

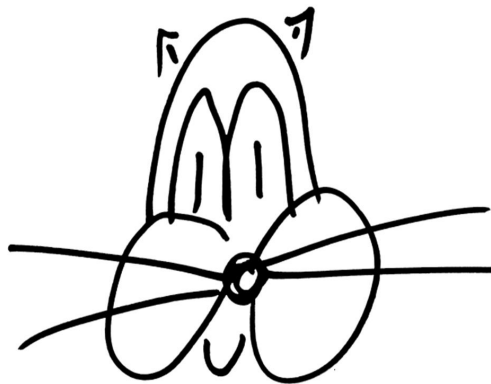


A M A - Biella



MENTE LOCALE

1. MEMORIA ed EMOZIONI
2. I DISTURBI NEUROCOGNITIVI
3. LA DIAGNOSI
4. LE TERAPIE
5. LA RETE



F. F.

QUALCOSA ... LÀ FUORI: IL CERVELLO CREA LA REALTÀ

Non sappiamo come sia la realtà fuori di noi:



il mondo in cui viviamo Non è quello reale:
è immaginato dalla mente in una scatola buia grazie ai segnali dai sensi.

(E. Bellone 2011)

IL RUOLO DELLE EMOZIONI



L'emozione "*scolpisce*" fisicamente le connessioni neurali
e rimane "*incisa*" nel cervello.
dalla nascita come a 80 anni.

Credevamo:

i circuiti cerebrali cablati dalla nascita,
non modificabili

e

che invecchiando il cervello subisse un declino irrimediabile.

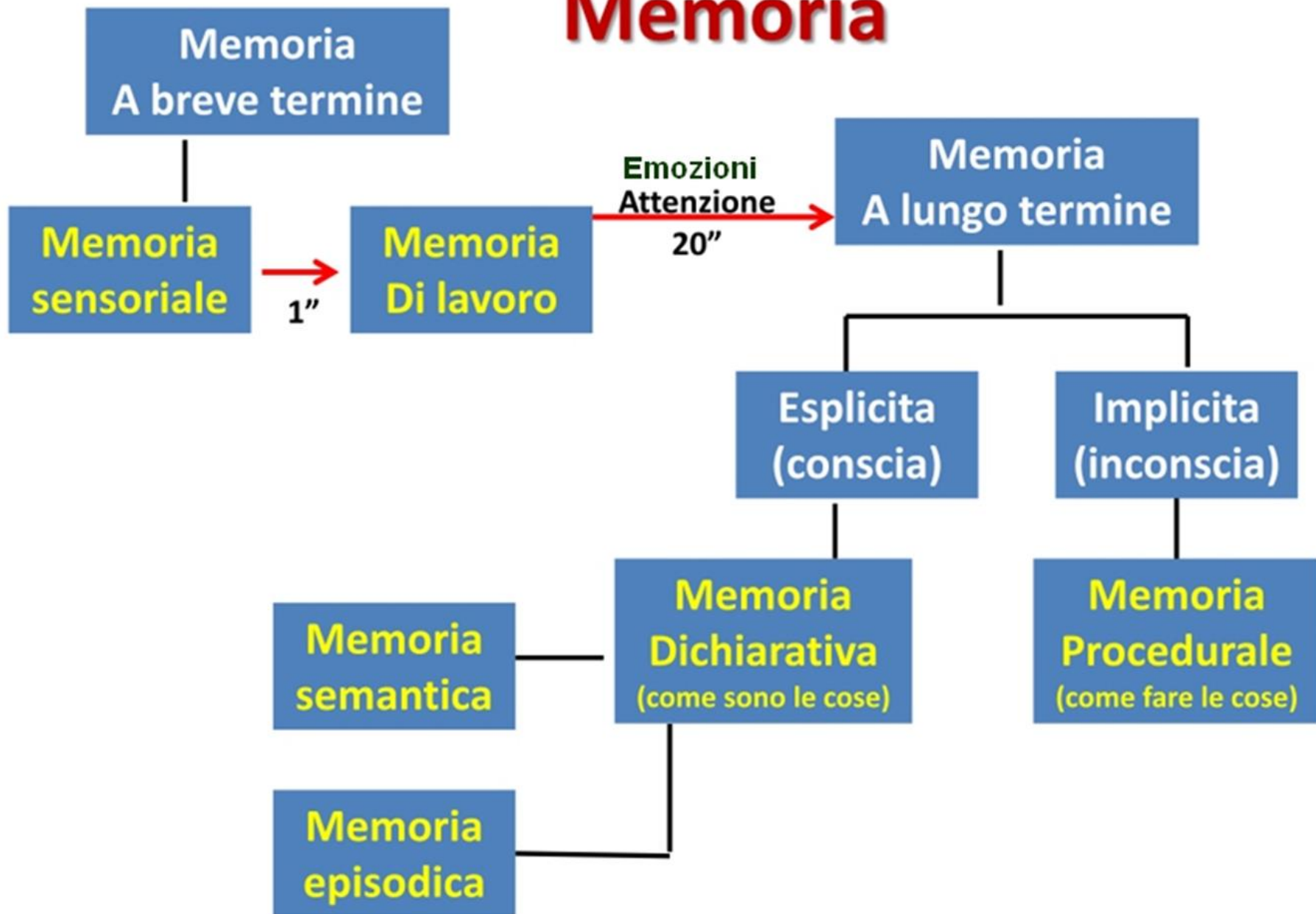
"neuroplasticità":

Nobel per la medicina nel 2000
Eric Kandel

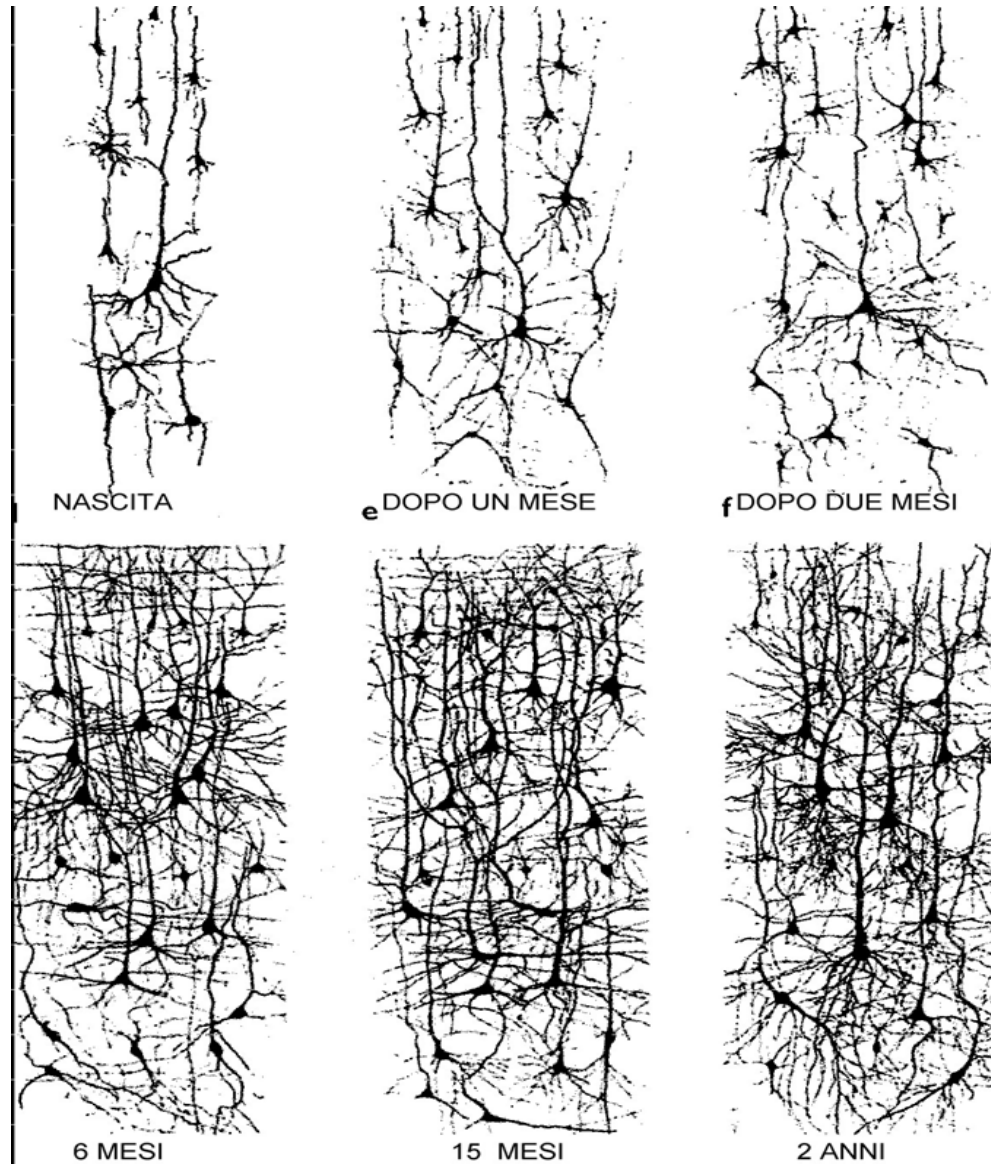
capacità del cervello di
modificare la propria struttura
in risposta alle emozioni

(Daniel Siegel)

Memoria

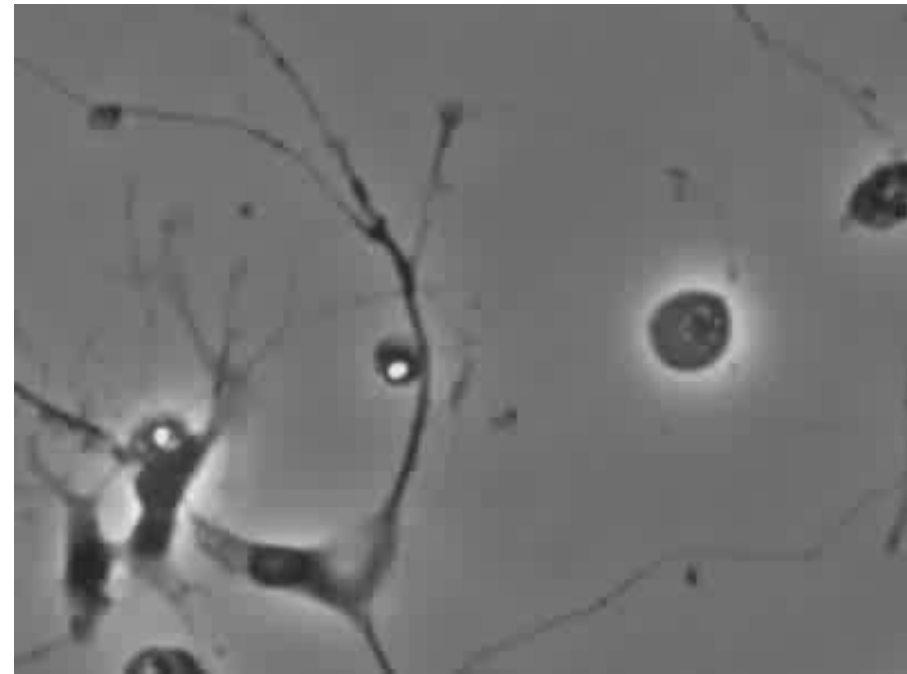


VEDERE LA MEMORIA

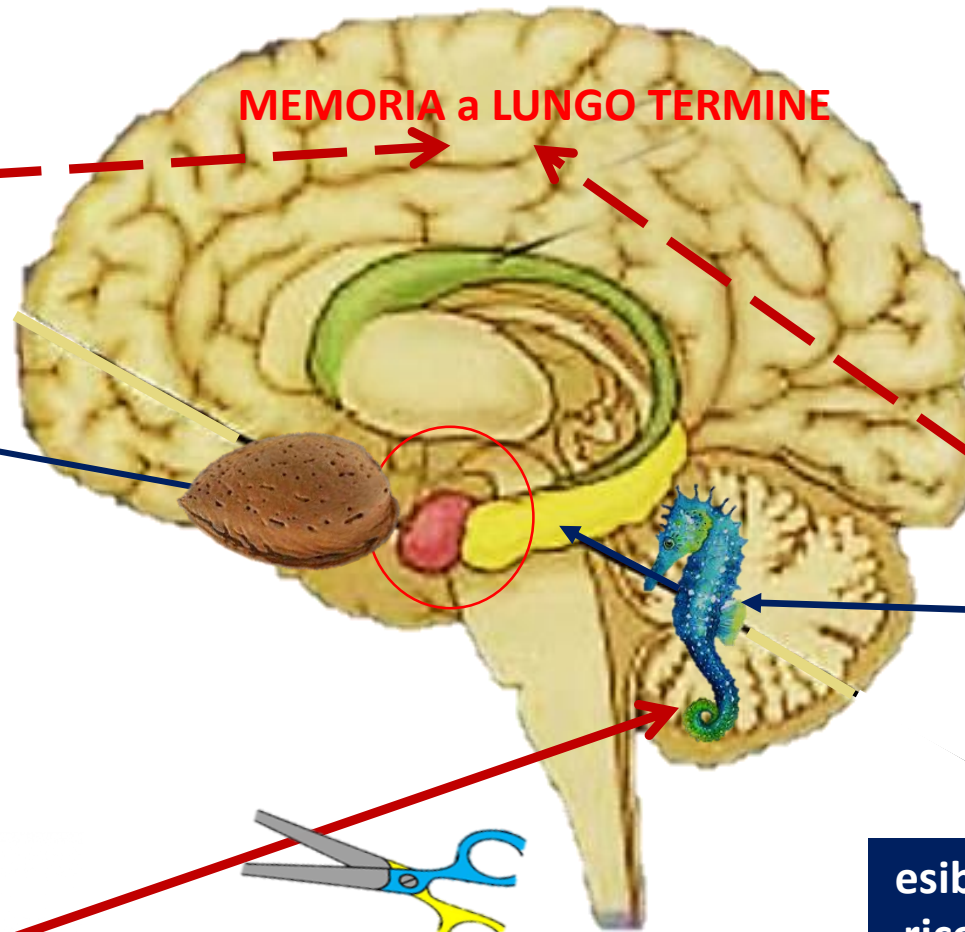


La regola della plasticità:
eventi, esperienze, affetti,
dolori, cultura, cambiano
fisicamente la struttura del
nostro cervello.

È l'immagine in movimento
continuo della nostra vita!



IL SISTEMA LIMBICO: due vie



MEMORIA a LUNGO TERMINE



*Descrizione,
valutazione, codifica,
(consapevole)*

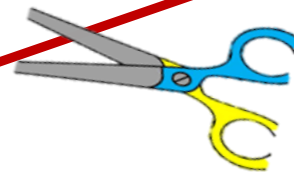
IPPOCAMPO

300 millisecondi

AMIGDALA

150 millisecondi
*significato
affettivo emotivo
(inconsapevole)*

Evento



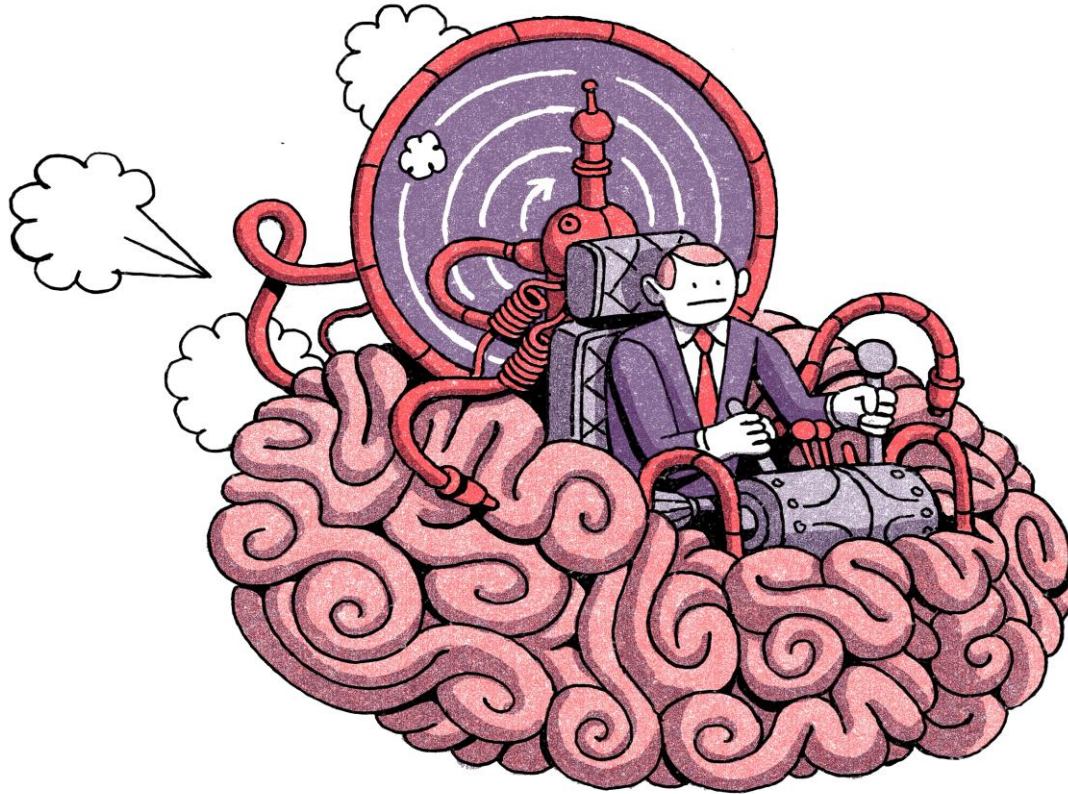
**Ippocampo danneggiato:
le emozioni "gestiscono" l'individuo.**

**esibire l'emozione, ma non
ricordare l'episodio legato
a quell'emozione.**

(Steven Sabat Georgetown University)

IL CERVELLO È UNA MACCHINA DEL TEMPO

percepisce, rappresenta e misura il tempo



la vera funzione del cervello è prevedere il futuro:

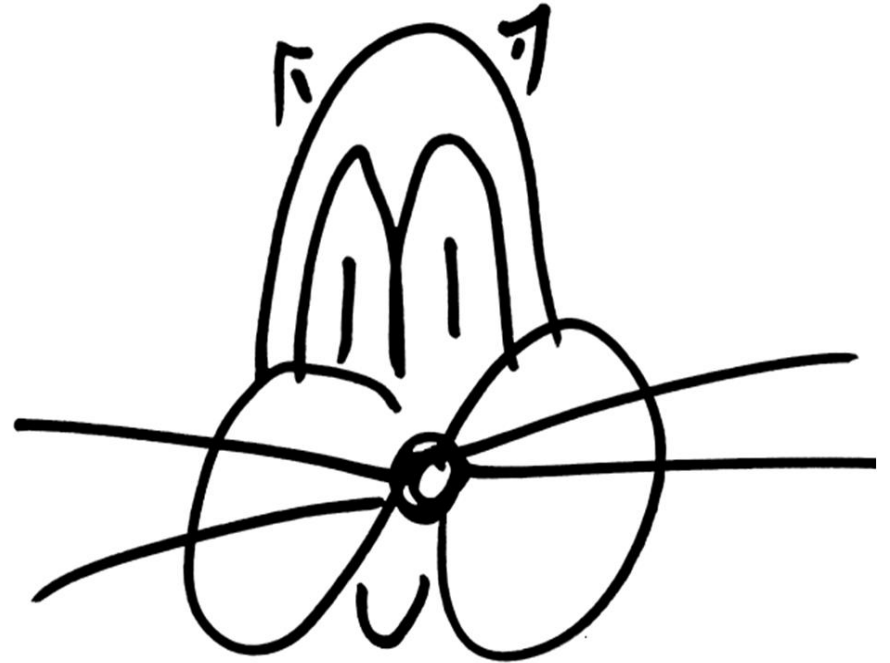
La memoria non serve per ricordare il passato ma per prevedere cosa e quando capiterà in futuro

- ricorda il passato per prevedere il futuro
- misura il tempo
- crea il tempo
- è una macchina per viaggiare avanti e indietro nel tempo

ALZHEIMER = VIAGGIARE NEL TEMPO



1. MEMORIA ed EMOZIONI
- 2. I DISTURBI NEROCOGNITIVI**
3. LA DIAGNOSI
4. LE TERAPIE
5. LA RETE



Indici demografici Epidemiologici

ISTAT Gennaio 2023

	BIELLA		PIEMONTE		ITALIA	
Abitanti	168.800		4.240.700		58.850.700	
età media anni	50		47,8		46,4	
Over 65	50.417	29,9%	1.119.544	26,4%	14.183.018	24,1%
indice di vecchiaia	299		264		240	
Indice di dipendenza strutturale	66,4					
Persone con demenza	3.000		70.000		875.528	
Di cui alzheimer	2.000		42.000		525.317	
Nuovi casi/anno	236		6.000		66.000	
Over 65 con MCI	9.000		761.000		11.000.000	

**Di cosa
parliamo**

Dal 2023: Biella 1a provincia italiana per anzianità (Con i problemi che l'Italia avrà tra 10 anni)



DEFINIZIONI

INVECCHIAMENTO FISIOLOGICO

Declino della memoria legato all'età per nuove informazioni e recupero veloce.

Senza alterazioni di altre aree cognitive (linguaggio, abilità visuo-spaziali, ragionamento astratto).

Harada et al., 2013.

MCI: Mild Cognitive Impairment

- Disturbo soggettivo di memoria,
- Nella norma altre funzioni cognitive senza difficoltà rilevanti nella vita quotidiana
- Assenza di demenza e disturbi psichiatrici
- Deficit mnesico relativo ad età e scolarità

DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE (DEMENZA)

Sindrome con perdita di più funzioni cognitive (quasi sempre la memoria) che interferiscono con le usuali attività sociali e lavorative.

Presenti anche sintomi non cognitivi su: personalità, affettività e comportamento.

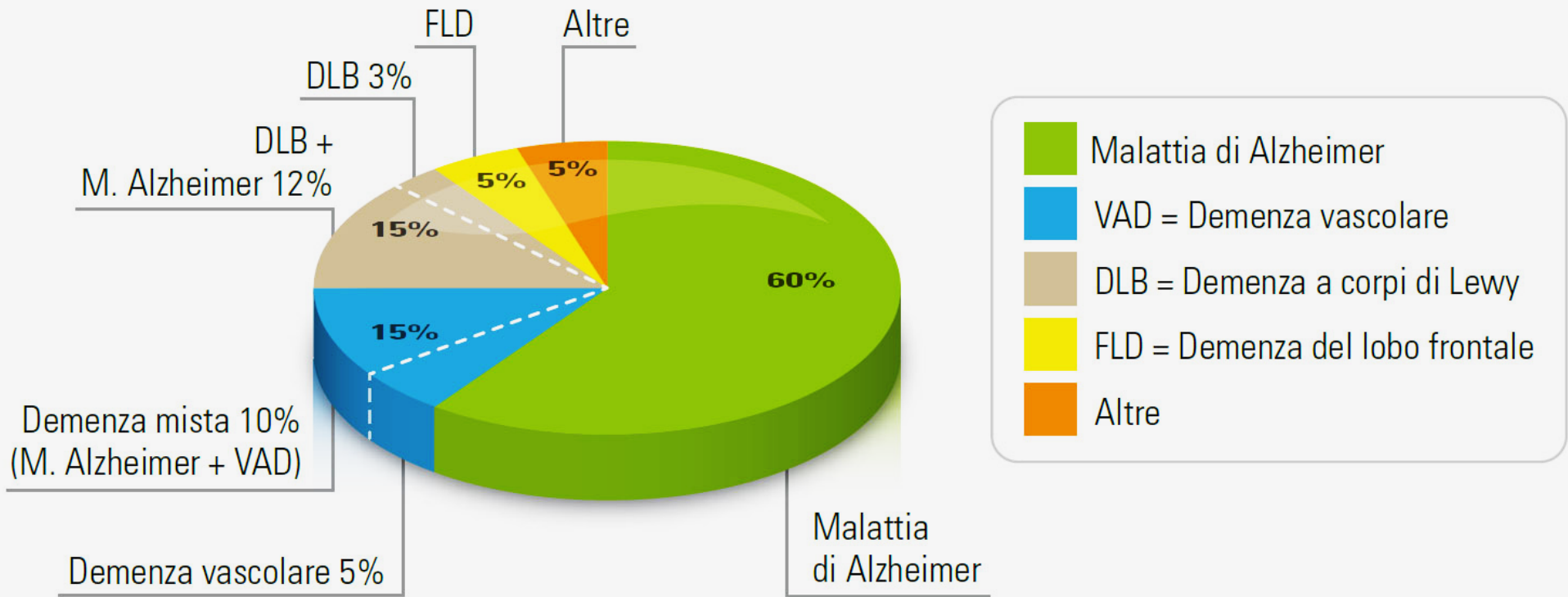
Bianchetti e Trabucchi, 2013 e DSM IV

Demenza (Disturbo neurocognitivo maggiore - DSM-5)

Sindrome caratterizzata da perdita della memoria e di funzioni cognitive, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative

Geldmacher Ds 1997

PREVALENZA DELLE VARIE FORME DI DEMENZA



CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE:

PRIMARIE

(sviluppano come malattia a sè stanti)

- Malattia di ALZHEIMER
- Dem. FRONTO-TEMPORALI -Pick
- Malattia CORPI DI LEWY e Parkinson
- Còrea di HUNGHINGTON

Proteine responsabili

Alzheimer - β amiloide
Corpi di lewy - α -sinucleina
Frontali (Pick) - TAU

SECONDARIE

(conseguenza di altre malattie)

VASCOLARI (multinfartuale, Mal. di Binswanger)

TRAUMATICHE (Ematoma subdurale)

NEOPLASTICHE

METABOLICHE Encefalopatia. Uremica
epatica, endocrinopatie, deficit di vit. B12 folati

NON CONFONDIAMO CON:

- perdita memoria associata all'età;
- Mild Cognitive Impairment: "MCI"
- deterioramento cognitivo lieve
- Depressione acuta

- **Delirium:** Stato confusionale
acuto tossico
infettivo
metabolico
iatrogeno

Non è un processo inevitabile legato all'invecchiare (ageismo).

l'anziano normalmente compensa efficacemente i deficit.

DEMENZA FRONTOTemporALE

(l'apatia non è depressione!)

Esordio Insidioso- progressione lenta

Dall'esordio, disturbi del comportamento (apatia, disinibizione, wandering e bulimia)

Capacità di orientarsi in ambienti noti

Assenza di consapevolezza

Variazioni di Personalità Irritabilità

Appiattimento Emotivo

Perdita di consapevolezza sociale e personale

Disinibizione

Riduzione critica e giudizio

Comportamento Stereotipo

Disturbi di memoria

Riduzione di iniziativa verbale, assenza di linguaggio, Ecolalia - Palilalia (ripetere suoni di altri o propri), Iperoralità

Incontinenza precoce

Bulimia,

Lewy Body Dementia

- Esordio insidioso, progressione lenta
 Cadute / sincopi/perdita di coscienza
- Deficit Attentivi;memoria poco colpita;
- Fluttuazione della vigilanza attenzione e capacità cognitive
- Allucinazioni Visive ricche e complesse
- Parkinsonismo
- Sensibilità ai neurolettici (la malattia peggiora)
- Deliri sistematizzati (*idee deliranti organizzate con una logica interna*)

McKeith et al.1996

Caratteristiche di Esclusione

Ictus o segni focali o lesioni alla TC Altri segni che indicano altre patologie

Demenza Vascolare Sottocorticale (SVD)

Tutti i seguenti:

- **sindrome cognitiva**
- **sindrome disesecutiva (*difficoltà a pianificare ed organizzazione le facoltà cognitive*)**
- **danno cerebrovascolare confermato da imaging cerebrale**
- **presenza o storia di segni neurologici: Aprassia della marcia – Disartria – Tremore**
 - **Rigidità – Incontinenza o minzione imperiosa**
 - **Sindrome cognitiva**
 - **Sindrome disesecutiva**
 - **Deficit mnesico (lieve e prevalente nel richiamo spontaneo)**

Aspetti complementari

- **episodi di lieve coinvolgimento delle vie motorie superiori**
- **presenza precoce di un disturbo della deambulazione**
- **instabilità e frequenti cadute non provocate**
- **sintomi urinari precoci**
- **disartria, disfagia, segni extrapiramidali (ipocinesia, rigidità)**
- **sintomi comportamentali e psichici (depressione, ecc.)**

ALZHEIMER

Esordio insidioso-progressione lenta

Disturbi di memoria

Insight (*consapevolezza dei propri sentimenti, emozioni e del proprio comportamento*)

Disturbi depressivi

Mascheramento

Aprassia costruttiva (*incapace di riprodurre ed elaborare strutture bi e tridimensionali*)

Disorientamento spaziale e in seguito temporale

Aprassia dell'abbigliamento poi ideomotoria Disturbi del linguaggio

fase severa

Agnosia (*incapacità a riconoscere gli oggetti*)

Agitazione psicomotoria

Allucinazioni

Mioclonie (*brevi scosse muscolari*)

Crisi convulsive epilettiche

Disturbi neuromotori: Andatura lenta, ROT (riflessi osteo tendinei), Segni extrapiramidali (*mov. involontari, rigidità tremore*)

FATTORI DI RISCHIO

Obesità
Diabete
ipertensione

Deficit
sensoriali

Fumo
Alcool
Abuso

Dpressione
Ansia

Disturbi
del
sonno

Genetica

ETÁ PRECOCE

ETÁ MEDIA

ETÁ AVANZATA

Alzheimer

DIETA

Socializzazione

Livello
Educativo
culturale

Attività
fisica

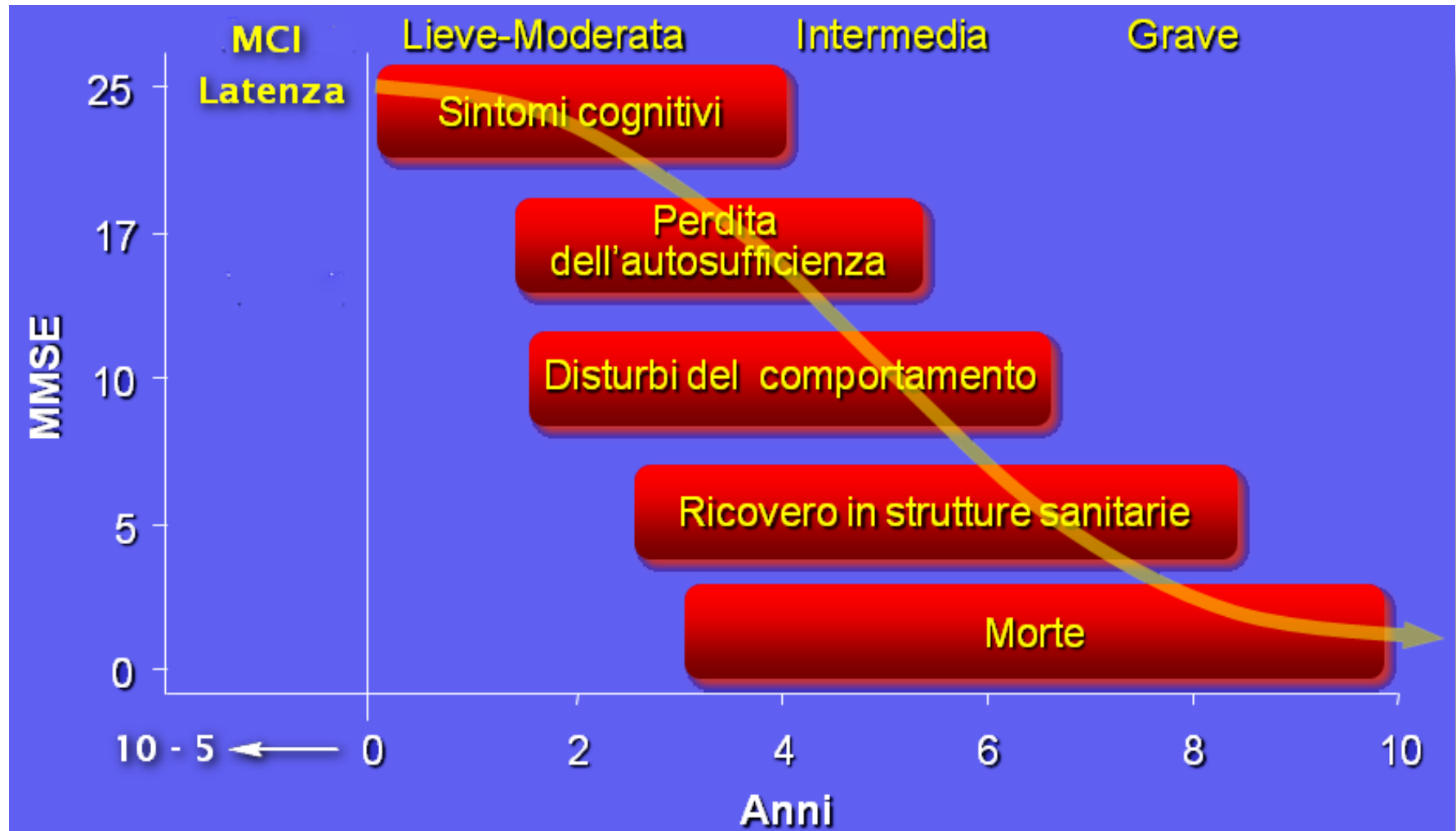
Stimolazione
cognitiva

FATTORI PROTETTIVI

LE MANIFESTAZIONI DELLA MALATTIA

MALATTIA SOCIALE : Coinvolta Famiglia e Società

PROGRESSIVA IRREVERSIBILE seconda malattia cronica più costosa



Fasi della Malattia di Alzheimer

Prima fase:

calo degli **interessi**, indifferenza, turbe della **memoria a breve** termine (minimizzate dal soggetto), labilità emotiva.

Vi è **consapevolezza** del declino, ansia e depressione; il carattere appare mutato.

Seconda fase:

Deficit mnemonico **evidente**, attenzione e capacità critiche ridotte, **interessi** ripiegati sulla **propria persona** e sulle **proprie difficoltà**.

Tolleranza alla frustrazione ridotta, le turbe affettive aumentano con depressione, ansia, disforia, ira. Disturbi del comportamento (BPSD)

Terza fase:

Appiattimento degli **affetti** e dell'umore, non si cura delle proprie cose e **non si rende** conto dei **propri deficit**. Memoria a **breve e lungo** termine assai compromesse.

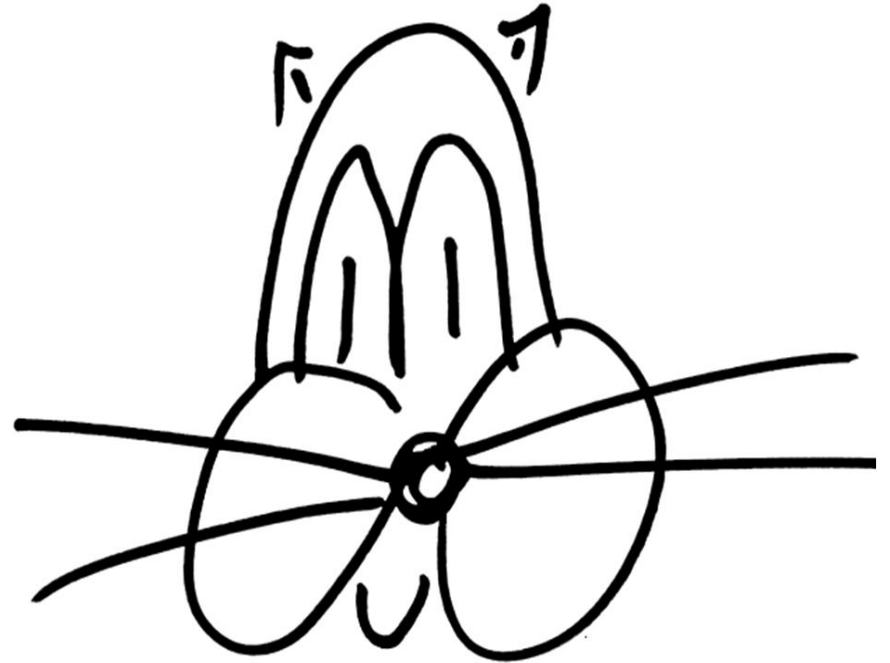
Compaiono progressivamente disorientamento spazio-temporale, aprassia, agrafia, alessia.

Quarta fase:

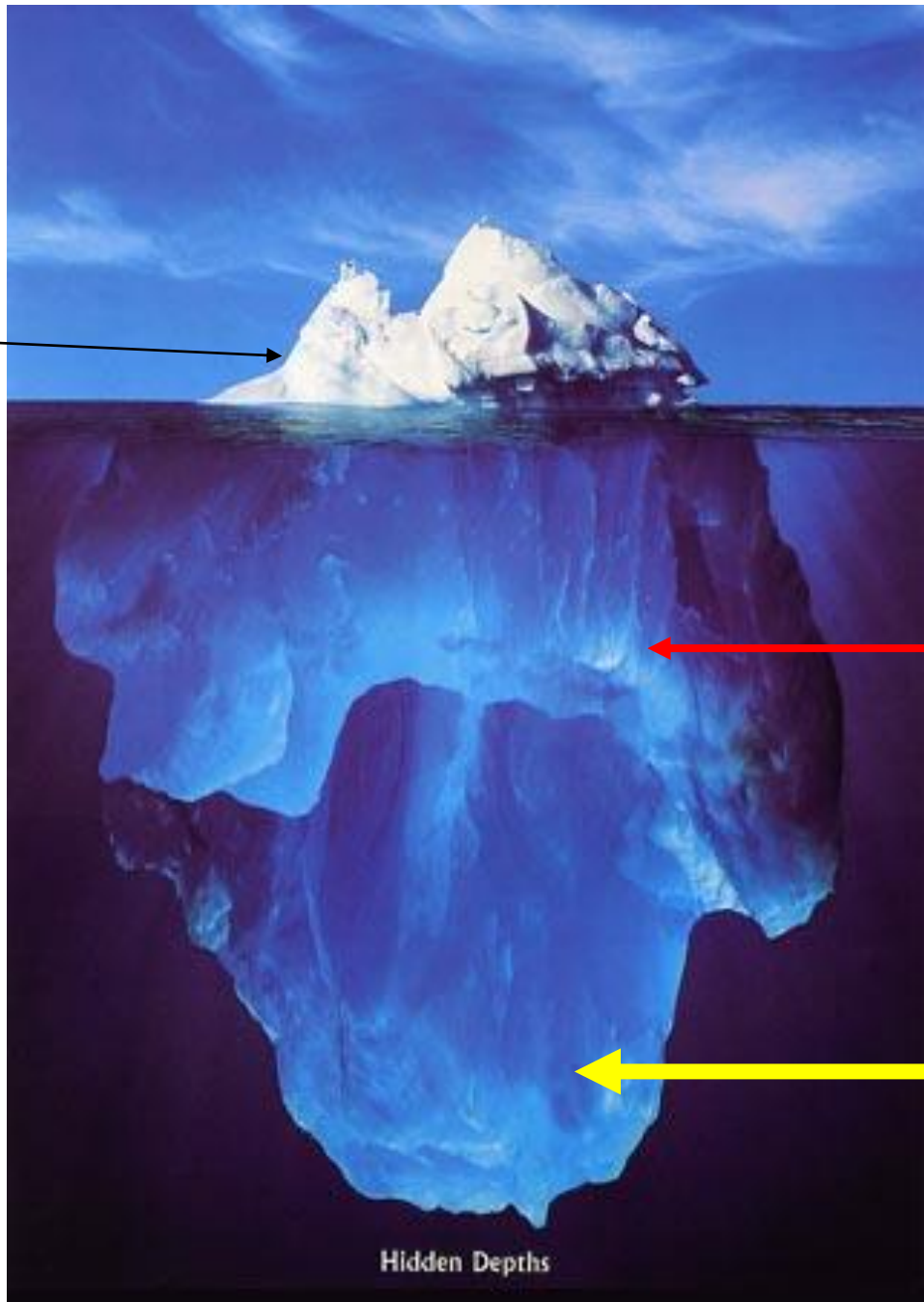
il soggetto è **totalmente** disorientato, apatico, indifferente, l'espressione verbale e la comprensione sono assai i ridotte. Compare incontinenza doppia;

Decesso per complicanze infettive polmonari o urinarie (sindrome da allettamento).

1. MEMORIA ed EMOZIONI
2. I DISTURBI NEROCOGNITIVI
- 3. LA DIAGNOSI**
4. LE TERAPIE
5. LA RETE



Demenza



M.C.I.

“Cervello a rischio”

Hidden Depths

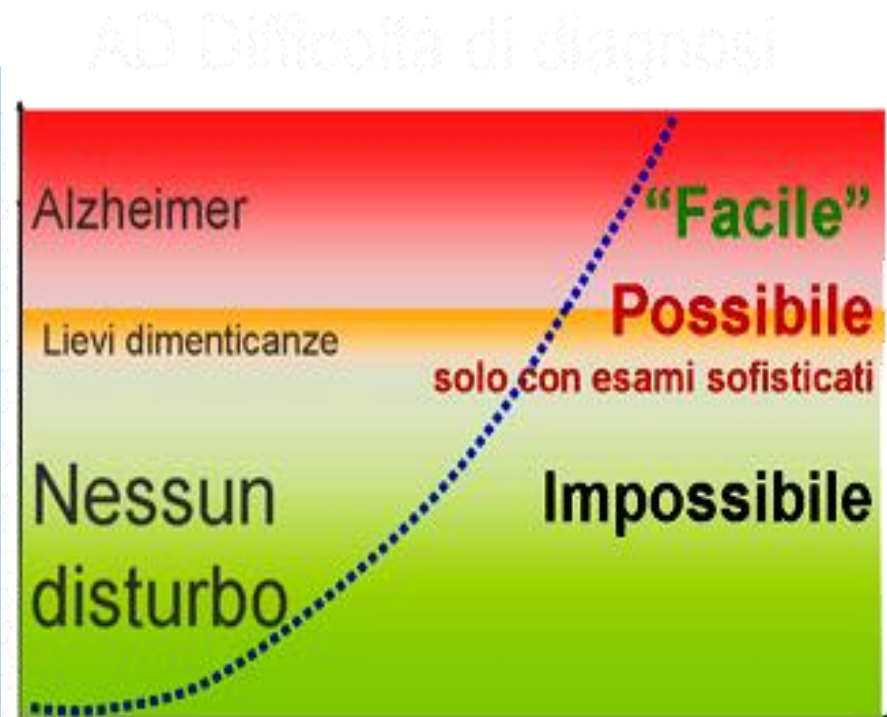
LA DIAGNOSI

**Ancora oggi spesso arriva quando è troppo tardi e la malattia ha già cominciato a cancellare le loro identità
Solo una quarto dei malati nel mondo riceve una diagnosi, in Italia il 50%**

**Il diritto alla diagnosi
avere la diagnosi e riceverne
comunicazione**

Diagnosi precoce

- **Informazione tempestiva**
- **Percorso di trattamento e cura**
- **Terapie farmacologiche prima di danni estesi e permanenti**
- **Pianificare la propria vita dopo**
- **Assumere importanti decisioni circa i futuri trattamenti e cure**



Diagnosticare la malattia di Alzheimer prima che si manifesti

anticipare di 4-5 anni l'inizio delle cure mediante terapie
farmacologiche e riabilitazione cognitiva
potrebbe impedire o rallentare l'evoluzione verso la demenza.

**Intervenendo sullo stile di vita e sui fattori di rischio modificabili
si potrebbero evitare un terzo dei casi di demenza nella
popolazione anziana.**

G. Livingston et al. The Lancet: December 2017
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Rebok GW et al. J Am Geriatr Soc. 2014 gennaio;
62 (1): 16-24. doi: 10.1111 / jgs.12607.

P. J. Gallaway et al. Brain Sci. 2017, 7(2), 22;
doi:10.3390/brainsci7020022

F. Sofi et al. Florence university: 2010
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x>



STRUMENTI DIAGNOSTICI

ESAME CLINICO
(NEUROLOGICO/GERIATRICO/PSICHIATRICO)



DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI
(TC, RM, liquor etc.)

- Tests genetici - cautela
- Liquor : Tau - amiloide
- EEG – prioni?
- TAC - Differenziare
- RNM – livello malattia
- PET – pre-sintomi
- SPET - perfusione

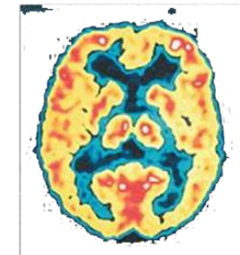
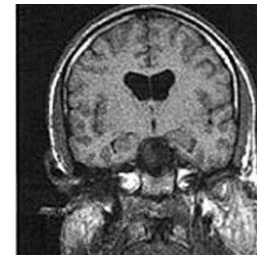
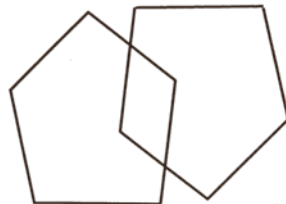
VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA



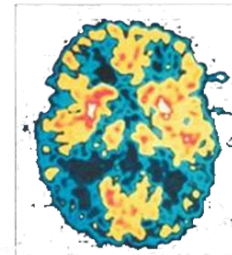
ANAMNESI RACCOLTA
CON CAREGIVER PRINCIPALE



- Per la diagnosi
- Per Differenziare
- Per graduare
- Stress del caregiver



NORMAL



ALZHEIMER'S

I TRE PILASTRI DELLA DIAGNOSI

A – Riconoscimento

anche dopo il riconoscimento non ricorda di saperlo e non recupera il ricordo nonostante il suggerimento

B – Progressività

Il disturbo peggiora nel tempo, mesi o anni, questo segnale è diagnosticamente più efficace dei tests

C – Impatto

I disturbi nel loro insieme impattano sulla vita quotidiana condizionandola;

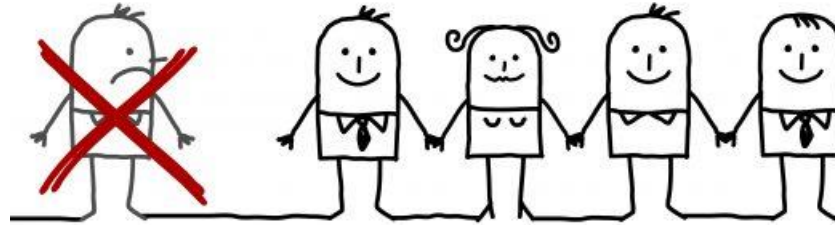
Se questo non avviene si tratta di MCI che è il confine fra normalità e patologia

Declino cognitivo

I 10 SINTOMI DI ALLARME

1. Perdita di memoria che compromette la capacità lavorativa.
Dimenticanze frequenti, confusione mentale
2. Difficoltà nelle attività quotidiane. Deficit memoria a breve
3. Problemi di linguaggio. dimenticare parole semplici o parole improprie.
4. Disorientamento nel tempo e nello spazio. perdere la strada, non sapere
5. Diminuzione della capacità di giudizio. vestirsi in modo inappropriato
6. Difficoltà nel pensiero astratto. riconoscere i numeri o compiere calcoli.
7. La cosa giusta al posto sbagliato. In luoghi davvero insoliti.
8. Cambiamenti di umore o di comportamento. repentini e senza alcuna
9. Cambiamenti di personalità. «Non è più lui»
10. Manca di iniziativa. Perdita progressiva in molte o in tutte le solite attività.

SUPERARE LA PIAGA DELLO STIGMA



Il primo stigma:

Rifiuto della consapevolezza della malattia, resistenza alla diagnosi

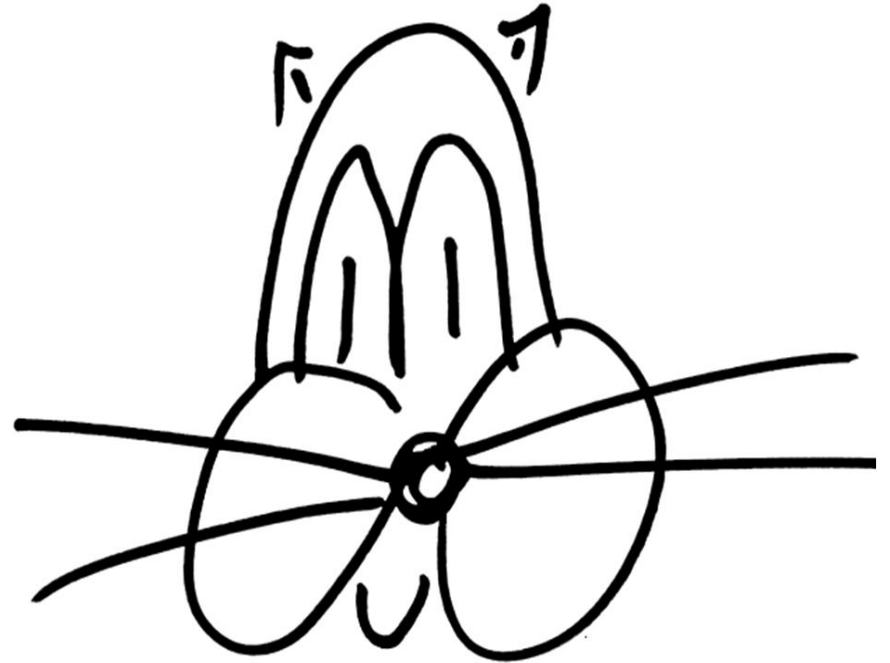
Nascondono la diagnosi per la paura di essere discriminati:

- **24% delle persone malate**
- **11% dei familiari**

Malati e familiari rinunciano a stringere relazioni sociali

- **40% malati non è coinvolto nella vita quotidiana**
- **60% malati evitato dagli amici e dagli stessi familiari.**
- **24% familiari percepisce sensazioni negative nei propri confronti,**
- **28% trattato in modo diverso o evitato.**

1. MEMORIA ed EMOZIONI
2. I DISTURBI NEROCOGNITIVI
3. LA DIAGNOSI
- 4. LE TERAPIE**
5. LA RETE



7:07



INGUARIBILE: MA CURABILE!

Oggi si può curare con la stimolazione cognitiva,
ma prima che si manifesti clinicamente

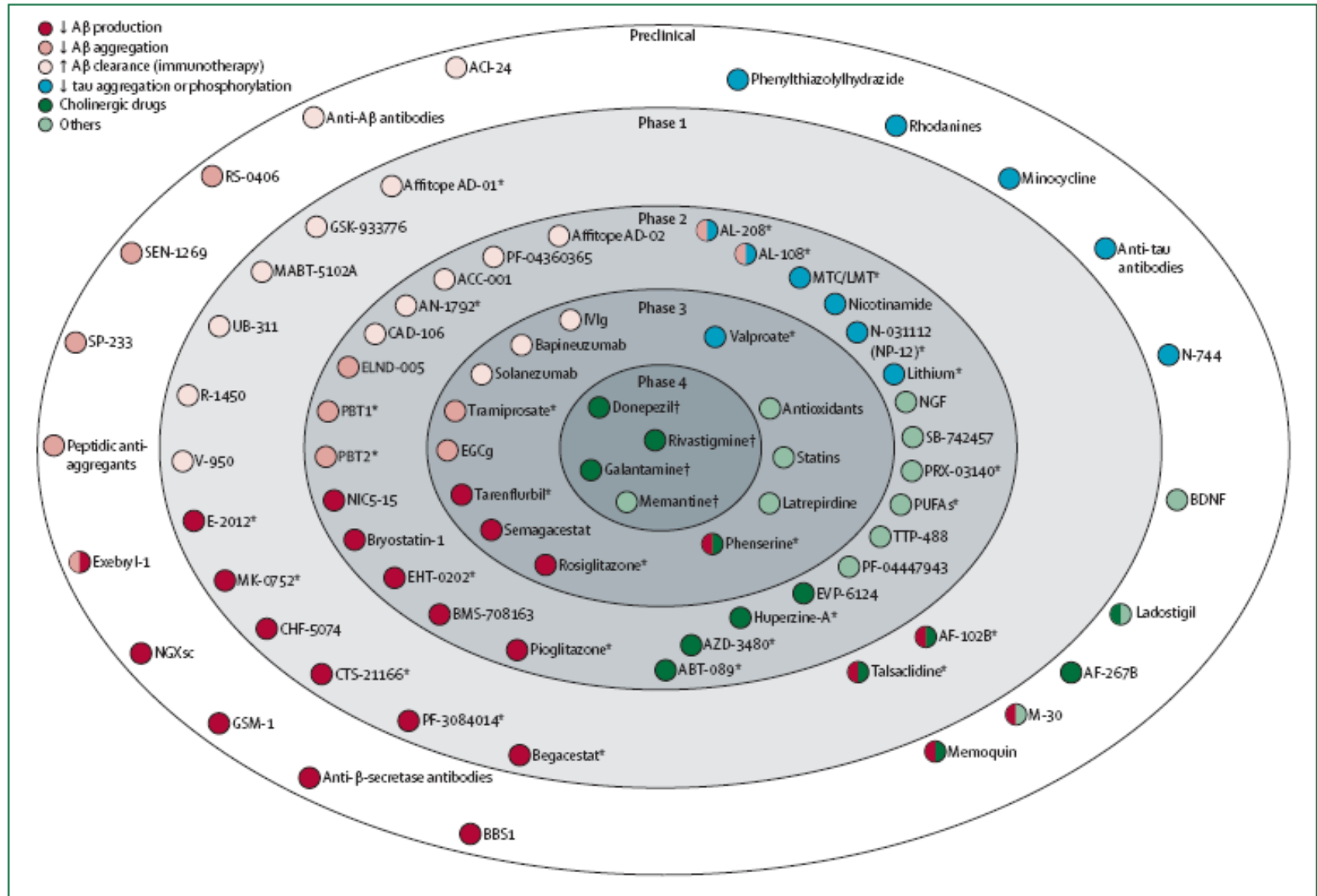
E anche i farmaci funzioneranno solo in fase preclinica

Approccio integrato:

Terapie farmacologiche e non farmacologiche

- rinvio dell'esordio - contenimento dei sintomi
- mantenimento delle funzioni
- qualità della vita

I trial clinici sui farmaci



LA TERAPIA NON FARMACOLOGICA

riabilitazione cognitiva

Lavora sulla riserva cognitiva : le stimolazioni cerebrali agiscono sulla plasticità
c'è neurogenesi anche nell'anziano

La persona al centro

È sempre importante la motivazione al trattamento.

Adattare il malato alle sue progressive incapacità.

Il declino graduale dà spazio alla riabilitazione

esercitare la mente migliora la vita dei malati e di chi accudisce:

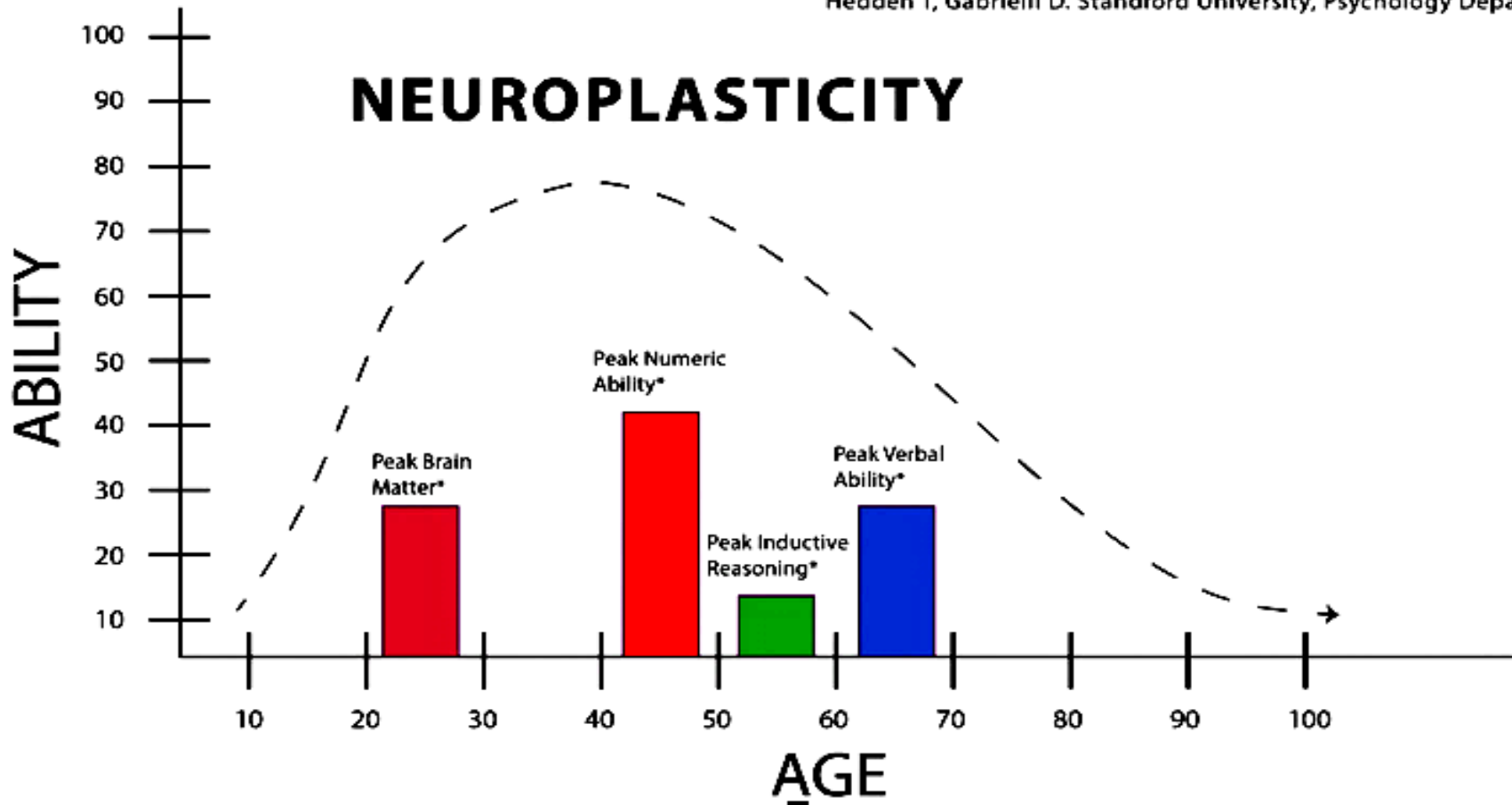
- **Rallenta la progressione**
- **Crea nuovi adattamenti ed equilibri**
- **Migliora la qualità della vita e l'umore**
- **Potenzia le risorse residue**

Agire con Equilibrio:

scarse o eccessive stimolazioni provocano scompenso emotivo

PREVENZIONE: "O LO USI O LO PERDI"

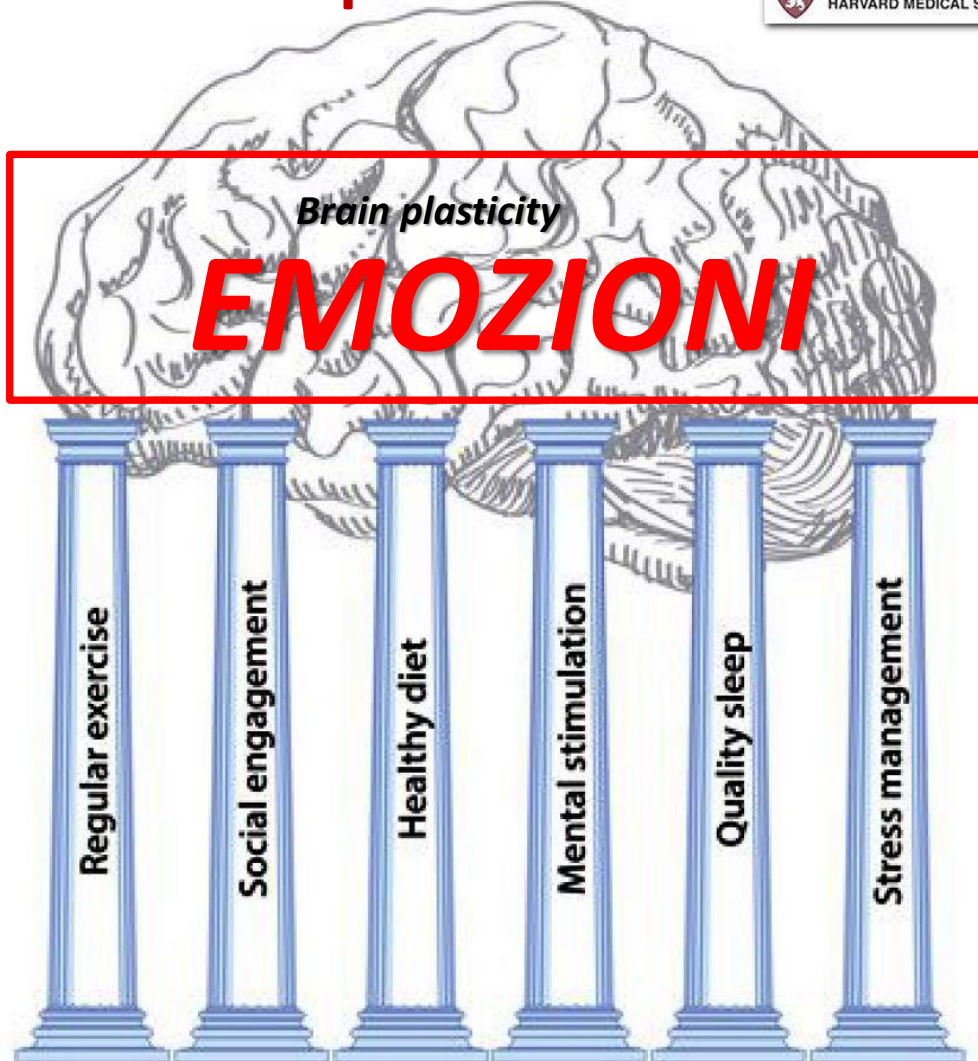
*Source Insights into the aging mind: a view from cognitive science, Hedden T, Gabrieli D. Stanford University, Psychology Department



La crescita delle sinapsi dipende da vita attiva e relazioni

The 6 Pillars of Alzheimer's Prevention

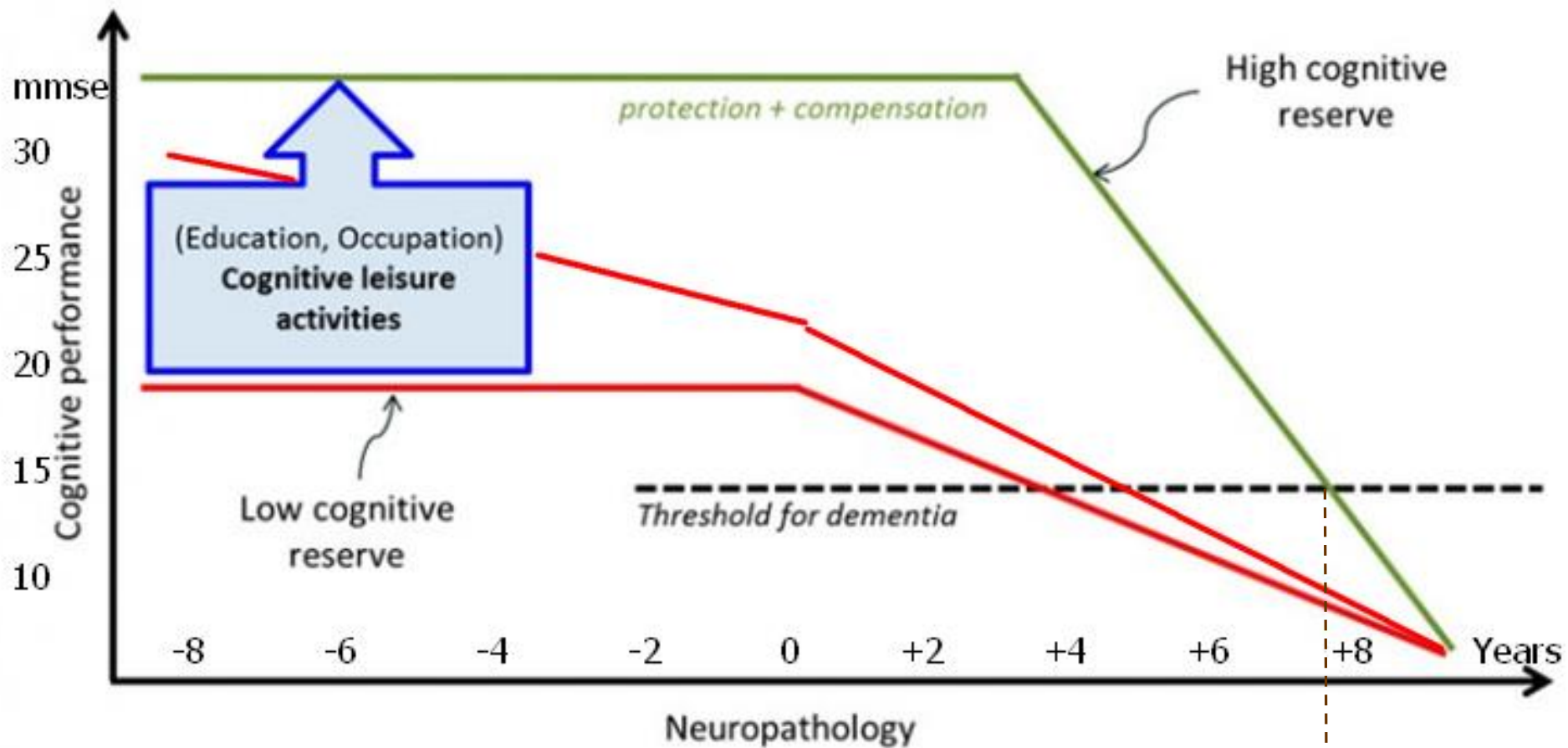
I sei pilastri della prevenzione:



Ma cosa sostiene i pilastri?



1. Esercizio fisico regolare
2. Vita sociale attiva
3. Alimentazione sana
4. Stimolazione cognitiva
5. Qualità del sonno
6. Gestione dello stress



Stern Y, . Neuropsychologia. 2009 Aug; 47(10): 2015–2028.
 Published online 2009 Mar 13. doi: [10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004]

**Questo ritardo
 Dimezzerà il n°
 dei malati**



Jeanne Louise Calment,

la più longeva del mondo. Morì nel 1997 a 122 anni.
Con la mente lucidissima, la sera non cenava e
continuò a fumare due sigarette al giorno dall'età di 21
anni, ha smesso all'età di 117 anni.
dieta mediterranea - restrizione calorica - vino rosso
con moderazione, cibo piccante - carne rossa –
cioccolato - 2 tazze di caffè a colazione



Immanuel Kant

Filosofo tedesco, fondamentale per il pensiero moderno
(illuminismo = tempo della critica)

Evidenzia il suo Alzheimer a 71 anni

*"dolorosa la sorte che è toccata a me: quella di essere come paralizzato
nei lavori spirituali... non uno studioso, ma uno che vegeta ..."*

chi ha salvato Jeanne e non ha salvato Kant?

Resilienza = sani anche con AD? - Resistenza: sani e con assenza di patologia?

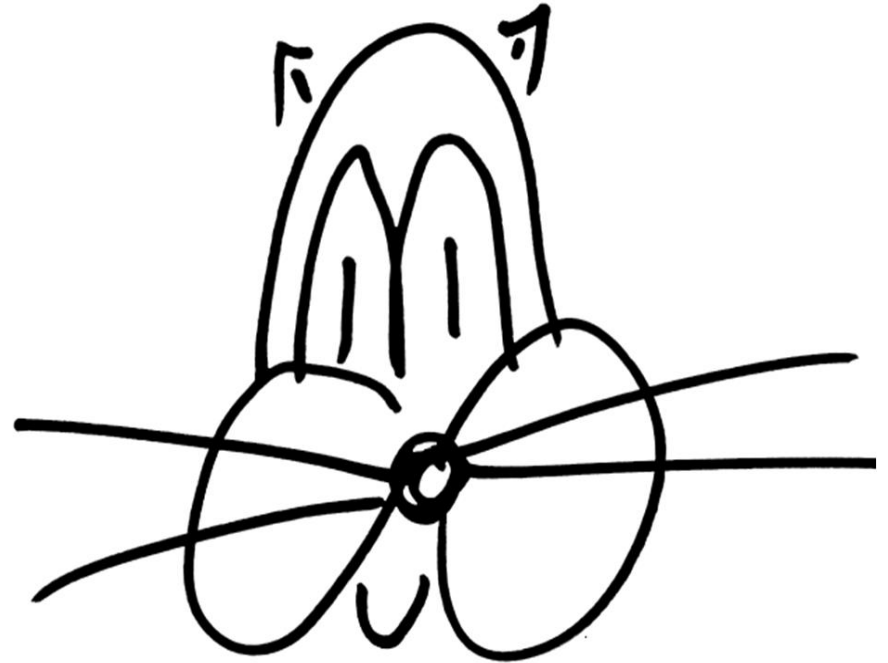
DESTINO?

Oppure: Riserva cognitiva? Influenze genetiche? Stili di vita?

L'enigma dei centenari

1/3 ha placche e grovigli come un malato di Alzheimer ma senza decadimento cognitivo.

1. MEMORIA ed EMOZIONI
2. I DISTURBI NEROCOGNITIVI
3. LA DIAGNOSI
4. LE TERAPIE
- 5. LA RETE**



percorso di gestione delle Demenze

Medico di Medicina Generale

Invia i casi sospetti
evidenza diretta
richiesta degli interessati

CDCD - ASL

Equipe multidisciplinare: Case manager: Assistente Sociale, Infermiere, psicologo, Geriatra, Neurologo, psichiatra

Diagnosi, presa in carico, gestione della terapia e del percorso di malattia per malato e caregivers
Cartella clinica e monitoraggio per concordare i percorsi

Fase lieve

Comunicazione della diagnosi
Formazione dei caregivers

Terapie farmacologiche

terapie non farmacologiche

Fase Moderata

Senza Disturbi del comportamento

Assistenza domiciliare

Centro diurno Integrato

Con disturbi Del comportamento

Centro diurno Alzheimer

Fase grave

Perdita completa dell'autosufficienza

Senza Disturbi comportamento

RSA
Gestione del fine vita

Con disturbi comportamento

N.A.T.

Periodo di stabilizzazione



*...dal labirinto
alla ...rete...*

UNA RETE COORDINATA :

AUTODETRMINAZIONE

Città amica della Demenza

SOCIALIZZAZIONE

Social club - MENTE LOCALE

ESPRESSIONE

Stimolazione cognitiva

CONSAPEVOLEZZA

Formazione (ASL - Associazione)

PRESA IN CARICO

Equipe CDCD

DIAGNOSI precoce

M.M.G. CDCD





PIANO NAZIONALE DEMENZE

30 Ottobre 2014 (G.U. N. 9 DEL 13/01/2015)

Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" approvato il dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome,

Si basa su obiettivi prioritari da cui discendono una serie di azioni al fine di omogeneizzare gli interventi sul territorio nazionale.

Obiettivo 1: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria

Obiettivo 2: Creazione di una rete integrata per le demenze e gestione integrata

Obiettivo 3: Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure

Obiettivo 4: Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento delle qualità di vita



A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella

CENTRO DELLA MEMORIA

Ambulatorio per i disturbi cognitivi



ASSOCIAZIONE ITALIANA
MALATTIA DI ALZHEIMER
Fondazione Promozione di Biella

**ISTITUITO DALL'ASL BIELLA
con Delibera n.200 del 2009
concordata con AIMA Biella**

Dopo il PIANO NAZIONALE DEMENZE:

NORMATO DALLA REGIONE PIEMONTE: DGR 26/1/2018, n. 28-6423

CDCD: Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze

ACCOGLIENZA

DIAGNOSI

CURA



**ANAMNESI
SCREENING**
Infermiere

**VALUTAZIONE
Situazione fam.**
Ass. Sociale

DIAGNOSI
*Geriatra.-Neurologo
Neuropsicologo*

**ANALISI
Situazione. Familiare**
Psicologo

**APPROFONDIMENTO
diagnostico**
Neurologo-Psichiatra

**PROGETTO ASSISTENZIALE
Individuale**
Equipe

**VISITA
DOMICILIARE**
*Assist. Sociale
Infermiere Geriatra*

**VISITE
PROGRAMMATE**

PERCORSO FORMATIVO
*Malati e Famiglie
Neuropsicologo*

**ATTIVAZIONE
RETE**
Assistente. Sociale

CENTRO DELLA MEMORIA

**ASL BIELLA:
Del.300 31/marzo/2009**



CAFFÈ ALZHEIMER

14 ottobre 2009

Inaugurazione 4/12/2012,

PALESTRA DELLA MEMORIA



CENTRO DI INCONTRO

Inaugurazione 28 settembre 2017





IL PROGETTO MENTE LOCALE:

Intervenire prima del danno



ASL Biella
Fondazione C.R.
Consorzi - Comune
Provincia
Cerino Zegna Anteo

**IL CENTRO DI INCONTRO
con la mente intorno**
Biella via Gramsci 29



STIMOLAZIONE
COGNITIVA



ATTIVITA'
SOCIALIZZANTI



FORMAZIONE



CULTURA / ARTE



ATTIVITA' FISICA





**Il centro con la mente
intorno**

Marilena Florio
Università degli Studi di Bari

AFFRONTA PROBLEMI SEMPRE SUBITI

**RALLENTARE IL DECLINO,
SUPERARE LO STRESS,
AVERE COMPETENZA E SERENITÀ**

**AL CENTRO: QUALITÀ DELLA VITA
NON LA MALATTIA**

- In gruppo,**
- aiutandosi a vicenda,**
- da soli o con il partner,**
- scegliere o proporre le attività preferite.**

LE PAROLE CHIAVE:

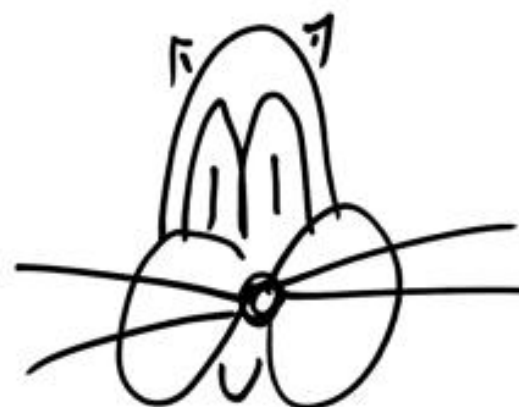
CONSAPEVOLEZZA

AUTODETERMINAZIONE

Grazie per l'attenzione !



A M A - Biella



Franco Ferlisi