

INDICE

1. Introduzione.....	pag. 2
2. Studio di validazione in lingua italiana della Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home (NPI- NH).....	pag. 5
3. Prevalenza della sintomatologia neuropsichiatrica.....	pag. 14
4. Farmacoterapia: distribuzione delle classi di psicofarmaci e loro appropriatezza.....	pag. 18
5. Discussione.....	pag. 27
6. Conclusioni.....	pag. 32
7. Allegati.....	pag. 36
8. Bibliografia.....	pag. 54

INTRODUZIONE

La Neuropsichiatria geriatrica è una specialità clinica in rapida evoluzione che si occupa della diagnosi e del trattamento dei disturbi psichiatrici e comportamentali in soggetti con disordini delle funzioni cerebrali (Selbæk et al., 2007). Le disfunzioni cerebrali come gli stroke, ad esempio, possono portare a depressione o afasia.

Si avvale di strumenti di indagine volti alla definizione di un approccio evidence-based sia alla diagnosi che alla terapia (Coffey et al., 2007).

La Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994) è uno dei più utilizzati strumenti di indagine per il rilevamento dei sintomi neuropsichiatrici nella popolazione anziana affetta da demenza e per la quantificazione del distress sui curanti. Originariamente costituita da 10 domini di indagine e impiegata nella popolazione ambulatoriale, la NPI ha subito un'evoluzione nel tempo per cui sono state proposte versioni a 12 domini (Cummings et al., 1997), di utilizzo in contesti residenziali per lungo degenti (Wood et al., 2000) e con popolazioni psicogeriatriche (Lange et al., 2004). La NPI è stata recentemente utilizzata anche come strumento di monitoraggio dell'andamento clinico e dell'efficacia della terapia farmacologica (Aalten et al., 2005; Zuidema et al., 2007).

La versione a 12 domini per le nursing home (NPI-NH) (Wood et al., 2000) viene somministrata ad un professional caregiver attraverso un'intervista strutturata. Il personale infermieristico sostituisce il familiare, caregiver di riferimento nella versione originale, in qualità

di figura in grado di riportare con un buon grado di oggettività le manifestazioni neuropsichiatriche dell'ospite in questione (Wood et al., 2000).

A livello internazionale diversi autori si sono occupati della traduzione e validazione di questo strumento e del suo impiego in nursing home: si riportano la versione in polacco (Bidzan et al., 2005), in lingua spagnola (Boada et al., 2005), in lingua norvegese (Selbæk et al., 2007), olandese (Zuidema et al., 2007) e quella in giapponese (Shigenobu K e al, 2008).

In ambito psicogeriatrico e di psichiatria di consultazione lo studio di Lange e coll ha rappresentato, per quanto a noi noto, il primo tentativo di utilizzo di questo strumento all'interno di una popolazione affetta da demenza e da patologie psichiatriche (Lange et al., 2004). Tale approccio assume un rilievo clinico degno di nota se si considera che all'interno del setting residenziale geriatrico questa popolazione rappresenta circa un terzo dei residenti.

La NPI è stata validata nella versione italiana unicamente in un campione di pazienti ambulatoriali e trova attualmente il suo impiego nella valutazione dei sintomi neuropsichiatrici in pazienti affetti da demenza e in particolar modo nella Malattia di Alzheimer (Binetti et al., 1998).

Ad oggi non sono reperibili lavori pubblicati in lingua italiana che riportino l'impiego della versione NPI-NH.

Questo lavoro si prefigge lo scopo di valutare la prevalenza della patologia neuropsichiatrica all'interno di una popolazione di anziani istituzionalizzati e il suo trattamento farmacologico attraverso l'utilizzo dello strumento di valutazione Neuropsychiatric Inventory –

Nursing Home (NPI-NH). A tal fine verrà dapprima validata la versione italiana della NPI-NH attraverso l'analisi delle sue proprietà psicometriche e, successivamente, si descriverà la prevalenza dei sintomi neuropsichiatrici e la loro stabilità ad un anno di distanza e, in conclusione si indagherà, nel campione di riferimento l'appropriatezza della terapia farmacologica in relazione ai domini della NPI-NH correlandola con le evidenze di letteratura.

CAPITOLO I

STUDIO DI VALIDAZIONE IN LINGUA ITALIANA DELLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY-NURSING HOME (NPI-NH)

1.1 Materiali e Metodi

E' stato condotto uno studio trasversale che ha portato alla valutazione di 53 pazienti tra i mesi di aprile e luglio 2009. Lo studio è stato realizzato in collaborazione con la Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Medicina Clinica dell'Università degli Studi dell'Insubria di Varese e la Residenza Socio-Assistenziale (RSA) "Tito e Paolo Fratelli Molina" di Varese. La RSA Fratelli Molina è adibita alla cura e riabilitazione di soggetti anziani affetti da patologie multiorgano, disturbi psichiatrici e demenze a varia eziologia compresa la Malattia di Alzheimer. In un tale contesto trovano impiego medici strutturati (geriatri) e specialisti consulenti (psichiatra, neurologo, fisiatra, internista, cardiologo), fisioterapisti, infermieri professionali e ausiliari socio-assistenziali.

Come strumento principale dello studio è stata utilizzata la versione italiana della NPI realizzata e validata per l'impiego con pazienti ambulatoriali affetti da demenza (Binetti et al., 1998). La NPI è un'intervista disegnata per valutare la presenza di disturbi comportamentali comunemente presenti nei soggetti con decadimento cognitivo. E' considerata vantaggiosa in quanto strumento esaustivo ma anche maneggevole: le domande di screening valutano la presenza

o assenza dei comportamenti bersaglio. Se il comportamento è presente l'intervistatore approfondisce con ulteriori domande, altrimenti passa oltre. Le dodici domande di screening che costituiscono la NPI-NH valutano la presenza di Deliri, Allucinazioni, Agitazione / Aggressività, Depressione / Disforia, Ansia, Esaltazione / Euforia, Apatia / Indifferenza, Disinibizione, Irritabilità / Labilità, Comportamento motorio aberrante, Disturbi del sonno, Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione. Per ogni dimensione vengono considerati la frequenza (scala Likert 1-4) e la gravità (Likert 1-3) di presentazione nell'ultima settimana. I punteggi così ottenuti vengono moltiplicati ad ottenere un totale ($Frequenza \times Gravità = 12pt \text{ max}$) per ogni dimensione che, sommato agli altri, confluisce nel punteggio totale della NPI-NH (144pt). Per la presentazione dei punteggi della NPI-NH si è fatto riferimento al criterio già utilizzato in letteratura da Wood (Wood et al., 2000) e condiviso da altri autori (Zuidema et al., 2007) per cui si ritengono più indicativi dal punto di vista clinico i punteggi maggiori o uguali a 4 e indicatori di un grave problema quando uguali o superiori a 9 (Lange et al., 2004). La NPI comprende anche una scala per la valutazione del grado di disagio (distress) nel caregiver. I punteggi per ogni dimensione variano da 0 a 5 (per il grado di estremo disagio).

Alla versione italiana sono state apportate modifiche minori allo scopo di adattare le subquestions al contesto delle nursing home, prendendo a modello quanto pubblicato da Wood e Colleghi (Wood et al., 2000). I criteri di valutazione e di impiego della scala NPI-NH sono stati uniformati tra i rater "a priori" attraverso la condivisione ragionata

degli studi originali (Cummings et al.,1997; 1994; Wood et al, 2000) e delle raccomandazioni recentemente pubblicate (Connor et al.,2008).

Ad ogni intervista erano presenti due esaminatori, uno con funzione di rater principale e l'altro di rater secondario; questo al fine di valutare la inter-rater reliability. Al termine della valutazione di ogni singolo dominio o più spesso al termine dell'intervista strutturata il secondo rater poteva approfondire alcuni aspetti. L'intervista ai caregivers è stata effettuata in due tempi differenti per valutare la test-retest reliability. In un primo tempo si è proceduto alla conoscenza del caregiver, alla consultazione della cartella clinica (dati socio-demografici, diagnosi, farmacoterapia in atto) alla somministrazione della NPI-NH e di alcune scale comunemente utilizzate in geriatria. In un secondo tempo, compreso tra una e tre settimane dalla prima intervista, si è proceduto alla risomministrazione della NPI-NH (Binetti e al, 1998).

Al fine di valutare la concurrent validity sono state somministrate altre scale quali la Scala dei Disturbi Comportamentali nella Malattia di Alzheimer, la Scala di Cornell per la Depressione e la Brief Psychiatric Rating Scale:

- La scala di Cornell per la depressione nella demenza è stata realizzata per la valutazione della severità della depressione in pazienti dementi (Alexopoulos et al., 1988). E' formata da 19 item che prevedono una risposta graduata. Il risultato finale è ottenuto sommando il punteggio dei vari item ed è compreso tra 0 e 38. E' stata impiegata sia come valutazione globale sia in modo specifico per l'ansia, per la mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli, per

l'irritabilità, per l'agitazione, per il rallentamento motorio, per i deliri, per i disturbi del sonno. Il valore di cut off assunto dal nostro lavoro ricalca quello stabilito dall'Autore, pari a 12.

- La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) sviluppata da Overall (Overall et al., 1962; Overall et al., 1988) per pazienti psichiatrici adulti, sia ospedalizzati che outpatient, è stata confrontata per quanto riguarda l'ansia, la disorganizzazione concettuale, la tensione, l'atteggiamento manierato, l'umore depresso, le allucinazioni, il rallentamento motorio, l'insolito contenuto del pensiero, l'eccitamento e il disorientamento.
- La scala dei disturbi comportamentali nella malattia di Alzheimer (BEHAVE-AD) realizzata da Reisberg nel 1987 per il paziente affetto da malattia di Alzheimer, è stata utilizzata come termine di confronto principale sia per la sintomatologia sia per il grado di distress globale.

Il confronto è stato effettuato facendo riferimento al punteggio globale e ai singoli item per i domini corrispondenti della NPI-NH tranne che per l'item della disinibizione e dei disturbi dell'appetito non presenti in nessuna altra scala utilizzata.

Per la valutazione del grado di decadimento cognitivo si è fatto riferimento al Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975) o al Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) somministrati regolarmente all'interno della RSA dal personale medico. E' stata usata la seguente modalità di codifica del livello del deterioramento: deterioramento grave con un punteggio al MMSE 0-10 (8-10 errori SPMSQ), moderato con 11-20 punti (5-7

errori SPMSQ), lieve 21-23 (3-4 errori SPMSQ) e assenza di deterioramento con 24-30 (0-2 errori SPMSQ).

Sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione per la selezione dei pazienti: ricoverati da più di un mese, affetti da una forma di demenza e/o da patologie psichiatriche diagnosticate dal consulente secondo i criteri del DSM-IV, da almeno quattro settimane degenti nello stesso reparto così da garantire una buona conoscenza da parte del caregiver. La presenza di una sintomatologia neuropsichiatrica non ha rappresentato un prerequisito per essere ammesso nello studio (Zuidema et al., 2007). Sono stati esclusi dal campione i soggetti con malattia in fase terminale e con una storia di uso di sostanze stupefacenti.

I caregiver dovevano rispondere ai seguenti criteri: lavorare da più di un anno in una struttura geriatrica così da garantire una buona conoscenza del particolare setting delle nursing home, conoscere l'ospite da almeno un mese, aver trascorso in reparto almeno tre turni durante la settimana precedente l'intervista, non dimostrare grossolane difficoltà di comprensione nell'interazione con il rater. Allo stesso modo sono state escluse le infermiere con frequenti trasferimenti legati a motivi gestionali e il personale assente dal reparto nella settimana precedente l'intervista.

Lo studio è stato approvato dal comitato etico dell'Istituto Molina.

1.2 Risultati

Sono stati inclusi nello studio un totale di 53 pazienti: 39 donne (71,7%) e 14 uomini (28,3%). L'età media era di 80 anni ($\pm 8,43$ SD),

range tra 65 e 98 aa. La durata media della permanenza era di 51,43 mesi ($\pm 67,55$ SD), range da 3 mesi a 37 anni (in un caso).

Tutti i pazienti erano di etnia caucasica, di nazionalità italiana e con un basso grado di scolarizzazione: 36 (67,9%) soggetti avevano concluso le scuole elementari, 8 (15,1%) le scuole medie inferiori, 4 (7,5%) le scuole superiori e 2 (3,8%) ospiti avevano compiuto studi universitari. In questo campione, 3 (4,7%) ospiti non avevano concluso le scuole elementari. Dalla valutazione della mobilità è emerso che 21 (39,6%) soggetti utilizzavano assiduamente la sedia a rotelle, 4 (7,5%) erano allettati e 28 (52,8%) erano deambulanti autonomamente.

47 pazienti presentavano una qualche forma di decadimento cognitivo: 7 (13,2%) ospiti presentavano un deterioramento lieve (MMSE 23-21), 10 (18,9%) soggetti una compromissione moderata (MMSE 20-11) e 30 (56,6%) soggetti un grado elevato di decadimento (MMSE 10-0). 6 (11,3%) pazienti avevano un MMSE > 24. 37 pazienti (69,8%) erano risultati affetti da una forma clinica di demenza, secondo i criteri del DSM-IV.

28 residenti (pari al 52,8% del campione) erano portatori di almeno una patologia psichiatrica. In particolare in 6 casi è stata riscontrata una doppia diagnosi. Dei 28 pazienti affetti da patologia psichiatrica 6 non presentavano alcuna compromissione cognitiva, 5 un decadimento lieve, 5 moderato e 12 grave. In 11 (22,6% del campione) hanno presentato una co-diagnosi clinica di demenza e di patologia psichiatrica cronica.

Sono stati intervistati 12 caregiver, infermiere professionali di nazionalità italiana (tranne in un caso), con una lunga esperienza

lavorativa in strutture geriatriche (11,94 aa \pm 4,04 SD min 7 - max 12) che potevano vantare una conoscenza degli ospiti compresa tra 1 e 132 mesi (media di 30 mesi \pm 27,60 SD). E' stata riscontrata una conoscenza molto dettagliata di ciascun ospite e una buona dimestichezza con la terminologia utilizzata durante la somministrazione dell'intervista strutturata.

1.3 Validity e Reliability

Per valutare le proprietà psicometriche della versione italiana della NPI-NH sono state analizzate sia la validità, cioè il grado di precisione con cui lo strumento misura il fenomeno che intende analizzare, che la reliability cioè l'uguaglianza tra i risultati ottenuti in più valutazioni effettuate in tempi diversi o nello stesso momento, ma da due esaminatori.

1.3.1 Concurrent validity

Diversi items della NPI-NH hanno mostrato una correlazione significativa ($p < 0,05$) con alcuni items delle scale utilizzate (Fig.1): “deliri” vs BEHAVE-AD item 1.1 ($\rho = 0,625$) / BPRS item 15 ($\rho = 0,412$) / CORNELL item 5.19 ($\rho = 0,321$); “allucinazioni” vs BEHAVE-AD item 1.2 ($\rho = 0,674$) / BPRS item 12 ($\rho = 0,649$); “agitazione/aggressività” vs CORNELL item 2.5 ($\rho = 0,520$) / BEHAVE-AD item 1.4 ($\rho = 0,391$); “depressione” vs BPRS item 9 ($\rho = 0,765$) / BEHAVE-AD item 1.4 ($\rho = 0,692$) / CORNELL item 1.2 ($\rho = 0,519$); “ansia” vs BPRS item 2 ($\rho = 0,645$) / BEHAVE-AD item 1.7 ($\rho = 0,502$) / CORNELL item 1.1 ($\rho = 0,484$); “euforia” vs BPRS

item 17 ($\rho=0,819$); “apatia” vs CORNELL item 1.3 ($\rho=0,303$); “irritabilità” vs BPRS item 6 ($\rho=0,358$) / CORNELL item 1.4 ($\rho=0,526$); “attività motoria aberrante” vs BEHAVE-AD item 1.3 ($\rho=0,616$) / BPRS item 7 ($\rho=0,603$); “disturbi del sonno” vs BEHAVE-AD item 1.5 ($\rho=0,383$).

Rispetto ai punteggi totali si è osservata una correlazione statisticamente significativa ($p<0,05$) tra NPI-NH vs CORNELL ($\rho=0,614$), NPI-NH vs BEHAVE-AD ($\rho=0,682$), mentre non è apparsa significativa la correlazione tra NPI-NH vs BPRS ($\rho=0,054$; $p=0,7$).

1.3.2 Internal reliability

La consistenza interna, cioè il grado di coerenza tra i dodici domini che compongono la NPI-NH, è risultata $\alpha=0,629$ per il valore globale (frequenza x gravità), di $\alpha=0,551$ per la frequenza, e di $\alpha=0,623$ per la gravità. I quattro items più debolmente correlati al costrutto centrale della scala sono risultati essere gli items depressione (0,107 / 0,629), euforia (0,084 / 0,623), apatia (0,148 / 0,641) e disturbi dell'alimentazione (-0,042 / 0,642) rispetto al valore medio CITC=0,266. All'interno della sottopopolazione di 25 soggetti con decadimento cognitivo senza patologie psichiatriche preesistenti, l'alfa di Cronbach della NPI-NH a 12 items è risultato di 0,74. Il computo nella versione a 10 items, sottratti gli items apatia e disturbi dell'alimentazione, ha riportato un valore Alfa di Cronbach pari a 0,698 per il valore globale (frequenza x gravità), di 0,594 per la frequenza e 0,653 per la gravità.

1.3.3 Inter-rater reliability

Questo parametro rappresenta il grado di correlazione tra i punteggi assegnati allo stesso campione da due esaminatori indipendenti presenti alla stessa intervista. Analizzando i risultati si osserva una pressoché totale sovrapposizione tra le due valutazioni (frequenza x gravità) (Fig.2): items deliri $\rho=0,997$; allucinazioni $\rho=1,000$; agitazione $\rho=0,989$; depressione $\rho=0,987$; ansia $\rho=0,992$; euforia $\rho=0,999$; apatia $\rho=0,966$; disinibizione $\rho=1,000$; irritabilità $\rho=0,972$; attività motoria $\rho=0,998$; disturbi del sonno $\rho=0,952$; disturbi dell'appetito $\rho=0,999$. Globalmente l'inter-rater reliability mostra un valore (frequenza x gravità) di $\rho=0,991$ e per il distress del caregiver pari a $\rho=0,999$.

1.3.4 Test-retest reliability

Il grado maggiore di correlazione (frequenza x gravità) (Fig.3) è stato ritrovato nei domini riguardanti l'euforia ($\rho=0,997$), i deliri ($\rho=0,954$), la disinibizione ($\rho=0,952$), l'ansia ($\rho=0,942$), le allucinazioni ($\rho=0,920$), la depressione ($\rho=0,911$), l'agitazione ($\rho=0,902$). Lievemente inferiore è stata la correlazione per l'apatia ($\rho=0,876$), per l'irritabilità ($\rho=0,865$), per i disturbi dell'appetito ($\rho=0,865$) e per l'attività motoria aberrante ($\rho=0,857$). Per quanto riguarda il totale della sintomatologia (frequenza x gravità) è pari a $\rho=0,961$ (ICC=0,972) mentre la valutazione del grado di distress totale del caregiver è $\rho=0,943$ (ICC=0,922).

CAPITOLO II

PREVALENZA DELLA SINTOMATOLOGIA NEUROPSICHIATRICA

2.1 Sindromi e alterazioni comportamentali

Considerando i punteggi clinicamente rilevanti (>4 pt) l'irritabilità ha mostrato la maggiore prevalenza (67,9%) seguita dall'agitazione/aggressività (64,1%) e dall'apatia (60,3%). La prevalenza minore è stata riscontrata per i disturbi dell'appetito e per l'euforia, entrambi al 13,2% (Fig.4).

Nel genere maschile hanno predominato l'irritabilità e l'agitazione (80%), seguiti dall'ansia (67,7%), dall'agitazione/aggressività e dalla depressione (60%). Le alterazioni più rare sono state le allucinazioni e l'euforia (20%). Nel campione femminile le manifestazioni predominanti sono state i disturbi del sonno (94,7%), l'irritabilità e l'agitazione/aggressività (73,7%), la depressione (65,8%) e l'apatia (57,9%). La prevalenza minore è stata riscontrata per la disinibizione (18,4%) e per i disturbi dell'appetito (13,2%).

2.2 Caregiver Distress

Tra i fattori percepiti dai caregivers come causa prevalente di "grave disagio" sono apparsi l'agitazione (13,2%), l'attività motoria aberrante e la depressione (9,4%); come causa di 'marcato disagio' sono apparsi l'agitazione e l'irritabilità (17%), e l'ansia (11,3%);

come causa di “moderato disagio” sono apparsi l'irritabilità (22,6%), l'agitazione (20,8%) e l'apatia (15,1%); come causa di “lieve disagio” la depressione (18,9%) e l'apatia (15,1%); infine come causa di “minimo disagio” la depressione (11,3%), l'apatia e i deliri (7,5%).

Il punteggio del distress riferito dai caregivers non appare correlato all'esperienza del caregiver né al grado di conoscenza temporale dell'ospite, né alla qualifica professionale dello stesso.

L'indice di distress percepito correla significativamente ($p < 0,05$) con l'item 26 BEHAVE-AD del disagio psicologico per il caregiver ($\rho = 0,703$) e con il punteggio NPI-NH totale ($\rho = 0,835$; $p < 0,01$). Nessuna associazione è stata rilevata con il grado di deficit cognitivo dell'ospite.

2.3 Follow-up ad un anno della sintomatologia neuropsichiatrica

A distanza di un anno dei 53 pazienti affetti da demenza e/o malattie psichiatriche (secondo DSM IV- ICD 10) inizialmente selezionati tra gli ospiti di ogni nucleo nei quali la nursing home è suddivisa 9 sono deceduti e 1 è stato trasferito in altra RSA.

Il campione è costituito da 30 donne (68,2%) e 13 uomini (30,2%).

Dall'analisi della sintomatologia riscontrata all'interno del campione selezionato è emerso il seguente quadro sintomatologico: il dominio maggiormente alterato è stato quello dell'irritabilità (29 ospiti), seguito dall'apatia/indifferenza (27 ospiti) e dall'agitazione (26 ospiti).

Altri disturbi comportamentali sono stati descritti in una quota minore di soggetti, di poco inferiore alla metà del campione: ansia in 19 soggetti, depressione in 18 e deliri in 16.

Poco meno di un terzo dei 43 pazienti inclusi ha presentato alterazioni con rilevanza clinica per quanto riguarda l'attività motoria aberrante (13 soggetti), le allucinazioni (11 soggetti) e i disturbi dell'appetito (per 11 degenti).

L'aspetto che si è mostrato meno alterato è stato quello dei disturbi del sonno: solo 5 ospiti.

La sintomatologia presentata all'interno della Residenza Socio-Assistenziale Fratelli Molina è stata posta a confronto con i dati ottenuti durante lo studio di validazione e con altri lavori svolti all'interno di nursig home europee che hanno valutato i disturbi comportamentali attraverso l'impiego della Neuropsychiatric Inventory per pazienti istituzionalizzati, in particolare con un lo studio di Lange et al. del 2004 (studio che include anche pazienti affetti da patologia psichiatrica).

Considerando significativi di importanti ripercussioni per quanto riguarda la gestione dell'ospite i punteggi superiori o uguali a 4, cioè quelli che si riferiscono a comportamenti di lieve entità e presenti tutti i giorni, oppure presenti almeno una volta alla settimana, ma di moderata o grave entità, nel presente campione è emersa la seguente prevalenza.

L'irritabilità ha mostrato la maggiore prevalenza (67,4%) seguita dall'apatia (62,7%) e dall'agitazione/aggressività (60,4%). Il 41,8% ha mostrato la sintomatologia depressiva e il 44,1% quella ansiosa.

I deliri si sono rivelati presenti nel 37,2% dei soggetti, l'attività motoria aberrante nel 30,2%, la disinibizione nel 23,2% e l'euforia nel 16,2%.

Si discostano dalla prima rilevazione i disturbi del sonno presenti nel 11,6%, le allucinazioni nel 30,2% e i disturbi dell'appetito nel 25,5% del campione.

Tali dati sono sostanzialmente in accordo con quanto emerso nel precedente studio e anche con l'unico studio, oltre al presente, con un campione affetto da patologia psichiatrica (Lange *et al.*, 2004).

La prevalenza è molto simile e l'andamento sovrapponibile sia per quanto riguarda gli aspetti maggiormente alterati come l'irritabilità, la depressione, l'ansia, sia per quelli con una presentazione piuttosto rara come il comportamento euforico.

Dai risultati emersi nello studio di follow up circa la prevalenza della sintomatologia neuropsichiatrica nel campione selezionato è possibile notare una sostanziale concordanza con i risultati ottenuti dopo la prima somministrazione con lo stesso strumento di valutazione.

Tale risultato è compatibile con la cronicità dei quadri sintomatologici presentati dai degenti e con le caratteristiche di adeguatezza della versione italiana della NPI-NH.

CAPITOLO III

FARMACOTERAPIA: DISTRIBUZIONE DELLE CLASSI PSICOFARMACOLOGICHE E LORO APPROPRIATEZZA

3.1 Psicofarmaci

Nella popolazione geriatrica, secondo studi internazionali, una percentuale variabile dal 50 all'80% degli anziani istituzionalizzati ha in terapia almeno un farmaco psicotropo (Conn D et al. , 2006).

I farmaci utilizzati sono stati raggruppati nella classi: antipsicotici, antidepressivi e ansiolitici.

Tra i **farmaci antipsicotici** sono state considerate le seguenti classi:

- Tipici (antipsicotici di prima generazione) sia ad alta potenza che a bassa potenza
- Atipici (antipsicotici di seconda generazione)

Tra i **farmaci ansiolitici** sono state considerate le seguenti classi:

- BDZ
- Ansiolitici e ipnotici non-BDZ (Z-drugs).

Tra i **farmaci antidepressivi** sono state considerate le seguenti classi:

- TCA
- SSRi
- SNRi
- NaSSA

Pare che, rispetto agli anziani non ospedalizzati, nelle nursing home vi sia un maggiore utilizzo di **antipsicotici** (Craig D et al. , 2003).

Il loro impiego nei pazienti anziani è legato alla presenza di psicosi, demenza, delirium, agitazione e disturbi dell'affettività; tuttavia il loro uso eccede quelle che sono le linee guida stabilite (Alexopoulos GS et al. , 2004; Briesacher BA et al. , 2005) soprattutto per gli atipici in ragione della loro minore incidenza di effetti collaterali extrapiramidali.

Tuttavia, in termini di efficacia pare esserci una sovrapposizione tra antipsicotici tipici e atipici (Margolis, 2009; Kalapatapu et al., 2009). Sempre riguardo all'utilizzo off-label dei farmaci antipsicotici atipici due recenti studi retrospettivi (Martinez et al., 2009, Kalapatapu et al., 2009) hanno sottolineato come l'uso di antipsicotici atipici vada individualizzato pena il rischio che gli effetti collaterali superino i benefici poiché secondo alcune ricerche, negli Stati Uniti, circa il 15% degli anziani residenti in istituto riceve antipsicotici perlopiù atipici (Liperoti R et al. , 2003). L' Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA-87) specifica come gli antipsicotici non debbano essere somministrati per il disturbo d'ansia non complicato, per l'insonnia o per l'agitazione in generale (Conn D et al. , 2006), questo anche per il dimostrato rischio di morte associato al loro impiego (Schneewiss S et al. , 2007).

Così la stessa FDA ha emanato un "warning" per i medici sottolineando come l'uso di tali farmaci (gli atipici) non sia approvato per il trattamento della demenza. Questi provvedimenti sono in parte legati alle recenti evidenze per cui gli atipici (soprattutto olanzapina e risperidone) sarebbero correlati alla comparsa di eventi cerebrovascolari (Benjamin, 2007).

Nonostante l'utilizzo di farmaci antipsicotici nell'anziano risulti essere gravato da numerosi effetti collaterali come il prolungamento del QTc e EPS per i tipici e incremento di mortalità per patologie cerebrovascolari e sindrome metabolica per gli atipici, essi continuano ad essere prescritti in presenza di sintomi comportamentali nella demenza in assenza di alternative più efficaci e sicure.

La base dell'utilizzo di atipici ma a basso dosaggio risiederebbe nel migliore profilo di sicurezza e nel migliore contenimento dei sintomi inerenti alla sfera agitazione/aggressività del paziente affetto da demenza anche in assenza di sintomi psicotici (Daiello, 2009).

L'impiego di tale classe farmacologica (atipici) nell'anziano, pur risultando una prassi, non appare sostenuta da una sufficiente mole di studi.

Le **benzodiazepine** rappresentano la seconda classe psicofarmacologica prescritta all'interno delle Nursing Home (Callegari et al., 2006; Zuidema et al., 2007) soprattutto per il trattamento dei disturbi del sonno (Craig D et al. , 2003). Secondo Conn D et al. ,(2006), per i disturbi del sonno, sarebbero da preferire la benzodiazepine short-acting, da somministrare per il più breve periodo possibile, evitando di eccedere le 2-3 settimane di trattamento. Uno studio condotto da Balestrieri et. Al. (2005) sottolinea però come esista la radicata tendenza a continuare con l'impiego del farmaco anche quando la situazione iniziale di stress, che ne ha determinato l'assunzione, abbia trovato risoluzione.

Per i disturbi comportamentali tra i quali l'agitazione/aggressività spesso le BDZ si rivelano un presidio farmacologico importante ma non va sottovalutato il loro effetto paradossale nell'anziano che può

indurre aggressività e ostilità oltre ad effetti quali amnesia e riduzione delle prestazioni cognitive (Silver et al., 2007)

Per quanto concerne gli ipnotici non-BDZ, c'è da dire che influiscono molto meno nel determinare lo sviluppo di tolleranza e dipendenza anche perché selettivi nei confronti dei recettori BDZ. Lo zolpidem, tra gli altri, è provvisto di azioni ipnotiche con minimi effetti miorilassanti o anticonvulsivanti, e con minori effetti amnesici rispetto alle benzodiazepine.

Gli **antidepressivi** risultano essere la terza classe di psicofarmaci usualmente prescritta all'interno di una Nursing-Home (Callegari et al., 2006; Zuidema et al., 2007).

Discordante è stata l'analisi dell'assunzione di psicofarmaci nel campione norvegese dove la classe maggiormente prescritta è stata quella degli antidepressivi (Salbaek et al., 2007). In questo campione è da sottolineare l'inclusione di un numero elevato di pazienti affetti da depressione maggiore accanto a quelli affetti da demenza.

Anche nell'anziano affetto da sintomi neuropsichiatrici i farmaci **antidepressivi** rappresentano la prima linea di trattamento nel disturbo d'ansia e depressivo (Robinson et al., 2007; Coffey, 2007).

Recenti linee guida rimarcano il ruolo centrale soprattutto degli antidepressivi di nuova generazione come trattamento di prima scelta nella depressione e nell'ansia (Lam et al., 2009) pur segnalando sovente la necessità di strategie di add-on.

In soccorso all'utilizzo degli SSRi in pazienti affetti da demenza con disturbi comportamentali quali irritabilità, apatia e sintomi psicotici, un recente studio (Siddique et al., 2009) ha sottolineato una

importante riduzione sintomatologica, soprattutto nella sfera dell'irritabilità e dell'aggressività, senza indurre sedazione.

Per quanto riguarda la terapia assunta dal campione esaminato ed in particolar modo soffermandoci sull'assunzione di alcune classi di farmaci quali gli antipsicotici, gli ansiolitici e gli antidepressivi, è emerso che il 92,4% (cioè 49 dei 53 studiati) prende almeno una sostanza facente parte di queste classi.

Sono tutti soggetti sottoposti ad una politerapia a cui si associano questi farmaci: in 41 pazienti, cioè nel 77,3%, vi è un'associazione di più classi.

La classe degli antipsicotici risultava quella maggiormente utilizzata con il 67,9% del campione seguita da quella degli ansiolitici con il 60,3% e da quella degli antidepressivi con il 45,2% (Fig.5).

Tale dato è stato confrontato con i risultati ottenuti negli altri studi sulle nursing home europee che hanno utilizzato la NPI-NH. Comune è stata l'associazione di più classi e la prevalenza degli antipsicotici tra le varie classi (Zuidema et al., 2007).

La maggior parte del campione utilizzava psicofarmaci prescritti dal personale medico: ansiolitici/ipnotici, neurolettici e antidepressivi. Unicamente 4 (7,5%) pazienti non assumevano alcun psicofarmaco (tutti con grave deterioramento cognitivo). In 14 (26,4%) un solo psicofarmaco, in 27 (50,9%) due psicofarmaci e 8 (15,1%) soggetti tre psicofarmaci.

Tali valori sono stati confrontati con quelli ottenuti recentemente nello studio sulle nursing home norvegesi che ha utilizzato la NPI-NH (Selbæk et al., 2007).

Comune riscontro è stata l'associazione di più classi di psicofarmaci e la prevalenza degli antipsicotici tra le varie classi.

Confrontando questi dati con i risultati delle prescrizioni farmacologiche in seguito alla consultazione dello specialista psichiatrico all'interno della Fondazione Molina (Callegari *et al.*, 2006) si nota una prevalenza molto simile: 79,2% antipsicotici, 52,5% ansiolitici e ipnoinduttori (benzodiazepine) e nel 45,4% antidepressivi. Al follow-up ad un anno di distanza, sul campione selezionato per lo studio, è emerso che il 88,3% (cioè 38 dei 43 studiati) prende almeno una sostanza facente parte di queste classi. L'11,7% non assume terapia psichiatrica.

Sono tutti soggetti sottoposti ad una politerapia.

Il 27,9%, cioè 12 pazienti, assume uno o più farmaci appartenenti ad ognuna delle classi farmacologiche considerate.

Gli ansiolitici rappresentano la classe farmacologica con il maggiore impiego (67,4% del campione) seguita dagli antipsicotici (65,1%). Gli antidepressivi sono i meno utilizzati (48,8%).

3.2 Relazione tra sintomi neuropsichiatrici e classi psicofarmacologiche

Il campione su cui si è proceduto alla correlazione tra sintomatologia neuropsichiatrica e classi farmacologiche è il medesimo utilizzato per la validazione della NPI-NH in lingua italiana.

La terapia farmacologica dei pazienti reclutati è stata raccolta attraverso la consultazione delle cartelle cliniche dei pazienti.

Gli **antipsicotici** sono stati maggiormente utilizzati nelle seguenti manifestazioni sintomatologiche:

- 100% disinibizione
- 92,3% disturbi del sonno
- 81,8% allucinazioni
- 80% disturbi dell'appetito
- 78,3% deliri
- 76,3% irritabilità
- 75,6% agitazione/aggressività

Gli **ansiolitici** sono stati maggiormente utilizzati nelle seguenti manifestazioni sintomatologiche:

- 81,8% euforia
- 80% disturbi dell'appetito
- 61,8% depressione
- 61,5% disturbi del sonno
- 61,3% ansia
- 59,4% apatia

Gli **antidepressivi** sono stati maggiormente utilizzati nelle seguenti manifestazioni sintomatologiche:

- 60% ansia
- 54% depressione

Data la presenza di polifarmacoterapia si è ritenuto opportuno ricercare una correlazione significativa circa l'utilizzo di determinati farmaci per ciascun dominio rilevato alla NPI così da poter discutere, alla luce anche della letteratura recente, sul loro utilizzo (Fig.6).

Antipsicotici

In relazione all'utilizzo di farmaci antipsicotici sono emerse le seguenti correlazioni statisticamente significative (per correlazioni significative si intende una $\rho=0,05$) con i disturbi comportamentali (valutati attraverso la NPI-NH):

- disinibizione $\rho=0,352$
- ansia $\rho=0,324$
- irritabilità $\rho=0,304$
- sonno $\rho=0,298$
- agitazione/aggressività $\rho=0,286$

Correlazioni importanti ma con minore significatività statistica sono risultate:

- attività motoria aberrante $\rho=0,226$
- deliri $\rho=0,194$
- apatia $\rho=0,187$
- allucinazioni $\rho=0,152$

Correlazioni dotate di una minore significatività statistica sono risultate:

- disturbi dell'appetito $\rho=0,125$
- depressione $\rho=0,076$
- euforia $\rho=0,053$

Ansiolitici

Per quanto riguarda la correlazione significativa tra disturbi comportamentali e assunzione di terapie ansiolitiche abbiamo rilevato i seguenti risultati:

- euforia $\rho=0,224$

Significativa, ma negativa, con:

- allucinazioni $\rho= -0,251$

Altre correlazioni ma meno significative si sono rilevate per:

- disturbi dell'appetito $\rho=0,193$
- agitazione/aggressività $\rho= -0,166$

Basse le correlazioni con:

- disinibizione $\rho=0,061$
- depressione $\rho=0,038$
- ansia $\rho=0,022$
- disturbi del sonno $\rho=0,014$

Antidepressivi

L'uso di farmaci antidepressivi ha presentato una significatività statistica nella correlazione con:

- ansia $\rho=0,371$
- depressione $\rho=0,274$

Altre correlazioni statisticamente significative, anche se di minore importanza, sono con:

- deliri $\rho=0,099$
- euforia $\rho=0,057$
- disturbi dell'appetito $\rho=0,057$

Correlazioni negative si sono avute con:

- disinibizione $\rho=-0,177$
- disturbi del sonno $\rho=-0,156$
- apatia $\rho=-0,135$
- agitazione/aggressività $\rho=-0,117$

CAPITOLO IV

DISCUSSIONE

In questo lavoro riportiamo i risultati dello studio di validazione della versione italiana della NPI-Nh in una popolazione di soggetti lungodegenti in comorbilità psichiatrica. Per quello che ci è dato conoscere, questo rappresenta il primo lavoro italiano di validazione di questa scala in un contesto residenziale psico-geriatrico.

I valori di validità interna ($\alpha=0,629$) e soprattutto di concordanza tra compilatori ($\rho=0,991$) e tra somministrazioni ($\rho=0,961$) appaiono in linea con quanto pubblicato in letteratura anche considerando l'eterogeneità del nostro campione. In particolare, all'interno della sottopopolazione di soggetti senza patologia psichiatrica, l'alfa di Cronbach è salita a 0,74 raggiungendo un valore statisticamente soddisfacente. Tale rilievo appare anche più elevato del valore riportato ($\alpha=0,67$) nell'unico studio condotto fino ad oggi in un contesto neuropsichiatrico (Lange e al; 2004). Ciò a nostro avviso, conferma l'elettività psicometrica del questionario NPI-NH per questo tipo di pazienti, in accordo con gli studi originali i quali si distinguevano per l'elevata omogeneità del campione (malati di morbo di Alzheimer), l'impiego di informal caregivers e l'utilizzo della versione a 10 items (Cummings e al; 1994). All'interno del nostro campione è emersa la difformità di due items (apatia e disturbi del comportamento alimentare), che se sottratti al costrutto iniziale hanno innalzato il valore di Cronbach a 0,7. Questi items non sembrano correlarsi né tra di loro, né a nessun altro items della

NPI-NH. Quest'ultimo rilievo ci pare concordante con quanto dimostrato, da un altro punto di vista, da Wood e colleghi circa la non concordanza di giudizio tra infermieri e ricercatori formati nella valutazione dell'item 12 della NPI-NH (Wood e al, 2000). In effetti per un osservatore è più facile accorgersi di un aberrante utilizzo del cibo piuttosto che di una variazione di peso o dell'appetito. Questi dati lasciano immaginare che questa dimensione possa essere rivista in un possibile futuro lavoro di revisione della NPI-NH.

In accordo con Lange e colleghi si può ipotizzare che il valore relativamente ridotto di reliability sia spiegabile, almeno in parte, dalla natura dei caregivers e alla eterogeneità delle diagnosi cliniche. In particolare caregivers professionali impegnati ad assistere un numero elevato di pazienti inevitabilmente non riescono ad offrire descrizioni più accurate di quanto non possano fare i parenti.

Gli alti valori riscontrati di inter-rater e test-retest reliability testimoniano l'estrema affidabilità dello strumento che se utilizzato nelle condizioni corrette e dopo adeguata preparazione dei rater (Connor e al; 2008) mostra tutta la sua validità.

Il campione è risultato composto da soggetti 'grandi anziani' (età media 80aa), di nazionalità italiana, ricoverati mediamente da almeno 4 aa, affetti per la maggior parte da decadimento cognitivo, da plurime patologie spesso con gravi difficoltà di mobilità (47,2%) e in comorbilità psichiatrica (quasi il 60%). Quest'ultimo dato, come detto, differenzia notevolmente il campione del nostro studio da altri pubblicati sulla validazione della NPI-NH. Rispetto ad altri studi (Lange e al; 2004) il nostro campione è apparso più anziano, con un

livello di istituzionalizzazione notevolmente superiore e con un minor grado di cognitive impairment.

La durata della degenza, unitamente al lungo periodo di lavoro nel medesimo reparto da parte delle infermiere responsabili di nucleo, sono stati gli elementi che hanno maggiormente contribuito a una precisa valutazione dei soggetti. Si è potuto così considerare limitato il distress causato da un ambiente, quello della RSA, altrimenti non familiare e per questo potenzialmente fonte di alterazioni comportamentali nell'anziano istituzionalizzato (Ettema et al., 2005). L'impiego di infermiere professionali italiane, di lunga esperienza e abituate a relazionarsi con consulenti neurologi e psichiatri, ha permesso di ridurre i margini di errore nelle valutazioni, già messi in evidenza da certi studi di letteratura sull'affidabilità del personale rispetto a raters addestrati (Wood e al, 2000).

La prevalenza delle alterazioni comportamentali e la loro correlazione ad uno stato di decadimento, appare in linea a quanto riportato in letteratura (Lange e al, 2004; Wood e al; 2000) con valori percentuali molto simili sia per quanto concerne le dimensioni più rappresentate che quelle meno frequenti. Tale dato rappresenta una conferma della rappresentatività del nostro campione e del contesto in cui è stato effettuato lo studio rispetto agli studi citati.

Come in altri studi (Wood e al, 2000) anche nel nostro gli infermieri si sono dimostrati altamente sensibili alla severità dei sintomi, tanto che i punteggi alla NPI-NH ne hanno evidentemente risentito. I sintomi considerati come rilevanti clinicamente ($pt > 4$), verso i quali il personale ha mostrato una maggiore sensibilità, sono stati quelli appartenenti soprattutto al primo fattore della NPI (apatia e

agitazione, irritabilità, attività motoria aberrante e disinibizione). In particolare il dato riferito alla disinibizione dimostra che, anche se meno presente tra i pazienti (prevalenza del 20%), questo comportamento può essere percepito come molto rilevante clinicamente (100%) dal caregiver con notevoli ripercussioni sul distress dello stesso (non a caso compare le ragioni di “marcato disagio”). L'euforia oltre che essere meno presente appare anche la condizione meno significativa clinicamente, lasciando intendere che in qualche modo il personale sembra preoccuparsene in grado minore (non compare tra le fonti di distress). E' interessante osservare come l'apatia e la depressione, concordemente, appaiono le dimensioni percepite dai caregivers come solo modicamente o lievemente disturbanti, mentre al contrario, gli elementi appartenenti all'iperattività sono significativamente identificati come gravemente e marcatamente disturbanti. La dimensione delirante non è ritenuta molto disturbante, forse per la particolare formazione del personale che non vi identifica un elemento di disturbo necessitante di un intervento assistenziale o di contenimento.

Dai risultati emersi nello studio di follow up circa la prevalenza della sintomatologia neuropsichiatrica nel campione selezionato è possibile notare una sostanziale concordanza con i risultati ottenuti dopo la prima somministrazione con lo stesso strumento di valutazione.

Tale risultato è compatibile con la cronicità dei quadri sintomatologici presentati dai degenti e con le caratteristiche di adeguatezza della versione italiana della NPI-NH.

L'utilizzo di farmaci all'interno di questo campione non selezionato, non si è mostrato connesso alla presenza riconosciuta di un disturbo

psichiatrico. Tale fenomeno, apparentemente anomalo, in realtà a nostro avviso potrebbe essere indicatore di un utilizzo più ampio della psicofarmacologia: l'uso degli psicofarmaci sembrerebbe rispondere ad un criterio non solo diagnostico quanto piuttosto fenomenologico / gestionale legato alle esigenze del personale di reparto impegnato a gestire i disturbi comportamentali dei pazienti.

Alcuni limiti devono essere discussi. In primis il questionario come tutti gli strumenti somministrati a pazienti o a caregivers può soffrire di alcuni bias legati all'effetto memoria o effetto apprendimento che si può produrre in chi riceve l'intervista. Tale evento potrebbe essere stato più rilevante nel caso della test retest reliability, quando il caregiver potrebbe aver anticipato le risposte, memore di quando già accaduto nelle settimane precedenti. Tale effetto in parte è stato calmierato con l'accorgimento di non far sapere quando sarebbe avvenuta la seconda intervista o con la sostituzione dei raters rispetto alla prima intervista. Inoltre nonostante l'addestramento iniziale è possibile che un minimo effetto di maturazione dei raters si sia verificato, anche se entrambi i raters non sono venuti a conoscenza delle valutazioni altrui fino alla fine dello studio.

CAPITOLO V

CONCLUSIONI

La validazione della versione italiana della NPI-NH, ha confermato le proprietà psicometriche di questo strumento, già verificate in studi analoghi effettuati in contesti esteri, quali l'alta validity e reliability nella valutazione di un campione composto sia da pazienti con demenza, sia con patologia psichiatrica. Questi risultati sono quindi in linea con quanto evidenziato nella letteratura internazionale relativa all'uso della NPI-NH.

In particolare i domini che hanno mostrato le migliori correlazioni con le scale somministrate per il confronto, rappresentando quindi i disturbi comportamentali meglio indagati dalla NPI-NH, sono stati i deliri, le allucinazioni, l'euforia, l'attività motoria e la depressione.

Un'elevata correlazione è emersa anche dalla valutazione del grado di distress riportato dal caregiver, che è una delle principali caratteristiche di questa scala.

La possibilità di utilizzare strumenti dotati di efficacia nella valutazione dei sintomi neuropsichiatrici ci ha permesso di correlare tali sintomi con le terapie assunte dal nostro campione di riferimento. Così facendo abbiamo ottenuto una mappa delle terapie psicofarmacologiche prescritte all'interno della RSA che si sono mostrate conformi alla prassi evidenziata in letteratura.

La stessa letteratura non dirime la questione relativa ad approcci farmacologici con caratteristiche evidence-based.

In particolare gli **antipsicotici**, in accordo con i dati di letteratura, rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta all'interno della RSA "Fratelli Molina".

La loro correlazione statisticamente significativa con alcuni disturbi comportamentali ci consente di valutare come, sovente, il loro utilizzo risulti essere "off-label". Tale dato è supportato dalle esperienze evidenziate in letteratura.

L'utilizzo verso sintomi psicotici (deliri e allucinazioni) presenta una minore, seppur significativa, correlazione statistica.

L'utilizzo di antipsicotici sembra rivolgersi principalmente a sintomi che richiedono un contenimento nonostante la letteratura non presenti consistenti evidenze in tale senso, se non la prassi, e anzi, il loro utilizzo si preste ad un elevato rischio di effetti secondari.

Per quanto riguarda l'utilizzo di **ansiolitici** il primo dato che emerge è una correlazione non significativa sia con l'ansia che con i disturbi del sonno. In entrambi i casi all'interno di una nursing home vengono preferiti gli antipsicotici.

In accordo con la letteratura esse non sono molecole di prima scelta nell'agitazione/aggressività nell'anziano (sempre per il rischio di una risposta paradossa): il loro utilizzo nella RSA "Fratelli Molina" presenta una correlazione negativa.

La correlazione negativa con il sintomo allucinazioni concorda con la sua inefficacia in tale circostanza.

In accordo con la letteratura gli **antidepressivi** risultano essere farmaci di prima scelta nel trattamento dei sintomi d'ansia e depressivi.

Correlazioni negative con sintomi come apatia, aggressività/agitazione e irritabilità.

L'attuale studio ci consente però, in relazione ad un recente lavoro sull'utilizzo di citalopram in pazienti affetti da demenza (Siddique et al., 2009), di rivalutare l'opportunità di trattare sintomi quali irritabilità, agitazione/aggressività con strategie farmacologiche diverse da quelle che prevedono l'utilizzo principale di antipsicotici così da garantire un'opportunità terapeutica più sicura oltre ad allargare il ventaglio di possibilità terapeutica dei medici.

Partendo dalle potenzialità emerse da questo studio e dall'utilità di avere un inquadramento neuropsichiatrico di ogni paziente al momento dell'ingresso in una nursing home, così da poter rivalutare nel tempo l'evoluzione del quadro sintomatologico si prospetta un maggiore e più esteso impiego della NPI-NH come:

- strumento di screening per identificare i pazienti con maggiori alterazioni comportamentali;
- strumento di follow-up per rivalutazioni ripetute e prolungate nel tempo rese necessarie data la cronicità e allo stesso tempo la variabilità della sintomatologia neuropsichiatrica;
- strumento capace di sondare in un breve lasso di tempo, non superiore alla decina di minuti, tutta l'ampia gamma delle possibili manifestazioni neuropsichiatriche tipiche del decadimento cognitivo e delle malattie psichiatriche senza soffermarsi solo su quelle più evidenti perchè particolarmente frequenti o disturbanti;
- strumento in grado di valutare sia la sintomatologia presentata dal paziente, sia il grado di distress per il caregiver derivato dalle singole alterazioni;

- strumento che se somministrato periodicamente e contemporaneamente alla rivalutazione del decadimento cognitivo, attraverso il Mini Mental State Examination o lo Short Portable Mental Status Questionnaire, consente di attuare una valutazione globale del paziente correlando il decadimento cognitivo ai disturbi comportamentali;
- strumento somministrabile sia da medici non necessariamente specialisti in psichiatria, sia dal personale infermieristico precedentemente formato e in un successivo tempo riportato alla valutazione del medico del reparto;
- strumento di supporto per le consulenze psichiatriche, disponibile per la consultazione da parte dello specialista psichiatra chiamato spesso ad intervenire di fronte a disturbi comportamentali e a seguirne l'andamento attraverso le consulenze all'interno della nursing home;
- strumento utile ai fini sia di una rivalutazione delle terapie farmacologiche prescritte che di un loro controllo nel tempo.

Data la validità di questo strumento, le sue proprietà psicometriche e il vasto campo di utilizzo, la NPI-NH potrà essere di facile impiego nella psicogeriatría di consultazione e di notevole aiuto negli studi svolti nel contesto del setting residenziale geriatrico.

Si auspica in particolare una futura ricerca e approfondimenti nel campo della psichiatria di consultazione geriatrica.

ALLEGATI E FIGURE

Allegato 1 (NPI-NH)

Neuropsychiatric Inventory

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: *Neurology* 1994;44:2308-2314)

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
Deliri	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/disforia	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/indifferenza	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4][1] [2] [3]_____			[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza
 0=mai
 1=raramente
 2=talvolta
 3=frequentemente
 4=quasi costantemente

Gravità 1=lievi (non producono disturbo al paziente).
 2=moderati (comportano disturbo per il paziente).
 3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico
 0= Nessuno
 1= Minimo
 2= Lieve
 3= Moderato
 4= Severo
 5= Grave

A. Deliri

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male ?
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando?
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca?
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa?
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere?
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria?
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo?
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?]
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente
2. Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti
3. Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

B. Allucinazioni

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse?
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti?
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)?
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono?
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle?
6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota?
7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente
2. Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti.
3. Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

C. Agitazione/Aggressività

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti?
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo?
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri?
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione?
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato?
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti?
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri?
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare.
3. Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

D. Depressione/Disforia

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza?
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda?
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito?
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito?
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro?
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui?
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere?
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

E. Ansia

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? È impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro?
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso?
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo?
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)?
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla?
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?]
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia?

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità

1. Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

F. Esaltazione/Euforia

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito?
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose?
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)?
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti?
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento?
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente?
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice?

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'esaltazione è evidente ma non dirompente
2. Moderata: l'esaltazione è evidentemente anormale.
3. Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

G. Apatia/Indifferenza

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito?
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni?
3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito?
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa?
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri?
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti?
7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi?
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.
2. Moderata: l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di familiari.
3. Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

H. Disinibizione

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze?
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse?
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose?
4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva?
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico?
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento?
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.
2. Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver.
3. Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

I. Irritabilità/Labilità

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose?
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia?
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia?
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato?
5. Il paziente è irritabile e nervoso?
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo?
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.
2. Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.
3. Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

J. Comportamento motorio aberrante

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo?
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi?
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti?
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere?
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.?
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita?
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane.
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver.
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

K. Sonno

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi?
2. Si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune?
4. Disturba i familiari e li tiene svegli?
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina?
6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]?
7. Dorme eccessivamente durante il giorno?
8. Il Paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta perdita dell'appetito?
2. Presenta aumento dell'appetito?
3. Presenta diminuzione di peso?
4. Presenta aumento di peso?
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).?
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)?
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine?
8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

Domini NPI-NH	CORNELL	BEHAVE-AD	BPRS	GDS
Deliri Coefficiente di correlazione ρ di Spearman	cornell deliri	behave deliri	bprs_insolito contenuto del pensiero-deliri	--
	0,321*	0,625**	0,412**	--
Allucinazioni	--	behave allucinazioni	bprs allucinazioni	--
	--	0,674**	0,649**	--
Agitazione/ aggressività	cornell agitazione	behave aggressività	--	--
	0,520**	0,391**	--	--
Depressione	cornell depressione	behave disturbi affettivi	bprs umore depresso	GDS depressione
	0,519**	0,692**	0,765**	-0,169
Ansia	cornell-ansia	behave ansia	bprs ansia	--
	0,484**	0,502**	0,645**	--
Euforia	--	--	bprs eccitamento-euforia	--
	--	--	0,819**	--
Apatia	cornell apatia	--	--	--
	0,303*	--	--	--
Irritabilità	cornell irritabilità	--	bprs tensione	--
	0,526**	--	0,358**	--
Attività motoria aberrante	cornell rallentamento motorio	behave attività motoria aberrante	bprs atteggiamento manierato	--
	-0,174	0,616**	0,603**	--
Disturbi del sonno	cornell disturbi del sonno	behave disturbi del sonno	--	--
	0,216	0,383**	--	--
Distress per il caregiver	--	behave distress del caregiver	--	--
	--	0,704**	--	--

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FIG. 1

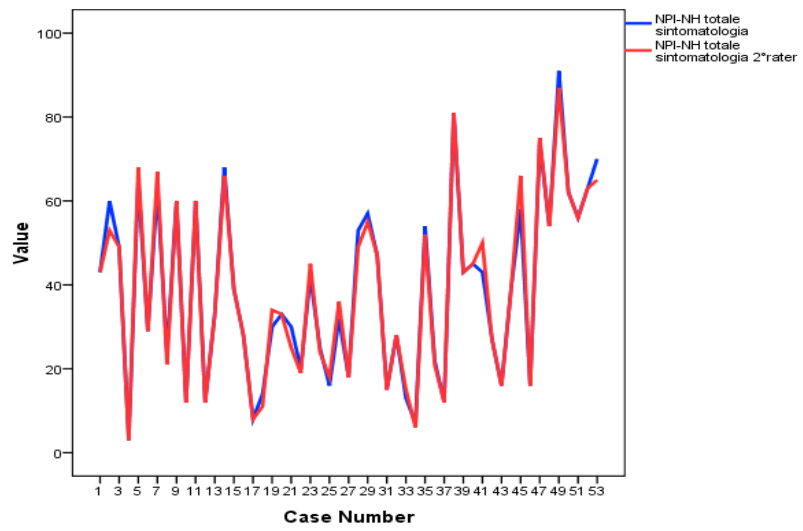


FIG.2

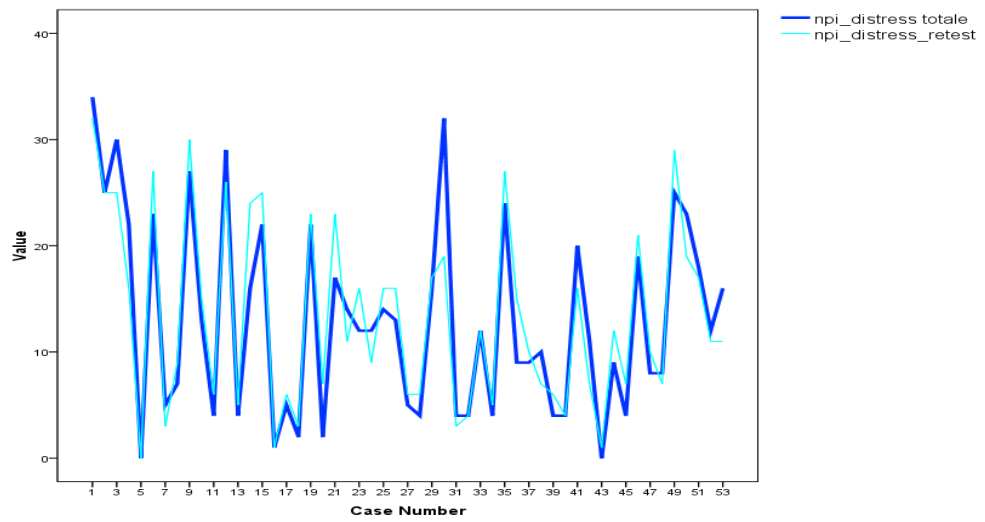


FIG.3

Domini NPI-NH	Prevalenza studio Lange et al., 2004 (%)	Prevalenza Nello studio di validazione (%)	Prevalenza nel follow-up (%)
Deliri	36,3	32	37,2
Allucinazioni	24,5	15	30,2
Agitazione	86,3	64,1	60,4
Depressione	45,6	45,2	41,8
Ansia	49,5	43,3	44,1
Euforia	12,3	13,2	16,2
Apatia	50,1	60,3	62,7
Disinibizione	36,8	20,7	23,2
Irritabilità	63,7	67,9	67,4
Attività motoria aberrante	23,0	32	30,2
Disturbi del sonno	36,8	18,8	11,6
Disturbi dell'appetito	25,0	13,2	25,5

FIG.4
Confronto tra le prevalenze riportate in campioni di pazienti istituzionalizzati e affetti da patologia psichiatrica e/o da demenza.

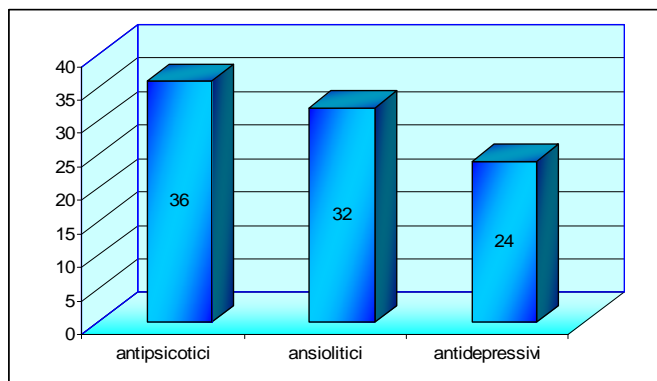


FIG.5

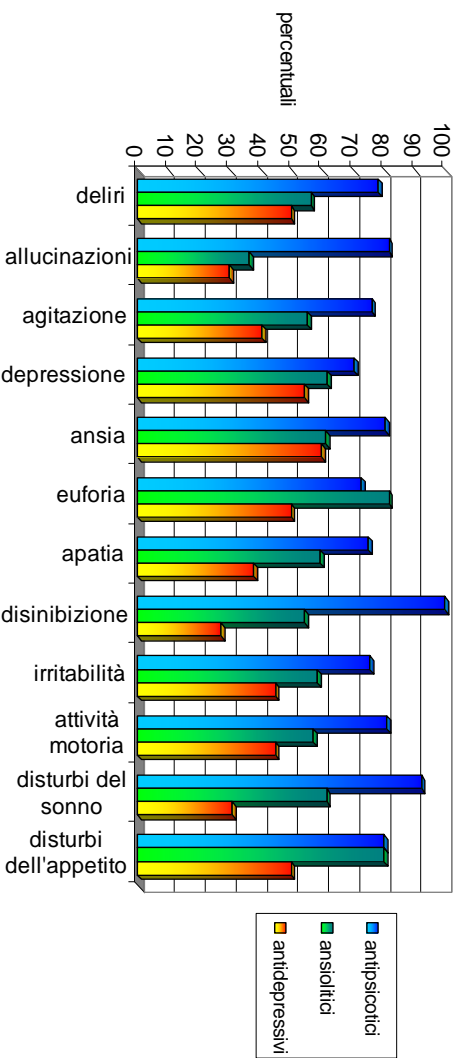


Fig.6

BIBLIOGRAFIA

- Aalten P, De Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FRJ.
The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study.
Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20: 523-530
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA.
Cornell Scale for depression in dementia
Biol Psychiatry. 1988 Feb 1;23(3):271-84
- Alexopoulos GS, Stremi G, Carpenter D et al.
Using antipsychotics agents in older patients :Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients.
J Clin Psychiatry 2004;65(2): 5-99
- American Psychiatric Association.
Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.
Washington DC, (DSM IV). 1994.
- Balestrieri M, Marcon G, Samani F, Marini M, Sessa E, Gelatti U, Donato F.
Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders--a regional survey.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Apr;40(4):308-15.
- Benjamin S.
Sleep Disorders.
Chapter in Guide to Neuropsychiatric Therapeutics. Lippicott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2007.
- Bidzan L, Bidzan M
Reliability of the Neuropsychiatric Inventory- Nursing Homes Polish Version
Psychiatr Pol. 2005 Nov-Dec;39(6):1219-29

Binetti G, Magni E, Rozzini L, Bianchetti A, Trabucchi M, Cummings JL

Neuropsychiatric inventory: validazione italiana di una scala per la valutazione psicopatologica nella demenza.

Giorn Geront 1995; 43:864-865.

Binetti G, Mega M, Magni E, Padovani A, Rozzini L, Bianchetti A, Trabucchi M, Cummings JL

Behavioural disorders in Alzheimer disease: a transcultural perspective

Arch Neurol. 1998 Apr;55(4):539-44

Boada M, Tàrraga L, Modinos G, Lopez Ol, Cummings JL

Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH): Spanish validation.

Neurologia. 2005 Dec;20(10):665-73. Spanish

Briesacher B, Limcango MR, Simonti-Wastila L, Doshi JA, Levens SR, Shea DG, Stuart B

The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes.

Arch Intern Med 2005;165:1280-1285

Callegari C, Menchetti M, Croci G, Beraldo S, Costantini C, Baranzini F.

Two years of psychogeriatric consultations in a nursing home: reasons for referral compared to psychiatrists' assessment.

BMC Health Serv Res 2006 13; 6:73.

Coffey EC.

Guide to Neuropsychiatric Therapeutics.

Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2007

Coffey EC.

Disturbances of Mood, Affect and Emotion. Chapter in Guide to Neuropsychiatric Therapeutics.

Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2007

Conn D, Madan R.

Use of Sleep-Promoting Medications in Nursing Home Residents. Risk versus Benefits.

Drugs aging 2006;23(4): 271-287

Connor DJ, Sabbagh MN, Cummings JL
Comment on administratio and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials.
Alzheimer's & Dementia 2008; 4: 390-394.

Craig D, Passmore AP, Fullerton KJ et al.
Factors influencing prescription of CNS medication in different elderly populations.
Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003;12: 393-387

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J.
The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia.
Neurology. 1994 Dec; 44 (12): 2308-14.

Cummings JL.
The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients.
Neurology. 1997 May; 48(5 Suppl 6): S10-6.

Cummings JL.
Behavioral disorders in Alzheimer disease: a transcultural perspective.
Arch Neurol. 1998; 55:539-544.

Cummings JL, McPherson S .
Neuropsychiatric assessment of Alzheimer's disease and related dementias.
Aging Clin Exp Res 2001; 13: 240-246.

Daiello LA.
Atypical antipsychotics for the treatment of dementia-related behaviours: an update.
Med Health R I. 2007 jun; 90(6):191-4.

Ettema T, Dröes R, de Lange J, Ooms M, Mellenbergh G, Ribbe M
The concept of quality of life in dementia in different stages of the disease
Int Psychogeriatr. 2005 Sep;17(3):353-70. Review

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.

“Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.

J Psychiatric Res 1975; 12: 189-198.

Frisoni G, Rozzini L, Gozzetti A, Binetti G, Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M, Cummings JL

Behavioral syndromes in Alzheimer’s disease: description and correlates.

Dement Geriatr Cogn Disord 1999; 10: 130-138.

Iverson GL, Hopp GA, DeWolfe K, Solomons K.

Measuring change in psychiatric Symptoms using the Neuropsychiatric Inventory: Nursing Home version.

Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 438-443.

Kalapatapu RK, Schimming C.

Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: antipsychotic use.

Geriatrics. 2009 May;64(5):10-8.

Kat MG, de Jonghe JF, Aalten P, Kalisvaart CJ, Dröes RM, Verhey FR.

Neuropsychiatric symptoms of dementia: psychometric aspects of the Dutch Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Tijdschr Gerontol Geriatr 2002; 33(4):150-155.

Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellon S, Masterman D, MacMillan A, Ketchel P, DeKosky ST.

Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer’s disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale.

J Am Geriatr Soc. 1998; 46: 210-215.

Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV.

CANMAT clinical guidelines for the management of Major Depressive Disorder in adults.

J Affect Disord. 2009 aug 10

Lange RT, Hopp GA, Kang N.
Psychometric properties and factor structure of the Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version in an elderly neuropsychiatric population.

Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 440- 448.

Liperoti R, Mor V, Lapane KL, Pedone C, Gambassi G, Benabei R.
The use of atypical antipsychotics in nursing homes.

J Clin Psychiatry 2003;64(9): 1106-1112

Margolis RL.

Neuropsychiatric disorders: the choice of antipsychotics in schizophrenia.

Nat Rev Neurol 2009 Jun;5(6): 308-310

Martinez L, Olivera Fernandez MR, Pineiro Corrales G.

Mortality in patients with dementia treated with atypical antipsychotics (olanzapine, quetiapine, ziprasidone).

Fam Hosp 2009 Jul 1;33(4): 224-8

Overall JE, Gorham DR.

Introduction: the brief psychiatric rating scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling.

Psychopharmacol Bull 1988, 24: 97-98.

Overall JE, Gorham DR.

The Brief Psychiatric Rating Scale

Psychol Rep 1962; 10: 799

Pfeiffer E

A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients

J Am Geriatr Soc. 1975 Oct;23(10):433-41

Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A.

Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment

J Clin Psychiatry. 1987 May;48 Suppl:9-15

Robinson GR, Fiedorowicz JG.
Anxiety. Chapter in Guide to Neuropsychiatric Therapeutics.
Lippicott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2007.

Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS.
Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients.
CMAJ, 2007;176(5): 627-632

Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K.
The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes.
Int J Geriatr Psychiatr 2007; 22: 843-849.

Selbæk G, Kirkevold Ø, Sommer O, Engedal K.
The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory, Nursing Home Version (NPI-NH).
Internat Psychogeriatr 2007; 1-9.

Shigenobu K, Hirono N, Tabushi K, Ikeda M.
Validity and reliability of the Japanese Version of the Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH)
Brain Nerve. 2008 Dec;60(12):1463-9. Japanese

Siddique H, Hynan LS, Weiner MF.
Effect of Serotonin Reuptake Inhibitor on irritability, apathy and psychotic symptoms in Patients with Alzheimer's disease.
J Clin Psychiatry. 2009 Jun;70(6):915-8. Epub 2009 May 5

Silver JM, Yudofsky SC, Anderson KE.
Agitation and Aggression.
Chapter in Guide to Neuropsychiatric Therapeutics. Lippicott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2007.

WHO.
The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.
World Health Organisation, Geneva, 1993.

Wood SA, Cummings JL, Barclay T, Hsu MA, Allahyar M, Schnelle JF.

Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress professional caregivers.

Aging & Mental Health 1999; 3: 241-245.

Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF.

The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents. Characterization and measurement.

Am J Geriatr Psychiatry. 2000; 8:75-83.

Zuidema SU, Jos F.M. de Jonghe, Frans R.J. Verhey, Raymond T.C.M. Koopmans.

Neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: factor structure invariance of the Dutch nursing home version of the Neuropsychiatric Inventory in different stages of dementia.

Dement Geriatr Cogn Disord 2007; 24: 169-176.

Zuidema SU, Derksen E, Frans RJ Verhey, Raymond T.C.M. Koopmans

Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia.

Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 632-638.