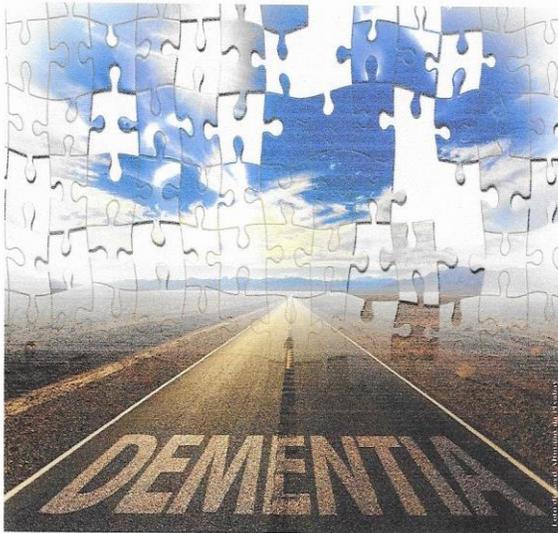




S. I. S. S.
Società Italiana per lo Studio della Stroke



REGIONE DEL VENETO
ULSS3
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO
ULSS4
VENEZIA CENTRALE

Ruolo Clinico dello Specialista in dialogo con il MMG: Quando e come inviare .



Dott. Enrico Vitale
Responsabile CDCD
Ospedale di Noale

Noale 05 ottobre 2019
Sala Convegni

CDCD : Caso clinico 1

- M.C. femmina 82 anni

Anamnesi prossima: astenia, difficoltà a deambulare, vertigini, calo della memoria, dell'attenzione, Incapacità a svolgere mansioni complesse.

Esame Obiettivo: discrete condizioni generali, non autonomia nei passaggi posturali, tremori involontari alle mani . Marcia incerta possibile a piccoli passi e con aiuto

PA= 200/90mmHg

ECG: ritmo sinusale (62 bpm) con BAV I°

CDCD : Caso clinico 2

Valutazione NPS:

MMSE= 11/30 (corretto 11,4)

Test orologio = 0/10

CDR = 3

ADL= 1/6

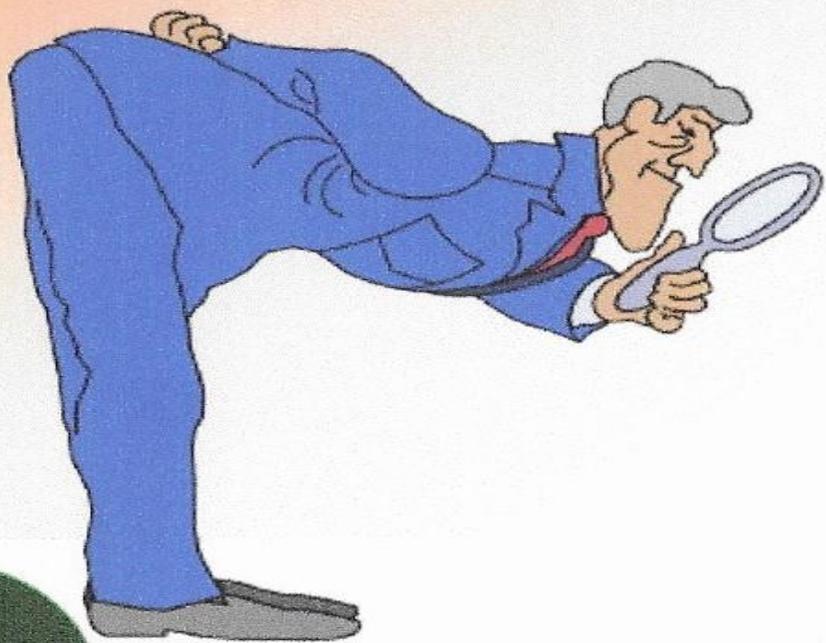
IADL= 1/8

Barthel = 50/100

CDCD: caso clinico 3

- Deficit cognitivi polisettoriali (disorientamento T/S memoria a breve termine e di lavoro, calo dell'attenzione, acalculia, aprassia costruttiva, disgrafia)
- Terapia estemporanea: X gtt di Nifedipina
- Dopo 1/ 2 ora lamenta epigastralgie con ipotensione ortostatica(80/50 mmHg)
- ECG: Fibrillazione atriale al alta frequenza e sottoslivellamento di ST.
- Invio al PS : Successivamente posizionamento di pace maker.

Decadimento cognitivo e demenze: il ruolo del medico di famiglia



Saper identificare i
segni premonitori
della demenza

I 10 SINTOMI PREMONITORI

1. Perdita di memoria che compromette la capacità lavorativa (Dimenticanze frequenti o un'inspiegabile confusione mentale)
2. Difficoltà nelle attività quotidiane (preparare i pasti)
3. Problemi di linguaggio
4. Disorientamento nel tempo e nello spazio
5. Diminuzione della capacità di Giudizio (vestirsi in modo inappropriato)
6. Difficoltà del pensiero astratto. (riconoscere i numeri o eseguire calcoli)
7. La cosa giusta al posto sbagliato. (scarpe nel frigo)
8. Cambiamenti di umore o di comportamento (repentini e senza motivo)
9. Cambiamenti di personalità (irascibile, sospettoso o diffidente)
10. Mancanza di iniziativa

Alzheimer Association

LA DEMENZA : una priorità Mondiale di salute Pubblica (Rapporto OMS 2015)

La demenza è una **priorità mondiale di salute pubblica**:

- Nel 2010 **35,6 milioni** nel mondo persone ne erano affette;
- Aumenteranno del **doppio** nel 2030 e **del triplo** nel 2050;
- Ogni anno si verificano 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi);
- La sopravvivenza media dopo la diagnosi è di **4-8 anni**

- La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno: sarà una sfida per tutti i sistemi sanitari in particolare riferimento a quelli universalistici.
- Tutti i paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello **internazionale, nazionale , regionale e locale** sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate» (Ginevra 11 aprile 2012(fonte: Osservatorio Demenze ISS)

La demenza in Italia: ogni anno si stimano 80.000 nuovi casi

In **Italia** , il numero totale dei pazienti con demenza è stato stimato nel 2015 in oltre **un milione** (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei familiari.

(studio ILSA: Italian Longitudinal Study on Aging)

Per le famiglie le conseguenze sul piano economico ed organizzativo sono rilevanti, tenendo conto che i soli **costi annuali** diretti per ciascun paziente vengono stimati, in diversi studi europei, in cifre variabili da **9.000 a 16.000 Euro** a seconda dello stadio di malattia.

Stime di calcolo circa i costi socio-sanitari delle Demenze in Italia ipotizzano cifre complessive pari a circa 10-12 miliardi di Euro annui, e di questi 6 miliardi per la sola Malattia di Alzheimer.

(fonte : osservatorio delle Demenze ISS)

Nel 2016 erano presenti in Italia oltre 13 milioni di over 65 e le previsioni demografiche dell'ISTAT ci dicono che nel 2030 saranno più di 16 milioni.

L'Italia , con i suoi 1,1 milioni di affetti, è tra i 10 Paesi al mondo col maggior numero di soggetti affetti da demenza, e sicuramente tra i Paesi con tassi di prevalenza più elevati (la Cina, con una popolazione oltre 20 volte superiore , ha solo 5 volte più abitanti affetti da demenza)

Obiettivi del piano nazionale delle demenze (G.U. n° 9 del 13/01/2015)

- 1. Interventi e misure di politica sanitaria e socio-sanitaria
- 2. Creazione di una **rete integrata** per le demenze e realizzazione della **gestione integrata**
- 3. Implementazione di strategie ed interventi per **l'appropriatezza delle cure**
- 4. Aumento della consapevolezza e **riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità di vita.**

- Con il DGR nr.570 del 09/05/2019 della Regione Veneto che ha per titolo il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze si configura un nuovo quadro organizzativo caratterizzato da un profondo cambiamento strutturale che spinge verso una maggiore condivisione tra ospedale e territorio e la realizzazione di reti cliniche integrate.
- In questo scenario i professionisti stanno realizzando delle reti cliniche, interpretando la riorganizzazione come un'opportunità per implementare i servizi in grado di rispondere sempre meglio ai bisogni dei pazienti.

Documenti di Riferimento

- Progetto Cronos
 - Piano nazionale Demenze (PND)
- Piani Regionali di altre regioni (Emilia Romagna, Lombardia)
 - DRG n.13/DDDL del 28 /05/2018 allegato B « i percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali della Regione Veneto
- Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le Demenze del Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del PDN.

I punti irrinunciabili nella costruzione del PDTA

- **1. Approccio multidisciplinare** e multiprofessionale nella visione della progettazione assistenziale;
- **2. Centralità del figura del MMG** nel percorso di segnalazione, presa in carico e condivisione del progetto assistenziale;
- **3. Importanza di garantire sostegno alle famiglie**, favorendo la **domiciliarità** anche con garanzia di un punto di riferimento individuato e un case manager del percorso;
- **4. Continuità e flessibilità** del percorso di cura, dall'esordio, alla gestione delle criticità , al fine vita;

- 5. Forte **collegamento del CDCD** con il territorio;
- 6. **Integrazione** e lavoro in rete tra i vari Servizi territoriali del sociale, del volontariato, terzo settore coinvolti nella progettualità;
- 7. **UVM come momenti nodali** del percorso di presa in carico, progettazione e verifica dei progetti assistenziali individualizzati;
- 8. **Formazione ed aggiornamento** del personale dei vari servizi coinvolti;
- 9. **Verifica e monitoraggio della qualità del servizio** e della validità del PDTA in una prospettiva di miglioramento;

Il Modello Organizzativo

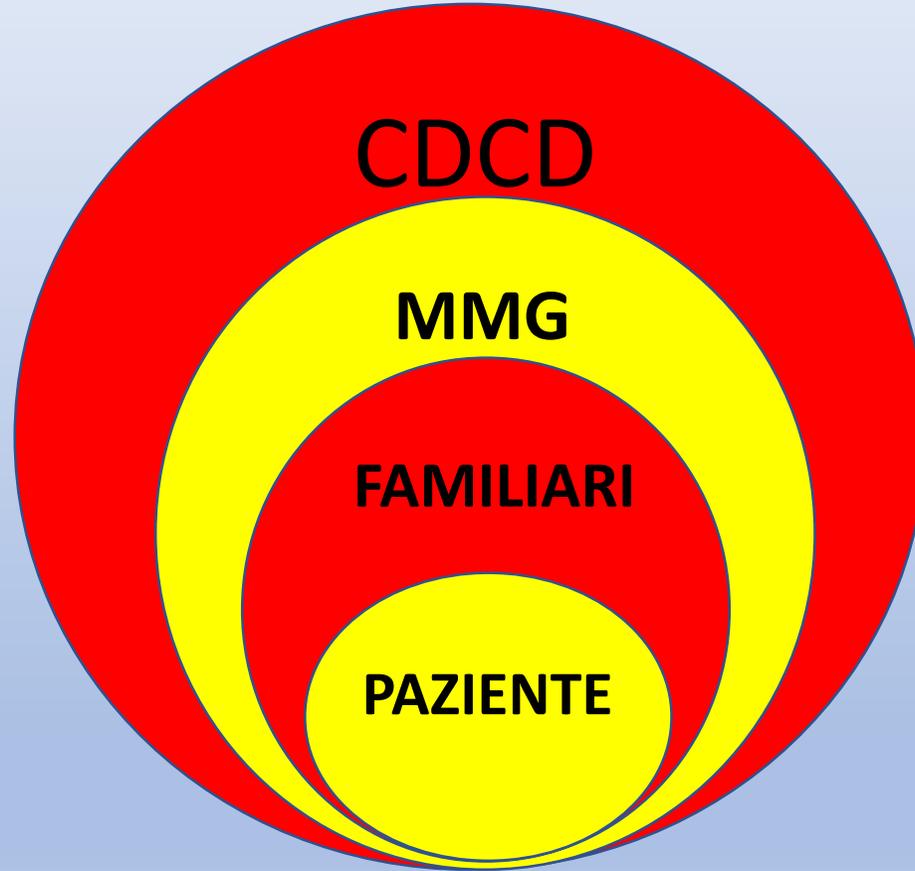
- In accordo col il Piano Nazionale Demenze (PND) la Regione Veneto conferma l'esigenza di ambulatori specialistici dedicati alla Demenza, accogliendo la denominazione di Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)
- I CDCD sono attori del PDTA e possono essere a gestione Geriatrica o Neurologica o Psichiatrica.
- Ogni CDCD è coordinato da un Responsabile, che dovrebbe garantire la migliore qualità possibile delle prestazioni, in modo omogeneo.

Il miglior setting di cura per le persone con demenza è rappresentato dal loro domicilio ed è compito di tutti favorire il miglior progetto assistenziale individualizzato creando un ponte di collaborazione tra ospedale e territorio.

Strumento: il PDTA quale momento di condivisione e patto assistenziale.

Componenti principali nelle demenze

- Paziente
- Familiari
- MMG
- CDCD
- Equipe valutazione multidimensionale
- Operatori sociali comunali
- Strutture residenziali e semi-residenziali per anziani
- Erogatori ADI
- RSA
- Sapa- sapa



Equipe di valutazione
multidimensionale

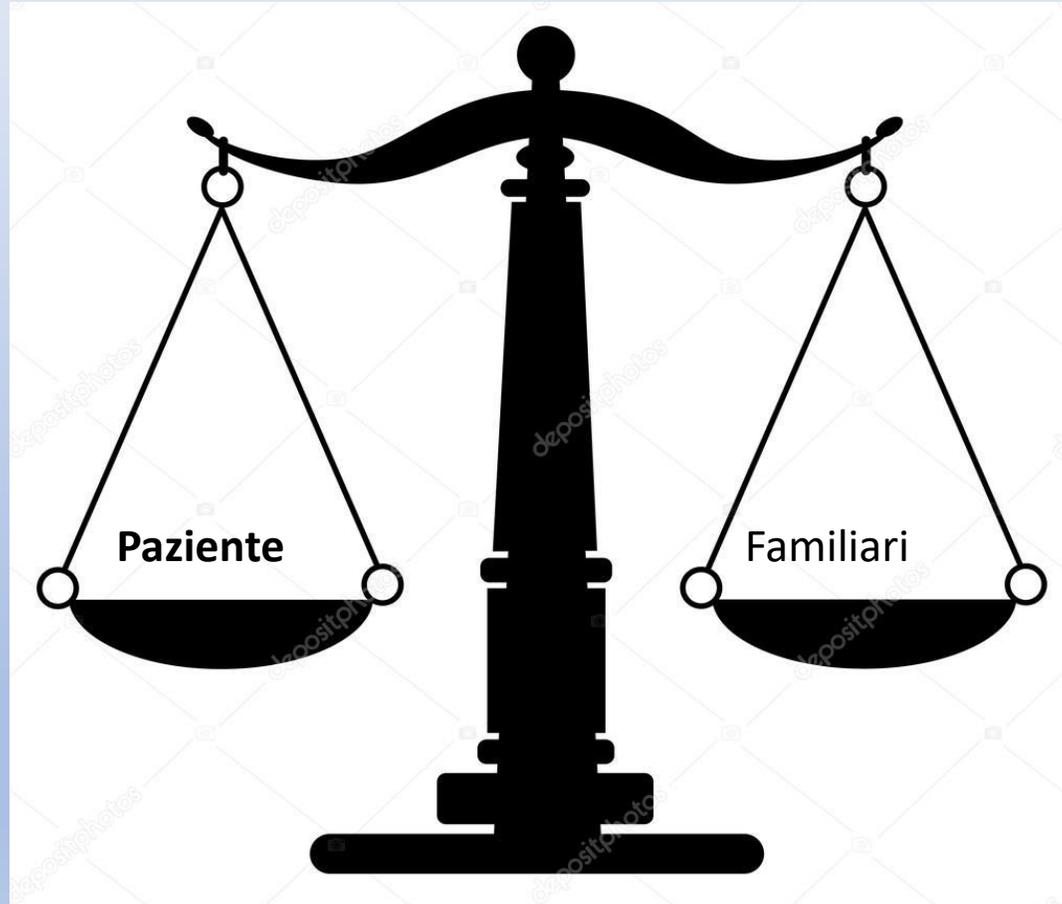
OPERATORI
SOCIALI
COMUNALI

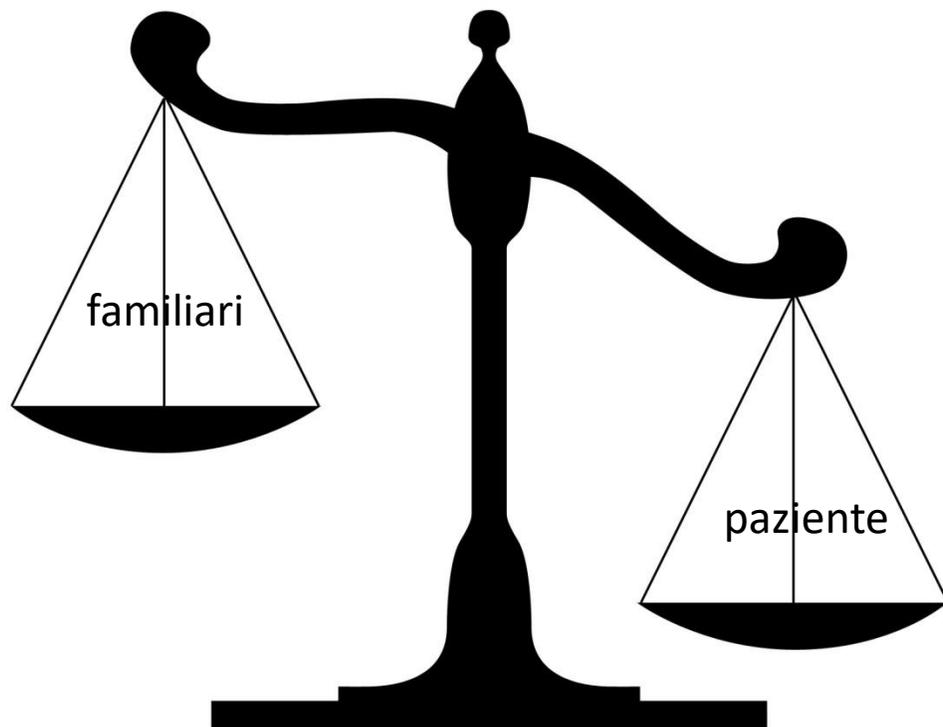
Centri Diurni

Caffè Alzheimer

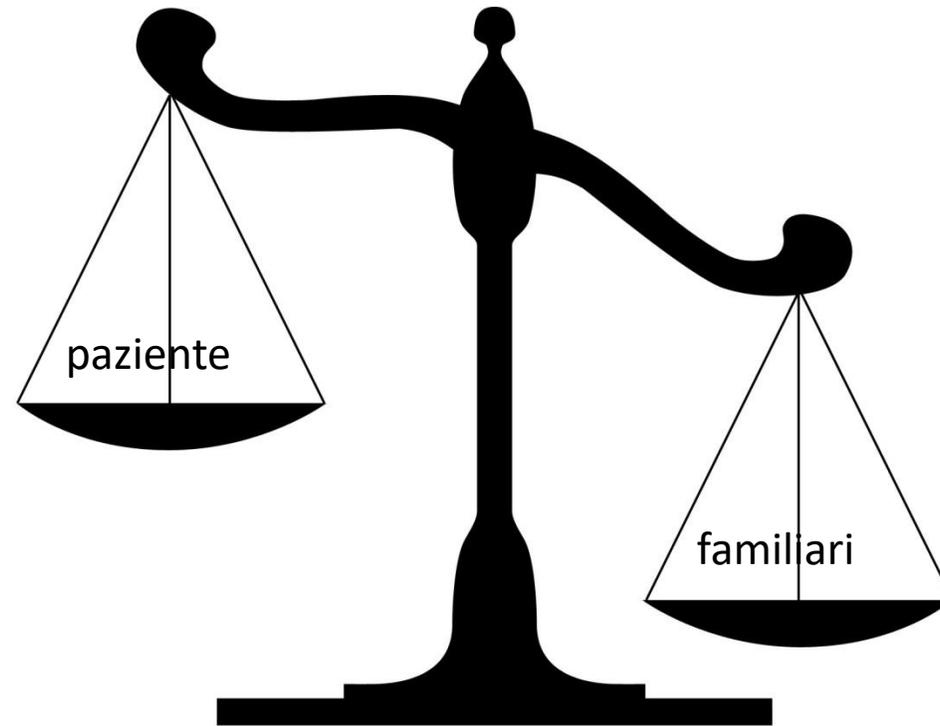
ADI

STRUTTURE
RESIDENZIALI E SEMI
RESIDENZIALI



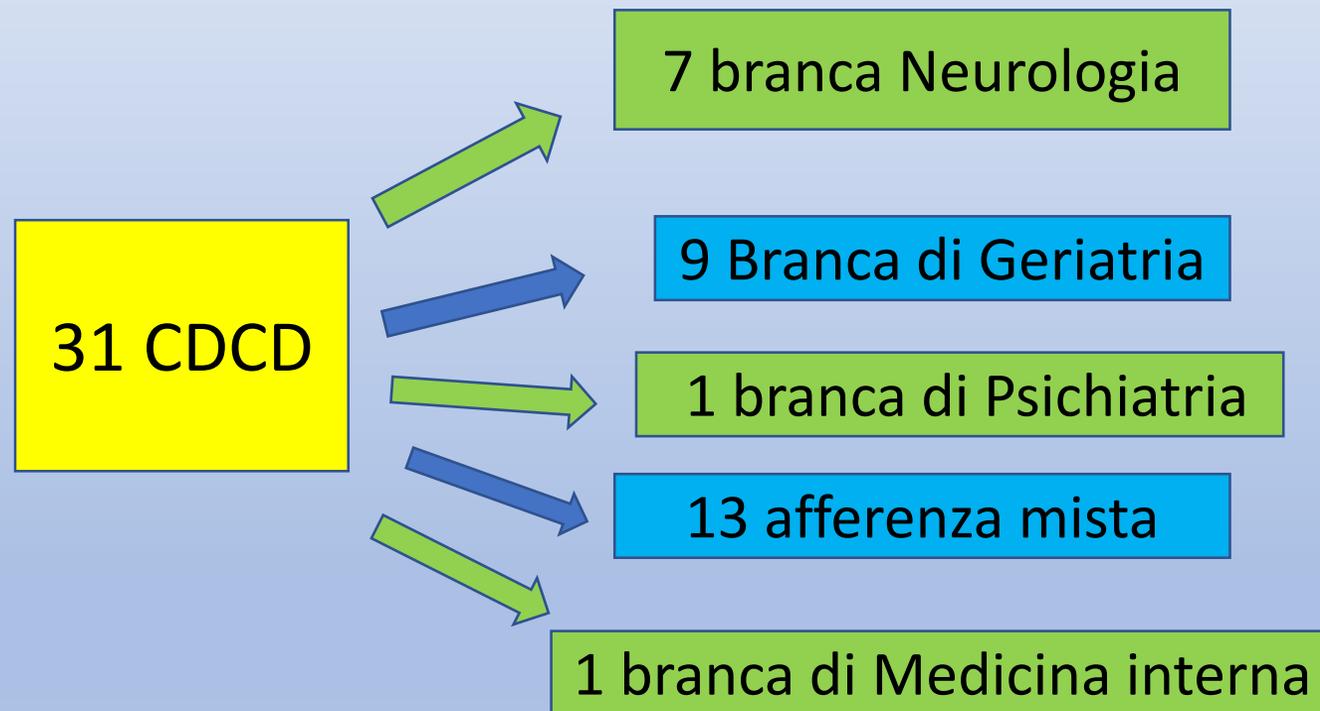


MCI
Demenza SDAT



NPI:
Agitazione
Aggressività
Insonnia
notturna
Deliri
Disinibizione

CDCD della Regione Veneto marzo 2019



109 medici specialisti
35 psicologi
-5 dipendenti
-7 SAI
-12 libero professionisti

19 infermieri

Articolazione dei CDCD

- Il CDCD ha una dimensione territoriale ed ospedaliera , ed è importante che vengano garantiti:
- Coordinamento delle funzioni
- Appropriatelyzza e omogeneità metodologica, in aderenza con le linee guida
- Adeguatezza allo sviluppo della ricerca, in termini di farmaci

Tipologia dell'utenza

- Al CDCD afferiscono tutte le persone con anamnesi positiva per disturbo cognitivo .
- Strumento: cartella Cacedem

Pazienti da non inviare al CDCD

Certificati di invalidità civile

Rinnovo patente di guida

Pazienti che hanno una «familiarità»
per demenza senza avere una
sintomatologia

Pazienti allettati e non collaboranti

Pazienti in più Centri in breve tempo

L'equipe del CDCD

- Medico Specialista (Neurologo, Geriatra, Psichiatra) con esperienza nella diagnosi, terapia e gestione della demenza
- Psicologo con formazione neuropsicologica
- Infermiere che affianca il Medico nel processo di cura e si occupa dell'accoglienza delle richieste telefoniche dei familiari e MMG, nonché di tutti gli aspetti che garantiscono continuità assistenziale ed efficienza organizzativa. Effettua counseling relativo ai bisogni assistenziali alle persone affette da demenza ed ai loro familiari.

L'equipe del CDCD

- Ma poiché tra il dire ed il fare



L'equipe del CDCD

- Medico Specialista (Neurologo, Geriatra, Psichiatra) con esperienza nella diagnosi, terapia e gestione della demenza
- Psicologo con formazione neuropsicologica
- Infermiere che affianca il Medico nel processo di cura e si occupa dell'accoglienza delle richieste telefoniche dei familiari e MMG, nonché di tutti gli aspetti che garantiscono continuità assistenziale ed efficienza organizzativa.. Effettua counseling relativo ai bisogni assistenziali alle persone affette da demenza ed ai loro familiari.





La voce umana Poulenc

Le prestazioni garantite dal CDCD

- Inquadramento diagnostico
- Trattamento e monitoraggio dei disturbi cognitivi e comportamentali, con presa in carico della persona affetta da demenza e dei suoi familiari, dalla diagnosi alla fase di «fine vita»
- Proposta inserimenti in Centri Diurni Alzheimer e Moduli Alzheimer di RSA e loro valutazione periodica
- Collegamento con la neurochirurgia per idrocefalo normoteso ed altre patologie chirurgiche
- Collegamento con centri specialistici per eventuali tests genetici

Modalità di accesso

- La prima visita
- Il primo accesso la CDCD può avvenire:
- Dopo valutazione ed invio da parte dello specialista neurologo o geriatra
- Su invio del MMG , dopo valutazione e screening attraverso test diagnostici (MMSE , MINI cog ed altri)
- Prenotazione al CUP (priorità B)
- Importante avere una linea telefonica dedicata.

Visita per sospetto decadimento delle funzioni cognitive

A) Valutazione anamnestica e clinica

- Anamnesi e colloquio con i familiari
- Esame obiettivo generale e neurologico, quindi Completo
- Ipotesi diagnostiche

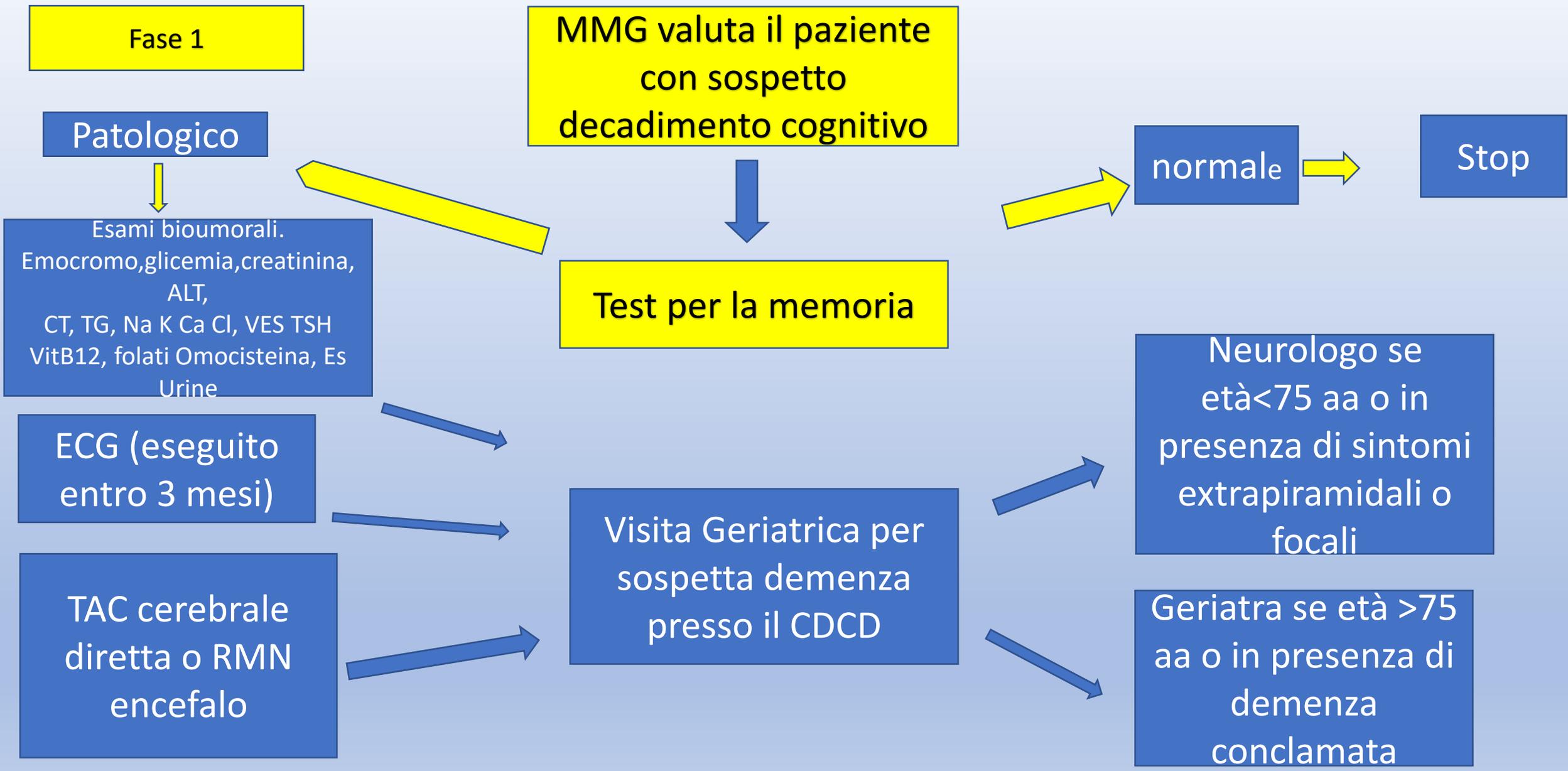
B) Valutazione cognitivo-comportamentale e funzionale:

- Cognitiva di base :MMSE + Clock test
- Comportamentale di base :NPI
- Sintomatologia depressiva: GDS
- Funzionale: ADL; IADL

C) Valutazione neuropsicologica (test di II livello)

- Conclusioni diagnostiche (comunicazione +lettera MMG con esami e visita di controllo CDCD)

Flow-chart: Percorso del paziente con sospetto diagnostico di demenza(1)



Flow-chart: Percorso del paziente con sospetto diagnostico di demenza (2)

Fase 2

CDCD avvia un corretto inquadramento diagnostico attraverso somministrazione di tests neuropsicologici e richiesta di esami strumentali di secondo livello

Il CDCD Geriatrico invia ai Centri preposti che hanno un DH dedicato per gli strumenti diagnostici mirati alla diagnosi (esame liquorale, PET) quali referenti per accogliere i pazienti del CDCD

Fase 3

Attori: MMG, CDCD, partecipano al follow-up garantendo il controllo del malato nel periodo intercorrente (6 mesi) tra una visita e la successiva la rivalutazione degli eventuali eventi avversi /problemi

Pazienti Valutati nel CDCD di Noale dal 01/01/2019 al 30/09/2019

N. Totale 745 pazienti



■ totali ■ controlli ■ 1 visite

Pazienti valutati nel CDCD di Noale 2019

NUMEROSITA'	ETA +_ DS	Controlli	Prime visite
M= 246	78+ 10	184	32
F= 499	84 +9	435	66
T= 745	82+5	639	106

NPI=12%

Caso clinico

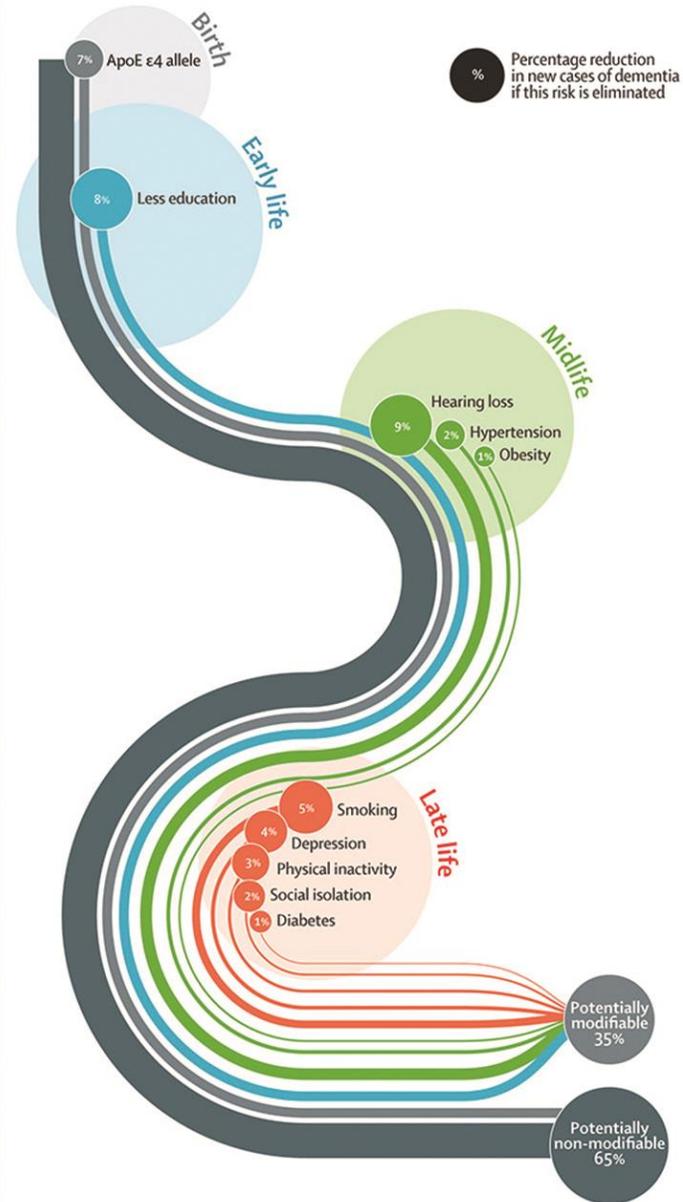
- M. D. , maschio, anni 54
- Sposato, due figli . Vive con la moglie ed i figli
- Familiarità negativa per malattie neurovegetative: madre DM II
Scolarità media inferiore
- Autista in aeroporto a Venezia, demansionato (non rinnovo C)
- Calo ponderale di 5 Kg negli ultimi mesi
- Incontinenza urinaria episodica.
- Non ha mai fumato
- Ritmo sonno-veglia :conservato Non sonniloquio
- Guida l'auto
- Personalità premorbosa: estroverso ed espansivo ; ora comportamenti più disinibiti

Anamnesi Patologica Remota

- 1999 Artrite psoriasica (ginocchio ed anca destra)
- 2010 TBC polmonare (contratta in H durante un ricovero)
- 2015 Diabete Mellito tipo II dal luglio 2019 insulino-trattato
- Ulcera duodenale
- Mai operato
- 2018 CDCD di Camposampiero :
- Test neuropsicologici
- Diagnosi di lieve declino cognitivo in osservazione
- Visita Psichiatrica: non patologie.

Risk factors for dementia

The Lancet Commission presents a new life-course model showing potentially modifiable, and non-modifiable, risk factors for dementia.



Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies

G. Cheng,¹ C. Huang,² H. Deng¹ and H. Wang²

¹Department of Nuclear Medicine and Endocrinology, The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing and ²Department of Geriatrics, The Third Hospital of Mianyang, Mianyang, China

2012

Reference	Country	Follow up (years)	Patients base/FU	Patients with diabetes	Age baseline	Gender (% men)	Quality rating	Dementia/cognitive impairment results (95%CI)
-----------	---------	-------------------	------------------	------------------------	--------------	----------------	----------------	---

- In questo studio si conferma il ruolo del diabete come fattore di rischio per lo sviluppo di alterazioni cognitive lievi, M. di Alzheimer e demenza vascolare e per tutte le forme di demenza
- Rispetto ai soggetti di controllo, I soggetti diabetici presentano un rischio più che doppio di sviluppare una **DEMENTIA VASCOLARE**
- Il rischio relativo di M. di Alzheimer è di **1.46**
- Il rischio relativo di Alterazioni Cognitive Lievi è di **1.21**
- Il rischio relativo di qualsiasi Demenza **1.51**

Treiber et al. ¹⁴	USA	3-7	5092/3634	461	65 or older	35	9	Any dementia: 2.8 (2.2-3.7) AD: RR 3.3 (2.5-4.3) VD: RR 2.7 (1.6-4.7)
Eriksson et al. ¹⁵	Swedish	3-6	2287/2214	238	50 years or more	38	8	Any dementia: RR 1.5 (1.2-1.8) AD: RR 1.0 (0.7-1.5) VD: RR 2.6 (1.7-4.0)
Xu et al. ¹³	Sweden	4-7	1301/1301	114	65 or older	25	8	Any dementia: RR 1.5 (1.1-2.0) AD: RR 1.2 (0.7-2.0) VD: RR 2.2 (1.4-5.8)
Yoshitake et al. ¹⁶	Japan	7	828/828	70	65 or older	40	8	AD: RR 1.7 (0.8-3.5) VD: RR 2.8 (1.4-5.8)

95%CI, 95% confidence interval; AD, Alzheimer's disease; FU, follow up; ND, no data; RR, relative risk; VD, vascular dementia.

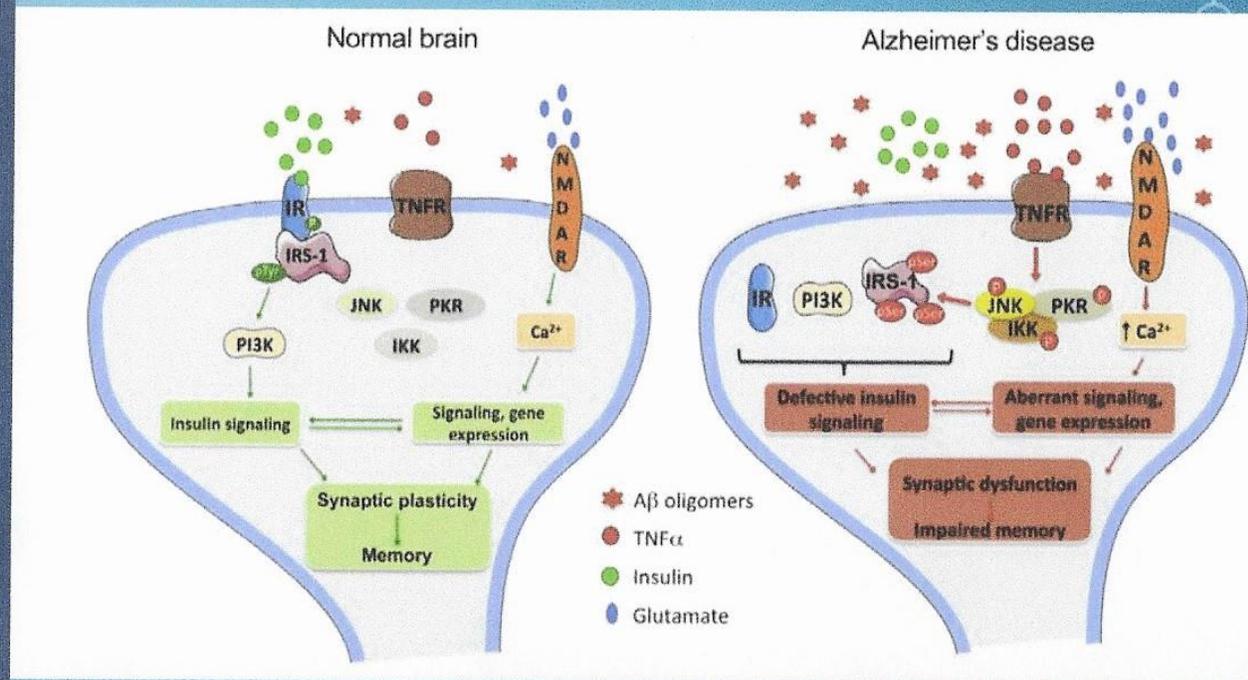
DIABETE MELLITO DI TIPO 3 (DMT3)

Il termine è stato coniato per la prima volta nel 2005 da un team di ricercatori americani dopo la scoperta che esiste un'insulinoresistenza anche nel cervello.

La constatazione che un deficit nell'utilizzo del glucosio a livello cerebrale e nel metabolismo energetico rappresentino alterazioni molto precoci che precedono o accompagnano le fasi iniziali del deterioramento cognitivo, ha portato i ricercatori ad ipotizzare che la compromissione del segnale dell'insulina svolga un ruolo importante nella patogenesi della MA.

La MA sarebbe quindi una forma di diabete mellito cerebrale, chiamata DMT3, che colpirebbe in maniera progressiva e selettiva il cervello.

Secondo questa ipotesi, la MA sarebbe quindi una malattia neuroendocrina progressiva causata da deficit selettivi dei meccanismi di segnale dell'insulina e dei fattori di crescita insulino-simile, con carenze di insulina a livello cerebrale e di produzione dei fattori di crescita insulino-simile.



Terapia domiciliare

- Arcoxia 90 1 cp a cicli mensili
- Medrol 16 $\frac{1}{4}$ cp
- Reumaflex 20 1 fl sc a settimana
- Levofolene 1 cp
- Apidra 6 U+8U+8U
- Aasaglar XII U a sera
- Lansoprazolo 30 1 cp
- Crestor 20 1 cp

Anamnesi patologia prossima

- Dal 2017 progressivo decadimento cognitivo:
- Lieve calo della memoria a breve termine
- Imprecisione sul lavoro, scarsa capacità di concentrazione
- Calo dell' attenzione
- Appiattimento emotivo nei confronti dei figli
- Anomia con povertà di linguaggio
- Apatia, ritiro sociale
- Non turbe del comportamento.
- Nel 2018 visita per il rinnovo della patente C , che non gli viene rinnovata per difficoltà emerse nell'esecuzione delle prove Rinnovo patente B
- Nell'ultimo anno due episodi di cleptomania, per cui viene sospeso dal lavoro.

Esame obiettivo

- Buone condizioni generali.
- Buon compenso cardio-circolatorio
- Esame neurologico: nella norma
- Modesta limitazione funzionale flessione del ginocchio ed anca destra
- PA= 125/ 70 mmHg, peso corporeo = 71 Kg h= 182 cm
BMI= 21,45%.

Valutazione neuropsicologica di II livello

MMSE=27/30 pc

Stime cognitive= 5/5

Test orologio = 10/10

Memoria di prosa 11,30

Span di cifre Forward 4,4

Span di cifre Backward 4,10

Aprassia costruttiva 10,5/14

Matrici attentive 31,50

FAB 12/18

Fluenza fonemica 11

NPI= 26/144

Conclusioni : test neuropsicologici II livello

- Iniziali difficoltà cognitive sia di natura mnesica che esecutiva in paziente giovane con orientamenti preservati.

Valutazione neuropsicologica II livello CRIC di Padova

- GDS= 2/15
- MMSE= 27/30 (corretto 26,7)
- ADL= 6/6
- IADL= 5/5
- Deficit polisettoriali che coinvolgono in misura prevalente le funzioni esecutive di controllo e le capacità attentive , nel contesto di un relativo risparmio della memoria a lungo termine verbale.
- Iniziale decadimento cognitivo a prevalente impronta disesecutiva.
- (esuberante, logorroico e scarsamente concentrato, comportamenti infantili e voracità nell'alimentazione)

Esame liquor

- Esame liquor standard negativo
- Dosaggio proteina TAU : lievemente aumentata 586 (v.n >350 ng/L)
- P-TAU 181= 70 ng/L
- Dosaggio amiloide Beta 42= 1074 ng/L
- Ratio abeta 42/p TAU= 15,3 (v.n < 6-7)
- Il dosaggio dei biomarkers liquorali non è di grande aiuto nella diagnosi di FDT.

Follow-up a distanza

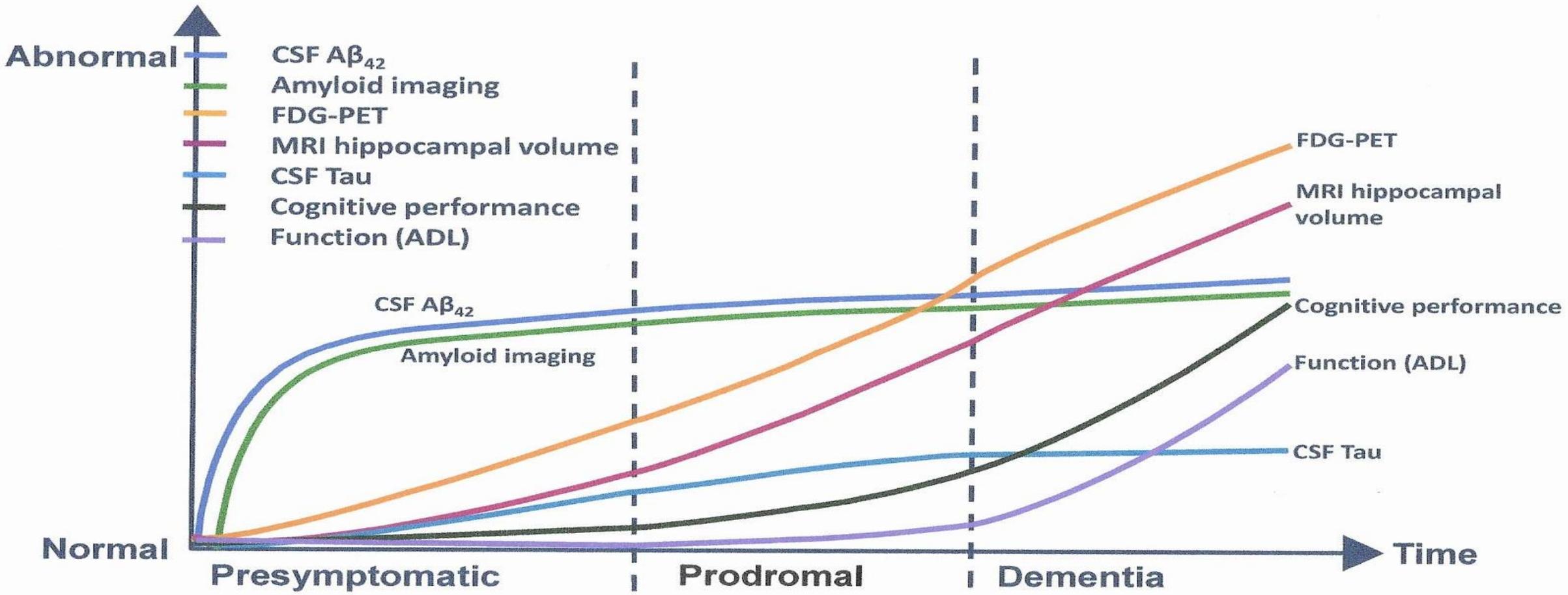
- EEG alterazioni lievi diffuse
- Genotipo di Apo E E3/E3 (genotipo neutro rispetto al rischio di sviluppare MA)
- Accertamenti genetici in esecuzione

- Blood Biomarkers for Use in Alzheimer Disease- Moving from «if» to «How?»
- Si E.O' Bryant, PHD
- Jama Neurology June 24,2019

Biomarkers nelle demenze

Malattia	Tau totale	Fosfo-tau	Alfa beta 42
M. Alzheimer	Aumento da moderato a marcato	Aumento da moderato a marcato	Riduzione da moderato a marcato
Demenza frontotemporal	Normale o lieve aumento	normale	Da lieve a moderata riduzione
Demenza a corpi di Lewy	Da normale a lieve aumento	Da normale a lieve aumento	Moderatamente ridotto
Demenza vascolare	Dati discoradanti: Livelli normali o aumento	normale	Da Lieve a moderata riduzione
Stroke acuto	Da lieve a molto aumentato in relazione all'estensione dell'infarto	normale	normale

Progressione AD



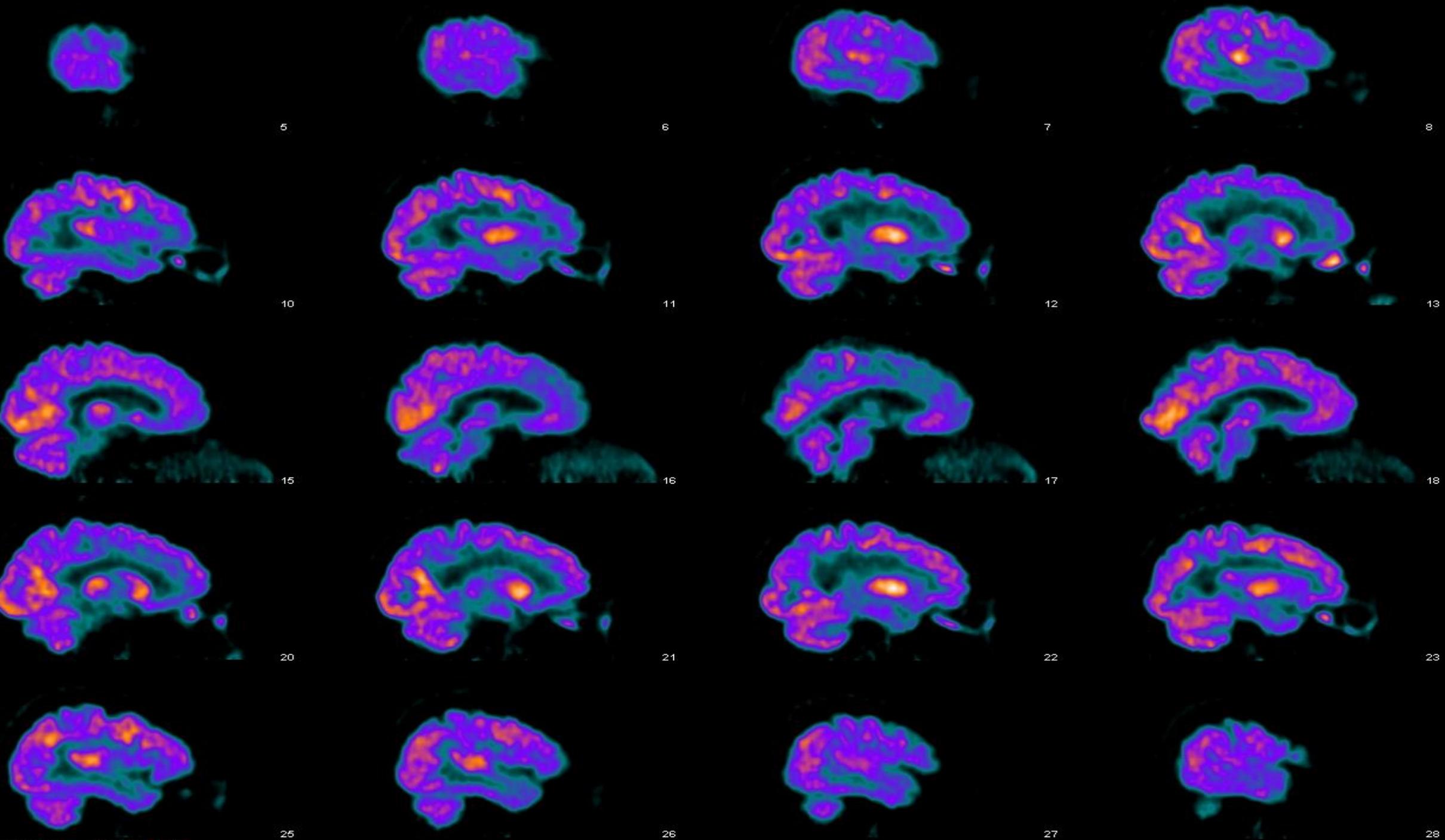
Esami strumentali

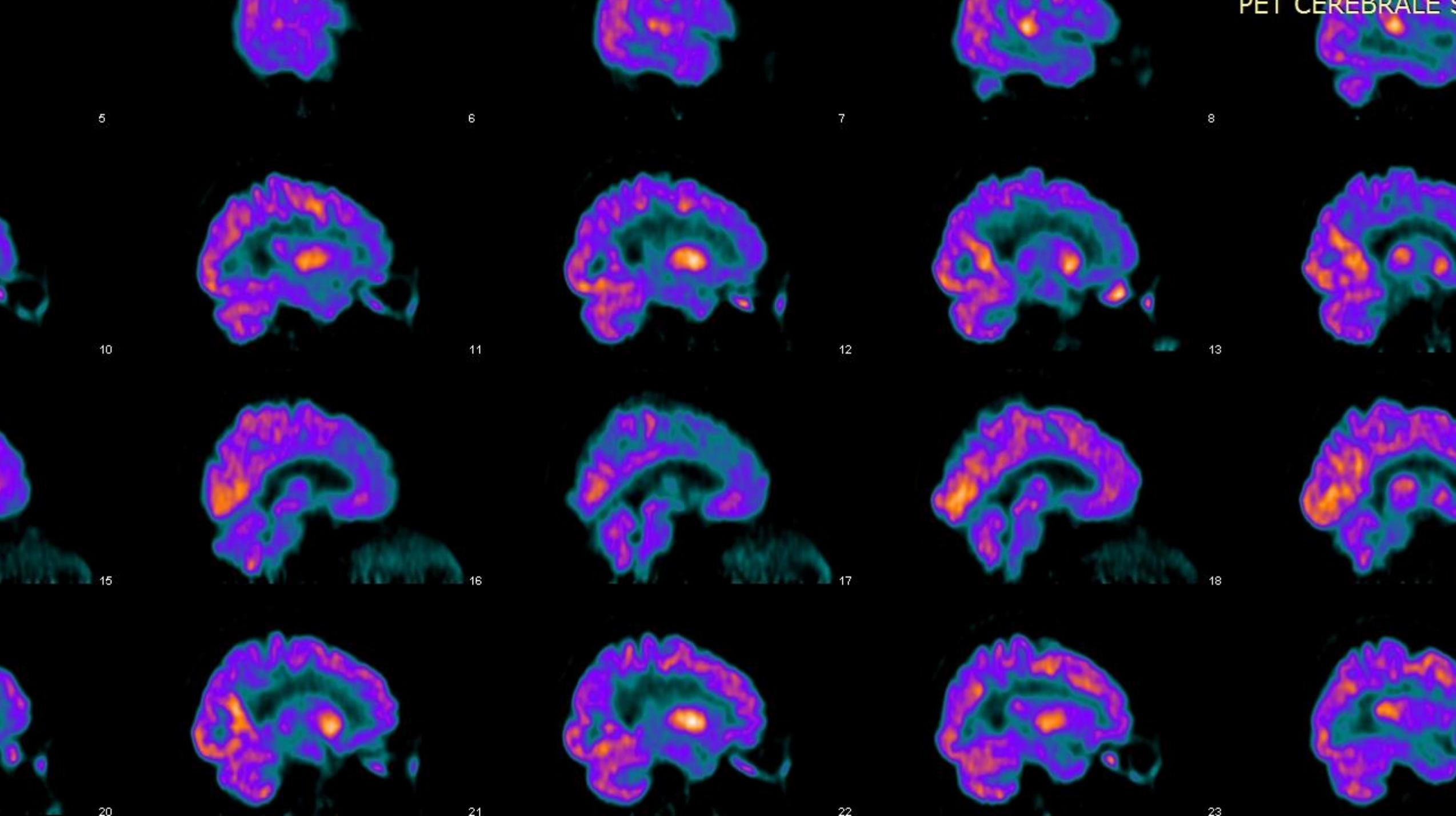
RM Encefalo

- Atrofia cerebrale, areole di ipersegnale distribuite nella sostanza bianca sottocorticale e profonda biemisferica, senza restrizioni della diffusività associate, come da gliosi.

PET cerebrale con 18-FDG

- Ipometabolismo corteccia frontale destra, in particolare sul versante dorso-laterale, e temporale anteriore –inferiore destro
- Corteccia frontale dorso-laterale sinistra e scissura rolandica.





CRIC Padova

- Iniziale declino cognitivo su base neurodegenerativa tipo demenza Fronto-temporale (FDT –bv) in paziente con Diabete mellito II . Ipovitaminosi D.
- Terapia: SSRI+ Trazodone

Demenza Frontotemporale

Età di insorgenza	Solitamente tra 40 e 65 anni –rapida progressione (8 anni)
Aree cerebrali coinvolte	Corteccia frontale e Temporale anteriore
Neuropatologia	<ul style="list-style-type: none">- Perdita neuronale- Vacuolizzazione della glia- Accumulo di Tau, TDP-43 (Tar DNA binding protein 43), ubiquitina, alfa-sinucleina e ApoE nei corpi di Pick- Probabile coinvolgimento cromosoma 17(dove risiede locus di Tau)
Clinica	<ul style="list-style-type: none">- Esordio con disturbi della personalità e del comportamento; iperattività o apatia- Alterazioni della condotta sociale- All’inizio conservazione della memoria- Turbe del linguaggio- Turbe del comportamento alimentare- Azioni ripetitive- Negli stadi terminali perdita schemi motori, linguaggio, e funzioni muscolari

Demenza Frontotemporale: strategie terapeutiche

Farmaco	Risultati	Effetti avversi
Sertralina Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina SSRI	<ul style="list-style-type: none">- Lieve miglioramento disturbi comportamentali- Peggioramento attenzione, ragionamento astratto, apprendimento e riconoscimento- Raramente diminuzione stereotipie	Diarrea, ansia Nausea transitoria
Trazodone	<ul style="list-style-type: none">- Miglioramento dose-dipendente dei disturbi comportamentali- -lieve peggioramento funzioni cognitive	Raramente ipotensione
Idazoxan Antagonista recettore alfa-2	<ul style="list-style-type: none">- Miglioramento dose-dipendente di attenzione, fluenza verbale, memoria episodica e planning- Peggioramento working memory spaziale	Non riportati
Metilfenidato Analogo amfetamine	<ul style="list-style-type: none">- Miglioramento disturbi comportamentali	Non riportati
Memantina		

Comunicazione

Competenza comunicativa del professionista

La costruzione del processo comunicativo
parallelamente al processo diagnostico

Il supporto post-comunicativo

Vi è diritto di sapere e non l'obbligo di sapere

Tre fattori per una corretta comunicazione

- Dedicare tempo alla comunicazione della diagnosi (non atto episodico, ma processo)
- Valutazione della personalità, della consapevolezza e della capacità di agire del paziente
- Modelli di comunicazione di «cattive» notizie
 - a) gradualità delle informazioni
 - B) possibilità di cura
 - C) opportunità di cura
- Accertarsi che il paziente ed i familiari abbiano ben compreso.

Le prospettive future

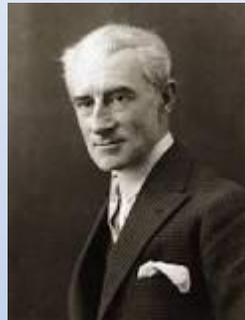
- Far sì che il CDCD sia un **reale snodo** sanitario per il paziente e la sua famiglia in grado di connettere diverse professionalità, discipline e settori della società, per integrare al meglio **l'ambito ospedaliero e territoriale**, ma anche **l'ambito sanitario con quello sociale**;
- Realizzare un **team di lavoro** in cui il medico (Geriatra o Neurologo) , infermiere e neuropsicologo siano fortemente interagenti ed integrati;
- Affermare il ruolo di un **infermiere case manager** come elemento del team in grado di presidiare la presa in carico dei pazienti, governando la continuità assistenziale e l'efficienza organizzativa;
- Sottolineare l'importanza che ogni CDCD possa contare sulla figura di un **neuropsicologo esperto** in grado di garantire diagnostica di 2 livello e riabilitazione cognitiva;
- Realizzare una **rete funzionale del CDCD** (infrastrutture e sistemi informatici di comunicazione, raccolta dati e cartelle cliniche, equità di accesso, omogeneità delle prestazioni, formazione)

Grazie per l'attenzione

E.kant



M.Ravel



Aaron Copland



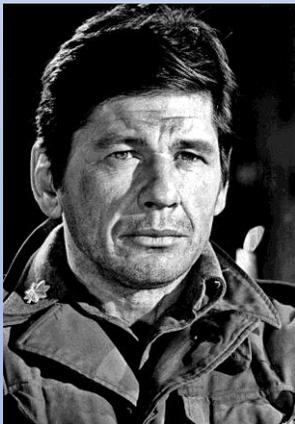
Rita Hayworth



Charlton eston



F. Puskas



Charles Bronson



Peter Falk



Ronald Regan



Sugar R. Robinson



M. Vitti



M. Thatcher

Le tre sorelle



		Cognitive stage		
		Cognitively Unimpaired	Mild Cognitive Impairment	Dementia
Biomarker Profile	$A^- T(N)^-$	normal AD biomarkers, cognitively unimpaired	normal AD biomarkers with MCI	normal AD biomarkers with dementia
	$A^+ T(N)^-$	Preclinical Alzheimer's pathologic change	Alzheimer's pathologic change with MCI	Alzheimer's pathologic change with dementia
	$A^+ T^+ (N)^-$	Preclinical Alzheimer's disease	Alzheimer's disease with MCI(Prodromal AD)	Alzheimer's disease with dementia
	$A^+ T^+ (N)^+$			
	$A^+ T(N)^+$	Alzheimer's and concomitant suspected non Alzheimer's pathologic change, cognitively unimpaired	Alzheimer's and concomitant suspected non Alzheimer's pathologic change with MCI	Alzheimer's and concomitant suspected non Alzheimer's pathologic change with dementia
	$A^- T^+ (N)^-$	non-Alzheimer's pathologic change, cognitively unimpaired	non-Alzheimer's pathologic change with MCI	non-Alzheimer's pathologic change with dementia
	$A^- T(N)^+$			
	$A T^+ (N)^+$			

LA DEMENZA : una priorità Mondiale di salute Pubblica (Rapporto OMS 2015)

La demenza è una **priorità mondiale di salute pubblica**:

- Nel 2010 **35,6 milioni** nel mondo persone ne erano affette;
- Aumenteranno del **doppio** nel 2030 e **del triplo** nel 2050;
- Ogni anno si verificano 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi);
- La sopravvivenza media dopo la diagnosi è di **4-8 anni**

- La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno: sarà una sfida per tutti i sistemi sanitari in particolare riferimento a quelli universalistici.
- Tutti i paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello **internazionale, nazionale , regionale e locale** sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate» (Ginevra 11 aprile 2012(fonte: Osservatorio Demenze ISS)

La demenza in Italia: ogni anno si stimano 80.000 nuovi casi

In **Italia** , il numero totale dei pazienti con demenza è stato stimato nel 2015 in oltre **un milione** (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei familiari.

(studio ILSA: Italian Longitudinal Study on Aging)

Per le famiglie le conseguenze sul piano economico ed organizzativo sono rilevanti, tenendo conto che i soli **costi annuali** diretti per ciascun paziente vengono stimati, in diversi studi europei, in cifre variabili da **9.000 a 16.000 Euro** a seconda dello stadio di malattia.

Stime di calcolo circa i costi socio-sanitari delle Demenze in Italia ipotizzano che complessive pari a circa 10-12 miliardi di Euro annui, e di questi 6 miliardi per la sola Malattia di Alzheimer.

(fonte : osservatorio delle Demenze ISS)

Nel 2016 erano presenti in Italia oltre 13 milioni di over 65 e le previsioni demografiche dell'ISTAT ci dicono che nel 2030 saranno più di 16 milioni.

L'Italia , con i suoi 1,1 milioni di affetti, è tra i 10 Paesi al mondo col maggior numero di soggetti affetti da demenza, e sicuramente tra i Paesi con tassi di prevalenza più elevati (la Cina, con una popolazione oltre 20 volte superiore , ha solo 5 volte più abitanti affetti da demenza)

Il miglior setting di cura per le persone con demenza è rappresentato dal loro domicilio ed è compito di tutti favorire il miglior progetto assistenziale individualizzato creando un ponte di collaborazione tra ospedale e territorio.

Strumento: il PDTA quale momento di condivisione e patto assistenziale.