



ORDINE
MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA

COMMISSIONE DI BIOETICA

Coordinatore: Dott. Angelo Bianchetti

Corso di Aggiornamento

RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

Modelli decisionali

Sala Conferenze Ordine Medici ed Odontoiatri - Via Lamarmora n. 167 (Palazzo il Diamante) - Brescia

26 settembre 2017 - ore 19.00

**I° CASO CLINICO: LA GESTIONE DEI DISTURBI DEL
COMPORAMENTO NELLA PERSONA CON DEMENZA**

↘ ***Le considerazioni del Medico di Medicina Generale***

Dott. LORENZO ZANINI

Torniamo alla paziente



Età: 76 anni Scolarità: 8 anni BMI: 17.19

Non fumatrice, ne abuso di alcool o sostanze esotossiche

Anamnesi Familiare: Sposata, vive al domicilio con il marito, familiarità per patologie cardiovascolari

Anamnesi Patologica Remota:

- Brochiectasie
- BPCO (tp cronica con tiotropio e fluimucil)
- Pregressa pleurite non specificata
- Pregressa asportazione di duplice nodulo mammario
- Poliartrosi con cifoscoliosi

Rivediamo i tempi



Giugno - primo ricovero

episodi **improvvisi (?)** di aggressività verbale con associati episodi di franca violenza verso i propri familiari, soprattutto quando contraddetta

- **Autodimissione** dopo 6 gg e **rifiuto di colloquio** con specialisti (paura AD)
- Formulate ipotesi diagnostiche somatiche “confondenti” che “assecondano” paziente e familiari (idrocefalo normoteso)
- Comunque proposta Quetiapina → **rifiutata**

Rivediamo i tempi



- Inizio de mese di **luglio** (MMG) → PS per **violenza eteroriferita, ridimensionata** dalla pz in riacutizzazione di BPCO → **rifiuto** di tritico e quetiapina... e la TC continua a nutrire le “speranze” somatiche dei familiari
- Fine mese → confusione franca (“insalata di parole e deragliamento del pensiero”) con episodi di mutacismo → **specialista a domicilio** (?) : cachettica, aumento frequenza cadute, episodi di cadute ed incontinenza urinaria non miglioramento da tp con talofen e bronchenolo → **8/8 ricovero** → **aloperidolo (3+3+5) con beneficio** → diagnosi alla dimissione:
- **AGITAZIONE PSICOMOTORIA IN DEMENZA SENILE**
- **ENCEFALOPATIA MULTILACUNARE**

Il MMG, un'analisi critica



- MMG, colpevole assenza?
- Qual è la storia precedente della paziente? E' possibile che prima di giugno non avesse dato sintomi premonitori?
- Scotomizzazione? Della pz? Dei familiari? Del MMG? Superficialità? Del MMG? Di alcuni specialisti?
- Qual'era la diagnosi più probabile per prevalenza?
- La comunicazione con la pz e i familiari è stata deficitaria? Superficiale? Frettolosa?
- I tempi della diagnosi sono stati adeguati? MMSE 20/30
- Il rifiuto della paziente ha influito significativamente sulla gestione del caso. Cosa si poteva fare per una più efficace azione diagnostica e di contenimento dei disturbi comportamentali?
- Da chi? Con quali strumenti?

PDTA DEMENZA



Allegato "B"

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

PERCORSO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE
DECADIMENTO COGNITIVO/DEMENZA



3° edizione dicembre 2016

(precedenti 2011 – 2013)

PDTA - Valutazione sul territorio



Sistema integrato MMG – UCAM – CDCD – (Servizi Sociali Comunali)

1) Fase pre-diagnostica, prima verifica ed eventuale invio al CDCD

Obiettivo: pervenire ad una diagnosi precoce di decadimento cognitivo in modo omogeneo nel territorio ATS;

MMG individuazione dei soggetti con sospetto di decadimento cognitivo attraverso lo screening; Strumenti: somministrazione ai familiari/caregiver di un questionario. Anche un solo item positivo, che presenta però un impatto con l'attività quotidiana → risomministrato dal MMG a 3 mesi. Eventuale integrazione con MMSE. In caso di risultato patologico, il MMG avvia il processo di esclusione diagnostica/diagnosi differenziale attraverso la prescrizione e la valutazione dei risultati degli esami di primo livello

N.	PERFORMANCE	ESITO	
		SI	NO
1	Ha difficoltà a ricordare conversazioni, eventi e appuntamenti?	SI	NO
2	Ha difficoltà a ricordare il giorno della settimana o la data attuale?	SI	NO
3	Ripone frequentemente gli oggetti in luoghi inappropriati?	SI	NO
4	È più ripetitivo nel parlare?	SI	NO
5	Ha difficoltà nel seguire un pensiero complesso o nell'eseguire compiti che richiedono numerose azioni?	SI	NO
6	È incapace di rispondere a problemi banali insorti a casa o sul lavoro?	SI	NO
7	Si mostra stranamente poco riguardoso delle regole sociali di comportamento?	SI	NO
8	Ha difficoltà nell'orientamento durante la guida dell'automobile?	SI	NO
9	Tende a perdersi anche in luoghi familiari?	SI	NO
10	È passivo, non reagisce adeguatamente alle differenti situazioni e si mostra indifferente e distaccato?	SI	NO
11	Interpreta in modo sbagliato stimoli uditivi e visivi?	SI	NO
12	È più irritabile e sospettoso del solito?	SI	NO
13	Ha difficoltà sempre maggiori a trovare parole che esprimono ciò che vuole comunicare ("sulla punta della lingua") e a seguire le conversazioni?	SI	NO

Esami di primo livello



VES	colesterolo totale e HDL
emocromo	trigliceridi
sodio, potassio	B12 e folati
glicemia	TSH REFLEX
creatinina	esame urine
AST, ALT	ECG
elettroforesi sieroproteica	TC encefalo senza mezzo di contrasto

I DISTURBI COMPORTAMENTALI



Quelli maggiormente oggetto di studio sono quelli psicotici (deliri e allucinazioni), la depressione ed il comportamento aggressivo.

Prima di iniziare un trattamento farmacologico per controllo dei BPSD, è opportuno tentare un approccio non farmacologico. In particolare, è sempre utile un intervento di supporto e formazione ai caregiver, perché imparino a utilizzare strategie ambientali e relazionali in grado di contenere i disturbi del comportamento, o almeno di contribuire al controllo di questi sintomi.

La gestione farmacologica dei disturbi comportamentali che si manifestano nei pazienti affetti da demenza si basa quindi su un approccio empirico, cioè sull'individuazione dei cosiddetti cluster sindromici.

Ad oggi, nessun farmaco psicotropo (ad eccezione del risperidone) possiede un'indicazione specifica per la terapia dei disturbi comportamentali del paziente demente; il loro utilizzo è quindi "off label".

I DISTURBI COMPORTAMENTALI



Trattamento BPSD

Demenza	BPSD	Farmaco prima scelta	Alternative (SE... ALLORA...)
Tutte	Depressione	SSRI	<ul style="list-style-type: none">- SE agitazione da SSRI o SSRI inefficace e demenza di grado lieve, ALLORA provare SNRI e/o TRAZODONE- SE SSRI inefficaci e decadimento cognitivo severo ALLORA utile TRAZODONE- SE presenti anche altri BPSD che non rispondono a SSRI, ALLORA scegliere TRAZODONE <p>Evitare sempre TRICICLICI</p>

Trattamento BPSD

Demenza	BPSD	Farmaco prima scelta	Alternative (SE... ALLORA...)
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD e FTD	Psicosi (Deliri/Allucinazioni)	ACHEI	<ul style="list-style-type: none"> - SE agitazione da AchEI, ALLORA sospendere e preferire TRAZODONE o SSRI - SE agitazione da AchEI e Trazodone / SSRI inefficaci, ALLORA passare a NEUROLETITICO TRADIZIONALE (aloperidolo o promazina) o ATIPICO (risperidone o olanzapina, o quetiapina) - SE non agitazione da AchEI ma AchEI inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire, ma associare prima TRAZODONE e/o SSRI - SE AchEI + TRAZODONE e/o SSRI inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire AchEI, sospendere antidepressivo e associare NEUROLETITICO TRADIZIONALE o ATIPICO
FTD	Psicosi (Deliri/Allucinazioni)	TRAZODONE e/o SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE Trazodone e SSRI inefficaci o effetto paradosso, ALLORA passare a NEUROLETITICO TRADIZIONALE (aloperidolo o promazina) o ATIPICO (risperidone o olanzapina, o quetiapina) per il minor tempo necessario - SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino alla minima dose efficace o fino a sospensione
LBD	Allucinazioni	ACHEI	<ul style="list-style-type: none"> - SE agitazione da AchEI e allucinazioni non disturbanti e ben tollerate dal paziente, ALLORA sospendere e non trattare il sintomo - SE agitazione da AchEI e allucinazioni disturbanti per il paziente, ALLORA sospendere e preferire TRAZODONE o SSRI e/o CLONAZEPAM - SE agitazione da AchEI e Trazodone / SSRI / CLONAZEPAM inefficaci, ALLORA passare a neurolettico atipico (risperidone o olanzapina, o quetiapina) - SE non agitazione da AchEI ma AchEI inefficaci nel controllo delle allucinazioni, ALLORA proseguire, ma associare prima TRAZODONE e/o SSRI e/o CLONAZEPAM - SE AchEI + TRAZODONE e/o SSRI e/o CLONAZEPAM inefficaci nel controllo della psicosi, ALLORA proseguire AchEI, sospendere antidepressivo e benzodiazepina, e associare neurolettico atipico

Trattamento BPSD

Demenza	BPSD	Farmaco prima scelta	Alternative (SE... ALLORA...)
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD	Agitazione, affaccendamento, sundowning	TRAZODONE e/o SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE inefficace o effetto paradosso, ALLORA sospendere e iniziare NEUROLETTICO TRADIZIONALE o ATIPICO per il minor tempo necessario - SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino a sospensione, se necessario con associazione di TRAZODONE (se non effetto paradosso) o STABILIZZANTE (es. Valproato o Pregabalin)
LBD	Agitazione, affaccendamento, sundowning	TRAZODONE	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE inefficace o effetto paradosso, ALLORA sospendere e iniziare NEUROLETTICO ATIPICO per il minor tempo necessario - SE possibile senza ricomparsa del disturbo, ALLORA riduzione graduale nel neurolettico fino a sospensione, se necessario con associazione di TRAZODONE (se non effetto paradosso)
Tutte	Ansia, somatizzazioni	TRAZODONE e/o SSRI	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE inefficace e/o SSRI non efficaci, ALLORA associare BENZODIAZEPINA emivita media, a basse dosi - SE anche Benzodiazepina inefficace, ALLORA iniziare NEUROLETTICO (atipico se LBD) per il minor tempo necessario
AD – VaD – Altre demenze a parte LBD	Insonnia	TRAZODONE	<ul style="list-style-type: none"> - SE TRAZODONE parzialmente efficace (migliora ma non controlla del tutto l'insonnia) e non sono presenti altri BPSD, ALLORA associare BENZODIAZEPINA emivita media a basse dosi e/o ANTISTAMINICO (meglio Prometazina, meno Idrossizina) - SE TRAZODONE inefficace o effetto paradosso e non sono presenti

CONCLUSIONI



- Il MMG ha un ruolo fondamentale per la diagnosi precoce di demenza soprattutto per la peculiare caratteristica di presidio del territorio e di penetrazione nel tessuto socio culturale della comunità in cui opera.
- Fondamentali:
 - l'attenzione del MMG verso l'ipotesi diagnostica della demenza
 - il rapporto fiduciario tra MMG e familiari/caregiver
 - La modalità di comunicazione con i pazienti e i familiari circa la necessità di iniziare un percorso che potrà portare a una diagnosi difficile da accettare
- Fattore critico è rappresentato dal livello di insight dei pazienti e dei familiari soprattutto nelle fasi iniziali della demenza, per fenomeni scotomici, per paura di ricevere una diagnosi difficile, ma anche per “abitudine” a considerare una caratteristica “caratteriale” intrinseca al paziente quello che invece è un chiaro sintomo premonitore.
- Molto è stato fatto per identificare ed uniformare i comportamenti virtuosi nella gestione della demenza, ma seppur conosciuti, molte sono le criticità che il territorio oppone ad una efficace presa in carico del paziente con decadimento cognitivo. Questo determina il persistere di un'area grigia in cui ancora molto è lasciato alla sensibilità del MMG e alla sua capacità di relazione che può e deve essere coltivata.