



UNIVERSITÀ GIUSTINO FORTUNATO
D.M. 13 aprile 2006 - G.U. n° 104 del 6/05/2006 - TELEMATICA



UniforJob
ACADEMY



Accademia Eraclitea
ENTE DI RICERCA E DI ALTA FORMAZIONE ACCREDITATO

Master Universitario di primo livello in “Deglutologia geriatrica” A.A. 2023/24

IL DECADIMENTO COGNITIVO E LE DEMENZE

Prof. Domenico Passafiume
Università dell'Aquila

Nella letteratura.....

“ Vi prego...non burlatevi di me.

Io sono un vecchio svanito e molto sciocco.

Ottant'anni e oltre, nemmeno un'ora di più o di meno.

E, per parlar chiaro,

temo di non avere la testa a posto.

Mi pare che dovrei conoscere voi e conoscere quest'uomo, eppure sono in dubbio
soprattutto perché non so che posto sia questo,

e tutta l'abilità che ho non rammenta questi abiti;

né so dove ho alloggiato la notte scorsa.

Non ridete di me,

perché, quant'è vero che sono un uomo, credo che questa signora sia mia figlia
Cordelia.”

W. Shakespeare – Re Lear

Deterioramento cognitivo

a causa del generale invecchiamento della popolazione il deterioramento cognitivo è un problema di primaria importanza

- Sanitario**

- socioeconomico**

L'assessment geriatrico

- individua nella valutazione funzionale (cioè nella definizione del livello di **autonomia**) uno dei propri compiti nodali (cioè anche di una corretta programmazione assistenziale in relazione al livello di disabilità);
- valuta nel tempo le modificazioni, fornendo una visione dinamica dello stato di salute dell'anziano;

Gli studi condotti negli anni '80 esaminando l'utilità delle UVA hanno evidenziato che l'assessment geriatrico consente di ridurre la mortalità, di migliorare le condizioni funzionali, di ridurre i tempi di degenza e di diminuire l'uso dei farmaci e la frequenza di istituzionalizzazione

Pseudodemenza

Sintomi depressivi

Depressione → inibizione delle funzioni corticali, quindi deficit soprattutto alle funzioni esecutive più che funzioni strumentali

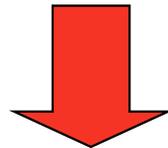
Demenza → sintomi depressivi (specie quando c'è consapevolezza)

Diagnosi differenziale tra demenza e pseudo-demenza (spesso nel caso di dubbio si prova una terapia con antidepressivi per un po' di tempo e poi si ripete la valutazione neuropsicologica per verificare se sono migliorati solo i deficit depressivi o anche quelli cognitivi)

Demenza

complessa modificazione comportamentale di tipo riduttivo a cui si sommano deficit cognitivi e psichiatrici ad andamento evolutivo di tipo peggiorativo (Spinnler)

- disturbi della memoria
- altri deficit cognitivi
- ripercussioni sulla vita sociale e professionale



incompetenza cognitiva ecologica progressiva

Caratteristiche della Demenza

- **Perdita delle capacità possedute**
- **Progressiva**
- **Ingravescente**
- **Esito infausto**

Epidemiologia

**Dati poco chiari rispetto alla reale distribuzione
circa 10% fino al 25% fra gli ultra-ottantenni**

Fattori:

- ETA'**
- SESSO (2:1 sono donne; forse perché più longeve?)**
- COMPONENTE GENETICA: ereditarietà**

Cause di demenza

- **Vascolari**
- **Traumi cranici**
- **Infezioni**
- **Fattori metabolici**
- **Cause sconosciute**

Degenerative

- **Malattia di Alzheimer**
- **Malattia di Pick**
- **Malattia di Huntington**
- **Atrofia Frontotemporale senza corpi di Pick**
- **Malattia a corpi di Lewy**
- **Malattia di Parkinson**
- **Malattia di Wilson**
- **Paralisi Sopranucleare Progressiva**
- **Degenerazione Spinocerebellare**
- **Degenerazione Corticobasale**
- **Afasia Progressiva**
- **Demenza Semantica**
- **Atrofia corticale posteriore**

Traumatiche

- **Trauma cranico**
- **Insulto post anossico**
- **Concussione**

Vascolari

- **Multi-infartuale**
- **Malattia di Binswanger**
- **Vasculiti**
- **Ematoma Subdurale**
- **Infarto Strategico**
- **Iperperfusione**
- **Postemorragica**

Infettive

- **Sifilide**
- **TBC**
- **Meningite micotica**
- **Malattia di Lyme**
- **AIDS dementia complex**
- **Encefalite erpetica**
- **Meningiti batteriche**
- **Creutzfeldt-Jakob**

Tossiche

- Farmaci (anticolinergici, antiistaminici, tranquillanti minori e maggiori, antiipertensivi, cimetidina, digossina)
- Politerapie in range terapeutico
- Alcohol
- Metalli pesanti, arsenico, piombo, mercurio

Infiammatorie

Demielinizzanti

- Sclerosi Multipla
- Sarcoidosi
- Lupus
- Encefalite Limbica

Metaboliche

- Malattie della Tiroide
- Malattie delle Paratiroidi
- Disfunzioni Epatiche
- Malattia di Cushing
- Ipopituitarismo
- Carenza di Estrogeni
- Uremia
- Porfiria
- Carenza di B12
- Carenza di Folati
- Carenza di Tiamina
- Alterazioni di Electroliti

Miste Vascolari e Degenerative

Miscellanea (Malattie respiratorie ostruttive; Sleep apnea; Radiationi; Dialisi; Privazione di sonno; Ipossia)

Eziologia

- **Multinfartuale** (arterosclerosi)
- **Idiopatica** (Alzheimer, Parkinson, SM)
- **Virale** (HIV)
- **Traumatica**
- **Dismetabolica** (tiroidismo)

Aree cerebrali di “partenza”

- **Corticali** (Alzheimer, lobi frontali)
- **Sottocorticali** (SM, Parkinson)
- **Miste** (multinfartuale, traumatiche)

Diagnosi

- **Anamnesi**
- **Esami clinici**
- **Esami neuroradiologici**
- **Test neuropsicologici**
- **Scale comportamentali**



Auguste D. età 51 anni e mezzo

...

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

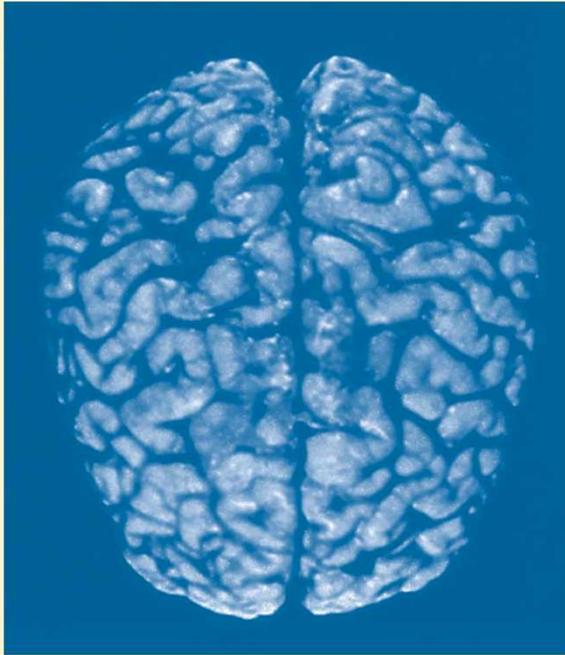
*Una donna pulita ... gentile.
All'improvviso ... divenne gelosa.
Cominciò a soffrire di amnesia e
divenne incapace di cucinare.
A novembre entrò in ospedale.
Mentre mangiava della carne,
alla domanda cosa stesse
mangiando, rispose patate ...*



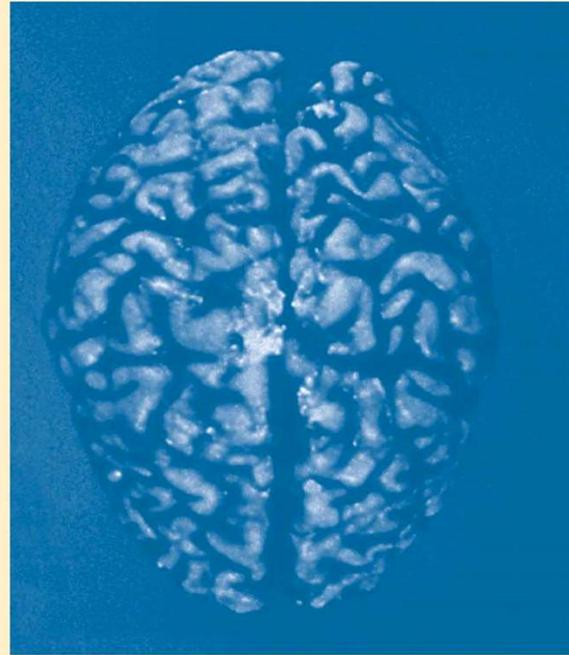
Demenza di Alzheimer

- Idiopatica
- Incidenza maggiore rispetto a tutte le altre
- Dai 50 anni, aumenta il rischio con l'età
- Modificazioni del tessuto neuronale
- Diagnosi “per esclusione”
- Diagnosi di “Probabile Alzheimer”

ATROFIA CEREBRALE



Normale



Malattia di Alzheimer

Fasi della malattia (Spinnler)

- **Fase reattiva o nevrotica:** ansia, disturbi lievi, il malato bada a se stesso
- **Fase neuropsicologica:** disturbi della memoria a BT, a LT; fase lunga e progressivamente ingravescente. Il paziente non è più in grado di badare a se stesso
- **Fase neurologica:** disturbi sempre più gravi, crisi comiziali, disturbi della motricità e della deambulazione, assistenza continua
- **Fase internistica:** paziente allettato, nutrizione con sondino, disturbi cardiocircolatori e respiratori

Diagnosi Neuropsicologica

- **Batterie di Screening:** applicabili dal medico di famiglia e da diversi specialisti, per una indicazione di possibile demenza; MMSE, MODA
- **Batterie Neuropsicologiche:** composte da test standardizzati per la valutazione di diverse abilità cognitive, dovrebbero essere applicate dal Neuropsicologo; MDB, MODA completa

Sintomi comportamentali nella Malattia di Alzheimer

Fino ad 88% dei pazienti con Malattia di Alzheimer presentano qualche grado di compromissione comportamentale

- **Apatia 72%**
- **Delirio 70%**
- **Aggressività / Agitazione 60%**
- **Ansia 48%**
- **Disturbi Psicomotori e vagabondaggio 46%**
- **Irritabilità/Labilità 42%**
- **Disturbi del ciclo sonno veglia 42%**
- **Depressione / Disforia 38%**
- **Disinibizione 36%**
- **Sundowning 18%**
- **Allucinazioni 15%**
- **Ipersessualità 3%**
- **Euforia 2%**
- **Ossessività - compulsività 2%**

La demenza vascolare ischemica

Demenza associata a malattia cerebrovascolare (VD)

I requisiti di base per poter diagnosticare VD:

- Presenza di demenza
- evidenza di malattia cerebrovascolare dimostrata dalla storia del p.te o dall'esame clinico o dalle immagini radiologiche cerebrali

Caratterizzata da

deficit neuropsicologici multipli di tipo focale

ci sono anche deficit sottocorticali (rallentamento psicomotorio o deficit alle funzioni esecutive).

Stabilire una relazione causale tra segni neurologici e sindrome demenziale (es., insorgenza della demenza entro tre mesi dallo *ictus*).

Demenze miste

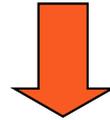
Demenze sottocorticali (lesioni alle strutture profonde del cervello). Oggi si ritiene poco sensata la netta distinzione tra demenze **corticali** e **sottocorticali** (o colinergiche e dopaminergiche), infatti quadri *cortico-sottocorticali*.

Però demenze a prevalenza di segni sottocorticali:

- **Bradifrenia (rallentamento psicomotorio)**
 - **Prevalenza di deficit alle funzioni esecutive frontali (non strumentali come afasia, aprassia, agnosia)**
 - **Disordini affettivi (apatia e depressione)**
-
- **Morbo di Parkinson**
 - **Corea di Huntington**
 - **Paralisi sopranucleare progressiva**
 - **Demenza a corpi di Lewy**

La valutazione multidimensionale dell'anziano

Differenza con il paziente adulto: interazioni di ordine **medico, economico, psicologico e sociale**



Valutazione multidimensionale, evitare l'istituzionalizzazione prematura e inadeguata

Assessment geriatrico condotto nelle Unità di valutazione Alzheimer (UVA):

Metodologia di indagine della salute dell'anziano che prende in esame tutte le variabili che concorrono a svilupparla e mantenerla.

Prevede il contributo di più figure professionali



La demenza è la *malattia di una persona*, e non dell'organo cervello, la cui espressività clinica nelle varie fasi è influenzata dalla *personalità*, dalla *cultura*, dalla *storia personale e sociale* del paziente.

Inoltre, la lunga durata e l'evolutivezza continua del quadro clinico pongono di fronte ad elementi sempre nuovi con i quali il medico, l'operatore sanitario e il caregiver devono adeguarsi per adeguare ripetutamente il progetto terapeutico-assistenziale, evitando il rischio di interventi ripetitivi e schematici, la cui utilità è marginale e talvolta addirittura negativa.

**LA GESTIONE CLINICA
DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER
RICHIEDE L'OTTIMALE COMBINAZIONE DI:**

- interventi non farmacologici;
- trattamenti per incrementare e/o stabilizzare le funzioni cognitive;
- trattamenti per controllare la sintomatologia comportamentale;
- interventi di supporto/educazione per il caregiver. (1)

Proposte presenti in letteratura per AD

- **Metodo Spaced-Retrieval** (Camp, 1996)
- **Memory Intervention** (McEvoy & Patterson, 1986)
- **Procedural Memory Training** (Zanetti O., Binetti G. et al., 1997)
- **Reality Orientation Therapy** (ROT) (Zanetti et al., 1995)
- **Terapia di Riattivazione Globale**
- **Strategy Training** (Camp et al., 1996)
- **Terapia con ritmo, tempo e musica** (Aldridge, 1994)
- **Terapia del mantenimento del sé** (Romero & Wenz, 2001)
- **Avvicinamento al paziente (forma grave)**

- *Slides da utilizzare per le Lezioni.*
- *Slide rossa: deve contenere la denominazione dell'insegnamento, il numero e il titolo della lezione e il nome del docente (Il titolo della lezione riportato è solo un esempio).*
- *Slides bianche: seguono la slide rossa e sviluppano gli argomenti da trattare. Il docente le può organizzare come desidera, mettendo un titolo ad ogni slide. Sono riportate due slide tratte da altri corso solo a mo' di esempio.*
- *Sarebbe opportuno che nella prima slide di ogni lezione si enunciasse contenuto ed obiettivi della lezione stessa.*