

Case-mix elevatissimo per i pazienti affetti da Morbo di Alzheimer. Difficile gestione di un paziente ricoverato in RSA affetto da alzheimer in fase attiva con disturbi comportamentali.

*Morelli A. §, Romanini M. §, Bertocco R. *, Bochenek R. *, Bohatyrewicz M. *, Costa B*, De Cubellis L. *, Koceich A. *, Piwowarczyk M. *, Rotea S. *, Samorì D. *, Parakattel G*.*

§ Coordinatore Infermieristico Casa di Cura "Villa Grazia"; *Infermiere Casa di Cura "Villa Grazia".

Le RSA (Residenze Sanitario Assistenziali) sono strutture create per la gestione delle persone anziane non autosufficienti. All'interno delle quali sono state realizzate dei nuclei specifici per pazienti affetti da alzheimer e disturbi comportamentali, i cosiddetti "Nuclei Alzheimer". Le problematiche di gestione dei pazienti affetti da M di Alzheimer, hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari. E' immaginabile come un sempre maggior numero di famiglie è drammaticamente coinvolto nella gestione del paziente che richiede una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. Il progressivo invecchiamento della popolazione, sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, fa ritenere queste patologie un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica.

La creazione dei nuclei alzheimer, all'interno di RSA, deve pertanto rappresentare per il paziente ed i suoi familiari un luogo in cui l'agitazione, le reazioni violente o il vagabondaggio, siano il più possibile contenute.

Viene presentato il caso di un paziente A.P. maschio di 83 anni, affetto da deficit cognitivo di grado moderato di origine mista, con disturbi del comportamento. Ipertensione arteriosa, pregressa cardiopatia ischemica, BPCO. Il paziente durante il ricovero nella nostra struttura è risultato tranquillo e collaborante anche se presentava episodi di facile irritabilità. Esegue sia ordini semplici che complessi, se non stimolato tende all'apatia. Il paziente è stato inserito nel nostro programma di sostegno e riabilitazione cognitiva che ha previsto: rot seminformale, proiezione di video e commento, terapia occupazionale e di stimolazione psicomotoria. La partecipazione a tali attività è risultata gradualmente crescente raggiungendo un livello adeguato. Durante il ricovero il paziente ha iniziato la terapia farmacologica con antipsicotici atipici (quetiapina 25 mg la mattina, 50 mg la sera) oltre a continuare la terapia farmacologica per i suoi disturbi internistici (acido acetilsalicilico 100 mg; enalapril 20 mg; rivastigmina 3 mg due volte al giorno; alfuzosina cloridrato 10 mg; dutasterida 0.5 mg).

E' stata inoltre somministrata la batteria di approfondimento neuropsicologico che ha confermato ulteriormente il deterioramento cognitivo moderato, generalizzato a tutte le aree indagate. Sono risultate nella norma le prove prassiche (sia bucco-facciale che ideomotoria), la prova di linguaggio ed in parte lo span di memoria.

MMSE 19/30	
IADL 0/5	
ADL 4/6	
Global Deterioration Scale 4	
15 parole di Rey RI 21.2; fr 3	Patologico
RD 0	Patologico
RICO 13/15; fr 18	Patologico
Test di memoria di prosa 0/8	Patologico
Span di cifre avanti 4	Patologico
Indietro 3	Patologico

Span spaziale avanti 2	Patologico
Indietro 0	Patologico
Matrici attenzionali numeriche 22/60	Patologico
Test della aprassia bucco-facciale 20/20	Non Patologico
Test della aprassia ideomotoria 20/20	Non Patologico
Test di fluenza verbale per categorie 25	Non Patologico
Test dell'orologio 0	Patologico

Alla fine dei due mesi di ricovero presso la nostra struttura il paziente è stato inviato presso una RSA. Dalla struttura il paziente è riuscito a fuggire, poiché priva di sorveglianza, durante il giorno non vi erano attività ricreative né di stimolo, inoltre erano stati sospesi i farmaci anipsicotici, tanto che il paziente ha avuto momenti di aggressività fisica tali da inviare un altro ospite in ospedale. Per tale motivo il paziente è stato nuovamente inviato presso la nostra struttura con carattere di urgenza. Al momento del reingresso P.A. ha ripreso i laboratori di terapia occupazionale, nonché la terapia con quetiapina: il paziente è nuovamente tranquillo e collaborativo, riconosce come propria abitazione la struttura, individua come parenti i diversi operatori.

Abbiamo voluto presentare questo semplice caso, ma importante ai fini organizzativi, perché spesso nella nostra esperienza ci siamo trovati a dover contenere situazioni in cui la complessità gestionale del paziente Alzheimer viene sottovalutata, se non addirittura non è così semplice prendersi cura di un paziente affetto da morbo di alzheimer senza avere non solo la struttura adeguata ma anche e soprattutto tutto il personale addestrato alla relazione con tali pazienti. È per tale motivo auspicabile che si riesca a creare nelle RSA i nuclei alzheimer che ovviamente necessitano di personale non solo altamente qualificato, ma in numero appropriato, per la gestione della patologia stessa.