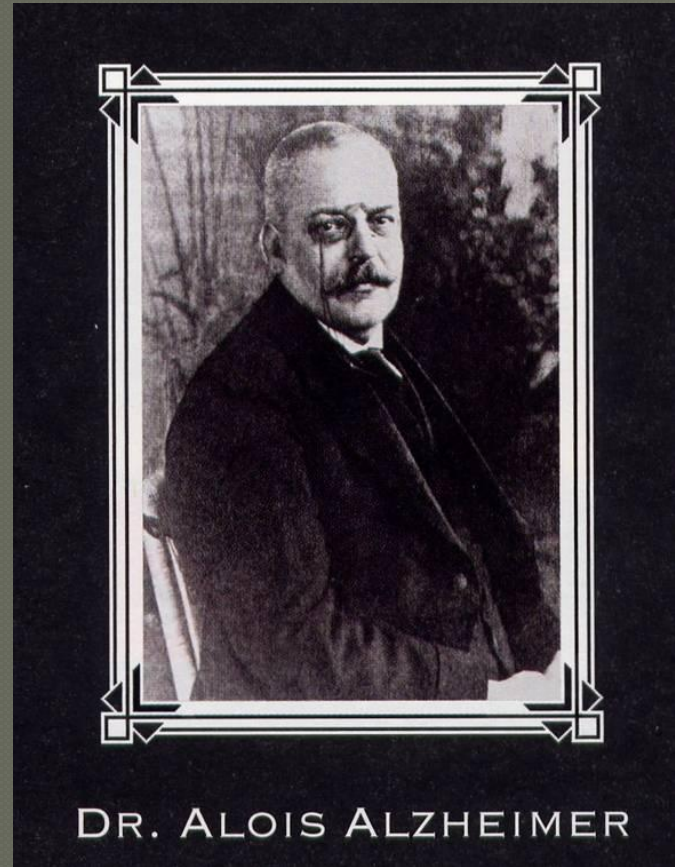


# Le demenze

Enrico  
Granieri



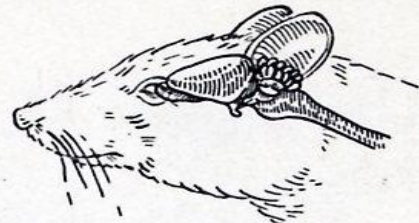
Rana



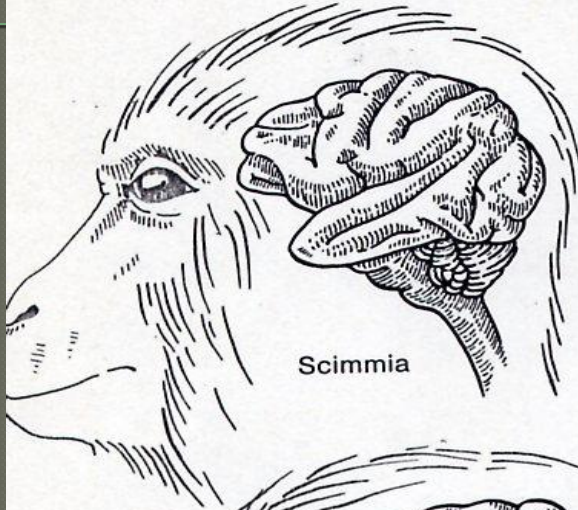
Piccione



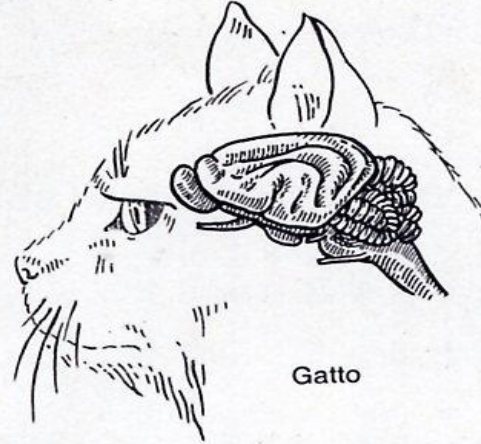
Ratto



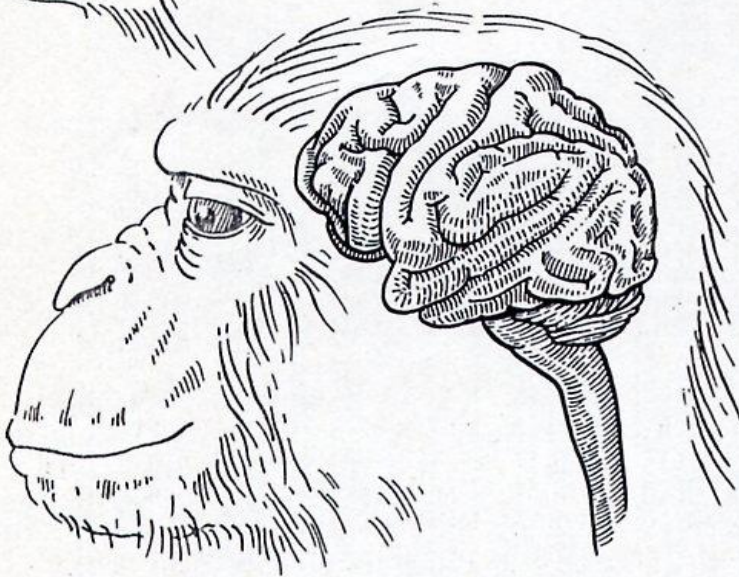
Scimmia



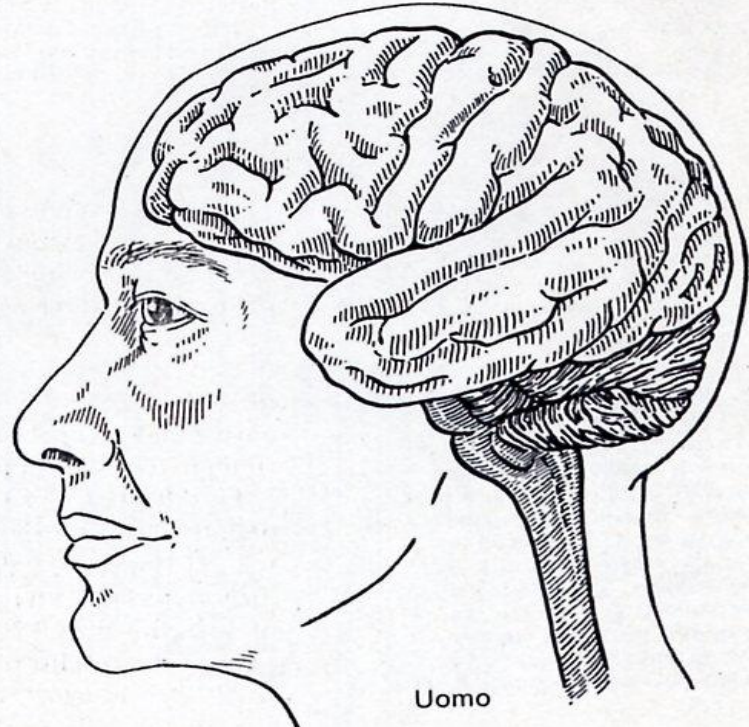
Gatto



Scimpanzé

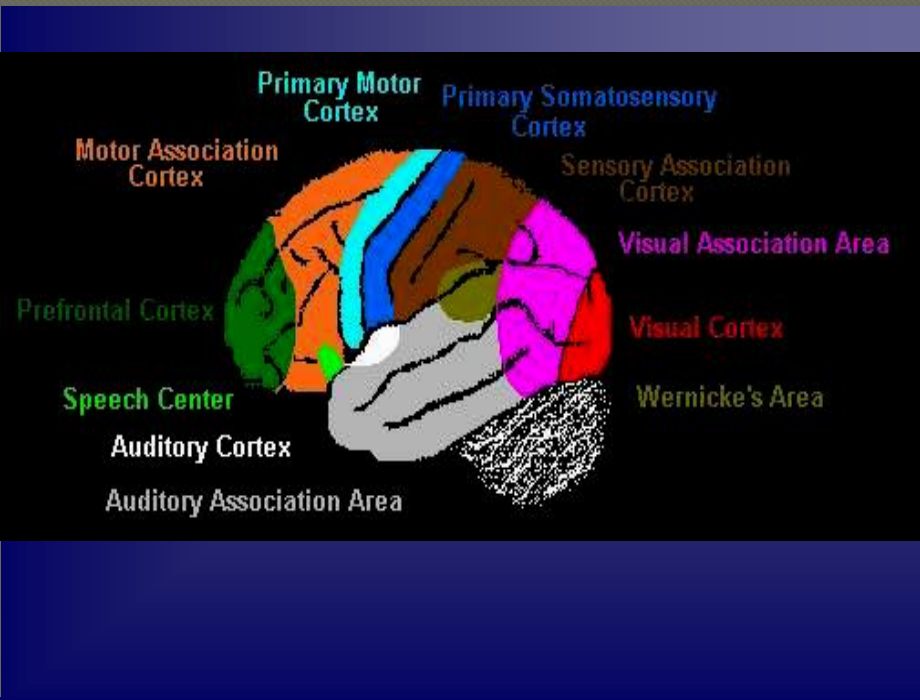


Uomo



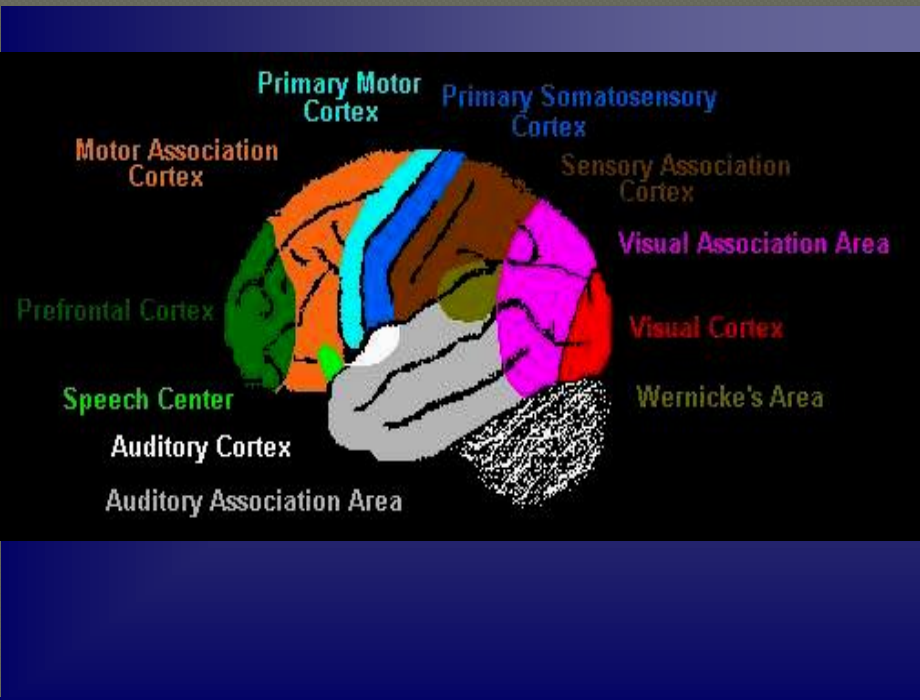


# Sistema nervoso centrale



- ◉ **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**



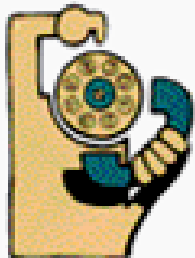
# Come funziona il cervello



**Ippocampo**

*(necessario per acquisire nuove informazioni)*

**Memoria esplicita  
(dichiarativa)**

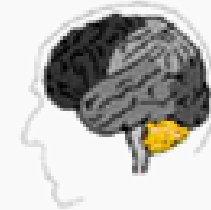


**Registrazione conscia di fatti espliciti quali persone, luoghi, oggetti, numeri di telefono, ...**



**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

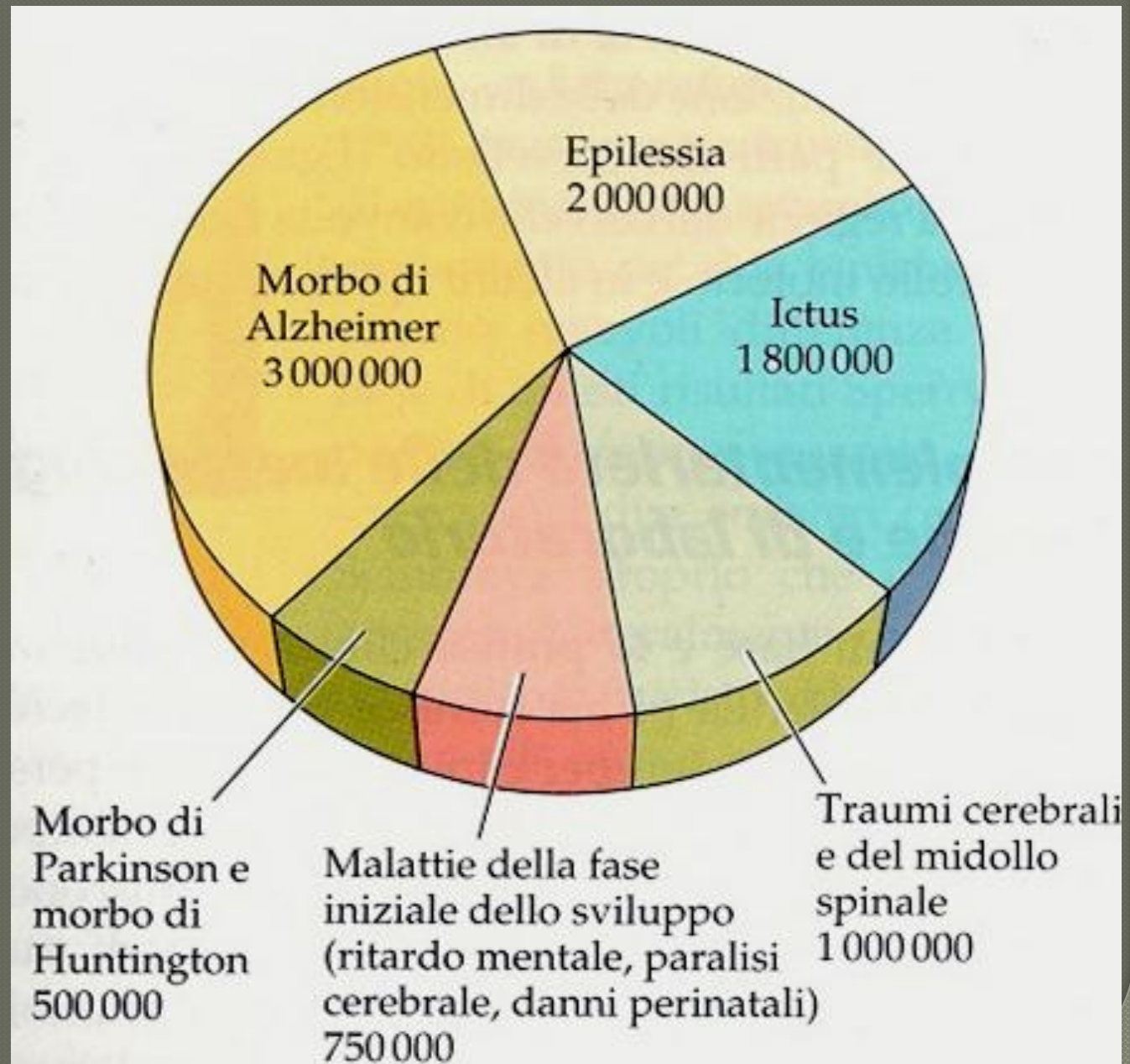
Lesioni cerebrali post-traumatiche  
Lesioni cerebrali post-chirurgiche

## Malattie trattabili

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



# Prevalenza delle malattie neurologiche



# Come si rovina il cervello

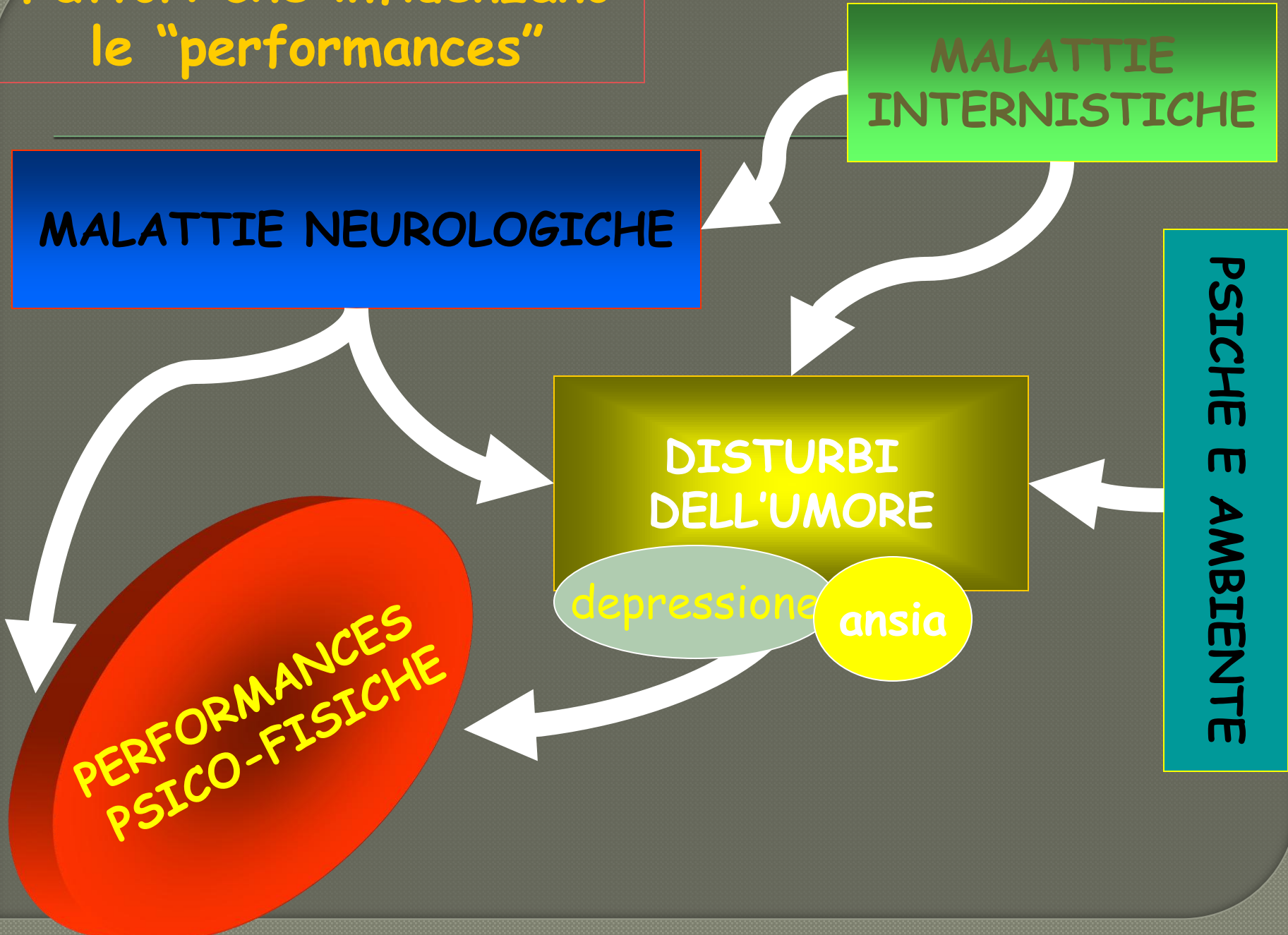
DECADIMENTO  
CEREBRALE NORMALE



ALTERAZIONI  
PATOLOGICHE  
PROGRESSIVE

TONO DELL'UMORE

# Fattori che influenzano le "performances"





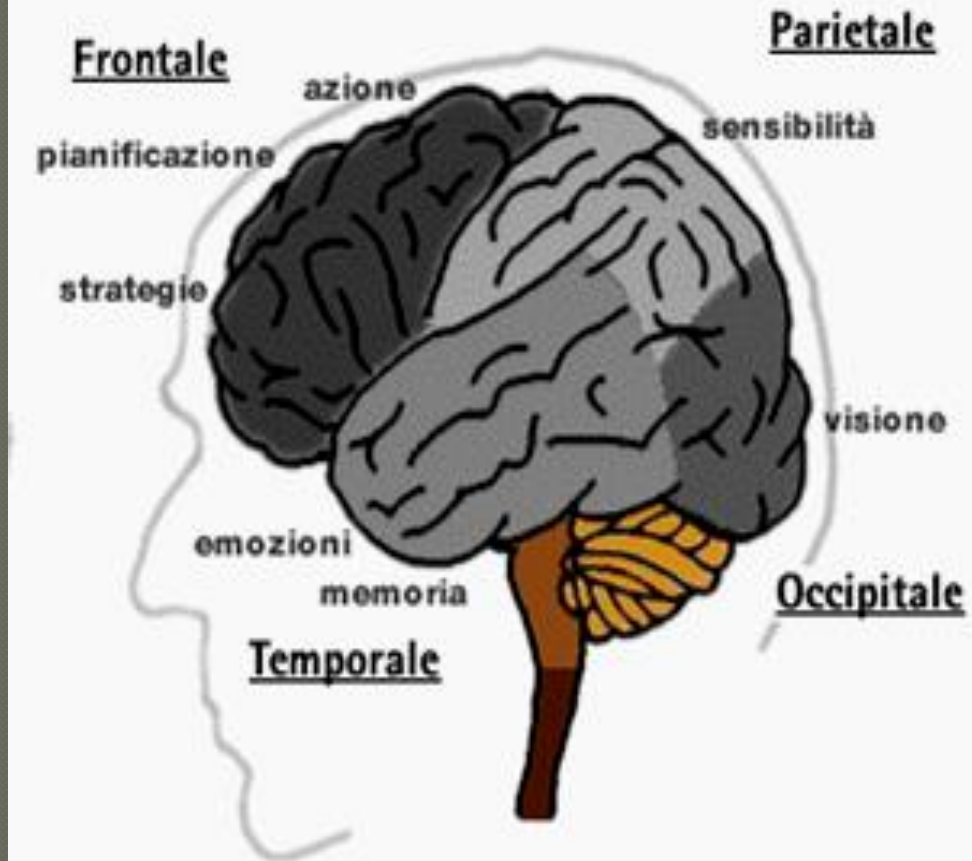
# DEMENZE

**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) ○

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

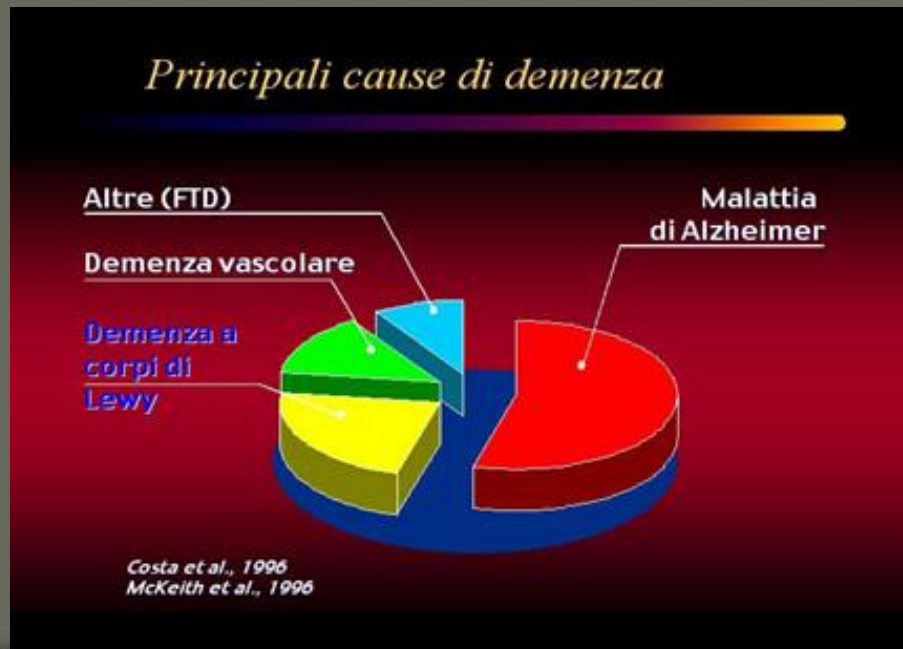
-modificazioni della personalità che vanno piuttosto nel senso di un'alterazione dei tratti premorbosi

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

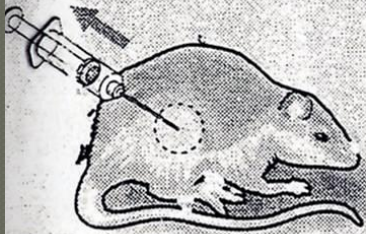
Numero di persone malate

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

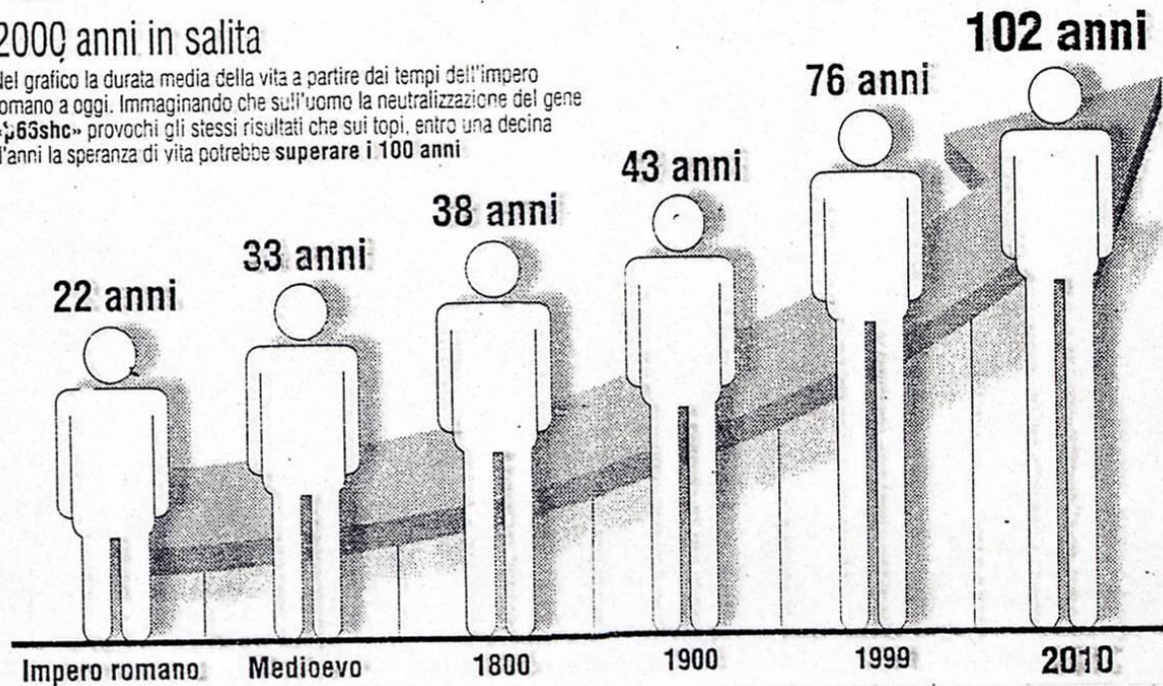


### 2 I risultati

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

<b>Endocrinologiche</b>	Ipotiroidismo Ipoparatiroidismo
<b>Metaboliche</b>	Encefalopatia epatica Deficit di vitamina B <sub>12</sub>
<b>Idrocefalo</b>	Idrocefalo normoteso
<b>Neoplasia</b>	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



allucinazioni visive e uditive

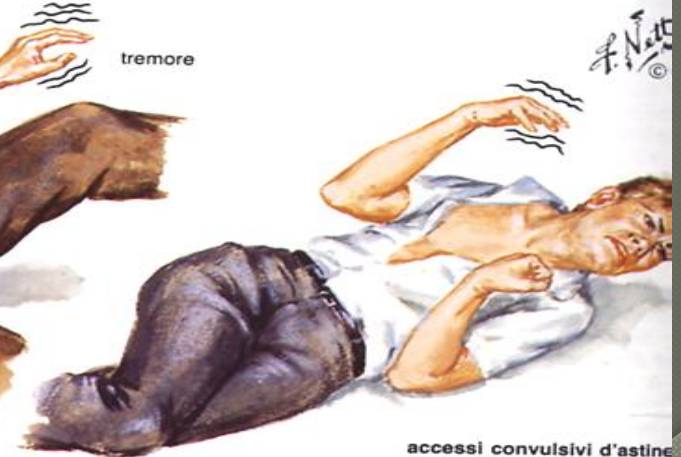
midriasi

tachicardia

tremore



delirium tremens. Brusca privazione di alcool dopo prolungata assunzione



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

# 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.



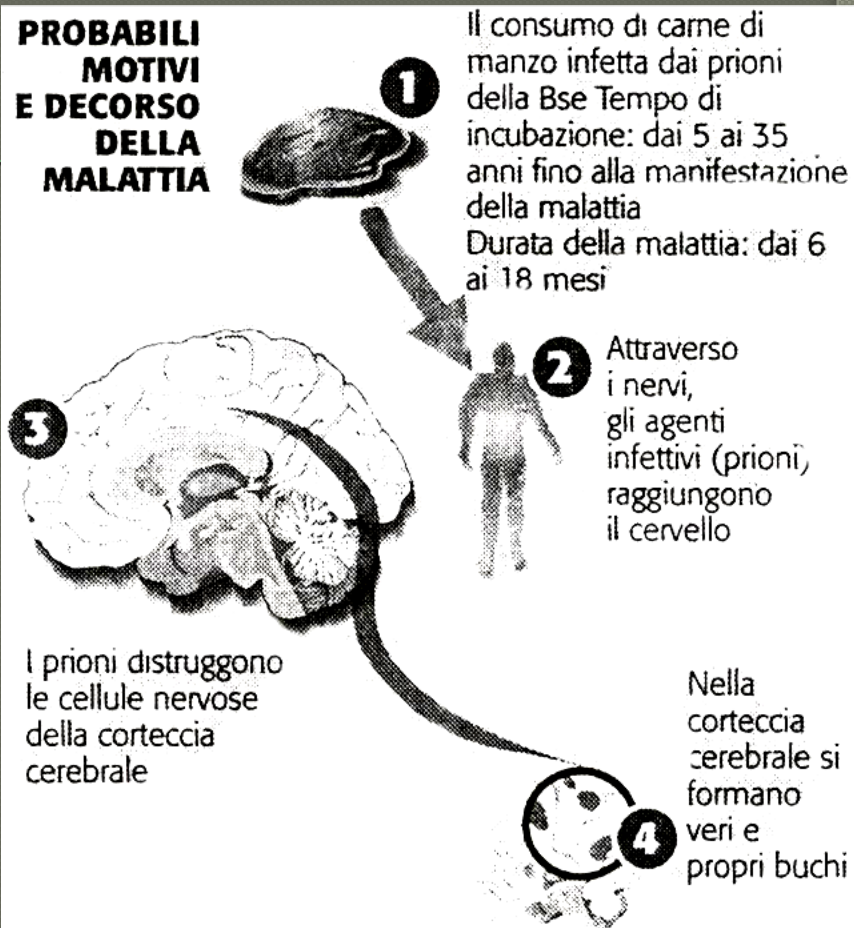


# IL MORBO DELLA MUCCA PAZZA NELL'UOMO

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

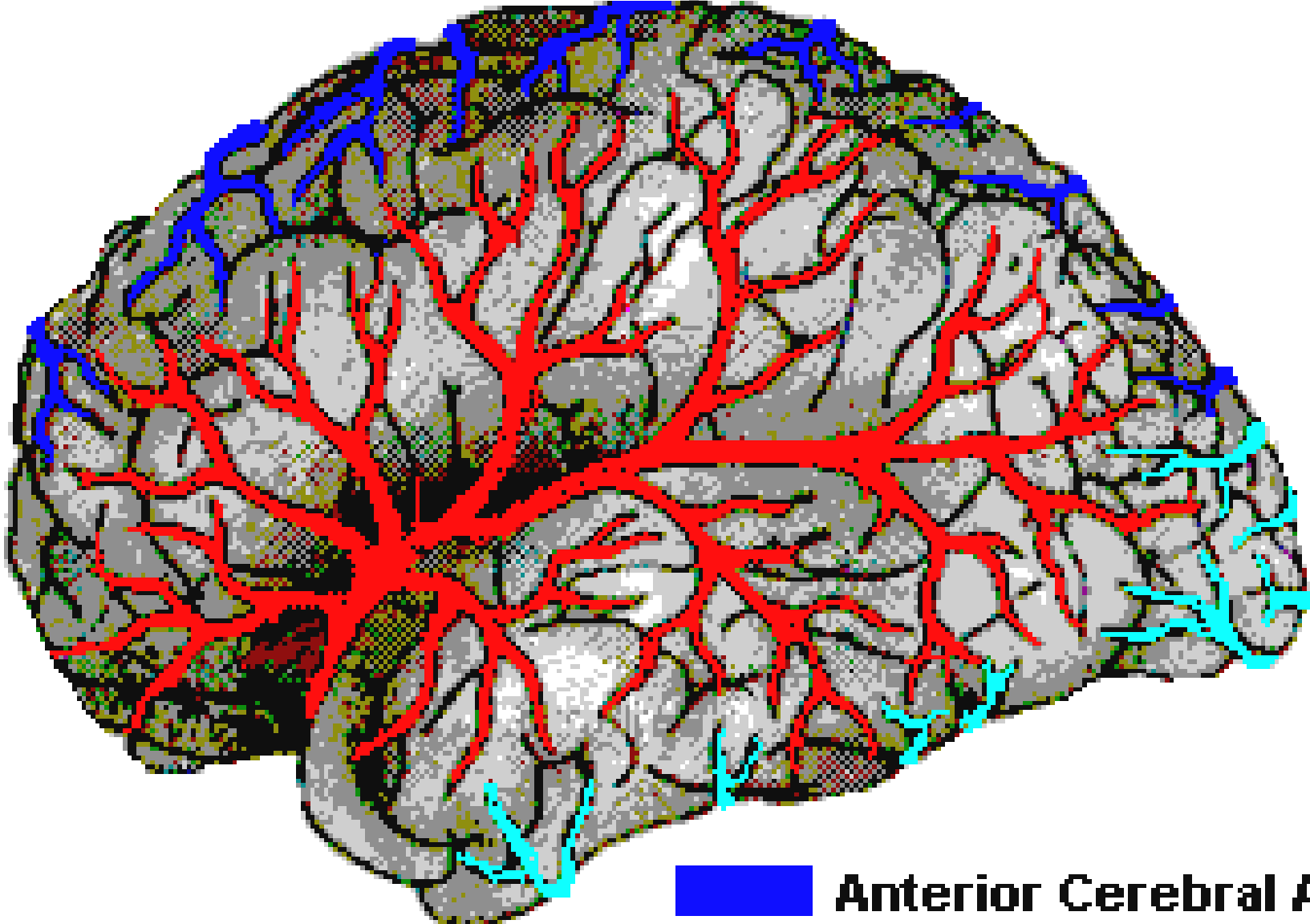
## PROBABILI MOTIVI E DECORSO DELLA MALATTIA



## CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA

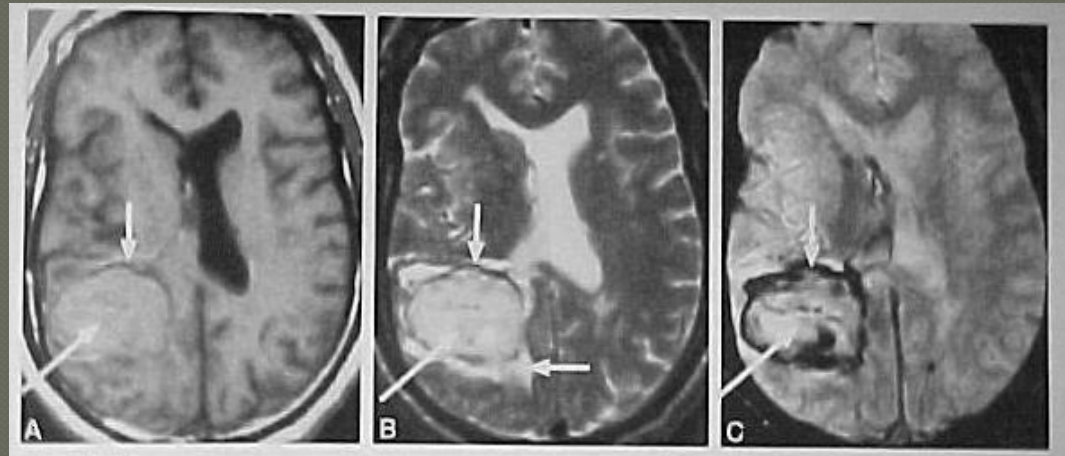
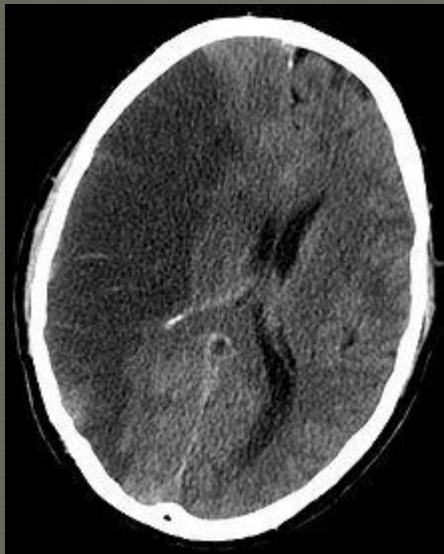
- ▶ depressione
- ▶ amnesie
- ▶ disturbi comportamentali
- ▶ perdita della padronanza del proprio corpo e della memoria
- ▶ demenza





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

# NeuroImmagini in forme secondarie di demenza





# Cause secondarie di demenza

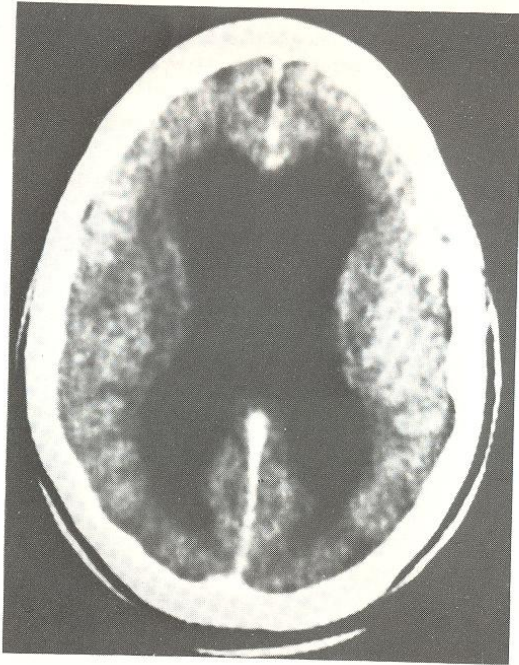


Fig. 14. *Idrocefalo normoteso idiopatico. L'ampia dilatazione dei ventricoli contrasta con l'assenza di allargamento dei solchi corticali (tomodensitometria).*

Idrocefalo

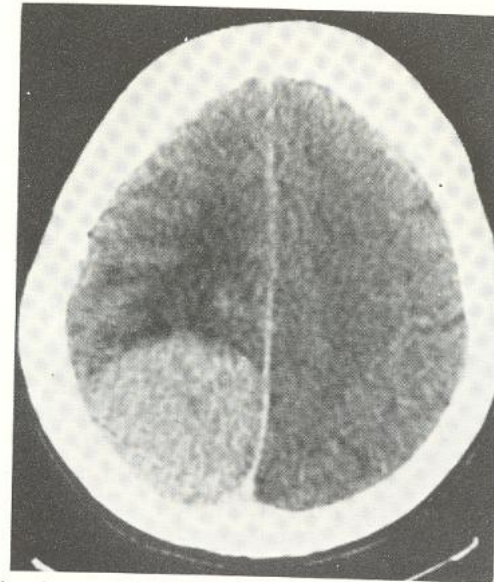


Fig. 15. *Voluminoso meningioma parieto-occipitale destro (tomodensitometria).*

Meningioma



## Fattori di rischio per la malattia di Alzheimer

### Fattori che aumentano il rischio



Invecchiamento

Storia familiare di malattia di Alzheimer

Sesso femminile



Storia familiare di malattia di Parkinson

Dopamina



Storia familiare di sindrome di Down



Malattie tiroidee



Traumi cranici



Basso livello di istruzione

JOHN A. CRAIG  
*C. Natchipadi*  
© Ciba



Cromosoma 19

Apolipoproteina E ( $\epsilon_4$ ,  $\epsilon_4$ )

### Fattori che possono diminuire il rischio



Abitudine al fumo



Cromosoma 19

Apolipoproteina E ( $\epsilon_3$ ,  $\epsilon_3$ )



Uso cronico di farmaci antinfiammatori o estrogeni

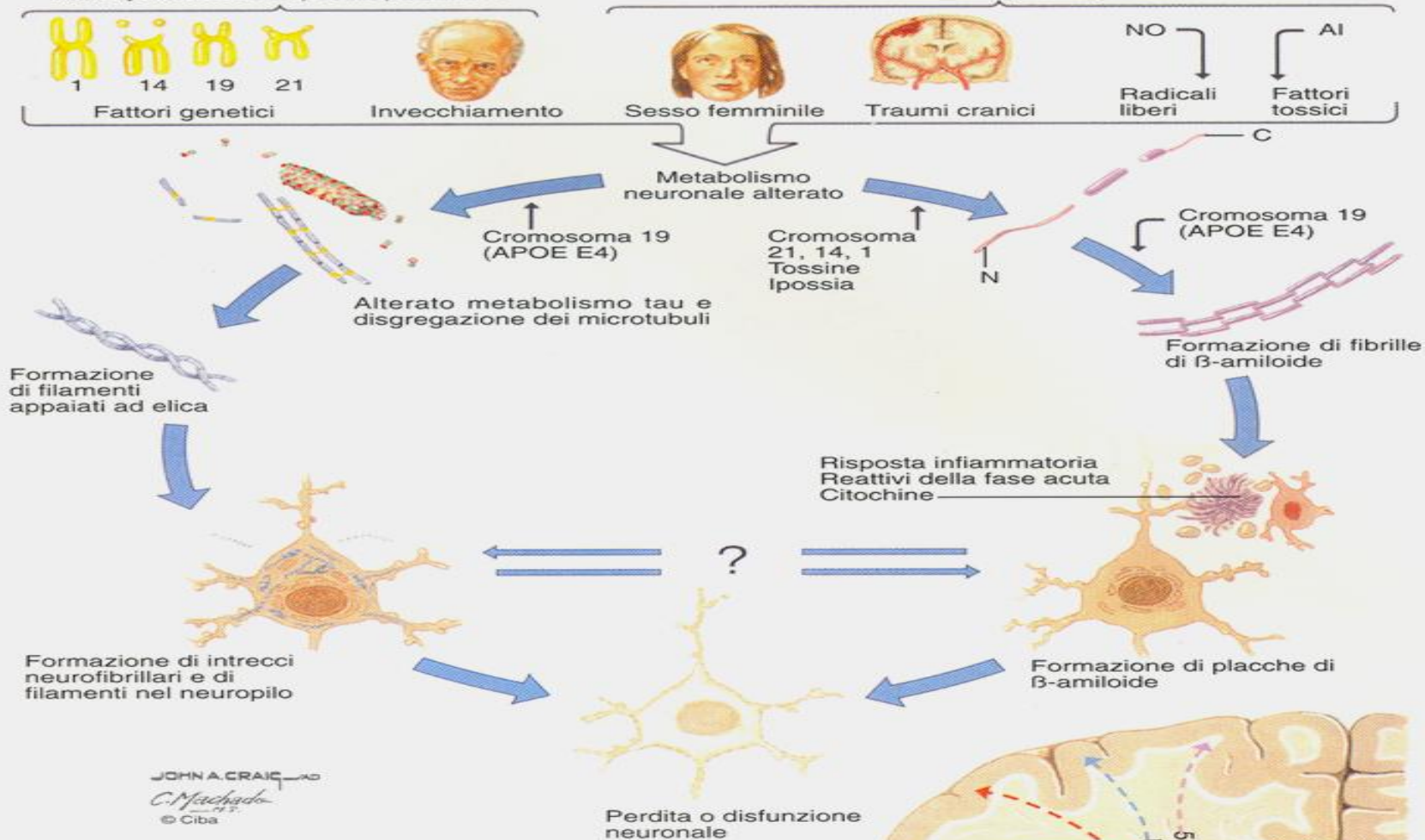


Elevato livello di istruzione

# Fattori possibili nello sviluppo e nella progressione della malattia di Alzheimer

## Principali fattori di predisposizione

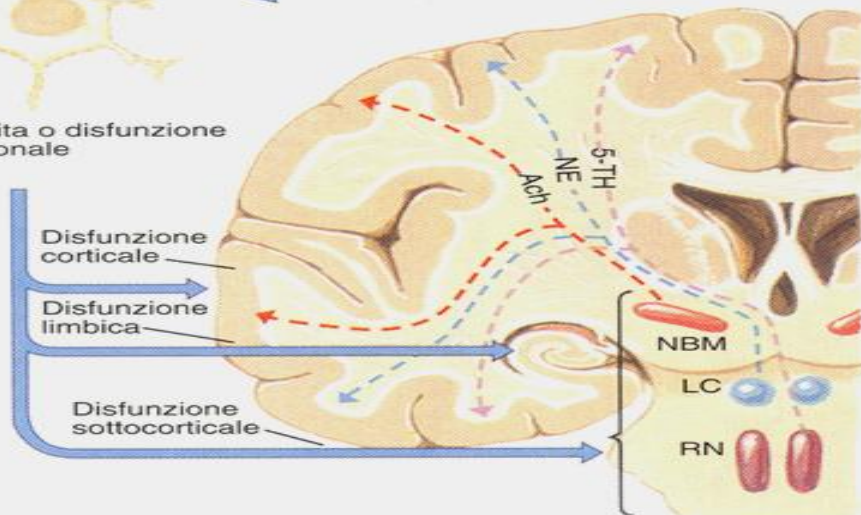
## Ulteriori fattori di predisposizione



JOHN A. CRAIG  
C. Machado  
© Ciba

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

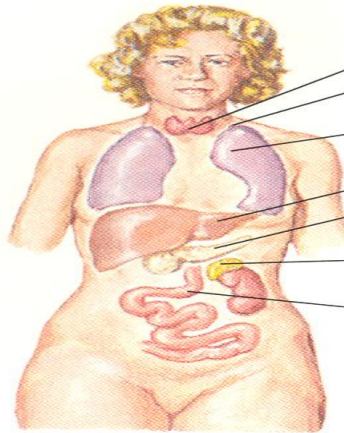
- 5-HT Serotonina
- NE Norepinefrina
- Ach Acetilcolina
- NBM Nucleo basale di Meynert
- LC Locus ceruleus
- RN Nuclei del rafe





## Demenze trattabili

### Metabolica



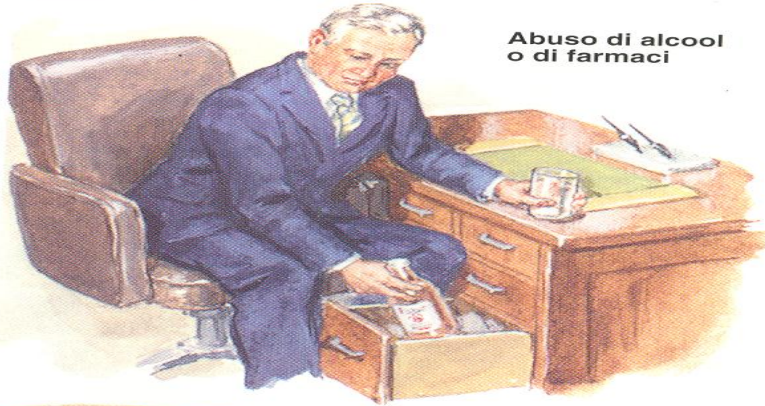
- Ipotiroidismo
- Iperparatiroidismo (ipercalcemia)
- Enfisema (narcosi da CO<sub>2</sub>)
- Malattia epatica
- Malattia pancreaticata (ipoglicemia)
- Eccesso di cortisolo (sindrome di Cushing)
- Disordini nutrizionali (malassorbimento, pellagra)
- Deficienza di vitamina B<sub>12</sub> (anemia perniciosa)

### Iatrogenica

- Dosi eccessive di farmaci
- Effetti collaterali di farmaci



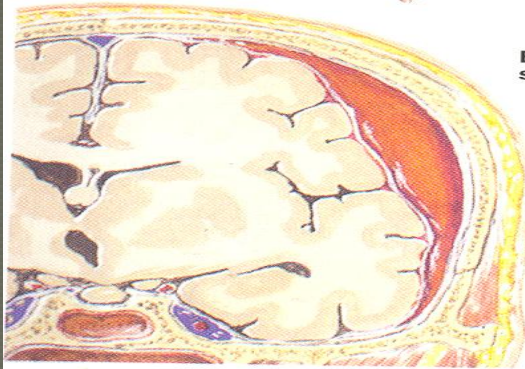
### Abuso di alcool o di farmaci



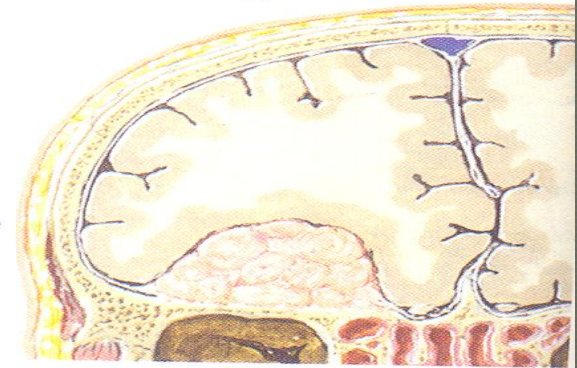
### Pseudodemenza depressiva



### Ematoma subdurale



### Tumore cerebrale

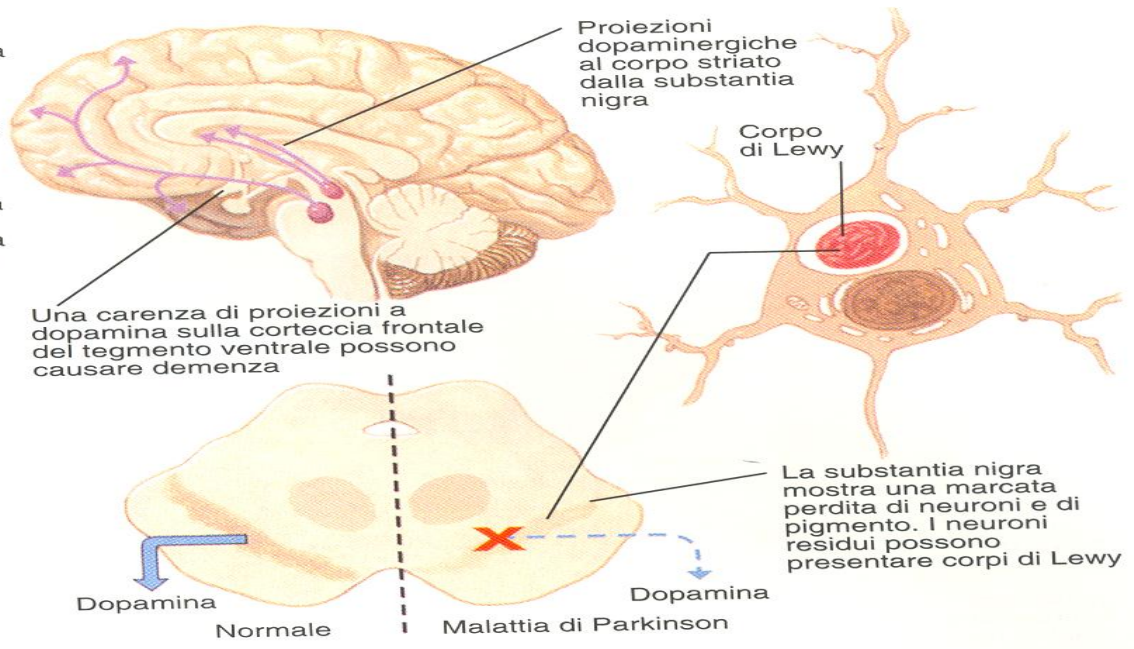


F. Netter  
M.D.  
© Ciba

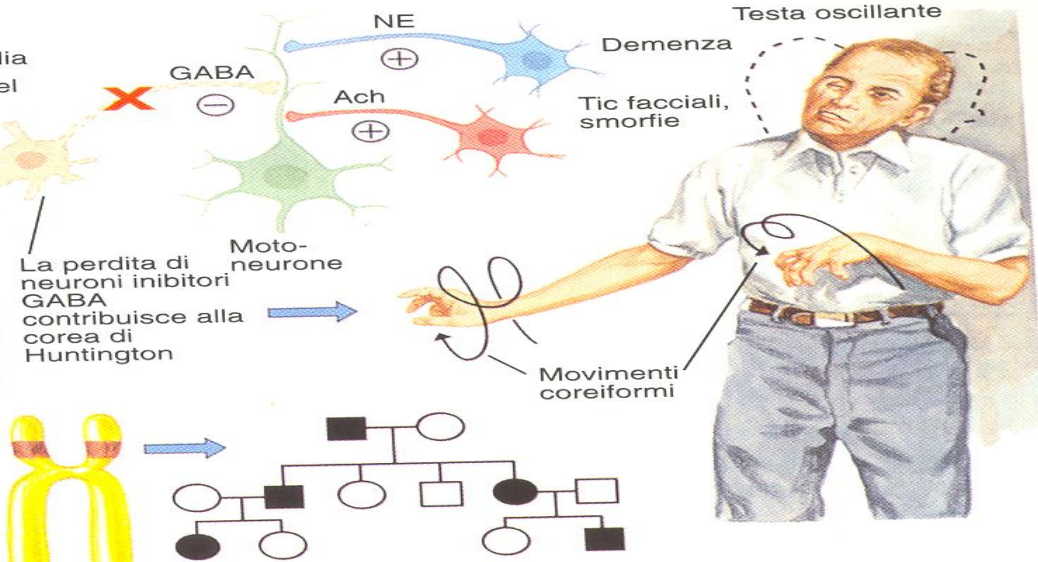
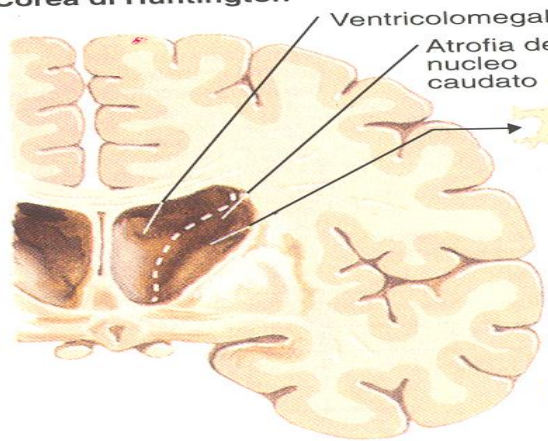


## Demenze sottocorticali

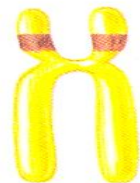
### Malattia di Parkinson



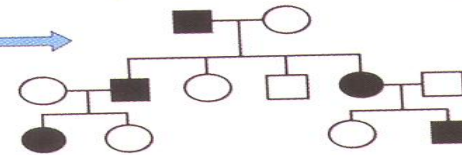
### Corea di Huntington



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*

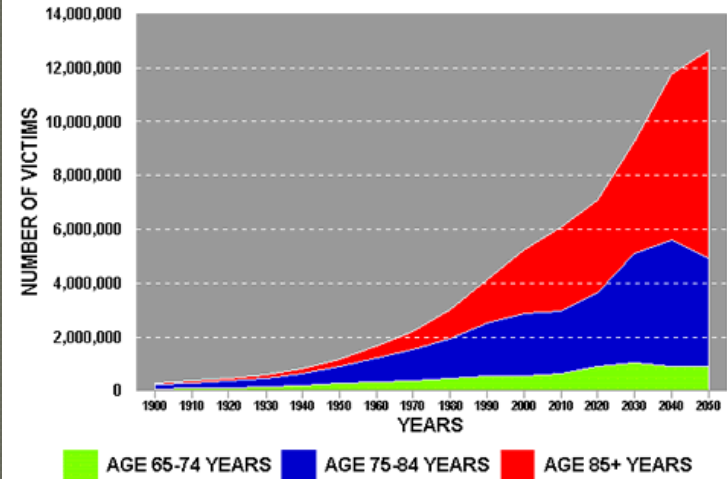
Estrogeni postmenopausa  
Uso di FANS  
Alto livello di istruzione  
Buona socializzazione

### *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  
*ε2 (rischio ridotto) ε3 ε4 (rischio aumentato)*

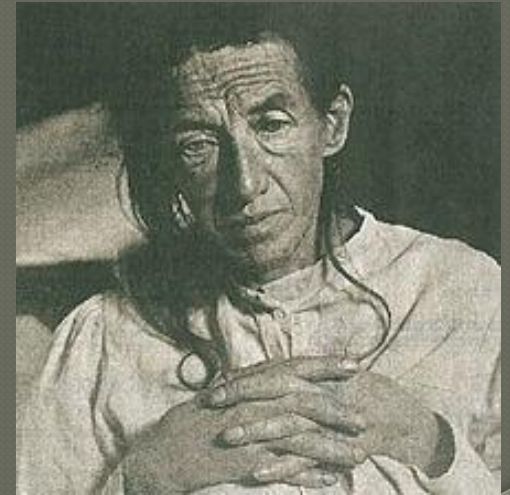


# *Malattia di Alzheimer*

---

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-ε4:** 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-ε4 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.

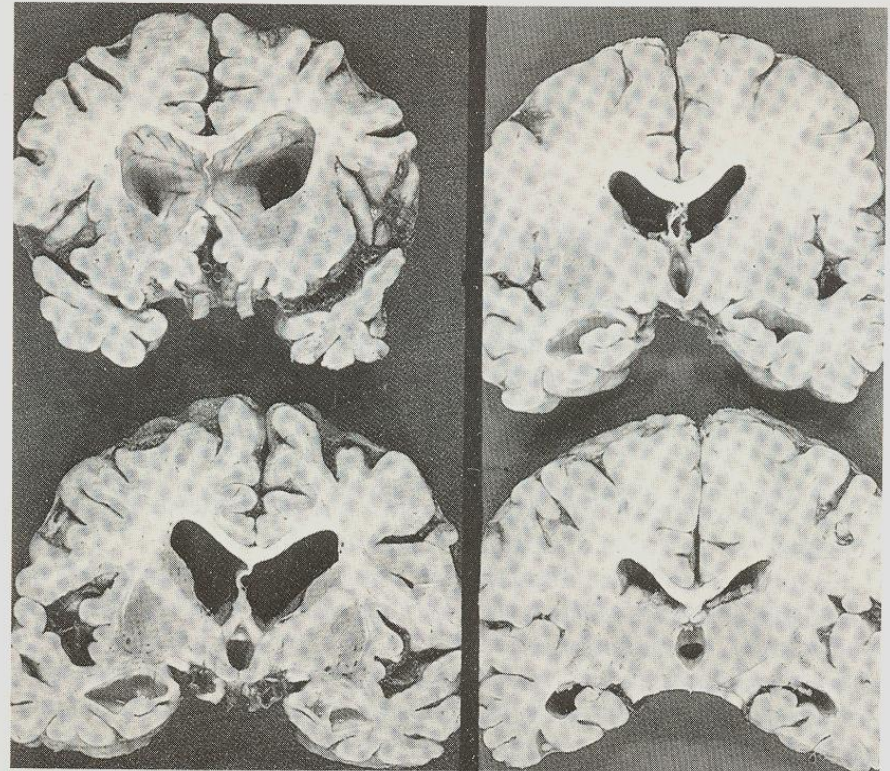


Fig. 5. *Atrofia cerebrale particolarmente marcata in un caso di demenza senile di tipo Alzheimer (a sinistra). L'atrofia corticale è predominante nelle regioni temporali. Si associa a una dilatazione ventricolare importante. A destra: cervello di una persona della stessa età, intellettivamente normale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



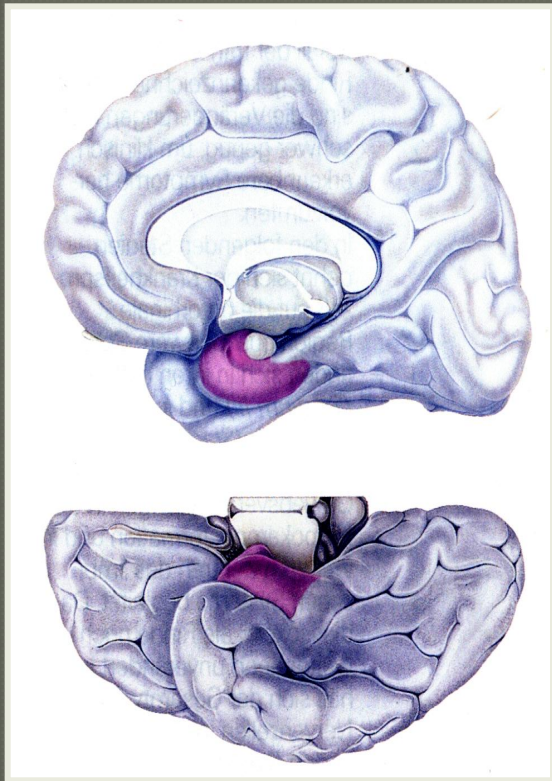
# MALATTIA DI ALZHEIMER



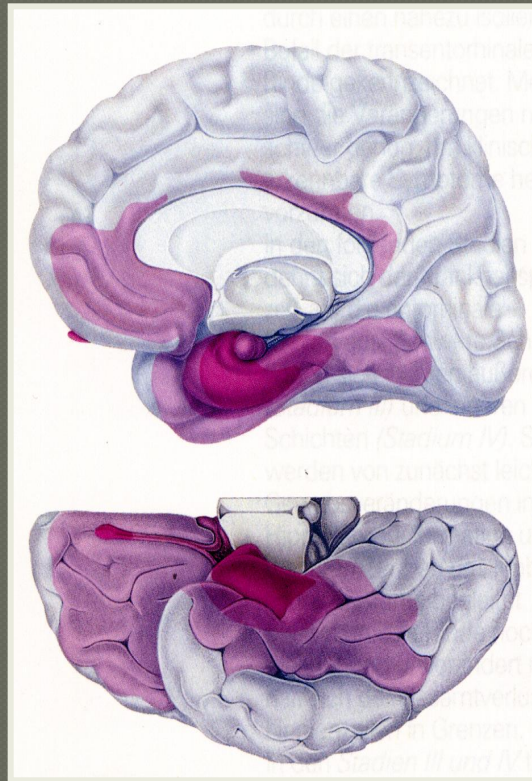
**Fig. 6.3** *Malattia di Alzheimer. Sezione coronale che evidenzia l'allargamento dei solchi corticali e la dilatazione dei ventricoli.*

# AD Progression

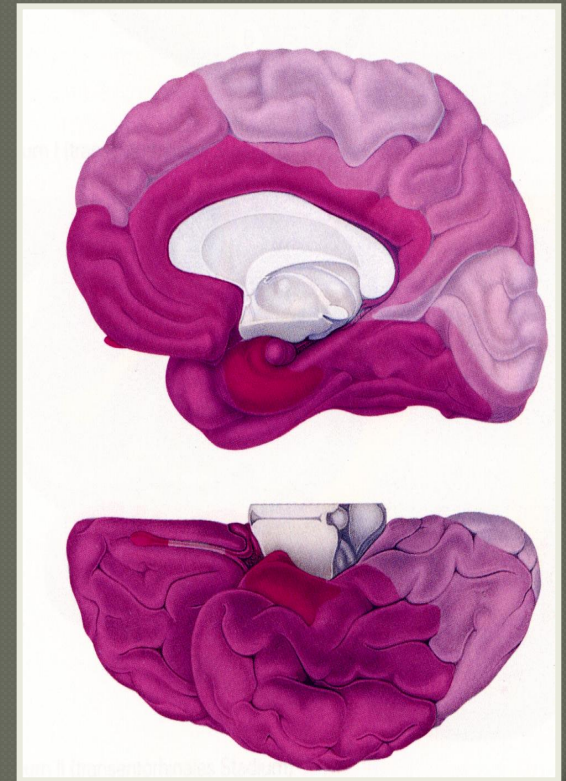
Braak stages I-II



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"



**circonfocuzione**  
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

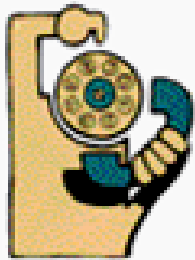
# Come funziona il cervello



**Ippocampo**

*(necessario per acquisire nuove informazioni)*

**Memoria esplicita  
(dichiarativa)**

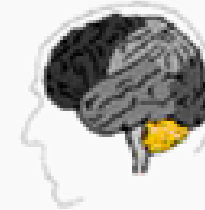


Registrazione conscia di fatti espliciti quali persone, luoghi, oggetti, numeri di telefono, ...



**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, ...

- La **memoria dichiarativa (o esplicita)** consiste nel “**sapere le cose**”, sulla base dell’apprendimento e della rievocazione volontaria e cosciente del ricordo.
- La rievocazione può essere “dichiarata” verbalmente o manifestarsi in forma non verbale (per esempio, con un’immagine mentale).
- Comprende le funzioni del linguaggio e quelle gnosiche.
- La memoria dichiarativa comprende, a sua volta, due aspetti:
  - **memoria semantica e**
  - **memoria episodica.**



- A) La **memoria semantica** è formata da tutte le nozioni che costituiscono il “sapere” personale (lingua, cultura generale, conoscenze professionali, ecc.), senza localizzazione del momento in cui sono state apprese.
- B) La **memoria episodica** è formata dai ricordi singoli, localizzati nel momento in cui sono stati fissati (per esempio: **il primo giorno di scuola, il giorno del matrimonio, ecc.**).
- Della memoria episodica fa parte integrante la memoria auto-biografica.

- ④ 4) **Fenomeni accessori**: alcune sindromi amnesiche sono caratterizzate dalle **pseudo-amnesie** (o "allucinazioni della memoria"), consistenti in "ricordi" errati, creduti reali dal malato. Se ne distinguono due tipi:
  - ④ A) i **falsi riconoscimenti** (errori presente-passato): il malato attribuisce ad una persona o ad un luogo del presente l'identità di persone o luoghi appartenenti alla sua storia passata.
  - ④ B) i **falsi ricordi** (errori fantasia-realtà o "**confabulazioni**"): il malato fabbrica "ricordi" con la fantasia.

# 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... !"

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.



**B. Linguaggio**

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

corretto

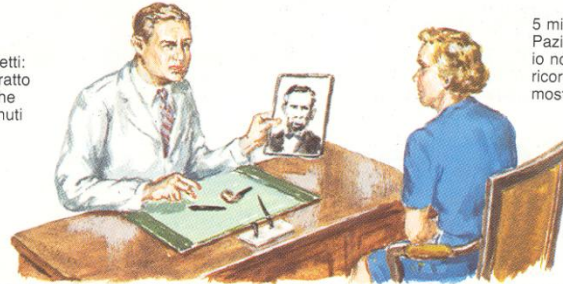
*I have been an executive secretary to the vice president of the Zilch corporation for many years. My working conditions are satisfactory and I look forward to each day's business activity. I tend to many details for and supervise other*

deficitario

*I dont mush much do it yesterday was busy day five o'clock 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"



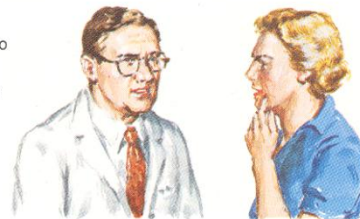
corretto



anomalo

**E. Contare alla rovescia**

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



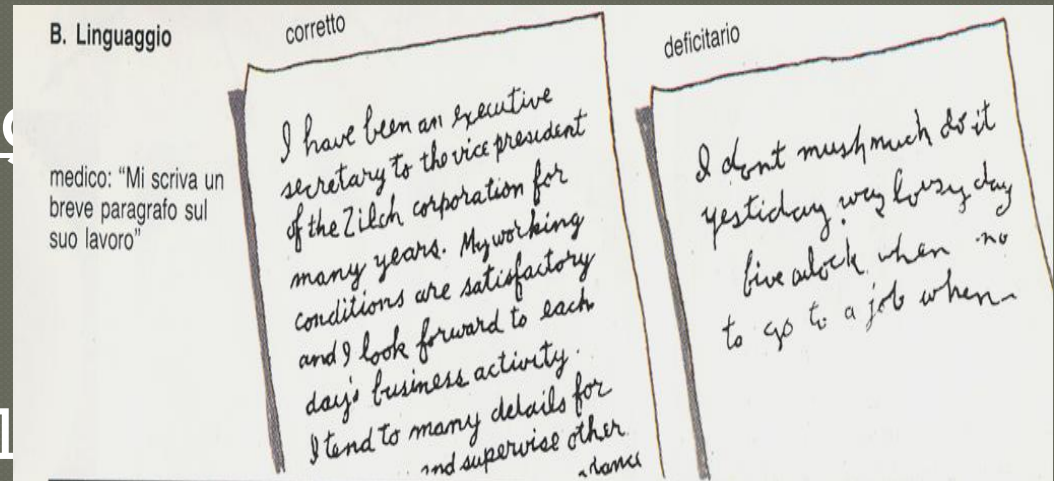
medico: "Mi sillabi all'inverso la parola 'mondi'".  
Paziente: "M... N... O... D... I"



# 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"

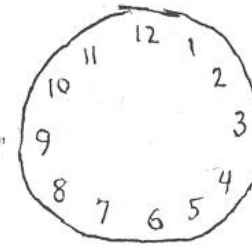


corretto

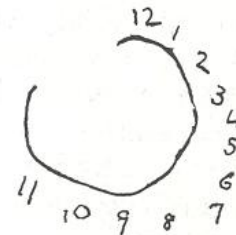


anomalo

"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

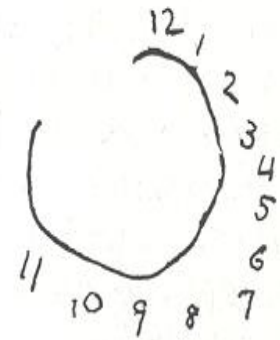


anomalo

"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 Zibich 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?"

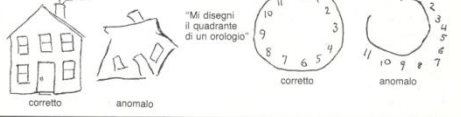


**D. Prassi costruttiva e funzione visuo-spaziale**

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

PROTOCOLLO: DESTRO (OBS7754)

VISITA 1 - 2-6 WEEKS- 2a PARTE

CENTRO N°

PAZIENTE N°

INIZIALI (COGNOME NOME)

PROTOCOLLO: DESTRO (OBS7754)

VISITA 1 - 2-6 WEEKS- 2a PARTE

CENTRO N°

PAZIENTE N°

INIZIALI (COGNOME NOME)

### MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

**OCCORRENTE PER LA PROVA:**

1. Orologio da polso
2. Matita
3. Fogli di carta
4. Cartoncino con scritto "chiuda gli occhi"

TRASCRIVERE SEMPRE LE RISPOSTE DEL PAZIENTE - **ATTRIBUIRE 1 PUNTO PER OGNI RISPOSTA ESATTA O 0 PUNTI PER OGNI RISPOSTA ERRATA**

**ORIENTAMENTO** (massimo 10 punti)

- In che anno siamo?  1
- In che stagione dell'anno siamo?  1
- Quanti ne abbiamo oggi (data)?  1
- Che giorno della settimana è oggi?  1
- In che mese siamo?  1
- 
- In che regione siamo?  1
- In che provincia siamo?  1
- In che città siamo?  1
- In che luogo siamo (ospedale o casa)?  1
- A che piano siamo?  1

Punteggio totale

**REGISTRAZIONE** (massimo 3 punti)

Annunciare al soggetto che si farà un test di memoria. Dire al paziente:

**"Adesso le dirò il nome di tre oggetti. Lei dovrà ripeterli dopo che io li avrò detti tutti e tre".**

Dire: **"casa, pane, gatto"** nominandoli uno al secondo. Chiedere poi al paziente di ripetere il nome dei tre oggetti. Assegnare 1 punto per ogni risposta esatta al primo tentativo.

**Casa:**  1 si  0 no      **Pane:**  1 si  0 no      **Gatto:**  1 si  0 no

Nel caso in cui il paziente non sia in grado di rievocarli tutti e tre al primo tentativo, ripeterli, fino ad un massimo di 6 volte, finché il soggetto non li abbia appresi tutti e tre.

Registrare qui di seguito il numero di tentativi:

### segue MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

**ATTENZIONE E CALCOLO** (massimo 5 punti)

Fare entrambe le prove ed assegnare il migliore tra i due punteggi ottenuti:

Serie di **"sette"**. Chiedere al paziente di sottrarre la cifra **"7"** da 100 (che non viene calcolato nel punteggio) per 5 volte.

Trascrivere nell'apposito spazio qui sotto le prime 5 risposte date dal paziente senza mai correggerlo e calcolare solo successivamente il numero delle volte in cui è stato correttamente sottratto **"7"** [93, 86, 79, 72, 65]

Ora le dirò una parola e le chiederò di scandirla lettera per lettera in avanti ed all'indietro. La parola è **CARNE**. Può scandirla lettera per lettera in avanti?.....

Ora la scandisca lettera per lettera all'indietro (E-N-R-A-C)

Il punteggio è dato dal numero di risposte esatte nella prova all'indietro.

**RIEVOCAZIONE** (massimo 3 punti)

**"Quali erano i tre nomi degli oggetti che le ho chiesto di ricordare?"**

**Casa:**  1 si  0 no      **Pane:**  1 si  0 no      **Gatto:**  1 si  0 no

**LINGUAGGIO**

Mostrare al paziente un orologio da polso e chiedere: "Che cos'è?"

Fare lo stesso con una matita (massimo 2 punti)

**Orologio:**  1 si  0 no      **Matita:**  1 si  0 no

"Ripeta questa frase dopo di me: **"non c'è se né ma che tenga"**.

Solo 1 tentativo (1 punto)

**Risposta:**      corretta  1  
    scorretta  0

PROTOCOLLO: DESTRO (OBS7754)

VISITA 1 - 2-6 WEEKS- 2a PARTE

CENTRO N°

PAZIENTE N°

INIZIALI (COGNOME NOME)

CHIUDA GLI OCCHI

segue **MINI-MENTAL STATE EXAMINATION**

Chiedere al paziente di eseguire un comando a tre stadi: **"prenda il foglio con la mano destra, lo pieghi a metà lo butti a terra"** ( massimo 3 punti)

Mano destra:  1 si  0 no    Pieghare:  1 si  0 no    terra:  1 si  0 no

**"Legga quello che c'è scritto qui (mostrare il cartoncino) e poi lo faccia"**

(Il cartoncino contiene il comando "chiuda gli occhi") (1 punto)

Esegue correttamente:  1 si  0 no

**"Scriva una frase qualsiasi che le viene in mente" \***

(Mostrare al soggetto le apposite righe da utilizzare sulla pagina apposita nella scheda riservata al p  
(Il punto viene assegnato se la frase contiene un soggetto, un verbo ed ha un senso)  
(1 punto)

**PRASSIA COSTRUTTIVA** (1 punto)

**"Copi questo disegno"** (usare la pagina apposita nella scheda riservata al paziente) \*

(Il punto viene assegnato solo se sono presenti i 10 angoli e due di questi si intersecano formando quattro lati. Tremore e rotazione vanno ignorati)

\* *Difficoltà a scrivere la frase o a copiare il disegno dovute a problemi relativi a deficit ster  
utilizzo dell'arto non dominante non devono essere considerati motivi d'incapacità ad es*



CHIUDA GLI OCCHI

**PUNTEGGIO TOTALE**



## **Tabella 6.4.** *Esame della memoria.*

**Storia della malattia:** perché è qui; da quando è malato.

**Coordinate temporo-spaziali:** data, luogo, indirizzo, data di nascita, nome del Presidente della Repubblica, da quando è in carica.

**Ricordi recenti:** ultimo esame, cosa ha fatto ieri, avvenimenti sociali dell'attualità.

**Ricordi relativi all'instaurazione dei disturbi:** lacuna mnesica, amnesia retrograda, anterograda.

**Ricordi personali:** genitori, scuola, servizio militare, matrimonio, domicili successivi, vita professionale, racconto della propria vita.

**Ricordi sociali:** date importanti, avvenimenti vissuti, uomini celebri contemporanei, loro cronologia relativa.

**Acquisizioni scolastiche:** Mussolini, Giulio Cesare, Napoleone, le Fosse Ardeatine... Le tabelline, nozioni geografiche, letteratura.

**Capacità di ritenzione immediata:** serie di cifre, frase (lunghezza crescente), raccontino.

**Capacità di ritenzione a lungo termine:** tre informazioni (un colore, un fiore, una città); tre oggetti di cui il paziente deve ritrovare il nome o che deve riconoscere fra gli altri.

- **TEST DI MEMORIA DI PROSA RACCONTINO DI BABCOCK**  
(Spinnler e Tognoni 1987)

---

- Protocollo Test:

- “ Sei dicembre. La scorsa settimana un fiume straripò in una piccola città situata a 20 Km da Torino. L’acqua invase le strade e le case. Quattordici persone annegarono e seicento si ammalarono a causa dell’umidità e del freddo. Nel tentativo di salvare un ragazzo un uomo si ferì le mani “.

- **WECHSLER MEMORY SCALE – FORMA I**

- **MEMORIA LOGICA**

---

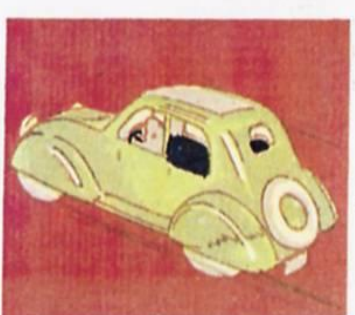
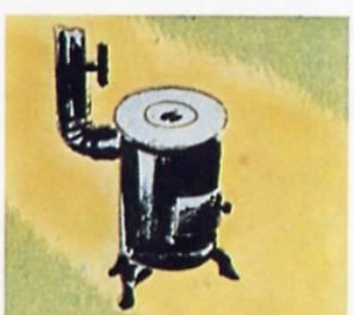
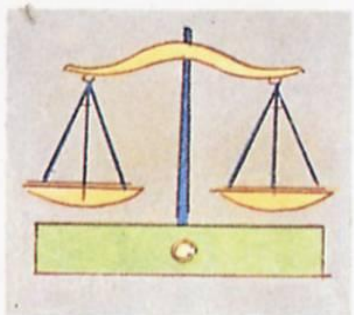
- Anna Rossi/di Genova/Sestri/occupata/come donna di fatica/in un grande ufficio/raccontò/nella sala d'aspetto/della stazione/che era stata fermata/in via Roma/la sera prima/e derubata/di 5.000 lire./La signora ha 4/bambini piccoli,/doveva pagare/l'affitto/e non avevano mangiato/da due giorni./Gli impiegati/commosi dal racconto della donna/fecero una colletta/per lei./

- Numero elementi ripetuti.....\_\_\_\_\_

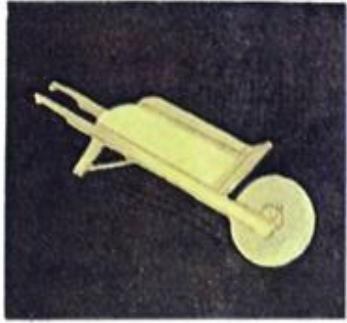
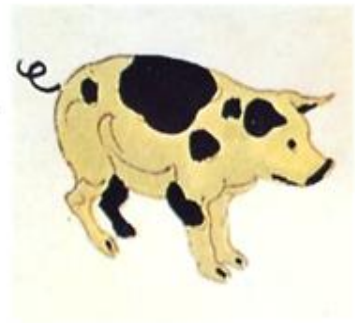
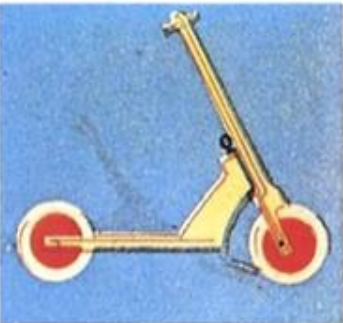
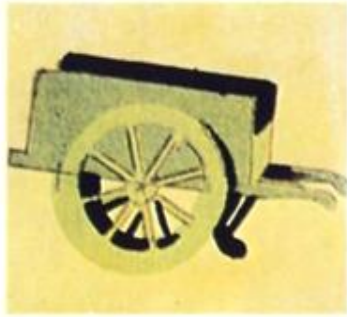
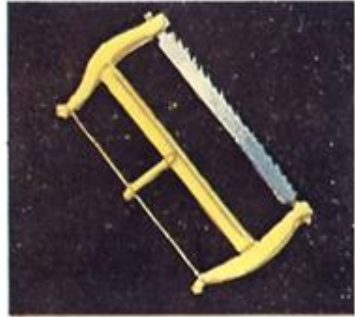


• La nave/ italiana/ Roma/ urtò una mina/ presso Marsiglia/lunedì/ sera. Nonostante un violento/ fortunale/ e l'oscurità/ i 60/ passeggeri comprese 18/ donne/ furono tutti salvati/ benchè le scialuppe/ fossero sbattute qua e là/ come sugheri/ in un mare agitato./Furono sbarcati nel porto/ il giorno seguente/ da un transatlantico/ inglese./

• Numero elementi ripetuti.....\_\_\_\_\_










# Disturbi comportamentali

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

**A. Aspetto e comportamento interpersonale**

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



**B. Linguaggio**

corretto      deliratorio

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...*

*I don't much much & it yesterday, way busy, why 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"

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"



F. Netter  
© CIBA

# 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

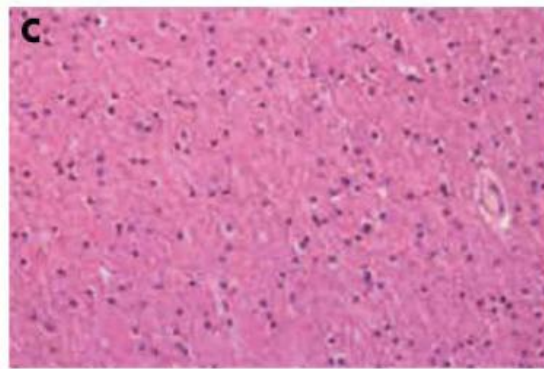
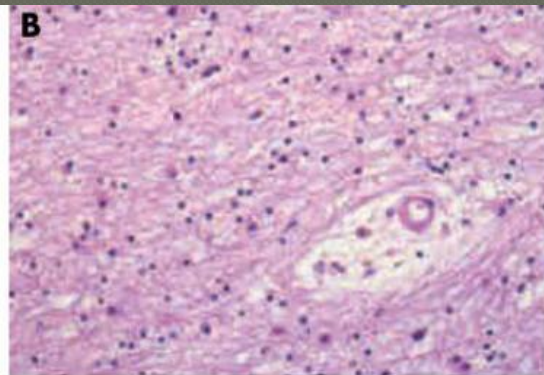
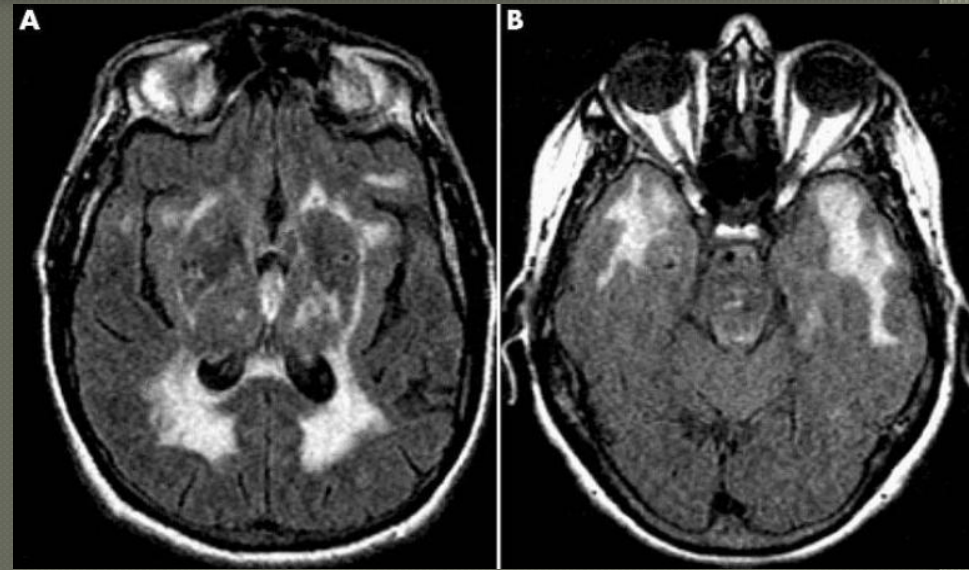
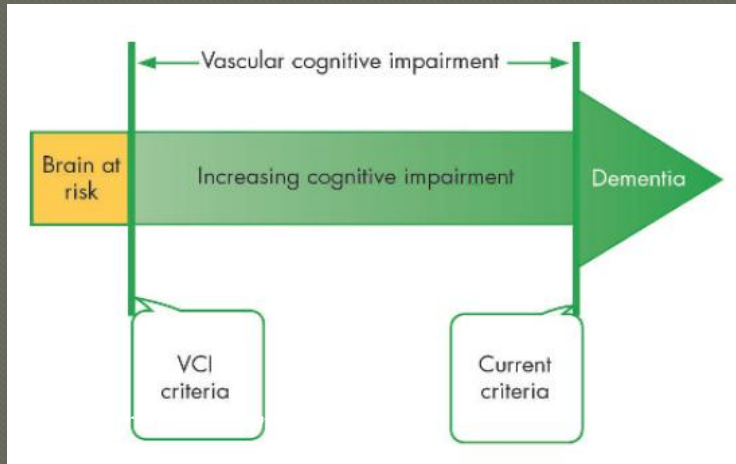
---

## 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).

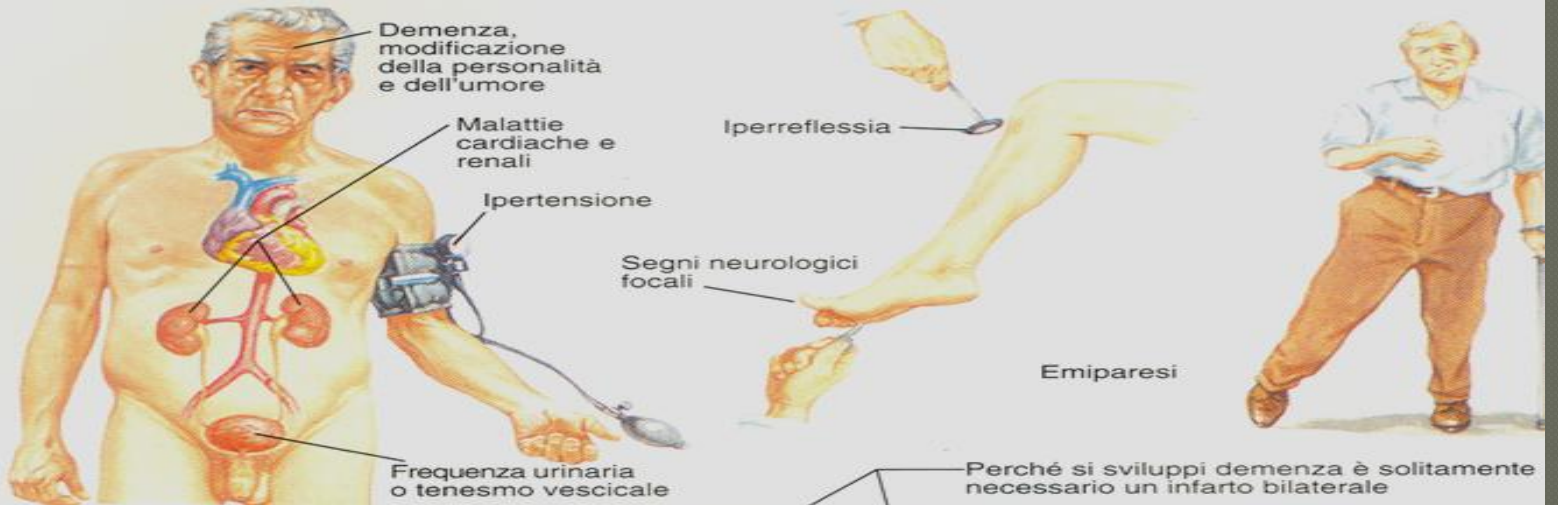
STATO LACUNARE (lacune multiple, esiti di piccoli infarti)

### 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



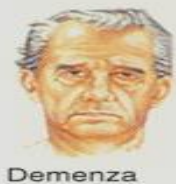
Perché si sviluppi demenza è solitamente necessario un infarto bilaterale

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

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

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

JOHN A. CRAIG  
C. Machado  
© Ciba



Relazione temporale



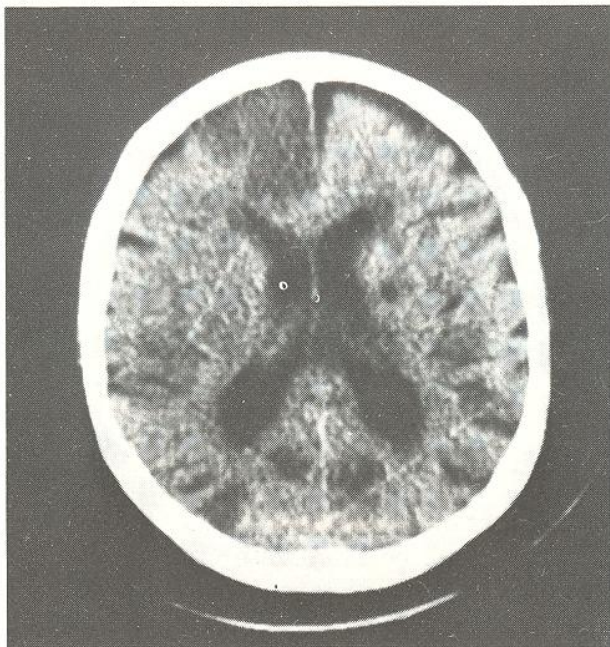
Evidenza di malattia cerebrovascolare

Triade di caratteristiche che suggeriscono un'eziologia vascolare



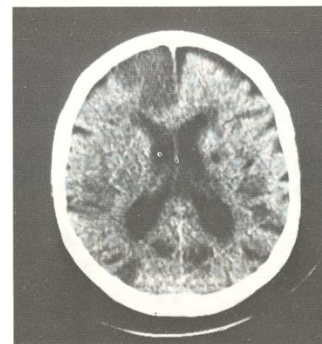
**Progressione clinica.** La demenza vascolare mostra un rapido inizio ed una progressione a gradini a differenza dei gradualini inizio e progressione della malattia di Alzheimer

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

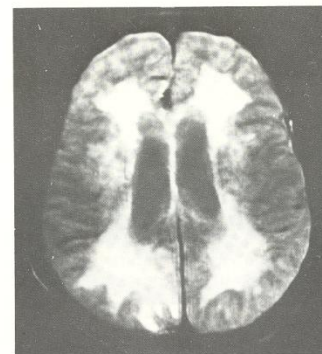


*Fig. 16. Demenza da infarti cerebrali multipli. Ipodensità focali che sono l'espressione di infarti cerebrali secondari a embolie cerebrali di origine cardiaca (tomodensitometria).*

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



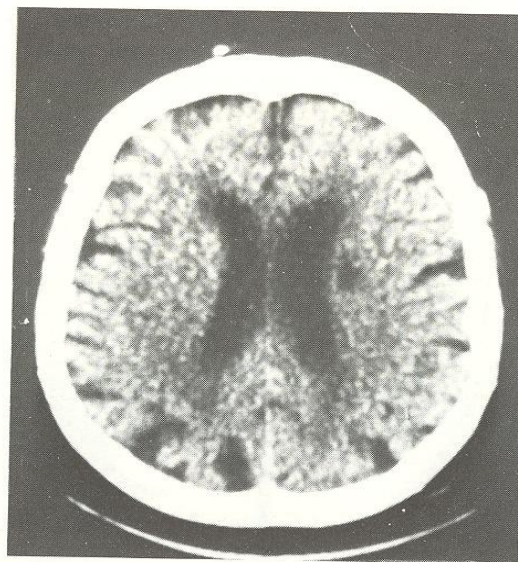
*Fig. 16. Demenza da infarti cerebrali multipli. Ipodensità focali che sono l'espressione di infarti cerebrali secondari a embolie cerebrali di origine cardiaca (tomodensitometria).*



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



# STATO LACUNARE

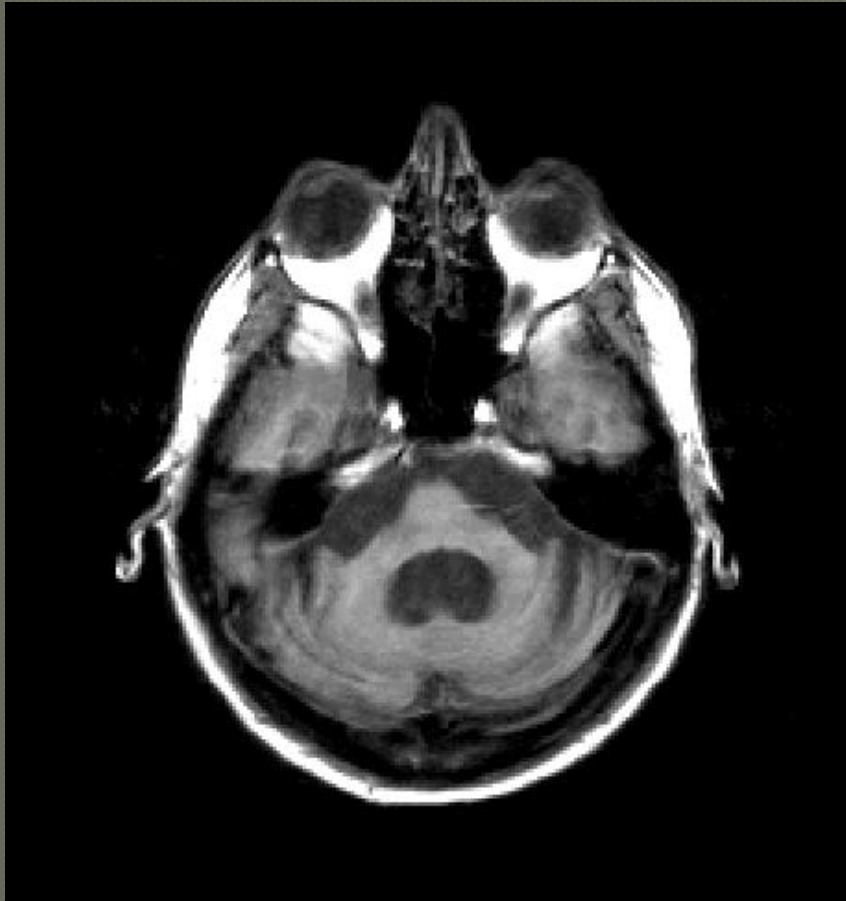


Figg. 18 e 19. *Sindrome lacunare. Ipodensità sottocorticali focali e di piccolo diametro localizzate nel braccio posteriore della capsula interna destra e nella regione paraventricolare sinistra. Gli altri tagli mostrano anch'essi una lacuna della testa del nucleo caudato destro come pure una lacuna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

---

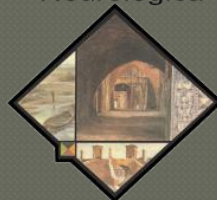
- A) Interventi sui difetti colinergici,
- B) Interventi con farmaci vasodilatatori,
- C) Interventi con farmaci metabolizzanti-neurotrofici,
- D) Interventi sugli stati di agitazione psicomotoria,  
“ “ di irrequietezza,  
“ “ di insonnia.
- E) Interventi sulla dieta,  
sulle funzioni intestinali, urinarie,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



## 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

delicit. 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 ILLUSTRATOR  
*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

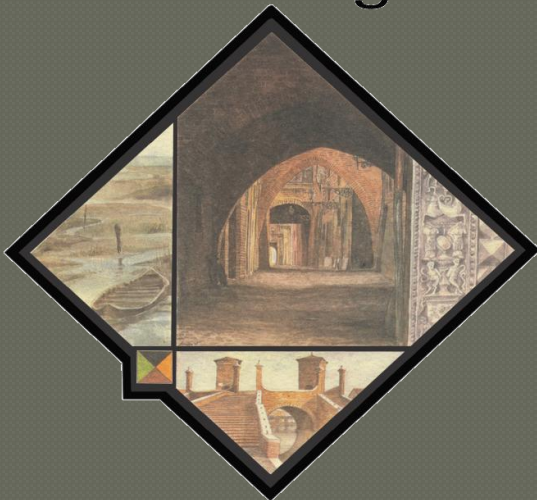
# GRAZIE PER L'ATTENZIONE

## ● FUTURO:

- CELLULE STAMINALI ???



Clinica  
Neurologica



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

