



**Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari**

**P.D.T.A. A.Re.S.S.**

**Per l'assistenza psicologica in Piemonte**

**Sala Multimediale – Regione Piemonte**

*Corso Regina Margherita 174 – Torino*

***15 maggio 2013 ore 14.30 – 17.30***

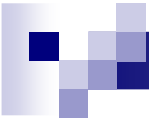
**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

## PREMESSA

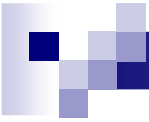
Le previsioni demografiche dell'ISTAT 2005-2050 sostengono una tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana: la percentuale di anziani over 65 passerà dal 19,5 al 33,6%, con una componente over 85 in crescita dal 2 al 7,8%.

Non ci sono dubbi pertanto sull'attuale e futura importanza clinica e nella salute pubblica della demenza. Tale patologia ha anche un impatto economico: secondo il Censis (Anno 2011), tra i costi diretti e indiretti, in Italia la spesa globale annua media per singolo paziente è pari a circa 60.000 euro ed il costo medio annuo complessivo per la cura cresce in modo diretto con la gravità della malattia.



La malattia di Alzheimer rappresenta il 50-60% delle diverse forme di demenza:  
in Italia si stimano in 500.000 le persone colpite e si prevede che il numero  
raddoppierà entro il 2050.

La demenza è spesso misconosciuta nelle fasi iniziali e nelle persone molto  
anziane. Invece, una diagnosi precoce potrebbe permettere di intervenire  
tempestivamente sulle cause delle demenze reversibili, avviare terapie in  
grado di ritardare la progressione della malattia, agire più incisivamente sulle  
capacità cognitive residue, organizzare al meglio la vita del malato e dei suoi  
familiari (DeKosky, S, T., et al., 2003).



Come denunciato nel Rapporto Mondiale Alzheimer 2011, tre quarti dei 36 milioni stimati di persone con demenza nel mondo non hanno una diagnosi e perciò non possono beneficiare di trattamenti, informazioni e cure.

Nei Paesi ad alto reddito solo il 20-50% dei casi di demenza sono riconosciuti e documentati. Nei Paesi a basso e medio reddito la percentuale è del 10%.

In Piemonte, operano 27 Unità di Valutazione Alzheimer, distribuite a livello territoriale ed ospedaliero che seguono più di 20 mila persone affette dai differenti tipi di patologie dementigene.

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

## SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA ha lo scopo di uniformare il percorso di diagnosi precoce delle demenze in Piemonte.

Infatti, la carenza di atti istituzionali di indirizzo a valenza regionale ha determinato lo sviluppo di differenti prassi operative e modalità di presa in carico dei pazienti nelle diverse ASL.

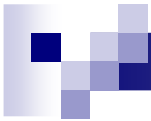
Il presente documento aspira alla standardizzazione dell'iter del paziente dal primo contatto con il sistema sanitario, a seguito di problematiche di salute che pongano dubbi relativi ad una possibile diagnosi di demenza, sino alla conferma diagnostica o meno della patologia dementigena stessa.

Fine ultimo del presente PDTA resta l'adempimento di quanto espresso nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, declinato specificatamente per la nostra Regione nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 e rinnovato nel PRP 2013-2015, in cui la revisione dei percorsi assistenziali per i soggetti affetti da patologie dementigene si configura quale obiettivo prioritario al fine di ottenere una riduzione delle ricadute negative conseguenti ad una diagnosi tardiva della patologia dementigena.

La letteratura internazionale denota infatti come la presa in carico del paziente in una fase pre-clinica (in cui i soggetti riferiscono in prima persona sfumati problemi della memoria o in cui soltanto i familiari si rendono conto dei cambiamenti di carattere o dei deficit cognitivi lievi) consente ai pazienti e ai loro caregiver di pianificare meglio il loro futuro o di avvalersi precocemente di aiuto, supporto e trattamenti (sociali, psicologici e farmacologici) disponibili. Più precocemente la diagnosi viene effettuata, migliori possono essere le opportunità di intervento (Carpenter et

al., 2008).

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**  
*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"*  
*Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*



**FEDERAZIONE  
TORINO SUD EST**

ASL - A.O.	EQUIPE	% pazienti	tot. pazienti	invianti	strumenti
<b>A.O. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA</b> Dott. Massimiliano Massaia	Geriatrici, Infermieri, Neuropsicologa	Alzheimer 45% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 30% altra demenza 10%	2000	MMG, specialisti: neurologo, geriatra Accesso diretto: no.	TAC, RM, SPECT, PET, Indagini liquorali e Indagini genetiche, TEST: valutazione completa a batteria testistica
<b>A.O. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA</b> Prof.ssa Paola Rocca	Medico Psichiatra, Neuropsicologa	Alzheimer 50% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 25% altra demenza 10%	420	MMG, specialisti: neurologo, geriatra Accesso diretto: si	TAC, RM, SPECT, Indagini liquorali e Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche: indagini effettuate in collaborazione con la Neurologia TEST: MMSE, ADAS-Cog, MODA, MOCA, FAB, ENB + approfondimenti vari
<b>A.O. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA</b> Prof. Innocenzo Rainero	Neurologi, Neurogenetista, Psicologi	Alzheimer 65% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 5% altra demenza 15%	1000	MMG, specialisti: geriatra Accesso diretto: si	TAC, RM, SPECT, PET, Indagini Liquorali, Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: profilo differenziato per patologia. Collaborazione Prof. ? Dip. Psicologia
<b>ASL TO1</b> Dott.ssa Daniela Leotta	Geriatrici, Neurologi, Infermieri, Psicologo borsista	Alzheimer 56% Parkinsonismi 33% Demenza vasc. 8% altra demenza 3%	953	MMG, Specialisti: Neurologo SUMAI, Neurologo libero professionista, Psichiatra, accesso diretto	TAC, RM non in sede, SPECT non in sede, PET, Indagini Liquorali, Indagini genetiche non in sede, Indagini Neurofisiologiche + EEG mapping, TEST: tutti
<b>ASL TO5</b> Dr. Guido Barberis - Dr. Marco De Mattei	Geriatrici Neurologi Psichiatri Neuropsicologo Tecnico Neurofisiopat.	Alzheimer 59% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 19% altra demenza 12%	1187	MMG, Specialisti (Geriatrici, Neurologi, Psichiatri)	TAC, SPECT, Indagini Liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, CLOX, FAB + MODA, MOCA, CBI

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*



FEDERAZIONE  
TORINO NORD

ASL - A.O.	EQUIPE	% pazienti	tot. pazienti	invianti	strumenti
<b>ASL TO2</b> Dr. Antonino Maria Cotroneo	Geriatra Psichiatra Psicologo	Alzheimer 40% Parkinsonismi 25% Demenza vasc. 30% altra demenza 5%	1525	MMG, Specialisti: Geriatra, Neurologo, Psicologo	TAC, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MOCA, MODA, NPI, Cornell, Hamilton, RBANS
<b>ASL TO2</b> Dr. Marco Casti	Geriatra Psichiatra Neurologo	Alzheimer 72% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 20% altra demenza 3%	939	MMG, Specialisti: Neurologo, Psichiatra, Internista	TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, MODA, MOCA, NPI, Cornell, Hamilton
<b>ASL TO2</b> Dr. Daniele Imperiale	Neurologo, Neuropsicologo, Genetista medico, Infermiere Professionale	Alzheimer 55% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 10% altra demenza 30% I parkinsonismi vengono seguiti presso l'ambulatorio dei disturbi del movimento della S.C. Dott.ssa Filippi/Cassano	300	MMG, Specialisti: Geriatra, Neurologo, Psichiatra Accesso diretto:si	TAC, RM (presso SGB), Indagini liquorali, Indagini Genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: screening + approfondimento
<b>ASL TO4</b> Dr. Maurizio Ossola	Medico Infermiera	Alzheimer 55% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 28% altra demenza 22%: Malattia Alzheimer con encefalopatia vascolare	1012	MMG, Specialisti: Neurologo, no accesso diretto	Struttura ambulatoriale in un contesto di Poliambulatorio. Ospedali ASL TO4 quali strutture di riferimento per indagini strum., lab., radiol. Per le indagini psicometriche è attivata collaborazione con S.S. Psicologia di Ivrea. TAC, RM, SPECT, PET, Indagini Liquorali, Indagini neurofisiologiche, TEST: MMSE, test orologio e MODA.
<b>P.O. FATEBENE FRATELLI</b> Dott. Piero Secreto	8 Geriatri (rotaz.) 1 Neurologo 1 Psichiatra 2 Neuropsicologi 3 Infermieri 1 Ass. sociale	Alzheimer 45% Parkinsonismi 20% Demenza vasc. 25% altra demenza 10%	2467	MMG, Specialisti: Neurologo, Psichiatra, Geriatra Accesso diretto tramite reparto dedicato	TAC e RM (in convenzione), Indagini neurofisiologiche, TEST: MMSE, MOCA, Clox test, batterie neuropsicologiche di secondo livello.

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

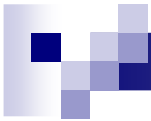
Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3

FEDERAZIONE  
TORINO OVEST

ASL - A.O.	EQUIPE	% pazienti	tot. pazienti	inviati	strumenti
<b>A.O. MAURIZIANO</b> Dr. Michele Maniscalco	2 neurologi infermiere ass. san. psicologi Logopedista Ass.soc. Psichiatra e Geriatra al bisogno	1 Alzheimer 65% 1 Parkinsonismi 5% 3 Demenza vasc. 20% altra demenza 10%	300	MMG, Specialisti (altre discipline) e accesso diretto	TAC, RM, SPECT, PET (eseguita all'esterno), Indagini liquorali (in parte inviate al M. Vittoria), Indagini genetiche (M. Vittoria), Indagini neurofisiologiche, TEST: racconto Babcock, PMC Raven matrici attentive, parole rey, coordinaz. Spaziale, fluenza verbale, span verbale, più altri al bisogno (fab, wais, giudizio verbale)
<b>A.O.U. S. LUIGI GONZAGA</b> Dr. Fausto Fantò	Medici Geriatri	Alzheimer 60% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 20% altra demenza 10%: demenze miste (vascolare - degenerativa)	600 *	MMG, Specialisti (tutti, compresi Psichiatri e Internisti)	TAC, RM, SPECT DATA SCAN, Indagini Liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, GDS, NPI, MODA, CDR
<b>ASL TO3</b> Dr. Emilio Luda	2 Neurologi, 1 Psicologo spec. convenz. 16h/sett., 1 Infermiere (solo in parte dedicata a UVA)	Alzheimer 50 - 55% Parkinsonismi 20 - 25% Levy body Demenza vasc. 15- 20% altra demenza 10% soprattutto FTD	circa 800	MMG, Specialisti (Neurologi, Geriatri), accesso diretto pochi	TAC, RM, Indagini Liquorali (lab. M. Vittoria o S. Luigi, per amiloide, Tan, P. TAV, 14,3,3), Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, MOCA, Matrici, Memoria di prosa, fluenza fonetica e ....., THT, FBI, Wisconsin
<b>ASL TO3</b> Dr. Silvio Venuti	2 Dirigenti Medici specialisti in geriatria	Alzheimer 42% Parkinsonismi 6% Demenza vasc. 36% altra demenza 16%	2614 (anno 2012)	MMG	TAC, RM, TEST: MMSE, Fluenza verbale, Clock drawin et al

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3

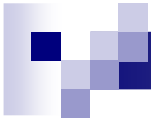


**FEDERAZIONE  
PIEMONTE  
NORD EST**

ASL - A.O.	EQUIPE	% pazienti	tot. pazienti	invianti	strumenti
<b>A.O.U. NO</b> Dott.ssa Emanuela Terazzi	neurologo e psicologo (in consulenza)	Alzheimer 60% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 20% altra demenza 5% (frontali, post traumatiche, reversibili)	800 circa	MMG, specialisti: neurologo, geriatra, internista, psichiatra. Accesso diretto: no.	TAC, RM, SPECT, PET, Indagini liquorali, Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, MOCA, MODA, FAB, WEIGL, ed
<b>ASL NO</b> Dott.ssa Godi	neurologo, psicologo, geriatra	Alzheimer 70% Parkinsonismi 8% Demenza vasc. 20% altra demenza 2%	725 (pz seguiti da Ospedale Borgomanero, Poliambulatorio di Novara, Borgomanero, RSA)	MMG	TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: Funzioni logico-deduttive, test per valutazione memoria/funzioni esecutive
<b>ASL BI Due UVA</b> Geriatra: Dr. Bernardino De Bernardi Neurologia: Dr. Graziano Gusmaroli	Medici specialisti, Infermieri, Neuropsicologo, Assistenti sociali	Alzheimer 52% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 41% altra demenza 2%	480	MMG e accesso diretto	TAC, RM, SPECT, Indagini liquorali con invio campioni di prelievo eseguiti in loco, Indagini neurofisiologiche, TEST: MMSE, ADAS COG., MODA, MOCA
<b>ASL VC</b> Dr.ssa Roberta Santamaria	neurologo, infermiere	Alzheimer 70% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 10% altra demenza 5%	1050	MMG, specialista: Geriatra	TAC, RM, Indagini liquorali, TEST neuropsicologici: MMS
<b>ASL VCO</b> Dr. Fabio Di Stefano	Specialista Geriatra o Neurologo, Infermiere, psicologo (non in ruolo). Collabora anche l'assistente sociale (come componente UVG), quando necessario.	Alzheimer 50% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 20% altra demenza 20%	1300 circa, in vario stadio di malattia: dal decadimento cognitivo lieve, non inquadrabile come demenza, alle forme più avanzate di pazienti gravemente compromessi	MMG invia oltre l'80-90% dei pz. Circa il 10% inviato da vari specialisti ospedalieri	TAC, RMN cerebrale, indagini liquorali, indagini genetiche SPECT e PET cerebrale, indagini neurofisiologiche, TEST neuropsicologici (MMSE, MOCA, MODA, ADAS, FAB, m. di Raven, test di fluency verbale, TMT A e B, Figura di Rey, Wisconsin Card Sortine Test) Per alcuni accertamenti strumentali i pazienti vengono inviati presso altre strutture.

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*



## FEDERAZIONE PIEMONTE SUD OVEST

ASL - A.O.	EQUIPE	% pazienti	tot. pazienti	inviati	strumenti
<b>A.O. CN</b> Dr. Luca Ambrogio, Dr.ssa Giorgetta Cappa	geriatri neurologi neuropsicologi (ASL CN1) infermieri	Alzheimer 50% Parkinsonismi 20% Demenza vasc. 20% altra demenza 10%	200 - 250	MMG, Specialista (Psichiatra)	TAC, RM, SPECT, PET, Indagini liquorali e Indagini genetiche (in parte inviate ad altri enti), Indagini neurofisiologiche, TEST: ADAS cog, MMSE, MODA, MOCA, SPMSQ ....., FAB, fluenza verbale, Full Battery, Neuropsicologo ASL CN1
<b>ASL CN1</b> (ambito ex ASL 16) Dr. Marotta Vincenzo	Neurologo, Psichiatra, Psicologo	Alzheimer 70,3% Parkinsonismi 9,7% Demenza vasc. 10% altra demenza 10%	340/anno 45,9% prime visite	MMG	TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: (Mini mental, ADAS)
<b>ASL CN1</b> (ambito ex ASL 17) Dr. Danilo Seliak	Neurologi, Geriatri	Alzheimer 60% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 25% altra demenza 5%	400 circa	MMG (amb. 1° livello), Specialisti: Neurologo, Geriatra (amb. 2° livello)	TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: (MMSE, TAB, MOCA, clock DA test, Geriatric depression, Hamilton -batteria completa solo per 2° livello-)
<b>ASL CN2</b> Dr. Giovanni Asteggiano	neurologi, psichiatri, geriatri	Alzheimer 50% Parkinsonismi 20% Demenza vasc. 20% altra demenza 10%	300 circa	MMG, Neurologo e accesso diretto	TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: (MMSE, Raven's matrices, FAB, MODA)

### **NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

## FEDERAZIONE PIEMONTE SUD EST

ASL - A.O.	EQUIPE	% pazienti	tot. pazienti	invianti	strumenti
<b>ASL AT</b> Dr. Marcello Francesconi	Geriatra, Neurologo, Infermiera, Neuropsicologa	Alzheimer 65% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 10% altra demenza 3% M.C.I. 7%	950 *	MMG	TAC, RM, TEST: MMSE, FAB, MOCA, ADAS
<b>A.O. AL</b> Dott.ssa Carla Ravera	1 medico, 2 psicologi (volontari), 1 infermiera (part time)	Alzheimer 50% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 10% altra demenza 25% comprese demenze miste	2000 circa	MMG e Neurologo	TAC, RM, Indagini liquorali (concentrate con lo specialista Neurologo), TEST: (MMSE, Clock Drawing test, MODA-MOCA, GDS, test memoria di prosa, ADL, IADL, NPI, Barthel Index, Figura di Rey, test gettoni, matrici attentive)
<b>ASL AL</b> Direttore della SOC Neurologia del P.O. Tortona- Novi	Neurologi della SOC Neurologia del P.O. Tortona- Novi, 1 Psichiatra P.O. Ovada e 1 neuropsicologo dell'ASL AL	Alzheimer 50% Demenza vasc. 40% altra demenza 10% I Parkinsonismi vengono seguiti in un ambulatorio apposito	700 in totale presso gli ambulatori dei P.O. di Novi, Tortona, Acqui e Ovada	MMG, Specialisti: Neurologi	TAC, RM, Indagini Liquorali, Indagini Neurofisiologiche TEST: MMSE, E.N.B.

### **NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

## GRUPPO DI LAVORO

I componenti del gruppo di lavoro:

Cognome e Nome	Qualifica	SC di appartenenza
Dott. Alessandro BONANSEA	Neuropsicologo - Referente del gruppo di lavoro	ASL TO3
Sig.ra Cinzia Cristina GAUDIANO	Responsabile del coordinamento progetti	A.Re.S.S.
Dott. Graziano GUSMAROLI	Medico Neurologo	Direttore S.C. Neurologia ASL BI
Dott. Cesare LIFFREDO	Dirigente Medico Psichiatra	ASL TO2
Dott.ssa Chiara RIVOIRO	Medico Neurologo	Nucleo tecnico HTA A.Re.S.S.
Prof.ssa Paola ROCCA	Prof. Straordinario di Psichiatria	Università di Torino Dipartimento Neuroscienze
Dott.ssa Graziella ROSSI	Medico Geriatria	già Direttore S.C. Geriatria ASL TO3
Dott. Silvio VENUTI	Medico Psichiatra	Direttore STCC ASL TO3

### **NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

Hanno collaborato:

Cognome e Nome	Qualifica	SC di appartenenza
Dott.ssa Barbara CRIVELLI	Psicologo Clinico Psicoterapeuta	Università di Torino Dipartimento Neuroscienze
Dott.ssa Federica GALLO	Neuropsicologo	ASL TO3
Dott. Daniele IMPERIALE	Medico Neurologo e Genetista	ASL TO2
Dott.ssa Silvia PILON	Medico Geriatra	ASL TO3
Dott.ssa Mara RAVAGNANI	Medico Neurologo	S.C. Neurologia ASL BI

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

## LISTA DI DISTRIBUZIONE

Qualifica	Struttura
Direttore Generale	ASL – A.O.
Direttore Sanitario	ASL – A.O.
Direttore S.C.	Geriatria, Neurologia, Psichiatria, Psicologia
Direttore	Direzione Medica Ospedale
Direttore Distretto	ASL

### **NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*



## SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE

La costruzione di un percorso per la diagnosi precoce delle demenze risponde al mandato dell'Assessorato alla Salute della nostra Regione di adempiere a quanto previsto nei Piani di Prevenzione 2010-2012 e 2013-2015, per quanto stabilito rispetto alle azioni di prevenzione per le malattie neurologiche.

La scelta di attivare nella nostra Regione un percorso specifico di diagnosi precoce delle demenze trova fondamento nel quadro epidemiologico attuale. I dati di letteratura concordano nel ritenere che l'età sia il principale fattore di rischio per lo sviluppo di demenza, in questo senso la nostra Regione ha un primato in Italia: il Piemonte è una delle regioni italiane nelle quali si vive più a lungo. Gli ultra65enni sono il 22,7% della popolazione, contro una media nazionale del 20%. Complessivamente, gli ultra65enni sono, in Piemonte, circa 1 milione. La provincia di Torino è fra le più giovani del Piemonte (insieme a Novara) ma, all'interno della provincia, la Città di Torino fa rilevare una presenza di anziani superiore ai valori medi regionali. La provincia piemontese con la più elevata percentuale di anziani è invece Alessandria (26% dei residenti totali), seguita da Vercelli (25%).

Secondo l'Istat, in Italia, la popolazione ultra65enne è pari a 11,9 milioni di persone, il 20,1% del totale. E' un valore quasi doppio rispetto a quello registrato meno di quaranta anni fa, nel censimento del 1971, quando gli anziani erano solo l'11,3% della popolazione. Ancora più consistente risulta nello stesso periodo l'evoluzione del numero dei "grandi anziani", gli ultra75enni, il cui numero si è quasi triplicato in valore assoluto (da meno di 2,1 milioni ad oltre 5,7 milioni), passando dal 3,9% al 9,6% della popolazione complessiva.

In termini percentuali, i valori italiani odierni non hanno equivalenti nell'Unione Europea ed è atteso un loro ulteriore consistente incremento entro il 2040, quando gli over 65 potrebbero raggiungere il 31,3% e gli over 75 il 16,6% del totale (Istat, 2009).

Recentissime stime di prevalenza della demenza, ottenute dalla revisione sistematica e di metanalisi condotta da Prince et al (2012), calcolano nella popolazione ultra sessantenne europea una prevalenza del 5.78% di patologie dementigene.

Se applichiamo tali percentuali alla nostra Regione ne consegue che, su una popolazione che nel 2011 era pari a 1.313.690 persone ultrasessantenni (739.874 femmine e 573.816 maschi), circa 75 mila persone erano affette da una qualche forma di demenza.

Nella nostra Regione si stimano circa 4.600 casi prevalenti di demenza nella fascia d'età 60-64 anni, 3.200 casi nella fascia d'età 65-70, 10.500 casi nella fascia 70-74, circa 14 300 casi nella fascia d'età dai 75 ai 79 anni, 21.000 casi nella fascia 80-84 anni, 22.400 casi nella fascia 85-89 anni, 10.463 casi nella fascia 90-94 anni e circa 5.000 casi tra i cittadini residenti con più di 95 anni.

In sintesi, i criteri che sostengono la scelta della diagnosi precoce della demenza, quale problematica clinica oggetto del PDTA, possono essere così schematizzati:

1. impegno appropriato di risorse professionali e tecnico-strumentali all'interno dei Servizi in risposta alla problematica di salute;
2. gravi conseguenze per la salute derivanti da carente o inappropriato intervento di gestione del paziente con diagnosi tardiva di demenza;
3. impatto della malattia sul paziente e sulla famiglia, con conseguente necessità di interventi di rete;
4. errore nella diagnosi o ritardo nell'invio ai centri specialistici di riferimento;
5. necessità di implementare modelli di integrazione degli interventi tra differenti Servizi;
6. importanti implicazioni sociali ed esistenziali legate alle manifestazioni cliniche della malattia

## LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

Tra le prime e più autorevoli linee guida vi sono quelle dell' American Academy of Neurology (Doody RS et al., 2001; Knopman DS et al., 2001; Petersen RC et al., 2001).

Gli autori concludono che la malattia di Alzheimer (MA) dovrebbe essere diagnosticata e trattata nelle fasi più precoci possibili.

Una recente revisione sistematica della letteratura (Jean L et al., 2010) evidenzia la rilevanza degli interventi di stimolazione cognitiva sui soggetti con MCI.

In particolar modo i dati hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo sulle misure della memoria, qualità della vita e umore (beneficio osservato nel 49% circa di soggetti sottoposti a trattamento di stimolazione cognitiva).



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

✓Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, Ngandu T, Lehtisalo J, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Nissinen A, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg T, Tuomilehto J, Soininen H. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimers Dement.* 2013 Jan 16

✓Solomon A, Kivipelto M, Soininen H. Prevention of Alzheimer's Disease: Moving Backward through the Lifespan. *Alzheimers Dis.* 2013; 33 Suppl 1: S 465 – 9.

## TERMINI UTILIZZATI

TERMINE	DESCRIZIONE
Linee guida	Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso uno specifico percorso metodologico che include una revisione sistematica delle informazioni scientifiche disponibili e la interpretazione multidisciplinare e multiprofessionale di queste ultime. Il loro obiettivo è indirizzare le decisioni cliniche in modo da favorire l'impiego di interventi di documentata efficacia nelle circostanze cliniche e nei contesti organizzativi appropriati.
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali	Contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono quindi documenti locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, descrivono rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione e permettono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità.
Indicatore	Variabili ad alto contenuto informativo, che consentono la valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni.
Valore osservato o misura dell'indicatore	Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento
Soglia o standard dell'indicatore	Valore misurabile di performance che descrive la qualità delle cure da raggiungere sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili o, nel caso queste non lo siano, sulla base dell'opinione degli esperti. E' caratterizzato da: livello minimo accettabile, livello di eccellenza, range di accettabilità.
ADL	Activities of daily living
IADL	Instrumental activities of daily living
MMSE	Mini Mental State Examination, il più comune test di screening per le funzioni cognitive. E' costituito da 30 items che fanno riferimento a 7 aree cognitive differenti: orientamento spazio-temporale, attenzione e calcolo, memoria e rievocazione, linguaggio, prassia costruttiva. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0 ed un massimo di 30 punti.
ADAS-Cog	Alzheimer's Disease Assessment Scale, una scala per la valutazione clinica di malati con demenza, concepita come uno strumento in grado di dare una valutazione specifica della gravità dei disturbi sia di tipo cognitivo che non cognitivo dei pazienti con demenza e permette di valutarne l'andamento nel tempo
MoCA	Montreal Cognitive Assessment, progettato come strumento per un rapido screening del deterioramento cognitivo lieve. Valuta diversi domini cognitivi: attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuocostruttive, astrazione, calcolo e orientamento. Il massimo punteggio possibile è 30 punti.
MODA	Milan Overall Dementia Assessment, permette di ottenere una qualificazione delle funzioni cognitive di un paziente che viene esaminato per un sospetto di demenza. Lo strumento possiede, inoltre, i requisiti richiesti da una rating scale e da uno strumento di screening cognitivo facilmente utilizzabile nella quotidianità clinica, anche al letto del paziente.
UVA	Unità di Valutazione Alzheimer
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica

### NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE

Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3

## CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI

Le persone che possono beneficiare di tale approccio tempestivo, attraverso la presa in carico da parte delle strutture competenti per la conferma diagnostica (Unità di Valutazione Alzheimer), sono persone affette da compromissione episodica o persistente delle funzioni cognitive-percettive o della sfera emotiva affettiva, tale compromissione è soggettiva o riferita da persone vicine al paziente.

## DESCRIZIONE GENERALE DEL PERCORSO: OBIETTIVO, FASI E TRAGUARDI CLINICO-ASSISTENZIALI

Gli snodi principali della presa in carico di una persona con sospetto diagnostico di patologia dementigena sono rappresentati da:

- ***Prima valutazione da parte del Medico di Medicina Generale (MMG):***  
il paziente si reca presso l'Ambulatorio del MMG. Il presente PDTA suggerisce l'utilizzo, presso l'Ambulatorio del MMG, del Questionario per lo Screening della Demenza S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener, quale strumento di primo screening nella valutazione di un sospetto diagnostico di patologia dementigena. A fronte del quadro clinico e dei risultati del questionario, il MMG suggerisce o meno la visita presso l'UVA competente. Il primo invio all'UVA può avvenire anche da parte di altri specialisti che abbiano ravvisato il sospetto diagnostico di demenza in un paziente in cura per altre motivazioni presso di loro.

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

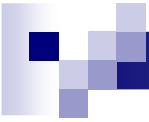
*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*

- *Prenotazione presso il CUP di una prima visita presso l'UVA territorialmente competente:*

il paziente, attraverso prenotazione telefonica o recandosi allo sportello CUP presso l'ASL di appartenenza, ottiene la data per la prima visita per sospetto diagnostico di demenza presso l'UVA competente

- *Preso in carico del paziente presso l'ambulatorio Unità Valutazione Alzheimer (UVA):*

il paziente viene sottoposto alla prima valutazione diagnostica presso l'UVA competente e contestualmente alla valutazione neuropsicologica



Se il paziente non presenta caratteristiche tali da indurre una valutazione diagnostica più approfondita viene suggerita una fase di:

- *osservazione e follow up dopo 6 mesi presso l'UVA competente*

- Se il paziente, alla prima visita presso l'UVA, presenta elementi clinici compatibili con una patologia psichiatrica, l'UVA stessa indirizza il paziente alla specifica presa in carico da parte degli specialisti psichiatri per la *valutazione psichiatrica del caso*

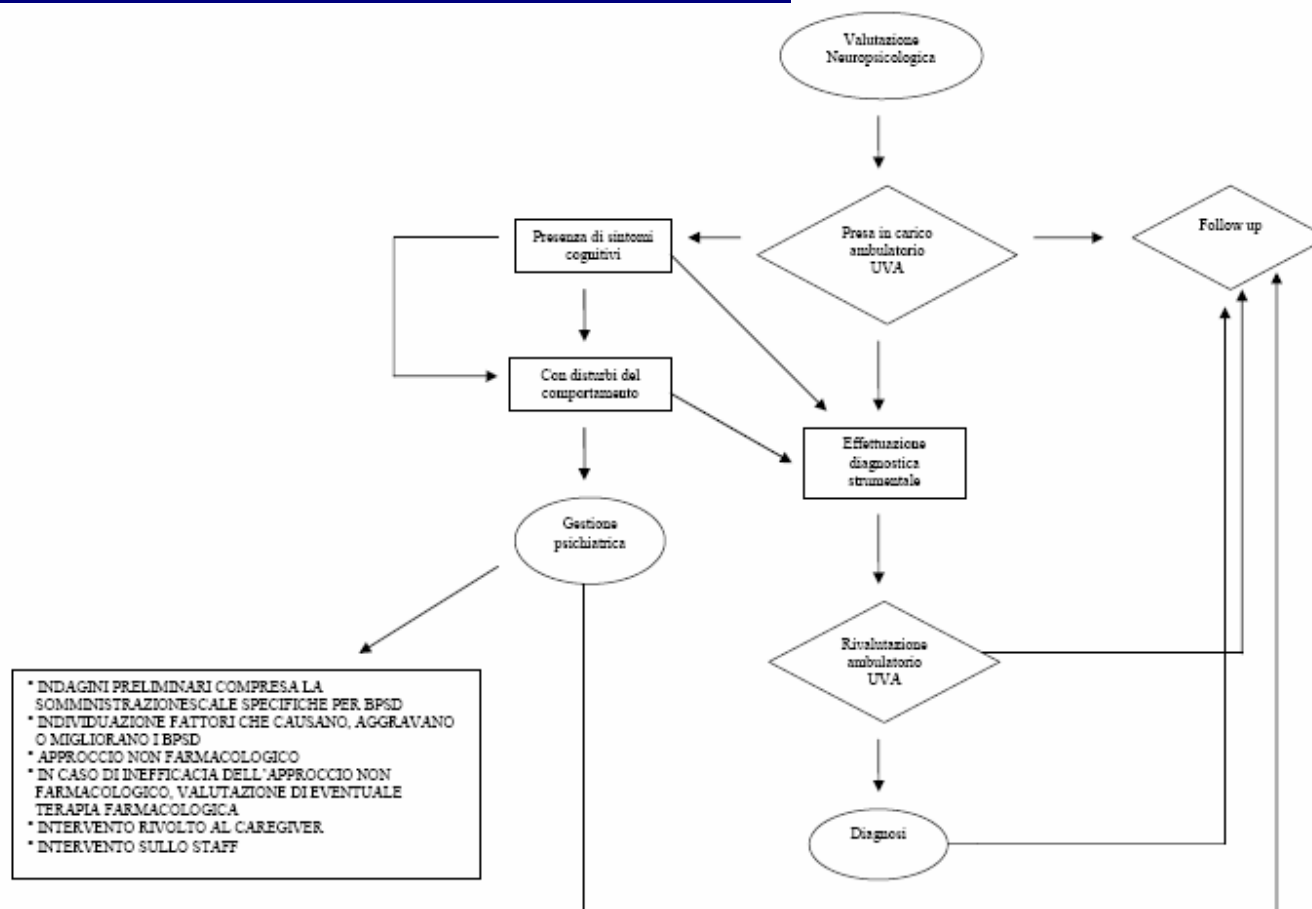


- Se il paziente, alla prima visita presso l'UVA, presenta elementi clinici compatibili con una patologia neurologica, l'UVA stessa indirizza il paziente alla specifica presa in carico da parte degli specialisti neurologi per la *valutazione neurologica del caso*

- Se il paziente presenta elementi clinici che depongono per una forma dementigena si passa alla *fase dell'approfondimento diagnostico* attraverso la diagnostica strumentale

- Ottenuti i risultati degli esami strumentali, il paziente viene sottoposto alla *rivalutazione presso l' UVA* competente al fine di giungere alla definizione diagnostica, all'impostazione della terapia necessaria e alla pianificazione del follow up. Il paziente verrà inoltre invitato a rivolgersi nuovamente al Medico di medicina generale affinché si instauri uno stretto raccordo con gli specialisti dell'UVA per la presa in carico globale del paziente stesso. Il MMG provvederà all'aggiornamento diagnostico, alla prescrizione della terapia specifica e al monitoraggio del paziente qualora vi fossero variazioni del quadro clinico significative per ulteriori accertamenti o rivalutazione da parte dell'UVA.

## FLOW-CHART TRATTAMENTO DEI PAZIENTI DEMENTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO



### **NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3

## **Delirium come prodromo di patologia dementigena.**

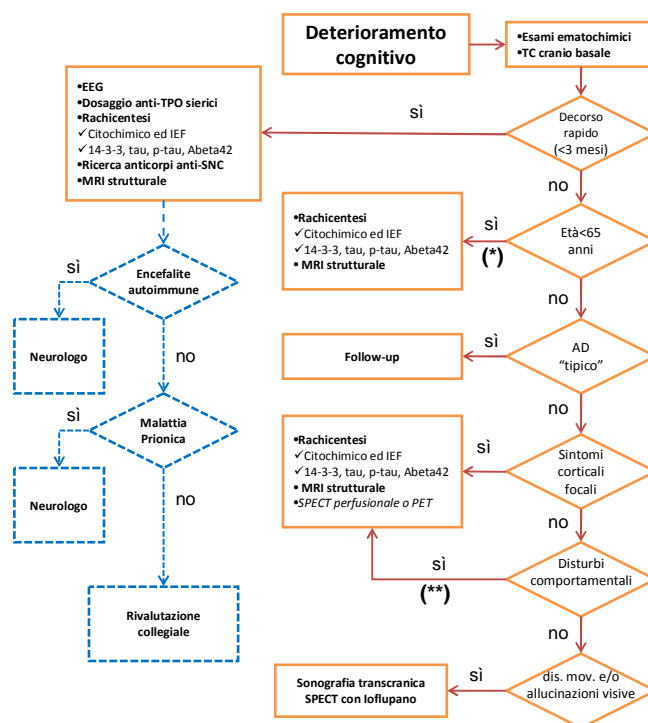
Il delirium è una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto e subacuto, con ripercussioni sulla cognitività e le capacità percettive.

La demenza è uno dei fattori predisponenti più importanti; infatti il 45% dei pazienti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium. C'è crescente evidenza che il delirium possa presentare un segno premonitore di demenza sottostante.

Il delirium può peggiorare la prognosi della demenza.

Sulla base delle indicazioni internazionali, il seguente schema propone metodiche diagnostiche da utilizzare a fronte dello specifico quadro clinico del paziente preso in

carico.  
**Flow-chart**  
**Diagnostica strumentale**



(\*) valutare eventuali indicazioni ad indagini genetiche (vedi pag. ...)

(\*\*) cfr. flow-chart gestione BPSD

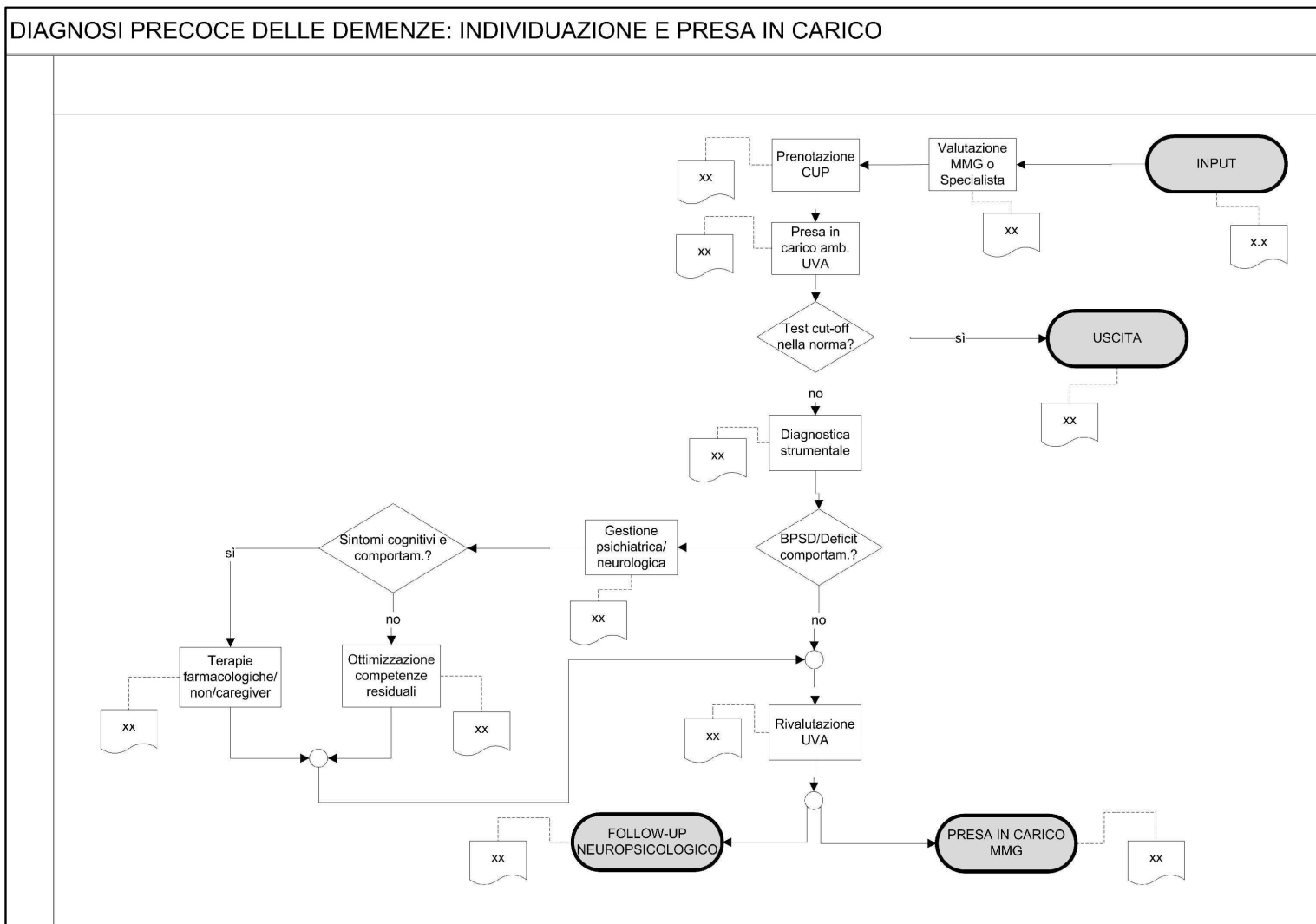
## **Schema di protocollo d'intesa tra Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) e Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) Regione Piemonte**

### **OBIETTIVI DEL PROTOCOLLO D'INTESA**

- Aumentare il grado di flessibilità della rete mediante l'interazione tra le sue unità valutative che si concretizza con la segnalazione alla UVA della persona con patologia dementigena ed alla UVG del bisogno rilevato
- Adeguare i servizi ai nuovi bisogni
- Conoscere e monitorare la domanda attuale e potenziale
- Consolidare la pratica della progettazione individualizzata dell'intervento assistenziale
- Qualificare l'intervento di tutti i servizi in direzione dei bisogni espressi dagli anziani affetti da demenza e dalle loro famiglie



DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE: INDIVIDUAZIONE E PRESA IN CARICO



**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3



## INDICATORI CLINICI ED ORGANIZZATIVI

Nella tabella sono elencati gli indicatori clinici ed organizzativi da utilizzare ai fini della valutazione interna ed esterna.

Indicatore	Numeratore	Denominatore
Tempo di attesa medio per 1° visita UVA	Giorni di attesa al CUP	Numero 1° visite per ASL/A.O.
Collegamento con UVG	Numero di protocolli siglati	Numero di UVA
Pz. con diagnosi precoce individuati/anno	Numero pz. diagnosi precoce	Accesso 1° visita
Esami del liquor	Numero di rachicentesi Vs 1° visita con deterioramento cognitivo	Numero 1° visite positive per deterioramento cognitivo
Giornate apertura UVA	Numero di visite alla settimana	200 giorni/anno

## IMPLEMENTAZIONE DEL PTDA

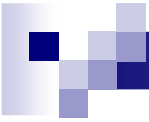
La fase è molto importante in quanto permette che il Percorso relativo alla presente best practice sia adeguatamente diffuso e conosciuto da tutti gli utilizzatori.

Il Percorso viene diffuso agli utilizzatori con una specifica lista di distribuzione, viene inserito nell'Intranet aziendale e sono organizzati riunioni, seminari, corsi di formazione allo scopo di informare il maggior numero di operatori.

## AUDIT

Il processo dell' Audit Clinico è un tipico intervento di valutazione e miglioramento della Qualità e può essere rappresentato come un "ciclo", costituito da alcuni passaggi chiave:

- identificazione di ambito e scopo dell' Audit clinico
- definizione di criteri, indicatori e standard
- osservazione della pratica e raccolta dei dati
- confronto dei risultati con gli standard
- realizzazione del cambiamento (azioni correttive)
- valutazione dell' impatto



# GRAZIE PER L'ATTENZIONE

**NEUROPSICOLOGIA DELLE DEMENZE**

*Alessandro Bonansea, Coordinatore Tavolo A.Re.S.S. "Diagnosi precoce delle demenze"  
Dirigente Psicologo, DSM – ASL TO3*