

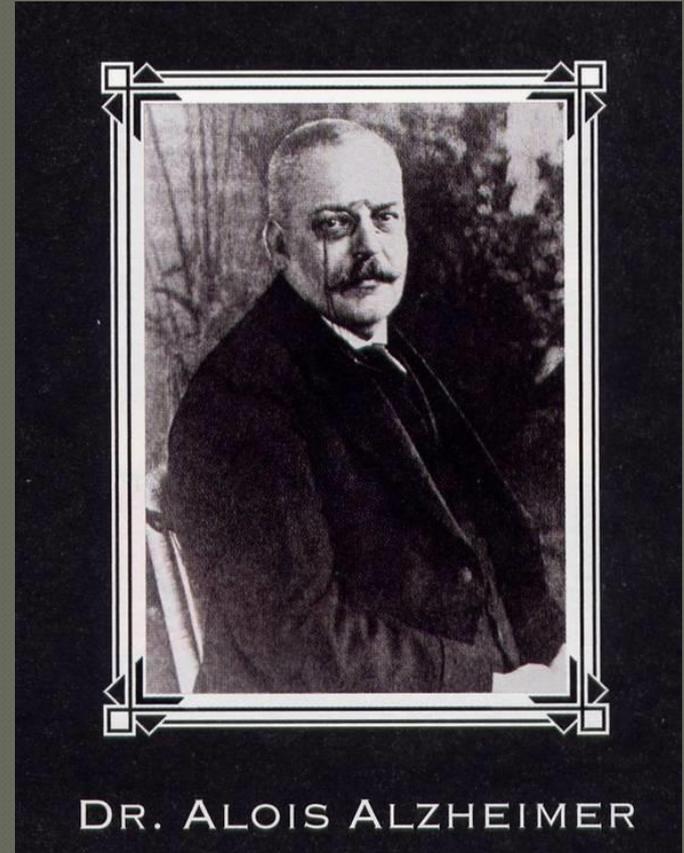
Le demenze

Enrico Granieri

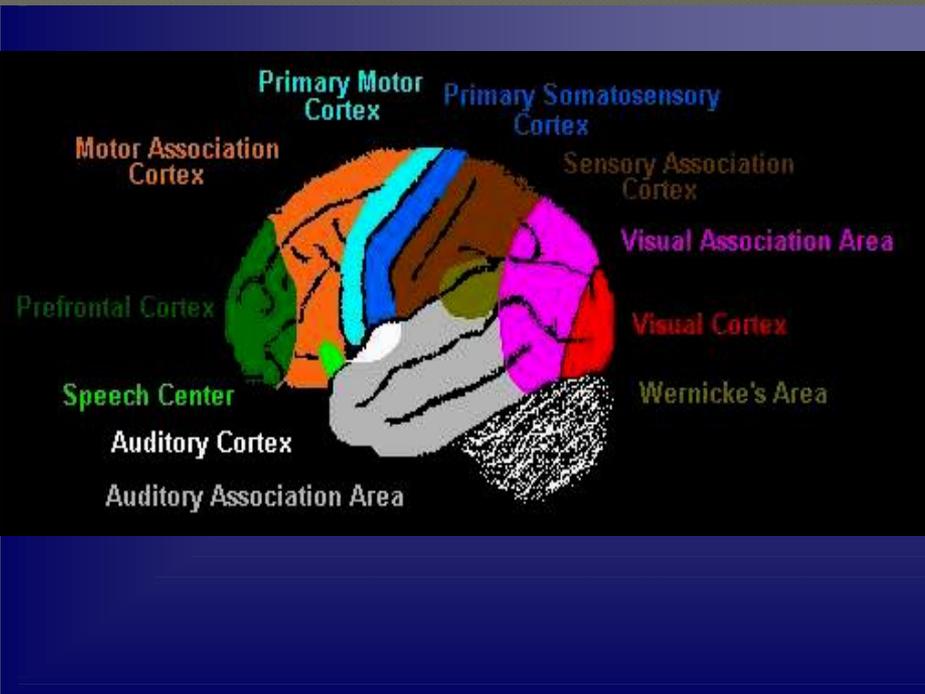
Università di Ferrara

Corso di Laurea di
Educatore
Professionale
Rovereto

Anno Accademico 2015-2016

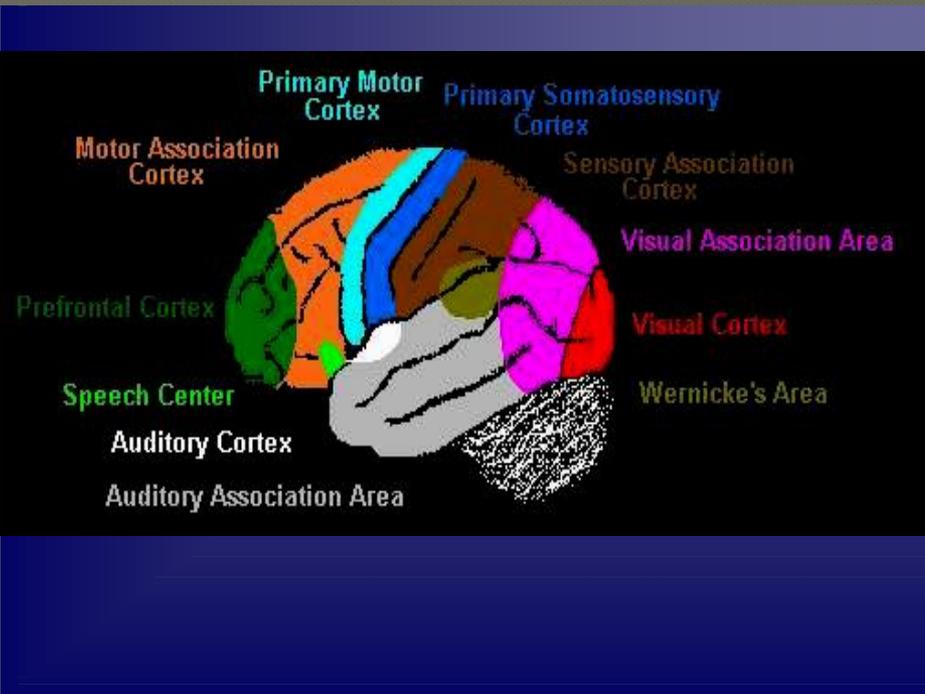


Sistema nervoso centrale



- **Funzioni primarie: motorie, sensitive, sensoriali, vegetative,**
- **Funzioni associative simboliche superiori cognitive e comportamentali**

Sistema nervoso centrale



**Funzioni associative
simboliche superiori
cognitive e
comportamentali:**
Memoria
Linguaggio,
Prassia,
Gnosia,
Emozioni,
Affetti,
Autocontrollo,
**Interazione logica e
coerente con
l'ambiente**

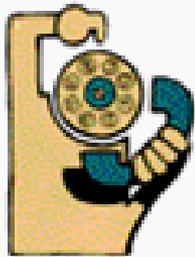
Come funziona il cervello



Ippocampo

(necessario per acquisire nuove informazioni)

**Memoria esplicita
(dichiarativa)**



Registrazione conscia di fatti espliciti quali persone, luoghi, oggetti, numeri di telefono, ...



**Memoria a lungo termine-
retrograda:**

un riverbero successivo in corteccia temporale



Cervelletto

(il più importante centro di memorizzazione delle abilità moto-sensoriali)

**Memoria implicita
(procedurale)**



Registrazione inconscia di abilità moto-sensoriali, come giocare a tennis, andare in bicicletta, ...

Come si rovina il cervello

Lesioni di sistemi

(degenerazioni)

Parkinson

Alzheimer

SLA

Lesioni focali

ICTUS

Tumori

Traumi

Lesioni chirurgiche

Lesioni infiammatorie



Lesioni funzionali

Encefalopatie

Metaboliche

Tossiche

Infettive

Infiammatorie

Come si rovina il cervello

Malattie progressive

Demenza di Alzheimer
Parkinson
Parkinson plus
Arteriosclerosi
(Demenza multiinfartuale)
Sclerosi multipla (non sempre)

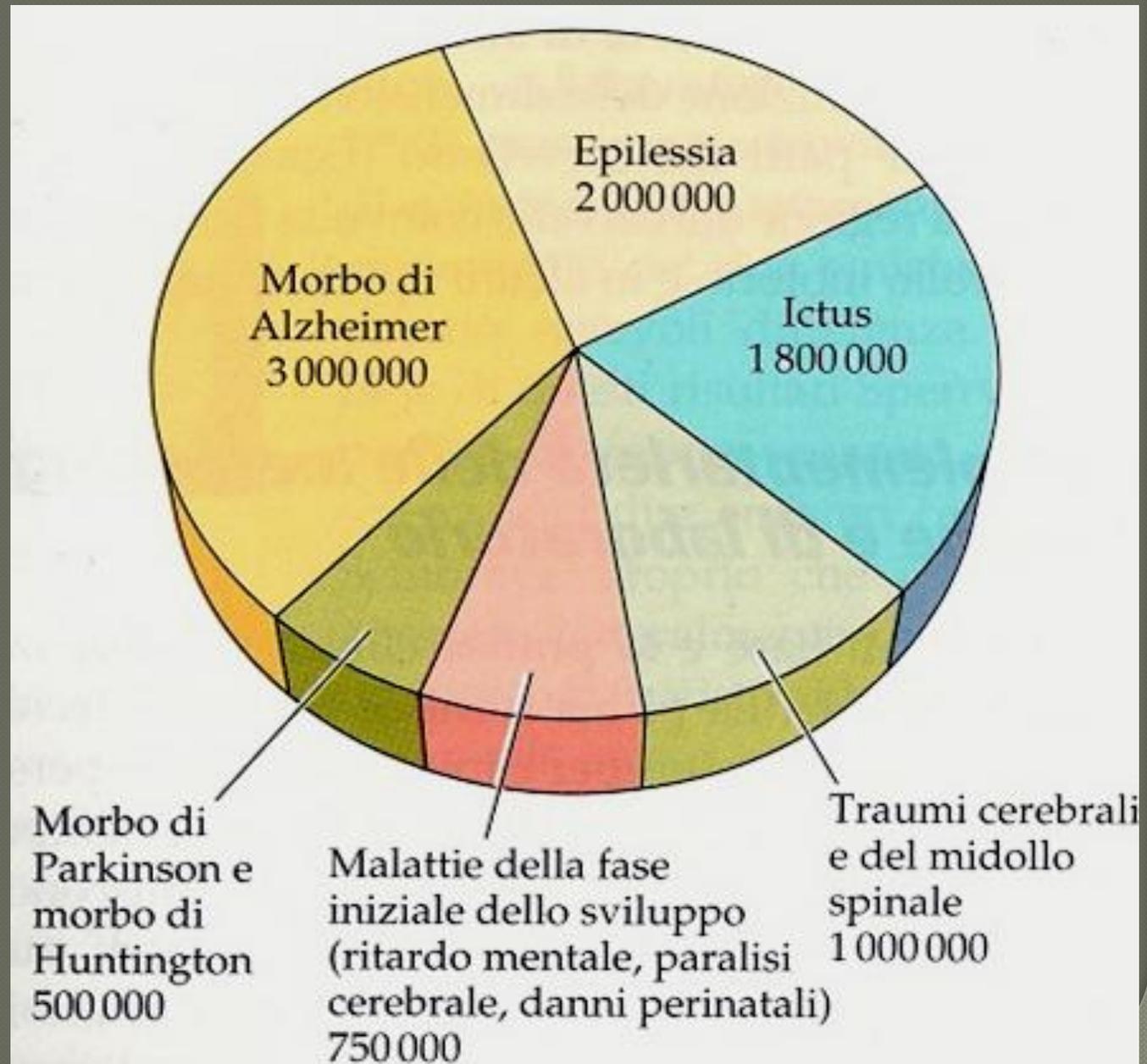
Malattie non progressive

ICTUS
Lesioni cerebrali post-traumatiche
Lesioni cerebrali post-chirurgiche

Malattie trattabili

Encefalopatie metaboliche
Encefalopatie infettive batteriche
Ematomi intracerebrali
(extradurali, subdurali)
Stato di male epilettico

Prevalenza delle malattie neurologiche



Come si rovina il cervello

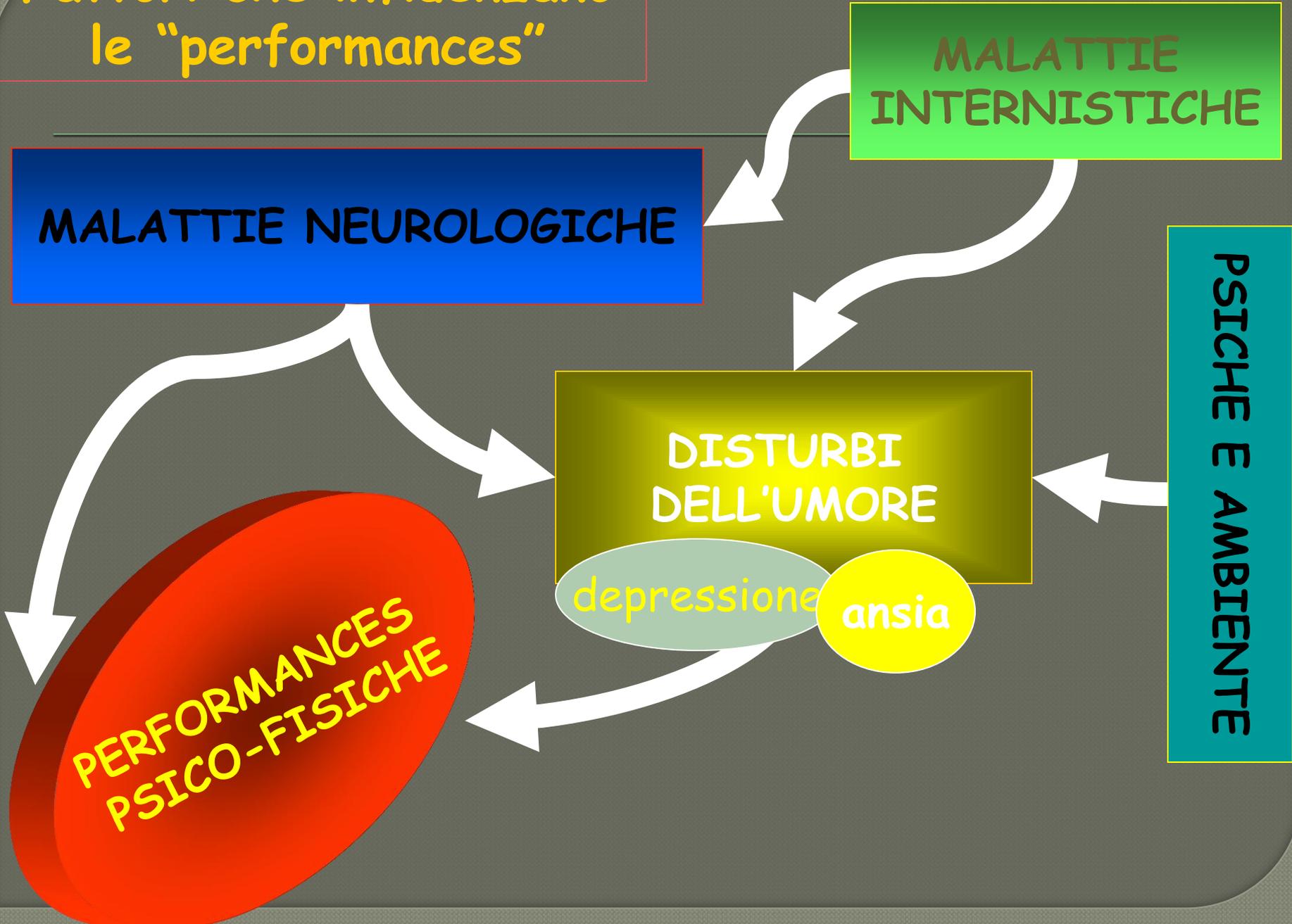
DECADIMENTO
CEREBRALE NORMALE



ALTERAZIONI
PATOLOGICHE
PROGRESSIVE

TONO DELL'UMORE

Fattori che influenzano le "performances"





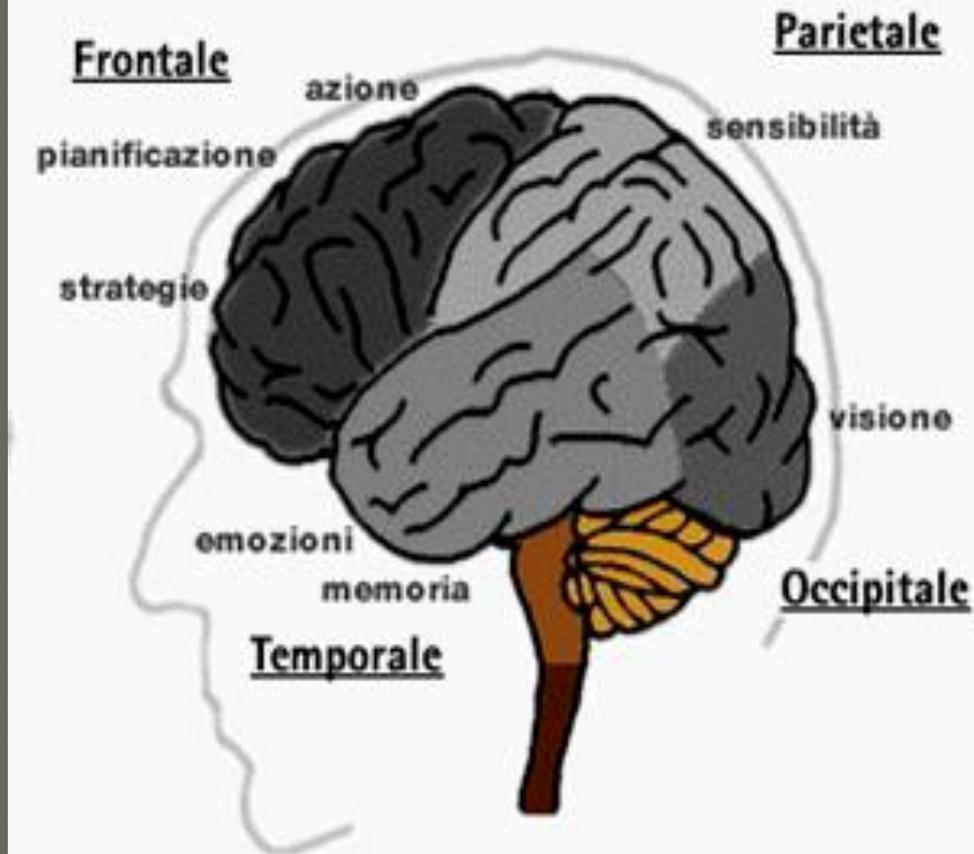
DEMENZE

Compromissione globale delle funzioni corticali superiori, comprese:

- la memoria
- la capacità di far fronte alle richieste della vita di ogni giorno
- la capacità di svolgere le prestazioni percettivo-motorie già acquisite in precedenza
- la capacità di conservare un comportamento sociale adeguato alle circostanze
- la capacità di controllare le proprie reazioni emotive.
- Tutto ciò in assenza di compromissione dello stato di vigilanza.

Tale condizione è spesso irreversibile e progressiva.

(Da "Committee of Geriatrics of the Royal College of Physicians, U.K., 1981)



Il termine “decadimento demenziale” implica un difetto acquisito delle capacità mentali.

Il sospetto diagnostico si fonda:

- a) sul confronto con l'efficienza mentale precedente l'esordio della malattia (studio longitudinale retrospettivo del paziente)
- b) sull'osservazione attuale del malato (comparazione del malato con un soggetto ideale normale)

Questi caratteri consentono di differenziare le demenze dalle oligofrenie (che sono stati d'insufficienza mentale presenti fin dall'inizio della vita).

Il termine “decadimento demenziale” implica un difetto
acquisito delle capacità mentali.

La demenza organica è da intendersi alla stregua di
insufficienza d'organo (il cervello), ad andamento cronico
progressivo
Chronic brain syndrome.

Nettamente distinguibile da

- Insufficienza acuta e transitoria
(stato confusionale)
- Stati di coma (coma cronico)

DEFINIZIONE E CRITERI DIAGNOSTICI DELLE SINDROMI DEMENZIALI

I criteri diagnostici proposti dal DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1983), malgrado alcuni punti criticabili, sono abitualmente considerati necessari e sufficienti per la diagnosi di sindrome demenziale:

- a) Perdita delle capacità intellettive di gravità sufficiente da ripercuotersi sull'inserimento sociale e/o professionale.**
- b) Alterazioni della memoria**

c) Presenza di almeno una delle seguenti manifestazioni:

- alterazioni della capacità di astrazione: interpretazione di proverbi, similitudini e differenze fra i sostantivi, definizione di concetti..

-alterazioni della capacità di giudizio

-alterazioni delle funzioni corticali superiori come

un'afasia (disturbo del linguaggio legato ad un'alterazione del funzionamento cerebrale), **un'aprassia** (incapacità di eseguire attività motorie senza alcun disturbo della comprensione e senza deficit motori),

un'agnosia (impossibilità di riconoscere gli oggetti malgrado l'integrità delle funzioni sensoriali) o

un'aprassia costruttiva (incapacità di copiare, per esempio, figure tridimensionali)

-modificazioni della personalità che vanno piuttosto nel senso di un'alterazione dei tratti premorbose

d) Assenza di alterazioni della vigilanza

e) Evidenziazione di una causa organica sottostante e/o esclusione di disturbi mentali non organici

Le demenze vengono classificate in:

- **Primarie** (70% dei casi) causate da malattie degenerative del cervello e sono:
 1. Alzheimer (50-55% dei casi)
 2. Demenza a corpi di Lewy
 3. Demenza fronto-temporale
- **Secondarie** cioè dovute ad altre condizioni patologiche e troviamo:
 1. Demenza vascolare
 2. Demenza su base endocrino-metabolica
 3. Demenza su base infettiva
 4. Demenza su base carenziale



EPIDEMIOLOGIA

PREVALENZA

8-12% della popolazione
ultrasessantacinquenne

L'aliquota sta progressivamente
aumentando

I tassi di prevalenza aumentano in
rapporto all'età

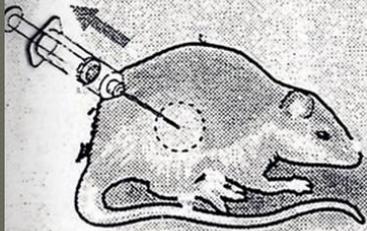
Numero di persone malate

per 100.000

Numero di residenti

Speranza di vita

Il gene anti età



1 La ricerca

Un gruppo di ricercatori italiani dell'Istituto Europeo di Oncologia ha condotto una sperimentazione sui topi che ha allungato del 35% la vita di questi animali

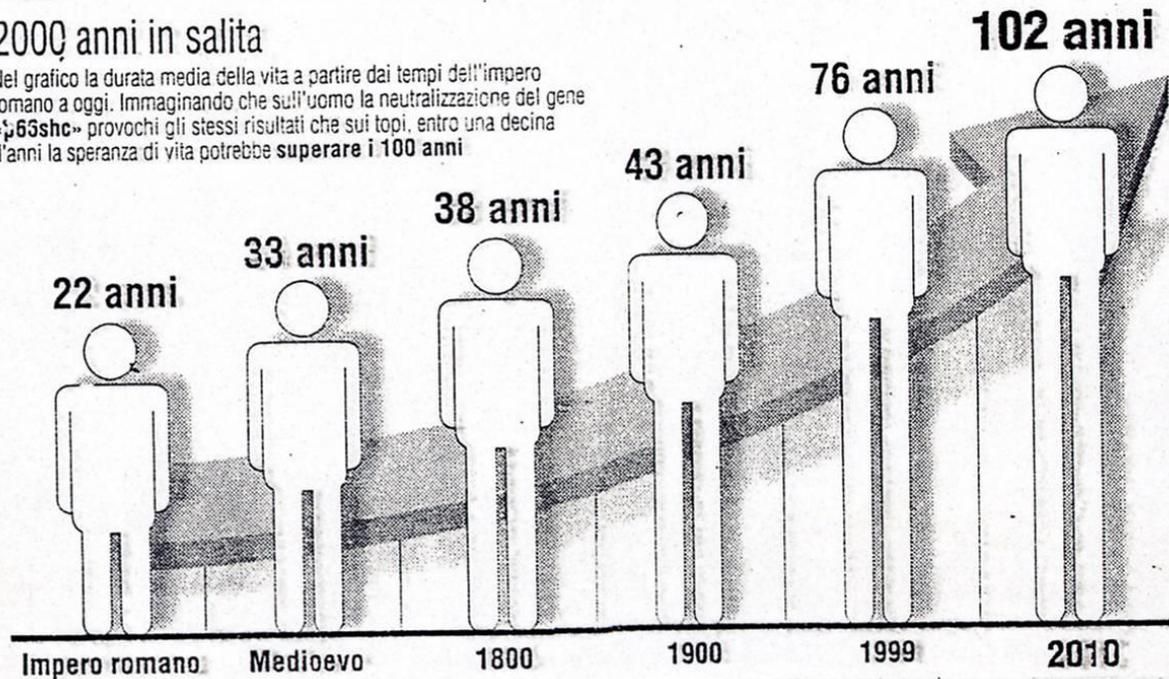


2 I risultati

Lo studio ha permesso di identificare il gene (il «p66shc») che controlla i processi di invecchiamento. La soppressione di questo gene determina l'allungamento della vita

2000 anni in salita

Nel grafico la durata media della vita a partire dai tempi dell'impero romano a oggi. Immaginando che sull'uomo la neutralizzazione del gene «p66shc» provochi gli stessi risultati che sui topi, entro una decina d'anni la speranza di vita potrebbe superare i 100 anni



FATTORI DI RISCHIO

- Invecchiamento: può interferire negativamente sull'esistenza del soggetto e sulla sua competenza cognitiva lungo più fronti, da quello strettamente affettivo a quello psicologico e internistico.
- Esposizioni croniche ad alcune sostanze esogene
 - Industriali monossido di carbonio
 manganese
 solfuro di carbonio
 - Farmacologiche antiepilettici, antipsicotici
 antidepressivi, antiparkinson, ecc
 - Dietetiche alcolismo cronico

POSSIBILI CAUSE

iatrogene

eccessiva assunzione di farmaci

effetti collaterali



Forme patologiche di demenza (da dati postmortem)

	%
Tipo Alzheimer	52.8
Arteriosclerotica	22.5
Mista (Alzheimer e arteriosclerotica)	13.6
Altre	8.3

Fig. 6.1 *Forme patologiche di demenza
(da dati postmortem).*

Cause di demenza reversibile

Endocrinologiche	Ipotiroidismo Ipoparatiroidismo
Metaboliche	Encefalopatia epatica Deficit di vitamina B ₁₂
Idrocefalo	Idrocefalo normoteso
Neoplasia	Meningioma frontobasale

Fig. 6.2 *Cause di demenza reversibile.*

Alcolismo e crisi di astinenza

alcolismo cronico



mortalità di solito dovuta ad atti irresponsabili (guida spericolata, cadute, risse), esposizione al freddo, polmonite ab ingestis, ecc.

alcolismo acuto

perdita della memoria, confusione, confabulazione (sindrome di Wernicke-Korsakoff), decadimento intellettuale generale

oftalmoplegia (diplopia, ptosi, ambliopia, neurite ottica)

volume e/o controllo abnormi del linguaggio



neuropatia periferica (causalgia e intorpidimento dei piedi, disestesie, perdita del senso di posizione, trascinarsi del piede)

atassia (degenerazione cerebellare)

ulteriori segni di interessamento sistemico: epatopatia, pancreatite, gastrite, osteoporosi



ti ucciderò!

allucinazioni visive e uditive

midriasi

tachicardia

tremore



delirium tremens. Brusca privazione di alcool dopo prolungata assunzione



accessi convulsivi d'astinenza. Spesso chiamati "crisi da rottura"

SINDROMI AMNESICHE

2. AMNESIE PERSISTENTI

A. Con esordio acuto

1) *Sindrome di Korsakoff*

E' causata dalla carenza di *tiamina*, fa seguito alla encefalopatia di Wernicke.

E' caratterizzata da:

- 1) amnesia totale di fissazione, associata ad amnesia retrograda di grande estensione;
- 2) disorientamento temporo-spaziale;
- 3) confabulazioni abbondanti e falsi riconoscimenti;
- 4) vigilanza, percezione e funzioni cognitive normali; comportamento calmo, senza coscienza di malattia.

L'*evoluzione*, sotto trattamento con alte dosi di tiamina, è regressiva, ma in modo incompleto; persistono di solito difetti della memoria, di grado variabile.

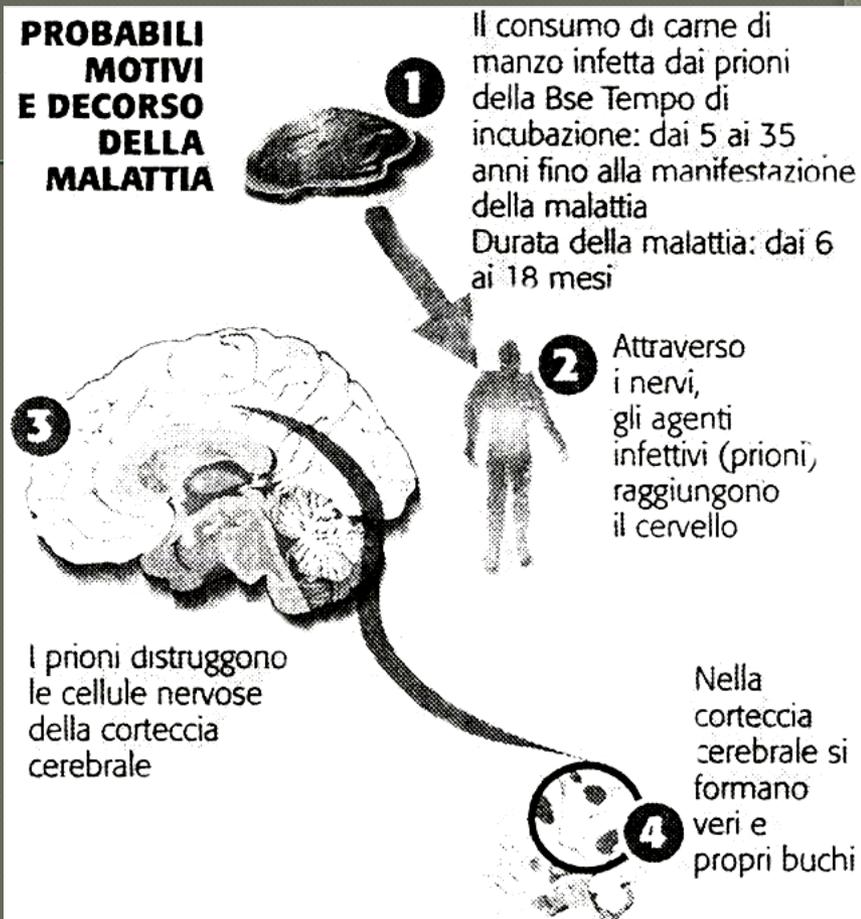


IL MORBO DELLA MUCCA PAZZA NELL'UOMO

L'evoluzione umana dell'encefalopatia spongiforme bovina (Bse) è una variante della malattia di Creutzfeldt Jakob (CJ)

Gli agenti infettivi (i prioni) della variante umana della Bse, e di altre malattie cerebrali simili, sono proteine anomale molto più piccole di un virus ma che agiscono in modo analogo

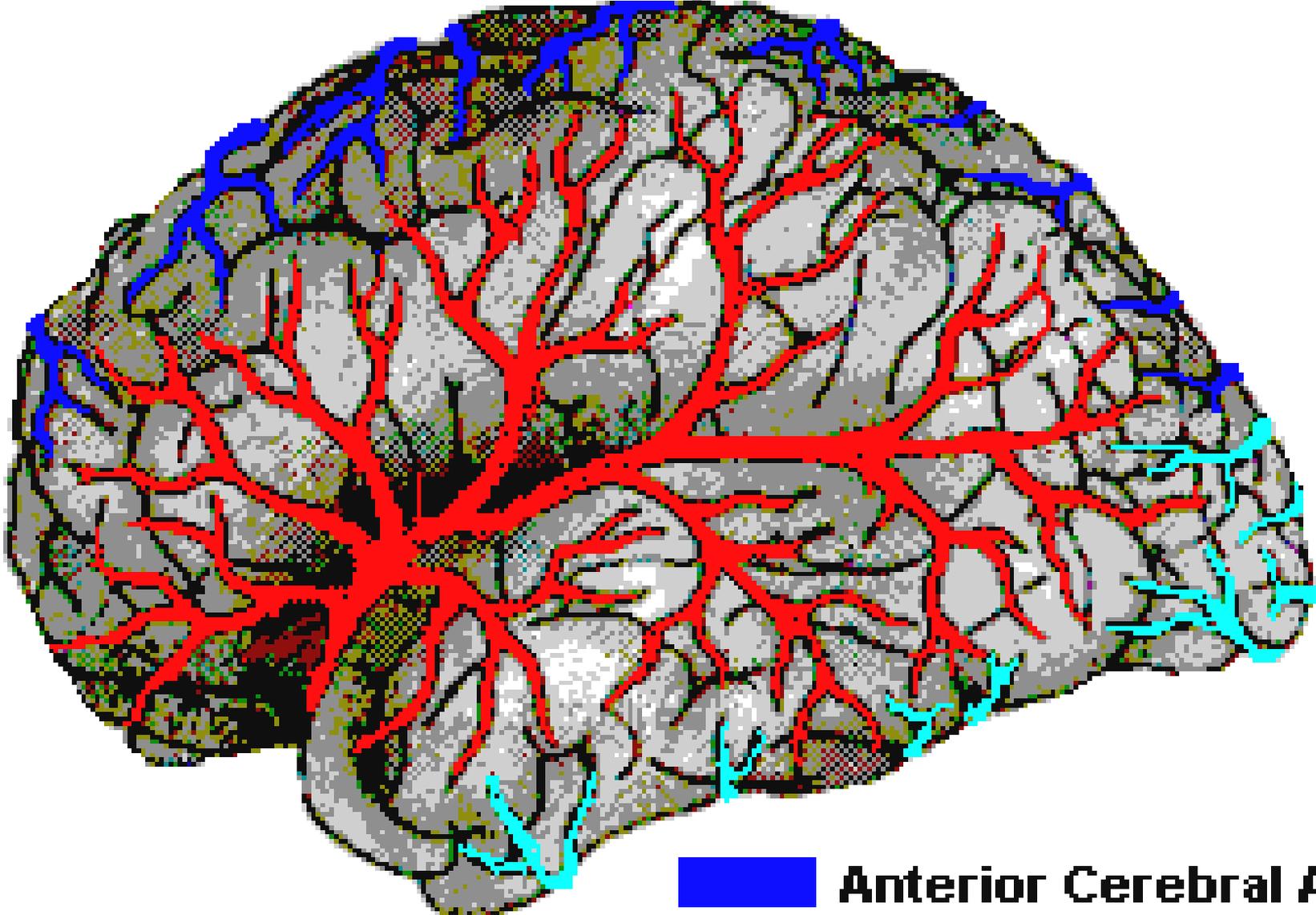
PROBABILI MOTIVI E DECORSO DELLA MALATTIA



CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA

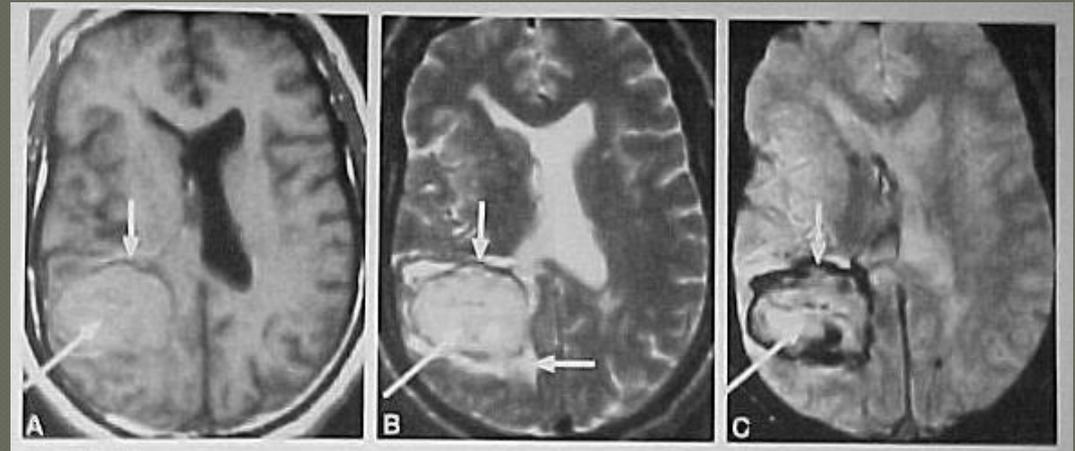
- depressione
- amnesie
- disturbi comportamentali
- perdita della padronanza del proprio corpo e della memoria
- demenza





- Anterior Cerebral Artery**
- Middle Cerebral Artery**
- Posterior Cerebral Artery**

NeuroImmagini in forme secondarie di demenza



Cause secondarie di demenza

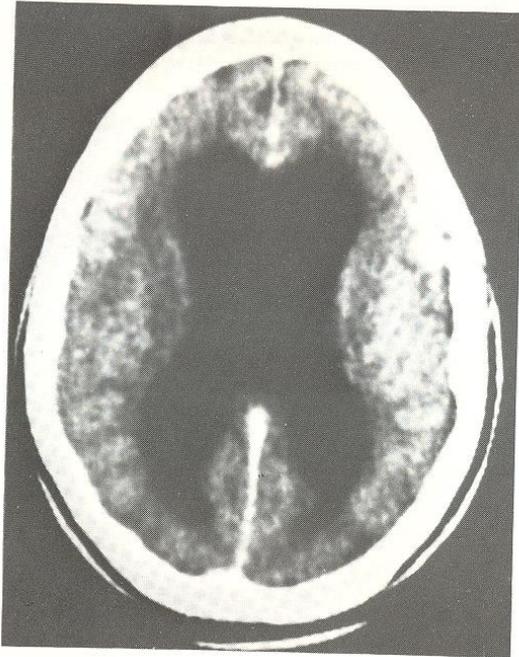


Fig. 14. *Idrocefalo normoteso idiopatico. L'ampia dilatazione dei ventricoli contrasta con l'assenza di allargamento dei solchi corticali (tomodensitometria).*

Idrocefalo

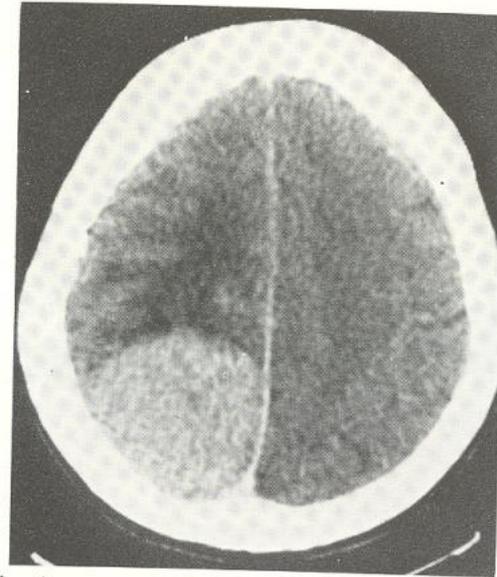


Fig. 15. *Voluminoso meningioma parieto-occipitale destro (tomodensitometria).*

Meningioma

Fattori di rischio per la malattia di Alzheimer

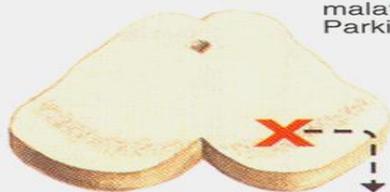
Fattori che aumentano il rischio



Invecchiamento

Storia familiare di malattia di Alzheimer

Sesso femminile



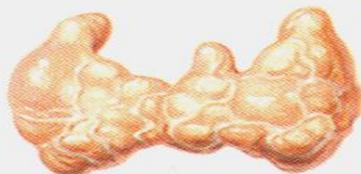
Dopamina



Basso livello di istruzione



Storia familiare di sindrome di Down



Malattie tiroidee



Traumi cranici

JOHN A. CRAIG, M.D.
C. Machado, M.D.
© Ciba



Cromosoma 19

Apolipoproteina E (ϵ_4 , ϵ_4)

Fattori che possono diminuire il rischio



Abitudine al fumo



Cromosoma 19

Apolipoproteina E (ϵ_3 , ϵ_3)



Uso cronico di farmaci antinfiammatori o estrogeni

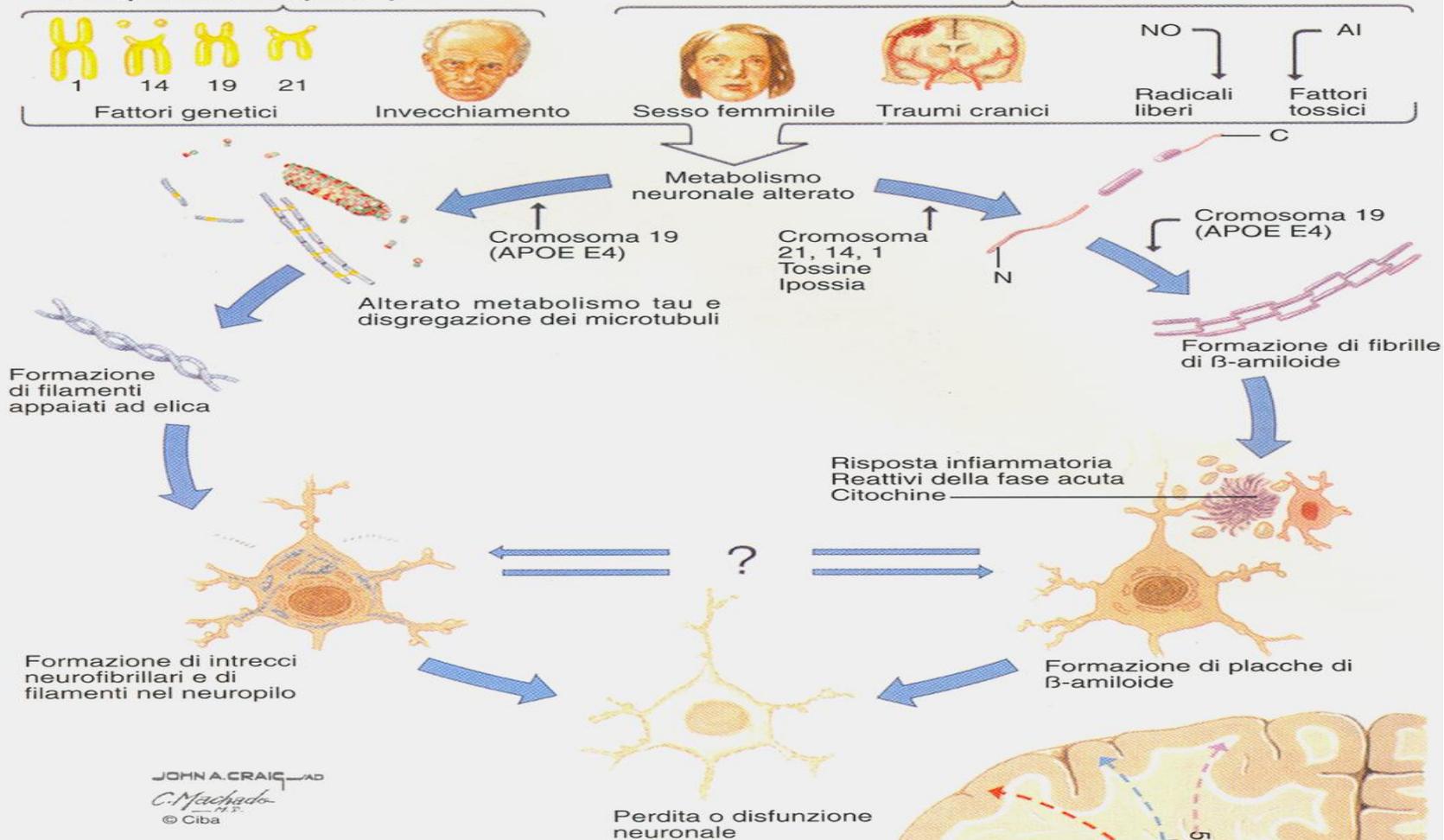


Elevato livello di istruzione

Fattori possibili nello sviluppo e nella progressione della malattia di Alzheimer

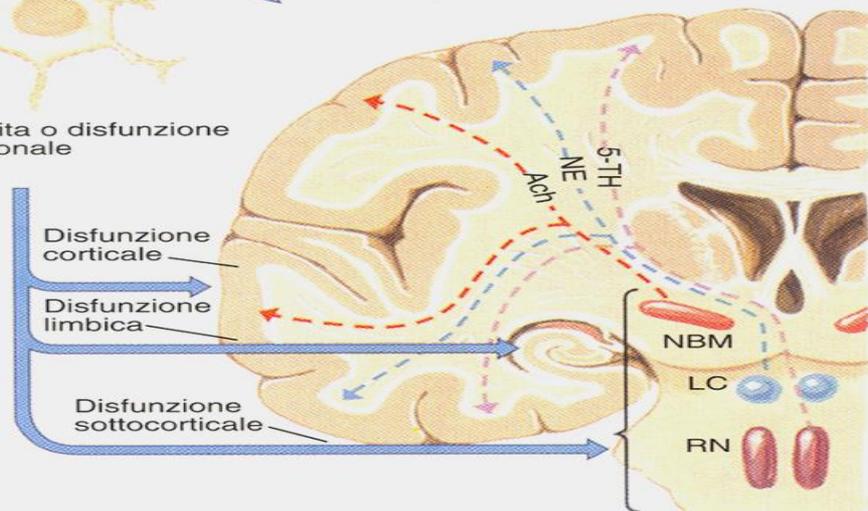
Principali fattori di predisposizione

Ulteriori fattori di predisposizione



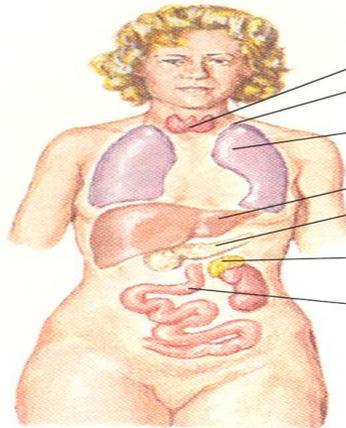
La demenza tipica della malattia di Alzheimer può essere il risultato di una selettiva perdita o disfunzione dei neuroni di proiezione, con disfunzione corticale, limbica, e sottocorticale e diminuzione di neurotrasmettitori

5-HT Serotonina
NE Norepinefrina
Ach Acetilcolina
NBM Nucleo basale di Meynert
LC Locus ceruleus
RN Nuclei del rafe



Demenze trattabili

Metabolica



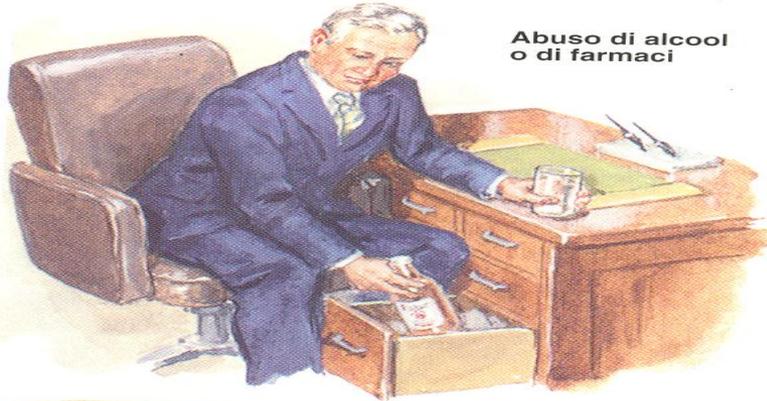
- Ipotiroidismo
- Iperparatiroidismo (ipercalcemia)
- Enfisema (narcosi da CO₂)
- Malattia epatica
- Malattia pancreaticata (ipoglicemia)
- Eccesso di cortisolo (sindrome di Cushing)
- Disordini nutrizionali (malassorbimento, pellagra)
- Deficienza di vitamina B₁₂ (anemia perniciosa)

Iatrogenica

- Dosi eccessive di farmaci
- Effetti collaterali di farmaci



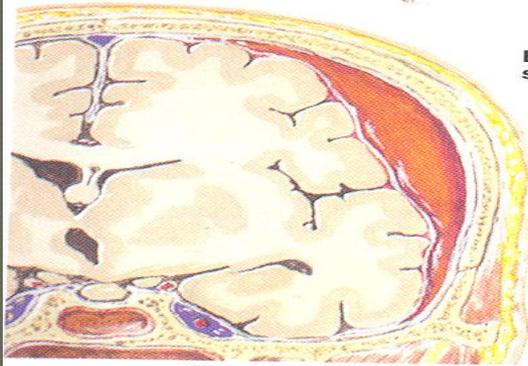
Abuso di alcool o di farmaci



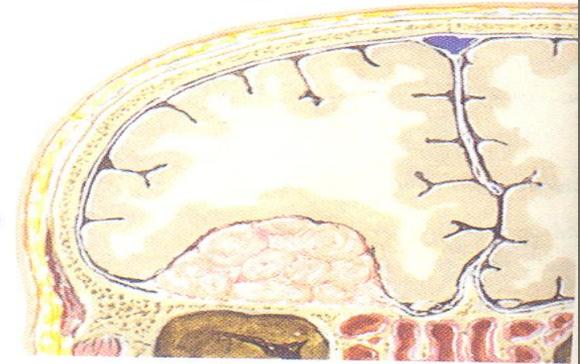
Pseudodemenza depressiva



Ematoma subdurale



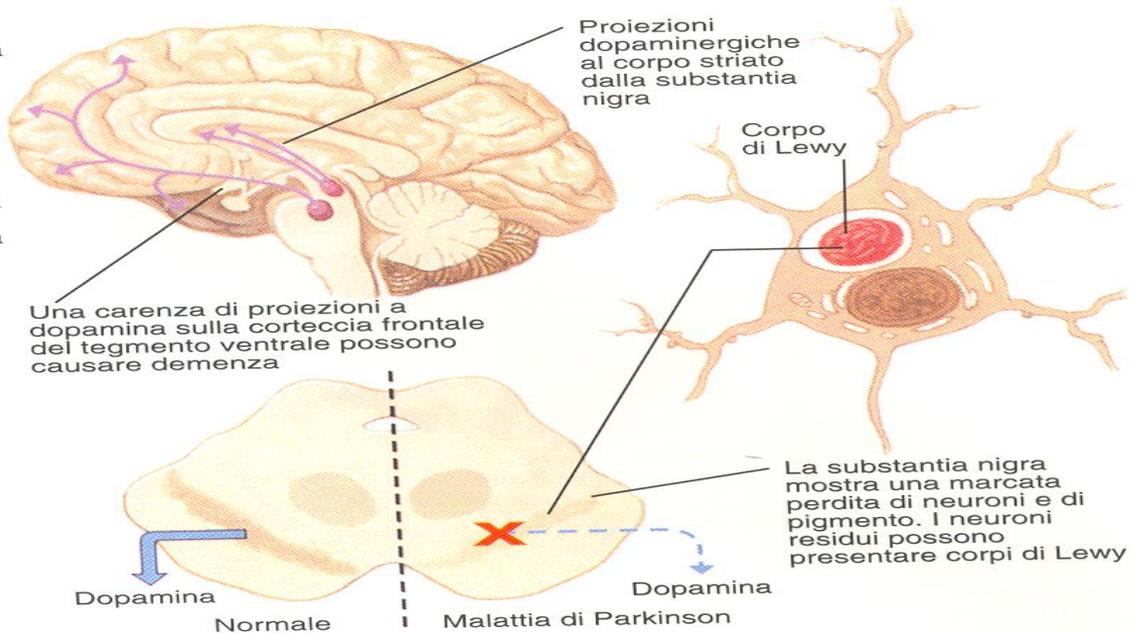
Tumore cerebrale



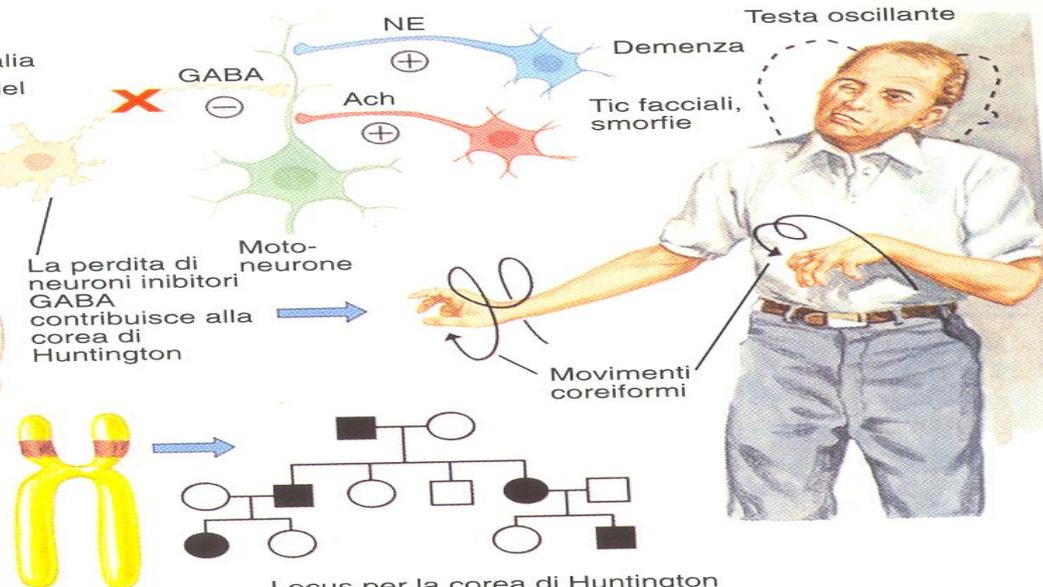
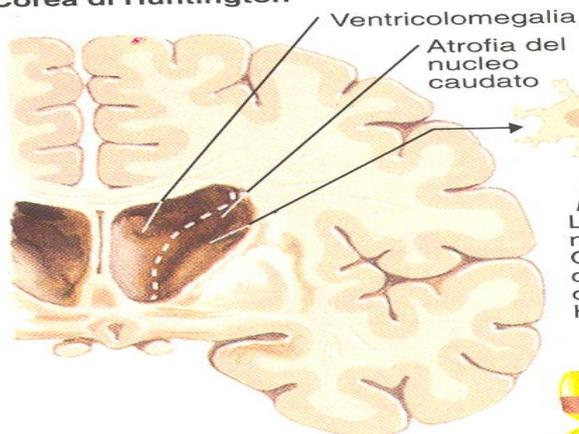
F. Netter
M.D.
© Ciba

Demenze sottocorticali

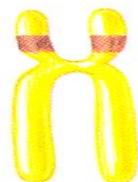
Malattia di Parkinson



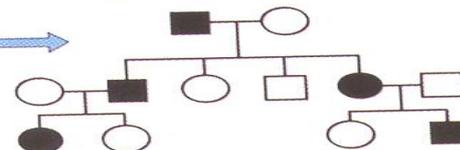
Corea di Huntington



Atrofia del nucleo caudato e del corpo striato e atrofia della corteccia frontale



Cromosoma 4



Locus per la corea di Huntington sul cromosoma 4.
Ereditarietà autosomica dominante

Demenza presenile di Alzheimer
insorgenza < 65 aa



Demenza Senile
insorgenza > 65 aa

Motivi in supporto della unicità della

Anatomici

Clinici

Genetici

Fattori protettivi

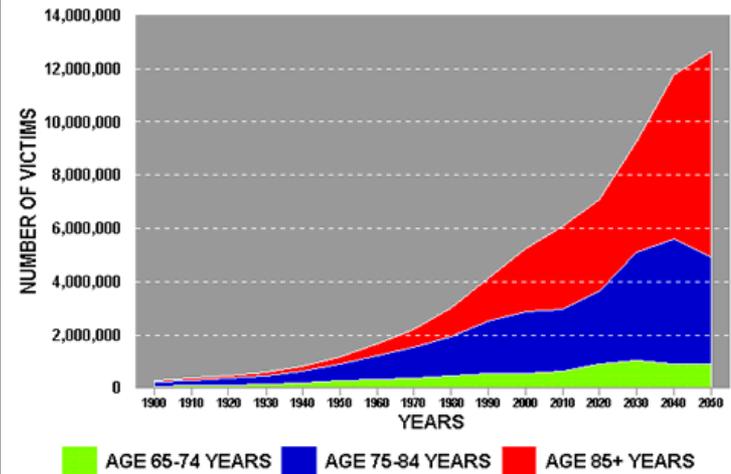
Estrogeni postmenopausa
Uso di FANS
Alto livello di istruzione
Buona socializzazione

Fattori favorenti

Trauma cranico
Basso livello di istruzione

Eziopatogenesi ?

Malattia di Alzheimer



Aumento delle incidenza con l'aumentare d

Forme familiari

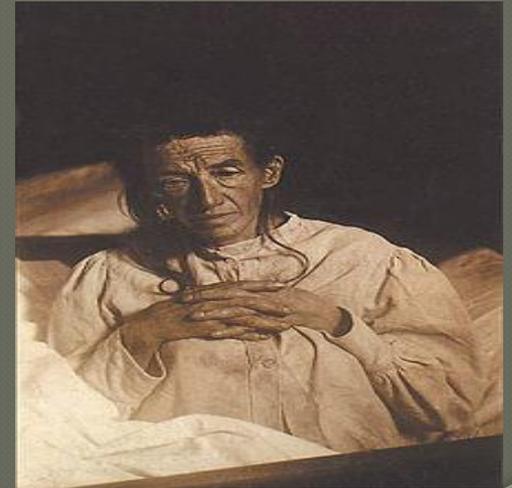
CH 14: presenilina 1,
CH 1 : presenilina 2
CH 21: Amyloid Precursor Protein

CH,19 Apolipoproteina E con tre genotipi
 $\epsilon 2$ (rischio ridotto) $\epsilon 3$ $\epsilon 4$ (rischio aumentato)

Malattia di Alzheimer

La demenza di Alzheimer è una malattia cronicodegenerativa, caratterizzata da una lenta e progressiva degenerazione neuronale che porta un lento declino delle facoltà cognitive, dell'autonomia della vita quotidiana, degli aspetti del carattere e del comportamento.

La sua durata è di circa 8-10 anni e la diagnosi di certezza è solo autoptica.



MALATTIA DI ALZHEIMER

Genetica

Forme familiari a esordio precoce

Almeno in 3 diversi geni le mutazioni - cromosoma 1
- cromosoma 14
- cromosoma 21

Presenilina 1 (Cromosoma 14) la più frequente

Presenilina 2 (Cromosoma 1)

Proteina precursore amiloide (Cromosoma 21)

ApoE (2)

Apo-E- ϵ 4: frequenza 15% in Europa

Tre volte maggiore nelle demenze Alzheimer

Un solo allele: Moderato aumento di rischio
Alzheimer

Odds Ratio: 2,2-4,4

Due alleli: alto rischio di Alzheimer

Odds Ratio: 5,1-17,9

Tuttavia, alcuni portatori di ApoE- ϵ 4 raggiungono età avanzate con le funzioni cognitive intatte

DEMENZA DI ALZHEIMER

ASPETTI NEUROPATOLOGICI

Macroscopicamente:
cervello diffusamente atrofico, prevalentemente a livello dei lobi frontali e temporali. Circonvoluzioni assottigliate, solchi corticali allargati, Terzo ventricolo e ventricoli laterali dilatati in modo simmetrico.

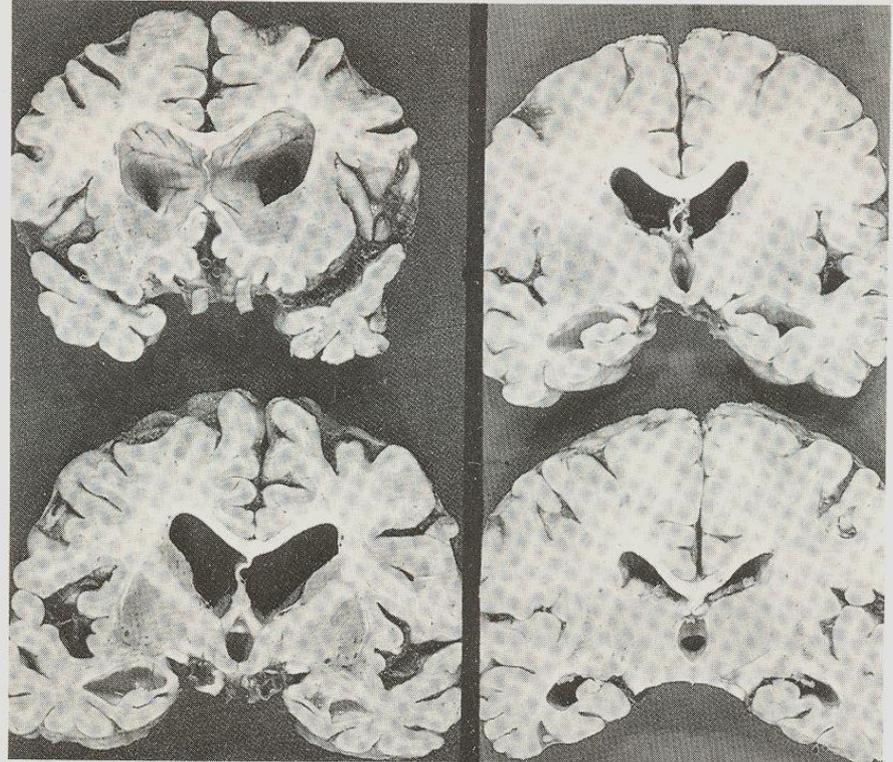


Fig. 5. *Atrofia cerebrale particolarmente marcata in un caso di demenza senile di tipo Alzheimer (a sinistra). L'atrofia corticale è predominante nelle regioni temporali. Si associa a una dilatazione ventricolare importante. A destra: cervello di una persona della stessa età, intellettivamente normale (Pr. J.J. Hauw, CHU Salpêtrière, Paris).*

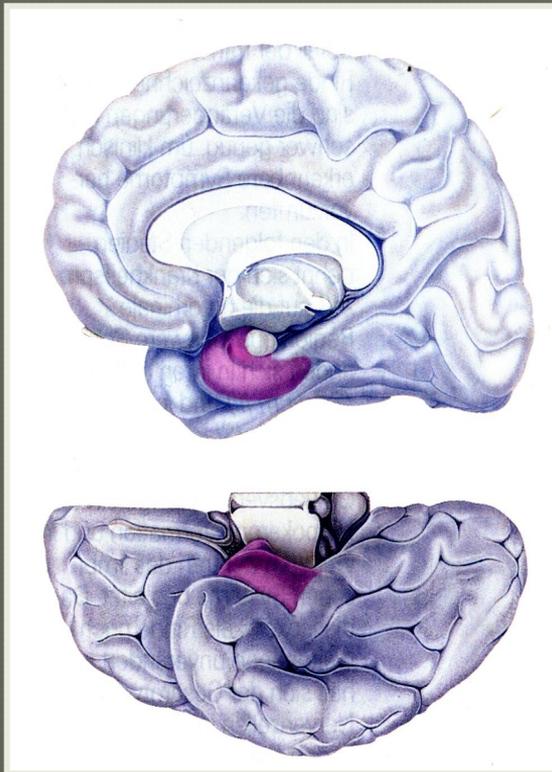
MALATTIA DI ALZHEIMER



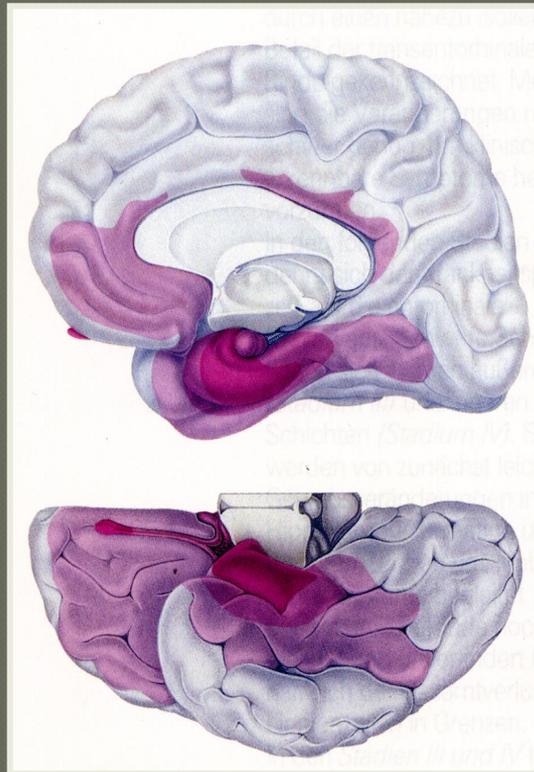
Fig. 6.3 *Malattia di Alzheimer. Sezione coronale che evidenzia l'allargamento dei solchi corticali e la dilatazione dei ventricoli.*

AD Progression

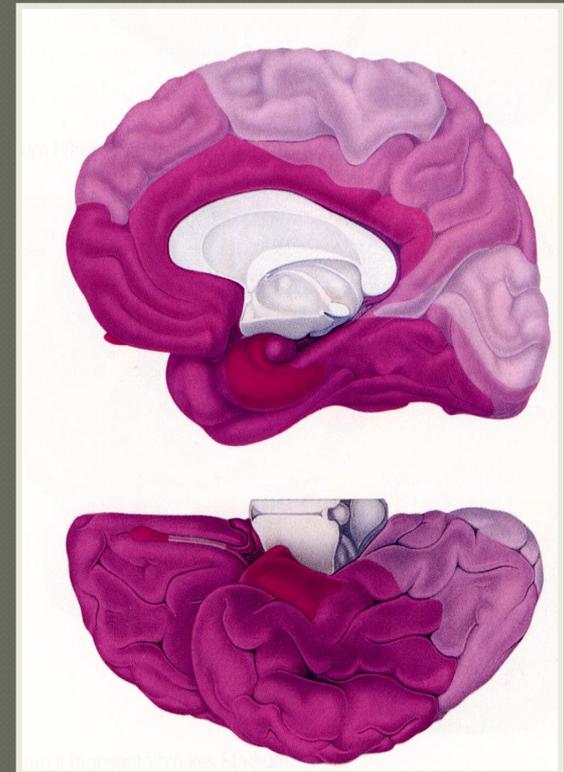
Braak stages I-II



III-IV



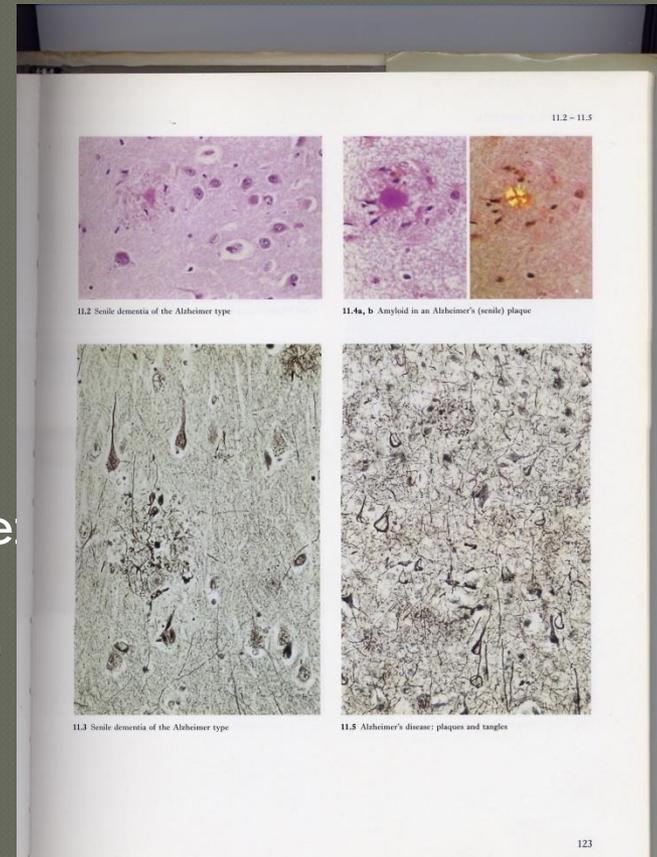
V-VI



Microscopicamente: Diffusa perdita neuronale a livello corticale, e gliosi secondaria.

In particolare, altre lesioni specifiche:

- a) Degenerazione neuro-fibrillare, (grovigli interneuronali di filamenti argentofili **-tangles-** formati da normali neurofibrille attorcigliate in coppie)
- b) Placche senili, accumuli di materiale amorfo extracellulari, costituito da neuroni degenerati
- c) Nell'ippocampo altre tipiche alterazioni:
 - degenerazione granulo-vacuolare de neuroni
 - corpi di Hirano, inclusioni eosinofile, fusiformi e bastoncellari, a struttura paracristallina.



MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMICHE

In questo capitolo vengono inclusi numerosi processi morbosi, aventi in comune alcuni caratteri distintivi:

- **SISTEMATICITÀ DELLE LESIONI**
- **DEGENERAZIONE PRIMARIA DEI SISTEMI**
- **EZIOLOGIA IGNOTA**
- **DECORSO CRONICO PROGRESSIVO.**

Demenza: turbe cognitive e comportamentali

Clinica



QUADRO CLINICO GENERALE

- Esordio subdolo e lento
 - I primi segni sono raramente colti dal malato, più spesso dai familiari, dai colleghi di lavoro:
 - "non sembra più la stessa persona"
 - Ha perso di interesse e di iniziativa,
 - Ha difficoltà a prendere decisioni rapide,
 - E' imbarazzato di fronte a situazioni nuove.
- Rendendosi in parte conto di queste difficoltà, sviluppa:
- Reazioni di ansia, di irritabilità, di depressione.



disorientamento spaziale
"Potrebbe, per favore, accompagnarmi in ufficio? Ho l'indirizzo scritto qui da qualche parte ma non riesco a trovarlo"



circonlocuzione
la paziente chiede al marito: "Giovanni caro, per favore, chiamami quella donna che fissa i miei capelli"



fase più avanzata
paziente vestita in modo sciatto, lenta, apatica, confusa, disorientata, con postura fissa



fase terminale
paziente costretto a letto, rigido, non rispondente, pressoché muto, incontinente

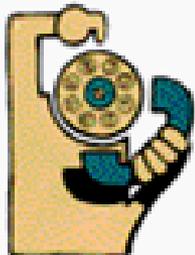
Come funziona il cervello



Ippocampo

(necessario per acquisire nuove informazioni)

**Memoria esplicita
(dichiarativa)**

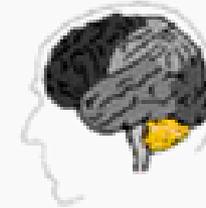


Registrazione conscia di fatti espliciti quali persone, luoghi, oggetti, numeri di telefono, ...



**Memoria a lungo termine-
retrograda:**

un riverbero
successivo in
corteccia temporale



Cervelletto

(il più importante centro di memorizzazione delle abilità moto-sensoriali)

**Memoria implicita
(procedurale)**



Registrazione inconscia di abilità moto-sensoriali, come giocare a tennis, andare in bicicletta, ...

DISTURBI DELL'AFFETTIVITÀ E DEL COMPORTAMENTO

Ansia e depressione (legate alla coscienza della malattia)

lasciano posto ad uno stato di apatia:

- Il malato si disinteressa del mondo, della famiglia, di sé stesso.
- Non si cura più del proprio abbigliamento e della persona
- Non ha più senso del pudore
- Si espone a pericoli perché non è più in grado di valutarli
- Non è in grado di prevedere le conseguenze delle proprie azioni
- Reazioni di agitazione psicomotoria
- Fenomeni all'apparenza ossessivi

A. Aspetto e comportamento interpersonale

affabile,
ben vestito,
brillante



depresso, vestito in
modo sciatto,
trascurato



iperreattivo



FASE CONCLAMATA

Perdita della memoria:

- Ricordi recenti dapprima, antichi successivamente

Il demente tende a negare il difetto mnesico (per lo più rilevato dai familiari)

(Il depresso endogeno invece lamenta spontaneamente un difetto della memoria recente, in realtà non compromessa)

- Trasposizione di vissuti biografici reali.

Confusione mentale

Malato disorientato nello spazio e nel tempo
nel riconoscimento delle persone
nel riconoscimento della propria identità

E. Contare alla rovescia

medico: " Mi conti all'indietro da cinque ad uno".
Paziente: "5... 3... 4... mi scusi, non riesco a farlo"



medico: "Mi sillabi all'inverso la parola 'mondi'".
Paziente: "M... N... O... D... I"

F. Netter M.D.
© CIBA

C. Memoria

medico: "Qui abbiamo tre oggetti: una pipa, una penna ed un ritratto di Abramo Lincoln. Io voglio che lei li tenga a mente e fra 5 minuti le chiederò di quali oggetti si tratta"



5 minuti più tardi.
Paziente: "Mi spiace, io non riesco a ricordare. Mi aveva mostrato qualcosa?"

FASE CONCLAMATA

Confusione mentale

Malato disorientato nello spazio e nel tempo
nel riconoscimento delle persone
nel riconoscimento della propria
identità

FASE CONCLAMATA

E. Contare alla rovescia

medico: " Mi conti all'indietro da cinque ad uno".
Paziente: "5... 3... 4...
mi scusi, non riesco a farlo"



medico: "Mi sillabi all'inverso la parola 'mondi'".
Paziente: "M... N... O... D... I"

F. Netter
M.D.
© CIBA

Decadimento intellettuale

Non è in grado di eseguire un ragionamento,
risolvere un problema,
fare calcoli,
svolgere il proprio lavoro.

Si isola dal mondo e si racchiude in un cerchio
sempre più ristretto di abitudini, al di fuori delle
quali non è più capace
di operare

A. Aspetto e comportamento interpersonale

affabile,
ben vestito,
brillante



depresso, vestito in
modo sciatto,
trascurato



iperreattivo



Disturbi iscrivibili nella sindrome di Klüver-Bucy

Placidità, apatia

Tendenza ad indagare virtualmente gli oggetti con esplorazione orale (comportamento della prima infanzia)

Iperfagia fino all'ingestione di materiale non commestibile

Ipersessualità: subcontinua attività masturbatoria (o profferte etero-omo-sessuali, specie nelle comunità)

Atti stereotipi di esibizionismo

Tutte queste manifestazioni si iscrivono nelle fasi più avanzate

della malattia e sono tutt'altro che frequenti.

Gradualmente il paziente perde definitivamente la capacità di accudire a se stesso.

La perdita dell'autonomia funzionale passa via via per tappe sempre meno rimediabili.

A. Aspetto e comportamento interpersonale

affabile, ben vestito, brillante



depresso, vestito in modo sciatto, trascurato



iperreattivo



B. Linguaggio

corretto

medico: "Mi scriva un breve paragrafo sul suo lavoro"

I have been an executive secretary to the vice president of the Zilich corporation for many years. My working conditions are satisfactory and I look forward to each day's business activity. I tend to many details for and supervise other

deficitario

I dont mush much do it yesterday way lousy day live alone when no to go to a job when

C. Memoria

medico: "Qui abbiamo tre oggetti: una pipa, una penna ed un ritratto di Abramo Lincoln. Io voglio che lei li tenga a mente e fra 5 minuti le chiederò di quali oggetti si tratta"



5 minuti più tardi. Paziente: "Mi spiace, io non riesco a ricordare. Mi aveva mostrato qualcosa?"

D. Prassi costruttiva e funzione visuo-spaziale

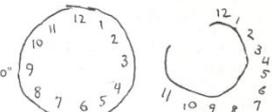
medico: "Mi faccia un semplice disegno di una casa"



corretto

anomalo

"Mi disegni il quadrante di un orologio"



corretto

anomalo

E. Contare alla rovescia

medico: " Mi conti all'indietro da cinque ad uno".
Paziente: "5... 3... 4... mi scusi, non riesco a farlo"

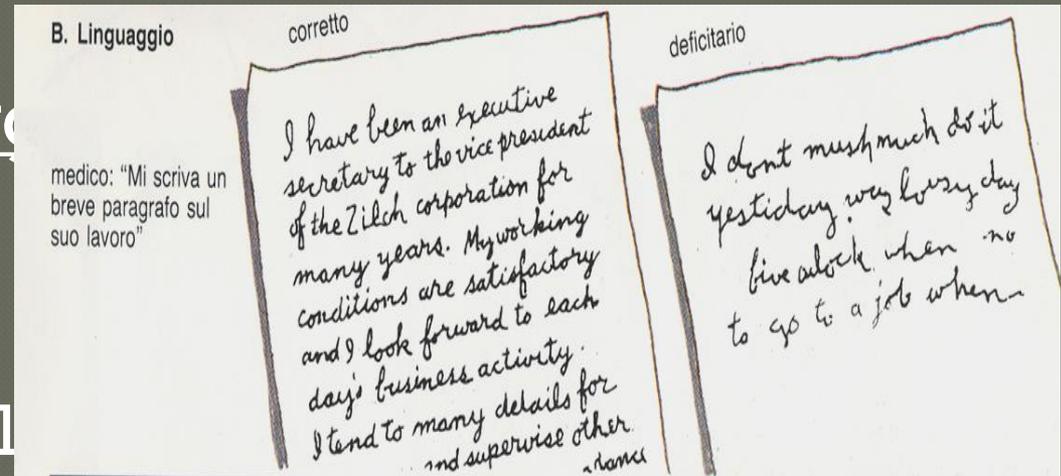


medico: "Mi sillabi all'inverso la parola 'mondi'".
Paziente: "M... N... O... D... I"

DISORDINI DELLA SFERA COGNITIVA SPECIFICI: DEMENZA ALOGICA

Disturbi del linguaggio e della scrittura

- Precoce Anomia
- Afasia fluente e non fl
- La comprensione è compromessa solo tardivamente in misura grave, tale da impedire quel contatto minimale necessario. Da tener conto però dei difetti mnesici, attentivi e intellettivi.



Disturbi della prassia

- Fallimenti nelle sequenze gestuali, finalizzate all'uso di strumenti della vita quotidiana (APRASSIA IDEATIVA)
- Forse più precoci i difetti gestuali di tipo aprassico IDEOMOTORIO, da testare con le prove di imitazione

Disturbi della prassia

- - Aprassia dell'abbigliamento
- Aprassia costruttiva
- Disprassia correlata a disturbi dell'attività cognitiva spaziale

D. Prassi costruttiva e funzione visuo-spaziale

medico: "Mi faccia un semplice disegno di una casa"

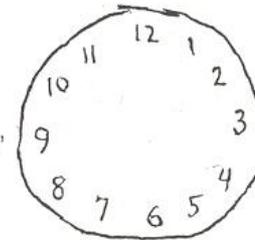


corretto

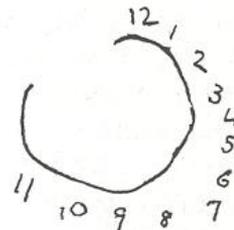


anomalo

"Mi disegni il quadrante di un orologio"



corretto



anomalo

Disturbi della gnosis

Disturbi visuo-percettivi

Difetti di esplorazione entro i campi di sguardo

Altri difetti di esplorazione sensoriale

D. Prassi costruttiva e funzione visuo-spaziale

medico: "Mi faccia un semplice disegno di una casa"

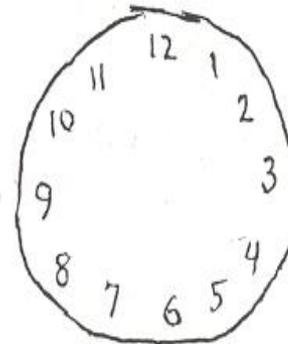


corretto

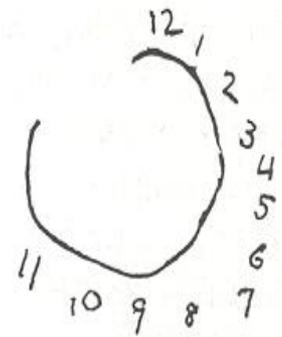


anomalo

"Mi disegni il quadrante di un orologio"



corretto



anomalo

TESTS PSICOMETRICI

- MINI MENTAL TEST
- RACCONTINI – RIPETIZIONE,..
- VALUTAZIONE AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
- VALUTAZIONE AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

A. Aspetto e comportamento interpersonale

affabile, ben vestito, brillante depresso, vestito in modo sciatto, trascurato iperreattivo



B. Linguaggio

corretto delcitaro

medico: "Mi scriva un breve paragrafo sul suo lavoro"

I have been an executive secretary to the vice president of the T.lich corporation for many years. My working conditions are satisfactory and I look forward to each day's business activities. I tend to many details for and supervise other -Anna

I don't much much & it yesterday, way living, they live about when no to up to a job when

C. Memoria

medico: "Qui abbiamo tre oggetti: una pipa, una penna ed un ritratto di Abramo Lincoln. Io voglio che lei li tenga a mente e tra 5 minuti le chiederò di quali oggetti si tratta"

5 minuti più tardi. Paziente: "Mi spiace, io non riesco a ricordare. Mi aveva mostrato qualcosa?"



D. Prassi costruttiva e funzione visuo-spaziale

medico: "Mi faccia un semplice disegno di una casa"

medico: "Mi disegni il quadrante di un orologio"

corretto anomalo corretto anomalo



E. Contare alla rovescia

medico: "Mi conti all'indietro da cinque ad uno"

Paziente: "5... 3... 4... mi scusi, non riesco a farlo"

medico: "Mi sillabi all'inverso la parola 'mondi'"

Paziente: "M... N... O... D... I"



F. Netter
© CIBA

ADL

(ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6

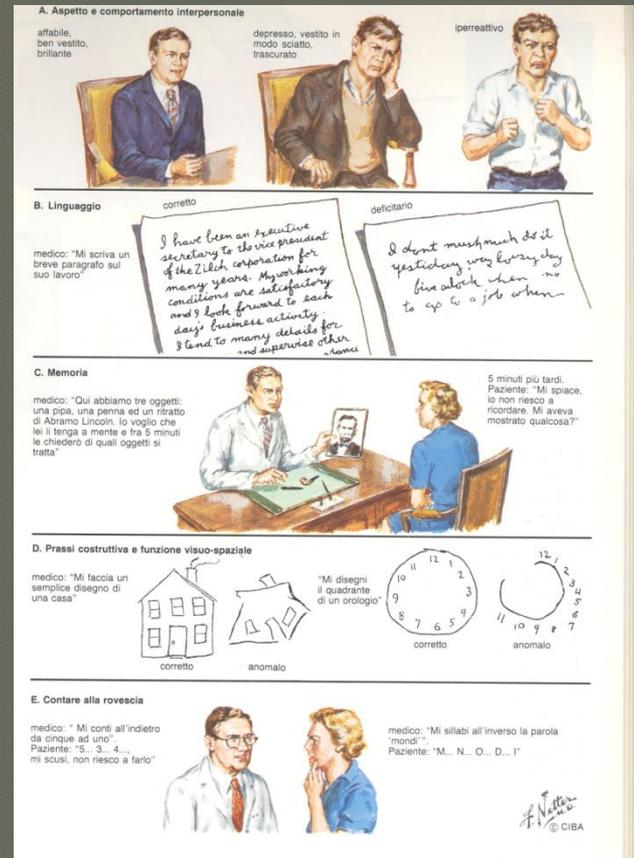
IADL

(INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

A) USARE IL TELEFONO	1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
	2) Compose solo alcuni numeri ben conosciuti	1
	3) E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
	4) Non è capace di usare il telefono	0
B) FARE LA SPESA	1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
	2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
	4) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
C) PREPARARE IL CIBO	1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
	2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
	3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
	4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
D) GOVERNO della CASA	1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1
	2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	1
	3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
	4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
E) FARE IL BUCATO	1) Fa il bucato personalmente e completamente	1
	2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
	3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
F) MEZZI di TRASPORTO	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
	2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
	3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
	4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0
	5) Non si sposta per niente	0
G) ASSUNZIONE FARMACI	1) Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
	2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
	3) Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
H) USO DEL DENARO	1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
	2) E' in grado di fare piccoli acquisti	1
	3) E' incapace di maneggiare i soldi	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)		/8

Disturbi comportamentali

- Deliri
- Allucinazioni
- Agitazione / Aggressività
- Depressione / Disforia
- Ansia
- Esaltazione / Euforia
- Apatia / Indifferenza
- Disinibizione
- Irritabilità / Labilità
- Comportamento Motorio
- Aberrante
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Sonno



Deliri

- Crede cose che non sono vere?
- Crede che qualcuno sta cercando di fargli del male, di rubargli qualcosa?
- Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua?
- È convinto proprio di queste sue ideazioni errate?

Allucinazioni

- ◉ Vede o sente cose che in realtà non esistono?
- ◉ Sembra vedere, sentire, o provare cose non presenti?
- ◉ Ha la percezione non normale di suoni, di visioni, di odori, di sapori, di altre sensazioni non vere?

Agitazione / Aggressività

- Ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o non si lascia aiutare dagli altri? (es. pulizia, cambio d'indumenti).
- È difficile da gestire?
- Diviene irritato, ostinato,..
- Vuole le cose fatte "a modo suo"?
- Grida, bestemmia, sbatte porte, dà calci ai mobili, lancia oggetti,..?
- Tenta di far del male, di colpire gli altri,?

Depressione

- ◉ Sembra essere o dice di essere triste, depresso?
- ◉ Ha periodi di malinconia o di pianto?
- ◉ Si comporta come se fosse triste, dice di sentirsi un fallito?
- ◉ Dice di essere cattivo, sembra molto scoraggiato, di non aver speranze per il futuro?
- ◉ Dice di essere un peso per la famiglia, .?.
- ◉ Dice di desiderare la morte, di volersi uccidere?

- È molto nervoso, allarmato, spaventato, senza motivo?
- Sembra molto teso, agitato?
- È impaurito dal rimanere lontano da voi?
- Ha momenti in cui non è rilassato, con respiro corto, sospira e ansima senza ragione apparente?
- Si lamenta di qualcosa che si torce nello stomaco, ha il batticuore (sintomi non spiegabili da malattie)?
- Evita posti o situazioni che lo innervosiscono di più (incontrare amici, viaggiare in auto,..)?
-

Esaltazione / Euforia

- È eccessivamente felice o allegro senza motivo?
- Ha un persistente stato di euforia?
- Trova spiritose o ridicole cose che gli altri (sani) non trovano divertenti?
- Ride per cose che che gli altri non trovano spiritose?
- Ha un senso dell'umorismo molto infantile, puerile con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (esempio: quando un contrattempo colpisce altre persone)?
- Fa scherzi o compie osservazioni poco spiritose, ma che lui ritiene divertenti?
- Compie scherzi come dare pizzicotti, oppure fa giochetti solo per lui divertenti?
- Si vanta e dice di essere più bravo, più famoso o più ricco di quanto sia veramente?

Apatia / Indifferenza

- Ha perso interesse verso il mondo che lo circonda? Per far le cose? È meno motivato ad iniziare cose nuove? Ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa?
- È meno attivo e spontaneo?
- È meno interessato dei propri interessi?
- Si comporta meno affettuosamente o mostra riduzione/perdita delle emozioni rispetto al solito?
- Ha perso interesse verso parenti e amici?

Disinibizione

- Sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che normalmente non fa o dice in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o altri?
- Parla a estranei come se li conoscesse?
- Dice cose irrispettose o offensive?
- Dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che normalmente non faceva?
- Parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico?
- Si prende delle libertà oppure tocca o abbraccia altre persone in modo diverso al solito comportamento?

Irritabilità / Labilità

- Si arrabbia, si irrita con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anomalo?
- Ha un brutto carattere, “perde le staffe” per piccole cose?
- Passa rapidamente dalla serenità alla rabbia?
- È insofferente? Si innervosisce per ritardi, per fame, per ogni circostanza,...
- Borbotta frequentemente e diventa difficile sopportarlo?

Comportamento motorio aberrante

- Continua a camminare, a fare e rifare le stesse cose (es. aprire cassetti, armadi, sposta continuamente oggetti, attorciglia lembi di vestiti, lacci, etc.
- Cammina senza scopo per la casa?
- Si aggira spostando, aprendo, rovistando?
- Toglie e mette continuamente i vestiti?
- Fa e ripete continuamente gli stessi movimenti?
- Sembra continuamente agitato, sembra incapace di star seduto, fa saltellare eccessivamente i piedi, le dita,?
- Ha altre ripetitività?

Disturbi del comportamento alimentare

- Ha perdita d'appetito?
- Ha aumento d'appetito?

- Ha diminuzione di peso?
- Ha aumento di peso?
- Ha cambiato abitudini alimentari (es. mangia voracemente)?
- Ha cambiamenti di gusto riguardo ai cibi che prima gli piacevano (mangia molti cibi o preferisce e pretende un cibo in particolare)?
- Ha sviluppato specifiche abitudini come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o nello stesso ordine?

Sonno

- Ha difficoltà ad addormentarsi?
- Si alza spesso durante la notte (*non considerare chi si alza 2-3 volte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente*)?
- Vaga per la casa o svolge attività inopportune?
- Disturba i familiari e/o li tiene svegli?
- Si veste e vuole uscire credendo che sia giorno?
- Si sveglia molto presto al mattino (rispetto alle sue abitudini)?
- Dorme eccessivamente durante il giorno?
-

ELEMENTI CLINICI DI VALUTAZIONE

Fase neurologica:

Sindrome acinetica parkinsonsimile;

Disturbi del controllo sfinterico a genesi molto varia

- vescica disinibita,
- vescica spastica,
- noncuranza patologica (disgnosia) con minzioni in luoghi e tempi inappropriati, ecc.

Equivalenti disturbi ano-rettali in fase alquanto più tardiva, in

fasi molto avanzate comportamento infantile con le feci (per es. compiaciute manipolazioni).

Riflessi arcaici di liberazione

Atassia della marcia

Ipercinesie bucco-linguo-facciali

In fase terminale SINDROME ADINAMICA (o

ACINETICO-ABULICO-APATICA, degli autori Sovietici)

ELEMENTI CLINICI DI VALUTAZIONE

Fase internistica:

- Cachessia a rapida evoluzione, simil-carcinomatosa
- Comparsa di insufficienza miocardica poco sensibile alla digitale
- Comparsa di fenomeni infettivi, testimonianti la sopravvenuta depressione immunitaria
- **QUESTA FASE TERMINALE DI MALATTIA PORTA IL PAZIENTE ALL'EXITUS**

Demenza vascolare J V Bowler

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;

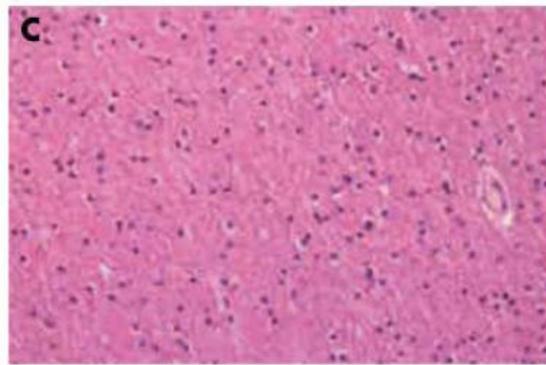
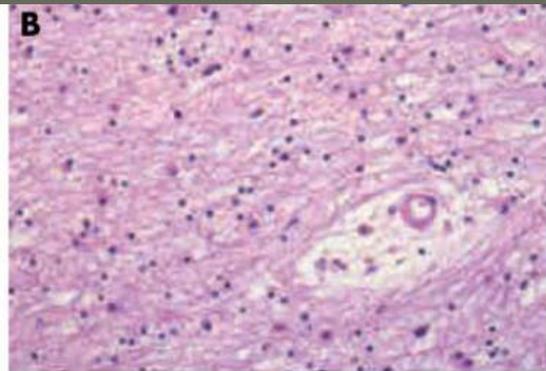
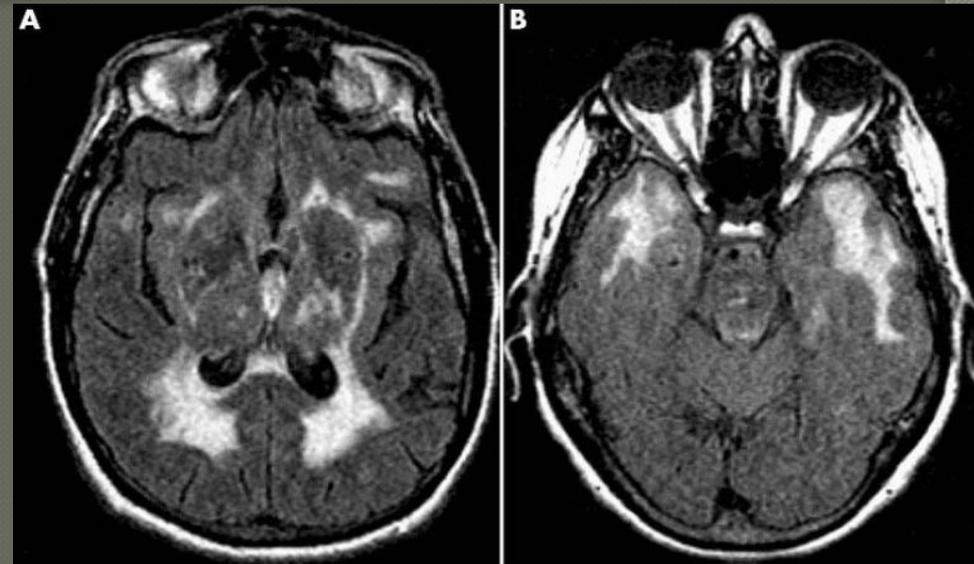
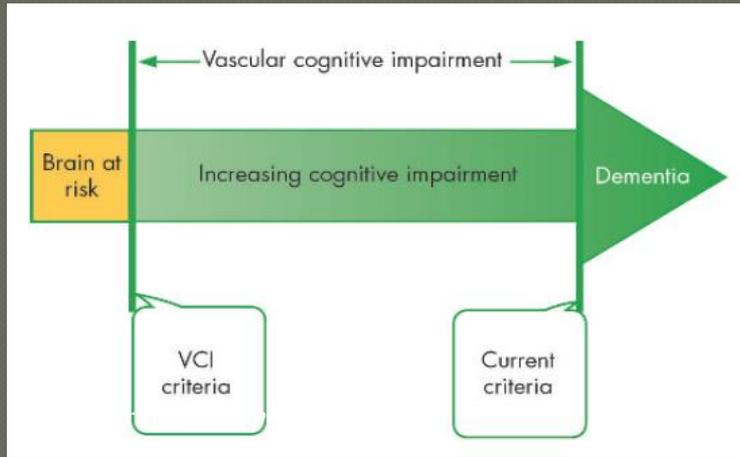


Table 1 The ischaemic scale

Feature	Value
Abrupt onset	2
Stepwise deterioration	1
Fluctuating course	2
Nocturnal confusion	1
Relative preservation of personality	1
Depression	1
Somatic complaints	1
Emotional incontinence	1
History/presence of hypertension	1
History of strokes	2
Evidence of associated atherosclerosis	1
Focal neurologic symptoms	2
Focal neurologic signs	2
Total score	

Scores over 7 suggest a vascular aetiology for dementia, whereas scores of 4 or less do not support a vascular aetiology.

Demenze vascolari

Demenze multi-infartuali

ENCEFALOPATIA ARTERIOSCLEROTICA

SOTTOCORTICALE (M. di Binswanger).

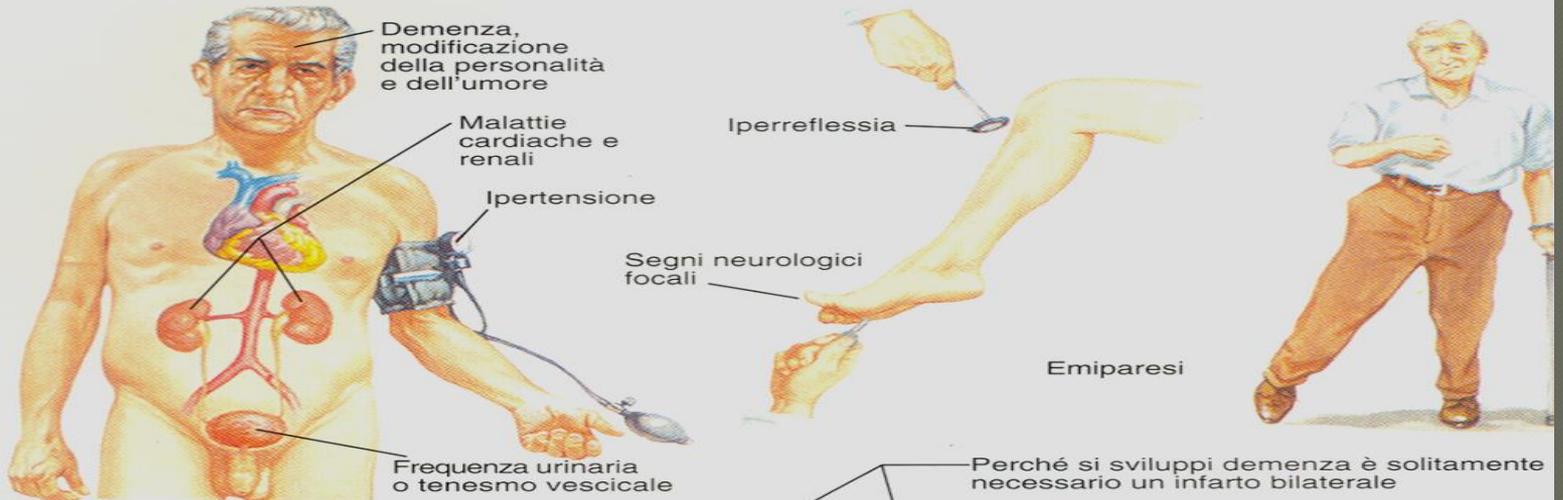
STATO LACUNARE (lacune multiple, esiti di piccoli infarti)

Quadro Clinico

- Esordio acuto, decorso oscillante, peggioramento a “gradini”,
- Nell’ anamnesi ripetuti ictus o T.I.A.,
- Obiettivamente segni neurologici focali o diffusi (deficit motori, sensitivi, visivi, ecc., sindrome Parkinsoniana e/o pseudobulbare).

Controllo TAC.

Caratteristiche cliniche della demenza vascolare (multiinfartuale)

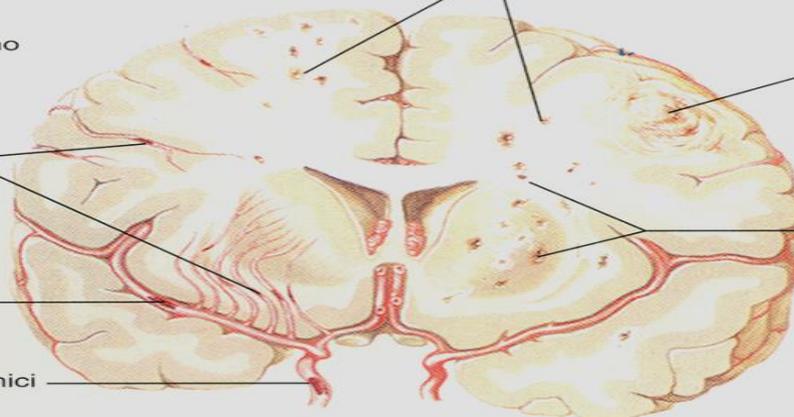


I pazienti con sintomi di demenza vascolare possono essere a rischio di stroke

Malattia arteriolare intracranica

Malattia dei vasi intracranici di medio colibro

Malattia dei grandi vasi extracranici



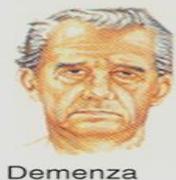
Perché si sviluppi demenza è solitamente necessario un infarto bilaterale

Infarti corticali possono causare segni focali e sintomi relativi all'area corticale interessata

Infarti sottocorticali (lacunari) causano segni e sintomi di demenza sottocortica

JOHN A. CRAIG
C. Machado
© Ciba

Una malattia cerebrovascolare porta a occlusioni multiple nell'alveo vascolare cerebrale, con infarti corticali e sottocorticali disseminati



Relazione temporale



Evidenza di malattia cerebrovascolare

Triade di caratteristiche che suggeriscono un'eziologia vascolare



Progressione clinica. La demenza vascolare mostra un rapido inizio ed una progressione a gradini a differenza dei gradualini inizio e progressione della malattia di Alzheimer

Aspetti neuroradiologici di alcune sindromi demenziali di origine vascolare (Figg. da 16 a 19)

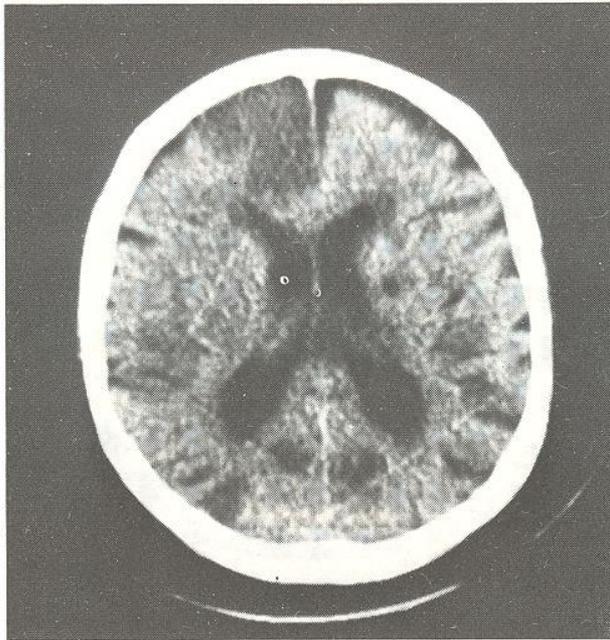


Fig. 16. Demenza da infarti cerebrali multipli. Ipodensità focali che sono l'espressione di infarti cerebrali secondari a embolie cerebrali di origine cardiaca (tomodensitometria).

Aspetti neuroradiologici di alcune sindromi demenziali di origine vascolare (Figg. da 16 a 19)



Fig. 16. Demenza da infarti cerebrali multipli. Ipodensità focali che sono l'espressione di infarti cerebrali secondari a embolie cerebrali di origine cardiaca (tomodensitometria).

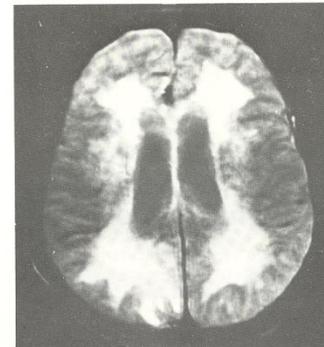
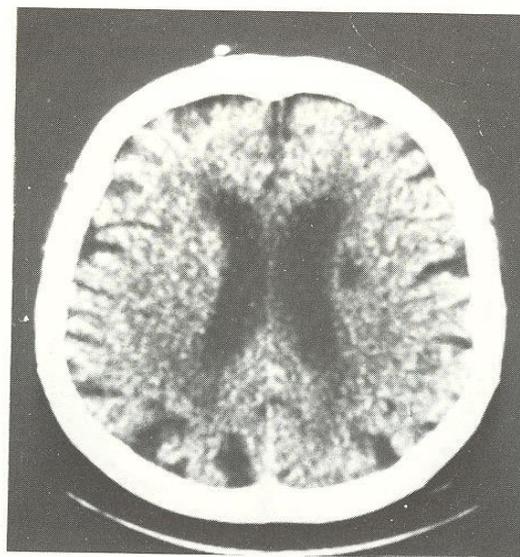


Fig. 17. Malattia di Binswanger. Aumento diffuso del segnale della sostanza bianca delle regioni periventricolari e dei centri semiovali (RMN).

STATO LACUNARE



Figg. 18 e 19. *Sindrome lacunare. Ipodensità sottocorticali focali e di piccolo diametro localizzate nel braccio posteriore della capsula interna destra e nella regione paraventricolare sinistra. Gli altri tagli mostrano anch'essi una lacuna della testa del nucleo caudato destro come pure una lacuna peduncolare sinistra (tomodensitometria).*

Atrofia cerebrale



MALATTIA DI ALZHEIMER:

INTERVENTI TERAPEUTICI E PROSPETTIVE FUTURE

Inibitori dell' acetil-colinesterasi:

sostanze capaci di bloccare l' azione dell' enzima responsabile dell' azione dell' acetil-colina.

In questo modo si aumenta la disponibilità di questo importante neurotrasmettitore, utile per preservare le funzioni cognitive:

-**Rivastigmina:** efficacia testata su 3300 malati in uno studio controllato di durata triennale, “Programma Adena”.

-**Donezepil:** efficacia testata in diversi studi controllati internazionali, l' unico disponibile in Italia.

Esistono altri **tre inibitori delle acetilcolinesterasi centrali.**

MALATTIA DI ALZHEIMER: *INTERVENTI TERAPEUTICI E PROSPETTIVE FUTURE*

FUTURO

“Possibilità di produrre nuove cells nervose” che consente di ripristinare i neuroni perduti. Studi con marcatori coloranti in particolari aree cerebrali segnalano possibilità di rigenerazione neuronale (si è sempre sostenuto che i neuroni sono cells perenni : una volta morti, non vengono sostituiti).

Sono in corso esperimenti di replicabilità dei risultati

Sono in corso esperimenti di analisi delle metodologie utilizzate

Sono in corso esperimenti di controllo dell'attendibilità

TERAPIA

- A) Interventi sui difetti colinergici,
- B) Interventi con farmaci vasodilatatori,
- C) Interventi con farmaci metabolizzanti-neurotrofici,
- D) Interventi sugli stati di agitazione psicomotoria,
“ “ di irrequietezza,
“ “ di insonnia.
- E) Interventi sulla dieta,
sulle funzioni intestinali, urinarie, ecc.
Su eventuali piaghe da decubito.

L'assistenza del demente sarà tanto più completa ed efficace, se mirerà a tenerlo attivo ed a riabilitarlo per quanto possibile. Nessuna terapia arresta l'evoluzione.





Clinica
Neurologica



*PROPOSTE DI
ATTIVITA' MOTORIA
ADATTATA ATTRAVERSO LA
MUSICA IN UNA CASA
PROTETTA NEL BOLOGNESE*



Laureanda
Valentina Tassinari

Relatore: prof. Enrico Granieri
Correlatore: dott.ssa Elisabetta Groppo



Principali aspetti del trattamento del paziente demente

1) Fornire un adeguato livello di cure specifiche

- trattamento farmacologico specifico del disturbo cognitivo
- terapie non farmacologiche
- trattamento delle patologie concorrenti
- prevenzione delle complicanze e riabilitazione neuropsicologica e neuromotoria

2) Ottimizzare lo stato funzionale

- trattare le patologie sottostanti (per esempio ipertensione arteriosa, morbo di Parkinson)
- evitare farmaci con effetti potenzialmente dannosi sul SNC, se non strettamente necessari
- valutare l'ambiente e suggerire modifiche, quando necessarie
- stimolare l'attività fisica e mentale

Musicoterapia



Come comportarsi

Accanto al malato in modo efficace

L'assistenza a chi soffre del morbo di Alzheimer può essere molto difficile. Dai migliori testi su questa malattia riprendiamo alcuni suggerimenti che possono essere di aiuto

1 L'indipendenza



E' fondamentale permettere al malato di rimanere il più indipendente possibile. Poiché le sue capacità mentali si deteriorano in modi e in momenti diversi è importante utilizzare le risorse residue piuttosto che investire nell'impossibile tentativo di recuperare i

deficit. Ci si sforzi di valorizzare le parti sane rispetto a quelle malate e di trasmettere alla persona sensazioni di successo e di riuscita. Non sottolineare mai gli insuccessi.

2 Farsi capire



La comunicazione verbale, specie se complessa, spesso non è molto comprensibile per il paziente, che è invece più ricettivo verso altri canali (come quello della mimica, dei gesti o dei movimenti del corpo): a volte è molto più efficace un gesto di un lungo discorso.

3 Non contraddirlo



Non ha senso contraddire il malato cercando di dimostrargli che quello che sta dicendo è sbagliato (come in realtà è):

appare spesso preferibile lasciar perdere, anche perché alla persona sofferente (visti i problemi di memoria tipici della malattia) rimarrebbe soltanto l'impressione di una discussione spiacevole, priva di significato in quanto non ne ricorda i contenuti.

4 Se è aggressivo



I malati di demenza spesso si comportano in modo aggressivo, sia verbalmente che fisicamente: si ricordi sempre che questo comportamento è dovuto alla malattia piuttosto che all'individuo. Diverse le cause che possono scatenarlo, a cominciare dalla frustrazione e dall'ansia. La causa più comune sembra essere la paura, che insorge nel malato come una naturale reazione difensiva contro una (falsa) percezione di pericolo o di minaccia. Il

comportamento aggressivo va fronteggiato mantenendo un atteggiamento calmo e rassicurante: si cerchi di distrarre il malato, evitando la coercizione fisica ma badando anche alla propria sicurezza (il medico va poi informato dell'evento).

5 Quando "fugge"



Nelle prime fasi di malattia è opportuno utilizzare dei promemoria, su cui annotare i dati che sarà poi opportuno segnalare ai medici. Si stabilisca una routine di compiti giornalieri, allo scopo di ridurre (per il malato e per sé) il numero delle decisioni da prendere. Spesso all'inizio (non più nelle ultime fasi) il paziente presenta un aumento patologico del desiderio di camminare, che può tradursi nelle cosiddette "fughe". E' bene assicurarsi che la persona abbia addosso un documento di

identificazione (con indirizzo); si può predisporre anche un dispositivo acustico che segnali se e quando il malato sta varcando la porta di casa.

6 Via i pericoli



Occorre evitare che un malato di Alzheimer guidi l'auto, quando ancora si crede in grado di farlo (si "smarriscano" le chiavi, si dica che la macchina è in riparazione); se possiede un'arma si veda di sottrargliela (agendo poi per l'annullo del porto d'armi); in casa sarà opportuna una serie di modifiche: si disponga una rete antiscivolo sotto ogni tappeto, non si incerino i pavimenti, si installino corrimano e maniglioni (specie nel bagno), si utilizzino all'ingresso di ogni ambiente simboli che facilitino al paziente l'orientarsi tra le diverse stanze.

Principali aspetti del trattamento del paziente demente

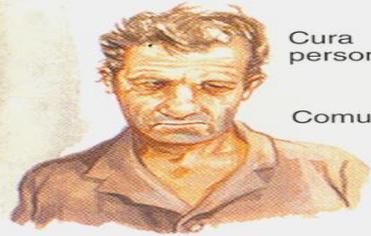
- Evitare situazioni che affaticano le funzioni intellettuali, utilizzare supporti mnesici quando possibile
- stimolare un' adeguata nutrizione
- 3) Identificare e trattare i sintomi non cognitivi, **SOPRATTUTTO LE FUNZIONI MOTORIE**
- 4) Identificare e trattare le complicanze
 - rischi di caduta e di smarrimento
 - incontinenza
 - malnutrizione
- 5) Fornire informazione al paziente e alla famiglia
 - natura della malattia
 - evoluzione e prognosi
 - possibilità di prevenzione e trattamento

Principali aspetti del trattamento del paziente demente

- 6) Fornire supporti socio-assistenziali e consulenze al paziente e alla famiglia
- servizi territoriali e residenziali sociali e assistenziali, temporanei o definitivi
 - supporto economico
 - consulenza legale
 - supporto psicologico per il superamento dei conflitti
 - consulenza etica

Valutazione delle attività quotidiane e controllo non farmacologico

Valutazione di chi si prende cura del paziente



Cura personale

Comunicazione

Abbigliamento



Riordino della casa

Alimentazione



Trasporto

Shopping



JOHN A. CRAIG *MD*
C. Machado
© Ciba

Possibili forme di controllo



Rassicurazione nei periodi di agitazione

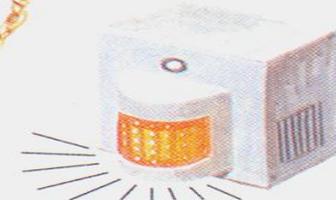


Braccialetto di identificazione per pazienti che possono smarrirsi

Una luce per la notte evita confusione notturna



Controllo con rivelatori di movimento



Adatte attività fisiche e sociali occupano il paziente ed aiutano a prevenire i disturbi del sonno

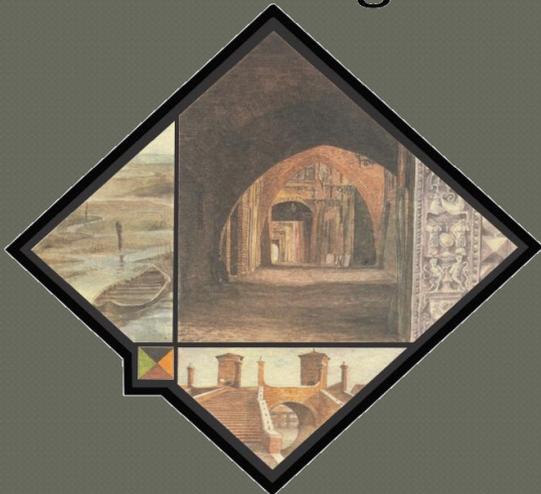
GRAZIE PER L'ATTENZIONE

○ FUTURO:

- CELLULE STAMINALI ???



Clinica
Neurologica



Projected increase in millions of people with dementia by world region - 1990-2020

