

# "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

$D < 2\%$



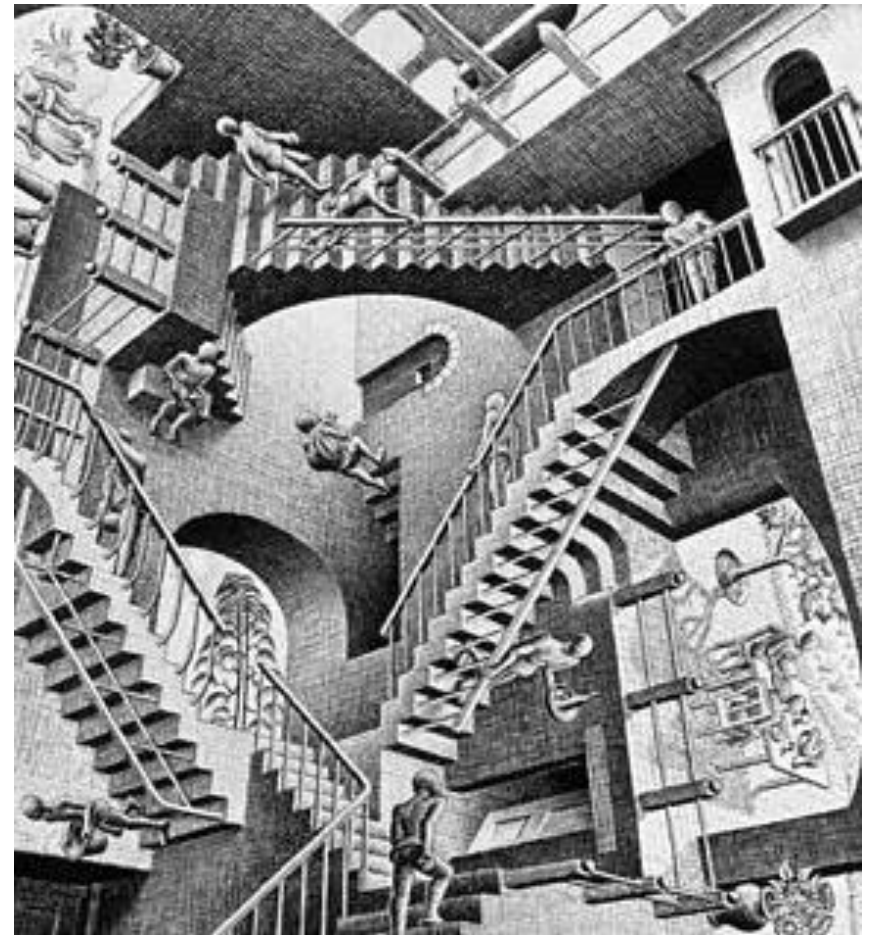
$D > 30\%$

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:**

**161'000 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

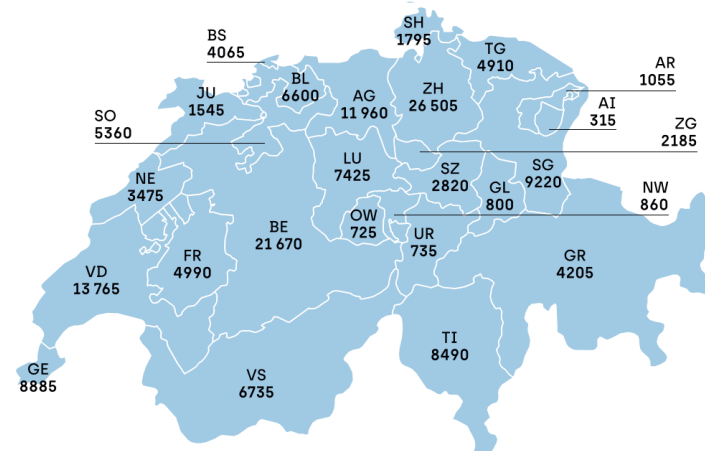
9.0 Mio di abitanti in CH nel 2025

**2050:**

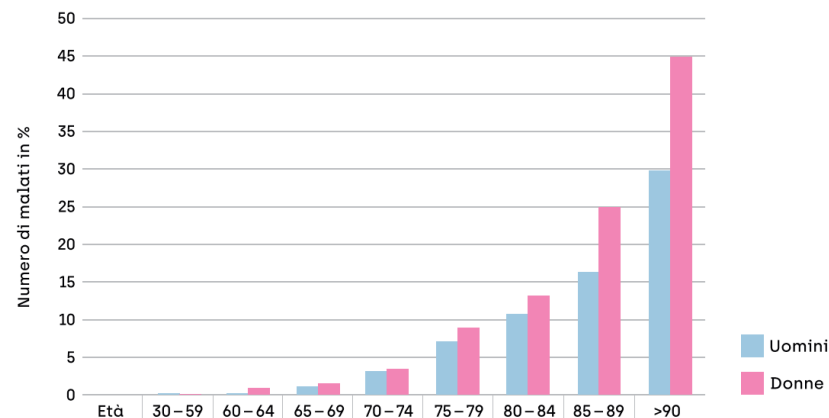
**>280'000 soggetti dementi in CH**

Dati: ufficio federale di statistica. (2025),

/ Persone affette da demenza per cantone

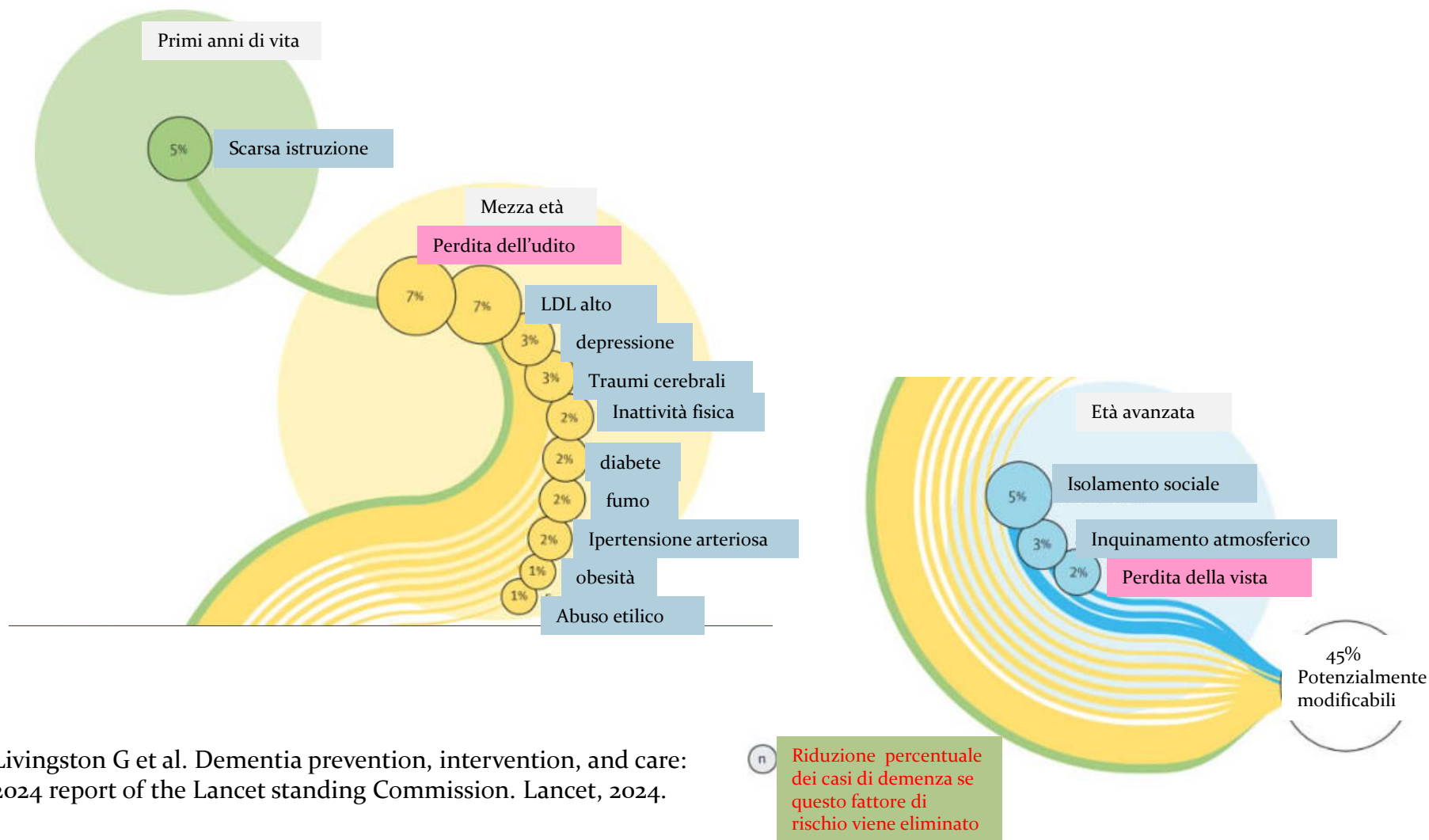


/ Persone affette da demenza per età

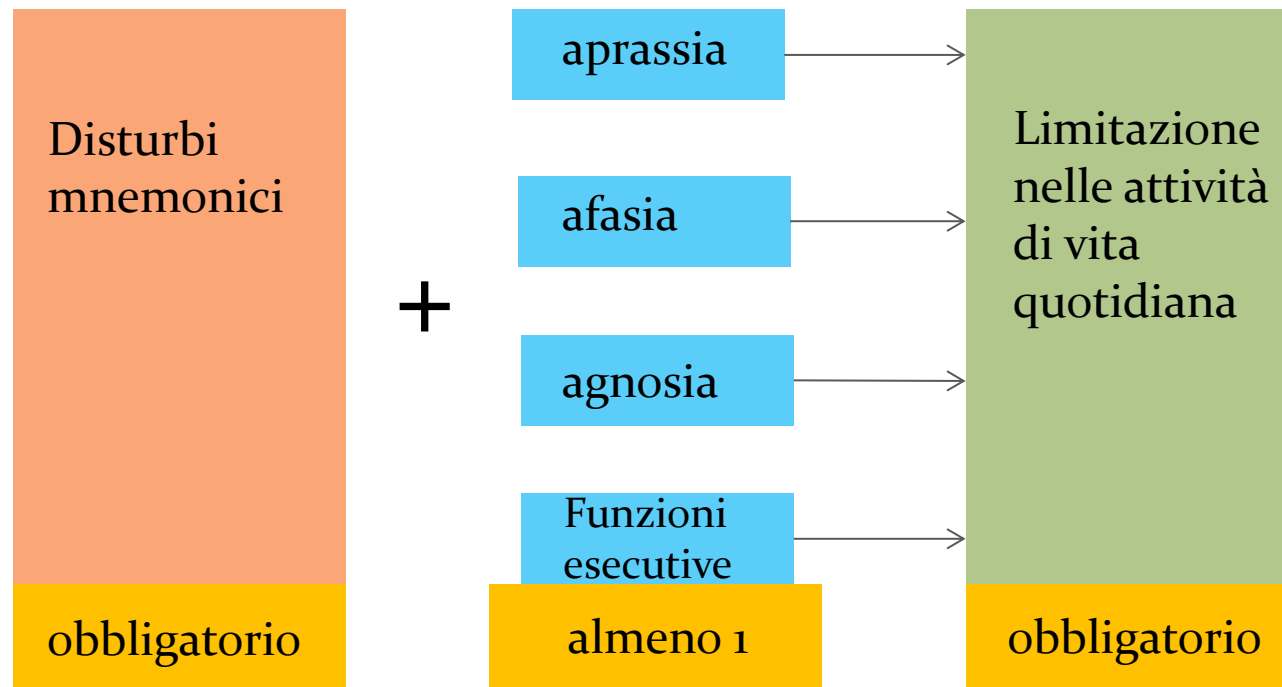




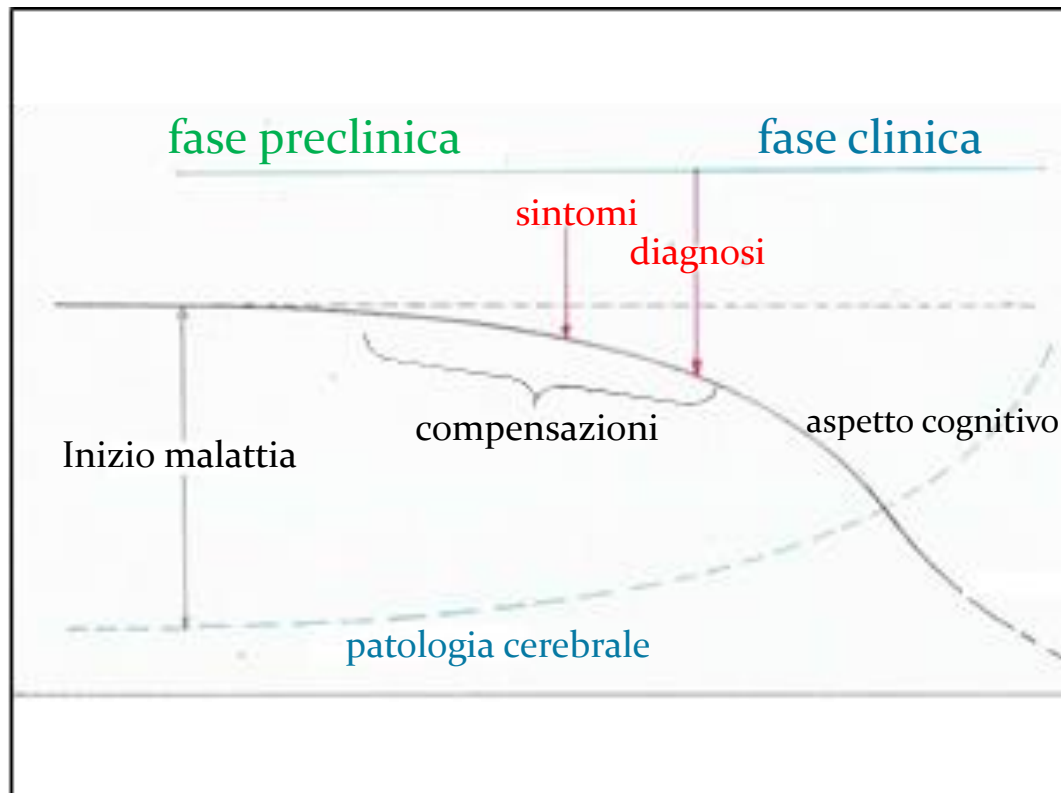
# Demenza: fattori di rischio



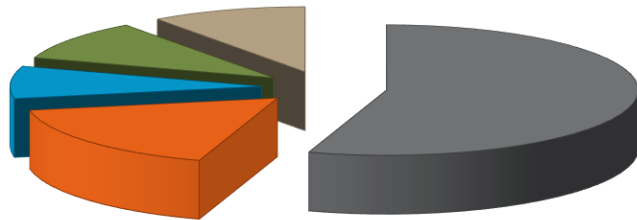
# Demenza: definizione



# Demenza: decorso

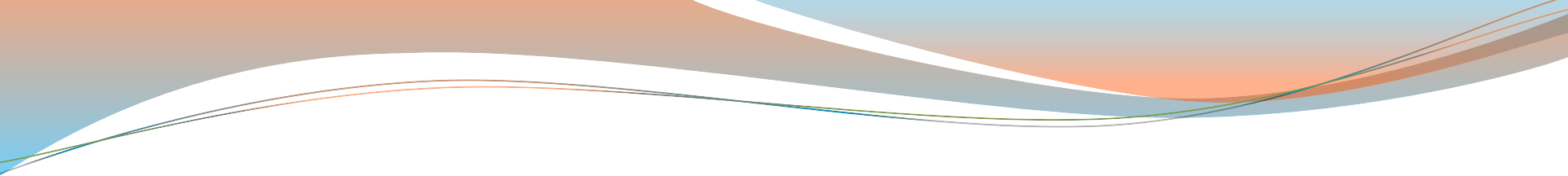


# Demenza: forme di demenza



M. di Alzheimer 50-60%  
Demenza vascolare 15-20%  
Demenza fronto-temporale 8%  
Demenza a corpi di Lewy 10%  
Forme rare di demenza 10%

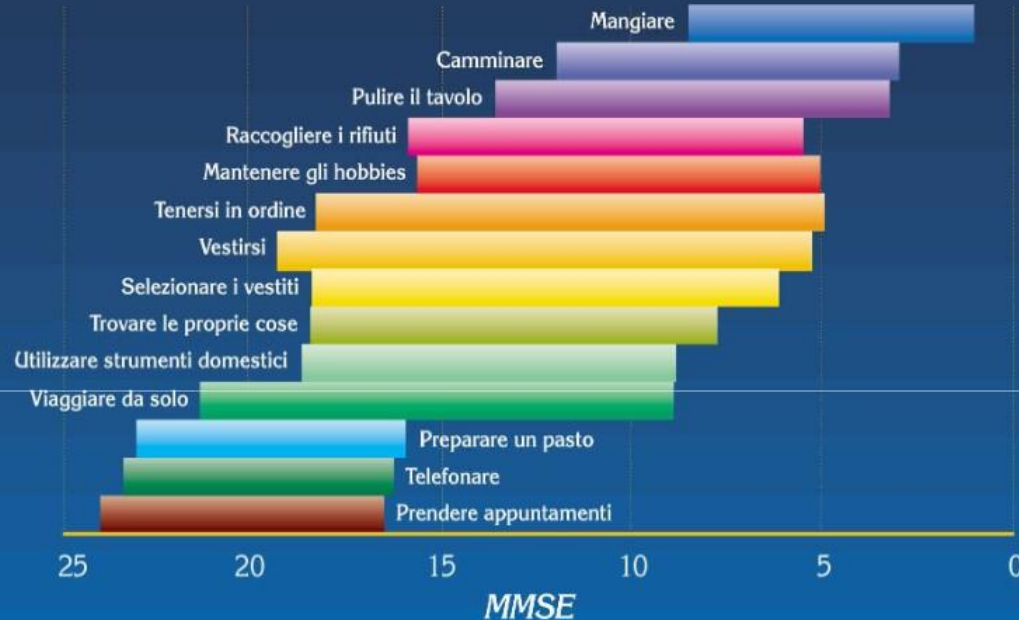
Paresi progressiva supranucl.  
Chorea Huntington  
Creutzfeldt-Jakob  
SIDA  
Morbo Wilson  
Carenza Vit B12  
Alcolici, droghe  
Trauma cranico  
Forme ereditarie  
... (>100)



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.



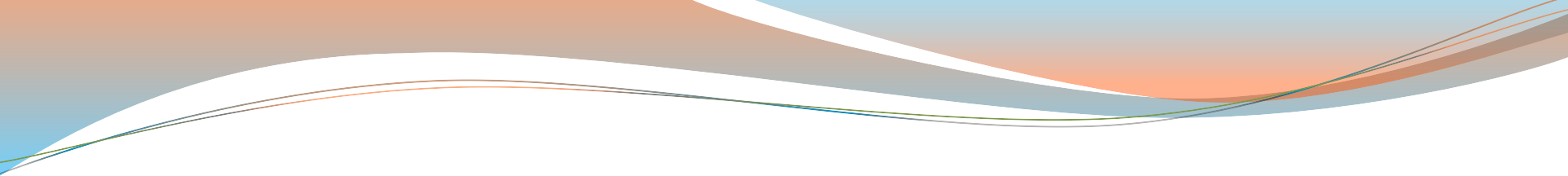
Galasko et al - Alzheimer's Disease and Associated Disorders. In press, from data presented at the Nice/Springfield Alzheimer Symposium April 10-14, 1996.  
Gelinas I, Auer S - Functional autonomy. In: Gauthier S (ed) Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease (Martin Dunitz: London, 1996):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

## Aggressività

Resistenza aggressiva  
Aggressività fisica  
Aggressività verbale

## Agitazione

Affaccendamento  
Vagabondaggio  
Pedinamento, Irrequietezza, Grida  
Disinibizione, Stereotipie,  
Vestirsi/svestirsi  
Disturbi del sonno

## Apatia

Ritiro  
Mancanza di interessi  
Demotivazione

Tristezza  
Pianto  
Disperazione  
Bassa autostima  
Ansia  
Senso di colpa

## Depressione

Allucinazioni  
Deliri  
Falsi riconoscimenti

## Psicosi

# 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 medicinali, 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 sottoporreste il paziente ?

# Caso clinico: EG ♂ 1933

- A quali esami sottoporreste il paziente ?

Esame clinico

Labor

Radiologia

Nessun esame paraclinico

# 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%



# 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 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 ?

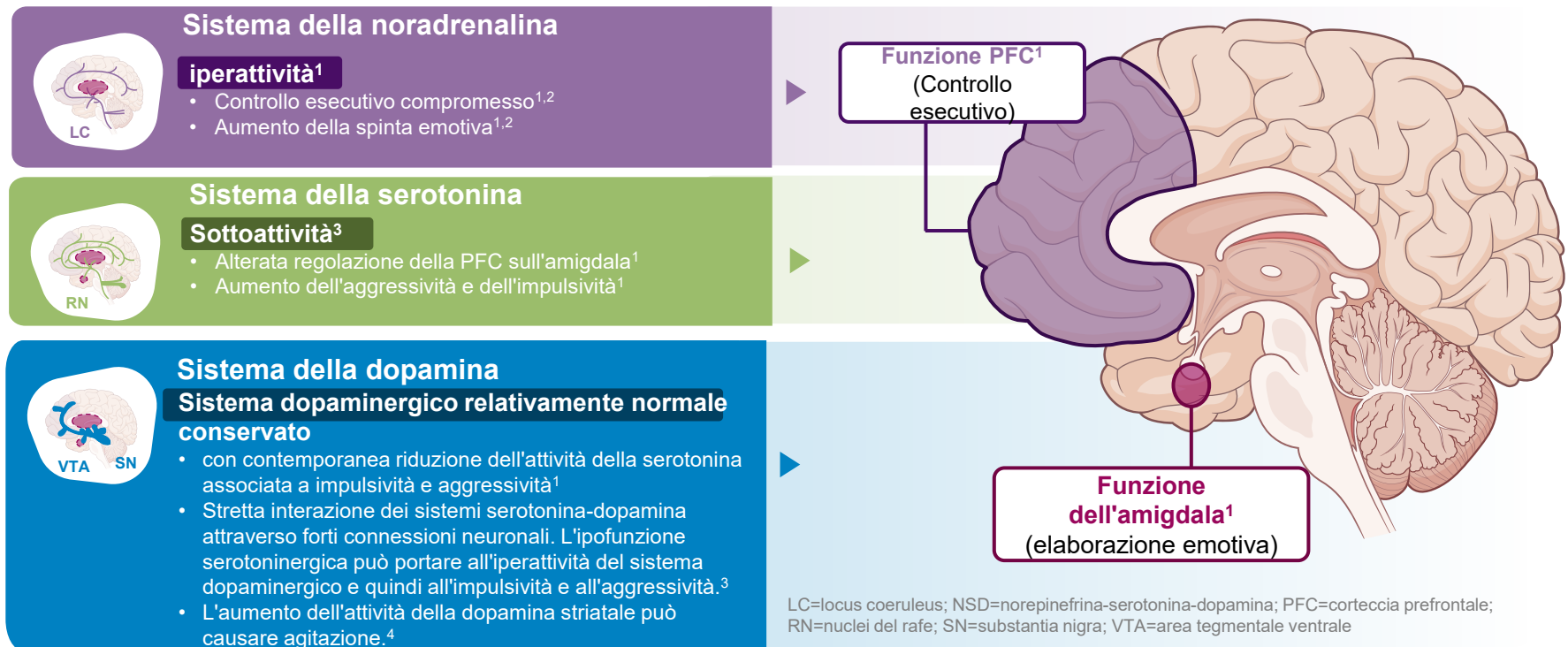
- Neurolettico Haldol gocce 2mg/ml 5-5-0-5 +R per os opp. 2.5 mg sc  
(dal 3. giorno solo R)
- Analgetico Morfina 2.5 mg sc, poi gocce 2mg% 4-4-4-4+R per os opp. 2.5 mg sc
- Neurolettico e analgetico SI
- Altro: lassativo preventivo e antiemetico R
- Terapia non farmacologica SI tutta la paletta di terapia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

sovraccarico dei familiari  
stile di comunicazione  
inattività

## Fattori infrastrutturali:

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





# BPSD: frequenza

Irrequietezza, agitazione	64 <sup>0</sup> %
Apatia, depressione	50 <sup>0</sup> %
Aggressività fisica e verbale	50 <sup>0</sup> %
Manierismi e movimenti ripetitivi	43 <sup>0</sup> %
Alterazione ciclo sonno-veglia	39 <sup>0</sup> %
Paura	32 <sup>0</sup> %
Pedinare, spiare	32 <sup>0</sup> %
Vagabondaggio	24 <sup>0</sup> %
Allucinazioni	24 <sup>0</sup> %
Vocalizzazioni	22 <sup>0</sup> %
Disinibizioni, comportamenti inappropriati	21 <sup>0</sup> %
Disturbi dell'appetito	16 <sup>0</sup> %

# 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

Perdita di peso, spiacere	34%
Vagabondaggio	24%
Allucinazioni	24%
Vocalizzazioni	22%
Disinibizioni, comportamenti inappropriati	21%
Disturbi dell'appetito	16%

# 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, pichiettare,...
    - 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
  - Coinvolgere 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
  - Coinvolgere 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

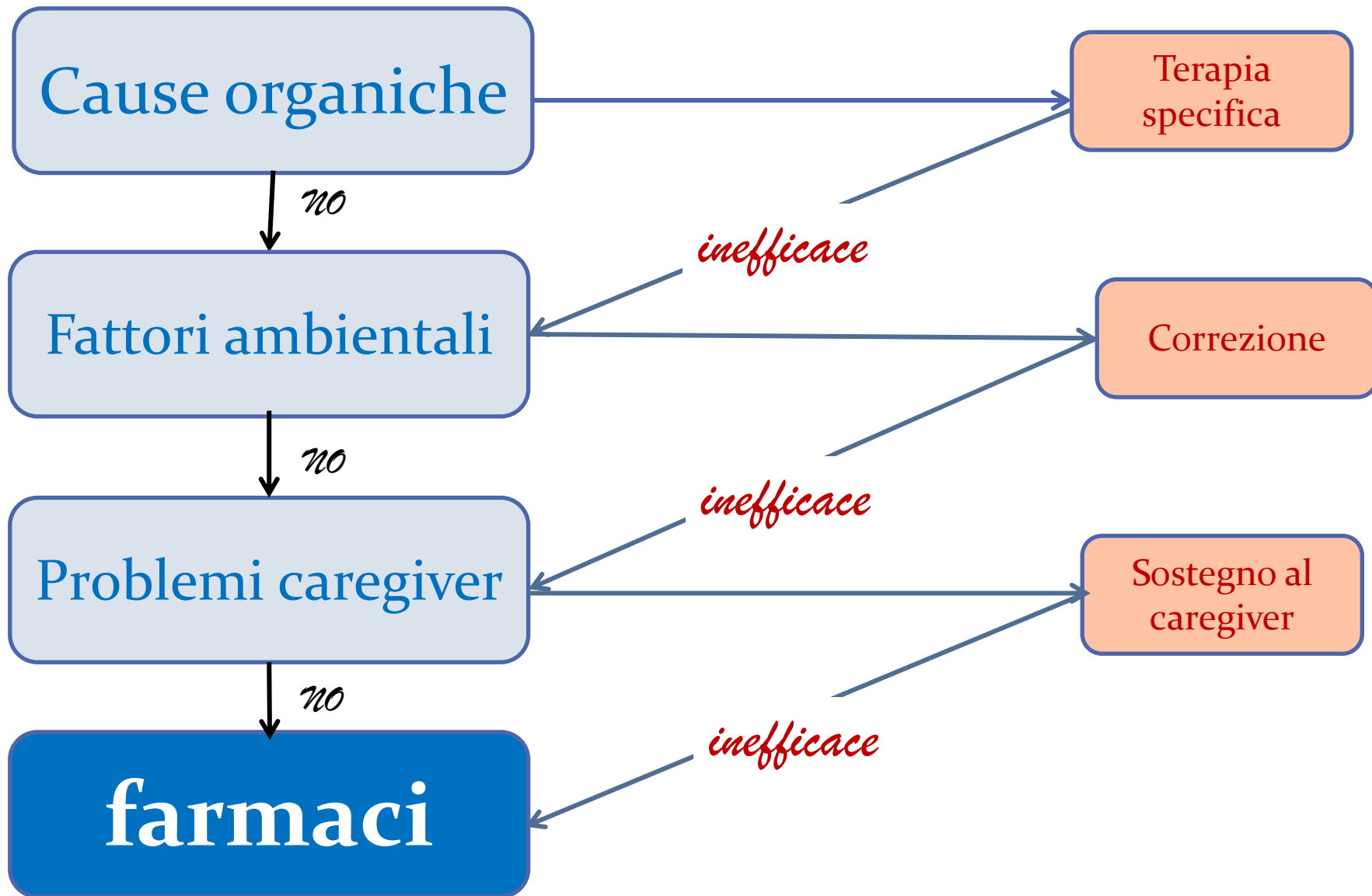
# Interventi psicosociali

- **Interventi psicoeducativi**

- Informazioni per pazienti e familiari (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

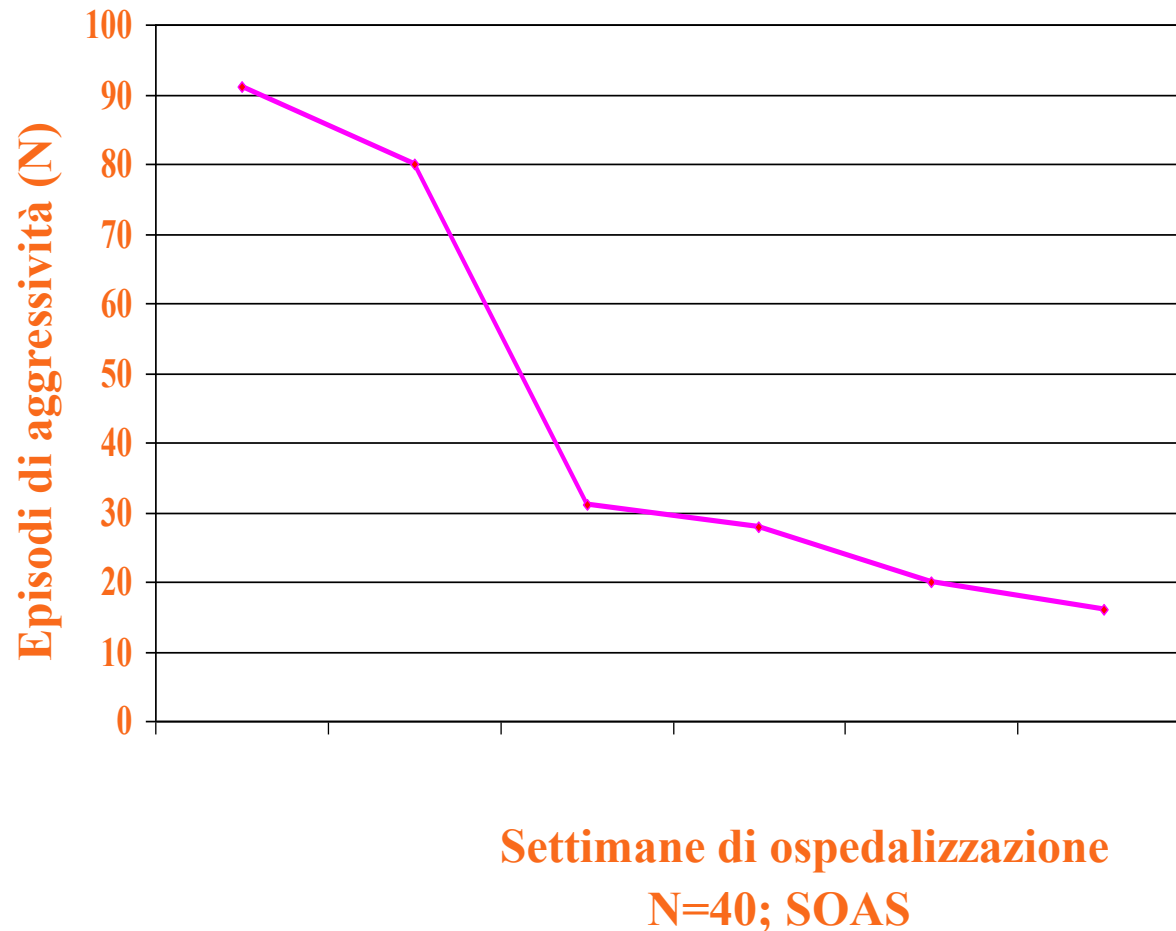
- Solo se la terapia non farmacologica si rivela inefficace, e se...
  - Sono un rischio per il pz o per gli altri
  - Sono fonte di stress per il pz o per il caregiver
  - Peggiorano la QdV
- Scarsa evidenza di beneficio, terapia sintomatica
- Cave: . profilo degli effetti collaterali
  - . tenere conto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



# 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



# Terapia farmacologica

- Antidepressivi (Evidenza B)
  - Iniziare con un dosaggio basso
- La depressione è uno dei sintomi più frequenti: evidenza SSRI (Seropram/Escitalopram) o Duloxetine, 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/Ipertensione,  
bradicardia, aritmie

## Gastrointestinali

Nausea, vomito,  
stipsi, diarrea

## Urogenitali

Disfunzione erettile

## Sistema nervoso centrale

Sedazione, insonnia,  
tremore, agitazione,  
acatisia,  
aumento/calore 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  
Raro: pancreatite,  
transaminasi aumentate,  
infarto miocardico

## Duloxetina

Se depressione, ansia  
generalizzata,  
dolore cronico  
30-(60)  
Nausea, cefalea,  
Xerostomia,  
sonnolenza,  
Raro: IpoNa, ittero e  
insufficienza epatica

## Brintellix:

Se depressione maggiore,  
insonnia, ansia, diff. di  
concentrazione  
5-10-(20)  
nausea, diarrea, costipazione,  
incubi, vertigini, più raro:  
prurito, iponatriemia, iperidrosi

## Trazodone

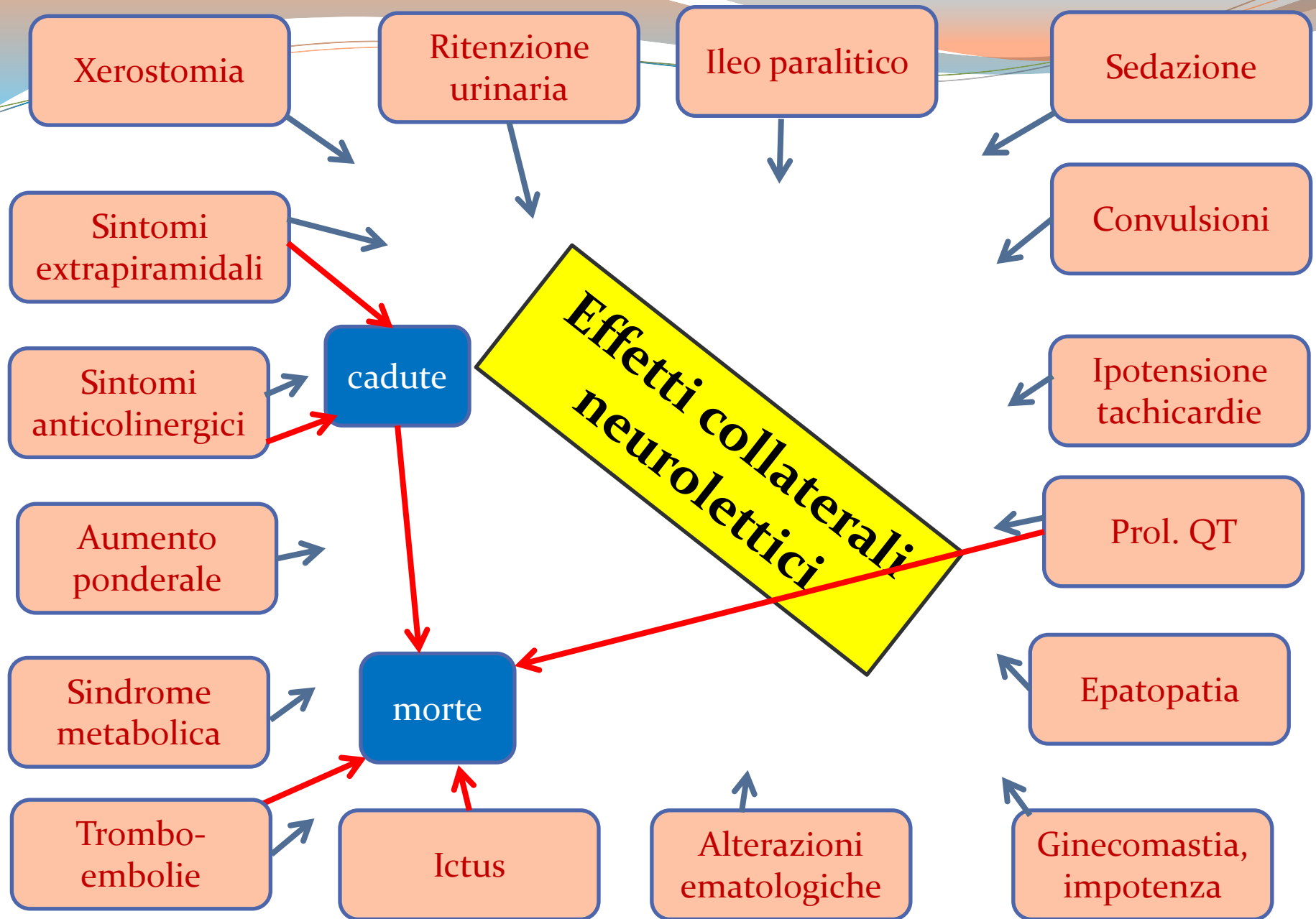
Se sindrome del tramonto,  
ansia, aggressività, insonnia  
25-50, 2-3 dosi, max 200  
xerostomia, sonnolenza,  
mialgie-atralgie  
Raro: aritmie, ipot., disturbi  
della funzionalità epatica,  
discrasia ematica

## 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 (Brexpiprazol) 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.

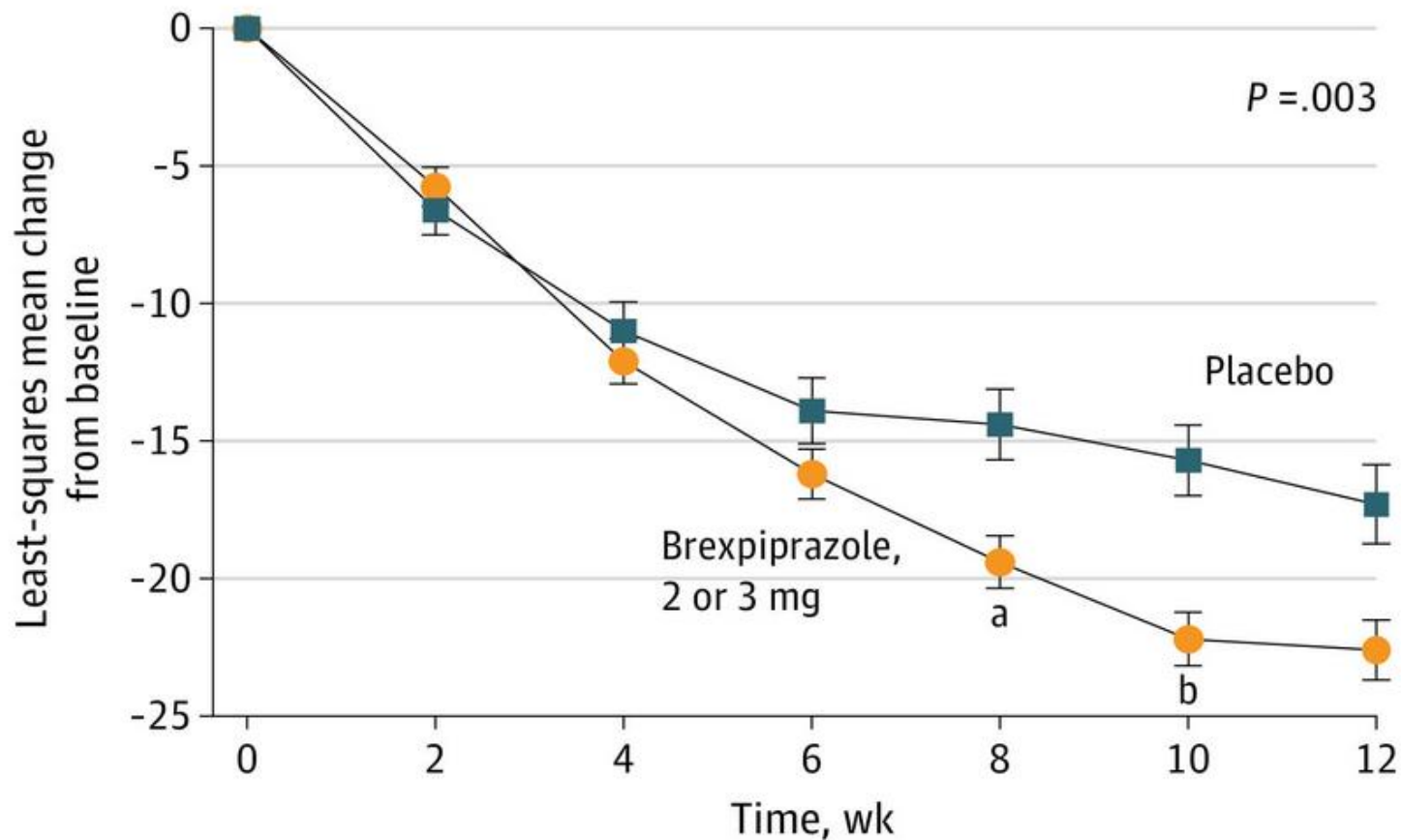
Per ulteriori dettagli sulle sostanze citate, consultare le informazioni specialistiche. [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

\* uso off-label

\*\* Risperidon é 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



## No. of patients

Placebo	116	114	114	112	105	105	103
Brexpiprazole	225	221	216	213	208	198	192

# 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

## Aggressività

Resistenza aggressiva  
Aggressività fisica  
Aggressività verbale

## Agitazione

Affaccendamento  
Vagabondaggio  
Pedinamento, Irrequietezza, Grida  
Disinibizione, Stereotipie,  
Vestirsi/svestirsi  
Disturbi del sonno

## Apatia

Ritiro  
Mancanza di interessi  
Demotivazione

Tristezza  
Pianto  
Disperazione  
Bassa autostima  
Ansia  
Senso di colpa

## Depressione

Allucinazioni  
Deliri  
Falsi riconoscimenti

## Psicosi

# BPSD: terapia non farmacologica

**Aggressività**

aromaterapia, musicoter,  
movimento, stimolazione,  
adeguamento ambientale

**Agitazione**

aromaterapia, musicoterapia,  
movimento, stimolazione cogn.,  
adeguamento ambientale

**Apatia**

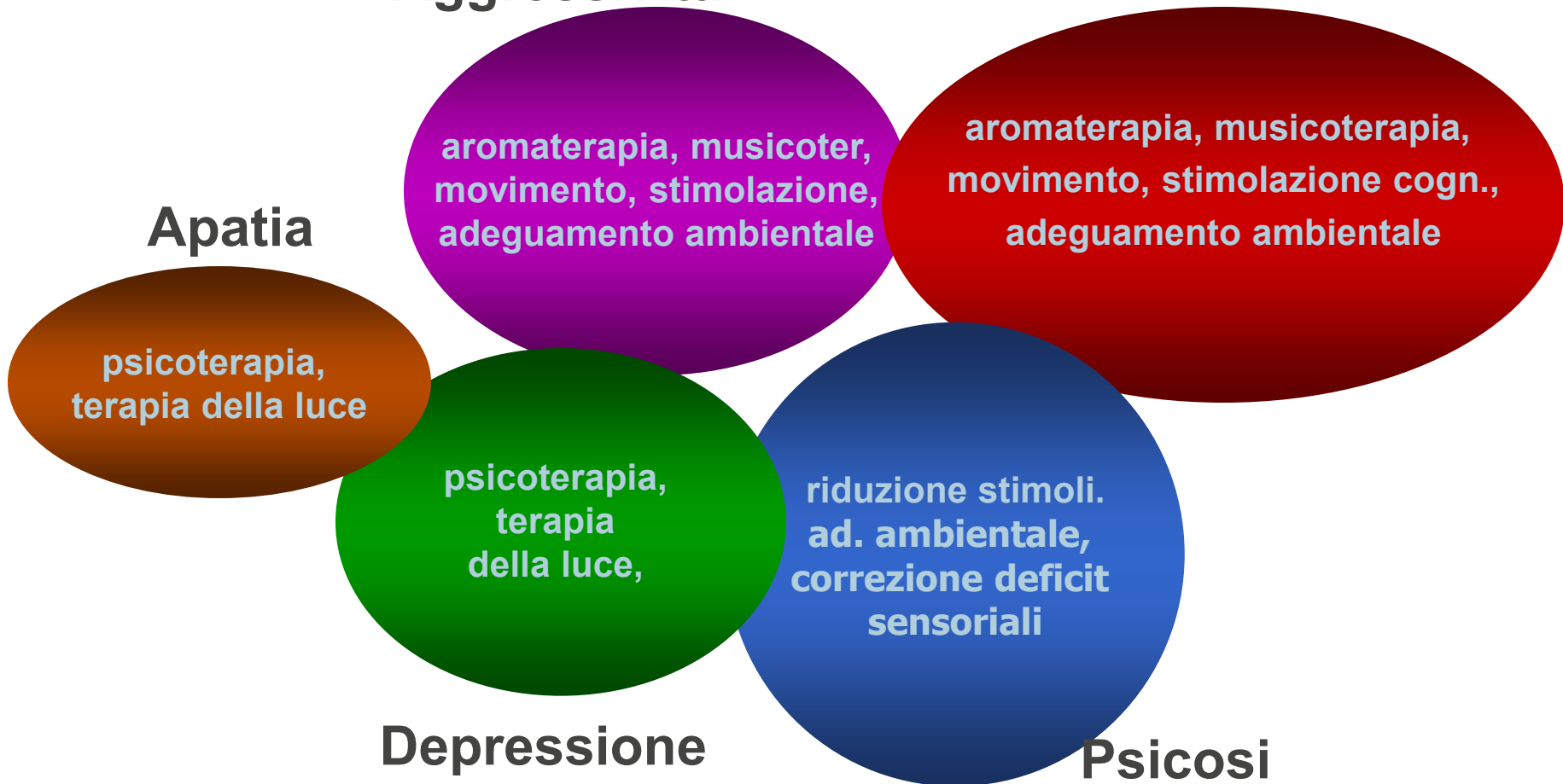
psicoterapia,  
terapia della luce

psicoterapia,  
terapia  
della luce,

**Depressione**

riduzione stimoli.  
ad. ambientale,  
correzione deficit  
sensoriali

**Psicosi**



# BPSD: terapia farmacologica

**Aggressività**

**Agitazione**

Antidementivi, Antipsicotici  
Antidepressivi

Antidementivi, Antipsicotici,  
Antiepilettici, Antidepressivi,  
(Benzodiazepine)

**Apatia**

Antidementivi,  
Antidepressivi

Antidepressivi

Antidementivi,  
Antipsicotici

**Depressione**

**Psicosi**

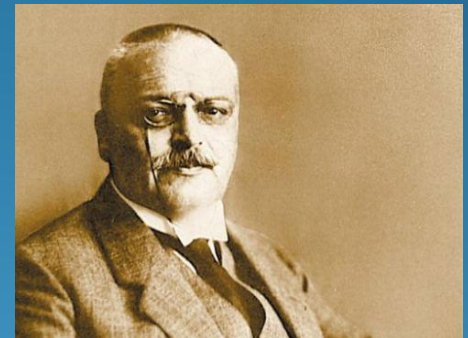
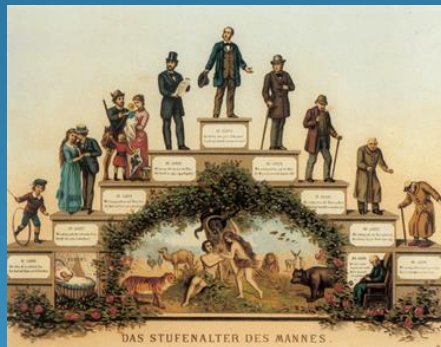
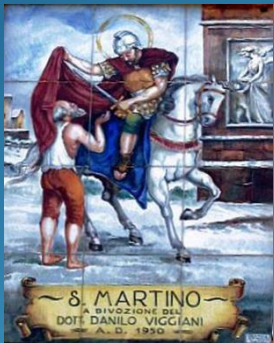
# Grazie



# 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

$D < 2\%$

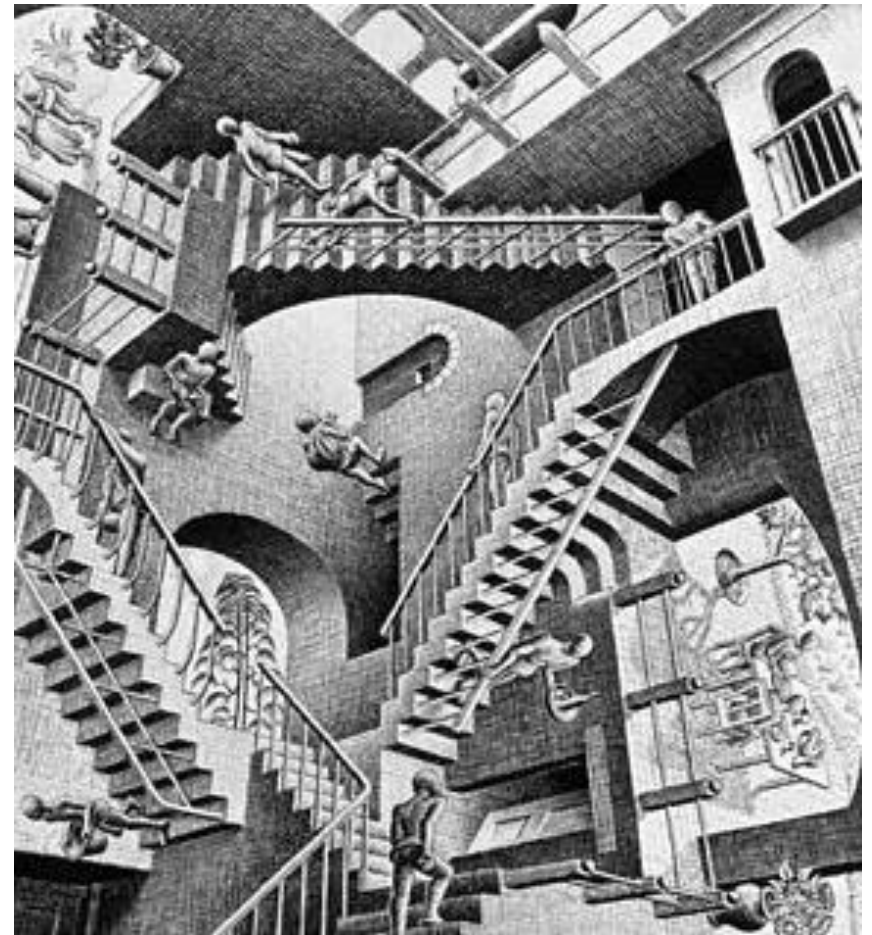


$D > 30\%$

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:**

**161'000 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

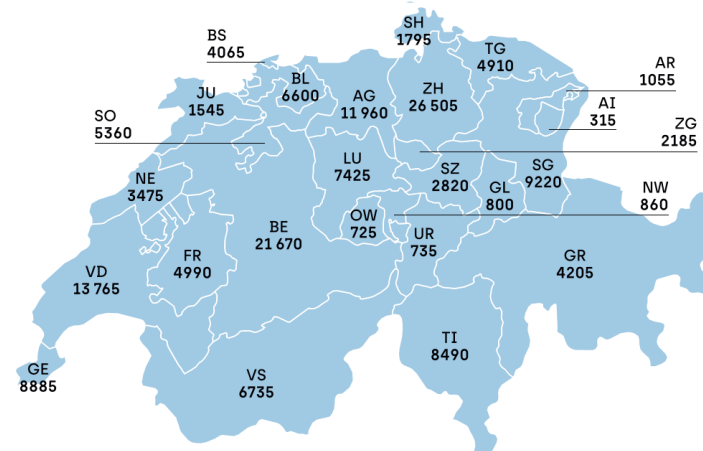
9.0 Mio di abitanti in CH nel 2025

**2050:**

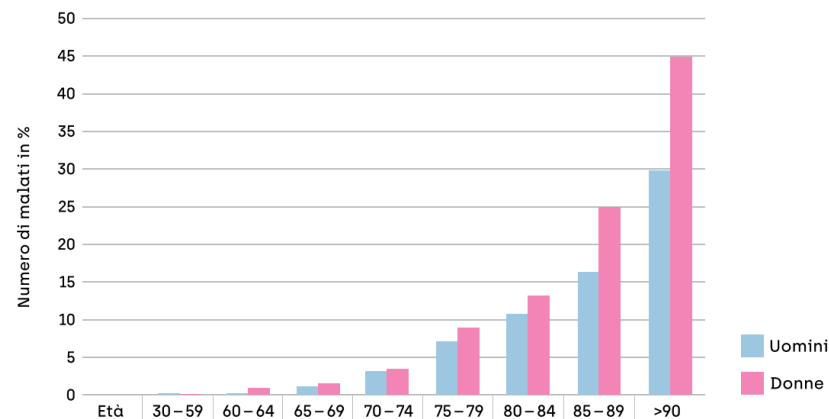
**>280'000 soggetti dementi in CH**

Dati: ufficio federale di statistica. (2025),

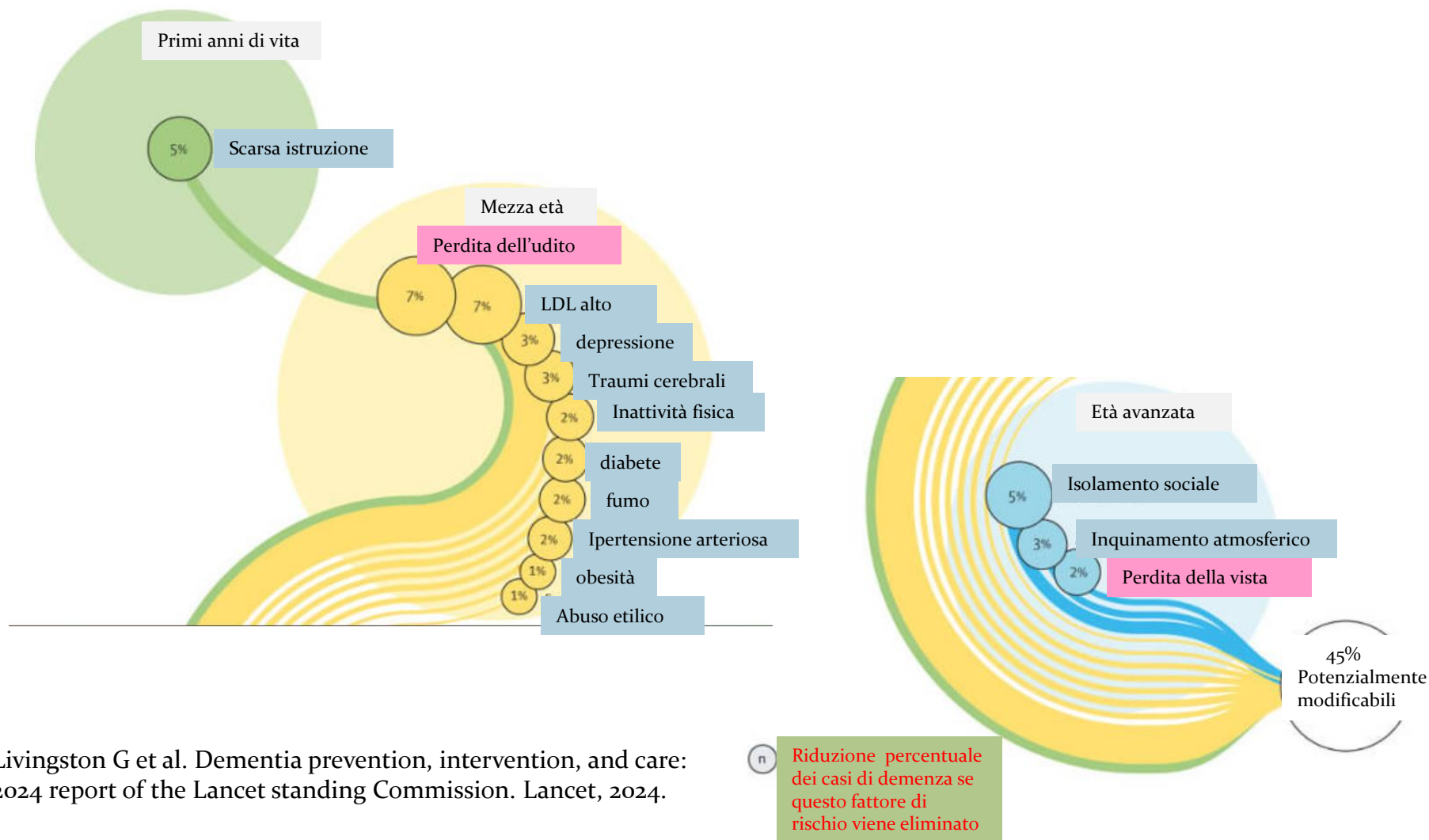
/ Persone affette da demenza per cantone



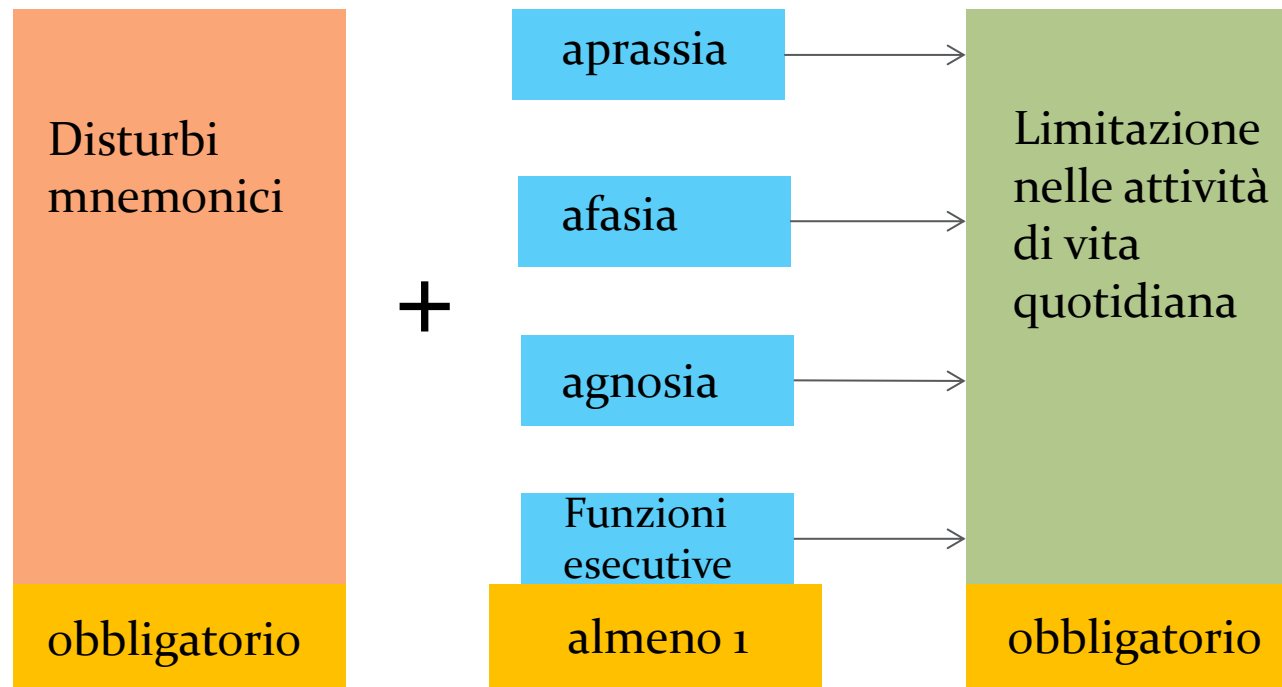
/ Persone affette da demenza per età



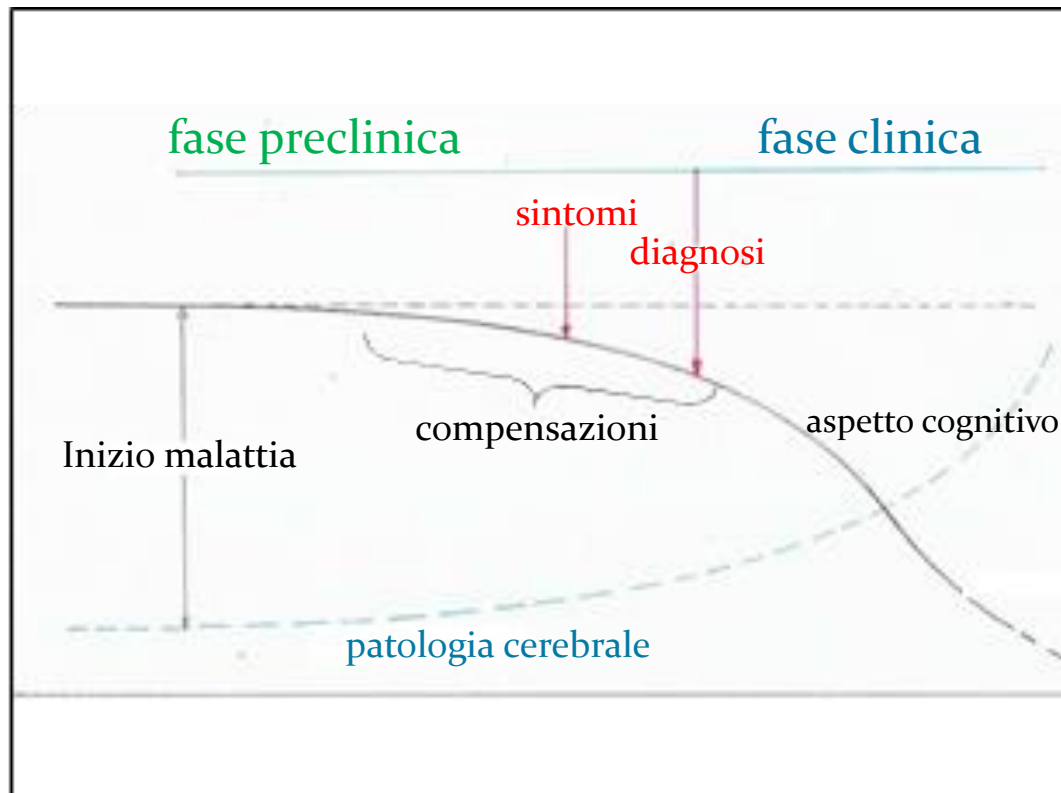
# Demenza: fattori di rischio



# Demenza: definizione

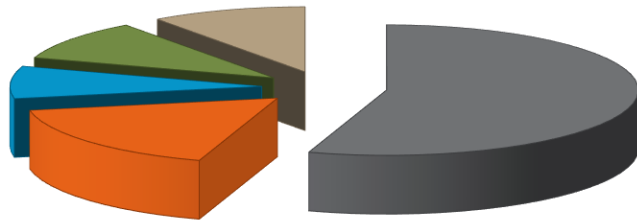


# Demenza: decorso





# 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%

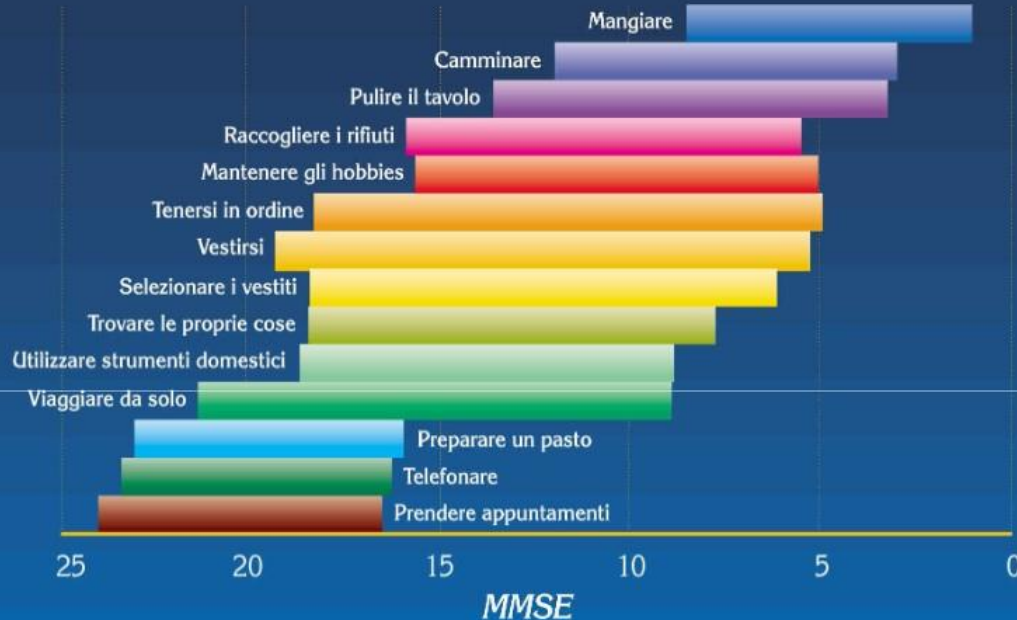
Paresi progressiva supranucl.  
Chorea Huntington  
Creutzfeldt-Jakob  
SIDA  
Morbo Wilson  
Carenza Vit B12  
Alcolici, droghe  
Trauma cranico  
Forme ereditarie  
... (>100)



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.

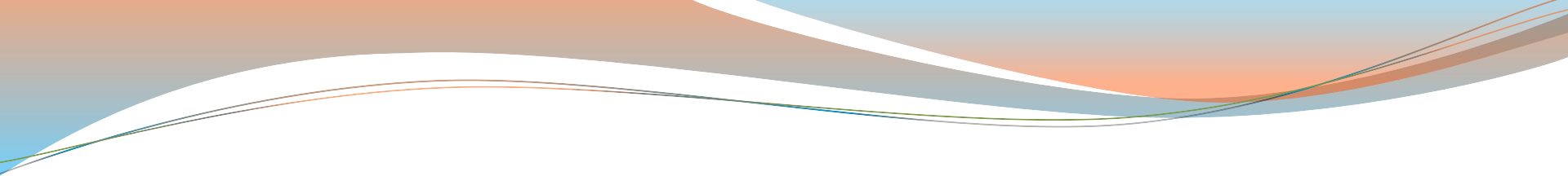


Galasko et al - Alzheimer's Disease and Associated Disorders. In press, from data presented at the Nice/Springfield Alzheimer Symposium April 10-14, 1996.  
Gelinas I, Auer S - Functional autonomy. In: Gauthier S (ed) Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease (Martin Dunitz: London, 1996):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

## Aggressività

Resistenza aggressiva  
Aggressività fisica  
Aggressività verbale

## Agitazione

Affaccendamento  
Vagabondaggio  
Pedinamento, Irrequietezza, Grida  
Disinibizione, Stereotipie,  
Vestirsi/svestirsi  
Disturbi del sonno

## Apatia

Ritiro  
Mancanza di interessi  
Demotivazione

Tristezza  
Pianto  
Disperazione  
Bassa autostima  
Ansia  
Senso di colpa

## Depressione

Allucinazioni  
Deliri  
Falsi riconoscimenti

## Psicosi

# 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 medicinali ?
- Lamenta disturbi somatici ?

# Caso clinico: GG ♀ 1948

- E' la prima volta che lamenta questi disturbi ?
  - No, ma mai così debilitanti
- Prende medicinali ?
  - 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 sottoporreste la paziente ?

Esame clinico

Labor

TAC addominale

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°

# 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 B<sub>12</sub> al limite inf, TSH normale

# 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:

# 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

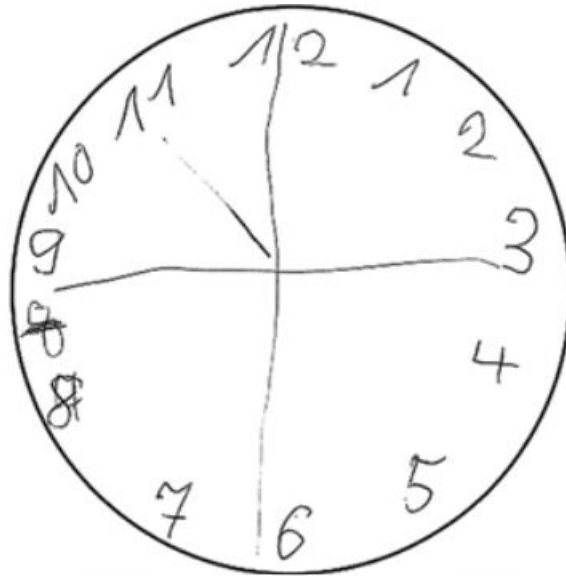
- A quali test cognitivi sottoporreste la paziente ?
- MMSE/test dell'orologio
- RAVEN
- GDS
- FAB
- MOCA

# 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 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

# 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 ? sì

«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 polimedicazione 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 polimedicazione 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 polimedicazione 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 polimedicazione 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 polimedicazione 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 ?

«Duloxetine 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 polimedicazione 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**

«Duloxetine 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)

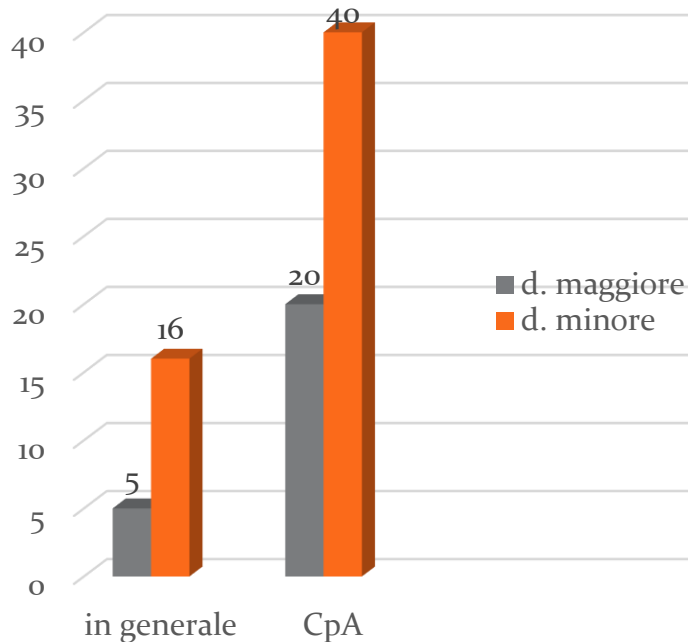
# Caso clinico: GG ♀ 1948

- 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 (lutti, 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%

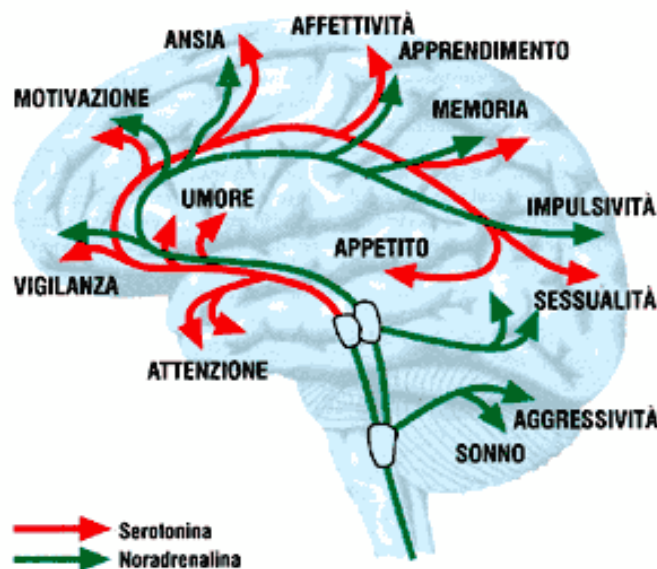
# Depressione: particolarità nell'anziano

- **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 medicinali
- 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
- 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

(Kim SH, Suicidal Ideation and suicide attempts in older adults: influences of chronic illness, functional limitations and pain. Ger Nurs 2016)§

(Crisis 2011; 32: 88-98).

# Demenza e malattie neurodegenerative

- **Depressione  $\rightleftharpoons$  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)

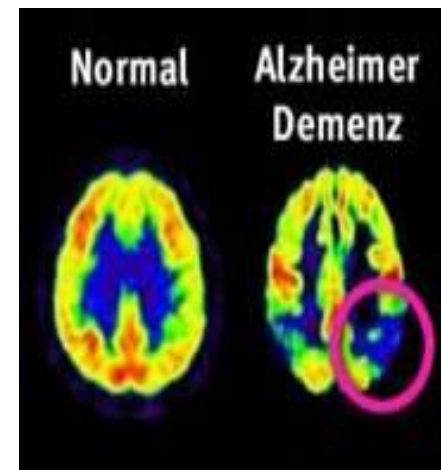
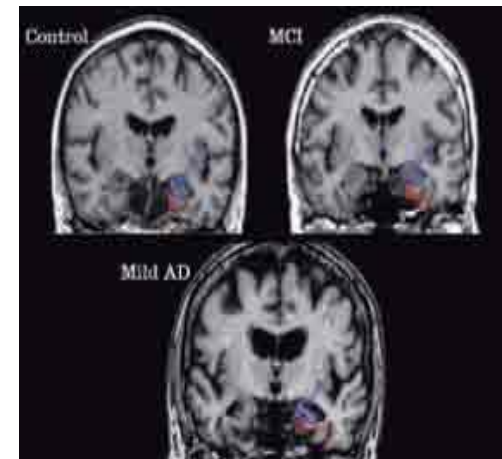
la depressione è un **fattore di rischio** per la demenza (non solo AD) una sindrome **prodromica** e un **sintomo**

# 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 medicinali

- Depressione effetto collaterale frequente dei medicinali

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  
Raro: pancreatite,  
transaminasi aumentate,  
infarto miocardico

## Duloxetina

Se depressione, ansia  
generalizzata,  
dolore cronico  
30-(60)  
Nausea, cefalea,  
Xerostomia,  
sonnolenza,  
Raro: IpoNa, ittero e  
insufficienza epatica

## Brintellix:

Se depressione maggiore,  
insonnia, ansia, diff. di  
concentrazione  
5-10-(20)  
nausea, diarrea, costipazione,  
incubi, vertigini, più raro:  
prurito, iponatriemia, iperidrosi

## 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

## 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