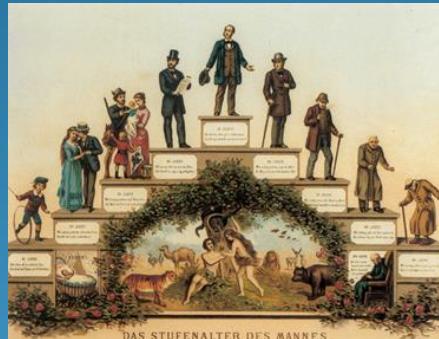


# "Quando la mente va a farsi un giro (e non sempre lascia detto dove)"

Strumenti pratici per la presa a carico della demenza



15 ottobre 2025



Dott. med. Brenno Galli  
medicina interna FMH spec.  
geriatria e medicina palliativa



Aspettativa di vita media in Ticino alla nascita  
secondo l'osservatorio svizzero della sanità:

	Uomo (anni)	donna (anni)
1870	44	47
2023	82.2	85.5
2060	89	93

- Demenza come immagine negativa della vecchiaia: **mito da sfatare**
- I deficit cognitivi **non** sono espressione del normale processo di invecchiamento



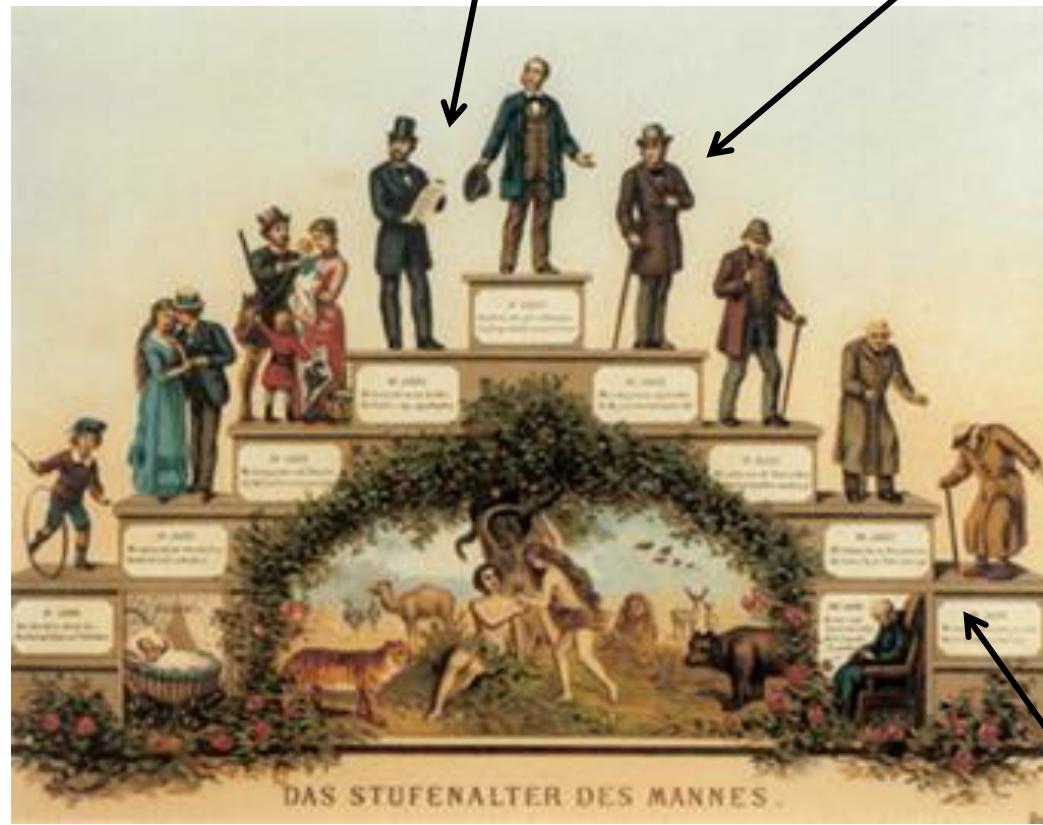
- Anche se la frequenza dei disturbi cognitivi aumenta con l'età



# Demenza: epidemiologia

- Demenza:

● Prevalenza: (% popolazione)	65-69 anni	< 2%
	70-74 anni	2-4%
	75-79 anni	4-8%
	80-84 anni	8-16%
	> 90 anni	30%
● Incidenza: (% nuovi casi/anno)	65-69 anni	0.3%
	80-84 anni	3%
	>90 anni	7%



Aspettativa  
di vita 1870

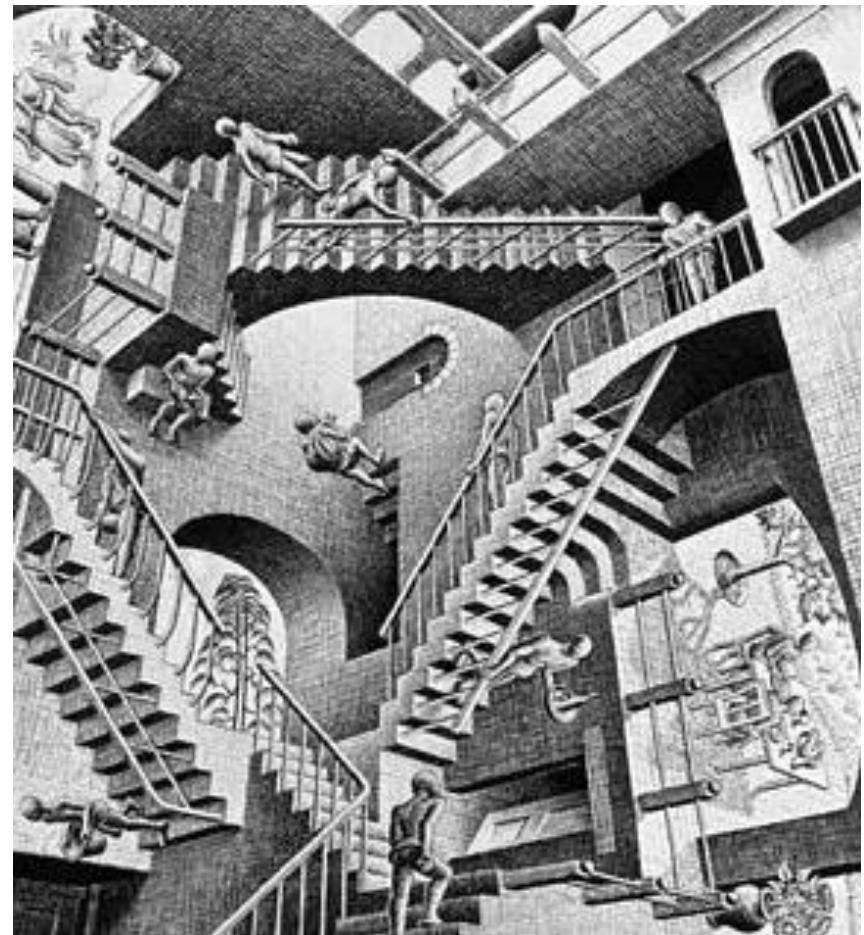
**D<2%**

**D>30%**

Aspettativa di  
vita 2060

# Paradosso

- Invecchiamento della popolazione, migliori condizioni di vita e progressi della medicina inducono un aumento del n° degli anziani e quindi dei soggetti con demenza e dei soggetti fragili.



# Quante persone con demenza vivono in Svizzera ?

2025:

161'100 soggetti dementi in CH  
(60% vive a casa, >50% senza diagnosi)

Ogni anno in CH ca 35'000 nuovi casi (2/3 donne!!)

0.5 Mio di persone in CH si occupa di un familiare affetto da demenza

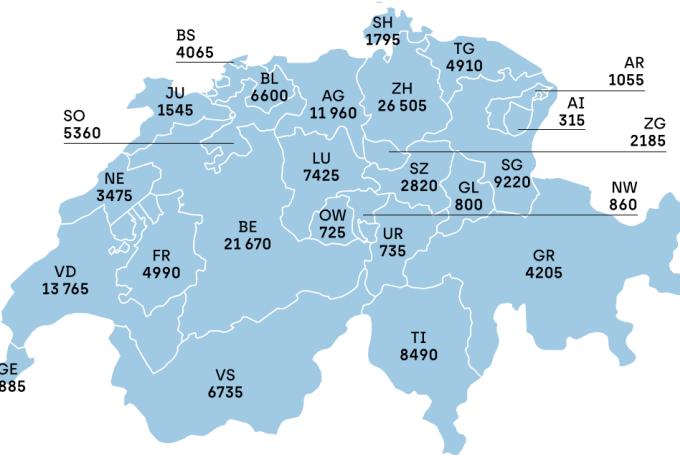
9.0 Mio di abitanti in CH nel 2025

2050:

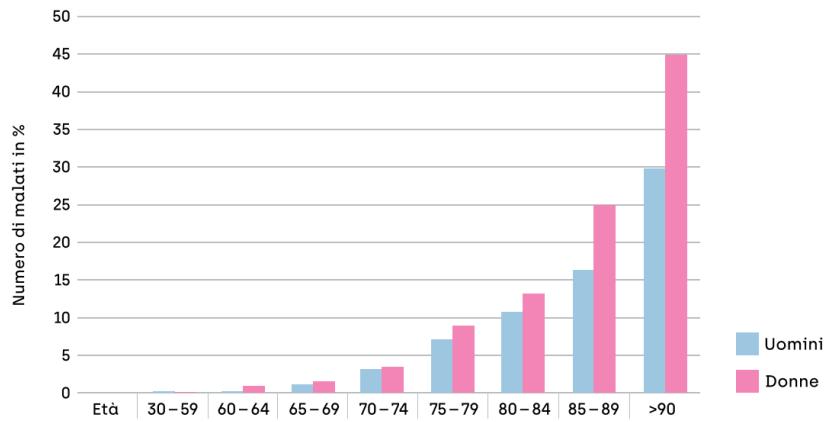
>280'000 soggetti dementi in CH

Dati: ufficio federale di statistica. (2025),

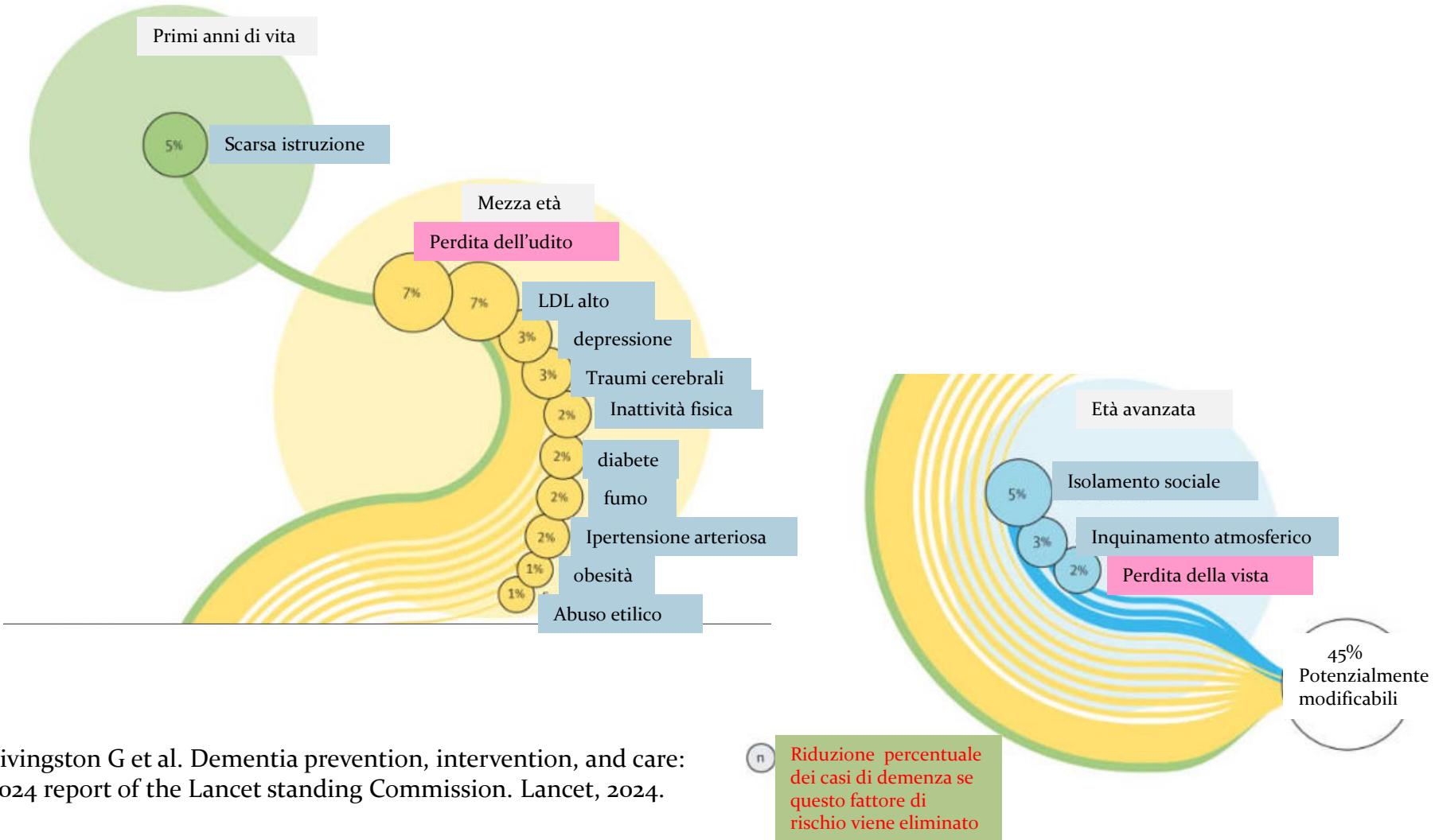
/ Persone affette da demenza per cantone



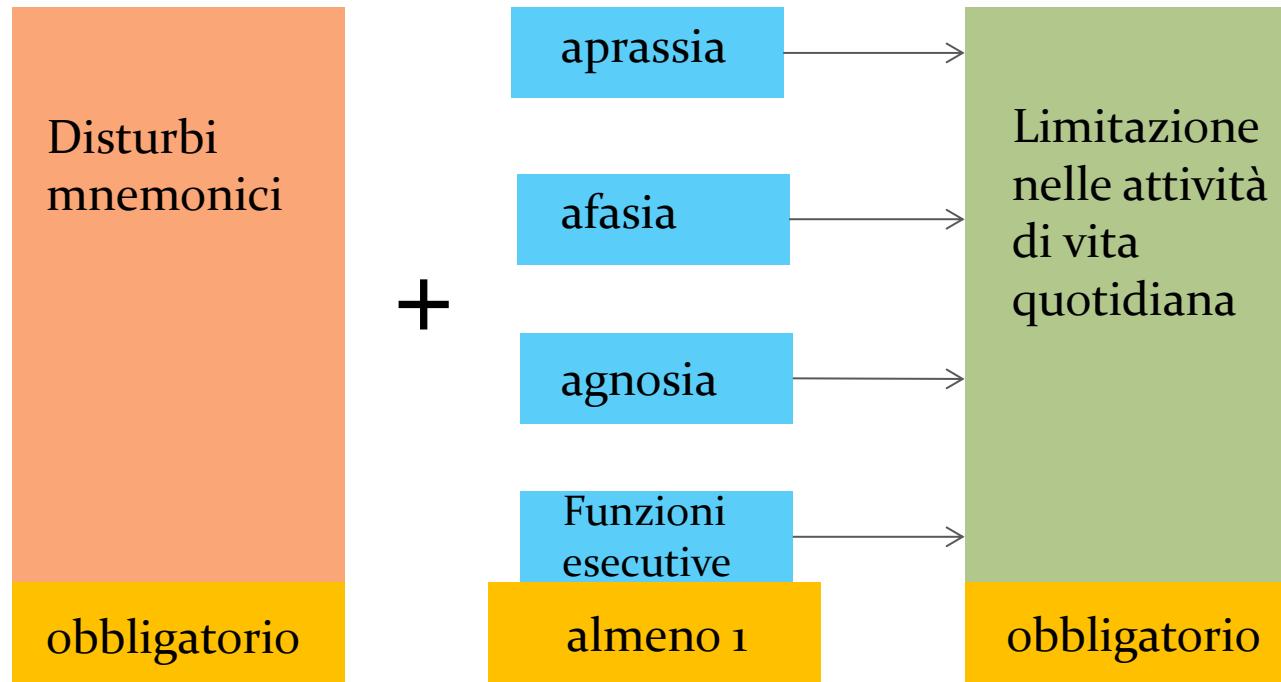
/ Persone affette da demenza per età



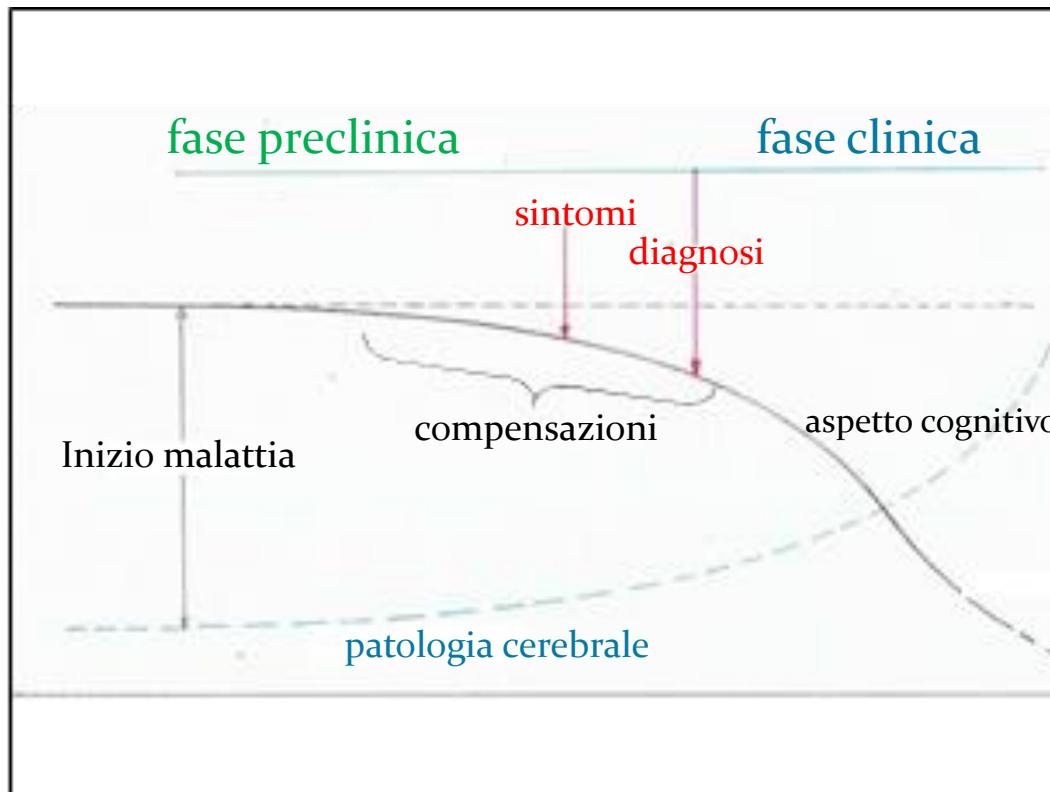
# Demenza: fattori di rischio



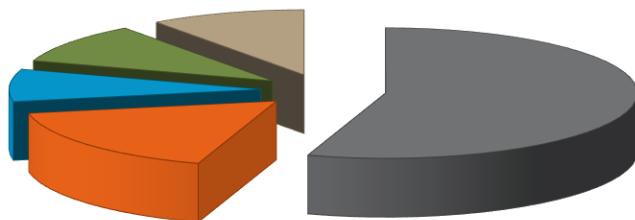
# Demenza: definizione



# Demenza: decorso



# Demenza: forme di demenza

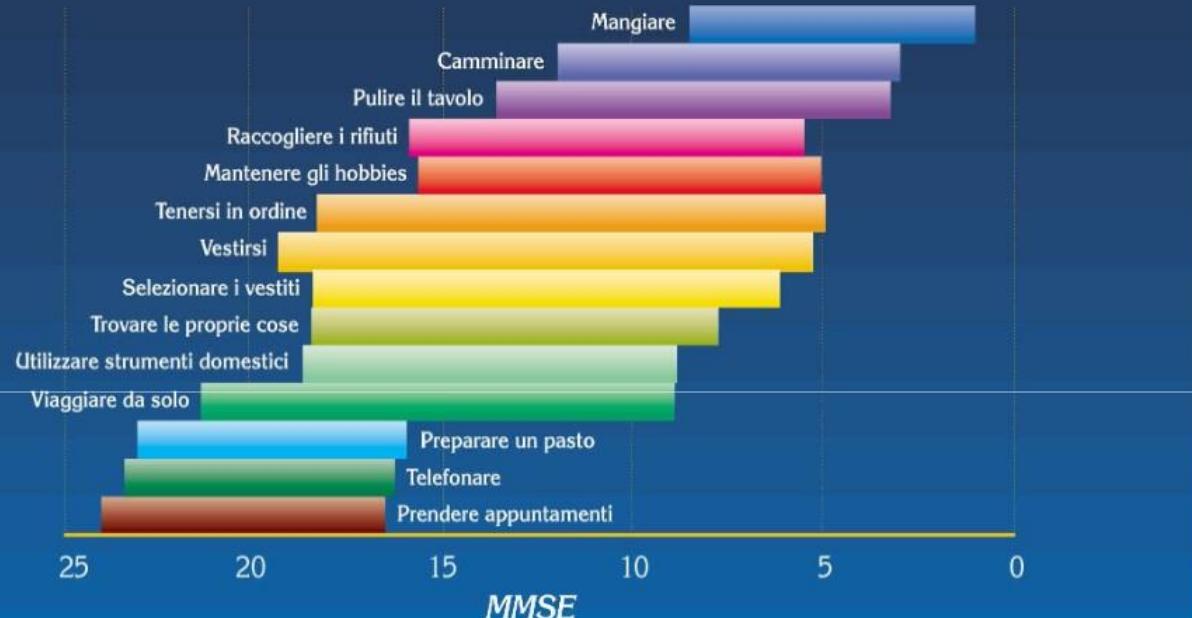


M. di Alzheimer 50-60%  
**Demenza vascolare** 15-20%  
**Demenza fronto-temporale** 8%  
**Demenza a corpi di Lewy** 10%  
Forme rare di demenza 10%  
Paresi progressiva supranucl.  
Chorea Huntington  
Creutzfeldt-Jakob  
SIDA  
Morbo Wilson  
Carenza Vit B12  
Alcolici, droghe  
Trauma cranico  
Forme ereditarie  
... (>100)

La demenza é una problematica neurologica  
che comporta:

- **Declino cognitivo**  
amnesia, aprassia, agnosia,...
- **Declino funzionale**
- **Disturbo neuropsichico:  
disturbi mentali di tipo non cognitivo**

## MALATTIA DI ALZHEIMER: PROGRESSIVO DETERIORAMENTO FUNZIONALE.



Gelasko et al - Alzheimer's Disease and Associated Disorders. In press, from data presented at the Nice/Springfield Alzheimer Symposium April 10-14, 1996.  
Gelinas I, Auer S - Functional autonomy. In: Gauthier S (ed) Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease (Martin Dunitz: London, 1996): 191-202.

La demenza é una problematica neurologica  
che comporta:

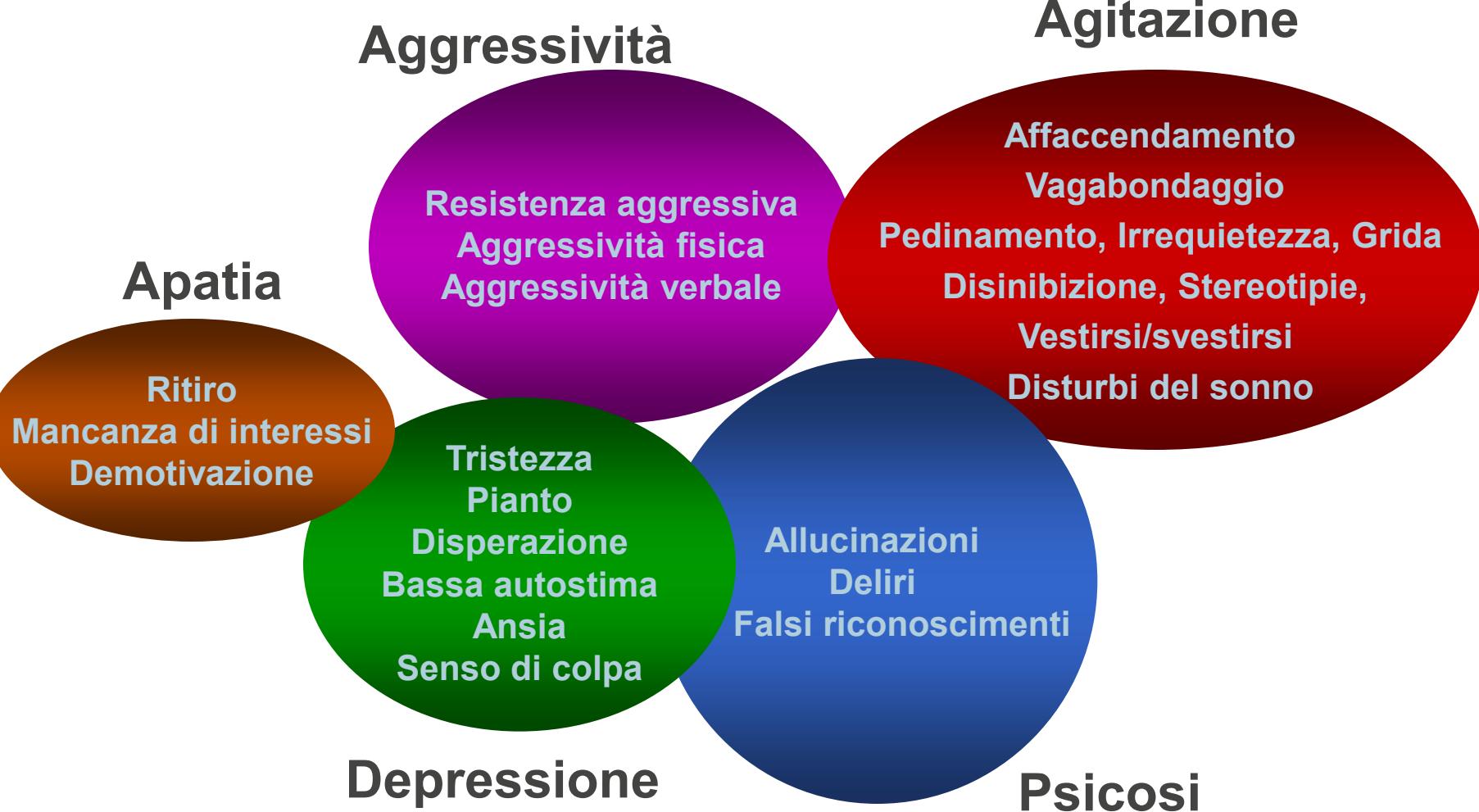
- **Declino cognitivo**  
amnesia, aprassia, agnosia,...
- **Declino funzionale**
- **Disturbo neuropsichico:  
disturbi mentali di tipo non cognitivo**

# **Disturbi del comportamento o BPSD Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia**

Gruppo eterogeneo di reazioni psicologiche e/o comportamenti anomali e/o sintomi psichiatrici

associati alla presenza di una demenza

# Suddivisione dei BPSD



# Caso clinico: EG ♂ 1933

- **AS:** Vive in cpa da 2 anni, ex postino con l'Hobby della caccia, vedovo, 3 figli, diversi nipoti molto presenti
- **AR:** globalmente sano, disturbo neurocognitivo maggiore di grado moderato e di origine mista vascolare e degenerativa, ITA, DM II
- Sempre molto sereno e cordiale l'infermiera segnala uno stato di **agitazione psico-motoria** importante, a tratti **aggressivo**, non ha preso i medicamenti, ha dovuto essere contenuto ma ora urla e insulta e l'infermiera chiede di somministrare dell'Haldol.

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Quali domande porreste ?

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Quali domande porreste ?
  - E' successo qualcosa di particolare ?
  - Terapia in atto
  - Chekliste
  - ...

# Il paziente agitato: checkliste

- Dolore (“dolore muto”)
- Infetto (urinario, polmonare)
- Ritenzione urinaria
- Coprostasi
- Dispnea
- Disidratazione
- Anemia, Ipotireosi, Ipoglic.
- Medicamenti
- Disturbi della vista/udito
- Fattori ambientali e interpersonali

Cave combinazioni



# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Quali altre domande porreste ?
  - E' successo qualcosa di particolare ?
    - Recente caduta con trauma costale, dolori intensi trattati con Dafalgan 500x4 da alcuni giorni, non trauma cranico
  - Terapia in atto
    - TH: Aspirina 100x1, Candesartan 16x1, Metfin 500x2, Dafalgan 500x4
  - Chekliste

# Il paziente agitato: checkliste

- Dolore (“dolore muto”)
- Infetto (urinario, polmonare)
- Ritenzione urinaria
- Coprostasi
- Dispnea
- Disidratazione
- Anemia, Ipotireosi, Ipoglic.
- Medicamenti
- Disturbi della vista/udito
- Fattori ambientali e interpersonali

Cave combinazioni



# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporresti il paziente ?

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporresti il paziente ?

Esame clinico

Labor

Radiologia

Nessun esame paraclinico

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporresti il paziente ?

Esame clinico: pz agitato, difficile da valutare, apparentemente non deficit neurologici, dolori costali ++, respiro superficiale, BMI 25, 170/95, 100/' regolare, 36°, 94%

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporresti il paziente ?

Esame clinico: pz agitato, difficile da valutare, apparentemente non deficit neurologici, dolori costali ++, respiro superficiale, BMI 25, 170/95, 100/' regolare, 36°, 94%

Labor: CRP 25, elettroliti, valori epatorenali, ematologia normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporreste il paziente ?

Esame clinico: pz agitato, difficile da valutare, apparentemente non deficit neurologici, dolori costali ++, respiro superficiale, BMI 25, 170/95, 100/' regolare, 36°, 94%

Labor: CRP 25, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

Radiologia:

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporreste il paziente ?

Esame clinico: pz agitato, difficile da valutare, apparentemente non deficit neurologici, dolori costali ++, respiro superficiale, BMI 25, 170/95, 100/' regolare, 36°, 94%

Labor: CRP 25, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

Radiologia: no (pz in CpA)

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporreste il paziente ?

Esame clinico: pz agitato, difficile da valutare, apparentemente non deficit neurologici, dolori costali ++, respiro superficiale, BMI 25, 170/95, 100/' regolare, 36°, 94%

Labor: CRP 25, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

Radiologia: no (pz in CpA)

Nessun esame paraclinico: no

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Diagnosi ?

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Diagnosi ?
- Disturbo neurocognitivo maggiore di grado moderato e di origine mista vascolare e degenerativa con disturbi del comportamento (BPSD) su caduta accidentale con trauma toracico

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Terapia ?

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Terapia ?
  - Neurolettico
  - Analgetico
  - Neurolettico e analgetico
  - Altro ?
  - Terapia non farmacologica

# Caso clinico: EG ♂ 1933

## • Terapia ?

- Neurolettico Haldol gocce 2mg/ml 5-5-0-5 +R per os opp. 2.5 mg sc  
(dal 3. giorno solo R)

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Terapia ?

- Neurolettico Haldol gocce 2mg/ml 5-5-0-5 +R per os opp. 2.5 mg sc  
(dal 3. giorno solo R)
- Analgetico Morfina 2.5 mg sc, poi gocce 2mg% 4-4-4-4+R per os opp.  
2.5 mg sc
- Neurolettico e analgetico SI

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- Terapia ?

- Neurolettico Haldol gocce 2mg/ml 5-5-0-5 +R per os opp. 2.5 mg sc (dal 3. giorno solo R)
- Analgetico Morfina 2.5 mg sc, poi gocce 2mg% 4-4-4-4+R per os opp. 2.5 mg sc
- Neurolettico e analgetico SI
- Altro: lassativo preventivo e antiemetico R
- Terapia non farmacologica SI tutta la paletta di terapia non farmacologica, idratazione per os

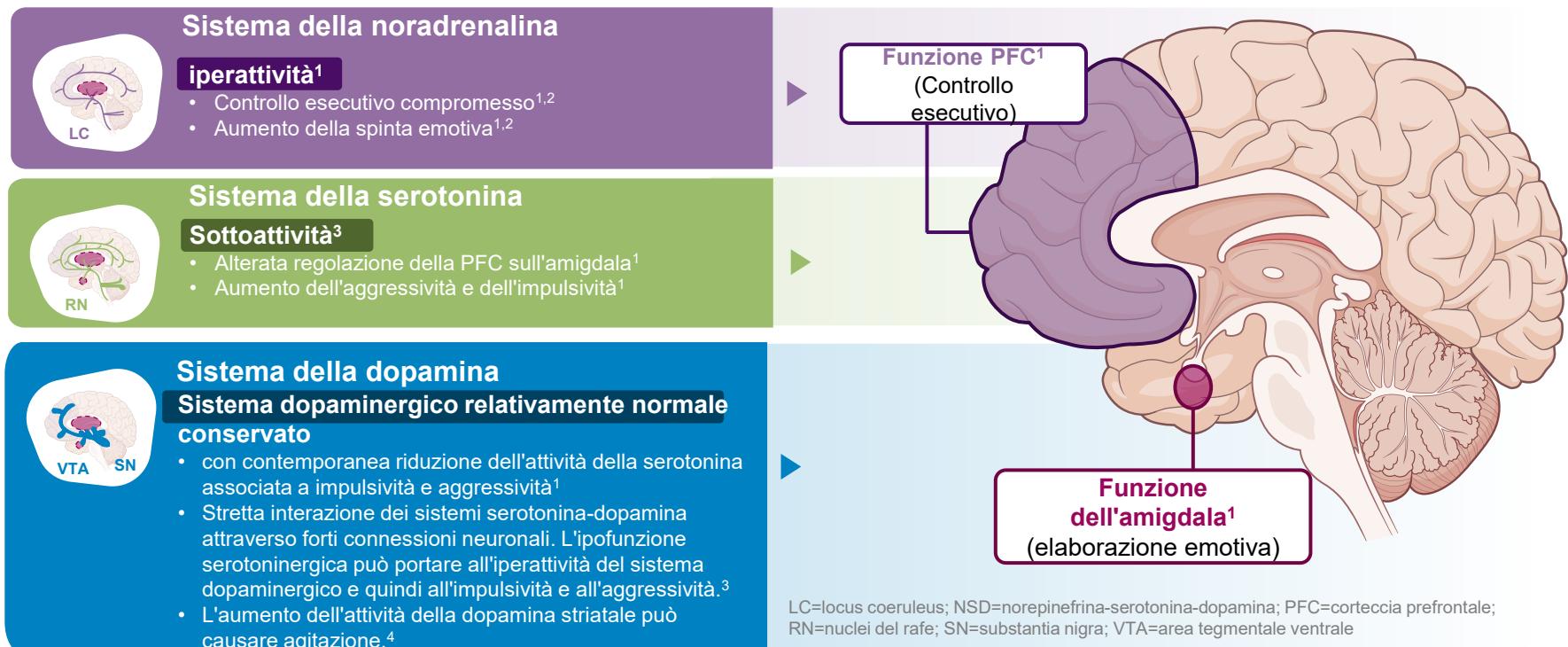
# Caso clinico: EG ♂ 1933

- **Decorso ?**

- favorevole, (mai usato H e Mo sc R), passaggio a MST 10x2, poi gradualmente ridotto e sospeso nelle settimane successive, sospeso lassativo

# Ipotesi neurobiologica nell'agitazione del paziente con demenza di Alzheimer

La disfunzione dei sistemi neurotrasmettitoriali monoamino/NSD provoca uno squilibrio tra controllo esecutivo (il freno del cervello) e spinta emotiva (rabbia, paura) nell'agitazione associata alla demenza di Alzheimer<sup>1</sup>



1. Liu KY et al. La neurochimica dell'agitazione nella malattia di Alzheimers: una revisione sistematica. Ageing Res Rev.2018;43:99-107.

2. Arnsten AF et al. Gli effetti dell'esposizione allo stress sulla corteccia prefrontale: tradurre la ricerca di base in trattamenti di successo per il disturbo post-traumatico da stress. Neurobiol Stress. 2015;1:89-99.

3. Seo D et al. Role of Serotonin and Dopamine System Interactions in the Neurobiology of Impulsive Aggression and its Comorbidity with other Clinical Disorders. Aggress Violent Behav. 2008; 13(5):383-395.

4. Lindenmayer JP. La fisiopatologia dell'agitazione. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 14:5-10.

# BPSD: fattori che favoriscono

## Comorbidità

fragilità, polimorbidità e  
polifarmacoterapia

## Fattori psicosociali:

sovraffollamento dei familiari  
stile di comunicazione  
inattività

## Fattori infrastrutturali:

ambiente caotico, rumoroso  
cambiamento di residenza  
ambiente «insicuro» ostacoli



Sugimoto et al, Physical frailty correlates with bpsd J Clin Psychiatry, 2018

Seibert M et al, Efficacy and safety of pharmacotherapy for AD and bpsd, Alz Res. Ther. 2021

# BPSD: frequenza

Irrequietezza, agitazione	64%
Apatia, depressione	50%
Aggressività fisica e verbale	50%
Manierismi e movimenti ripetitivi	43%
Alterazione ciclo sonno-veglia	39%
Paura	32%
Pedinare, spiare	32%
Vagabondaggio	24%
Allucinazioni	24%
Vocalizzazioni	22%
Disinibizioni, comportamenti inappropriati	21%
Disturbi dell'appetito	16%

Folstein MF, Bylsma FW. Noncognitive symptoms in Alzheimer's disease. In: R.D. Terry, R. Katzman, & K.L.Bick (Eds.) Alzheimer Disease. New York: Raven Press, 1994  
Lyketsos CG, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from Cache County Study., Int J Geriatr Psychiatry, 2008

# BPSD: frequenza

Irrequietezza, agitazione	64%
Apatia, depressione	50%
Aggressività fisica e verbale	50%
Manierismi e movimenti ripetitivi	43%

**BPSD nell'87% dei pazienti con demenza**

Rumore, sputo	52%
Vagabondaggio	24%
Allucinazioni	24%
Vocalizzazioni	22%
Disinibizioni, comportamenti inappropriati	21%
Disturbi dell'appetito	16%

Folstein MF, Bylsma FW. Noncognitive symptoms in Alzheimer's disease. In: R.D. Terry, R. Katzman, & K.L.Bick (Eds.) Alzheimer Disease. New York: Raven Press, 1994  
Lyketsos CG, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from Cache County Study., Int J Geriatr Psychiatry, 2008

# Il paziente agitato

- Agitazione verbale
  - Senza aggressività
    - Perseverazione, vocalizzazioni,...
    - Tipico: demenza frontale, problema organico
  - Con aggressività
    - Accuse, insulti,...
    - Tipico: non dementi, pz psichiatrici, deficit sensoriali

# Il paziente agitato

- Agitazione fisica (non verbale)
  - Senza aggressività
    - Vagabondaggio, svestirsi, pichettare,...
    - Tipico: demenza frontale
  - Con aggressività
    - Picchiare, graffiare, mordere,...
    - Tipico: demenza avanzata, dolore

# Approccio terapeutico: due livelli

## Organico

- Identificare il sintomo
- Identificare la possibile causa medica
- Trattare la causa e monitorare il sintomo

## Relazionale

- Identificare il sintomo
- Identificare la possibile causa psicologica - ambientale
- Trattare/risolvere la causa/il problema e monitorare il sintomo

# Modalità terapeutiche: due livelli

- Terapia non farmacologica
- **Applicare sempre !!**
  - Empatia
  - Evitare le contenzioni
- Terapia farmacologica
  - Terapia causale
  - Terapia sintomatica:
    - Antidementivi (Memantine, Anticolinesterasici)
    - Neurolettici
    - Ansiolitici
    - Antidepressivi
    - Antiepilettici
    - Litio

# BPSD: Terapia non farmacologica

- Prima scelta
- Attuare simultaneamente alla ev. th farmacologica
  - Coginvolgere e informare i familiari
  - Misure infermieristiche: misure riabilitative
    - Orientamento sensoriale (musica, aroma, animali, luce, massaggi, tecnologia, stimolazione basale, clown,...)
    - Orientamento cognitivo (validation, stimolazione cognitiva, comunicazione ...)
    - Orientamento motorio (movimento, attività all'esterno, ballo, cinestetica,...)
  - Fattori ambientali: da ostacolo a risorsa
    - luce, colori, temperatura, rumori, sicurezza,...

# BPSD: Terapia non farmacologica

- Prima scelta
- Attuare simultaneamente alla ev. th farmacologica
  - Coinvolgere e informare i familiari
  - Misure infermieristiche
  - Fattori ambientali
  - Terapie comportamentali

# Terapie comportamentali

- **Comunicazione: semplice e rassicurante**
  - Mantenere il contatto, frasi corte, tono calmo, proposte costruttive, adeguare il non verbale, limitare i deficit sensoriali, offrire alternative, considerare l'orgoglio (narcisismo) del paziente
- **Organizzazione del lavoro**
  - Routine rassicurante, adattamento ai ritmi del paziente, evitare lo stress

# BPSD: Terapia non farmacologica

- **Prima scelta**
- Attuare simultaneamente alla ev. th farmacologica
  - Cogliere e informare i familiari
  - Misure infermieristiche
  - Fattori ambientali
  - Terapie comportamentali
  - **Interventi psicosociali**
    - La letteratura evidenzia come la gravità dei BPSD dipenda più da variabili legate a chi assiste piuttosto che a quelle dell'assistito

# Interventi psicosociali

## • Interventi psicoeducativi

- Informazioni per pazienti e famigliari (ALZ Café)
- Consigli, auto-aiuto, sostegno pratico

• Hepburn K, Lewis M, Tornatore J, Sherman CW, Bremer KL: The Savvy Caregiver program: the demonstrated effectiveness of a transportable dementia caregiver psychoeducation program. *J Gerontol Nurs*, 2007

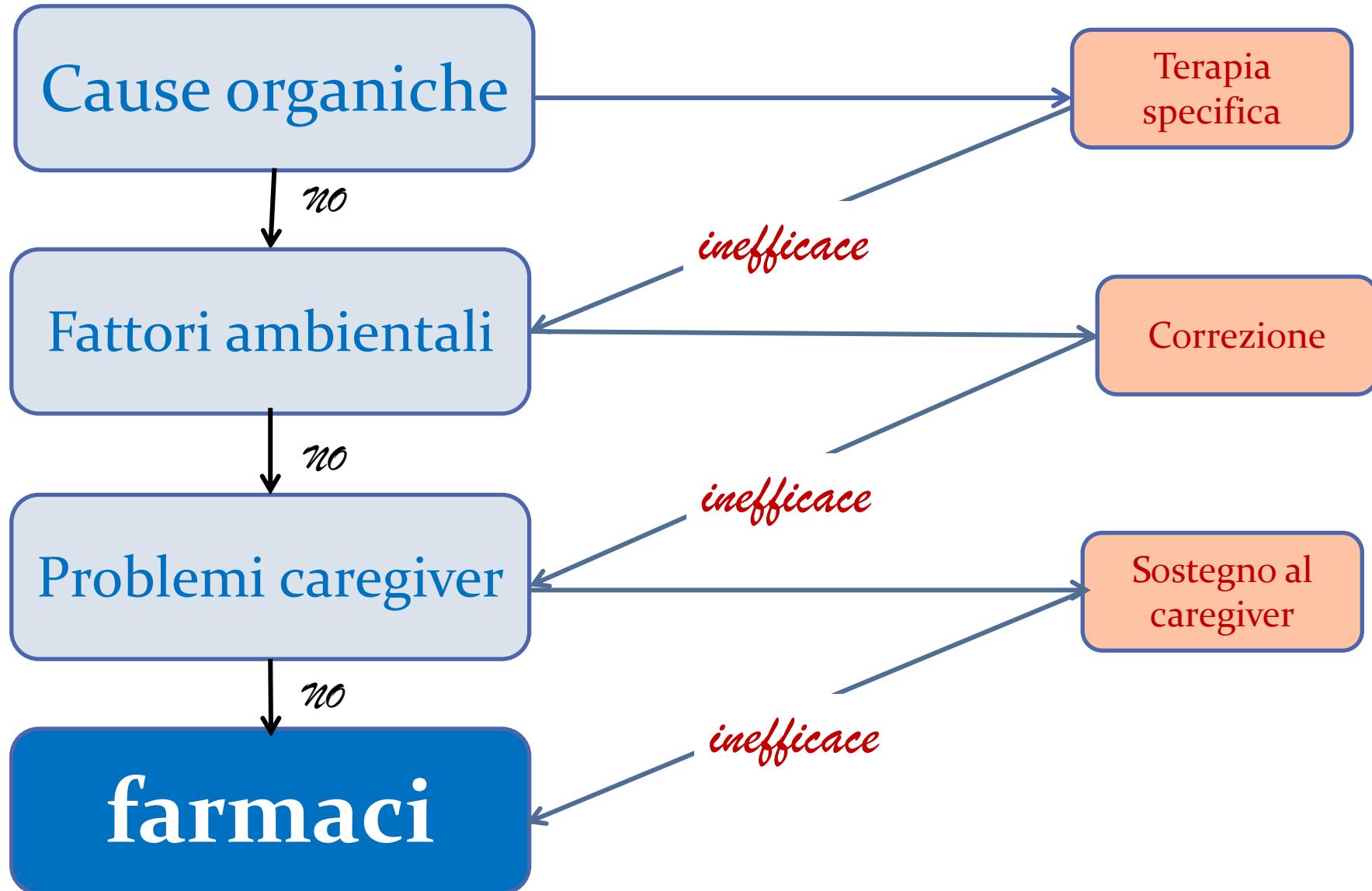
## • Consulenza sociale

- Aspetti legali, aiuti finanziari (AGI), aspetti organizzativi

- Aiuto pratico (richieste, formulari)

- Può ritardare l'istituzionalizzazione

• Schoenmakers B, Buntinx F, DeLepeleire J: Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. *Aging Ment Health* 2010; 14: 44–56



# BPSD: Terapia farmacologica

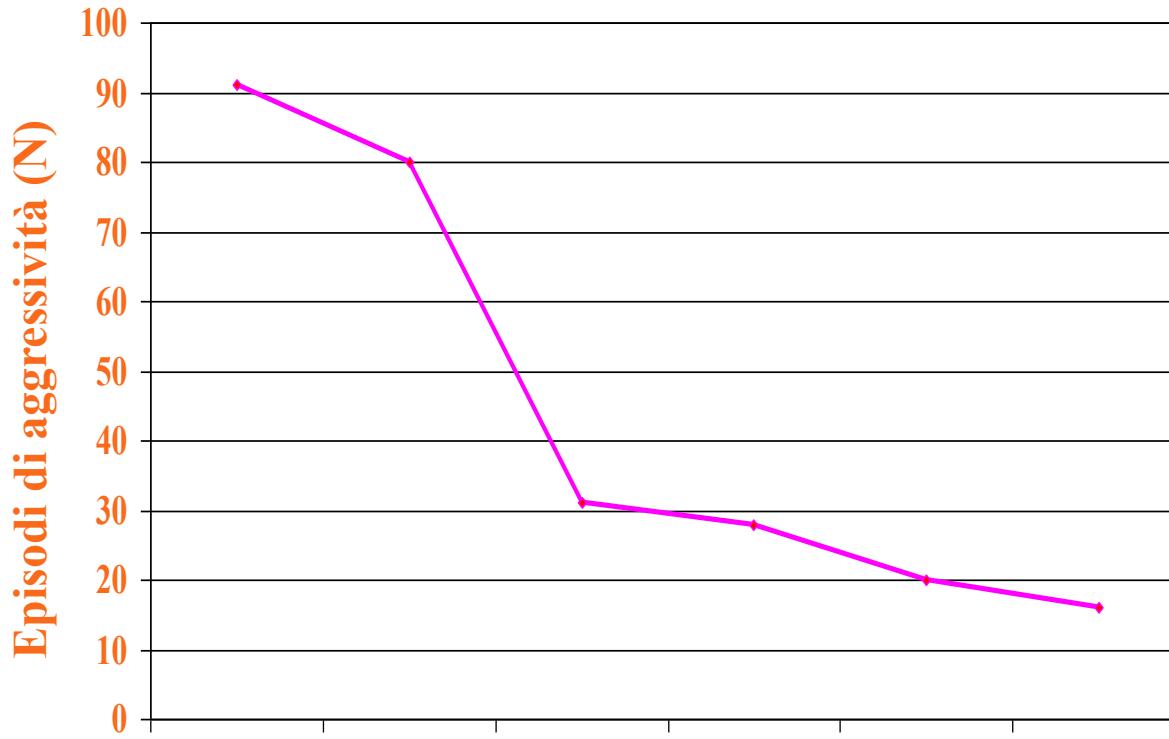
- Solo se la terapia non farmacologica si rivela inefficace, e se...
  - Sono un rischio per il pz o per gli altri
  - Sono fonte di stress per il pz o per il caregiver
  - Peggiorano la QdV
- Scarsa evidenza di beneficio, terapia sintomatica
- Cave: . profilo degli effetti collaterali
  - . tenere conto dell'autolimitazione dei disturbi

ricordarsi regolarmente di cercare di ridurre o sospendere i farmaci, se inefficaci sperimentare altri farmaci e ...

ricordarsi che non sempre funzionano

# Autolimitazione dei disturbi

Nilsson K 1988



Settimane di ospedalizzazione  
N=40; SOAS

# Terapia farmacologica

- Antidementivi: miglior profilo rischio-beneficio (Evidenza A)
  - Inibitori colinesterasi: apatia, depressione, irritabilità, ansia
    - Cpa mediamente 21 mesi più tardi
    - 400 h in meno di cure/anno a domicilio rispetto a placebo
    - ... ma più fratture del femore (bradicardie – cadute)
  - Memantine: agitazione, aggressività, allucinazioni
    - 55% riduzione di aggressività e agitazione
    - Permette la riduzione di altri psicofarmaci

# Terapia farmacologica

- Antidementivi: miglior profilo rischio-beneficio (Evidenza A)
  - Inibitori colinesterasi: apatia, depressione, irritabilità, ansia
    - Cpa mediamente 21 mesi più tardi
    - 400 h in meno di cure/anno a domicilio rispetto a placebo
    - ... ma più fratture del femore (bradicardie – cadute)
  - Memantine: agitazione, aggressività, allucinazioni
    - 55% riduzione di aggressività e agitazione
    - 36% riduzione sotto placebo
    - Permette la riduzione di altri psicofarmaci

Savaskan E et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) Praxis (Bern 1994). 2024;103(3):135-48.

# Terapia farmacologica

- Antidepressivi (Evidenza B)
  - Iniziare con un dosaggio basso
  - La depressione è uno dei sintomi più frequenti: evidenza SSRI (Seropram/Escitalopram) o Duloxetin, Brintellix, (Trazodone), (Iperico)
  - Efficacia da valutare: stop dopo 4-6 sett se inefficace
    - Sospendere gradualmente
  - Antidepressivi triciclici sconsigliati nei pz anziani per gli effetti anticolinergici

# Effetti collaterali antidepressivi

## Cardiaci:

Ipo/Iipertensione,  
bradicardia, aritmie

## Gastrointestinali

Nausea, vomito,  
stipsi, diarrea

## Urogenitali

Disfunzione erektille

## Sistema nervoso centrale

Sedazione, insonnia,  
tremore, agitazione,  
acatisia,  
aumento/calo ponderale,  
tremore, convulsioni

## Sistema nervoso autonomo

Xerostomia, ritenzione  
urinaria, disturbi visivi,  
sudorazione, ipoNa

# Effetti antidepressivi

## Mirtazapina:

Se insonnia, ansia, anoressia  
7.5-15-(30) la sera  
sonnolenza, xerostomia,  
cefalea, aumento peso,  
aumento dell'appetito  
Rare: pancreatite,  
transaminasi aumentate,  
infarto miocardico

## Duloxetina

Se depressione, ansia  
generalizzata,  
dolore cronico  
30-(60)

Nausea, cefalea,  
Xerostomia,  
sonnolenza,

Rare: IpoNa, ittero e  
insufficienza epatica

## Trazodone

Se sindrome del tramonto,  
ansia, aggressività, insonnia  
25-50, 2-3 dosi, max 200  
xerostomia, sonnolenza,  
mialgie-atralgie

Raro: aritmie, ipot., disturbi  
della funzionalità epatica,  
discrasia ematica

## Brintellix:

Se depressione maggiore,  
insonnia, ansia, diff. di  
concentrazione  
5-10-(20)

nausea, diarrea, costipazione,  
incubi, vertigini, più raro:  
prurito, iponatriemia, iperidrosi

## Escitalopram

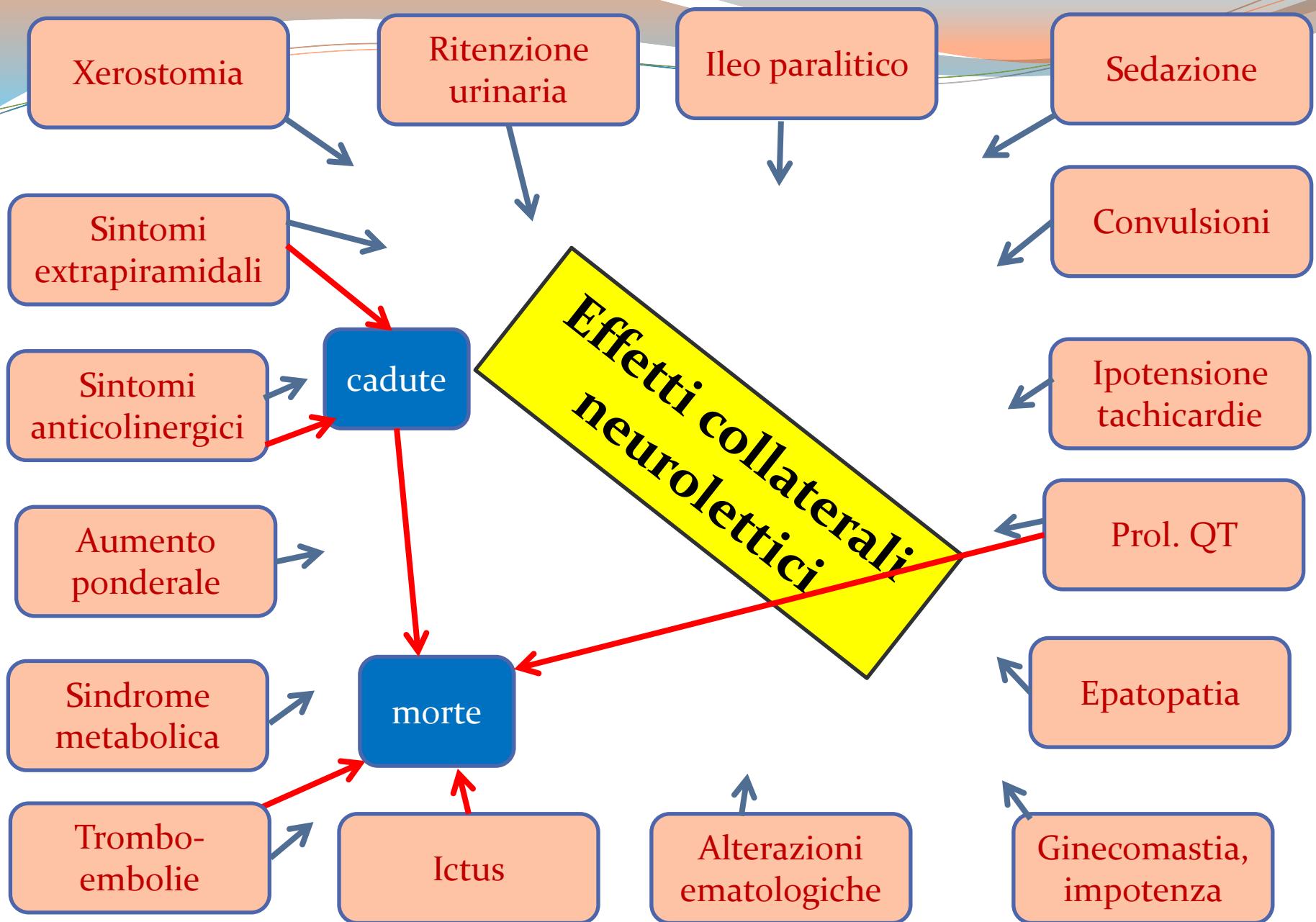
Se depressione, fobie, ansia

5-10

nausea, diarrea/stipsi, capogiri,  
insonnia/sonnolenza, cefalea, xerostomia,  
tremore, sudorazione, disturbi libido, incubi,  
atralgie, più raro: convulsioni, allungamento QT

# Terapia farmacologica

- Neurolettici:
  - **sy psicotici, agitazione, aggressività**
  - esiste un'evidenza di efficacia **seppur debole** per il controllo dei BPSD (Evidenza B tipici, (B)-C atipici)
  - **Effetti collaterali importanti** (sy extrapiramidali, sy anticolinergici, disturbi cerebro-vascolari, morte...)



# Terapia farmacologica

- (tipici: es Haldol\*\*\* ideale in urgenza per alcuni giorni)
- Neurolettici atipici miglior profilo efficacia/effetti coll.
  - Leponex\* (clozapin), Quetiapin\*, Risperidon\*\*, Olanzapin\*
  - Nuovo: Rexulti (Brexipiprazol) buon profilo di efficacia-eff coll, studio con 345 pazienti su 12 settimane<sup>1</sup> , fase di titolazione (non adatto come riserva)

1. Lee D, et al. Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer Dementia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Neurol. 2023 Dec 1;80(12):1307-1316.

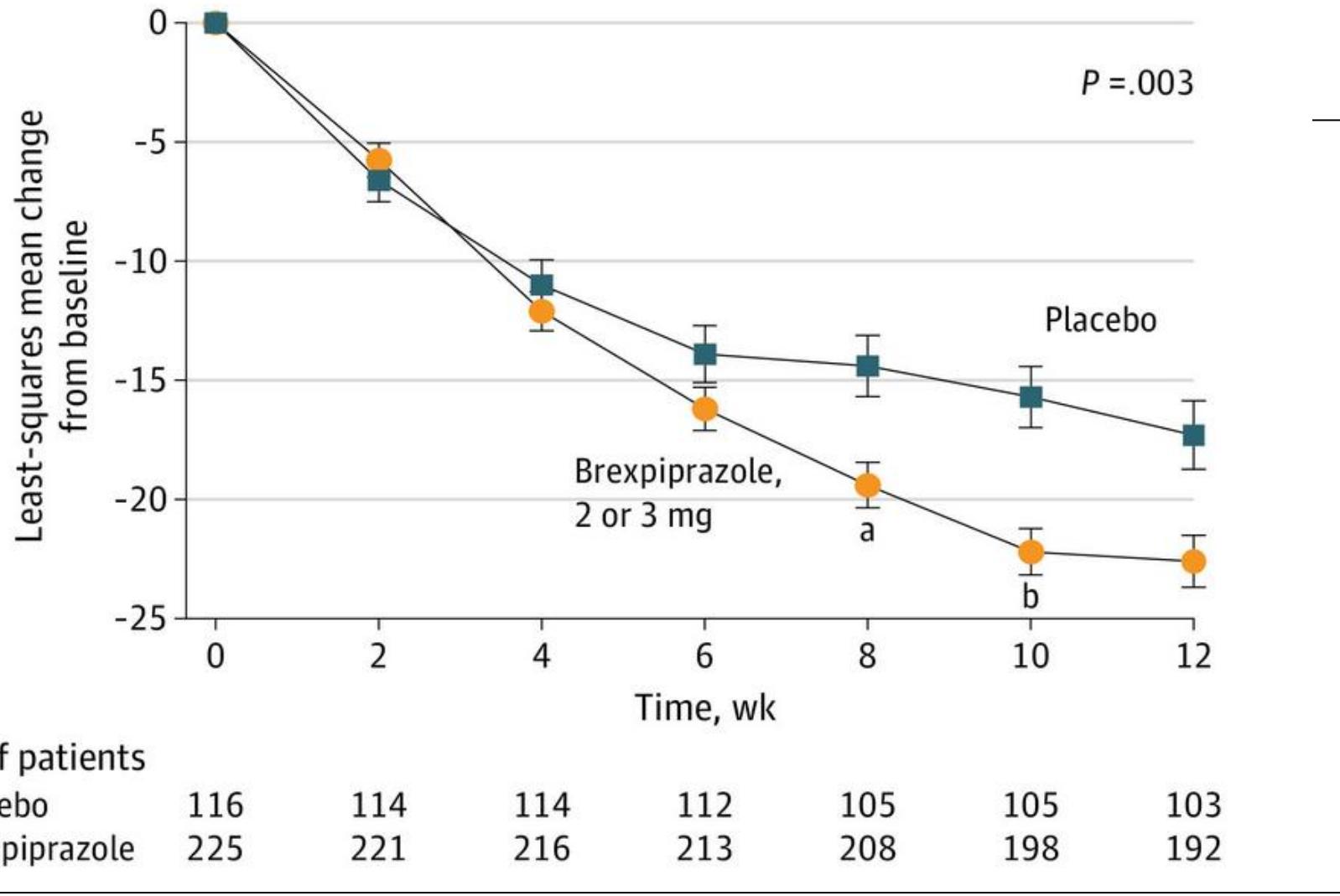
Per ulteriori dettagli sulle sostanze citate, consultare le informazioni specialistiche. [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

\* uso off-label

\*\* Risperidon è indicato nella demenza di tipo Alzheimer, come terapia a breve termine (fino a 12 settimane) dell'aggressività grave o dei sintomi psicotici di grave entità che comportano un rischio o una significativa compromissione per il paziente e/o altri soggetti

\*\*\*Haldol è approvato per il trattamento dell'aggressività persistente e dei sintomi psicotici nella demenza di Alzheimer e nella demenza vascolare.

**A** CMAI total score



# Terapia farmacologica

- Neurolettici:
  - esiste un'evidenza di efficacia seppur debole per il controllo dei BPSD (Evidenza B tipici, (B)-C atipici)
  - Effetti collaterali importanti (sy extrapiramidali, sy anticolinergici, disturbi cerebro-vascolari, morte...)
  - Neurolettici atipici miglior profilo efficacia/effetti coll.
  - Indicazione da rivalutare ogni 4 settimane
  - Indicazione primaria: psicosi, schizofrenia
  - 42% dei residenti in cpa (VD)
  - 41% dei residenti in cpa (TI)
    - Mezzo (alternativo) di contenzione ?

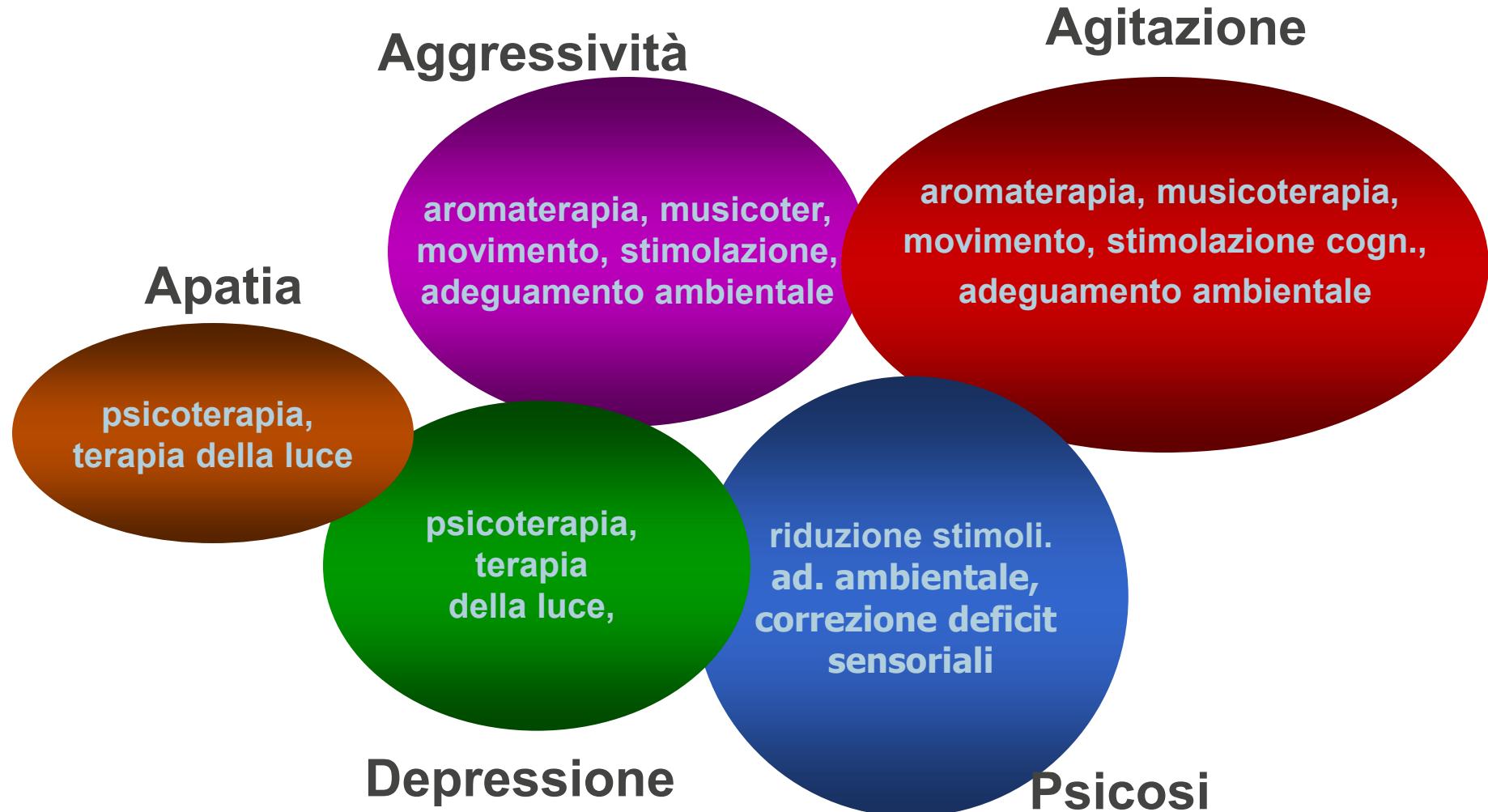
# Terapia farmacologica secondo tipo di demenza

- **Demenza vascolare:**
  - Antidementivi inefficaci
  - Antipsicotici rischiosi (aumentato rischio di eventi ischemici e morte)
  - **Antidepressivi: prima scelta** (SSRI, Trazodone)
- **Demenza frontale:**
  - Antidementivi poco efficaci
  - **Antidepressivi risultati migliori**
  - Antipsicotici efficaci ma spesso effetti extrapiramidali
- **Demenza a corpi di Lewy:**
  - **Antidementivi prima scelta** (Memantine)
  - Antipsicotici da evitare (ev Leponex o Quetiapin)

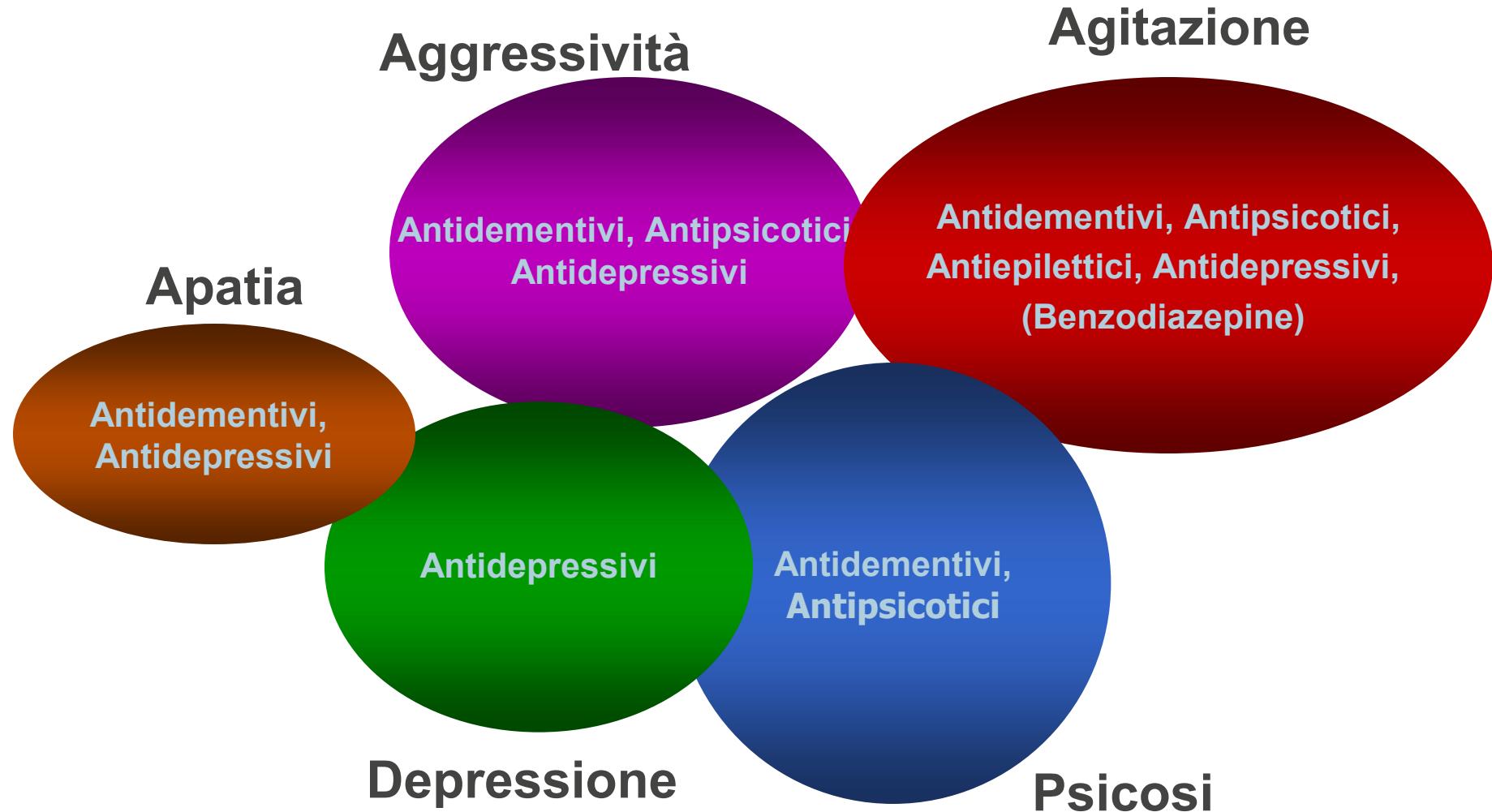
# Suddivisione dei BPSD



# BPSD: terapia non farmacologica



# BPSD: terapia farmacologica



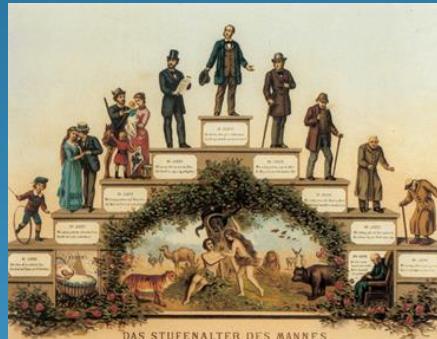
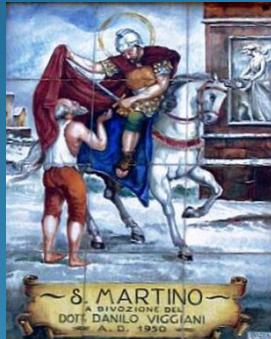
# Grazie



# pazienza

# "Quando la mente va a farsi un giro (e non sempre lascia detto dove)"

Strumenti pratici per la presa a carico della demenza



15 ottobre 2025



Dott. med. Brenno Galli  
medicina interna FMH spec.  
geriatria e medicina palliativa



Aspettativa di vita media in Ticino alla nascita  
secondo l'osservatorio svizzero della sanità:

	Uomo (anni)	donna (anni)
1870	44	47
2023	82.2	85.5
2060	89	93

- Demenza come immagine negativa della vecchiaia: **mito da sfatare**
- I deficit cognitivi **non** sono espressione del normale processo di invecchiamento



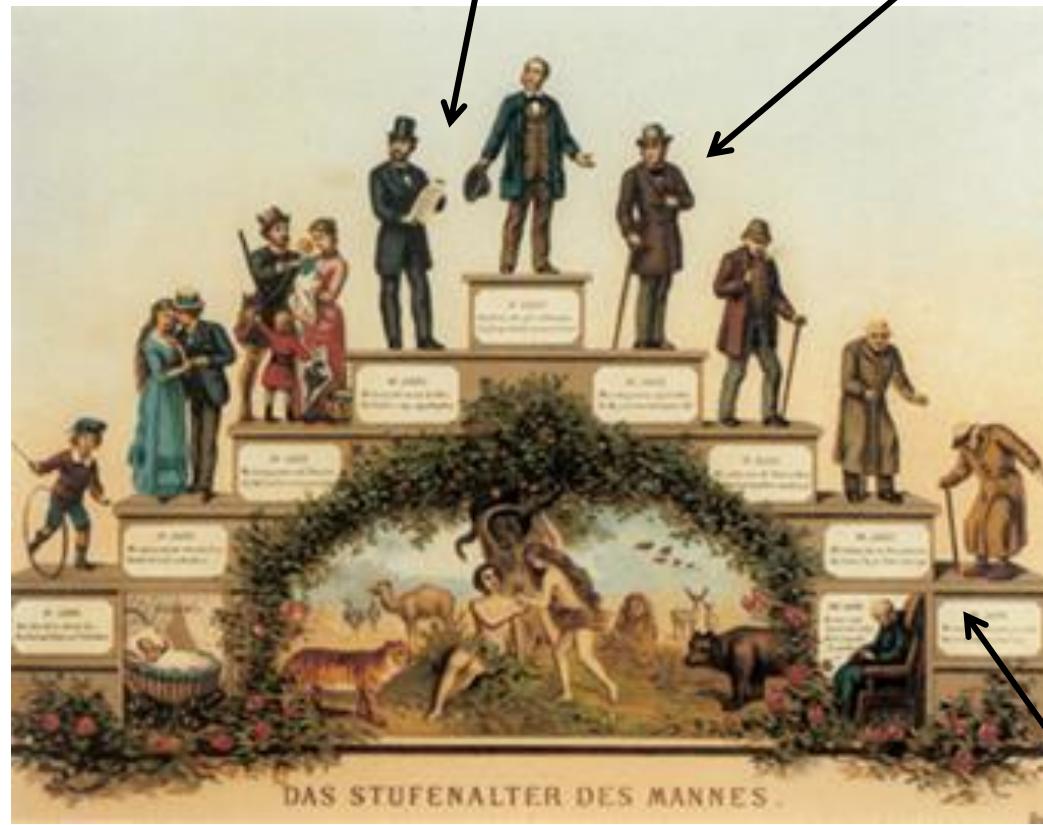
- Anche se la frequenza dei disturbi cognitivi aumenta con l'età



# Demenza: epidemiologia

- Demenza:

● Prevalenza: (% popolazione)	65-69 anni	< 2%
	70-74 anni	2-4%
	75-79 anni	4-8%
	80-84 anni	8-16%
	> 90 anni	30%
● Incidenza: (% nuovi casi/anno)	65-69 anni	0.3%
	80-84 anni	3%
	>90 anni	7%



Aspettativa  
di vita 1870

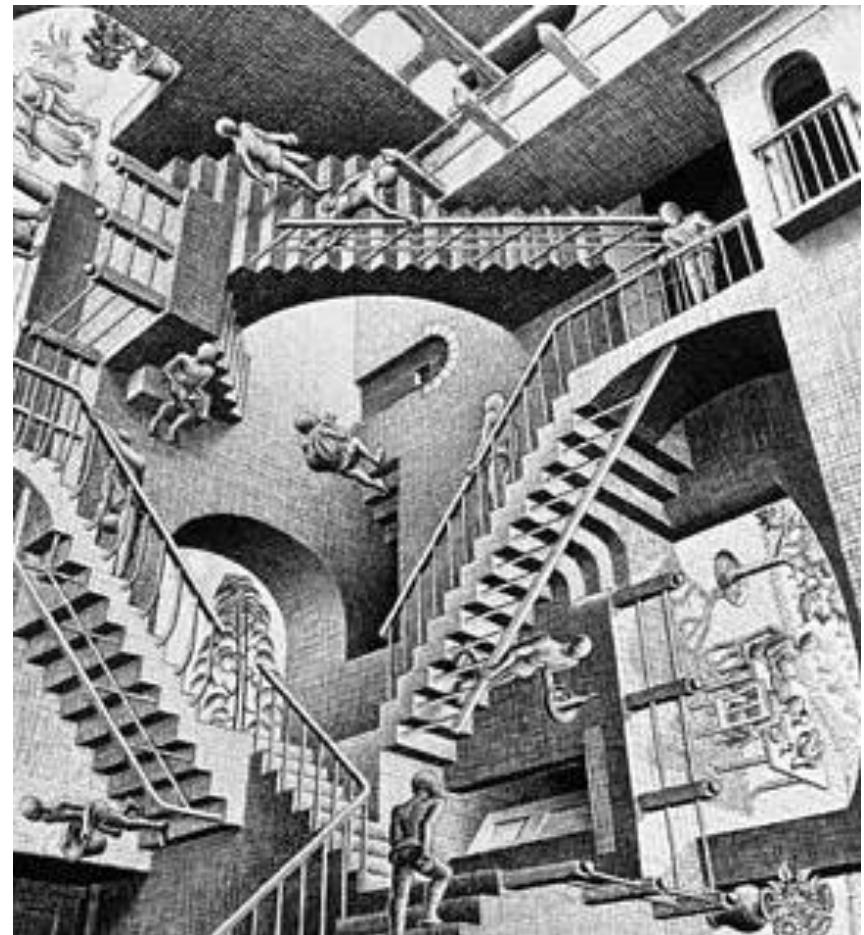
$D < 2\%$

$D > 30\%$

Aspettativa di  
vita 2060

# Paradosso

- Invecchiamento della popolazione, migliori condizioni di vita e progressi della medicina inducono un aumento del n° degli anziani e quindi dei soggetti con demenza e dei soggetti fragili.



# Quante persone con demenza vivono in Svizzera ?

2025:

161'100 soggetti dementi in CH  
(60% vive a casa, >50% senza diagnosi)

Ogni anno in CH ca 35'000 nuovi casi (2/3 donne!!)

0.5 Mio di persone in CH si occupa di un familiare affetto da demenza

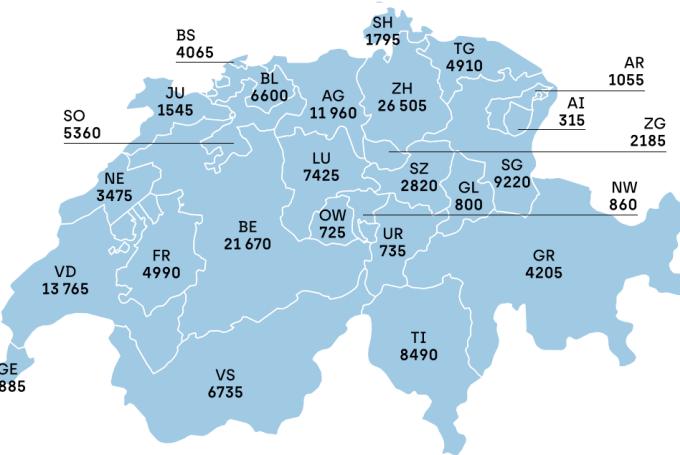
9.0 Mio di abitanti in CH nel 2025

2050:

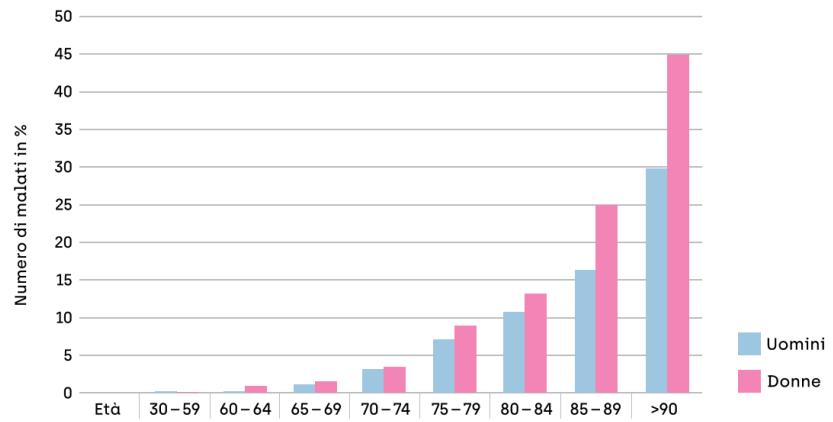
>280'000 soggetti dementi in CH

Dati: ufficio federale di statistica. (2025),

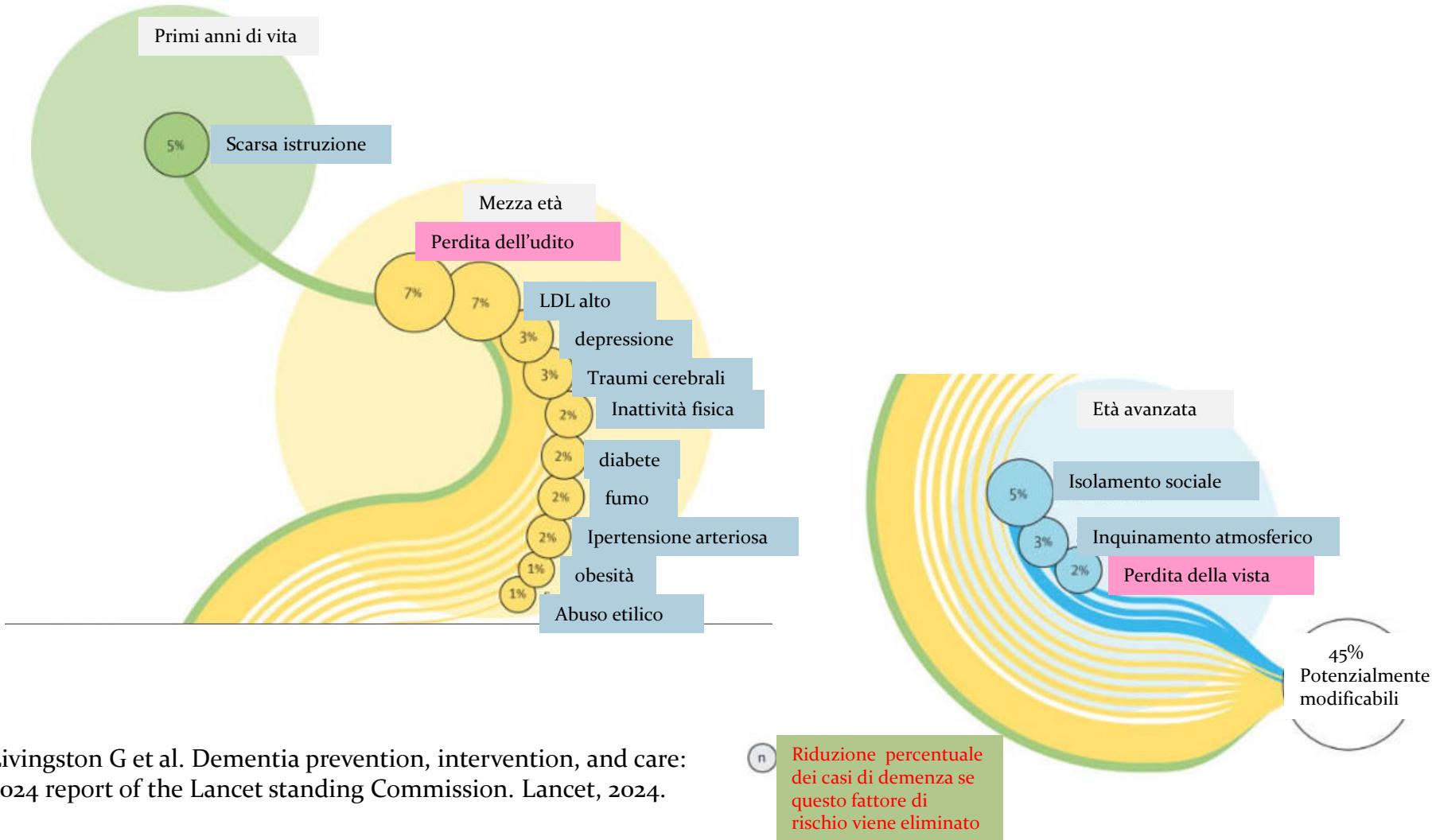
/ Persone affette da demenza per cantone



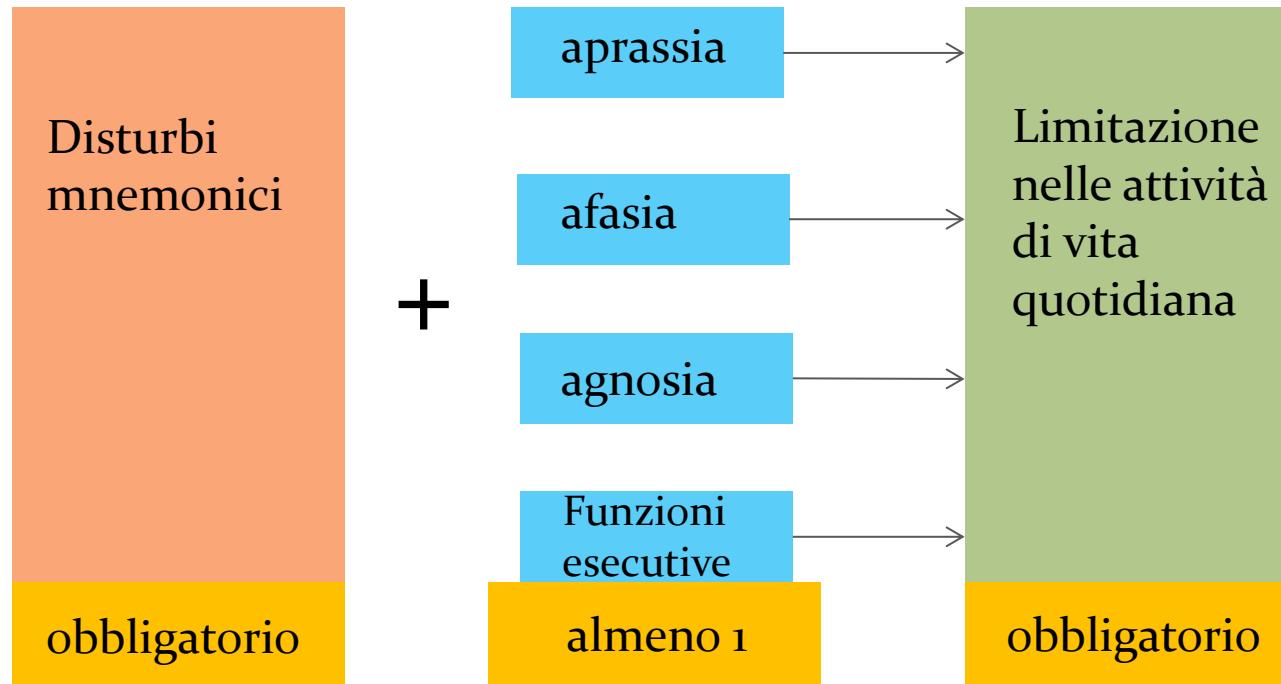
/ Persone affette da demenza per età



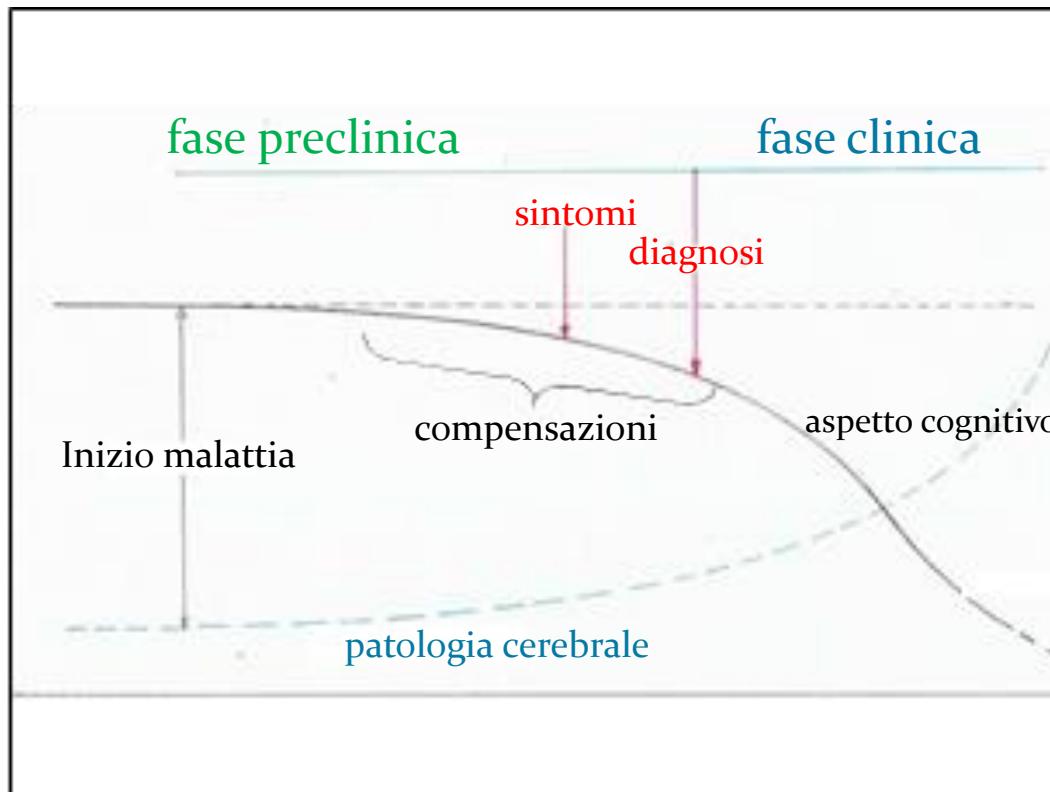
# Demenza: fattori di rischio



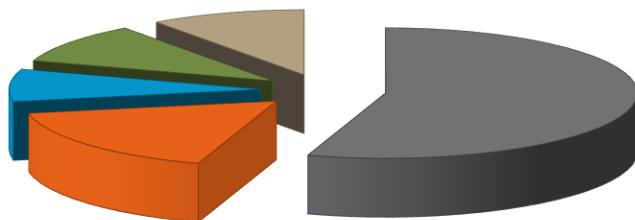
# Demenza: definizione



# Demenza: decorso



# Demenza: forme di demenza

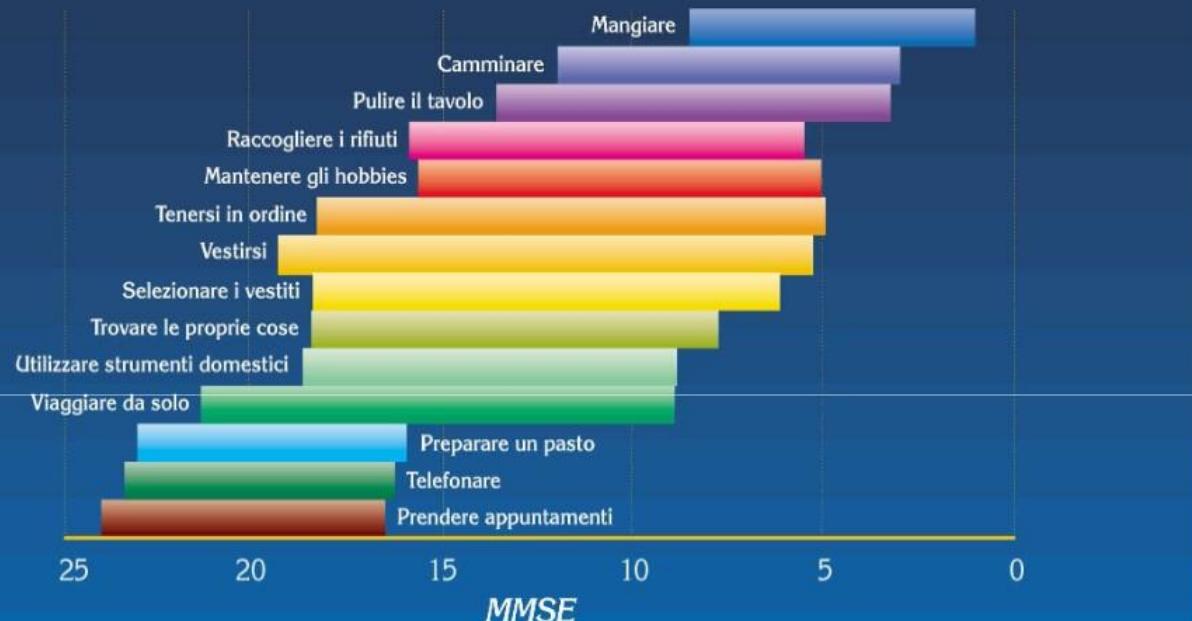


M. di Alzheimer 50-60%  
**Demenza vascolare** 15-20%  
**Demenza fronto-temporale** 8%  
**Demenza a corpi di Lewy** 10%  
Forme rare di demenza 10%  
Paresi progressiva supranucl.  
Chorea Huntington  
Creutzfeldt-Jakob  
SIDA  
Morbo Wilson  
Carenza Vit B12  
Alcolici, droghe  
Trauma cranico  
Forme ereditarie  
... (>100)

La demenza é una problematica neurologica  
che comporta:

- **Declino cognitivo**  
amnesia, aprassia, agnosia,...
- **Declino funzionale**
- **Disturbo neuropsichico:  
disturbi mentali di tipo non cognitivo**

## MALATTIA DI ALZHEIMER: PROGRESSIVO DETERIORAMENTO FUNZIONALE.



Gelasko et al - Alzheimer's Disease and Associated Disorders. In press, from data presented at the Nice/Springfield Alzheimer Symposium April 10-14, 1996.  
Gelinas I, Auer S - Functional autonomy. In: Gauthier S (ed) Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease (Martin Dunitz: London, 1996): 191-202.

La demenza é una problematica neurologica  
che comporta:

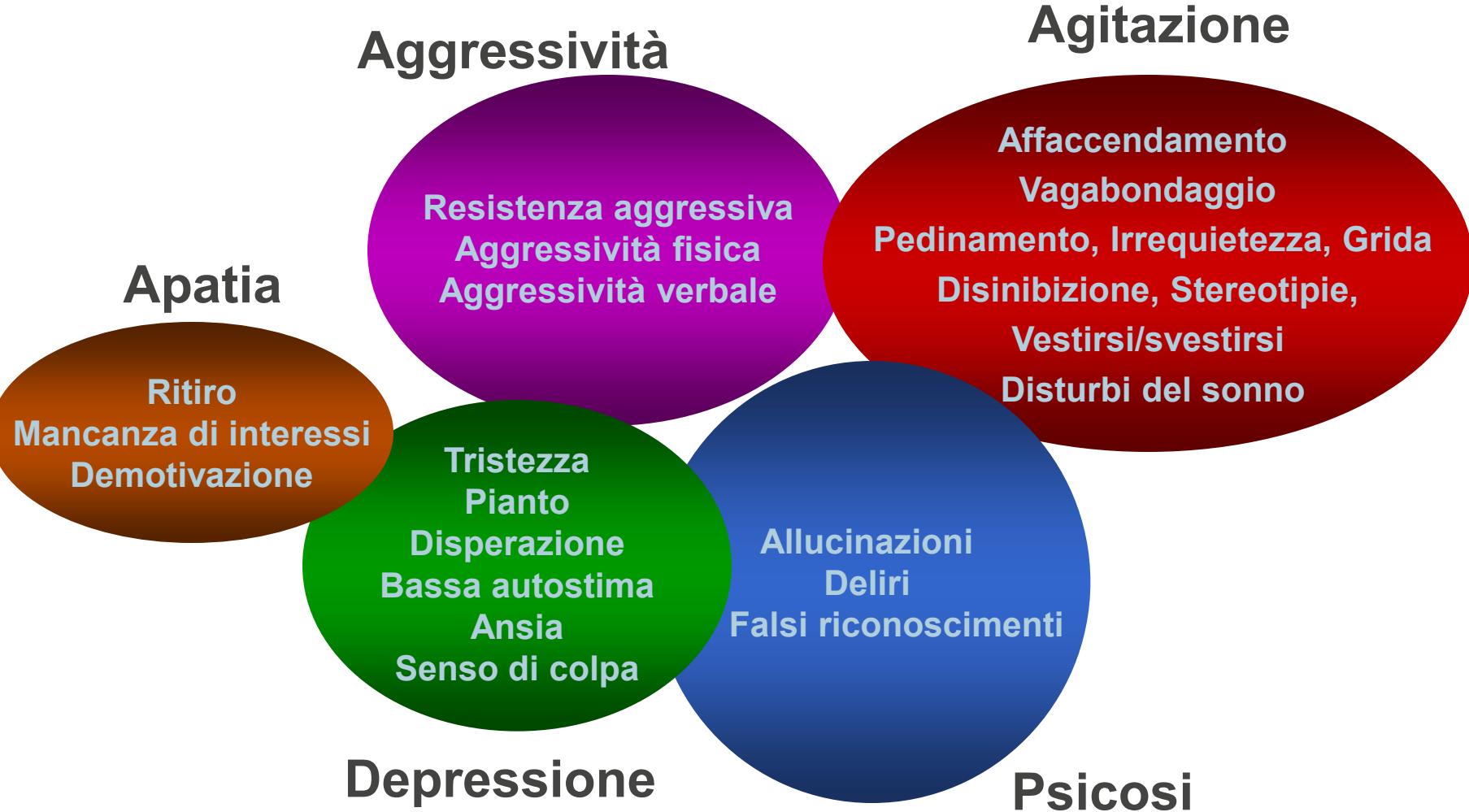
- **Declino cognitivo**  
amnesia, aprassia, agnosia,...
- **Declino funzionale**
- **Disturbo neuropsichico:  
disturbi mentali di tipo non cognitivo**

# **Disturbi del comportamento o BPSD Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia**

Gruppo eterogeneo di reazioni psicologiche e/o comportamenti anomali e/o sintomi psichiatrici

associati alla presenza di una demenza

# Suddivisione dei BPSD



# Caso clinico: GG♀ 1948

- **AS:** Vive sola, vedova da ca 1 anno (marito M. di Alzh), pensionata (segretaria di direzione), 2 figli, 4 nipoti molto presenti
- **AR:** globalmente sana, si sente fragile e stanca, caduta un paio di volte senza conseguenze, ha dimenticato le piastre della cucina accese, trascura l'orto e le amiche, esce solo con la figlia, molto preoccupata per il futuro. Ha perso 4 Kg negli ultimi 6 mesi, dorme male.
- **AT:** la figlia descrive un netto peggioramento negli ultimi mesi, ansiosa, la chiama più volte al giorno, a tratti confusa, trascura la casa, la propria igiene, non paga le fatture (teme a torto di non avere più soldi), ma rifiuta gli aiuti proposti.

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Quali domande porreste ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Quali domande porreste ?
- E' la prima volta che lamenta questi disturbi ?
- Prende medicamenti ?
- Lamenta disturbi somatici ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- E' la prima volta che lamenta questi disturbi ?
  - No, ma mai così debilitanti
- Prende medicamenti ?
  - Candesartan 16x1, Viferol 25000 mensile
- Lamenta disturbi somatici ?
  - Astenia, inappetenza, stipsi

# Caso clinico: GG♀1948

- A quali esami sottoporreste la paziente ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali esami sottoporresti la paziente ?

Esame clinico

Labor

TAC addominale

Nessun esame paraclinico: solamente test cognitivi

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali esami sottoporresti la paziente ?

Esame clinico: BMI 21, 140/80, 72/' regolare, 36°

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali esami sottoporreste la paziente ?

Esame clinico: BMI 21, 140/80, 72'/ regolare, 36°

Labor: CRP<5, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali esami sottoporresti la paziente ?

Esame clinico: BMI 21, 140/80, 72/' regolare, 36°

Labor: CRP<5, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

TAC addominale:

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali esami sottoporreste la paziente ?

Esame clinico: BMI 21, 140/80, 72/' regolare, 36°

Labor: CRP<5, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

TAC addominale: no sono addome normale

Nessun esame paraclinico: solamente test cognitivi:

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali esami sottoporreste la paziente ?

Esame clinico: BMI 21, 140/80, 72/' regolare, 36°

Labor: CRP<5, elettroliti, valori epatorenali, ematologia, ferritina normali, Vit B12 al limite inf, TSH normale

TAC addominale: no sono addome normale

Nessun esame paraclinico: solamente test cognitivi: no

# Caso clinico: GG♀ 1948

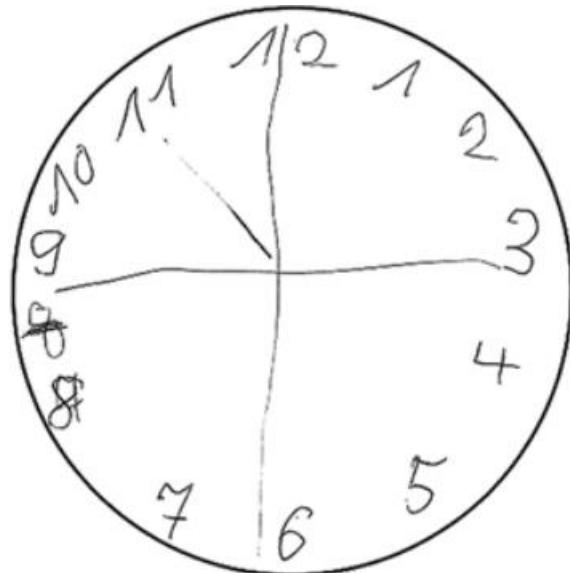
- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio
- RAVEN
- GDS
- FAB
- MOCA

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN
- GDS
- FAB
- MOCA

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?



# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no
- GDS

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no
- GDS 8/15 (sospetta D con valori >4)

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporresti la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no
- GDS 8/15 (sospetta D con valori >4)
- FAB

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no
- GDS 8/15 (sospetta D con valori >4)
- FAB no

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no
- GDS 8/15 (sospetta D con valori >4)
- FAB no
- MOCA

# Caso clinico: GG♀ 1948

- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio 25/30 (co 26), orologio 4/6
- RAVEN no
- GDS 8/15 (sospetta D con valori >4)
- FAB no
- MOCA eventualmente

# Caso clinico: GG♀1948

- Diagnosi ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Diagnosi ?

Episodio depressivo con disturbo neurocognitivo minore

(DD: disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve con BPSD)

# Caso clinico: GG♀1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ?

# Caso clinico: GG♀1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

# Caso clinico: GG♀1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto nel pz anziano» corretto ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto nel pz anziano» corretto ? si

# Caso clinico: GG♀1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto nell'anziano» corretto ? si

La polimedicatione limita/impedisce un Antidepressivo ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto nel pz anziano» corretto ? si

La polimedicatione limita/impedisce un Antidepressivo limita

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto n pz l'anziano» corretto ? si

La polimedicatione limita/impedisce un Antidepressivo ? limita

«Gli antidepressivi più utilizzati non hanno interazioni importanti» corretto ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» si

«Antidepressivo a gocce adatto nel pz anziano» corretto ? si

La polimedicatione limita/impedisce un Antidepressivo limita

«Gli antidepressivi più utilizzati non hanno interazioni importanti»  
corretto ? no

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto nel pz anziano» corretto ? si

La polimedicatione limita/impedisce un Antidepressivo ? limita

«Gli antidepressivi più utilizzati non hanno interazioni importanti» corretto ? no

«Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e Trazodone possono avere effetti secondari cardiaci nel pz anziano» corretto ?

«Duloxetin e Brintellix possono avere effetti secondari cardiaci nel pz anziano» corretto ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Principi terapeutici nella th della D

«Start low, go slow» corretto ? si

«Antidepressivo a gocce adatto nel pz anziano» corretto ? si

La polimedicatione limita/impedisce un Antidepressivo limita

«Gli antidepressivi più utilizzati non hanno interazioni importanti» corretto ? no

«Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e Trazodone possono avere effetti secondari cardiaci nel pz anziano» corretto ? si

«Duloxetin e Brintellix possono avere effetti secondari cardiaci nel pz anziano» corretto ? piutt. no

# Caso clinico: GG♀1948

- Terapia ?

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

Antidepressivo e ripetere test cognitivi

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

Antidepressivo e ripetere test cognitivi si

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

Antidepressivo e ripetere test cognitivi si

Antidepressivo triciclico

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

Antidepressivo e ripetere test cognitivi si

Antidepressivo triciclico no

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

Antidepressivo e ripetere test cognitivi si

Antidepressivo triciclico no

Nessuna terapia: depressione reattiva alla morte del marito

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Terapia ?

Antidepressivo e inibitore AChE no

Antidepressivo e ripetere test cognitivi si

Antidepressivo triciclico no

Nessuna terapia: depressione reattiva alla morte del marito no

# Caso clinico: GG♀ 1948

- Decorso:

Introduzione di Brintellix 5 mg al mattino aumentato a 10 mg  
dopo 2 settimane

Dopo 4 settimane netto miglioramento dello slancio vitale e  
dell'umore

MMS 26/30, test dell'orologio 4/6, GDS 5/15 (> 3 mesi)

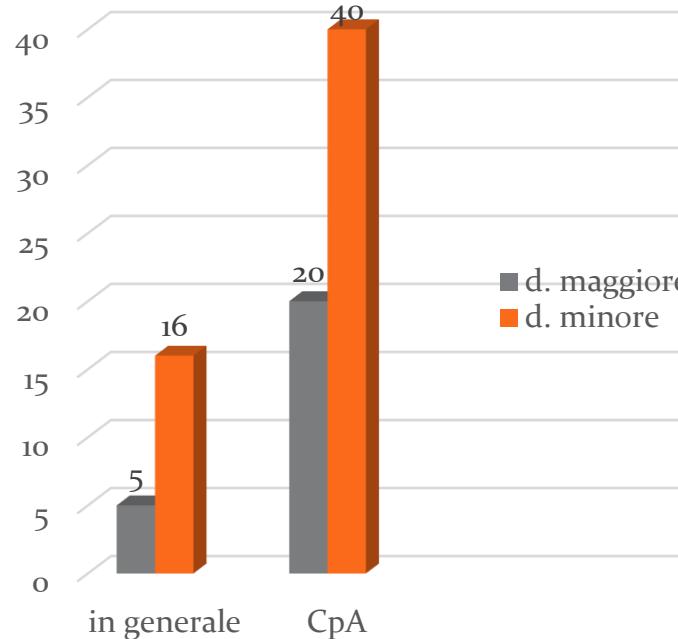
# Caso clinico: GG♀ 1948

- Diagnosi ?

Episodio depressivo con disturbo neurocognitivo minore

(DD: disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve con BPSD)

# Depressione: epidemiologia



V. Arolt & M. Driessen, Nervenarzt 66:  
670-677 / 1995, G. Stoppe, 2002

Baer et al., Depression in der Schw.  
Bevölkerung, Obsan Bericht, 2013

**Depressione maggiore:** che adempie i criteri diagnostici (DSM-III per es)

**Depressione minore:** disturbi affettivi che limitano l'anziano con criteri diagnostici neg

Colpiti sono soprattutto anziani fragili con deficit funzionali e iniziali disturbi cognitivi (tipici residenti delle CpA)

**Donne > Uomini**

**Fattori di rischio:** scarsa formazione, perdite (lotti, status sociale, autonomia, patente, salute ...), isolamento sociale, dolore, vivere in città

# Depressione: un tema centrale

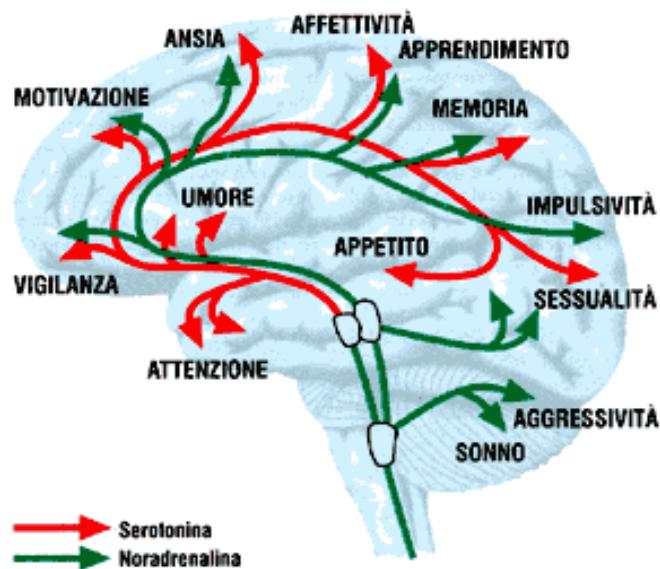
- È la malattia psichica più frequente nell'anziano (10-25%)
- Conduce ad una maggiore morbidità (cardiovascolare, cadute,...)  
...
- ... e aumenta la mortalità
- È spesso trascurata (Ageism! discriminazione in base all'età)

La depressione nell'anziano è trattata correttamente solo nel 16% dei casi anche se un trattamento semplice ha un tasso di successo del 60%

*Buckley et al 2006*

# Depressione: particolarità nell'anziano

- Origine organica della depressione nel pz anziano
  - Disturbi cerebro-vascolari, infetti cronici, alterazioni ormonali/immunologiche legate all'età favoriscono la depressione attraverso lesioni strutturali a livello cerebrale (neurotrasmettitori, circuiti nervosi),
  - Depressione vascolare (tipiche lesioni vascolari sottocorticali alla MRI) Alexopoulos GS et al., Arch Gen Psychiatrie 1997, 54
- Origine reattiva della depressione nel pz anziano
  - Sovraccarichi psico-sociali: lutti, isolamento sociale, malattie organiche



# Depressione: particolarità nell’anziano

- **Diagnosi più difficile**

- Manifestazione clinica influenzata dalle **comorbidità** somatiche e dagli effetti collaterali di diversi medicamenti
- Sintomi depressivi **meno evidenti** o **meno espressi** (per es tristezza)
- Sintomi **mascherati** da disturbi somatici
- Curanti concentrati sui **disturbi somatici**
- Curanti attribuiscono a **origini somatiche** o al normale invecchiamento disturbi depressivi (inappetenza, insonnia, disturbi cognitivi,...)



# Depressione: particolarità nell'anziano

- Il pz anziano depresso consulta spesso per ragioni somatiche
- Origine psicosomatica ma anche a causa dei pregiudizi nei confronti della depressione

- Disturbi somatici:
  - Mal di schiena
  - Tensione muscolare
  - Disturbi addominali
  - Capogiri
  - Disturbi gastrici
  - Oppressione al petto
  - Palpitazioni
  - Cefalea
  - Astenia

# Depressione: particolarità nell’anziano

- **Alto rischio suicidale**
  - Soprattutto **uomini socialmente isolati** con malattie croniche
  - Il 75% degli anziani muoiono in seguito al loro **primo tentativo** di suicidio (dati USA)
  - Gli anziani **non riportano** frequentemente pensieri suicidali e **non utilizzano** servizi preposti quando disponibili (Psychoger 2017; 29: 1297)
  - **FR:** lutti, dolore, dipendenza ADL, armi a disposizione
- Kim SH, Suicidal Ideation and suicide attempts in older adults: influences of chronic illness, functional limitations and pain. Ger Nurs 2016\$
- La **prevenzione risulta efficace** anche per i più anziani: è dimostrato che gli interventi per ridurre l’isolamento sociale con attività di gruppo, comunicazione anche con il solo telefono riducono la mortalità da suicidio nei più anziani  
(Crisis 2011; 32: 88–98).

# Demenza e malattie neurodegenerative

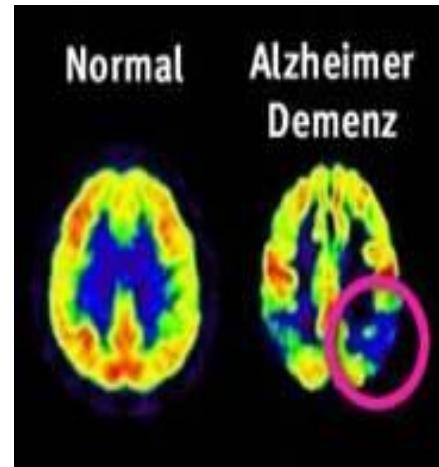
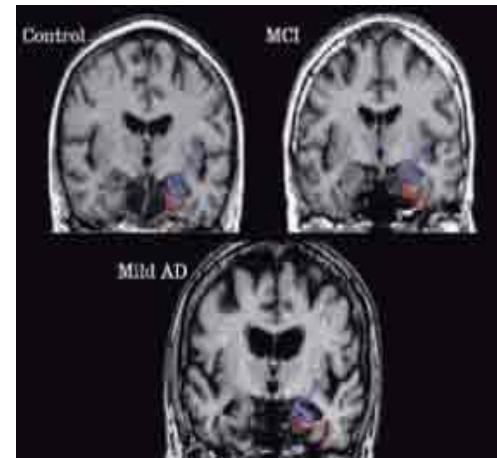
- **Depressione ↔ Demenza** (patogenesi in parte sovrapposta)
    - Depresso si concentra poco
    - Pz con disturbi cognitivi incipienti si deprime
      - ma
    - Disturbi cognitivi fanno parte della depressione e migliorano solo parzialmente sotto th (Koenig et al, Cognitive functioning and late-life depression, J Int Neuropsychol 2014)
    - **Depressione in età avanzata aumenta il rischio di demenza** (Spira et al  
Depressive sy in oldest: risk of MCI and dementia. J Ger. Psychiatry, 2012)
    - **La depressione è il sintomo più frequente nei sintomi BPSD** (disturbi  
mentali di tipo non cognitivo)
- la depressione è un fattore di rischio per la demenza (non solo AD) una sindrome prodromica e un sintomo**

# Demenza e malattie neurodegenerative

- Depressione come prodromo di malattia neurodegenerativa:
  - I meccanismi patofisiologici della depressione possono favorire una malattia neurodegenerativa
  - Placche amiloidi più numerose se oltre a DA anche depressione
  - Depressione più frequente: DA, demenza vascolare (depressione vascolare), demenza fronto-temporale, demenza a corpi di Lewy e nel M. di Parkinson

# Tecnica in aiuto nella DD Depressione DA ?

- Non ci sono biomarker per la depressione
- Diversi biomarker per la DA: **proteina Tau, beta amiloide nel liquor**
- Atrofia ippocampo alla **MRI cerebrale**
- PET Spect



# Depressione: trattamento

- Terapia a più livelli:
- *Interventi psicosociali*
- *Psicoterapia*
- *Psicofarmaci*



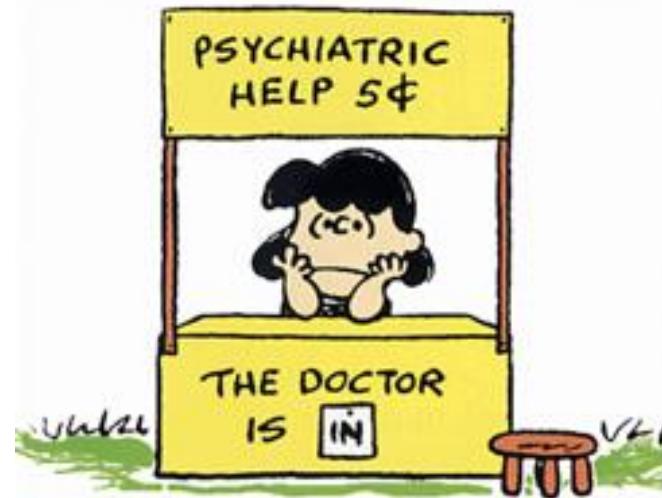
# Depressione: trattamento

- Terapia a più livelli:
- *Interventi psicosociali*
  - Ridurre i sintomi depressivi
  - Ridurre il rischio suicidale
  - Stimolare i contatti sociali
  - Rinforzare l'autostima  
*... attraverso*
  - Attività fisica, ergoterapia, attività socializzanti, rilassamento, terapie artistiche, attivazione,...



# Depressione: trattamento

- Terapia a più livelli:
- *Psicoterapia*
  - La psicoterapia è efficace anche negli anziani
  - Richiede accorgimenti particolari ed è importante tener conto delle limitazioni sia fisiche che cognitive legate all'età.



# Depressione e medicamenti

- Depressione effetto collaterale frequente dei medicamenti  
Patten SB et al, Drug Saf. 1994; 10: 203-19
- Polifarmacoterapia nel pz anziano
- Antiipertensivi (beta -, ca antago)
- Analgetici (oppiacei)
- Anti Parkinson
- Psicofarmaci (neurolettici, benzo)
- Altri (sulfonamidici, interferone, steroidi, tamoxifen)



# Effetti antidepressivi

## Mirtazapina:

Se insonnia, ansia, anoressia  
7.5-15-(30) la sera  
sonnolenza, xerostomia,  
cefalea, aumento peso,  
aumento dell'appetito  
Rare: pancreatite,  
transaminasi aumentate,  
infarto miocardico

## Duloxetina

Se depressione, ansia  
generalizzata,  
dolore cronico  
30-(60)

Nausea, cefalea,  
Xerostomia,  
sonnolenza,

Rare: IpoNa, ittero e  
insufficienza epatica

## Trazodone

Se sindrome del tramonto,  
ansia, aggressività, insonnia  
25-50, 2-3 dosi, max 200  
xerostomia, sonnolenza,  
mialgie-atralgie

Raro: aritmie, ipot., disturbi  
della funzionalità epatica,  
discrasia ematica

## Brintellix:

Se depressione maggiore,  
insonnia, ansia, diff. di  
concentrazione  
5-10-(20)

nausea, diarrea, costipazione,  
incubi, vertigini, più raro:  
prurito, iponatriemia, iperidrosi

## Escitalopram

Se depressione, fobie, ansia

5-10

nausea, diarrea/stipsi, capogiri,  
insonnia/sonnolenza, cefalea, xerostomia,  
tremore, sudorazione, disturbi libido, incubi,  
atralgie, più raro: convulsioni, allungamento QT

# Grazie



# pazienza