Invecchiamento del corpo e complessità nella diagnosi psicogeriatrica

Ogni corpo che invecchia ha una sua storia peculiare. Porre una diagnosi psicogeriatrica su un corpo "complesso" risulta ogni volta una sfida, una ricerca di confini spesso sfumati in un ampio spettro di possibilità. Il geriatra, nel modellare una diagnosi psicogeriatrica, appare più artista che scienziato, uno scultore, che, con i suoi strumenti di lavoro, ovvero le conoscenze scientifiche, cerca di dare forma ad un'entità poliedrica ogni volta unica e variabile nel tempo.

Di Carlo Adriano Biagini *(S.O.C. Geriatria di Pistoia e Pescia, Ospedale S. Jacopo Pistoia - Azienda USL Toscana Centro)*, Veronica Caleri *(S.O.C. Geriatria di Pistoia e Pescia, Ospedale S. Jacopo Pistoia - Azienda USL Toscana Centro)*

Ogni giorno chi si occupa di anziani viene a contatto con i loro "corpi": i medici che li visitano, gli infermieri che li assistono, gli assistenti di base che li lavano. Ogni giorno gli operatori che si occupano della salute degli anziani vengono a contatto con la storia di corpi diversi, più o meno fragili, somma e prodotto di invecchiamento fisiologico e malattie, di ambienti e storie differenti. Il risultato finale e ultimo di quel corpo che invecchia è la sua funzione, persa o mantenuta che sia. Negli anziani con questi corpi "complessi" porre una **diagnosi psicogeriatrica** richiede ogni volta un'impresa, un grande sforzo di osservazione, ricerca, analisi e il risultato finale, nella maggior parte dei casi, non sempre può essere etichettato con i criteri predisposti per individui con un corpo "semplice".

Corpo "complesso" dell'anziano: come una scultura che prende forma con il tempo

Ogni corpo che invecchia è modificato dalle malattie, spesso croniche, che si sommano durante gli anni; patologie cardiovascolari, osteoarticolari, pneumologiche, alle quali si aggiungono i disturbi cognitivi e psico-affettivi. A parità di multimorbosità l'anziano vissuto in un certo ambiente, supportato o meno da un certo contesto familiare e sociale, aiutato o prostrato da un certo livello economico, presenta, mantiene, regredisce o migliora la sua capacità funzionale, intesa come capacità di autodeterminarsi con il suo corpo nello spazio e nei vari spazi di vita, svolgendo attività di base su se stesso e attività più complesse nell'ambito del domicilio o al di fuori di esso.

In questa frastagliata varietà di condizioni **ogni anziano arriva ad essere un solo risultato di tante somme e differenze**, quozienti e prodotti che le diverse variabili durante il corso della vita hanno inciso in lui. Nel corso della vita si può arrivare ad ottenere ottimi risultati, come i novantenni che si applicano con successo in diverse discipline sportive; in altri casi, a parità di età, si può risultare francamente disabili e dipendenti dagli altri. Prima che il percorso di vita si delinei e la forbice si apra, cosa può influire su questi differenti destini? Sicuramente il grado di fragilità e la multimorbosità di ciascun anziano rivestono un ruolo fondamentale per segnarne il destino.

Valutare la fragilità e la capacità intrinseca

La fragilità riflette uno stato di aumentata vulnerabilità ad eventi di salute sfavorevoli, che è diversa a parità di età. Nell'invecchiamento fisiologico si creano, infatti, condizioni che rendono il corpo più facilmente aggredibile, in modo che il risultato finale sia diverso in ogni individuo. La **fragilità** rappresenta quindi una **modalità individualizzata di**

invecchiamento del corpo e le viene attribuito un significato di patologia. Inizialmente è stata misurata con due strumenti: uno è **l'indice di fragilità** cioè il rapporto tra il numero di deficit di salute che una persona accumula nel corso degli anni diviso tutti i possibili deficit misurati; l'altro è quello di un fenotipo specifico di fragilità che è rappresentato da **una scarsa performance in tre di cinque criteri**: perdita involontaria di peso, facile faticabilità, debolezza muscolare, lentezza, riduzione dell'attività motoria. Questi iniziali approcci non sempre identificano gli stessi pazienti: in alcuni studi sono stati utilizzati entrambi e nel corso degli anni se ne sono aggiunti altri (Rockwood, Howlett, 2018). Da studi clinici e modelli animali di entrambi gli approcci sono venuti alla luce i meccanismi sottostanti alla fragilità e l'influenza della stessa sulla manifestazione di una patologia. Markers di questo stato "patologico" di fragilità fisiologica possono essere cambiamenti muscoloscheletrici (riduzione della massa muscolare, della forza di presa, della densità ossea, della velocità del cammino, del peso corporeo, incremento della massa grassa), markers sierici (riduzione dell'emoglobinemia, incremento dell'albuminemia e dei prodotti di ossidazione), cambiamenti ormonali (riduzione dei livelli di DHEA, testosterone, vitamina D, IGF-1, incremento del PTH), markers metabolici (incremento dell'emoglobina glicata), markers di infiammazione (incremento di proteina C reattiva, IL6, TNF alfa) (Saedi, 2019).

Nel 2017 la World Health Organization più che il concetto di fragilità, che stressa i deficit o le perdite dell'anziano, ha cercato di promuovere quello della "**Capacità Intrinseca**" (CI), intesa come insieme di risorse mentali e fisiche di cui l'anziano dispone durante il corso della sua vita e che gli permettono di affrontare le sfide che ogni giorno gli propone il complesso ambiente in cui sta invecchiando. Nell'interazione tra CI e ambiente scaturiscono le "Abilità Funzionali" (FA) di ciascuno (Cesari *et al.*, 2018).

L'interesse per il concetto di fragilità negli ultimi venti anni è dovuto al fatto che nell'anziano può essere usato come un indicatore prognostico per guidare la scelta di terapie e trattamenti; può essere utilizzato nella gestione assistenziale in ospedale, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, in assistenza domiciliare. Il concetto di CI è maggiormente utilizzabile nello sviluppo di politiche per la promozione della salute e lo sviluppo di servizi.

E' utile infine ricordare un altro termine da inserire nel bagaglio culturale del geriatra, quello di **Resilienza**, concetto più olistico, che indica la capacità dell'organismo di affrontare eventi stressanti e dipende da caratteristiche personali dell'individuo (biologiche e psicologiche) che agiscono insieme a fattori ambientali (fisici o sociali). Questo termine è utilizzato nell'ambito delle ricerche che tentano di comprendere l'eterogeneità dei cambiamenti età-correlati (Woo, 2019).

Multimorbosità

La **multimorbosità**, definita come coesistenza di multiple condizioni patologiche nello stesso individuo, è molto comune nella popolazione anziana, può influire negativamente sulla qualità di vita, incrementare i bisogni sanitari e far vivere in disabilità un periodo più lungo di vita. Gli effetti negativi che si riscontrano in presenza di multimorbosità sono superiori alla somma degli effetti di ciascuna patologia, in quanto le patologie croniche interagiscono l'una con l'altra, rinforzandone gli effetti negativi e talora creando fenotipi clinici nuovi, come nel caso delle sindromi geriatriche. La multimorbosità comporta una maggiore suscettibilità globale dell'organismo e una possibile perdita di resilienza, entrambi tipici marcatori di invecchiamento. Invecchiamento e patologie croniche si alimentano in un circolo vizioso e ciascuno accelera la progressione dell'altro; **esiste una stretta connessione anche tra multimorbosità e fragilità** e l'una può accelerare l'altra, pur rimanendo entità separate, tanto che un anziano può presentare polipatologie e non essere fragile e viceversa (Vetrano *et al.*, 2018).
La multimorbosità riguarda un quarto della popolazione generale e i due terzi degli anziani, ed è associata ad età più avanzata, sesso femminile, precario stato sociale (Marengoni *et al.*, 2011). Ci sono evidenze che le patologie croniche tendono ad aggregarsi in uno stesso individuo per pattern specifici: quelli più consistenti includono il pattern cardiometabolico, il neuropsichiatrico ed il muscoloscheletrico. La presenza di molte patologie croniche comporta spesso politerapia con conseguente maggior rischio di interazioni farmacologiche e maggiori effetti avversi. Obiettivo del geriatra è

quello di revisionare in maniera continuativa le terapie in corso e, in taluni casi, deprescrivere (Vetrano *et al.*, 2018).

La “Psicogeriatria della complessità”

In questo variegato e complesso quadro opera la Psicogeriatria. Ogni anziano, risultato unico di fragilità, multimorbosità, sindromi geriatriche, situazioni sociali e ambientali, può manifestare un disturbo cognitivo o psicoaffettivo in modo diverso e peculiare nell’ambito di un vasto spettro di condizioni che presentano contorni sfumati che si intrecciano, si influenzano, si fondono.
Di seguito si accenna ad alcune condizioni in cui, quando si costruisce una diagnosi psicogeriatrica, si può intravedere uno spettro clinico con molteplici sfumature (figura 1).

Decadimento cognitivo fisiologico e patologico
C’è una estrema eterogeneità nelle variazioni età correlate delle abilità cognitive. Questa eterogeneità rende molto difficile la comprensione dell’invecchiamento cerebrale. La traiettoria del decadimento cognitivo fisiologico non è la stessa per tutti e, talora, nello stesso individuo differiscono anche le traiettorie delle singole capacità cognitive. Le differenze sono in parte dovute agli eventi di vita, allo stato di salute, all’educazione, a fattori attitudinali ed emotivi, alla situazione socio-economica e alla genetica. **Nell’anziano è quindi molto sfumato il confine tra condizioni di invecchiamento fisiologico e quello patologico** (Blazer *et al.*, 2015).

Vascolarità e neurodegenerazione
Molte patologie croniche favoriscono nell’anziano l’insorgenza di una vasculopatia cerebrale a livello dei piccoli e/o grandi vasi. La sindrome metabolica ad esempio incrementa l’incidenza di demenza vascolare ed il rischio di progressione da Mild Cognitive Impairment (MCI) a demenza (Atti *et al.*, 2019). L’iperintensità della sostanza bianca cerebrale che spesso si riscontra nelle immagini TC risulta influenzata dall’età, dall’ipertrofia del ventricolo sinistro, dal diabete mellito ed è associata al fumo e all’ipertensione arteriosa (Ferreira *et al.*, 2017). Ogni anziano con queste condizioni presenta un variabile grado di vascolarità a livello cerebrale che causa quadri clinici compatibili con demenza vascolare ma che può anche accelerare il peggioramento clinico delle forme neurodegenerative. In molti casi risulta davvero difficile delimitare il confine tra le forme neurodegenerative e quelle vascolari.

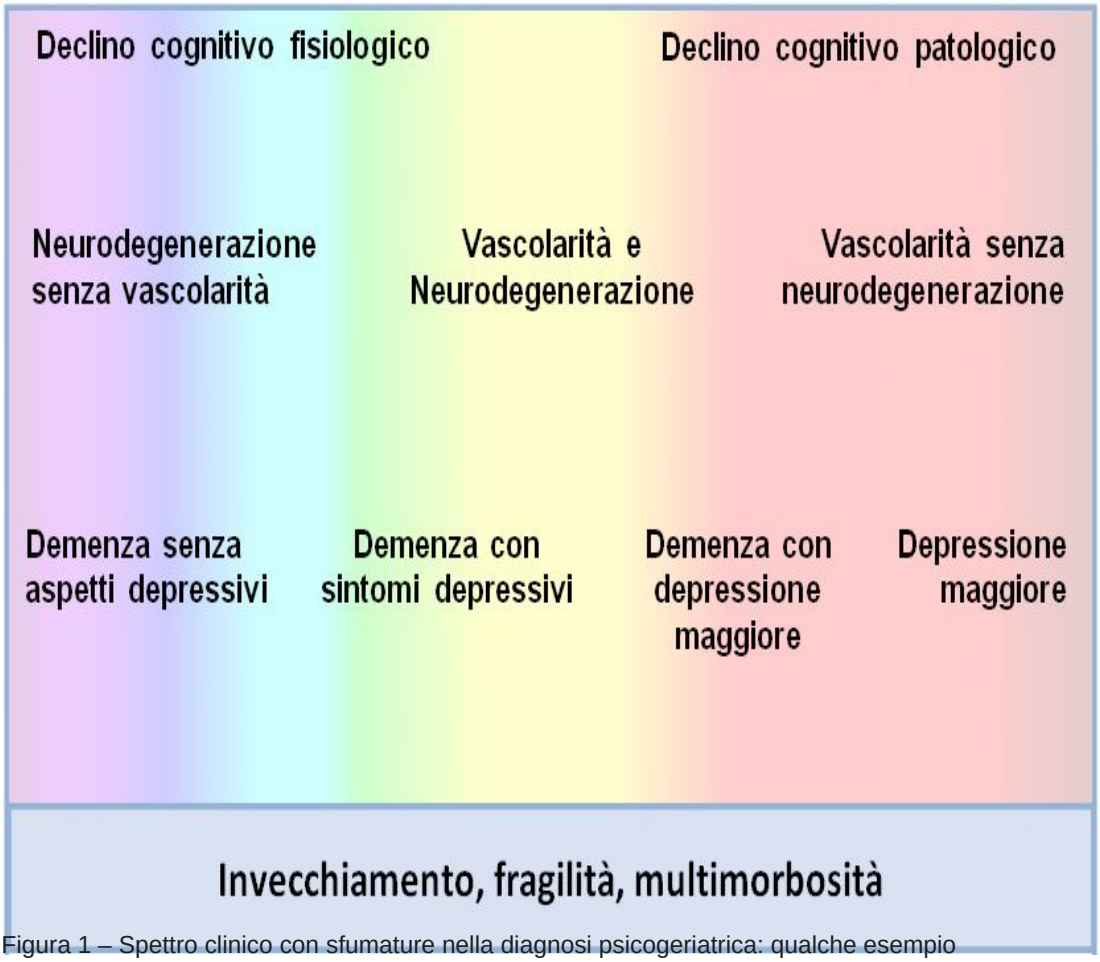


Figura 1 – Spettro clinico con sfumature nella diagnosi psicogeriatrica: qualche esempio

Depressione e demenza

Nell'anziano, tra il quadro ben definito di demenza senza depressione e quello di depressione maggiore, esistono una miriade di condizioni che comprendono la demenza associata a vari gradi di depressione. **Il rischio di depressione è doppio in presenza di multimorbosità** e tre volte superiore in presenza di multimorbosità rispetto a chi non presenta alcuna patologia cronica (Read *et al.*, 2017). Spesso la depressione si manifesta con sintomi somatici e questo confonde il quadro clinico dell'anziano. Una depressione che insorge in età anziana è più spesso associata a decadimento cognitivo ed a fattori di rischio vascolare come ipertensione arteriosa e diabete mellito (Hashem *et al.* , 2017) e può precedere, accompagnare o seguire il disturbo cognitivo. Questo rende sfumati i limiti tra un'entità e l'altra.

Diagnosi di demenza di Alzheimer nell'anziano con multimorbosità

Nella definizione di demenza e, in particolare, della demenza di Alzheimer (AD), sono stati molto utilizzati i criteri definiti nel 1984 dal National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA), i cosiddetti criteri NINCDS-ADRDA. Essi distinguevano la diagnosi di AD "probabile", in cui la diagnosi era più chiara, anche se non certa, da quella di AD "possibile", in presenza di altre patologie che potevano influire sul decadimento cognitivo. Già allora quindi, in base alla presenza di multimorbosità, si avvertiva la necessità di separare i quadri più chiari (probabili) da quelli più incerti (possibili). Nel 2011 tali criteri sono stati aggiornati inserendo il supporto di più moderni dati clinici, di neuroimaging e di laboratorio. Anche nei nuovi criteri National Institute on Aging e l'Alzheimer's Association (NIA-AA) si parla di AD "possibile", intendendo le forme con un decorso atipico, ma

anche tutte le forme “miste” per presenza di malattia cerebrovascolare, di altre patologie o farmaci che possono influire sulla cognitività. Le forme di AD nell’anziano hanno una maggiore prevalenza di comorbosità, in particolare di diabete mellito, obesità, patologie cardio-circolatorie, e, in questi casi, risulta frequente l’utilizzo del termine “possibile”. **In molti anziani, però, il quadro clinico è talmente complesso che non basta fare diagnosi di AD possibile per descrivere in maniera esauriente il loro decadimento cognitivo**. In questi casi è auspicabile fare una diagnosi descrittiva in cui, accanto al tipo di demenza, si elencano le patologie associate più significative, ognuna delle quali può comportare una parte di decadimento cognitivo: ad esempio “il quadro è compatibile con demenza di Alzheimer possibile in anziano con grave ipovisus, diabete mellito tipo 2, broncopneumopatia cronica ostruttiva, storia di depressione in attuale discreto compenso farmacologico” (figura 2). Questa è una situazione frequente nei nostri ambulatori ed in alcuni casi solo il monitoraggio clinico nel tempo può chiarire l’orientamento diagnostico e la diagnosi psicogeriatrica.

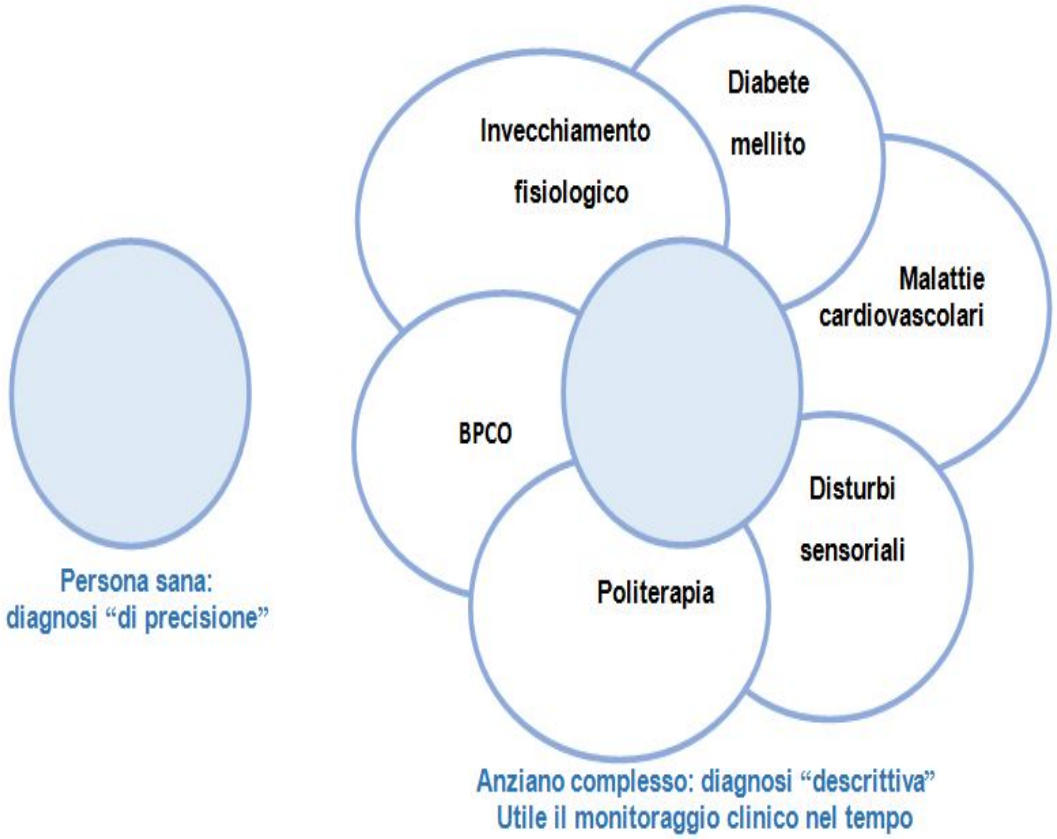


Figura 2 – Diagnosi di demenza

La complessità della diagnosi psicogeriatrica: istruzioni per l’uso

Non si può pensare di porre una diagnosi psicogeriatrica senza prima effettuare una **attenta analisi multidimensionale**. Il primo passo per riuscire nell’impresa di scolpire al meglio da un tronco unico (che è la cartella multidimensionale vuota, strumento essenziale per il geriatra) è quello di un **colloquio attento**, di una **anamnesi accurata**: solo così può emergere la forma più autentica e verosimile di ogni anziano, con le sue tante sfaccettature, le risorse e le patologie, la sua storia e il suo contesto contingente. Da qui si parte e si inizia a modellare l’opera. In questa fase è utile il contributo di un familiare che può fornire la sua versione e dare informazioni aggiuntive. Poi con il solo anziano **si somministra la testistica**, che non è solo applicazione di domande e numeri, ma anche ricerca di intesa, di un canale tra operatore e anziano. **Così si dà all’opera un cervello, un cuore, un’anima**. Con l’esame obiettivo si mettono le mani su quel corpo raccontato e si cerca di plasmare

ancora meglio il lavoro che risulterà in quel foglio da far visionare al medico curante, consapevoli che in ogni momento potrà variare nel tempo. Una volta costruita l'opera e posta una diagnosi complessa, che in alcuni casi non potrà che essere descrittiva, si arriverà al **momento più importante, che è quello delle conclusioni con le indicazioni terapeutiche, i consigli e le raccomandazioni**. Tutto questo come inizio di un rapporto che, condiviso con il medico curante, dovrebbe terminare, almeno in alcuni casi, con la fine della vita.

Queste istruzioni "romanzate" per dire che **la medicina geriatrica e la psicogeriatria** non possono limitarsi a definire l'universo dell'anziano soltanto con i classici criteri scientifici e condivisi, ma **devono cercare di conoscere il più possibile l'anziano che a loro si affida per costruire un'entità variegata e variopinta su cui lavorare**, cosi come le arti e gli artisti riescono a fare: solo così riusciranno a dare risposte soddisfacenti e soluzioni efficaci.

Foto di WaSZI da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Atti AR., Valente S., Iodice A., Caramella I., Ferrari B., Albert U., Mandelli L., De Ronchi D. (2019), *Metabolic Syndrome, Mild Cognitive Impairment, and Dementia: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies*, in Am J Geriatr Psychiatry; 27(6):625-637.

Blazer DG., Yaffe K., Liverman CT., editors (2015), *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*, Committee on the Public Health Dimensions of Cognitive Aging; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine, Washington (DC), National Academies Press (US).

Cesari M., Araujo de Carvalho I., Amuthavalli Thiyagarajan J., Cooper C., Martin FC., Reginster JY., Vellas B., Beard JR. (2018), *Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity*, in The Journals of Gerontology; Series A, Volume 73, Issue 12.

Ferreira JP., Kearney Schwartz A., Watfa G., Zohra L., Felblinger J., Boivin JM., Bracard S., Hossu G., Verger A., Joly L., Zannad F., Rossignol P., Benetos A. (2017), *Memory Alterations and White Matter Hyperintensities in Elderly Patients with Hypertension. The ADELAHYDE-2 Study*, in J Am Med Dir Assoc; 18(5):451.e13-451.

Hashem AH., Gomaa MA., Khalaf OO. (2017), *Late versus Early Onset Depression in Elderly Patients: Vascular Risk and Cognitive Impairment*, in Curr Aging Sci.; 10(3):211-216.

Marengoni A., Angleman S., Melis R., Mangialasche F., Karp A., Garmen A., Meinow B., Fratiglioni L. (2011), *Aging with Multimorbidity: A Systematic Review of the Literature*, in Ageing Research Reviews; 10:430-439.

Read J. R., Sharpe L., Modini M., Dear B.F. (2017), *Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis,* Journal of Affective Disorders, 221, 36-46.

Rockwood K., Howlett SE. (2018), *Fifteen years of progress in understanding frailty and health in aging,* BMC Med.; 16:220.

Al Saedi A., Feehan J. Phu S., Duque G. (2019), *Current and emerging biomarkers of frailty in the elderly,* in Clin Interv Aging, 14:389-398.

Vetrano DL., Calderón-Larrañaga A., Marengoni A., Onder G., Bauer JM., Cesari M., Ferrucci L., Fratiglioni L. (2018) *An International Perspective on Chronic Multimorbidity: Approaching the Elephant in the Room*, in J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 73(10):1350-1356.

Woo J. (2019), *Frailty, Successful aging, resilience, and intrinsic capacity: a cross-disciplinary discourse of the aging process*, in Curr Geriatr Rep.; 8:67–71.