

TERAPIA OCCUPAZIONALE

una opportunità per l'autonomia

CONOSCERE L'ALZHEIMER

**LA PRESA IN CARICO DELLA
PERSONA CON DEMENZA E
DEL CAREGIVER**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

CE.I.M.I.
Centro integrato di Medicina dell'invecchiamento

Dott.ssa Valeria Panetta
Matera, 24 Maggio 2019



Presidio Ospedaliero Distrettuale di VENOSA

CE.I.M.I.

Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento

- ***LUNGODEGENZA MEDICA pl 9***
- ***NUCLEO SPECIALE ALZHEIMER pl 10***
- ***CENTRO DIURNO semiresidenziale p 10***

- ***Ambulatorio di GERIATRIA***
- ***Ambulatorio di NEUROLOGIA***
- ***Ambulatorio per il Monitoraggio della PA-ABPM***
- ***Ambulatorio di ECOCOLODOPPLERGRAFIA ARTERIOSA***
- ***Ambulatorio di REUMATOLOGIA***
- ***Ambulatorio delle MALATTIE METABOLICHE DELL'OSSO-
Densitometria DEXA***
- ***Ambulatorio DEMENZE- U.V.A.***

*Quant'è bella giovinezza
Che si fugge tuttavia.....*

Lorenzo il Magnifico



rappresentavano **l'8% della popolazione**

Questa tendenza all'invecchiamento è più evidente in Europa dove si calcola che entro il

❖ **2050 il 35% della popolazione europea sarà ultrasessantenne,**
nell'arco di 100 anni cioè quadruplicheranno.





BASILICATA

la popolazione lucana pare sia tra le più longeve d'Italia
rapporto CEIS 2009:

- **gli over 65enni rappresentano 1/5 della popolazione,**
- **la quota di over 75enni ha un peso pari al 9.9% superiore tanto al valore Italiano (9.6%) che a quello del Sud (8.5%) e che**

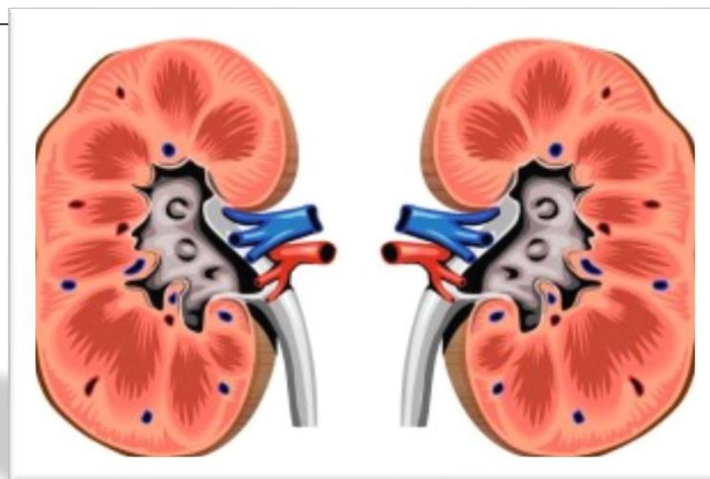
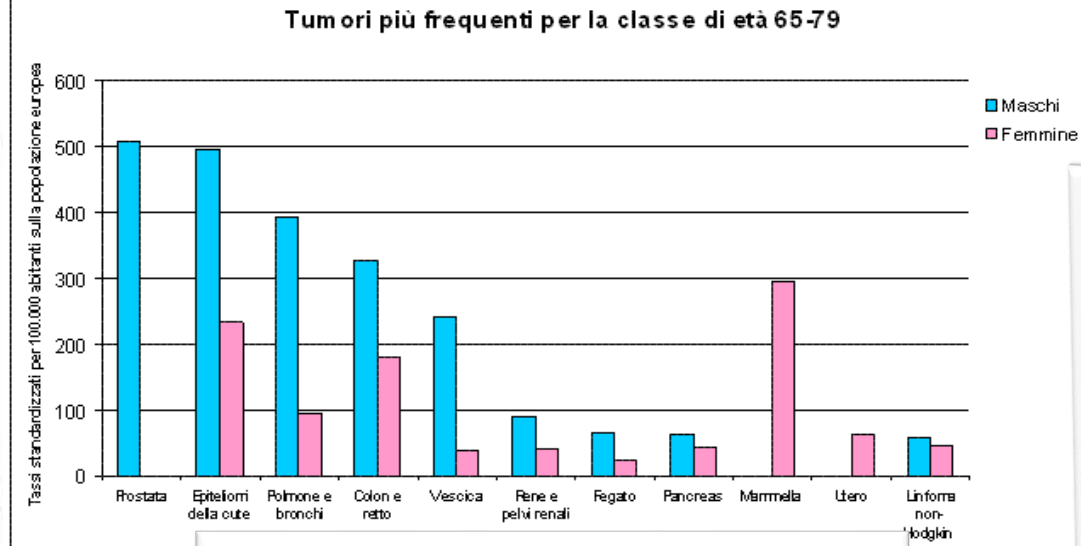
questo dato, in perfetto accordo con ciò che accade nel resto dei paesi industrializzati, tenderà a consolidarsi nei prossimi decenni

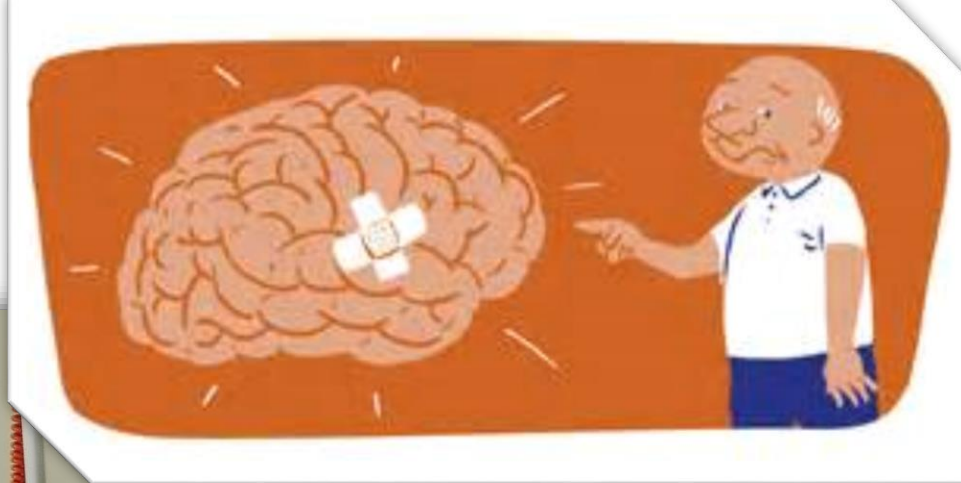
- **La bassa fertilità,**
- **(l'incremento della sopravvivenza)**
- **ma soprattutto la migrazione dei nostri giovani**
provocano un invecchiamento + rapido e consistente rispetto alla media italiana;



In the real world not everything gets better with age
Nel mondo reale, non tutto migliora con l'età

*... we are slowly moving back the bar on diseases of old age,
as we understand that disease processes that are "age-
related" begin long before they are clinically evident.*

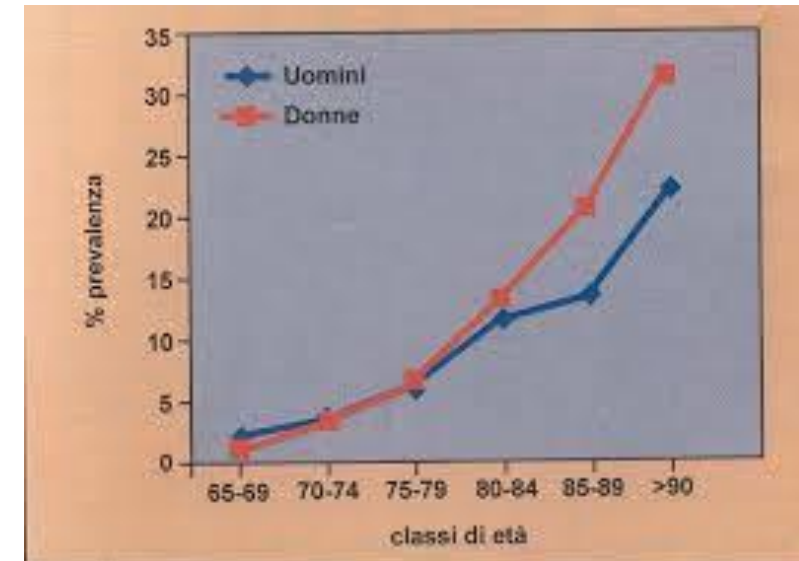




La prevalenza della demenza

raddoppia ogni cinque anni dai 65 aa in poi fino ai 90 :

The Prevalence of Dementia	
Age Group	International Prevalence Rate
60 – 64	1.3 %
65 – 69	2.2 %
70 – 74	3.8 %
75 – 79	6.5 %
80 – 84	11.6 %
85 – 89	20.1%
90 +	41.5%



Malattia età –correlata (*age – related*) che si manifesta in uno specifico range di età
più che

Malattia correlata all'invecchiamento (*ageing-related*) causata dal processo di invecchiamento in sé

ATTENZIONE !

Differenza con **amnesia senile benigna**: (smemoratezza) o +
recentemente detta AAMI (age associated memory impairment:
perdita di memoria legata all'età

fisiologica diminuzione della memoria dovuta all'invecchiamento cerebrale con compromissione esclusiva della memoria verbale riguardante particolari di un evento.

Modestamente evolutiva e non accompagnata da altre disfunzione intellettive e che
non interferisce con le attività del soggetto

CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE

DEMENZE PRIMARIE O DEGENERATIVE

CORTICALI

D. DI ALZHEIMER

D. FRONTO TEMPORALI E MALATTIA DI PICK

SOTTOCORTICALI

D. A CORPI DI LEWY

PARKINSON - DEMENZA

IDROCEFALO NORMOTESO

COREA DI HUNTINGTON

PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA

DEMENZE SECONDARIE

1. D. VASCOLARE

(MULTINFARTUALE, LACUNARE, BISWANGER)

2. DISTURBI ENDOCRINI E METABOLICI

Ipo/ipertiroidismo,

Ipo/iparparatiroidismo (IPO/IPERCa)

Malattie dell'asse ipofisi-surrene(Cushing e Addison)

Encefalopatia portosistemica (in corso di epatopatia)

IRC

Ipoglicemia

Disidratazione

3. MALATTIE INFETTIVE, INFIAMMATORIE E AUTOIMMUNI DEL SNC

Meningiti

Encefaliti

M di Jacob-Creutzfeld

AIDS demenza complex e
neurologie

Sclerosi multipla e malattie demielinizzanti

Connettiviti (neuro les)

4. STATI CARENZIALI

Deficit di B1, B12 e folati

Malnutrizione

5. SOSTANZE TOSSICHE

Alcool (s. di Korsakoff)

Metalli pesanti (Al, Hg, Tl)

Farmaci (metildopa, barbiturici..)

6. PROCESSI ESPANSIVI INTRACRANICI

Neoplasie

Ematomi

Ascessi

7. ALTRE CAUSE

Traumi cranici

Sindromi paraneoplastiche

A microscopic image of neurons, showing a central cell body with a purple nucleus and numerous branching axons. Several axons are highlighted with bright red, glowing spots, suggesting areas of abnormal protein accumulation or damage. The background is dark, making the blue and red structures stand out.

UN NUOVO CASO DI DEMENZA

**OGNI
3,2
SECONDI**

Generazione Alzheimer



Sono **46.8 milioni**
le persone con demenza oggi nel mondo:

Il dato è destinato a raddoppiare nei prossimi quindici anni
(**74,7 mil nel 2030**) e triplicare
con + di 131 milioni nel 2050.

Nei paesi industrializzati i malati aumenteranno del 100 per cento entro il 2040, mentre in Africa, India, Cina e paesi limitrofi del sud est asiatico e del Pacifico occidentale la crescita sarà addirittura del 200 per cento.

Le nuove stime del "Rapporto mondiale Alzheimer 2015" parlano di oltre 9.9 milioni di nuovi malati l'anno,



ITALIA



«Osservatorio demenze»

- **più di 1.200.000 persone affette da demenza**
- **≈ 200.000 nuovi casi di demenza ogni anno,**

Tra questi 700.000 malati di Alzheimer

- **3.000.000 persone coinvolte nell'assistenza**
- **10-12 miliardi di euro l'anno** e di questi **7 miliardi** per la sola malattia di Alzheimer.

Nel 2050 1 ultra65enne su 3 sarà affetto da demenza



In Basilicata

«Osservatorio demenze»

- **124.658.** persone anziane,
- **12.000** persone con demenza, di cui oltre **6.000** malate di Alzheimer
- **30.000** persone coinvolte nell'assistenza



Stime di calcolo sui **costi socio-sanitari** delle demenze in Basilicata ipotizzano cifre complessive pari a circa **100 - 120 milioni di euro l'anno** e di questi **60 milioni** per la sola malattia di Alzheimer.

BISOGNI ASSISTENZIALI E COSTI SOCIALI DI UNA MALATTIA FAMILIARE

La Federazione Alzheimer Italia,
lancia l'allarme pandemia sulla malattia.

Una epidemia inarrestabile

che raggiunge costi sociali economici pari a

818 miliardi di dollari:

oltre l'1,09%, del Pil mondiale!

Il 35.4% in più rispetto di quello stimato nel 2010



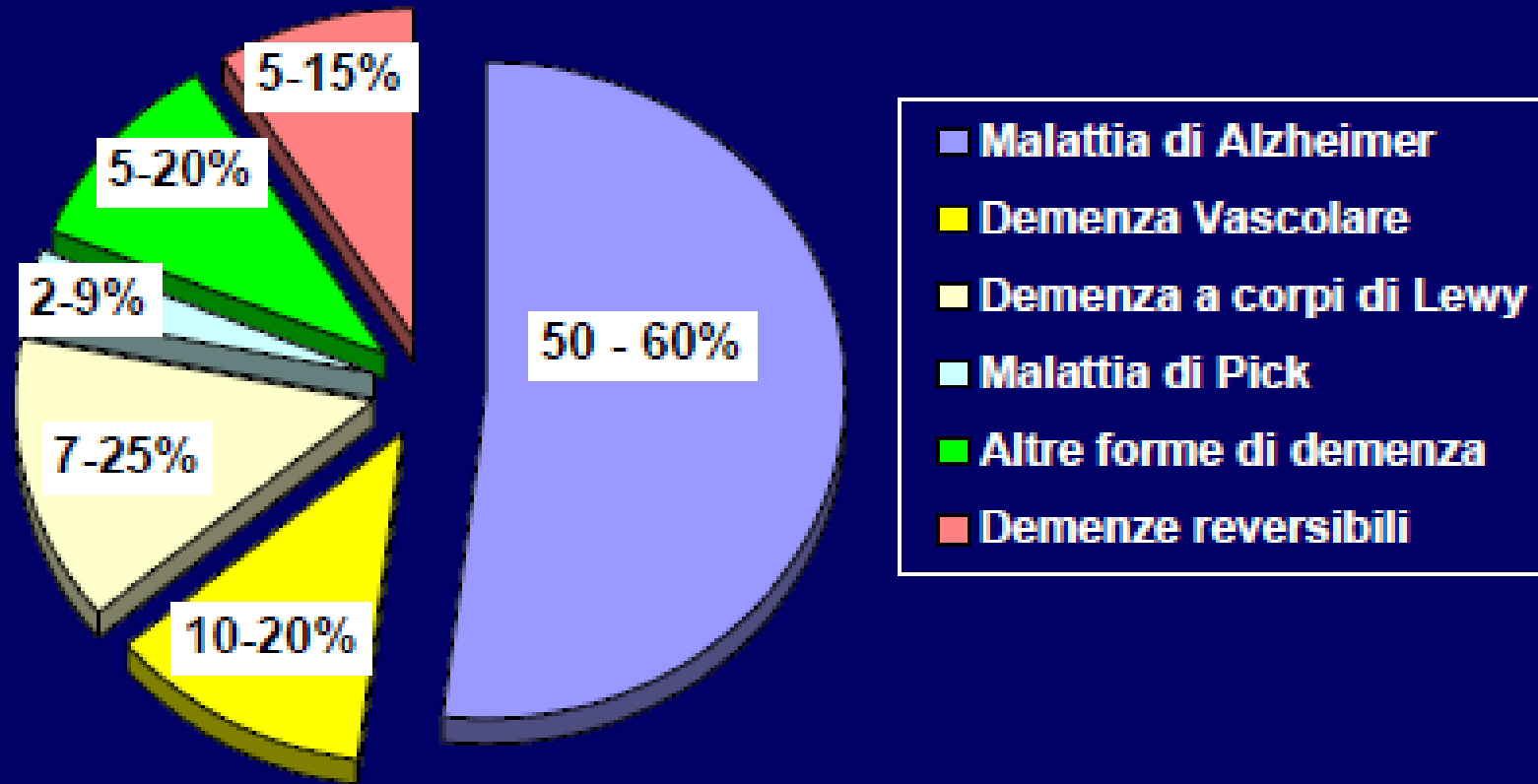
FILIBERTO...
TI RICORDI COME SI CHIAMA
QUEL TEDESCO CHE MI NASCONDE
SEMPRE LE COSE ?...

ALZHEIMER, ISOLINA...
SI CHIAMA ALZHEIMER !

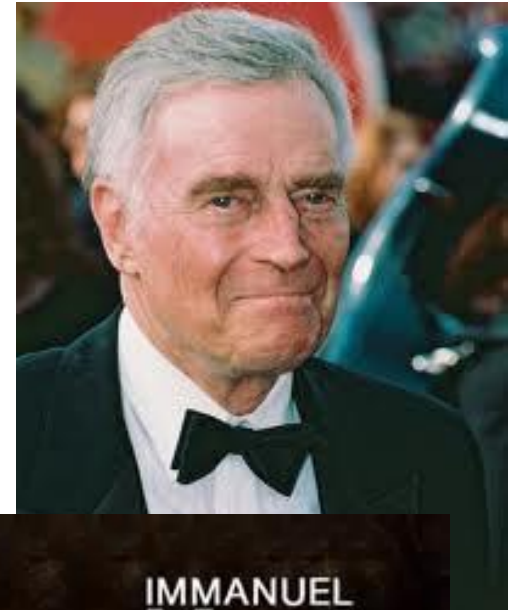
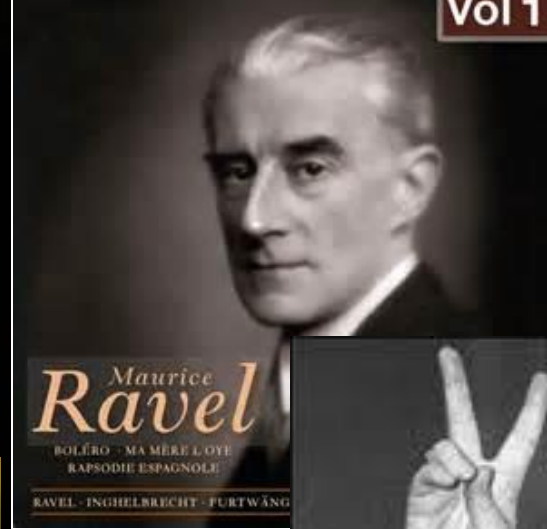


FRANCESCO DOTTI

Epidemiologia delle principali forme di demenza



Ebly EM, et al Neurology 1994; 44: 1593-1600



La Malattia di Alzheimer

- ✓ E' un processo degenerativo che **distrugge le cellule cerebrali** in modo lento e progressivo.
- ✓ L'esordio della malattia e' **insidioso** e il decorso tipicamente lento e **progressivo**.
- ✓ Generalmente il primo sintomo è il **disturbo di memoria**.
- ✓ **La causa non e' nota**.
- ✓ **La diagnosi** in vita è sempre di "probabilità" ed esiste, nelle fasi iniziali, un certo margine di errore.
- ✓ La diagnosi di certezza si fa solo post mortem esaminando il cervello al microscopio dopo l'autopsia.

- ✓ Esistono forme ad
 - esordio precoce (forma familiare 10%) (40-65 anni) e
 - esordio tardivo (forma sporadica 90%) (>65 aa).

**E' quindi una
Demenza senile e pre-senile
con un quadro di deterioramento
mentale progressivo, sindrome
afasicoaprassoagnosica

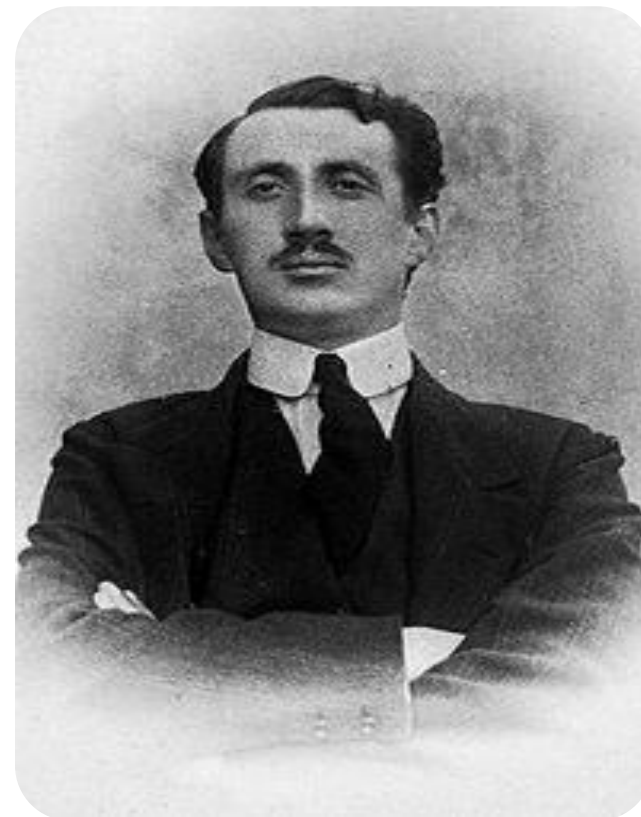
e quadro anatomo-patologico
caratteristico.**

Malattia di Alzheimer - Perusini

- *Alois Alzheimer 1864-1915*



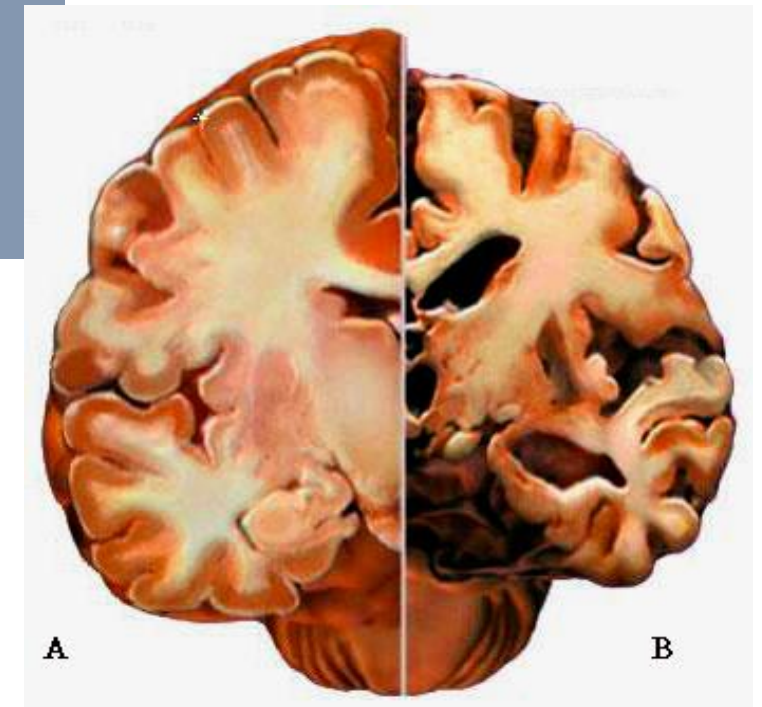
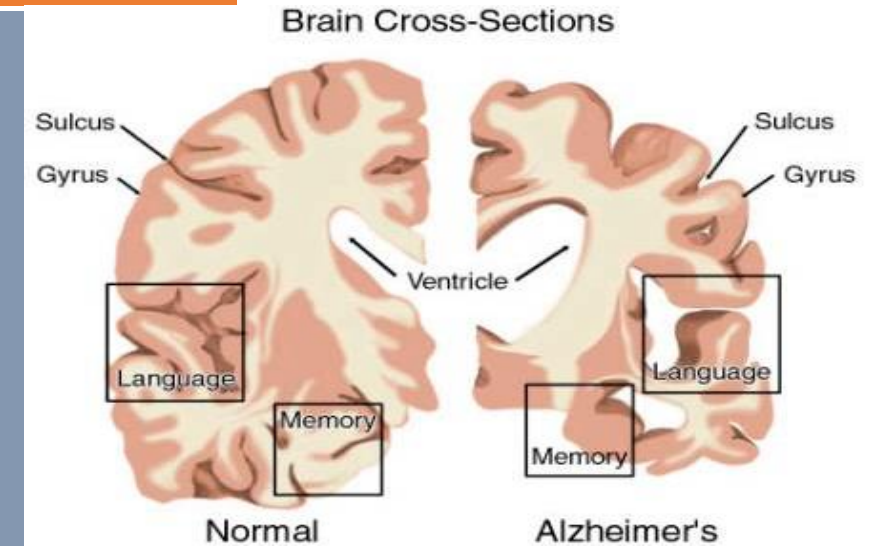
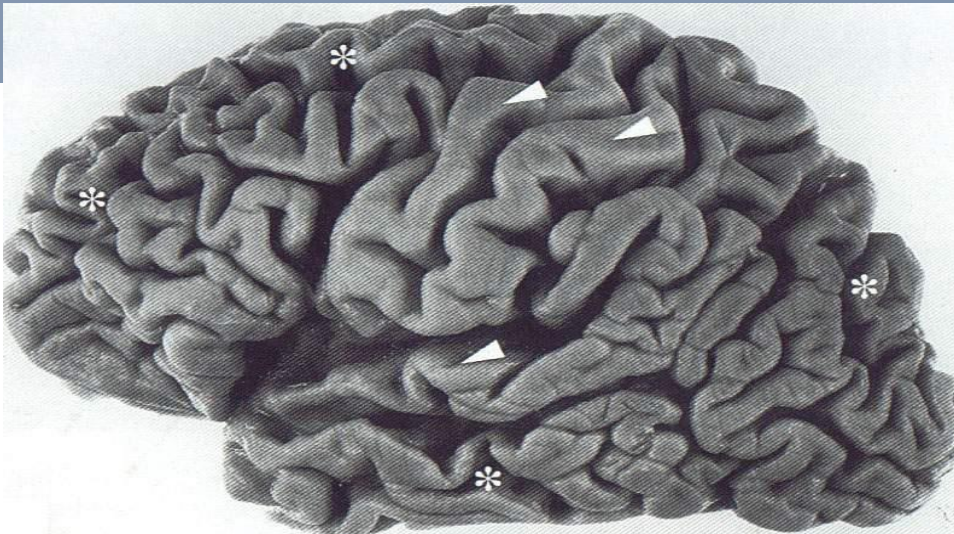
- *Gaetano Perusini 1879-1915*



Aspetti Neuropatologici

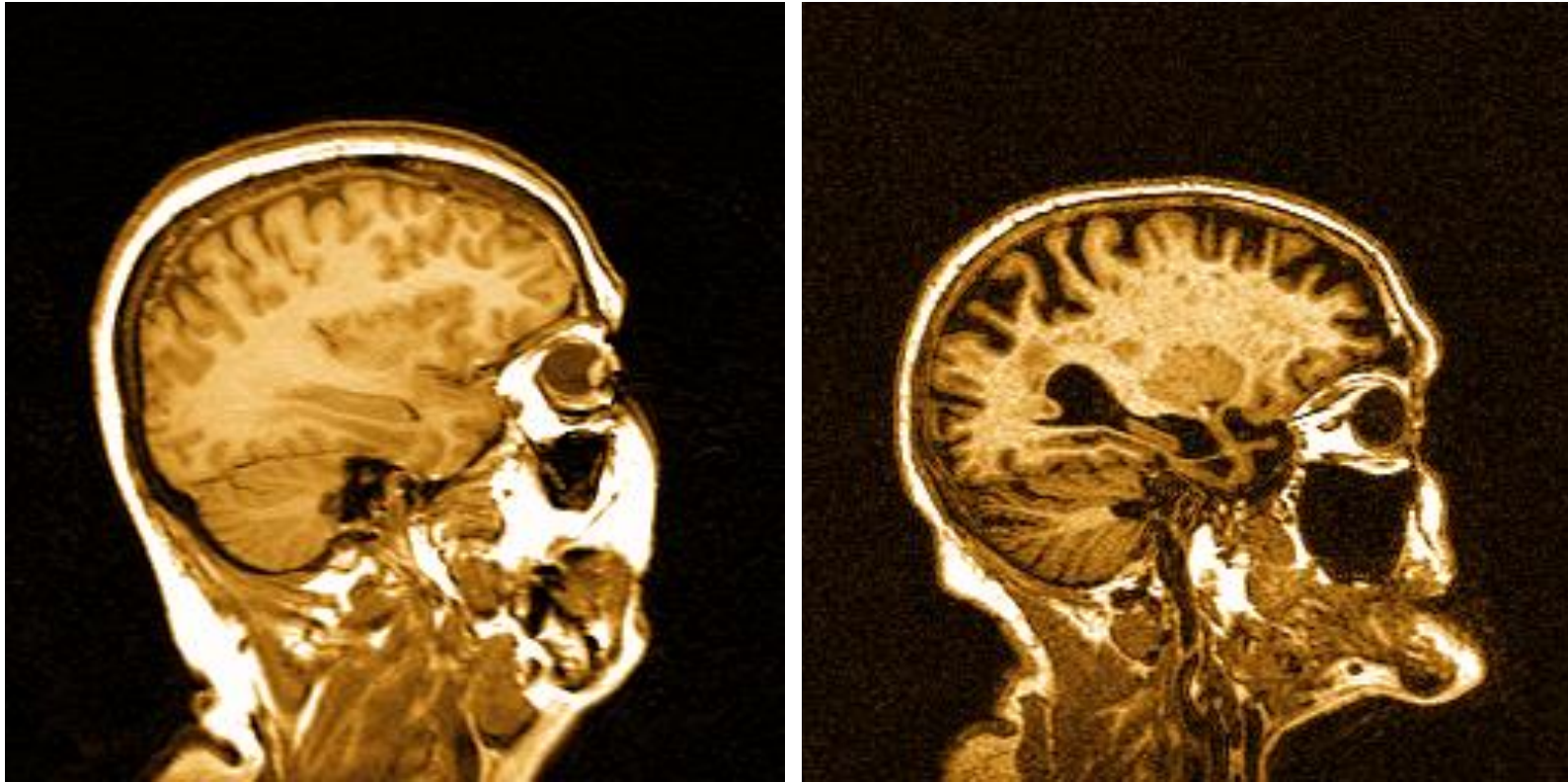
Alterazioni morfologiche quantitative:

- *Riduzione di peso e di volume dell'organo*
- *Circonvoluzioni assottigliate,*
- *Solchi corticali allargati,*
- *Cervello diffusamente atrofico,*
prevalentemente a livello dei lobi frontali e temporali.
- *Terzo ventricolo e ventricoli laterali dilatati in modo simmetrico.*



Analisi RMI

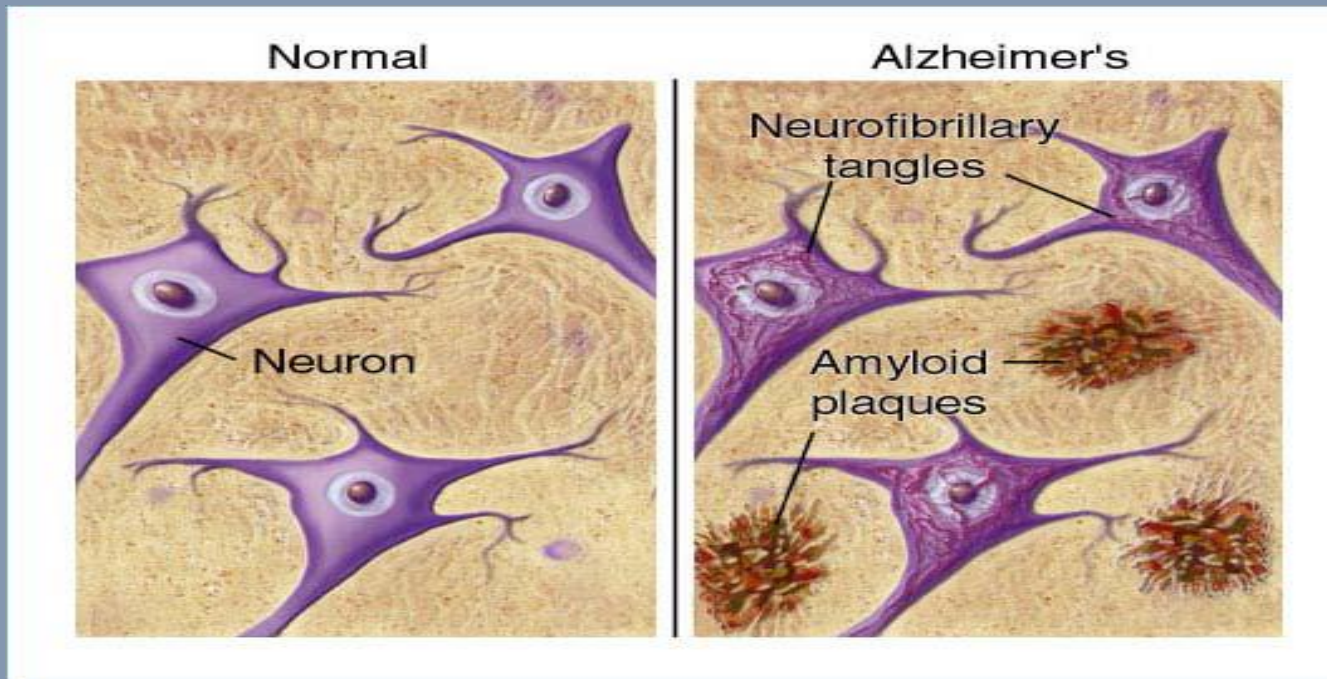
Misura del diverso grado di atrofia del cervello



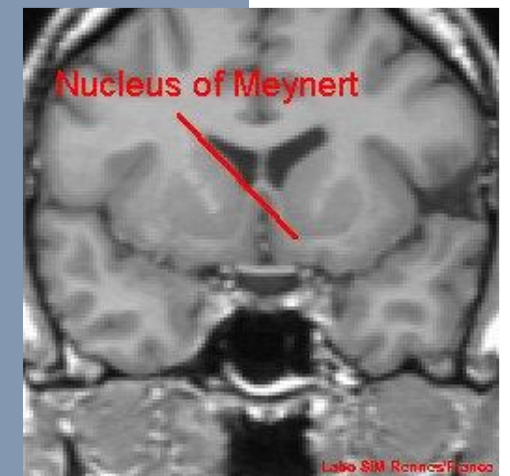
Progressiva scomparsa della materia grigia e sua sostituzione da parte del liquido cefalorachidiano

QUADRO ISTO-PATOLOGICO

1. • **Placche senili**
2. • Degenerazione granulo-vacuolare
3. • **Degenerazione neurofibrillare** di Alzheimer

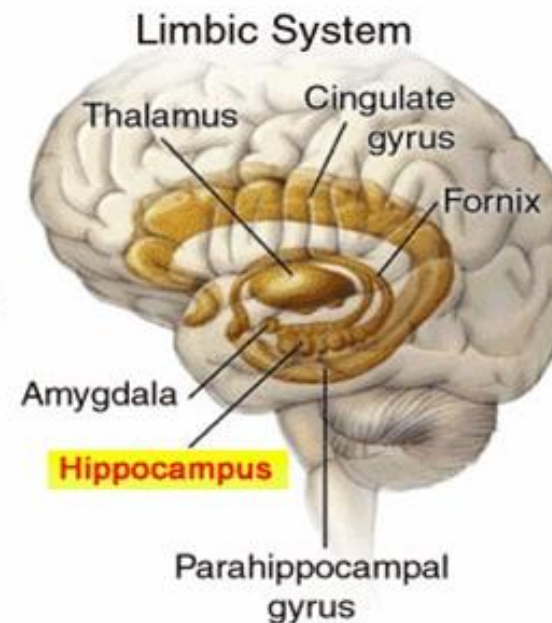
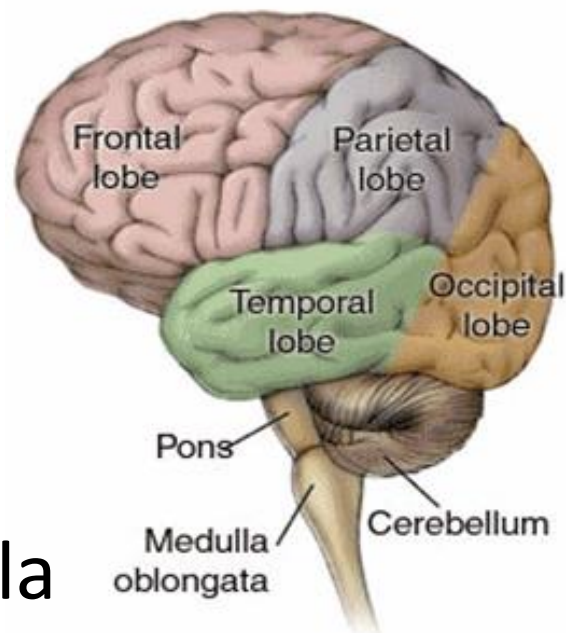


4. • **Riduzione di neuroni nel nucleo basale di Maynert** e deficit del sistema colinergico



EZIOPATOGENESI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER





avvenga nella fase iniziale della malattia di Alzheimer

un processo degenerativo dell'**ippocampo** o del **nucleo tegmentale ventrale**?

e sembra essere associata alla **perdita della memoria**



Malattia di Alzheimer

Ipotesi patogenetiche

- **Ipotesi virale** (esperimenti di inoculazione)
- **Ipotesi tossico metabolica** (Ruolo dell'alluminio)
- **Ipotesi autoimmunitaria**
- **Ipotesi infiammatoria**
- **Stress ossidativo** (il ruolo dei radicali liberi)
- **Iperfosforilazione della proteina tau**
- **Accumulo della β -amiloide**
- **Fattori genetici** (presenilina 1, presenilina 2, APO e, APP)

Genesi multifattoriale

Ipotesi patogenetica unificante

TEORIA AMILOIDOCENTRICA

Cascata dell'amiloide

AD Familiare
Mutazioni
APP,PS1,PS2

AD sporadico
Aplotipo $\epsilon 4$
dell'APO-E

β e γ secretasi

Alterata proteolisi APP
(Proteina precursore amiloide)

Processi
ossidativi ed
infiammatori

Aumentata produzione
di beta amiloide
est

Deposizione di
aggregati di
 β -amiloidi $A\beta_{42}$

Alterata attività di
Fosfatasi e di
Chinasi
(p25/Cdk5)

Eccessiva fosforilazione
della Proteina τ

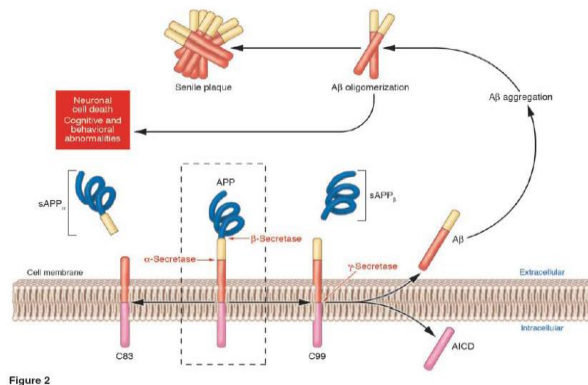
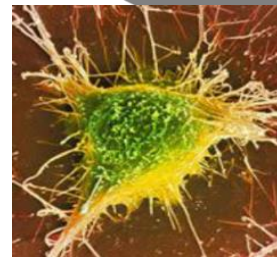
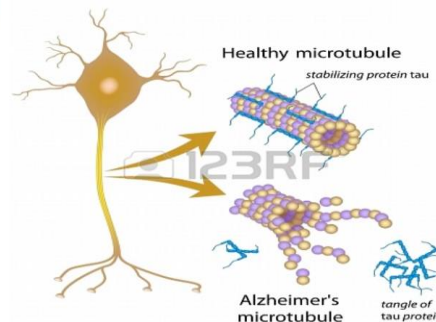


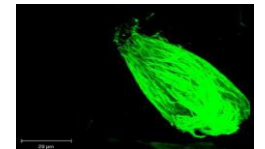
Figure 2



Filamenti elicoidali
intraneuronali
accoppiati



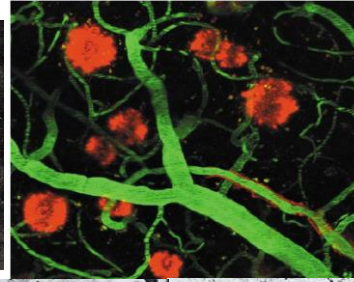
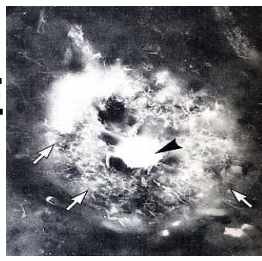
Gomitoli
neurofibrillari



Disfunzione e Morte
neuronal

PLACCHE SENILI O DI AMILOIDE

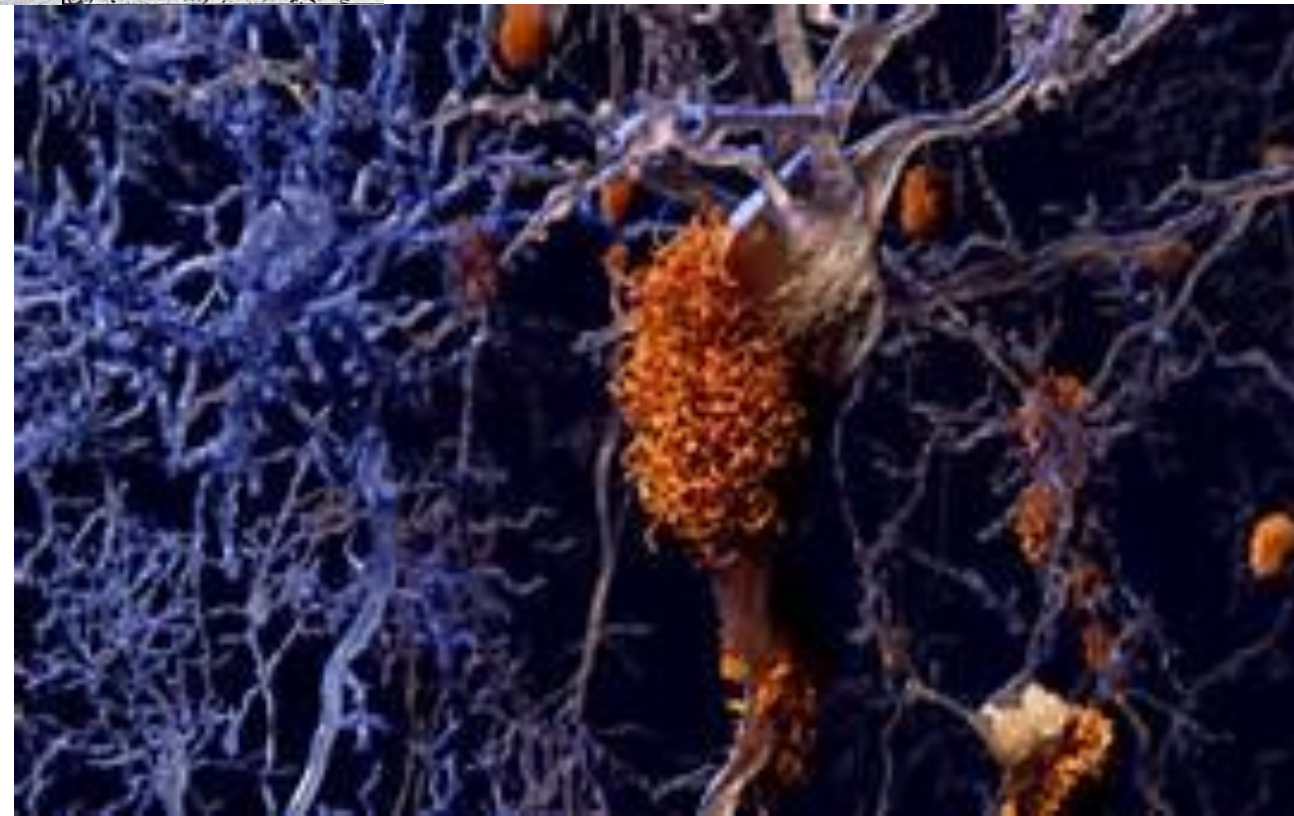
Le placche senili (punta nera) sono caratterizzate da depositi focali di β -amiloide, circondati da neuroni distrofici (freccie bianche), astrociti reattivi e microglia



Aspetto istopatologico della malattia di Alzheimer (AD)

DEGENERAZIONE NEUROFIBRILLARE

Le NFT :neurofibrillary tangles (freccie bianche) sono **strutture intracellulari** insolubili composti da filamenti ad elica accoppiati di 10nm periodici, composti da **proteina tau fosforilata** associata a microtubuli. Assieme alle NFT compaiono strutture fibrillari distali (punte nere)



MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLA M. DI ALZHEIMER

- ## Defciti cognitivi

- DEFICIT DELLA MEMORIA (AMNESIA)
- DEFICIT DEL LINGUAGGIO (AFASIA)
- DEFICIT PRASSICI (APRASSIA)
- DEFICIT GNOSICI (AGNOSIA)
- DEFICIT DELL'ATTENZIONE
- DEFICIT DELL'ASTRAZIONE

**Sintomi
non cognitivi**

Deficit mnesici - AMNESIA

(Memoria: funzione che consente di conservare la traccia degli eventi e di richiamarli **quando** necessario)

Nelle fasi iniziali

Il disturbo mnesico riguarda soprattutto gli eventi recenti (memoria a breve termine):

- ✗ Non ricorda date, stagione, conversazioni o avvenimenti del giorno;
- ✗ Difficoltà ad apprendere e mantenere nuove informazioni
- ✗ Ripete la stessa domanda;
- ✗ Perde oggetti familiari, ad esempio le chiavi
- ✗ disorientamento temporale



Nella fase intermedia

- ✗ compaiono deficit della **memoria remota (memoria a lungo termine)**
- ✗ **ed autobiografica** (ricordo degli eventi che abbiamo vissuto nella nostra vita, le cose che abbiamo appreso a scuola o sul lavoro) e della **memoria semantica** (conoscenze comuni per esempio il presidente della repubblica, il prezzo di un oggetto, il significato delle parole) ,
- ✗ non riconosce i luoghi (disorientamento spaziale);

Nelle fasi avanzate

- ✗ scompare la **memoria procedurale**, cioè quella che racchiude i gesti e le azioni divenuti automatici (ad esempio come si usano gli oggetti, come si fanno le cose come lavarsi i denti, andare in bici...)

Deficit del linguaggio - AFASIA

Nelle fasi iniziali

- ✗ **Generica difficoltà:** Il paziente non si concentra sul filo del discorso o non riesce ad evocare nomi di uso non frequente (anomia)
- ✗ ed incertezze nella costruzione sintattica del periodo

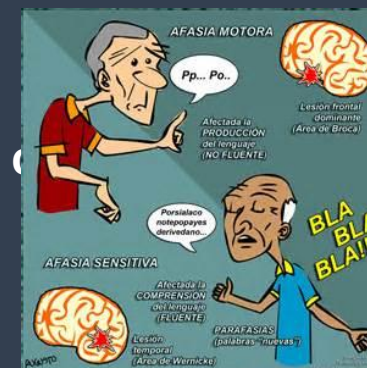


In una fase più avanzata:

- ✗ Linguaggio spontaneo più impoverito, concetti espressi in modo confuso
- ✗ Aumentano le anomalie, le frasi “fatte”, le parole “pass-partout” (es. coso, cosa, fare)(palilalia) (ecolalia)
- ✗ Possono emergere deficit della scrittura

Nella fase finale:

- ✗ Comunicazione spesso impossibile per grave disturbo della c
- ✗ Espressione spontanea assente o estremamente ridotta
- ✗ Processi di lettura e scrittura disgregati





Deficit prassici – APRASSIA

Il paziente non è più in grado di eseguire comportamenti motori complessi, pur essendo intatte le funzioni motorie, sensoriali e la comprensione della prova richiesta

ideomotoria (il pz non è in grado di tradurre il gesto ideato in movimento: fare ciao, il segno della croce, mettere un chiodo con il martello, incrociare le dita)

ideativa (più tardiva), incapacità ad utilizzare correttamente gli oggetti: un pettine, una forbice... o di eseguire i movimenti nella giusta sequenza temporale: alcune condotte domestiche complesse ma di routine, come l'uso degli strumenti di igiene personale, infilarsi i calzini prima delle scarpe, fare il caffè, accendere una candela)

costruttiva (deficit delle funzioni visuo-spaziali emisferiche destre: incapacità a copiare un disegno)

Aprassia dell'abbigliamento non sa allacciare le scarpe, cerca di infilare una manica nella gamba



Deficit gnosici – AGNOSIA



Incapacità di riconoscere ed interpretare la realtà circostante e di identificare forme, oggetti o persone note

- ✗ Segni grafici convenzionali (**Alessia agnosica**)
- ✗ Oggetti comuni (**Agnosia visiva**)
- ✗ Volti familiari e il suo stesso volto (**Prosopoagnosia**)



Deficit dell'Attenzione

Attenzione : processo cognitivo che permette di selezionare alcuni stimoli ambientali (visivi, uditivi..) ignorandone altri



- incapacità di filtrare e selezionare gli stimoli (mancanza di concentrazione);
- incapacità di svolgere più di una azione per volta

in seguito il paziente diventa sempre meno

- attento all'ambiente fino al totale estraneamento.



Deficit delle capacità astrattive

Ridotta capacità di sintesi, difficoltà a cogliere il significato di espressioni astratte (es. proverbi, metafore) o di somiglianze e differenza tra concetti; in seguito
scompare l'autocoscienza del proprio stato di malattia e della propria persona



Sintomi non cognitivi



Insieme eterogeneo di reazioni psicologiche, sintomi psichiatrici e disturbi comportamentali

- Comune a tutti i tipi di demenza, specie alla Malattia di Alzheimer
- Causa di sofferenza e disagio per pazienti e *caregiver*
- Motivo più frequente di istituzionalizzazione

"Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia" (BPSD)



'Aggressività'

Resistenza aggressiva
Aggressività fisica
Aggressività verbale

'Agitazione psicomotoria'

Affaccendamento
Vagabondaggio
Pedinamento
Irrequietezza
Azioni stereotipate
Vestirsi/svestirsi

Alterazioni della personalità

Apatia
Perdita di interessi
Demotivazione
Disinibizione

Tristezza
Lamentosità
Disperazione
Bassa autostima
Ansia, depressione
Colpa

'Alterazioni del tono dell'umore'

Allucinazioni
Deliri
Misidentificazioni

'Psicosi'

Alterazioni del ritmo
sonno-veglia,
Dell'appetito,
Del comportamento
sessuale

Sintomi neurovegetativi



Storia naturale

Fase iniziale: AD lieve

- Difficoltà nel ricordare eventi recenti
- Lieve disorientamento temporale
- Difficoltà nel trovare le parole
- Iniziale difficoltà in attività complesse della vita quotidiana, nelle relazioni sociali e sul lavoro
- Riduzione di iniziativa, difficoltà ad affrontare situazioni nuove
- Ansia, depressione
- Assenza di alterazioni motorie

Fase intermedia: AD moderata

- Deficit di memoria moderato-grave
- Disorientamento spazio-temporale
- Evidente disturbo del linguaggio (espressione e comprensione)
- Aprassia
- Agnosia
- Sintomi comportamentali
- Necessità di controllo e stimolo per la cura della propria persona, dipendenza nelle IADL

Fase avanzata: AD grave-terminale

- Completa perdita delle capacità cognitive con difficoltà nel riconoscere volti e luoghi familiari
- Perdita del linguaggio (fino al mutismo)
- Completa perdita dell'autonomia nelle ADL
- Incontinenza sfinterica
- Rigidità, disturbi della deambulazione, crisi epilettiche, disfagia
- Allettamento in fase terminale

Nelle fasi più avanzate quando ormai tutte le abilità cognitive sono compromesse si verifica la perdita del controllo sfinterico, disturbi dell'attività motoria, difficoltà nella masticazione e nella deglutizione. La morte sopraggiunge in un quadro di cachessia complicata da fenomeni infettivi polmonari, cutanei e urinari

Durata media della malattia: 10 anni

MALATTIA DI ALZHEIMER

TERAPIA ATTUALE

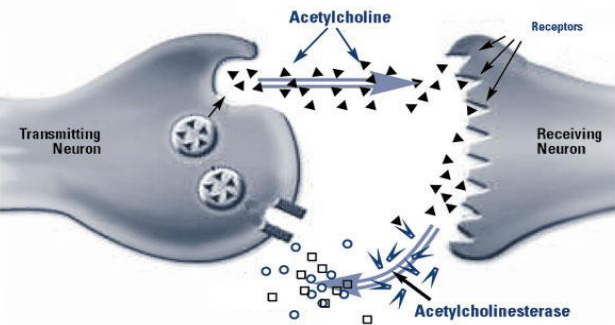
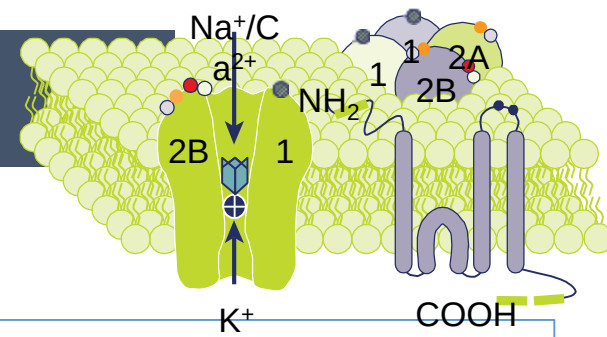


Fig. 1. After signalling, acetylcholine is released from receptors and broken down by acetylcholinesterase to be recycled in a continuous process.

- **I FARMACI ANTICOLINESTERASICI (AChEI):**

I farmaci AChEI attualmente in commercio in Italia sono:

- **DONEPEZIL CP**
- **RIVASTIGMINA CP - CEROTTO**
- **GALANTAMINA CP**

Approvati per M. di Alzheimer di grado lieve e moderato

- **ANTAGONISTI DEI RECETTORI NMDA: antiglutaminergici**

Il farmaci attualmente in commercio in Italia:

- **MEMANTINA**
(Ebixa)

Approvata per M. di Alzheimer di grado moderato e severo

NEUROLETTICI: per i disturbi comportamentali



Demenza: trattamento non farmacologico (TNF)

- Training Cognitivi;

- Multistrategico

(Reality Orientation Therapy, Validation therapy, Rimotivational therapy

Terapia Occupazionale:

Prendersi cura di sé e soddisfare i propri bisogni primari (es. vestirsi, lavarsi, mangiare);
Dare un senso alla propria esistenza ed esprimere le proprie propensioni (ad es. avere degli hobbies, praticare degli sport, etc.).

Musicoterapia,

Ortoterapia,

Stimolazione multisensoriale, Danza terapia, Pet therapy; Doll therapy

- Informativo/Educativo (addestramento caregiver)

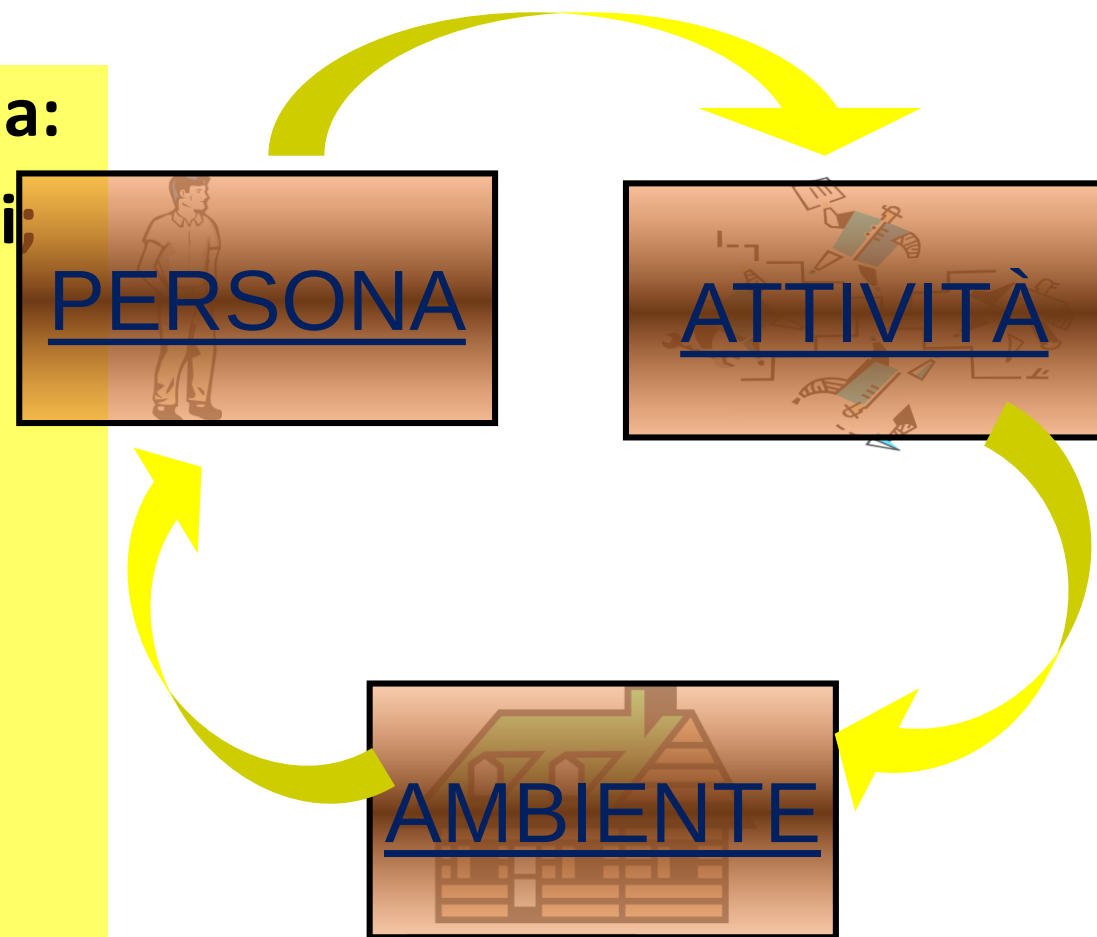
- Environmental Approach (adattamento ambientale)



Demenza: trattamento non farmacologico (TNF)

Consiste nell'impiego di tecniche che mirano a:

- Mantenere le funzioni cognitive e funzionali;
- Ridurre i disturbi comportamentali;
- Facilitare la gestione da parte del caregiver
- Rallentare l'impatto della malattia;
- Migliorare la qualità di vita del paziente e di chi lo assiste.



Bisogni assistenziali e costi sociali di una malattia familiare

- La demenza è una malattia cronico-degenerativa a forte impatto assistenziale
- La famiglia ha un ruolo fondamentale nel trattamento della malattia e nel sostegno indispensabile all'ammalato
- L'80% dei pazienti sono assistiti direttamente dai familiari (censis 2017)

La max parte dei costi associati alla malattia sono dovuti

- al tempo speso dai caregiver e
- all'utilizzo dei servizi sociali ed
- aumentano con la severità della stessa

Bisogni assistenziali e costi sociali di una malattia familiare

I care giver in Italia sono:

- Principalmente donne (76.6%)
 - Generalmente mogli e figlie che ospitano il malato in casa (>80%)
 - Il 45.7% ha problemi di lavoro, di questi
 - il 16.1% lo ha dovuto lasciare,
 - il 32% ha chiesto il part-time,
 - il 33.9% ha dovuto cambiare attività,
 - il 3.6% è stato licenziato
-
- Il 53.6% lamenta sonno e il 87.3% stanchezza
 - Ansia depressione e insonnia sono praticamente la norma così come
 - il riscontro di crisi ipertensivee l'aumento dei livelli ematici di colest. LDL e trgl, ciò che prende il nome di

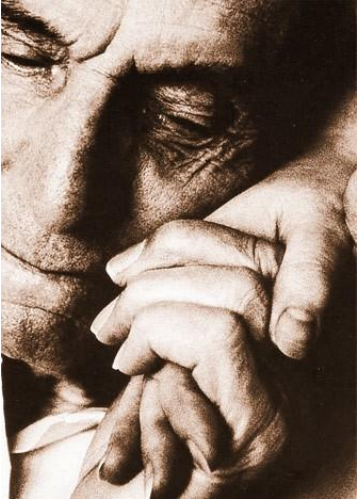
STRESS DEL CAREGIVER



Bisogni assistenziali e costi sociali di una malattia familiare

- I familiari dei pz sono impegnati in media
 - 6 ore al giorno nell'assistenza diretta e circa
 - 7 ore nella sorveglianza del malato
-
- Il 67% dei pz frequenta una UVA
 - Il 18% usufruisce dell'ADI
 - Il 24% frequenta Centri diurni (> Centro Nord)
 - Il 41% deve ricorrere ad aiuti a pagamento - il 33% sono assistenti familiari straniere
- che non possiedono competenze specifiche**





Bisogni assistenziali e costi sociali di una malattia familiare

- **La max dei malati vive in famiglia**
- I malati di AD e le loro famiglie vivono in una situazione di difficoltà e abbandono il cui disagio è acuito dall'impegno fisico, psicologico ed economico necessari all'assistenza.
- Mentre si osservano vistose carenze sul piano del supporto formale del SSN e dei presidi socioassistenziali del territorio
- **L'Italia viaggia a 2 velocità**

RILEVAZIONE NAZIONALE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI PER LE DEMENZE

"Osservatorio sulle demenze"



Centri diurni

ALZHEIMER E DINTORNI NON DIMENTICARE CHI DIMENTICA



***VENOSA...
LO STATO DELL'ARTE***



Con decreto Ministeriale 20 luglio 2000 è stato avviato il

Progetto Cronos

(protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer);

la Regione Basilicata ha individuato

3 UVA (UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER) PZ-MT-VENOSA

una delle quali operante all'interno della nostra UO-CEIMI

Attività dell'U.V.A. di Venosa dal 2000 al 2018



ANNI	N. PRIME VISITE	N. VISITE DI CONTROLLO	VISITE TOTALI
2000-2010	2.828	3.800	6.628
2011-2016	1.988	2.592	4.580
2017-2018	944	1.296	2.240
TOTALE	5.760	7.688	13.448

Screenata circa il 18% della popolazione ultra65enne

Obiettivi

- Determinare l'esistenza di deterioramento cognitivo (vedi criteri clinici del DSM IV)
- Ricercare eventuale causa eziologica x
- Riconoscere ed intervenire nelle forme potenzialmente reversibili (ed arrestabili) stimate tra il 5 e il 15 %
- intervenire nelle forme irreversibili istituendo terapie che possono rallentare la progressione della malattia e migliorare la qualità di vita del paziente e familiari
- Fornire ai pazienti ed ai familiari informazioni più precise riguardo il decorso della malattia , sui servizi e le risorse disponibili per attuare tempestivamente misure necessarie per risolvere i problemi

CHE FARE?

“Siamo in presenza di una bomba a orologeria”

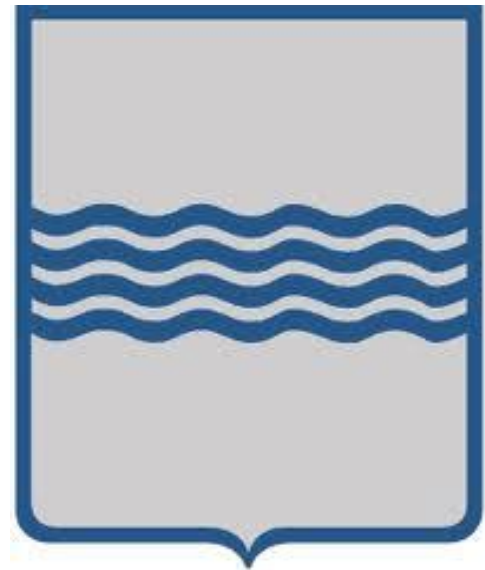
ha dichiarato il presidente Alzheimer's Disease International Orien Reid.

“Nel nostro paese è urgente migliorare i servizi creando una rete assistenziale intorno al malato e alla sua famiglia che non li lasci soli ad affrontare il lungo e difficile percorso di malattia. Una rete territoriale che comprenda medico di famiglia, specialisti, centri di riferimento, assistenza domiciliare, centri diurni, ricoveri di sollievo e ricoveri definitivi”.



ALZHEIMER ITALIA®

Gabriella Salvini Porro, presidente della Federazione Alzheimer Italia



RETE REGIONALE PER LE DEMENZE

deliberazione 1113 del 28 luglio 2011

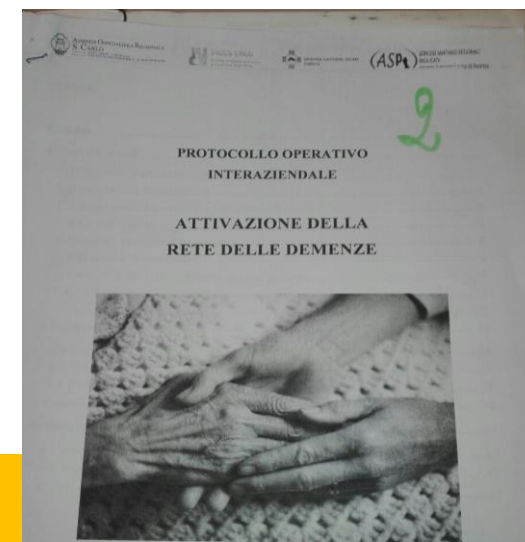


Il progetto di

“costituzione ed organizzazione della rete regionale per le Demenze”

offre un modello attinente alle esigenze attuali e pur nella complessità reale o apparente della sua realizzazione individua il percorso assistenziale da compiere per la presa in carico globale dei pazienti dementi e delle loro famiglie.

***Protocollo operativo interaziendale:
attivazione della rete delle demenze***



COMITATO
SCIENTIFICO
REGIONALE

CENTRO DI ECCELLENZA

3
RSA

5 CENTRI
DIURNI



3
NUCLEI
ALZHEIMER

ASSOCIAZIONE
ALZHEIMER

ADI

MMG

NUCLEO ALZHEIMER

WORK IN PROGRESS (2015)



In sintesi ...



Caratteristiche principali dei Nuclei Alzheimer

Cosa c'è di "speciale" nelle Unità Speciali per la Demenza?

- **Ambiente Fisico**

- Riduzione degli stimoli rumorosi
- Sicurezza durante il vagabondaggio
- Appropriate stimolazioni sensoriali

- **Approccio del personale all'assistenza**

- Piani di cura individualizzati
- Approccio "di gruppo" ai pazienti
- Riduzione delle contenzioni fisiche e farmacologiche
- Enfasi posta alla dignità del paziente ed allo stato funzionale

- **Programmi terapeutici**

- Attività adeguate alle condizioni cognitive e funzionali dei singoli pazienti
- Attenzione posta alle attività "familiari"
- Terapia occupazionale di gruppo, programmi di attività fisiche
- Attività individuali

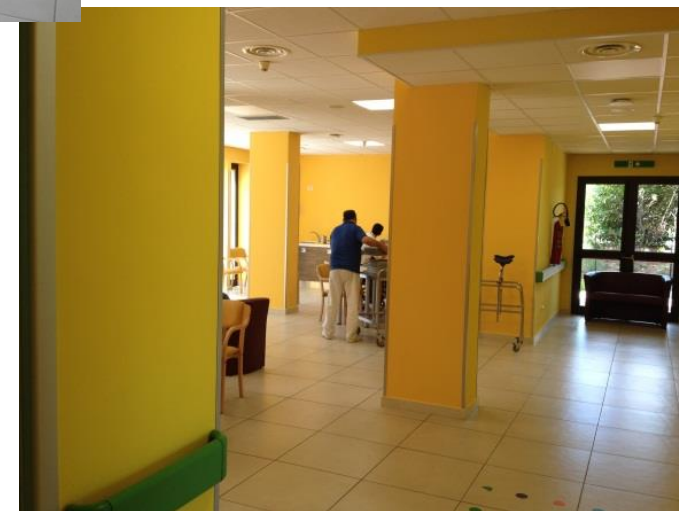
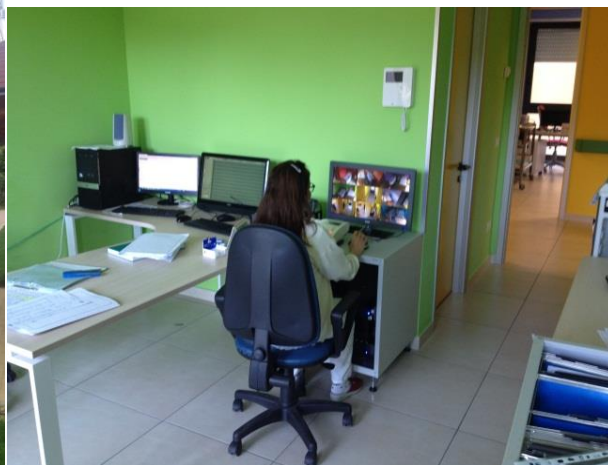
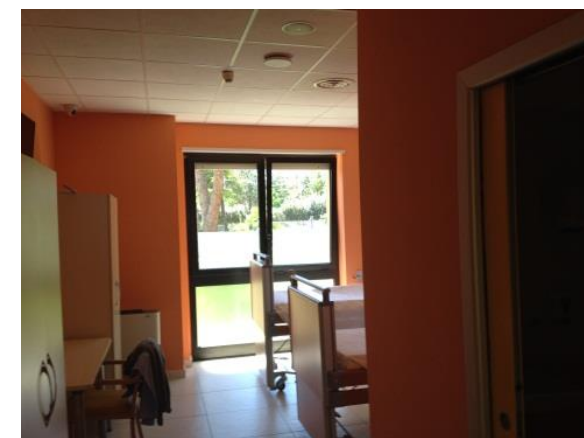
- **Coinvolgimento delle famiglie**

- Fornire informazioni e supporto di gruppo
- Incoraggiare i familiari alla partecipazione alle attività ed all'assistenza.

NUCLEO ALZHEIMER

2016

centro.alzheimer@aspbasilicata.it



NUCLEO ALZHEIMER

ATTIVITA'









**SOLO QUELLI CHE SONO COSI' FOLLI DA PENSARE DI
CAMBIARE IL MONDO LO CAMBIANO DAVVERO**
EINSTEIN



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



centro.alzheimer@aspbasilicata.it
Tel. 0972-39288 Fax 0972-39286

