

# INTERVENTI NON FARMACOLOGICI E RIDUZIONE DEI FARMACI: LAVORO DI EQUIPE IN UNA UNITA' SPECIALE ALZHEIMER

Daniele Tiboni<sup>1</sup>, Francesco Baffa Bellucci<sup>2,3</sup>, Silvia Roberti<sup>1</sup>, Camillo Ferrandina<sup>2,3</sup>, Sara Butturini<sup>1</sup>, Stefano Boffelli<sup>2,3</sup>, Marco Trabucchi<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>RSA Passerini, Nozza di Vestone (BS) <sup>2</sup>Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia <sup>3</sup>Fondazione Poliambulanza, Brescia



## Introduzione allo studio

L'attività delle Unità Speciali per le persone affette da demenza (identificate in Regione Lombardia come Nuclei Alzheimer - NA) è multidisciplinare e multifattoriale: in questi reparti di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) viene chiesto all'equipe di gestire la complessità clinica, funzionale, cognitiva ma soprattutto comportamentale dei pazienti, di difficile gestione sia al domicilio sia nei normali reparti di RSA. La letteratura scientifica ha evidenziato spesso l'efficacia dei NA nel ridurre i disturbi comportamentali, mentre pochi studi hanno considerato l'efficacia globale delle cure nei confronti dei malati.

Scopo del lavoro è di evidenziare gli effetti di un intervento multidisciplinare longitudinale su un gruppo di persone ricoverate in un Nucleo Alzheimer.

## Materiali & Metodi

Tutti i malati ricoverati nel Nucleo Alzheimer della RSA - Fondazione Passerini di Nozza di Vestone (Brescia), sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale che include stato cognitivo (MMSE, CDR), funzionale (Barthel, Tinetti), comorbilità (CIRS), disturbi comportamentali, stato nutrizionale (MNA, esami biologici), rischio di caduta (MORSE) e di decubiti (NORTON).

La valutazione è stata ripetuta dopo sei mesi, al termine di una serie di interventi multidisciplinari e multidimensionali: clinici (follow up somatico e revisione della terapia farmacologica, intervento nutrizionale), funzionali (stimolazione delle attività motorie e FKT) e comportamentali (interventi non farmacologici ed attività occupazionali).

In particolare, per coloro con maggiore perdita funzionale nelle BADL, si è realizzato un intervento assistenziale che prevedeva la stimolazione al recupero/mantenimento di alcune attività di base della vita quotidiana.

Inoltre, sono state effettuate modifiche ambientali al fine di favorire il benessere dei malati. Sono stati eseguiti incontri con i familiari ed i volontari di tipi informativo/formativo.

Infine, è stata programmata una serie di incontri di aggiornamento e riunioni di equipe mensili per verificare l'andamento del progetto e personalizzare l'intervento per ogni malato

## Risultati Tabella 1

I 24 pazienti valutati sono anziani (età 81.6±10.2), in prevalenza di sesso femminile (n.18; 75%), con bassa scolarità (5.8±2.0).

Presentano in media un decadimento cognitivo severo (MMSE 5.4±9.2, range 0-28); 16/24 pazienti (70%) sono in CDR 1-3.

La dipendenza funzionale è moderato-severa (IADL perse ingresso 7.7±0.6; range 6-8; Barthel ingresso 36.7±29.6; range 3-88), con un disturbo del cammino e rischio di caduta moderati (Tinetti totale 17.5±1.1; scala MORSE 42.9±17.7; range 15-80).

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti (n.24)

Variabile (range osservato)	N (%)	Media	Ds
Genere (F)	18 (75)		
Scolarità		5.8	2.0
Età (60-96)		81.6	10.2
MMSE (0-28)		5.4	9.2
IADL f. perse (6-8)		7.7	0.6
Barthel Index (3-88)		36.7	29.6
Tinetti totale (1-28)		17.5	1.1
MORSE (15-80)		42.9	17.7
UCLA NPI (0-72)		22.1	18.0
NORTON (7-18)		11.2	3.5

## Risultati tabella 2

I disturbi comportamentali sono di grado moderato: UCLA NPI 22.1±18.0, range 0-72). I pazienti hanno una comorbilità elevata (n. malattie 4.2±2.4; range 1-10) e trattamento farmacologico complesso (somatico e psicocomportamentale: n. drugs 7.5±2.0; range 4-13).

Dal punto di vista nutrizionale i malati presentano una condizione di denutrizione (Hb 12.2±1.3 g/dl; albumina 3.2±0.6 g/dl; colesterolo 175.4±27.0; MNA 14.8±5.3; range 0-19). Il rischio di lesioni da decubito è moderato (NORTON scale 11.2±3.5; range 7-18).

I malati vengono ricoverati prevalentemente da casa (80%), all'ingresso nessuno è portatore di catetere vescicale, né di lesioni da decubito.

Tabella 2 caratteristiche cliniche dei pazienti (n=24)

Variabile (range osservato)	N (%)	Media	Ds
Genere (F)	18 (75)		
Scolarità		5.8	2.0
Età (60-96)		81.6	10.2
MMSE (0-28)		5.4	9.2
IADL f. perse (6-8)		7.7	0.6
Barthel Index (3-88)		36.7	29.6
Tinetti totale (1-28)		17.5	1.1
MORSE (15-80)		42.9	17.7
UCLA NPI (0-72)		22.1	18.0
NORTON (7-18)		11.2	3.5

## Risultati tabella 3

Dopo l'intervento multidisciplinare, a sei mesi i disturbi comportamentali si riducono rispetto al tempo T0 (UCLA NPI 16.7±13.5, range 1-63), e contemporaneamente si verifica una riduzione della terapia farmacologica (n. drugs 5.2±2.4). Lo stato funzionale migliora globalmente, (Barthel 42.2±29.3) anche se non si verifica una significativa riduzione del rischio di caduta (Tinetti 16.8±10.8; MORSE a sei mesi 49.3±16.4; range 30-90).

Tabella 3. Follow up a sei mesi (n.24)

Variabile (range osservato)	N	Media	Ds
UCLA NPI (1-63)		16.7	13.5
Numero farmaci		5.2	2.4
Barthel Index		42.2	29.3
Tinetti totale		16.8	10.8
MORSE		49.3	16.4
Emoglobina		12.1	0.9
Albumina		3.4	0.3
Colesterolo		180.6	12.2
NORTON		12.7	3.5
Cadute	4		
Lesioni da decubito	0		
CV	0		
Deceduti	0		

## Risultati tabella 4

Anche dal punto di vista nutrizionale i pazienti presentano un miglioramento (Hb 12.1±0.9 g/dl; albumina 3.4±0.3 g/dl; colesterolo 180.6±12.2).

Il rischio di lesioni da decubito è invariato, moderato (NORTON scale 12.7±3.5; range 7-19).

Al follow up a diciotto mesi, gli aspetti cognitivi sono in lento aggravamento, ma si evidenzia una sostanziale stabilità funzionale e comportamentale, senza aumenti della prescrizione di farmaci.

Tabella 4. Follow up a 18 mesi (n.24)

Variabile (range osservato)	N	Media	Ds
MMSE		2.6	4.7
UCLA NPI (3-32)		17.7	11.0
Numero farmaci		6.0	2.4
Barthel Index		40.2	28.4
Tinetti totale		17.7	11.9
MORSE		32.0	4.4
NORTON		12.0	1.9
Cadute	3		
Lesioni da decubito	0		
CV	0		
Deceduti	0		

## Conclusioni

L'obiettivo principale del Nucleo Alzheimer consiste nel garantire, alle persone affette da demenza e con disturbi comportamentali, un ambiente ed un'organizzazione il più possibile adeguate ai loro bisogni.

Rilevata la complessità globale delle persone ricoverate, l'equipe assistenziale multidisciplinare ha collaborato per creare un intervento multidimensionale, che ha dimostrato di essere efficace sia sul piano clinico/funzionale che comportamentale. In particolare, il personale del nucleo si preoccupa di garantire il mantenimento dello stato funzionale, fornire cure specifiche per la cognitività e le malattie somatiche, trattare le complicanze.

Per raggiungere questi obiettivi si utilizza un ambiente in grado di favorire l'orientamento, perciò il più possibile libero (con continua supervisione del personale), programmi di attività adattati ai diversi gradi di disabilità e di compromissione cognitiva, anche con la collaborazione dei familiari e dei volontari.

La riduzione del trattamento farmacologico è opera di una continua revisione delle cure, che porta a riconsiderare più l'approccio non farmacologico che quello farmacologico nella cura dei sintomi neuropsicologici; ne consegue una minore comparsa di effetti collaterali e la possibilità di mantenere più a lungo lo stato funzionale per i nostri malati.