

La storia di Robin Williams: considerazioni.

La storia di Francesca e di Carla: due esempi di demenza nel quotidiano del MMG.  
Alessandro Pirani, Lucia Benini

Dopo avere letto il percorso clinico di Robin Williams, considerate l'algoritmo per la valutazione dello stato cognitivo (Figura 1). Se foste stati il MMG di Robin Williams cosa avreste fatto di diverso rispetto a quanto raccontato dalla moglie?

**Risposta:** informati dal paziente e/o moglie di amnesie, avreste somministrato il GPCog ed avreste verosimilmente colto la presenza di disturbo neurocognitivo (Figura n. 1). Anche la resistenza al trattamento combinato della depressione di Robin consiglia la valutazione psicometrica (Figura n. 2) (Depressione dell'anziano nell'ambulatorio del medico di medicina generale: Rivista Società Italiana di Medicina Generale N.1, 2017).

**Commento.** Dal racconto non emerge se, all'esordio nell'ottobre 2013, Robin Williams e la moglie avessero informato i medici dei disturbi mnesici, oltre che depressivi, dell'attore. Se i disturbi mnesici di Robin fossero stati adeguatamente riportati all'esordio, avrebbero dovuto essere indagati fin dall'inizio della malattia e non programmati alla fine di Luglio 2014, poco prima del suicidio l'11 Agosto 2014. Se il MMG di Robin avesse eseguito un GPCog nell'ottobre 2013, sarebbe stato verosimilmente positivo per "disturbo neurocognitivo", molto probabilmente nel Clock Drawing Test e nel richiamo differito. Comunque la sezione "Intervista al Familiare" – sotto riportata - avrebbe tolto ogni dubbio residuo in quanto almeno le prime 3 domande sarebbero risultate patologiche, come si desume dal racconto della moglie.

**B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONOSCENTE** Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

	SI	NO	Non so	N/A
I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?	0	1		
II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?	0	1		
III. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?	0	1		
IV. ...è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?	0	1		
V. ...è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?	0	1		
VI. ...richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?	0	1		
<b>PUNTEGGIO</b>				
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO				
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi				
		<b>TOTALE</b>		

Nel sito [www.demenzemedicinagenerale.net](http://www.demenzemedicinagenerale.net) è disponibile un questionario semplice e specifico per indagare la presenza di Demenza di Lewy Body: il Lewy Body Composite Risk Score (LBCRS). Il consiglio ai MMG è di applicarlo in pazienti con parkinsonismo che presentano amnesie e/o depressione. Anche in assenza di disturbi cognitivi conclamati o riferiti, la presenza di "depressione resistente a trattamento" in un paziente ultra50enne, (Robin aveva 63 anni) deve indurre il MMG a testare le funzioni cognitive con il GPCog, come indicato nell'algoritmo per la depressione (Figura n. 2), disponibile sul sito. Il fatto che il paziente faccia un lavoro cognitivamente importante non ci deve distrarre dalla possibilità che sviluppi una demenza come insegnano Emmanuel Kant, Ronald Reagan, Margaret Thatcher, Peter Falk e migliaia di persone con demenza pur avendo un QI superiore alla norma. Questo dato smentisce il fatto che l'esercizio cognitivo sia preventivo della demenza ma solo ritardante l'esordio nei pazienti affetti da demenza.

Figura n. 1.

Valutazione dello Stato Mentale in pazienti ambulatoriali ultra50enni in Medicina Generale  
 Proponibile come "Sesto segno vitale"

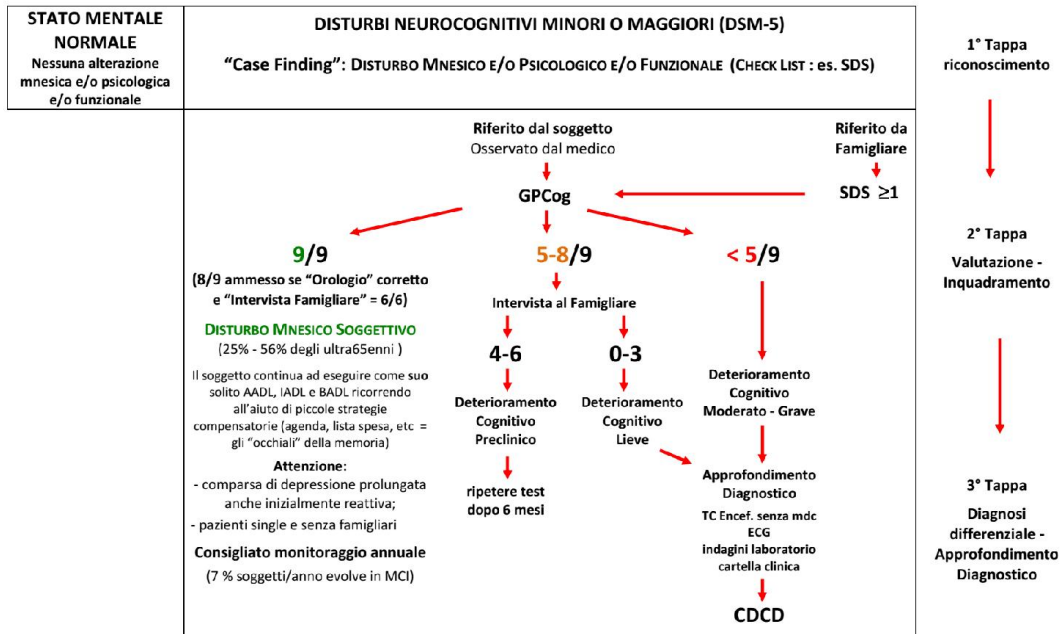
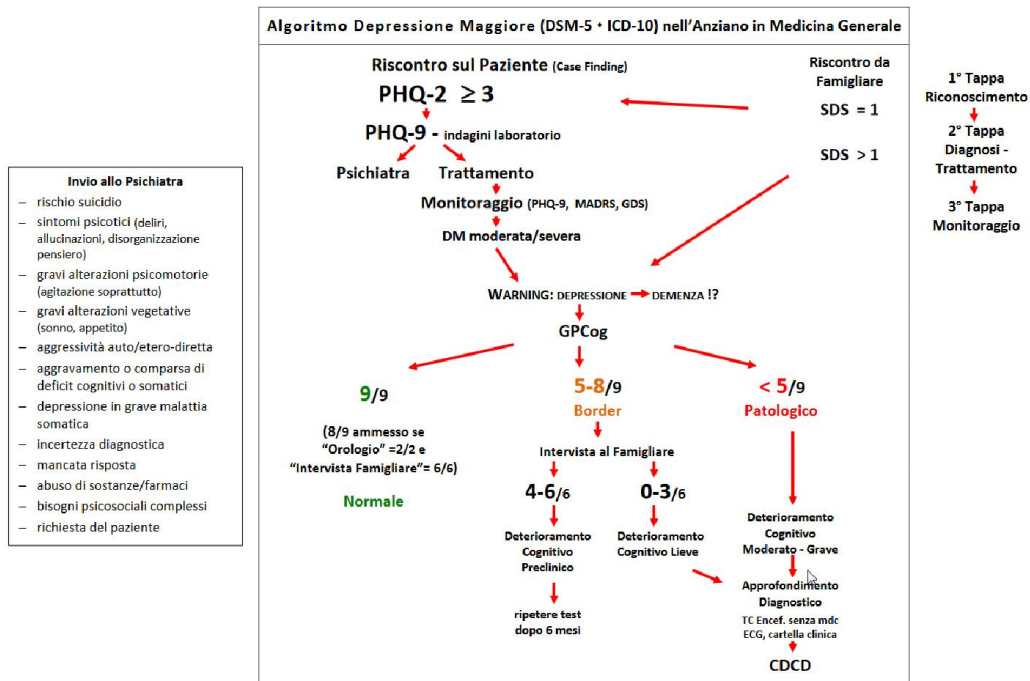


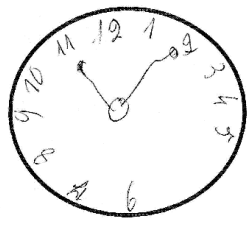
Figura n. 2.



**Il caso di AP:** la sottile deriva del rapporto medico-paziente nel deviare il riconoscimento di un disturbo del comportamento e della sottostante demenza.

Francesca, nata nel 1935, è stata mia assistita per oltre 20 anni. Ipertesa, dislipidemica, 6-7 kg. più del dovuto, Francesca veniva in ambulatorio 3-4 volte all'anno per controllare la pressione ed eseguire un controllo annuale degli esami del sangue. Vedova, un figlio sposato, abitava da sola. Francesca aveva un carattere forte ed energico. Tutti gli anni a Natale, mi telefonava per dirmi di

passare a casa sua a prendere un bel sacchetto di tortellini. Ero affezionato a Francesca e non solo per i tortellini. Nel 2011 viene per “epigastralgia”: eco addome negativa. Nel 2012 le visite per disturbi gastrointestinali si intensificano, alternando sintomi ora riconducibili a “dispepsia” ora a “colon irritabile” e che culminano in “feci scure, poco formate”. Temendo di avere sottovalutato la situazione, consiglio endoscopia urgente del tubo digerente che la paziente rifiuta. Eseguo quindi ripetuti controlli del sangue occulto che risultano sempre negativi e il monitoraggio clinico di Francesca non mostra variazioni (peso, aspetto) pur lamentando sempre nausea e dolori addominali. Concludo inserendo nel “mio” profilo di Francesca una componente ansiosa, prima sconosciuta, ma che giustificai, ageisticamente, con i cambiamenti psicologici legati all’avanzare dell’età e la conseguente paura di essere sola ed ammalarsi (Ventriglia G., Francesco Mazzoleni F., Alberto Magni A. Ansia e depressione in Medicina Generale Rivista SIMG. 2016; 4:33-38). Nel 2013 si ripete lo stesso copione del 2012: Francesca si presenta in ambulatorio con gli stessi sintomi spesso anche a distanza di pochi giorni tra una visita e l’altra e senza appuntamento. Il sangue occulto è sempre negativo così come normali rimangono peso ed aspetto. Un giorno mi telefona il figlio, pure mio assistito: “la mamma è cambiata: è diventata, ripetitiva, si dimentica, non sa più ritrovare le cose, è spesso confusa e disorientata ..... e quando le faccio notare queste cose nega tutto, diventa irascibile, dice che sono io che sbaglio.... “. Cado dalle nuvole perché durante le svariate visite non avevo mai avuto sentore di disturbi cognitivi: preoccupato prima di trascurare una patologia d’organo o una neoplasia, trasportato poi ad includere la situazione nella “normale” (o “norma “?) della parabola dell’invecchiamento della persona, in un attimo i pezzi del puzzle si compongono nella soluzione di “deterioramento cognitivo senza insight”. L’assenza di insight pone un problema critico per il rapporto medico-paziente più che fiduciario come nel caso di Francesca: come eseguire un test psicometrico durante una delle sue visite in cui lei lamenta solo disturbi gastrointestinali e viene sempre da sola senza il figlio? Quando finalmente ci riesco riscontro un GPCog di 1/9.

<p><b>GPCOG</b> (General Practitioner Assessment of Cognition). Breve test per valutare le funzioni cognitive in Medicina Generale</p> <p>Data <u>17/11/13</u> Cognome Nome <u>B. FRANCESCA</u> Nata il <u>7/11/35</u> Anni di Scuola <u>5</u></p> <p><b>A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE</b> (Solo indicazione continua, formata ogni domanda una volta sola).</p> <p>Richiamo 1° FASE: <b>Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase</b></p> <p>1. "Ho la data un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me". (Conoscere massimo 4 ripetizioni per la memorizzazione; non si assegna punteggio) <b>NUMERO RIPETIZIONI</b> _____</p> <p>Dopo l'ultima ripetizione "Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiedo di ripetermi fra pochi minuti!"</p> <p><b>ORIENTAMENTO TEMPORALE</b></p> <p>2. Mi dica la data di oggi? <span style="float: right;">Corretto: <input type="checkbox"/> Sbagliato: <input checked="" type="checkbox"/></span> (solo la risposta esatta è valida)</p> <p><b>FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE</b> Disegno dell'Orologio</p> <p>3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></span></p> <p>4. Per piacere disegni la lancetta in modo che segnitto le ore 11,10 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>INFORMAZIONI</b> 5. Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></span></p> <p><b>RICHIAMO 2° FASE</b> 6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ripetere? <span style="float: right;">Mario Rossi <input checked="" type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">Via Libertà <input checked="" type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">Pavia <input checked="" type="checkbox"/></span></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">PUNTEGGIO</th> </tr> <tr> <td>5: NORMALE</td> <td style="text-align: right;">42</td> </tr> <tr> <td>&lt;5: DETERIORAMENTO COGNITIVO</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">es. INDETERMINATE, provare alla sezione B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTALE</b></td> <td style="text-align: right;"><b>1</b></td> </tr> </table>	PUNTEGGIO		5: NORMALE	42	<5: DETERIORAMENTO COGNITIVO	1	es. INDETERMINATE, provare alla sezione B		<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	
PUNTEGGIO											
5: NORMALE	42										
<5: DETERIORAMENTO COGNITIVO	1										
es. INDETERMINATE, provare alla sezione B											
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>										

Indirizzo quindi Francesca al Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) dove presto servizio ma Francesca rifiuta: non riesce a capire perché deve andare ad un Centro per la Memoria avendo disturbi intestinali. Per la prima volta vedo nel suo sguardo sfiducia nei miei confronti. Con l’aiuto del figlio riesco ad inviare la paziente al CDCD dove viene diagnosticata una demenza mista degenerativo-vascolare (MMSE 16/30). La sintomatologia di base non muta così come le frequenti visite in ambulatorio: a Natale 2013, Francesca mi telefona per andare a prendere in tortellini .... Una gastroscopia nel 2014 comunque riscontra “gastrite cronica erosiva ed una duodenite cronica HP +”. Con questa diagnosi spero di giustificare a Francesca i suoi sintomi ma l’amnesia ed il

disturbo comportamentale prevalgono e Francesca continua a venire in ambulatorio ripetutamente nel 2014 e 2015 per i soliti disturbi gastrointestinali. Francesca non dimentica mai di telefonarmi a Natale per andare a prendere i tortellini. Nel gennaio 2016 ad un ennesimo accesso senza appuntamento in un affollato pomeriggio di patologie influenzali, liquido velocemente Francesca dicendo di stare tranquilla perché i suoi disturbi sono dovuti alla “gastrite” e di tornare il giorno dopo. Delusa esce e cambia medico.... Ogni tanto ci incontriamo per strada e ci salutiamo.

Considerando l’algoritmo (Figura 1), cosa avrebbe dovuto insospettirmi nel comportamento di Francesca e quindi quale semplice cosa avrei dovuto fare prima di ricevere la telefonata rivelatrice del figlio di Francesca?

**Risposta.** L’aumento delle ingiustificate delle visite ambulatoriali cioè un disturbo del comportamento correlabile a disturbo neurocognitivo strisciante. Nel dubbio una mia telefonata al figlio avrebbe chiarito la situazione.

**Commento.** Il notevole incremento del numero di visite ambulatoriali, il piombare a visita senza appuntamento da me scambiato come “abitudine” che la paziente si era presa vista l’amicizia, erano invece conseguenza dell’amnesia di Francesca delle visite effettuate per lo stesso motivo. Tutto questo avrebbe dovuto squillare un campanello d’allarme sul mutamento “comportamentale” della paziente oltre che insistere nella ricerca di una patologia organica. A questo punto una mia telefonata al figlio avrebbe chiarito la situazione prima che il figlio si rendesse conto che il comportamento della madre era cambiato e mi telefonasse.

**Il caso di LB.** Troppi fattori confondenti

Carla, nata nel 1940. Sposata, non ha mai lavorato, scolarità **scuola media superiore**, discreto tenore di vita!

Problemi rilevanti: Fumatrice, dislipidemia, splenectomia post traumatica in giovane età.

**2006** Epatopatia HCV correlata, trattata con interferone.

**2007** Herpes zoster

**2007** Malattia di Basedow, trattata prima con Tapazole e, un anno dopo, con terapia radiante soppressiva con iodio. Messa in terapia con Eutirox 100mg die.

**2009 comparsa di disturbi cognitivi: riferisce amnesie**. Il **MMG** richiede in urgenza Ecocolordoppler TSA: stenosi CI-dx oltre il 60%,

Prima dell’intervento di TEA, il chirurgo vascolare fa eseguire TAC cerebrale: leucoaraiosi completa, ventricoli in asse.

Eseguita TEA e dimessa con Ascriptin.

Avevamo già elementi per fare ulteriori indagini e/o visite specialistiche? Quali?

**2011** per la comparsa di disturbi del comportamento (depressione con apatia e abulia) viene eseguita **Visita Geriatrica:**

- Esami biochimici: nella norma tranne carenza folato e vitamina B.
- MMSE 24,30/30 corretto per età e scolarità
- Clock Drawing Test 5/7

**Diagnosi:** sindrome depressiva reattiva a problemi familiari (marito con gravi esiti di ictus, affetto da diabete tipo 2 IT), ipotiroidismo, epatopatia, lieve deficit di vitamina B.

Terapia consigliata: Sertralina 100mg 1cp, Ascriptin 1cp, Eutirox 100 1cp, cicli di vitamina B.

*Commento:* diagnosis dementia no easy job anche..... per gli specialisti.

Con i test sopra indicati quando avrebbe dovuto essere rivalutata la signora?

**Settembre 2013:** la paziente viene in ambulatorio, alla visita del MMG si presenta pallida, confusa, stato cachettico (BMI 16,8, peso 47 kg, nel 2010 pesava kg 63), vengono chiesti gli esami di laboratorio urgenti che mostrano anemia sideropenica (Hb: 9 g/dl, ferro: 30 µg/dl), ormoni tiroidei nella norma.

Eseguita EGDS di urgenza. Referto: gastrite erosiva da Ascriptin

Il MMG informa la figlia che la paziente è confusa, aprassica e disartrica, disorientata nel tempo e nello spazio, situazione compatibile con grave compromissione funzionale strumentale. (IADL: preparare i pasti, gestione farmaci, ect). La figlia nega quanto il MMG le riferisce ribadendo che la madre è solo depressa, non essendosi pertanto accorta della grave compromissione funzionale.

*Commento:* ageismo? negazione della malattia? Stigma? Indifferenza? da parte DEI FAMIGLIARI.

**Ottobre 2013.** Accesso in pronto soccorso per caduta accidentale (non la prima): esami di laboratorio, ECG, Rx torace, ecc, nella norma. Referto: trauma cranico minore, paziente vigile, orientata tempo/spazio!

**Novembre 2013.** Il MMG convince la figlia a ripetere visita geriatrica. *Valutazione funzionale e comportamentale:*

*Geriatric Depression Scale. 5/15 (flessione tono dell'umore)*

*Valutazione neuropsicologica:*

*MMSE: 17,30/30 (24,30/30 nel 2011)*

*Clock Drawing Test: 0/7 (5/7 nel 2011)*

*ADL: 2/6*

*IADL: 1/8*

*RM cerebrale: "diffusa iperintensità della sostanza bianca periventricolare, reperto più evidente in sede peritrigonale, compatibile con quadro di sofferenza vascolare cronica, concomitano nella vascolare bianca sottocorticale biemisferica ulteriori piccoli reperti compatibili con piccoli esiti ischemici"*

*Conclusioni: deterioramento cognitivo moderato-grave (CDR 2) in encefalopatia vascolare.*

Terapia prescritta: Ascriptin, PPI, Exelon 4,5 patch, Trittico 50 mg 1 cp.

### **Fase Finale**

**Gennaio 2015.** Dopo 15 mesi dal rifiuto di riconoscere la patologia della madre, la figlia non riesce più a gestire ed assistere Carla al domicilio e la fa entrare definitivamente in residenza per anziani.