



Perdita di memoria quando preoccuparsi

• A CURA DI ELENA BUONANNO

● Non è raro che il geriatra, durante una visita, senta pronunciare dai suoi pazienti frasi come: "dottore, inizio a non ricordare alcune cose", oppure "dottore, sento che la memoria non è più quella di prima". Il medico, a quel punto, deve valutare se la persona che ha di fronte presenti davvero problemi cognitivi oppure

se si tratti solamente di qualche dimenticanza correlata all'avanzare dell'età. «Il paziente vive con preoccupazione il momento della visita, poiché accettare di sottoporsi a una valutazione geriatrica con l'obiettivo di approfondire eventuali problemi a carico della memoria potrebbe significare il dover accettare una eventuale diagnosi di de-

menza» osserva la dottoressa Sara Zazzetta, geriatra. «Un paziente consapevole dei propri deficit è, tuttavia, una persona collaborante al percorso di cura, fattore che rappresenta un indubbio vantaggio sia il paziente stesso sia per il medico. La consapevolezza delle proprie problematiche di memoria è, contrariamente a quanto si pos-

sa pensare, un elemento che deve infondere tranquillità: gli studi scientifici dimostrano infatti che, una caratteristica presente soprattutto nelle fasi moderate-severe della demenza, è proprio l'incapacità da parte dell'individuo di rendersi conto dei propri deficit. In altre parole, si può dire che colui che si accorga di un certo declino nelle performance cognitive sia, paradossalmente, un individuo cognitivamente integro, poiché essere consapevoli dei propri deficit in qualche modo esclude, senza ovviamente poterlo fare del tutto, la presenza di decadimento cognitivo. Il discorso ovviamente cambia invece nel caso in cui il paziente soffra di anosognosia».

Cosa si intende per anosognosia?

Con il termine anosognosia si fa riferimento alla condizione nella quale si trovano i pazienti inconsapevoli del proprio stato di salute, ovvero ignari dei problemi cognitivi di cui soffrono, viene identificata in medicina con il termine anosognosia, parola coniata nel 1914 dal dottor Babinski che deriva dal greco *nosos*, che significa malattia, e *a-gnosis*, che significa mancanza di conoscenza. Si tratta di un disturbo neuropsicologico molto frequente soprattutto nei pazienti affetti da ictus cerebrale e consiste nel fatto che essi ignorano, o sembrano ignorare, l'esistenza della paralisi da cui sono colpiti. L'anosognosia, tuttavia, si manifesta anche nei pazienti con demenza, soprattutto nelle fasi moderate-severe della malattia. Non è un fenomeno assoluto, del tipo "tutto o niente", ma presenta un'elevata variabilità che, conseguentemente, si riflette anche nelle differenti manifestazioni che si osservano tra diversi

pazienti. Un individuo affetto da questo disturbo può infatti negare il deficit, oppure può riconoscerne la presenza ma magari dargli poca importanza, disinteressarsene e non considerare le conseguenze che da questo potrebbero derivare.

Quali sono le origini di questo disturbo?

Attualmente vi sono diverse teorie neuropsicologiche per spiegare l'anosognosia: alcuni studi, attraverso l'utilizzo di diverse tecniche di neuroimmagine (risonanza magnetica o PET), hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione tra l'anosognosia e la disfunzione di alcune aree del cervello situate nelle regioni frontali e temporali, soprattutto del lobo destro in seguito, appunto, a un danno come nei casi di ictus. Secondo altre teorie, invece, l'anosognosia sarebbe un meccanismo di difesa simile alla negazione, individuandone quindi la causa più su un piano neuropsicologico. Attualmente pare che la causa di questo disturbo sia multifattoriale, ovvero determinata dalla somma dei fattori descritti dalle diverse teorie a oggi esistenti.

Quali sono le difficoltà nel prendersi cura e nello stare vicino a una persona che soffre di anosognosia?

Quali le attenzioni da adottare?

L'anosognosia può essere un ostacolo all'attuazione di un adeguato percorso riabilitativo, oltre che un elemento di rischio oggettivo. La non coscienza dei propri limiti può infatti indurre questi pazienti a compiere azioni potenzialmente pericolose per se stessi e per chi li circonda. Un esempio molto frequente è il rifiuto, da parte del malato anosognosico, della presenza



DOTT.SSA SARA ZAZZETTA

Specialista in Geriatria

Ospedale Briolini Gazzaniga
ASST-Bergamo Est

di una badante, perché ritiene di potersi occupare della sua quotidianità pur non essendo, nei fatti, in grado di svolgere azioni semplici quali prendere le medicine, vestirsi in autonomia o cucinare un pasto. C'è, infine, un ulteriore aspetto da non sottovalutare: chi assiste un paziente anosognosico deve porre attenzione a non enfatizzare i fallimenti, poiché la persona malata potrebbe sentirsi criticata irragionevolmente. In queste circostanze, a causa del declino cognitivo e della scarsa capacità di controllo emotivo, il paziente potrebbe essere turbato e aggressivo, anche fisicamente, peggiorando di conseguenza il clima assistenziale. Se dovesse presentarsi qualche incertezza sul piano cognitivo è importante consultare un geriatra o un neurologo. Questi specialisti sono in grado, attraverso un'attenta valutazione delle peculiarità di ogni singolo caso, di arrivare a un corretto inquadramento diagnostico del disturbo. Ricordandosi che, anche qualora lo specialista confermasse la presenza di un decadimento cognitivo, l'esserne consapevoli aiuta il paziente e la famiglia nell'impostare un adeguato percorso di cura. ●