' APRASSIA, l'incapacità di organizzare i movimenti

L'ALIMENTAZIONE. Es. nei centri Diurni dove il vitto viene consumato insieme, è stupefacente vedere che questi pazienti, rubano dai piatti dell'altro, utilizzando le mani, a catena, ognuno lo fa con gli altri. Questi atteggiamenti non vanno accettati, ma vanno corretti, non con atteggiamenti punitivi, cioè APPRENDIMENTO SENZA ERRORI. Queste persone non distinguono più i sapori. Problema anche pericoloso, queste persone mettono in bocca qualsiasi cosa, ovviamente la sicurezza dell'ambiente nella gestione di pazienti con Alzheimer è importante, va controllato tutto quello che è nocivo.

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE. La conversazione, metterci in relazione con qualcun altro, significa che siamo in grado di dire quello che siamo noi, quello che ci piace e quello che non ci piace, in questi pazienti non c'è possibilità di comunicazione, vanno interpretate le diverse sensibilità. Quando si parla con un paziente. con ALZEIHMER non si pongono domande, ma si dovrebbero dare delle risposte, per es. oggi sto bene, è una bella giornata, in questo seguono, perché il bene il male, il brutto il cattivo, sono dimensioni che vengono percepite, ma è l'operatore che deve dirlo.

Queste persone si rubano a vicenda, si nascondono le cose, questi atteggiamenti, vanno tollerati, non si tollera il mangiare nei piatti degli altri perché il mangiare insieme è un fatto sociale. Questo atteggiamento si cerca di recuperarlo, in modo che a casa possono mangiare a tavola con gli altri, in modo che mangiano, vanno in giro sistematicamente, loro non mangiano perché non sanno cosa significa mangiare, e quindi vanno incontro a dimagrire. C'è una riduzione di mortalità per denutrizione. Per l'aprassia, questi pazienti non afferrano il bicchiere dalla tavola, quindi non devono.

TOILETTE – Sono pazienti, che a

livello globale non hanno atteggiamenti appropriati socialmente, sensoriale, scambia il cestino per Water,

linguaggio e comunicazione: il paziente non è in grado di chiedere aiuto.

Movimento: a causa dell'aprassia non riesce ad azionare una chiusura lampo,

ABBIGLIAMENTO:

Frontale, La persona perde il pudicismo, si scopre in pubblico, abito come invito sessuale, I dementi di tipo frontale hanno atteggiamenti sessuali disinibiti, La sessualità deve in qualche modo deve essere gestita.

A livello sensoriale. Inadeguatezza a vestirsi in relazione caldo freddo, consiglio ai familiari di utilizzare le tute.

Linguaggio, l'incapacità di chiedere

Funzione motoria, incapacità di vestirsi, di legare, di infilarsi le calze. Le stravaganze del vestirsi sono tollerate, perché sono legate alla personalità alle caratteristiche dell'individuo. Il problema invece è spogliarsi, il non togliere gli indumenti e dormirci e tenerli senza mai toglierlo, per arrivare al convincimento, di cambiare l'indumento, vanno utilizzati metodi di relazione e argomentazioni di convincimento.

LA CURA DI SE legato alla gestione del proprio corpo, es. la dentiera, viene esibita in pubblico, persone che infilano la dentiera in posti più impensabili.

Sensoriale l'odore della pelle, che i batteri determinano l'acido capronico e determina quel cattivo odore. Anche le ditte cosmetiche sono in fase di ricerca, per evitare questo problema per eliminare l'odore.

Linguaggio e movimento, l'incapacità di comunicare.

Movimento, l'incapacità di utilizzare lo spazzolino, quindi si consiglia di mettere il dentifricio sulle mani.

LA REGOLA DEL CINQUE + DIECI è qualcosa che nasce da questo sistema biassiale, l'atteggiamento nei confronti di questi pazienti deve essere di tipo PROTESICO, La PROTESI ha la funzione di sostituire e di recupero funzionale, che deve permettere di recuperare le funzioni, di dare qualche cosa che permette di mantenere quelle funzioni. Le cinque funzioni DI BASE che si può cercare di recuperare sono:

1. Mangiare
2. Vestirsi
3. prendersi cura di se
4. la toilette
5. bagno, nel senso di lavarsi.

Su queste cinque funzioni il lavoro deve essere sistematico e quotidiano, devono essere gli obiettivi principali, e sono obiettivi praticabili.

Altre Dieci attività che in qualche modo possono essere definite possibili, non sempre raggiungibili sono:

- Parlare,
- Camminare,
- Cantare,
- Lavorare,
- Ridere,
- Ricordare, legato all'autobiografia
- Ballare,
- Guardare,
- Toccare,

Pregare, rispettando le piene libertà,

Queste dieci attività vanno poi distinte in

NECESSARIE; per il mantenimento dello stato di salute, e sicuramente è il sonno,

ESSENZIALI; l'essenzialità è data dallo sviluppo e dallo stimolo della capacità di relazioni, legate alla comunicazione, utilizzare strategie comunicative, come il ballo, il canto, che sono strategie comunicative eccezionali, il concetto di intimità, queste persone adorano essere abbracciate, accarezzate, è una cosa che riesce a smontare situazioni di agitazione, comprende il maternale nel senso di protezionismo. Trasmettere queste metodologie anche ai parenti, sono annichiliti, dalla gravità della malattia, Queste persone dementi hanno come punto di riferimento la famiglia e quindi anche la famiglia deve essere coinvolto. Il Centro diurno ha la resa ottimale quando arriva al massimo di 30 ospiti, 5 operatori su 30, 2 infermieri e gli altri 3 sono OSS, 1 geriatra, 1 psicologo, a consulenza. Alcune regioni rimborsano la quota Sanitaria, i familiari pagano la quota sociale, (vitto, pannolini, ecc)

SIGNIFICATIVE; lavoro, conservano una certa autonomia nel lavoro. gioco, sono in grado di seguire il gioco, tipo carte, tombola, Ricreazione, Pet therapy, terapia con gli animali, il giardinaggio è un'operazione complessa, e una persona con demenza non può gestire, perché lo si mette in agitazione prestazionale, bisogna scegliere dei compiti semplici, oppure deve esserci un operatore dedicato. Per esempio la coltivazione dei bulbi è più semplice e quindi fattibile per questi pazienti.

GIARDINO Alzheimer?

ATTIVITA' DI BASE	ATTIVITA' NECESSARIE	ATTIVITA' ESSENZIALI	ATTIVITA' SIGNIFICATIVE
Le cinque attività della vita quotidiana	Attività necessarie per la salute	Attività essenziali per l'interazione	Impegni speciali
Toiletta Cura di se Bagno Abbigliamento Alimentazione	Sonno naturale Riposo/Rilassamento Tempo all'esterno/Privacy	Comunicazione Movimento Intimità/Tocco Famiglia/Socializzazione	Lavoro Gioco Ricreazione

Come devono essere pianificate ed organizzate queste attività.

Il regista e Patrizia Spanetti sono stati i primi che hanno fatto presente e reso pubblica la situazione.

FILMATO:

Parla di un figlio che vive la situazione di Alzheimer della propria madre.

Un'afezione neurodegenerativa che è stata considerata come una conseguenza nella senilità, inizialmente si manifesta con perdita di memoria a breve termine, ma con il progredire della patologia si arriva a una demenza progressiva, che rende invalidi fino alla perdita totale dell'autosufficienza. La durata della malattia varia da 5-15 anni, di solito per cause secondarie, fino all'arrivo della morte per es. di una polmonite. Si stima che tra qualche anno vi potranno essere circa 14 milioni di casi di malattia di Alzheimer. Amelia, ha 74, la sua malattia si è manifestata con perdita di coscienza improvvise, senza spiegazione patologica. Nel giro di pochi anni la perdita della memoria ha modificato tutta il suo comportamento, ha disimparato a scrivere, stare a tavola, lavarsi, vestirsi. La competenza alle scale si è progressivamente ridotta a poche parole, ripetute con tenacia maniacale, poi l'uso del linguaggio è cessato completamente e non è stato più possibile comunicare con le parole. Il linguaggio però, non serve soltanto per il rapporto tra gli uomini, penetra profondamente nella nostra percezione, nella memoria, nel pensiero, nell'azione, organizza tutto il nostro mondo interiore, e forse perfino quando stiamo in silenzio noi parliamo con noi stessi.

Il Figlio cerca di attrarre l'attenzione chiamandola per nome o con l'appellativo di mamma, imboccandola, e invitandola a bere, Il figlio ricorda e sottolinea l'incertezza della situazione. Racconta la vita di Amelia, Come Donna e come medico psichiatra, perdere la memoria giorno dopo giorno, la tristezza è vedere diminuire progressivamente le capacità cognitive, il mondo si frantuma, gli oggetti appaiono incomprensibili, e tutta la vita diventa una ricerca tormentosa, di nomi, azioni, immagini, in un perenne presente, senza possibilità di un passato. Ogni volta che di fronte agli altri la mente l'abbandonava, sul viso gli si dipingeva stupore, di chi non sapeva cosa fare, cosa dire. Di solito i sani considerano la malattia come se fosse monolito, indistinto e sempre uguale, per il malato invece è un calvario che si modifica ad ogni istante, in tutta la gamma del dolore e della consapevolezza.

Il medico: definisce la malattia di Amelia come l'incapacità di progettare se stessa e il suo futuro, senza altre malattie concomitanti a questo decadimento cognitivo che caratterizza il suo essere, sicuramente avverte molta sofferenza dal punto di vista psichico, ma questo non riesce a manifestarlo. Essendo una malattia progressiva, comporterà ulteriori limitazioni funzionali ed esistenziali, arriverà ad uno stato vegetativo di dipendenza totale. La differenza tra questo stadio avanzato della malattia e la morte clinica, Noi definiamo la morte clinica quando il cervello non ha segnali elettrici piatti, per alcune etnie la morte clinica inizia dove finisce la vita relazionale, per noi che crediamo a oltre la vita relazionale percepiti, diciamo che Amelia c'è. In questo mare senza sponde dell'Alzheimer, a volte sembra per brevi attimi che riaffiori qualche ricordo, ma l'oblio riaffiora immediatamente e riacquista il sopravvento. La coscienza diventa un magma in cui tutto fluttua senza scopo e volontà, rimane solo la memoria biologica, che spinge il cuore a pompare l'ossigeno, ecc. come le filosofie orientali dove il pensiero viene sospeso per eliminare il dolore esistenziale, ma la contemplazione del nulla nella meditazione trascendentale è volontaria, nell'Alzheimer è una puntata senza ritorno.

I familiari dei malati di A. hanno necessità di supporto. Il Malato di A. perde il controllo di se stesso, delle sue emozioni. Il malato di A. all'inizio ha paura, perché non riesce a capire quello che gli sta succedendo, il familiare che diventa il punto di riferimento, anche se non riconosciuto con il ruolo che gli appartiene. I ricordi, il passato non si ha conoscenza di dove siano. Il figlio si pone la domanda di come ricorderà la propria madre, definire questa malattia per il poco che si conosce è difficile.

Percezione, coscienza e volontà non sono nulla senza la memoria e un mondo senza memoria è un mondo incosciente. Per la nostra società non c'è spazio per la vecchia, perfino per il cinema, solo ciò che è vivo, bello, giovane, ha spazio sullo schermo, il buio non ha possibilità, ma se la vecchia è lo specchio della morte che si avvicina, il cinema con tutta la sua finzione è lo specchio di ciò che siamo. Una società finita, priva di valori, vuota.

Dei registi sono stati censurati, perché far vedere la sofferenza, significa far conoscere la realtà.

E' una malattia enorme, da circa 5-6 anni si fanno circa 150 mila nuove diagnosi ogni anno. Il paziente che maschera la malattia, significa che qualche coscienza c'è. In queste fasi evolutive, si percepisce una visione distorta. Si pensa che non vi sia più percezione, perché in queste aree cerebrali non c'è consumo di ossigeno, non ci sono neuroni. Ma dalla percezione dei parenti sembra che il pz.

ci sia. Il grave è l'incoscienza sociale che circonda questa malattia. In Lombardia il metodo GENTLE CARE è attuato già da vari anni. Noi ricordiamo facendo delle associazioni, un ricordo trascina un altro, quindi attaccandosi ai vecchi ricordi, si riportano nel presente. Alcuni pazienti parlano con il linguaggio dei genitori, scompare la memoria cognitiva, ma rimane la memoria procedurale. Es. se gli chiedi la ricetta di un dolce non la sanno, ma se gli metti vicino gli ingredienti per la memoria procedurale riesce a fare un dolce. (alcune conoscenze sono arrivate a noi perché alcune suore hanno lasciato alla ricerca i loro cervelli). La malattia 4:1 colpisce le donne. Chi è portatore del cromosoma 21 (stesso cromosoma del morbo di Down nel corso degli anni ha la predisposizione a sviluppare la malattia di A. la malattia di A. ha inizio quando nei nostri neuroni comincia a depositarsi una proteina, la BETAAMILOIDE, questa proteina nel tempo accumulandosi determina la morte dei neuroni. Cosa determina l'accumulo di questa proteina è alquanto complicato. L'unica cosa che ha dato risultati estremamente incoraggianti è il vaccino che è stato sperimentato, perché c'è una base di tipo immunitario, da fare nelle fase iniziale della malattia. C'è una fase della malattia che si chiama il deterioramento cognitivo lieve, le persone vaccinate, un inibitore della sintesi della betaamilode, il vaccino non molto purificato, ha provocato delle encefalite, delle quattrocento persone vaccinate, nessuna è avanzata nella fase Alzeihmer dopo cinque anni. Per poter capire se una persona è depressa o demente, si somministra un farmaco antidepressivo, se la depressione migliora, la diagnosi è stata accertata.

Le ATTIVITA' SIGNIFICATIVE, sono legate alla capacità di giocare, attività ricreative.

Il bagno è uno dei momenti più difficili, vanno messi poco elementi, queste persone odiano gli specchi, perché quando vedono la figura entrano in confusione, non riconoscono la persona. I sistemi di sicurezza, sarebbe opportuno che venga usata la doccia con la sedia. Il sistema di lavare queste persone, richiede la loro conoscenza, alcune hanno paura del getto d'acqua, quindi in questo caso è opportuno l'utilizzo di spugnature. Non porre domande, ma approccio delicato e convincente, che emani sicurezza.

Parlare anche quando queste persone non rispondono. Mettere sempre un oggetto tra l'operatore e il paziente, (spazzola, spugna, doccia,) l'oggetto attrae l'attenzione e la distoglie da quello che si sta facendo.

La televisione non funziona con queste persone, mentre funziona raccontare storie. Questi pazienti ascoltano la storia. Funziona fare la musica,

## **DISABILITA'**

“Limitazione nella capacità funzionale GLOBALE dell'individuo nella società”

E' una persona che non è in grado di fare la vita quotidiana. Per definire una persona disabile ci si riferisce alle ADL (ACTIVITY DAILY LIVING) che sono le attività di vita quotidiane. Viene utilizzata questa scala per definire anche legalmente le disabilità: sono 6 le funzioni da valutare:

- 1.mangiare,
- 2.vestirsi,
- 3.lavarsi,
- 4.utilizzo dei servizi igienici,
- 5.muoversi,
- 6.controllo degli sfinteri.

Altro problema oltre alla disabilità, è la morbilità che, in senso epidemiologico, è la suscettibilità a contrarre malattie, in riferimento a malattie croniche.

La prevalenza delle disabilità aumenta con l'aumentare dell'età ed aumenta il tipo di disabilità, fino a quella chiamata "catastrofica" che corrisponde al paziente allettato e che dipende dagli altri per tutte e sei le ADL,

Nelle donne la disabilità più frequente risiede nell'incontinenza, per un fattore anatomico, L'incidenza ci dice quanti nuovi casi nel periodo di riferimento, ci sono stati, quindi la velocità di perdite di ADL, allora l'efficacia dell'assistenza si misura riduzione dell'incidenza di una malattia; la disabilità progressiva viene misurata sulla capacità di movimento e l'incidenza di questo problema si alza nelle fasi di età più avanzata. (l'età più fragile) L'autonomia del movimento si valuta con: Sig. Si alza dal letto e va in bagno, 2) si alza e riesce a sedersi sulla sedia, si alza e va in cucina, questi tre ambiti misura la capacità del movimento.

### **COMPONENTI PATOGENETICHE DELLA DISABILITA'**

- **FATTORI BIOLOGICI**
  - Patologie
  - Decadimento funzionale senile
  - Cause patogenetiche
- **FATTORI SOCIO ECONOMICO**
  - Povertà
  - Solitudine
- **FATTORI PSICOLOGICI**
  - Depressione

### **COME SI ACCERTA LA DISABILITA'?**

Sono indispensabili tre elementi per definire la disabilità. La valutazione dello stato funzionale, attraverso

1. ADL
2. IADL
3. Prove motorie semplici del cammino, dell'equilibrio e della postura.

Si utilizzano 2 scale per la valutazione funzionale: ADL , IADL, queste prevedono un'attività mediata da oggetti quindi attività strumentale.

Sei aree funzionali compongono le ADL autonomia nel lavarsi, vestirsi, uso dei servizi igienici, muoversi (dentro la propria abitazione), mantenimento della funzione sfinteriale, mangiare.

Sono messi in ordine gerarchico cioè tendono ad essere perdute in successione, infatti l'alimentazione è la più resistente viene conservata anche nei dementi.

Attività strumentali (IADL) sono otto aree messe anche queste in ordine gerarchico:

1. uso del telefono.
2. capacità di fare acquisti
3. cucinare
4. cura della casa (mantenimento di un ordine funzionale degli oggetti di maggior uso)
5. fare il bucato
6. spostarsi con i mezzi pubblici (mobilità)
7. autonomia nell'assunzione di farmaci
8. maneggiare il denaro

ADL: Per il lavarsi, l'anziano non si fa lavare i capelli, si agita molto. Per vestirsi: difficoltà nell'abbottonare, i bottoni si possono sostituire con velcro.

Per l'uso dei servizi igienici dovrebbero esserci dei maniglioni, le dimensioni delle porte dovrebbero essere più grandi, non devono essere tappeti nei bagni; l'allettamento è della persona che non riesce da sola a scendere dal letto. L'ADL persa dell'alimentazione è la difficoltà di portare il cibo alla bocca allora si consiglia di far mangiare con le mani (cibi adatti), i primi problemi con le posate è con il coltello nello sbucciare la mela o tagliare il pane. Nell'alimentazione dell'anziano allettato l'attenzione va posta alle briciole che se rimangono nel letto si depositano nella parte più declive e possono dare origine a decubiti.

In ambienti non italiani (da noi lo fanno i geriatri) lo strato funzionale viene valutato esclusivamente da infermieri.

### VALUTAZIONE FUNZIONALE

- Autosufficienza, (BADL – IADL)
- Equilibrio
- Cammino

Viene identificata dalle necessità di aiuto nelle:

#### BADL

- lavarsi
- vestirsi
- uso del bagno
- trasferirsi
- mantenere la continenza sfinterica
- alimentarsi

#### IADL

- usare il denaro
- fare acquisti
- cucinare
- cura della casa
- fare il bucato
- spostarsi con i mezzi pubblici
- assumere i farmaci
- maneggiare il denaro

ADL (si assegna un punteggio )

FARE IL BAGNO(vasca, doccia, spugnature)

- |  |   |
|--|---|
| Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca senza aiuto)            | 1 |
| Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo | 1 |
| Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo                | 0 |

VESTIRSI(prendere i vestiti dall'armadio compreso l'intimo, scarpe,ecc)

- |   |   |
|---|---|
| -Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza;                 | 1 |
| -prende i vestiti e si veste autonomamente: necessita di aiuto per allacciare le scarpe | 1 |
| -ha bisogno di aiuto o rimane parzialmente o completamente svestita                     | 0 |

TOILETTE(Andare in bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi

- |  |   |
|--|---|
| -va in bagno si pulisce e si riveste senza bisogno di aiuto<br>(può utilizzare supporti quali:bastoni, deambulatori, sedia a rotelle ecc.) | 1 |
| -ha bisogno di assistenza per andare in bagno, pulirsi e rivestirsi  | 1 |
| -non si reca in bagno  | 0 |

SPOSTARSI

- |   |   |
|---|---|
| -Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza | 1 |
| -compie questo trasferimento se aiutato                             | 0 |
| -allettato non esce dal letto                                       | 0 |

CONTINENZA DI FECI ED URINA

- |   |   |
|---|---|
| -controlla completamente feci ed urine  | 1 |
| -“incidenti occasionali”  | 0 |
| -Necessita di supervisione per controllo di feci e urine,<br>oltre al catetere è incontinente | 0 |

ALIMENTAZIONE

- |   |   |
|---|---|
| Senza assistenza  | 1 |
| Assistenza solo per tagliare la carne e il pane                                     | 1 |
| Assistenza per portare il cibo alla bocca, nutrizione parenterale parziale o totale | 0 |

PUNTEGGIO TOTALE 10

VALUTAZIONE IADL

<b>ABILITA' AD USARE IL TELEFONO</b>	
- usa il telefono di propria iniziativa	1
-compone solo pochi numeri ben conosciuti	1
-risponde al telefono	1
-è incapace di usare il telefono	0
<b>FARE LA SPESA</b>	
-si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	1
-è capace di effettuare solo pochi acquisti	0
-ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	0
-è completamente incapace di fare la spesa	0
<b>PREPARARE I PASTI</b>	
-Pianifica i pasti, li prepara correttamente e li serve in maniera autonoma	1
-prepara i pasti solo se sono pronti tutti gli ingredienti	0
-è in grado di riscaldare cibi pronti o di prepararli in modo non costante,	0
-ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	0
<b>CURA DELLA CASA</b>	
-riesce ad occuparsi della casa o con aiuto occasionale	1
-riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non mantiene livelli adeguati di pulizia	1
-ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa	0
-è completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	0
<b>FARE IL BUCATO</b>	
-Lava tutta la propria biancheria	1
-lava solo i piccoli indumenti	1
-tutto il bucato deve essere fatto da altri	0
<b>SPOSTAMENTI FUORI CASA</b>	
-viaggia autonomamente con mezzi pubblici o automobile propria	1
-fa uso di TAXI ma non è capace di prendere mezzi pubblici	1
-viaggia su mezzi pubblici solo assistito o accompagnato	1
-viaggia in auto o TAXI quando è assistito o accompagnato da altri	0
-non può viaggiare affatto	0
<b>ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI</b>	
-è capace di assumere correttamente le medicine	1
-è capace di assumere le medicine solo se in precedenza preparate e separate	1
-è incapace di assumere da solo le medicine	0
<b>USO DEL PROPRIO DENARO</b>	
-provvede in modo autonomo alle proprie finanze(conti, fare assegnino pagare l'affitto, ) controlla le proprie entrate	1
-provvede alle spese e ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori(andare in banca ecc)	1
-è incapace a maneggiare denaro in modo proprio	0
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	<u>16</u>

## PROVA DELLO STANDING AND WALKING

Valutazione del cammino e dell'equilibrio si valuta il modo con cui le persone si alzano dalla sedia se si appoggiano, se portano avanti la testa o normalmente caricano sui quadricipiti per alzarsi. Si valuta il camminare: tandem un piede dietro l'altro o semi tandem mettono il piede vicino al tallone dell'altro.

Questi strumenti vengono usati dagli infermieri perché non sono diagnostici ma indirizzano a capire di che tipo di esistenza l'individuo che abbiamo davanti ha bisogno, cioè servono a dare solo valutazione funzionali.

### STANDING AND WALKING

- alzarsi dalla sedia
- camminare

### PROVA DI EQUILIBRIO

- Ad occhi chiusi
- tandem (piede uno davanti all'altro)
- semitandem (piede vicino al tallone)

## Mini Mental Test Examination (MMSE)

MMSE: nasce in ambiente psichiatrico. Va somministrato sotto forma di colloquio, in modo informale cercando di mettere completamente a proprio agio il paziente. E' stato validato sulla popolazione italiana per cui può essere considerato da un punto di vista epidemiologico molto specifico e sensibile, utilizzabile soprattutto come test di screening.

È **composto da undici items** di cui ognuno esplora un'area cognitiva per individuare dove esiste il problema. **I sette primi items** riguardano l'orientamento e la funzione della memoria (sopra tutto la registrazione) in che anno, siamo, la settimana, la stagione. Va chiesta la nazione, la regione, l'ospedale.

Poi viene valutata la memoria attraverso la ripetizione di tre parole, pane, casa, gatto. La volta successiva si cambia l'ordine.

Quindi la prova logico – deduttiva di concentrazione e attenzione attraverso il calcolo matematico. Bisogna contare all'indietro partendo da 100 e ogni volta sottraendo 7. In alternativa può essere svolta la prova della sillabazione di una parola dall'ultima sillaba alla prima.

Dopo di che si passa a valutare il linguaggio, facendo riconoscere un oggetto (il demente non né da il nome ma dice a cosa serve),

Poi si fanno ripetere due scioglilingua tipo Tigre contro Tigre o “non c'è se e non c'è ma che tenga”

Poi c'è la prova del comando: prenda un foglio di carta, lo pieghi in due, lo butti per terra; comando a tre sezioni

Poi si fa leggere ed eseguire quello che c'è scritto con il comando “chiuda gli occhi” e gli si chiede di fare ciò che c'è scritto.

Poi si chiede di scrivere una frase di senso compiuto, qualsiasi cosa gli venga in mente;

Infine la prova dell'aprassia, sono due pentagoni che si incrociano per due lati, chi ha problemi cognitivi ha molti problemi a rifare questi disegni.

Se si risponde in maniera corretta a tutto si totalizzano 30 punti:

- Da 26 a 30 indica situazione di normalità
- Da 26 a 18 indica situazione di compromissione di alcune aree
- Da 17 in giù indica una malattia cognitiva importante (i dementi non vanno oltre 10)

## MODELLO DI SCHEDA MMSE

- in che anno, stagione, mese, data, giorno della settimana siamo? (massimo 5 punti)
- in che nazione, regione, città, luogo(ospedale , casa) ci troviamo (massimo 5 punti)

annunciare al paziente che si farà un test di memoria

-dire al paziente che gli verranno elencati i nomi di tre oggetti,

Lei dovrà ripeterli dopo che io li avrò detti tutti e tre,

dire” CASA, PANE, GATTO, “nominandoli uno al secondo;

chiedere poi al paziente di ripetere il nome dei tre oggetti:

(Assegnare 1 punto per ogni risposta esatta al primo tentativo)

Nel caso il paziente non sia in grado di rievocarli tutti e re al primo

Al primo tentativo, ripeterli, fino ad un massimo di 6 volte. Finche

il soggetto non li abbia appresi tutti e tre.Registrare il numero dei

tentativi\_\_\_\_\_

## FARE ENTRAMBE LE SEGUENTI PROVE ED ASSEGNARE IL PUNTEGGIO MIGLIORE OTTENUTO IN UNA DELLE DUE:

serie “7”. Si chiede al paziente di sottrarre da 100 (che non viene contato nel punteggio) la cifra “7” per cinque volte, si assegna 1 punto per ogni risposta corretta (93, 86, 79,72, 65, ).

Scandire ” c-a-r-n-e “ al contrario “e-n-r-a-c-“ il punteggio è dato dal n° delle risposte corrette (es. e-n-a-r-c”=3, .

Chiedere i tre nomi appresi precedentemente(casa, pane, gatto).

-Mostrare al paziente un orologio da polso e chiedere cosa è.

Fare lo stesso con una matita

( massimo 2 punti)

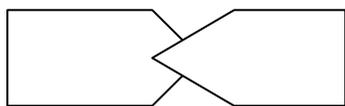
- chiedere al paziente di ripetere la seguente frase dopo di voi :( non c’è nè se né ma che tenga). Solo un tentativo (1 punto)

-fare eseguire un comando a tre gradi, “prenda un foglio con la mano dx. Lo pieghi a metà e me lo restituisca” ( massimo 3 punti)

- legga quello che è scritto qui (mostrare il cartoncino) e lo faccia (il cartoncino contiene il comando “chiuda gli occhi”) ( massimo 1 punto)

-scriva una frase qualsiasi che le viene in mente (il punto viene assegnato se la frase contiene soggetto, predicato, ed ha un senso, non considerare gli errori di ortografia,

- copi questo disegno “il punto viene assegnato solo se sono presenti 10 angoli, e due di questi si intersecano, tremore e rotazione vanno ignorati.



## GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Mi risponda in base a come si è sentito la settimana scorsa.

- è fondamentalmente soddisfatto della sua vita, (0) SI (1)NO
- ha interrotto molte cose che faceva prime e che le piaceva fare (1) SI (0)NO
- sente vuota la sua vita? (1) SI (0)NO

• si annoia spesso	(1) SI	(0)NO
• è di buon umore la maggior parte del tempo	(0) SI	(1)NO
• ha paura che le possa accadere qualcosa di male	(1) SI	(0)NO
• si sente in genere felice	(0) SI	(1) NO
• si sente spesso abbandonato	(1) SI	(0)NO
• preferisce stare a casa anziché uscire e fare cose nuove	(0) SI	(0)NO
• sente di avere più problemi di memoria rispetto ad altri	(1) SI	(0)NO
• pensa che sia bello essere vivi oggi	(0) SI	(1)NO
• si sente un po' inutile così come è oggi	(1) SI	(0)NO
• si sente pieno di energia	(0) SI	(1)NO
• ha perso ogni speranza che la cosa possa migliorare	(1) SI	(0)NO
• pensa che gli altri siano per lo più meglio di lei	(1) SI	(0)NO

Da 0 a 5 sintomatologia normale

Da 6 a 9 sintomatologia Depressiva

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Un processo diagnostico multidimensionale spesso interdisciplinare, consente -attraverso l'identificazione delle risorse e dei problemi medici, psicosociali e funzionali della persona anziana fragile, di programmare un piano di trattamento e di follow up specifico ed individualizzato per quel paziente.

Con la valutazione multidimensionale vengono scoperti, descritti e per quanto possibile, vengono spiegati i multipli problemi della persona anziana, e nella quale le risorse ed i punti di forza della persona sono classificati, valutate le necessità di assistenza, e viene sviluppato un piano coordinato, focalizzato sui problemi specifici della persona.

La valutazione multidimensionale, in termini generali, ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di **salute** di una persona anziana.

Col termine "valutazione", infatti, si intende l'analisi accurata delle **capacità** funzionali e dei bisogni che la persona anziana presenta a vari livelli:

- livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.);
- livello funzionale (disabilità, ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale ecc.);

Un sistema di valutazione multidimensionale include inoltre un programma di **intervento** personalizzato. Dopo aver effettuato la valutazione vera e propria, compito dell'**UVG**, vengono definiti quali provvedimenti bisogna prendere per migliorare le condizioni di vita della persona interessata.

Si tratta di un programma articolato, in grado di abbracciare vari aspetti: sanitario, assistenziale ma anche sociale, capace di privilegiare uno di questi ambiti a seconda delle esigenze che emergono nella fase valutativa.

Spesso ci si riferisce al protagonista della VMD, l'anziano, parlando di **anziano fragile**. Si tratta di un soggetto **gravato** da problemi evidenti (ad esempio: disabilità unita alla presenza di sindromi geriatriche), rispetto ai quali risulta necessario dover prendere una qualche iniziativa.

La VMD, di fronte a simili situazioni, è uno strumento indubbiamente efficace, perchè permette di definire in modo completo le condizioni del paziente.

## L'anziano fragile

Il concetto di "anziano fragile" (traduzione dell'espressione inglese "frail elderly") non è facilmente definibile. L'anziano fragile, intuitivamente, è un soggetto debole, che ha bisogno di sostegno; tuttavia possono (e devono) essere offerti dei parametri più precisi.

Le definizioni di "anziano fragile" che la letteratura scientifica offre sono numerose. Spesso, tra l'altro, su alcuni punti c'è disaccordo. Qui si cercheranno di evitare le questioni più spinose, nella certezza che, nonostante tutto, sia possibile offrire un quadro abbastanza chiaro.

L'anziano fragile, in generale, è un soggetto con tali caratteristiche:

età avanzata o molto avanzata (comunque over 65);

disabilità a diversi gradi;

presenza di sindromi geriatriche (cadute, piaghe da decubito, ecc.) o comorbilità (compresenza di molteplici patologie), elementi che causano uno stato di salute instabile;

problemi di tipo socio-economico, che contribuiscono ad aggravare la situazione.

Il peso di ognuno di questi fattori, ovviamente, sarà diverso in ciascun caso che si presenta.

Col profilo proposto, comunque, vengono definiti dei punti di riferimento, riuscendo a creare una categoria. Si concettualizza la "fragilità", la si delinea come una condizione di rischio elevato, che causa un significativo deterioramento della qualità della vita.

Come funziona la VMD?

**•Lavoro centrato per problemi:** La presentazione del paziente per la presa in carico, la gestione del paziente ed il follow up sono organizzati secondo la metodologia della lista dei problemi: vengono identificati problemi e risorse del paziente, vengono identificati i punti di rottura dell'equilibrio della situazione globale del paziente e vengono identificati e possibilmente trattati le chiavi di volta della situazione.

## DOMINI

\_Stato funzionale di organi ed apparati

\_Funzioni cognitive

\_Tono dell'umore

\_Funzionalità motoria

\_Comorbilità

\_Autosufficienza

\_Risorse ambientali

\_Risorse economiche

## IL PROBLEMA DELLE SCALE

### Scale valutative

Valutazione Multi Dimensionale (The Comprehensive Geriatric Assessment)

- Mini Mental Scale Examination
- Geriatric Depression Scale
- Instrumental, Activities of Daily Living
- Barthel Index
- Global Evaluation Functional Index
- Mini Nutritional Assessment
- Scala di Equilibrio di Tinetti
- Scala di polipatologia di Marigliano-Cacciafesta

- Cumulative Illness Rating Scale, Kaplan-Feinstein
- Geriatric Index of Comorbidity

**Scale valutative** strutturate, specifiche per ambiti di valutazione ( funzionale, cognitivo, affettivo, gravità di malattia, stress familiare, ecc.)

• Poiché la VMD è un **processo multidisciplinare** che coinvolge il paziente, i familiari del paziente, l'infermiere professionale, l'aiutante, il terapeuta della riabilitazione, il medico l'assistente sociale ecc è necessario creare un **linguaggio comune** oggettivo e universalmente condiviso per comunicare, confrontare i risultati e gli insuccessi

La **VMD** ha come oggetto l'anziano, spesso identificato nell'**anziano fragile**. Bisogna specificare, però, quali siano gli strumenti che la costituiscono, ovvero i mezzi attraverso i quali si effettua concretamente la valutazione dell'anziano.

Per farlo è sufficiente seguire lo schema sottostante.

La VMD ha due elementi base: i **test** e il **modello**.

I test rappresentano la parte che permette la misurazione degli aspetti riguardanti la vita dell'anziano e la sua condizione fisica. Ogni test misura un aspetto relativo ad un certo **ambito**: ad esempio le capacità cognitive della persona interessata, o la sua condizione fisica vera e propria.

Rispetto a questo punto i test sono suddivisibili, all'incirca, in **quattro** aree:

- test che valutano l'aspetto biologico;
- test che valutano l'aspetto funzionale;
- test che valutano l'aspetto mentale (cognitivo / psicologica);
- test che valutano l'aspetto sociale.

I test danno dei risultati numerici, o valori inquadrati in una scala (ad esempio: mobilità del soggetto buona, sufficiente, scarsa). I risultati vengono poi elaborati all'interno del modello, che in base alle sue caratteristiche definirà quale posizione avrà quel certo soggetto nella **classificazione** da esso prevista, risultando cioè un **profilo** della situazione dell'anziano considerato. A seconda del risultato ottenuto l'UVG definisce gli interventi socio - sanitario - assistenziali necessari.

Questa è la descrizione generale, ma è opportuno scendere anche nel dettaglio. Innanzitutto la suddivisione **test / modello**. I test non sono scorporati dal modello. Le due fasi (misurazione con i test ed elaborazione dei risultati col modello) sono divise solo temporalmente, ma concettualmente appartengono allo stesso piano.

Con questo si intende dire che, quando si costruisce un modello VMD, lo si elabora privilegiando certe caratteristiche, e che in base alle scelte fatte si decide **anche** quali test sono più adatti al modello concepito: se, ad esempio, si intende creare un modello VMD orientato ad una classificazione del grado di bisogno di assistenza continua, si utilizzeranno test orientati alla valutazione dell'**ambito funzionale**.