

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE NELLE FORME DEGENERATIVE E IN QUELLE VASCOLARI

Dr.ssa Rita Di Leo
U.O.C. di Neurologia
Osp. Ss. Giovanni e Paolo
Venezia
Aulss 3 Serenissima

Demenze corticali

Demenza di Alzheimer

Demenza fronto-temporale e malattia di Pick

Demenze sottocorticali

Demenza a corpi di Lewy

Parkinson-demenza

Idrocefalo normoteso

Corea di Huntington

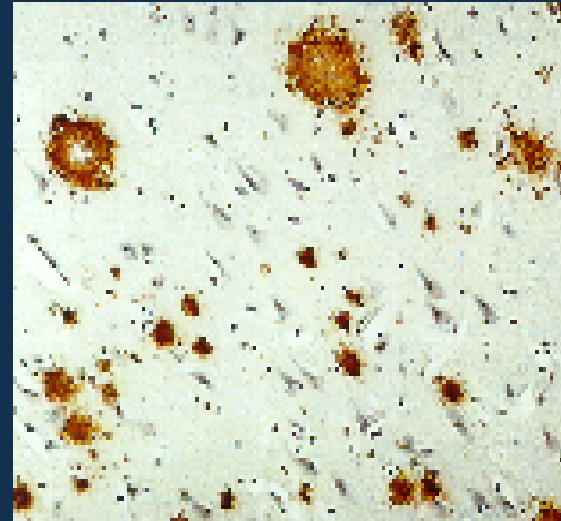
Paralisi sopranucleare progressiva

Degenerazione cortico-basale

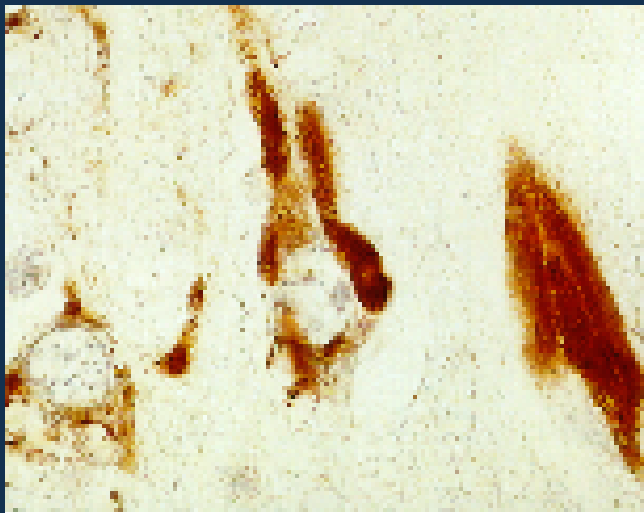
Demenza Vascolare

AD: a progressive CNS disorder with a characteristic pathology

**Brain
atrophy**

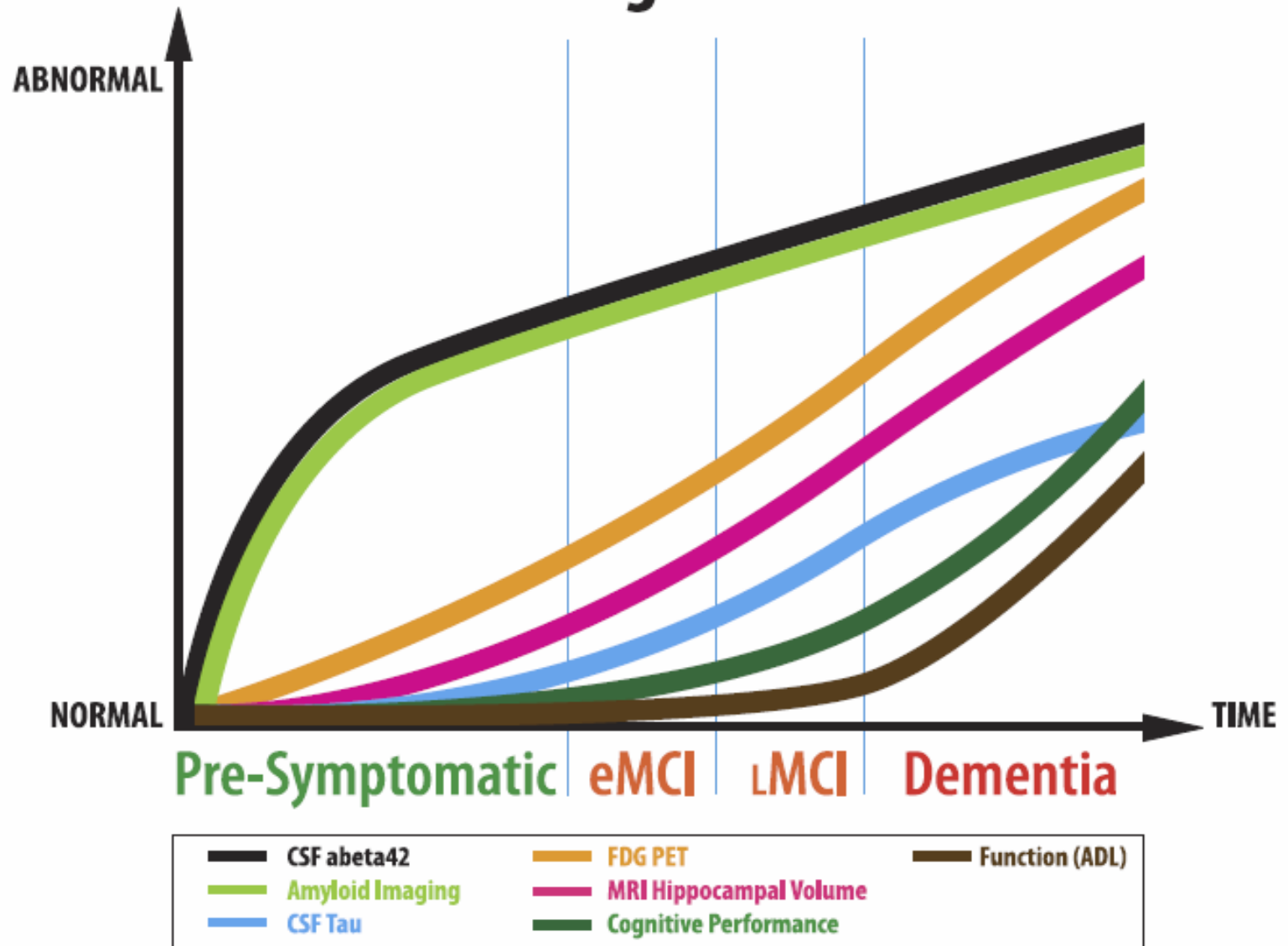


**Senile
plaques**

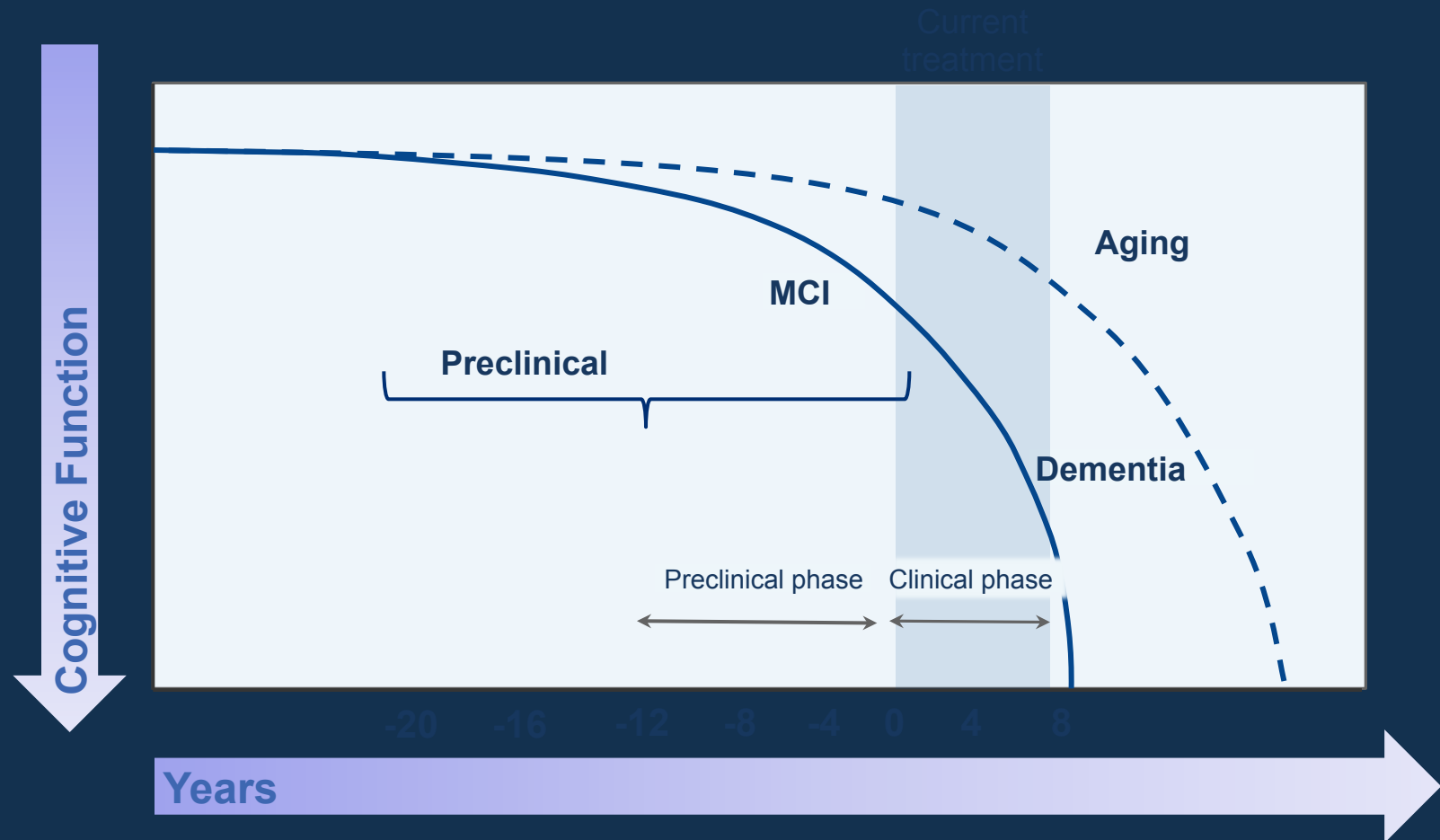


**Neurofibrillary
tangles**

AD Progression



Typical progressive course of AD



Conclusioni Linee Guida AIP

2005

Evidenza	Classe	Azione
Gli Ache-i causano positive modificazioni dello stato cognitivo dei pazienti con AD	I	Gli Ache-i devono essere essere considerati al fine di controllare i disturbi cognitivi dei pazienti con AD (standard).

Evidenza	Classe	Azione
Gli Ache-i causano positive modificazioni dello stato funzionale dei pazienti con AD	I	Gli Ache-i devono essere essere considerati al fine di controllare lo stato funzionale dei pazienti con AD (standard).

Evidenza	Classe	Azione
Gli Ache-i sono efficaci nel ridurre i BPSD dei pazienti con AD	I-II	Considerare gli Ache-i per il controllo dei BPSD dei pazienti con AD (standard).

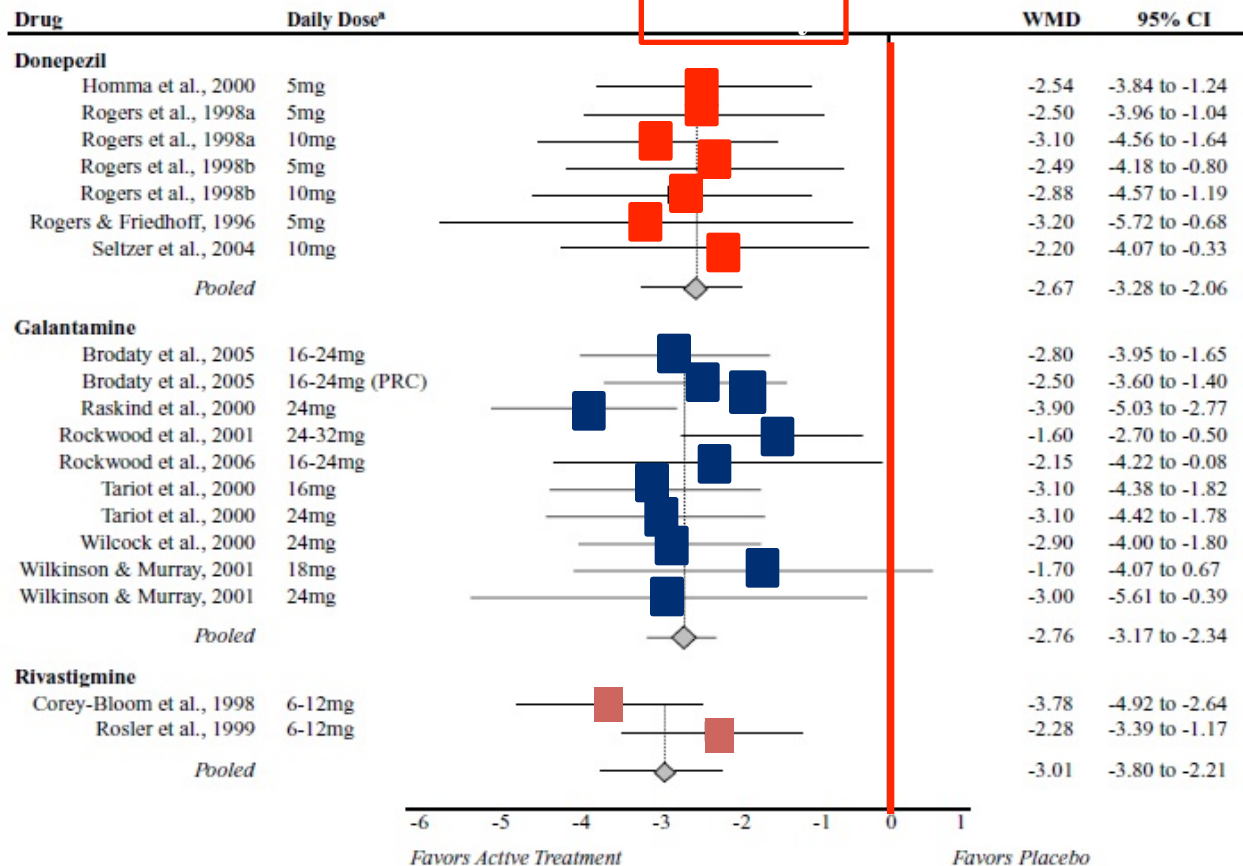
Farmaci in uso

Medication	Initial dose	Maximum dose
Donepezil	5 mg daily x 4 weeks, then increase to 10mg daily if tolerated. Recommended range: 5–10 mg daily	10 mg daily
Galantamine	Immediate release: 4 mg b.i.d. x 4 weeks, 8 mg b.i.d. x 4 weeks, then increase to 12 mg b.i.d. if tolerated. Recommended range: 8–12 mg b.i.d. Extended release: 8 mg daily x 4 weeks, 16 mg daily x 4 weeks, then increase to 24 mg daily if tolerated. Recommended range: 16–24 mg daily	Immediate release: 12 mg b.i.d. Extended release: 24 mg daily
Rivastigmine	Immediate release: 1.5 mg b.i.d. x 2 weeks, 3 mg b.i.d. x 2 weeks, 4.5 mg b.i.d. x 2 weeks, then increase to 6 mg b.i.d. if tolerated. Recommended range: 3–6 mg b.i.d. Transdermal patch: 4.6 mg daily x 4 weeks, then increase to 9.5mg daily if tolerated. Recommended dose: 9.5 mg daily	Immediate release: 6 mg b.i.d. Transdermal patch: 9.5 mg daily
Memantine	5 mg daily x 1 week, 10 mg (5 mg b.i.d.) daily x 1 week, 15 mg (5 mg and 10 mg separately) daily x 1 week, then increase to 10 mg b.i.d. if tolerated. Recommended dose: 10 mg b.i.d.	10 mg b.i.d.

Which ChEI should be chosen?

Efficacy and safety of donepezil, galantamine and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review

Hansen et al

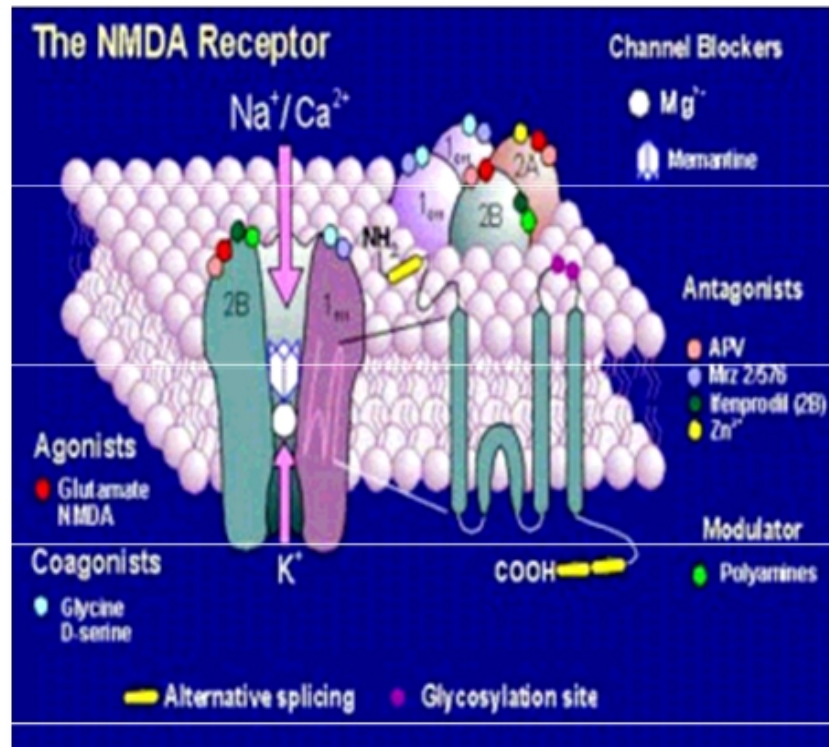


No statistically significant differences among drugs vs. placebo on cognition

Donepezil
Galantamine
Rivastigmine

Memantina

ANTAGONISTA NON COMPETITIVO A BASSA AFFINITA' RecNMDA



blocco attivazione tonica di bassa intensità di NMDA senza interferire con la sua attivazione fasica (necessaria per apprendimento e memorizzazione)

➔ NEUROPROTEZIONE

➔ EFFETTI SULLA PLASTICITA' SINAPTICA, MEMORIA E APPRENDIMENTO



Clinical efficacy and changes in the dosages of concomitantly used psychotropic drugs in memantine therapy in Alzheimer's disease with behavioral and psychological symptoms on dementia

Hiddenobu Suzuki, Yuichi Inoue, Akiyoshi Nishiyama, Katsunaka Mikami and Keishi Gen

Ther Adv Psychopharmacol

(2013) 3(3) 123–128

DOI: 10.1177/
2045125312471666

© The Author(s), 2012.
Reprints and permissions:
[http://www.sagepub.co.uk/
journalsPermissions.nav](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

Abstract

Objective: We investigated the clinical efficacy and changes in the dosages of concomitantly used psychotropic drugs in memantine therapy in Alzheimer's disease (AD) with behavioral and psychological symptoms on dementia (BPSD).

Methods: The subjects were 38 inpatients who had been diagnosed with AD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV). The outcome measures assessed were BPSD and cognitive function. BPSD was assessed using the neuropsychiatric inventory (NPI) and cognitive function was assessed using the mini-mental examination (MMSE). The changes in the dosages of concomitant psychotropic drugs were also assessed.

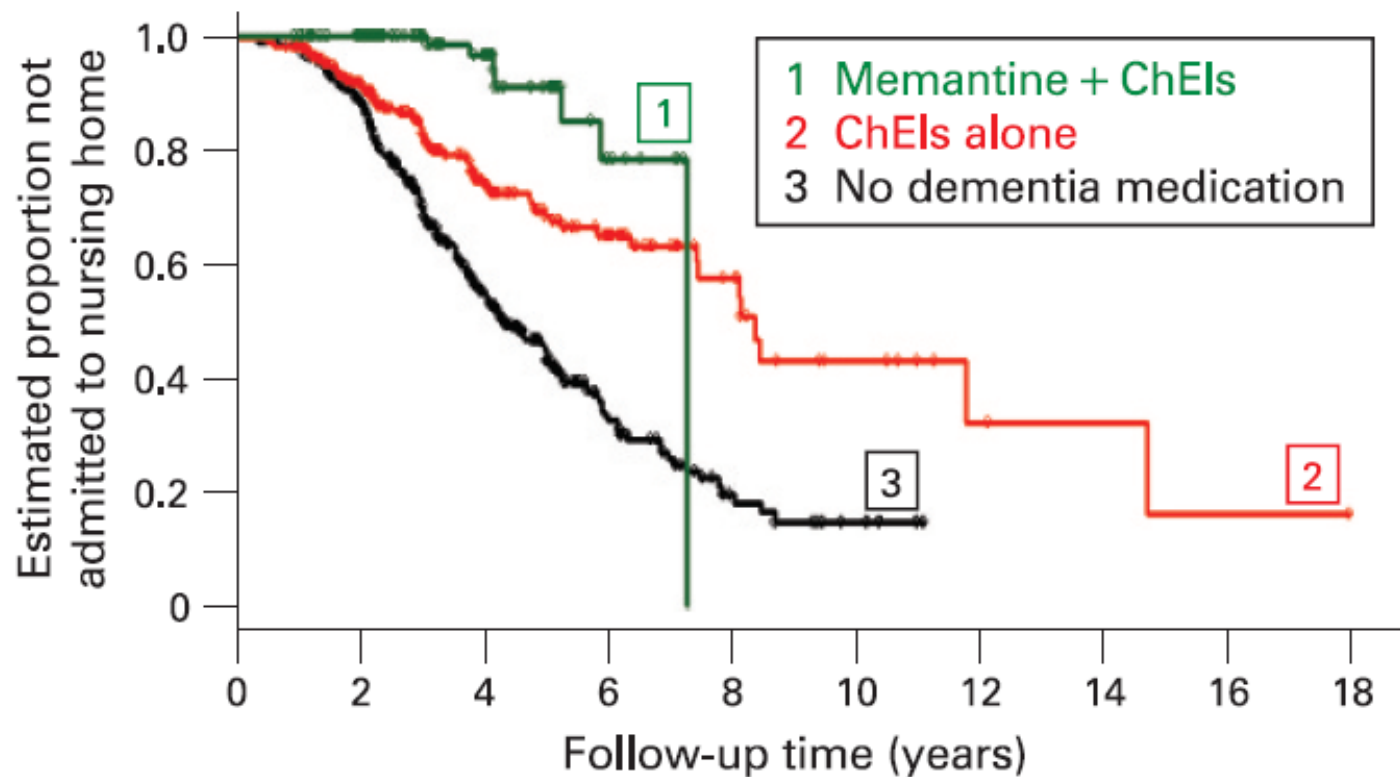
Results: Significant decreases were found in the memantine therapy group in the following NPI total score and five NPI subscales: delusions, hallucinations, agitation, irritability, and aberrant motor behavior, but no significant differences were seen between the memantine therapy group and the control group. Furthermore, the memantine therapy group allowed the dosage of the psychotropic drugs to be significantly reduced compared with the control group.

Conclusion: The results of this study suggest that the administration of memantine to patients with AD with BPSD may afford superior efficacy and may also make it possible to reduce the risperidone equivalent dose, the diazepam equivalent dose and the dosage of the psychotropic drugs.

Correspondence to:
Hiddenobu Suzuki, MD, PhD
Department of Psychiatry

L'aggiunta di memantina riduce BPSD e permette la riduzione della dose degli antipsicotici

Memantina incrementa gli effetti degli inibitori delle colinesterasi nel trattamento della Malattia di Alzheimer



Disturbi Comportamentali

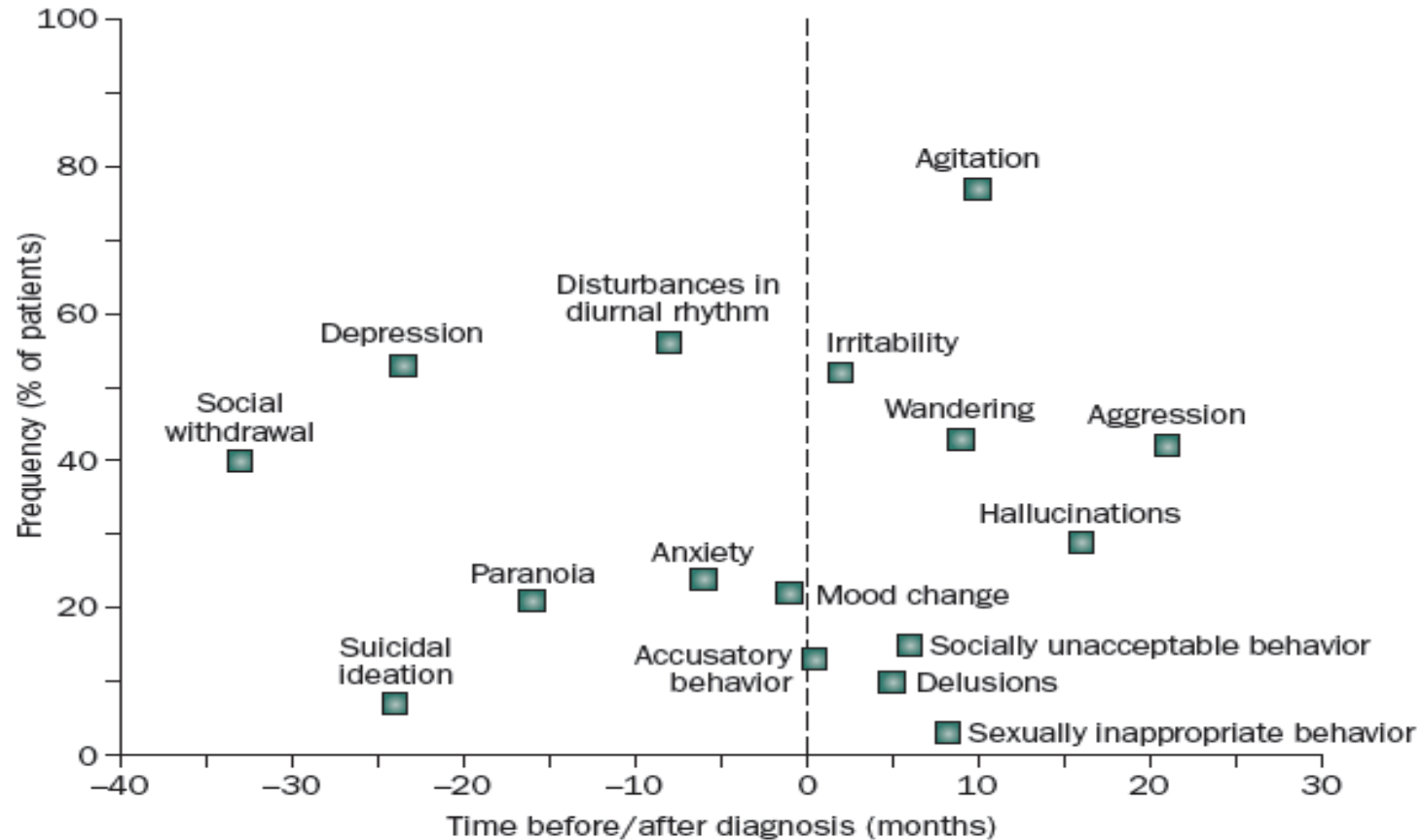
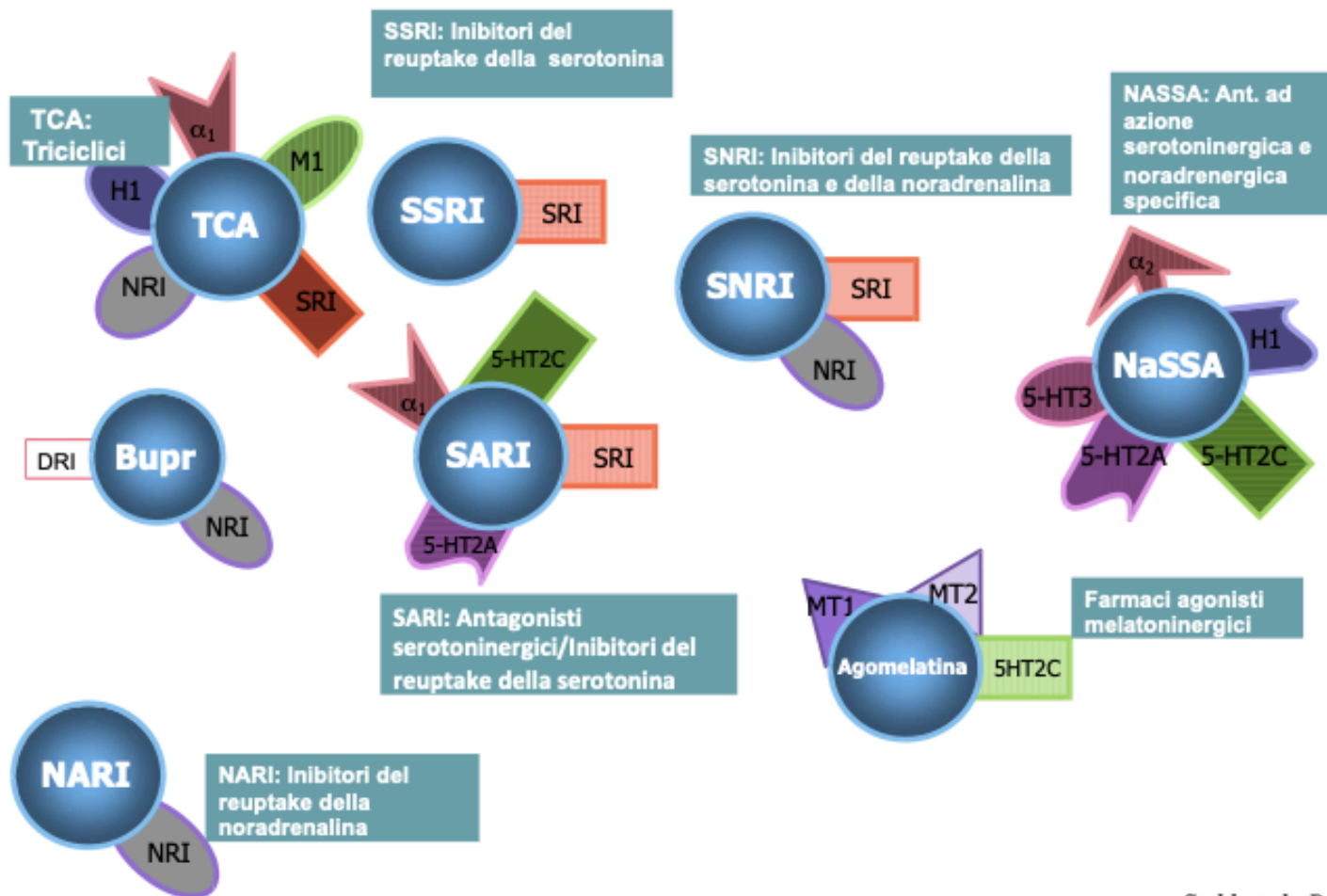


Figure 1 | Peak frequency of behavioral symptoms as Alzheimer disease progresses. Permission obtained from Blackwell Publishing © Jost, B. C. & Grossberg, G. T. *J. Am. Geriatr. Soc.* **44**, 1078–1081 (1996).

Farmaci per specifici *cluster* di BPSD



McShane R., *Int Psychogeriatr* 2000



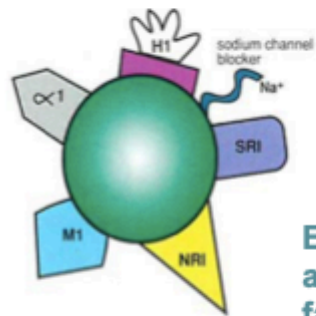
Interazioni farmacologiche: effetto inibitorio degli isoenzimi del CYP450

Table 1. Inhibitory effect of newer antidepressants on cytochrome P450 (CYP) enzymes

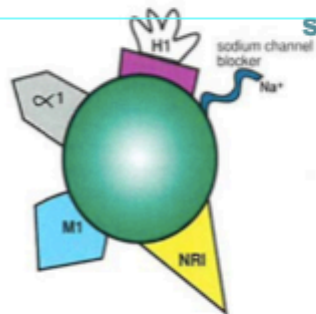
	CYP1A2	CYP2C9	CYP2C19	CYP2D6	CYP3A4
Citalopram	0	0	0	+	0
Escitalopram	0	0	0	0/+	0
Fluoxetine	+	++	+/++	+++	+/++
Fluvoxamine	+++	++	+++	+	++
Paroxetine	+	+	+	+++	+
Sertraline	0	+	0	+/++	+
Venlafaxine	0	0	0	+	+
Duloxetine	0	0	0	++	+
Mirtazapine	0	0	0	+	0
Reboxetine	0	0	0	+	+
Bupropion	0	0	0	++	0
Agomelatine	0	0	0	0/+	0
Vortioxetine	0	0	0	0	0

0= minimal or no inhibition; += mild inhibition; ++= moderate inhibition; +++= potent inhibition
 Modified from Spina and de Leon²⁵.

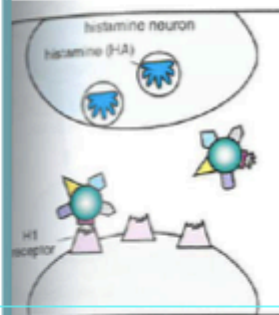
Farmaci triciclici



**Effetti collaterali x
azioni
farmacodinamiche
secondarie**

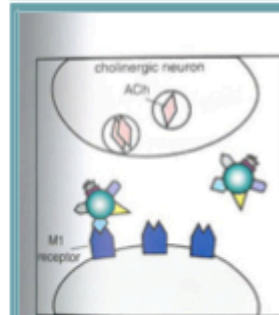


Effetti anti-istaminergici



**Aumento di peso
(aumento appetito) e
sonnolenza**

Effetti anticolinergici



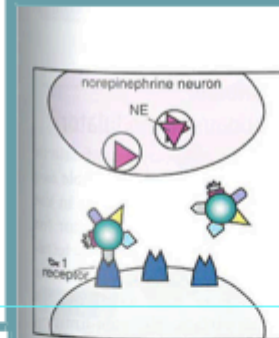
Costipazione

xerostomia

**Visione
offuscata**

**Sonnolenza/Sedazione/
disturbi cognitivi**

Effetti anti-alfa1adrenergici



α_1 Inserted

Vertigini

**Sonnolenza/
spossatezza
ipotensione**

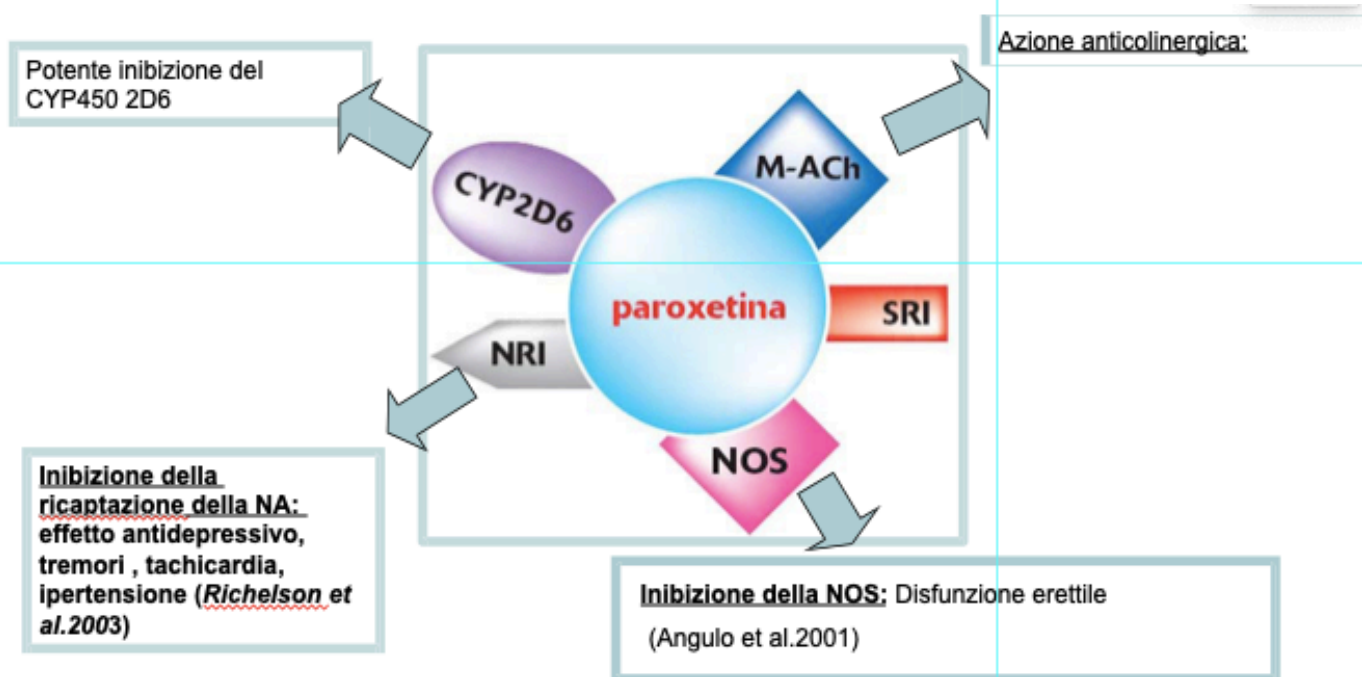
Effetti blocco canali sodio cardiaci

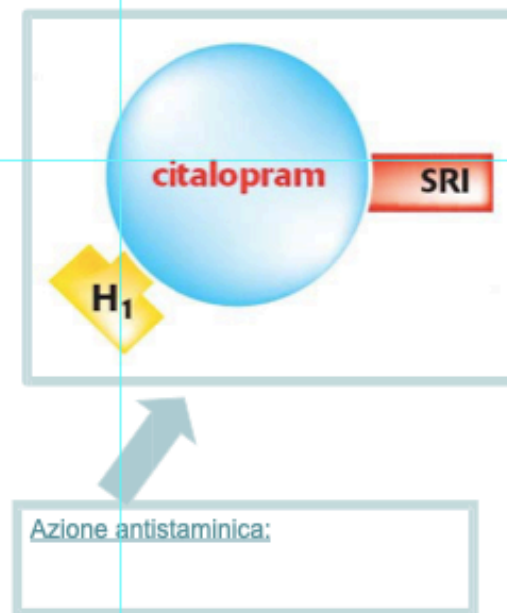


Aritmia

Morte

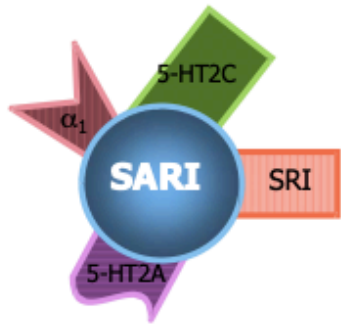
Stahl et al., Psicofarmacologia essenziale





SARI

Trazodone
Nefazodone*



Dose trazodone: da 50 mg a 600 mg (antidepressivo)

* TRAZODONE A RILASCIO PROLUNGATO

Stahl et al., Psicofarmacologia essenziale

TRAZODONE: la sicurezza

Gli effetti collaterali più comuni sono:

Gli **effetti sedativi** possono essere dovuti alle proprietà antistaminiche e mostrano dose dipendenza:

→ Assumere una dose maggiore la sera per prevenire la sedazione durante il giorno.

Il blocco dei recettori α_1 adrenergici potrebbe spiegare **vertigini, sedazione e ipotensione** ortostatica (transitoria).

Raro il priapismo (1: 58.447)

Rara l'IPONATRIEMIA (E SIADH)

Non è controindicato nel glaucoma e nei disturbi della minzione (ambedue frequenti nell'anziano)

La maggior parte degli effetti indesiderati è **dose-correlata, immediata, ma spesso sparisce con il tempo.**

“ L'ente di riferimento CERT (Centers for Education and Research on Therapeutics) classifica Citalopram ed Escitalopram come **CLASSE 1** di rischio (la più alta), Paroxetina e Trazodone nella classe 3 (la classe di rischio più bassa).

Precisamente:

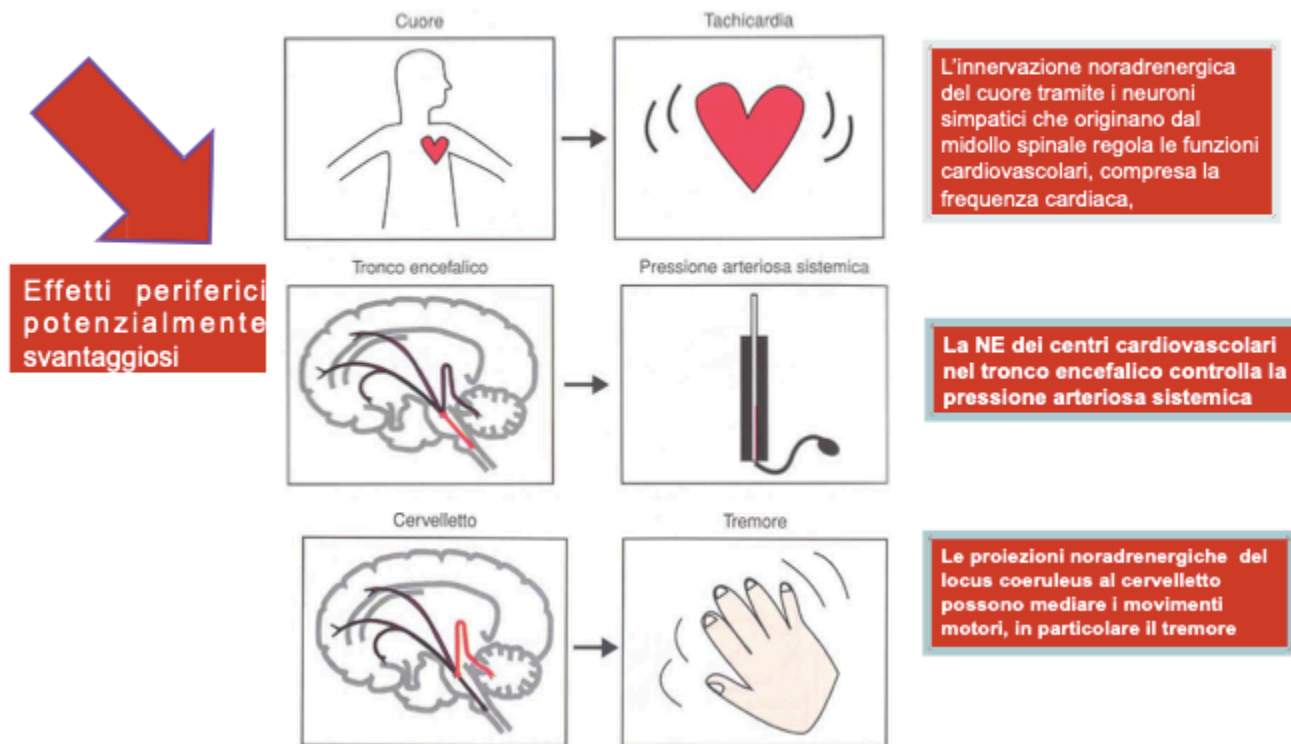
Classe 1: esistono evidenze rilevanti che tali molecole prolungano l'intervallo QT ed hanno un rischio di torsione di punta anche a dosaggio terapeutico (IN LABELING)

Classe 2: esistono evidenze rilevanti che tali molecole possono prolungare l'intervallo QT, ma non vi sono evidenze sufficienti in merito al rischio torsione di punta in labeling

Classe 3: esistono evidenze rilevanti che per tali molecole il prolungamento dell'intervallo QT e il rischio torsione di punta si hanno **solo se utilizzate in particolari condizioni (ad esempio al di fuori dei dosaggi terapeutici).** ”

Quindi Paroxetina e Trazodone sono tra le molecole più sicure.

Effetti collaterali associati ad un aumento dei livelli di noradrenalina periferici



**Ruolo di trazodone nella
gestione farmacologica
del paziente con disturbi
comportamentali associati
a demenza**

A cura di
Orazio Zanetti

IRCCS Centro S. Giovanni di Dio
Fatebenefratelli, Brescia

inScienceCommunications

**Review tratta da:
Linee Guida UTET sulla Demenza
2005
Attualizzate dal prof. Zanetti con
le nuove evidenze**

Tabella 5. Ruolo di trazodone nel trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del paziente affetto da demenza (modificata graficamente da⁽¹⁾)

	Agitazione moderata	
	Trattamento a lungo termine	Trattamento acuto
Prima scelta	• Trazodone • SSRI (es. citalopram) • Buspirone • Tiapride o levosulpiride	• Trazodone
Alternative	• Carbamazepina • Risperidone • Olanzapina	• Benzodiazepine • Risperidone • Tiapride o levosulpiride • Neurolettici a elevata potenza

Tabella 7. Ruolo di trazodone nella terapia dell'ansia associata ai sintomi depressivi del paziente affetto da demenza (modificata graficamente da⁽¹⁾)

	Trattamento a lungo termine	Trattamento acuto
Prima scelta	• Trazodone	• Benzodiazepine (lorazepam, oxazepam)
Alternative	• Trazodone • SSRI	• Trazodone

Tabella 6. Ruolo di trazodone nella terapia del *sundowning* del paziente affetto da demenza (modificata graficamente da⁽¹⁾)

	Trattamento a lungo termine	Trattamento acuto
Prima scelta	• Trazodone	• Trazodone
Alternative	• Risperidone • Olanzapina • Quetiapina • Neurolettici convenzionali	• Aloperidolo • Risperidone • Olanzapina • Quetiapina

Ruolo di trazodone nella gestione farmacologica del paziente con disturbi comportamentali associati a demenza

SINOSI

Trazodone nella terapia dell'insonnia del paziente affetto da demenza

- È il trattamento di prima scelta, sia a breve sia a lungo termine.
- La posologia può oscillare tra 25 mg e 150 mg in un'unica assunzione serale. Spesso una posologia che oscilla tra 25 mg e 75 mg è sufficiente per controllare l'insonnia.
- È scevro dai limiti che caratterizzano le benzodiazepine, se impiegato a basse dosi.
- Può essere utilizzato in associazione con una benzodiazepina o con un neurolettico ad azione sedativa o con entrambi (in caso di insuccesso della monoterapia, per brevi periodi).

Trazodone nella terapia dell'agitazione/aggressività del paziente affetto da demenza

- È il trattamento di prima scelta per l'agitazione moderata, sia a breve sia a lungo termine.
- La posologia può oscillare tra 10 mg 3 volte/die e 75 mg 3 volte/die.
- È il trattamento di seconda scelta per l'agitazione severa/aggressività.

Trazodone nella terapia del *sundowning* o "sindrome del tramonto" del paziente affetto da demenza

- È il trattamento di prima scelta, sia a breve sia a lungo termine.
- La posologia può oscillare tra 10 mg e 25 mg, da somministrare un'ora prima della comparsa dei sintomi, aumentando fino a 100-150 mg in base alla risposta clinica.

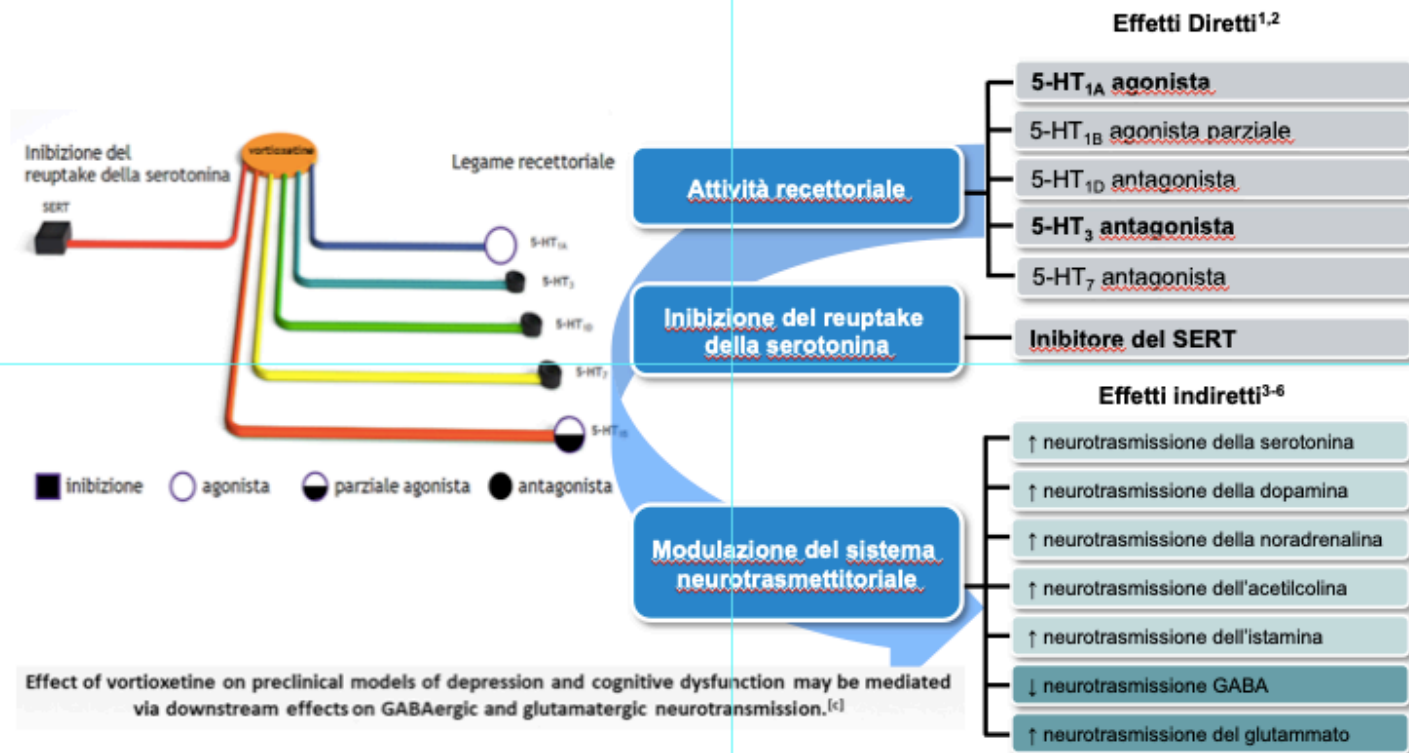
Trazodone nella terapia dell'ansia associata ai sintomi depressivi del paziente affetto da demenza

- È il trattamento di prima scelta nella terapia a lungo termine.
- È una valida alternativa alle benzodiazepine nella terapia acuta.

Trazodone nella terapia dei sintomi psicotici del paziente affetto da demenza

- Ha mostrato un effetto confrontabile a quello di aloperidolo sui deliri, con un'efficacia maggiore nei pazienti che presentano sintomi depressivi prima del trattamento.
- Potrebbe migliorare i sintomi psicotici associati ad agitazione in alcuni gruppi selezionati di pazienti.
- Può essere preso in considerazione nel trattamento di questi sintomi, poiché la sicurezza e la tollerabilità di trazodone sono simili a quelle del placebo o di altri antipsicotici.

Vortioxetina: azioni DIRETTE ed INDIRETTE



1. Bang-Andersen et al. *J Med Chem* 2011;54:3206–3221;

2. Westrich et al. Poster at IFMAD 2012;

3. Mørk et al. Poster at ECNP 2011; 4. Mørk et al. Poster at SOBP 2011;

5. Pehrson et al. Poster at ECNP 2013; 6. Mark et al. Poster at APA 2013

Vortioxetina: Sicurezza e tollerabilità

- **L'efficacia e la sicurezza di vortioxetina sono state studiate attraverso un programma clinico che ha incluso più di 6.700 pazienti, dei quali più di 3.700 trattati con vortioxetina in studi a breve termine (≤ 12 settimane) per depressione maggiore¹**
- **Vortioxetina ha mostrato in generale un buon profilo di tollerabilità e sicurezza ^{1,2}**
- **Negli studi clinici l'evento avverso più frequente che è stato registrato è stata la nausea, di entità lieve o moderata, transitoria (prime 2 settimane) e generalmente non associata ad interruzione della terapia¹,**

Sicurezza cardiovascolare di vortioxetina: dati da 11 studi a breve termine (6/8 settimane)

«Vortioxetina, rispetto al placebo, non ha avuto effetti, sulla frequenza cardiaca e sulla pressione arteriosa negli studi clinici a breve e a lungo termine (RCP)»

Studi a breve termine:

- **Ipertensione : 0,7 % (vortioxetina 5-20 mg/die) vs 0,6% con placebo**
- **Aumento della pressione: 0,4% (vortioxetina 5-20 mg/die) vs 0,6% con placebo**
- ***Altri parametri vitali nei range fisiologici***

Studi a lungo termine in aperto:

- **Ipertensione: 1.8%**
- **Aumento della pressione arteriosa : 0,9%**
- ***Altri parametri vitali nei range fisiologici***

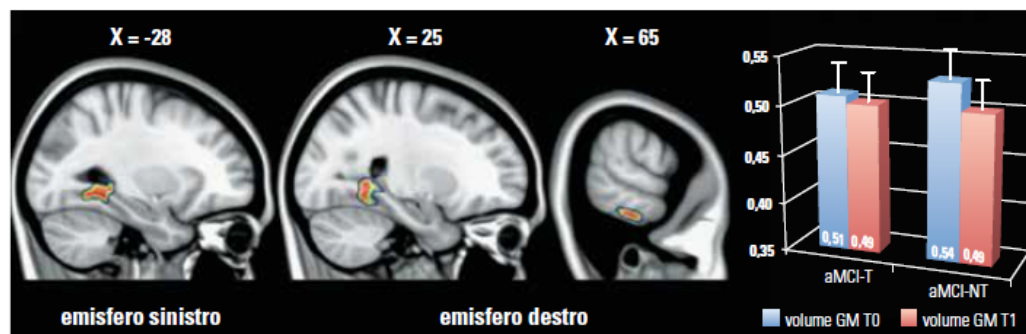
Placebo (n=1817)
Vortioxetina 5-20 mg/die (n=3018)

Effetto sul QT: Vortioxetina non ha mostrato effetti clinicamente significativi sui parametri elettrocardiografici, compresi gli intervalli QT, QTc, PR e QRS, in pazienti con MDD (RCP)

In uno studio specifico sul QTc (thorough QTc study) in volontari sani a dosi fino a 40 mg/die, non è stato osservato un potenziale di prolungamento dell'intervallo QTc (RCP)

Homotaurine Effects on Hippocampal Volume Loss and Episodic Memory in Amnesic Mild Cognitive Impairment

Gianfranco Spalletta^{a,*}, Luca Cravello^a, Walter Gianni^b, Federica Piras^a, Mariangela Iorio^a, Claudia Cacciari^a, Anna Rosa Casini^c, Chiara Chiapponi^a, Giuseppe Sancesario^d, Claudia Fratangeli^a, Maria Donata Orfei^a, Carlo Caltagirone^{a,d} and Fabrizio Piras^a



La morfometria rivela un incremento della perdita di volume bilaterale nella circonvoluzione fusiforme, nella coda dell'ippocampo e nella corteccia temporale inferiore destra nei pazienti non trattati rispetto a quelli in cui era stata somministrata l'omotaurina.

I valori medi per ciascun gruppo sono indicati alla base dei grafici.

aMCI-NT e aMCI-T sono, rispettivamente, i soggetti con MCI amnesico non trattati e trattati. GM: sostanza grigia

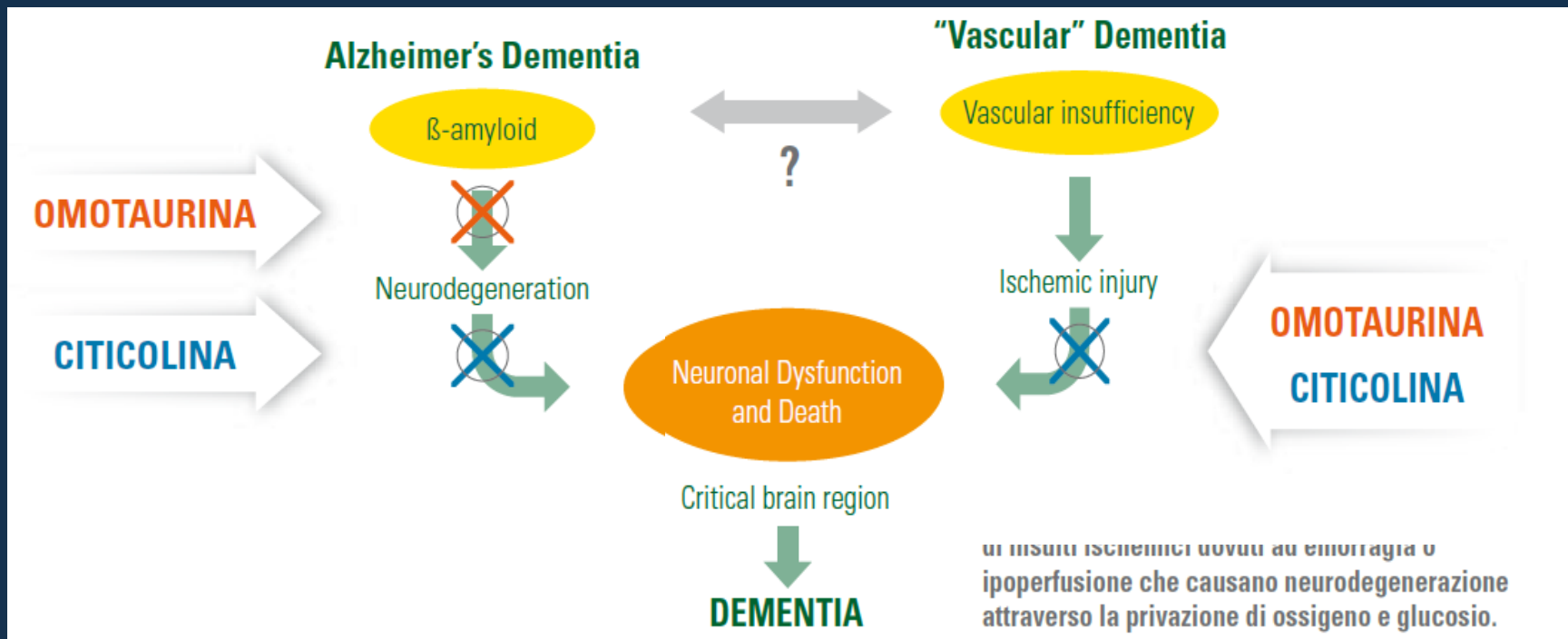
Valutazione neuropsicologica

Effetto primacy, intermediate e recency al test delle 15 parole di Rey su pazienti affetti da MCI amnesico. Risultati al basale ed a 12 mesi.

Episodic memory effects	Baseline		T0 versus T0 t; p	1-Year		Time by group interaction F; p	Delta (T1-T0)		Effect of group on delta U; p
	aMCI-NT (n = 22) (Mean ± SD)	aMCI-T (n = 11) (Mean ± SD)		aMCI-NT (n = 22) (Mean ± SD)	aMCI-T (n = 11) (Mean ± SD)		aMCI-NT (n = 22) (Mean ± SD)	aMCI-T (n = 11) (Mean ± SD)	
Primacy effect (I-RWLLT)	8.41 ± 3.25	10.73 ± 3.85	-1.82; 0.08	8.50 ± 4.86	7.91 ± 3.59	3.23; 0.08	0.09 ± 4.35	-2.81 ± 4.44	74; 0.07
Intermediate effect (I-RWLLT)	3.64 ± 2.42	4.45 ± 2.98	-0.85; 0.40	4.45 ± 3.11	4.64 ± 2.98	0.50; 0.49	0.82 ± 2.59	0.18 ± 2.18	09; 0.65
Recency effect (I-RWLLT)	10.04 ± 3.26	11.18 ± 3.43	-0.93; 0.36	9.04 ± 3.48	13.18 ± 3.89	5.01; 0.03	-1 ± 3.59	2 ± 3.71	60.50; 0.02

CITICOLINA ED OMOTAUURINA: SINERGIA D'AZIONE

CITICOLINA ED OMOTAUURINA: SINERGIA D'AZIONE



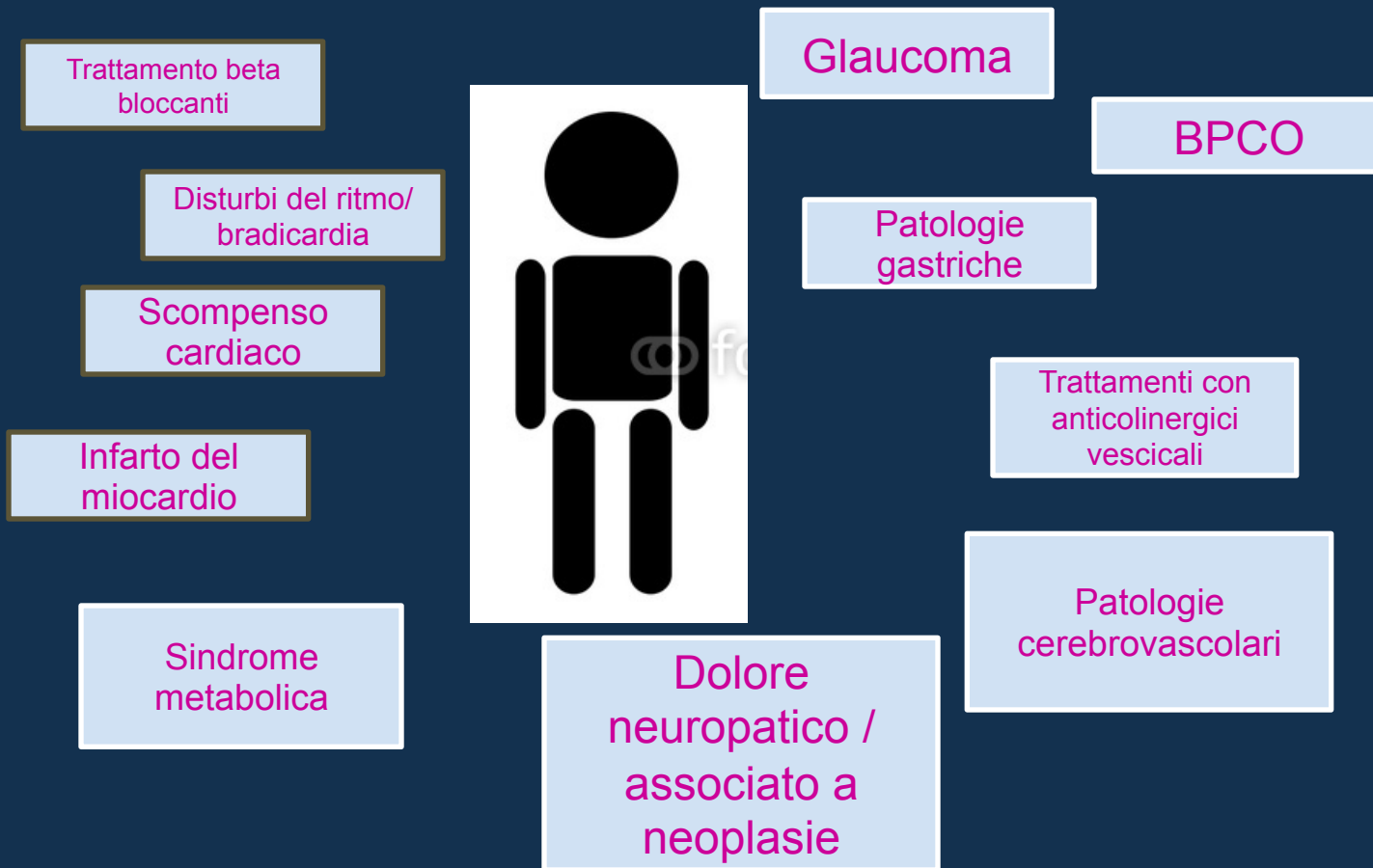
L-ALFA-GLICEROFOSFORIL-ETANOLAMINA

- TRATTAMENTO COADIUVANTE DELLE SINDROMI INVOLUTIVE CEREBRALI DELL'ANZIANO
- NATURALE SUBSTRATO DELLA SINTESI FOSFOLIPIDICA
- > FOSFOLIPIDI DI MEMBRANA (FOSFATIDILETANOLAMINA E FOSFATIDILCOLINA)
- > FLUIDITA' DI MEMBRANA
- > POTENZA DI TRASDUZIONE SINAPTICA DEGLI STIMOLI
- DOPO 4/5 ORE NON E' PIU' RINTRACCIABILE
- STEADY-STATE DOPO 5 GG

Somatic comorbidities and Alzheimer's disease treatment

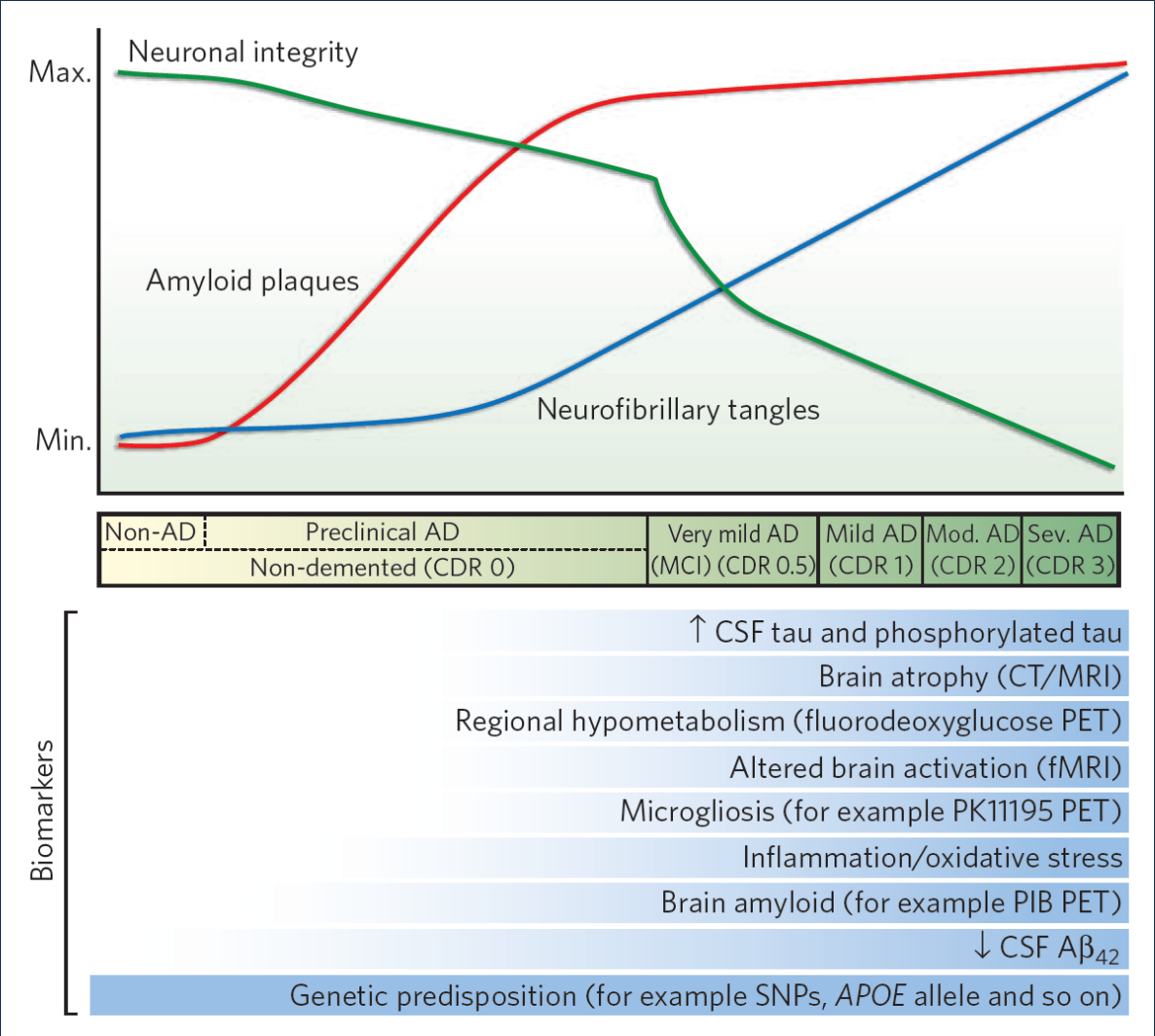
Alessandra Clodomiro · Pietro Gareri · Gianfranco Puccio · Francesca Frangipane ·
Roberto Lacava · Alberto Castagna · Valeria Graziella Laura Manfredi ·
Rosanna Colao · Amalia Cecilia Bruni

Complessità del trattamento nel paziente demente con comorbidità





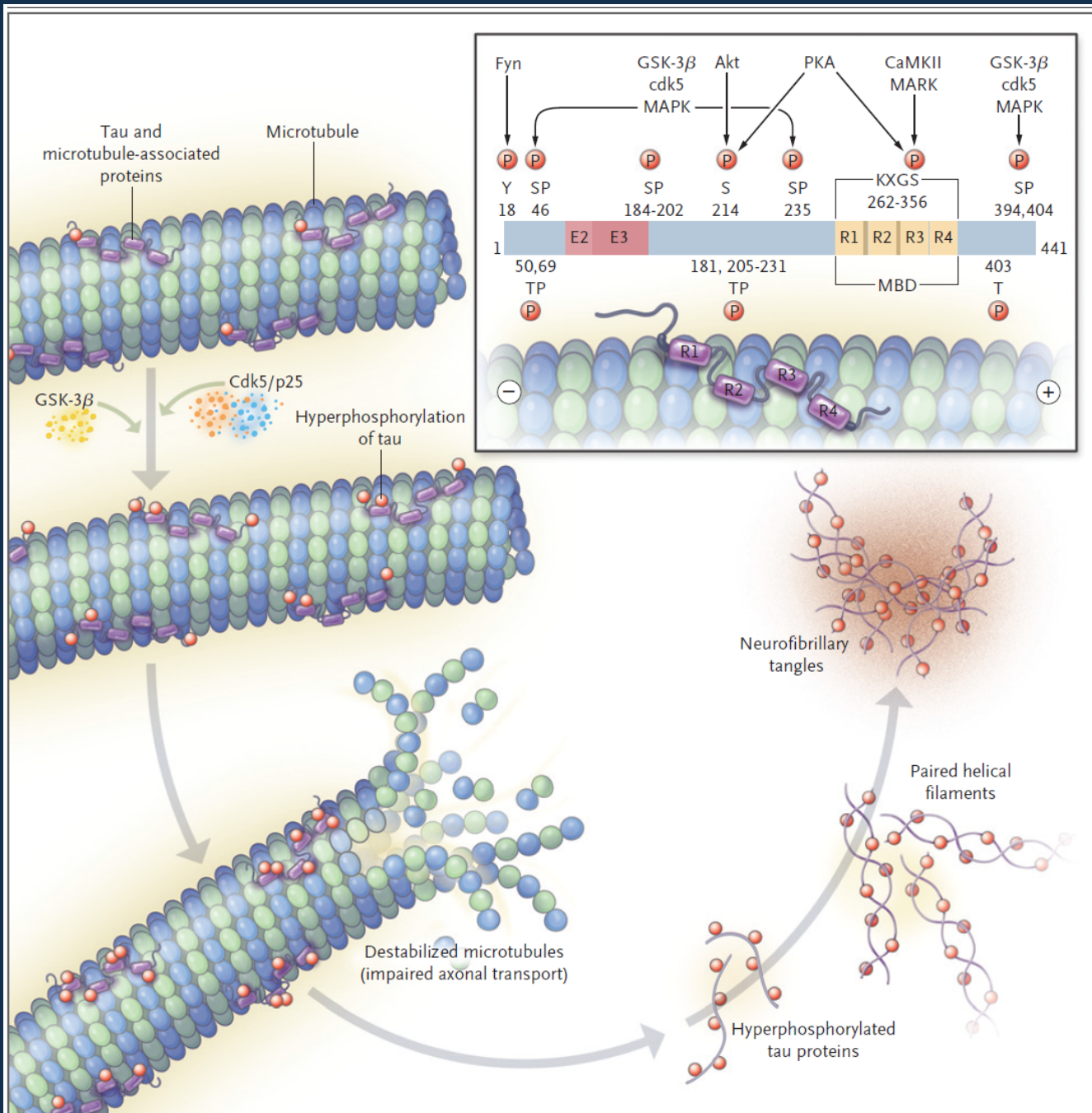
Biomarkers e Malattia di Alzheimer



Prospettive farmacologiche future

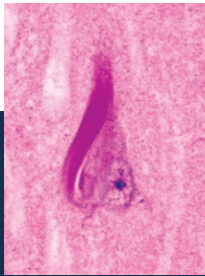
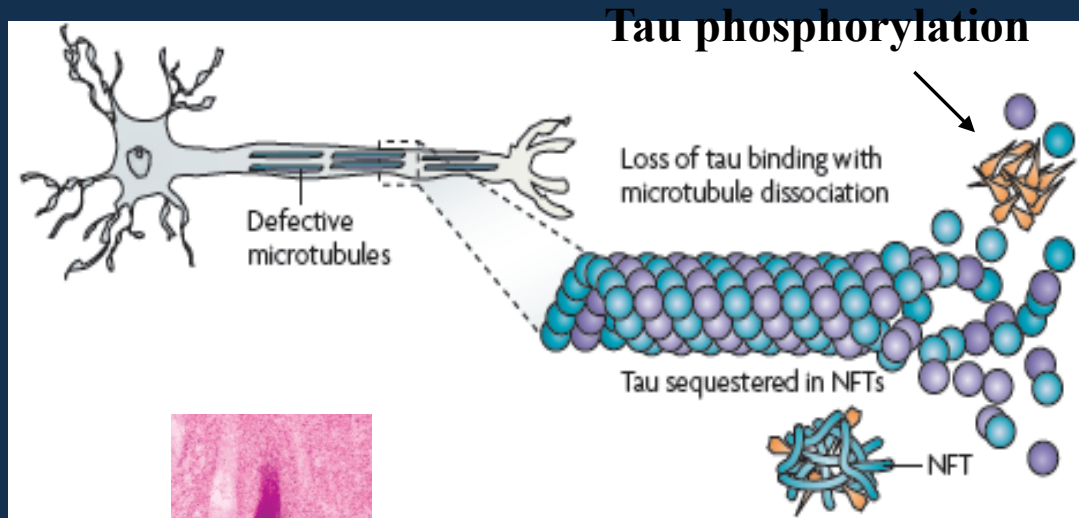
Terapie anti amiloide

- Immunoterapia attiva (vaccini)
- Immunoterapia passiva (anticorpi monoclonali)
- Inibitori di BACE
- Inibitori di γ -secretasi
- Inibitori aggregazione amiloide



The TAU hypothesis

Farmaci che hanno come bersaglio la proteina tau

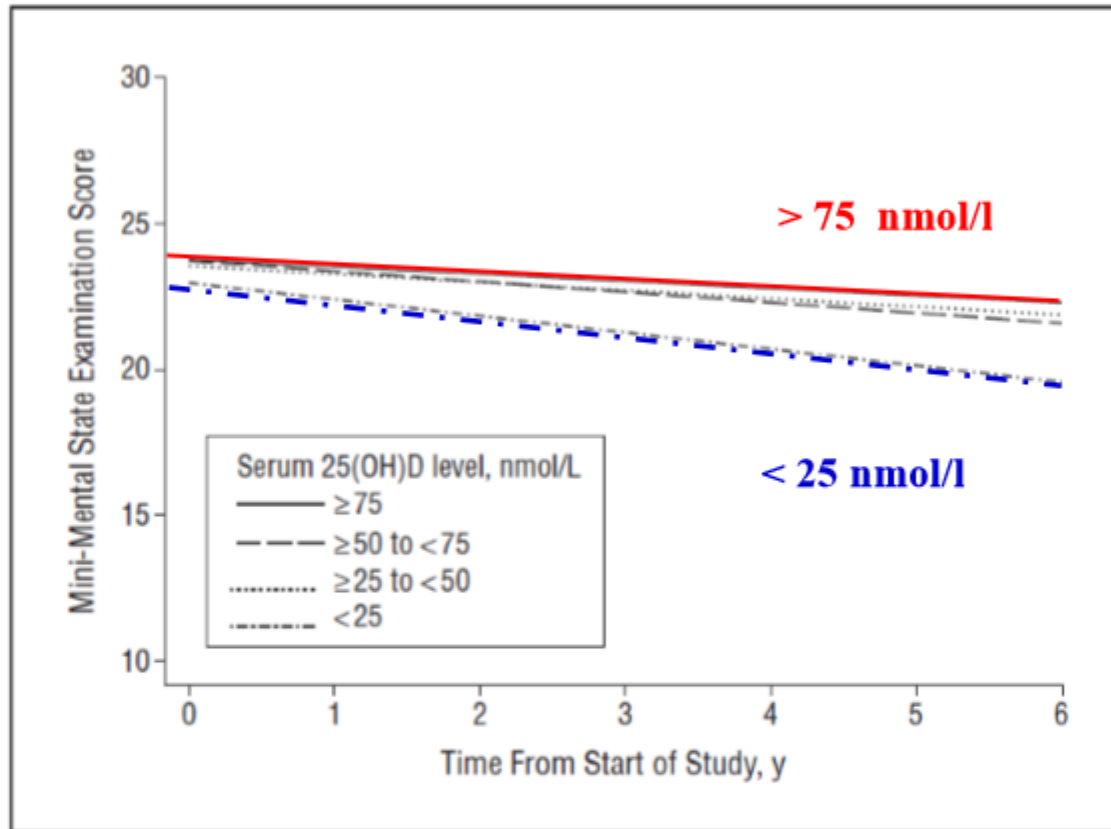


Neurofibrillary tangles (NFTs)

Tau phosphorylation modulation

↓ **Tau aggregation**
↑ **Tau aggregates disassembly**

Vitamin D and Risk of Cognitive Decline in Elderly Persons



Llewellyn, et al., Arch Intern Med 2010



Vitamin D Improves Neurogenesis and Cognition in a Mouse Model of Alzheimer's Disease

Maria Morello^{1,2,3} • Véréna Landel¹ • Emmanue
 François Féron¹ • Pascal Millet¹

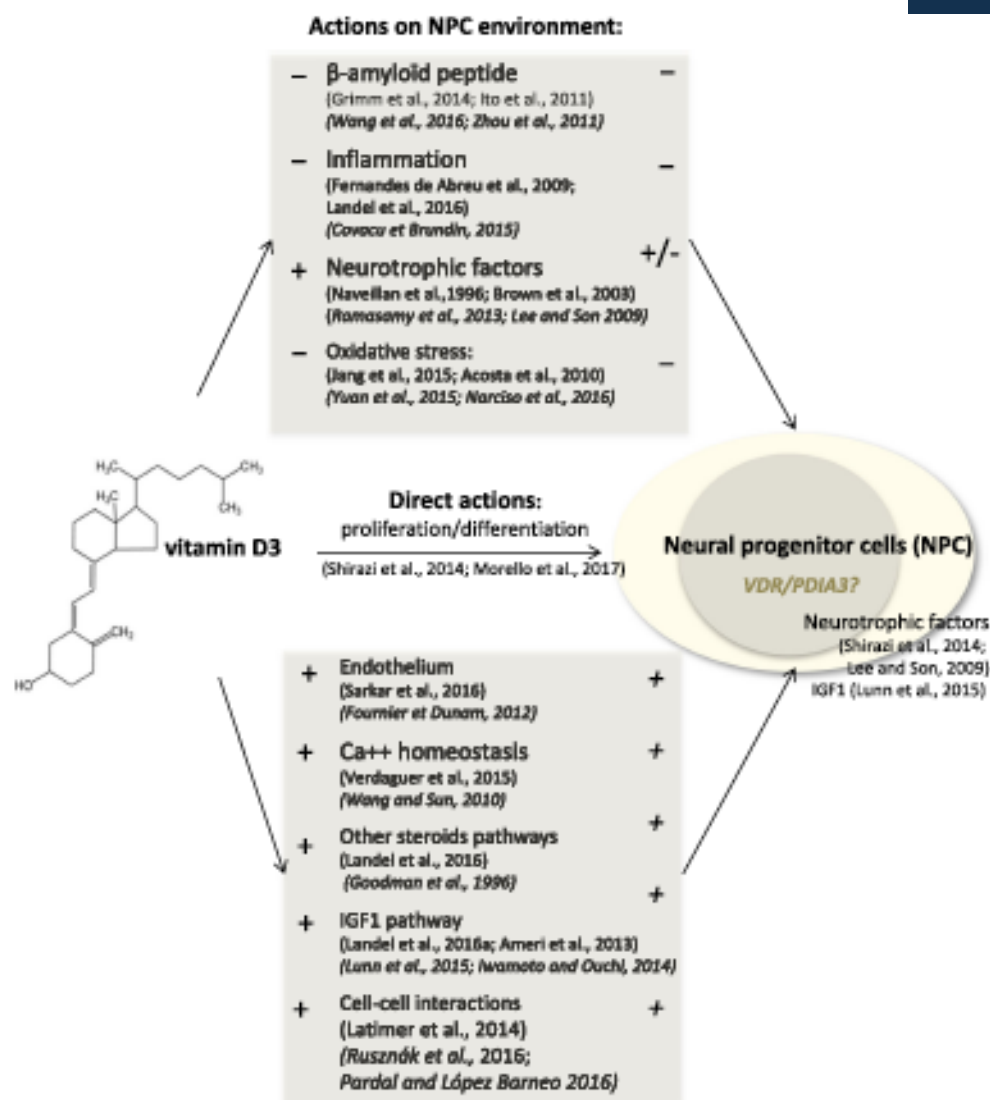


Fig. 4 Potential mechanisms of Vitamin D3 on adult hippocampal neurogenesis. Phenotype, expression and indicated in green while studies on

Memantine and vitamin D

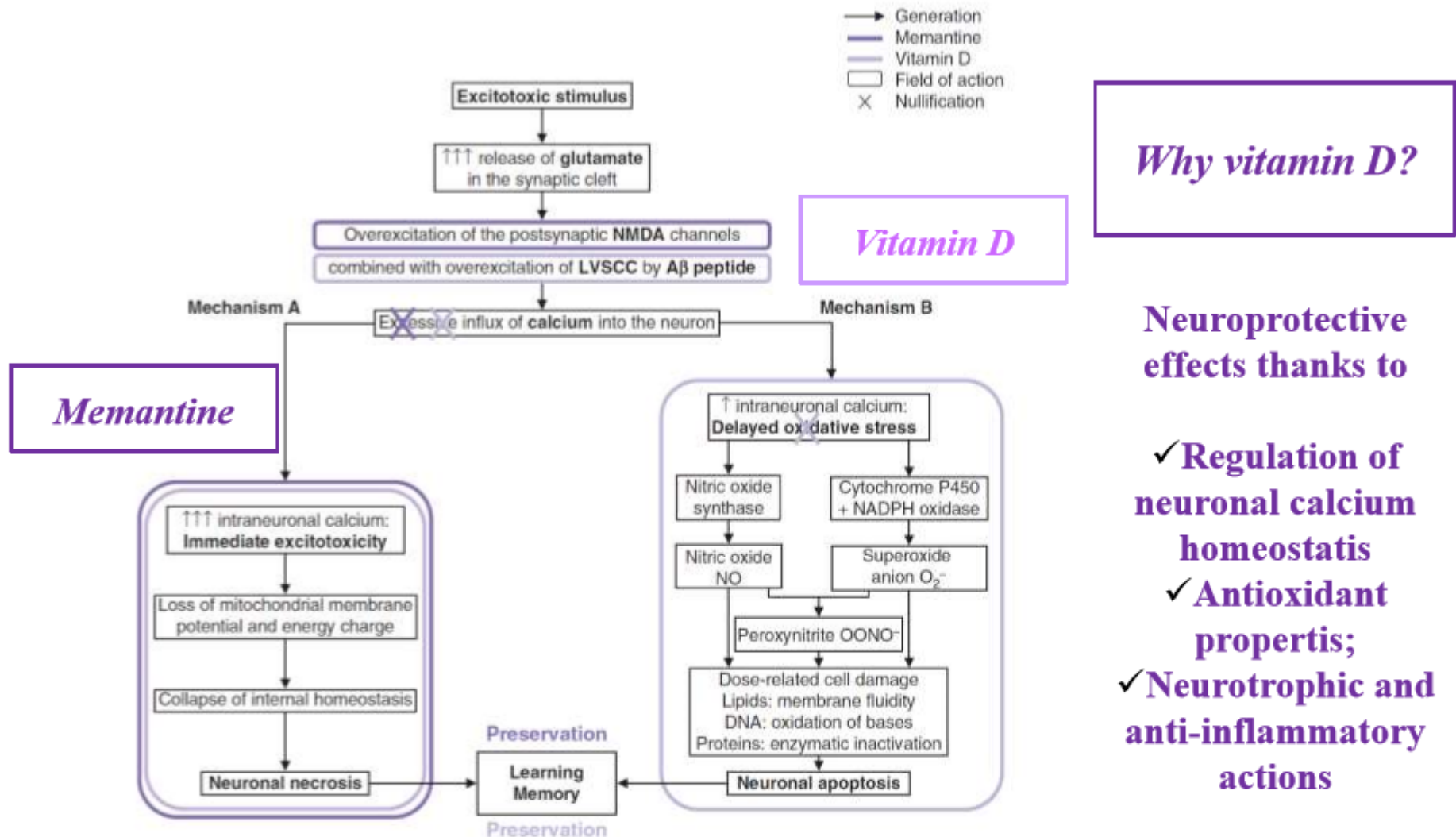
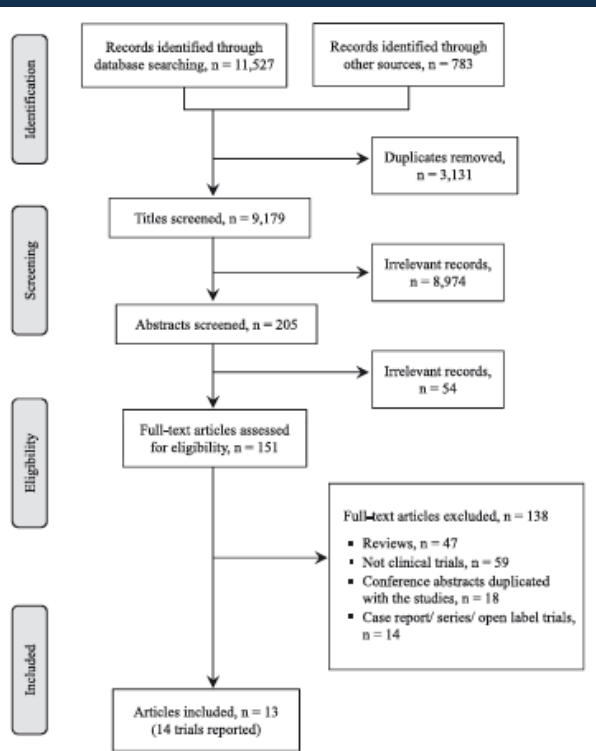


Fig. 2. Schematic representation of the action of the combination of memantine plus vitamin D on glutamate and calcium excitotoxicity in Alzheimer's disease, and impact on learning and memory abilities. Aβ=amyloid-beta; LVSCC=L-type voltage-sensitive calcium channels; NADPH=nicotinamide adenine dinucleotide phosphate; NMDA=N-methyl-D-aspartate; ↑ indicates moderate increase; ↑↑↑ indicates dramatic increase.

Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on improvement of cognition in elderly patients with cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis

Calvin Pak Wing Cheng^{1,2} , Corine Sau Man Wong² , Kelsey Kimyin Lee², Alfred Pui Kam Chan², Jerry Wing Fai Yeung³  and Wai Chi Chan^{1,2} 



Key points

- Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) is effective in improving cognition amongst elderly with mild to moderate Alzheimer's disease.
- rTMS was shown to have great potential as a safe and well-tolerated alternative intervention for cognition.
- Further investigation is required to examine the optimal rTMS treatment parameters.

Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective

Matthew Baumgart^a, Heather M. Snyder^{b,*}, Maria C. Carrillo^b, Sam Fazio^c,
Hye Kim^a, Harry Johns^a

Review Article

Omega-3 Fatty Acids in Early Prevention of Inflammatory Neurodegenerative Disease: A Focus on Alzheimer's Disease

J. Thomas,¹ C. J. Thomas,¹ J. Radcliffe,² and C. Itsopoulos²

M. Baumgart et al. / Alzheimer's & Dementia 11 (2015) 718–726

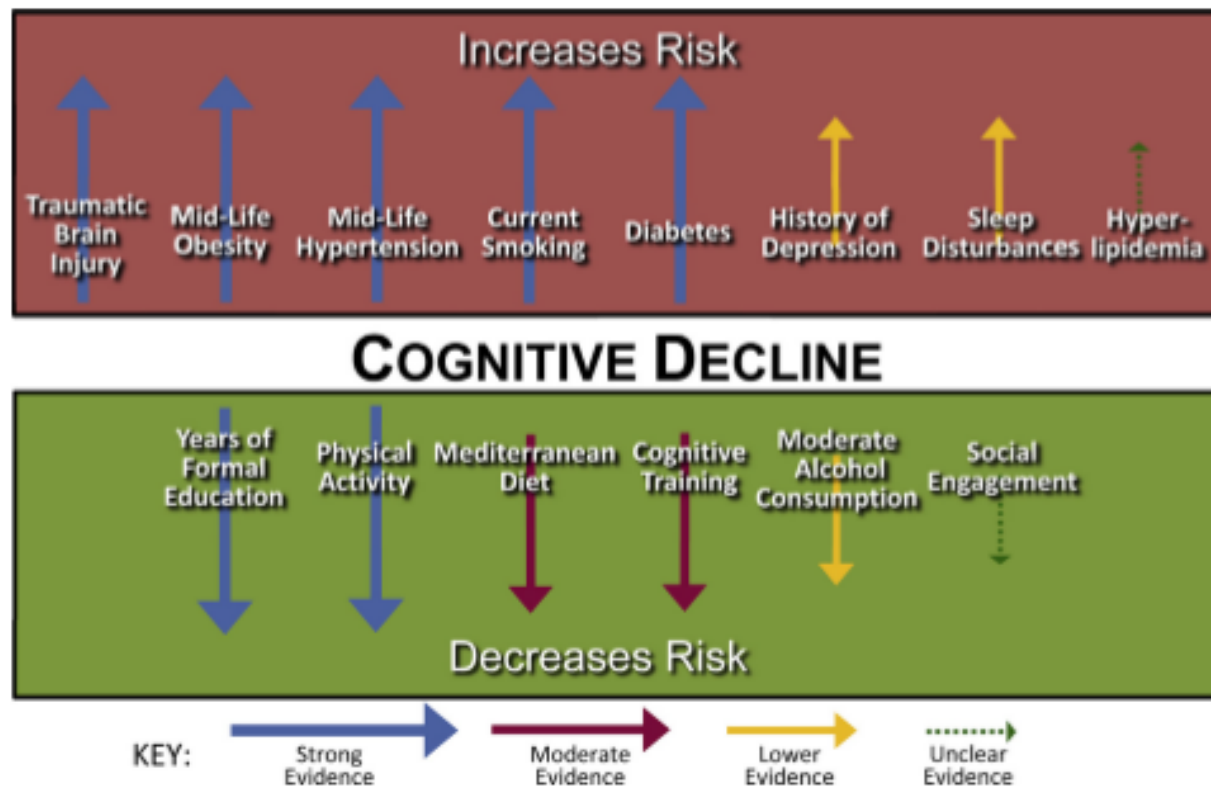


Fig. 1. Strength of evidence on risk factors for cognitive decline.

International Cognitive
Stimulation Therapy (CST)
Centre

The Team

Conferences and Events

International CST Trainers

CST by country

Related Publications

CST Research

International Cognitive Stimulation Therapy (CST) Centre

Welcome to the International CST Centre at University College London

CST is an evidence-based therapy for people with dementia - the only non-medical therapy endorsed by UK government guidelines for the cognitive symptoms of dementia. Group CST treatment involves 14 or more sessions of themed activities, which typically run twice weekly. The aims of sessions are to actively stimulate and engage people with dementia, whilst providing an optimal learning environment and the social benefits of a group. It is widely used across the UK – see our other website, www.cstdementia.com for more details or order the [manual online](#).

Individual CST (iCST) has recently been developed and evaluated in the UK. For more information about iCST, please see the [UCL iCST website](#) or, to book training, see the [iCST Dementia Training and Consultancy website](#).

CST is now also being used globally, with work ongoing in at least 29 countries. The International CST Centre was set up to co-ordinate this work and it is directed by Prof [Aimee Spector](#). Other aims of the centre are to:

- Share information and encourage collaboration between professionals and consumers internationally
- Bring people together for annual CST conferences / training days.

Publications

Journal Articles



Books



Book Chapters



Reports



Memory Café

Progetto Sollievo

Sono stati creati degli spazi informali, dove sono forniti momenti d'incontro con pazienti, professionisti, tirocinanti e volontari. Questi incontri sono visti come parte della comunità e non come terapia aggiuntiva all'ospedale o all'assistenza domiciliare perciò anche la denominazione "MEMORY CAFFÉ" rispecchia la scelta di non far riferimento alla malattia ma alle attività. Il salotto degli incontri è perciò divertente per promuovere gli aspetti benefici del servizio dal punto di vista sociale, apprezzando in particolare la compagnia e la possibilità di fare nuove amicizie. All'interno di questo si sviluppano degli interventi programmati, che agiscono sulla sfera cognitiva, comportamentale, relazionale ed emotiva, in persone con demenza di grado lieve-moderato.

Gli incontri sono suddivisi in tre momenti: accoglienza, attività per i malati con consulenza ai caregiver e saluto finale.

L'accoglienza, che può durare dai 15 ai 30 minuti, riveste un ruolo fondamentale per la gestione di tutto l'incontro, poiché determina il clima del gruppo.

Le attività specifiche proposte ai malati possono durare dall'ora all'ora e mezzo, spesso intervallate da momenti ludici di ballo e di animazione con l'immane dolcetto con il tè. Nel frattempo il caregiver può usufruire dei servizi messi a sua disposizione, oppure, può lasciare il proprio congiunto fino alla fine dei laboratori.

Il MEMORY CAFFÉ oltre a fornire un aiuto nella gestione della persona affetta da demenza, rappresenta anche uno strumento di sostegno ai caregiver evitando l'isolamento sociale. Per conseguire quest'obiettivo sono offerte una serie di attività rivolte ai familiari dei pazienti quali: colloqui con lo psicologo e attività di counselling.

Gli interventi indirizzati al paziente, affetto da demenza, hanno come obiettivo principale la stimolazione e il mantenimento delle capacità cognitive e motorie e sono volte a favorire le abilità relazionali e comunicative, deteriorate dal decorrenza della malattia.

Aerobic Exercise to Improve Cognitive Function in Adults With Neurological Disorders: A Systematic Review

Michelle N. McDonnell, PhD, Ashleigh E. Smith, BSc, Shylie F. Mackintosh, PhD



Arch Phys Med Rehabil,
2011

Malattia di
Alzheimer

INTERVENTI SULLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Maggiore
coinvolgimento
del medico di base

Hospices

Diagnosi
precoce

**MALATTIA
DI
ALZHEIMER**

Assistenza
sociale

Approccio
multidisciplinare

Farmaci
attivi

