

Il decadimento cognitivo e la demenza



Dott. Antonella Geri
Infermieristica in ambito geriatrico

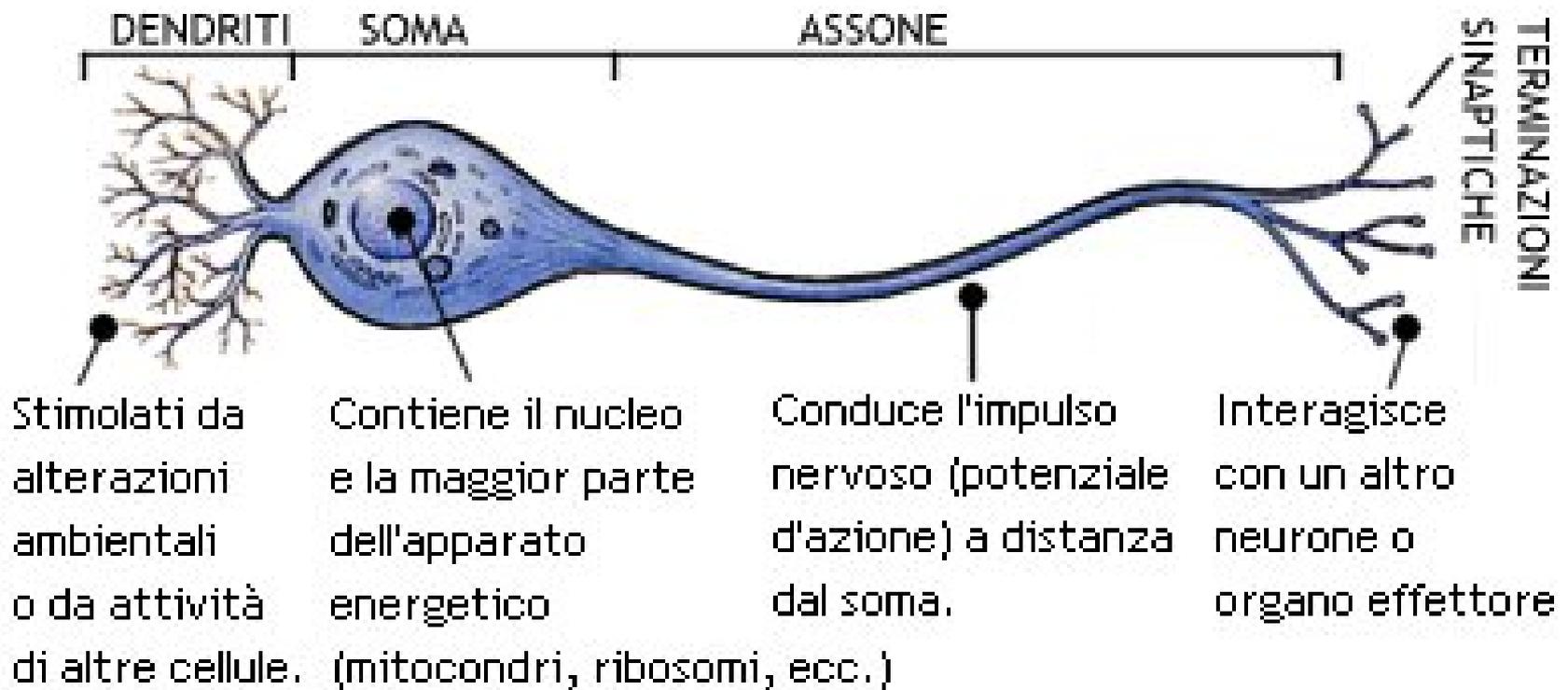
In ogni attività dell'uomo entrano in gioco diverse funzioni mentali in interazione sinergica. Le funzioni mentali si sviluppano in stretta relazione con l'ambiente.

Le principali **funzioni cognitive** sono:

- Attenzione
- Coscienza
- Funzioni esecutive
- Linguaggio
- Memoria
- Percezione
- Prassia

Le funzioni cognitive includono l'insieme dei processi mentali attraverso cui il cervello elabora le informazioni per produrre risposte/comportamenti.

Il sistema nervoso permette all'organismo di adattarsi alle condizioni ambientali interne ed esterne che cambiano attraverso il coordinamento dei **neuroni connessi gli uni agli altri dai dendriti e dagli assoni.**



Il **cervello** è la parte anteriore dell'encefalo, costituito da una serie di **sistemi neuronali** parzialmente indipendenti, dedicati ciascuno a una **specifica funzione, coordinate** tra loro da collegamenti reciproci e da centri con proiezioni diffuse che garantiscono l'unitarietà delle attività cerebrali.

Il **SNC è un sistema plastico e adattabile**: risponde alle informazioni sia elaborandole in maniera integrata e organizzata, sia modificando la propria architettura.

Con l'aumentare delle informazioni si stabiliscono nuove connessioni, mentre quelle non utilizzate si "atrofizzano". (Brodal, 2001)

Il cervello che si trasforma:

Il complesso di trasformazioni a cui è soggetto nel tempo il cervello dipende dalla azione combinata di diversi fattori:

1. Le **stimolazioni sulla struttura neuronale** e sulla architettura delle connessioni
2. L'attività neuro-endocrina sul **trofismo cellulare**
3. Meccanismi determinati **geneticamente**
4. Meccanismi **degenerativi**

L'invecchiamento e le funzioni cognitive.

I **neuroni maturi** presentano un'alta specializzazione funzionale, ma **non hanno capacità riproduttiva e riparativa**.

L'invecchiamento fisiologicamente comporta:

- **perdita progressiva di neuroni per necrosi e atrofia,**
- riduzione di sostanze **neurotrofiche,**
- **ossidazione** delle membrane cellulari,
- accumulo di sostanze **neurotossiche**
e di conseguenza processi degenerativi.

Abitualmente l'anziano non utilizza più del 30% dei neuroni disponibili, la perdita di neuroni quindi, se resta graduale e progressiva, **può non avere effetti funzionali**.

I processi patologici invece portano a degenerazione e morte cellulare **localizzata e rapida** (es. m. di Parkinson, demenze, ictus) e portano **all'esclusione funzionale di aree** altamente specializzate. Questi danni non sono connessi direttamente al processo di invecchiamento, ma semplicemente sono più frequenti nell'età avanzata che in quella giovane (**aumento proporzionale all'aumento dell'età**).

La percezione dei cambiamenti fisiologici collegati all'età si ha solo dai 60 anni, è influenzata sia dalla condizione mentale individuale, sia agli stimoli derivanti dall'ambiente esterno. **Non sempre quindi l'età cronologica corrisponde con l'età funzionale della persona.**

L'invecchiamento del SNC dipende inoltre da:

- Situazioni stressanti e deprimenti es. vedovanza, pensione ... (**invecchiamento situazionale**)
- Abitudinarietà, riduzione della funzione adattiva (**atrofia da disuso**)

Fattori predisponenti al Declino cognitivo

- Calo di **interessi**
- Riduzione **stimoli esterni**
- Riduzione **capacità intellettive**
- Rallentamento **psicomotorio**
- Perdita **neuroni**
- **Ipo-ossigenazione corticale**
- Riduzione acuità **uditiva e visiva**

Come cambia l'anziano

- La persona si concentra di più su sé stessa e sul proprio corpo
- Può accusare difficoltà di adattamento alle trasformazioni fisiche psicologiche e sociali
- La riduzione di vista e udito possono rendere difficile ricevere ed elaborare stimoli dall'esterno



**Riduzione di:
memoria, capacità di attenzione, memoria di
lavoro, percezione, linguaggio, capacità
decisionale, capacità di controllare processi**

La Demenza

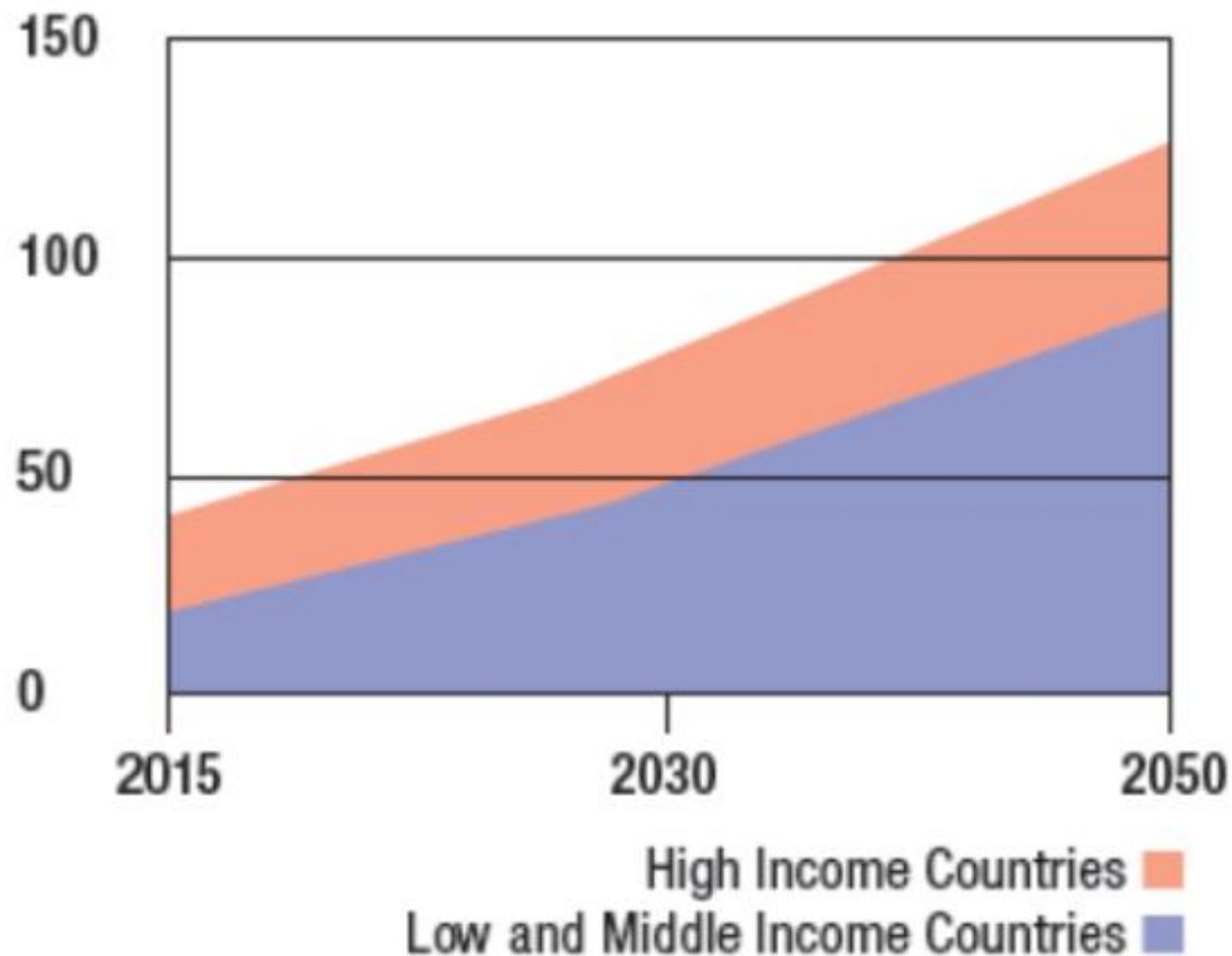
Sindrome clinica (ossia un insieme di sintomi) che si manifesta con una perdita progressiva delle funzioni cognitive (come ad esempio deficit della memoria, afasia, aprassia, agnosia, perdita dell' orientamento nello spazio e nel tempo, deficit del pensiero astratto e della capacità critica, perdita delle funzioni esecutive di pianificazione, elaborazione ed eventuale modificazione di strategie) abbinata ad alterazioni psicologiche e del comportamento e a perdite funzionali, di entità tale da **interferire con le usuali attività sociali e lavorative** della persona e da compromettere in modo irreversibile la vita di **relazione** e le autonomie nello **svolgimento delle attività della vita quotidiana** .

Un problema diffuso...

I dati recentemente pubblicati dalla Alzheimer's Disease International (ADI), la federazione internazionale che raccoglie le associazioni Alzheimer di tutto il mondo, stimano che nel **2015** le persone con una forma di demenza abbiano raggiunto i **46,8 milioni**. Secondo questo istituto, tale cifra è destinata quasi a **raddoppiare ogni 20 anni**, raggiungendo 74,7 milioni di persone nel 2030 e 131,5 milioni nel 2050.

Numero di persone con demenza (in milioni)

Number of people with dementia (millions)



STORICA DECISIONE DELL'OMS

L'OMS adotta il Piano Globale sulla Demenza 2017–2025 che apre una nuova prospettiva su ricerca, assistenza e terapia. Il Piano ribadisce che la demenza non è l'inevitabile conseguenza dell'invecchiamento

OMS ADOTTA PIANO GLOBALE SULLA DEMENZA

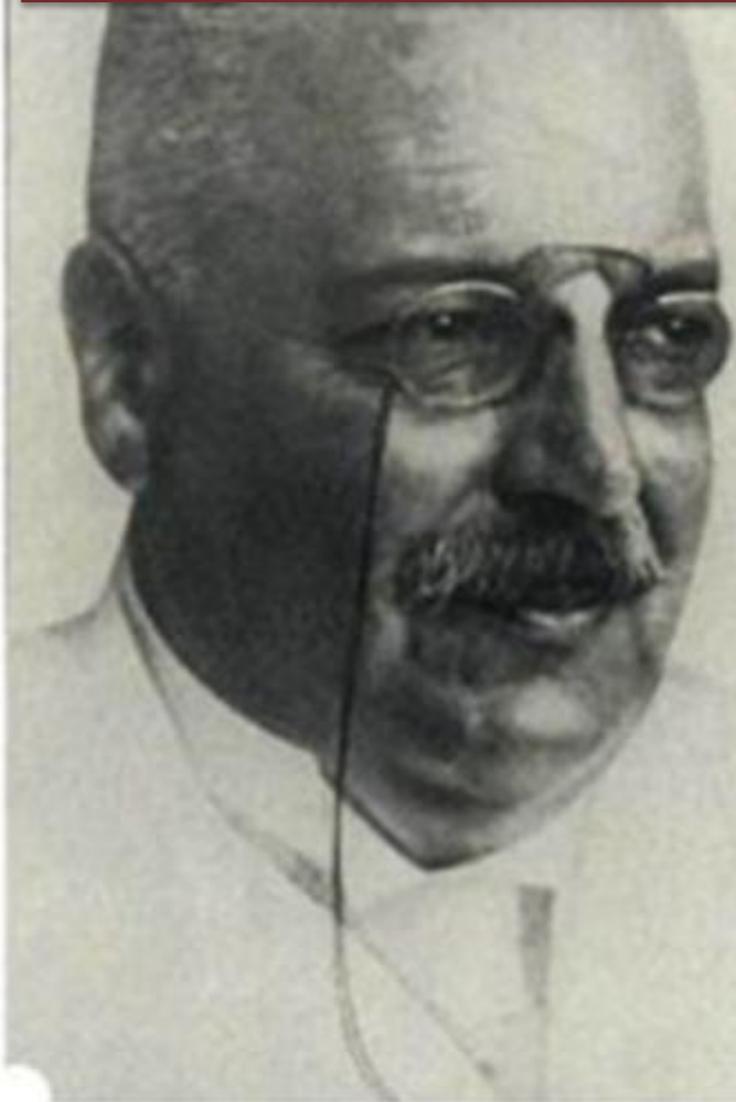
Dopo 5 anni di percorso condiviso con Alzheimer's Disease International, oggi, 29 maggio 2017, gli Stati Membri della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno sottoscritto il Piano Globale di Azione sulla Risposta di Salute Pubblica alla Demenza. Questo vuol dire che i governi di 194 Paesi, fino al 2025, dovranno riferire periodicamente all'Organizzazione Mondiale della Sanità cosa fanno in concreto per affrontare la demenza. Noi siamo veramente orgogliosi di questo traguardo e vi invitiamo a scoprire di più sul Piano qui: bit.ly/2qrNYpi



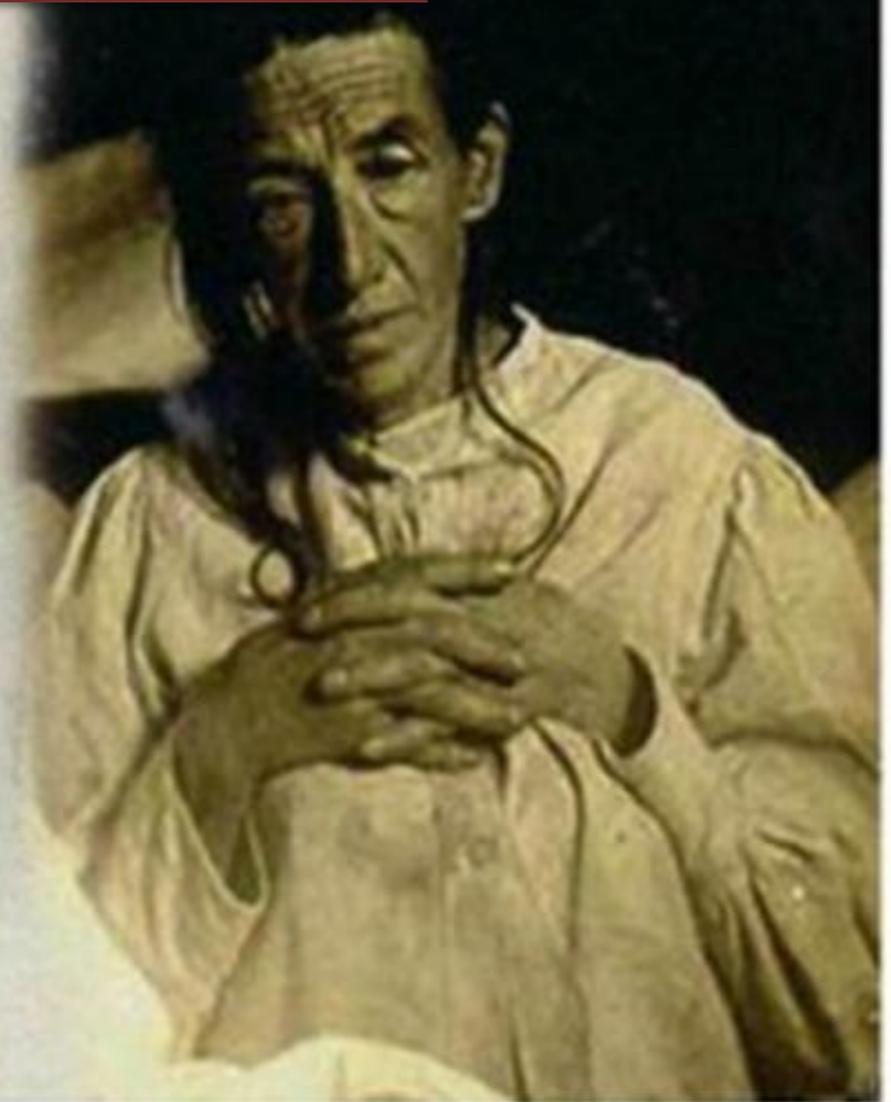
FREQUENZA

Demenza di Alzheimer	50-60%
Demenza vascolare	10-20%
Demenza a corpi di Lewy	7-25%
Malattia di Pick e demenza fronto-temporale	2-9%
Demenza mista (malattia di Alzheimer + demenza vascolare)	5-15%
Demenze reversibili	5-20%

Auguste e il dott. Alzheimer



Alois Alzheimer (1864 – 1915)



Auguste D. (1850 – 1906)

“I Sintomi di Auguste”

Il primo evidente sintomo di malattia di questa donna di 51 anni fu la sospettosità nei confronti del marito.

Talora, pensando che ci fossero persone che volessero ucciderla, Auguste cominciava ad urlare. Altre volte sembrava che avesse allucinazioni uditive.”

Da Alzheimer A., 1907

Alois Alzheimer presentò il caso di una donna di 51 anni affetta da una sconosciuta forma di demenza che successivamente prese il suo nome.

La Malattia di Alzheimer come la conosciamo oggi è stata descritta già nel 1907 dal medico tedesco A. Alzheimer, ma è rimasta sconosciuta a lungo perché la sua descrizione era scritta in tedesco.

È un processo degenerativo cerebrale che provoca un declino progressivo e globale delle funzioni intellettive, associato ad un deterioramento della personalità e della vita di relazione.



Progressivamente, viene persa l'autonomia nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita e si diventa completamente dipendenti dagli altri.

L'esordio della malattia è **insidioso** e il decorso tipicamente lento e **progressivo**.

Colpisce ciascuno in modo differente, il suo impatto dipende dalle caratteristiche individuali preesistenti (personalità, condizioni fisiche e stile di vita)

La causa è sconosciuta e non esiste un trattamento curativo; si stanno però conducendo ricerche per predisporre dei farmaci in grado di ridurre i sintomi.

La prevalenza delle malattie neurodegenerative aumenta con l'età, ed è maggiore nel sesso femminile,

È stato ipotizzato che, in una piccola percentuale di casi (circa il 10% delle famiglie studiate), sia in causa una trasmissione genetica di tipo autosomico dominante, con penetrazione completa intorno ai 90 anni di età.



L'Alzheimer può essere:

- Sporadico (95%)
- Familiare (5%) quindi di origine genetica

Generalmente, il primo sintomo della malattia è il disturbo di memoria.

Esistono forme ad esordio precoce (40-65 anni) e ad esordio tardivo (dopo i 65 anni).

La diagnosi in vita è sempre di “probabilità” ed esiste, nelle fasi iniziali, un certo margine di errore.

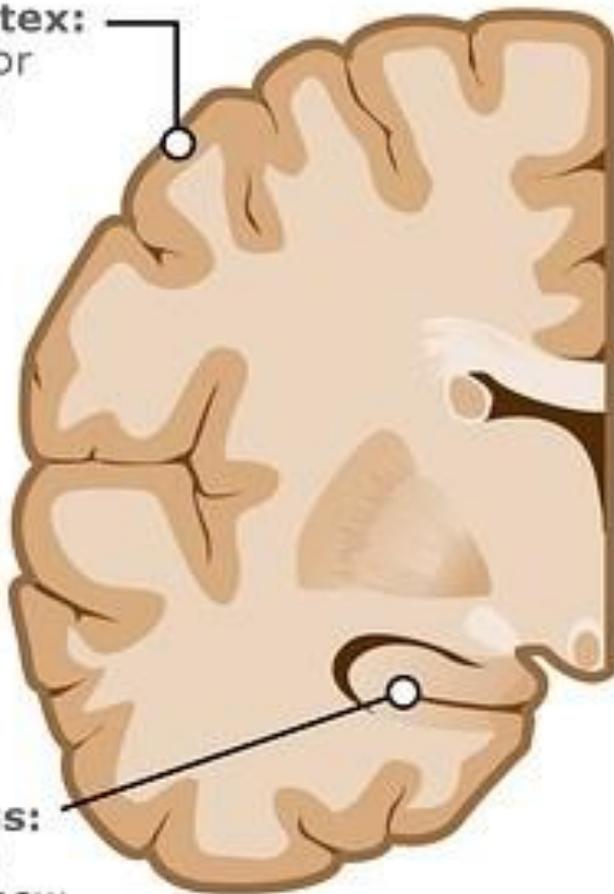
La diagnosi di certezza si fa solo esaminando il cervello al microscopio dopo l'autopsia.

Alzheimer's disease

Healthy brain

Cerebral cortex:
Responsible for language and information processing

Hippocampus:
Critical to the formation of new memories

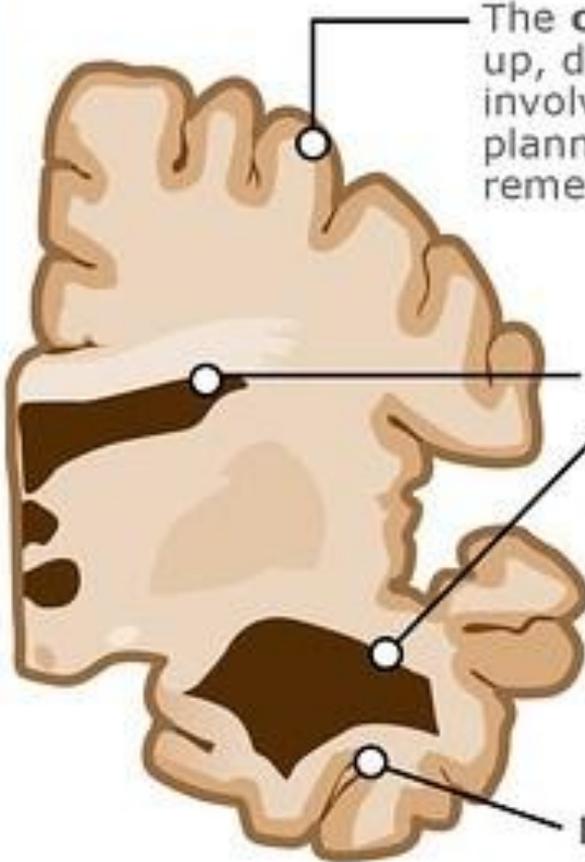


Alzheimer's disease brain

The **cortex** shrivels up, damaging areas involved in thinking, planning and remembering

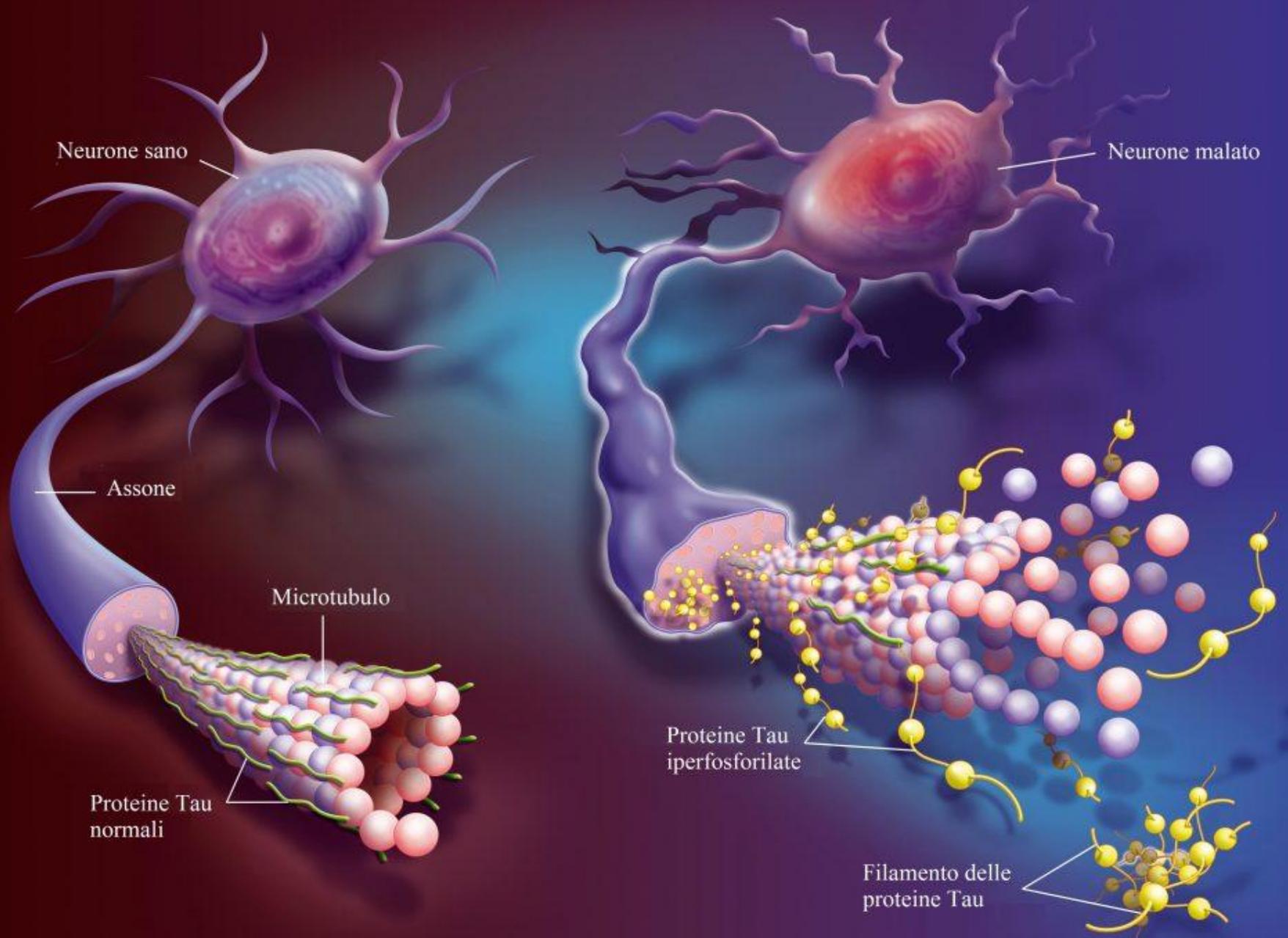
Ventricles filled with cerebrospinal fluid grow larger

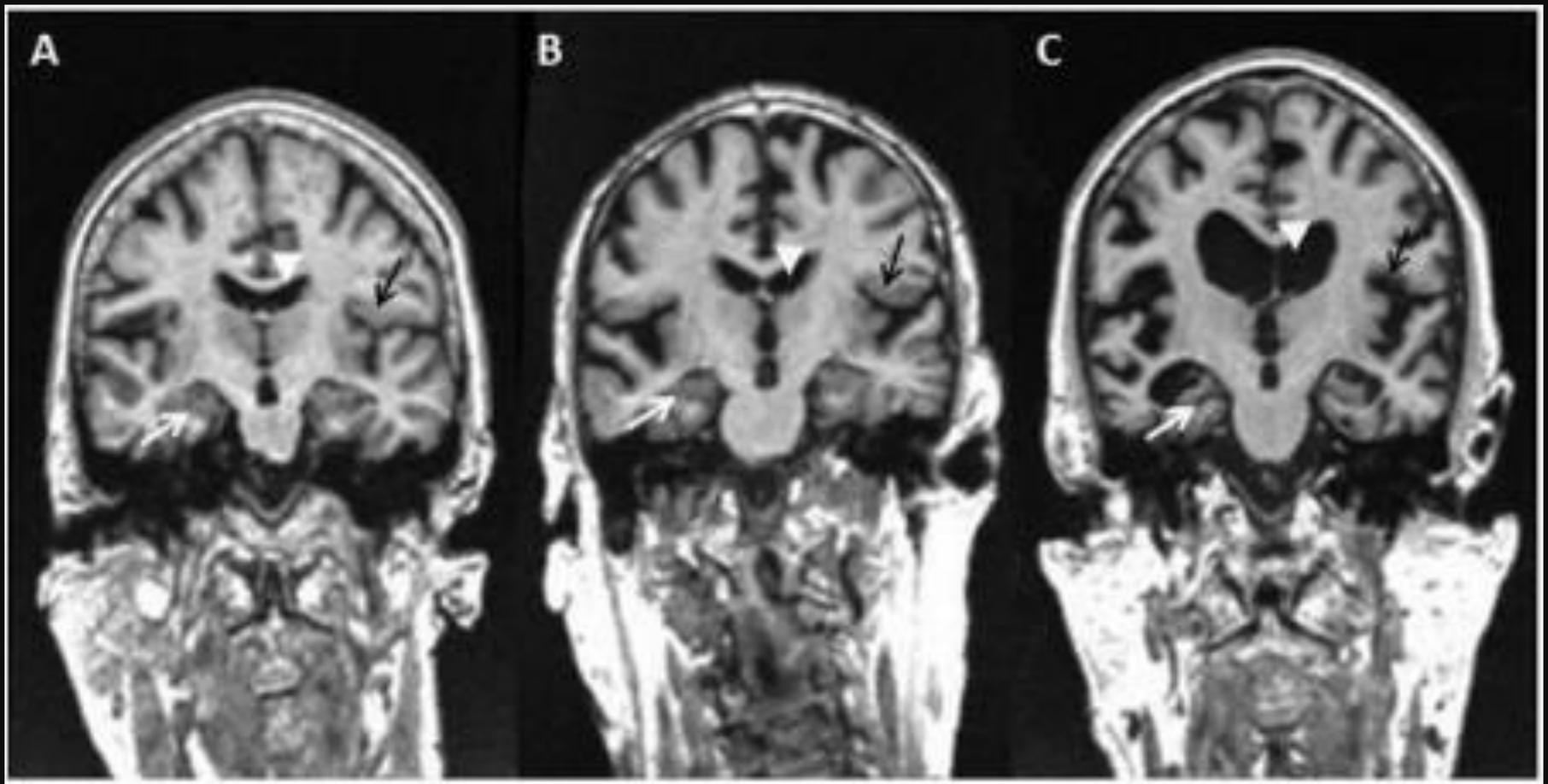
Hippocampus shrinks severely



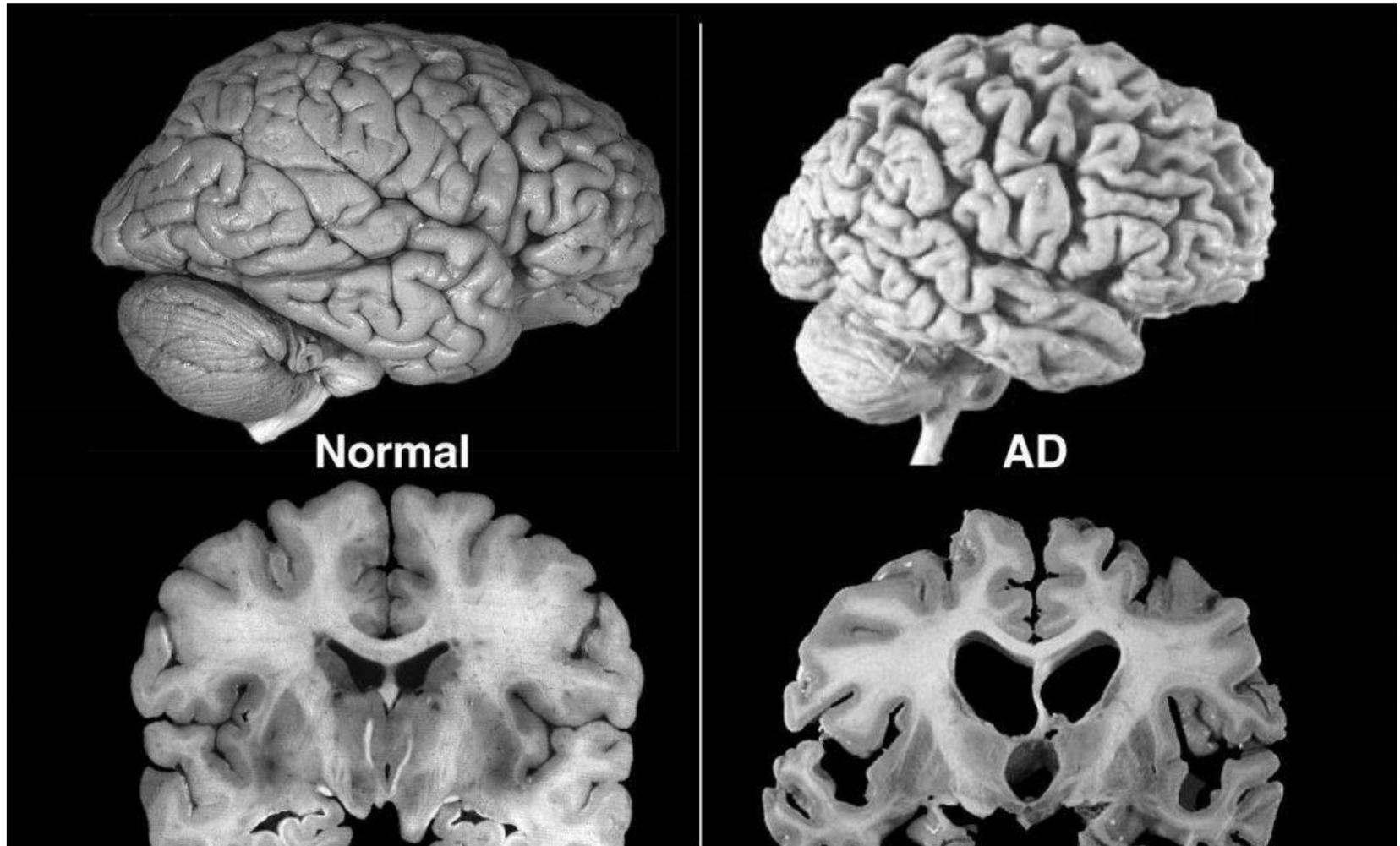
Source: Alzheimer's Association

Malattia di Alzheimer

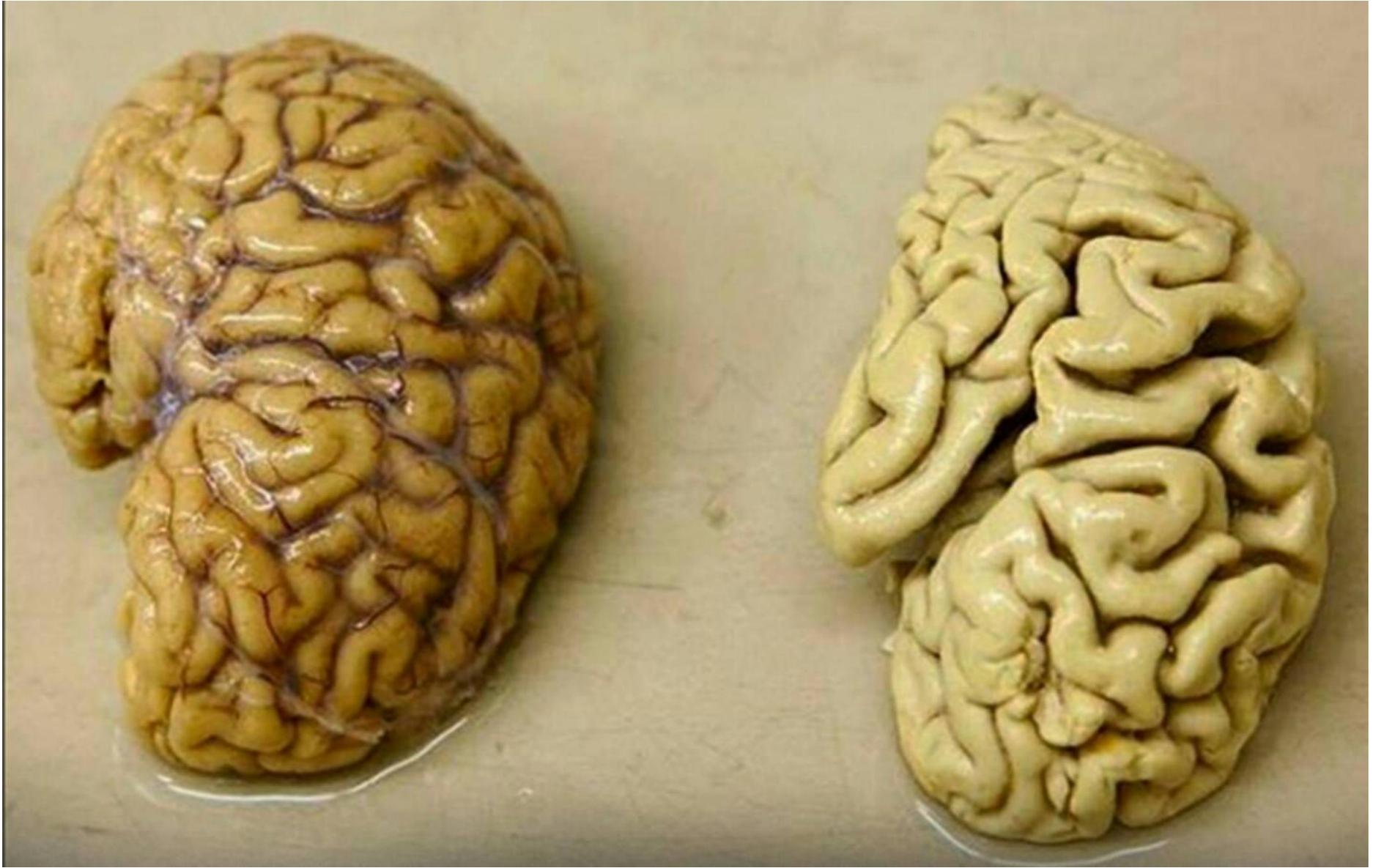




Il normale invecchiamento assume un aspetto fortemente patologico nella malattia di Alzheimer . La caratteristica cerebrale più importante è l'atrofia dovuta alla perdita progressiva dei neuroni.



<http://www.v-news.it/scienza-dei-farmaci-comuni-potrebbero-aumentare-il-rischio-di-alzheimer-cosa-ce-di-vero/>



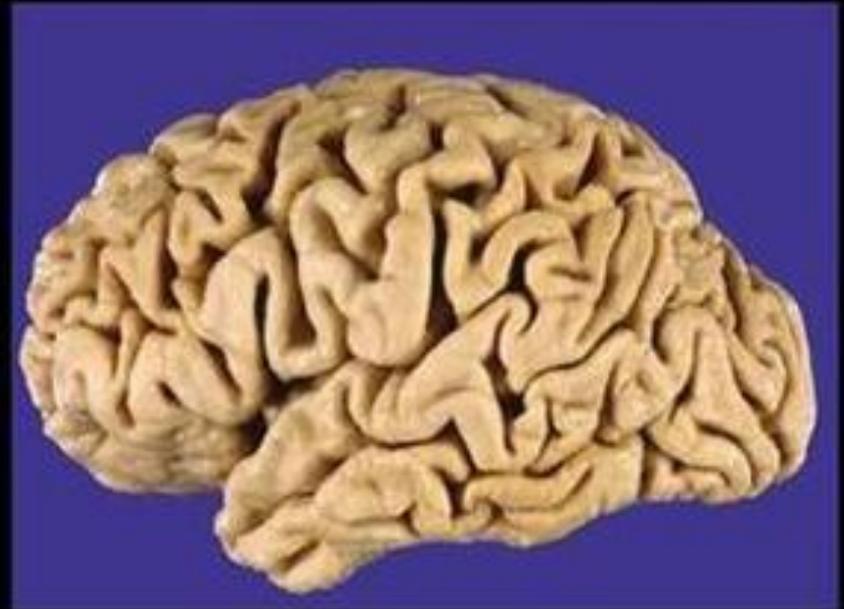
NORMALE

ALZHEIMER

Normale



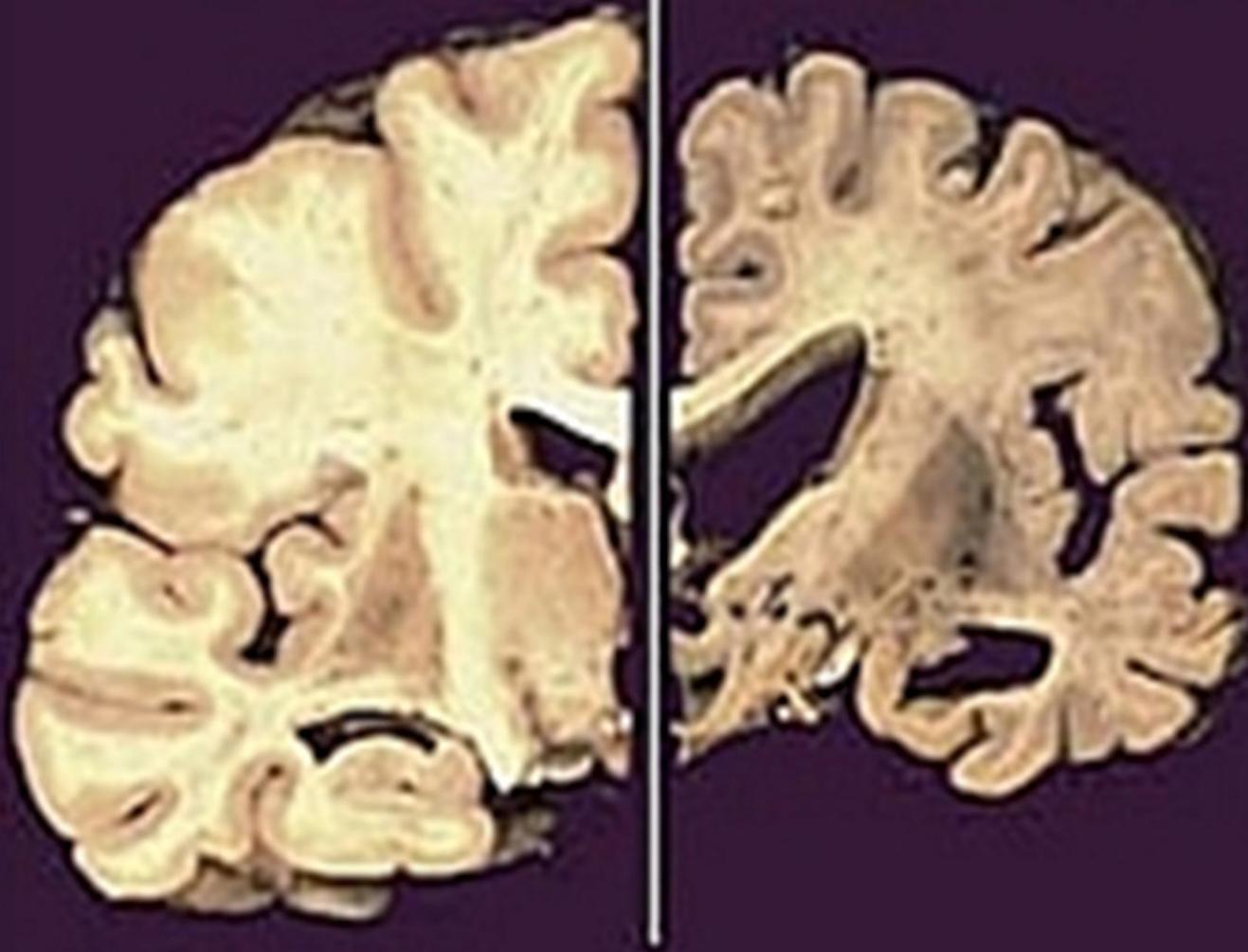
Atrofico



http://www.leggo.it/societa/sanita/cervello_giovani_alcol_droga_alzheimer_regione_lazio-1050631.html

NORMALE

ALZHEIMER



Quali segni di allarme?

per avvistare i primi segni della malattia l'American Alzheimer Association nel 2005 ha pubblicato i 10 campanelli di allarme per la malattia di Alzheimer:

- 1 vuoti di **memoria**;
- 2 non riuscire più a fare le **cose di tutti i giorni**;
- 3 non si trovano le **parole giuste**;
- 4 perdita del senso **dell'orientamento**;
- 5 indossare **abiti** sovrapposti o inappropriati;
- 6 soldi e **calcoli** sono un problema;
- 7 riporre gli oggetti in **posti strani**;
- 8 improvvisi ed immotivati **sbalzi di umore**;
- 9 cambio di **carattere**;
- 10 perdita di **interessi**.

4 segni=
ALLARME!

L'evoluzione della malattia

Il decorso della malattia di Alzheimer è **individuale**, in media si protrae dagli 8 ai 20 anni. L'evoluzione viene suddivisa convenzionalmente in fasi, che tuttavia possono avere durata diversa e possono anche sovrapporsi.

Alzheimer lieve (circa 2-4 anni)

Alzheimer moderato (circa 2-10 anni)

Alzheimer grave (circa 3 anni)

Alzheimer terminale (circa 1 anno)

Alzheimer lieve (circa 2-4 anni)

In questa fase, la persona esperisce lievi disturbi di memoria, soprattutto per fatti recenti, con difficoltà ad imparare nuovi concetti o procedure.

Si possono presentare difficoltà di orientamento nello spazio e nel tempo.

Sul piano linguistico, compaiono problematiche nel produrre frasi adeguate a supportare il pensiero e vengono utilizzate pause frequenti dovute all'incapacità di "trovare la parola giusta".

La persona trova più difficile eseguire attività che richiedono maggiore pianificazione come ad esempio l'organizzazione di un pranzo in famiglia, la gestione della casa o delle finanze.

La perdita progressiva di queste abilità cognitive interferisce con il normale svolgimento delle attività quotidiane. La persona malata è **consapevole** delle proprie difficoltà e dei propri fallimenti e il suo umore potrebbe divenire più deflesso, tanto che potrebbe ritirarsi dalle attività sociali oppure reagire con manifestazioni aggressive e ansiose.

Nella pratica clinica un paziente si considera in questa fase quando al Mini Mental State Examination ottiene un punteggio compreso tra 18 e 24.

Alzheimer moderato (circa 2-10 anni)

In genere, è la fase temporalmente più **duratura** ed è caratterizzata da un aggravamento dei sintomi presentati nella fase precedente.

Le **dimenticanze** sono sempre più significative; aumenta l'incapacità di **ricordare i nomi dei famigliari** con la possibilità di confonderli, così come aumenta il **disorientamento** topografico, spaziale e temporale. In questo stadio aumenta la necessità di supervisione e di assistenza nelle attività quotidiane, come la preparazione dei **pasti**, le faccende domestiche, l'uso di **mezzi di trasporto**, anche al fine di evitare situazioni di **pericolo**. Il paziente potrebbe trascurare il proprio **aspetto**, **l'igiene** personale, **l'alimentazione** e le attività quotidiane. I **cambiamenti di umore** e comportamentali divengono più rilevanti. La persona potrebbe diventare **sospettosa**, sviluppare **deliri** e **comportamenti ossessivo-compulsivi**.

Nella pratica clinica un paziente si considera in questa fase quando al MMSE ottiene un punteggio compreso tra 10 e 18.

Alzheimer grave (circa 3 anni)

È la fase più avanzata della malattia durante la quale la persona malata è completamente dipendente e **richiede assistenza continua e totale**.

È caratterizzata da una perdita quasi completa delle capacità di **produzione e comprensione linguistica**; tuttavia, la persona può conservare la capacità **comunicativa attraverso il corpo** (espressione facciale, postura e gestualità).

Il soggetto diviene **totalmente incapace di riconoscere i propri familiari**, di compiere gli atti quotidiani della vita come vestirsi, mangiare, lavarsi, riconoscere i propri oggetti personali e la propria casa.

Il **movimento** è sempre più compromesso.

Nella pratica clinica un paziente si considera in questa fase quando al MMSE ottiene un punteggio inferiore a 10.

Alzheimer terminale (circa 1 anno)

In questa fase il paziente è ormai **completamente dipendente**, richiede cure costanti, è **incontinente** e la **disfagia** lo portano alla necessità di alimentazione artificiale.

La morte subentra a seguito di complicanze, quali malnutrizione, disidratazione, infezioni, ulcere pressorie.

Delirium

Deliri e allucinazioni: le persone malate a volte e a secondo della fase della malattia possono essere soggette a deliri e allucinazioni.

Il delirio o le allucinazioni assumono forme di un pensiero vero e possono essere considerati, dalla persona affetta da demenza, **come assolutamente reali** creando uno stato di **paura** che può sfociare in comportamenti **auto-difensivi**.

Per abbassare lo stato d'ansia si deve **assecondare** la persona, **dandogli la possibilità di farlo parlare di ciò che lui crede stia accadendo**. (NB Metodo Validation)

Diagnosi infermieristiche possibili...

- Processi familiari interrotti...
- Tensione nel ruolo del caregiver
- Coping inefficace
- Coping compromesso della famiglia
- Conflitto decisionale
- Mobilità compromessa
- Gestione della casa compromessa
- Alterazione del modello sonno/riposo

- Mantenimento della salute compromesso
- Deficit della cura di sé
- Conoscenza insufficiente
- Confusione mentale acuta/cronica
- Memoria compromessa
- Rischio di violenza rivolto ad altri
- Wandering
- Rischio di cadute
- **Rischio di compromissione della dignità umana**
- Autonegligenza
- Deglutizione compromessa
- Processo decisionale autonomo compromesso
- Sindrome dell'anziano fragile



**ASSISTENZA ALLA PERSONA AFFETTA DA
PATOLOGIA DEMENTIGENA**

- **NON SOSTIUIRSI MAI ALLA PERSONA NELLE AZIONI CHE SVOLGE ANCORA IN AUTONOMIA!**
- **Adattare l'ambiente** (mettere in sicurezza la casa, semplificare, riordinare): via gas, veleni, detersivi, mettere negli armadi solo indumenti adatti alla stagione, scarpe comode a disposizione, indumenti facili da indossare.
- Aiuto di una **badante a domicilio** che instauri un rapporto di familiarità con l'assistito e la famiglia
- Uscite da domicilio con accompagnamento (pericolo di perdersi)
- Instaurare abitudini quotidiane e orari che aiutano il mantenimento del ritmo circadiano
- Rispetto delle preferenze individuali per cibo, vestiti, frequentazioni...

- Usare tecnologie distrattive per spostare l'attenzione della persona da pensieri ossessivi o negativi...
- Disorientamento spaziale: può essere d'aiuto avvalersi dei colori per distinguere i percorsi o le stanze
- Disorientamento temporale: uso di calendari, orologi, abitudine a leggere quotidiani...
- Uso di fotografie per richiamare volti familiari e esperienze di vita
- Ricorrere all'aiuto di centri diurni specializzati
- Terapia occupazionale di gruppo...
-



snoezelen room for dementia



Snoezelen/Sensory
Room



Terapia occupazionale
individuale o di gruppo









Doll Therapy







BIBLIOGRAFIA

- A. Brodal, Neurological Anatomy, Oxford University Press, New York, 2001
- Giorgio Nebuloni, «*Assistenza infermieristica alla persona anziana*», Casa Editrice Ambrosiana. Edizione Seconda, aprile 2017
- U. Senin, A. Cherubini, P. Mecocci, PAZIENTE ANZIANO PAZIENTE GERIATRICO MEDICINA DELLA COMPLESSITA'. Fondamenti di gerontologia e di geriatria, EdiSES, Edizione Terza, 2010
- <http://www.alzheimer-onlus.org/documenti/File/guida-alzheimer-webX.pdf>