Uso appropriato dei farmaci negli anziani: deprescrizione, sviluppo delle terapie non farmacologiche e approccio socio-animativo all'interno delle CRA

Conoscere e riconoscere le manifestazioni comportamentali degli anziani nelle CRA. Affrontare situazioni problematiche individuando le risorse adeguate

Bologna 6 Febbraio 2018

Dr. Mirco Vanelli Coralli

Responsabile Programma Cure Intermedie

Dipartimento Cure Primarie AUSL Bologna

DSM-IV - APA,1994

- A. Presenza di deficit cognitivi multipli caratterizzati da:

  (1) compromissione mnesica (deficit delle abilità ad apprendere nuove informazioni e a richiamare informazioni precedentemente apprese)

  (2) uno (o più) dei seguenti deficit cognitivi:

  (a) afasia (disturbi del linguaggio)

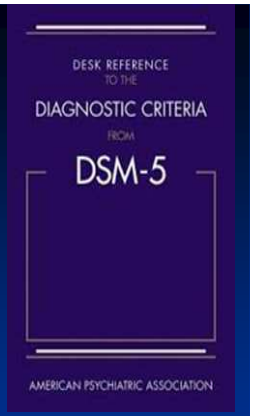
  (b) aprassia (incapacità ad eseguire attività motorie nonostante l'integrità della comprensione e della motricità)

  (c) agnosia (incapacità a riconoscere o identificare oggetti in assenza di deficit sensoriali)

  (d) deficit del pensiero astratto e delle capacità di critica (pianificare, organizzare, fare ragionamenti astratti)

- B. I deficit cognitivi dei criteri A1 e A2 interferiscono significativamente nel lavoro, nelle attività sociali o nelle relazioni con gli altri, con un peggioramento significativo rispetto al precedente livello funzionale

- C. I deficit non si manifestano esclusivamente durante un delirium



DSM-V TM (2013)

Major Neurocognitive Disorders :

Diagnostic Criteria

A) Evidence of a significant decline from previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual motor, or social cognition) based on: 1) Concern of the individual, a knowledgeable informant or the clinician that there has been a significant decline in cognitive function and 2) A substantial impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in absence, another quantified clinical assessment.

B) The cognitive deficits interfere with independence in everyday activities (i.e at a minimum, requiring assistance with complex instrumental activities of daily living)

C) The cognitive deficits do not occur exclusively in the context of a delirium.

D) The cognitive deficits are not better explained by another mental disorder (e.g. major depression, schizophrenia)

Criteri per la diagnosi di malattia di Alzheimer (NINCDS-ADRDA) (da McKhann Get al. Neurology 34:939-944, 1984).

I. **Criteri per la diagnosi clinica di malattia di Alzheimer PROBABILE:**

1. Demenza stabilita dall'esame clinico e documentata dal Mini Mental Test, dalla Blessed Dementia Scale, o da esami similari, e confermata da tests neuropsicologici
2. Deficit di due o più aree cognitive
3. Peggioramento progressivo della memoria e di altre funzioni cognitive
4. Assenza di disturbi della coscienza
5. Esordio tra i 40 ed i 90 anni, più spesso dopo i 65
6. Assenza di patologie sistemiche o di altre malattie cerebrali responsabili di deficit cognitivi e mnesici progressivi

II. **La diagnosi di malattia di Alzheimer PROBABILE è suffragata da:**

- 1.Deterioramento progressivo di funzioni cognitive specifiche quali il linguaggio (afasia), la gestualità (aprassia), e la percezione (agnosia)
- **2.Compromissione delle attività quotidiane e dei "pattern" di comportamento**
- 3.Familiarità positiva per analoghi disturbi, particolarmente se confermati dal punto di vista neuropatologico
- 4.Conferme strumentali di:

  -normalità dei reperti liquorali standard

  -normalità o aspecificità dell'EEG

  -atrofia cerebrale alla TAC cerebrale con documentata progressione dopo osservazioni seriate

III. Altre caratteristiche cliniche in accordo con la diagnosi di malattia di Alzheimer PROBABILE includono, dopo l'esclusione di cause alternative di demenza:

- 1."Plateau" nella progressione della malattia
- 2.Associazione di depressione, insonnia, incontinenza sfinterica, disturbi della percezione, reazioni verbali emotive o fisiche di tipo catastrofico, disturbi sessuali, calo ponderale
- 3.Altre anomalie neurologiche, specialmente nei casi con malattia in fase avanzata, comprendenti segni motori quali ipertono, mioclonie o disturbi della marcia
- 4.Crisi epilettiche nella malattia in fase avanzata
- 5.TAC encefalica normale per l'età

❑1984 Neurology – Clinical diagnosis of Alzheimer disease Report of the NINCDS-ADRDA Work Group

- **2007 Lancet Neurology**

  Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria

- **2010 Lancet Neurology**

  Revising the definition of Alzheimer's diseas: a new lexicon.

- **2011 Alzheimers dement**

  National Institute of Aging – Alzheimer Association (**NIA-AA**)

- **2014 Lancet Neurology**

  International Working Group (**IWG**)

EFNS EUROPEAN FEDERATION OF NEUROLOGICAL SOCIETIES

Raccomandazioni per la diagnosi (1)

L'anamnesi dovrebbe essere integrata con l'aiuto di un familiare	Level A
Tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a un esame fisico e neurologico	Good practice point
La valutazione delle ADL dovrebbe far parte del processo diagnostico	Level A
Una valutazione cognitiva dovrebbe essere eseguita in tutti i pazienti	Level A
Una valutazione neuropsicologica estesa dovrebbe essere effettuata nelle forme precliniche o precoci di AD	Level B
La valutazione cognitiva dovrebbe comprendere un test di screening generale e test più specifici per i singoli domini cognitivi (in particolare un test di memoria differita)	Level A
La valutazione dei BPSD dovrebbe essere eseguita in ogni paziente	Level A
I dati dovrebbero essere raccolti con un familiare utilizzando un'adeguata scala di valutazione	Good practice point

European Journal of Neurology 2010, 17: 1236-48

SINTOMI NON COGNITIVI

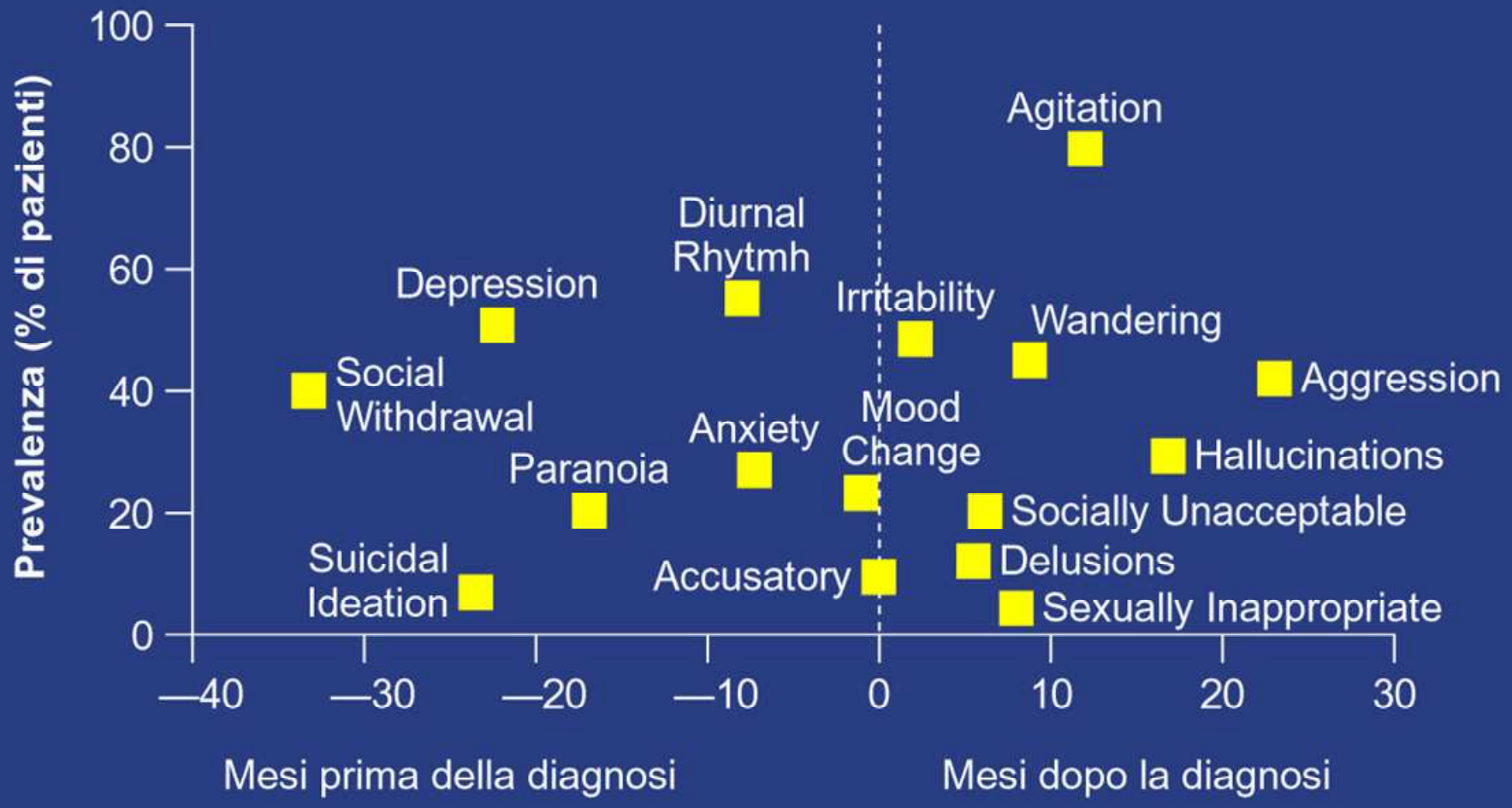
- Il 90% dei pazienti affetti da demenza presenta sintomi non cognitivi.
- Tali disturbi, la cui eziologia non è ben definita, possono essere presenti già nelle prime fasi della malattia.
- Sono eterogenei, fluttuanti e influenzabili da variabili somatiche, socio-ambientali.e dalla personalità pre-morbosa dell'individuo
- La frequenza e la gravità delle singole manifestazioni dipende dalla gravità e dalla eziologia della demenza.
- Rappresentano una delle maggiori cause di istituzionalizzazione per lo stress e il carico assistenziale dei caregiver.
- I sintomi non cognitivi rappresenterebbero una manifestazione primaria delle alterazioni neuropatologiche e neurobiologiche della demenza

- **Sintomi comportamentali e psichici della demenza (BPSD)**

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

- Editoriale, International Psychogeriatrics (1997; 9: 227).

DISTURBI COMPORTAMENTALI E PROGRESSIONE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER



Jost BC, Grossberg GT. J Am Geriatr Soc. 1996;44:1078-1081.

Cluster dei sintomi comportamentali e psichici nella demenza (BPSD)

Aggressività

Resistenza aggressiva

Aggressività fisica

Aggressività verbale

Agitazione

Camminare senza meta

Deambulare misurando i passi

Irrequietezza

Azioni ripetitive

Vestirsi/svestirsi

Disturbi del sonno

Apatia

Ritiro psichico

Mancanza di interesse

Assenza di motivazioni

Depressione

Tristezza

Pianto

Disperazione

Ansia

Psicosi

Allucinazioni

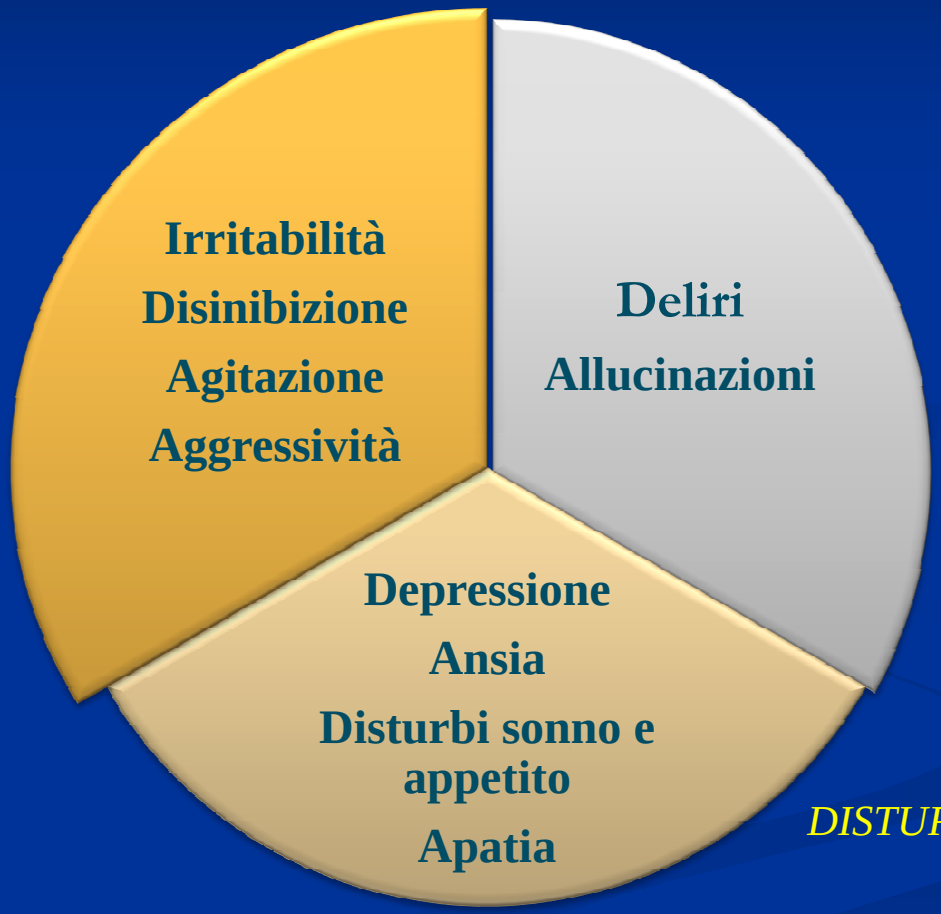
Deliri

Errori di identificazione

Int Psychogeriatr 2000

Modello 1 – Pz con AD (Cheng et al., 2012)

PROBLEMI COMPORTAMENTALI



PSICOSI

DISTURBI DELL'UMORE

Modello 2 – Pz con AD (Canevelli et al., 2013)

PROBLEMI COMPORTAMENTALI

PSICOSI

DISTURBI DELL'UMORE

Sintomi comportamentali e psichici della demenza
Raggruppamenti sintomatici

Disturbi psicotici

Deliri di persecuzione Deliri di identificazione	Allucinazioni

Aggressività/agitazione

Aggressività fisica e/o verbale Aggressività di opposizione	Agitazione -Irrequietezza motoria Disinibizione - Disturbi del sonno

Apatia / Sindrome affettiva

Apatia	Ansia - Depressione

Impatto clinico dei BPSD

- Progressione della malattia più rapida sia in termini cognitivi che funzionali
- Maggiore stress psico-fisico del care-giver
- Frequenti interventi medici specialistici con un incremento del tasso e della durata dell'ospedalizzazione
- Prescrizione di farmaci con conseguente aumentato rischio di effetti collaterali
- Istituzionalizzazione anticipata
- Significativo incremento dei costi di gestione della malattia

Processo demenziale

Comorbilità

Fattori genetici

Personalità premorbosa

Predisposizione

FATTORI BIOLOGICI

FATTORI PSICHICI

PATOGENESI BIO-PSICO-SOCIALE

FATTORI INTERPERSONALI

FATTORI AMBIENTALI

Stress del caregiver

Scarse relazioni sociali

Trasloco – trasferimento

Ospedalizzazione

Finkel, 2000
Manor, 2000

- BPSD possono essere dovuti a cause fisiche per cui deve essere fatta una valutazione medica per escludere :
  - Stipsi
  - Dolore
  - Farmaci (sedativi, farmaci con effetti anticolinergici,, digitale, diuretici, benzodiazepine)
  - Infezioni (urinarie, respiratorie)
  - Scompenso cardiaco/ipossia
  - Comorbilità complessa

Identificare le cause

Fattori di rischio per l'insorgenza dei disturbi comportamentali

- Eventi Vascolari
- Infezioni
- Stato nutrizionale
- Disidratazione
- Farmaci
- Traumi
- Disturbi cardiaci
- Malattie Autoimmuni
- Tumori
- Patologie endocrine
- Disturbi vista-udito
- Ipossiemia
- Ritenzione di urine-stipsi
- Contenzione fisica
- Emorragia subdurale
- Privazione del sonno
- Ospedalizzazione
- Cambiamento di ambiente

Neuropsychiatric Inventory

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J: Neurology 1994;44:2308-2314)

- E' un'intervista di stato elaborata da Cummings et all. ('94) per una valutazione psicopatologica generale nella demenza di diversa origine.

- Permette di effettuare uno screening generale delle manifestazioni psichiatriche dei soggetti con deficit cognitivi.

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Stress
Deliri	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione Aggresività	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/ disforia	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazione	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia Indifferenza	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Comportamento motorio aberrante	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Alimentazione	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]		[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Deliri

- Sono disturbi del contenuto del pensiero
- La persona affetta da demenza crede fermamente cose non vere
- Ideazione delirante poco strutturata e intermittente

1. **Convincimenti deliranti**
2. **Misidentificazioni deliranti / dispercezioni**

Convincimenti deliranti

- Deliri di persecuzione / sospettosità
- Delirio di furto
- Delirio di abbandono
- Deliri di gelosia

Convincimenti deliranti

- Nascono da tentativi di razionalizzare eventi/stimoli mal decodificati/interpretati per problemi di memoria e di cognitività in generale.
- La gravità dei convincimenti deliranti è influenzata dalla personalità premorbosa.
- I contenuti dei deliri esprimono spesso delle preoccupazioni comprensibili (delirio di latrocinio si collega al tema della perdita spostato su oggetti materiali e vissuto in senso paranoide anziché depressivo).
- Il delirio di gelosia esprime il timore di perdere le persone care.
- Il delirio ipocondriaco si collega alla perdita del timore della salute o timore della morte.

Misidentificazioni deliranti / dispercezioni

- La non corretta percezione e identificazione degli stimoli visivi ambientali produce errori di identificazione che vengono reinterpretati in senso delirante
- Presenza di estranei in casa
- Immagini della televisione considerate vere
- Interpretazione erronea di immagini riflesse (non riconoscersi allo specchio)
- Mis-identificazioni di luoghi o persone

Confabulazione

- Produzione di falsi ricordi a riempimento delle lacune mnesiche del passato recente; questa neo produzione, accurata e fantasiosa, attinge a diversi frammenti mnemonici dell'esperienza passata, agli stimoli dell' ambiente ed è tipicamente influenzabile per via suggestiva.

- E' un tentativo di mantenere la continuità nel tempo e quindi il senso di sé nonostante i deficit mnesici

Allucinazioni

- Sono percezioni sensoriali false non associate a stimoli reali esterni
- Le allucinazioni visive e uditive sono le forme più frequenti
- La dis-percezione di stimoli ambientali visivi può scatenare un fenomeno allucinatorio visivo
- le allucinazioni vere e proprie sono probabilmente espressione del danno cerebrale causato dal processo morboso

Allucinazioni e disturbo neurocognitivo

- AD > si manifestano soprattutto nella fase moderata e grave di patologia e sono quasi sempre associate a ideazione delirante.
- Demenza a corpi di Lewy > sono più frequenti rispetto alla AD e si manifestano anche nelle forme lievi di malattia. Di solito sono descrizioni complesse e strutturate.
- Parkinson-Demenza > le allucinazioni visive sono quasi esclusivamente notturne associate ad attività e agitazione onirica.

- Nelle forme severe di malattia la interpretazione dei sintomi allucinatori diventa sempre più difficile in relazione alla progressiva perdita della capacità di comunicazione verbale.

- Possono comunque essere dedotte dal comportamento dell'ammalato

Agitazione / Aggressività

Aggressività fisica	Aggressività non fisica	Aggressività verbale
Autolesionismo	Comportamento e gestualità minacciosi	Turpiloquio
Verso oggetti		
Verso terzi Aggressività oppositiva		

- **VOCALIZZAZIONE PERSISTENTE**

  - Il soggetto dice o domanda le stesse cose più volte o si lamenta in maniera continua…dipende dl deficit di memoria e della capacità critica

- La aggressività diretta contro cose o contro persone in genere è espressione di rabbia, frustrazione o timore, talvolta non immediatamente comprensibili, dovuti ad erronea interpretazione delle situazioni o dei comportamenti altrui

- La aggressività può essere indicativa di un disturbo psicotico o di una forma di depressione.

Agitazione

Sindrome del tramonto

Sundowning

- Iperattività motoria
- Comportamento agitato
- Stato confusionale con disturbi psicotici
- Alterazioni dello stato di vigilanza
- Si sviluppa acutamente nelle ore pomeridiane/serotine

Agitazione psicomotoria

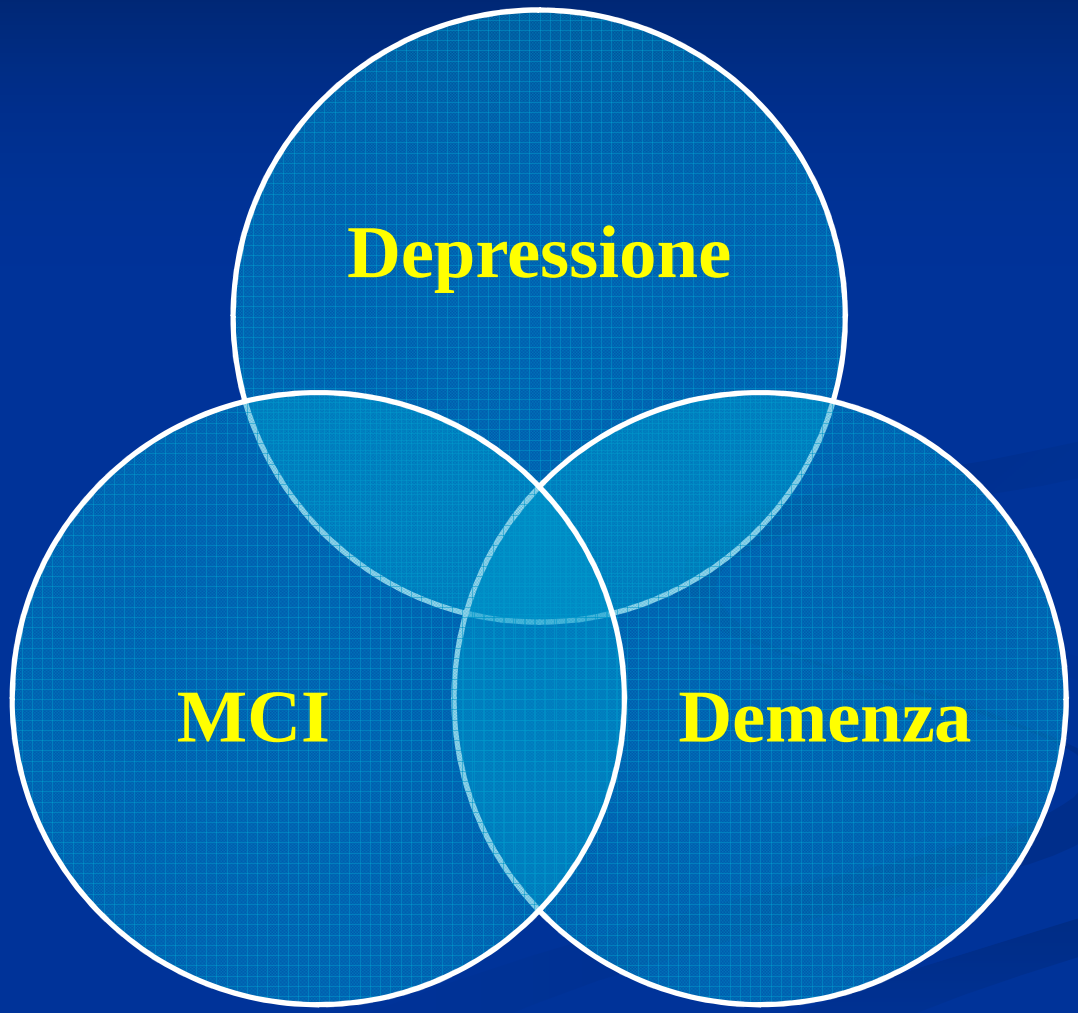
- E' un disturbo polisintomatico che si esprime con ansia, aggressività e attività motoria eccessiva
- Deriva spesso da una interazione complessa tra disturbi comportamentali e psichici e richiede pertanto una interpretazione eziologica

Depressione/disforia
Ansia

- La depressione rappresenta il disturbo psichiatrico più comune nell'anziano (depressione late-onset) ed è caratterizzato da un quadro clinico distinto rispetto alla sintomatologia tipica del giovane e dell'adulto

Presentazione clinica della depressione

Anziano	Adulto / Giovane
Spesso assente la deflessione timica E' presente perdita di piacere (**anedonia**) e di interesse (**apatia**). Appiattimento affettivo	Umore depresso è sintomo chiave
Comuni le preoccupazioni somatiche (sintomatologia dolorosa, astenia e facile stancabilità)	Preoccupazioni somatiche meno comuni
Ansia, **Agitazione, nervosismo, irritabilità.** **Sintomi ossessivo-compulsivi.**	Ansia meno frequente e di solito di intensità moderata
Insonnia	Insonnia
Frequente etilismo ad esordio tardivo **Iporessia** Rifiuto di assunzione di farmaci	Meno frequenti
Pensieri suicidari meno frequentemente espressi. Suicidio più frequente, soprattutto nel maschio.	Pensieri suicidari più frequentemente espressi. Suicidio meno frequente.
Difficoltà mnemoniche soggettive	Meno frequenti


Depressione
MCI
Demenza

- Il paziente anziano può esprimere sintomi depressivi in assenza di compromissione cognitiva (**depressione senza demenza**) come può esprimere sintomi cognitivi in assenza di disturbi della sfera affettiva (**demenza senza depressione**).

- La depressione può altresì precedere lo sviluppo di un deterioramento cognitivo, rappresentandone un fattore di rischio evolutivo.

- L'esordio di sintomi cognitivi a partire da una depressione ad esordio tardivo è particolarmente frequente nel sesso maschile e sembra essere favorito dalla patologia vascolare cerebrale (**depressione vascolare**)

- La depressione può inoltre manifestarsi tardivamente in corso di sindrome demenziale (**depressione in corso di demenza**), configurandosi come un sintomo del disturbo cognitivo o una comorbilità di tipo affettivo (**depressione reattiva alla consapevolezza di demenza**).

Sindrome da disinibizione

- Perdita dell'autocontrollo
- Mancanza di *insight*
- Compromissione della consapevolezza di sé e degli altri

Sindrome da disinibizione

Rientrano nella sindrome da disinibizione

- Aggressività
- Disturbi della condotta sociale e personale
- Comportamenti motori aberranti
- Euforia
- Labilità del tono dell'umore e irritabilità

Disturbi della condotta sociale e personale (1)

- Incapacità di modulare il proprio comportamento alle richieste socio-ambientali (atteggiamenti disinibiti, eccessiva confidenza).

- Iperoralità /iperfagia
  - Alimentazione incontrollata/voracità alimentare
  - Preferenze alimentari
  - Incremento del fumo, abuso di alcool

Disturbi della condotta sociale e personale (2)

Perdita del controllo personale

- Logorrea e impulsività verbale
- Comportamento motorio invasivo
- Comportamento intrusivo (comportamento di utilizzo)
- Iper-sessualità

Comportamenti motori aberranti

- Aumento dell' attività motoria afinalistica, fino alla manipolazione inconcludente di tutti gli oggetti che capitano sotto mano
- Tipica è la spinta verso casa, che si osserva quando il soggetto si trova in ambienti non familiari e che lo induce a raccogliere tutto ciò che trova ed a farne fagotto per andare a casa
- Frequente è l'irrequietezza motoria, che può sfociare in in incremento deambulatorio simil- acatisiaco (continuo, senza scopo, con impossibilità di stare fermo) (wandering behaviour)
- La spinta verso casa è una reazione comprensibile tenendo conto del disorientamento spazio-temporale e dei deficit mnesici

Euforia

- Stato di felicità o allegria persistente, non adeguato al contesto
- Scherzosità infantile e ilarità in condizioni inopportune

Labilità del tono dell'umore e irritabilità

- Repentini e bruschi cambiamenti del tono dell'umore (serenità> rabbia, sorriso>pianto)
- Irritabilità e nervosismo
- Scatti di ira e reazioni violente (sono reazioni alla incompetenza cognitiva del paziente nei confronti dell'ambiente)

Apatia /indifferenza

- Mancanza di iniziativa
- Perdita di interessi
- Ridotta affettività

- La apatia è presente in quasi tutti gli ammalati di AD e rientra nei sintomi negativi della sindrome fronto-temporale

Insonnia

Difficoltà nell'addormentamento, risvegli precoci o frequenti durante la notte, inversione del ritmo sonno-veglia

- L'insonnia iniziale può rientrare in un quadro ansioso
- L'insonnia terminale può essere una delle manifestazioni di una sindrome depressiva
- L'inversione del ritmo sonno-veglia è probabilmente legata ad un'alterazione dei centri neurologici che regolano i ritmi circadiani, dovuta al processo morboso cerebrale

Alimentazione e sessualità

- Riduzione dell' appetito, meno frequente iperfagia e iperoralità
- La riduzione dell' appetito può rientrare in un quadro depressivo, l' aumento dell' appetito e l' iperoralità in un quadro di disinibizione, come negazione della depressione o conseguenza del processo morboso
- Disturbi della sessualità
- Riduzione-assenza del desiderio sessuale nei quadri depressivi; ipersessualità anche con comportamenti socialmente inopportuni nei quadri di di euforia- disinibizione

- Approccio e strategie di intervento non farmacologico alle persone dementi con disturbi psico-comportamentali

Letteratura scientifica in aumento negli ultimi anni

Terapie non farmacologiche nella demenza

- Il demente ha diritto di essere informato, avere cure mediche appropriate e continue, essere produttivo finche è possibile, essere trattato come un adulto, prendere in considerazione i suoi sentimenti.

rimanere senza farmaci psicotropi il più tempo possibile

- Vivere in ambiente sicuro strutturato e prevedibile, stare all' aria aperta regolarmente, avere contatto fisico, stare con le persone che conosce ed essere curati da personale addetto

(The American Journal of Alzheimer Care and Related Disorder Research)

The Lancet Commissions
Dementia prevention, intervention, and care

- **Manage neuropsychiatric symptoms**

Management of the neuropsychiatric symptoms of dementia including agitation, low mood, or psychosis is usually psychological, social, and environmental, with pharmacological management reserved for individuals with more severe symptoms.

Published Online
July 20, 2017

La cultura e la sensibilità degli operatori
che gravitano intorno al paziente affetto da demenza, si traduce nella creazione doverosa di un rapporto di sostegno della persona

- **.....EQUIPE !!!**

Chi osserva ?..cosa osserva

- Infermieri
- Operatori socio sanitari
- Assistenti di base
- Medici
- Animatori
- Psicologi

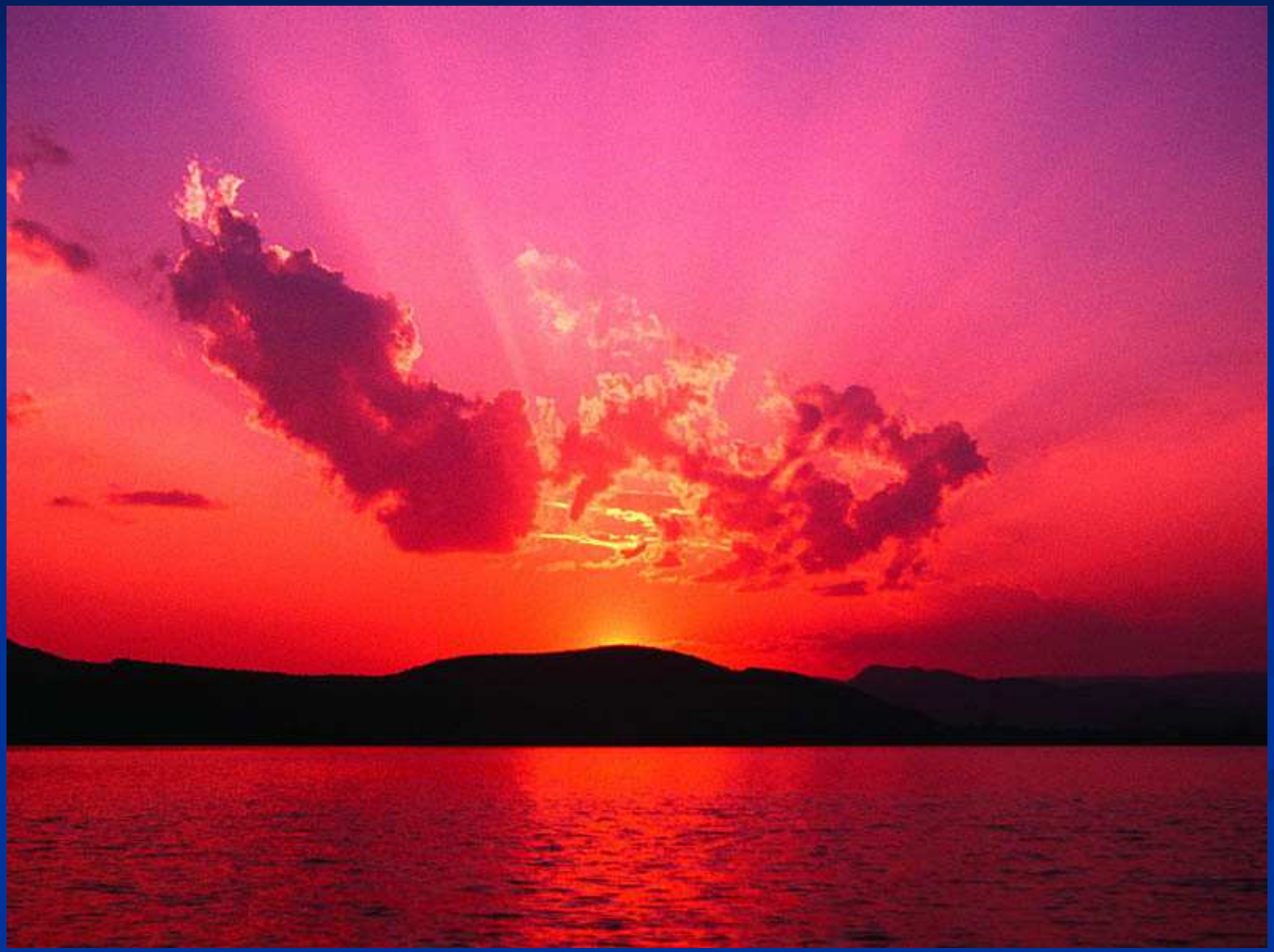
- Fondamentale è: osservare manifestazioni psico comportamentali del paziente. Ciò permette che l'assistenza passiva si possa trasformare in assistenza partecipata.

Non scordiamoci che… intervenire troppo crea dipendenza

..cosi come intervenire poco può non contenere le reazioni….

STRATEGIE DI PREVENZIONE E INTERVENTO

- OSSERVARE E RILEVARE I CAMBIAMENTI
- USARE UN APPROCCIO RASSICURANTE
- EVITARE LA COERCIZIONE E LA CONTENZIONE
- LISTA DEI FARMACI E RIDUZIONE AL MINIMO DEGLI PSICOFARMACI
- FREQUENTE ORIENTAMENTO : R.O.T. OGNI VOLTA CHE L'OPERATORE SI AVVICINA AL LETTO (PARTECIPAZIONE ATTIVA DELL'I.P.)
- COINVOLGIMENTO DI FAMILIARI/ VOLONTARI PREPARATI

- ATTENZIONE A OCCHIALI E PROTESI ACUSTICHE
- MOBILIZZAZIONE, STIMOLO ALL'AUTOGESTIONE
- RIDUZIONE AL MINIMO DI PRESIDI/ STRUMENTI (CATETERI, AGHI ECC…)
- MEZZI DI CONTENZIONE SECONDO LINEE GUIDA
- INTERVENTI AMBIENTALI OSPEDALIERI: RIDUZIONE TURN-OVER OPERATORI E CAMBI DI REPARTO, CLIMA TRANQUILLO, RILASSANTE, NON RUMOROSO, TEMPI ADEGUATI, SOPRATTUTTO NOTTURNI
- MANTENERE IL SONNO ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Grazie per la vostra attenzione