

La Mente Smarrita

i disturbi della memoria
e le Demenze

Chieri

20/03/2019

Dr. Barberis Guido

geriatra



Definizione

La demenza è una **malattia cronico-degenerativa** la cui storia naturale è caratterizzata dalla **PROGRESSIONE** più o meno rapida del **DEFICIT DELLE FUNZIONI COGNITIVE**, di **alterazioni del comportamento** e di **declino funzionale**, con perdita dell'autonomia e autosufficienza, con vario grado di disabilità e dipendenza dagli altri.

(Piano nazionale demenze 2015)

La malattia Dementigena

- Nella maggior parte dei casi è caratterizzata dal **deficit di più funzioni cognitive** tra le quali prevalentemente la **memoria**, di tale entità da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente.
- Oltre ai sintomi cognitivi, sono presenti **sintomi non cognitivi**, che riguardano la sfera della **personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, la condotta e il comportamento.**

La compromissione di una,
seppur importante, funzione
cognitiva, **come la memoria**
non basta **da sola** a qualificare
una persona come demente.

(Marina Boccardi)

La novità del DSM V

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Si parla di disturbi Neuro-cognitivi, comprendendo sia i disturbi mentali organici, prodotti da cambiamenti strutturali cerebrali, sia i disturbi funzionali derivanti da aberrazioni di processi interamente mentali.

E' sempre più evidente che la linea che separa i disturbi organici da quelli funzionali non è chiara e definita.

L'ETA' è il maggior fattore di rischio
per le Demenze.

La crescita del n° di persone anziane, porta
con se una **aumento di Prevalenza** delle
demenze, mentre assistiamo a una
diminuzione di Incidenza,
a causa del miglior controllo dei fattori di
rischio.

(PDTA UVA ASL To5)

Demografia

- Il 5 % della popolazione italiana fra 65 e 84 anni è affetto da una forma di demenza.
- La prevalenza della malattia raddoppia ogni 5 anni negli >65enni, coinvolgendo fino a 1/3 degli >80aa.
- La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 50% di tutte le demenze.
- Si parla di **Sindrome Alzheimeriana** per il decorso devastante che coinvolge malato, caregiver e operatori.
- Le Cure sono di **Moderata Efficacia** e sono di tipo **farmacologico e non farmacologico/psicosociale**.

La percentuale di persone interessate a questi problemi psico-cognitivi è variabile dal 3 al 5% degli ultra sessanta-cinquenni (pari cioè a circa 4000 persone nella nostra ASL TO5).

Ad ottobre 2016 i pazienti presi in carico dalla nostra UVA sono circa 1700, con un incremento rispetto al 2012 di circa il 30%.

Fattori di Rischio

Basso livello di istruzione

Fumo di sigaretta

Inattività fisica

Depressione

Ipertensione e obesità

Diabete

Fattori predisponenti

Sesso femminile

Età > 65 aa.

Familiarità (*forme sporadiche e genetiche precoci*)

Microtraumi cranici

Fattori protettivi

Elevata istruzione

Attività fisica regolare

Dieta con + pesce , frutta, verdure e legumi.

Controllo Pressione Art.

Ridotti grassi

Fattori di Declino

Ritardo mentale

Carenze nutrizionali

Stati di ansia

Familiari in difficoltà

Cecità/sordità

ALZHEIMER



**In ITALIA: 600-800.000
pazienti con demenza**

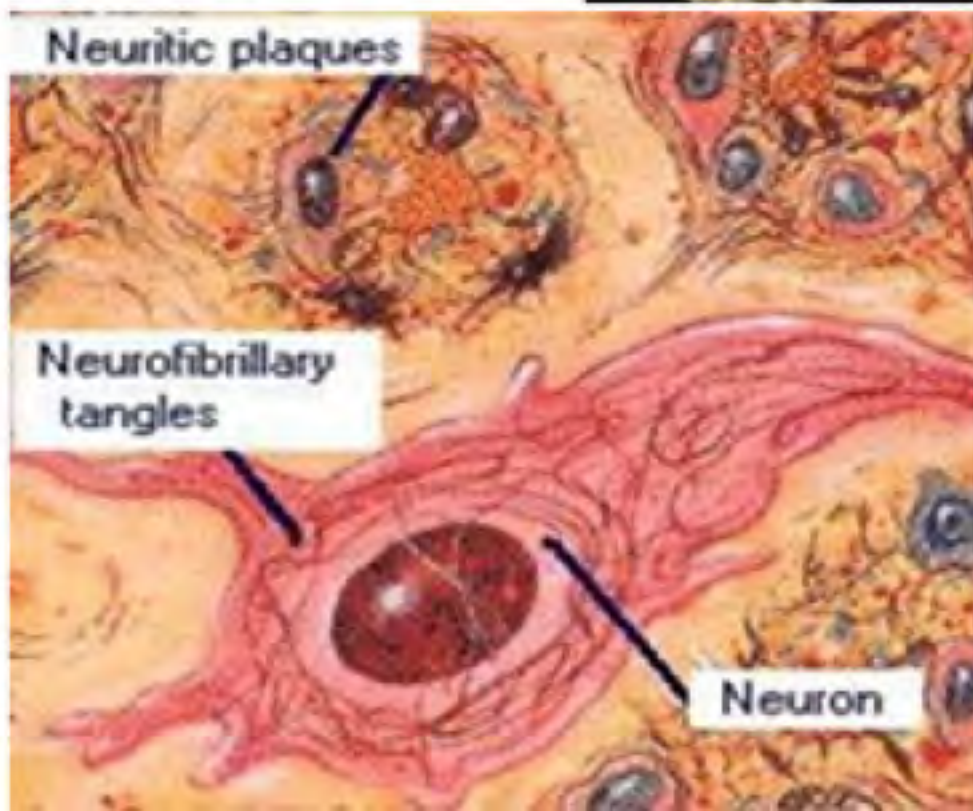
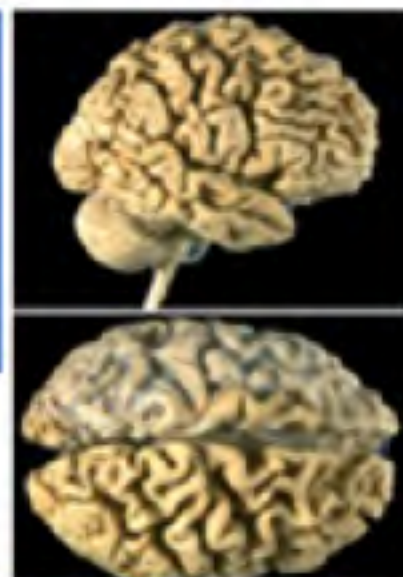
NORMALE



**Nell'ASL To5: circa
4000
soggetti con deficit
cognitivo**

Morfologia

1. L'esame macroscopico dell'encefalo mostra un grado variabile di **atrofia corticale** con ampliamento dei solchi cerebrali che è più pronunciato nei **lobi frontali, temporali e parietali**.
2. L'esame microscopico invece mostra le **placche senili** o neuritiche **grovi** **neurofibrillari**.





La MEMORIA
è la capacità di
fissare,
consolidare e
conservare
informazioni
e di poterle
recuperare.



Apprendere Imparare

La **Memoria** è strumento indispensabile per l'**Apprendimento**, che è il processo tramite il quale noi acquisiamo informazioni sulla realtà che ci circonda.

La **Memoria** conserva l'aspetto emotivo della nostra esperienza e la sua connotazione sociale, e costituisce perciò un aspetto essenziale della **Identità Personale e insieme della Identità Collettiva e di una Comunità.**



Stockage

(immagazzinamento)

COSCIENZA

Attivo: informazioni utili regolarmente necessarie al quotidiano

Passivo: informazioni meno utili quotidianamente che necessitano di richiamo con «mnemotecniche». Aumenta ad es. con l'età la necessità di associazioni per richiamare i ricordi.

Latente: migliaia di informazioni dall'infanzia, sovente Traumatiche, che possono essere "Bloccate" o riaffiorare con l'età, perché non coperte dal presente.

Basta uno stimolo o una forte emozione per tornare in superficie (*La bella Addormentata*). Memoria involontaria (*stimolo-risposta da esperienze passate*).

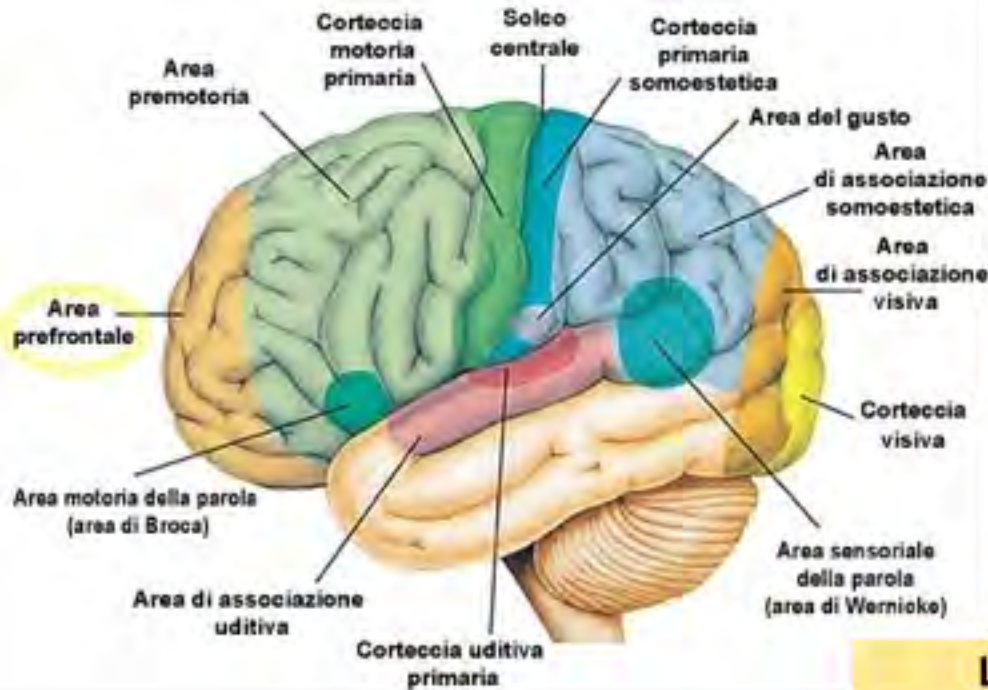
INCONSCIO

Multitasking

- ***Ingorgo di Informazioni,***

ci impediscono di memorizzare un ricordo se siamo impegnati a ricordarne un'altro. Non ci concediamo di " Ricordare Bene " le cose, abbiamo troppa fretta. Inoltre corriamo il rischio di creare **Falsi Ricordi** *(la disinformazione e la pressione sociale facilitano questo fenomeno. Es. i testimoni in ambito giudiziario).*

Nel cervello certe aree stimolate per eventi fantastici, non veri, finiscono per essere vissuti e riferiti come reali.



Aspetti anatomici, elettrofisiologici E biochimici

Area prefrontale e temporale
Ippocampo (consolida)
Acetilcolina
Altre aree cerebrali
Amigdala
Lobi frontali
Occipitali
Temporali
Neuroimaging Funzionali



Tipi di memoria



Memoria Sensoriale immediata

- Sono quelle informazioni da trattenere per un tempo necessario alla azione (secondi).
- Capacità di apprendere il nuovo (giorno, informazione, data) e di recuperarlo rapidamente. Se lo stimolo viene ripetuto ha probabilità di diventare memoria a breve e lungo termine



Memoria a Breve termine e di Lavoro

La **MBT** Sono quelle informazioni trattenute per 20 sec. circa. Il tempo è determinato dalla importanza della informazione e dalla ripetizione (*il limite magico di ripetere 7 numeri + 2*).

La **Memoria di Lavoro** fa riferimento alle operazioni che svolgiamo mentalmente con l'informazione, elaborandola per risolvere problemi. E' qualcosa di più della MBT, immagazzina, organizza ed elabora (es. quando facciamo due cose simultaneamente come rispondere al telefono e scrivere). *Ruolo della corteccia prefrontale.*



Memoria semantica

CONOSCENZA ASTRATTA, SIMBOLICA e ATEMPORALE
(significato delle parole, concetti, schemi e strutture lessicali)
Che si condivide con gli altri.

CONOSCENZA ENCICLOPEDICA del mondo + Conoscenza del linguaggio: la **RETE SEMANTICA che consente di concatenare tra loro diverse informazioni.**



la memoria Episodica

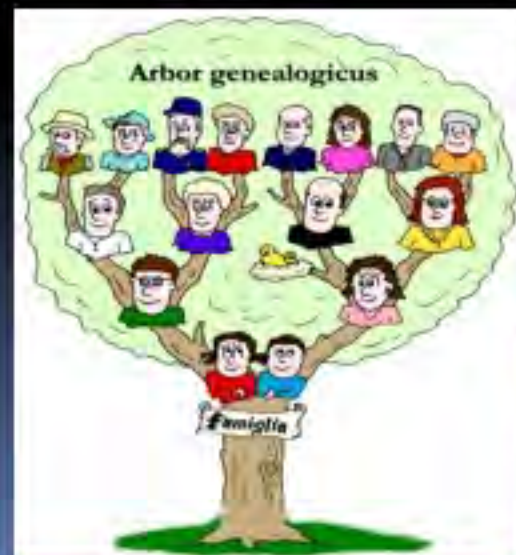
Permette di ricordare **precedenti esperienze specifiche** nel modo in cui le si è vissute personalmente come testimoni o protagonisti.

Coinvolto il lobo frontale e l'ippocampo.

Corrisponde alla **memoria autobiografica**:

eventi con cui il sistema è venuto in contatto direttamente e indirettamente. Dipende dalla significatività degli eventi.

Questa memoria ci serve per costruire la **memoria Prospettica** proiettata nel futuro.



La memoria Procedurale

Apprendimento di capacità motorie, abitudini, procedure, automatismi e regole tacite.

Schemi emozionali e relazionali legati al Carattere o temperamento.

Ruolo dei gangli della base nel cervello, a cui è dovuto il carattere inconscio delle risposte. L'amigdala partecipa invece nella Memoria Emotiva (es. La paura).



Sintomi Cognitivi

Deficit della memoria a breve termine e dell'apprendimento

Disorientamento Temporo-Spaziale

Alterazione delle funzioni esecutive (disprassia ideativa e costruttiva) e di attenzione

Alterazioni della fluenza del linguaggio, della capacità di lettura, scrittura e discalculia

Alterazione del ragionamento astratto, di logica e di capacità di giudizio

Agnosia con difficoltà di riconoscimento (mis-riconoscimenti)

Alterazione visuo spaziali (difficile collocare gli oggetti nello spazio secondo la loro funzione o significato).

Sintomi Non cognitivi

Alterazioni dell'Umore (Depressione, Disforie ed Euforia)

Ansia (sovente da prestazione, per inadeguatezza)

Alterazioni della Personalità (indifferenza, apatia, disinibizione, irritabilità)

Psicosi (deliri a contenuto persecutorio, dispercezioni con allucinazioni visive e uditive)

Agitazione (aggressività verbale o fisica, vocalizzazioni persistenti e/o disturbanti)

Turbe della attività Psico-motoria (vagabondaggio afinalistico, affaccendamento, acatisia)

Sintomi neurovegetativi (alterato ritmo-sonno veglia, iperfagia, ipersessualità)

Segni precoci e di allerta

Il ritardo diagnostico è di 2-3 anni in media.

La prognosi è tanto peggiore quanto più tardiva è la diagnosi, circa la conservazione delle autonomie.

Disorientamenti e fughe

Episodi di confusione

Trascuratezze o negligenze o accumuli

Ansia e depressione immotivata

Rallentamento del pensiero

Ideazioni persecutorie

Turbe della alimentazione

Caratteristiche diagnostiche dei disturbi neurocognitivi più comuni negli adulti

	Demenza di Alzheimer	Demenza frontotemporale	Malattia a corpi di Lewy	Malattia cerebrovascolare
Esordio clinico	Inidioso	Inidioso	Inidioso/improvviso	Improvviso
Sintomo iniziale	Deficit memoria a breve termine	Ridotta capacità di giudizio/compromissione del linguaggio	Allucinazioni visive	Correlato alla sede dell'ictus
Progressione	Inidiosa	Inidiosa	Fluttuante	Graduale
REM BD	No	No	Spesso precede i sintomi cognitivi	No
Test NP-S	Compromissione corticale generale	Disfunzione esecutiva	Marcata compromissione visuo-spaziale	Lateralizzato
TC/RM encefalo	Da normale ad atrofia ipocampale e/o globale	Atrofia frontotemporale	Da normale ad atrofia ipocampale e/o globale	Ictus corticali e/o lacune sottocorticali
PET	Ridotto metabolismo della corteccia cingolata posteriore e temporo-parietale	Ridotto metabolismo frontotemporale	Ridotto metabolismo occipitale e temporo-parietale	Ridotto metabolismo nell'area ischemica
Liquor	↓ livelli di Aβ42, ↑ proteina TAU e TAU fosforilata	Normale	Normale	Dipende dall'epoca dell'ischemia
Segni extrapiramidali	Tardivi	Nella CBD, Nella PSP, nella MSA**	Tremore a riposo unilaterale, precoce ed associato a rigidità omolaterale	Correlati alla sede dell'ischemia
Deficit sensitivomotori	Nessuno	Nessuno	Tremore a riposo unilaterale	Correlati alla sede dell'ischemia



Demenze secondarie

Patologie intracraniche

Idrocefalo normoteso
Tumori
Ematoma sub-durale
Traumi

Patologie endocrine

Ipo-ipertiroidismo
Ipo-iper-paratiroidismo
Ipo-iper-corticosurrenalismo

Patologie infettive

Neurole
Encefalopatie prioniche
Encefaliti virali
HIV

Stati carenziali

Ipo-avitaminosi B12
Deficit di acido folico

Cause tossiche

Alcoolismo

Farmaci
Altre intossicazioni (metalli, ecc.)

Gestione della Comorbilità

- La presenza di **malattie somatiche** concomitanti (*diabete, vasculopatie, cardiopatie, tumori, infezioni ect.*) riduce la sopravvivenza dei malati e condiziona la progressione della Demenza e l'uso dei farmaci.
- La **Polifarmacologia** conseguente, aumenta il rischio di effetti collaterali ed eventi avversi che condizionano ulteriori trattamenti (*es. antipsicotici per il Delirium*).





Che fare?

Considerazioni

- La Complessità della Malattia richiede una **Sinergia** di Interventi sanitari e di contesto socio-ambientale.
- Il deficit graduale e variabile di Funzionamento e di Capacità rende difficile la definizione di **“Efficacia”** dei trattamenti.
- Esistono modeste evidenze sulla efficacia degli Anticolinesterasici sul miglioramento dei sintomi, solo qualche evidenza e raccomandazione sulla progressione della malattia (da soli o in associazione con Memantina).
- Gli Antipsicotici spesso sono più determinanti nel controllo dei sintomi della malattia e quindi nella sua gestibilità da parte del caregiver, dei servizi e QdV.

Il trattamento della demenza e dei disturbi del comportamento

- **Farmacologico**
- **Sostegno al caregiver**
- **Non Farmacologico**
- **I luoghi di Cura**

Associare i Trattamenti

I Farmaci

- Anticolinesterasici
- Antidepressivi
- Ansiolitici
- Antipsicotici di I° e II° generazione
- Associazioni farmacologiche
- Raccomandazioni dell'AIFA e programma di Farmacovigilanza per gli effetti collaterali
- OFF Label e Consenso informato

Interventi Diretti a Famiglie e Caregivers

- Il counselling e supporto diretto al caregiver migliorano la depressione e la loro QdV
- Gli interventi educativi migliorano la capacità del caregiver di gestire i BPSD
- Vi sono segnalazioni che il supporto al caregiver influenza positivamente i BPSD e lo stato funzionale del demente.
- Il counselling migliora il rapporto coi servizi per una miglior ***“alleanza terapeutica”*** in preparazione per es. all’uso di Antipsicotici.

Tabella III. Linee guida per l'uso di trattamenti non farmacologici nella gestione della malattia di Alzheimer (MA)

Evidenza in pazienti con MA	Classe di evidenza ^a	Linee guida per l'uso in pazienti con MA	"Forza" delle linee guida ^b
ROT: moderatamente efficace nel migliorare lo stato cognitivo e controllare i BPSD	I-II	Devono essere considerati in tutti i pazienti	Standard
Memory training: limitata evidenza di migliore funzione cognitiva	II	Alcuni pazienti possono trarre beneficio	Opzione pratica
Reminiscence therapy: insufficiente evidenza di efficacia	III	Alcuni pazienti possono trarre beneficio	Opzione pratica
Validation therapy: insufficiente evidenza di efficacia	III	Utilizzare solo a scopo di ricerca	Opzione pratica
Musicoterapia: insufficiente evidenza di efficacia	III	Alcuni pazienti possono trarre beneficio	Opzione pratica
Aromaterapia: limitata evidenza di efficacia	II	Dovrebbe essere considerata per la riduzione dell'agitazione e dell'aggressività in alcuni pazienti	Opzione pratica
Bright light e "Snoezelen" therapy: insufficiente evidenza di efficacia	III	Utilizzare solo a scopo di ricerca	Opzione pratica
Interventi non farmacologici combinati: effetti positivi su stato cognitivo e umore	I-II	Dovrebbero essere normalmente impiegate combinazioni di ROT, memory training, reminiscence therapy, musicoterapia ed esercizio fisico	Standard
Interventi non farmacologici specifici (es. counselling) per famiglie e caregivers: possono ridurre ansia, depressione e stress e migliorare la QoL in questi gruppi	I-II	Dovrebbero essere parte integrante della gestione della malattia	Standard

BPSD = behavioural and psychological symptoms of dementia (sintomi comportamentali e psicologici di demenza); **QoL** = quality of life (qualità di vita); **ROT** = reality orientation therapy (terapia di riorientamento alla realtà).

^aEvidenze sostenute da trials randomizzati e controllati (classe I), da studi osservazionali o caso-controllo (classe II) o dal parere degli esperti (classe III).

^bLe linee guida devono essere adottate per garantire il migliore esito possibile per il paziente (standard), devono essere utilizzate ove possibile per assicurare il migliore esito possibile per il paziente (raccomandazione) o possono essere considerate in situazioni particolari (opzione pratica).

Interventi non farmacologici per i disturbi del comportamento nella Malattia di Alzheimer

Assicurare al paziente programmi ed attività funzionali armonizzati alle sue esigenze (attività fisica, pasti e allettamento rispettosi della sua routine).

Permettere al paziente di indossare vestiti di gradimento e di tenerli in suo possesso.

Favorire l'utilizzo di oggetti presenti nel quotidiano; borse, cappelli, giornali.

Spiegare al paziente con linguaggio semplice programmi e attività.

Far sì che i programmi prevedano le attività di base della vita quotidiana, e dei contenuti relazionali ed affettivi del malato.

Facilitare i compiti richiesti al paziente suddividendo le procedure complesse.

Ricorrere a diversivi per distrarre il paziente da situazioni problematiche.

Trattare le condizioni di comorbidità (ad es. dolore, stipsi) in modo ottimale.

Assicurare un ambiente sicuro perché il malato possa godere di libertà: evitare mobili a margini appuntiti, pavimenti scivolosi o tappeti.

Assicurare che l'ambiente rifletta le esigenze del malato in termini di intimità e socializzazione.

Assicurare la presenza di oggetti che diano al malato continuità con il passato.

Usare calendari, orologi, etichette o giornali per facilitare l'orientamento temporale.

Facilitare l'orientamento del malato nello spazio e la funzione a cui è destinato attraverso l'arredo ed elementi infrastrutturali che suscitino interesse e possibilità di interazione.

Illuminare gli ambienti notturni per evitare confusione e irrequietezza.

Evitare l'eccessiva luce di finestre e specchi, il rumore della TV e il disordine.

Ridurre l'eccessiva stimolazione e l'uscita in ambienti affollati.

Favorire la compagnia con un animale domestico.

I luoghi di Cura

- UVA distrettuale (5 Ambulatori) e ospedaliera (2 Ambul.)
- Centri Diurni (2) per malati di Alzheimer con *Giardino Alzheimer*
- Palestra cognitiva per MCI (*Chieri e Carmagnola*)
- NAT (3 Nuclei Alzheimer Temporanei) con *Giardino Alzheimer*
- RSA anche a valenza Psichiatrica
- Lungo Degenza Ospedaliera Geriatrica
- Presidi Ospedalieri Specialistici per il trattamento delle Demenze in fasi di scompenso psico-comportamentale.
- Assistenza Appropriata nei DEA (*codice argento*) e nei Reparti di degenza ospedaliera per acuti specie nella Cura e prevenzione del Delirium (*PDTA Delirium*)
- RETE* Territoriale di collaborazione col Volontariato Geragogia e Cafè Alzheimer





Come fare ??

Necessità di Rete



Assistenza al caregiver e autoaiuto nei Centri Diurni o in RSA

Tutela legale e patrimoniale

Gestione della fase terminale (RSA definitiva, s. da allettamento, fase terminale e Cure di tipo palliativo che devono far parte della rete)

UVA/CDCD

Non solo ambulatorio specialistico

Non solo risposta farmacologica

Non solo gestione da unico operatore

Ma...

Occasione di confronto fra diversi operatori

In comunicazione fra di loro

In collegamento tramite l'UVG con la Rete dei
Servizi Territoriali

**Attività per migliorare la
«Qualità di vita»**

INDENNITA': 70000 euro costo annuo /famiglia

CENTRI ASSISTENZA

CONDIVISIONE

ALIMENTAZIONE

ATTIVITA' RICREATIVE

COMUNICAZIONE



Cafè Alzheimer



**Informazione
Stili di vita**



**Palestra Cognitiva
Della Memoria**

CAFE' ALZHEIMER



ALZHEIMER

Convivialité

Animation

Fin du tabou

Ecoute



Luogo di incontro per i cittadini per ricevere informazioni sui disturbi neuro-cognitivi.

Luogo per creare solidarietà fra malati, familiari, operatori e volontari.

Luogo di incontro con le istituzioni e di incontro con esperti per approfondire aspetti sanitari, psico-sociali, legali e tutelari.

Luogo di incontro in cui i malati stessi hanno spazio di comunicazione ed espressione.

***BEVENDO UN CAFFE'
INSIEME.***



Vincere l'isolamento sociale delle famiglie
Una comunità che accoglie la diversità e
valorizza la persona in difficoltà
Cafè Alzheimer come **Palestra di Relazione e
di Comunicazione** (malato / operatore,
malato / familiare, malato-famiglia/ istituzioni,
famiglia/volontari)

Il territorio e la propria città

ALZHEIMER FEST
(Gavirate di Varese)

Innovazione

Umanizzazione

*Mantenere aperta la
comunicazione con la persona in
declino cognitivo adattandola
all'evoluzione della malattia,
fa parte integrante e insostituibile
della “Cura”*

LA STORIA

Suggerimenti

RILASSAMENTO (training autogeno), rieducazione ad **ATTENZIONE/CONCENTRAZ.**

USARE I SENSI per migliorare l'attenzione. Ascoltare, odorare, vedere, toccare. Ascoltare la musica che è in grado di stimolare aree cerebrali. Suonare uno strumento attiva le capacità cognitive complesse. Usare la mano non dominante. Viaggiare, sentire profumi, fare piccoli cambiamenti nella nostra vita quotidiana.

USARE LE IMMAGINI, cioè crearsi nella mente delle figure mentali di cose che non sono fisicamente presenti (esempio per ricordarsi una coppia di parole tipo scarpa e mela, immaginarsi una scarpa con un mela dentro o appesa; più è strana l'immagine più è facile ricordarla). La memoria a breve e lungo termine dipendono molto dalla **ORGANIZZAZIONE E COLLEGAMENTO** delle cose fra di loro.

USARE DEI PERCORSI CONOSCIUTI e collegare le informazioni da ricordare a luoghi fissi del percorso.

IL NODO AL FAZZOLETTO quando il ricordo è unico.

IL CONTESTO AMBIENTALE MIGLIORA LA RIEVOCAZIONE (è più facile ricordare un fatto se ci si trova in un contesto analogo a quando è successo il fatto o in cui si è creata l'informazione). Si usa per ricostruire i delitti e i ricordi dei testimoni. Darsi un tempo per ogni cosa.

LO STATO AFFETTIVO CONGRUO FAVORISCE LA RIEVOCAZIONE. Se devo imparare qualcosa di piacevole, lo imparo meglio in uno stato d'animo piacevole.

RICONOSCIAMO MEGLIO UN VOLTO se associamo delle immagini che ce lo rendono più familiare.

ORGANIZZAZIONE A GRUPPI DI NUMERI (per ricordare N° telefonici)

COLLEGAMENTO A FRASI CONOSCIUTE. O elaborare Acronimi. Fare Rime e usare sigle o simboli

RIPETIZIONE COSTANTE (Ripetere nomi di persone).

GIOCHI PER LA MEMORIA (cruciverba ect.).

LEGGERE SCRIVERE E ASCOLTARE (rinforzo reciproco, chi ha più memoria visiva o uditiva). La lettura incentiva lo sviluppo cognitivo, attenzione, concentrazione, memoria, ragionamento, sentimenti, emozioni e l'empatia (*metacomprendione*).

BUON STATO SALUTE IN GENERALE peso corporeo, metabolismo glicidico, funzione tiroidea, dosaggio di Vit D, oligoelementi (Zn), colesterolo, controllo della pressione arteriosa. Vit B12, ac. Folico, tiamina e B6. Vit C, funzione intestinale.

ATTENZIONE AI FARMACI soprattutto sedativi, Statine e inibitori di pompa.

ATTIVITA' FISICA COSTANTE. Almeno 30 min al giorno di cammino.

MANTENERE IL BUON UMORE (« CONCETTO DI RESILIENZA »).

COMPUTER CON MODERAZIONE.

DORMIRE BENE, utilizzo eventuale di Melatonina.

ANTIOSSIDANTI, integratori

BUONA E COSTANTE IDRATAZIONE.



*Ringrazio per
l'attenzione*