



Demenze, percorsi terapeutici ed obiettivi formativi in RSA per il malato Alzheimer.

Aladar Bruno Ianes
Direttore Settore Medico Sanitario

Segesta
assistenza e sanità
GRUPPO KORIAN

Le Demenze: definizione.

Sindrome clinica espressa da “**perdita**” **delle funzioni cognitive** (costantemente la memoria), di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative della persona,

ed **associata a sintomi non cognitivi** che coinvolgono:

- la sfera della personalità,
- l'ideazione e la percezione,
- l'affettività,
- il comportamento,
- le funzioni vegetative.

Concetto di Demenza

La demenza rappresenta una patologia che da più di 6 mesi causa un peggioramento (dimostrabile e quantificabile) delle funzioni cognitive e comportamentali del paziente, tale da interferire con la sua normale vita quotidiana.



- La DEMENZA è una patologia cronica che modifica completamente le caratteristiche psico-fisiche e comportamentali di una persona rendendola “irricognoscibile” persino ai propri familiari.

- Con l’evoluzione della malattia mutano profondamente il
 - **comportamento**
 - **modalità relazionali**
 - **i bisogni con annotazione sempre più “fisica”**

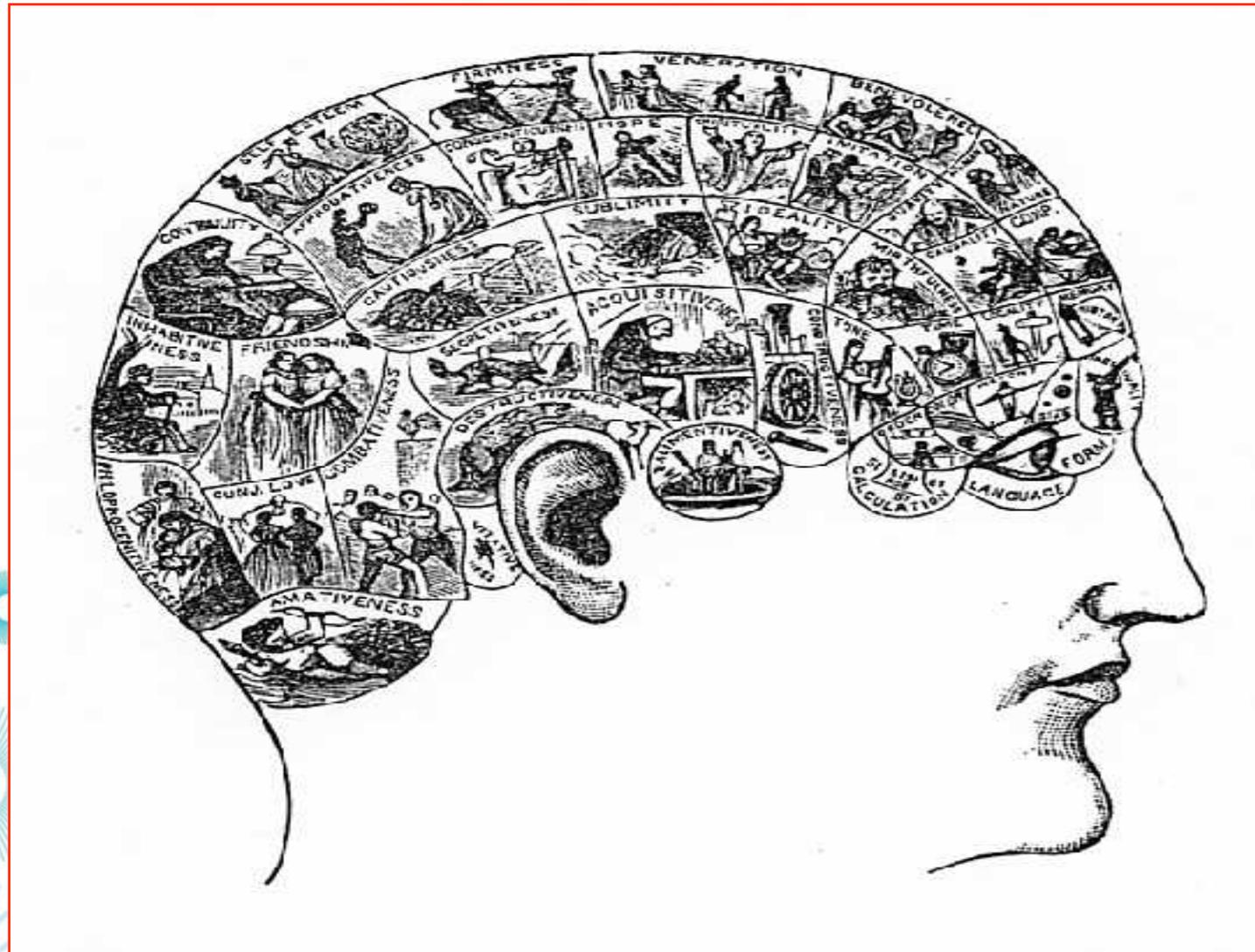
- E’ fondamentale affrontare l’argomento con la consapevolezza di trovarsi di fronte ad una **“malattia cronica”**, spesso di lunga durata e ad evoluzione terminale, in modo da essere in grado di trovare le “ strategie assistenziali” più idonee a garantire alla persona che ne è affetta , la migliore qualità di vita possibile.

Demenze. Diagnosi differenziale

Diagnosi differenziale delle forme di demenza (in "grassetto" le forme potenzialmente reversibili)			
Forme	Comuni	Infrequenti	Rare
Degenerative	M. di Alzheimer	* Corpi di Lewy * Frontotemporale * m. di Parkinson * m. di Huntington * Degenerazione cortico basale * Paralisi Sopranucleare Progressiva * M. a granuli argirofili * Sclerosi Laterale Amiotrofica	M. di Wilson
Cerebrovascolari	M. diffusa dei piccoli vasi	* Angiopatia amiloidee * Embolie multiple * Danno ischemico-ipossico diffuso	* Vasculite cerebrale * M. di Binswanger * CADASIL (c)
Neoplastiche	Metastasi cerebrali	* Tumori primitivi * Malattia da raggi	Sindromi paraneoplastiche
Traumatiche	Ematoma sotto durale cronico	Danno assonale diffuso	Demenza pugilistica
Tossico-alimentari	* Abuso etilico * Farmaci	* Deficit di Tiamina (Wernicke-Korsakoff) * Deficit di vit. B12 * Deficit di niacina (Pellagra) * Deficit di vit. E	* Avvelenamento da CO * Avvelenamento da Pb, Hg, As
Endocrino -metaboliche	* Uremia * Epatopatia cronica	* Ipo e ipertiroidismo * S. di Cushing * S. di Addison * Iperparatiroidismo	
Infettive -infiammatorie		* HSV latent * M. di Lyme (Borreliosi) * Infezione da HIV (primaria o associate a toxoplasmosis, criptococchi, leucoencefalia progressive multifocale) * Meningite Tbc o fungina	
Demielinizzanti	Sclerosi multipla		* Leucodistrofia dell'adulto * Trauma da corrente elettrica
Psichiatriche	Depressione	Post-terapia elettroconvulsivante	
Da prioni		m. di Creutzfeldt-Jacob	M. di Gerstmann, Straussler, Scheinker
Epilettiche		Epilessie refrattarie	Stato di male epilettico
Idrocefalo		* I. comunicante/non comunicante * I. normoteso	
Altre		* Apnee notturne * Ipercapnia/ipossiemia cronica * Privazione cronica di sonno	

(c) CADASIL: cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy

Demenze. Diagnosi differenziale



Phrenology Collection
at the Countway Library
of Medicine, Harvard

La demenza è una patologia neuropsicologica
acquisita

La demenza è una patologia delle
funzioni cognitive e/o del comportamento determinante un
“ **declino cognitivo** “ e talora fisico rispetto ad una
condizione precedente.

Non è il “normale invecchiamento della memoria”, non è
condizione fisiologica (anziano 90 anni lucido)

Non è “aterosclerosi cerebrale”

La demenza è una patologia che si manifesta
nella vita quotidiana

La diagnosi non si basa sull'esito di un esame
strumentale... e nemmeno sui punteggi ai test!
es. Tac encefalo..atrofia

La diagnosi ad oggi rimane unicamente clinica

La **demenza** in fase avanzata può essere intesa come

- **Demenza grave**
- **Demenza terminale**

La **Demenza grave** è caratterizzata da

- **Sintomi cognitivi**
 - Perdita memoria grave; rimangono solo alcuni frammenti
 - Difficoltà nel riconoscere volti o luoghi familiari
 - Perdita del linguaggio fino a gergo semantico o mutismo
- **Sintomi non cognitivi**
 - Spesso presenti comportamenti stereotipati (affaccendamento, vagabondaggio, vocalizzazione persistente)
 - Talora agitazione, irritabilità, inappetenza, alterazione del ritmo sonno-veglia
- **Alterazione dello Stato funzionale**
 - Non è in grado di uscire di casa nemmeno se accompagnato
 - Completa perdita dell'autosufficienza per lavarsi, vestirsi e alimentarsi
 - Incontinenza sfinterica

85% sono malattie primitive (degenerative)

15% sono malattie secondarie a cause spesso reversibili sistemiche (gravi patologie renali, epatiche, carenza di vitamina B12 o acido folico, malattie tiroidee, lue...) o cerebrali (idrocefalo...)

Sono in studio markers biologici

(ad es. esami ematici, liquor, β 42 amiloide dosabile nel siero e liquor, RMN, PET, SPECT...) che possano **aiutare i criteri puramente clinici** al fine di giungere ad una diagnosi di demenza accurata a più del 90%.

Interessante la segnalazione che l'analisi del ritmo alfa con l'EEG indichi come la diminuzione del ritmo sia legata allo sviluppo della malattia: più rapido è il declino delle oscillazioni più è celere l'esordio dei sintomi. La malattia di Alzheimer spegne gradualmente, a causa dell'accumulo di amiloide, la plasticità neuronale.

E' una diagnosi di esclusione !

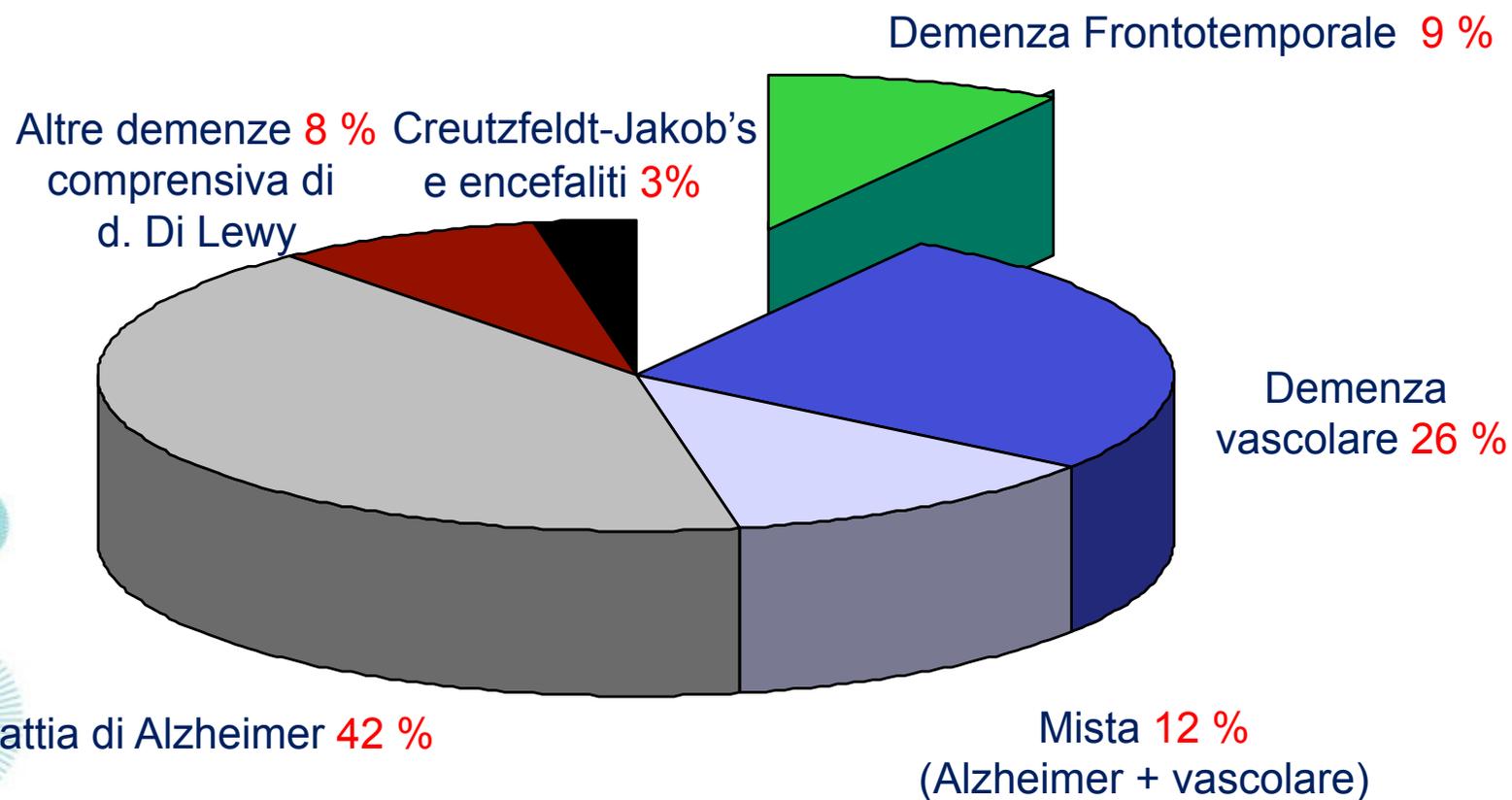
Non esiste un marker sicuro per fare diagnosi

In vita diagnosi con criteri clinici di probabilità
(accuratezza del 90% circa)

Demenze degenerative corticali

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| I. <u>Malattia di Alzheimer</u> (AD) | (40-50%) |
| II. Demenze Fronto-Temporali | (8-18%) |
| III. Demenza Vascolare | (15-28%) |
| IV. Malattia a Corpi di Lewy | (5-8%) |
| V. ...rare | (CBD)
degen.cortico- basale |

Le Demenze.



The screenshot shows a PDF document titled "Progetto Cronos: i risultati dello studio osservazionale". The document is displayed in Adobe Reader, with the title bar showing the file path "111.35470.1137683474101e30d.pdf". The interface includes a menu bar (File, Modifica, Vista, Finestra), a toolbar with various icons, and a status bar at the bottom showing the page number "1 / 11", zoom level "133%", and system tray information including the date "12/03/2012" and time "16:10".

PROGETTO CRONOS

Progetto Cronos: i risultati dello studio osservazionale

Riassunto

Background. L'immissione in commercio degli inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi per il trattamento della Demenza di Alzheimer (DA) ha destato notevole interesse nell'intera comunità.

Obiettivi. Il progetto CRONOS è uno studio di coorte prospettico di sorveglianza post-marketing, realizzato su scala nazionale, per valutare la trasferibilità nella pratica clinica dei risultati ottenuti nei trial clinici condotti prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci anticolinesterasici.

Metodi. Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo di pazienti con DA (n. 5462) in trattamento presso Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) (n. 118) identificate nelle diverse regioni italiane secondo i criteri previsti nel protocollo.

Risultati. Circa 2 pazienti ogni 10 trattati mostrano una risposta a 3 mesi, di questi solo 1 mantiene la risposta a 9 mesi. Circa 1 paziente ogni 7 trattati va incontro ad eventi avversi che in quasi il 36% dei casi sono motivo di interruzione della terapia.

Conclusioni. La risposta alla terapia farmacologica appare di dimensione modesta; sarebbe, quindi, auspicabile implementare un approccio multidisciplinare e una piena integrazione tra offerta sanitaria e supporto sociale ai pazienti ed ai loro familiari.

7 treated patients, and 36% of these patients discontinued the treatment.

Conclusioni. *The response to therapy is modest. There is a need for the implementation of a multi-component approach to health care delivery for all patients and their care givers.*

Introduzione

Molte patologie correlate all'invecchiamento sono destinate ad assumere, nei prossimi anni, un peso crescente nella nostra società, sia in termini di carico sociale sia di spesa sanitaria. Tra queste, l'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala le demenze e, in particolare, la Demenza di Alzheimer (DA).

Gli indicatori epidemiologici mostrano che la DA rappresenta il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4% e con una incidenza annuale pari a 0,7%¹. In Italia, sulla base dei pochi studi epidemiologici descrittivi effettuati a partire dal 1990, si possono stimare 492.000 casi prevalenti con DA (IC 95%: 357.000-627.000) e 65.000 (IC 95%: 43.000-87.000) casi incidenti per anno².

L'immissione in commercio degli inibitori re-

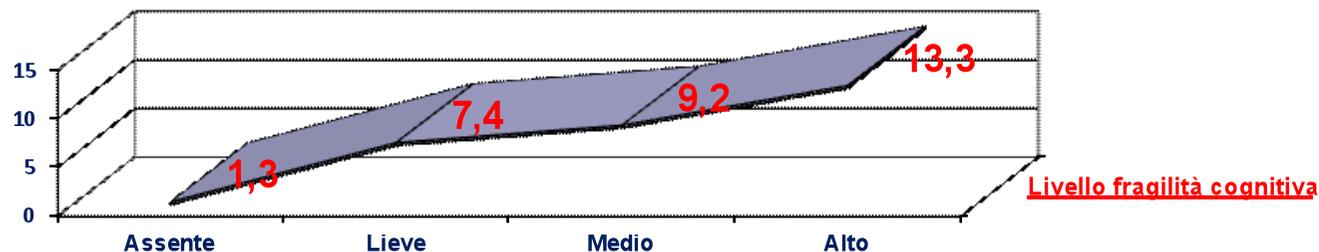
- La prevalenza delle demenze, e della malattia di Alzheimer, **non è destinata a ridursi** nonostante gli interventi di prevenzione e il miglioramento delle condizioni economiche
- Vi sarà invece un **aumento della disabilità secondaria alla demenza**
- La previsione del panel è che le demenze, come problema sanitario e assistenziale, non ridurrà la sua importanza di tipo epidemiologico e clinico nel breve-medio periodo.

La demenza è, nell'anziano, una patologia frequente la cui severità aumenta con l'età: circa il 7% nei pazienti con età fra 65 e 74, il 20% tra le persone con età fra 75 e 84 anni ed il 28% degli ultra 85 anni ha una demenza severa; negli ultra75enni con demenza severa il 60% è istituzionalizzato.

I dati sulla prevalenza della Demenza in R.S.A. mostrano che:

- 40-74 % dei residenti in RSA mostra un declino cognitivo
 - 40% dei residenti in RSA ha una demenza di grado severo (CDR 3 o più)
 - 30 – 54% dei residenti in RSA presenta rilevanti disturbi comportamentali
- In Italia la severità della patologia cognitiva condiziona la richiesta di ricovero in RSA: più è severo il deficit cognitivo e la presenza di BPSD, maggiori le domande in RSA.

% richieste
in RSA



**IL PARADIGMA ATTUALE E' QUELLO DELLA
MALATTIA DI ALZHEIMER**

**LA MALATTIA DI ALZHEIMER INIZIA
ANCHE DECENNI PRIMA AL MANIFESTARSI DEI
DISTURBI, OSSIA DA QUANDO DIVENTA
DEMENTIA DI ALZHEIMER**

MALATTIA DI ALZHEIMER



La malattia di Alzheimer, nel suo procedere, toglie gradualmente alla persona che ne è colpita, la capacità di comprendere il mondo circostante e di comunicare con ciò che la circonda. Permane invece integra e forte, anche nelle fasi più avanzate della malattia, quella spinta emotiva e affettiva che parla attraverso il corpo, il gesto e lo sguardo.

Principale malattia neurodegenerativa

13% sopra 65 anni

50% sopra 85 anni

Esame post-mortem (diagnosi di certezza):

A: - grovigli neurofibrillari e

B: - amiloide sotto forma di placche.

Esordio:

- AD INSORGENZA PRECOCE (<65 anni), **più rara**

- AD INSORGENZA TARDIVA, **più diffusa**

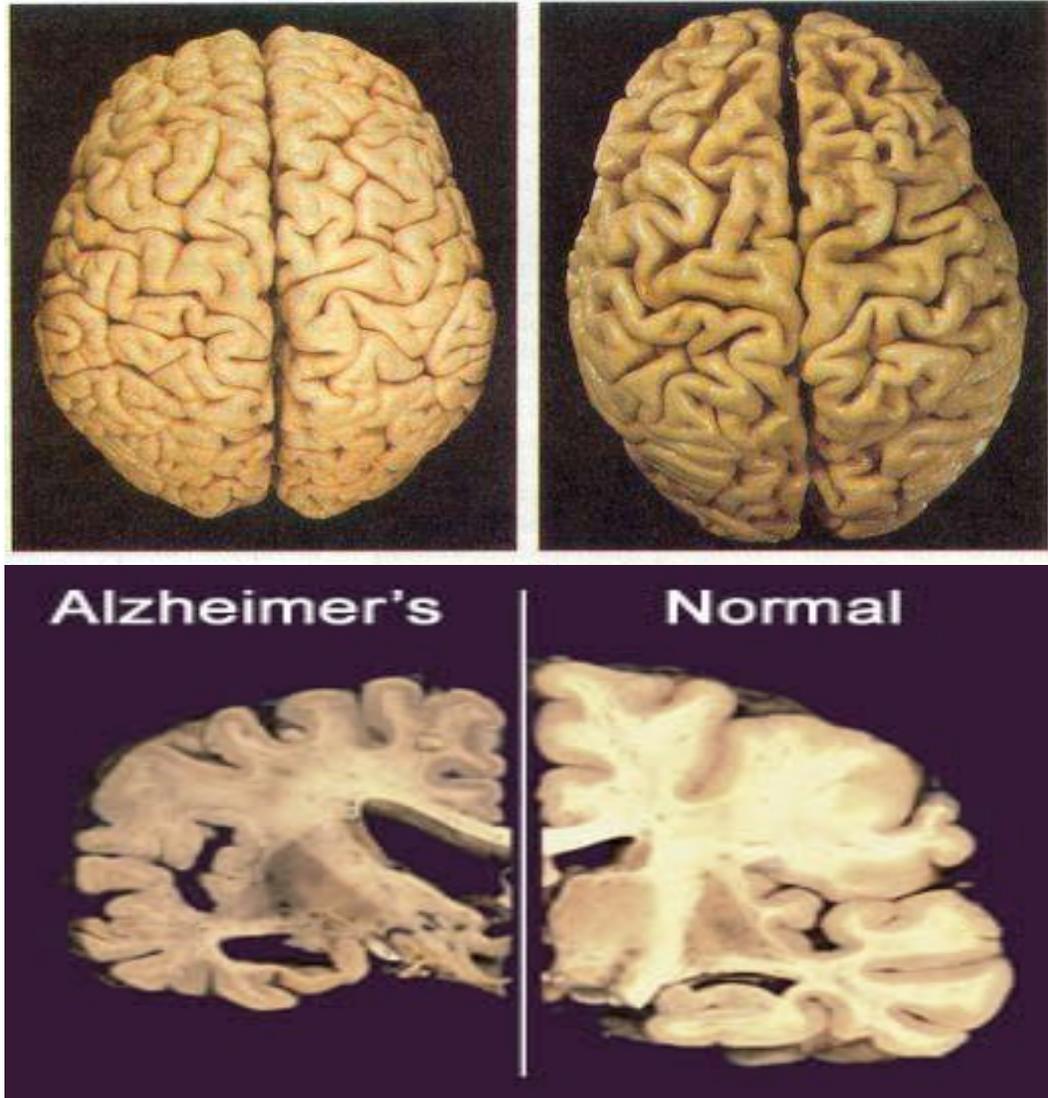
Eziologia:

- fattori genetici 5-10%

- sporadica, multifattoriale

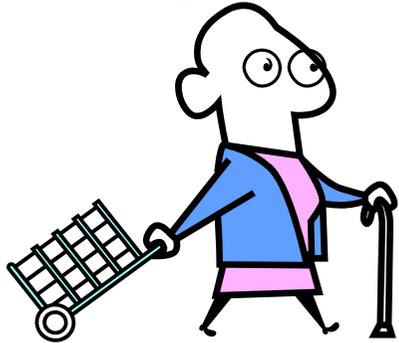
Alterazioni morfologiche quantitative:

- riduzione di peso e di volume dell'organo
- dilatazione cavità ventricolari
- ampliamento dei solchi e delle scissure a livello della corteccia
- maggiore atrofia



PROBABLE Alzheimer's disease

- Dementia established by clinical examination and... confirmed by neuropsychological tests
- Deficits in two or more areas of cognition
- Progressive worsening of memory and other cognitive functions

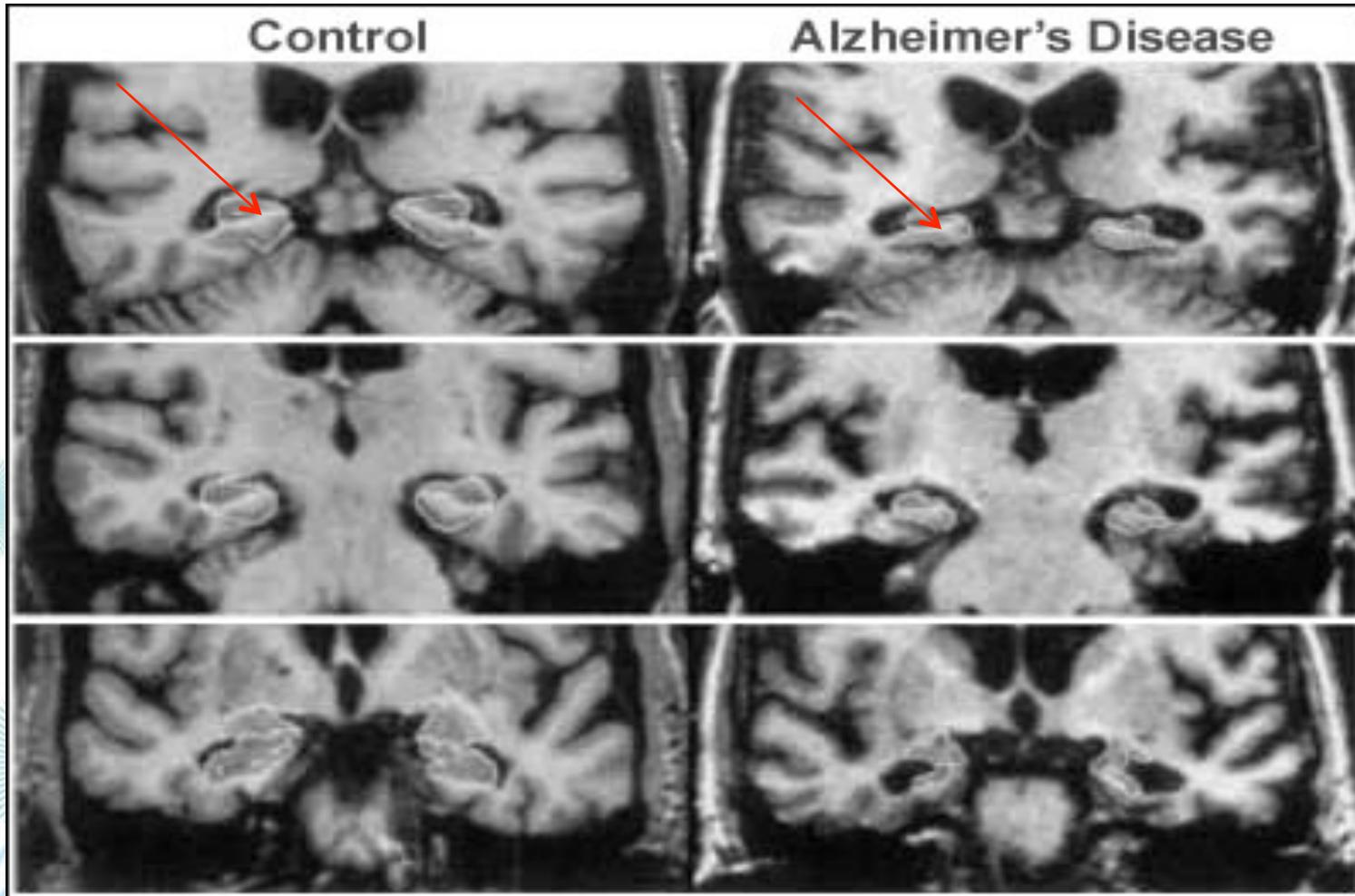


MALATTIA DI ALZHEIMER

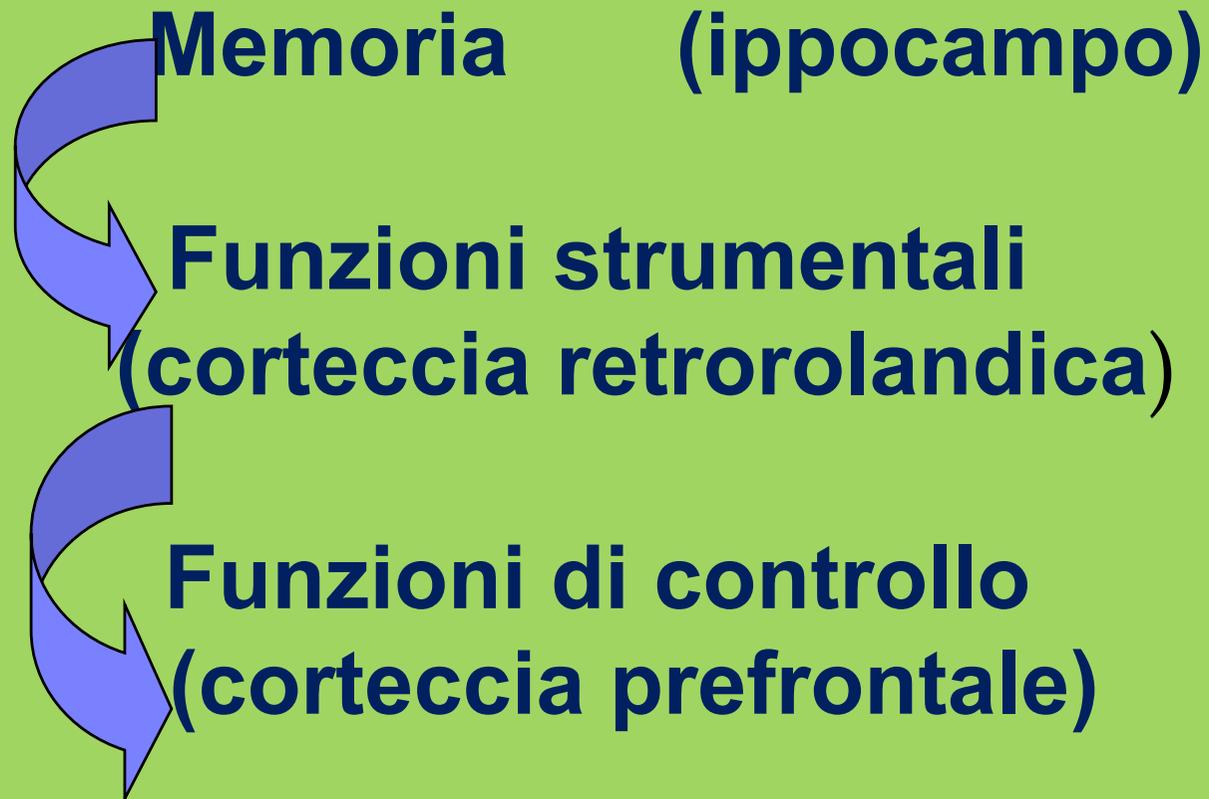
Disturbo di memoria per i fatti correnti

- E' il disturbo **d'esordio** del **90%** dei casi di AD (rare forme ad esordio afasico o visuospatiale)
- E' subdolo (all'inizio una volta ogni tot giorni)
- E' ingravescente
- Peggiora per aumento di frequenza e per qualità delle cose dimenticate
- Rispecchia la prima area cerebrale colpita: **l'ippocampo**

ALZHEIMER



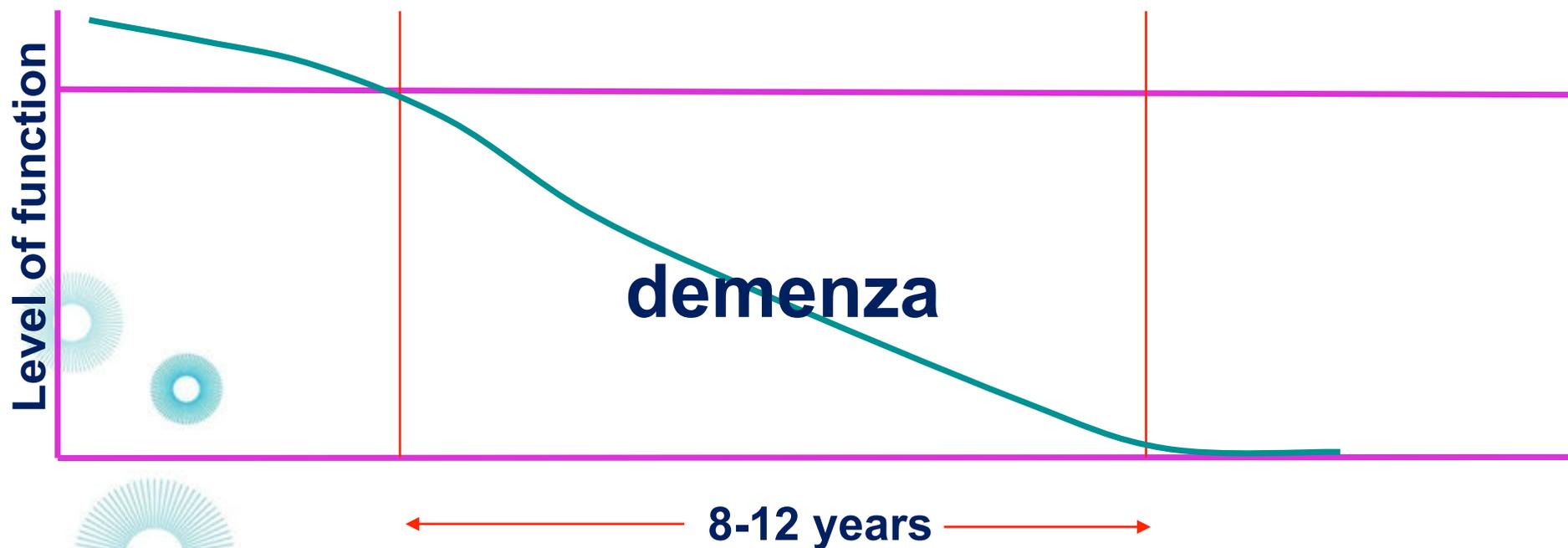
L'evoluzione della malattia di Alzheimer



MALATTIA DI ALZHEIMER

- La **MALATTIA** dementigena inizia molto prima delle sue manifestazioni cliniche.
- Esiste una fase preclinica della malattia, di durata imprecisata (anni) in cui il paziente non risponde ai criteri per la demenza, perché il deficit cognitivo è limitato alla memoria e/o non c'è compromissione nella vita quotidiana.

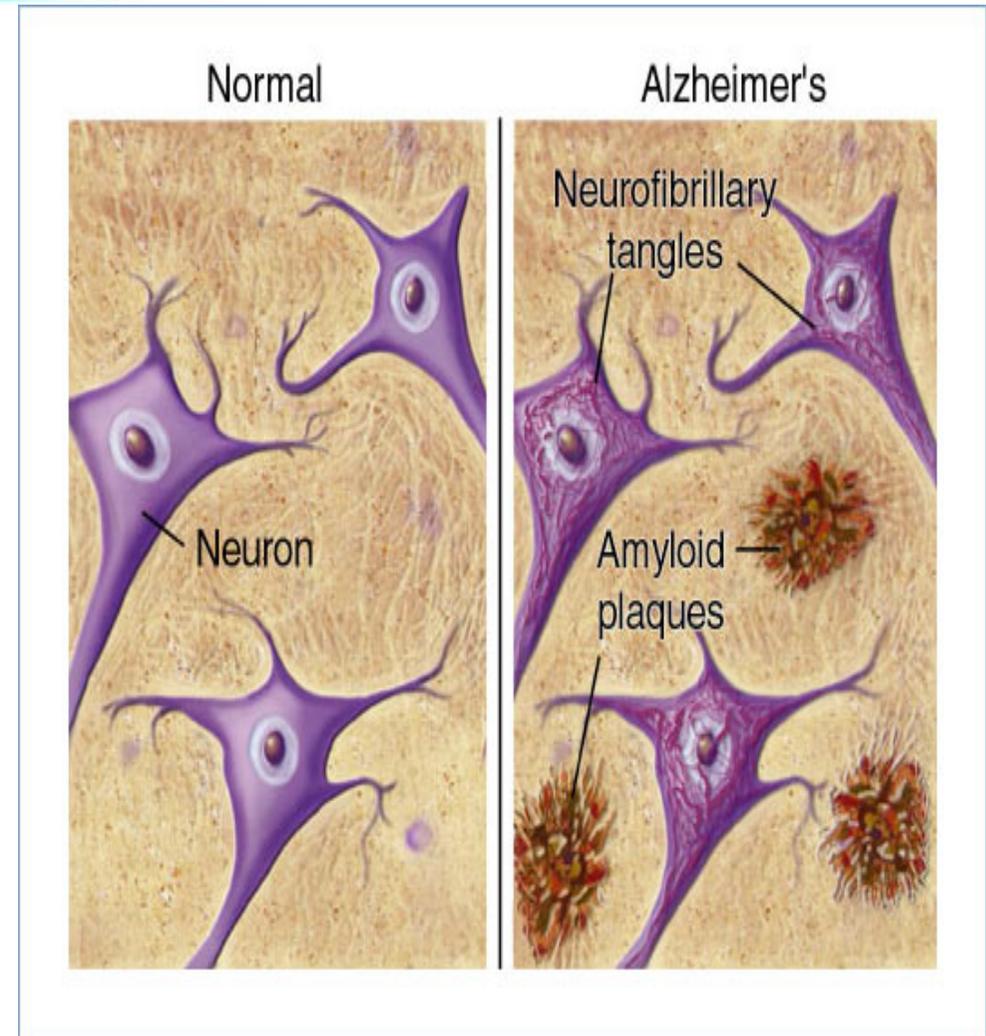
La durata della malattia di Alzheimer



Le lesioni cerebrali nella malattia di Alzheimer

- **PLACCHE DI AMILOIDE:**
depositi amorfi **extracellulari** di **proteina – amiloide (A)** sotto forma di placche
- **GROVIGLI NEUROFIBRILLARI:**
intreccio **intracellulare** di neurofibrille formate da proteina TAU anomala

La **proteina Tau** stabilizza i microtubuli e se mutata (iperfosforilata) provoca gravi malattie neurodegenerative dette **taupatie**, come il [morbo di Alzheimer](#)



Concetto di Demenza degenerativa

Diagnosi clinica

- Un disturbo cognitivo- comportamentale prevalente da almeno 6 mesi **in peggioramento**
- Uno o più disturbi aggiuntivi **in peggioramento**
- Diminuzione dell' autonomia nel quotidiano
- Verifica ai test neuropsicologici
- Esclusione cause reversibili o non degenerative

Evoluzione della malattia di Alzheimer



No Disease
No Symptoms

Early Brain
Changes
No
Symptoms

AD Brain
Changes
Mild
Symptoms

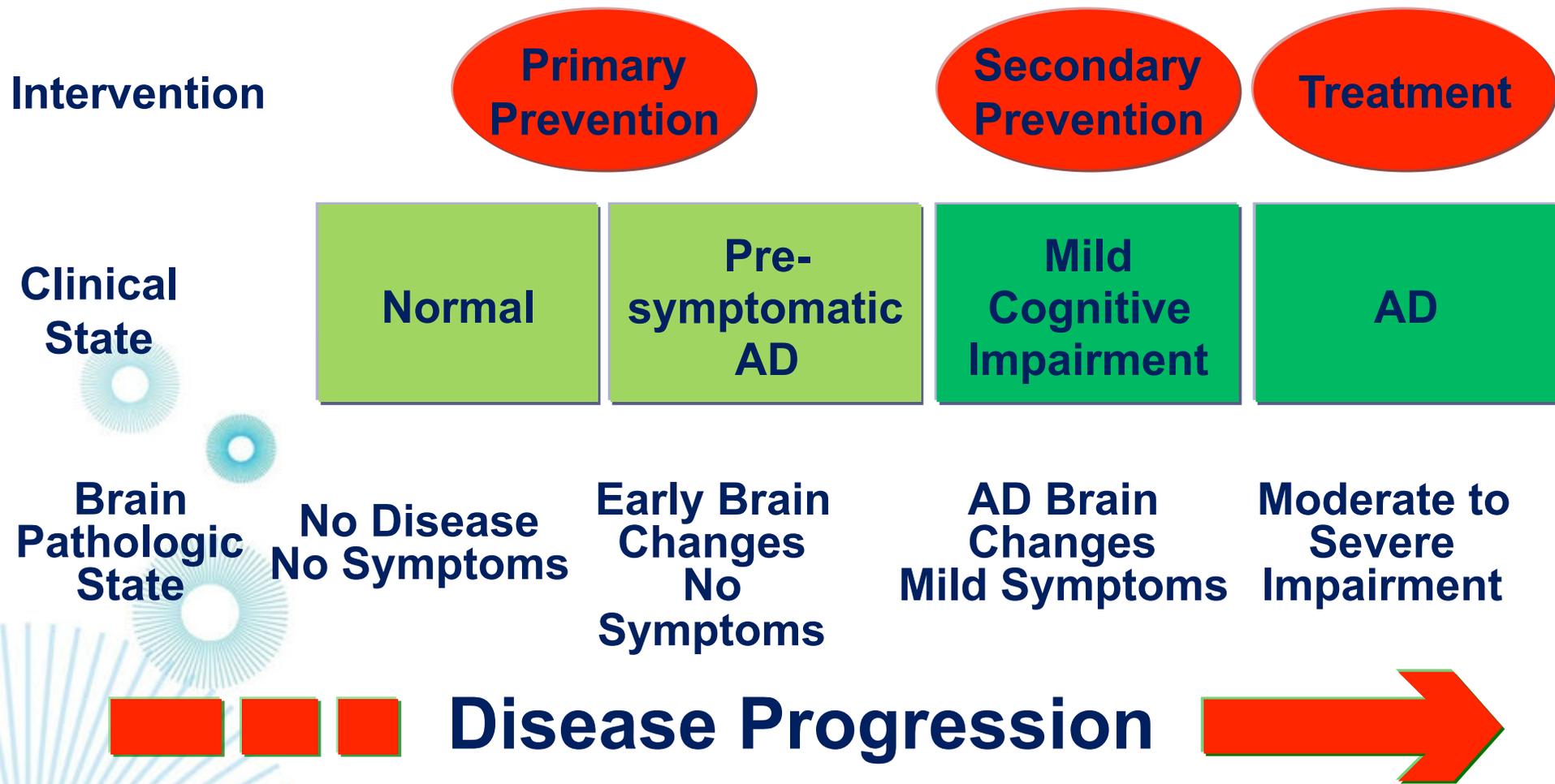
Mild,
Moderate, or
Severe
Impairment



Disease Progression



DECORSO, PREVENZIONE E TERAPIA AD



National Institute on Aging, USA.

TEST PER LA VALUTAZIONE DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO.

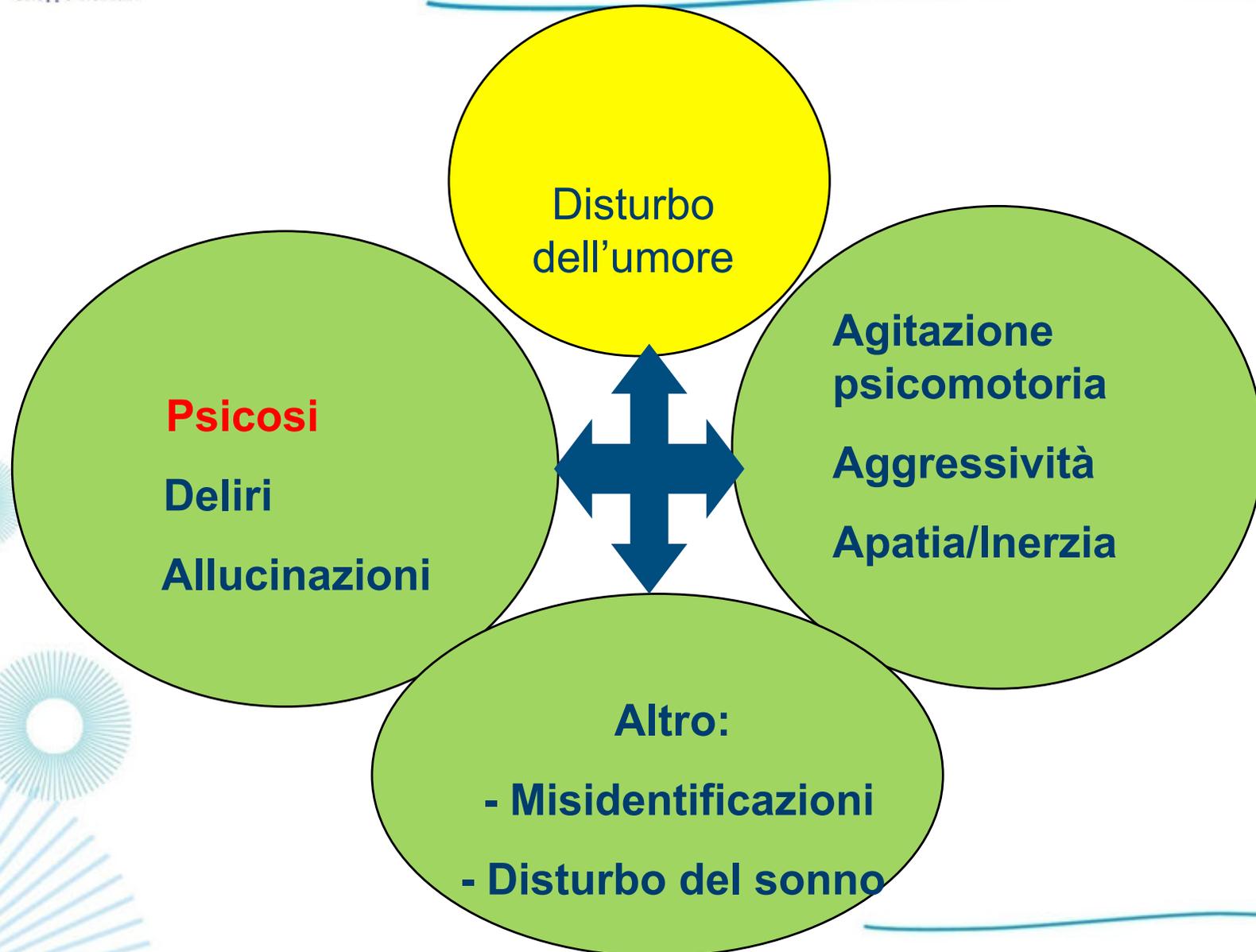
a. MMSE (Mini Mental State Examination):
punteggio 0 – 30

c. MODA (Milan Overall Dementia Assesment)
Punteggio 0-100

+/-

test selettivi (es.: memoria, linguaggio) e test
per valutare autonomia (ADL, IADL)

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia



BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

PSICOSI

Incidenza dal 20% nelle demenze

(Jeste 1989, Cummings 1993-1999-2005, Della Sala 1998)

- Più di frequente nelle forme intermedie e moderate
- Diversa per qualità, entità e durata dalla psicosi schizofrenica
- Frequente remissione spontanea dei sintomi (spesso nell'arco di giorni o settimane)
- Causa frequente di istituzionalizzazione
- Probabile correlazione a maggior rapidità del declino cognitivo

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia



DELIRI

(Jeste e Finkel, 2003)

Disturbo psicotico più frequente nelle demenze
(AD, FTD, DLBD demenza con diffusi corpi di Lewy , VD)

In fase moderato-severa AD

(incidenza tra 30 e 50%)

Absher 1993, Della Sala 1998- Cummings 2005

In Genere Persecutori

di furto

di gelosia

di omicidio

FREQUENTE REMISSIONE SPONTANEA

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

**Agitazione
psicomotoria ed
aggressività**

- Tipici di fase moderato-severa nell'AD
- All'esordio in variante frontale della FTD
- Fattori di rischio per ospedalizzazione
- Fattore di rischio (diretto o indiretto) per cadute a terra/deperimento organico
- **In Sundowning syndrome** :Sindrome del tramonto. Si riferisce a quel fenomeno frequentemente osservato nei malati di A., caratterizzato dal peggioramento della sintomatologia al tramontare del sole (e comunque in tutte le situazioni di passaggio da una buona illuminazione ambientale a una illuminazione scarsa). Il paziente diventa più confuso, ansioso, irrequieto e più facilmente ha reazioni catastrofiche. Il fenomeno può essere imputato al venir meno, con il calare delle tenebre, dei punti di riferimento (oggetti, arredi ecc.), che vengono percepiti male al buio e possono scatenare false percezioni (illusioni, allucinazioni), con le conseguenze negative facilmente intuibili.
L'importanza attribuita all'illuminazione nei locali progettati per i malati di A. è molto grande.
- In episodi di “delirium”
- Condizionati da deliri/allucinazioni
- Ruolo lobo frontale

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

- **DELIRI:** false convinzioni sulla realtà, sostenute dall'interessato in modo fermo e nonostante qualsiasi evidenza del contrario
- **ALLUCINAZIONI:** è una percezione sensoriale (visiva, uditiva, tattile...) che ha tutte le caratteristiche della realtà ma che compare senza alcuna stimolazione esterna dell'organo sensoriale coinvolto
- **MISIDENTIFICAZIONI:** sono tutte quelle convinzioni false basate su un dato di partenza reale mal interpretato dal soggetto e quindi non dovute ad un deficit primitivo degli organi di senso (overlap con la definizione di "illusione")

Parte 1: Psicosi, Aggressività, Agitazione Psicomotoria (1)

1 - PSICOSI

- **Incidenza dal 20% in su nelle demenze** (Jeste 1989, Cummings 1993-1999-2005, Della Sala 1998)
- Più di frequente nelle forme intermedie e moderate
- Diversa per qualità, entità e durata dalla psicosi schizofrenica
- Frequente remissione spontanea dei sintomi (spesso nell'arco di giorni o settimane)
- Causa frequente di istituzionalizzazione
- Probabile correlazione a maggior rapidità del declino cognitivo

2 - DELIRI

false convinzioni sulla realtà, sostenute dall'interessato in modo fermo e nonostante qualsiasi evidenza del contrario

- Disturbo psicotico più frequente nelle demenze (AD, FTD, DLBD, VD)
- In fase moderato-severa (incidenza tra 30 e 50%)
- Poco strutturati
- In genere Persecutori (di furto, di gelosia, di omicidio)
- Frequente remissione spontanea

3 - ALLUCINAZIONI

è una percezione sensoriale (visiva, uditiva, tattile...) che ha tutte le caratteristiche della realtà ma che compare senza alcuna stimolazione esterna dell'organo sensoriale coinvolto

- A differenza della patologia schizofrenica sono prevalentemente visive (rare le uditive)
- Maggiormente correlate alla deprivazione sensoriale e alla fase serale/notturna (sundowning)
- In fase intermedio/severa di ad o ftd o vd
- All'esordio di dlbd (criterio diagnostico)
- Frequente remissione spontanea

Parte 1: Psicosi, Aggressività, Agitazione Psicomotoria (2)

4 - AGITAZIONE PSICOMOTORIA ED AGGRESSIVITÀ

- Tipici di fase moderato-severa nell'AD
- All'esordio in variante frontale della FTD
- Fattori di rischio per ospedalizzazione
- Fattore di rischio (diretto o indiretto) per cadute a terra/deperimento organico
- In sundowning
- In episodi di "delirium"
- Condizionati da deliri/allucinazioni
- Ruolo lobo frontale
- Aggressività fisica/verbale, Coprolalia, Irritabilità, Oppositività
- Agitazione psicomotoria, acatisia, wandering (vagabondaggio) → afinalistica ripetitiva

5 - MISIDENTIFICAZIONI

• **Sindrome di Capgras** (sdr reduplicativa): il paziente crede che i familiari e amici più stretti siano stati sostituiti da impostori. Tutti i pazienti affetti da questa sindrome confabulano allorché richiesti di spiegare perché rimangono con i sostituti. Un paziente ad esempio dichiarava che anche se sua moglie era stata sostituita da un impostore, lui continuava a vivere con lei perché era la persona che aveva iniziato a prendersi cura di lui dopo l'incidente. Relazione tra presenza del disturbo e lesione a carico del lobo temporale e frontale dell'emisfero destro. Eziologia funzionale (58%): schizofrenia paranoide e disturbi affettivi; vascolare, traumatica, degenerativa come nella Demenza di Alzheimer.

• **Phantom boarder syndrome**: Il paziente ritiene che qualcuno per lui ignoto (spesso sono parenti non riconosciuti) viva o vaghi per la sua casa.

• **Misidentificazione con lo specchio**: lo specchio può evocare una **sindrome reduplicativa ("del sé")** in cui il paziente non riconosce la sua immagine, attribuendola a qualcun altro o in cui crede che l'immagine sia un altro sé, un suo doppio ("doppelganger"); Contestualmente può interpretare la parte della propria casa che vede nello specchio come un'altra casa o una copia perfettamente identica della sua e provare a entrarvi.

• **Misidentificazione con la televisione**: il paziente si mostra convinto che i personaggi che vede in televisione siano a casa sua (estensione dello spazio televisivo) e stiano interagendo in modo esclusivo con lui, come fossero ospiti. Quindi il paziente ci parla e li tratta come "guests".

• Misidentificazioni con il telefono.

• Sindromi reduplicative specifiche (sindrome di Fregoli, di Cotard)

Parte 1: Psicosi, Aggressività, Agitazione Psicomotoria

Chi si tratta?

- Si tratta il paziente con **condotte pericolose** per sé o per chi gli è vicino, non gestibile altrimenti
- Si tratta il paziente che **rifiuta** in modo violento di essere nutrito, curato, vestito/lavato, non gestibile altrimenti
- Si tratta il paziente che ha **bisogno** di un intervento rapido e deciso
- Vi sono presidi per gestire un disturbo nel medio periodo (in genere per os o depot) e dei farmaci per agire in urgenza (per via iniettiva)
- Ovvero: **wandering, agitazione psicomotoria, aggressività verbale e fisica, coprolalia, allucinazioni, deliri, mispercezioni o illusioni.**
- Le classi implicate sono i neurolettici (tipici ed atipici). In realtà vera indicazione, sia per tipici che per atipici è per la patologia schizofrenica e genericamente per le psicosi.

Neurolettici Tipici

- **Agiscono meglio su sintomi produttivi (allucinazione-deliri)**
- Sono farmaci rapidi (i.m.)
- Maggiori effetti collaterali (parkinsonismo- cardiaci-anticolinergici-antidopaminergici ..disturbi del sonno- endocrini)
- **Unico neurolettico registrato in Italia e rimborsato dal SSN (classe A)** con un'indicazione specifica (IN LABEL) relativa a "stati di agitazione in caso di demenza":...**aloperidolo!!!!** (serenase).
- 15% prescrizioni OFF LABEL
- Meno selettivi: Tioridazina (melleril), Pimozide (talofen), Clorpromazina (largactil), Aoperidolo (serenase), Clotiapina (entumin).

Neurolettici Atipici

- Non hanno indicazione specifica! I più usati in Europa e Usa nei pazienti con demenza ma OFF LABEL (50% prescrizioni..eccezione quetiapina?)
- Più selettivi su recettori 5HT2/D2
- Meno effetti collaterali, soprattutto a basse dosi
- **Su agitazione, aggressività**
- Più lenti, formulazioni non iniettive...per terapia subacuta (in cui si può pazientare...) e disturbi lievi-moderati

Benzodiazepine

Parte 1: Psicosi, Aggressività, Agitazione Psicomotoria

BENZODIAZEPINE

- Sono altamente prescritte per l'azione sedativa
- **Non** servono in alcun modo per i disturbi produttivi (allucinazioni, deliri, misidentificazioni)
- Possono agire sull'agitazione psicomotoria e l'aggressività.
- Sono altamente sconsigliate nella terapia cronica (cfr. **Valium gtt**, **EN gtt** etc...) principalmente per l'effetto peggiorativo sui disturbi cognitivi della demenza in atto, nonché per la tolleranza e la dipendenza che possono instaurare.
- In acuto ed in cronico però possono entrare in gioco allorché controindicati i neurolettici (cfr. gravi cardiopatici, parkinsonismo, effetto paradossale dei neurolettici): in tal caso viene usato di norma il diazepam al dosaggio secondo peso da 8 gtt x 2 a 10 gtt x 3 /die o 1 fiala i.m./die; vale la norma di arrivare alle dosi per os gradualmente. Vale la pena rammentare che il Valium, l'EN etc... per la lunga emivita non sono da usare come ipnoinduttori (ossia per il disturbo del sonno), specie nell'anziano affetto da demenza (rischio stati confusionali mattutini, cadute a terra etc..)!! Inoltre considerare se il paziente sta già assunto farmaci sedativi per altre indicazioni, specie la sera (cfr. fenobarbital etc...)

NEUROLETTICI TIPICI

(aloperidolo-*serenase*, pimozide-*talofen*, clorpromazina-*largactil*, tioridazina-*melleril*, clotiapina-*entumin*...)

- **Agiscono meglio sui sintomi produttivi (allucinazioni-deliri)**
- Sono farmaci presenti anche in formulazione a rapida azione (i.m.)
- Maggiori effetti collaterali (parkinsonismo, cardiaci, anticolinergici, antidopaminergici, disturbi del sonno, endocrini) dosi dipendenti
- Non darli come ipnoinduttori (effetti paradossali, sindrome delle gambe senza riposo, mioclono notturno..)
- Iniziare con dosi sempre molto basse e salire lentamente; ugualmente cauti e lenti nella sospensione
- Entumin, largactyl troppo sedativi!! Talofen più sedativo del serenase.

NEUROLETTICI ATIPICI

- **Risperidone** (ora anche generico), monosomministrazione, range d'uso comune in paziente anziano con demenza = 1-2 mg/die, sopra 1 mg/die comincia a comportarsi come un "tipico" (vedi effetti collaterali): **buona azione sia su agitazione/aggressività, che su aspetti deliranti/allucinatori**; anche soluzione.
- **Quetiapina** è il più "soft", titolazione lenta, in bisomministrazione giornaliera, si parte con 25 mg/die si arriva mediamente a 50 mg x 2/die negli anziani con demenza (ci sono anche casi con dosaggi superiori ma se questa tipologia di paziente non risponde a 50 mg x 2 è cattivo indicatore); **su agitazione psicomotoria ed aggressività, non su allucinazioni e deliri; meno effetti parkinsonizzanti** (ecco perché il più usato dai parkinsonologi che devono sedare i loro pazienti o in casi di demenza con disturbi comportamentali e parkinsonismo); occhio a ipotensione ortostatica.
- **Olanzapina** sempre indicato **per agitazione psicomotoria ed aggressività**; dosaggio medio nell'anziano con demenza 5-10 mg/die
- **Clozapina: forse il più efficace della classe**, progenitore; **leggermente indaginosa gestione** (soprattutto al domicilio) per necessità di **emocromo periodico** (valutare crasi ematica): per RSA il rischio di effetto collaterale ematologico può essere elemento di valutazione negativa, dato che si parla di gestione di farmaci off-label (anche se prescritti da UVA).

“At present, there are no available therapeutic interventions that halt or reverse disease progression”

Herrmann et al. Drugs 2011

- Il giudizio sull’impatto clinico dei farmaci attualmente disponibili per l’AD (Ache-i, inibitori dell’acetilcolinesterasi, e memantina) è che abbiano un effetto moderato
- Vi è un forte interesse per la disponibilità di Ache-i a diversa via di somministrazione (transdermica) per :
 - Migliore compliance (es.Exelon)
 - Possibilità migliori risultati clinici (dosi superiori)

VADEMECUM

“Come gestire la persona affetta da demenza senile”

- Diminuzione dei disturbi comportamentali
- Stimolare processi attentivi
- Stimolare le capacità emotivo empatiche e relazionali
- Stimolare la memoria procedurale

Vademecum: consigli per chi assiste

- **ESSERE RASSICURANTI**
- **POSITIVI**
- **CALMI, SORRIDENTI**
- **CERCARE IL CONTATTO FISICO DELICATO (UNA CAREZZA,
UNA PACCA)**
- **CHIAMARLO PIU' VOLTE CON IL SUO NOME**
- **NON SOTTOLINEARE GLI ERRORI**

Vademecum: consigli per chi assiste

- **PARLARE IN MODO SEMPLICE, LENTAMENTE CON FRASI BREVI**
- **UTILIZZARE PAROLE BEN SCANDITE**
- **GUARDANDO NEGLI OCCHI IL PAZIENTE**
- **AIUTANDOSI CON I GESTI**
- **NON GRIDARE (NON SONO SORDI)**
- **INFONDERE SICUREZZA CON LE PAROLE**
- **DIRE UNA COSA ALLA VOLTA**

Vademecum: consigli per chi assiste

- Imparare a farsi riconoscere
(con frasi standard, ripetitive)
 - Creare una routine per tranquillizzarli
- Capire se è agitato perché sta poco bene, perché ha sete, fame, **dolore**
 - Non cercare di “spiegare” (in pazienti gravi)



Su pazienti lievi, depressi
Molto utilizzato nei paesi anglosassoni
Non evidenze certe di efficacia

- Tecniche di rilassamento (per ansia, agitazione insonnia, disturbi fobici...) non ottenibile in maggior parte di pazienti con demenza per scarsa collaborazione!!
- Interventi di stimolazione aspecifica di potenzialità residue (terapie occupazionali, utile per aspetti depressivi in demenza senile lieve)
- Musicoterapia, doll therapy, ecc

Musicoterapia (intervento aspecifico)

- Rilassamento
- Stimolazione cognitiva con strumenti per riproduzione sequenze, suoni, ritmica
- Stimolo memoria remota (musicoterapia ambientale, recettiva)

DOLL THERAPY

- La terapia della bambola è una terapia che favorisce la diminuzione di alcuni disturbi del comportamento tramite l'accudimento e il maternage della bambola terapeutica la persona mette in atto relazioni affettive

La bambola è il bambino da accudire, da curare, da accarezzare, da guardare, da stringere e in questa alternanza stimolando emozioni arcaiche i pazienti riconoscono vero l'oggetto inanimato e la cura della bambola favorisce la diminuzione di gravi disturbi comportamentali

Ivo Cilesi

La bambola terapia è svolta con una bambola con caratteristiche peculiari per

- peso
- posizione delle braccia e delle gambe
- dimensioni
- tratti somatici
- materiale

“Empathy dolls”

Si usano le **“Bambole Joyk”** di forte impatto empatico:

- **I tratti somatici: rispondono amorevolmente**
- **La postura: sollecita l’abbraccio**
- **Il peso del corpo, la distribuzione del peso, il collo molto mobile:**

ne esaltano la verosimiglianza

Empatia

- Dal greco “*en dentro*”
“*pathos* sofferenza/sentimento”, indica il rapporto di coinvolgimento emozionale fra l'autore-cantore della tragedia e il pubblico
- In medicina l'empatia è considerata un elemento fondamentale della relazione di cura

- Nel malato di Alzheimer, avere tra le braccia una "bambola-bambino" da accudire e da accarezzare risveglia ricordi positivi, un agire partecipe e stimola le sue residue capacità cognitive.



Relazione empatica fra paziente e bambola

- Il paziente **riconosce** “l’oggetto bambola” solo **come oggetto inanimato** e quindi lo manipola inizialmente per poi dimenticarlo non considerandolo come elemento relazionale.
- Il paziente **l’accudisce riconoscendolo come bambino** donando il suo affetto, più o meno intensamente durante i vari momenti della giornata.
- Il paziente **alterna momenti di** forte accudimento a momenti di disattenzione, indifferenza o rifiuto

La terapia della bambola ha diverse finalità tra cui:

- **Ridurre i disturbi del comportamento e dell'umore quali insonnia, inversione ritmo sonno-veglia, wandering, agitazione e nervosismo, aggressività, ansia e paure, apatia e depressione.**
 - **Rilassare, favorire il benessere personale.**
 - **Consentire di allentare l'attenzione su se stessi e sui propri disturbi.**
 - **Promuovere la comunicazione e lo scambio tra le storie di vita.**
 - **Veicolare la propria dimensione affettiva, rispondere ai bisogni emotivo-affettivi che, nonostante il deterioramento cognitivo rimangono presenti ma non sono più soddisfatti come in età precedenti.**
 - **Conservare, per quanto possibile, le prassie.**
 - **Migliorare la qualità di vita sia del paziente sia dell'operatore sia del familiare.**
 - **Inoltre si è rivelata utile nel momento dell'igiene, dove alcuni pazienti mostrano un picco di aggressività o di rifiuto dell'intervento assistenziale.**
-

Obiettivi educativi complessivi dell'attività formativa

Obiettivo educativo generale:

Il corso propone di analizzare e approfondire, attraverso l'apprendimento di modelli cognitivi, metodologici, operativi e comportamentali, i contenuti di base per far acquisire ai partecipanti le conoscenze e le abilità necessarie per:

1. instaurare una relazione significativa e terapeutica con gli utenti;
2. analizzare i bisogni terapeutici e riabilitativi dei soggetti in ambito residenziale in un'ottica relazionale;
3. progettare interventi terapeutici e riabilitativi specifici e finalizzati alle reali esigenze degli ospiti delle strutture residenziali in un'ottica di intervento multiprofessionale e di una presa in carico del soggetto olistica;
4. valutare gli outcome e riorganizzare la pratica professionale in base alle esigenze dell'utenza in un quadro olistico.

Obiettivi educativi complessivi dell'attività formativa

Obiettivi educativi specifici:

- **Far acquisire CONOSCENZE TEORICHE specifiche e aggiornamenti**
 - Definire la “relazione” come strumento di lavoro nella pratica terapeutica e riabilitativa dei soggetti istituzionalizzati;
 - Definire le modalità di: osservazione, ascolto, approccio relazionale;
 - Definire le problematiche cognitive e comportamentali dei soggetti in ambito residenziale e le modalità di relazione;
 - Descrivere e analizzare le varie fasi della progettazione di un intervento riabilitativo.

 - **Far migliorare le capacità relazionali e comunicative**
 - Far apprendere ai partecipanti i principi della relazione, dell'ascolto e dell'approccio, sia nei confronti dell'utenza che nei confronti dei colleghi.

 - **Far acquisire COMPETENZE per l'analisi e la risoluzione dei PROBLEMI**
 - Utilizzare modalità di intervento riabilitativo che tengano conto degli aspetti relazionali;
 - Apprendere stili relazionali utili alla pratica professionale e che facilitino l'interazione con soggetti cognitivamente compromessi;
 - Utilizzare procedure standard per le varie fasi di realizzazione di un'attività terapeutica-riabilitativa: osservazione, rilevamento dei bisogni, progettazione, valutazione in itinere e finale.
-

[Alzheimer Dis Assoc Disord](#). 2008 Oct-Dec;22(4):352-61.

Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and in clinical outcomes?

[Nobili A](#), [Piana I](#), [Balossi L](#), [Pasina L](#), [Matucci M](#), [Tarantola M](#), [Trevisan S](#), [Riva E](#), [Lucca U](#), [Tettamanti M](#).

Source

Laboratory of Quality Assessment of Geriatric Therapies and Services for the Elderly, Lombardy Region, Italy. nobili@marionegri.it

Abstract

BACKGROUND:

Studies comparing Alzheimer Special Care Units (ASCUs) with traditional nursing homes (NHs) have reported conflicting results.

OBJECTIVES:

To compare the characteristics and the effects on mortality, hospitalization, use of physical restraints, falls, and antipsychotics among patients admitted to ASCUs or to NHs.

METHODS:

A sequential cohort of patients with dementia was recruited and followed for 18 months in a sample of randomly selected ASCUs and NHs. Data on socio-demographic, cognitive, functional, behavioral, and clinical characteristics, and drug exposure were collected at baseline and at 6-month intervals up to 18 months.

RESULTS:

A total of 349 patients were enrolled in 35 ASCUs and 81 in 9 NHs. Patients admitted to ASCUs were younger, cognitively and functionally less impaired, but had more behavioral disturbances than those in NH. During follow-up, ASCU patients had a lower risk of hospitalization (odds ratio: 0.67; 95% confidence interval: 0.46-0.99; $P=0.04$), and use of physical restraints (odds ratio: 0.66; 95% confidence interval: 0.51-0.86; $P=0.003$), and showed a higher rate of withdrawal of antipsychotics ($P=0.003$). No difference was found in mortality and falls. Propensity score analysis gives similar results.

CONCLUSIONS:

This study found that patients with dementia in ASCUs had different baseline clinical and functional characteristics from those in NHs. They had a lower rate of hospitalization and use of physical restraints at 6-month follow-up, and a higher probability of having antipsychotic agents withdrawn.

PMID:18978601

[PubMed - indexed for MEDLINE]

Dott. Aladar Bruno lanes.

Obiettivi educativi complessivi dell'attività formativa

- La terapia della Bambola
- Il treno terapeutico
- terapie sensoriali
- Robot Therapy
- Musicoterapia-clinica individuale e di gruppo
- musicoterapia ambientale
- terapie cognitive e comportamentali



Una stanza multisensoriale per la riabilitazione cognitiva e utile per attivare dinamiche di rilassamento in pazienti che presentano disturbi del comportamento. I sensi dei pazienti possono essere diretti, coordinati e stimolati, ottenendo benefici terapeutici. Tramite l'utilizzo di un letto sensoriale posizionato nella stanza e proveniente dalla Svezia dove viene utilizzato con beneficio con pazienti che presentano disturbi comportamentali.

Obiettivi educativi complessivi dell'attività formativa

Opportunità e percorsi Segesta

- Continuità relativa all'utilizzo di bambole terapeutiche svedesi
 - Progetto di Robot Therapy tramite l'utilizzo di un Social Robots" (Paro) in attività terapeutiche con pazienti affetti da demenza, orientate alla stimolazione e al mantenimento delle facoltà cognitive implicate negli scambi relazionali e comunicativi.
 - Sperimentazione in collegamento con l'Università di Siena Dipartimento Scienze della Comunicazione e con la facoltà di Scienze Robotiche dell' Università di Tokio.
 - Utilizzo di un Sensory Bed (Letto sensoriale) utilizzato nei Centri Alzheimer svedesi per favorire la diminuzione dei disturbi comportamentali. Verrà attivata una sperimentazione innovativa relativa alla diminuzione dei disturbi comportamentali nella quotidianità in soggetti affetti da demenza tramite l'utilizzo mirato e organizzato del letto sensoriale situato in una stanza dedicata.
 - Attivazione di un collegamento con il Politecnico di Milano (Facoltà di Design) per promuovere uno studio degli ambienti terapeutici e di cura dedicati a persone affette da Alzheimer
 - Attivazione di collegamenti tra Aziende Italiane e Straniere (Joyk (Svezia) Sca-Tena (Svezia) sensibili in questo ambito per finanziare progetti di ricerca e di studio e di sperimentazione
 - Attivazione di uno spazio Treno Virtuale in collaborazione con il Politecnico di Milano
-

Obiettivi educativi complessivi dell'attività formativa

Formazione continua al Personale

Elaborazione linee guida per Ambulatorio TNF e per le diverse terapie non Farmacologiche

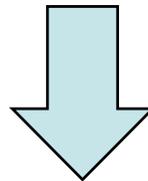
Doll therapy

Sensory room con letto sensoriale

Robot

Treno virtuale, musicoterapia recettiva, musicoterapia ambientale

Ambulatorio – Consultorio geriatrico per diagnosi, sostegno e formazione del caregiver



Domicilio : ADI, camper Alzheimer



GRAZIE PER L'ATTENZIONE.