

2001 **Gi.Gi.**, maschio, 69 anni, scolarità elementare, ex meccanico di auto e moto, vedovo, vive con un figlio celibe. Nel 2001 inizia a frequentare con regolarità una conoscente vedova, coeva e conterranea: la sera si trasferiva regolarmente nell'abitazione della donna e per poi rientrare a casa il mattino dopo e passare la giornata a casa con il figlio. Dopo 3 mesi dal primo incontro, Gi.Gi., notoriamente molto parsimonioso, fornì, all'insaputa del figlio, un'ingente somma di denaro alla convivente per l'acquisto di immobile di cui divenne intestataria. Contemporaneamente Gi.Gi. avverte "problemi di memoria" che riferisce al suo MMG il quale lo invia dal neurologo. Gli accertamenti eseguiti dal neurologo danno il seguente esito: MMSE: 26,3/30; ADL e IADL normali; EEG: onde theta temporali a sinistra; TC encefalo: normale. Diagnosi : depressione.

2001-2004 Gi.Gi. continua a fornire somme di denaro alla convivente sempre all'insaputa del figlio con cui continua ad abitare di giorno.

2004 (72 a.): Gi.Gi. continua a riferire "problemi della memoria" al MMG che lo invia all'UVA dove viene riscontrata la seguente performance psico-cognitiva: MMSE 24,3; GPCog 1/9 (vn: 9/9) ; ADL e IADL normali; CDR: 0,5; GDS = 10/15; TC encefalo: normale. Diagnosi: lieve compromissione cognitiva in evidente sindrome ansioso depressiva.

2005 (73 a.) = MMSE 19,3/30; ADL e IADL normali; CDR: 1; diagnosi: lieve deterioramento cognitivo probabilmente degenerativo. Apparente vita normale, guida l'auto senza problemi. Il figlio finalmente scopre casualmente che la gestione del conto corrente in banca non è fatta da Gi.Gi. secondo la propria autonoma e normale competenza decisionale ma secondo le indicazioni della convivente che volgono sempre a suo favore (ad es. acquisto di un automobile). Viene quindi nominato Amministratore di Sostegno e viene revocata la patente di guida. Terapia: donepezil 10 mg poi switch con rivastigmina 12 mg die fino a 76 anni (MMSE : non eseguibile; CDR 4).

2009 (77 a.): decesso in RSA per Demenza tipo Alzheimer (AD) terminale (CDR 5).

Conseguenze. Caratteristica di Gi.Gi. è sempre stata l'oculata e parsimoniosa gestione delle risorse economiche: " è sempre stato tirchio", ricorda il figlio che, pur passando assieme le giornate, non si era accorto di questo suo cambiamento di abitudini nella gestione delle finanze divenuta sconsiderata. Alla morte del padre, il figlio si trova con il patrimonio dilapidato a favore della convivente. Prima di intentare causa legale alla convivente, il figlio valuta la possibilità di successo finale sottoponendo separatamente a 5 specialisti (2 neurologi, 3 geriatri) il caso e la seguente domanda: "Gli atti di disposizione del patrimonio, compiuti da mio padre tra 2001 e 2005, sono stati compiuti nel pieno delle sue capacità di intendere e volere o invece si può anche solo sospettare una diminuita capacità ?"

Le risposte sono così raggruppabili :

1. (1° geriatra/1° neurologo): "Gi.Gi. non era in condizioni di incapacità di intendere/volere... la diagnosi era solo depressione con episodi di perdita di memoria e assenza di MCI o demenza nel periodo tra il 2001 ed il 2005."

2. (2° geriatra/ 3°geriatra): "Decorso clinico tipico di AD, la 1° visita neurologica (2001) è l'esordio di "AD lieve e depressione di corteo", confermato dai successivi test psicometrici (UVA, 2004) positivi per gravi deficit delle abilità visuo-spaziali e rievocazione. Pertanto il paziente poteva non disporre sempre della normale competenza decisionale nel periodo tra il 2001 ed il 2005."
3. (2° neurologo): "Depressione e MCI con episodi di perdita di memoria, non demenza. Non è possibile accertare che fosse in condizioni di incapacità di intendere/volere, è probabile avesse preservate condizioni di capacità di intendere/volere nel periodo tra il 2001 ed il 2005. "

Dal caso clinico sopra riportato si evincono i seguenti rilievi :

- 1) **lo stato mentale come nuovo "parametro vitale"** (il sesto) che deve pertanto essere adeguatamente rilevato e monitorato;
- 2) **il diritto alla diagnosi ed alla cura**: come per ogni altra malattia, il medico ha il dovere deontologico e professionale di porre la diagnosi "giusta e tempestiva", indipendentemente dalle possibilità di cura, per permettere al paziente e alla famiglia di affrontare la malattia, sorvegliare la progressiva riduzione dell'agire consapevole, prevenire e proteggere il paziente da atti non ascrivibili alle normali autonome capacità di intendere nell'espletamento delle funzioni conservate (ad es. guida auto, gestione della risorse finanziarie, etc etc.);
- 3) **l'errore diagnostico**: storia naturale a lentissima ed insidiosa evoluzione, la cui diagnosi risulta molto difficile in fase iniziale traendo in inganno anche gli specialisti che trascinano così l'MMG nell'errore diagnostico, in quanto la sintomatologia d'esordio non è "cognitiva" ma prevalentemente "psichica" e gli strumenti usati per intercettare il "deterioramento cognitivo" (MMSE) non sono sufficientemente sensibili in questa fase;
- 4) **gli strumenti**: la necessità di disporre di strumenti brevi e specifici per il MMG che consentano una sua autonomia diagnostica durante l'attività ambulatoriale per misurare la consistenza del "disturbo psicologico e/ o cognitivo" riferito dal paziente e, molto più spesso, dai famigliari o riscontrato casualmente dal medico nel paziente spesso inconsapevole;
- 5) **l'uniformità di approccio clinico-diagnostico e funzionale**: i pareri disparati degli specialisti sulle autonome capacità di "intendere e volere" di Gi.Gi. evidenziano come non sia ancora diffuso un approccio culturale scientifico unitario del deterioramento cognitivo-demenza che colleghi le problematiche cognitive, neuropsicologiche, comportamentali e funzionali sulla "timeline" del paziente in relazione ai comportamenti normali acquisiti con l'educazione durante l'accrescimento [BADL (=ADL); IADL] ed alle sue specifiche caratteristiche psico-cognitive interfacciate con il vissuto personale (AADL).