

Elaborazioni statistiche dei dati
“Giornata nazionale per la predizione dell’Alzheimer” promossa da
ANAP Confartigianato Persone

RAPPORTO CONCLUSIVO

Elaborazione dei dati 2009 raccolti durante la Giornata nazionale per la predizione dell’Alzheimer, promossa dall’ANAP Confartigianato Persone in collaborazione con il Dipartimento di Scienze dell’Invecchiamento dell’Università “Sapienza” di Roma



CONCLUSIONI

Il quadro che la Ricerca da noi svolta dà del campione intervistato è certamente piuttosto complesso. Da un lato, dai nostri dati emerge una popolazione anziana, nel nostro Paese, sostanzialmente sovrappeso. Questo dato si spiega, ovviamente, con ragioni di tipo fisiopatologico, in quanto il contenuto di grasso corporeo aumenta invariabilmente man mano che ci si avvicina alla senescenza, a scapito del contenuto di massa magra e del contenuto di acqua corporea, ma anche con quella che è la tendenza, su scala nazionale, all'aumento del numero di individui in sovrappeso o francamente obesi.

La popolazione anziana risulta essere, inoltre, colpita da un elevato grado di fragilità. Molti anziani, fra coloro i quali hanno partecipato all'iniziativa, hanno una o più dipendenze in varie attività della vita quotidiana. Tale aspetto risulta essere di particolare rilevanza, in quanto pone l'accento su un problema che non è solo medico, ma anche politico e sociale. Quello della disabilità funzionale, infatti, è, per il paziente geriatrico, un vero e proprio fattore di rischio, a causa delle conseguenze mediche che ne potrebbero derivare, oltre che condizione patologica di per se stessa. Ovviamente, se è estremamente difficile prevenire la disabilità, è doveroso intervenire al fine di ridurre al minimo le sue complicanze.

Il modo in cui i deficit funzionali sono in grado di incidere negativamente sulle performance, sia fisiche che cognitive, è ampiamente testimoniato dalla enorme percentuale di soggetti che, in presenza di un deficit, anche solo parziale, allo ADL o allo IADL, risultano essere a rischio di malnutrizione o francamente malnutriti. La malnutrizione calorico-proteica è una condizione patologica che mette chi ne è affetto in pericolo estremo, in quanto un individuo malnutrito sarà, per definizione, maggiormente esposto all'insorgenza di infezioni o alla comparsa di eventi patologici acuti di nuova insorgenza. L'individuo malnutrito, per di più, avrà una capacità di risposta alle malattie inferiore rispetto al normale, cosa che pone in serio dubbio il suo pieno recupero. L'individuo disabile, inoltre, ha capacità cognitive al di sotto del normale, così come un umore tendenzialmente depresso. Non è, quindi, solo in uno stato di dipendenza fisica, ma, purtroppo, anche di tipo psichico, visto che, spesso, non è in grado di prendere decisioni totalmente autonome sulla propria condotta di vita e sul proprio futuro.

Il quadro che si può evincere non è, dunque, dei più rosei. Da parte nostra, la fotografia che si ha dell'anziano nel nostro Paese è ben lontana dall'essere quella dell'immagine di un reale invecchiamento di successo. Quello che vogliamo dare, tuttavia, è un messaggio di speranza. La Ricerca compie ogni giorno passi in avanti un tempo neanche pensabili. La geriatria, del resto, è una Scienza piuttosto giovane, se confrontata con altre branche della Medicina. Gli anziani di oggi non sono soltanto in numero maggiore, ma sono anche più attivi, più partecipi della vita della società; in questo periodo economico di crisi, rappresentano, spesso, il vero motore economico delle famiglie in difficoltà. La nostra aspirazione più grande è quella di garantire a queste persone una qualità della vita ancora superiore rispetto a quella attuale. Ciò che vorremmo, dunque, è che quella geriatrica divenisse, a tutti gli effetti, l'"età d'oro" della vita dell'uomo.

*Dipartimento di Scienze dell'invecchiamento
Università Sapienza di Roma*

La Ricerca scientifica.

Attualmente, la Ricerca scientifica sta rivolgendo la sua attenzione allo studio di nuove molecole in grado di modificare la storia naturale della Malattia di Alzheimer.

I dati e le evidenze epidemiologiche confermano come la demenza sia uno dei fenomeni quantitativamente più rilevanti, che caratterizza e caratterizzerà, nei prossimi decenni, le problematiche della salute nell'uomo.

Secondo le ultime stime, si calcola che la Demenza di Alzheimer colpisca circa il 5% dei soggetti al di sopra dei 60 anni, per un totale di circa 500.000 persone affette (Dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Epicentro).

Tali cifre aumentano vertiginosamente nei soggetti al di sopra degli 80 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni quattro anni, sino a raggiungere il 30% della popolazione generale in questa fascia d'età.

Il Sistema assistenziale e la popolazione italiana.

Per l'assistenza del paziente affetto da Demenza di Alzheimer, si stima una spesa di circa 5-7,5 miliardi di euro l'anno, di cui il 40-60% è a carico delle famiglie. L'entità della spesa è tale da collocare la malattia di Alzheimer fra le patologie più costose, preceduto soltanto da neoplasie e cardiopatie.

Tali dati rivestono un ruolo ancora più drammatico, soprattutto se correlati al progressivo invecchiamento della popolazione, fattore che acquista sempre maggiore importanza in una società, come la nostra, che sta vivendo una sorta di "rivoluzione demografica": nel 2000, nel mondo c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno 1,2 miliardi, nel 2050 2 miliardi, con un rapporto fra donne e uomini di 2 a 1. In Europa, come in molte altre regioni ricche, una persona su 5 ha più di 60 anni; in Africa questo rapporto scende a 1 su 20 (Dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Epicentro).

L'invecchiamento della popolazione, quindi, è tipicamente accompagnato ad un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, o ancora i tumori, le malattie polmonari croniche ostruttive e le patologie muscolo-scheletriche, determinando un incremento della spesa sanitaria a livello mondiale. Secondo il rapporto *"Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana"* del Ministero della Salute, la popolazione geriatrica oggi, in Italia, determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.

Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento; del resto, per molte malattie, per le quali ancora oggi non esiste una cura efficace, l'unica strada percorribile è quella della prevenzione. L'adozione di un sano stile di vita, che includa una regolare attività fisica, una sana alimentazione, l'astensione dal fumo di sigaretta e un consumo moderato di alcolici, costituiscono il presupposto fondamentale per un invecchiamento di successo.

Vista la disponibilità a breve di nuove terapie farmacologiche, risulta sempre più importante individuare strumenti di diagnosi precoce in grado di fornire al clinico un utile supporto per individuare i soggetti a rischio e indirizzarli verso strategie preventive personalizzate.

In quest'ottica si inserisce il Questionario autosomministrabile elaborato dal nostro Dipartimento, quale mezzo per lo screening e la sensibilizzazione di ampie fasce della popolazione generale.

Il campione statistico.

I soggetti che, in base alle elaborazioni statistiche da noi effettuate, risulteranno essere a rischio di Demenza, verranno inviati presso ambulatori specialistici geriatrici territoriali delle province di appartenenza, in grado di fornire mezzi diagnostici più approfonditi e di monitorizzare le loro condizioni cliniche nel tempo.

Lo studio statistico è stato effettuato in collaborazione con la Professoressa Annarita Vestri, del Dipartimento di Medicina Sperimentale.

Il campione è risultato essere composto da 657 soggetti, 54.5% femmine, 45.5% maschi. Di questi, il 27.6% ha dichiarato di essere in possesso della sola licenza elementare, il 28.4% della licenza media inferiore, il 29.4% del Diploma di Scuola Media Superiore, il 13.3% ha dichiarato di aver conseguito una Laurea. L'1.3% del campione, infine, ha affermato di essere privo di qualunque titolo di studio. Per quanto riguarda lo Stato Civile, il 72.3% del campione è risultato essere composto da soggetti coniugati, il 14.7% da vedovi, l'8.7% da individui celibi o nubili, il 4.3% da separati/divorziati.

I fattori di rischio_Peso.

Per ogni individuo intervistato, è stato calcolato il valore del Body Mass Index (BMI); tale parametro si definisce come il rapporto tra il peso espresso in chilogrammi e l'altezza espressa in metri elevata al quadrato. Il BMI fornisce un'indicazione estremamente sensibile dello stato metabolico del soggetto, garantendo al clinico e al ricercatore un utile parametro di screening nella definizione del rischio metabolico stesso. In particolare, il 42.4% del campione è risultato normopeso, il 43.9% sovrappeso, il 13.7% francamente obeso. Tali dati pongono l'attenzione sull'elevato numero di soggetti il cui Indice di Massa Corporea risulti essere alterato, delinendo un elevato profilo di rischio cardiovascolare. Tali risultati, sono inoltre in linea con le medesime misurazioni effettuate a livello nazionale, che vedono un numero sempre crescente di cittadini in sovrappeso e obesi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce, oggi, l'Obesità come una vera e propria patologia, nonché un fattore di rischio maggiore per eventi cardio e cerebrovascolari acuti e per la Demenza. Si evidenzia, pertanto, la necessità di seguire stili di vita e condotte alimentari più equilibrati, in grado di ricoprire il ruolo di vera e propria strategia preventiva.

I fattori di rischio_Sonno.

I dati riguardanti la qualità del sonno evidenziano come il 56,7% degli intervistati affermi di avere un sonno regolare, mentre il 43.3% dichiara di avere disturbi che vengono così ripartiti: difficoltà di addormentamento: 13.5%; risvegli frequenti: 18.2%; risveglio precoce: 6.7%; sonnolenza diurna: 5.0%. I risultati ottenuti sul sonno e sulla presenza di roncopatia (dichiarata dal 52.8% del campione) confermano come la qualità del sonno stesso nella popolazione geriatrica sia spesso compromessa. Ciò può essere imputato a patologie in grado di svolgere il ruolo di fattori predisponenti nei confronti delle apnee ostruttive notturne, quali ipertensione arteriosa, obesità, sindrome metabolica, malattie delle prime vie aeree. Tale osservazione è, peraltro, avvalorata dalla presenza, in una percentuale non

irrilevante del campione, di sonnolenza diurna; tale sintomo è frequentemente associato alla cosiddetta Sindrome delle Apnee Ostruttive Notturne (OSAS). Tra le altre cause di insonnia nell'anziano possiamo annoverare patologie urogenitali quali ipertrofia prostatica, il prolasso uterino, oppure patologie su base psichica, quali la sindrome ansioso-depressiva. Si deve, inoltre, sottolineare

come il ritiro dall'attività lavorativa comporti una minore attività durante il giorno. Questo "dolce far niente" può, da solo, essere causa di eccessivo riposo durante la giornata; in alcuni casi estremi si può giungere, addirittura, ad una vera e propria inversione del ritmo sonno-veglia. Nell'ambito di un approccio globale al malato anziano, sarebbe necessario, quindi, intervenire sui fattori appena citati, non solo trattando le patologie predisponenti, ma anche educando la popolazione anziana ad uno stile di vita equilibrato ed attivo; fondamentale, a nostro avviso, è anche evitare il ricorso, fin troppo frequente, a farmaci ipnoinducenti o tranquillanti, che, spesso, producono un effetto paradossale, creando agitazione psico-motoria e disorientamento spazio-temporale del paziente.

I fattori di rischio_Fumo.

Il 47.6% dei soggetti intervistati ha dichiarato di essere fumatore. Anche il fumo di tabacco, infatti, risulta essere uno dei maggiori fattori di rischio per le patologie cardio e cerebro-vascolari acute e per la demenza; per tale motivo, la riduzione della diffusione del consumo di sigarette, in particolare fra i giovani, risulta essere uno degli obiettivi primari di numerose campagne di prevenzione, promosse sia da enti pubblici che privati.

I fattori di rischio_Esposizione a sostanze tossiche.

Un altro campo di analisi affrontato nel nostro questionario è quello della possibile correlazione tra la demenza e l'esposizione professionale ad una serie di sostanze tossiche o inquinanti. Nel campione analizzato, infatti, il 19.5% degli intervistati dichiara di aver avuto contatti, per motivi professionali, con vernici, il 13.3% con solventi organici, il 14.2% con benzina. Per quanto riguarda l'alluminio e il piombo, noti fattori di rischio per l'insorgenza della Demenza di Alzheimer, rispettivamente l'8.8% ed il 13.3% dei soggetti che hanno risposto al questionario riferisce la presenza di un'esposizione professionale a tali metalli. Esistono alcune evidenze di associazione tra esposizione lavorativa alle suddette sostanze e sviluppo di demenza. Tuttavia, si rendono necessari ulteriori studi per dimostrare una eventuale relazione causale.

I fattori di rischio_Ipertensione

Per quanto riguarda le patologie presenti nel nostro campione il 43.9% ha dichiarato di essere iperteso, l'1.5% di essere affetto da insufficienza renale, il 5% da fibrillazione atriale, il 5.2% da cardiopatia ischemica, l'11.1% da diabete, il 42.3% da dislipidemia, il 12% da malattie tiroidee. L'ipertensione arteriosa e la dislipidemia sono quindi le patologie presenti con maggior frequenza negli intervistati: esse rappresentano il 36.3% e 35% rispettivamente delle patologie prese in esame. Gli obiettivi fondamentali del questionario autosomministrabile sono stati specificamente identificati nei fattori di rischio associati al deficit cognitivo.

Le "dimenticanze".

L'analisi statistica ha evidenziato una netta prevalenza delle "dimenticanze" (il 32.6% degli intervistati, infatti, dichiara di avere talvolta dimenticanze, il 9.7% di averne spesso). Inoltre, l'11.1% dei soggetti in esame dichiara di dimenticare spesso i nomi delle persone conosciute, il 35.5% di dimenticarli talvolta.

Le "dimenticanze" stesse possono costituire uno dei segni precoci di insorgenza di patologie neurodegenerative, e quindi un utile campanello d'allarme nello screening e nella diagnosi precoce di

queste drammatiche patologie. Ovviamente, si ribadisce, anche in questo contesto, che generici deficit mnesici, da soli, non rappresentano un criterio diagnostico. La diagnosi di Demenza è, infatti, fondata sull'associazione di tre cardini diagnostici: l'esame clinico, il neuroimaging ed infine i test neuro psicometrici.

Il disorientamento topografico.

Si è ritenuto, inoltre, che potesse essere utile formulare una domanda specifica sul disorientamento topografico, considerato un probabile segno patognomonico di demenza di Alzheimer. I circuiti nervosi deputati al controllo delle funzioni visuo-spaziali risiedono infatti in alcune zone della corteccia temporo-mesiale, precocemente interessate dai processi neurodegenerativi della malattia di Alzheimer. L'1.6% degli intervistati dichiara di aver avuto talvolta episodi di disorientamento topografico, lo 0.5% di averne avuti spesso.

Le alterazioni dell'umore e la depressione.

Per quanto concerne le alterazioni del tono dell'umore in senso depressivo, indagate mediante gli items della Geriatric Depression Scale, l'1.2% degli intervistati presenta elevata probabilità di essere affetto da una sindrome depressiva, il 14.6% presenta una moderata probabilità di depressione. La depressione del tono dell'umore rappresenta una delle condizioni patologiche più frequenti in età geriatrica. L'abbandono sociale e la solitudine, sommati a veri e propri fattori organici, fanno sì che spesso l'anziano riferisca sentimenti di sfiducia e di disperazione, che influiscono in modo rilevante sullo stato clinico e cognitivo del paziente.

Pertanto, riteniamo necessarie strategie di screening e diagnosi precoce del paziente depresso in modo tale da mettere in campo tutte le risorse disponibili per risolvere le problematiche sanitarie e sociali di questi individui.

L'autonomia funzionale.

Abbiamo inoltre esplorato l'autonomia funzionale dei partecipanti allo studio, mediante le due scale di valutazione geriatrica Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL) che indagano, rispettivamente, le attività semplici e complesse della vita quotidiana. Nella valutazione del paziente geriatrico è infatti necessario indagare la presenza di eventuali dipendenze che pongono il paziente in una condizione di fragilità clinica che può evolvere verso quadri di disabilità franca con aumento del rischio di istituzionalizzazione e morte. Per quanto riguarda le ADL il 73.8% è risultato autonomo, il 25% presenta parziale dipendenza, l'1.2% è dipendente in più di tre funzioni. Nelle attività complesse della vita quotidiana il 64.8% del campione è risultato autonomo, il 31.3% parzialmente dipendente, il 3.9% dipendente. Dai risultati esposti possiamo evincere come la percentuale di pazienti con parziale dipendenza nelle attività basilari e strumentali della vita quotidiana sia eccezionalmente elevata, soprattutto considerando che si tratta di individui in grado di recarsi autonomamente presso i luoghi di distribuzione del questionario. Ciò dimostra come il problema della disautonomia funzionale sia sottostimato e sottovalutato, essendo invece uno degli elementi determinanti della condizione di fragilità.

In questi soggetti anche un solo evento patologico scatenante può far precipitare in maniera irreversibile lo stato di precario equilibrio in cui essi già si trovano.

La possibile relazione tra “dimenticanze” e titolo di studio.

Al termine di questa prima analisi descrittiva dei dati da noi raccolti, abbiamo ritenuto necessario definire le possibili relazioni esistenti tra le funzioni da noi esplorate e alcuni dati anamnestici riferiti dai soggetti intervistati. La creazione di queste associazioni statistiche risulta essere, infatti, particolarmente utile nell’ambito della ricerca, in quanto fornisce un elemento fondamentale per la definizione di specifiche correlazioni fisiopatologiche ed eziopatogenetiche.

In particolare, le evidenze emerse mostrano come il 9.4% dei soggetti con la sola licenza elementare riferisca di avere talvolta delle dimenticanze, e come, nello stesso gruppo di individui, il 4.0% degli intervistati affermi come tali episodi si verifichino spesso. Tali dati, se confrontati con quelli dei soggetti in possesso di un diploma di laurea, in cui solo il 4.0% dichiara di avere “talvolta” delle dimenticanze e lo 0.5% riferisce di averne spesso, permettono di identificare nel grado di scolarità un fattore di rischio indipendente per l’insorgenza della demenza di Alzheimer, come peraltro già avvalorato da un cospicuo numero di articoli scientifici presenti in letteratura (**Figura 1**). Tale elemento non è solo legato ad un’evidenza epidemiologica; infatti, le persone che, nella loro vita hanno studiato di più, hanno sviluppato, nel loro cervello, un maggior numero di collegamenti sinaptici, i quali sono in grado di sopperire, dal punto di vista funzionale, alle carenze di una struttura encefalica colpita da devastanti fenomeni neurodegenerativi.

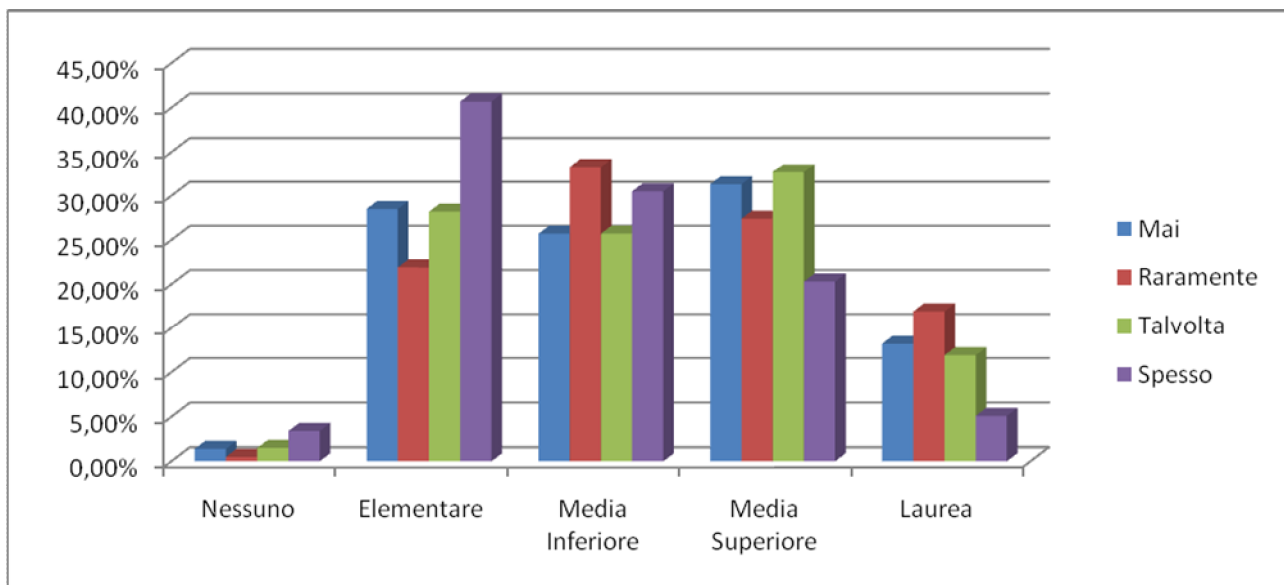


Figura 1. Correlazione tra “dimenticanze” e titolo di studio

La possibile relazione tra “dimenticanze” e peso corporeo.

Dal confronto tra le “dimenticanze” e il valore del BMI, si può evincere che il 14.6% dei soggetti in sovrappeso abbia, “talvolta”, delle dimenticanze, così come il 4.3% degli appartenenti a tale categoria riferisca di averne “spesso”. Questo dato va però interpretato; la classe dei soggetti in sovrappeso è risultata essere la più frequente nella popolazione da noi intervistata. Una analisi più attenta dei dati

raccolti dà, tuttavia, l'impressione che il valore del BMI sia in qualche modo sottostimato. Aggiungere alcuni centimetri alla propria reale statura, così come togliere qualche chilo di troppo sono, infatti, abitudini piuttosto frequenti. L'idea, dunque, è che, in molte schede, il valore del BMI non sia quello reale. In sostanza, possiamo dire che i dati da noi raccolti ci consentono di individuare solo chi, nelle tre categorie, rientra con facilità fra i criteri di inclusione. Del gruppo degli obesi, farà dunque parte solo chi è lo è francamente e "non può nasconderselo"; lo stesso dicasi per i sovrappeso. Si perdono, o meglio, si confondono a cavallo tra un gruppo e l'altro, dunque, tutti quei soggetti che non sanno di essere obesi o "non vogliono sapere di esserlo" o che non sanno di essere in sovrappeso o "non vogliono sapere di esserlo". Il vero dato allarmante, a questo punto, è che, tra gli intervistati, quelli che non hanno un BMI nella norma, nel loro complesso, costituiscono il 57.6% del campione totale (nonostante la sottostima). Di questi, il 19.1% dimentica "talvolta", il 5.1% "spesso" (**Figura 2**).

Si tratta di un dato di estrema rilevanza, che conferma come l'aumento del peso corporeo, determinando un incremento del rischio cardiovascolare, sia di certo in grado di rivestire un ruolo di concausa nel determinismo delle demenze vascolari; si pone, tuttavia, anche l'indicazione alla ricerca di nuove strade per la definizione delle cause della Malattia di Alzheimer, nell'ipotesi di un ruolo dei fattori di rischio cardiovascolare anche nei fenomeni di neurodegenerazione tipici delle Demenze primarie.

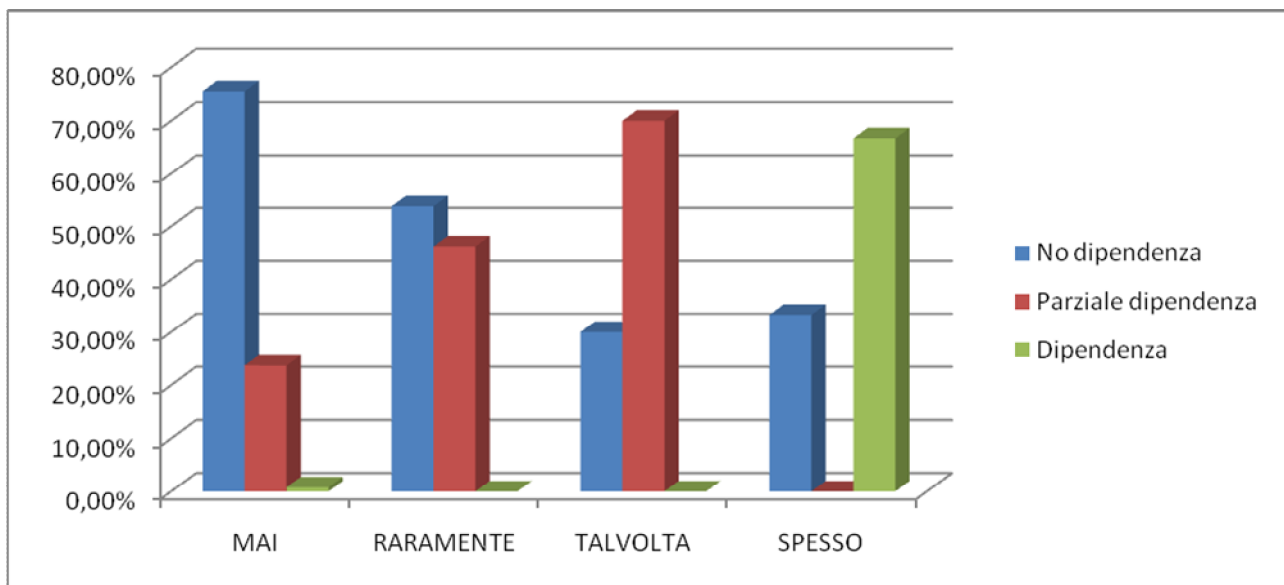


Figura 2. Correlazione tra "dimenticanze" e peso corporeo

La possibile relazione tra rischio cardiovascolare e deficit cognitivo.

A proposito della relazione tra fattori di rischio cardiovascolare e deficit cognitivo, sono emersi alcuni dati interessanti dalle associazioni statistiche atte ad indagare una possibile relazione tra le patologie dichiarate dal campione e la presenza di fattori di rischio di deficit cognitivo: il 51.5% degli affetti da

cardiopatia ischemica dimentica talvolta i nomi, così come il 13.7% degli ipertesi, il 40.8% dei diabetici dichiara di avere dimenticanze.

Il dato più rilevante deriva dall'analisi degli episodi di disorientamento topografico: tra coloro che hanno dichiarato almeno una patologia in anamnesi, chi "si perde" è per la maggior parte diabetico, iperteso o soffre di patologie tiroidee: la letteratura ci conferma che le affezioni appena citate costituiscono importanti fattori di rischio non solo per le demenze vascolari, ma anche per la malattia di Alzheimer. Il controllo di tali patologie con un adeguato stile di vita e/o con la terapia farmacologica rappresenta, ad oggi, una tra le più importanti strategie di prevenzione del deficit cognitivo.

La possibile relazione tra "dimenticanze" e depressione.

Un'altra associazione statistica da noi elaborata è quella che mette a confronto le alterazioni del tono dell'umore, indagate mediante la Geriatric Depression Scale, e le dimenticanze.

Il 6.5% degli individui con una moderata probabilità di essere affetti da una Sindrome Depressiva riferisce di dimenticare "talvolta", il 2.6% "spesso". Per quanto riguarda i soggetti ad elevato rischio di Depressione, bastano i dati assoluti; 8 persone hanno ottenuto, alla GDS, punteggi che rispecchiano un importante grado di compromissione del proprio tono dell'umore. Di questi, che corrispondono all'1.2% del campione totale, 5 affermano di avere talvolta delle dimenticanze, 3 di averne spesso. La Depressione, come abbiamo già avuto modo di dire precedentemente, è un problema piuttosto diffuso nella popolazione geriatrica. Tale condizione patologica, che trae la propria origine sia da fattori organici, legati ad una vera e propria alterazione funzionale di specifici circuiti cerebrali, che da più variegate problematiche sociali, ha uno stretto rapporto con le Demenze, in particolare con quella di Alzheimer. Un tono dell'umore francamente depresso è, infatti, in grado di alterare sensibilmente le prestazioni cognitive di qualsiasi individuo; questo elemento definisce la necessità, da parte del clinico, di prendere seriamente in considerazione il problema "Depressione", nel momento in cui si stia esaminando un soggetto che riferisce disturbi mnesici, di qualunque tipo essi siano. Spesso, la questione sarà quella di definire se il soggetto stesso non ricordi perché depresso o se, al contrario, sia depresso perché consapevole della malattia che lo ha colpito impedendogli, progressivamente, di condurre un'esistenza normale. I risultati raccolti confermano, in conclusione, da un lato, la drammatica diffusione della depressione del tono dell'umore nella popolazione geriatrica, dall'altro, spingono la Ricerca affinché, con studi sempre più approfonditi, sia in grado di definire con chiarezza i rapporti esistenti tra le alterazioni del tono dell'umore e i disturbi di memoria, nel tentativo di trovare strade terapeutiche sempre più efficaci.

Il caso particolare delle "dimenticanze" di persone e luoghi familiari e le diverse relazioni.

Tra le dimenticanze, infine, un ruolo di primaria importanza, come vero e proprio "campanello d'allarme", viene rivestito dal dimenticare i nomi di persone conosciute; per questo motivo, nel nostro questionario sono state inserite delle voci specificatamente dedicate a questo segno clinico. Nella fattispecie, analogamente a quanto abbiamo fatto precedentemente, abbiamo cercato la presenza di una possibile associazione statistica tra il dimenticare i nomi di persone o di cose familiari e una serie di dati anamnestici riferiti dai soggetti intervistati nel questionario.

Nonostante il numero assoluto degli individui che riferiscono dimenticanze nell'area semantica sia piuttosto elevato, in realtà non abbiamo rilevato differenze statisticamente significative fra le varie

classi in cui il campione dei partecipanti alla nostra iniziativa è stato suddiviso. Il dimenticare nomi, cioè, è equamente distribuito, dal punto di vista percentuale, in maniera indipendente rispetto al titolo di studio conseguito, alla classe di BMI, alla probabilità di essere affetti o meno da una qualche forma di Sindrome Depressiva. Anche queste risultanze, d'altra parte, meritano una qualche spiegazione. Contrariamente a quanto diremo successivamente sui deficit di memoria topografica e visuospatiale, infatti, i deficit mnesici di tipo semantico sono legati ad alterazioni anatomico-funzionali di strutture cerebrali differenti e particolarmente complesse.

Il caso particolare_Relazione con il titolo di studio.

L'aspetto che si vuole sottolineare, in questa occasione, è quello legato alla indipendenza di tale deficit dal livello culturale del soggetto. Ciò accade per una ragione; il riconoscimento di figure, volti, oggetti, animali è di per se stesso molto complesso, in quanto richiede l'interazione fra le aree cerebrali preposte alla percezione visiva e quelle deputate alla conservazione della memoria. Tuttavia, lo "sforzo mnemonico" si manifesta solo nella fase di apprendimento. Una volta che avremo imparato a riconoscere un oggetto o una persona come "la forchetta" o come "il mio amico Giorgio" non avremo più la necessità di ricercare nell' "hard disk" del nostro cervello il nome che noi attribuiamo all'immagine che si presenta alla nostra retina. Il fenomeno di riconoscimento diviene, perciò, in qualche modo riflesso, o quanto meno, automatico. Da questo punto di vista, quindi, anche gli individui con un livello culturale più elevato non sono in grado, laddove questo meccanismo si sia in qualche modo inceppato, di sviluppare delle strategie attraverso le quali ovviare al proprio deficit. Questo è il motivo, quindi, per il quale la memoria semantica è di solito una delle prime ad essere perduta e in cui, con maggiore facilità, si possono evidenziare delle alterazioni.

Successivamente, abbiamo pensato di confrontare, con i già precedentemente citati dati anamnestici, il fenomeno del "perdersi". Anche la degenerazione delle aree cerebrali preposte alla individuazione topografica dei luoghi potrebbe essere, infatti, precocemente individuabile nei pazienti con Demenza di Alzheimer, in quanto tali porzioni della corteccia cerebrale sono allocate in zone del cervello che risultano essere precocemente compromesse negli individui affetti.

Per quanto concerne il rapporto esistente tra il "perdersi" e il grado di scolarità, i risultati da noi elaborati sono piuttosto interessanti; tra coloro che riferiscono di avere "talvolta" o "spesso" episodi di disorientamento topografico, la maggior parte ha un basso grado di scolarità, a conferma, ma queste sono solo ipotesi, che un alto livello di istruzione, fornendo all'individuo gli strumenti per costruire strategie in grado di adattarsi ai mutamenti della realtà che lo circonda, attraverso il potenziamento delle capacità logiche e di ragionamento, consente al soggetto colpito da declino cognitivo di sopperire più a lungo degli altri alle proprie disabilità funzionali.

In altre parole, le persone istruite avrebbero una maggiore "riserva cognitiva" da utilizzare nel momento del bisogno, proprio nello stesso modo in cui l'atleta è in grado di fornire prestazioni sportive di elevata intensità utilizzando solo parte della propria potenza muscolare, riservando, per l'appunto, quel che resta delle proprie capacità, per i momenti di necessità.

Il caso particolare_Relazione con la depressione.

Il disorientamento topografico, del resto, sembra non essere particolarmente correlato con le alterazioni del tono dell'umore. Gli intervistati che "si perdono", cioè, non hanno punteggi elevati alla GDS.

Questo è un aspetto molto importante; mentre, infatti, Depressione e Demenza sono entità nosologiche fortemente correlate fra loro e che spesso si sovrappongono, dando, quindi, non sempre un quadro clinico così chiaro e definibile, il disorientamento topografico sembra essere un problema indipendente, che potrebbe essere utilizzato, insieme ad indagini più specifiche in grado di valutare le abilità visuo-spaziali del paziente, per individuare, precocemente, il grado di decadimento cognitivo del soggetto, magari anche prima che la patologia abbia colpito in maniera significativa altre funzioni cognitive come la memoria, l'apprendimento o il linguaggio, le quali, oltre a determinare disabilità, sono, solitamente, i sintomi che più frequentemente vengono riferiti dal malato o dai suoi parenti nel momento in cui viene richiesto l'intervento del medico.

Se tali ipotesi fossero confermate, si potrebbe, cioè, individuare la malattia ancor prima che essa si manifesti.

Il caso particolare_Relazione con l'autonomia funzionale.

Risultati particolarmente interessanti, invece, vengono messi in luce dal raffronto tra le dimenticanze, il perdersi e i punteggi ottenuti dai soggetti intervistati ai test ADL e IADL, così come dalle stesse dimenticanze e dallo stesso perdersi con i punteggi ottenuti al Mini-Nutritional Assessment, scala che indaga lo stato nutrizionale.

Dei soggetti che talvolta hanno delle dimenticanze, ben il 31.4% è parzialmente dipendente nelle attività basilari della vita quotidiana, l'1% ha una totale dipendenza (**Figura 3**). Fra quelli che dimenticano spesso, il 43.5% ha una parziale dipendenza allo ADL, il 4.8% una dipendenza totale.

Per quanto riguarda il raffronto tra le "dimenticanze" e la presenza di deficit nella attività strumentali della vita quotidiana, il 25.2% dei pazienti che talvolta dimenticano è parzialmente dipendente, il 3.8% è totalmente dipendente. Tra coloro che hanno spesso delle dimenticanze, il 28.3% è parzialmente dipendente allo IADL, il 13.3% lo è totalmente.

Per quanto concerne il dimenticare i nomi di persone conosciute, il 27.6% dei soggetti che dimentica talvolta ha un grado parziale di dipendenza; di quelli che dimenticano nomi "spesso", il 41.7% ha un livello parziale di dipendenza, il 4.2% risulta essere totalmente dipendente.

Nel raffronto tra le dimenticanze di nomi conosciuti e lo IADL, i risultati sono i seguenti: dei pazienti che talvolta dimenticano i nomi, il 35% ha un livello parziale di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana, il 2.7% ha una livello di dipendenza totale. Fra coloro i quali hanno spesso delle dimenticanze, il 22.9% è parzialmente dipendente, mentre il 14.3% lo è totalmente.

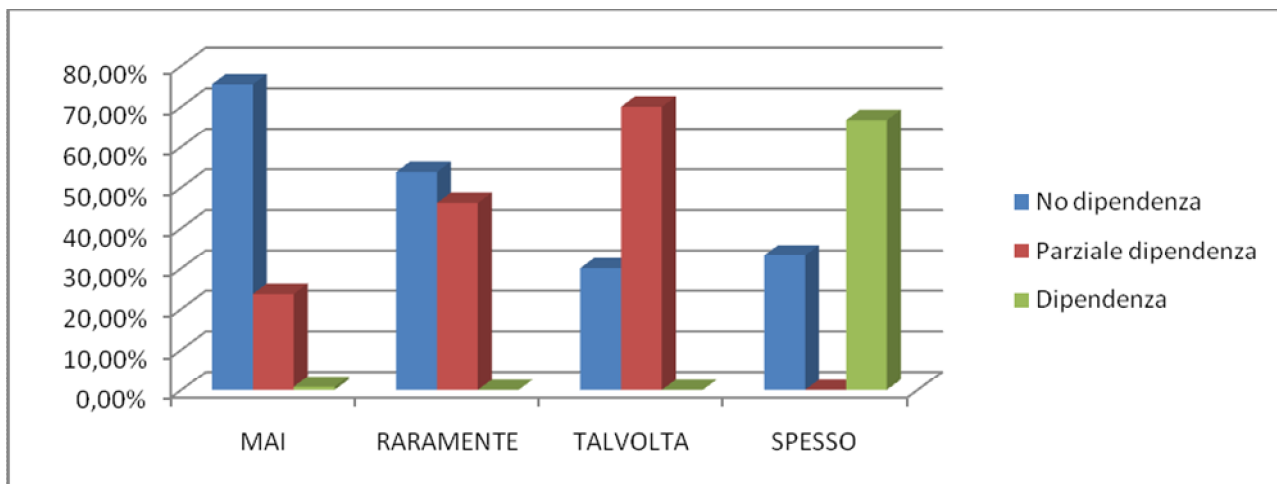


Figura 3. Correlazione tra ADL e "dimenticanze"

Anche il fenomeno del "perdersi" fornisce risultati particolarmente interessanti; il 70% dei pazienti a cui talvolta capita di perdersi hanno una dipendenza parziale nelle attività basilari della vita quotidiana; il 66.7% dei pazienti cui capita invece spesso di non ritrovare la strada di casa sono totalmente dipendenti allo ADL (**Figura 4**).

Per quanto riguarda, inoltre, il "perdersi", rapportato alle attività strumentali della vita quotidiana, il 40.0% di coloro i quali talvolta si perdono risulta essere parzialmente dipendente, mentre, tra quelli che si perdono spesso, il 50% è totalmente dipendente allo IADL.

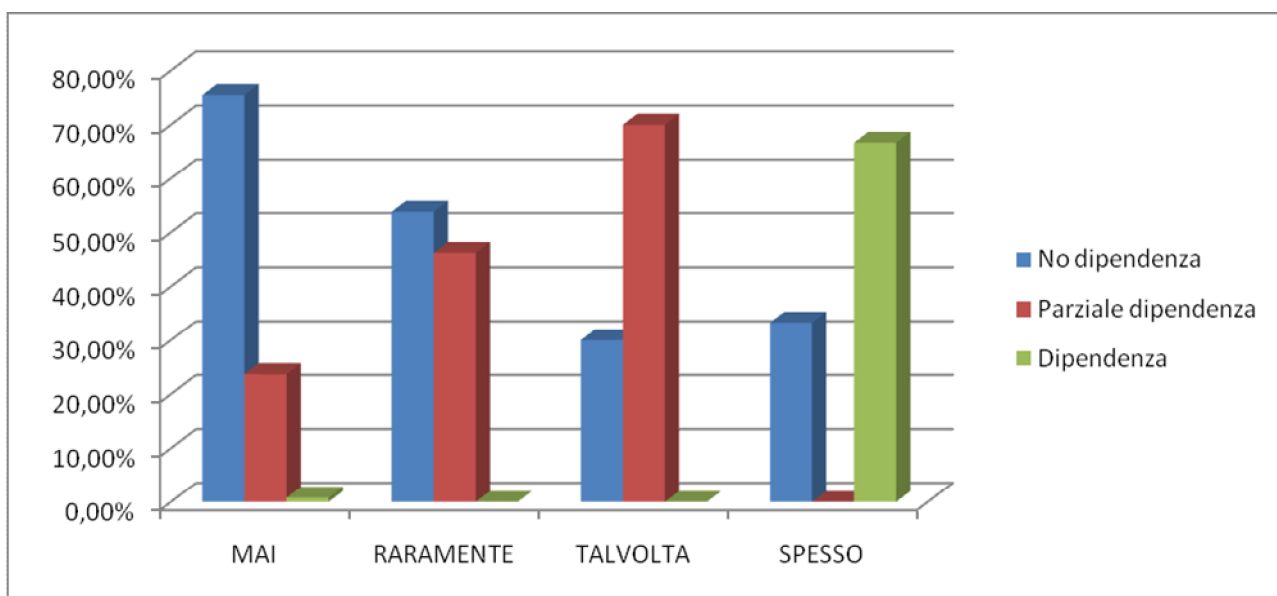


Figura 4. Correlazione tra "perdersi" e ADL.

Il caso particolare_Relazione con nutrizione.

Davvero inaspettate, infine, in confronto a quanto abbiamo sinora detto, sono le risultanze statistiche derivanti dal raffronto tra le dimenticanze, il perdersi e i punteggi ottenuti dal campione da noi intervistato al Mini Nutritional Assessment (MNA). Fra i soggetti a cui talvolta capita di avere delle dimenticanze, il 97.2% risulta essere a rischio di malnutrizione, 1.4% è francamente malnutrito. Di chi capita spesso di dimenticare, invece, l'87.3% è a rischio di malnutrizione, il 9.5% è malnutrito.

Valutando soltanto il dimenticare i nomi di persone conosciute, inoltre, di chi lo fa talvolta, il 93.5% a rischio di malnutrizione, il 4.3% risulta essere malnutrito. Fra coloro i quali spesso non ricordano i nomi, il 90.3% è a rischio di malnutrizione, il 9.7% è malnutrito.

Per finire, fra coloro a cui, talvolta, accade di perdere la strada di casa, il 90.0% è a rischio di malnutrizione, il 10% risulta essere malnutrito. Fra coloro i quali si perdono spesso, invece, il 66.7% è a rischio di malnutrizione, il 33.3% risulta essere definitivamente malnutrito. A tal proposito, è da tempo noto che carenze nutrizionali, in particolare di fattori metabolici e vitaminici, si possono accompagnare a modificazioni delle funzioni cognitive o addirittura determinare la comparsa di una vera e propria demenza.

Con il contributo istituzionale di

