



## **Prevalenza di demenza e disturbi psichiatrici in anziani ricoverati presso cinque RSA lombarde: comorbidità e terapia psicofarmacologica. Risultati di uno studio trasversale**

Rosa Panigati, Benedetta Vanini, Martina Ballerio, Enzo Emanuele, Pierluigi Politi

*Sezione di Psichiatria, Department of Brain and Behavioral Sciences,  
Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

---

### ***Prevalenza di demenza e disturbi psichiatrici in anziani ricoverati presso cinque RSA lombarde: comorbidità e terapia psicofarmacologica. Risultati di uno studio trasversale***

L'obiettivo di questo lavoro è quello di indagare la prevalenza di demenza e di disturbo psichiatrico sul totale di persone residenti presso 5 RSA lombarde; è stata inoltre indagata la prevalenza dell'utilizzo di farmaci psicotropi (antidepressivi, antipsicotici e benzodiazepine) sul totale della popolazione. Lo studio è stato effettuato su un campione di 494 pazienti residenti presso 5 RSA lombarde; nello studio sono stati inclusi la totalità dei pazienti ricoverati presso queste strutture. Il 23.1% del campione presenta una diagnosi psichiatrica (114 soggetti) e di questi, 40 soggetti (35%) presentano una diagnosi psichiatrica in assenza di demenza (8.1% del campione totale); 257 soggetti (52%) sono affetti da demenza, dei quali 73 (28.4%) presentano una comorbidità con il disturbo psichiatrico (14.8% del campione totale); 194 soggetti (39.3%) non risultano affetti né da demenza né da disturbo psichiatrico. I farmaci psicotropi maggiormente utilizzati nel campione totale sono le benzodiazepine (43.9%). I farmaci antipsicotici sono prescritti nel 34.4% del campione e il loro utilizzo è dipendente dalla diagnosi di demenza, osservazione che permette di ipotizzare la loro prescrizione principale come modulatori del comportamento psichico nei disturbi associati a demenza. L'utilizzo di antidepressivi ha una prevalenza del 19.8% e il loro utilizzo è associato in maniera indipendente alla presenza di disturbo psichiatrico.

### ***Prevalence of dementia and psychiatric disorders in elderly subjects residents in five geriatrics structures in Lombardy, Italy: comorbidity and psychopharmacological therapy. Results of a trasversal study***

The aim of this study is to investigate the prevalence of dementia and psychiatric disorders in elderly subjects who were residents of five geriatric structures in Lombardy, Italy. We also investigated the prevalence of use of psychotropic drugs (antidepressants, antipsychotics, and benzodiazepines) in the whole sample. A total of 494 subjects participated in the study. Of the study participants, 23.1% had a psychiatric diagnosis (114 subjects); of them, 40 (35%) had a psychiatric diagnosis without dementia (8.1% of the whole sample); 257 subjects (52%) had a diagnosis of dementia; of them, 73 (28.4%) had a comorbid psychiatric disorder (14.8% of the whole sample); 194 subjects (39.3%) did not have neither a diagnosis of dementia nor of psychiatric disorders. The most commonly used psychotropic drugs were benzodiazepines (43.9%). Psychotropic drugs were used in 34.4% of the total sample and their utilization was dependent from a diagnosis of dementia. Altogether, these results suggest that they were mainly used as symptomatic therapy for dementia-associated behavioral disorders. Antidepressants were used in 19.8% of the sample and their utilization were dependent from the presence of psychiatric disorders.

---

## Introduzione

Il sostanziale incremento nella speranza di vita raggiunto negli ultimi decenni, in concomitanza alla riduzione della natalità e ai progressi della medicina, ha cambiato la struttura della popolazione mondiale. Non solo il numero di anziani è aumentato e aumenterà ancora in tutti i paesi, ma si assisterà al progressivo invecchiamento della popolazione anziana stessa [1-2, 5]. Le proiezioni dicono che nel 2030 in Europa gli ultra-settantacinquenni rappresenteranno il 12% della popolazione. La fascia di popolazione in età cosiddetta geriatrica, che comprende nella sua definizione individui con più di sessantaquattro anni, sarà pertanto modificata dalla presenza di un numero quantitativamente importante di grandi anziani. Il progressivo invecchiamento della popolazione, soprattutto nei paesi occidentali, implica un incremento parallelo di rischi alla salute e all'autonomia, una più frequente comparsa di patologie croniche, invalidanti, in particolare neuropsicologiche che negli anziani sono spesso associate a disturbi del comportamento, di varia espressione ed entità cliniche [3, 6, 8]. La fragilità dell'anziano si configura come una sindrome e costituisce un fattore indipendente di disabilità ed eventi avversi. La fragilità è uno stato di fisiologica vulnerabilità legato all'invecchiamento dovuto a un'alterazione della capacità di riserva omeostatica e una ridotta capacità dell'organismo di far fronte a stress come malattie acute. L'anziano fragile ha almeno una delle seguenti caratteristiche: età superiore agli 80 anni, dipendenza fisica, presenza di tre elementi di comorbidità tra incontinenza urinaria o doppia, instabilità posturale, allettamento o immobilizzazione, sintomi depressivi, decadimento cognitivo. Il 10-25% delle persone con più di 65 anni configura una situazione di fragilità e questa percentuale aumenta drammaticamente con l'età fino al 90% dei pazienti al di sopra degli 80 anni [9].

La demenza costituisce la malattia cerebrale di maggiore rilievo in età avanzata. Con demenza si intende una sindrome clinica caratterizzata da un declino progressivo delle funzioni cognitive – inizialmente soprattutto la memoria a breve termine – e delle abilità richieste nello svolgere le comuni attività quotidiane fino al verificarsi di una condizione di completa non-autosufficienza, fisica e psichica. La malattia di Alzheimer è riconosciuta come la forma più frequente di demenza; fra gli altri quadri clinici di decadimento cognitivo ricordiamo: la demenza vascolare o multiinfartuale, quella mista Alzheimer/vascolare, la demenza a corpi di Lewy, la malattia di Pick, le demenze fronto-temporali, quelle dovute a lesioni strutturali, disturbi endocrini e metabolici, processi infettivi e infiammatori, intossicazioni esogene, abuso di alcool, idrocefalo, traumi cranici, neoplasie cerebrali, la demenza associata al Parkinson e ad altre patologie neurodegenerative [3, 6-8].

La prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale tende a crescere con l'età, raggiungendo il 44% tra gli ultraottantenni [3]. La depressione è il disturbo psichiatrico più frequentemente riscontrato nell'anziano, superata dalle sindromi demenziali solo dopo i 75 anni. La distimia e le sindromi ansioso-depressive sono prevalenti rispetto al disturbo depressivo maggiore, con un rapporto di circa 4:1; le sindromi ansioso-depressive, in particolare, costituiscono la patologia affettiva più frequente nella terza età. Caratteristiche di questa fascia d'età sono anche le forme di depressione organica, ovvero secondarie a malattie somatiche: malattia di Parkinson, tumori cerebrali primitivi o metastatici, ma anche disendocrinie tiroidee e surrenaliche, anemie carenziali e neoplasie [10-12]. I casi di schizofrenia e di disturbo delirante cronico rappresentano il 10% di tutte le diagnosi formulate in pazienti ultrasessantenni al primo ricovero psichiatrico e hanno una netta prevalenza (da 2 a 10 volte superiore) nel sesso femminile. Dal punto di vista sintomatologico, sono caratteristiche le idee deliranti, soprattutto di tipo persecutorio, cui si possono, eventualmente, accompagnare allucinazioni uditive. I pazienti schizofrenici che raggiungono l'età senile presentano caratteristicamente una modificazione clinica della malattia, che mostra una prevalenza dei sintomi negativi, come il ritiro sociale, l'appiattimento dell'affettività, abulia, alogia, e un'attenuazione delle manifestazioni positive, come i deliri e le allucinazioni [3, 12-13].

## Scopo del lavoro

In questo studio, abbiamo indagato la prevalenza di demenza e di disturbo psichiatrico sul totale di persone residenti presso 5 RSA lombarde; è stata inoltre indagata la prevalenza dell'utilizzo di farmaci psicotropi (antidepressivi, antipsicotici e benzodiazepine) sul totale della popolazione. Infine, è stata valutata l'associazione tra variabili cliniche e demografiche e utilizzo di farmaci psicotropi.

## Materiali e metodi

### *Strutture residenziali*

Lo studio è stato effettuato su un campione di 494 pazienti residenti presso 5 RSA lombarde; nello studio sono stati inclusi la totalità dei pazienti ricoverati presso queste strutture. Le Residenze Sanitarie Assistenziali incluse nello studio sono: RSA Fratelli Carnevale (Gambolò, PV), RSA Padre Balduzzi (Vigevano, PV), RSA Fondazione Madre Cabrini (Sant'Angelo Lodigiano, LO), RSA Fondazione Zoncada (Borghetto Lodigiano, LO), RSA San Francesco (Pinarolo Po, PV).

### *Dati raccolti*

L'indagine ha compreso la rilevazione dalla cartella clinica dei pazienti di: età, sesso, diagnosi psichiatrica, diagnosi neurologica di demenza, Mini Mental State Examination (MMSE, quando presente), Clinical Dementia Rating Scale (CDR, quando presente), terapia farmacologica psicotropa e/o antidementigena. La raccolta dati è stata effettuata tra agosto 2012 e febbraio 2013.

### *Analisi statistica*

I dati sono stati espressi utilizzando metodi descrittivi (conteggi e percentuali per variabili categoriche e medie e deviazioni standard per variabili continue). L'analisi univariata è stata effettuata mediante calcolo dei coefficienti di correlazione secondo Spearman. L'aggiustamento per fattori di confondimento è stato calcolato mediante analisi di regressione multipla. Tutti i calcoli sono stati effettuati utilizzando il software SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Valori di  $p < 0.05$  (a due code) sono stati considerati statisticamente significativi.

## Risultati

### *Sesso ed Età*

Il 20% della popolazione esaminata è di sesso maschile; in termini complessivi la popolazione è composta da 99 soggetti di sesso maschile e 395 di sesso femminile (Tabella 1)

L'età media dei pazienti ricoverati è di  $85.5 \pm 7.2$  anni. I soggetti di sesso femminile presentano un'età media superiore rispetto a quelli di sesso maschile ( $p < 0.001$ ). L'età dei pazienti è risultata essere correlata positivamente con la diagnosi di demenza ( $p < 0.05$ ) e negativamente con la diagnosi psichiatrica ( $p < 0.01$ ).

### *Diagnosi psichiatriche e neurologiche*

Il 23.1% del campione presenta una diagnosi psichiatrica (114 soggetti) e di questi, 40 soggetti (35%) presentano una diagnosi psichiatrica in assenza di demenza (8.1% del campione totale);

257 soggetti (52%) sono affetti da demenza, dei quali 73 (28.4%) presentano una comorbidità con il disturbo psichiatrico (14.8% del campione totale); 194 soggetti (39.3%) non risultano affetti né da demenza né da disturbo psichiatrico (Tabella 2).

La prevalenza di demenza risulta superiore nei soggetti di sesso femminile ( $p < 0.001$ ).

È presente inoltre una correlazione positiva tra presenza di demenza e di disturbo psichiatrico ( $p < 0.01$ ).

Dall'analisi multivariata, l'età è risultata essere l'unico predittore indipendente di disturbo psichiatrico ( $\beta = -0.191$ ,  $t = -3.62$ ,  $p < 0.001$ ) (Tabella 4), mentre il sesso femminile è risultato essere l'unico predittore indipendente di demenza ( $\beta = 0.112$ ,  $t = 2.114$ ,  $p < 0.05$ ) (Tabella 5).

### **Terapia psicofarmacologica**

Il 34.4% del campione utilizza farmaci antipsicotici (170 soggetti), il 19.8% della popolazione viene trattato con antidepressivi (98 soggetti), mentre le benzodiazepine sono prescritte e utilizzate dal 43.9% del campione (217 soggetti) (Tabella 3). L'utilizzo di benzodiazepine aumenta all'aumentare dell'età ( $p < 0.05$ ) e le donne ne fanno un utilizzo superiore ( $p < 0.001$ ). L'utilizzo di antipsicotici ( $p < 0.001$ ), antidepressivi ( $p < 0.001$ ) e benzodiazepine ( $p < 0.05$ ) è superiore nei soggetti con demenza. La terapia antipsicotica è maggiormente utilizzata nei pazienti con demenza rispetto ai pazienti psichiatrici ( $p < 0.01$ ) e, nei pazienti psichiatrici, è maggiormente utilizzata rispetto ai pazienti senza diagnosi ( $p < 0.001$ ). L'utilizzo di antidepressivi è invece superiore nei pazienti affetti da disturbo psichiatrico rispetto ai pazienti con demenza ( $p < 0.01$ ), i quali a loro volta utilizzano maggiormente antidepressivi rispetto ai soggetti senza diagnosi ( $p < 0.01$ ). Il paziente psichiatrico mostra inoltre un maggiore utilizzo di antidepressivi rispetto a quello di antipsicotici ( $p < 0.01$ ). Non esiste differenza statisticamente significativa per quanto riguarda l'utilizzo di benzodiazepine tra pazienti con demenza e pazienti con disturbo psichiatrico; l'utilizzo di benzodiazepine è invece superiore tra i pazienti psichiatrici ( $p < 0.05$ ) e tra i soggetti affetti da demenza ( $p < 0.05$ ) rispetto ai soggetti sani. L'utilizzo di benzodiazepine è correlato a quello di antidepressivi ( $p < 0.01$ ), ma non all'utilizzo di antipsicotici.

Dall'analisi multivariata l'unico predittore indipendente di utilizzo di antipsicotici è risultato essere la presenza di demenza ( $\beta = 0.194$ ,  $t = 3.731$ ,  $p < 0.001$ ) (Tabella 5).

La presenza di disturbo psichiatrico è risultato essere l'unico predittore indipendente di utilizzo di antidepressivo è ( $\beta = 0.312$ ,  $t = 3.129$ ,  $p < 0.001$ ).

Per l'utilizzo di benzodiazepine non sono invece stati individuati predittori indipendenti.

## **Discussione**

La prevalenza di demenza nel campione risulta essere del 52%, percentuale nettamente superiore rispetto a quella nazionale (4%) e internazionale (5-6%) [5, 7, 14], risultato che deve essere interpretato tenendo in considerazione i motivi che portano un paziente al ricovero presso una RSA, tra i quali emerge la perdita di autosufficienza causata dalla demenza. La prevalenza di demenza presenta un incremento progressivo con l'aumentare dell'età, sempre in accordo con i dati secondo i quali l'età è il maggiore fattore di rischio per demenza; i dati nazionali indicano infatti che oltre i 65 anni di età ogni 5 anni abbiamo il raddoppio della prevalenza e oltre i 95 anni la prevalenza è stimata al 32% per gli uomini e al 46% per le donne [5-7]. Nel nostro campione tuttavia l'unico predittore indipendente di demenza risulta essere il sesso femminile, dato che trova appoggio nella prevalenza superiore di diagnosi di demenza nelle donne (rapporto 2:1 a livello nazionale). La demenza si presenta nel 28.4% del campione in comorbidità con il disturbo psichiatrico; il dato si inserisce nella prevalenza degli studi internazionali che vedono un'ampia variabilità delle stime dal 20 al 90%.

Il disturbo psichiatrico in assenza di demenza presenta una prevalenza dell'8.1%, in accordo con la prevalenza stimata ISTAT del disturbo psichico negli ultrasessantacinquenni del 9.8% [7]. L'età è risultata essere l'unico predittore indipendente di disturbo psichiatrico, attribuendo ad un'età anagrafica più bassa una maggiore probabilità di avere una diagnosi psichiatrica nel nostro campione; il dato esprime la possibilità che il disturbo psichiatrico sia insorto precocemente e che abbia quindi un significato clinico indipendente dalla demenza.

I farmaci psicotropi maggiormente utilizzati nel campione totale sono le benzodiazepine con una prevalenza del 43.9%, dato da interpretare tenendo in considerazione il largo utilizzo delle stesse come terapia ipnoinducente nell'anziano; il loro utilizzo è superiore nelle donne e l'uso aumenta con l'aumentare dell'età, ma né la presenza di disturbo psichiatrico né la diagnosi di demenza sono predittori indipendenti del loro utilizzo, dato che sembra sostenere maggiormente l'ipotesi del loro uso come ipnoinduttori.

I farmaci antipsicotici sono prescritti nel 34.4% del campione e il loro utilizzo è dipendente dalla diagnosi di demenza, osservazione che permette di ipotizzare la loro prescrizione principale come modulatori del comportamento psichico nei disturbi associati a demenza.

L'utilizzo di antidepressivi ha una prevalenza del 19.8% e il loro utilizzo è associato in maniera indipendente alla presenza di disturbo psichiatrico, dato che potrebbe significare una maggior prevalenza di disturbi dell'umore rispetto ad altre diagnosi.

## Conclusioni

Questo studio multicentrico condotto in 5 RSA lombarde ha dimostrato una elevata prevalenza di disturbi psichiatrici e di demenza tra i soggetti ricoverati. Tale prevalenza è risultata associata a un considerevole utilizzo di farmaci psicotropi. In particolare, è possibile osservare un importante utilizzo di farmaci antipsicotici come terapia sintomatica della demenza. Come atteso, l'utilizzo massiccio delle benzodiazepine era principalmente ascrivibile a scopi ipnoinducenti. Questi dati sottolineano come la principale categoria farmacologica prescritta negli anziani con demenza sia quella degli antipsicotici piuttosto che antidementigeni, sottolineando come nella pratica clinica nelle RSA si faccia principalmente affidamento su un approccio sintomatico. Interessante è il dato che mette in relazione l'età del paziente con il disturbo psichiatrico, evidenziando come un'età più giovane ne sia predittore. Ciò consente di ipotizzare un esordio precoce del disturbo e un decorso inizialmente indipendente rispetto alla demenza, e un suo possibile ruolo come fattore di rischio della stessa.

## Tabelle e figure

**Tabella 1. Caratteristiche generali della popolazione n=494.**

<i>Età (anni)</i>	85.5±7.2
<i>Femmine</i>	395
<i>Maschi</i>	99

**Tabella 2. Tipo di diagnosi e comorbidità.**

<i>Diagnosi psichiatrica</i>	23.1%	N=114
<i>Diagnosi di demenza</i>	52%	N=257
<i>Entrambe le diagnosi (demenza + disturbo psichiatrico)</i>	14.8%	N=73
<i>Diagnosi psichiatrica in assenza di demenza</i>	8.1%	N=40
<i>Demenza in assenza di diagnosi psichiatrica</i>	37.2%	N=184
<i>Nessuna diagnosi</i>	39.3%	N=194

**Tabella 3. Terapia psicofarmacologica.**

<i>Antipsicotici</i>	34.4%	N=170
<i>Antidepressivi</i>	19.8%	N=98
<i>Benzodiazepine</i>	43.9%	N=217

**Tabella 4. Modello di regressione. Variabile dipendente: presenza di disturbo psichiatrico. Variabili indipendenti: età, sesso, demenza.**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Beta</i>		
<i>(Constant)</i>	1.369	0.283		4.842	0.000
<i>Demenza</i>	-0.054	0.052	-0.054	-1.032	0.303
<i>Età</i>	-0.012	0.003	-0.191	-3.620	0.000
<i>Sesso</i>	0.027	0.061	0.024	0.448	0.654

**Tabella 5. Modello di regressione. Variabile dipendente: utilizzo di antipsicotici. Variabili indipendenti: età, sesso, demenza, disturbo psichiatrico.**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Beta</i>		
<i>(Constant)</i>	0.520	0.315		1.648	0.100
<i>Età</i>	-0.003	0.004	-0.045	-0.845	0.398
<i>Sesso</i>	0.077	0.066	0.061	1.161	0.246
<i>Disturbo psichiatrico</i>	0.007	0.057	0.006	0.119	0.905
<i>Demenza</i>	0.210	0.056	0.194	3.731	0.000

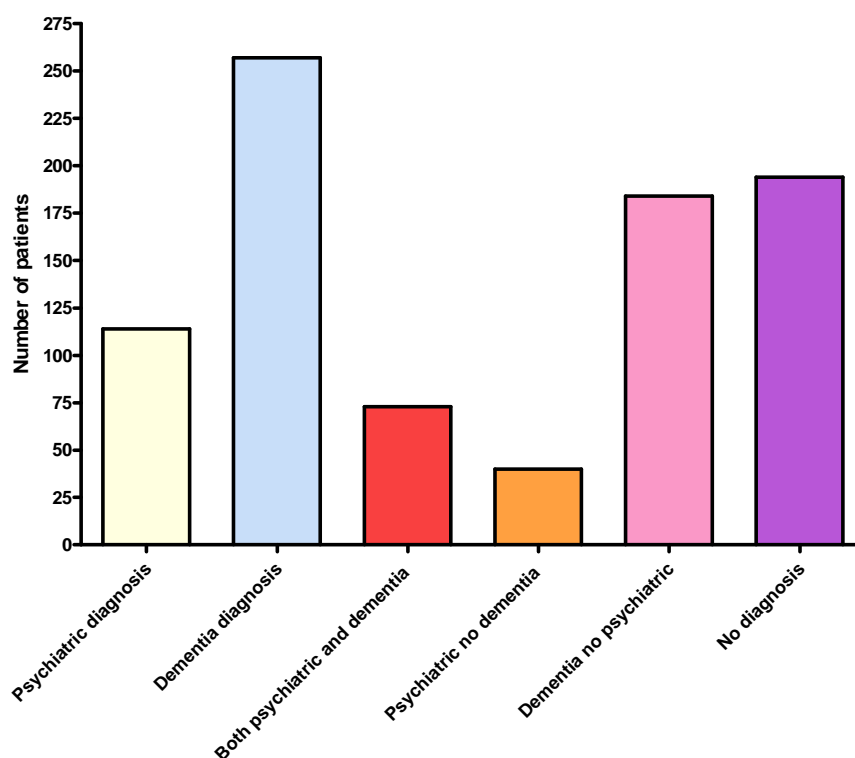


Figura 1. Frequenza assoluta dei disturbi psichiatrici.

### Bibliografia

1. Houde SC, Melillo KD. Caring for an aging population: review of policy initiatives. *J Gerontol Nur.* 2009;35(12):8-13.
2. Borson S, Bartels SJ, Colenda CC et al. Geriatric mental health services research: Strategic Plan for an Aging Population: Report of the Health Services Work Group of the American Association for Geriatric Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(3):191-204.
3. Giberti F, Rossi R. Manuale di Psichiatria, VI edizione. *Piccin Nuova Libreria*, Padova, Italia, 2009.
4. Riggs JE. The aging population: implications for the burden of neurologic disease. *Neurol Clin* 1998;(3):425-434.
5. URL:<[http://www.who.int/whr/2006/en/index.htmlAug;16\(3\):555-60](http://www.who.int/whr/2006/en/index.htmlAug;16(3):555-60)>.
6. Bianchetti A. La valutazione clinica del demente. In: *Le demenze. UTET*, Milano, Italia, 2002.
7. URL:<[www.salute.gov.it/demenze/paginaInternaDemenze.jsp?id=2402&lingua=italiano&menu=dati](http://www.salute.gov.it/demenze/paginaInternaDemenze.jsp?id=2402&lingua=italiano&menu=dati)>.
8. Parnetti L, Brooks JO, Pippi M et al. Diagnosing Alzheimer's disease in very elderly patients. Relevance of some functional and psychobehavioral aspects assessed by the Gottfries-Br ne-Steen Rating Scale for Dementia. Study Group on Brain Aging, Italian Society of Gerontology and Geriatrics. *Gerontology* 1997;43(6):335-342.
9. Cherubini A. La fragilità dell'anziano e la psicogeriatra. *Psicogeriatra* 2007;1:9.
10. Puma Sing A, Lokesh Kuma K, Pavan Kumar Reddy CM. Psychiatric morbidity in geriatric population in old age homes and community: a comparative study. *Ind J Psychol Med* 2012;34:39-43.
11. Cherubini A. La depressione in et  avanzata:dalla epidemiologia alla clinica; Depression in older subjects: epidemiology and clinical features. *G Gerontol* 2006;54(Suppl. 2):18-24.
12. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J et al. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biological Psychiatry* 2002;52:543-558.
13. Cravello L, Palmer K, de Girolamo G et al. Neuropsychiatric symptoms and syndromes in institutionalized elderly people without dementia. *Int Psychogeriatr* 2011;23(3):425-434.
14. Tinto A, Egidi V, Salvatore MA et al. Quando l'anziano   colpito da demenza: strutture familiari e impatto sui componenti della famiglia. ISTAT 201.