DEMENZA: SINTOMI, FASI DI MALATTIA E TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

DOTT. MARIA GRAZIA DI MAGGIO

MEDICO FORMATO IN GERIATRIA E NEUROPSICOLOGIA CLINICA

SINTESI DEGLI ARGOMENTI

- L'INVECCHIAMENTO CEREBRALE NORMALE
- LA MALATTIA DEMENTIGENA E SUE AREE DI PROBLEMATICITÀ (COGNITIVA, FUNZIONALE E COMPORTAMENTALE)
- LE FASI DI MALATTTIA
- LA FAMIGLIA DELLE DEMENZE, ELEMENTI DI PECULIARITÀ DI ALCUNE DI LORO
- TRATTAMENTI FARMACOLOGICI POSSIBILI IN RELAZIONE ALLE FASI DI MALATTIA E PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
- BREVE ACCENNO ALLE RICERCHE IN CORSO
- INFORMAZIONI SUGLI INTERVENTI NON FARMACOLOGICI O BIO-PSICOSOCIALI

VARIABILITA' INDIVIDUALE DELL'INVECCHIAMENTO

DIVERSI SONO I FATTORI CHE CONTRIBUISCONO ALLA VARIABILITÀ INDIVIDUALE:

- STATO DI SALUTE GENERALE: FISICA, MENTALE ED EMOTIVA
- LIVELLO CULTURALE
- LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA E COGNITIVA
- FATTORI EREDITARI
- FATTORI ECONOMICI, SOCIALI E FAMILIARI

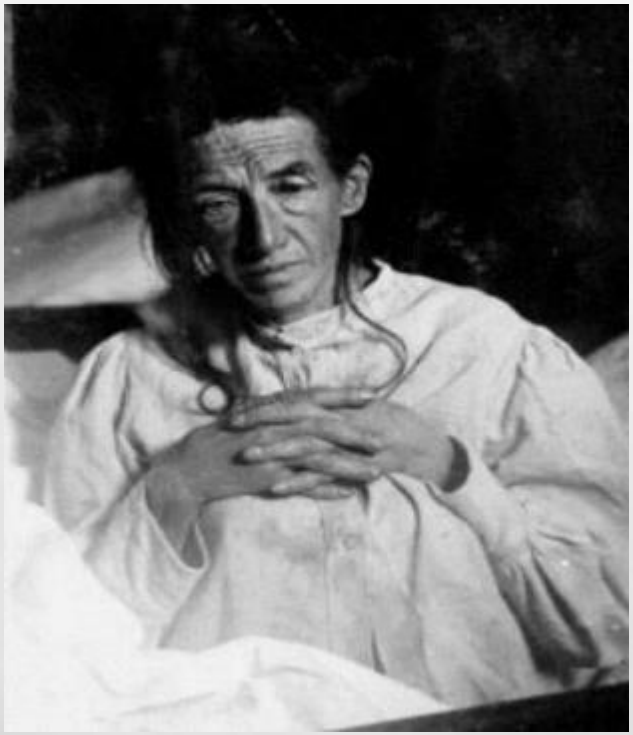
INVECCHIAMENTO NORMALE

- CON L'AVANZARE DELL'ETÀ, SI ASSISTE AD UN CAMBIAMENTO E AD UNA RIDUZIONE DI ALCUNE DELLE PRINCIPALI ABILITÀ COGNITIVE:
- ATTENZIONE,
- CONCENTRAZIONE,
- MEMORIA,
- CAPACITÀ DI APPRENDIMENTO E VELOCITÀ DI ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI;
- INTELLIGENZA FLUIDA

RIMANGONO TUTTAVIA GENERALMENTE **STABILI, IL LINGUAGGIO, IL RAGIONAMENTO E L'INTELLIGENZA CRISTALLIZZATA, LE ABILITÀ VISUO-SPAZIALI E IL QUADRO DI PERSONALITÀ.**

DEMENZA: PROBLEMA SANITARIO E SOCIALE
DEMENZA PARADIGMA DELLA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ

1906: AUGUSTA D. ANNI 51

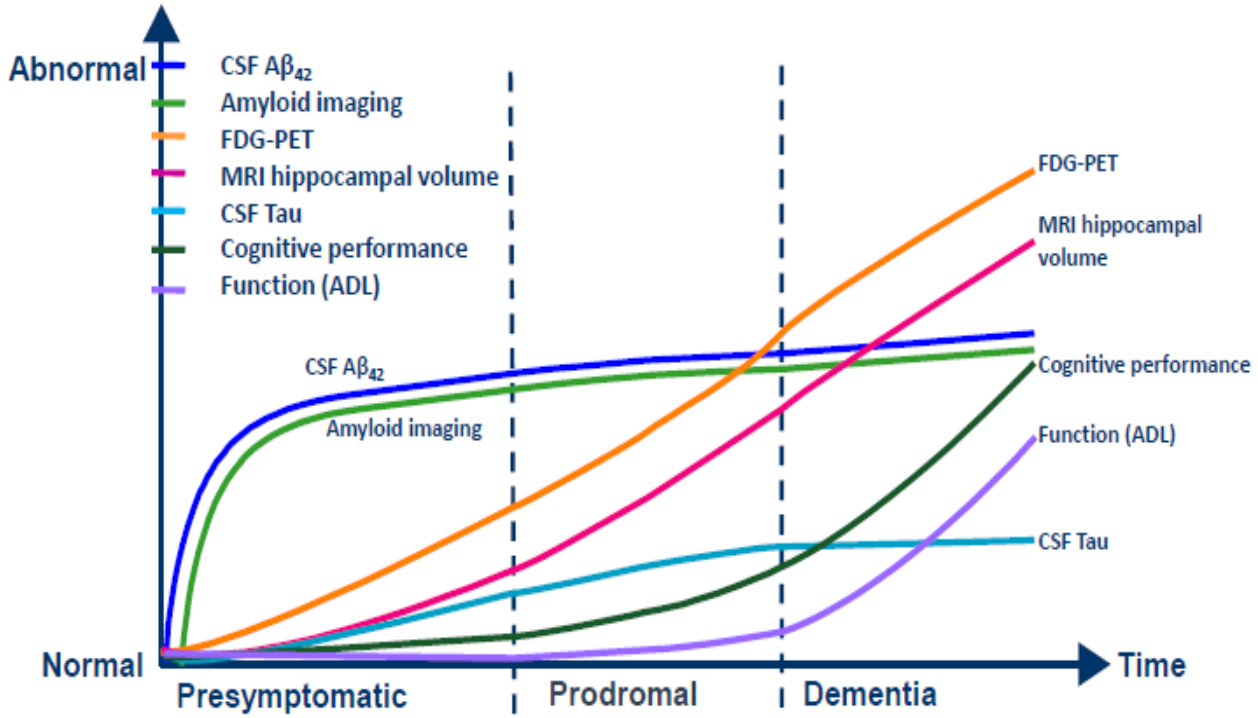


Demenza
Disturbi psicotici

2021: MARIA M. ANNI 94

Demenza
Disturbi psicotici
Deficit sensoriali
Scompenso cardiaco
Osteoartrosi con anchilosi
Polifarmacoterapia
Solitudine

Progressione AD



modified from Aisen PS *Alzheimers Dement.* 2010

CRITERI PER LA DIAGNOSI DI DEMENZA INDIPENDENTEMENTE DALLA CAUSA:
CRITERI CLINICI PRINCIPALI

VIENE POSTA DIAGNOSI DI DEMENZA QUANDO SONO PRESENTI SINTOMI COGNITIVI O COMPORTAMENTALI (NEUROPSICHIATRICI) CHE

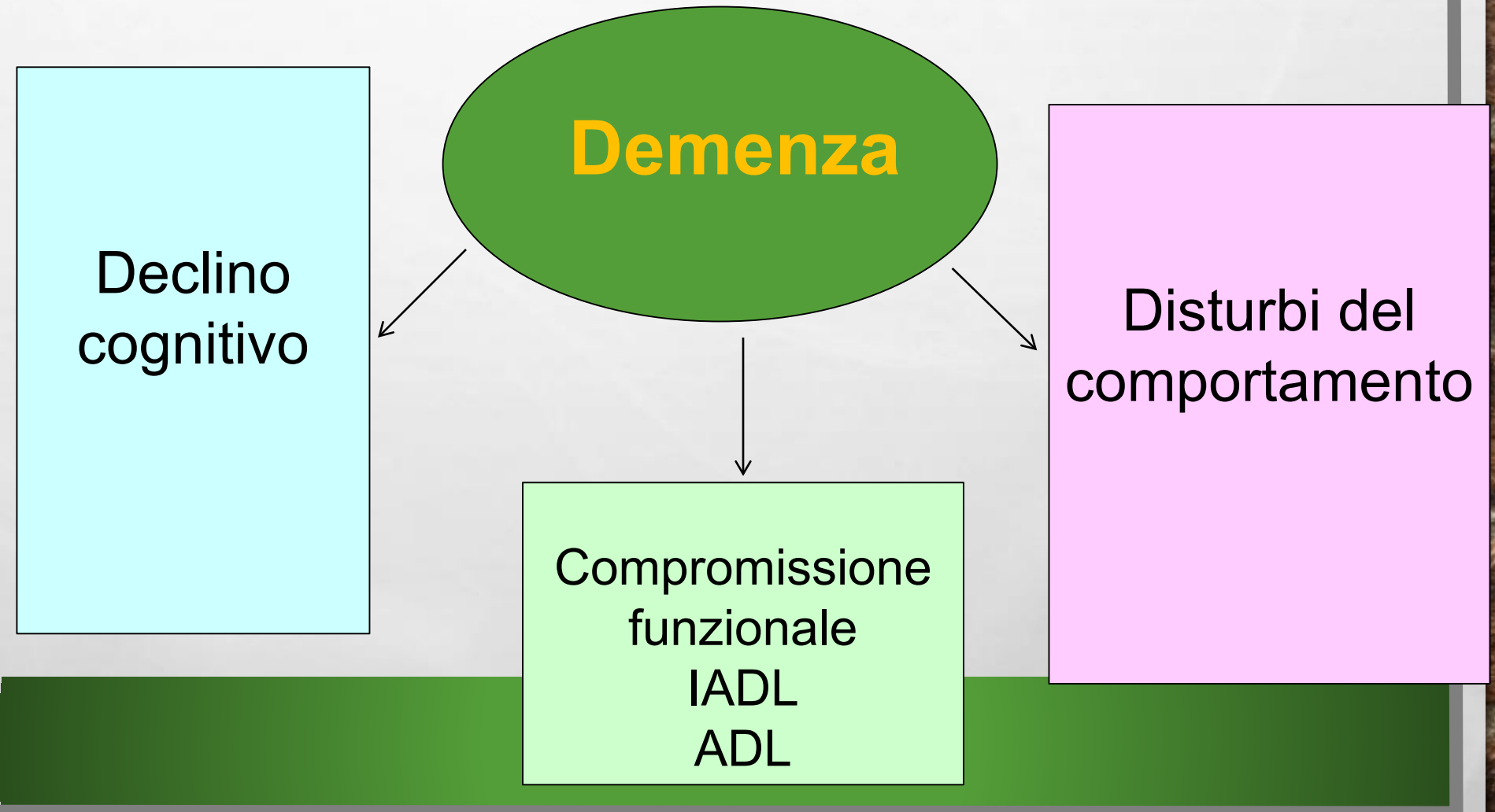
I. INTERFERISCONO CON IL LAVORO O CON LE USUALI ATTIVITÀ
II. RAPPRESENTANO UN DECLINO RISPETTO AI PRECEDENTI LIVELLI DI FUNZIONAMENTO E PRESTAZIONE
III. NON SONO SPIEGATI DA DELIRIUM O DISTURBI PSICHIATRICI MAGGIORI
IV. IL DEFICIT COGNITIVO È DIMOSTRATO E DIAGNOSTICATO ATTRAVERSO LA COMBINAZIONE DI:

- INFORMAZIONI RACCOLTE DAL PAZIENTE E DA PERSONE CHE LO CONOSCONO
- UNA VALUTAZIONE OGGETTIVA DELLE PRESTAZIONI COGNITIVE, SIA ATTRAVERSO UNA VALUTAZIONE CLINICA DELLO STATO MENTALE CHE CON UNA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA TESTISTICA

LE COMPROMISSIONI COINVOLGONO ALMENO DUE DELLE SEGUENTI AREE:

- COMPROMESSA ABILITÀ DI **ACQUISIRE E RICORDARE NUOVE INFORMAZIONI**
- DEFICIT NEL **RAGIONAMENTO** O NELLO SVOLGIMENTO DI COMPITI COMPLESSI, RIDOTTA CAPACITÀ DI GIUDIZIO
- COMPROMISSIONE DELLE **ABILITÀ VISUOSPAZIALI**
- ALTERAZIONE DEL **LINGUAGGIO**: PARLARE, LEGGERE, SCRIVERE
- MODIFICAZIONI NELLA PERSONALITÀ, NEL COMPORTAMENTO E NELLA CONDOTTA

Quadro clinico



CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE

PRIMARIE DEGENERATIVE

- **DEMENZE DEGENERATIVE PURE** (COMPROMISSIONE CORTECCIA CEREBRALE; PREVALENZA DI DISTURBI COGNITIVI)

A) D. DI ALZHEIMER

B) D. FRONTO-TEMPORALE

- **DEMENZE DEGENERATIVE "PLUS"**

(COMPROMISSIONE CORTECCIA E STRUTTURE SOTTOCORTICALI; DISTURBI COGNITIVI ASSOCIATI AD ALTRI DIST.NEUROLOGICI)

A) DEMENZA A CORPI DI LEWY

B) PARKINSON-DEMENZA

C) ATROFIA MULTISISTEMICA

D) DEGENERAZIONE CORTICO-BASALE

E) PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA

F) MALATTIA DI HUNTINGTON

G) ATASSIE SPINO-CEREBELLARI

SECONDARIE

- **DA PATOLOGIE DIRETTE DEL SNC**

A) VASCOLARI

B) INFETTIVE

C) DEMIELINIZZANTI

D) M. METABOLICHE DEL SNC

E) TRAUMATICHE

F) TUMORALI

- **DA PATOLOGIE SISTEMICHE**

A) METABOLICHE

B) DISENDOCRINE

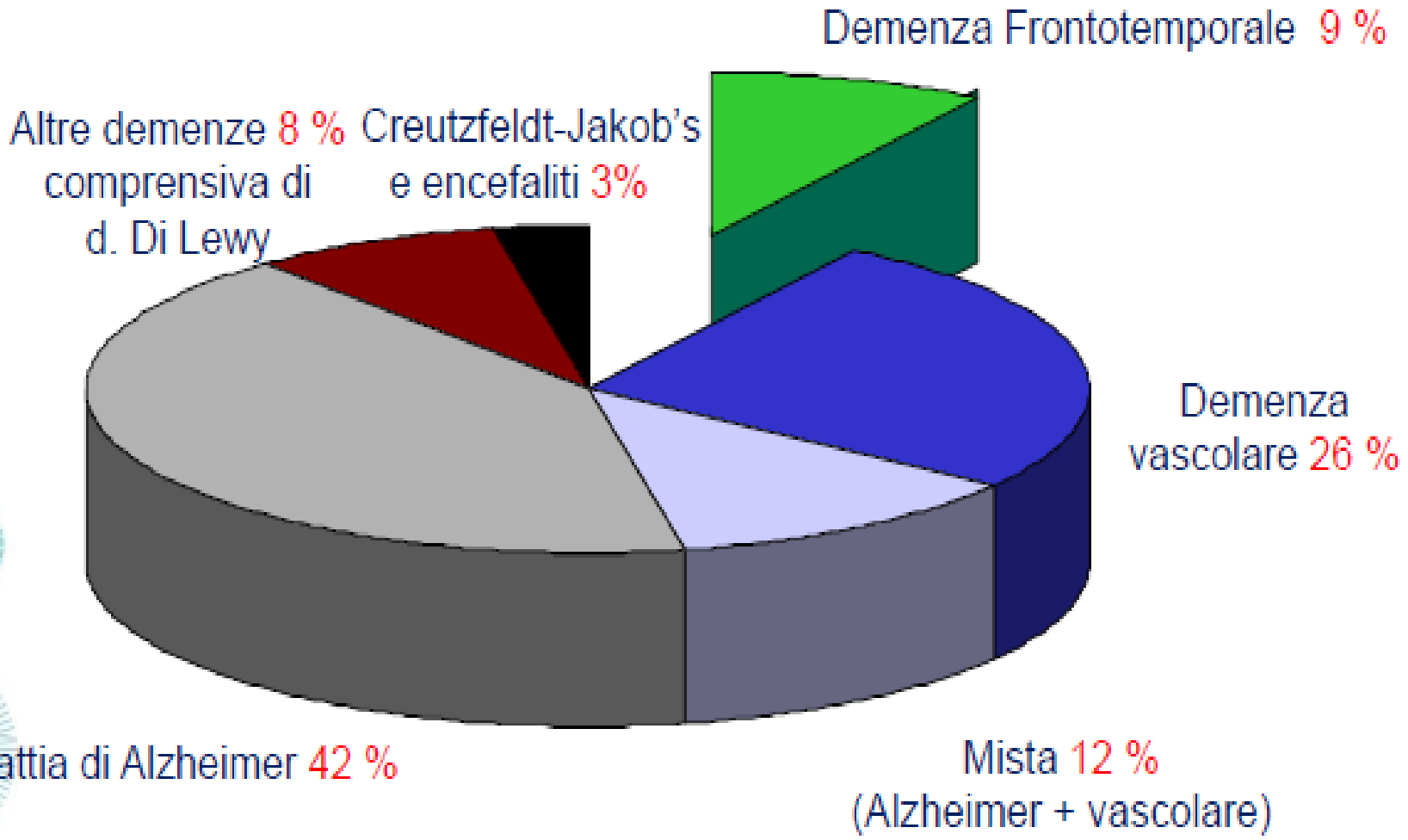
C) TOSSICHE

D) DISIMMUNI

E) PARANEOPLASTICHE

CAUSE DI DEMENZA POTENZIALMENTE REVERSIBILE

- ENDOCRINOLOGICHE → IPOTIROIDISMO/IPERTIROIDISMO
  IPOPARATIROIDISMO
- METABOLICHE → ENCEFALOPATIA EPATICA
  DEFICIT DI VITAMINA B12
- IDROCEFALO → IDROCEFALO NORMOTESO
- NEOPLASIA → MENINGIOMA FRONTOBASALE


Demenza Frontotemporale 9 %
Altre demenze 8 % comprensiva di d. Di Lewy
Creutzfeldt-Jakob's e encefaliti 3%
Demenza vascolare 26 %
Malattia di Alzheimer 42 %
Mista 12 % (Alzheimer + vascolare)

Demenze degenerative

Malattia di Alzheimer

Demenza frontotemporale

Malattia a corpi di Lewy

Demenze vascolari

DEMENZA DI ALZHEIMER

Principale malattia dementigena per frequenza (anche più del 50% di tutte le forma di demenza)
Macro: **Atrofia diffusa** e **prevalente ai lobi temporali** (successiva estensione), ventricoli dilatati, solchi corticali allargati, circonvoluzioni assottigliate.
Prevalenza: sopra i 65 aa varia dal 3,5 al 7% e aumenta con l'avanzare dell'età; **>85 aa la prevalenza è del 40-50%**

Esordio: precoce (pre-senile)/ tardivo
Durata media di malattia: 7-10 anni

Eziologia: - **FATTORI GENETICI (5%)**
APP-CROM 21 autos.dominante, esordio precoce
PRESEN 1- CROM 14 autos.dominante, esordio precoce
PRESEN 2-CROM 1 autos.dominante, esordio precoce e tardivo
APOEε4 –CROM 19 -suscettibilità, AD familiare a esordio tardivo o sporadico
- **GENESI MULTIFATTORIALE-**

Diagnosi di certezza è post mortem
A-grovigli neurofibrillari
B-amiloide sotto forma di placche

FASE INIZIALE

- MINIMO DISORIENTAMENTO TEMPORALE
- DIFFICOLTÀ NEL RIEVOCARE GLI EVENTI RECENTI
- INIZIALI DIFFICOLTÀ A TROVARE LE PAROLE
- ANSIA, DEPRESSIONE, NEGAZIONE DI MALATTIA
- DISINTERESSE
- FENOMENI OSSESSIVI, REAZIONI DI AGITAZIONE
- TRASCURATEZZA PER LA CASA E PER SE STESSI
- ASSENZA DI ALTERAZIONI MOTORIE E RELATIVA CONSERVAZIONE DELLA COMPRENSIONE

FASE INTERMEDIA

- DISORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE
- DEFICIT DI MEMORIA MODERATO – GRAVE INTERFERENZA CON LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE
- CHIARO DISTURBO DI LINGUAGGIO (ANOMIE, PARAFASIE E DEFICIT DI COMPRENSIONE)
- APRASSIA (ABBIGLIAMENTO)
- AGNOSIA
- DELIRI, ALLUCINAZIONI, WANDERING
- BRADICINESIA E SEGNI EXTRAPIRAMIDALI
- NECESSITÀ DI ESSERE STIMOLATO ALLA PROPRIA CURA

FASE AVANZATA

- COMPLETA PERDITA DELLE ABILITÀ COGNITIVE CON DIFFICOLTÀ A RICONOSCERE VOLTI E LUOGHI FAMILIARI
- PERDITA DEL LINGUAGGIO (GERGO SEMANTICO O MUTISMO)
- AGGRESSIVITÀ, WANDERING
- RIGIDITÀ, BRADICINESIA (PARKINSONISMO)
- CRISI EPILETTICHE
- COMPLETA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA PER LAVARSI, VESTIRSI E ALIMENTARSI
- INCONTINENZA FUNZIONALE

FASE INTERNISTICA:

- DEPERIMENTO FISICO (Cachessia)
- Comparsa di insufficienza cardiaca
- Scompenso multiorgano
- INFEZIONI

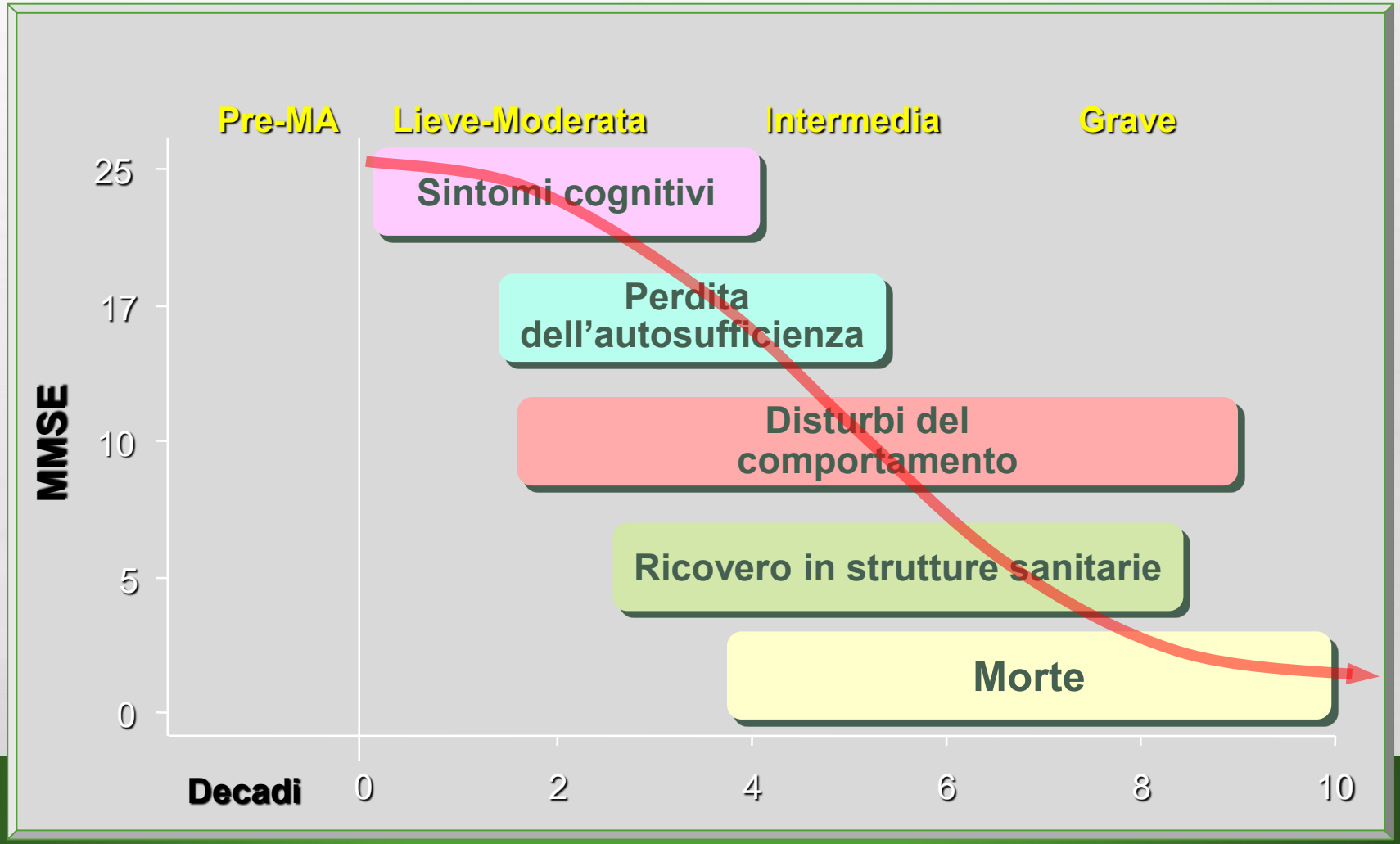
- Questa fase terminale di malattia porta a morte

Cadute
Disfagia
Malnutrizione
Lesioni da pressione

PARTICOLARITA' DEL DECADIMENTO COGNITIVO: DEFICIT E RISORSE NELLA PROGRESSIONE DI MALATTIA

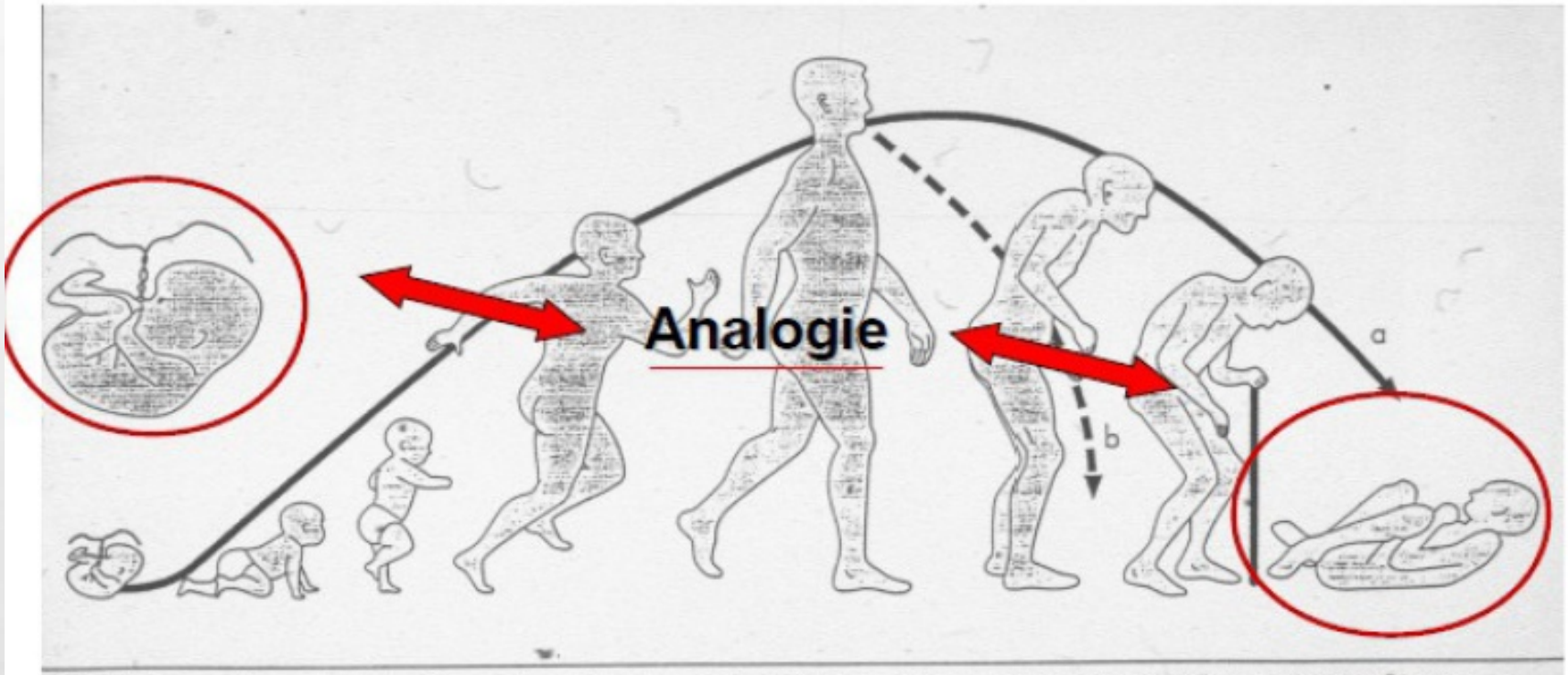
- ATTENZIONE
- MEMORIA
- LINGUAGGIO
- PRASSIE
- CREATIVITÀ
- COMPETENZA SOCIALE
- EMOZIONI

STORIA NATURALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER



Adattata da Gauthier S. ed. Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. 1996.

Il modello della retrogenesi nella demenza



. 35 - Sviluppo nell'uomo della stazione eretta e del movimento con l'età e comparsa con la senescenza della paraplegia in flessione. rvello, maturando nella vita neonatale, determina l'atteggiamento eretto assunto dal capo e dal corpo ed il movimento dell'individuo. Quando il ello degenera, l'individuo torna a raggomitolarsi su stesso. a = invecchiamento fisiologico; b = invecchiamento patologico (da Adams, 1999 mod). gura illustra l'enigma della sfinge che secondo Aristofane Grammatico (Autori vari, 1970) era così formulato: "C'è sulla terra un essere che ha voce sola, ma due piedi e quattro e tre, e solo cambia la sua natura tra quanti si muovono per terra, per mare, per cielo. Ma proprio quando maggior numero di piedi, allora più è scarsa la velocità delle sue membra".

B. Reisberg, GDS

ETÀ APPROSSIMATIVA	CAPACITÀ	FASE DELLA MALATTIA
12 anni	Ha un lavoro	Borderline
8-12 anni	Gestisce una contabilità semplice	Iniziale (fase 2)
5-7 anni	Sceglie correttamente i propri vestiti	Moderata (fase 3 e 4)
5 anni	Si veste da solo Si lava da solo	Severa (fase 5)
4 anni	Va al bagno non accompagnato	
3-4 anni	Controlla le urine	
3 anni	Controlla l'intestino	
15 mesi	Dice 5-6 parole	Terminale (fase 6)
1 anno	Dice una parola	
1 anno	Cammina	
6-9 mesi	Rimane seduto	
2-3 mesi	Sorride	

CAPACITÀ CHE CRESCONO CON L'ETÀ

CAPACITÀ CHE DIMINUISCONO CON LA MALATTIA

La demenza è malattia inguaribile ad andamento cronico ed evolutivo che conduce a morte

(M. Lee 2009, S. Mitchell 2009)

Stadio 5 della Clinical Dementia Rating Scale (CDR 5)
Stadio 7c della Functional Assessment Stages (FAST 7c)
Stadio 7 della Global Deterioration Scale (GDS 7)

Fase terminale della demenza: completa dipendenza, perdita della capacità di comunicazione verbale, incontinenza doppia, incapacità a deambulare

STRATEGIA ASSISTENZIALE IN QUESTA FASE

Migliorare il comfort attraverso il controllo dei disagi fisici senza ricorrere a manovre invasive non necessarie

Prevenire, rilevare e trattare

- ❑ dolore
- ❑ nausea, vomito
- ❑ dispnea
- ❑ attacchi epilettici
- ❑ febbre
- ❑ infezioni

  urinarie, congiuntivali, polmonari, del cavo orale
- ❑ disturbi del sonno
- ❑ ulcere da compressione
- ❑ contratture e anchilosi
- ❑ costipazione
- ❑ disturbi dell'alimentazione

- ❑ Eliminare i mezzi di contenzione
- ❑ sospendere i farmaci non strettamente necessari

DEMENZA VASCOLARE

- SECONDA CAUSA DI DEMENZA DOPO LA MALATTIA DI ALZHEIMER (25%) + FORME MISTE (DEGENERATIVO -VASCOLARI).
- **PREVALENZA**: AUMENTA CON L'ETÀ, PIÙ FREQUENTE NEL SESSO MASCHILE. VARIA DAL 2 AL 9%
- **ESORDIO**: SUBDOLO O SUBACUTO, BEN DATABILE, ACCOMPAGNATO DA SINTOMI NEUROLOGICI. ANDAMENTO "A SCALINI", ESORDIO ANCHE BRUSCO.
- **FATTORI DI RISCHIO**: DIABETE, IPERTENSIONE, APOEE4
- **DECORSO**: PROGRESSIVO CON PERIODI DI STABILITÀ O DI REGRESSIONE DELLA SINTOMATOLOGIA
- **SOPRAVVIVENZA MEDI**A: CIRCA 7 ANNI

CONTINUA

DEMENZA VASCOLARE

- EVIDENZA CLINICA DI DEMENZA (DEFICIT MNESICO LIEVE E PREVALENTE NEL RICHIAMO SPONTANEO, SINDROME DISESECUTIVA)
- EVIDENZA CLINICA E NEUROIMAGING (TAC E RMN) DI MALATTIA CEREBROVASCOLARE
- RELAZIONE EVIDENTE O INDIRETTA TRA LA DEMENZA E LA MALATTIA CEREBROVASCOLARE

CRITERI AGGIUNTIVI:

DISTURBI DELL'ANDATURA, CADUTE,

POLLACHIURIA, IMPELLENZA MINZIONALE,

MODIFICAZIONE DELLA PERSONALITÀ E DELL'UMORE (ABULIA, DEPRESSIONE E ANSIA, INCONTINENZA EMOTIVA),

ALTERAZIONI SOTTOCORTICALI (RITARDO PSICOMOTORIO, IPOCINESIA, RIGIDITÀ, TREMORE, ALTERAZIONE DELLE FUNZIONI ESECUTIVE),

DEMENZA A CORPI DI LEWY - sinucleinopatia

Core features
(2 sufficienti per diagnosi probabile, 1 per possibile)

1- fluttuazioni della cognitività

2- ricorrenti allucinazioni visive

3- parkinsonismo

NEUROLOGY 2005;65:1863–1872

Caratteristiche suggestive
(se 1 o più insieme a 1 o più dei core è probabile; se 1 o più in assenza dei "core" possibile)

1- disturbo REM

2- ipersensibilità ai neurolettici

3- ridotto *uptake* di dopamina nei gangli della base

NEUROLOGY 2005;65:1863–1872

Criteri di supporto

1) cadute, sincopi, perdita di coscienza

2) disautonomia, uptake ridotto MIGB, basso uptake occipitale PET/SPECT

3) conservazione lobo temporale

DEGENERAZIONE FRONTOTEMPORALE

Variante comportamentale con o senza malattia del motoneurone- MALATTIA DI PICK

Paralisi sopranucleare progressiva

Degenerazione cortico basale

Afasia primaria progressiva

Variante non fluente agrammatica

Variante semantica

Variante logopenica

DEMENZA FRONTOTEMPORALE

Nelle fasi tardive e intermedie può essere indistinguibile dalla malattia di Alzheimer. In fase iniziale predominano i **disturbi comportamentali**, **affettivi e del linguaggio** rispetto al disturbo di memoria (che può essere anche assente).

Prevalenza: 4-15% di tutte le demenze

Esordio: solitamente fra i 50 e 60 aa ma anche esordi più tardivi.

Fattori di rischio: nel 50% dei casi è stata osservata familiarità.

Eziologia: atrofia dei lobi frontali e temporali. Taupatia.

Decorso: i casi ad inizio precoce tendono ad avere decorso più maligno.

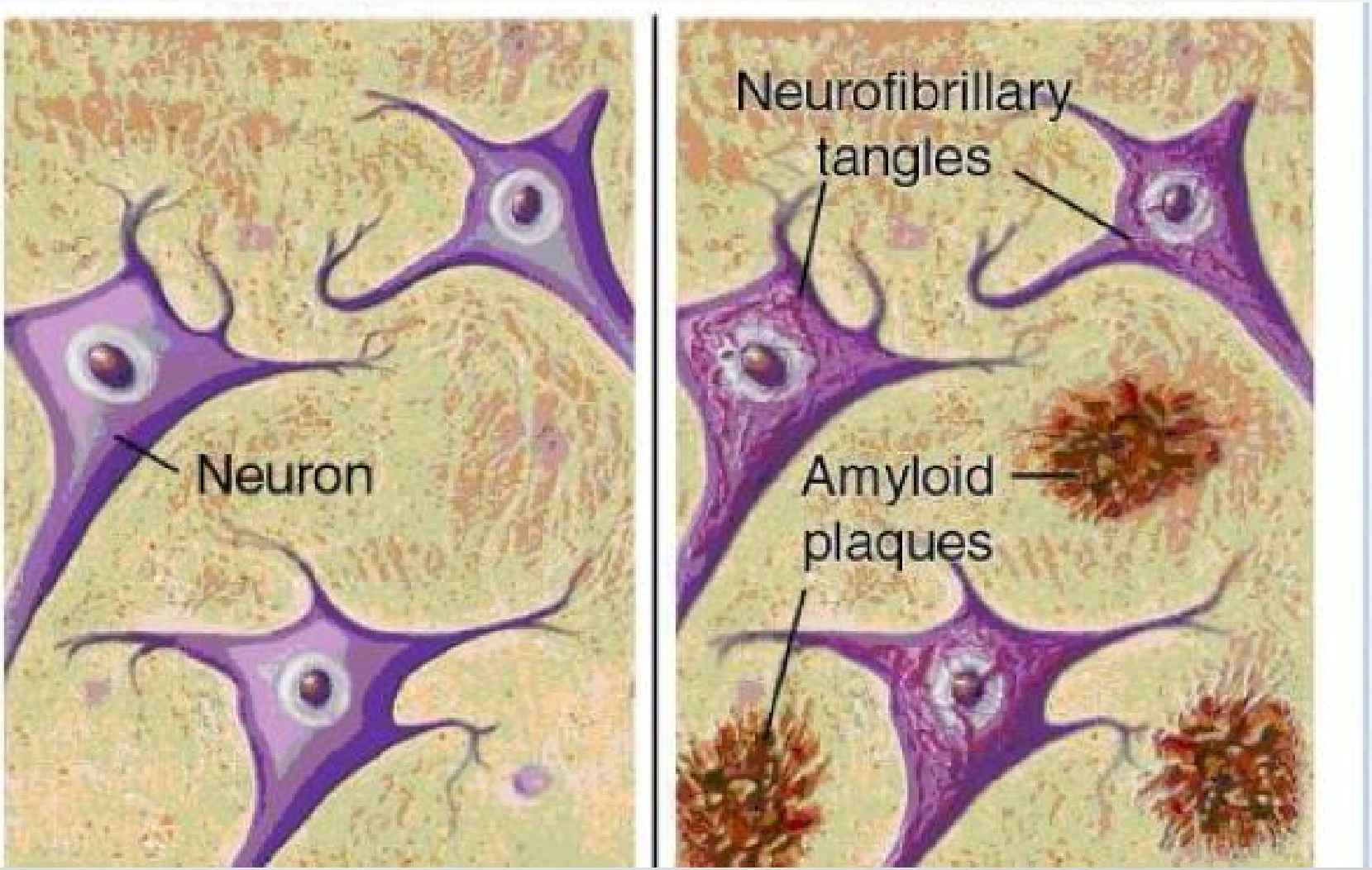
Sopravvivenza media: solitamente non supera 8 anni

CRITERI PER LA DEMENZA FRONTOTEMPORALE

- ESORDIO INSIDIOSO E PROGRESSIONE LENTA
- ASSENZA DI CONSAPEVOLEZZA SOCIALE
- VARIAZIONI DI PERSONALITÀ
- APPIATTIMENTO EMOTIVO
- PERDITA DI CONSAPEVOLEZZA PERSONALE
- DISINIBIZIONE/DISCONTROLLO INIBITORIO
- RIDUZIONE DI CRITICA E GIUDIZIO
- COMPORTAMENTO STEREOTIPATO
- RIDUZIONE DI MEMORIA
- RIDUZIONE DI INIZIATIVA VERBALE, ASSENZA DI LINGUAGGIO
- ECOLALIA, PALILALIA
- INCONTINENZA PRECOCE
- IRRITABILITÀ
- BULIMIA, IPERORALITÀ
- CAPACITÀ DI ORIENTARSI IN AMBIENTI NOTI

M GROUP 1994

TRATTAMENTI


Neuron
Neurofibrillary tangles
Amyloid plaques

TRATTAMENTI SPECIFICI, MIRATI AI SINTOMI COGNITIVI

TRATTAMENTI DISPONIBILI:

ACETILCOLINA E GLUTAMMATO

- NEUROTRASMETTITORI NECESSARI A TRASMETTERE INFORMAZIONI DA UN'AREA CEREBRALE A UN'ALTRA
- NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER VI E' IL DEFICIT DI ALMENO 2 SISTEMI
- GLI INIBITORI DELL'ACETILCOLINESTERASI POSSONO MIGLIORARE I SINTOMI DELLA MALATTIA E RALLENTARNE TEMPORANEAMENTE LA PROGRESSIONE.
- PRESCRITTI GRATUITAMENTE DA CENTRI SPECIALIZZATI AI PAZIENTI CON MALATTIA DI ALZHEIMER DI **GRAVITÀ LIEVE-MODERATA (MMSE 24-10)**
- **IACHE** SONO IL DONEPEZIL (ARICEPT O MEMAC), LA RIVASTIGMINA (EXELON O PROMETAX) E LA GALANTAMINA (REMINYL).
- **INIBITORE DEL RECETTORE DEL GLUTAMMATO**: MEMANTINA

EFFICACIA:

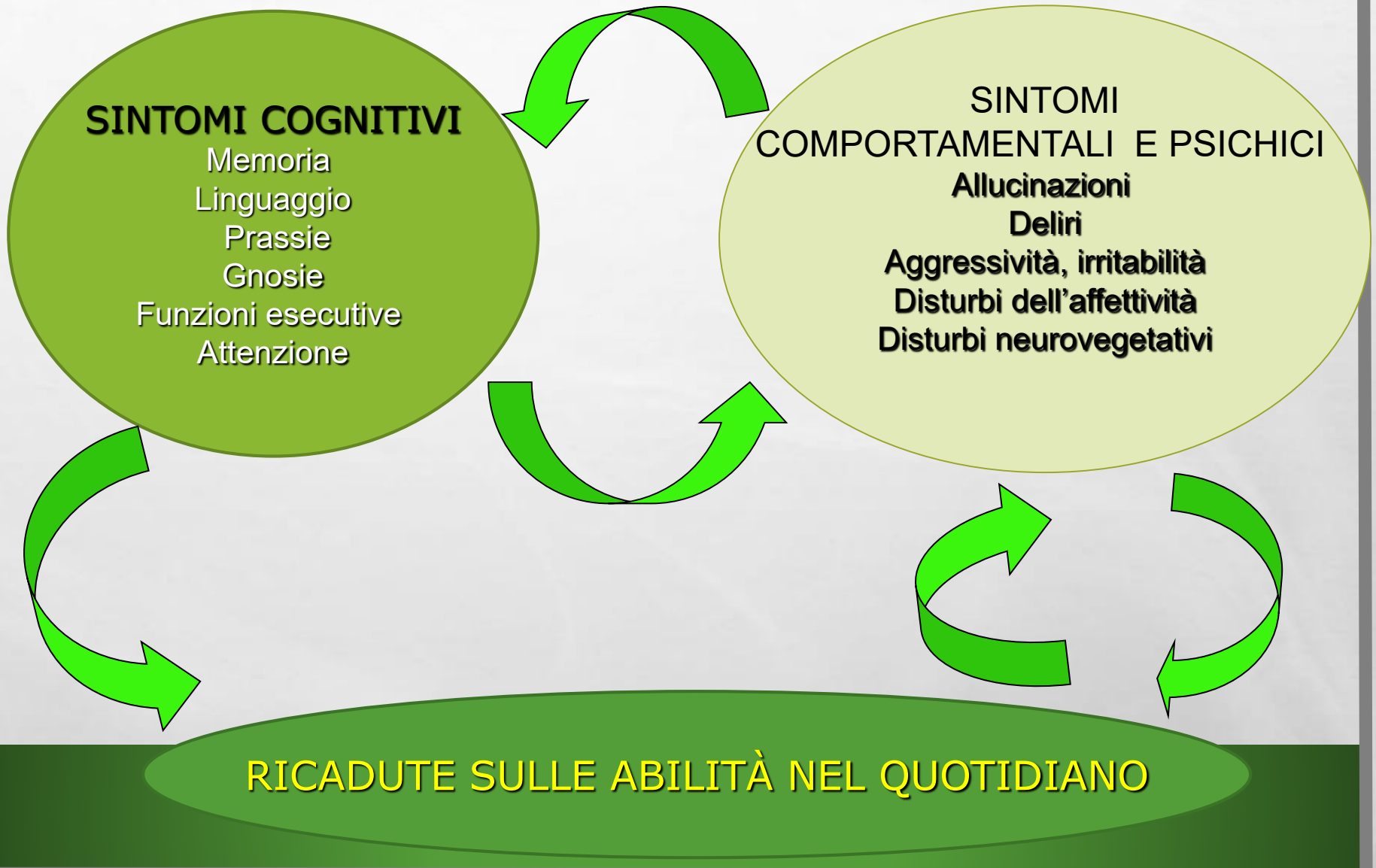
- 20-30% HANNO MIGLIORAMENTO TEMPORANEO PER 1-2 ANNI
- 20-30% HANNO UN TEMPORANEO RALLENTAMENTO DELLA PROGRESSIONE DI MALATTIA PER 1-2 ANNI
- 50% NON HANNO MIGLIORAMENTO

NUOVE FRONTIERE DI TERAPIA: FARMACI ANTIAMILOIDE

- **ADUCANUMAB** È UN **ANTICORPO MONOCLONALE** CHE PRENDE DI MIRA LE **PLACCHE DI BETA AMILOIDE** DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
- NON ANCORA DISPONIBILE IN ITALIA
- **DA INIZIARE IN FASE PIU' PRECOCE POSSIBILE**
- IMPEDIRE LA FORMAZIONE DI BETA AMILOIDE O DISTRUGGERE LA BETA AMILIODE

TRATTAMENTI PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

CORRELAZIONI COGNITIVITA'-COMPORTAMENTO-DISABILITA'



SINTOMI COMPORTAMENTALI E PSICHICI

- HANNO UN'ALTA VARIABILITÀ SIA INTERINDIVIDUALE SIA NEI DIVERSI TIPI DI DEMENZA, VARIABILITA' PER GRAVITÀ ED EPOCA DI COMPARSA.
- IL DECORSO NON È LINEARE A DIFFERENZA DEL DECLINO COGNITIVO.
- POSSONO ORIENTARE RISPETTO ALLA DIAGNOSI DI DEMENZA

SONO LA CAUSA PIÙ FREQUENTE DI:

- ISTITUZIONALIZZAZIONE
- PROGNOSI PEGGIORE
- PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA
- DI INTERVENTO MEDICO
- DI AUMENTO DI DISABILITÀ
- DI STRESS GRAVE DEI CAREGIVER
- RIDOTTA QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER
- AUMENTO DEI COSTI ECONOMICI DELLA MALATTIA

MODELLI INTERPRETATIVI DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI PROBLEMATICI

- IMPATTO DIRETTO DELLA DEMENZA (CORRELAZIONE FRA ANOMALIE DELLE NEUROTRASMISSIONE E COMPORTAMENTI)
- ESIGENZE NON SODDISFATTE (RIDOTTA CAPACITÀ DI COMUNICARE LE PROPRIE NECESSITÀ: DOLORE, SOFFERENZA MENTALE, CONDIZIONI AMBIENTALI DISAGEVOLI, MANCANZA DI CONTATTI SOCIALI)
- COMPORTAMENTALE (IL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO È REGOLATO DAI SUOI ANTECEDENTI E DALLE SUE CONSEGUENZE – MODELLO ABC)
- VULNERABILITA' AMBIENTALE (CONGRUENZA PERSONA-AMBIENTE E MODELLO RICHIESTE-CAPACITÀ: QUANDO UNA COMPETENZA PERSONALE DECLINA, L'AMBIENTE DIVENTA UNO DEI PIÙ POTENTI FATTORI DETERMINANTI PER L'ESITO COMPORTAMENTALE- SOVRA O SOTTOSTIMOLAZIONE -PIÙ SPESSO)

Fenomeno complesso influenzato dalla compromissione cognitiva, salute fisica, dalla salute mentale, dalle abitudini passate, dalla personalità e dall'ambiente

Fattori Biologici

Processo demenziale
Comorbilità
Fattori genetici
Effetti iatrogeni

Fattori psichici

Personalità premorbosa
Predisposizione
Storia di vita

CAUSE dei disturbi del comportamento

Fattori interpersonali

Personalità del caregiver
Stress del caregiver
Scarse relazioni sociali
(Qualità e quantità
delle relazioni interpersonali)

Fattori ambientali

Modificazioni del setting
(Trasferimento,
istituzionalizzazione,
ospedalizzazione)
Spazio architettonico
Attività
(Eccessiva o carente stimolazione,
programmi inadatti alle abitudini
o alle abilità del paziente)

Finkel & Manor, 2000 Volicer, 2003

RAGGRUPPAMENTI SINDROMICI

- **SINTOMI PSICOTICI:** DELIRI, ALLUCINAZIONI
- **ALTERAZIONI DELL'UMORE E ANSIA:** DEPRESSIONE, ANSIA, EUFORIA
- **SINTOMI NEUROVEGETATIVI:** SONNO, ALIMENTAZIONE, SESSUALITÀ
- **ALTERAZIONI PSICOMOTORIE:** VAGABONDAGGIO, AFFACCENDAMENTO, ACATISIA
- **AGITAZIONE/AGGRESSIVITÀ:** AGGRESSIVITÀ VERBALE E FISICA, VOCALIZZAZIONI PERSISTENTI
- **ALTERAZIONI DELLA PERSONALITÀ:** DISINIBIZIONE, IRRITABILITÀ, APATIA

GESTIONE ORIENTATA PER PROBLEMI

- RICERCARE E TRATTARE EVENTUALI CAUSE MEDICHE SCATENANTI
- MINIMIZZARE L'IMPATTO DEI DEFICIT SENSORIALI
- MODIFICARE L'AMBIENTE, SE NECESSARIO
- IMPIEGARE ATTIVITÀ QUOTIDIANE ROUTINARIE STABILI
- OTTIMIZZARE LA STIMOLAZIONE SOCIALE/FISICA
- ISTRUIRE E SOSTENERE IL PAZIENTE ED I CAREGIVER

COME INTERVENIRE ?

IN GENERALE

GLI INTERVENTI *NON-FARMACOLOGICI* RAPPRESENTANO

LA PRIMA LINEA DI TRATTAMENTO

PER PERSONE CON DISTURBI DLE COMPORTAMENTO

Rapporto rischio - beneficio

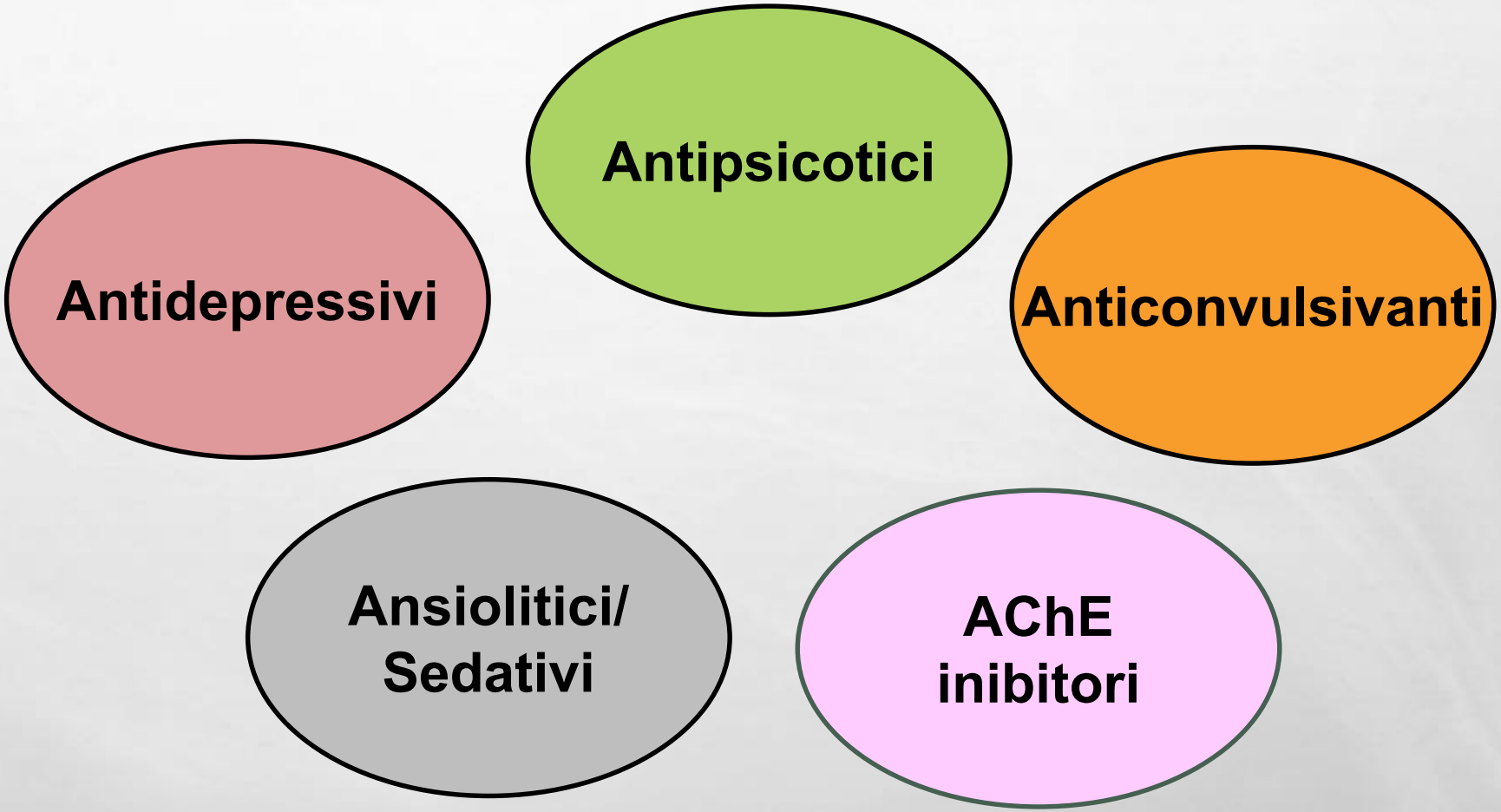
Se usati in maniera appropriata i farmaci possono:

- Guarire o curare o prevenire malattie
- Ridurre il rischio di morte, di declino funzionale e di disabilità
- Migliorare la qualità di vita e persino allungare la vita

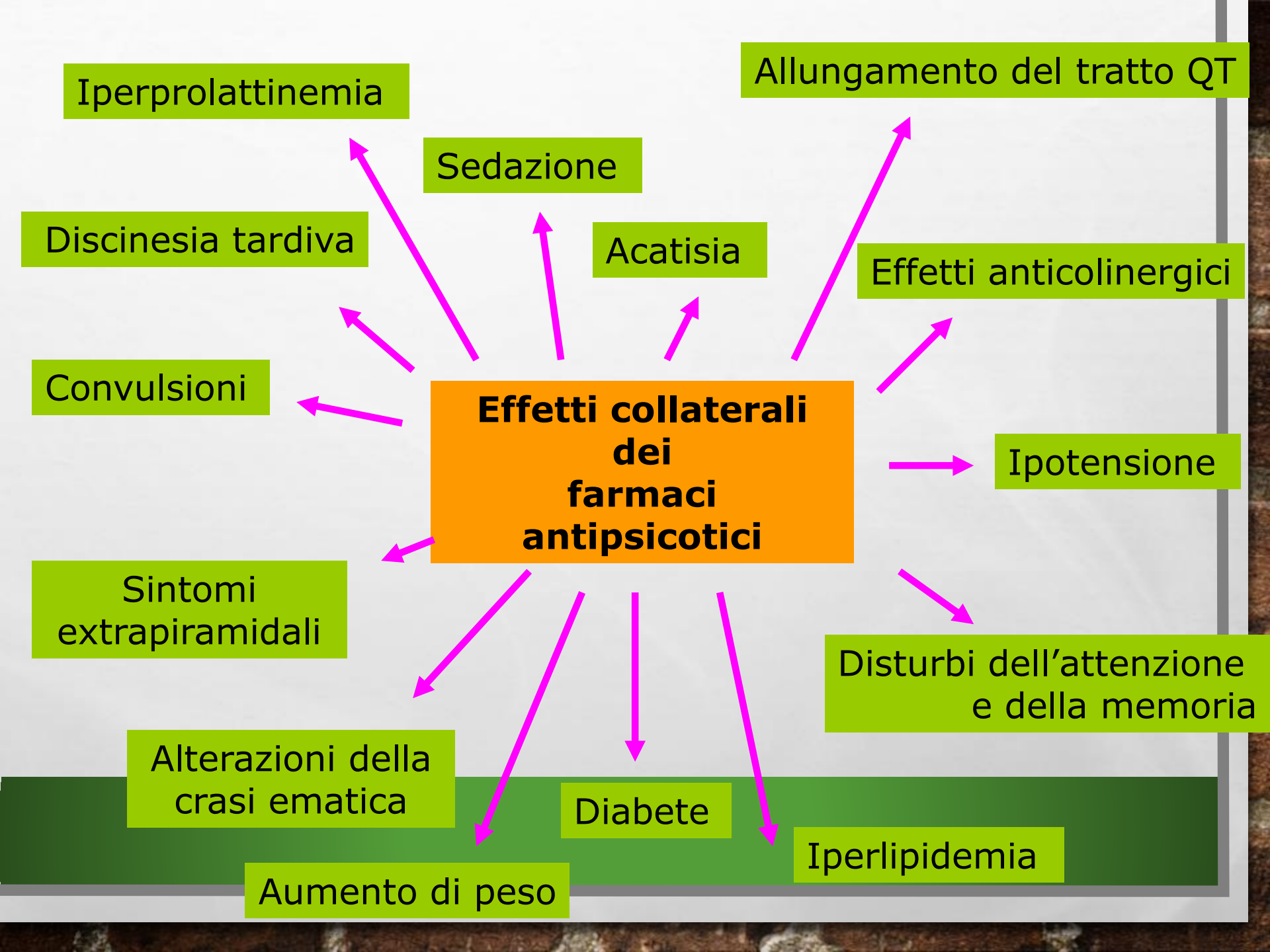
Se usati in maniera inappropriata, i farmaci possono causare un aumento di malattia e mortalità

Ottimizzare questo rapporto rischio - beneficio nei singoli pazienti è una pietra miliare della geriatria

OPZIONI FARMACOLOGICHE

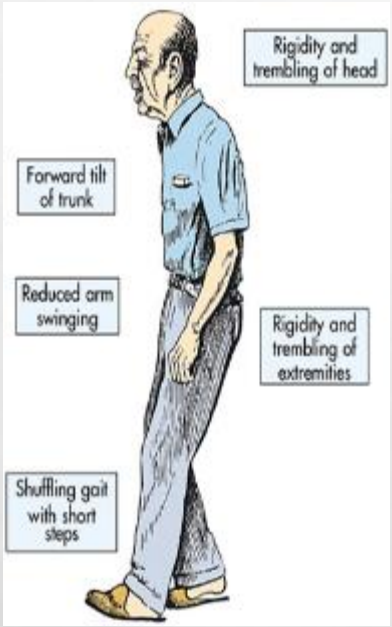


Gli antipsicotici sono gli unici farmaci per cui esistono, anche se deboli, evidenze di efficacia


Iperprolattinemia
Sedazione
Allungamento del tratto QT
Discinesia tardiva
Acatisia
Effetti anticolinergici
Convulsioni
Effetti collaterali dei farmaci antipsicotici
Ipotensione
Sintomi extrapiramidali
Disturbi dell'attenzione e della memoria
Alterazioni della crasi ematica
Diabete
Iperlipidemia
Aumento di peso

LA CASCATA DEGLI EFFETTI COLLATERALI

Instabilità posturale
Bradicinesia



Cadute – fratture

Agitazione – contenzione

Lesioni da decubito
sindrome da ipomobilità
infezioni

LA CASCATA DEGLI EFFETTI COLLATERALI

Secchezza delle fauci
stipsi

Inappetenza
Calo ponderale
Perdita di massa muscolare

Cadute – fratture

AGITAZIONE - CONTENZIONE

Lesioni da decubito
sindrome da ipomobilità
infezioni

Quali obiettivi di cura ?
LA PREVENZIONE TERZIARIA

- Migliorare la salute fisica

- Migliorare le funzioni cognitive/mantenere competenze
  - Rallentare la progressione di malattia
  - Stimolare i processi attentivi
  - Stimolare la memoria procedurale
  - Stimolare la capacità emotivo empatiche e relazionali

- Migliorare lo stato funzionale (evitare la disabilità in eccesso), promuovere l'autonomia possibile

- Diminuire i disturbi del comportamento

- Migliorare la soddisfazione e la qualità della vita (del malato e dei familiari)

- Ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione

- UN MODELLO DI TIPO INTEGRATO, ALL'INTERNO DI UN UNICO SPAZIO: MENTRE L'ANZIANO CON DEMENZA SVOLGE DELLE ATTIVITÀ RICREATIVE E/O DI STIMOLAZIONE, IN UNO SPAZIO ATTIGUO – *PARALLELAMENTE* – IL CAREGIVER RICEVE SUPPORTO DI TIPO EMOTIVO E SOCIALE.
- **LA NOVITÀ DI QUESTO PROGRAMMA CONSISTE QUINDI NELL'INTEGRARE DIVERSE ATTIVITÀ DI SUPPORTO IN UN UNICO SPAZIO FISICO 'APERTO'.**

OBIETTIVI DEI CENTRI D'INCONTRO

- **PER LE PERSONE CON DECADIMENTO COGNITIVO**

MIGLIORARE L'UMORE, RIDURRE L'ISOLAMENTO E LA SCARSITÀ DI STIMOLI COGNITIVI E SOCIALI, FAVORIRE IL BENESSERE E RALLENTARE L'AVANZARE DEL DECADIMENTO COGNITIVO.

- **PER I CAREGIVER**

RIDURRE IL RISCHIO DI ISOLAMENTO E DI SOLITUDINE, AVERE MOMENTI DI SOLLIEVO, CONDIVIDERE UN'ESPERIENZA FORTE, ELABORARLA E AFFRONTARLA CON IL SUPPORTO DI ALTRI CAREGIVER E DI OPERATORI ESPERTI

COSA OFFRONO

OFFRE ALLE PERSONE CON DISTURBI DI DECADIMENTO COGNITIVO

- TERAPIA PSICOMOTORIA,
- ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI,
- STIMOLAZIONE COGNITIVA E ATTIVITÀ RICREATIVE IN UN AMBIENTE PIACEVOLE E ADEGUATO.

AI CAREGIVER VENGONO OFFERTI

- INCONTRI DI PSICOEDUCAZIONE E GRUPPI DI DISCUSSIONE.
- PER ENTRAMBI SONO PREVISTE ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE E CONSULENZA PSICOLOGICA.
- UN INCONTRO PLENARIO REGOLARE PERMETTE A PARTECIPANTI, PERSONALE E VOLONTARI DI CONDIVIDERE L'ESPERIENZA.
- GLI ESPERTI SONO A DISPOSIZIONE ANCHE PER AIUTARE AD ORGANIZZARE LA CURA AL DOMICILIO IN BASE AI BISOGNI DEI SINGOLI (CASE MANAGEMENT).

PRESA IN CARICO CRONICI

SHERPA LIKE

Perdita di memoria, disturbi del linguaggio, problemi del comportamento, riduzione delle autonomie: **quando la demenza entra in famiglia ci sono tanti problemi da affrontare.**

Il **Progetto SherpaLike** prende in carico le persone affette da demenza e le relative famiglie, con attività di ascolto, informazione, valutazione, orientamento ai Servizi, supporto e addestramento (anche a domicilio).

IL SERVIZIO È GRATUITO

Il Progetto è finanziato da

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brianza

Visnara Peppino Fondazione

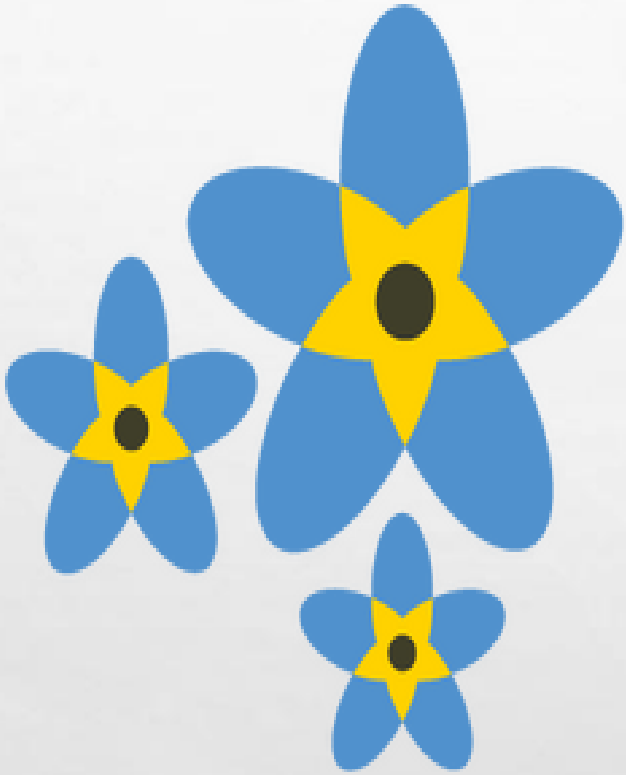
CONTATTI

sherpa@likecom.it
www.likecom.it/sherpalike

Numero Verde
800127960
Da lunedì a venerdì dalle 9 alle 17

Regione Lombardia

Assistenza Domiciliare Integrata e RSA Aperta



Dementia Friendly Communities

MODELLI DI CURA

- CUSTODIALISTICO (LAVATO, VESTITO, MANGIATO… NOTARE I PARTICIPI PASSIVI)
- BIOMEDICO (EFFICIENZA, GERARCHIA, TEMPI BREVI, ALTI COSTI)
- BIOPSICOSOCIALE (CURE CENTRATE SULLA PERSONA ES. GENTLECARE)

GENTLECARE

- IL SISTEMA GENTLECARE È UN APPROCCIO SEMPLICE, FATTO DI BUON SENSO, ECONOMICO, REALIZZABILE DALL'ASSISTENZA.
- NON DISPENDIOSO
- IL SISTEMA PERMETTE ALLE PERSONE MALATE DI CONDURRE UNA VITA TOLLERABILE, CONFORTEVOLE, EVITA CONFRONTI E CRISI, RIDÀ VITA AI CAREGIVERS FAMILIARI E LI AIUTA NEL PERCORSO DELLA MALATTIA.

GENTLECARE

- IL SISTEMA GENTLECARE È APPLICABILE IN STRUTTURE PER ACUTI, DI LUNGODENZA, RSA, CDI, DOMICILIO

- E’ UN MODELLO DI CURA EFFICACE ANCHE PER PERSONE ANZIANE O DISABILI E NON NECESSARIAMENTE CON DECADIMENTO COGNITIVO

GENTLECARE

È UN MODELLO DI ASSISTENZA CON UNA **FILOSOFIA DI BASE:**

- LE PERSONE ANZIANE HANNO UN VALORE
- LE PERSONE CON DEMENZA SOFFRONO DI UNA MALATTIA COMPLESSA
- HANNO RIDOTTA CAPACITÀ DI CONTROLLARE E DIRIGERE I COMPORTAMENTI
- L'AUTONOMIA È MIGLIORE DELLA DIPENDENZA (VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE RESIDUE)
- GLI INDIVIDUI HANNO DIRITTO AD UN'ESISTENZA SIGNIFICATIVA
- I CAREGIVER POSSONO CAMBIARE IL LORO COMPORTAMENTO PER AGIRE CON MAGGIOR EFFICACIA.

GENTLECARE

COSA CI CHIEDE IL MODELLO?

- METTERE AL CENTRO LA PERSONA (ANZIANO, ANZIANO CON DEMENZA, ANZIANO AL DOMICILIO,ECC) E NON L'ORGANIZZAZIONE
- PORSI DOMANDE
- CAMBIARE IL NOSTRO PUNTO DI VISTA
- ESSERE FLESSIBILI E CREATIVI

GENTLECARE

DOVE CI PORTA IL MODELLO?

- A COSTRUIRE UNA PROTESI PER LA PERSONA

  ESSERE PROTESICI VUOL DIRE SAPER COMPENSARE

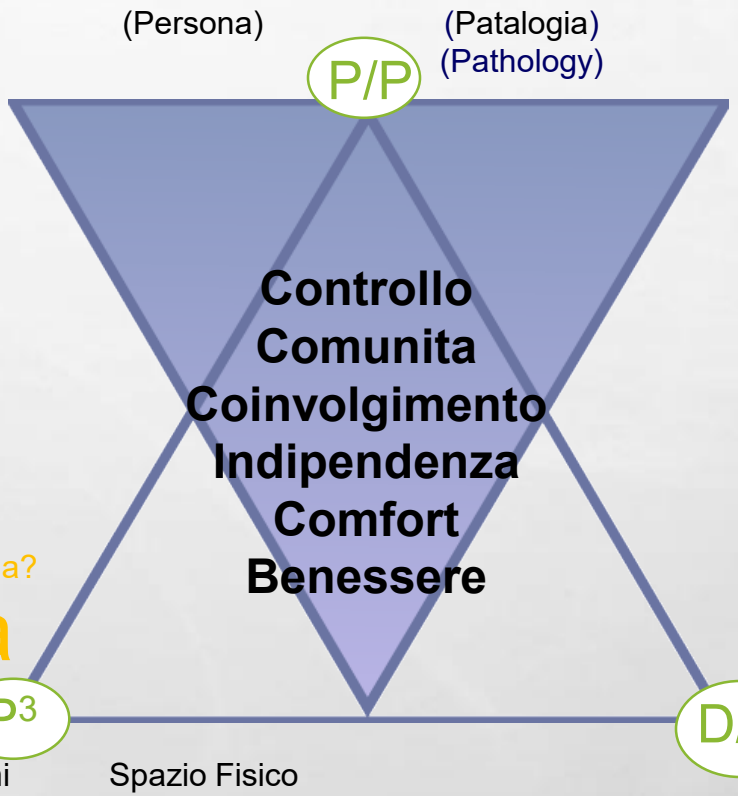
- CAMBIARE IL MODO DI CONCEPIRE L'ASSISTENZA
- ORIENTARE, PIUTTOSTO CHE SUI COMPORTAMENTI, SUI POSSIBILI ADATTAMENTI DELLE PERSONE/AMBIENTE
- RIDURRE LO STRESS
- MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA

GENTLECARE FORMULA

Chi è la Persona?

Valutazione p,:
- Mentale
- Fisico,
- Spirituale,
- Socio-Culturale
- A.D.L
- I.A.D.L

Gentlecare text p. 91-143



Qual e' il Problema?

Patalogia	Problemi Iatrogeni

In Che Modo Posso Aiutare La Persona?

Protesi di Cura

Persone	Programmi	Spazio Fisico

In Che Modo si Manifesta il Problema?

Deficit	Comportamento

(Gentlecare text p. 146-212, 259-295, 297-354)

CHI E' LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA ?

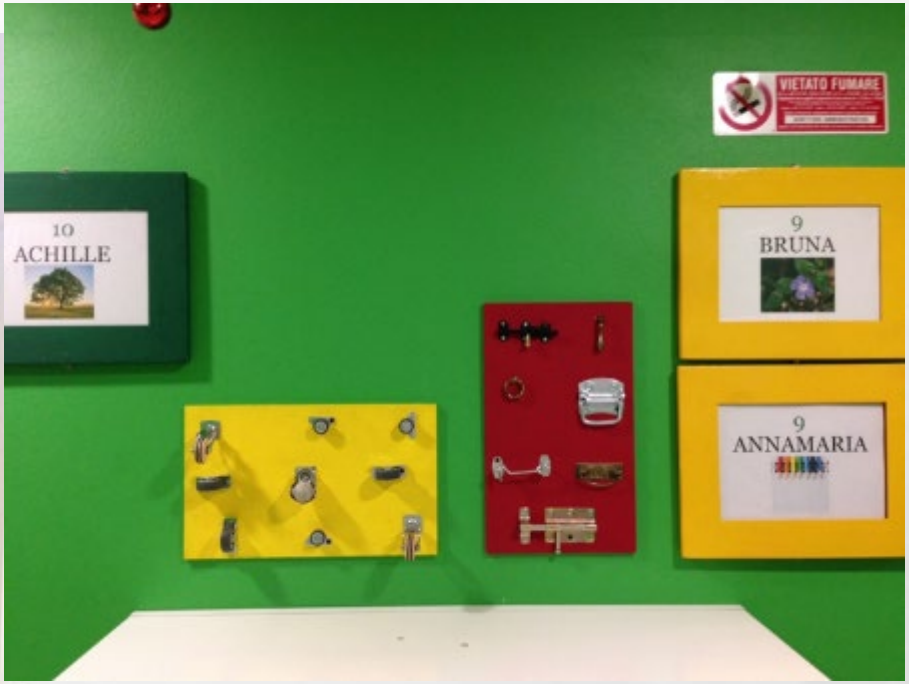
- STORIA PERSONALE
- COMPONENTE MENTALE (COGNITIVITÀ, VOLIZIONE , ADATTABILITÀ)
- COMPONENTE FISICA (MOVIMENTI, FORZA, DOLORE, SENSORIALITÀ, PATOLOGIE)
- COMPONENTE SOCIO CULTURALE (INTERAZIONE SOCIALE, COINVOLGIMENTO SOCIALE, PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI, CAPACITÀ DI STRINGERE RELAZIONI)
- COMPONENTE SPIRITUALE (CREDENZE, VALORI)
- L'AMBIENTE FISICO (ATMOSFERA, SICUREZZA E PROTEZIONE, ACCESSIBILITÀ E MOBILITÀ, FUNZIONE E ATTIVITÀ, CONTROLLO E SICUREZZA PERSONALE, FLESSIBILITÀ)
- L'AMBIENTE SOCIALE (DISPONIBILITÀ ALL'AIUTO, AMICI E PERSONE DI SOSTEGNO, PERSONALE COME SOSTEGNO)
- L'AMBIENTE CULTURALE (PRETESE RIGUARDANTI IL MODO DI COMPORTARSI)

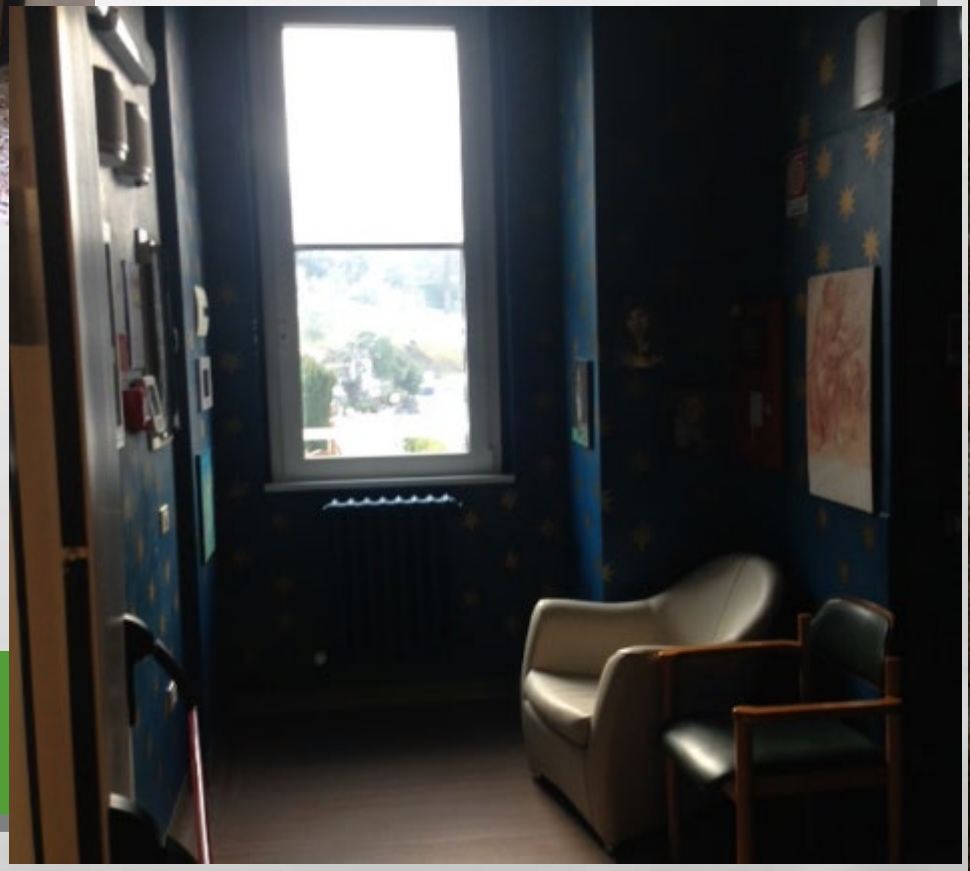
ESEMPI DI ATTIVITA' PROTESICHE

Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo
Pietro Vigorelli
L'APPROCCIO
CAPACITANTE
Come prendersi cura degli anziani fragili
e delle persone malate di Alzheimer
FrancoAngeli

ESEMPIO DI SPAZIO PROTESICO

La Provincia di Lecco
LECCO: UN ANNO MOLTO POSITIVO PER IL TURISMO
OGGI DUE PAGINE SULLA MONTAGNA
50x
orobie
RUNNER'S
Gardenia
Bell'Italia


VIETATO FUMARE
10
ACHILLE
9
BRUNA
9
ANNAMARIA



PER CONCLUDERE

- AD UN BUON TRATTAMENTO CONCORRONO:

LE PERSONE
LE TERAPIE (FARMACOLOGICHE E NON)
LE ATTIVITA'
L'AMBIENTE

- PER UN BUON TRATTAMENTO E' INDISPENSABILE:

LA VALUTAZIONE
LA TERAPIA (NON FARMACOLOGICA E FARMACOLOGICA)
IL MONITORAGGIO DELL'INTERVENTO

QUINDI
NON CI SI DEVE MAI SENTIRE ARRIVATI…QUINDI…

UN BUON TRATTAMENTO PUO' AVVENIRE SOLO IN UNA BUONA E'QUIPE
NON ESISTONO BUONI TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI SE NON MEDIATI DA BUONI CAREGIVER.