Invecchiamento cerebrale, disabilità intellettiva e demenza

È auspicabile la diagnosi precoce dei disturbi neurocognitivi nella forma lieve, laddove gli interventi terapeutici possono essere più efficaci: approcci di tipo farmacologico, psicologico e riabilitativo, oltre alla modifica degli stili di vita, possono condizionare in positivo le funzioni cognitive rallentando la processualità morbosa

Ferdinando Pellegrino
Psichiatra, Salerno

Nell'immaginario collettivo un deficit da memoria è classicamente associato all'invecchiamento cerebrale, anche se rappresenta solo un aspetto delle funzioni cognitive che oggi vanno valutate nella loro complessità.
La compromissione della memoria a breve termine rappresenta di per sé un disturbo cognitivo di grande impatto correlato all'età: si dimenticano più frequentemente i nomi, si perdono con facilità oggetti come le chiavi, ci si ricorda dei punti essenziali di una determinata questione ma si fa fatica a ricordare i dettagli e ad assimilare nuove informazioni.
Ma di ridotta efficacia appaiono anche le funzioni esecutive: si assiste a una mancata soppressione delle interferenze (difficoltà a gestire gli stimoli interferenti), si commettono errori perseverativi con difficoltà di organizzazione della memoria di lavoro, con riduzione dell'efficienza e della capacità di giudizio.
Il soggetto rende di meno, riesce a conservare una discreta efficacia cognitiva compensando le lacune con alcune strategie (prendere appunti, controllare più volte lo svolgimento di un compito, ecc), ma, nel tempo, egli stesso avverte un disagio sempre crescente nell'eseguire le stesse prestazioni e anche gli altri si accorgono che c'è qualcosa che non va.
Dapprima si tende ad attribuire la colpa di tutto ciò allo stress, ai problemi della vita, alla stanchezza, a patologie come il diabete o l'ipertensione, ad eventi come la morte del coniuge o la perdita del posto di lavoro.
Ma quando inizia una vera patologia? Quando si può parlare di disturbo neurocognitivo (DNC)?
Il disagio nasce quando le abilità intellettive di un soggetto - valutate nei sei domini delle funzioni cognitive rapportate ad un precedente livello di funzionamento *(tabella 1)* - appaiono compromesse, sia pure per gradi e tempi diversi, dando luogo a quadri clinici che il DSM 5 ha distinto in due categorie diagnostiche, il Disturbo neurocognitivo lieve (definito in passato come *Mild Cognitive Impairment, MCI*) e il Disturbo neurocognitivo maggiore *(demenza),* lasciando ampio margine al clinico nel valutare la diversa gradazione di tale distinzione.

Disturbo neurocognitivo lieve

• Il DNC lieve si presenta con:
a. un modesto deficit cognitivo rispetto al livello precedente di prestazione;
b. una conservazione dell'autonomia personale pur dovendo, il soggetto, attuare strategie compensatorie o di adattamento per la gestione delle attività quotidiane; deve cioè "sforzarsi di più" rispetto al passato.
• Il DNC maggiore si caratterizza dalla presenza di:
a. una significativa compromissione delle funzioni cognitive rispetto ad un livello precedente di prestazione;
b. una compromissione importante del livello di autonomia personale.

Diagnosi

La diagnosi si basa su un'attenta valutazione clinica supportata da test neuropsicologici, come il Mini Mental State Examination (MMSE) o l'Esame Neuropsicologico Breve (ENB2), per una determinazione più accurata del livello di disabilità acquisita.
Molte informazioni devono essere attinte da terzi - familiari, amici -

Tabella 1

Le funzioni cognitive

L'approccio alla compromissione delle funzioni cognitive prevede la valutazione di sei domini che vengono rapportati alla funzionalità dell'individuo.

1. Attenzione complessa	Capacità di mantenere e/o prestare attenzione a più cose contemporaneamente, la capacità di elaborare nuovi stimoli
2. Funzione esecutiva	Prendere decisioni, flessibilità mentale, capacità di pianificazione, di critica
3. Funzione percettivo-motoria	Percezioni visive, funzioni prassiche e gnosiche
4. Cognizione sociale	Riconoscimento e gestione delle emozioni
5. Apprendimento e memoria	Memoria a breve, capacità di apprendimento di nuove nozioni
6. Linguaggio	Fluenza, grammatica

La memoria è solo un aspetto della complessità delle funzioni cognitive: nel valutare il livello della loro compromissione (da lieve a maggiore) il clinico deve saper cogliere gli aspetti legati all'autonomia dell'individuo e alla sua capacità di interagire con gli altri e con l'ambiente

considerando che la presenza di un elevato livello cultuale può rendere più difficile la valutazione dei deficit cognitivi, soprattutto nelle fasi iniziali della processualità morbosa.
La distinzione tra DNC maggiore e lieve è puramente arbitraria: essi infatti si trovano su un continuum dello spettro di deterioramento cognitivo e funzionale.
Ciò significa che occorre partire dal quotidiano, comprendere quanto il soggetto sta cambiando le sue abitudini e il suo modo di essere, dì affrontare i problemi della vita, di gestire le difficoltà, di vivere le emozioni.
Particolare attenzione deve essere rivolta alla diagnosi differenziale, mirata soprattutto a riconoscere forme di demenza reversibili e ad individuare sintomi trasversali ad altre patologie, come la depressione maggiore o la psicosi.
Il disturbo neurocognitivo può, infatti, manifestarsi soprattutto inizialmente con depressione del tono dell'umore, apatia, diminuita reattività emotiva, agitazione, irritabilità, somatizzazioni, polarizzazione ipocondriaca, astenia marcata, disinteresse per l'ambiente circostante, comportamenti inusuali o francamente disinibiti, deliri o allucinazioni.
La valutazione di questi sintomi deve essere particolarmente attenta poiché possono essere indicativi di altri disturbi - fisici o psichici - che richiedono un adeguato trattamento.

Diversi sottotipi

I DNC si distinguono i diversi sottotipi che tuttavia nella pratica clinica possono dar ruolo a quadri misti caratterizzati da particolare complessità.

1 *Malattia di Alzheimer, maggiore o lieve*

Esordio insidioso e graduale deficit relativo ad una o più aree delle funzioni cognitive; la progressione della malattia da DNC lieve a maggiore è graduale ed estremamente variabile, a volte con brevi plateau.
Il quadro demenziale si manifesta con compromissione della memoria associata ad altri deficit delle funzioni cognitive.

2 *Degenerazione frontotemporale, maggiore o lieve*

Esordio insidioso e progressione graduale con disinibizione comportamentale, apatia, inerzia, perdita di empatia e cambiamenti nelle abitudini alimentari (iperoralità); presenti anche relative difficoltà nel linguaggio, nella memoria e nelle funzioni percettivo-motorie.
Evidenza di coinvolgimento del lobo frontale e/o temporale alle neuroimmagini.

3 *Malattia a corpo di Lewy, maggiore o lieve*

Esordio insidioso e progressione graduale. Presenza di allucinazioni visive ricorrenti, variazione dei livelli di vigilanza, parkinsonismo, alterazioni del sonno, spiccata sensibilità ai neurolettici, ripetute cadute e sincopi, con episodi transitori di perdita di coscienza. È frequente una disfunzione autonomica con ipotensione ortostatica e incontinenza urinaria.

4 *Malattia vascolare, maggiore o lieve*

Esordio legato ad eventi cerebrovascolari, con una sintomatologia variabile in rapporto alla loro natura e localizzazione. Tali lesioni - evidenti alle neuroimmagini - possono essere focali, multifocali o diffuse, dando luogo a diverse manifestazioni cliniche. Il declino delle fun-

zioni cognitive può essere acuto, graduale o fluttuante, con periodi di stabilità e anche di qualche miglioramento.

5 *Trauma cranico, maggiore o lieve*

Vi è l'evidenza di un trauma cranico, con amnesia post-traumatica, perdita di coscienza, disorientamento e confusione; sono presenti segni neurologici. Il disturbo neurocognitivo si manifesta dopo il trauma e persiste in rapporto alla natura ed estensione del trauma stesso.

6 *Deficit da sostanze/ farmaci, maggiore o lieve*

Deficit valutati in rapporto all'uso di sostanze o famaci: alcol, inalanti, sedativi, ansiolitici, politerapie. Si possono avere manifestazioni acute - un delirium - con successiva e variabile compromissione delle funzioni cognitive.

7 *Infezione da HIV, maggiore o lieve*

Presenza di un disturbo neurocognitivo con documentata infezione da virus dell'immunodeficienza.

8 *Malattie da prioni, maggiori o lievi*

Esordio insidioso, con rapida compromissione delle funzioni cognitive; presenti mioclono, atassia e possibili alterazioni comportamentali. Il tipo più comune è la malattia di Creutzfeldt-Jakob.

9 *Morbo di Parkinson, maggiore o lieve*

Il disturbo neurocognitivo si manifesta nel contesto della sintomatologia del morbo di Parkinson; esordio insidioso con graduale compromissione delle funzioni cognitive.

10 *Malattia di Huntington, maggiore o lieve*

La sintomatologia si sviluppa nel contesto della sintomatologia della malattia di Huntington.

11 *Altre condizioni mediche, maggiori o lievi*

Quadri clinici rapportati a specifiche patologie: disturbi endocrini, ipoperfusione da scompenso cardiaco, condizioni nutrizionali, lupus eritematoso sistemico, insufficienza epatica o renale, condizioni metaboliche.
Vi è una associazione temporale tra l'esordio o la riacutizzazione di una patologia medica e la compromissione delle funzioni cognitive; la sintomatologia migliora con il miglioramento o la stabilizzazione della patologia di base.

12 *Eziologie molteplici, maggiori o lievi*

Si tratta di quadri clinici di frequente riscontro nella pratica clinica, in cui si è possibile ipotizzare che alla base del deficit cognitivo vi siano più eziologie, come nel caso dell'Alzheimer associato a patologie cerebrovascolari.

13 *Senza specificazione*

Categoria indicativa di disturbi oligosintomatici o di incerta attribuzione etiologica.

Tali sottotipi indicano la complessità della realtà clinica che spesso si presenta molto articolata con sovrapposizioni di sintomi difficili da identificare; sono frequenti quadri in comorbidità che rendono ancora più difficile la comprensione e la gestione dei processi assistenziali.

Conclusioni

È importante volgere gli sforzi verso una diagnosi precoce di questi disturbi, nella forma lieve, laddove gli sforzi terapeutici possono essere più efficaci: ciò che sappiamo è che interventi precoci, sia di tipo farmacologico che psicologico e riabilitativo, oltre agli interventi sullo stile di vita, possono condizionare in positivo le funzioni cognitive rallentando la processualità morbosa.
In particolare occorre incidere sulle cause di alcuni quadri demenziali: la prevenzione di ictus cerebrale, di patologie cardiovascolari, il controllo della glicemia nel paziente diabetico e della pressione arteriosa nell'iperteso o del colesterolo nei soggetti con dismetabolismo lipidico, la riduzione del fumo di sigarette, il controllo della dieta, l'attività fisica, la modulazione di politerapie non appropriate rappresentano indubbiamente interventi di particolare rilevanza nella prevenzione del disturbo neurocognitivo, oltre che incidenti sull'evoluzione del disturbo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.
- Pellegrino F. La salute mentale clinica e trattamento, stress, ansia, dipendenze, depressione e altri disturbi. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2018.
- Stahl SM. Psicofarmacologia essenziale. Guida alla prescrizione. EdiErmes, Milano, 2014.