



LA DEMENZA

Dott.ssa Cristina Fonte

Neuropsicologa

Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva

Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Movimento

Università degli Studi di Verona

DEMENZA = DETERIORAMENTO DELLE FUNZIONI COGNITIVE PROGRESSIVO E IRREVERSIBILE

ETÀ DI INSORGENZA:

> 65 anni

< 65 anni = esordio presenile e più rapida evoluzione

Nelle fasi precoci si differenziano i vari disturbi degenerativi, poi **tendono a condividere** molte caratteristiche comportamentali come:

- Regressione psicosociale
- Disturbo di attenzione (disattenzione, incapacità di concentrarsi, distraibilità)
- Apatia
- Alterazione delle capacità di iniziare, programmare, eseguire attività complesse
- Disturbi di memoria

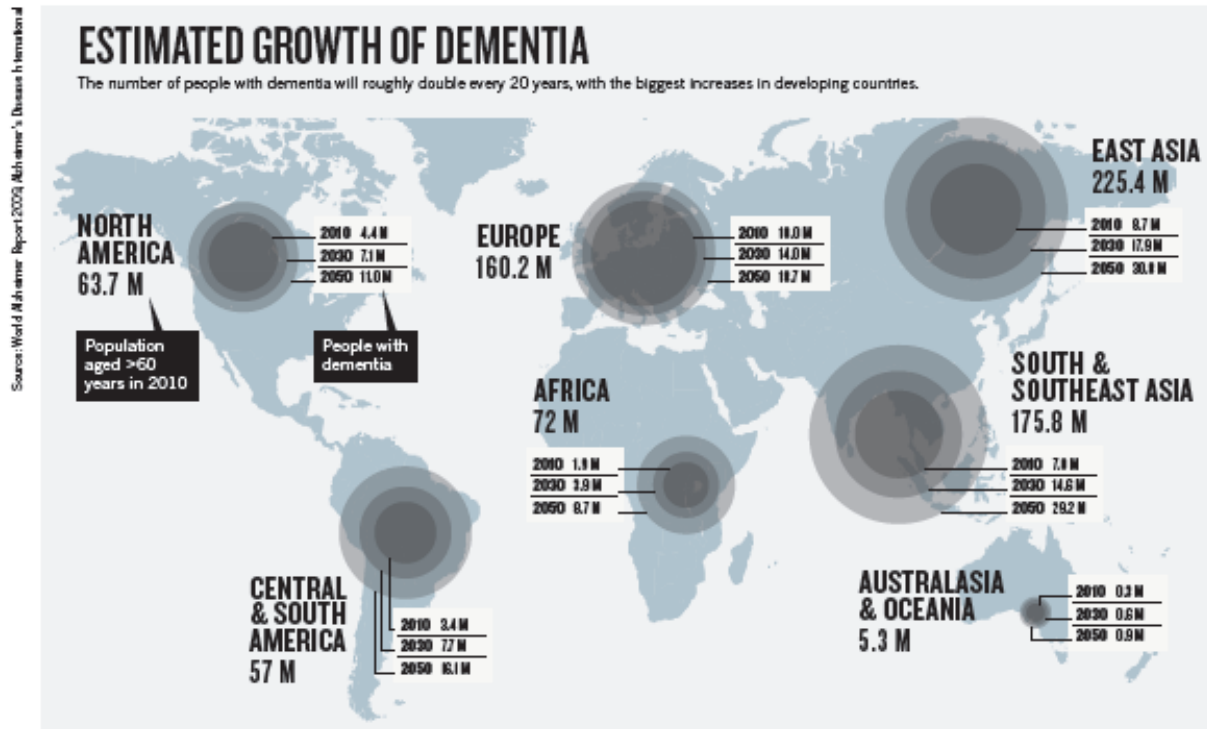
Alla lunga la maggior parte delle malattie degenerative diventa indistinguibile sul piano neuropsicologico.

“Quando la maggior parte delle funzioni cognitive si è deteriorata i pazienti avranno perduto la coscienza della propria persona, capacità di giudizio e provvedere a se stessi, totale dipendenza e perdita di consapevolezza e capacità di risposta finalizzata.”

MORTE NON PER CONSEGUENZE DIRETTE MA INFEZIONI, DISIDRATAZIONE, MALNUTRIZIONE, CADUTE.

Epidemiologia

- La demenza riguarda circa il 5/7% della popolazione mondiale di età superiore ai 60 anni. Questa percentuale è abbastanza omogenea in tutto il mondo, ma l'aumento nel numero di nuovi affetti è diverso nelle diverse aree del pianeta. Questo fatto sarebbe legato ad una diversa aspettativa di vita determinata dalle variabili socio-economiche



A causa del generale invecchiamento della popolazione il deterioramento mentale è un problema:

- sanitario
 - socioeconomico
- di primaria importanza**



COSTI DIRETTI

per l'acquisto di beni e servizi
direttamente monetizzabili



COSTI INDIRETTI

utilizzo di risorse

LA DEMENZA PER IL DSM IV

A. Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifestati da entrambe le condizioni seguenti:

A1. deficit della memoria

A2. una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive:

a. afasia

b. aprassia

c. agnosia

d. disturbo delle funzioni esecutive (pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).

B. Ciascuno dei deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 causa una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo, e rappresenta un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.

C. Il decorso è in rapporto all'eziopatogenesi della Demenza.

D. I deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 possono essere eziologicamente correlati a una condizione medica generale, agli effetti persistenti dell'uso di una sostanza o a una combinazione di questi fattori.

E. I deficit non si presentano esclusivamente durante il decorso di un Delirium.

F. Il disturbo non risulta meglio giustificato da un altro disturbo dell'Asse I (per es., Disturbo Depressivo Maggiore, Schizofrenia).

LA DEMENZA PER IL DSM IV

Le caratteristiche diagnostiche si riferiscono a:

1.Demenza Tipo Alzheimer

2.Demenza Vascolare

3.Demenza Dovuta a Malattia HIV

4.Demenza Dovuta a Trauma Cranico

5.Demenza Dovuta a Malattia di Parkinson

6.Demenza Dovuta a Malattia di Huntington

7.Demenza Dovuta a Malattia di Pick

8.Demenza Dovuta a Malattia di Creutzfeld-Jakob

9.Demenza Dovuta ad Altre Condizioni Mediche Generali

10.Demenza Persistente Indotta da Sostanze

11.Demenza Dovuta ad Eziologie Molteplici

12.Demenza Non Altrimenti Specificata.

Tipi di Demenza

PRIMARIE O DEGENERATIVE

- Malattia di Alzheimer
- Demenze Frontotemporali (Demenza Semantica, Afasia Progressiva, Malattia di Pick)
- Parkinson-demenza
- Demenza a Corpi di Lewy
- Paralisi Sopranucleare Progressiva
- Degenerazione Corticobasale
- Malattia di Huntington
- Atrofia Multisistemica

VASCOLARI

- Multi-infartuale
- Malattia di Binswanger
- Vasculiti
- Tumori cerebrali
- Traumi cranici
- Ematoma Subdurale
- Infarto Strategico
- Ipoperfusione

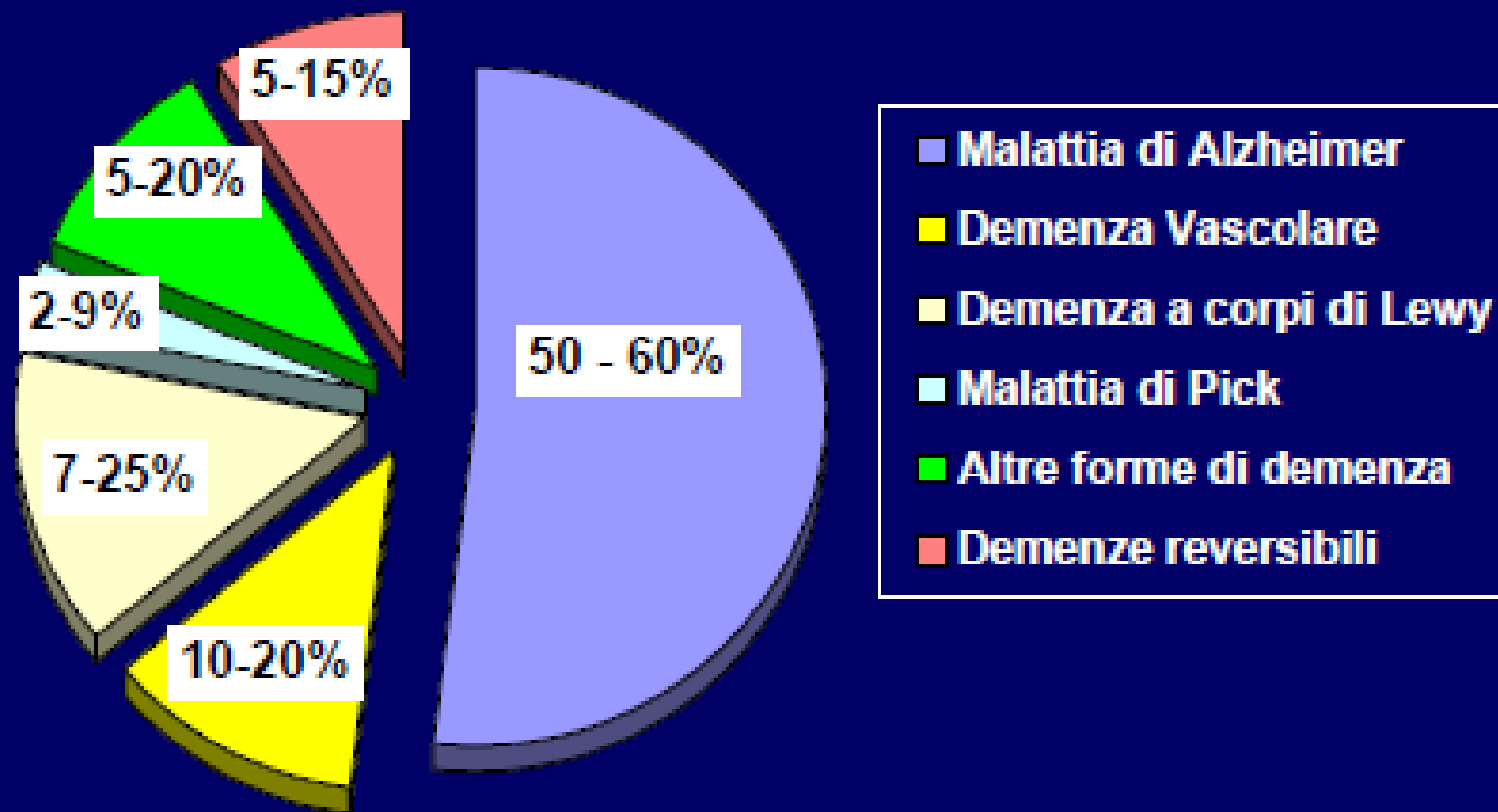
MISTE VASCOLARI E DEGENERATIVE

DECORSO DIFFERENTE

COMMON TYPES OF DEMENTIA

There is a great deal of overlap between the symptoms of various dementias.

Dementia type	Symptoms	Neuropathology	Proportion of dementia cases
Alzheimer's disease	Impaired memory, depression, poor judgement and confusion	Amyloid plaques and neurofibrillary tangles	50–80%
Vascular dementia	Similar to Alzheimer's disease, but memory less affected	Decreased blood flow to the brain owing to a series of small strokes	20–30%
Frontotemporal dementia	Changes in personality and mood, and difficulties with language	Damage limited to frontal and temporal lobes	5–10%
Dementia with Lewy bodies	Similar to Alzheimer's disease, also hallucinations, tremors	Cortical Lewy bodies (of the protein α -synuclein) inside neurons	<5%



Ebly EM, et al Neurology 1994; 44: 1593-1600

L'importanza di una diagnosi

Accertamento diagnostico



U.V.A. (Unità di Valutazione Alzheimer)
C.D.C. (Centro per il Decadimento Cognitivo)

- Osservazione dei familiari di fenomeni comportamentali particolari
- Colloquio con familiari e paziente per verificare l'entità e la qualità dei deficit
- Visita neurologica
- Valutazione neuropsicologica attraverso batterie testistiche standardizzate (es. MMSE, MODA)
- Esame metabolico (es. escludere deficit di vitamina B12)
- Esami strumentali TAC o RMN per escludere la presenza di encefalopatie trattabili e per valutare la presenza di patologie documentabili

LA MALATTIA DI ALZHEIMER

1907

Auguste D. età 51 anni e mezzo

...

*non era alcolizzata e non c'era
nella sua famiglia alcuno affetto
da malattia mentale...*

Una donna pulita ... gentile.

All'improvviso ... divenne gelosa.

*Cominciò a soffrire di amnesia e
divenne incapace di cucinare.*

A novembre entrò in ospedale.

*Mentre mangiava della carne,
alla domanda cosa stesse
mangiando, rispose patate ...*



FATTORI DI RISCHIO

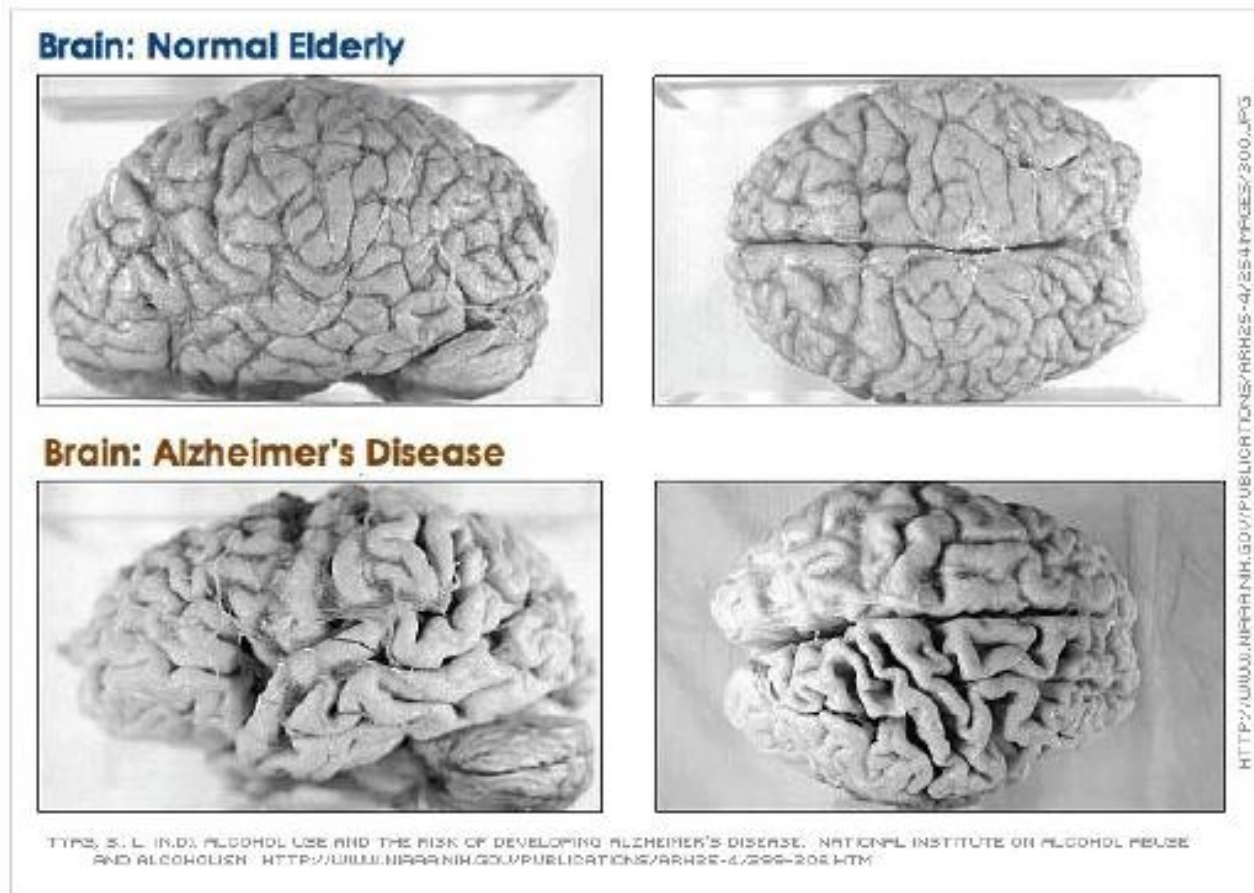
- Età (Abbott, 2011)
- Fattori genetici (Tai et. Al, 2014)
- Fattori di rischio cardio-vascolare: ipertensione, Diabete mellito tipo 2, e dislipidemie (Kirk-Sanchez & McGough, 2013)

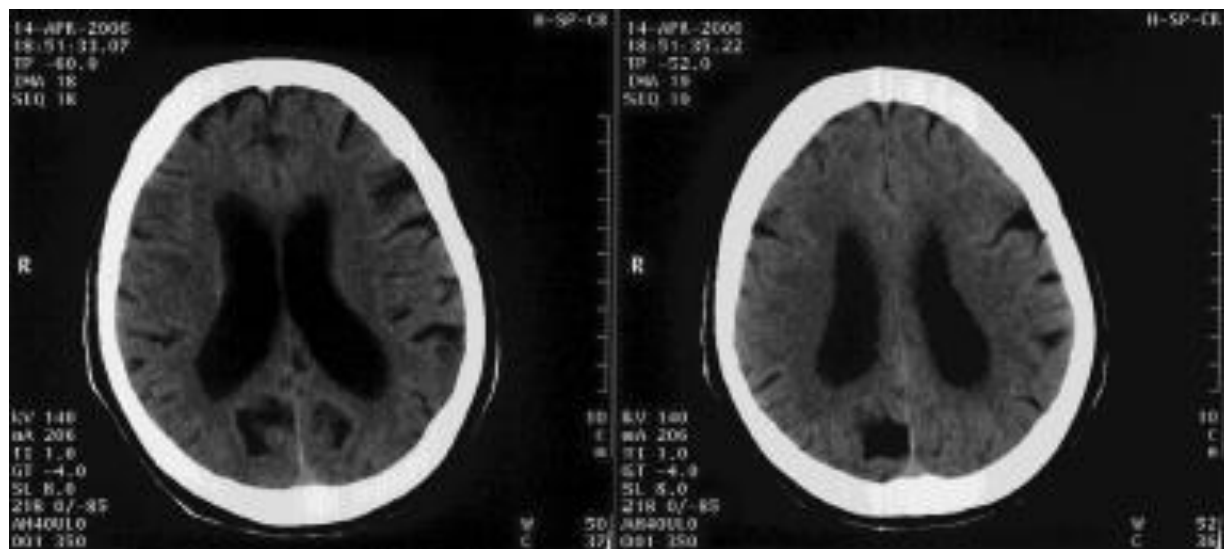
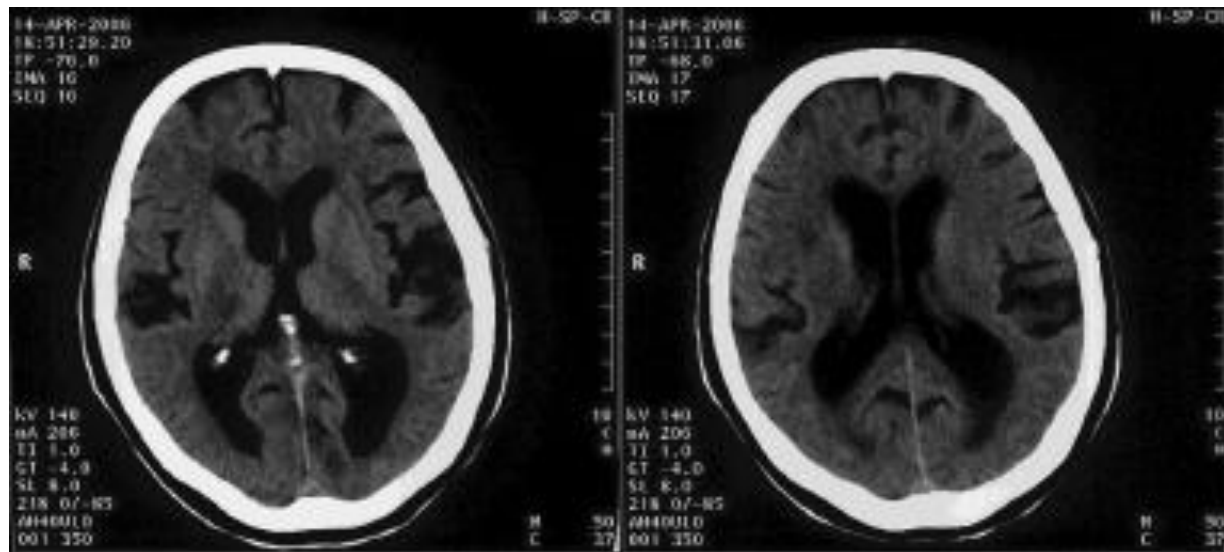
FATTORI PROTETTIVI

- Stile di vita sano (Kravitz et al. 2012)
- Alta scolarità (Dartiques et al., 2013)
- Esercizio fisico (Kirk-Sanchez & McGough, 2013)

NEUROANATOMIA E FISIOTATOLOGIA:

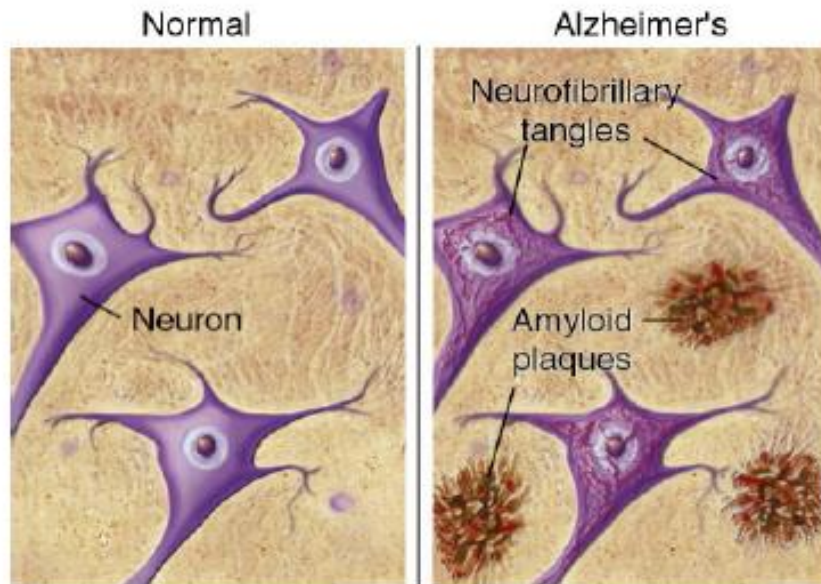
- calo di peso cerebrale
- atrofia corticale
- allargamento dei ventricoli



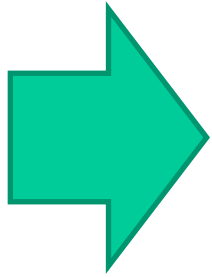


- **matasse neurofibrillari**: agglomerati intricati di fibre sottili all'interno dei corpi cellulari degli stessi neuroni che contengono depositi di alluminio (Khatchaturian, 1985; Terry e Katzman, 1983).
- **placche senili** (o neuritiche): prodotti extracellulari con un nucleo di proteine amiloidi. Presenti in tutta la corteccia nell'AD, soprattutto in amigdala, ma anche in altre strutture del sistema limbico e nel corpo striato.

Entrambe sono presenti anche a livello sottocorticale, in particolare in talamo, ipotalamo e corpi mammillari



- Ipometabolismo nella produzione del neurotrasmettitore dell'**acetilcolina**



Diagnosi sicura solo post-mortem:

Diagnosi di probabile Malattia di Alzheimer
(Ballard et al, 2011)

DEFICIT NEUROPSICOLOGICI DI ESORDIO:

- Disorientamento temporale e spaziale
- Deficit di memoria (episodica)
- Deficit linguistici (anomie)
- Deficit visuo-percettivi
- Aprassia costruttiva
- Diminuite capacità di giudizio, ragionamento astratto
- Perdita di interessi e iniziativa

Decorso clinico

1. FASE INIZIALE- GRAVITÀ LIEVE (durata media 5 anni)

Deficit mnesici (apprendimento)

Consapevolezza (reazione ansioso-depressiva)

Calo degli interessi

Apatia con isolamento sociale, alterazione della personalità

Anomie parzialmente compensate

Difficoltà di ragionamento logico e pensiero astratto, capacità di giudizio

Calo concentrazione e attenzione

Inizio difficoltà nelle attività strumentali (IADL)

2. FASE INTERMEDIA- GRAVITÀ MODERATA (durata da 2 a 12 anni)

Inasprimento del deterioramento cognitivo

Episodi di smarrimento e disorientamento s/t

Linguaggio afasico, vago e privo di iniziativa, deficit di comprensione

Difficoltà di lettura, scrittura, calcolo

Disfunzioni esecutive (problem-solving, cap. di giudizio)

Alterazioni sensoriali e percettive

Influenza delle ADL

Trascuratezza

Aprassia ideativa e ideomotora

Incoordinazione e disturbi dell'equilibrio

Sarcopenia e calo ponderale, debolezza muscolare

Deliri (persecuzione, abbandono, gelosia, latrocinio)

Allucinazioni

Agitazione psicomotoria (affaccendamento, wandering, sundowing)

3. FASE AVANZATA- GRAVITÀ GRAVE/MOLTO GRAVE (durata 1-3 anni)

Peggioramento di tutte le funzioni cognitive (memoria retrograda e procedurale)

Perdita totale dell'autosufficienza

L'eloquio si riduce a gergo semantico ed ecolalia fino al mutismo

Riduzione consistente della mobilità con rigidità

Inversione del ciclo sonno-veglia

Marcato decadimento delle condizioni di salute generali con complicanze infettive e broncopolmonari che inducono solitamente al decesso.

LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Le abilità cognitive

Mini Mental State Examination (MMSE)

In che anno siamo?	0 1
In che stagione siamo?	0 1
In che mese siamo?	0 1
Mi dica la data di oggi	0 1
Che giorno della settimana è oggi?	0 1
Mi dica in che nazione siamo	0 1
In quale regione italiana siamo?	0 1
In quale città ci troviamo?	0 1
Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo	0 1
A che piano siamo?	0 1
Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio. Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte	0 1 2 3
Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte (93 86 79 72 65) (se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola MONDO (O D N O M))	0 1 2 3 4 5
Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti	0 1 2 3
Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome	0 1 2
Ripeta questa frase: "TIGRE CONTRO TIGRE"	0 1
Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo	0 1 2 3
Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi)	0 1
Scriva una frase (deve contenere soggetto e verbo)	0 1
Copi questo disegno (pentagoni intrecciati)	0 1



Punteggio massimo totale = 30

PUNTEGGIO TOTALE

Punteggio Totale corretto per età e scolarità

Screening (es. protocolli di ricerca,
ampiamente riconosciuto a fini
legali e/o richiesta invalidità)

Limiti

**COEFFICIENTI DI AGGIUSTAMENTO DEL MMSE PER CLASSI DI ETÀ
ED EDUCAZIONE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA**

INTERVALLO DI ETÀ	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Anni di scolarizzazione					
0-4 anni	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
5-7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
8-12 anni	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	+0,8
13-17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

MMSE>24 nella norma

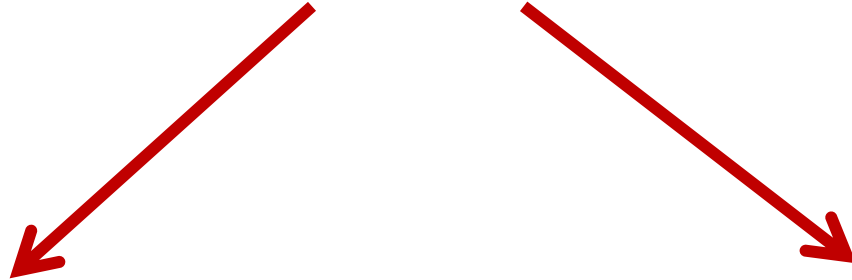
MMSE=24 borderline

**20<MMSE<24 compromissione
lieve**

**10<MMSE<20 compromissione
moderata**

MMSE≤10 compromissione grave

Approfondimento Diagnostico



**Milan Overall
Dementia
Assessment (MODA)**

**Batteria
Deterioramento
Mentale (BDM)**

e...MOLTO ALTRO

Milan Overall Dementia Assessment

DATI PAZIENTE
ESAMINATORE
SEDE ESAME

1. ORIENTAMENTI

2. AUTONOMIA

3. TEST NEUROPSICOLOGICI

PUNTEGGIO TOTALE

|||||

M. BRAZZELLI
E. CAPITANI
S. DELLA SALA
H. SPINNLER
M. ZUFFI

|||||

MODA

Milan Overall Dementia Assessment

PROTOCOLLO DELLE PROVE

TABELLA DEI PUNTEGGI	
Cognome _____	Nome _____
Sesso _____	Età _____
Scolarità (anni) _____	Data _____
Esaminatore _____	
Sede dell'esame _____	
I Sezione: orientamenti	
Test di Orientamento Temporale: _____	/10
Test di Orientamento Spaziale : _____	/3
Test di Orientamento Personale : _____	/10
Test di Orientamento Familiare : _____	/12
Tot.: _____	/35
II Sezione: autonomia nel quotidiano	
Scala di Autonomia _____	Tot.: _____ /15
III Sezione: test neuropsicologici	
Apprendimento Reversal : _____	/5
Test Attenzionale : _____	/10
Intelligenza Verbale : _____	/6
Raccontino : _____	/8
Test di Produzione di Parole : _____	/5
Test dei Gettoni : _____	/5
Agnosia Digitale : _____	/5
Aprassia Costruttiva : _____	/3
Street's Completion Test : _____	/3
Tot.: _____	/50
Punteggio totale MODA: _____ /100	

OS
ORGANIZZAZIONI SPECIALI

|||||

Le attività della vita quotidiana

AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA – A. D. L.

dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano – Laboratorio di Neuropsicologia Geriatrica

NOME DELL'INTERVISTATO: _____

GRADO DI PARENTELA O QUALIFICA: _____

A. FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)

1. Fa il bagno da solo (entra e esce dalla vasca da solo) ☐ (1)
2. Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. schiena) ☐ (1)
3. Ha bisogno di assistenza per lavarsi più parti del corpo ☐ (0)

B. VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestirsi, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)

1. Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. ☐ (1)
2. Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. ☐ (1)
3. Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito ☐ (0)

C. TOILETTE (andare in bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)

1. Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino) ☐ (1)
2. Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda ☐ (0)
3. Non si reca in bagno per l'evacuazione. ☐ (0)

D. SPOSTARSI

1. Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) ☐ (1)
2. Compie questi trasferimenti solo se aiutato ☐ (0)
3. Allettato, non esce dal letto ☐ (0)

E. CONTINENZA DI FECI E URINE

1. Controlla completamente feci e urine ☐ (1)
2. "incidenti" occasionali ☐ (0)
3. Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente ☐ (0)

F. ALIMENTAZIONE

1. Senza assistenza ☐ (1)
2. Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane ☐ (1)
3. Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale. ☐ (0)

PUNTEGGIO OTTENUTO:

/ 6

IADL – INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING

M.P. Lawton, E.M. Brody, *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*, Gerontologist, 9:179-186, 1969

La scala valuta la capacità di compiere attività che vengono normalmente svolte anche da individui anziani, che vengono considerate necessarie per mantenere la propria indipendenza. E' possibile usare come punteggio direttamente la somma dei punti segnati a fianco di ogni risposta tenendo presente che le attività C, D, E vengono valutate soltanto nelle donne. Barrare la casella Non-Applicabile quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione ma al fatto che l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti; nel dubbio, specialmente per quanto riguarda gli uomini e quelle attività identificate come "prevalentemente svolte dalle donne", preferire la scelta Non-Applicabile.

NOME DELL'INTERVISTATO: _____

GRADO DI PARENTELA O QUALIFICA: _____

A. CAPACITÀ DI USARE IL TELEFONO

Non Applicabile ☐

1. Usa il telefono di propria iniziativa, alza la cornetta e compone il numero, ecc. ☐ (1)
2. Compose alcuni numeri ben conosciuti ☐ (1)
3. Risponde al telefono ma non è capace di comporre i numeri ☐ (0)
4. Non è assolutamente capace di usare il telefono ☐ (0)

B. CAPACITÀ DI FARE ACQUISTI

Non Applicabile ☐

1. Fa tutte le spese senza aiuto ☐ (1)
2. Fa piccoli acquisti senza aiuto ☐ (0)
3. Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa ☐ (0)
4. E' completamente incapace di fare acquisti ☐ (0)

C. PREPARAZIONE DEL CIBO (SOLO PER LE DONNE)

Non Applicabile ☐

1. Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto ☐ (1)
2. Prepara pasti adeguati, se le vengono forniti gli ingredienti ☐ (0)
3. Scalda e serve parti preparati oppure prepara cibi, ma non mantiene una dieta adeguata ☐ (0)
4. Ha bisogno di avere qualcuno che prepari e serva i pasti ☐ (0)

D. GOVERNO DELLA CASA (SOLO PER LE DONNE)

Non Applicabile ☐

1. Mantiene la casa da sola o con assistenza occasionale (solo per i lavori più pesanti) ☐ (1)
2. E' in grado di compiere i lavori domestici non pesanti (es. lavare i piatti, rifare il letto) ☐ (1)
3. E' in grado di compiere i lavori domestici non pesanti, ma non riesce a tenere pulita la casa in modo accettabile ☐ (0)
4. Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa ☐ (0)
5. Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa ☐ (0)

E. LAVANDERIA (SOLO PER LE DONNE)

Non Applicabile ☐

1. Fa tutto il bucato da sola ☐ (1)
2. Lava piccole cose (es. sciacqua le calze, i fazzoletti, ecc.) ☐ (1)
3. Tutta la biancheria deve essere lavata da altri ☐ (0)

F. MEZZI DI TRASPORTO

Non Applicabile ☐

1. Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida l'auto ☐ (1)
2. Per spostarsi usa il taxi, ma non i mezzi pubblici ☐ (1)
3. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno ☐ (0)
4. Può spostarsi soltanto con taxi o auto e l'assistenza degli altri ☐ (0)
5. Non si sposta PER NIENTE ☐ (0)

G. RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI

Non Applicabile ☐

1. Prende le medicine che gli sono state prescritte, in dosi e tempi corretti ☐ (1)
2. Prende le medicine se sono preparate in anticipo in dosi separate ☐ (0)
3. Non è in grado di prendere le medicine da solo ☐ (0)

H. CAPACITÀ DI MANEGGIARE IL DENARO

Non Applicabile ☐

1. Si occupa delle proprie finanze in modo autonomo (è capace di mantenere i conti, firma assegni, va in banca, riscuote la pensione, ecc.) ☐ (1)
2. E' in grado di fare piccoli acquisti, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni più complesse (es. operazioni bancarie, ecc.) ☐ (1)
3. E' incapace di maneggiare il denaro ☐ (0)

PUNTEGGIO OTTENUTO:

/

Range
Femmine: 0-8
Maschi: 0-5

Per completare la valutazione...

VALUTAZIONE TONO DELL'UMORE

- Geriatric Depression Scale (GDS)
- Cornell Scale for Depression in Dementia
- Beck Depression Inventory (BDI)

VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI

- Neuropsychiatric Inventory (NPI)

VALUTAZIONE CARICO ASSISTENZIALE

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

(Novak M. e Guest C., *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989)

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

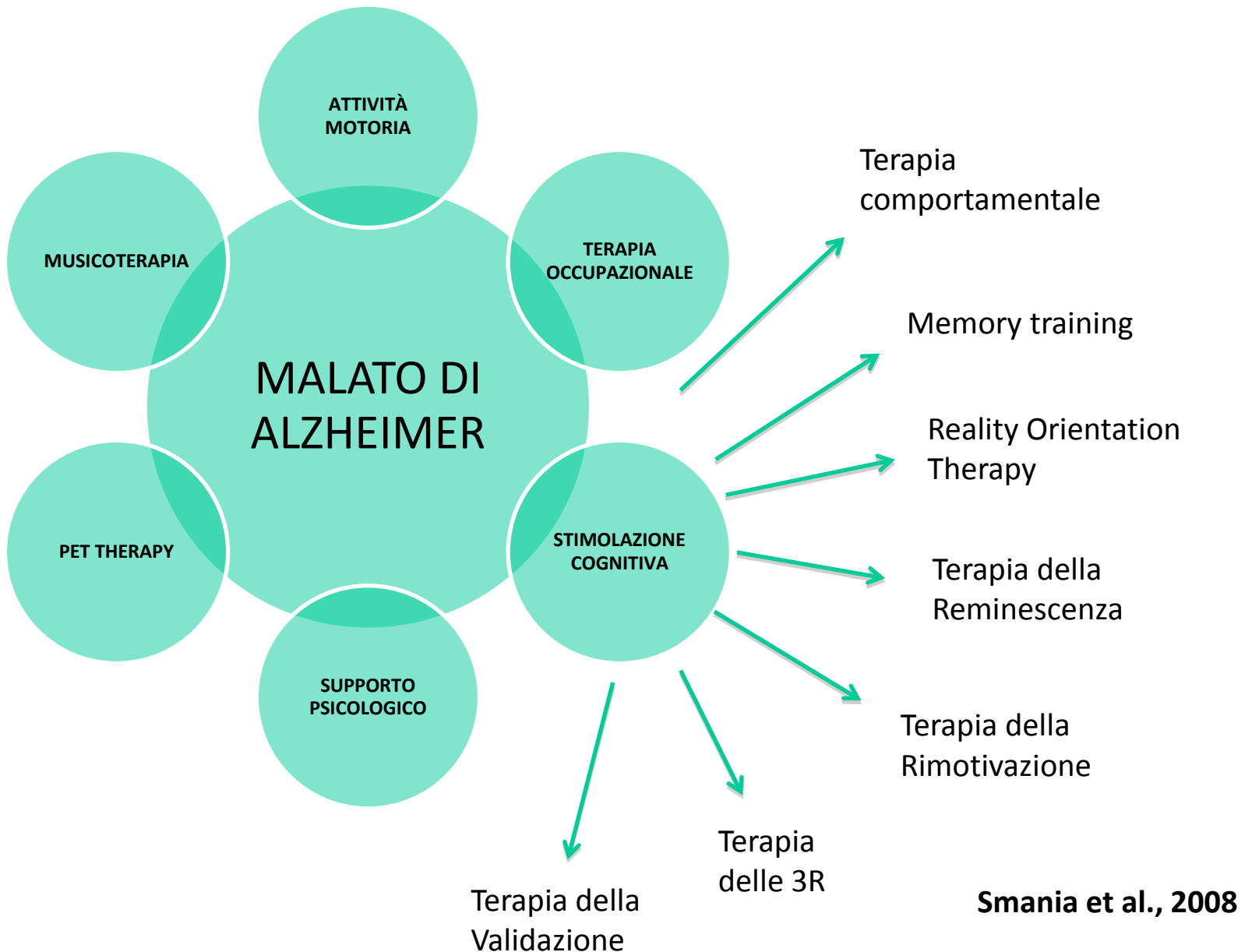
0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto

T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4
S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4
S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

SINTOMI NEUROPSICHIATRICI	FREQUENZA (X)	GRAVITÀ (Y)	X × Y	Distress
DELIRI	2/4	2/3	4	2/5
ALLUCINAZIONI	3/4	2/3	6	3/5
AGITAZIONE	3/4	1/3	3	2/5
DEPRESSIONE/DISFORIA	3/4	2/3	6	2/5
ANSIA	2/4	2/3	4	2/5
EUFORIA/ESALTAZIONE	2/4	1/3	2	2/5
APATIA	4/4	3/3	12	4/5
DISINIBIZIONE	1/4	1/3	1	2/5
IRRITABILITÀ	2/4	2/3	4	2/5
ATTIVITÀ MOTORIA	4/4	3/3	12	5/5
SONNO	2/4	2/3	4	3/5
DISTURBI DELL'APPETITO E DELL'ALIMENTAZIONE	4/4	3/3	12	4/5
PUNTEGGIO TOTALE NPI			70/144	33/60

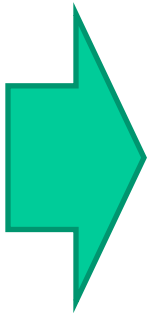
Possibili approcci per il pz con AD



STIMOLAZIONE COGNITIVA NEL PAZIENTE CON MALATTIA DI ALZHEIMER

SCOPO:

- Migliorare la qualità di vita del paziente
- Mantenere il più a lungo possibile l'autonomia e l'autoefficacia
- Alleviare il carico assistenziale del familiare



Reality Orientation Therapy (ROT)

Folsom (1958)

Tauble, Folsom, 1996; Folsom, 1967; 1968

Obiettivi

- Migliorare l'orientamento del paziente nei parametri temporali , spaziali e nella propria storia personale
- Modificare comportamenti disadattivi
- Migliorare l'autostima
- Stimolare le relazioni sociali evitando l'isolamento

ROT FORMALE

per soggetti con
deterioramento lieve

ROT INFORMALE

per soggetti con
deterioramento moderato

Orientamento temporale



Orientamento spaziale



TERAPIA OCCUPAZIONALE



MUSICOTERAPIA

- Cantare, ascoltare musica o suonare degli strumenti per migliorare i sintomi comportamentali, la socializzazione e la sfera emotiva nei pazienti affetti da demenza.

PET-THERAPY

Aerobic Exercise to Improve Cognitive Function in Adults With Neurological Disorders: A Systematic Review

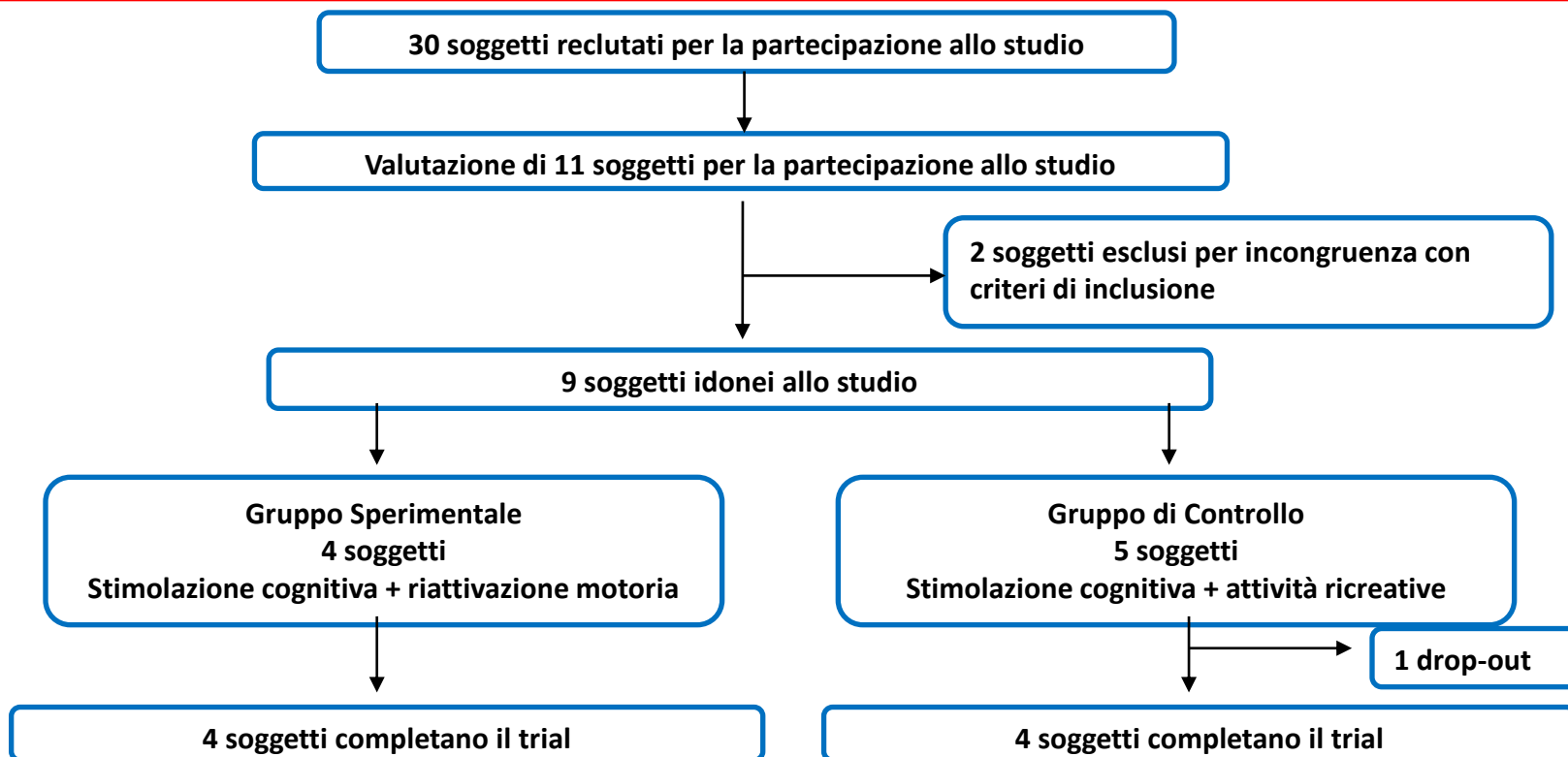
Michelle N. McDonnell, PhD, Ashleigh E. Smith, BSc, Shylie F. Mackintosh, PhD



**Arch Phys Med Rehabil,
2011**

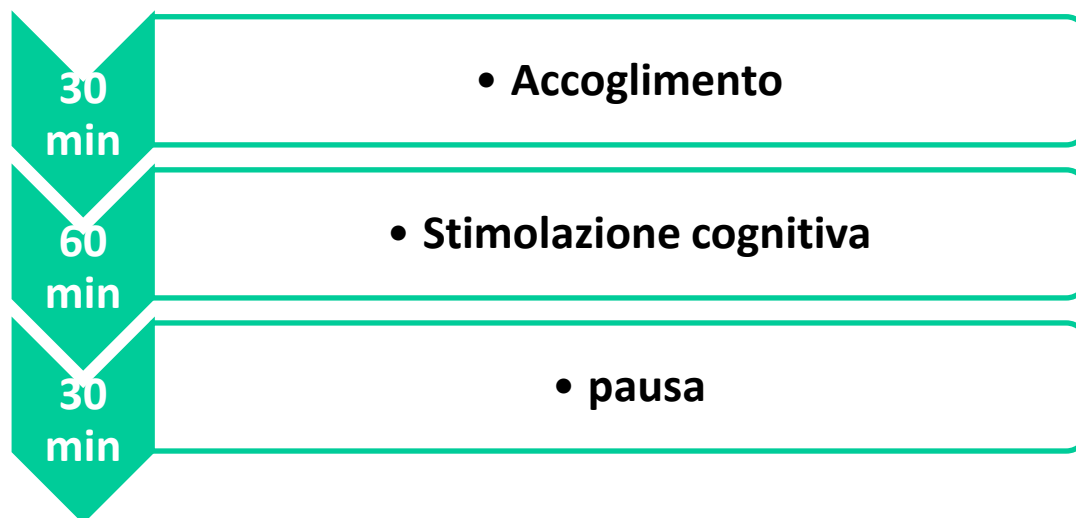
L'influenza dell'attività motoria di gruppo associata a stimolazione cognitiva sulle funzioni neuropsicologiche nel paziente con Malattia d'Alzheimer

C. Fonte, M. Gandolfi, C. Pelle, N. Smania



DISEGNO DELLO STUDIO

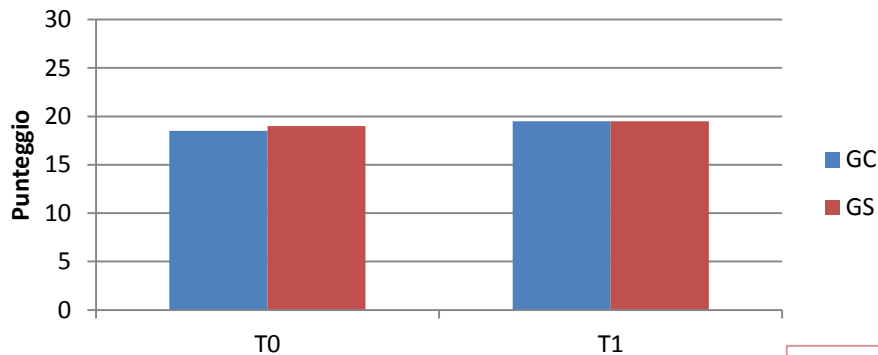
Sedute bisettimanali di gruppo per 3 mesi



Risultati

Funzioni cognitive

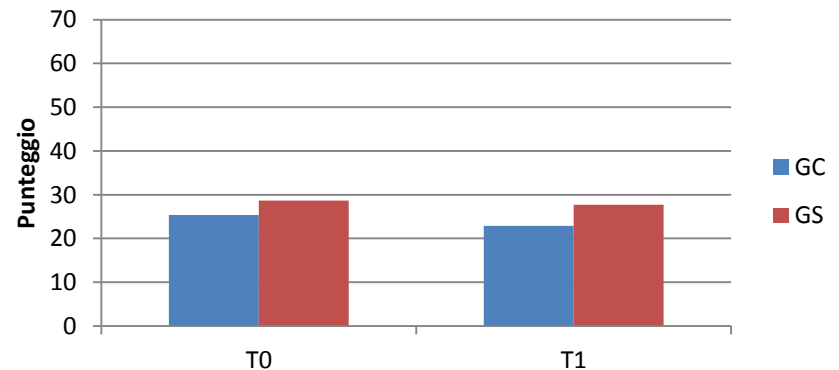
Mini Mental State Examination



Analisi descrittiva
(Mediana e IRQ)

Lieve miglioramento di entrambi i
gruppi ai test cognitivi con
andamento simile.

**Alzheimer's Disease Assessment
Scale**

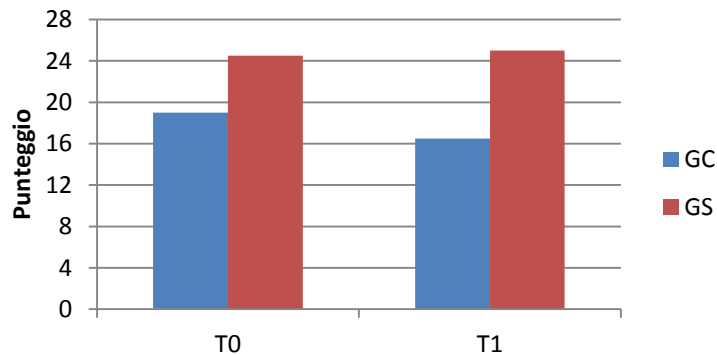


**UGUALE VALENZA DEI DUE
TIPI DI TRATTAMENTO
NELL'INFLUENZARE LE
FUNZIONI COGNITIVE**

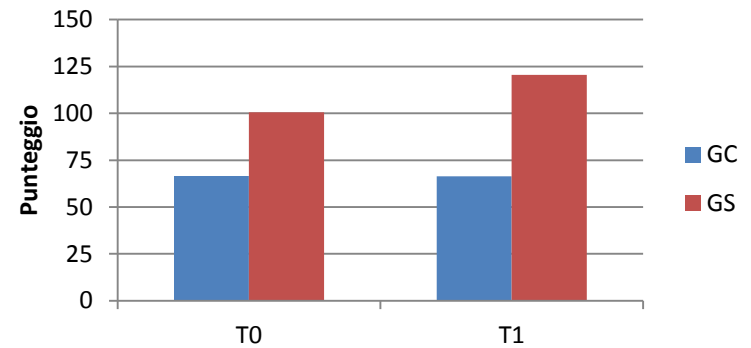
Risultati

Performance fisica

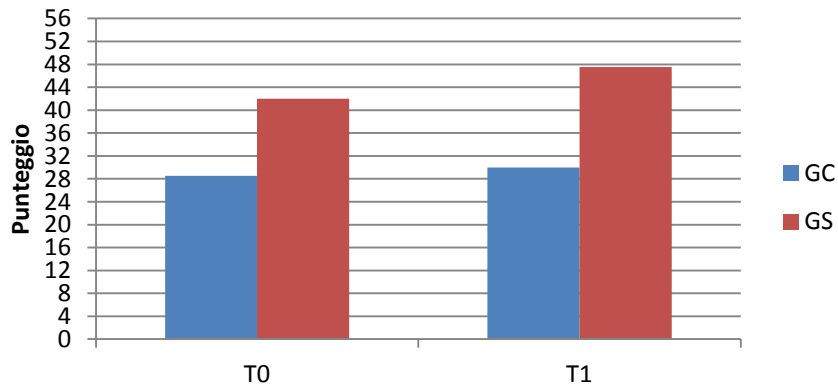
Scala di Tinetti



3 Minutes Walking Test



Berg Balance Scale

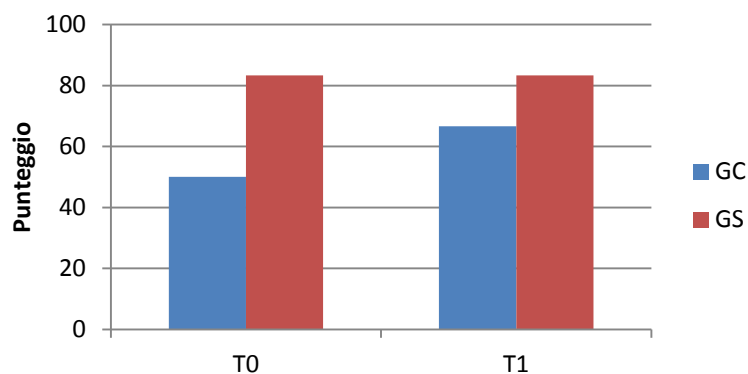


**MIGLIORAMENTO DELLE
PRESTAZIONI MOTORIE PER
IL GS E TENDENZA AL
PEGGIORAMENTO DEL GC**

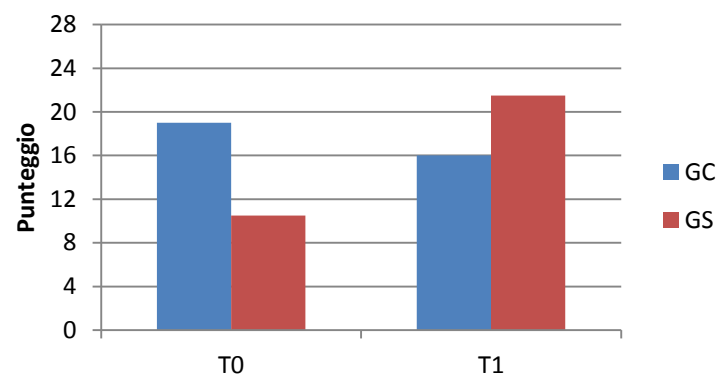
Risultati

Abilità funzionali e tono dell'umore

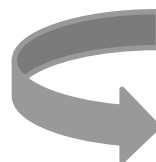
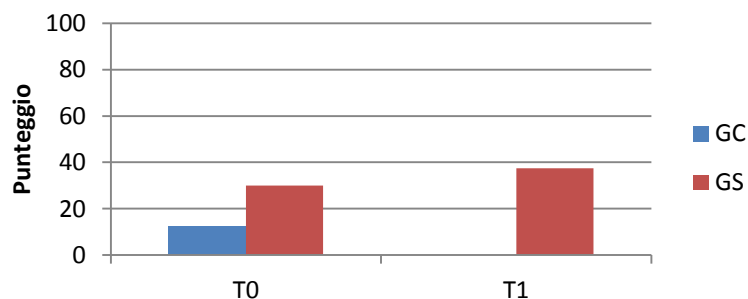
Activities of Daily Living



Cornell Brown Scale



Instrumental Activities of Daily Living



**GC MIGLIORA NELLE
ADL, MA GS MIGLIORA
NELL'INDICE IADL E
NEL TONO
DELL'UMORE**

Limiti dello studio

- Esiguità campionaria
- Mancanza di un follow-up

Conclusioni

L'introduzione di un programma di esercizio fisico associato a stimolazione cognitiva può contribuire a mantenere le abilità cognitive residue, migliorare la performance fisica, le abilità funzionali complesse e l'umore in soggetti affetti da demenza di Alzheimer di grado moderato

Alcuni consigli da dare al paziente con Demenza:

- Avere un centro di riferimento**
- Stimolazione Cognitiva**
- Attività Motoria**
- Centri Diurni**
- Associazioni**
- Strutture residenziali/case di riposo**

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)

Soggetti potenzialmente a rischio di sviluppare Demenza.
Popolazione di persone anziane non compromesse nel funzionamento quotidiano, ma con un subclinico ed isolato deficit cognitivo, che potrebbe rappresentare uno stato di transizione tra le modificazioni cognitive e fisiologiche tipiche di un normale processo di invecchiamento e le iniziali modificazioni di una demenza degenerativa (AD).



MMSE, ADL e IADL nella
norma

Di 2 tipi:

-MCI AMNESICO

-MCI MULTIPLI DOMINI

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

cristina.fonte@univr.it