

## L'APPROCCIO INTEGRATO NELLE DEMENZE

Stato dell'arte e prospettive future

La Madonnina  
Via del bosco 205, Mascalucia (CT)

22 GIUGNO  
2018



# ABSTRACT BOOK

## Fattori di rischio della demenza

Emma Muscoso (Acicatena)

**Demenze: fattori di rischio** Si stima che più di 47 milioni di persone nel mondo sia affette da demenza e questo numero potrebbe triplicare entro il 2050. In assenza di un trattamento o di una cura che modifica la malattia, la riduzione del rischio di sviluppare la demenza assume un'importanza ancora maggiore. Secondo l'Alzheimer's Association ci sono evidenze solide a sostegno del legame tra diversi fattori di rischio modificabili e un rischio ridotto di declino cognitivo e prove sufficienti a suggerire che alcuni fattori di rischio modificabili possono essere associati a un ridotto rischio di demenza. In particolare, da una prospettiva basata sullo studio di popolazioni, si conclude che un'attività fisica regolare e la gestione dei fattori di rischio cardiovascolare (diabete, obesità, fumo e ipertensione) riducono il rischio di declino cognitivo e possono ridurre il rischio di demenza. Si ritiene inoltre che vi siano prove sufficientemente "robuste" per concludere che una dieta sana e l'apprendimento permanente e/o il training cognitivo possono ridurre il rischio di declino cognitivo.

## Marcatori biumorali nelle demenze degenerative

Tommaso Piccoli (Palermo)

La Malattia di Alzheimer è una delle più frequenti malattie dell'uomo, la cui prevalenza è in continua crescita a causa dell'incremento dell'aspettativa di vita. Negli ultimi anni gli sforzi della comunità scientifica, nel tentativo di trovare una terapia efficace, hanno migliorato le conoscenze dei meccanismi patogenetici della malattia e le capacità di diagnosi, che è diventata sempre più precoce. Infatti,

nei più recenti criteri di diagnosi, sono stati inseriti i biomarcatori come indicatori biologici di patologia. Questi sono classificati sulla base delle informazioni che essi forniscono: (A) aggregati di b-amiloide o patofisiologia associata (Ab42 liquorale e PET amiloide); (B) aggregati di proteina tau o patofisiologia associata (p-tau liquorale e Tau-PET); (N) neurodegenerazione (RMN strutturale, FDG-PET, tau totale liquorale). Su questa base è possibile porre diagnosi di Malattia di Alzheimer con diversi livelli di accuratezza sia in fasi cliniche che precliniche. Pur tenendo conto dei limiti di tali metodiche, non disponibili in qualunque setting clinico, costosi e invasivi, bisogna prendere atto del fatto che sta cambiando il modo di affrontare la diagnosi delle malattie degenerative. La nuova frontiera è rappresentata dalla ricerca di biomarcatori periferici, meno costosi e più facili da ottenere.

## **Comorbidità Malattia di Alzheimer ed epilessia**

### **Eduardo Cumbo (Caltanissetta)**

Gli studi epidemiologici dimostrano inequivocabilmente che la m. di Alzheimer (AD) è un fattore di rischio per lo sviluppo di crisi epilettiche ad esordio tardivo, con una frequenza di almeno una crisi osservata lungo il decorso della malattia, nel 10-22% dei soggetti affetti da AD. Il rischio di crisi epilettiche è particolarmente alto nei pazienti con AD ad esordio precoce e nei primi stadi della malattia, raggiungendo un aumento di incidenza di 87 volte rispetto alla popolazione di confronto della stessa età. Non è ancora chiaro se questa comorbidità sia dovuta al fatto che sia l'AD che l'epilessia sono patologie ad elevata prevalenza nei soggetti anziani con età superiore ai 65 anni o se le alterazioni neuropatologiche della AD rendano il cervello particolarmente suscettibile all'insorgenza di crisi. L'AD è associata a declino cognitivo e ad una aumentata incidenza di crisi epilettiche. L'attività epilettica nella AD è stata variamente interpretata come processo secondario alla neurodegenerazione delle fasi avanzate della malattia, forse derivante dalla combinazione con altri fattori età-correlati. Tuttavia recenti dati di modelli animali di AD hanno modificato questa asserzione, portando alla ribalta la possibilità che l'attività neuronale eccitatoria aberrante rappresenta un meccanismo primario che può contribuire al deficit cognitivo in questi modelli. Le seguenti osservazioni suggeriscono che un'attività di questo tipo può avere un ruolo simile nell'uomo affetto da AD: (1) pazienti con AD sporadico hanno un'incidenza aumentata di crisi che sembra essere indipendente dallo stadio della malattia; (2) le crisi sono

parte della storia naturale di molte linee genetiche autosomiche dominanti early-onset AD, incluse quelle con le mutazioni riguardanti la presenilina-1, presenilina-2, o la proteina precursore dell'amiloide, o con duplicazioni di proteina precursore dell'amiloide wild-type; (3) l'apolipoproteina E4 si associa ad attività epilettiforme subclinica in soggetti portatori non dementi; (4) alcuni casi di episodi amnestici di wandering e disorientamento in AD sono associati con attività epilettiforme e può essere prevenuta con i farmaci antiepilettici. Molti farmaci per la m. di Alzheimer che in atto sono in fase di sperimentazione hanno come obiettivo la riduzione dei livelli di A $\beta$ . Tuttavia, non se ne è ancora verificato l'efficacia e la sicurezza nel lungo termine. Gli studi precedentemente discussi suggeriscono che la riduzione della sincronizzazione aberrante dell'attività neuronale potrebbe effettivamente proteggere il cervello dagli effetti negativi della A $\beta$  sulle funzioni cognitive e quindi si potrebbe pensare a strategie terapeutiche complementari o alternative. E' possibile che alcuni farmaci antiepilettici di nuova generazione (come ad es. il LEV) potrebbero essere in grado di sviluppare la capacità di bloccare in modo specifico la disritmia indotta da A $\beta$  in pazienti con AD. Tuttavia sono necessari maggiori dati per una migliore valutazione dell'efficacia e della sicurezza di queste nuove strategie terapeutiche.

## **Disturbi cognitivo-comportamentali**

### **Dario Cannavò (Catania)**

I sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) sono manifestazioni secondarie, cioè espressione del tentativo di adattamento del soggetto ai sintomi cognitivi ed al deficit di funzionamento che ne consegue. Vengono definiti come un gruppo eterogeneo di sintomi da alterazione della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore o del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza. La prevalenza dei BPSD è elevata e varia, nei diversi studi, dal 25% al 90% dei pazienti con demenza. I BPSD rappresentano un outcome primario nella gestione delle demenze in quanto determinano aumento della disabilità e peggioramento delle prestazioni cognitive; aumento del rischio d'istituzionalizzazione; aumento dello stress fisico e psichico dei caregiver e dello staff assistenziale. La gestione di questi disturbi è, almeno parzialmente, farmacologica e ciò pone una serie di problematiche inerenti la sicurezza, l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci utilizzati, la loro reciproca interazione e la loro interferenza con le residue autonomie del paziente. I BPSD infatti possono rispondere a tutta una serie di interventi ambientali e psico-sociali, ma soprattutto

per le forme più severe, i farmaci diventano indispensabili. Le categorie di farmaci utilizzabili nella gestione dei BPSD sono plurime ed includono ansiolitici, antidepressivi, antiepilettici, inibitori delle colinesterasi, modulatori dei recettori NMDA e antipsicotici. Le evidenze e le certezze nella gestione farmacologica dei BPSD tuttavia sono scarse e non esistono sicuri standard di trattamento condivisi, per tali motivi ulteriori ricerche sono necessarie al fine di migliorare la gestione dei BPSD.

## **Terapia della malattia di Alzheimer: l'armamentario attuale Giuseppe Caravaglios (Aci Catena)**

Terapia della malattia di Alzheimer: l'armamentario attuale L'invecchiamento cerebrale patologico è un problema di salute crescente in tutto il mondo. L'industria farmaceutica non ha recentemente sviluppato nuovi farmaci che hanno avuto un impatto significativo sulla storia naturale delle sindromi dementigene degenerative, quindi è stata data una notevole attenzione ai nutraceutici e ai composti bioattivi nutrizionali che possono essere ottenuti direttamente dalla dieta o dall'integrazione. Questi composti possono essere in grado di modificare i processi fisiopatologici responsabili della neurodegenerazione e / o di avere proprietà pro-cognitive. In questa presentazione sarà fatta una rassegna delle attuali conoscenze sul ruolo delle modificazioni dietetiche, sull'integrazione vitaminica e sui possibili effetti di composti antiossidanti e nutraceutici con attività neuroprotettiva, nella prevenzione e nel trattamento particolarmente del morbo di Alzheimer e dei disturbi correlati.

## **Riabilitazione cognitiva nelle demenze: il contributo dei centri diurni Mario Santagati (Catania)**

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita dal Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità una priorità mondiale di salute pubblica: "nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, del triplo nel 2050, con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 4 secondi) e con una sopravvivenza media, dopo la diagnosi, di 4-8-anni. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale

sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate. Il Piano Nazionale Demenze (PND) - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze\" (GU n.9 del 13-1-2015) definisce tra i suoi obiettivi la "Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata" (Obiettivo 2) ai fini del miglioramento della qualità di vita di pazienti e familiari (Obiettivo 4) Per gestione integrata si intende un processo di presa in carico multi professionale e multidisciplinare al fine di offrire il più corretto appoggio terapeutico a chi soffre di demenza. I servizi devono agire su diversi livelli: ambulatoriale, domiciliare, ospedaliero, residenzialità diurna e continuativa. L'offerta assistenziale così organizzata permette di:ridurre i costi socio assistenziali, rallentare il decorso della malattia, migliorare la qualità di vita di pazienti e familiari In Sicilia e nella Provincia di Catania non è ancora attivato un Percorso Diagnostico trattamento assistenziale per le Demenze. L' ASP 3 di Catania ha attivato però una rete di servizi per la valutazione e assistenza della demenza, nello specifico , 6 centri disturbi cognitivi e demenze dislocati a Catania e provincia (Catania, Acireale, Caltagirone, Giarre, Paterno, Bronte) 3 centri diurni demenze (Acireale, Caltagirone, Paternò) , 2 centri di riabilitazione ambulatoriale (Catania, Giarre) con la presenza di equipe multidisciplinare, permettendo quindi una presa in carico globale di pazienti e familiari, promuovendo la prossimità al luogo di cura e l'umanizzazione dei percorsi di cura, consentendo una diagnosi più corretta e veloce nonché trattamenti specialistici sin dalle prime fasi della malattia. Appare però utile per la definizione di un vero PDTA il coinvolgimento dei medici di base affinché possano dialogare più efficacemente con i centri specialistici, dei comuni affinché si possano integrare al meglio i servizi socio assistenziali offerti da questi ultimi con i servizi sanitari, dell' associazionismo e delle strutture di residenzialità.

## **Dalla diagnosi all'intervento terapeutico: il ruolo del neuropsicologo**

### **Giuseppe Castro (Acireale)**

Lo psicologo è parte integrante dell' equipe multi professionale e multi disciplinare del PDTA per le demenze; la valutazione psicologica/neuropsicologica appare, infatti, indispensabile per l'inquadramento diagnostico del paziente nonché per l'eventuale trattamento "riabilitativo" . La stimolazione cognitiva non mira, comunque, al recupero delle funzioni lese, ma ad una riattivazione globale con l'obiettivo di stabilizzare o rallentare il percorso della malattia e favorire la

permanenza nel proprio ambiente familiare il più a lungo possibile. Le attività di stimolazione cognitiva costituiscono interventi mirati, strutturati e plurisensoriali allo scopo di rinforzare le capacità cognitive ancora parzialmente presenti, coinvolgendo l'anziano in modo gradevole e rinforzante. Le attività sono svolte in setting di gruppo per favorire l'interazione sociale e contrastare apatia e isolamento, sono modulate in base ai livelli di declino cognitivo passando dalle mnemotecniche per i pazienti con declino cognitivo lieve /MCI alla validation therapy per i pazienti gravi. Nella "riabilitazione" del paziente con demenza assume un ruolo centrale la famiglia; gli interventi riabilitativi infatti non possono prescindere dall'alleanza terapeutica con quest'ultimi e dalla co-costruzione con i familiari di un Piano di trattamento individuale; familiari che a loro volta sono coinvolti in percorsi psicoeducazionali e di sostegno visto che la demenza è una patologia che ha degli effetti negativi non solo sul paziente che ne è affetto ma anche sui familiari che devono reggere il peso dell'assistenza.

## **Gestione della persona affetta da demenza in condizioni di emergenza**

**Maria Concetta Guzzo (Catania)**

Nell'ultimo decennio è cresciuta la percentuale di anziani che afferrisce al dipartimento d'emergenza specie se affetti da demenza; tali soggetti aumentano nei PS italiani al ritmo di 100mila in più ogni anno, (stima SIMEU), ma il ricovero in ospedale spesso non è la risposta più adatta a questi pazienti. Uno studio condotto per 5 anni su 352 ospedali negli USA e in Inghilterra dimostra che circa il 53% (UK) e il 63% (USA) di pazienti che afferrisce in dipartimento di emergenza necessita di cure mediche con ricovero in TiP, minore percentuale si avvale di prestazioni chirurgiche; nello stesso studio sono gli ultraottantenni ad avere la degenza più lunga rispetto agli altri. Un altro studio condotto nel nord Italia ha riscontrato che l'80% dei pazienti over 85 anni è affetto da demenza (severa nel 30% dei casi e moderata nel 20%). Altro dato rilevante è che il 43% presenta una patologia somatica acuta e il 33% una patologia cronica scompensata; questi dati nei pronto soccorso nostrani sono ribaltati, la maggior parte dei pazienti presenta una patologia cronica con transitorio scompenso e tutto ciò perché sovente vi è un'inadeguata gestione sia da parte dei familiari ma soprattutto, per carenze nella medicina territoriale. Le patologie che spesso portano l'anziano alle cure del DEA sono: Cardiovascolari (scompenso cardiaco, sincopi, aritmie) Respiratorie (riacuzie bpcO, polmoniti, edemi polmonari) Malattie neurologiche ( VCC, alterazioni dello

stato di coscienza, minor e maior stroke) Ipotensione, ipoglicemie iatrogene, eccesso di dosi di psicofarmaci Per ciò che riguarda le emergenze chirurgiche in ordine abbiamo: traumi (fratture di femore, trauma cranico con conseguente emorragie cerebrali o focolai contusivi cerebrali) spesso legate a caduta a terra per s. vertiginose, lipotimia, ecc. sub occlusioni infezioni vie urinarie, ematuria, rettorragia, melena la valutazione del paziente in PS è un problema complesso, poiché il paziente non è in grado di riferire i sintomi e il familiare, pur di ottenere il ricovero, aggrava la reale situazione clinica. Le manifestazioni cliniche del paziente con demenza possono essere atipiche e, spesso, la riacutizzazione di uno stato cronico può manifestarsi con stato confusionale mascherando la vera natura della patologia. Questo spesso accade per stazionamento prolungato, ambiente rumoroso, illuminazione artificiale, dolore. Nella persona affetta da demenza oltre che l'anamnesi, va considerato importante l'esame obiettivo, vanno valutati attentamente i segni clinici e lo stato di coscienza. In PS, inoltre, i ritmi sono molto serrati, per cui è necessario valutare in tempi brevi l'anziano e comprendere se necessita effettivamente di un ricovero. In conclusione, purtroppo, a tutt'oggi, l'ospedale, sia dal punto di vista logistico che di adeguata preparazione da parte del personale, non è preparato ad accogliere il paziente demente; locali angusti, mancanza di barelle, presidi e personale di assistenza insufficienti, fanno sì che il soggiorno in luoghi di cura anziché beneficiare il pazienti, lo rendano ancora più fragile e vulnerabile, aggravando lo stato di salute già compromesso. Siamo lontani dai modelli USA che prevedono, nei PS, i codici d'argento con accesso prioritario al triage, accoglienza da parte di personale specializzato in geriatria e valutazione nei reparti di pertinenza.

## **Modelli assistenziali e il ricovero di sollievo**

### **Vincenzo Cilmi (Gravina Di Catania)**

La condizione di fragilità nel paziente anziano affetto da demenza determina una complessità assistenziale tale da richiedere un approccio integrato e multiprofessionale. In questo contesto, l'utilizzo di strumenti adeguati, quali la scheda SVAMA, risulta utile nel processo diagnostico multidimensionale ed interdisciplinare per identificare le risorse, i problemi clinici, psicosociali e funzionali del paziente, in modo da stilare un piano assistenziale personalizzato e garantire la continuità assistenziale, tramite l'attivazione della rete dei servizi. La gestione del paziente anziano con patologia acuta e comorbidità è garantita, in



ambito ospedaliero, nell'U.O. di Geriatria, da un'equipe multiprofessionale, specificatamente formata, composta da geriatri, infermieri, terapisti, assistenti sociali. Dopo la fase acuta, dall'ospedale l'assistenza si sposta sul territorio, grazie ad un collegamento funzionale che permette la continuità assistenziale tramite dimissioni protette. Il livello di supporto sociale, precedentemente valutato, diventa a questo punto fondamentale per indirizzare il medico geriatra nella scelta del tipo di dimissione protetta: Assistenza domiciliare integrata (ADI), in caso di supporto familiare adeguato, presenza di caregiver; Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), in caso di supporto familiare inadeguato, assenza di caregiver. L'RSA rappresenta quindi una struttura residenziale extra-ospedaliera preferenziale per anziani disabili, fisici, psichici e sensoriali, non autosufficienti, che necessitano trattamenti socio-assistenziali continui e non assistibili a domicilio. Gli obiettivi assistenziali dell'RSA sono la riabilitazione globale e di mantenimento e la riattivazione psicosociale. Più nel dettaglio, nell'ambito dell'assistenza al paziente con demenza, il modulo Alzheimer è un'area di degenza specificatamente dedicata che accoglie pazienti che oltre ai disturbi mnesici presentano turbe del comportamento ed agitazione psicomotoria. Il ricovero nel modulo Alzheimer, grazie alle molteplici figure professionali specializzate (geriatra, neurologo, fisiatra, psicologo, terapisti della riabilitazione, infermieri) consente di gestire in maniera olistica un paziente molto complesso, fornendo un'assistenza sia sanitaria che sociale. Alla riabilitazione fisica, neuropsichica e neuromotoria ed ai servizi offerti alla persona (barbiere, parrucchiere, podologo), si unisce il coinvolgimento del familiare (o del caregiver), a cui viene offerto supporto psicologico e sociale: tale coinvolgimento diventa elemento imprescindibile dell'assistenza erogata al malato di Alzheimer e permette di migliorarne la compliance. In quest'ottica quindi, il ricovero in RSA, oltre a garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, diventa elemento di sollievo la famiglia dell'assistito.