

Visite urgenti al domicilio per anziani affetti da demenza

Luc Pieter De Vreese

Dipartimento di Cure Primarie, Area 'Salute Anziani', Psicogeriatrica Territoriale, Distretto di Modena, ASL Modena

INTRODUZIONE

Le malattie dementigene primarie e secondarie hanno una evoluzione clinica necessariamente negativa con cambiamenti profondi delle funzioni cognitive, dello stato funzionale e del comportamento, associati, nelle fasi avanzate di malattia, ad alterazioni neurologiche (ad esempio parkinsonismo, epilessia, mioclonia, sindrome di Balint) e problemi fisici ingravescenti (ad esempio comorbidità organica, complicanze demenza-correlate). Ciò significa che il malato prima o poi non potrà più essere seguito ambulatorialmente. Questo impedimento vale sia per i malati che vivono a casa, spesso con l'aggravante della presenza di barriere architettoniche, sia per gli ospiti dei servizi residenziali. Inoltre, vi sono i malati con *delirium* sovrapposto a demenza (DSD) (Fick et al., 2002) da agente eziologico esterno alla demenza che, indipendentemente dalla fase di malattia, difficilmente possono essere visitati negli ambulatori. La sua prevalenza a domicilio è stimata intorno al 20-25% (Fick et al., 2005). Un servizio psicogeriatrico territoriale di facile e rapido accesso, in cui un esperto nella diagnosi e cura soprattutto dei sintomi comportamentali e psicologici nella demenza (BPSD), che siano di natura primaria o secondaria, si reca a domicilio o nelle residenze, figura tra i bisogni frequentemente espressi sia dalle famiglie (AIMA e Censis, 2007) che dal personale di cura delle residenze.

IL SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE

Un accenno alla storia

Nel tentativo di soddisfare questi bisogni, il Dipartimento di Cure Primarie del Distretto di Modena dal 2001

ha istituito, in via sperimentale, la figura del 'consulente psicogeriatrico' sul territorio che, su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG), tramite modulo del ricettario nazionale, si reca al domicilio del malato o nelle residenze, con la possibilità, se ritenuto opportuno, di prescrivere *'in loco'* dei piani terapeutici per i farmaci anti-demenza o gli antipsicotici atipici. Nonostante un avvio difficoltoso per problemi sia di tipo organizzativo sia culturale, le consulenze psicogeriatriche sono cresciute, negli anni, in termini sia quantitativi (da meno di 100 nel 2001 a più di 400 accessi nel 2006) sia qualitativi (adeguatezza delle richieste). Dal 2007 esse sono diventate un vero e proprio servizio, gestito dal Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto di Modena, che filtra le domande secondo alcuni criteri di eleggibilità, spiegati nel paragrafo successivo, e stabilisce gli orari delle visite, con due mezze giornate settimanali riservate ai casi giudicati "urgenti".

I criteri di eleggibilità

I malati eleggibili al servizio sono persone con (sospetta) demenza di qualunque gravità, residenti nel Distretto di Modena, impossibilitati a recarsi nei due Centri Universitari per i Disturbi Cognitivi (ex-UVA) o che presentano BPSD di dirompenza tale da necessitare di un intervento tempestivo, non compatibile con i tradizionali tempi di attesa per le visite ambulatoriali pubbliche (Tab. I).

Le modalità di accesso al servizio

La Figura 1 illustra come il perno del servizio per i malati che risiedono a domicilio è la triade famiglia – MMG – PUA. Le segnalazioni possono pervenire al MMG anche tramite altri presidi, quali i medici del Pronto Soccorso, gli specialisti ambulatoriali (compresi i due ex-UVA) oppure tramite i servizi domiciliari infermieristici o so-

Tabella I - I criteri di eleggibilità al servizio psicogeriatrico territoriale.

- **A domicilio**
 - Malati non collaboranti per:
 - scarsa o totale non auto-consapevolezza di malattia, in particolare anziani che vivono soli
 - comparsa di BPSD persistenti o il loro (repentino) peggioramento
 - Malati carrozzati o allettati oppure non spostabili per gravi problemi di salute e/o per barriere architettoniche in casa con o senza BPSD di rilevanza clinica
- **Servizi (semi)residenziali**
 - Residenti in strutture protette pubbliche e convenzionate o in RSA per:
 - diagnosi clinica di demenza e prescrizione eventuale di farmaci anti-demenza
 - compromissione della qualità dell'assistenza e/o della convivenza a causa di BPSD persistenti
 - Ospiti dei Centri Diurni generici o specifici per le demenze per:
 - compromissione della qualità dell'assistenza e/o della convivenza a causa di BPSD persistenti

ciali. Tutte le richieste, comprese quelle dei medici delle strutture residenziali, affluiscono al PUA. In alcuni malati con gravi BPSD di recente insorgenza, il MMG può contattare direttamente, o tramite la famiglia, il PUA per avviare una visita a carattere "urgente", che viene effettuata in giornata, e comunque non oltre le 48 ore dalla segnalazione, a volte anche assieme al MMG.

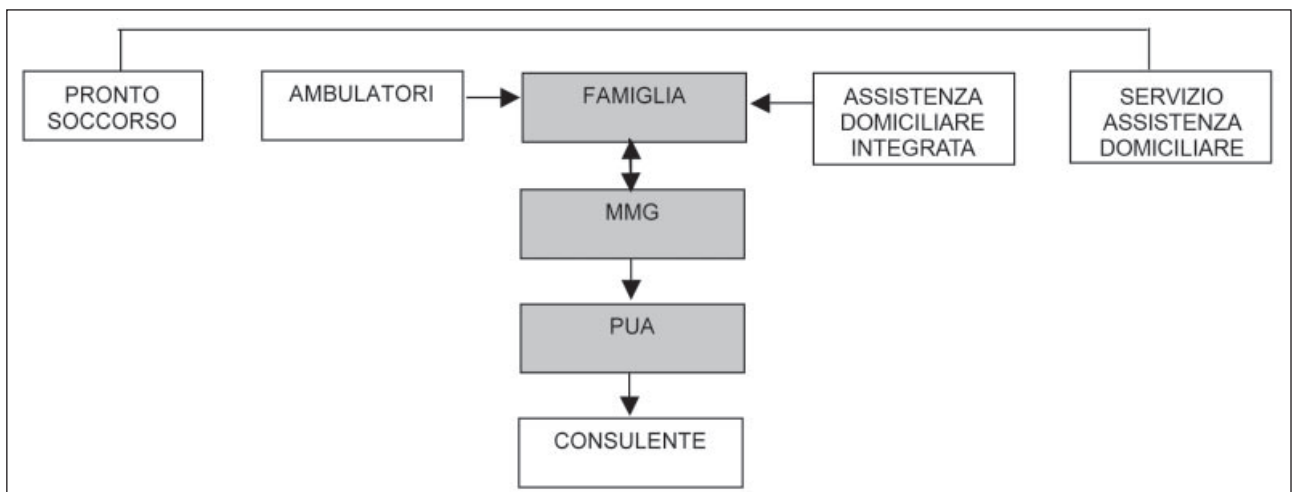
LA GESTIONE IN EMERGENZA A DOMICILIO

Il delirium sovrapposto a demenza (DSD): una sfida per il clinico.

Dalla figura 2 si deduce che il motivo più frequente delle visite sono i BPSD che, nel 30% circa dei casi, risultano essere in realtà secondari a cause extra-demenza e quindi inquadrabili in un DSD.

Si tratta di malati con recente dimissione dall'ospedale (con DSD prevalente o incidente dopo la dimissione) oppure di malati con "scompenso psico-comportamentale". La diagnosi di DSD non è agevole per vari motivi. Anzitutto, non esistono criteri diagnostici specifici di *delirium* nei malati di demenza. La tabella 2 presenta i criteri diagnostici secondo il *Confusion Assessment Method* (CAM) di Inouye (2006) che, pur essendo un valido strumento nei pazienti senza pre-esistente demenza, sono di scarsa applicabilità nella popolazione affetta da demenza.

Secondariamente, oltre alla caratteristica tendenza dell'anziano a sotto riportare i sintomi (ad esempio il dolore) o a non manifestare i propri disturbi, e alla tipica paucisintomaticità o atipicità della manifestazione clinica di una patologia organica cronica riacutizzata o di una nuova malattia (Tab. 3), i malati con demenza avanzata, e quindi per definizione non più verbalmente comunicanti, non sono fonti affidabili per una adeguata anamnesi patologica recente.

**Figura 1** - La rete di accesso al servizio psicogeriatrico territoriale.

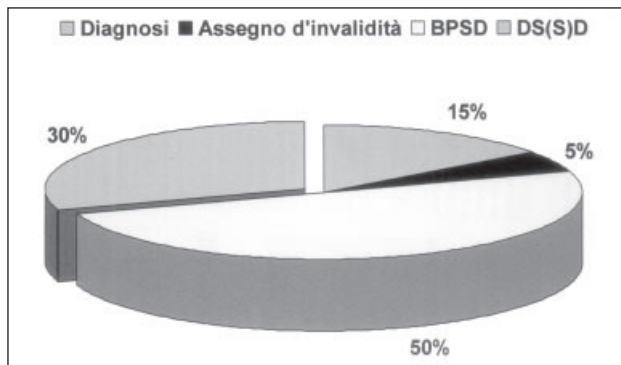


Figura 2 - Motivi delle consulenze psicogeriatriche territoriali.

Tabella 2 - Criteri diagnostici di Delirium secondo il Confusion Assessment Method.

1. Comparsa acuta dei sintomi e decorso fluttuante
 2. Disattenzione
 3. Disorganizzazione del pensiero
 4. Alterazione del livello di coscienza
 5. Disorientamento
 6. Disturbo della memoria
 7. Alterazione della percezione
 8. Agitazione psicomotoria o bradipsichismo
 9. Inversione ritmo sonno-veglia
- Diagnosi di *Delirium* certo se sono soddisfatti i criteri 1 e 2 con la presenza di 3 o 4 (algoritmo CAM)
 Diagnosi di *Delirium* probabile se è incerto il criterio 1, ma è confermato il restante algoritmo (Lemiengre et al., 2006).

Terzo, il *delirium* non di rado è ad espressione subsindromica (DSSD) (Marcantonio et al., 2003) in cui sono presenti solo alcuni e non tutti i segni/sintomi che consentono di porre diagnosi di *delirium* certo (Tab. 2). In partico-

lare, il suo corteo sintomatologico è caratterizzato da: a) un esordio spesso subdolo, b) mancanza del tipico decorso fluttuante nelle ore diurne che contrasta con le spiccate fluttuazioni dei sintomi durante le ore pomeridiane e/o notturne che risultano, di solito, di intensità maggiore rispetto al *delirium* in persone senza demenza - da qui la confusione con un disturbo del ritmo circadiano demenza-correlata (Speciale et al., 2006 - c) un perdurare di diverse settimane, se non mesi (ad esempio, ischemia cerebrale, insufficienza renale lentamente peggiorativa, bronchite *ab ingestis*), d) una frequente asintomaticità o comunque presenza di un numero limitato di sintomi che, tra l'altro, possono essere l'espressione fenotipica di più malattie sottostanti (ad esempio vocalizzazioni del malato di demenza grave che ha dolore che causa *delirium* sovrapposto ad una depressione precedente). Per tutti questi motivi, il D(S)SD viene facilmente misconosciuto, favorendo un trattamento sintomatico dei BPSD a scapito della ricerca e del trattamento eziologico delle sue cause extra-demenza (De Vreese e Cester, 2003). Onde evitare il solo ricorso a psicofarmaci di scarsa utilità, e spesso con effetti peggiorativi sui sintomi cognitivi e non, il clinico deve prestare particolare attenzione a sintomi "aspecifici" di nuova e relativamente recente insorgenza (Tab. 4).

L'agente eziologico del DS(S)D

La Tabella 5 elenca in ordine decrescente le cause del D(S)SD con BPSD di rilevanza clinica interpretati non di rado in termini di un naturale evolversi della malattia demenzigena medesima. Di fatto, non è infrequente che una visita richiesta non venga effettuata in quanto il malato risulta essere già ricoverato o addirittura deceduto nell'intervallo di tempo che trascorre tra l'avviso al PUA e la visita programmata. Si tratta quasi sicuramente di casi di D(S)SD causato da grave comorbidità o aggravato da

Tabella 3 - L'atipicità del sintomo di presentazione della patologia nell'anziano affetto da demenza (modificata da De Vreese, 2003).

- | | |
|----------------------------|---|
| • Crisi ipertensive | • Anziana con demenza moderata-grave viveva, durante le crisi ipertensive, tutti gli ospiti maschi come fossero suo marito (sindrome poliagnosica). |
| • Angina pectoris | • Anziano cardiopatico con demenza lieve, durante le passeggiate nel parco assieme alla moglie riferiva di vedere stormi di uccelli che volavano da un albero all'altro (allucinazioni visive). |
| • Diabete scompensato | • Anziana con demenza lieve, andava la sera a litigare con i vicini di casa accusandoli di rubarle il cibo dal frigorifero (delirio del furto). |
| • Trombosi venosa profonda | • Anziana con demenza moderata voleva assolutamente uscire dalla residenza affermando di vedere, dalla finestra della sua stanza, la cucina di casa sua dove erano da scolare i tortellini (amnesia reduplicativa per luoghi famigliari). |

Tabella 4 - I sintomi aspecifici del DSSD.

- Nuovi sintomi neuropsichiatrici in particolare i fenomeni dispercettivi:
 - Picture sign
 - Illusioni visive
 - Misidentificazioni: sindrome di Capgras, sindrome di Fregoli/sindrome poliagnosica, intermetamorfosi, amnesia reduplicativa
 - Confabulazioni spontanee
- Ansia/depressione
- Agitazione psicomotoria quale ad esempio vocalizzazioni (demenza grave), opposività all'igiene
- Cadute/Sindrome della Torre di Pisa
- Peggioramento delle ADL residue ad una velocità non compatibile con la storia naturale della demenza
- Ipo- o anoressia

Tabella 5 - Le cause più frequenti di D(S)SD a domicilio.

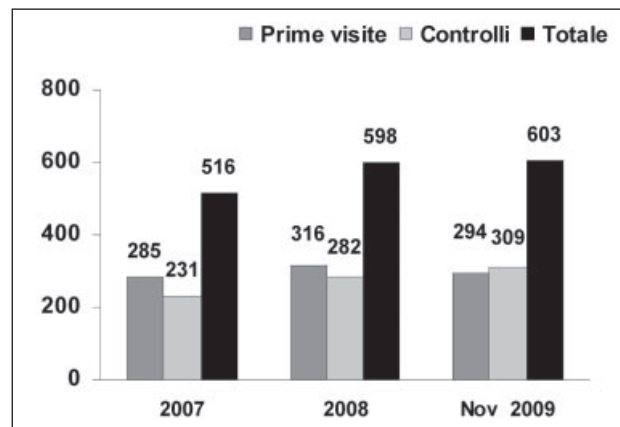
- Infezioni
 - Polmonari*, urinarie, lesioni da decubito, cavo orale
- Malattia cardio-cerebro-vascolari*
- Dolore
 - Contratture, lesioni da decubito, coprostasi, ritenzione urinaria*
- Farmaci
- Malnutrizione/Disidratazione
- Scompenso glicemico*
- Crisi comiziali*
- Neoplasia*

complicanze severe per il principio di omeostenosi, e non riconosciuto dal MMG oppure riferito non correttamente dai familiari. Da notare è che l'agente eziologico alla base del DS(S)D è raramente unico. Per quanto riguarda la malnutrizione e/o disidratazione, non è sempre possibile capire se siano la causa primaria piuttosto che una complicanza del D(S)SD stesso. Gli invii ai Pronto Soccorso in seguito alle visite territoriali esitano, nel 90% dei casi, in un ricovero mirato per le patologie ipotizzate alla base del D(S)SD. Tuttavia, si cerca sempre comunque di evitare il ricovero che è spesso fonte di complicanze e quindi di avviare una terapia eziologica e di supporto al domicilio, attivando i servizi territoriali (ADI, SAD) e informando la famiglia che il quadro sintomatologico può prolungarsi nel tempo anche se eliminate le cause. Le patologie, se di entità grave, segnate con *, esitano in un ricovero per un trattamento eziologico.

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il servizio di visite psicogeriatriche territoriali è nato per poter intervenire in tempi rapidi sui BPSD, evitando il ricovero ospedaliero o favorendo, al contrario, un ricovero "salva-vita" oppure procrastinando nel tempo la richiesta della famiglia di istituzionalizzazione del malato. Mancano dati precisi di verifica del raggiungimento di questi obiettivi. Tuttavia, si possono individuare almeno due chiari segnali del suo impatto positivo sul ricorso ai servizi ospedalieri e territoriali. Il primo riguarda il numero invariato, negli ultimi anni, dei ricoveri dei malati di demenza con scompenso psico-comportamentale tramite Trattato Sanitario Obbligatorio (TSO) in "Diagnosi e Cura" (forse anche grazie all'operato degli ambulatori ex-UVA). Il secondo è che, a differenza del passato, non esiste più una lista di attesa per un ricovero temporaneo nel Nucleo Specialistico per le Demenze presso la RSA "9 Gennaio" del Comune di Modena (data la compartecipazione economica delle famiglie non è da escludere anche il fattore crisi economica).

Tuttavia, per poter mantenere questi obiettivi di fronte ad una sempre crescente richiesta dal territorio (Fig. 3), occorrono più risorse umane e strumentali di non facile reperibilità per le attuali restrizioni delle risorse economiche. Ad esempio, gli strumenti diagnostici a disposizione sono quelli di base, ed eventuali esami ematobiochimici al domicilio, effettuati dall'ADI, hanno tempi di attesa incompatibili con l'urgenza. Il consulente, non avendo l'autorizzazione alla "tranquillizzazione rapida", deve

**Figura 2** - Motivi delle consulenze psicogeriatriche territoriali.

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

attivare tramite il MMG, la guardia psichiatrica o i servizi di emergenza in quei casi dove l'agitazione e aggressività impediscono qualunque atto medico.

Nonostante queste limitazioni, l'aumento costante nel tempo delle visite psicogeriatriche territoriali indica da una parte, una crescente consapevolezza del MMG che i BPSD, indipendentemente dalla loro natura primaria o secondaria, rappresentano uno dei sintomi chiave della demenza e dall'altra il gradimento da parte delle famiglie e del personale di cura che si rivolgono in numero sempre maggiore a questo servizio.

BIBLIOGRAFIA

1. Associazione Italiana Malattia Alzheimer e Censis. I costi sociali ed economici della Malattia Alzheimer: Cosa è cambiato? Roma, 20 Ottobre 2007.
2. De Vreese LP, Cester A. Da "demenza complicata da comorbilità" a "comorbilità complicata da demenza". *Rivista del Medico Pratico* 2003; 44-8.
3. De Vreese LP. *La demenza nell'anziano. Dalla diagnosi alla gestione*. Milano: UTET Periodici Scientifici, 2003.
4. Fick DM, Agostani JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1723-32.
5. Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-years retrospective study of occurrence, cost and utilization. *J Gerontol Med Sci* 2005;60A:748-53.
6. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354(6):1157-65.
7. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, et al. Detection of delirium by bedside nurses using Confusion Assessment Method. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(4):685-9.
8. Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, et al. Delirium symptoms in postacute care. Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:4-9.
9. Speciale S, Bellelli G, Turco R, Trabucchi M. Il delirium: marker dell'evoluzione clinica di un anziano fragile affetto da patologia acuta? *G Gerontol* 2006;54:28-40.