MALATTIE MENTALI SENILI

Malattie psichiatriche e neurologiche

A cura della Dott.ssa Costanza Michela Acciaro

18 Novembre 2026

INTRODUZIONE

Nella sessione dello scorso anno in merito alle patologie croniche dell'anziano avevamo introdotto il grande capitolo delle patologie neurodegenerative citando solo gli stati clinici più frequenti senza approfondirne il contenuto.



Oggi faremo un focus più dettagliato descrivendo tutti gli aspetti fondamentali dei diversi quadri patologici sia psichiatrici che neurologici.

INCIDENZA



Secondo i dati ISTAT la malattia psichica più diffusa tra gli over 65 e la depressione ne soffrel'11, 3% degli anziani con una netta prevalenza nel genere femminile percentuale che infatti riguarda il 14,9% delle donne over 65 raggiungendo il 20% della fascia superiore agli 85 anni.

L'incidenza e la prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione anziana (over 60/65) rappresentano una quota rilevante delle problematiche sanitarie globali e locali:

- **Dati generali:** Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), circa il **14% degli adulti sopra i 60 anni** vive con un disturbo mentale, un dato che sale ulteriormente se si considerano le popolazioni istituzionalizzate o con cronicità multiple.
- **Depressione:** È la malattia psichica più diffusa in età senile. La prevalenza nella popolazione generale over 65 si attesta tra l'**11% e il 15%** (con punte del 20-25% tra gli anziani ricoverati o cronici). La depressione maggiore interessa circa l'1-4% degli over 65, ma la frequenza raddoppia dopo gli 80 anni. Le donne sono più colpite (circa il 14,9% delle over 65, fino al 20% dopo gli 85 anni).
- **Disturbi d'ansia:** Colpiscono circa il **3,8%** della popolazione anziana, spesso associati a solitudine, declino fisico o politerapia.

- **Demenze e decadimento cognitivo:** Pur essendo patologie prevalentemente neurodegenerative e non strettamente psichiatriche in senso classico, rappresentano il principale capitolo della salute mentale dell'anziano. In Italia, si stima che le demenze e l'Alzheimer riguardino circa il **4,2% della popolazione over 65** (circa 600.000 persone in ambito familiare), con una crescita esponenziale nella fascia degli ultra-ottantacinquenni.
- **Suicidio:** Il fenomeno del disagio psichico severo si riflette anche nel tasso di gesti autolesionistici: circa un quarto dei suicidi globali riguarda la popolazione anziana.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO DEGLI ANZIANI



La persona anziana è una figura fragile e, a volte, sottovalutata nell'ambito medico e sociale.

L'età e il decadimento biologico possono causare disturbi psichici che solo un team esperto di specialisti può comprendere e affrontare nel modo più opportuno.

I disturbi del comportamento nei pazienti anziani rappresentano una condizione tanto frequente quanto spesso sottovalutata.

Cambiamenti improvvisi dell'umore agitazione confusione o apatia possono comparire anche in persone fino a poco tempo prima autonome generando preoccupazione nei familiari e nei caregiver.

Questi segnali non vanno considerati come una conseguenza normale dell'invecchiamento ma possono essere le espressioni di condizioni cliniche specifiche talvolta acute e reversibili.

Riconoscerli tempestivamente è fondamentale. In questo modo è possibile intervenire in modo appropriato migliorando la qualità di vita del paziente e di chi se ne prende cura.

Le malattie neurologiche e psichiatriche dell'anziano comprendono un vasto gruppo di disturbi neurodegenerativi, cerebrovascolari e dell'umore che richiedono un approccio specialistico integrato e multidisciplinare ad esempio tramite servizi di:

- **Psicogeriatria: Gruppo Kos**
- **Centro Disturbi Cognitivi e Demenze -Auxologico**



La psicogeriatria (o psichiatria geriatrica) è una branca specialistica della psichiatria e della psicologia che spesso in **stretta collaborazione**

con la **geriatria e la neurologia,** che affronta I disturbi mentali affettivi e comportamentali dell'anziano **il suo compito è distinguere i normali segni dell'invecchiamento da patologie vere e proprie** gestendo la complessità di pazienti che spesso assumono molti farmaci per altre malattie fisiche comorbilità.

DEFINIZIONE



Le patologie psichiatriche nell'anziano sono quadri complessi, Influenzati da altre condizioni di salute, stili di vita e condizioni ambientali, che richiedono un trattamento farmacologico e riabilitativo che tenga conto delle fragilità del soggetto delle comorbidità mediche e di una poli-farmaco-terapia spesso complessa con un alto rischio di interazioni tra farmaci e di effetti collaterali.

In età avanzata le patologie psichiatriche sia già presenti nella storia clinica del paziente sia di nuova insorgenza mutano il loro quadro sintomatologico e si manifestano con sintomi peculiari con un decorso di solito più grave e cronico e con una risposta ai farmaci molto più complessa.

La manifestazione delle patologie Psichiatriche nell'anziano come la depressione spesso ha un esordio subdolo con manifestazioni definite atipiche, infatti possono essere presenti sintomi somatici, come dolori generali, affaticabilità ed astenia, lentezza nel camminare difficoltà a fare sforzi o svolgere attività spesso attribuita più alla perdita senile del tono muscolare o con manifestazioni di tipo neurologico, gastroenterico, respiratorio e cardiaco.

Quali sono i segnali più comuni del comportamento negli anziani che compaiono improvvisamente?????

- **Oscillazioni del tono dell'umore** sono presenti in tutte le fasce di età un episodico disturbo comportamentale anche se esagerato non va interpretato come segnale di insorgenza di decadimento cognitivo discorso differente è il ripetersi di inconsuete oscillazioni del tono dell'umore il perdurare di uno stato di ansia o di depressione mai verificatosi in precedenza vanno interpretati come possibili segni premonitori non è più la stessa persona ma cosa gli è successo…….
- **I segnali di un incipiente declino sono vari e soprattutto individuali** ad esempio:
- **l'esasperazione di piccole manie o di innocenti fobie** che tendono a crescere fino a diventare motivo dominante della giornata
- **parliamo di attenzione all'igiene che diventa ossessione**
- **l'affetto che si trasforma in esclusivo possesso**
- **il timore della malattia che diventa ipocondria fino al delirio maniacale**
- **l'abbandono di vecchi amici e l'isolamento**

gli esempi sono molteplici e ad una attenta analisi riguardano piccole fobie già presenti nella vita dell'anziano che ad un certo punto pare perdere la capacità di gestirle. **Tipico disturbo comportamentale ad insorgenza acuta nella persona anziana è il delirio.**

CAUSE DELLE MALATTIE MENTALI

La salute Cerebrale non dovrebbe essere considerata soltanto come assenza di malattia ma come una condizione dinamica che può essere preservata e rafforzata lungo tutto l'arco della vita

E' il messaggio di una review pubblicata su **Neuropsycopharmacology** che propone un nuovo paradigma per la prevenzione dei disturbi neuropsichiatrici dell'anziano spostando l'attenzione dal trattamento della malattia al mantenimento della funzione cerebrale e della capacità di adattamento.

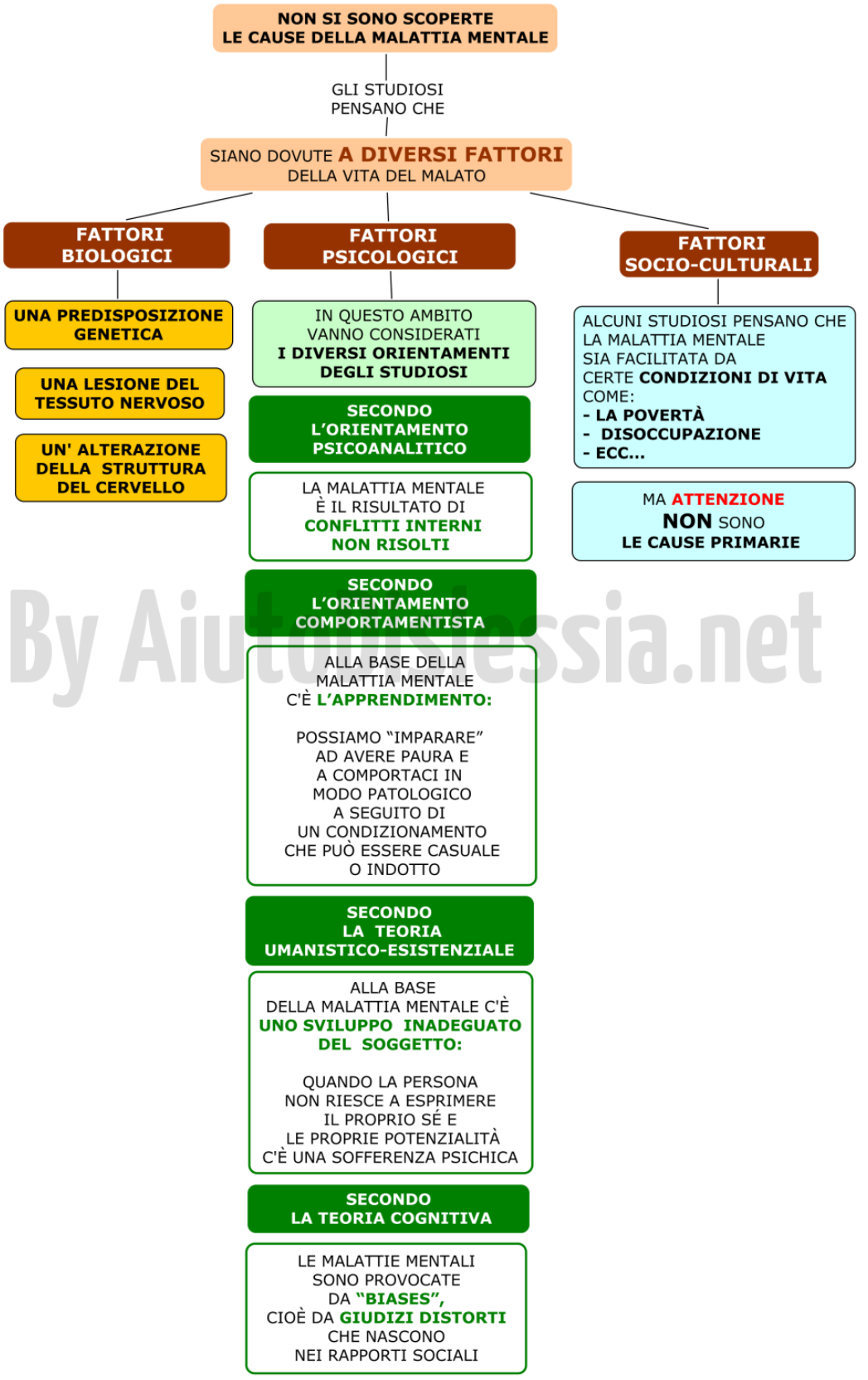
Secondo alcuni autori, la salute del Cervello nasce dall'interazione continua tra fattori biologici psicologici comportamentali sociali e ambientali un approccio di questo tipo potrebbe contribuire a modificare la traiettoria clinica di condizioni come depressione demenza e altri disturbi neuropsichiatrici dell'età avanzata.

Infatti ad oggi le cause delle malattie psichiatriche e neurodegenerative nell'anziano sono multifattoriali e derivano dall'interazione tra:

- **fattori biologici**
- **fattori genetici**
- **fattori ambientali**
- **fattori psicosociali**

Tradizionalmente queste condizioni sono state affrontate come entità separate con interventi prevalentemente orientati al controllo dei sintomi. *Negli ultimi anni però è emerso che molte condividono fattori di rischio comuni tra cui l'infiammazione cronica alterazioni vascolari disfunzione metabolica ridotta neuroplasticità e isolamento sociale da cui nasce la proposta di un approccio più ampio orientato alla promozione della salute cerebrale lungo tutto il corso della vita.*

LE CAUSE DELLA MALATTIA MENTALE



By Aiutodislessia.net

CLASSIFICAZIONE

Principali Malattie Neurologiche (neurodegenerative)

- **Malattia di Alzheimer**: È la forma più comune di demenza degenerativa; si manifesta con perdita di memoria a breve termine, disorientamento spaziale/temporale, difficoltà di linguaggio e progressiva perdita di autonomia.
- **Demenza Vascolare:** Causata da danni cronici o acuti ai vasi cerebrali (spesso associata o sovrapposta all'Alzheimer).
- **Malattia di Parkinson:** Patologia neurodegenerativa che altera il controllo dei motori (tremori, rigidità, bradicinesia), spesso accompagnata col tempo da disturbi cognitivi e dell'umore.
- **Ictus Cerebrale:** Evento acuto cerebrovascolare che può lasciare deficit motori, cognitivi o linguistici permanenti.
- **Demenza a corpi di Lewy**, demenza frontotemporale e neuropatie periferiche.

I Principali Sintomi delle Malattie Neurologiche

Con il termine **demenza** si intende quella categoria di malattie che si manifesta con un **progressivo deterioramento delle funzioni mentali** di una persona. *Nel caso dell'anziano non si tratta del fisiologico processo di invecchiamento, che porta ad un naturale declino cognitivo, ma di una patologia che ha dei sintomi molto ben definiti:*

- **perdita della memoria;**
- **difficoltà nello svolgimento attività quotidiane;**
- **problemi nel linguaggio;**
- **perdita del senso del tempo e dello spazio;**
- **deficit nella capacità di giudizio;**
- **evidenti cambiamenti di personalità, di umore e di comportamento.**

Si parla spesso di **demenza vascolare** quando il disturbo è legato a disfunzioni della circolazione sanguigna cerebrale che causano il conseguente peggioramento delle capacità cerebrali, ma possiamo avere anche altre forme di demenza come quella di Alzheimer o di altre alterazioni neurodegenerative.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI SINTOMI

Patologia Neurodegenerativa	Sintomi Cognitivi Principali	Sintomi Comportamentali e Psichiatrici	Sintomi Motori Principali	Segnali Precoci / "Campanelli d'Allarme"
Malattia di Alzheimer	• Perdita di memoria a breve termine • Disorientamento spazio-temporale • Difficoltà di linguaggio (anomia)	• Apatia e depressione • Ansia e sbalzi d'umore • Agitazione o deliri nelle fasi avanzate	• Generalmente assenti nelle fasi iniziali • Aprassia (difficoltà nei movimenti coordinati) • Rigidità tardiva	• Dimenticare eventi recenti • Ripetere le stesse domande • Smarrire oggetti comuni
Morbo di Parkinson	• Rallentamento dei processi di pensiero • Difficoltà di pianificazione ed esecutive • Possibile demenza tardiva	• Depressione e ansia debilitanti • Apatia grave • Disturbi del sonno REM (sogni vividi/agitati)	• Tremore a riposo • Rigidità muscolare • Lentezza dei movimenti (bradicinesia)	• Diminuzione dell'olfatto (anosmia) • Scrittura più piccola (micrografia) • Rigidità a una spalla o a un arto
Demenza a Corpi di Lewy	• Fluttuazioni marcate dell'attenzione • Deficit visuo-spaziali precoci • Difficoltà di concentrazione	• **Allucinazioni visive vivide e ricorrenti** • Deliri strutturati • Disturbi del comportamento del sonno REM	• Sintomi motori simili al Parkinson (rigidità, instabilità) • Frequenti cadute spontanee	• Allucinazioni visive senza apparente motivo • Stato confusionale alternato a momenti di estrema lucidità
Demenza Frontotemporale	• Compromissione della pianificazione • Varianti del linguaggio (afasia progressiva) • Memoria spesso preservata all'inizio	• **Cambiamenti drastici di personalità** • Disinibizione sociale o apatia estrema • Comportamenti ripetitivi o compulsivi	• Generalmente assenti all'esordio • Possibile rigidità o debolezza muscolare tardiva	• Comportamenti socialmente inappropriati o bizzarri • Perdita di empatia verso i familiari
Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)	• Di norma preservati • Possibile declino cognitivo lieve (correlato alle forme frontotemporali)	• Reazioni emotive labili (pianto o riso incontrollabile) • Ansia legata alla progressione fisica	• Progressiva perdita della forza muscolare • Atrofia e fascicolazioni • Difficoltà di deglutizione (disfagia) e respirazione	• Difficoltà ad afferrare oggetti o inciampi frequenti • Cedimento di una mano o di un piede • Parlata strascicata

Le principali patologie neurodegenerative dell'anziano variano radicalmente in base alla localizzazione del danno neuronale primario, influenzando le funzioni cognitive, motorie o comportamentali



È la mappa più dettagliata mai costruita del cervello umano malato e sano. Nove studi pubblicati sulle riviste del gruppo Nature hanno analizzato 6,3 milioni di cellule provenienti da quasi 1.500 donatori. Il risultato mostra che Alzheimer, Parkinson, schizofrenia e disturbo bipolare condividono meccanismi molecolari comuni, ma lasciano anche "firme" cellulari proprie. La ricerca descrive inoltre come il cervello cambia nell'arco della vita, con una svolta intorno ai 60 anni. Una risorsa aperta che potrebbe accelerare la ricerca di nuove terapie.

CLASSIFICAZIONE

Principali Malattie Psichiatriche e Disturbi dell'umore

- **Depressione Geriatrica:**
  Il disturbo dell'umore più frequente nell'anziano, spesso legato al pensionamento, a lutti o a malattie fisiche. Può presentarsi come "depressione mascherata" (prevalenza di sintomi somatici come inappetenza, insonnia, dolori diffusi) o "depressione vascolare" legata a lesioni della microcircolazione cerebrale.
- **Sintomi Comportamentali e Psicologici della Demenza (BPSD):**
  Comprendono apatia, sbalzi d'umore, agitazione, deliri,

allucinazioni e disinibizione comportamentale, molto frequenti soprattutto nelle fasi avanzate o in età molto avanzata.

- **Disturbi d'Ansia:** Spesso in comorbilità con il declino cognitivo o con le limitazioni fisiche croniche.

I Principali Sintomi delle Malattie Psichiatriche

I sintomi principali possono essere.

- **vertigini,**
- **sensazione di sbandamento,**
- **affanno,**
- **difficoltà respiratorie,**
- **sensazione di palpitazioni,**
- **tachicardia,**
- **bruciori diffusi**
- **alterazioni del ritmo sonno-veglia**
- **peggioramento delle capacità di attenzione e concentrazione.**
- **alterazioni comportamentali,**
- **rabbia,**
- **sospettosità fino a propri quadri**
- **deliranti di tipo persecutorio**

I disturbi psichiatrici nell'anziano si possono complicare con condizioni di scarsa idratazione e ridotto appetito con alimentazione insufficiente che peggiorano ancor di più il quadro clinico, ma rendono anche difficile la diagnosi tra disturbi dell'umore e d'ansia e le manifestazioni di demenza.

Queste condizioni si associano alla preoccupazione per la perdita delle funzioni vitali di base con attenzione al funzionamento dell'intestino del sistema urinario, e del funzionamento cardiaco o neurologico.

Queste condizioni impongono quindi una gestione assistenziale con una presa in carico di tipo **specialistico** e **multidisciplinare**.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI SINTOMI

Patologia Psichiatrica / Neuropsichiatrica	Sintomi Cognitivi e Diagnostici Principali	Sintomi Comportamentali e Psicologici Associati (BPSD)	Sintomi Somatici o Fisici Comuni
Demenze Senili *(ES. ALZHEIMER, DEMENZA VASCOLARE)*	• Perdita progressiva della memoria • Disorientamento spazio-temporale • Afasia e deficit del linguaggio • Deficit di giudizio e pianificazione	• Apatia e demotivazione (fino al 70%) • Agitazione e *WANDERING* (vagabondaggio) • Deliri di furto o gelosia • Aggressività verbale o fisica	• Alterazioni del sonno • Incontinenza (fasi avanzate) • Mutamenti dell'appetito • Aprassia motoria
Depressione Senile *(SPESSO "SENZA TRISTEZZA")*	• Difficoltà di concentrazione • Pseudodemenza (falsi deficit di memoria) • Idee di indegnità o rovina • Rallentamento ideativo	• Ritiro sociale e isolamento • Anedonia (incapacità di provare piacere) • Marcata apatia • Pianto frequente o disperazione	• Sintomi somatici (dolori diffusi) • Iporessia e calo ponderale • Insonnia persistente • Astenia cronica
Delirium *(STATO CONFUSIONALE ACUTO - EMERGENZA MEDICA)*	• Fluttuazione della coscienza • Disattenzione acuta e grave • Confusione mentale improvvisa • Pensiero disorganizzato e frammentato	• Allucinazioni visive vivide • Grave irrequietezza o letargia • Inversione del ritmo sonno-veglia • Paura immotivata o ansia acuta	• Tremori o instabilità motoria • Alterazioni dei parametri vitali • Disidratazione o scompensi organici concomitanti
Disturbi d'Ansia *(SPESSO ASSOCIATI A IPOCONDRIA)*	• Preoccupazioni croniche e irrazionali • Fissazioni mentali e paure ripetitive • Difficoltà a prendere decisioni	• Irritabilità e facilità al sobbalzo • Richieste continue di rassicurazione • Evitamento di situazioni sociali	• Palpitazioni e tachicardia • Tensioni muscolari e vertigini • Disturbi gastrointestinali • Dispnea soggettiva
Psicosi a Esordio Tardivo / Schizofrenia Paranoide	• Deliri strutturati (es. persecuzione, avvelenamento) • Allucinazioni uditive o visive persistenti • Interpretazioni errate della realtà	• Ostilità e atteggiamento difensivo • Chiusura totale verso l'esterno • Comportamenti bizzarri o ritualistici	• Spesso risparmiati nelle fasi iniziali, ma si assiste a una progressiva trascuratezza dell'igiene personale

FATTORI DI RISCHIO E GESTIONE

- **Fattori condivisi:** Infiammazione cronica, alterazioni vascolari, ridotta neuroplasticità e isolamento sociale contribuiscono all'insorgenza o all'aggravamento di entrambe le sfere.
- **Complessità clinica:** Nell'anziano è frequente la **polifarmacoterapia**, che richiede particolare cautela per evitare interazioni farmacologiche e effetti collaterali a carico del sistema nervoso centrale.

SOSPETTO O DIAGNOSI!!!
COSA FARE????



Quando si sospetta un disagio psichico o un decadimento cognitivo in una persona anziana, il primo passo fondamentale è rivolgersi al Medico di Medicina Generale per una valutazione iniziale. Questo passaggio permette di escludere cause organiche reversibili (come infezioni, carenze vitaminiche, disidratazione o effetti collaterali dei farmaci) prima di impostare un percorso specialistico.

1. **Osservare e annotare i segnali**

Prima della visita medica, è utile tenere un breve diario dei comportamenti insoliti per aiutare il medico a inquadrare il problema.

- **Cambiamenti dell'umore.** Tristezza persistente, apatia, perdita di interesse per le attività abituali, irritabilità improvvisa o ansia eccessiva.
- **Disturbi cognitivi.** Difficoltà di memoria recente, disorientamento nel tempo o nello spazio, ripetizione delle stesse domande o fatica a trovare le parole.
- **Alterazioni delle abitudini.** Cambiamenti bruschi nel sonno, perdita di appetito o trascuratezza nell'igiene personale e nella cura della casa.
- **Percezioni alterate o sospettosità.** Convinzioni infondate (ad esempio la paura di essere derubati) oppure allucinazioni visive o uditive.

2. Avviare l'inquadramento medico

Negli anziani, sintomi come la confusione o la depressione possono essere scatenati da problemi fisici facilmente trattabili.

- **Consulto con il medico di base.** Il medico valuterà la terapia farmacologica in corso per verificare eventuali interazioni tra farmaci e prescriverà esami del sangue o delle urine di base.
- **Visita specialistica.** Su indicazione del medico, si potrà accedere a un **geriatra**, a un **neurologo** o ai **Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)** dell'ASL per test neuropsicologici ed esami strumentali (come TAC o risonanza magnetica).
- **Supporto psichiatrico o psicologico.** In caso di depressione, ansia o disturbi del comportamento, lo psichiatra o lo psicologo possono impostare terapie mirate.

3. Come comportarsi e comunicare nel quotidiano

L'atteggiamento dei familiari influisce molto sulla serenità della persona anziana, specialmente se l'anziano non riconosce il proprio problema o rifiuta aiuto.

- **Evitare il conflitto e la correzione diretta.** Se la persona esprime convinzioni irreali o ha allucinazioni, non bisogna contraddirla né cercare di convincerla con la logica, poiché ciò aumenta l'ansia e la chiusura. È preferibile accogliere la sua emozione e rassicurarla.

- **Usare una comunicazione chiara** e rassicurante, utilizzando frasi brevi e dirette senza sarcasmo o metafore complesse.
- **Non colpevolizzare.** Evitare frasi come "devi reagire" o "mettici buona volontà", perché apatia e tristezza sono sintomi di una condizione medica e non dipendono dalla pigrizia.
- **Mantenere una routine stabile.** Orari regolari per i pasti, il riposo e le attività quotidiane riducono lo stress e il disorientamento.
- **Garantire sicurezza e idratazione.** Assicurarsi che l'anziano beva regolarmente (la disidratazione causa confusione acuta) e rendere la casa sicura rimuovendo ostacoli o fonti di pericolo.

4. Quando agire con urgenza

Alcuni segnali richiedono un intervento medico rapido e non rimandabile.

- **Comparsa improvvisa.** Se lo stato confusionale, l'agitazione o il disorientamento insorgono nel giro di poche ore o giorni, potrebbe trattarsi di *DELIRIUM* (stato confusionale acuto) legato a un'infezione o a un problema medico urgente.
- **Rischio per sé o per gli altri.** Espressioni di desiderio di morte, pensieri suicidari, rifiuto totale di cibo e acqua o comportamenti pericolosi richiedono un contatto immediato con il medico o il pronto soccorso.

DIAGNOSI

La diagnosi delle **patologie neuropsichiche nell'anziano** (come demenze, decadimento cognitivo, depressione o stati confusionali) richiede un approccio multidisciplinare e strutturato che unisce l'esame clinico a strumenti di valutazione specifici.

1. Il Percorso Diagnostico Principale

- **Colloquio clinico e anamnesi:** Raccolta della storia medica del paziente e, fondamentale, il colloquio con i familiari o i caregiver per ricostruire l'insorgenza e l'evoluzione dei sintomi comportamentali e cognitivi.

- **Valutazione neuropsicologica:** Somministrazione di batterie di test standardizzati per misurare con precisione funzioni quali

memoria, attenzione, linguaggio, orientamento e funzioni esecutive (es. pianificazione e giudizio). Tra i modelli di riferimento si utilizza spesso l'analisi delle cosiddette **"6 *D*"** o scale di valutazione globale come il *CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)*.

- **Distinzione tra invecchiamento normale e patologico:** I test servono a discriminare i fisiologici lievi cali di memoria legati all'età da quadri patologici precoci (come il decadimento cognitivo lieve o *MCI*).

2. Indagini Strumentali e Biologiche

- **Neuroimmagini (Neuroradiologia):** Risonanza Magnetica (RM) o TAC cerebrale per evidenziare atrofie specifiche (es. a livello ippocampale nell'Alzheimer), lesioni vascolari (demenze vascolari) o altre alterazioni strutturali.

- **Biomarcatori:** Analisi del liquor cefalorachidiano (tramite puntura lombare) o, in via di sviluppo e diffusione, biomarcatori plasmatici/ematici per identificare proteine patologiche (come amiloide e tau).

- **Screening ematochimici e metabolici:** Esami del sangue per escludere cause reversibili di confusione o declino (carenze vitaminiche, disfunzioni tiroidee, infezioni o squilibri elettrolitici.

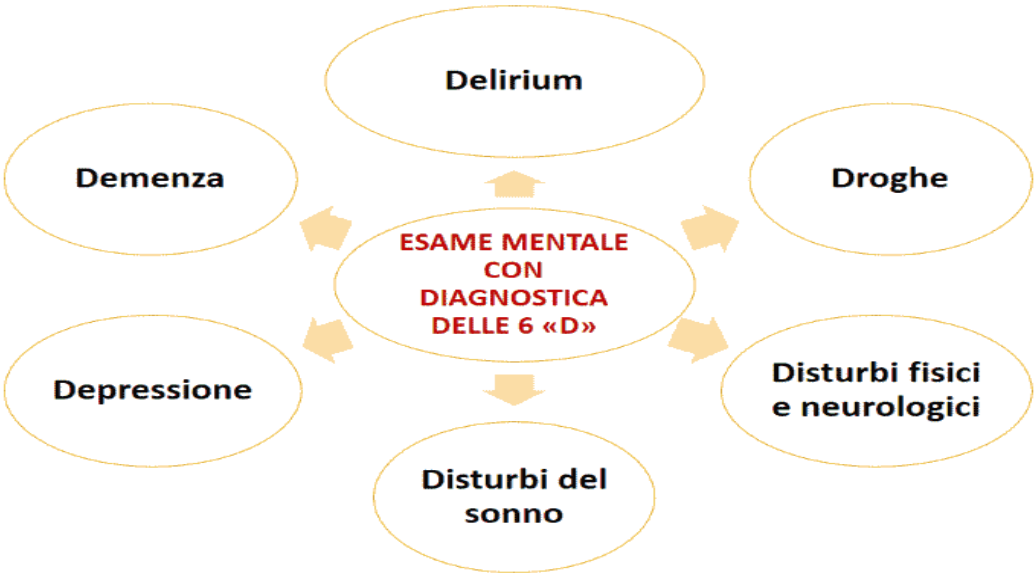
3. Fattori Critici nella Diagnosi dell'Anziano

- **Sormonto di sintomi psichiatrici e cognitivi:** Spesso le malattie neurodegenerative esordiscono o si accompagnano a depressione, apatia, irritabilità, deliri o allucinazioni, che a volte vengono scambiati erroneamente per disturbi psichiatrici puri.

- **Valutazione del *DELIRIUM*:** Negli anziani fragili, stati confusionali acuti possono insorgere rapidamente a causa di infezioni o farmaci; va sempre distinto da una demenza degenerativa cronica.

Il segreto per effettuare la diagnosi di un paziente complesso è essere aperti alle possibilità.

E' possibile concentrarsi sui sei disturbi più comuni tra gli anziani, sintetizzati nello schema sottostante e riassunte con le **6 D.**



Di solito cominciamo considerando il delirium perché è sia il più generalizzato sia il più reversibile dei disturbi. Seguiamo passo dopo passo l'elenco delle D, arrivando alla demenza e altri disturbi neurocognitivi maggiori, che sono le patologie meno reversibili. In breve:

- **Delirium o stato confusionale acuto**: un'alterazione acuta dell'attenzione e della cognizione.

- **Droghe** ossia uso/abuso di **farmaci** prescritti, medicinali da banco, **sostanze** illecite, alcol, medicinali a base di erbe o integratori che possono causare o accentuare i disturbi mentali.

- **Distubi fisici o neurologici:** condizioni che possono spiegare o accentuare i disturbi mentali (ictus cerebrale, trauma cranico, sindrome da apnea ostruttiva, morbo di Parkinson e sindromi neurologiche con disturbi del movimento).

- **Disturbi del sonno**: alterazioni della capacità di avviare e mantenere il sonno e la veglia.

- **Depressione**: dall'episodio depressivo con sintomi insufficienti al disturbo depressivo maggiore, sono spesso accompagnati da problemi

cognitivi soggettivi. In alcuni casi, i deficit cognitivi verranno risolti, ma in altri persisteranno. La compromissione cognitiva può variare da una lieve difficoltà a prestare attenzione all'incapacità di portare a termine attività complesse o a un quadro simile alla demenza, storicamente denominato pseudo demenza. I medici dovrebbero sospettare la depressione come una causa significativa di compromissione cognitiva quando i problemi cognitivi di cui i pazienti si lamentano sono significativamente peggiori rispetto alle loro prestazioni cognitive e funzionali su strumenti di misurazione oggettiva.

- **Demenza e altri disturbi neurocognitivi**: sindrome croniche, progressive e peggiorative di deficit cognitivi multipli acquisiti, modificazioni psico-comportamentali che compromettono l'indipendenza di una persona nel funzionamento di vita quotidiana.

TRATTAMENTO DELLE MALATTIE MENTALI?

Il trattamento delle patologie neuropsichiatriche nell'anziano (come demenze accompagnate da sintomi comportamentali, depressione tardiva, psicosi senile o delirium) richiede un approccio integrato, personalizzato e multidisciplinare. Non esiste una terapia unica, ma si combina sempre l'intervento non farmacologico con quello farmacologico per preservare la qualità della vita e l'autonomia del paziente.
L'approccio terapeutico si articola principalmente in due pilastri:

1. Interventi Non Farmacologici (Prima Linea)

Rappresentano l'approccio prioritario, soprattutto per la gestione dei disturbi comportamentali e psicologici associati alle demenze (BPSD), poiché privi di effetti collaterali sistemici.

- **Terapie di stimolazione cognitiva:**
    - **ROT (Reality Orientation Therapy):** Per riorientare il paziente nel tempo e nello spazio attraverso stimoli continui.

- **Terapia della Rimembranza:** Utilizzo di vecchi ricordi, foto o oggetti per stimolare la memoria a lungo termine e migliorare l'umore.

- **Memory Training:** Esercizi mirati a mantenere attive le funzioni cognitive residue.

- **Terapie occupazionali e comportamentali:**

  - **Adattamento ambientale:** Modificare l'ambiente domestico per renderlo sicuro, riducendo gli stimoli stressanti (luci troppo forti, rumori) che possono innescare l'agitazione.

  - **Attività motoria programmata:** Passeggiate o ginnastica dolce per ridurre l'ansia, migliorare il sonno e contrastare il decadimento motorio.

  - **Arteterapia e Musicoterapia:** Utilizzate con successo per ridurre l'apatia, l'agitazione e favorire il rilassamento.

2. Trattamento Farmacologico

L'uso dei farmaci nell'anziano richiede estrema cautela a causa delle alterazioni metaboliche legate all'età (ridotta funzionalità renale ed epatica) e del rischio elevato di **politerapia** e interazioni farmacologiche. La regola d'oro è "*start low and go slow*" (iniziare a dosi bassissime e aumentare molto lentamente).

A. Farmaci per i Disturbi Cognitivi (Demenze come l'Alzheimer)

- **Inibitori dell'acetilcolinesterasi (Donepezil, Rivastigmina, Galantamina):** Indicati nelle forme di demenza da lieve a moderata per rallentare la perdita di memoria.

- **Antagonisti dei recettori NMDA (Memantina):** Indicata nelle forme moderate-gravi, spesso in associazione con i farmaci precedenti.

B. Farmaci per i Sintomi Psichiatrici e Comportamentali

- **Antidepressivi:** Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (**SSRI** come sertralina o citalopram) o della serotonina-noradrenalina (**SNRI**) sono preferiti per la depressione e l'ansia nell'anziano. Vengono evitati i vecchi antidepressivi triciclici per i loro pesanti effetti collaterali (ipotensione, confusione).

- **Antipsicotici (Neurolettici):** Utilizzati con particolare cautela e per brevi periodi **solo** in caso di gravi deliri, allucinazioni o forte aggressività che mette a rischio il paziente o i caregiver. Si prediligono gli antipsicotici atipici (come risperidone, olanzapina, quetiapina), prestando attenzione al monitoraggio degli effetti collaterali metabolici e cardiovascolari.

- **Stabilizzatori dell'umore:** Farmaci come il valproato di sodio vengono talvolta impiegati per il controllo dell'impulsività o della grave instabilità emotiva.

- **Ipnotici e Ansiolitici:** L'uso di benzodiazepine è fortemente limitato nell'anziano poiché aumenta drasticamente il rischio di cadute, sedazione eccessiva e delirium cognitivo. Se necessari, si preferiscono molecole a emivita breve o farmaci alternativi (come specifici modulatori del sonno o del tono dell'umore prescritti dallo specialista).

3. Gestione del Delirium (Stato Confusionale Acuto)

Il delirium è un'emergenza medica frequente nell'anziano, spesso causata da fattori fisici sottostanti (infezioni urinarie, disidratazione, dolore non trattato, modifiche terapeutiche).

- Il trattamento principale consiste **nell'identificare e curare la causa organica scatenante**.

- **Si applicano misure ambientali** (luce diurna, presenza di familiari, idratazione).

- **I farmaci** (come specifici neurolettici a basso dosaggio) si usano sotto stretto controllo medico solo se l'agitazione è tale da impedire le cure necessarie.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE MENTALI?

L'invecchiamento della popolazione comporta un progressivo aumento delle malattie neurodegenerative e psichiatriche.

La prevenzione delle malattie mentali e del declino cognitivo nell'anziano si basa per circa un terzo su fattori di rischio modificabili legati allo stile di vita e alla salute generale.

1. Attività fisica regolare

- Svolgere almeno **150 minuti a settimana** di esercizio aerobico moderato (come camminata veloce, nuoto o cyclette).
- Il movimento migliora l'irrorazione sanguigna del cervello e stimola la neuroplasticità e la rigenerazione cellulare.



2. Alimentazione equilibrata

- Adottare la **dieta mediterranea**, ricca di verdura, frutta, cereali integrali, legumi, pesce e olio extravergine d'oliva.
- Limitare il consumo di zuccheri raffinati, carni grasse, fritture e moderare l'alcol (es. un bicchiere di vino rosso ai pasti).



3. Stimolazione cognitiva e apprendimento

- Mantenere la mente attiva attraverso la lettura, i cruciverba, il sudoku, gli scacchi o imparando nuove competenze (un nuovo hobby, una lingua, l'uso di uno strumento).
- Questo favorisce la creazione di nuove connessioni neuronali.



4. Attività sociale e contrasto all'isolamento

- Coltivare rapporti con familiari, amici e partecipare a gruppi o attività di comunità.
- L'isolamento sociale e la solitudine sono fattori di rischio significativi per la depressione e il deterioramento cognitivo.



5. Controllo dei fattori di rischio vascolari e medici

- Tenere sotto controllo la pressione arteriosa, la glicemia (diabete), il peso corporeo e il colesterolo.
- **Smettere di fumare** e monitorare i deficit sensoriali (vista e udito), ricorrendo tempestivamente a occhiali o apparecchi acustici.
- Curare tempestivamente eventuali stati di ansia o **depressione**, spesso correlati a un maggiore declino cognitivo.



SOSPETTO O DIAGNOSI!!!
COSA FARE????

1. Avviare l'inquadramento medico

Negli anziani, sintomi come la confusione o la depressione possono essere scatenati da problemi fisici facilmente trattabili.

- **Consulto con il medico di base.** Il medico valuterà la terapia farmacologica in corso per verificare eventuali interazioni tra farmaci e prescriverà esami del sangue o delle urine di base.
- **Visita specialistica.** Su indicazione del medico, si potrà accedere a un **geriatra**, a un **neurologo** o ai **Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)** dell'ASL per test neuropsicologici ed esami strumentali (come TAC o risonanza magnetica).
- **Supporto psichiatrico o psicologico.** In caso di depressione, ansia o disturbi del comportamento, lo psichiatra o lo psicologo possono impostare terapie mirate.

2. Come comportarsi e comunicare nel quotidiano

L'atteggiamento dei familiari influisce molto sulla serenità della persona anziana, specialmente se l'anziano non riconosce il proprio problema o rifiuta aiuto.

- **Evitare il conflitto e la correzione diretta.** Se la persona esprime convinzioni irreali o ha allucinazioni, non bisogna contraddirla né cercare di convincerla con la logica, poiché ciò aumenta l'ansia e la chiusura. È preferibile accogliere la sua emozione e rassicurarla.
-
-
- e rassicurante, utilizzando frasi brevi e dirette senza sarcasmo o metafore complesse.
- **Non colpevolizzare.** Evitare frasi come "devi reagire" o "mettici buona volontà", perché apatia e tristezza sono sintomi di una condizione medica e non dipendono dalla pigrizia.
- **Mantenere una routine stabile.** Orari regolari per i pasti, il riposo e le attività quotidiane riducono lo stress e il disorientamento.

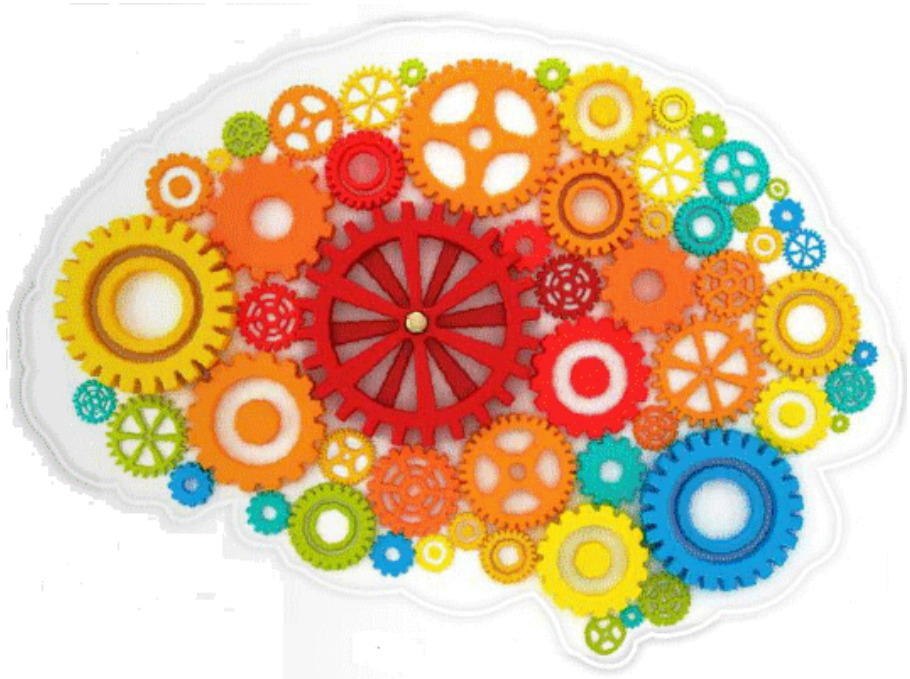
- **Garantire sicurezza e idratazione.** Assicurarsi che l'anziano beva regolarmente (la disidratazione causa confusione acuta) e rendere la casa sicura rimuovendo ostacoli o fonti di pericolo.

4. Quando agire con urgenza

Alcuni segnali richiedono un intervento medico rapido e non rimandabile.

- **Comparsa improvvisa.** Se lo stato confusionale, l'agitazione o il disorientamento insorgono nel giro di poche ore o giorni, potrebbe trattarsi di *DELIRIUM* (stato confusionale acuto) legato a un'infezione o a un problema medico urgente.
- **Rischio per sé o per gli altri.** Espressioni di desiderio di morte, pensieri suicidari, rifiuto totale di cibo e acqua o comportamenti pericolosi richiedono un contatto immediato con il medico o il pronto soccorso.

CONCLUSIONI



L'espressione **"avere le rotelle fuori posto"** (o "qualche rotella fuori posto") significa che una persona è bizzarra, stravagante, un po' matta o fuori di testa.

Il senso della metafora

La frase paragona il cervello o la mente umana a un meccanismo a orologeria o a un ingranaggio (fatto di piccole ruote e rotelle): se una rotella è spostata o non gira bene, l'intero sistema funziona in modo anomalo o imprevedibile.