



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Medicina & Chirurgia

DISTURBI COGNITIVI E PSICHIATRICI NELL'ANZIANO

**COGNITIVE AND PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE
ELDERLY**

Relatore: **Chiar.ma**

DOTT.SSA EMMA ESPINOSA

Tesi di Laurea di:

**MAUREEN
ABOH NKWADI**

A.A. 2024/2025

Abstract

Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide cliniche e di sanità pubblica più complesse della medicina contemporanea. In questo scenario demografico, la salute mentale geriatrica assume un ruolo di primaria importanza. Il presente lavoro di tesi si propone di analizzare il vasto panorama dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano, esplorandone le criticità diagnostiche, le implicazioni cliniche e i modelli di gestione assistenziale.

Attraverso un'attenta disamina della letteratura, lo studio evidenzia l'elevata prevalenza e la frequente comorbidità tra alterazioni neurocognitive (come le demenze e il *Mild Cognitive Impairment*) e quadri psicopatologici (quali depressione *late-life*, stati d'ansia, deliri e psicosi). Un focus particolare è dedicato all'estrema complessità della diagnosi differenziale, resa ardua dalla sovrapposizione sintomatologica, evidente ad esempio nei casi di "pseudodemenza" depressiva o nell'insorgenza di *delirium* sovrapposto a demenza.

L'elaborato sottolinea, inoltre, l'inadeguatezza di un approccio esclusivamente biologico, ribadendo la necessità di adottare un modello biopsicosociale: nell'anziano, le traiettorie cliniche sono profondamente influenzate da fattori interconnessi quali isolamento sociale, perdita del ruolo, declino funzionale e lutto. Parallelamente, l'analisi fa emergere come il peso di tali patologie si estenda inesorabilmente sul nucleo familiare, rendendo il supporto ai *caregiver* e la prevenzione del loro *burnout* un obiettivo terapeutico imprescindibile.

In conclusione, la tesi evidenzia l'urgenza di superare lo stigma e i pregiudizi legati all'età, che spesso portano a etichettare erroneamente il declino dell'umore o delle facoltà mentali come una "normale" conseguenza della vecchiaia. Per mitigare l'impatto di questi disturbi è essenziale promuovere un paradigma di cura multidisciplinare e integrato, capace di coniugare terapie farmacologiche, supporto psicologico e interventi ambientali, al fine di tutelare la qualità di vita e la dignità del paziente anziano.

INDICE

1. Introduzione

1.1. Invecchiamento della popolazione e impatto sanitario

1.2. Disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

1.3. Epidemiologia

1.4. Fattori di rischio

1.5. Obiettivi dell'elaborato

2. Disturbi cognitivi nell'anziano

2.1. Definizione e classificazione

2.2. Eziologia ed eziopatogenesi

2.3. Manifestazioni cliniche

2.4. Diagnosi

2.4.1. Anamnesi ed esame clinico

2.4.2. Test neuropsicologici

2.4.3. Neuroimaging

2.4.4. Biomarcatori

2.5 I Disturbi Cognitivi

2.5.1 Mild cognitive impairment (MCI)

2.5.2 La Demenza

2.6. Diagnosi differenziale

3. Disturbi psichiatrici nell'anziano

3.1. Definizione

3.2. Epidemiologia e fattori di rischio

3.3. Eziologia ed eziopatogenesi

3.4. I Disturbi Psichiatrici

3.4.1 Disturbi dell'umore

3.4.1.1. Depressione nell'anziano

3.4.1.2. Pseudodemenza depressiva

3.4.1.3. Disturbo bipolare

3.4.2. I Disturbi Neurocognitivi

3.4.2.1. BPSD

3.5. Delirium

3.6. Disturbi d'ansia

3.6.1. Ansia generalizzata

3.6.2. Fobie e disturbo di panico

3.7. Disturbi del sonno

3.8. Dipendenze

3.9. Diagnosi dei disturbi psichiatrici

4. La sovrapposizione tra disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

4.1. Evoluzione del concetto di sovrapposizione

4.2. Meccanismi fisiopatologici condivisi

4.2.1. Neuroinfiammazione

4.2.2. Stress ossidativo

4.2.3. Disfunzione dei neurotrasmettitori

4.2.4. Fattori genetici

4.3. Manifestazioni cliniche

4.3.1. Pseudodemenza

4.3.2. BPSD

4.3.3. Deficit cognitivi nei disturbi psicotici

4.4. La diagnosi differenziale

4.4.1. Valutazione clinica

4.4.2. Test neuropsicologici

4.4.3. Biomarcatori

4.5. Implicazioni cliniche e prognostiche

5. Trattamento dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

5.1. Premessa: la complessità del trattamento geriatrico

5.1.1. Modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche

5.1.2. Polifarmacoterapia

5.1.3. Appropriata prescrizione

5.2. Terapia dei disturbi cognitivi

5.2.1. Terapia farmacologica

5.2.2. Terapie disease-modifying

5.2.3. Trattamento del delirium

5.2.4. Terapie non farmacologiche

5.3. Terapia dei disturbi psichiatrici

5.3.1. Depressione

5.3.2. Disturbi d'ansia

5.3.3. Disturbi psicotici

5.3.4. BPSD

5.4. Approccio multidisciplinare

5.4.1. Il ruolo del caregiver

5.4.2. Il supporto familiare

5.4.3. Il team multidisciplinare

6. Conclusioni e prospettive future

Bibliografia e Sitografia

Ringraziamenti

1. Introduzione

1.1. Invecchiamento della popolazione e impatto sanitario

L'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei principali cambiamenti demografici del XXI secolo e costituisce una sfida crescente per i sistemi sanitari e assistenziali. Grazie ai progressi della medicina, al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e all'aumento dell'aspettativa di vita, il numero delle persone anziane è aumentato significativamente negli ultimi decenni. Secondo la World Health Organization (WHO, 2024), entro il 2030 una persona su sei nel mondo avrà un'età pari o superiore a 60 anni, mentre entro il 2050 la popolazione mondiale over 60 raggiungerà circa 2,1 miliardi di individui.

L'Italia rappresenta uno dei Paesi con il più elevato indice di invecchiamento al mondo. Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT, 2025), il progressivo aumento della popolazione anziana è associato a una maggiore prevalenza di patologie croniche e degenerative, con importanti ripercussioni sull'organizzazione dei servizi sanitari e socioassistenziali.

Tra le condizioni maggiormente associate all'invecchiamento assumono particolare rilevanza i disturbi cognitivi e psichiatrici. Le demenze, il deterioramento cognitivo lieve, la depressione, i disturbi d'ansia e il delirium rappresentano importanti cause di disabilità e perdita dell'autonomia funzionale nell'anziano. La World Health Organization (2025) stima che oltre 55 milioni di persone nel mondo convivano con una forma di demenza e che ogni anno si registrino quasi 10 milioni di nuovi casi, rendendo tale patologia una delle principali sfide sanitarie globali.

Anche i disturbi psichiatrici sono frequenti nella popolazione geriatrica. La depressione, in particolare, rappresenta una delle condizioni più comuni e spesso si associa a patologie croniche e deficit cognitivi, influenzando negativamente la qualità della vita e aumentando il rischio di disabilità. Il National Institute on Aging (NIA, 2024) sottolinea come la frequente coesistenza di sintomi cognitivi e psichiatrici renda complessa la diagnosi e richieda un approccio multidisciplinare.

Alla luce di queste considerazioni, l'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle principali sfide della medicina moderna. La prevenzione dei fattori di rischio, la diagnosi

precoce e una gestione terapeutica integrata risultano fondamentali per migliorare la qualità della vita dell'anziano e ridurre l'impatto sanitario e sociale delle patologie neurocognitive e psichiatriche.

Ambito	Principali conseguenze
Demografico	Aumento della popolazione anziana
Sanitario	Incremento delle malattie croniche
Neurologico	Maggiore prevalenza di demenze e deficit cognitivi
Psichiatrico	Aumento di depressione, ansia e delirium
Sociale	Maggiore necessità di assistenza e supporto ai caregiver

Tabella 1.1. Conseguenze dell'invecchiamento della popolazione

1.2 Disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

L'invecchiamento è accompagnato da una serie di cambiamenti fisiologici che interessano il sistema nervoso centrale e che possono determinare una progressiva riduzione delle capacità cognitive e dell'equilibrio psichico. Sebbene un lieve declino di alcune funzioni cognitive possa essere considerato parte del normale processo di invecchiamento, la comparsa di deficit significativi o di sintomi psichiatrici persistenti non deve essere considerata una conseguenza inevitabile dell'età avanzata, ma richiede un'adeguata valutazione clinica.

I disturbi cognitivi comprendono un insieme eterogeneo di condizioni caratterizzate da un deterioramento delle funzioni cognitive superiori, quali memoria, attenzione, linguaggio, orientamento, funzioni esecutive e capacità visuospatiali. Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), tali disturbi vengono

classificati in disturbo neurocognitivo lieve e disturbo neurocognitivo maggiore, quest'ultimo comunemente identificato con il termine di *demenza*. Le principali forme di demenza comprendono la malattia di Alzheimer, la demenza vascolare, la demenza a corpi di Lewy e la demenza frontotemporale.

Parallelamente, i disturbi psichiatrici rappresentano una problematica di notevole rilevanza nella popolazione anziana. La depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi psicotici, il disturbo bipolare, il delirium e i disturbi del sonno sono condizioni frequentemente riscontrate e possono manifestarsi sia come patologie indipendenti sia in associazione ai disturbi neurocognitivi. Secondo la World Health Organization, i disturbi mentali nell'anziano costituiscono una delle principali cause di disabilità e riduzione della qualità della vita, contribuendo significativamente al carico globale di malattia.

Una delle principali peculiarità della popolazione geriatrica è rappresentata dalla frequente sovrapposizione tra sintomi cognitivi e sintomi psichiatrici. Ad esempio, la depressione può manifestarsi con deficit di memoria e difficoltà di concentrazione, configurando il quadro clinico della cosiddetta pseudodemenza depressiva, mentre le demenze possono essere accompagnate da sintomi comportamentali e psicologici, noti come Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), che comprendono agitazione, apatia, depressione, ansia, allucinazioni e disturbi del sonno.

La relazione tra disturbi cognitivi e psichiatrici è complessa e bidirezionale. Numerosi studi hanno evidenziato come alterazioni neurodegenerative, processi neuroinfiammatori, disfunzioni dei sistemi neurotrasmettitoriali e fattori genetici possano contribuire allo sviluppo di entrambe le condizioni. Inoltre, la presenza di un disturbo psichiatrico può aumentare il rischio di sviluppare un deterioramento cognitivo, così come il declino cognitivo può favorire la comparsa di sintomi psichiatrici.

Dal punto di vista clinico, la distinzione tra disturbi cognitivi e psichiatrici rappresenta spesso una sfida diagnostica. Una valutazione accurata richiede un approccio multidisciplinare che integri anamnesi, esame obiettivo, valutazione neuropsicologica, esami di laboratorio e tecniche di neuroimaging, al fine di identificare le cause sottostanti e impostare il trattamento più appropriato.

La crescente diffusione di tali patologie nella popolazione anziana rende fondamentale una maggiore attenzione alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla gestione integrata dei pazienti. Un approccio multidisciplinare, che coinvolga geriatri, neurologi, psichiatri, psicologi,

medici di medicina generale e caregiver, rappresenta uno degli strumenti più efficaci per migliorare la qualità di vita del paziente anziano e ridurre il carico assistenziale associato a queste condizioni.

Disturbi cognitivi	Disturbi psichiatrici
Compromissione della memoria	Alterazioni dell'umore
Deficit dell'attenzione	Ansia
Disturbi del linguaggio	Depressione
Alterazioni delle funzioni esecutive	Psicosi
Deficit visuospatiali	Disturbo bipolare
Demenze	Disturbi del sonno
Delirium	Sintomi comportamentali

Tabella 1.2. Principali caratteristiche dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

1.3 Epidemiologia

Il quadro epidemiologico dei disturbi cognitivi e psichiatrici nella popolazione anziana rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari moderni. Il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale, associato all'aumento dell'aspettativa di vita, ha determinato una crescita significativa della prevalenza delle malattie neurodegenerative e dei disturbi mentali correlati all'età. Tale fenomeno interessa in modo particolare i Paesi industrializzati e, tra questi, l'Italia, che presenta uno dei più elevati indici di vecchiaia a livello europeo.

Secondo la World Health Organization (WHO), le demenze costituiscono una delle principali cause di disabilità e dipendenza nella popolazione anziana. Nei Paesi industrializzati si stima che circa il 7-8% delle persone di età superiore ai 65 anni sia affetto da una forma di demenza. La prevalenza aumenta progressivamente con l'età, superando il 20% nella popolazione con più di 80 anni, a conferma della stretta relazione tra invecchiamento e deterioramento cognitivo.

Anche il contesto italiano riflette tale tendenza. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), oltre un milione di persone convive con una forma di demenza, mentre circa tre milioni di individui sono coinvolti direttamente nell'assistenza dei pazienti in qualità di familiari o caregiver. Le proiezioni epidemiologiche indicano che il numero dei casi è destinato ad aumentare nei prossimi decenni, principalmente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.

Tra le varie forme di demenza, la malattia di Alzheimer rappresenta la patologia più frequente, costituendo circa il 50-60% dei casi. Un'altra condizione di particolare interesse clinico è il Mild Cognitive Impairment (MCI), o deterioramento cognitivo lieve, considerato uno stadio intermedio tra il normale invecchiamento e la demenza. Studi epidemiologici indicano che tale condizione interessa circa il 10-15% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Oltre ai disturbi cognitivi, anche le patologie psichiatriche sono altamente prevalenti nella popolazione geriatrica. La depressione maggiore interessa una quota significativa degli anziani, mentre i sintomi depressivi e ansiosi, anche in forma subclinica, risultano ancora più frequenti. Tali disturbi non solo compromettono la qualità della vita, ma rappresentano importanti fattori di rischio per il declino cognitivo e per la perdita dell'autonomia funzionale.

Nel confronto con il resto d'Europa, i dati italiani risultano generalmente leggermente superiori alla media, soprattutto per quanto riguarda le demenze e i sintomi depressivi. Questa differenza è attribuibile principalmente all'elevata percentuale di "grandi anziani" (over 80 anni) presente nel nostro Paese, fascia di età nella quale la prevalenza di tali patologie aumenta in maniera significativa.

Disturbo	Popolazione	Media europea	Italia
Demenze (totale)	Over 65	7-8%	8,3%
Demenze	Over 80	>20%	22-25%
Malattia di Alzheimer	Sul totale delle demenze	50-60%	Circa 60%
Mild Cognitive Impairment	Over 65	10-15%	12-14%
Depressione maggiore	Over 65	2-4%	3-5%
Sintomi depressivi e ansiosi	Over 65	10-12%	14-15%

Tabella 1.3. Prevalenza dei principali disturbi cognitivi e psichiatrici nella popolazione anziana

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base dei dati della World Health Organization, dell'Istituto Superiore di Sanità e della letteratura epidemiologica europea.

L'elevata prevalenza dei disturbi cognitivi e psichiatrici nella popolazione anziana, unita al progressivo aumento dell'aspettativa di vita, rende necessario lo sviluppo di strategie di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare. La crescente diffusione di queste patologie rappresenta infatti una delle principali sfide della medicina geriatrica moderna, con importanti implicazioni sanitarie, sociali ed economiche.

Età	Prevalenza
65-69	~2%
70-74	~4%
75-79	~8%
80-84	~16%
≥85	>25%

Figura 1.5. Incremento della prevalenza delle demenze con l'età

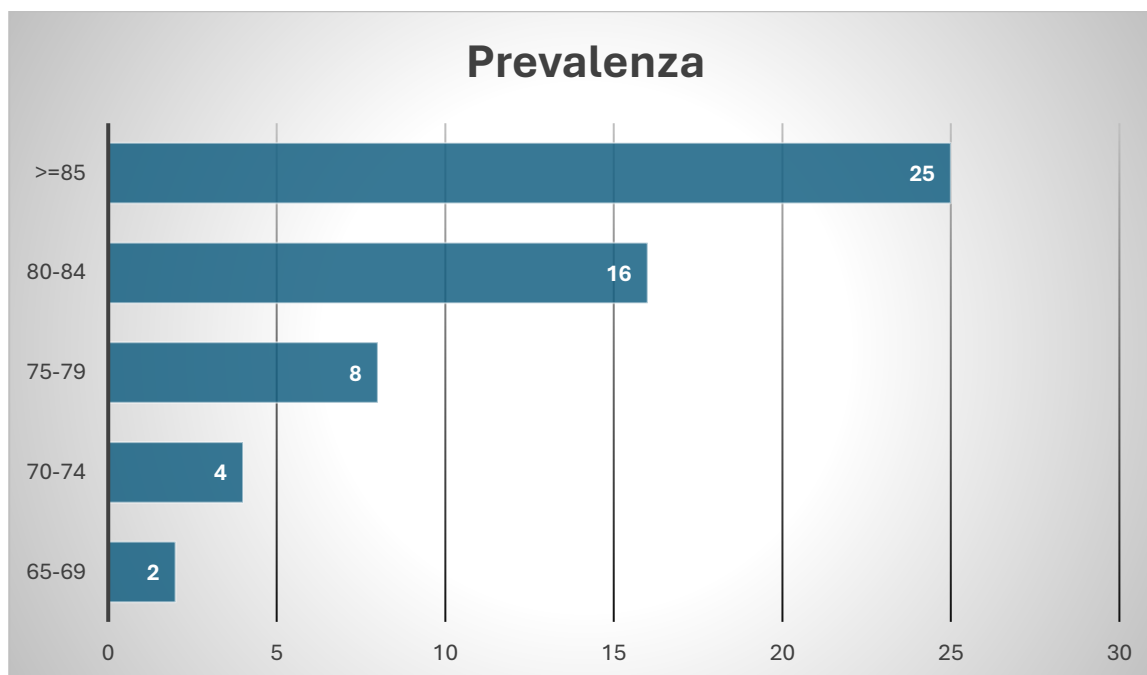


Grafico 1.5. Incremento della prevalenza delle demenze con l'età

1.4 Fattori di rischio

Lo sviluppo dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, biologici, ambientali e comportamentali. Sebbene l'invecchiamento rappresenti il principale fattore di rischio non modificabile, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che diversi fattori possono influenzare l'insorgenza e la progressione di tali patologie. La loro identificazione è fondamentale per sviluppare strategie di prevenzione e promuovere un invecchiamento sano.

I fattori di rischio possono essere distinti in non modificabili e modificabili.

Tra i fattori non modificabili, l'età avanzata rappresenta il determinante più importante. La prevalenza delle demenze e di numerosi disturbi psichiatrici aumenta progressivamente con l'età, in particolare dopo i 65 anni. Anche la predisposizione genetica svolge un ruolo significativo. Ad esempio, la presenza dell'allele **APOE ε4** è associata a un aumentato rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer, sebbene non rappresenti un fattore determinante per la comparsa della malattia. Anche il sesso può influenzare il rischio: le donne presentano una maggiore prevalenza della malattia di Alzheimer e della depressione, mentre alcuni disturbi neurodegenerativi risultano più frequenti negli uomini.

I fattori di rischio modificabili rappresentano un aspetto di particolare interesse, poiché possono essere oggetto di interventi preventivi. Secondo la *The Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care*, circa il 45% dei casi di demenza potrebbe essere associato a fattori di rischio potenzialmente modificabili nel corso della vita.

Tra i principali fattori cardiovascolari si annoverano l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, la dislipidemia, l'obesità e le malattie cerebrovascolari. Tali condizioni possono compromettere la perfusione cerebrale e favorire processi neurodegenerativi e vascolari, aumentando il rischio di deterioramento cognitivo e demenza.

Anche lo stile di vita riveste un ruolo fondamentale. Il fumo di sigaretta, il consumo eccessivo di alcol, la sedentarietà e un'alimentazione non equilibrata sono stati associati a un aumentato rischio di declino cognitivo e di disturbi dell'umore. Al contrario, una regolare attività fisica, una dieta sana,

come quella mediterranea, e il mantenimento di un adeguato livello di attività cognitiva e sociale sembrano esercitare un effetto protettivo.

Tra i fattori psicosociali, particolare importanza assumono il basso livello di istruzione, l'isolamento sociale, la solitudine e la perdita del supporto familiare. La World Health Organization sottolinea come tali condizioni possano contribuire non solo all'insorgenza della depressione e dell'ansia, ma anche aumentare il rischio di deterioramento cognitivo nell'anziano.

Anche alcune condizioni cliniche possono favorire la comparsa di disturbi cognitivi e psichiatrici. Tra queste rientrano i traumi cranici, la perdita dell'udito non trattata, i disturbi del sonno, la depressione, le malattie neurologiche e numerose patologie croniche sistemiche. In particolare, la depressione in età avanzata è considerata un importante fattore di rischio per il successivo sviluppo di demenza, sebbene il rapporto causale tra le due condizioni sia ancora oggetto di studio.

La presenza contemporanea di più fattori di rischio può aumentare significativamente la probabilità di sviluppare disturbi cognitivi e psichiatrici. Per questo motivo, le principali linee guida internazionali promuovono strategie di prevenzione basate sul controllo dei fattori cardiovascolari, sull'adozione di stili di vita salutari, sulla promozione dell'attività fisica e cognitiva e sul mantenimento delle relazioni sociali, al fine di ridurre il rischio di declino cognitivo e migliorare la salute mentale della popolazione anziana.

<u>Fattori non modificabili</u>	<u>Fattori modificabili</u>
Età avanzata	Ipertensione arteriosa
Predisposizione genetica	Diabete mellito
Sesso	Obesità
Familiarità	Fumo
	Consumo eccessivo di alcol
	Sedentarietà
	Isolamento sociale
	Depressione
	Perdita dell'udito
	Disturbi del sonno
	Basso livello di istruzione

Tabella 1.4. Principali fattori di rischio dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

1.5 Obiettivi dell'elaborato

L'aumento dell'aspettativa di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione hanno determinato una crescente diffusione dei disturbi cognitivi e psichiatrici nella popolazione anziana, rendendo tali condizioni una delle principali sfide della medicina moderna. La frequente coesistenza di deficit cognitivi e sintomi psichiatrici, unitamente alla complessità diagnostica e terapeutica che li caratterizza, richiede un approccio multidisciplinare e una conoscenza approfondita dei meccanismi fisiopatologici e clinici coinvolti.

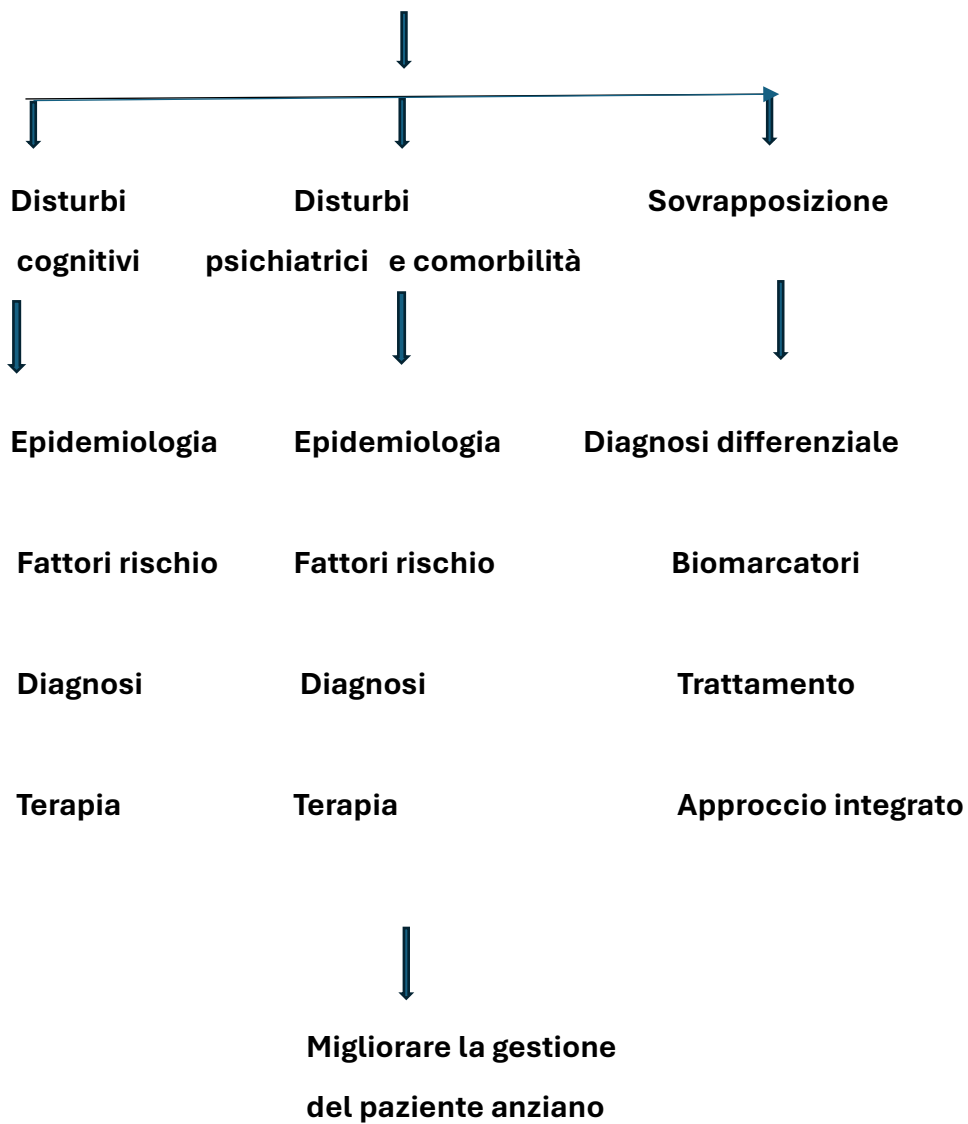
L'obiettivo del presente elaborato è fornire una panoramica aggiornata dei principali disturbi cognitivi e psichiatrici che interessano la popolazione anziana, analizzandone gli aspetti epidemiologici, i fattori di rischio, i meccanismi eziopatogenetici, le manifestazioni cliniche e gli strumenti diagnostici attualmente disponibili.

Particolare attenzione sarà rivolta alle principali forme di demenza, tra cui la malattia di Alzheimer, la demenza vascolare, la demenza a corpi di Lewy e la demenza frontotemporale, nonché ai più comuni disturbi psichiatrici dell'età geriatrica, quali depressione, disturbi d'ansia, disturbi psicotici e delirium.

Un ulteriore obiettivo dell'elaborato è approfondire la stretta relazione esistente tra disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano, evidenziando i meccanismi fisiopatologici condivisi, le manifestazioni cliniche comuni e le difficoltà della diagnosi differenziale. Saranno inoltre analizzate le implicazioni terapeutiche di tale sovrapposizione, con particolare riferimento alle strategie farmacologiche e non farmacologiche attualmente disponibili.

Infine, il lavoro si propone di sottolineare l'importanza della prevenzione, della diagnosi precoce e di un approccio assistenziale integrato, che coinvolga diverse figure professionali e il caregiver, al fine di migliorare la qualità di vita del paziente anziano e ottimizzare la gestione di queste patologie, il cui impatto sanitario, sociale ed economico è destinato a crescere nei prossimi anni.

OBIETTIVI DELL'ELABORATO



2. Disturbi cognitivi nell'anziano

I disturbi cognitivi rappresentano una delle principali problematiche sanitarie associate all'invecchiamento della popolazione e costituiscono una delle più frequenti cause di disabilità e perdita dell'autonomia nella persona anziana. Essi comprendono un ampio spettro di condizioni cliniche caratterizzate dalla compromissione di una o più funzioni cognitive superiori, tra cui memoria, attenzione, linguaggio, orientamento, funzioni esecutive e capacità visuospatiali, con un impatto significativo sulla qualità di vita del paziente e dei suoi familiari.

Sebbene un lieve rallentamento di alcune funzioni cognitive possa essere considerato parte del normale processo di invecchiamento, il deterioramento cognitivo patologico si distingue per la progressiva compromissione delle attività quotidiane e delle relazioni sociali. La distinzione tra invecchiamento fisiologico e patologico rappresenta pertanto un aspetto fondamentale nella pratica clinica, al fine di identificare precocemente le condizioni suscettibili di trattamento o di interventi preventivi.

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), i disturbi cognitivi rientrano nella categoria dei disturbi neurocognitivi e vengono classificati in disturbo neurocognitivo lieve e disturbo neurocognitivo maggiore. Il disturbo neurocognitivo lieve è caratterizzato da un modesto declino delle funzioni cognitive, generalmente compatibile con il mantenimento dell'autonomia personale, mentre il disturbo neurocognitivo maggiore comporta una compromissione significativa dell'indipendenza funzionale e comprende le principali forme di demenza.

Le cause dei disturbi cognitivi nell'anziano sono molteplici e comprendono patologie neurodegenerative, malattie cerebrovascolari, alterazioni metaboliche, infezioni, traumi cranici e altre condizioni mediche sistemiche. Tra le forme neurodegenerative, la malattia di Alzheimer rappresenta la causa più frequente di demenza, seguita dalla demenza vascolare, dalla demenza a corpi di Lewy e dalla demenza frontotemporale. Tuttavia, il deterioramento cognitivo può anche essere secondario a condizioni potenzialmente reversibili, come deficit vitaminici, alterazioni endocrine, effetti collaterali di farmaci e disturbi dell'umore.

Negli ultimi anni, l'interesse della comunità scientifica si è concentrato sulla diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, con particolare attenzione al Mild Cognitive Impairment (MCI), considerato una condizione intermedia tra il normale invecchiamento e la demenza.

L'identificazione precoce dei soggetti a rischio consente di attuare interventi preventivi e terapeutici finalizzati a rallentare la progressione della malattia e a preservare il più a lungo possibile l'autonomia e la qualità di vita del paziente.

La gestione dei disturbi cognitivi richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga geriatri, neurologi, psichiatri, psicologi, medici di medicina generale e altre figure professionali sanitarie. Una valutazione completa deve integrare anamnesi, esame clinico, test neuropsicologici, esami di laboratorio e tecniche di neuroimaging, al fine di formulare una diagnosi accurata e impostare il trattamento più appropriato.

Alla luce della crescente diffusione dei disturbi cognitivi nella popolazione anziana e del loro importante impatto sanitario, sociale ed economico, risulta fondamentale approfondirne gli aspetti epidemiologici, eziopatogenetici, clinici e terapeutici, al fine di migliorare le strategie di prevenzione, diagnosi e assistenza.

2.1 Definizione e classificazione

I disturbi cognitivi comprendono un insieme di condizioni cliniche caratterizzate dalla compromissione acquisita di una o più funzioni cognitive superiori, quali memoria, attenzione, linguaggio, apprendimento, funzioni esecutive, capacità percettivo-motorie e cognizione sociale. Tali alterazioni possono presentarsi con diversi gradi di severità e influenzare in misura variabile l'autonomia e la qualità di vita dell'individuo.

È importante distinguere il normale processo di **invecchiamento** dal **deterioramento cognitivo patologico**. Nel corso dell'invecchiamento fisiologico possono verificarsi lievi modificazioni delle capacità cognitive, come un rallentamento nella velocità di elaborazione delle informazioni o una ridotta capacità di richiamare rapidamente alcuni ricordi. Tuttavia, tali cambiamenti non compromettono significativamente le attività della vita quotidiana né l'indipendenza funzionale della persona.

Secondo il **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)**, i disturbi cognitivi rientrano nella categoria dei disturbi neurocognitivi e vengono distinti in disturbo neurocognitivo lieve e disturbo neurocognitivo maggiore.

Il disturbo neurocognitivo lieve è caratterizzato da un modesto declino di una o più funzioni cognitive rispetto al precedente livello di funzionamento, documentabile attraverso la valutazione

clinica e i test neuropsicologici. In questa fase il soggetto mantiene generalmente la propria autonomia nelle attività quotidiane, pur potendo richiedere maggior impegno nello svolgimento di compiti complessi. Questa condizione corrisponde frequentemente al **Mild Cognitive Impairment (MCI)**, considerato uno stadio intermedio tra il normale invecchiamento e la demenza.

Il disturbo neurocognitivo maggiore, comunemente definito demenza, è invece caratterizzato da un significativo deterioramento delle funzioni cognitive tale da compromettere l'autonomia personale e le normali attività della vita quotidiana. Il deficit cognitivo interessa una o più aree funzionali e determina una progressiva perdita dell'indipendenza, con importanti ripercussioni sul piano clinico, sociale e assistenziale.

Dal punto di vista eziologico, i disturbi neurocognitivi maggiori possono essere classificati in diverse forme. La malattia di Alzheimer rappresenta la causa più frequente di demenza, seguita dalla demenza vascolare, dalla demenza a corpi di Lewy e dalla demenza frontotemporale. Esistono inoltre forme secondarie a patologie metaboliche, infettive, traumatiche o tossiche, alcune delle quali possono essere parzialmente o completamente reversibili se trattate precocemente.

Anche la **International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)** della World Health Organization classifica i disturbi neurocognitivi sulla base dell'eziologia e delle caratteristiche cliniche, sottolineando l'importanza di una diagnosi accurata per l'identificazione delle diverse forme patologiche e per la pianificazione del trattamento più appropriato.

La classificazione dei disturbi cognitivi assume un ruolo fondamentale nella pratica clinica, poiché consente di distinguere le alterazioni cognitive fisiologiche dall'invecchiamento patologico, individuare precocemente i soggetti a rischio di progressione verso la demenza e orientare il percorso diagnostico e terapeutico del paziente anziano.

Categoria	Caratteristiche
Invecchiamento fisiologico	Lieve declino cognitivo senza perdita dell'autonomia
Disturbo neurocognitivo lieve (MCI)	Modesto declino cognitivo con autonomia conservata
Disturbo neurocognitivo maggiore (Demenza)	Importante deterioramento cognitivo con perdita dell'autonomia

Tabella 2.2. Classificazione dei disturbi cognitivi secondo il DSM-5-TR

2.2 Eziologia ed eziopatogenesi

L'eziologia dei disturbi cognitivi nell'anziano è multifattoriale e comprende l'interazione di fattori genetici, biologici, vascolari, metabolici e ambientali. Nella maggior parte dei casi, il deterioramento cognitivo è il risultato di processi neurodegenerativi progressivi, spesso associati ad alterazioni cerebrovascolari e ad altre patologie croniche tipiche dell'età avanzata.

Tra le principali cause dei disturbi cognitivi figurano le malattie neurodegenerative, in particolare la malattia di Alzheimer, la demenza vascolare, la demenza a corpi di Lewy e la demenza frontotemporale. Tuttavia, il declino cognitivo può essere favorito anche da fattori di rischio cardiovascolari, quali ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia e obesità, che contribuiscono al danno cerebrale attraverso alterazioni della circolazione sanguigna e della perfusione cerebrale.

Dal punto di vista eziopatogenetico, uno dei principali meccanismi coinvolti è la progressiva perdita di neuroni e delle connessioni sinaptiche, con conseguente compromissione delle funzioni cognitive. A questi processi si associano fenomeni di neuroinfiammazione, stress ossidativo e alterazioni dei sistemi neurotrasmettitoriali, che contribuiscono alla progressione del danno cerebrale.

Anche i fattori genetici svolgono un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi cognitivi. In particolare, la presenza dell'allele **APOE ε4** è considerata uno dei principali fattori genetici di suscettibilità per la malattia di Alzheimer a esordio tardivo, sebbene la comparsa della malattia dipenda dall'interazione tra predisposizione genetica e fattori ambientali.

Negli ultimi anni, numerosi studi hanno evidenziato come il deterioramento cognitivo derivi dall'interazione di molteplici meccanismi patologici piuttosto che da una singola causa. Tale complessità rende fondamentale un approccio multidisciplinare finalizzato alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento delle diverse condizioni responsabili del declino cognitivo nell'anziano.

Principali meccanismi eziopatogenetici dei disturbi cognitivi

I principali meccanismi coinvolti nello sviluppo dei disturbi cognitivi nell'anziano comprendono:

- **Neurodegenerazione:** progressiva perdita dei neuroni e delle connessioni sinaptiche, con conseguente compromissione delle funzioni cognitive.
- **Alterazioni vascolari:** riduzione della perfusione cerebrale dovuta a patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, che può favorire il deterioramento cognitivo.

- **Neuroinfiammazione:** attivazione cronica dei processi infiammatori del sistema nervoso centrale, associata al danno neuronale e alla progressione delle malattie neurodegenerative.
- **Stress ossidativo:** aumento della produzione di radicali liberi e riduzione dei meccanismi di difesa antiossidanti, con conseguente danno alle cellule nervose.
- **Fattori genetici:** predisposizione ereditaria che può aumentare il rischio di sviluppare alcune forme di demenza, come nel caso dell'allele APOE ε4 per la malattia di Alzheimer.
- **Alterazioni dei neurotrasmettitori:** modificazioni dei sistemi colinergico, dopaminergico e serotoninergico, che contribuiscono alla comparsa dei deficit cognitivi e comportamentali.

2.3 Manifestazioni cliniche

Principali manifestazioni cliniche dei disturbi cognitivi

Le manifestazioni più frequentemente osservate comprendono:

- **Deficit della memoria:** difficoltà nel ricordare eventi recenti e acquisire nuove informazioni.
- **Alterazione delle funzioni esecutive:** difficoltà nella pianificazione, organizzazione e risoluzione dei problemi.
- **Disturbi del linguaggio:** ridotta capacità di espressione o comprensione verbale.
- **Deficit visospaziali:** difficoltà nell'orientamento e nel riconoscimento di persone o luoghi.
- **Alterazioni comportamentali e dell'umore:** apatia, irritabilità, ansia, depressione e agitazione.
- **Perdita dell'autonomia funzionale:** progressiva compromissione delle attività quotidiane.

2.4 Diagnosi

La diagnosi dei disturbi cognitivi nell'anziano rappresenta un processo multidimensionale che richiede l'integrazione di dati clinici, neuropsicologici, strumentali e laboratoristici. L'obiettivo principale è distinguere il normale invecchiamento dal deterioramento cognitivo patologico, identificare eventuali cause reversibili e definire la specifica forma di disturbo neurocognitivo.

Le attuali linee guida raccomandano un approccio multidisciplinare, che coinvolga diverse figure professionali e utilizzi strumenti diagnostici complementari per formulare una diagnosi accurata e impostare un adeguato percorso terapeutico.

2.4.1 Anamnesi ed esame clinico

L'anamnesi rappresenta il primo passo del percorso diagnostico e deve raccogliere informazioni sulla comparsa e sull'evoluzione dei sintomi cognitivi e comportamentali, sulle patologie concomitanti, sull'uso di farmaci e sulla storia familiare. Il coinvolgimento dei familiari o dei caregiver è spesso fondamentale per ottenere una valutazione accurata delle modificazioni funzionali del paziente.

L'esame clinico comprende la valutazione neurologica e lo stato mentale generale, con particolare attenzione alle funzioni cognitive, motorie e comportamentali, nonché alla ricerca di eventuali cause secondarie di deterioramento cognitivo.

2.4.2 Test neuropsicologici

I test neuropsicologici consentono di valutare in modo standardizzato le principali funzioni cognitive, tra cui memoria, attenzione, linguaggio, orientamento e funzioni esecutive. Essi rappresentano uno strumento essenziale per identificare il deterioramento cognitivo e monitorarne l'evoluzione nel tempo.

Tra i test maggiormente utilizzati nella pratica clinica si ricordano

- **Mini-Mental State Examination (MMSE)**

Il **Mini-Mental State Examination (MMSE)** è uno dei test di screening cognitivo più utilizzati nella pratica clinica per la valutazione del deterioramento cognitivo. Sviluppato da Marshal Folstein e collaboratori nel 1975, il test valuta diverse funzioni cognitive, tra cui orientamento

temporo-spaziale, memoria, attenzione e calcolo, linguaggio e capacità visuocostruttive. Il punteggio massimo è di 30 punti; valori inferiori possono indicare la presenza di un deficit cognitivo, sebbene l'interpretazione debba tenere conto dell'età e del livello di istruzione del paziente. Grazie alla sua semplicità e rapidità di esecuzione, il MMSE rappresenta uno degli strumenti di primo livello per lo screening dei disturbi cognitivi nell'anziano.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Il **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** è un test di screening cognitivo sviluppato nel 2005 da Ziad Nasreddine per l'identificazione precoce del **Mild Cognitive Impairment (MCI)** e delle forme iniziali di demenza. Rispetto al Mini-Mental State Examination (MMSE), il MoCA presenta una maggiore sensibilità nel rilevare i deficit cognitivi lievi, motivo per cui è ampiamente utilizzato nella pratica clinica e nella ricerca.

Il test valuta diverse funzioni cognitive attraverso una serie di esercizi che esplorano:

- **attenzione e concentrazione;**
- **funzioni esecutive;**
- **memoria a breve termine;**
- **linguaggio;**
- **abilità visuospatiali;**
- **capacità di astrazione;**
- **calcolo;**
- **orientamento temporale e spaziale.**

Il punteggio massimo ottenibile è di **30 punti**. Generalmente, un punteggio pari o superiore a **26** è considerato nella norma, mentre valori inferiori possono suggerire la presenza di un deterioramento cognitivo, sebbene l'interpretazione debba sempre considerare l'età, il livello di istruzione e il contesto clinico del paziente. Per i soggetti con un livello di istruzione pari o inferiore a 12 anni, è prevista l'aggiunta di un punto correttivo al punteggio finale.

Grazie alla sua elevata sensibilità diagnostica, il MoCA rappresenta uno degli strumenti di screening più utilizzati per la valutazione dei disturbi cognitivi nell'anziano e costituisce un valido supporto per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di evoluzione verso forme di demenza.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
Version 8.1 English

Name: _____ Education: _____ Sex: _____ Date of birth: _____ DATE: _____

VISUOSPATIAL/EXECUTIVE		Copy cube	Draw CLOCK (Ten past eleven) (3 points)	POINTS			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contour <input type="checkbox"/> Numbers <input type="checkbox"/> Hands	___/5			
NAMING					___/3		
MEMORY	Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	NO POINTS
	1 st TRIAL						
	2 nd TRIAL						
ATTENTION	Read list of digits (1 digit/sec.). Subject has to repeat them in the forward order. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 Subject has to repeat them in the backward order. <input type="checkbox"/> 7 4 2						___/2
	Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if > 2 errors <input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B						___/1
	Serial 7 subtraction starting at 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 or 5 correct subtractions: 3 pts. 2 or 3 correct: 2 pts. 1 correct: 1 pt. 0 correct: 0						___/3
LANGUAGE	Repeat: I only know that John is the one to help today. <input type="checkbox"/> The cat always hid under the couch when dogs were in the room. <input type="checkbox"/>						___/2
	Fluency: Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 words)						___/1
ABSTRACTION	Similarity between e.g. orange - banana = fruit <input type="checkbox"/> train - bicycle <input type="checkbox"/> watch - ruler						___/2
DELAYED RECALL	(MIS) Has to recall words WITH NO CUE <input type="checkbox"/>	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	Points for UNCUED recall only
	X3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	X2 Category cue						
	X1 Multiple choice cue						MIS = ___/15
ORIENTATION	<input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Place <input type="checkbox"/> City						___/6
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org		MIS: /15 (Normal ≥ 26/30) Add 1 point if ≤ 12 yr edu		TOTAL		___/30	

Administered by: _____
Training and Certification are required to ensure accuracy

Figura 2.1. Esempio di scheda del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

2.4.3 Neuroimaging

Le tecniche di neuroimaging svolgono un ruolo importante nella diagnosi dei disturbi cognitivi, permettendo di individuare alterazioni strutturali e funzionali del sistema nervoso centrale.

La **tomografia computerizzata (TC)** e la **risonanza magnetica (RM)** rappresentano gli esami di primo livello e consentono di evidenziare atrofia cerebrale, lesioni vascolari o altre patologie intracraniche. Tecniche avanzate, come la **tomografia a emissione di positroni (PET)**, possono fornire informazioni aggiuntive sul metabolismo cerebrale e sui processi neurodegenerativi.

2.4.4 Biomarcatori

Negli ultimi anni, i biomarcatori hanno assunto un ruolo sempre più rilevante nella diagnosi precoce dei disturbi neurocognitivi, in particolare della malattia di Alzheimer.

I principali biomarcatori comprendono la valutazione delle proteine **β-amiloide** e **tau** nel liquido cerebrospinale e le più recenti tecniche di imaging molecolare mediante PET. Inoltre, lo sviluppo di biomarcatori plasmatici rappresenta una prospettiva promettente per una diagnosi meno invasiva e più accessibile.

L'utilizzo integrato di dati clinici, test neuropsicologici, tecniche di neuroimaging e biomarcatori consente oggi una diagnosi sempre più precoce e accurata dei disturbi cognitivi nell'anziano.

2.5 I Disturbi Cognitivi

2.5.1 Mild Cognitive Impairment (MCI)

Il Mild Cognitive Impairment (MCI), o deterioramento cognitivo lieve, rappresenta una condizione clinica caratterizzata da un declino delle funzioni cognitive superiore a quello atteso per l'età e il livello di istruzione del soggetto, ma non tale da compromettere significativamente l'autonomia nelle attività della vita quotidiana. Tale condizione è considerata uno stadio intermedio tra il normale invecchiamento cognitivo e la demenza.

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), il MCI rientra nella categoria dei disturbi neurocognitivi lievi ed è caratterizzato da una modesta compromissione di una o più funzioni cognitive, tra cui memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive e capacità visuospatiali.

Il sintomo più frequentemente osservato è il deficit della memoria, soprattutto nella capacità di apprendere nuove informazioni o ricordare eventi recenti. Tuttavia, possono essere interessati anche altri domini cognitivi, senza che ciò determini una significativa perdita dell'autonomia personale. I pazienti, infatti, riescono generalmente a svolgere le normali attività quotidiane, pur richiedendo un maggiore impegno nello svolgimento di compiti complessi.

L'eziologia del MCI è eterogenea e comprende cause neurodegenerative, vascolari, metaboliche e psichiatriche. In alcuni casi, il deterioramento cognitivo lieve rappresenta una fase precoce della malattia di Alzheimer o di altre forme di demenza, mentre in altri può rimanere stabile nel tempo o, raramente, regredire se associato a condizioni reversibili.

La diagnosi si basa sull'anamnesi, sulla valutazione clinica e sull'impiego di test neuropsicologici standardizzati, come il Mini-Mental State Examination (MMSE) e il Montreal Cognitive Assessment (MoCA), integrati, quando necessario, da esami di neuroimaging e biomarcatori.

Attualmente non esiste un trattamento farmacologico specifico approvato per il MCI. Le principali strategie terapeutiche sono orientate al controllo dei fattori di rischio cardiovascolari e metabolici, alla promozione di uno stile di vita sano, all'attività fisica regolare, alla stimolazione cognitiva e al mantenimento delle relazioni sociali, interventi che possono contribuire a rallentare il declino cognitivo e migliorare la qualità della vita del paziente.

L'identificazione precoce del Mild Cognitive Impairment riveste un ruolo fondamentale nella pratica clinica, poiché consente di individuare i soggetti a maggior rischio di evoluzione verso forme di demenza e di attuare strategie preventive e terapeutiche mirate.

Principali caratteristiche del MCI

Il Mild Cognitive Impairment è caratterizzato da:

- Lieve deterioramento delle funzioni cognitive.
- Autonomia nelle attività quotidiane generalmente conservata.
- Maggiore rischio di evoluzione verso la demenza.
- Possibile stabilizzazione o regressione in alcuni casi.
- Necessità di monitoraggio clinico periodico.

2.5.2 La Demenza

Le demenze rappresentano un gruppo eterogeneo di patologie neurodegenerative caratterizzate da un progressivo deterioramento delle funzioni cognitive, tale da compromettere l'autonomia del

paziente nelle attività della vita quotidiana. Esse costituiscono una delle principali cause di disabilità e dipendenza nella popolazione anziana e rappresentano una sfida crescente per i sistemi sanitari a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.

Secondo la **World Health Organization (WHO)**, la demenza è una sindrome generalmente cronica e progressiva, caratterizzata dal deterioramento della memoria, del pensiero, del comportamento e della capacità di svolgere le normali attività quotidiane. Sebbene l'età rappresenti il principale fattore di rischio, la demenza non costituisce una conseguenza fisiologica dell'invecchiamento.

Le demenze possono essere classificate in base ai meccanismi patologici sottostanti. La **malattia di Alzheimer** rappresenta la forma più frequente, essendo responsabile di circa il 60-70% dei casi, seguita dalla **demenza vascolare**, dalla **demenza a corpi di Lewy** e dalla **demenza frontotemporale**. Ciascuna di queste patologie presenta caratteristiche cliniche, eziopatogenetiche e diagnostiche peculiari, pur condividendo il progressivo deterioramento delle funzioni cognitive.

Una corretta identificazione della specifica forma di demenza risulta fondamentale per impostare il percorso diagnostico e terapeutico più appropriato e per garantire un'adeguata gestione del paziente e dei caregiver.

Le principali forme di demenza comprendono:

- **Malattia di Alzheimer:** forma più frequente di demenza, caratterizzata da un progressivo deterioramento della memoria e delle altre funzioni cognitive.
- **Demenza vascolare:** conseguente a danni del sistema vascolare cerebrale, spesso associata a ictus o malattie cerebrovascolari.
- **Demenza a corpi di Lewy:** caratterizzata dalla presenza di aggregati anomali di alfa-sinucleina e associata a fluttuazioni cognitive, allucinazioni visive e sintomi parkinsoniani.
- **Demenza frontotemporale:** interessa prevalentemente i lobi frontali e temporali del cervello, determinando alterazioni del comportamento, della personalità e del linguaggio.

2.6. Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale tra le principali forme di demenza si basa sull'analisi delle caratteristiche cliniche, del decorso della malattia e dei reperti strumentali. La Tabella 2.5 riassume i principali elementi distintivi delle forme di demenza più frequenti nella pratica clinica.

Caratteristica	Malattia di Alzheimer	Demenza vascolare	Demenza a corpi di Lewy	Demenza frontotemporale
Esordio	Graduale e insidioso	Spesso improvviso o a gradini	Graduale, con fluttuazioni	Precoce e progressivo
Sintomo iniziale predominante	Deficit della memoria episodica	Deficit delle funzioni esecutive	Fluttuazioni cognitive e allucinazioni visive	Alterazioni del comportamento o del linguaggio
Decorso	Progressivo	A gradini o progressivo	Progressivo con variazioni giornaliere	Progressivo
Disturbi motori	Generalmente tardivi	Possibili	Parkinsonismo spontaneo	Possibili nelle fasi avanzate
Disturbi comportamentali	Frequenti nelle fasi avanzate	Variabili	Frequenti	Precoci e marcati
Allucinazioni visive	Rare nelle fasi iniziali	Rare	Caratteristiche	Occasionali
Neuroimaging caratteristico	Atrofia ippocampale e temporo-parietale	Lesioni ischemiche e vascolari	Riduzione dell'attività occipitale e alterazioni sottocorticali	Atrofia dei lobi frontali e temporali
Prognosi	Progressiva perdita dell'autonomia	Variabile	Progressiva	Progressiva

Tabella 2.5. Principali caratteristiche delle forme più comuni di demenza.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base delle linee guida della World Health Organization, del DSM-5-TR e della letteratura scientifica.

3. Disturbi psichiatrici nell'anziano

3.1 Definizione

I disturbi psichiatrici nell'anziano comprendono un insieme di condizioni patologiche che interessano la sfera emotiva, comportamentale e cognitiva, determinando un significativo impatto sulla qualità di vita e sull'autonomia della persona. Tali disturbi possono manifestarsi come patologie a esordio tardivo oppure rappresentare la prosecuzione di condizioni psichiatriche sviluppatesi in età adulta.

L'invecchiamento fisiologico è associato a numerosi cambiamenti biologici, psicologici e sociali che possono aumentare la vulnerabilità dell'individuo allo sviluppo di disturbi mentali. La presenza di malattie croniche, la perdita dell'autonomia, il pensionamento, il lutto, l'isolamento sociale e la riduzione delle capacità funzionali rappresentano alcuni dei principali fattori che possono influenzare la salute mentale dell'anziano.

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), i disturbi psichiatrici comprendono diverse categorie diagnostiche, tra cui i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi psicotici e altre condizioni che possono manifestarsi con sintomi emotivi, comportamentali e cognitivi. Nella popolazione geriatrica, tali patologie possono presentare caratteristiche cliniche differenti rispetto ai soggetti più giovani e risultare frequentemente associate a patologie neurologiche e mediche.

3.2 Epidemiologia e fattori di rischio

I disturbi psichiatrici rappresentano una delle principali cause di disabilità nella popolazione anziana e costituiscono un importante problema di salute pubblica. Secondo la **World Health Organization (WHO)**, circa il 14% delle persone di età pari o superiore a 60 anni presenta un disturbo mentale, con depressione e disturbi d'ansia tra le condizioni più frequenti. Tali patologie sono spesso sottodiagnosticate, poiché i sintomi possono essere erroneamente attribuiti al normale processo di invecchiamento o alla presenza di malattie croniche concomitanti.

La prevalenza dei disturbi psichiatrici aumenta in presenza di condizioni di fragilità, multimorbilità e deterioramento cognitivo. Inoltre, l'isolamento sociale, la perdita del coniuge, la riduzione

dell'autonomia funzionale e la presenza di disabilità rappresentano importanti fattori predisponenti allo sviluppo di alterazioni della salute mentale nell'anziano.

I fattori di rischio possono essere distinti in **non modificabili** e **modificabili**.

Tra i fattori non modificabili rientrano l'età avanzata, la predisposizione genetica e la storia personale o familiare di disturbi psichiatrici. Anche il sesso può influenzare il rischio di sviluppare determinate patologie: la depressione e i disturbi d'ansia risultano generalmente più frequenti nelle donne, mentre alcuni disturbi psicotici mostrano una distribuzione più variabile.

I fattori modificabili comprendono invece numerose condizioni cliniche e socioambientali. Le malattie croniche, il dolore persistente, le patologie neurologiche, la perdita dell'autonomia, la sedentarietà e l'isolamento sociale possono aumentare il rischio di sviluppare disturbi psichiatrici. Anche eventi stressanti, quali il lutto, il pensionamento e le difficoltà economiche, possono influire negativamente sul benessere psicologico dell'anziano.

Un ruolo importante è svolto anche dai disturbi cognitivi, che frequentemente si associano a sintomi depressivi, ansiosi e comportamentali. La stretta relazione tra salute mentale e deterioramento cognitivo rende fondamentale una valutazione globale del paziente geriatrico, al fine di individuare precocemente eventuali fattori di rischio e adottare strategie preventive adeguate.

La conoscenza dei principali fattori predisponenti consente di promuovere interventi mirati volti a migliorare la qualità della vita della popolazione anziana e a ridurre l'impatto dei disturbi psichiatrici sulla salute individuale e collettiva.

<u>Fattori non modificabili</u>	<u>Fattori modificabili</u>
Età avanzata	Malattie croniche
Predisposizione genetica	Deterioramento cognitivo
Familiarità	Dolore cronico
Sesso	Isolamento sociale
	Lutto ed eventi stressanti
	Sedentarietà
	Perdita dell'autonomia
	Ridotto supporto sociale

3.3 Eziologia ed eziopatogenesi

L'eziologia dei disturbi psichiatrici nell'anziano è multifattoriale e deriva dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici e ambientali. L'invecchiamento comporta infatti numerose modificazioni del sistema nervoso centrale che, associate a patologie croniche e a eventi stressanti della vita, possono aumentare la vulnerabilità allo sviluppo di disturbi mentali.

Tra i principali meccanismi eziopatogenetici rivestono particolare importanza le alterazioni dei sistemi neurotrasmettitoriali. Modificazioni della trasmissione serotoninergica, dopaminergica e noradrenergica sono state associate allo sviluppo di depressione, ansia e altri disturbi psichiatrici nell'anziano. Anche la riduzione della plasticità neuronale e delle connessioni sinaptiche contribuisce alla comparsa dei sintomi cognitivi e comportamentali.

Un ruolo rilevante è svolto anche dai processi di neuroinfiammazione e di stress ossidativo, che tendono ad aumentare con l'età e sono associati sia alle malattie neurodegenerative sia ai disturbi psichiatrici. L'attivazione cronica dei meccanismi infiammatori può infatti determinare alterazioni della funzione neuronale e contribuire al deterioramento delle capacità cognitive ed emotive.

Anche i fattori genetici influenzano la suscettibilità individuale allo sviluppo di disturbi psichiatrici, sebbene la comparsa della malattia dipenda generalmente dall'interazione tra predisposizione genetica ed esposizione a fattori ambientali.

Nella popolazione anziana, l'eziopatogenesi dei disturbi psichiatrici è frequentemente influenzata dalla presenza di patologie croniche, deficit sensoriali, deterioramento cognitivo e condizioni di fragilità sociale. Eventi quali il lutto, l'isolamento sociale, la perdita dell'autonomia e la riduzione del supporto familiare possono rappresentare importanti fattori predisponenti o aggravanti.

La complessità dei meccanismi coinvolti evidenzia come i disturbi psichiatrici nell'anziano siano il risultato dell'interazione tra molteplici fattori biologici e psicosociali, rendendo necessario un approccio multidimensionale sia nella prevenzione sia nel trattamento.

Principali fattori eziopatogenetici

I principali meccanismi coinvolti nello sviluppo dei disturbi psichiatrici nell'anziano comprendono:

- **Alterazioni dei neurotrasmettitori:** modificazioni dei sistemi serotoninergico, dopaminergico e noradrenergico.
- **Neuroinfiammazione:** processi infiammatori cronici che influenzano la funzione cerebrale.
- **Stress ossidativo:** aumento del danno cellulare legato all'invecchiamento.

- **Fattori genetici:** predisposizione individuale allo sviluppo di disturbi psichiatrici.
- **Patologie croniche e neurodegenerative:** condizioni mediche che possono favorire la comparsa dei sintomi psichiatrici.
- **Fattori psicosociali:** isolamento sociale, lutto, perdita dell'autonomia e fragilità.

3.4.1. Disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore rappresentano una delle patologie psichiatriche più frequenti nella popolazione anziana e comprendono condizioni caratterizzate da alterazioni persistenti del tono dell'umore che possono influenzare significativamente il funzionamento cognitivo, sociale e relazionale dell'individuo. Nella pratica clinica geriatrica, i principali disturbi dell'umore sono la depressione e il disturbo bipolare, condizioni che possono associarsi a deficit cognitivi e aumentare il rischio di deterioramento funzionale.

3.4.1.1. Depressione nell'anziano

La depressione rappresenta uno dei disturbi psichiatrici più comuni nella popolazione anziana e costituisce un importante problema di salute pubblica. Secondo la World Health Organization (WHO), i disturbi mentali negli anziani contribuiscono significativamente alla disabilità e alla perdita dell'autonomia funzionale.

La comparsa della depressione è spesso favorita dalla presenza di malattie croniche, perdita dell'autonomia, isolamento sociale e eventi stressanti, quali il lutto o la riduzione del supporto familiare. Inoltre, il National Institute on Aging (NIA) sottolinea come la depressione nell'anziano possa manifestarsi con sintomi differenti rispetto ai soggetti più giovani, rendendo talvolta complessa la diagnosi.

Le manifestazioni cliniche comprendono tristezza persistente, perdita di interesse per le attività quotidiane, affaticamento, disturbi del sonno, riduzione dell'appetito e difficoltà di concentrazione. Secondo il DSM-5-TR, tali sintomi possono associarsi a deficit cognitivi, influenzando significativamente la qualità di vita del paziente.

3.4.1.2. Pseudodemenza depressiva

La pseudodemenza depressiva è una condizione caratterizzata dalla presenza di deficit cognitivi secondari a un disturbo depressivo, che possono simulare una forma di demenza. I pazienti presentano frequentemente difficoltà di memoria, rallentamento psicomotorio e riduzione

dell'attenzione, ma tali alterazioni risultano prevalentemente correlate al disturbo dell'umore. Secondo il **DSM-5-TR**, la presenza di deficit cognitivi associati alla depressione richiede un'attenta valutazione clinica per distinguerli dalle forme neurodegenerative.

A differenza delle demenze neurodegenerative, la compromissione cognitiva della pseudodemenza può migliorare significativamente con un adeguato trattamento della depressione, rendendo fondamentale una corretta diagnosi differenziale.

3.4.1.3. Disturbo bipolare

Il disturbo bipolare è una patologia caratterizzata dall'alternanza di episodi depressivi e maniacali o ipomaniacali. Sebbene l'esordio avvenga generalmente in età giovanile, la malattia può persistere nell'anziano oppure manifestarsi tardivamente.

Nella popolazione geriatrica, il disturbo bipolare può essere associato a deficit cognitivi, alterazioni del comportamento e difficoltà funzionali, influenzando negativamente la qualità della vita del paziente. La diagnosi richiede un'attenta valutazione clinica e anamnestica, mentre il trattamento si basa su un approccio multidisciplinare che integra terapia farmacologica e interventi psicosociali.

3.4.2 I Disturbi Neurocognitivi

I disturbi neurocognitivi comprendono un insieme di condizioni caratterizzate dal progressivo deterioramento delle funzioni cognitive, spesso associate a sintomi comportamentali e psicologici che influenzano significativamente la qualità di vita del paziente e dei caregiver. Secondo il **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)**, tali disturbi possono manifestarsi con alterazioni della memoria, dell'attenzione, del linguaggio, delle funzioni esecutive e del comportamento.

Nel paziente anziano, le malattie neurodegenerative sono frequentemente accompagnate da manifestazioni psichiatriche che possono comparire in qualsiasi fase della patologia e rappresentare una delle principali cause di disabilità, ospedalizzazione e istituzionalizzazione.

3.4.2.1 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

I **Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)** comprendono un insieme di sintomi non cognitivi che possono manifestarsi nel corso delle demenze. Secondo la letteratura

scientifico, la maggior parte dei pazienti affetti da demenza sviluppa almeno un sintomo comportamentale o psicologico durante l'evoluzione della malattia.

Secondo l'**International Psychogeriatric Association**, tali sintomi derivano dall'interazione tra alterazioni neurobiologiche, fattori ambientali e condizioni cliniche del paziente. La loro presenza è associata a una maggiore compromissione funzionale, a un aumento del carico assistenziale e a una riduzione della qualità di vita del paziente e dei caregiver.

La diagnosi dei BPSD si basa sulla valutazione clinica del paziente e delle informazioni fornite dai familiari o dai caregiver. La gestione terapeutica privilegia gli interventi non farmacologici, quali la modificazione dell'ambiente e il supporto assistenziale, mentre il trattamento farmacologico viene riservato ai casi più gravi o ai sintomi che rappresentano un rischio per il paziente o per le persone che lo assistono.

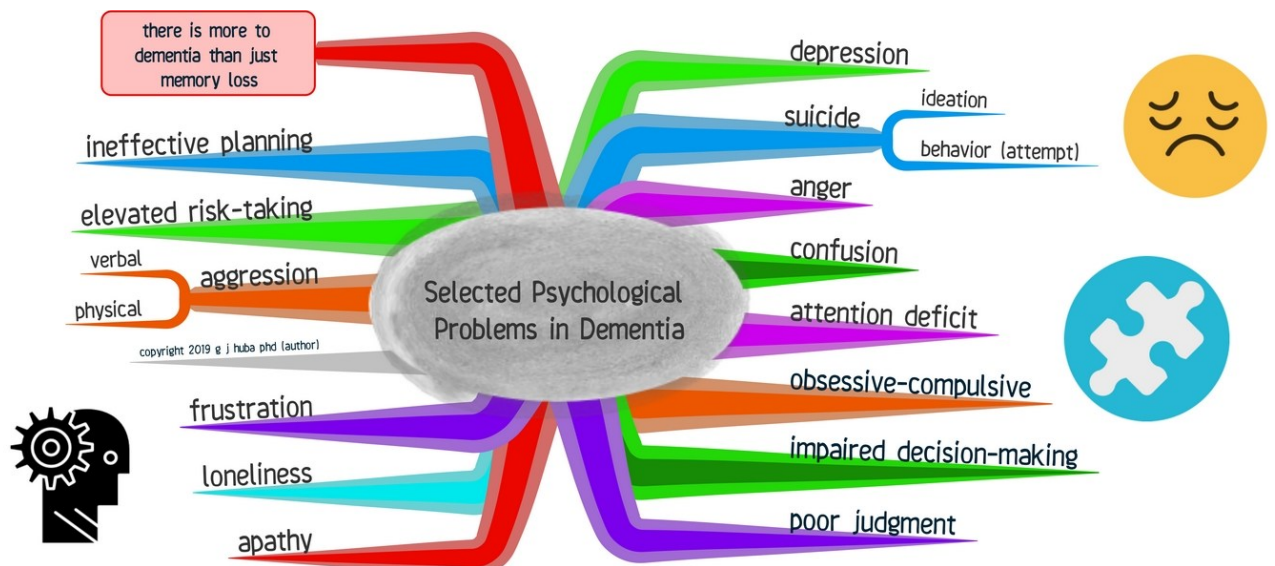
I BPSD comprendono manifestazioni quali:

Sintomi Psicologici

- **Allucinazioni:** Percepire cose inesistenti (visive o uditive).
- **Deliri:** Convinzioni false e radicate (es. credere di essere derubati o che i familiari siano impostori).
- **Ansia e Depressione:** Stato di apprensione immotivato o profonda tristezza e perdita di interesse.

Sintomi Comportamentali

- **Agitazione e Aggressività:** Irrequietezza, vagabondaggio (wandering), urla o reazioni fisiche e verbali aggressive.
- **Disturbi del sonno:** Inversione del ritmo sonno-veglia (dormire di giorno e vegliare di notte)
- **Apatia:** Totale mancanza di iniziativa o interesse.
- **Disinibizione:** Comportamenti socialmente inappropriati o impulsivi.



3.5. Delirium

Il **delirium** è una sindrome neuropsichiatrica acuta caratterizzata da un'alterazione dello stato di coscienza, dell'attenzione e delle funzioni cognitive, con esordio improvviso e decorso fluttuante. Secondo il **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)**, il delirium rappresenta una condizione clinica frequentemente osservata nella popolazione anziana, soprattutto nei pazienti ospedalizzati o affetti da patologie acute.

Principali caratteristiche del delirium

Le caratteristiche cliniche principali comprendono:

- **Esordio acuto;**
- **Decorso fluttuante;**
- **Alterazione dell'attenzione e della coscienza;**
- **Disorientamento temporo-spaziale;**
- **Disturbi del ciclo sonno-veglia;**
- **Possibili allucinazioni e deliri;**
- **Condizione potenzialmente reversibile se trattata precocemente.**

3.6 Disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia sono tra le patologie psichiatriche più frequenti nella popolazione anziana e possono compromettere significativamente la qualità di vita e l'autonomia del paziente. Secondo il **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)**, tali disturbi sono caratterizzati da paura e preoccupazione eccessive, spesso associate a sintomi fisici e comportamentali. Nell'anziano, l'ansia può essere favorita dalla presenza di malattie croniche, deterioramento cognitivo e condizioni di fragilità sociale.

3.6.1 Ansia generalizzata

Il **disturbo d'ansia generalizzata** è caratterizzato da uno stato persistente di preoccupazione eccessiva e difficilmente controllabile riguardo a diversi aspetti della vita quotidiana. Secondo il **DSM-5-TR**, i sintomi più comuni comprendono irrequietezza, tensione muscolare, affaticamento, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno. Nell'anziano, il disturbo può associarsi a patologie mediche e influenzare negativamente il funzionamento quotidiano.

3.6.2 Fobie e disturbo di panico

Le fobie sono caratterizzate da una paura intensa e persistente nei confronti di specifiche situazioni o oggetti, che il paziente tende a evitare. Il disturbo di panico, invece, è caratterizzato da episodi improvvisi di intensa paura accompagnati da sintomi quali palpitazioni, sudorazione, difficoltà respiratoria e sensazione di perdita di controllo. Secondo il DSM-5-TR, entrambe le condizioni possono manifestarsi anche nell'anziano, contribuendo a limitare le attività quotidiane e le relazioni sociali.

3.7 Disturbi del sonno

Principali disturbi del sonno nell'anziano

- Insonnia;
- Apnee ostruttive del sonno;
- Sindrome delle gambe senza riposo;
- Alterazioni del ritmo sonno-veglia;
- Eccessiva sonnolenza diurna.

3.8 Dipendenze

Le dipendenze nella popolazione anziana rappresentano un problema di salute pubblica spesso sottodiagnosticato e sottotrattato. Secondo la **World Health Organization (WHO)**, l'uso improprio di sostanze e di alcuni farmaci può determinare importanti conseguenze fisiche, cognitive e psichiatriche, compromettendo l'autonomia e la qualità di vita del paziente anziano.

Principali forme di dipendenza nell'anziano

- Abuso di alcol;
- Uso improprio di benzodiazepine;
- Dipendenza da farmaci ipnotici e sedativi;
- Uso inappropriato di analgesici oppioidi.

3.9 Diagnosi dei disturbi psichiatrici

La diagnosi dei disturbi psichiatrici nell'anziano richiede una valutazione multidimensionale che integri anamnesi, esame clinico, valutazione cognitiva e funzionale, nonché il contributo dei familiari e dei caregiver. La Tabella 3.8 riassume le principali caratteristiche diagnostiche dei disturbi psichiatrici più frequentemente osservati nella popolazione geriatrica.

Disturbo	Manifestazioni principali	Strumenti diagnostici
Depressione	Umore depresso, anedonia, alterazioni del sonno e dell'appetito	Anamnesi, valutazione clinica, scale di depressione
Pseudodemenza depressiva	Deficit cognitivi associati a depressione	Valutazione neuropsicologica e psichiatrica
Disturbo bipolare	Episodi depressivi e maniacali o ipomaniacali	Anamnesi e criteri DSM-5-TR
BPSD	Agitazione, apatia, ansia, deliri, allucinazioni	Osservazione clinica e informazioni del caregiver
Delirium	Esordio acuto, alterazione dell'attenzione e della coscienza	Valutazione clinica e identificazione della causa sottostante
Disturbi d'ansia	Preoccupazione persistente, paura e sintomi somatici	Colloquio clinico e criteri DSM-5-TR
Disturbi del sonno	Insomnia, alterazioni del ritmo sonno-veglia	Anamnesi e valutazione del sonno
Dipendenze	Uso problematico di alcol o farmaci	Anamnesi farmacologica e clinica

Tabella 3.8. Diagnosi dei principali disturbi psichiatrici nell'anziano.

La diagnosi dei disturbi psichiatrici nell'anziano richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato, finalizzato all'identificazione precoce delle diverse condizioni cliniche e all'impostazione di un adeguato percorso terapeutico. Una valutazione completa del paziente consente di migliorare la qualità di vita e di ridurre il rischio di complicanze e disabilità.

4. La sovrapposizione tra disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

4.1. Evoluzione del concetto di sovrapposizione

Tradizionalmente, i disturbi cognitivi e i disturbi psichiatrici sono stati considerati entità cliniche distinte, appartenenti rispettivamente agli ambiti della neurologia e della psichiatria. Tuttavia, il progresso delle conoscenze scientifiche ha evidenziato come queste condizioni condividano numerosi meccanismi fisiopatologici e possano frequentemente coesistere nella popolazione anziana.

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) e la più recente letteratura scientifica, il confine tra disturbi cognitivi e psichiatrici risulta spesso sfumato. Alterazioni dell'umore, ansia, apatia, sintomi psicotici e modificazioni del comportamento possono rappresentare manifestazioni precoci di malattie neurodegenerative oppure svilupparsi nel corso della loro evoluzione. Allo stesso tempo, alcuni disturbi psichiatrici, in particolare la depressione, possono determinare deficit cognitivi significativi o aumentare il rischio di sviluppare demenza.

L'introduzione del concetto di Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) ha contribuito a evidenziare la stretta relazione tra deterioramento cognitivo e sintomi psichiatrici. Analogamente, condizioni come la pseudodemenza depressiva dimostrano come i disturbi dell'umore possano simulare quadri di compromissione cognitiva, rendendo talvolta complessa la diagnosi differenziale.

Negli ultimi anni, numerosi studi hanno inoltre identificato meccanismi biologici condivisi tra disturbi cognitivi e psichiatrici, tra cui neuroinfiammazione, stress ossidativo, alterazioni dei neurotrasmettitori e fattori genetici. Tali evidenze hanno favorito lo sviluppo di un approccio multidisciplinare, nel quale neurologi, psichiatri, geriatri e altri professionisti sanitari collaborano nella valutazione e nella gestione del paziente anziano.

L'attuale concezione considera quindi i disturbi cognitivi e psichiatrici come condizioni strettamente interconnesse, la cui sovrapposizione rappresenta una delle principali sfide della medicina geriatrica moderna. La comprensione di tale relazione è fondamentale per migliorare la diagnosi precoce, la gestione terapeutica e la qualità di vita dei pazienti e dei loro caregiver.

Concezione tradizionale	Concezione attuale
Approccio specialistico distinto	Approccio multidisciplinare
Diagnosi basata principalmente sui sintomi	Diagnosi integrata con aspetti clinici e biologici
Limitata attenzione alle comorbidità	Riconoscimento della frequente sovrapposizione clinica
Trattamento focalizzato sulla singola patologia	Gestione globale del paziente anziano
Disturbi cognitivi e psichiatrici considerati separati	Disturbi frequentemente interconnessi

Tabella 4.1. Evoluzione del concetto di sovrapposizione tra disturbi cognitivi e psichiatrici.

4.2 Meccanismi fisiopatologici condivisi

Negli ultimi anni, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che i disturbi cognitivi e psichiatrici condividono diversi meccanismi fisiopatologici. Tali alterazioni contribuiscono sia allo sviluppo delle malattie neurodegenerative sia alla comparsa di sintomi psichiatrici, spiegando la frequente sovrapposizione clinica osservata nella popolazione anziana.

Tra i principali meccanismi coinvolti figurano la neuroinfiammazione, lo stress ossidativo, le alterazioni dei sistemi neurotrasmettitoriali e i fattori genetici. L'interazione di questi processi determina modificazioni della funzione neuronale e della plasticità cerebrale, favorendo il deterioramento cognitivo e i disturbi del comportamento e dell'umore.

4.2.1 Neuroinfiammazione

La neuroinfiammazione è caratterizzata dall'attivazione persistente delle cellule immunitarie del sistema nervoso centrale, in particolare della microglia e degli astrociti. Secondo la letteratura scientifica, questo processo contribuisce al danno neuronale e alla progressione delle malattie neurodegenerative, oltre a essere associato allo sviluppo di depressione e altri disturbi psichiatrici.

4.2.2 Stress ossidativo

Lo stress ossidativo deriva da uno squilibrio tra la produzione di radicali liberi e i sistemi di difesa antiossidanti dell'organismo. Con l'invecchiamento, tale fenomeno aumenta e può determinare danni alle cellule nervose, favorendo sia il declino cognitivo sia la comparsa di alterazioni dell'umore e del comportamento.

4.2.3 Disfunzione dei neurotrasmettitori

Le alterazioni dei sistemi neurotrasmettitoriali rappresentano un importante meccanismo comune ai disturbi cognitivi e psichiatrici. In particolare, modificazioni dei sistemi colinergico, dopaminergico, serotonergico e noradrenergico possono influenzare memoria, attenzione, comportamento e regolazione dell'umore, contribuendo allo sviluppo di diverse manifestazioni cliniche.

4.2.4 Fattori genetici

I fattori genetici svolgono un ruolo importante nella suscettibilità individuale ai disturbi cognitivi e psichiatrici. Sebbene non esista un singolo gene responsabile di tali patologie, alcune varianti genetiche possono aumentare il rischio di sviluppare malattie neurodegenerative e alterazioni della salute mentale, soprattutto in associazione a fattori ambientali e biologici

4.3 Manifestazioni cliniche

La sovrapposizione tra disturbi cognitivi e psichiatrici si manifesta attraverso quadri clinici complessi, nei quali sintomi cognitivi, comportamentali ed emotivi possono coesistere e influenzarsi reciprocamente. Secondo la letteratura scientifica, tale interazione rappresenta una delle principali difficoltà nella valutazione del paziente anziano, poiché può rendere complessa la diagnosi e il successivo percorso terapeutico.

Tra le manifestazioni cliniche più significative rientrano la pseudodemenza depressiva, i **Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)** e i deficit cognitivi associati ai disturbi psicotici.

4.3.1 Pseudodemenza

La pseudodemenza è una condizione nella quale un disturbo depressivo determina alterazioni cognitive che possono simulare una forma di demenza. I pazienti presentano frequentemente difficoltà di memoria, riduzione dell'attenzione e rallentamento psicomotorio.

A differenza delle demenze neurodegenerative, il deficit cognitivo è generalmente potenzialmente reversibile e può migliorare con il trattamento della depressione. Una corretta valutazione clinica è pertanto fondamentale per distinguere questa condizione dalle patologie neurodegenerative.

4.3.2 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

I **Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)** comprendono un insieme di sintomi comportamentali e psicologici che possono comparire nel corso delle demenze. Secondo l'**International Psychogeriatric Association**, tali sintomi interessano una larga parte dei pazienti con demenza e rappresentano una delle principali cause di disagio per il paziente e per i caregiver.

Le manifestazioni più frequenti comprendono apatia, depressione, ansia, agitazione, irritabilità, deliri, allucinazioni e disturbi del sonno, contribuendo alla perdita dell'autonomia e all'aumento del carico assistenziale.

4.3.3 Deficit cognitivi nei disturbi psicotici

I disturbi psicotici possono associarsi a deficit cognitivi che interessano memoria, attenzione, funzioni esecutive e velocità di elaborazione delle informazioni. Tali alterazioni possono essere presenti già nelle fasi iniziali della malattia e influenzare significativamente il funzionamento quotidiano del paziente.

Nella popolazione anziana, la presenza contemporanea di sintomi psicotici e deficit cognitivi richiede un'attenta valutazione clinica, al fine di distinguere le patologie psichiatriche dalle forme neurodegenerative e impostare un adeguato percorso diagnostico e terapeutico.

4.4 La diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale tra disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano è complessa, perché sintomi come perdita di memoria, apatia, ansia, rallentamento psicomotorio, deliri o alterazioni del comportamento possono comparire sia nelle demenze sia nei disturbi psichiatrici. Per questo motivo non è sufficiente un singolo esame, ma è necessario integrare valutazione clinica, test neuropsicologici, neuroimaging e biomarcatori. La letteratura sottolinea infatti che nessun test

isolato consente di diagnosticare con certezza una demenza o distinguerla sempre da una patologia psichiatrica.

4.4.1 Valutazione clinica

La valutazione clinica rappresenta il primo momento del percorso diagnostico. Essa comprende l'anamnesi personale e familiare, la raccolta dei sintomi riferiti dal paziente e, soprattutto, le informazioni fornite dai familiari o dal caregiver. È importante valutare l'esordio dei disturbi, la velocità di progressione, la presenza di alterazioni dell'umore, il livello di autonomia e l'impatto sulle attività quotidiane.

Nelle demenze neurodegenerative, il declino cognitivo tende generalmente a essere progressivo e persistente; nei disturbi psichiatrici, invece, i deficit cognitivi possono essere più variabili e spesso associati a sintomi affettivi, come tristezza, ansia o perdita di interesse. Una valutazione clinica accurata permette quindi di orientare il sospetto diagnostico e di decidere quali approfondimenti eseguire.

4.4.2 Test neuropsicologici

I test neuropsicologici consentono di valutare in modo standardizzato le principali funzioni cognitive, tra cui memoria, attenzione, linguaggio, orientamento, funzioni esecutive e capacità visuospatiali. Essi sono utili non solo per confermare la presenza di un deficit cognitivo, ma anche per descriverne il profilo e monitorarne l'evoluzione nel tempo. L'Alzheimer's Association sottolinea che gli strumenti di valutazione cognitiva servono a identificare i soggetti che necessitano di un approfondimento diagnostico, ma non esiste un unico test breve considerato superiore a tutti gli altri.

Tra gli strumenti più utilizzati rientrano il **Mini-Mental State Examination (MMSE)** e il **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**. Il MMSE è utile per una valutazione generale del deterioramento cognitivo, mentre il MoCA è particolarmente sensibile nell'individuare forme lievi di compromissione cognitiva. I risultati devono comunque essere interpretati considerando età, livello di istruzione, lingua, contesto culturale e condizioni psicologiche del paziente.

4.4.3 Biomarcatori

I biomarcatori rappresentano un supporto sempre più importante nella diagnosi differenziale, soprattutto quando vi è il sospetto di una malattia di Alzheimer o di un'altra patologia neurodegenerativa. I biomarcatori più studiati riguardano la **β-amiloide** e la **proteina tau**, rilevabili nel liquido cerebrospinale o attraverso tecniche di imaging molecolare. Il framework NIA-AA classifica i biomarcatori dell'Alzheimer in base alla presenza di deposizione amiloide, patologia tau e neurodegenerazione.

Negli ultimi anni stanno assumendo crescente rilievo anche i biomarcatori plasmatici, che potrebbero rendere la diagnosi più accessibile e meno invasiva. Le linee guida dell'Alzheimer's Association del 2025 hanno iniziato a fornire raccomandazioni specifiche sull'uso dei biomarcatori ematici nel percorso diagnostico dei pazienti con sospetta malattia di Alzheimer, soprattutto in ambito specialistico.

In conclusione, la diagnosi differenziale richiede un approccio integrato: la valutazione clinica permette di orientare il sospetto, i test neuropsicologici definiscono il profilo cognitivo, mentre i biomarcatori possono supportare l'identificazione della patologia neurodegenerativa sottostante.

Strumento diagnostico	Obiettivo principale	Principali informazioni fornite	Utilità nella diagnosi differenziale
Valutazione clinica	Inquadramento iniziale del paziente	Anamnesi, esordio dei sintomi, andamento clinico, autonomia e comportamento	Distingue esordio acuto, cronico o progressivo
Test neuropsicologici	Valutazione delle funzioni cognitive	Memoria, attenzione, linguaggio, orientamento, funzioni esecutive e visuospatiali	Valutano il deficit cognitivo e ne monitorano l'evoluzione.
MMSE	Screening del deterioramento cognitivo	Valutazione globale delle capacità cognitive	Identificano il deficit cognitivo

MoCA	Identificazione del deterioramento cognitivo lieve	Maggiore sensibilità nelle fasi precoci del deficit cognitivo	Quantificano il deficit cognitivo
Neuroimaging	Studio delle alterazioni cerebrali	Atrofia, lesioni vascolari e altre anomalie strutturali o funzionali. Evidenzia lesioni vascolari e neurodegenerative	Evidenzia lesioni vascolari e neurodegenerative
Biomarcatori	Supporto alla diagnosi delle malattie neurodegenerative	Proteine β -amiloide, tau e altri indicatori biologici	Supportano la diagnosi delle demenze neurodegenerative

La diagnosi differenziale tra disturbi cognitivi e psichiatrici richiede l'integrazione di diversi strumenti diagnostici. La combinazione di valutazione clinica, test neuropsicologici, tecniche di neuroimaging e biomarcatori consente di migliorare l'accuratezza diagnostica e di impostare un percorso terapeutico personalizzato per il paziente anziano.

4.5 Implicazioni cliniche e prognostiche

La coesistenza di disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano rappresenta una condizione di particolare rilevanza clinica, in quanto può influenzare negativamente il decorso della malattia, la qualità di vita del paziente e il carico assistenziale dei caregiver. Secondo la letteratura scientifica, la presenza di sintomi psichiatrici nei pazienti con deterioramento cognitivo è associata a una maggiore compromissione funzionale e a una più rapida progressione della disabilità.

Dal punto di vista clinico, la sovrapposizione di sintomi cognitivi e psichiatrici può rendere più complessa la diagnosi e ritardare l'identificazione della patologia sottostante. Inoltre, la presenza di depressione, ansia, agitazione o sintomi psicotici può compromettere l'aderenza ai trattamenti e aumentare il rischio di ospedalizzazione e istituzionalizzazione.

Anche sotto il profilo prognostico, la concomitanza di disturbi cognitivi e psichiatrici è generalmente associata a una riduzione dell'autonomia funzionale, a un peggioramento delle capacità cognitive e a una maggiore necessità di assistenza sanitaria e sociale. La presenza di tali

comorbilità può inoltre determinare un significativo aumento del carico fisico ed emotivo dei familiari e dei caregiver.

Per questi motivi, un riconoscimento precoce della sovrapposizione tra disturbi cognitivi e psichiatrici e un approccio multidisciplinare risultano fondamentali per migliorare la gestione clinica del paziente anziano e favorire una migliore qualità di vita.

Principali implicazioni cliniche e prognostiche

- Maggiore difficoltà diagnostica;
- Peggioramento dell'autonomia funzionale;
- Aumento del rischio di ospedalizzazione;
- Maggiore necessità di assistenza e supporto al caregiver;
- Riduzione della qualità di vita;
- Possibile peggioramento della prognosi e della progressione della malattia.

5. Trattamento dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano

5.1. Premessa: la complessità del trattamento geriatrico

Il trattamento dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano rappresenta una delle principali sfide della medicina geriatrica, a causa della complessità clinica che caratterizza questa popolazione. L'invecchiamento è infatti associato a modificazioni fisiologiche, alla presenza di multiple patologie croniche e alla frequente assunzione di numerosi farmaci, fattori che possono influenzare l'efficacia e la sicurezza degli interventi terapeutici.

Secondo la World Health Organization (WHO), la gestione del paziente anziano deve essere personalizzata e orientata non solo al trattamento della singola patologia, ma anche al mantenimento dell'autonomia funzionale e al miglioramento della qualità di vita. Nei pazienti con disturbi cognitivi e psichiatrici, tale approccio risulta particolarmente importante a causa della frequente coesistenza di sintomi neurologici, comportamentali e affettivi.

La presenza di comorbidità, fragilità e deterioramento cognitivo può aumentare il rischio di effetti indesiderati dei farmaci e di interazioni farmacologiche, rendendo necessario un attento monitoraggio della terapia. Inoltre, la ridotta aderenza terapeutica e le difficoltà nella gestione dei trattamenti rappresentano problematiche frequenti nella popolazione geriatrica.

Le attuali linee guida raccomandano un approccio multidisciplinare che integri interventi farmacologici e non farmacologici, coinvolgendo geriatri, neurologi, psichiatri, medici di medicina generale, psicologi, infermieri e caregiver. L'obiettivo del trattamento non è soltanto il controllo dei sintomi, ma anche la prevenzione delle complicanze, il mantenimento delle capacità funzionali e il supporto alla famiglia e alle persone coinvolte nell'assistenza.

La complessità del trattamento geriatrico richiede pertanto una valutazione globale del paziente, che tenga conto delle condizioni cliniche, dello stato cognitivo, della salute mentale, dell'autonomia funzionale e del contesto sociale, al fine di garantire un percorso terapeutico efficace e personalizzato.

5.1.1 Modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche

L'invecchiamento comporta numerose modificazioni fisiologiche che possono influenzare l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici. Secondo la World Health Organization (WHO) e la letteratura geriatrica, tali cambiamenti interessano sia la farmacocinetica, ossia il processo di assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione dei farmaci, sia la farmacodinamica, cioè la risposta dell'organismo all'azione del farmaco.

Dal punto di vista farmacocinetico, nell'anziano si osservano una riduzione della funzionalità epatica e renale, una diminuzione della massa muscolare e dell'acqua corporea totale e un aumento della massa grassa. Queste modificazioni possono alterare la distribuzione e l'eliminazione dei farmaci, determinandone un accumulo e aumentando il rischio di effetti indesiderati.

Le modificazioni farmacodinamiche sono legate principalmente a cambiamenti nella sensibilità dei recettori e nella risposta degli organi ai farmaci. Di conseguenza, gli anziani possono presentare una maggiore suscettibilità agli effetti di alcuni medicinali, in particolare psicofarmaci, sedativi e farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale, con un aumento del rischio di sedazione, confusione, cadute e deterioramento cognitivo.

Per tali motivi, nella popolazione geriatrica è raccomandato il principio del "Start low, go slow", che prevede l'inizio della terapia con dosi ridotte e un graduale aggiustamento in base alla risposta clinica e alla tollerabilità del paziente.

La conoscenza delle modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche associate all'invecchiamento è fondamentale per ottimizzare il trattamento dei disturbi cognitivi e psichiatrici, riducendo il rischio di eventi avversi e migliorando l'aderenza terapeutica.

5.1.2 Polifarmacoterapia

La **polifarmacoterapia** è una condizione frequente nella popolazione anziana e si riferisce all'assunzione contemporanea di più farmaci, generalmente cinque o più. Secondo la **World Health Organization (WHO)**, tale fenomeno è favorito dalla presenza di multiple patologie croniche e rappresenta una delle principali sfide nella gestione del paziente geriatrico.

L'uso concomitante di numerosi medicinali aumenta il rischio di interazioni farmacologiche, reazioni avverse, ridotta aderenza terapeutica e prescrizioni inappropriate. Nei pazienti con disturbi cognitivi e psichiatrici, la polifarmacoterapia può inoltre favorire confusione, cadute, delirium e peggioramento delle funzioni cognitive.

Per ridurre tali rischi, è fondamentale rivalutare periodicamente la terapia farmacologica, eliminando i farmaci non necessari e personalizzando il trattamento in base alle condizioni cliniche del paziente. Un approccio multidisciplinare e il monitoraggio costante contribuiscono a migliorare la sicurezza e l'efficacia della terapia nell'anziano.

Aspetto	Conseguenza
Interazioni farmacologiche	Aumento degli effetti indesiderati
Reazioni avverse	Maggiore rischio di complicanze
Ridotta aderenza terapeutica	Peggior controllo delle patologie
Compromissione cognitiva	Possibile peggioramento delle funzioni cognitive
Cadute e ospedalizzazioni	Incremento della morbilità

Tabella 5.3. Principali conseguenze della polifarmacoterapia nell'anziano.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base delle raccomandazioni della World Health Organization e della letteratura geriatrica.

5.1.3 Appropriately prescriptive

L'appropriately prescriptive rappresenta un principio fondamentale nella gestione terapeutica del paziente anziano e consiste nella scelta del trattamento più efficace e sicuro in relazione alle caratteristiche cliniche del soggetto. Secondo la **World Health Organization (WHO)** e l'**American Geriatrics Society**, una prescrizione appropriata deve tenere conto dell'età, delle comorbilità, della funzionalità renale ed epatica, delle possibili interazioni farmacologiche e degli obiettivi terapeutici del paziente.

Nei soggetti anziani affetti da disturbi cognitivi e psichiatrici, il rischio di prescrizioni inappropriate è aumentato dalla presenza di polifarmacoterapia e dalla maggiore suscettibilità agli effetti indesiderati dei farmaci. Per questo motivo, è importante rivalutare periodicamente la terapia, evitando medicinali non necessari e privilegiando trattamenti con un favorevole rapporto rischio-beneficio.

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati nella pratica clinica vi sono i **Beers Criteria**, che identificano i farmaci potenzialmente inappropriati nella popolazione anziana, e i criteri **STOPP/START criteria**, utili per individuare sia prescrizioni inappropriate sia eventuali omissioni terapeutiche.

L'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva è migliorare l'efficacia del trattamento, ridurre il rischio di eventi avversi e ottimizzare la qualità di vita del paziente anziano.

5.2 Terapia dei disturbi cognitivi

Il trattamento dei disturbi cognitivi nell'anziano ha come obiettivo il rallentamento della progressione della malattia, il controllo dei sintomi cognitivi e comportamentali e il mantenimento della migliore qualità di vita possibile per il paziente e per i caregiver. Secondo le raccomandazioni della **World Health Organization (WHO)** e delle principali società scientifiche internazionali, la gestione terapeutica deve essere personalizzata e basata su un approccio multidisciplinare.

Attualmente, il trattamento dei disturbi cognitivi comprende sia interventi farmacologici sia strategie non farmacologiche. Le terapie farmacologiche tradizionali sono rivolte principalmente al controllo dei sintomi, mentre le più recenti terapie **disease-modifying** mirano a interferire con i meccanismi fisiopatologici della malattia, cercando di rallentarne l'evoluzione.

Particolare attenzione deve essere dedicata al trattamento del delirium, una sindrome frequente nella popolazione anziana che richiede il riconoscimento e la correzione delle cause sottostanti.

Parallelamente, gli interventi non farmacologici, quali la stimolazione cognitiva, l'attività fisica e il supporto ambientale, rappresentano componenti fondamentali del percorso assistenziale.

La scelta del trattamento deve tenere conto delle condizioni cliniche generali del paziente, delle eventuali comorbilità, della presenza di sintomi psichiatrici e delle esigenze assistenziali della famiglia e dei caregiver.

5.2.1 Terapia farmacologica

La terapia farmacologica dei disturbi cognitivi ha l'obiettivo di migliorare i sintomi cognitivi e funzionali e di rallentare, per quanto possibile, la progressione della malattia. Secondo le linee guida dell'**Alzheimer's Association** e del **National Institute on Aging**, i farmaci attualmente

disponibili non rappresentano una cura definitiva delle demenze, ma possono contribuire a migliorare la qualità di vita del paziente e dei caregiver.

I principali farmaci utilizzati nel trattamento della malattia di Alzheimer e di alcune altre forme di demenza appartengono a due classi: gli **inibitori dell'acetilcolinesterasi** e gli **antagonisti del recettore NMDA**.

Gli **inibitori dell'acetilcolinesterasi**, quali **Donepezil, Rivastigmine e Galantamine**, aumentano la disponibilità di acetilcolina a livello cerebrale, contribuendo a migliorare memoria, attenzione e altre funzioni cognitive. Essi sono indicati principalmente nelle forme lievi e moderate di malattia di Alzheimer e, in alcuni casi, nella demenza a corpi di Lewy e nella demenza associata alla malattia di Parkinson.

L'**Memantine** è invece un antagonista dei recettori NMDA del glutammato ed è utilizzata nelle forme moderate e gravi di malattia di Alzheimer. Il farmaco contribuisce a ridurre l'eccessiva stimolazione neuronale, con possibili benefici sulle funzioni cognitive e comportamentali.

La scelta della terapia deve essere personalizzata, considerando lo stadio della malattia, le condizioni cliniche del paziente e la presenza di eventuali comorbilità. È inoltre necessario monitorare periodicamente la risposta al trattamento e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati, quali nausea, vomito, diarrea, vertigini e bradicardia.

La terapia farmacologica deve essere sempre inserita all'interno di un approccio multidisciplinare che comprenda anche interventi non farmacologici e il coinvolgimento attivo dei caregiver.

Classe farmacologica	Farmaci principali	Indicazioni
Inibitori dell'acetilcolinesterasi	Donepezil, Rivastigmine, Galantamina	Alzheimer lieve-moderato e alcune altre demenze
Antagonisti dei recettori NMDA	Memantina	Alzheimer moderato-grave

Tabella 5.6. Principali farmaci utilizzati nei disturbi cognitivi.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base delle linee guida internazionali e della letteratura scientifica.

La terapia farmacologica rappresenta uno degli strumenti fondamentali nella gestione dei disturbi cognitivi, ma la sua efficacia è massimizzata quando viene integrata con interventi non farmacologici e con un adeguato supporto assistenziale e familiare.

5.2.2 Terapie disease-modifying

Le **terapie disease-modifying** rappresentano una delle più recenti innovazioni nel trattamento della malattia di Alzheimer. A differenza delle terapie sintomatiche, il loro obiettivo non è soltanto migliorare i sintomi cognitivi, ma intervenire sui meccanismi patologici della malattia, rallentandone la progressione. Secondo l'Alzheimer's Association, queste terapie sono destinate ai pazienti con malattia di Alzheimer nelle fasi iniziali, quali il **Mild Cognitive Impairment (MCI)** dovuto ad Alzheimer e la demenza lieve.

Attualmente, i principali farmaci disease-modifying sono gli anticorpi monoclonali anti-amiloide, progettati per legarsi ai depositi di β -amiloide presenti nel cervello e favorirne la rimozione. Tra questi, i più studiati sono **Lecanemab** e **Donanemab**.

Il lecanemab è indicato per il trattamento delle forme precoci di malattia di Alzheimer con conferma della presenza di patologia amiloide cerebrale. Il farmaco ha mostrato la capacità di rallentare il declino cognitivo, pur richiedendo un'attenta selezione dei pazienti e un monitoraggio clinico e radiologico durante il trattamento.

Il donanemab agisce con un meccanismo analogo, favorendo la rimozione delle placche amiloidi cerebrali. Studi clinici hanno evidenziato un rallentamento della progressione della malattia nei pazienti con Alzheimer precoce, anche se il trattamento richiede un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

Nonostante i risultati promettenti, queste terapie presentano alcune limitazioni. Esse risultano efficaci soltanto nelle fasi iniziali della malattia e possono essere associate a effetti indesiderati, tra cui le **Amyloid-Related Imaging Abnormalities (ARIA)**, caratterizzate da edema o microemorragie cerebrali. Per questo motivo, i pazienti devono essere accuratamente selezionati e monitorati mediante risonanza magnetica cerebrale.

Le terapie disease-modifying rappresentano un importante progresso nella cura della malattia di Alzheimer, ma il loro impiego deve essere integrato in un approccio multidisciplinare che comprenda una corretta valutazione clinica, il supporto ai caregiver e l'associazione con interventi farmacologici e non farmacologici tradizionali.

Farmaco	Meccanismo d'azione	Indicazione principale
Lecanemab	Anticorpo monoclonale anti- β -amiloide	MCI e Alzheimer lieve
Donanemab	Anticorpo monoclonale anti- β -amiloide	MCI e Alzheimer lieve

Tabella 5.7. Principali terapie disease-modifying per la malattia di Alzheimer.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base della letteratura scientifica e delle principali linee guida internazionali.

Le terapie disease-modifying rappresentano una nuova prospettiva terapeutica per la malattia di Alzheimer, poiché mirano a rallentare l'evoluzione. Tuttavia, il loro utilizzo richiede un'attenta selezione dei pazienti e un monitoraggio specialistico, rendendo fondamentale un approccio personalizzato alla gestione della malattia.

5.2.3 Trattamento del delirium

Il trattamento del delirium nell'anziano si basa principalmente sull'identificazione e sulla correzione delle cause scatenanti, piuttosto che sul semplice controllo dei sintomi. Secondo le più recenti linee guida, il delirium rappresenta un'emergenza geriatrica che richiede un intervento tempestivo per ridurre il rischio di complicanze e migliorare la prognosi.

Il primo obiettivo terapeutico consiste nel trattare le condizioni mediche sottostanti, quali infezioni, alterazioni metaboliche, disidratazione, dolore, effetti indesiderati dei farmaci o altre patologie acute. È inoltre importante correggere eventuali deficit sensoriali e garantire un'adeguata idratazione e nutrizione del paziente.

Gli interventi **non farmacologici** rappresentano il cardine del trattamento e comprendono il mantenimento dell'orientamento temporo-spaziale, la presenza dei familiari o dei caregiver, la mobilitazione precoce, la promozione del sonno fisiologico e la riduzione degli stimoli ambientali eccessivi. Tali strategie hanno dimostrato di ridurre la durata e la gravità del delirium.

Il trattamento farmacologico deve essere riservato ai casi di grave agitazione psicomotoria o quando il paziente rappresenta un pericolo per sé stesso o per gli altri. In tali situazioni possono essere utilizzati farmaci antipsicotici a basse dosi e per il minor tempo possibile, dopo un'attenta

valutazione clinica. Le linee guida più recenti sottolineano che i farmaci non devono essere utilizzati routinariamente per trattare il delirium, ma solo in situazioni selezionate.

Un riconoscimento precoce e una gestione multidisciplinare del delirium consentono di ridurre il rischio di complicanze, ospedalizzazioni prolungate e declino funzionale e cognitivo nel paziente anziano.

Intervento	Obiettivo
Identificazione della causa	Correggere il fattore scatenante
Idratazione e nutrizione	Migliorare le condizioni generali
Interventi non farmacologici	Ridurre gravità e durata del delirium
Supporto del caregiver	Favorire orientamento e sicurezza
Terapia farmacologica selettiva	Controllare l'agitazione grave quando necessaria

Tabella 5.8. Principali strategie terapeutiche nel delirium.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base delle principali linee guida internazionali.

Il trattamento del delirium richiede un approccio globale e multidisciplinare, nel quale gli interventi non farmacologici e la correzione delle cause sottostanti rappresentano le strategie terapeutiche di prima scelta, mentre il trattamento farmacologico deve essere limitato ai casi selezionati.

5.2.4 Terapie non farmacologiche

Le terapie non farmacologiche rappresentano una componente fondamentale del trattamento dei disturbi cognitivi nell'anziano e sono raccomandate dalle principali linee guida internazionali come complemento alla terapia farmacologica. Secondo la World Health Organization (WHO) e l'Alzheimer's Association, tali interventi possono contribuire a mantenere le capacità cognitive e funzionali del paziente, migliorandone la qualità di vita e riducendo il carico assistenziale dei caregiver.

Tra gli interventi maggiormente utilizzati vi è la stimolazione cognitiva, che comprende attività finalizzate a mantenere memoria, attenzione, linguaggio e capacità di ragionamento attraverso esercizi individuali o di gruppo.

L'attività fisica regolare svolge un ruolo importante nel preservare **le funzioni cognitive** e nel migliorare l'equilibrio, la mobilità e il benessere psicologico dell'anziano. Anche la partecipazione ad attività sociali e ricreative contribuisce a contrastare l'isolamento e a favorire il mantenimento delle capacità residue.

Gli interventi ambientali mirano a creare un ambiente sicuro e familiare, facilitando l'orientamento del paziente e riducendo i fattori che possono provocare confusione, agitazione o stress.

Un ruolo fondamentale è svolto anche dall'educazione e dal supporto ai caregiver, che contribuiscono a migliorare la gestione quotidiana del paziente e a ridurre il carico emotivo e assistenziale della famiglia.

L'integrazione delle terapie non farmacologiche con il trattamento farmacologico rappresenta oggi uno dei principi fondamentali nella gestione dei disturbi cognitivi, favorendo un approccio globale e centrato sulla persona.

Intervento	Principale obiettivo
Stimolazione cognitiva	Mantenimento delle funzioni cognitive
Attività fisica	Miglioramento delle capacità funzionali e del benessere
Attività sociali	Riduzione dell'isolamento e stimolazione relazionale
Interventi ambientali	Miglioramento dell'orientamento e della sicurezza
Supporto al caregiver	Ottimizzazione dell'assistenza e riduzione del carico assistenziale

Tabella 5.9. Principali terapie non farmacologiche nei disturbi cognitivi.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base della letteratura scientifica e delle principali linee guida internazionali.

Le terapie non farmacologiche costituiscono un elemento essenziale nella gestione dei disturbi cognitivi dell'anziano. L'associazione di interventi cognitivi, fisici, ambientali e di supporto

familiare consente di promuovere il benessere del paziente e di migliorare l'efficacia complessiva del percorso terapeutico.

5.3 Terapia dei disturbi psichiatrici

Il trattamento dei disturbi psichiatrici nell'anziano ha l'obiettivo di ridurre i sintomi, migliorare la qualità di vita e preservare il più possibile l'autonomia del paziente. Secondo la **World Health Organization (WHO)** e il **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)**, la gestione terapeutica deve essere personalizzata e basata su un approccio multidisciplinare che integri interventi farmacologici e non farmacologici.

La scelta del trattamento deve considerare le condizioni cliniche del paziente, le eventuali comorbidità, il rischio di effetti indesiderati e la presenza di disturbi cognitivi associati.

5.3.1 Depressione nell'anziano

La depressione nell'anziano richiede un approccio terapeutico personalizzato che tenga conto delle condizioni cliniche del paziente, delle eventuali comorbidità e della presenza di disturbi cognitivi associati. Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) e le principali linee guida internazionali, il trattamento comprende terapia farmacologica, psicoterapia e, nei casi selezionati, terapie somatiche.

Farmaci di prima linea: Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) rappresentano il trattamento farmacologico di prima scelta nella depressione dell'anziano grazie alla loro efficacia e al favorevole profilo di sicurezza. Tra i farmaci maggiormente utilizzati figurano Sertraline, Escitalopram e Citalopram. La terapia deve essere iniziata con basse dosi e adattata progressivamente in base alla risposta clinica e alla tollerabilità del paziente.

Psicoterapia: La psicoterapia rappresenta un importante complemento alla terapia farmacologica, soprattutto nelle forme lievi e moderate di depressione. Gli interventi psicologici aiutano il paziente a sviluppare strategie di adattamento, migliorare le relazioni sociali e affrontare le difficoltà legate all'invecchiamento e alle patologie croniche. Anche il coinvolgimento dei familiari e dei caregiver contribuisce al successo del trattamento.

Terapie somatiche: Le terapie somatiche sono riservate ai casi di depressione grave o resistente ai trattamenti convenzionali. Tra queste, la Electroconvulsive therapy rappresenta una delle opzioni

più efficaci, in particolare nei pazienti con grave compromissione clinica o elevato rischio suicidario. Altre tecniche di neuromodulazione, come la stimolazione magnetica transcranica, sono oggetto di crescente interesse, sebbene il loro impiego nella popolazione anziana richieda ulteriori evidenze scientifiche.

L'associazione di terapia farmacologica, supporto psicologico e interventi specialistici consente di migliorare il controllo dei sintomi depressivi e la qualità di vita del paziente anziano.

5.3.2 Disturbi d'ansia e insonnia

Il trattamento dei disturbi d'ansia e dell'insonnia nell'anziano richiede un approccio integrato, poiché queste condizioni sono frequentemente associate e possono influenzarsi reciprocamente. Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), l'ansia e i disturbi del sonno possono compromettere significativamente il benessere psicofisico e la qualità di vita del paziente anziano.

La terapia dei disturbi d'ansia si basa principalmente sull'impiego di antidepressivi, in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), associati a interventi psicologici e di supporto. L'utilizzo delle benzodiazepine deve essere limitato e attentamente monitorato, a causa dell'aumentato rischio di sedazione, cadute, deficit cognitivi e dipendenza.

Nel trattamento dell'insonnia, le misure non farmacologiche rappresentano il primo approccio terapeutico e comprendono il miglioramento dell'igiene del sonno, la regolarizzazione dei ritmi sonno-veglia e la riduzione dei fattori ambientali che possono disturbare il riposo. La terapia farmacologica deve essere utilizzata con cautela e solo nei casi selezionati, privilegiando trattamenti a breve termine e sotto stretto controllo medico.

L'associazione di interventi farmacologici e non farmacologici consente di migliorare il controllo dei sintomi e di ridurre il rischio di complicanze nella popolazione anziana.

5.3.3 Disturbi psicotici

Il trattamento dei disturbi psicotici nell'anziano richiede un'attenta valutazione clinica delle cause sottostanti. Quando necessario, possono essere utilizzati farmaci antipsicotici a basse dosi e per il minor tempo possibile, monitorando attentamente la comparsa di effetti indesiderati. Il supporto ambientale e familiare rappresenta un'importante componente del percorso terapeutico.

5.3.4 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Il trattamento dei BPSD privilegia gli interventi non farmacologici, quali la modifica dell'ambiente, la stimolazione cognitiva e il supporto ai caregiver. La terapia farmacologica viene riservata ai casi in cui i sintomi risultino particolarmente gravi o rappresentino un rischio per il paziente o per le persone che lo assistono, sempre dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

Disturbo	Principale trattamento
Depressione	Antidepressivi e supporto psicologico
Disturbi d'ansia e insonnia	SSRI, igiene del sonno e interventi psicologici
Disturbi psicotici	Antipsicotici selezionati e supporto assistenziale
BPSD	Interventi non farmacologici e terapia farmacologica nei casi selezionati

Tabella 5.10. Principali strategie terapeutiche dei disturbi psichiatrici nell'anziano.

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base della letteratura scientifica e delle principali linee guida internazionali.

5.4 Approccio multidisciplinare

La gestione dei disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano richiede un approccio multidisciplinare, in grado di affrontare la complessità clinica, funzionale e sociale del paziente. Secondo la **World Health Organization (WHO)**, la presa in carico deve essere centrata sulla persona e coinvolgere diverse figure professionali e la famiglia, al fine di garantire continuità assistenziale e migliorare la qualità di vita.

L'integrazione tra interventi medici, psicologici, assistenziali e riabilitativi consente di affrontare in maniera globale i bisogni del paziente, favorendo il mantenimento dell'autonomia e la prevenzione delle complicanze.

5.4.1 Il ruolo del caregiver

Il caregiver, spesso rappresentato da un familiare, svolge un ruolo fondamentale nell'assistenza quotidiana del paziente anziano con disturbi cognitivi e psichiatrici. Le sue principali funzioni

comprendono il supporto nelle attività della vita quotidiana, la supervisione della terapia farmacologica, l'osservazione dell'evoluzione dei sintomi e la collaborazione con i professionisti sanitari.

Secondo la letteratura scientifica, il coinvolgimento attivo del caregiver contribuisce a migliorare l'aderenza terapeutica, ridurre le ospedalizzazioni e favorire il mantenimento dell'autonomia del paziente. Tuttavia, il carico assistenziale può determinare stress fisico ed emotivo, rendendo necessario un adeguato supporto psicologico e sociale.

5.4.2 Il supporto familiare

La famiglia rappresenta una risorsa fondamentale nella gestione del paziente anziano. Un adeguato supporto familiare contribuisce a migliorare il benessere psicologico del paziente, favorisce la continuità delle cure e riduce il rischio di isolamento sociale.

L'educazione dei familiari riguardo alla malattia, ai trattamenti disponibili e alle strategie di gestione dei sintomi permette di affrontare in modo più efficace le difficoltà quotidiane e di migliorare la qualità dell'assistenza.

5.4.3 Il team multidisciplinare

La gestione dei disturbi cognitivi e psichiatrici richiede la collaborazione di diverse figure professionali. Il team multidisciplinare può comprendere **geriatra, neurologo, psichiatra, medico di medicina generale, psicologo, infermiere, fisioterapista, terapeuta occupazionale** e assistente sociale.

La collaborazione tra i diversi professionisti consente una valutazione globale del paziente, la definizione di un piano terapeutico personalizzato e il monitoraggio dell'evoluzione clinica.

L'obiettivo principale è garantire una presa in carico integrata, migliorando la qualità di vita del paziente e riducendo il carico assistenziale della famiglia.

L'approccio multidisciplinare rappresenta uno degli elementi fondamentali nella gestione dei disturbi cognitivi e psichiatrici dell'anziano. La collaborazione tra professionisti sanitari, caregiver e familiari consente di garantire una presa in carico globale del paziente, favorendo il mantenimento dell'autonomia, il controllo dei sintomi e il miglioramento della qualità di vita.

6. Conclusioni e prospettive future

Il presente lavoro ha evidenziato come i disturbi cognitivi e psichiatrici nell'anziano rappresentino una delle principali sfide cliniche e sociali della medicina moderna. Patologie quali la malattia di Alzheimer, le altre forme di demenza, la depressione, i disturbi d'ansia, il delirium e i disturbi comportamentali associati al deterioramento cognitivo sono condizioni frequenti e spesso caratterizzate da una significativa sovrapposizione sintomatologica, che rende complesso il percorso diagnostico e terapeutico.

L'analisi della letteratura ha mostrato come il confine tra disturbi cognitivi e psichiatrici sia spesso sfumato e come una corretta diagnosi differenziale rappresenti un elemento fondamentale per garantire un trattamento adeguato. È importante superare l'idea che il declino cognitivo o le alterazioni del comportamento siano una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Un riconoscimento precoce dei sintomi e un intervento tempestivo possono infatti migliorare la qualità di vita del paziente e rallentare l'evoluzione della malattia.

Nel corso della stesura di questo elaborato è emersa anche una riflessione personale che ha contribuito a rafforzare l'importanza del tema trattato. Molti anni fa, nella mia famiglia, una persona anziana manifestava comportamenti che oggi potrebbero essere ricondotti a un quadro di deterioramento cognitivo associato a sintomi psichiatrici. Presentava alterazioni del comportamento e della personalità, episodi di disorientamento, allucinazioni e vagabondaggio, arrivando talvolta a rivivere eventi traumatici del passato, come se fossero ancora presenti, e mettendo in atto comportamenti inappropriati che la famiglia faticava a comprendere.

In quel periodo, la conoscenza di queste patologie era limitata e tali manifestazioni venivano spesso interpretate come segni di follia o semplicemente come conseguenze dell'età avanzata. La malattia non fu mai realmente compresa né diagnosticata, con inevitabili ripercussioni sulla qualità di vita della persona e dei suoi familiari. Oggi, grazie ai progressi della medicina e della ricerca scientifica, è possibile riconoscere che molti di questi comportamenti possono rappresentare manifestazioni cliniche di malattie neurodegenerative e disturbi psichiatrici dell'anziano, che richiedono un adeguato inquadramento diagnostico e terapeutico.

Questa esperienza personale ha evidenziato come la malattia dell'anziano non coinvolga soltanto il paziente, ma l'intero nucleo familiare. Il ruolo del caregiver e dei familiari rappresenta infatti un elemento fondamentale del percorso assistenziale, e il loro sostegno psicologico e sociale deve essere considerato parte integrante della presa in carico terapeutica.

Le prospettive future si orientano verso un approccio sempre più integrato e multidisciplinare, capace di associare alle terapie farmacologiche interventi non farmacologici, stimolazione cognitiva, supporto psicologico, educazione sanitaria e assistenza ai caregiver. La collaborazione tra geriatri, neurologi, psichiatri, medici di medicina generale, psicologi, infermieri e altri professionisti sanitari rappresenta un elemento indispensabile per una gestione efficace di queste patologie.

In conclusione, la crescente aspettativa di vita rende necessario promuovere una maggiore consapevolezza dei disturbi cognitivi e psichiatrici dell'anziano, favorendo la diagnosi precoce, la prevenzione e una presa in carico globale del paziente. Solo attraverso un approccio centrato sulla persona e sulla sua famiglia sarà possibile perseguire uno degli obiettivi fondamentali della medicina moderna: non soltanto aggiungere anni alla vita, ma aggiungere vita, dignità e qualità agli anni.

BIBLIOGRAFIA

American Geriatrics Society. *2023 AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. Journal of the American Geriatrics Society. 2023.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.

Alzheimer's Association. *2025 Alzheimer's Disease Facts and Figures*. Alzheimer's & Dementia. 2025.

Alzheimer's Association. Non-pharmacologic Approaches to Dementia Care. Available from: <https://www.alz.org>

Cummings JL, Lee G, Zhong K, Fonseca J, Taghva K. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2024. *Alzheimer's & Dementia*. 2024.

European Medicines Agency (EMA). *Leqembi (lecanemab): EPAR Product Information*. Available from: <https://www.ema.europa.eu>

Goodman LS, Gilman A. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 14th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2023.

Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *New England Journal of Medicine*. 2014;371:1456-1466.

International Psychogeriatric Association (IPA). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Complete Guides*. Available from: <https://www.ipa-online.org>

National Institute on Aging (NIA). Alzheimer's Disease Fact Sheet. Available from: <https://www.nia.nih.gov>

National Institute on Aging (NIA). Caring for a Person with Alzheimer's Disease. Available from: <https://www.nia.nih.gov>

National Institute on Aging (NIA). Medicines and Older Adults. Available from: <https://www.nia.nih.gov>

National Institute of Mental Health (NIMH). Depression. Available from: <https://www.nimh.nih.gov>

National Institute of Mental Health (NIMH). Anxiety Disorders. Available from:
<https://www.nimh.nih.gov>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Substance Use in Older Adults. Available from:
<https://nida.nih.gov>

Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. *New England Journal of Medicine*.
2011;364:2227-2234.

Sachs-Ericsson N, et al. Depression in Late Life. *Psychiatric Clinics of North America*.
2019.

World Health Organization. *Ageing and Health*. Geneva: WHO.

World Health Organization. *Dementia*. Geneva: WHO.

World Health Organization. *Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidelines on
Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity*. Geneva: WHO;
2017.

World Health Organization. *Medication Safety in Polypharmacy*. Geneva: WHO; 2019.

World Health Organization. *Mental Health of Older Adults*. Geneva: WHO.

SITOGRAFIA

World Health Organization (WHO)
<https://www.who.int>

Alzheimer's Association
<https://www.alz.org>

National Institute on Aging (NIA)
<https://www.nia.nih.gov>

National Institute of Mental Health (NIMH)
<https://www.nimh.nih.gov>

National Institute on Drug Abuse (NIDA)
<https://nida.nih.gov>

European Medicines Agency (EMA)

<https://www.ema.europa.eu>

International Psychogeriatric Association (IPA)

<https://www.ipa-online.org>

American Psychiatric Association

<https://www.psychiatry.org>

Ringraziamenti

Al termine di questo importante percorso, desidero esprimere la mia più profonda gratitudine a tutte le persone che, in modi diversi, mi hanno sostenuta e accompagnata fino a questo traguardo.

Innanzitutto, ringrazio Dio Onnipotente, perché senza di Lui nulla di tutto questo sarebbe stato possibile. Mi ha dato la forza, il coraggio e la perseveranza per affrontare ogni difficoltà e non arrendermi mai.

Un sincero e sentito ringraziamento va alla mia Relatrice, la Dottoressa Emma Espinosa, per la disponibilità, il sostegno e l'incoraggiamento che mi ha sempre dimostrato, non solo nel contesto universitario, ma anche a livello umano.

Un grazie speciale alle segretarie Anna, Federica e Rossana, che hanno fatto di tutto per vedermi raggiungere questo importante obiettivo. La vostra disponibilità e il vostro affetto resteranno sempre nel mio cuore.

Alla mia cara mamma, grazie per la tua infinita pazienza, per le tue preghiere e per il tuo costante incoraggiamento. Mi dispiace averti fatta aspettare così a lungo, ma il tuo amore e la tua fiducia in me non sono mai venuti meno.

Alle mie sorelle, Irene e Margarete, siete state il mio sostegno e le mie spalle nei momenti più difficili. Grazie per esserci sempre state.

Al mio fratello, Christlove, grazie per il tuo affetto e il tuo supporto.

Alle mie bambine, Kyrielle e Kyrstielle, voglio dedicare un pensiero speciale. Perdonate la mamma per non essere sempre stata presente. Ho voluto portare a termine questo percorso anche per voi. Siete state la mia forza, la mia motivazione e il motivo per cui non ho mai smesso di andare avanti. Grazie per il vostro amore incondizionato.

Alle mie care amiche Ange, Sis Wirsey, Limunga, Armelle e Lara, grazie per le vostre incessanti preghiere, per aver condiviso con me gioie e difficoltà e per essere state delle vere sorelle.

Ai miei bimbi di **Ancona Family**, in particolare Yann, Yvana, Hilary, Monique, Angel, Ashley, Marita, Glenise e Wendy, grazie per avermi incoraggiata a concludere questo viaggio. Vi sarò sempre grata. Un ringraziamento speciale a Yvana: non ho parole sufficienti per esprimere la mia gratitudine.

To my darling Uncle Julios and Aunty Ben, thank you for believing in me and always encouraging me.

Thank you, Uncle Justin and Aunty Bri, for your love and support.

Thank you, Uncle Pius. I would not be here today if it were not for you.

To all my friends and family members whom I cannot mention individually, thank you for your prayers, your encouragement and your unwavering support throughout this journey.

Grazie, Anna Luce, per le tue preghiere e il tuo incoraggiamento. Grazie anche a tutte le amiche della mia mamma che hanno pregato per me e mi hanno sostenuta con il loro affetto.

A heartfelt thank you to Saint Rita, Saint Thomas Aquinas, Saint Joseph of Cupertino, Saint Martin de Porres, Saint Charbel, Saint Anthony of Padua and all the saints who interceded for me along this journey.

Mamma Maria, non trovo parole sufficienti per ringraziarti per la tua materna protezione e la tua costante intercessione.

Infine, al mio caro Serge.

Non ho parole per ringraziarti per tutto ciò che hai fatto e sacrificato affinché potessi realizzare i miei sogni. Grazie per il tuo amore, per la tua infinita comprensione, per la tua generosità, per la tua pazienza e per aver creduto in me anche quando io stessa facevo fatica a farlo. Ti sarò per sempre grata per tutto ciò che sei stato e continui a essere nella mia vita.

A tutti coloro che hanno fatto parte di questo percorso, anche se il vostro nome non compare in queste righe, va il mio più sincero grazie. Ognuno di voi ha contribuito, in modo speciale, al raggiungimento di questo importante traguardo.

Con il cuore colmo di gratitudine, dedico questo successo a Dio e a tutte le persone che hanno creduto in me.

Dedication

I would like to dedicate this thesis to my beloved grandmother, Mary Aboh, who inspired me to choose this field of study. During her lifetime, her illness was not understood, and many of its manifestations were mistakenly regarded as signs of mental illness, without any awareness of the underlying causes of her condition.

The memory of her suffering and of the challenges faced by our family inspired me to explore the topic of cognitive and psychiatric disorders in older adults. It is my hope that greater knowledge and awareness of these conditions will contribute to earlier diagnosis, better care, and a deeper understanding of the people affected by them.

May her memory live on through this work.

Rest in peace, dear Grandma.