OMCeO
Milano
Ordine Provinciale
dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

Medici Di Fronte Alla Demenza Nella Donna E Nell'Uomo

Secondo Convegno OMCeOMI sulla Medicina di Genere

20 Settembre 2014
ore 8.30-13.30

Sala Girardi - PIME
via Mosè Bianchi 94 - Milano

Evento n. 1834-104413
Crediti n 5

Il nostro Ordine è particolarmente impegnato nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento dei propri iscritti.

Questo evento che rappresenta una tappa del percorso e dell'impegno profuso da parte degli organizzatori merita il nostro ringraziamento e plauso.

Numerosi sono gli altri corsi in programma a testimonianza della vitalità e dell'impegno dei nostri iscritti per far crescere e rendere sempre più vicina la nostra professione ai bisogni dei nostri ammalati.

Non sfugge ad una attenta riflessione che tali eventi rappresentano non solo opportunità di aggiornamento scientifico ma vitali strumenti per una crescita professionale ed etica .

Questo obiettivo verrà perseguito con particolare determinazione e il nostro Ordine sarà sempre pronto ad accogliere suggerimenti e proposte per poter migliorare la professione medica.

Il Presidente dell'Ordine
dei Medici e Odontoiatri

Dott. Roberto Carlo Rossi

I medici di fronte alla demenza nella donna e nell'uomo

Secondo Convegno OMCeOMI sulla Medicina di Genere

20 Settembre 2014
ore 8.30-13.30

Sala Girardi - PIME
via Mosè Bianchi 94 - Milano

Coordinatori

Andrea Peracino
Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation – Milano

Maria Teresa Zocchi
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Commissione Pari Opportunità
MMG ASL Provincia di Milano 1

PROGRAMMA

8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*

9.00-9.15 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato

Moderatori

Andrea Peracino

Franca Di Nuovo
Direttore UOC Anatomia e Istologia Patologica
A.O. G. Salvini – Garbagnate Milanese

9.15-9.35 *Epidemiologia della demenza oggi e domani: le differenze fra donna e uomo*
Massimo Musicco
Responsabile Laboratorio di Epidemiologia Clinica
Consiglio Nazionale delle Ricerche (Mi)
Istituto Tecnologie Biomediche – Segrate (Mi)

9.35-9.55 *La progressione clinica*

Francesca Clerici

Responsabile di Struttura Semplice
Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi
Unità Operativa di Neurologia – Ospedale Luigi Sacco (Mi)

9.55-10.15 *Il costo economico e sociale*

Carla Facchini

Professore Ordinario di Sociologia della Famiglia
Facoltà di Sociologia – Università degli Studi di Milano-Bicocca

10.15-10.35 *I nuovi percorsi diagnostici*

Gianbattista Guerrini

Direttore Sanitario - Fondazione Brescia Solidale –Brescia
Presidente della Sezione regionale lombarda
Società Italiana di Geriatria e Gerontologia

10.35-11.00 *Intervallo*

11.00-11.20 *Gli organi di senso e la demenza*

Eliana Cristofari

Responsabile SSD ORL Servizio di Audiovestibologia
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi – Varese

11.20-11.40 *Pazienti, famigliari e società*

Cinzia Marcolungo

Neuropsicologia UVA Istituto Piero Redaelli – Vimodrone (Mi)
Servizio di Psicologia Clinica ICP-PO Sesto San Giovanni, Milano

11.40-12.00 *Il medico e il mondo dell'assistenza nella demenza*

Antonino Frustaglia

Direttore Medico Area Socio Sanitaria
Istituto Piero Redaelli – Vimodrone (Mi)

12.00-12.30 *Cosa fa il decisore politico*

Saverio Chirchiglia

Direttore Distretto 4- ASL Città di Milano – Progetto Demenza

Salvatore Tagliata

Direttore Sociale – ASL Milano 2 – Cernusco SN Mi

12.30-13.00 *Discussione*

13.00-13.30 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

Massimo Musicco
Responsabile Laboratorio di Epidemiologia Clinica
Consiglio Nazionale delle Ricerche (Mi)
Istituto Tecnologie Biomediche – Segrate (Mi)

Epidemiologia della demenza oggi e domani: le differenze fra donna e uomo

E' ben noto che le demenze, ed in particolare quella fra tutte frequente e cioè la malattia di Alzheimer (AD), sono malattie della persona anziana.

La AD è la terza causa di morte dopo tumori e malattie vascolari negli ultra settantacinquenni, si calcola poi che l'occorrenza di questa malattia raddoppi ogni aumento di cinque anni di età a partire dai 65 anni. Con il progressivo invecchiamento delle popolazioni è divenuto comune pensare all'AD come ad una epidemia pandemica dei nostri tempi. Le evidenze scientifiche però mostrano che forse l'occorrenza della malattia non è destinata inevitabilmente ad aumentare nel corso degli anni. In Inghilterra e in alcuni paesi del Nord Europa si è osservato che la frequenza di demenza si riduceva nelle coorti generazionali più giovani [1-3]. Queste osservazioni sono incoraggianti perché suggeriscono anche che alcune modificazioni degli stili di vita e delle condizioni socio-culturali delle nostre popolazioni possano avere avuto un effetto preventivo nei confronti della demenza.

In anni recenti alcuni studi hanno contribuito a meglio definire la storia naturale della malattia di Alzheimer. Tra tutti grande risonanza hanno avuto i risultati dello studio DIAN (Dominant Inherited Alzheimer Network) [4]. Si è trattato di uno studio sui cosiddetti biomarker della AD in una larga coorte di persone portatrici di singole mutazioni autosomiche dominanti del gene delle preseniline 1 e 2 e del gene della proteina precursore dell'amiloide che causano forme famigliari di AD. Gli autori dello studio hanno stimato per ogni soggetto incluso il tempo di comparsa della demenza e l'hanno messo in relazione con le modificazioni delle concentrazioni liquorali di beta amiloide, tau e fosfo-tau, con le caratteristiche all'imaging strutturale con risonanza magnetica (MRI), funzionale con la positron emission tomography (PET) e infine con la presenza di depositi cerebrali di amiloide evidenziati con la PET.

I risultati hanno confermato quanto ragionevolmente atteso e cioè che il processo patologico alla base della AD precede la comparsa del disturbo cognitivo che la caratterizza. In particolare si è osservato che le concentrazioni di beta amiloide nel liquor potevano precedere di 25 anni la comparsa del declino cognitivo.
La deposizione di amiloide nel cervello, l'aumento della tau e fosfo-tau nel liquor e l'atrofia delle aree temporo-mesiali cerebrali erano rilevabili già 15 anni prima dell'inizio stimato della sintomatologia cognitiva.
Il metabolismo cerebrale alla PET e la riduzione della memoria episodica precedevano di 10 anni la comparsa dei sintomi di demenza e un'iniziale decadimento cognitivo globale era rilevabile già cinque anni prima. Malgrado questi risultati siano stati ottenuti con un disegno di studio trasversale e malgrado il tempo di comparsa dei segni clinici di demenza sia stato solo stimato e non realmente osservato, questo studio è importante perché supporta con dati reali la teoria patogenetica più accettata per l'AD. Si tratta della teoria della cosiddetta "Cascata dell'amiloide" secondo cui il processo di aggregazione dell'amiloide nelle placche senili sarebbe tossico per le cellule del cervello e cioè per i neuroni [5]. L'aggregazione dell'amiloide sarebbe responsabile delle sue ridotte concentrazioni nel liquor e la tossicità causata dal processo di aggregazione determinerebbe la degenerazione neuronale che a sua volta porterebbe ad un aumento della proteina tau e fosfo-tau nel liquor. La proteina tau è infatti il principale componente del citoscheletro che verrebbe rilasciata nello spazio extracellulare quando i neuroni vanno incontro al processo neurodegenerativo. Questi processi a livello cellulare progredirebbero anche livello tissutale evidenziando atrofia temporo mesiale alla MRI o ridotto metabolismo del glucosio nelle medesime aree cerebrali.
Gli studi di prevalenza della demenza evidenziano un rischio di malattia aumentato per le donne rispetto agli uomini. Si osserva però, a questo riguardo, una differenza tra gli studi Europei e quelli Americani dato che questi ultimi non riportano generalmente una differente occorrenza di malattia nei due sessi [6].
L'interesse per una possibile differenza nell'occorrenza della demenza nei due sessi è giustificata dalla necessità di meglio comprendere i meccanismi patogenetici della malattia di Alzheimer (AD). Gli studi epidemiologici osservazionali hanno osservato che la terapia ormonale sostitutiva in donne in menopausa si associava con una ridotta frequenza di demenza nell'età anziana [6]. Questa osservazione ha suggerito che fattori ormonali potessero avere un ruolo nel meccanismo patogenetico della AD.

Due grandi studi randomizzati non hanno però confermato l'osservazione epidemiologica non rilevando nessuna relazione di causa effetto fra la somministrazione di estrogeni in associazione o meno con progestinici e lo sviluppo di demenza [7,8]. L'esistenza di un possibile rapporto fra sesso, genere e disturbi cognitivi dell'anziano e in particolare AD rimane comunque un problema aperto. Infatti uno studio su donne ovariectomizzate ha rilevato che il rischio di demenza aumentava solo quando l'intervento era stato fatto in età più giovane. Questo risultato suggerisce che il tempo in cui si esercita l'azione degli ormoni gonadici femminili potrebbe essere cruciale nel determinare il rischio di demenza [9].

Le differenze di occorrenza della demenza negli uomini e nelle donne possono anche avere una spiegazione in termini di differenze di genere e cioè anche di caratteristiche non biologiche ma socio-culturali che differenziano gli uomini dalle donne. A questo proposito un importante supporto viene dall'osservazione che la cosiddetta riserva cognitiva, che è una caratteristica essenzialmente funzionale del cervello, è risultata mediamente ridotta nelle donne che quindi sarebbero anche più suscettibili degli uomini al danno causato dal processo patologico della AD [10].

Da un punto di vista epidemiologico una importante osservazione è quella che malattia di Alzheimer e più in generale le malattie neurodegenerative sembrerebbero avere un rapporto inverso di occorrenza con il cancro [11-13]. In pratica si è osservato che le persone con cancro hanno meno frequentemente un AD e viceversa le persone con AD hanno meno frequentemente un cancro se confrontate con la popolazione generale. Questa osservazione ha una possibile interessante spiegazione nella possibilità che cancro e neuro-degenerazione siano entrambi manifestazioni del processo di invecchiamento e di senescenza che quindi seguirebbe almeno due possibili percorsi in qualche modo antagonisti [14].

BIBLIOGRAFIA

1.Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet; 2013.

2.Qiu C, von Strauss E, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. Neurology; 2013. p. 1888-94.

3.Schrijvers EMC, Verhaaren BFJ, Koudstaal PJ, Hofman A, Ikram MA, Breteler MMB. Is dementia incidence declining?: Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. Neurology; 2012. p. 1456-63.

4.Bateman RJ, Xiong C, Benzinger TLS, et al. Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. N Engl J Med; 2012. p. 795-804.

5.Ross CA, Poirier MA. Protein aggregation and neurodegenerative disease. Nat Med; 2004. p. S10-7.

6.Edland SD, Rocca WA, Petersen RC, Cha RH, Kokmen E. Dementia and Alzheimer disease incidence rates do not vary by sex in Rochester, Minn. Arch Neurol; 2002. p. 1589-93.

7.Espeland MA, Rapp SR, Shumaker SA, et al. Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study. JAMA; 2004. p. 2959-68.

8.Shumaker SA, Legault C, Kuller L, et al. Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study. JAMA; 2004. p. 2947-58.

9.Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, et al. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology; 2007. p. 1074-83.

10.Perneczky R, Drzezga A, Diehl-Schmid J, Li Y, Kurz A. Gender differences in brain reserve : an (18)F-FDG PET study in Alzheimer's disease. J Neurol; 2007. p. 1395-400.

11.Roe CM, Behrens MI, Xiong C, Miller JP, Morris JC. Alzheimer disease and cancer. Neurology; 2005. p. 895-8.

12.Driver JA, Beiser A, Au R, et al. Inverse association between cancer and Alzheimer's disease: results from the Framingham Heart Study. BMJ; 2012. p. e1442.

13.Musicco M, Adorni F, Di Santo S, et al. Inverse occurrence of cancer and Alzheimer disease: a population-based incidence study. Neurology; 2013. p. 322-8.

14.Campisi J. Cancer and ageing: rival demons? Nat Rev Cancer; 2003. p. 339-49.

Francesca Clerici
Responsabile di Struttura Semplice
Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi
Unità Operativa di Neurologia – Ospedale Luigi Sacco (Mi)

La progressione clinica

Il decadimento cognitivo è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici (non modificabili) e fattori ambientali (alcuni dei quali modificabili con adeguati stili di vita).

Per un processo denominato apoptosi (morte cellulare programmata) i neuroni a partire dalla terza- quarta decade di vita gradualmente degenerano, comportando una riduzione fino del 10% del peso cerebrale. Inoltre, con l'invecchiamento si osserva una riduzione delle sinapsi e la comparsa di alcune alterazioni della struttura cerebrale: le placche senili e i grovigli neurofibrillari.

Il cervello possiede, tuttavia, delle strategie per "difendersi" dai processi che caratterizzano l'invecchiamento: la ridondanza (cellule "di riserva" possono prendere il posto di quelle che degenerano) cui corrisponde il costrutto teorico della **riserva cerebrale** e la plasticità (il rimodellamento cerebrale conseguente ai fenomeni di neurogenesi, sinaptogenesi e angiogenesi) cui corrisponde il concetto di **riserva cognitiva**.

Non invecchiamo tutti allo stesso modo. In alcuni soggetti con l'avanzare dell'età compaiono minime disfunzioni cognitive, quali ad esempio il fisiologico indebolimento della memoria. In altri, invece si osservano disturbi cognitivi (a carico di linguaggio, memoria, orientamento) e comportamentali di gravità tale da determinare un quadro di demenza, caratterizzata dalla perdita di autonomia negli atti della vita quotidiana.

La fase di demenza conclamata è preceduta da una fase paucisintomatica, identificata con vari costrutti il più noto dei quali è denominato Mild Cognitive Impairment (MCI). L'MCI è una condizione caratterizzata dalla presenza di un disturbo cognitivo (spesso a carico della memoria) percepito dal soggetto (o da chi gli sta vicino) e confermato da prestazioni patologiche ai test neuropsicologici.

Tale condizione non è così grave da compromettere l'autonomia del soggetto nelle attività della vita quotidiana e non configura, pertanto, un quadro di demenza conclamata.

I soggetti affetti da MCI hanno un rischio molto maggiore, rispetto a quelli non affetti da tale condizione, di sviluppare negli anni successivi demenza. In particolare è stato dimostrato che i soggetti affetti da MCI amnestico (cioè con compromissione selettiva della memoria) hanno il 50% di probabilità di sviluppare, entro 4 anni, la demenza di Alzheimer.

E' tuttavia ancora controverso se considerare l'MCI un vero e proprio stadio di pre-demenza oppure solo una condizione di "rischio" per demenza. Infatti, i dati ad oggi disponibili dimostrano che non tutti i soggetti con MCI progrediscono a demenza: alcuni possono rimanere stabili nel tempo, altri addirittura ritornare ad una condizione di normalità cognitiva. E' verosimile che, anche in questo caso, a modulare tale variabilità concorrano fattori genetici e fattori ambientali.

Anche per quanto concerne la forma più comune di demenza, la malattia di Alzheimer (AD), vengono identificati diversi stadi di malattia, denominati AD preclinico, AD prodromico e AD demenza.

Nell'AD si osservano le stesse alterazioni neuropatologiche dell'invecchiamento fisiologico (le placche senili e i grovigli neuro fibrillari), apparendo ragionevole ipotizzare un gradiente crescente di carico lesionale dalla condizione di invecchiamento fisiologico a quella paucisintomatica fino allo stadio di demenza conclamata. Sorprendentemente, è stato dimostrato che non vi è sempre una relazione lineare tra carico lesionale e sintomi clinici, essendovi soggetti con demenza conclamata e poche lesioni cerebrali e soggetti sani con gravi lesioni. Una possibile spiegazione di tale dissociazione va ricercata ancora nei concetti di ridondanza e plasticità. A parità di lesioni, maggiori sono le risorse del cervello (riserva cerebrale e riserva cognitiva) minori appaiono i sintomi.

La riserva cerebrale (dimensioni del cervello e numero di neuroni e network neuronali) è influenzata soprattutto da fattori genetici, ma anche da fattori ambientali che intervengono prima della nascita, durante lo sviluppo fetale del cervello.

La riserva cognitiva, invece, è un processo attivo che può accrescersi grazie a stimoli ambientali favorevoli (**fattori protettivi**) che intervengono durante tutto l'arco della vita.

Si sviluppa dunque l'idea di invecchiamento cerebrale e neuro degenerazione non come processi a senso unico, ma come risultati di un delicato equilibrio: su un piatto della bilancia la **riserva cognitiva** e i **fattori protettivi** che la possono potenziare, sull'altro piatto i meccanismi di **danno cerebrale** e i relativi **fattori di rischio**. L'invecchiamento "di successo" deriva da una favorevole interazione tra questi fattori; quello associato a decadimento cognitivo da una sfavorevole interazione tra i medesimi.
Tra i fattori protettivi, quelli che annoverano le maggiori evidenze scientifiche sono l'elevato livello di istruzione e lo svolgimento di regolare attività fisica.
Tra i fattori di rischio, i più studiati sono i fattori di rischio vascolare, molto frequenti nella popolazione, curabili e spesso prevenibili con un adeguato stile di vita.
E' noto da tempo che l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il diabete e l'obesità aumentano il rischio di patologie cardiovascolari e cerebrovascolari. Molti studi dimostrano che tali fattori di rischio vascolare si associano anche ad un aumentato rischio di sviluppare demenza, soprattutto di tipo vascolare, ma anche di tipo degenerativo come l'AD.
La condizione più studiata è l'ipertensione arteriosa: è stato dimostrato che l'ipertensione arteriosa nella mezza età aumenta il rischio di demenza in età avanzata. Al contrario in età avanzata è l'ipotensione ad essere associata a rischio di decadimento cognitivo, verosimilmente per la possibilità che insorga ipoperfusione cerebrale.
Vi sono importanti evidenze scientifiche anche a favore dell'associazione tra diabete mellito e rischio di decadimento cognitivo e tra quest'ultimo e alcune patologie cardiache quali l'infarto, la fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco.
Complessivamente in una prospettiva di sanità pubblica appare necessario attuare strategie di prevenzione primaria e secondaria del fenomeno delle demenze orientate verso la modifica di stili di vita e dei fattori di rischio vascolari.

Carla Facchini
Professore Ordinario di Sociologia della Famiglia
Facoltà di Sociologia – Università degli Studi di Milano-Bicocca

Il costo economico e sociale

La condizione anziana risulta caratterizzata da una complessa fragilità determinata dall'intreccio di: problematicità sanitarie e riduzione dei livelli di autonomia funzionale, solitudine abitativa e disagio economico. Tutte e tre questi elementi si accentuano da un lato nelle età più elevate, dall'altro, anche a parità di classe di età, per le donne.
Rispetto a questo quadro, interessa verificare da un lato quali siano i modelli di presa in carico delle situazioni di problematicità, dall'altro quale l'impatto di tali modelli sul vissuto e sulle stesse condizioni economiche degli anziani e delle loro famiglie.
Anzitutto, si rileva che in Italia, come negli altri paesi del Sud Europa, è molto contenuta la percentuale sia di anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare, sia di anziani ricoverati in strutture residenziali, mentre appare consistente la percentuale di chi usufruisce di forme di integrazione alla pensione e di chi, in caso di non autosufficienza, riceve un sostegno finanziario (assegno di accompagnamento).
Questo modello, centrato più su erogazioni economiche che su prestazioni assistenziali, comporta che il lavoro di cura, in caso di anziani non autosufficienti, sia svolto soprattutto da familiari (conviventi e non) e/o da personale appositamente retribuito.
Poiché a tale supporto ricorrono non solo i ceti benestanti, ma, in misura crescente, anche ceti con condizioni socio economiche modeste e poiché il costo di tale supporto è maggiore dell'importo dell'assegno di accompagnamento, la non autosufficienza, specie se severa, tende a comportare un aggravamento delle condizioni economiche degli anziani (specie se soli) e dei loro familiari.
Tale problematicità diventa ancora più consistente in caso di demenza, in quanto la pesantezza dell'accudimento comporta un maggior ricorso sia ad aiuti domiciliari che all'inserimento dell'anziano in strutture residenziali – con un conseguente incremento dei costi sostenuti.

Nello stesso tempo, in caso di demenza, anche il vissuto dei care-giver diventa più problematico, sia per l'appesantimento del lavoro di cura, sia per l'affievolirsi della relazione con l'anziano.

Gianbattista Guerrini
Direttore Sanitario - Fondazione Brescia Solidale –Brescia
Presidente della Sezione regionale lombarda - Società Italiana di Geriatria e Gerontologia

I nuovi percorsi diagnostici

1. La demenza è spesso misconosciuta nelle sue fasi iniziali e nelle persone molto anziane. La migliore conoscenza della malattia e la disponibilità di strumenti diagnostici perfezionati nonché di farmaci (pochi, in realtà) in grado di rallentare il corso della malattia, non hanno portato ad una significativa riduzione dei tempi che intercorrono tra l'esordio dei primi sintomi e la diagnosi clinica. Due indagini condotte in Italia dal CENSIS per conto dell'AIMA (nel 1999 e nel 2007) hanno dimostrato che, nonostante la nascita nel 2000 del progetto CRONOS, il tempo medio tra la comparsa dei primi sintomi della malattia e la sua diagnosi rimane nei 2 anni sostanzialmente invariato (30 mesi).

Secondo il World Alzheimer's Report 2011 dell'Alzheimer Disease International (ADI) inoltre solo il 25% dei circa 36 milioni di persone che vivono in tutto il mondo con demenza riceverebbe una diagnosi: meno del 10% nei paesi a basso e medio reddito, tra il 20 e il 50% nei paesi ad alto reddito (in Italia, grazie alla rete di Unità di Valutazione Alzheimer creata con il progetto CRONOS, la percentuale di diagnosi supererebbe il 50%).

La storia naturale della malattia e la sua evoluzione molto lenta ed insidiosa rendono in realtà difficile ai familiari coglierne l'esordio, ed al medico effettuare una pronta diagnosi: soprattutto quando la malattia si presenta in modo atipico, con un deficit cognitivo che non coinvolge la memoria, o con disturbi di natura psichiatrica. Ma il ritardo nella diagnosi deriva anche dall'errata convinzione della famiglia (purtroppo comune, non raramente, anche alla classe medica) che un certo declino cognitivo sia normale nell'invecchiamento, e che comunque non si possa fare nulla per rallentarlo.

Di conseguenza alla diagnosi si arriva in molti casi quando il quadro è conclamato e si è raggiunto uno stadio avanzato della malattia.

Al contrario il World Alzheimer's Report 2011, significativamente intitolato "I benefici di diagnosi e interventi precoci", sottolinea come una diagnosi precoce consenta di

intervenire tempestivamente sulle cause delle demenze reversibili, di utilizzare precocemente i farmaci disponibili, che sono in grado di ritardare la progressione della malattia solo se somministrati negli stadi iniziali, di offrire alle persone ammalate ed alle loro famiglie un sostegno psicologico e consulenze utili ad organizzare la loro esistenza e a programmare il loro futuro: riducendo lo stress dei familiari e ritardando nella persona ammalata il deterioramento cognitivo, la dipendenza funzionale e l'istituzionalizzazione.

"Una diagnosi precoce consente alle persone affette da demenza di assumere decisioni importanti sulle cure cui intendono sottoporsi quando ancora ne hanno le capacità ... Solo avendo ricevuto una diagnosi i malati ed i loro familiari possono accedere alle terapie farmacologiche e non farmacologiche disponibili, che possono migliorare le loro capacità cognitive e la qualità della loro vita. E possono partecipare, se lo vogliono, alla ricerca a beneficio delle future generazioni. Interventi terapeutici precoci possono migliorare le funzioni cognitive, trattare la depressione, migliorare il tono dell'umore del caregiver e ritardare l'istituzionalizzazione" (World Alzheimer's Report, 2011).

Se porre la diagnosi corretta e tempestiva della malattia, indipendentemente dalle possibilità di cura, è dovere del medico, una diagnosi precoce consente di rispondere agli interrogativi del malato e della sua famiglia, di prepararli ad affrontare la malattia e a sorvegliarne l'evoluzione, di proteggere il paziente dai rischi connessi al declino cognitivo (nella guida dell'auto, ad esempio, o nella gestione delle sue risorse finanziarie). Permette inoltre al medico di consigliare gli interventi e l'assunzione degli stili di vita che hanno dimostrato di poter ritardare o comunque rallentare il declino cognitivo: dal controllo accurato dei fattori di rischio cardio-vascolari (l'ipertensione arteriosa in primis) ad una dieta adeguata al mantenimento di una costante attività fisica, cognitiva e relazionale.

2. Come è noto la diagnosi di demenza (i cui criteri sono stati codificati, nel 1987, dal DSM IIIR), si basa sul riscontro – basato sulle informazioni fornite dal paziente o dai suoi familiari e sulla valutazione clinica e neuropsicologica – di una compromissione della memoria (intesa come deficit dell'abilità ad apprendere nuove informazioni, o a richiamare informazioni apprese in precedenza) e di almeno un altro deficit cognitivo tra afasia, aprassia, agnosia e deficit del pensiero astratto e delle capacità di critica, purchè:

- il deficit cognitivo interferisca significativamente nel lavoro, nelle attività sociali o nelle relazioni con gli altri,

- evidenzi un peggioramento significativo dei precedenti livelli di funzionamento e prestazione,
- non si manifesti esclusivamente durante un delirium (DSM IV, 1994).

A sua volta la diagnosi di demenza di Alzheimer (probabile o possibile: la diagnosi di certezza può conseguire solo al riscontro autoptico delle tipiche lesioni istologiche) è stata a lungo basata sui criteri fissati nel 1984 dal National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCS) e dall'Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA).

Recentemente un gruppo di lavoro del National Institute on Aging statunitense e dell'Alzheimer Association ha proposto una revisione dei criteri diagnostici di demenza e di Mild Cognitive Impairment dovuti alla malattia di Alzheimer (2011). L'opportunità di tale revisione chiama in causa i progressi compiuti negli ultimi decenni nella comprensione della malattia di Alzheimer e delle altre condizioni dementigene, la disponibilità di nuovi strumenti diagnostici (soprattutto nel campo della neuroimaging), il riscontro di una non costante corrispondenza tra le lesioni istologiche tipiche della malattia di Alzheimer e la sintomatologia clinica.

Proprio l'evidenza che alcune demenze degenerative non Alzheimer ed alcune varianti della stessa demenza di Alzheimer non prevedono il tipico esordio amnesico ha indotto il gruppo di lavoro a modificare il criterio relativo al deficit cognitivo che, nella nuova revisione, deve coinvolgere un minimo di due domini tra:

- compromessa abilità di acquisire e ricordare nuove informazioni
- deficit nel ragionamento o nello svolgimento di compiti complessi, ridotta capacità di giudizio
- compromissione delle abilità visuo-spaziali
- alterazioni del linguaggio
- modificazioni nella personalità, nel comportamento e nella condotta.

La differenza tra Mild Cognitive Impairment (MCI) e demenza tiene conto dell'interferenza del deficit cognitivo con le normali attività di lavoro e di vita.

Più significativa è la revisione dei criteri diagnostici relativi alla malattia di Alzheimer (AD), il cui processo patologico può iniziare anche molti anni prima dell'esordio dei sintomi cognitivi – e può essere diagnosticato in questa fase asintomatica grazie alla misurazione di biomarcatori – per poi manifestarsi clinicamente come Mild Cognitive Impairment ed infine con il quadro tipico della demenza.

Sono pertanto stati proposti criteri per la diagnosi di "demenza secondaria ad AD" (AD dementia), di "MCI dovuto ad AD" (MCI-AD) e degli stadi preclinici della AD.

La disponibilità di biomarcatori, sia di laboratorio (dosaggio di A□$_{42}$, di proteina tau e di tau-fosforilata nel liquor) che di neuroimaging (l'aumentata captazione di ligandi per l'amiloide alla PET, l'ipometabolismo dimostrato alla PET con 18F-fluorodesossiglucosio e l'atrofia temporomesiale alla MRI) aumenta indubbiamente l'accuratezza diagnostica e la possibilità di predire la comparsa dei sintomi clinici di malattia; può inoltre essere particolarmente utile nella ricerca sulla malattia e nello sviluppo e nella sperimentazione di nuovi farmaci: in effetti le raccomandazioni relative alla fase preclinica dell'AD sono al momento proposte, dal gruppo di lavoro, solo per scopi di ricerca.

Molto più controverso è l'utilizzo dei biomarcatori nel prevedere la progressione da MCI a demenza: la loro presenza ne segnala indubbiamente il rischio, ma non dà alcuna indicazione sui tempi di tale eventuale progressione.

Ancor più pesanti sono le perplessità sull'utilizzo dei biomarcatori per una diagnosi preclinica della malattia di Alzheimer. E' ancor più difficile prevedere con certezza se e quando una persona asintomatica positiva ai marker biologici evolverà effettivamente verso la demenza. In assenza di farmaci realmente disease-modifying, in grado anche solo di fermare il processo neuro-degenerativo, una diagnosi precoce rischia di indurre nella persona e nella sua famiglia reazioni negative – di depressione, di ansia, di incertezza sul futuro. Resta poi da definire quali persone (chi se lo può permettere?) e a quali età dovrebbero sottoporsi ad una PET per visualizzare eventuali depositi di amiloide. Ed è importante che "l'enfasi sulla diagnosi precoce dell'Alzheimer" non distolga l'attenzione (e l'impegno, e le risorse) "dai bisogni 'reali' delle persone" affette da demenza (Padovani, 2014) e dagli interventi possibili di assistenza e cura.

3. Se pertanto i nuovi criteri diagnostici precisano meglio il percorso fisiopatologico della demenza ed offrono la possibilità di migliorare l'accuratezza diagnostica in sede specialistica, la diagnosi precoce di demenza resta tuttora legata al riscontro clinico, e successivamente neuropsicologico testistico, dei segni di deficit cognitivo e di un suo peggioramento nel tempo: e chiama pertanto in causa:

- innanzitutto la sensibilità di ogni medico, e dei medici di medicina generale in primis, nel dare la necessaria importanza alla segnalazione – da parte del paziente o dei suoi familiari – dei possibili segni iniziali della malattia (la percezione soggettiva di un disturbo della memoria, la preoccupazione che l'accompagna nel paziente, il calo delle attività e degli interessi, la deflessione del tono dell'umore, la labilità emotiva, ...);

- la possibilità di approfondire tempestivamente il dubbio diagnostico avviando il paziente a centri specialistici dedicati (la disponibilità, pertanto, di Centri specializzati: le Unità di Valutazione Alzheimer ed i Centri per le demenze che da essi sono nati);
- la definizione precisa dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle competenze di ciascun attore, che ottimizzi le risorse disponibili riducendo i disagi del paziente e della sua famiglia.

E' importante in particolare che sia definito, e condiviso, il ruolo che tutti gli attori coinvolti – MMG, Strutture per le demenze (Ambulatori Specialistici Territoriali Dedicati, ASTD, di primo livello, e Centri per le Demenze, CD, di 2° livello), unità operative dell'ASL, servizi socio-sanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali – debbono assumere sia nella prima fase del percorso di presa in carico della persona affetta da demenza, finalizzata alla diagnosi e all'eventuale avvio del trattamento, che nella successiva fase di monitoraggio e di rilevazione e gestione di eventuali problemi intercorrenti (somatici, cognitivo-comportamentali, sociali, assistenziali).

Su questa strada si è mossa, come altre Aziende Sanitarie, l'ASL di Brescia che – grazie ad un tavolo di lavoro cui hanno partecipato, oltre ai suoi rappresentanti, referenti delle Strutture per le demenze, dei MMG e rappresentanti sanitari delle RSA – ha definito fin dal 2011 un Protocollo Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) "Decadimento Cognitivo/Demenza" finalizzato a migliorare la gestione di tutti i passaggi fondamentali della cura della demenza, "attualmente ancora in parte frammentari e non sufficientemente coordinati:

- fase del sospetto diagnostico, prima verifica diagnostica ed invio alla fase specialistica (con percorso preferenziale che garantisce il contenimento dei tempi di attesa per prima visita presso le Strutture per le demenze);
- diagnosi ed eventuale avvio del trattamento;
- gestione del follow-up con percorsi preferenziali, per garantire anche il contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle Strutture per le demenze;
- monitoraggio e gestione domiciliare del malato (rapporto MMG/specialista di Struttura per le demenze, Unità di valutazione multidimensionale ASL e Servizi Domiciliari);
- gestione dell'ingresso nei servizi diurni e residenziali della rete territoriale;
- gestione dei disturbi psico-comportamentali;
- informazione, formazione e supporto a familiari e caregiver per una corretta gestione del paziente;

- formazione degli operatori per un'assistenza qualificata" (ASL di Brescia, 2011).

Fondamentale, oltre alla condivisione del percorso di predisposizione del PDTA, sono apparsi:

- la scelta condivisa degli strumenti clinici e testistici da utilizzare per lo screening iniziale dei pazienti
- la definizione di modalità pratiche, anche basate sulle attuali opportunità informatiche, di comunicazione tra tutti gli attori
- la socializzazione del PDTA tra tutti i potenziali attori, grazie ai normali canali di informazione utilizzati dall'ASL (mailing list della MMG, ...) ed alla pubblicazione sul sito dell'ASL stessa
- l'investimento formativo, decentrato nei diversi distretti, dei MMG e degli operatori dei servizi socio-sanitari, con la partecipazione dei medici che avevano partecipato alla stesura del PDTA
- la costante "manutenzione" del PDTA, grazie alla continuità operativa del tavolo tecnico.

Proprio il progressivo aumento della prevalenza di demenza in una situazione di prolungata contrazione delle risorse rende indispensabile l'assunzione di percorsi condivisi di diagnosi e cura che sappiano coniugare il rispetto delle evidenze scientifiche, la presa in carico della persona ammalata e della famiglia che l'assiste e l'utilizzo appropriato delle opportunità diagnostiche e terapeutiche disponibili.

Bibliografia

- AIMA – CENSIS. *La vita riposta: i costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D et al. *The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Reccomendations from the National Institute on Aging – Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.* Alzheimer's and Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 7(3), 270-279, 2011.
- Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer's Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention*, 2011.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, Washington, 1994
- CENSIS. *La mente rubata. Bisogni e costi sociali della malattia di Alzheimer*, Milano, FrancoAngeli, 1999.
- McKahnn G, Drachman D, Folstein M et al. *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health AND Human Services Task Force on Alzheimer's disease.* Neurology, 34, 939-944, 1984.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Reccomendations from the National Institute on Aging – Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.* Alzheimer's and Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 7(3), 263-269, 2011.
- Padovani A. Diagnosi precoce di Alzheimer e demenze, Brescia Medica, 370, 45-49, 2014.
- Podavitte F, Marinoni T. Scelte di attualità nella gestione di pazienti con decadimento cognitivo e demenza: il PDTA di Brescia. Psicogeriatria, VII(2), 7-19, 2012.
- Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA et al. *Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Reccomendations from the National Institute on Aging – Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.* Alzheimer's and Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 7(3), 280-292, 2011.

Eliana Cristofari
Responsabile SSD ORL Servizio di Audiovestibologia
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi – Varese

Gli organi di senso e la demenza

Gli organi di senso sono strutture anatomiche dotate di funzioni distinte attraverso le quali l'organismo raccoglie gli stimoli provenienti dal mondo esterno e dai suoi stessi organi e, previa trasformazione, li trasmette al sistema nervoso centrale informandone o no la coscienza.

Le strutture anatomiche prevedono un insieme di elementi di sostegno e specializzati che, sollecitati da particolari stimoli, generano impulsi o segnali che raggiungono il Sistema Nervoso Centrale dove danno origine ad attività semplici come i riflessi o altamente integrate come le sensazioni.

In particolare per organi di senso si intendono formazioni voluminose nelle quali è concentrato un elevato numero di recettori, sostanzialmente dello stesso tipo in ciascun organo che sono in rapporto con attività ben specializzate per cui si parla di organo della vista, del tatto, dell'olfatto, del gusto, dell'udito e del vestibolo. In ciascun organo sono presenti, inoltre, organi sussidiari che facilitano la funzione specifica aumentandone l'efficienza tanto che si potrebbe parlare di apparati di senso.(1)

Un altro concetto interessante è che gli organi di senso sono spesso sinergici o "alleati" e potenziano le sensazioni evocate da uno stimolo: immaginiamo quanto venga potenziata la piacevole sensazione olfattiva evocata dal profumo di una pasta al pomodoro con basilico, dalla vista e ancor più dal gusto che evocherà anche dei ricordi in quanto saranno state attivate anche le aree centrali dove essi risiedono.

L'apparato uditivo comprende una serie di strutture che accolgono l'onda sonora la quale, incanalata nel condotto uditivo esterno, mette in movimento la membrana timpanica e la catena ossiculare: questa, come un sistema di leve, aumenta la potenza dell'onda meccanica trasferendola alla coclea attraverso la finestra ovale. Il passaggio del suono da un mezzo aereo ad uno liquido, costituito dai liquidi endococleari, comporta la vibrazione della membrana basilare sulla quale si trova l'organo di Corti, struttura contenente cellule ciliate specializzate il cui movimento trasforma l'energia

meccanica in elettrica: lo stimolo percorre il nervo acustico raggiunge le aree corticali temporali dove , già elaborato, evoca la sensazione uditiva.

La DEMENZA SENILE è un disturbo acquisito su base organica delle funzioni intellettive che sono state in precedenza acquisite: memoria (a breve e lungo termine) e almeno una tra pensiero astratto, capacità critica, linguaggio, orientamento spazio-temporale con conservazione dello stato vigile (2)

Le difficoltà uditive possono manifestarsi in qualsiasi momento della vita, la loro prevalenza aumenta considerevolmente con l'età. Più del 40% delle persone tra 60-69 anni di età presenta infatti una forma significativa di ipoacusia e l'incidenza di questo disturbo aumenta fino al 90% nelle persone con più di 80 anni. La popolazione mondiale è in continua crescita e, nel prossimo futuro è previsto un incremento notevole di persone over 60.

L'invecchiamento della popolazione sta altresì alimentando il numero di persone affette da forme di decadimento cognitivo.

L' O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanita') stima che il numero attuale di persone affette da demenza sia di 36 milioni ma prevede che questo numero triplicherà entro il 2050.

Varie ricerche dimostrano come le persone affette da sordità siano maggiormente predisposte a sviluppare forme di decadimento cognitivo (3). Oggi non sono noti i meccanismi che correlano la sordità con la demenza ma è ipotizzabile che una diminuzione delle afferenze sensoriali uditive che comportano un isolamento sociale possano rappresentare una causa plausibile.

L'esperienza quotidiana di chi si occupa di anziani sordi dimostra come il recupero uditivo corrisponda ad un miglioramento globale della qualità di vita con una ripresa degli interessi e delle autonomie. Se immaginiamo un soggetto che conclude la sua carriera lavorativa e gradualmente perde udito, dobbiamo prevedere un isolamento progressivo con il rischio che subentrino la depressione derivante da una riduzione complessiva delle attività sociali e dei contatti e, probabilmente, una graduale inattività dell'area cerebrale ippocampale notoriamente alterata nei quadri di demenza conclamati.

Oggi in Italia ci sono circa 13 milioni di ultra sessantacinquenni e , di questi, solo il 10% ha deficit cognitivi quindi, complessivamente stanno bene. Tuttavia così come dopo i 50 anni compare la presbiopia nella senescenza compare l'ipoacusia .

Dopo gli 85 anni già più del 50% delle persone presenta un deficit cognitivo e sebbene molte di queste possa arrivare fino ai cento anni di certo non sarà in grado di apprezzarlo (4).

Recenti studi dimostrano come l'ipoacusia possa favorire l'insorgenza della demenza e sarebbe molto interessante sapere in quanti in quel 50% di ultra ottantacinquenni dementi siano sordi o siano stati sordi molti anni prima. Forse un intervento precoce avrebbe potuto prevenire o comunque rallentare il decorso della demenza.

Gli interventi auspicabili sulla popolazione anziana sono uno screening audiologico unitamente a quello neurologico per individuare i possibili individui a rischio di sviluppo di deficit cognitivi.

Avviando la persone a rischio ad una diagnosi e ad un trattamento protesico per la sordità e riabilitativo per la demenza iniziale probabilmente sottrarremmo centinaia di anziani dall'isolamento e da anni di sofferenza che inevitabilmente coinvolgeranno le loro famiglie con costi sociali e morali molto elevati.

Bibliografia

- Dizionario di Medicina-Treccani 2010
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 1994 (Wikipedia)
- Sentire bene per allenare la mente: pubblicazione Amplifon 2014
- Bernabei R. "Prefazione".Sentire bene per allenare la mente: pubblicazione Amplifon 2014

Cinzia Marcolungo
Neuropsicologia UVA Istituto Piero Redaelli – Vimodrone (Mi)
Servizio di Psicologia Clinica ICP-PO Sesto San Giovanni, Milano

Pazienti, famigliari e società

In un epoca dove la demenza è una particolare condizione che interessa man mano un numero maggiore di persone con un incremento annuo notevole, le problematiche psicologiche emergono con forza: occorre tenerle presenti e averne consapevolezza.
Certamente è stato, senza dubbio, positivo l'impatto delle uva con il cambiamento all' accesso alle terapie farmacologiche specifiche e il monitoraggio sia di queste terapie sia dei farmaci, come gli antipsicotici atipici utilizzati per la gestione delle problematiche psichiatriche dei pazienti dementi.
C'è stato inoltre un significativo incremento della quota di pazienti che accedono a servizi importanti quali i Centri diurni (24% nel 2007 contro l'8% registrato nel' 1999).
E' anche vero che gli interventi sono talvolta ancora parcellari, insufficienti a dare risposte e soluzioni.
In tale contesto, il medico di famiglia deve affrontare con consapevolezza temi quali: la comunicazione con il paziente, la famiglia, le possibili risposte sul territorio e tutto quelle dinamiche che entrano in questo sistema.
Occorre avere innanzitutto bene in chiaro una cosa che sembra semplice e banale ma in realtà è fondamentale:
bisogna chiedersi sempre: "nella mia relazione con il paziente, con la famiglia chi chiede e cosa?" Dare una risposta a questa domanda vuol dire evitare proiezioni e interpretazioni , il rischio di attribuire i nostri bisogni a quelli dell'altro e viceversa creando aspettative non adeguate e falsate.
Cosa accade all'interno del sistema familiari /pazienti/? e come il medico può far fronte a ciò ponendosi come figura significativa, capace di saper fare e saper essere nel suo ruolo?
Quando si parla di demenza si è portati a pensare alla sofferenza che la malattia degenerativa di questo tipo comporta nella persona che ne viene colpita.

Quello che voglio evidenziare è come le problematiche connesse alla demenza, tuttavia si ripercuotono nell'intero sistema socio-familiare.
Non solo vi è un radicale cambiamento della personalità del malato ma c'è la revisione e riorganizzazione di abitudini e ritmi di vita della famiglia.
Proprio in virtù dei cambiamenti che provoca nell'identità della persona ,i familiari sperimentano stati d'animo e vissuti contraddittori che oscillano dal senso di impotenza, solitudine, incomprensione: "ma dottore perché lui fa così? perché non riesce più a fare quello che faceva prima? ma ce l'ha con me, cosa le ho fatto? Forse ho sbagliato qualcosa ".
Al senso di colpa si aggiungono tristezza dovuta al fatto di non riconoscere più il proprio congiunto, di convivere con una persona completamente diversa da quella conosciuta da sempre. E' sempre stato il marito più buono del mondo e adesso con me è aggressivo ".

Segue descrizione di un caso e di quanto accade quando il familiare non è giunto ad una elaborazione emotiva / cognitiva della malattia del congiunto.

Risposte concrete che il medico può dare e i canali a cui poter indirizzare

Il vissuto della famiglia
La famiglia, non dimentichiamoci, si trova a ridefinire ruoli, tempi, abitudini e ha bisogno di risposte.
Verranno descritti gli stati d'animo e i vissuti emotivi che prevalgono all'interno della famiglia e dei carichi di tipo :
Oggettivo (tempo che occorre per assistere il congiunto ore perse di lavoro, complicanze tipo di rompe il femore)
Soggettivo (la sofferenza emotiva, angoscia, impotenza..)
Globale (perché tutto ciò infine incide sull'economia generale della famiglia

Descrizioni di dinamiche quando la malattia colpisce un soggetto il cui ruolo all'interno della famiglia è primario.
Il ruolo della **formazione personale e supervisione**.
Balint diceva: lo strumento della psicoterapia è il medico stesso!. Rivalutiamo quindi la figura del medico di famiglia e teniamone a debito conto.

Aggiornamenti e lavori di gruppo servono :

- a esprimere più liberamente le emozioni
- ad affrontare lo stress con maggiore efficacia e autonomia
- imparare a contare sulle proprie forze
- allenarsi per ascoltare con il terzo occhio, ecco cosa vuol dire allenare l'ascolto empatico.
- L'attenzione contraffatta non funziona mai!

Costruire un gruppo di attività richiede costanza e impegno progressivo e una disponibilità a mettersi in gioco (i chirurghi hanno partecipato per circa due anni al gruppo di formazione psicologica)

- E' un esperienza vissuta in prima persona
- Richiede una partecipazione attiva e diretta
- Duratura nel tempo tale da garantire una modificazione notevole, seppure parziale della personalità del medico
- Si fa fatica a prendere atto delle nostre emozioni.
- Il gruppo può aiutare questo medico a capire cosa è accaduto...
- Il gruppo diventa lo strumento di conoscenza, confronto e mobilita le risorse, non da soluzioni, ognuno svolge la professione medica con il suo stile ma certo è che tutelare i pazienti e noi stessi è fondamentale.

Abstract

In un epoca dove la demenza è una condizione che man mano coinvolge un numero maggiore di persone le problematiche psicologiche emergono con forza.

La comunicazione tra il medico, la famiglia e le risposte sul territorio sono forze da tenere in conto che devono diventare vere risorse.

Le dinamiche della demenza si ripercuotono non sono sull'individuo ma sull'intero sistema familiare: sensi di colpa, impotenza, solitudine e scarse informazioni sulla malattia; percezione e vissuti cambiano nei confronti di un congiunto affetto da demenza.

Attraverso l'illustrazione di un caso si evidenzieranno le dinamiche legate alle reazioni emotive, elaborazione/ristrutturazione cognitiva dell'evento.

Verranno evidenziate indicazioni di tipo psico-educativi che il medico può adottare nella relazione con i familiari e i canali che sono presenti sul territorio ai quali inviare i familiari possono chiedere aiuto.
Verranno sottolineati carichi di tipo oggettivo soggettivo e globale all'interno delle dinamiche familiari. Ruolo della formazione personale supervisione nella professione del medico.

Antonino Frustaglia
Direttore Medico Area Socio Sanitaria
Istituto Piero Redaelli – Vimodrone (Mi)

Il medico e il mondo dell'assistenza nella demenza

Nella nostra società in ambito sanitario e sociale si assiste sempre più ad un incremento delle specializzazioni nei vari settori. Per cui ci si affida all'esperto nella speranza possa ottenere il risultato migliore degli altri.

Questo è sicuramente un vantaggio rispetto ad alcuni temi sanitari ed anche sociali ma la "specializzazione", a volte, non consente di osservare il problema globalmente in modo clinico e socio-sanitario cui si intende rispondere.

La figura che può consentire una visione ampia di collegamento e sintesi tra specialisti a livello territoriale e istituzionale è il Medico di Medicina Generale (MMG).

Fin qui vi è un accordo totale nei pensieri dei sanitari. In realtà, la moderna impostazione sanitaria, chiedendo sempre più resoconti meticolosi sul proprio operato, ha condizionato il Medico di Medicina Generale (MMG) a rispondere a debiti informativi sempre più specifici rischiando di sottrarre spazio alla cura dei "debiti relazionali e di visione complessiva" del proprio assistito.

E' possibile trovare una integrazione tra questi bisogni?

Il problema generale diventa ancor più complesso nel caso dell'anziano e, ancor più, nel caso dell'anziano con demenza.

Compito dei sistemi organizzativi socio-sanitari (Regione, ASL, Strutture pubbliche e specialisti) è di mettere in condizioni adeguate il MMG) di saper rispondere alle esigenze dei pazienti in modo sufficientemente adeguato.

Su cosa può contare il MMG per un aiuto nella propria attività quotidiana in caso di anziano con demenza?

La prima risposta ovvia è che dipende dal grado di demenza. Esaminiamo la "rete" delle unità di offerta e cerchiamo di attribuire a ciascuna di loro a chi potrebbero rispondere.

Premesso che è fondamentale la presa in carico globale del paziente con demenza e della sua famiglia attraverso la Integrazione socio-sanitaria dei servizi dedicati.
I singoli punti della rete sono: Unità Valutativa Alzheimer (UVA), Centri Diurni (CD), Centri Diurni Integrati (CDI), Centri Diurni Alzheimer (CDA), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Centri Multiservizi Anziani (CMA), Cafè Alzheimer, Day Hospital(DH), Istituti di Riabilitazione (IR), Istituti di Riabilitazione Alzheimer, Centri Alzheimer, Ciclo Diurno Continuo (CDC), Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Associazioni di Volontariato attive a domicilio o in istituzioni, Associazioni specifiche come Alzheimer Italia (AI), Associazione Italiana Malati Alzheimer (AIMA), ecc.
Ogni punto della rete intende rispondere a dei bisogni specifici.

Unità Valutativa Alzheimer (UVA)

Sono state istituite prevalentemente all'interno di Ospedali generali ove presente una neurologia e in strutture riabilitative assistenziali ove presenti geriatri, neurologi o psichiatri. Il compito è quello di definire uno screening nei malati inviati su proposta del MMG (con richiesta mutualistica a carico del SSN ove vi sia la presenza di una convenzione).
All'interno di esso, pur in diverse declinazioni locali, si cerca di eseguire un inquadramento del livello di gravità attraverso un colloquio con paziente e parenti, una visita specialistica, la somministrazione di alcuni tests di orientamento ritenuti utili dall'equipe valutativa (Mini Mental State Examination –MMSE-, test dell'Orologio, Geriatric Depression Scale –GDS-, ecc.).
La valutazione dovrebbe essere quanto più possibile multidisciplinare con l'apporto di diverse professionalità (es: Geriatra, Psicologo e Infermiere Professionale senza escludere altre figure di supporto). Una volta definito l'inquadramento clinico-diagnostico prescrivendo anche esami clinici (funzionalità tiroidea, Folati, B12, ecc.) e strumentali di approfondimento (T.C. o RNM, ecc.) si elabora un documento che orienta il MMG su quali possibili interventi si possono realizzare al domicilio (Piani terapeutici farmacologici specifici, interventi presso strutture rispondenti, strategie relazionali della famiglia, programmazione di una protesi ambientale per aiutare il paziente e la famiglia) o con il supporto di altri luoghi di cura territoriali o istituzionali.
Di norma l'UVA è il primo nodo della rete cui accedono i malati ed i loro parenti.

La qualità di questo primo servizio è strategico per l'impostazione delle successive cure.
Il MMG può favorire la preparazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) programmando una serie di esami suggeriti dalle Linee Guida di Neurologia (2004) che comprendono: TAC cranio senza mdc o RM encefalo per i casi di età inferiore ai 75 anni o con disturbi sensitivo-motori; ECG; esami ematici per escludere demenze secondarie (emocromo, VES, sodio, potassio, calcio, glicemia, creatinina, ALT, GammaGT, elettroforesi proteica, colesterolo totale, dosaggio Vitamina B12, Acido Folico, TSH).

Centri Diurni (CD)

Sono strutture disposte sul territorio finalizzate ad accogliere anziani con lieve disabilità motoria, funzionale e cognitiva (di solito MMSE > 14/30).
Vengono accompagnati dai parenti (si suppone che preferibilmente abbiano delle figure di supporto a domicilio). Nel CD si svolgono attività di intrattenimento, socializzazione e riattivazione funzionale e motoria. Sono solitamente a gestione privata o pubblica (Comune). L'accesso può essere con orari differenziati secondo le necessità locali con ingresso al mattino e uscita nel pomeriggio. E' prevista la consumazione del pasto in sede.

Centri Diurni Integrati (CDI)

Sono strutture con caratteristiche simili al CD ma adiacenti a Centri Istituzionali come RSA o Istituti di riabilitazione. Rispetto ai CD presentano l'integrazione della valenza sanitaria con la presenza periodica di un medico (es: Geriatra) per eventuali controlli sanitari estemporanei e di un infermiere per il controllo dei parametri vitali ed eventuale supervisione sulle terapie farmacologiche.

Centri Diurni Alzheimer (CDA)

Hanno le stesse caratteristiche del CD ma sono dedicati alle problematiche emergenti dei malati di Alzheimer con capacità di accogliere specificamente persone con deficit cognitivo senza elevati problemi comportamentali.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

E' un servizio offerto dall'ASL ai pazienti non autosufficienti. E' attivata dal MMG, secondo criteri stabiliti dall'ASL ed è di supporto nonché di sostegno infermieristico e riabilitativo a domicilio. La frequenza e la durata degli interventi è proposta dal MMG all'ASL che ne determina l'attivazione attraverso Enti Erogatori di fiducia (Cooperative, Fondazioni, ecc.). Il MMG ha il compito di controllare periodicamente le condizioni cliniche del paziente a domicilio.

Centri Multiservizi Anziani (CMA)

Sono servizi domiciliari offerti dai Servizi Sociali del Comune. Vengono attivati dietro richiesta dei parenti o del paziente stesso e sono soggetti a contribuzione economica secondo le fasce di reddito accertate. Prevedono l'intervento di operatori Socio-Sanitari per l'igiene alla persona l'aiuto alla preparazione dei pasti e il supporto per il disbrigo di faccende domestiche, aiuto a fare la spesa e/o accompagnamento nell'effettuazione di pratiche amministrative in assenza di figure parentali. Si rivolge ad anziani parzialmente autosufficienti o non autosufficienti con figure familiari di riferimento.

Cafè Alzheimer

E' un luogo di incontro periodico circa mensile che si effettua prevalentemente presso RSA o Istituti di Riabilitazione. E' condotto in genere dallo staff di cura della struttura ed è finalizzato a sensibilizzare il pubblico, i parenti ed i pazienti sulla malattia di Alzheimer nelle varie fasi. E' un momento di sollievo, sostegno psicologico, di formazione e aiuto relazionale oltre che di confronto sulle problematiche tecniche e affettive. Il MMG, se tenuto al corrente di iniziative nella propria zona, può invitare pazienti e parenti a partecipare per conoscere tutte le dimensioni del problema specifico.

Day Hospital (DH)

E' un luogo di cura diurno correlato ad una struttura sanitaria o socio-sanitaria nel quale per ogni paziente, dietro proposta del MMG, dopo una visita preliminare di un Geriatra dell'équipe segue un programma integrato di cure riabilitative (massoterapia, FKT, fisioterapie ecc.). Può accogliere malati di Alzheimer con forme molto lievi (es: MMSE > 20/30).

Istituti di Riabilitazione (IR)

Sono strutture specifiche per il recupero funzionale e motorio di malati affetti da esiti di problemi neuromotori (ictus, m. Parkinson, ecc), ortopedici (esiti di fratture di anca, arti e crolli vertebrali) o in specifiche di altre patologie secondo i luoghi. Effettuano ricoveri in fase postacuta con una riabilitazione intensiva ma possono intervenire con un ricovero riabilitativo di tipo Generale o Geriatrico quando il malato oltre all'evento indice presenta una serie di comorbilità associate di un certo rilievo che ne condizionano il recupero funzionale e motorio. Inoltre, è possibile, in alcune di esse, avere un ricovero in Riabilitazione di Mantenimento quando si prevedono solo piccoli recuperi funzionali o quando serve un breve periodo (1-2 mesi) di sollievo familiare ad un carico domiciliare eccessivo. Si sta configurando una nuova definizione per questo tipo di ricovero che rientra sotto il nome di "cure intermedie".La proposta di ricovero viene attivata dal MMG.

Strutture di Riabilitazione Alzheimer

In realtà sono reparti dedicati specificamente ad assistere attraverso una riabilitazione cognitiva comportamentale i malati in fase medio-grave (MMSE<14/30).

Centri Alzheimer

Sono centri che comprendono reparti di ricovero dedicati a malati affetti da m. di Alzheimer con adiacenti altri tipi di servizi come CD, UVA, ecc. Presentano la specificità di essere orientati ai disturbi cognitivi con interessamento del comportamento (irrequietezza, ansia, agitazione, deliri, allucinazioni, insonnia, inversione del ritmo sonno-veglia, wandering, ecc). Possono essere richiesti dal MMG

Ciclo Diurno Continuo (CDC)

E' una delle declinazioni dell'assistenza diurna. Simile al Day Hospital se ne differenzia per l'intervento nella cronicità delle patologie e quando serve un intervento e un supporto globale funzionale o motorio per un lungo periodo e per un numero di ore maggiore della mezza giornata.

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Le RSA sono il luogo di vita dove gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti possono trovare una "casa" adeguata da abitare stando in comunità per essere curati secondo la loro patologia.

Esistono anche RSA per autosufficienti che, solitamente prendono il nome di Case-Albergo. L'impostazione di una RSA segue solo per alcuni aspetti la componente sanitaria in quanto è presente un medico, del personale infermieristico, personale Socio-Sanitario e terapisti della riabilitazione. In realtà, accanto a queste figure ruota una costellazione di persone con diverse funzioni (consulenti specialisti, psicologi, animatori, arte terapisti, logoterapisti, terapisti occupazionali, musicoterapeuti, danzaterapeuti, ecc.). E' importante nello stile di lavoro l'utilizzo della valutazione multidisciplinare detta da alcuni Unità Valutativa Geriatrica (UVG) per trovare insieme quali sono i bisogni cui rispondere. Di norma si riunisce circa settimanalmente. In essa si condivide la propria competenza ed esperienza ai collaboratori per trovare insieme un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che ciascuno seguirà secondo il progetto e la propria competenza.

RSA Aperta

E' una esperienza recente voluta dalla Regione Lombardia (DGR 856) per estendere le unità di offerta in favore dei malati di Alzheimer. Si tratta sostanzialmente di un buono (Vaucher di 500 € mese) per un massimo di 6 mesi che la famiglia, in accordo con l'ASL, può utilizzare per diversi tipi di servizi come ricoveri temporanei, ricoveri diurni, assistenza specifica domiciliare, consulenze con Geriatri Neurologi Psicologi ed altri Esperti ritenuti utili per aiutare l'ammalato (e la famiglia). Sono incluse le possibilità di avere un operatore socio sanitario e/o una badante all'interno del tetto di spesa programmata. Questa iniziativa ha pochi mesi di vita e deve essere ancora "tarata" su tutte le potenzialità. Può essere attivata dalla famiglia che la propone all'ASL di residenza del paziente.

Associazioni di Volontariato attive a domicilio o in istituzioni

Associazioni come Unione Samaritana, AVO, AMI, ecc alcune di ispirazione confessionale altre più esplicitamente laiche sono basate sul volontariato col compito di assistere, sollevare psicologicamente il malato ancor più in assenza di parenti. A volte aiutano al trasporto delle carrozzine e nel preparare il malato all'assunzione dei pasti. Altre volte fanno compagnia e lo ascoltano pazientemente e lo intrattengono secondo dei progetti concordati in precedenza coi referenti responsabili. Sono una risorsa preziosa e affiancano il personale nell'impegno di creare una relazione d'aiuto.

Associazioni specifiche

Tra le diverse associazioni ne ricordiamo le 2 più note che, specificatamente, si sono sempre dedicate volontariamente ai malati di Alzheimer ed ai loro familiari. Federazione Alzheimer Italia (AI) e Associazione Italiana Malati Alzheimer (AIMA). Sostengono spesso le iniziative pubbliche che parlano, informano o si occupano di questa malattia.

Abbiamo visto come è importante conoscere ciò che il MMG può fare a livello di indicazioni per i malati e le loro famiglie ma è bene sapere quanto sono importanti i consigli sul comportamento relazionale e sui trattamenti non farmacologici come favorire l'assunzione di cibi adeguati e facilmente digeribili che sollevano malati e famiglie da alcuni disagi dovuti alla malnutrizione. Ciò avviene soprattutto in caso di disfagia e di inadeguato apporto nutrizionale. Saper dare piccoli suggerimenti per una buona assimilazione consente di ridurre il disagio da lenta digestione o da inappetenza. Ad esempio l'uso di cibi monocomponente frullati, omogeneizzati e resi densi, secondo la capacità deglutitoria dell'ammalato, può essere strategico nell'assistenza al malato.

Chi, meglio del MMG, può affiancare la famiglia in quest'opera di cesello?

Il MMG scopre una nuova capacità di intervento proprio là dove c'è stata una delega a specialisti che danno delle indicazioni ma non possono affiancare come il MMG il malato.

Verrebbe da dire che "quando si pensa che non c'è più niente da fare, in realtà, a ben vedere, c'è ancora molto da fare".

Alcuni Centri cittadini che sono punti di riferimento nella rete dei servizi in favore dei malati di Alzheimer

Centri Diurni Alzheimer	6	CDA I Delfini c/o Centro Diurno Alzheimer I Delfini Milano MI CDA c/o Centro Geriatrico Carlo Girola- Fondazione Don Gnocchi Onlus c/o Centro Geriatrico Carlo Girola- Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus Milano MI CDA Perusini c/o Istituto Geriatrico Milanese Milano MI CDA Casa per coniugi c/o RSA Casa per Coniugi Milano MI CDA Saccardo c/o Segesta Gestioni s.r.l. a socio unico Milano MI
Centri Diurni Integrati	2	CDI c/o CDI Marina Videmari Milano MI CDI c/o Fondazione San Giuseppe Moscati Onlus Milano MI
Rsa	10	: Istituto Geriatrico Piero Redaelli -Milano c/o ASP Golgi-Redaelli - Istituto Geriatrico Piero Redaelli-Milano Milano MI RSA Fornari Alzheimer c/o ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio Milano MI Centro Geriatrico Carlo Girola- Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus Milano MI RSA Baroni Milano MI RSA Casa per Coniugi Milano MI

			RSA Famagosta Milano MI RSA Ippocrate Milano MI RSA Piccolo Cottolengo di Don Orione Milano MI RSA Quarenghi Milano MI RSA Saccardo Milano MI
Ist. Riabilitazione	2		Istituto Geriatrico Piero Redaelli- Milano c/o ASP Golgi-Redaelli - Istituto Geriatrico Piero Redaelli- Milano Milano MI ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio Milano MI
U.V.A.	14		ASP Golgi-Redaelli - Istituto Geriatrico Piero Redaelli- Milano Milano MI ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio Milano MI S.C. Neurologia- Centro Parkinson - U.V.A. c/o Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento Milano MI Centro di Neuropsicologia Cognitiva c/o Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda CA' Granda Milano MI Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo Milano MI Ambulatorio di Neuropsicologia c/o Azienda Ospedaliera San Paolo Milano MI

			Fondazione Don Carlo Gnocchi, Centro I.R.C.C.S. `Santa Maria Nascente` Milano MI Fondazione Don Carlo Gnocchi, Istituto `L. Palazzolo` c/o Fondazione Don Carlo Gnocchi, Istituto L. Palazzolo Milano MI Ambulatorio di Geriatria c/o Fondazione I.R.C.C.S. C? Granda- Ospedale Maggiore Policlinico- Milano MI Fondazione I.R.C.C.S. - Istituto Neurologico Carlo Besta c/o Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta Milano MI Dipartimento di Scienze Neurologiche dell`Universit c/o Fondazione I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore Policlinico CA' Granda Milano MI Fondazione San Raffaele del Monte Tabor - Istituto Scientifico Universitario San Raffaele Milano MI Fondazione San Raffaele del Monte Tabor - San Raffaele Turro Milano MI Unità c/o Ospedale Luigi Sacco - Azienda Ospedaliera e Polo Universitario Milano MI

Saverio Chirchiglia
Direttore Distretto 4- ASL Città di Milano – Progetto Demenza

Cosa fa il decisore politico

I problemi connessi alla Demenza sono destinati ad assumere un peso sempre maggiore a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, con notevoli conseguenze non solo sui servizi sanitari ma anche elevato impatto sugli aspetti sociali.
A Milano nel 2012 erano presenti 370.000 ultra 65enni, più di 17.000 ultranovantenni e più di 500 ultracentenari e, sulla base dei dati epidemiologici, si stimano circa 20.000 persone con demenza.
L'attuale organizzazione dei servizi sanitari e sociali spesso non è stata costruita per la gestione di un elevato numero di pazienti con decadimento cognitivo e, di conseguenza, l'utilizzo delle risorse sanitarie non è sempre ottimale e un gran peso dell'assistenza di questi pazienti grava sulle famiglie che lamentano di non ricevere dagli operatori sanitari informazioni qualificate necessarie per accedere ai servizi sociosanitari, accusano i medici di ritardo della diagnosi, di fornire informazioni insufficienti sulla diagnosi, sulla prognosi e soprattutto su come affrontare i problemi comportamentali e psichici, la riduzione delle capacità cognitive e i disturbi del movimento derivanti dalla malattia (Indagine Censis 2007).
I fattori precedenti sono causa di frequenti ospedalizzazioni, ripetuti ricorsi alle visite mediche e accessi ai pronto soccorso che potrebbero in parte essere evitati con una rete dei servizi integrata e funzionante e con il miglioramento dell'informazione alle famiglie.
E' necessario pensare ad un nuovo intervento di sanità pubblica che affronti in modo più integrato il problema individuando adeguate strategie per la prevenzione (Ci sono evidenze che interventi utili di prevenzione sui fattori di rischio cardiovascolare e sugli stili di vita sono efficaci per ritardare l'insorgenza della demenza vascolare e migliorare la qualità di vita delle persone con demenza degenerativa), la diagnosi, l'informazione e il supporto ai pazienti e alle loro famiglie.

La ASL Milano sta attuando numerose azioni per promuovere l'adozione di corretti stili di vita a tutte le età, per integrarsi maggiormente con i servizi sociali dei Comuni, per sensibilizzare e formare i Medici di Medicina Generale, per migliorare l'integrazione con le strutture specialistiche, per informare le famiglie sulle risorse presenti nel territorio, anche tramite l'attivazione di un apposito sito disponibile per tutti.

Salvatore Tagliata
Direttore Sociale – ASL Milano 2 – Cernusco SN Mi

Cosa fa il decisore politico

Le demenze sono una delle cause più importanti di disabilità nella popolazione anziana. L'assistenza di questa tipologia di anziano è subordinata alla valutazione di numerosi fattori: età, tipo di patologia neurologica, aspetti clinici, patologie concomitanti, condizioni familiari, ambientali e socio-economiche ed infine qualità dell'assistenza medica ed efficienza della rete dei servizi.

Nella maggior parte delle situazioni l'assistenza è organizzata a domicilio ed è fornita dai familiari per gli aspetti assistenziali e dal medico di medicina generale per gli aspetti sanitari.

A supporto di questi interventi, la rete di servizi territoriali vede una serie di unità d'offerta, in relazione al livello di progressione e gravità della malattia, quali: gli ambulatori specialistici, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il servizio di assistenza domiciliare (SAD) fornito dai comuni, i centri diurni integrati (CDI), gli Istituti Riabilitativi, le Residenze Sanitario Assistenziali (RSA).

Gli interventi forniti sono domiciliari, ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali (temporaneo e definitivo); le prestazioni coprono un largo spettro di bisogni: da quelli prettamente sanitari, a quelli puramente assistenziali, ad esempio gli interventi forniti dai SAD comunali.

Recentemente questa rete si è arricchita di una nuova offerta quella delle RSA/RSD aperta, introdotta da Regione Lombardia con delibera n. 856/13. Con questo servizio vengono messi a disposizione da RSA e RSD aderenti una serie di servizi/interventi/prestazioni, con una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio. Le prestazioni sono erogabili sia presso la RSA/RSD, sia presso l'abitazione della persona, in ottica di mantenimento e miglioramento del benessere.

Destinatari di questa azione sono le persone di norma anziane, al proprio domicilio, affette da Malattia di Alzheimer o da altra forma di demenza certificata e caratterizzate da una documentata situazione di fragilità della rete di supporto familiare e sociale, senza escludere casi di Malattia di Alzheimer o altra forma di demenza precoce.

La certificazione di demenza/Alzheimer deve essere effettuata dalle Unità di Valutazione Alzheimer o dal medico specialista neurologo/geriatra operante in struttura accreditata.

Per l'accesso alla misura, l'ASL prende atto della demenza certificata e valuta la fragilità del contesto familiare applicando alla persona che assiste il soggetto fragile la scala RSS (Relative Stress Scale). Accede ai servizi la persona fragile il cui assistente ha ottenuto con questa scala un punteggio maggiore di 31.

In alcuni territori, la rete dei servizi può contare anche sulla presenza degli Alzheimer Cafè. Si tratta di un punto di ritrovo informale e spontaneo, organizzato in genere all'interno di strutture residenziali o semiresidenziali, dove i familiari e i malati possono incontrarsi, stabilire contatti con un'équipe di esperti e usufruire di servizi.

I malati hanno la possibilità di stabilire relazioni tra loro (supportati da operatori) e usufruire di animazione e attività; mentre i familiari possono partecipare a incontri che, mediante un percorso di mutuo-aiuto, puntano ad approfondire le relazioni interpersonali e vincere l'isolamento sociale a cui spesso porta la malattia.

Ma bisogna tener presente che tale ricchezza di servizi e di interventi rischia di tradursi in frammentazione nel complesso lavoro di cura, se non viene assicurata una continuità dell'assistenza trai vari interventi. Inoltre la fruibilità degli interventi è spesso legata alle diverse fasi della malattia e alle residue capacità dell'anziano.

Questo implica un lavoro integrato tra i diversi attori della rete di servizi in modo da realizzare un percorso "su misura" per la persona malata e i caregiver e influire positivamente sulla loro qualità di vita.

APPUNTI

APPUNTI