

LE CURE PER LE PROBLEMATICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DELL'ANZIANO

RISULTATI DI UNA INDAGINE SIGG & AIP

Dottorssa Maria Camilla Cipriani
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

LA COMPLESSITA' DEL CERVELLO:

I suoi **strumenti**: 100 miliardi di neuroni e un numero incalcolabile di connessioni.

Il suo **linguaggio**: minime correnti elettriche e circa 50 sostanze chimiche.

Le sue **funzioni**: sovrintendere il lavoro dell'organismo, elaborare i segnali in arrivo dall'esterno, immagazzinare i ricordi e, soprattutto, permetterci di ragionare.

Invecchiamento cerebrale I

A partire dai 30 anni il nostro cervello comincia a perdere, per un processo di morte cellulare programmata (apoptosi), un numero di neuroni progressivamente maggiore.....

FINO A CENTOMILA AL GIORNO >70 ANNI

Dai 30 ai 75 anni il cervello perde fino al 10% del suo peso e fino al 20% del suo rifornimento di sangue.

Invecchiamento cerebrale II

- Fisiologica modificazione dello stato cognitivo
- Rallentamento dei processi di apprendimento
- Rallentamento della velocità di esecuzione delle prove di performance
- Deficit di memoria

RIDONDANZA

PLASTICITA'

QUESTE MODIFICAZIONI SONO STABILI

NON INFLUENZANO L'AUTONOMIA FUNZIONALE DELL'ANZIANO NELLA VITA QUOTIDIANA

Gli studi più recenti smentiscono l'assunto che l'invecchiamento si debba sempre accompagnare a declino di tutte le funzioni cognitive

**L'INVECCHIAMENTO CEREBRALE
SENZA DEMENZA E' REALIZZABILE**

Disturbi cognitivi in età geriatrica

- Fragilità cognitiva
- Disturbo soggettivo di memoria
- Mild cognitive impairment
- Disturbo cognitivo lieve

- Disturbo neurocognitivo maggiore
- Demenza

- La disfunzione cognitiva post-operatoria (POCD)
- Delirium

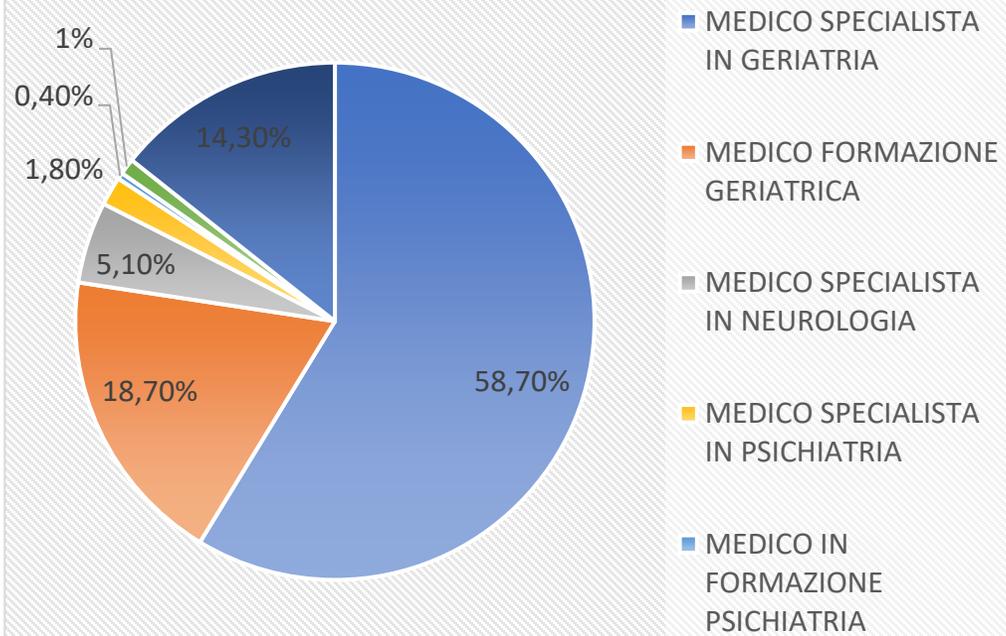
Survey SIGG-AIP

Questionario conoscitivo
sull'inquadramento diagnostico
e sulla gestione dei deficit
cognitivi dell'anziano

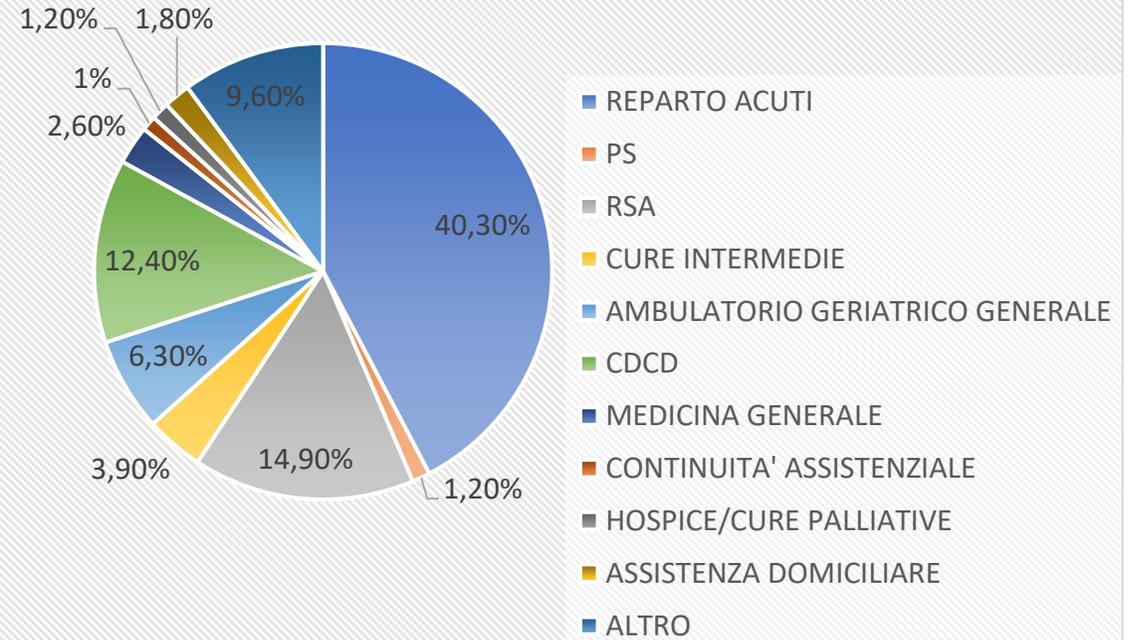


RISULTATI	
Questionari raccolti	610
Questionari completati	487
Età media	46 anni
Sesso Femminile	60.2%
Anzianità lavorativa	43,2 % > 20 anni

Titolo professionale

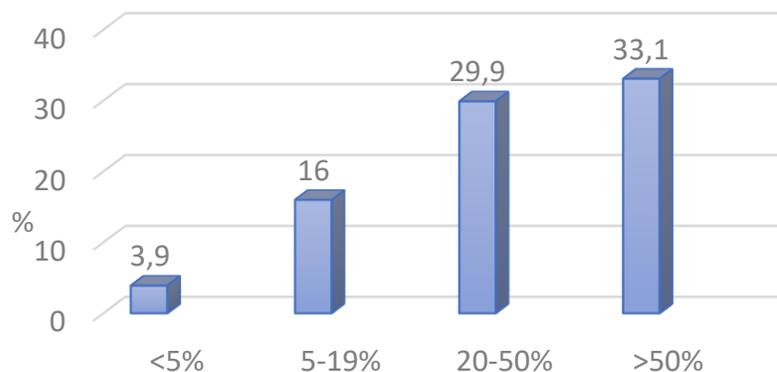


Setting lavorativo

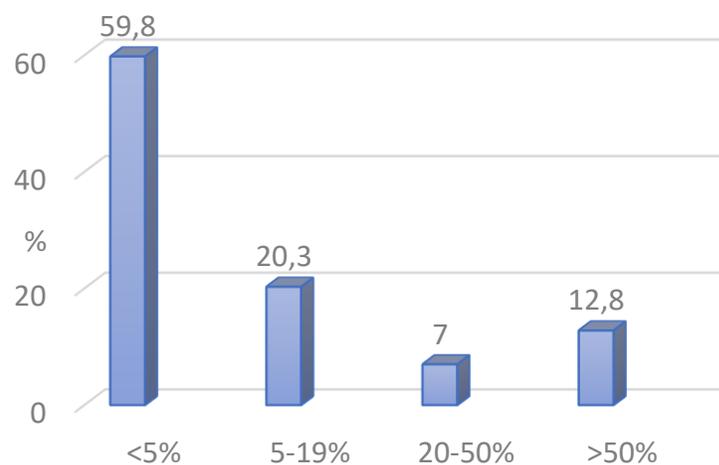


- **Elevata percentuale di pazienti con deficit cognitivo lieve senza una diagnosi formale, senza valutazione neuropsicologica e diagnostica radiologica**

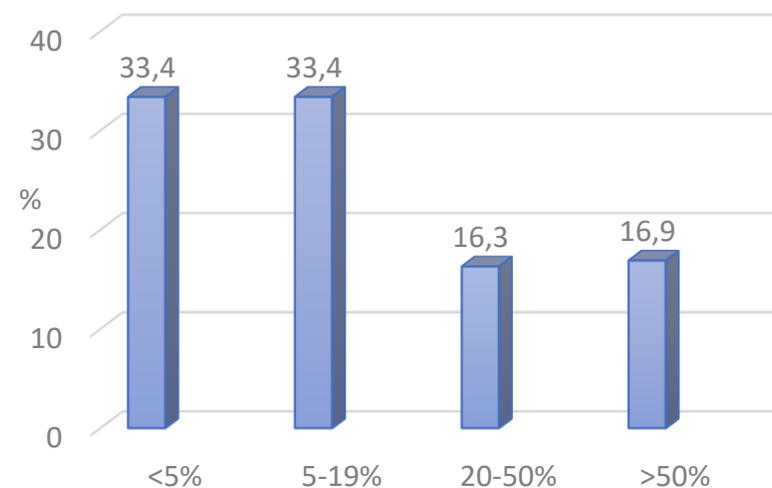
Assenza di diagnosi formale di demenza



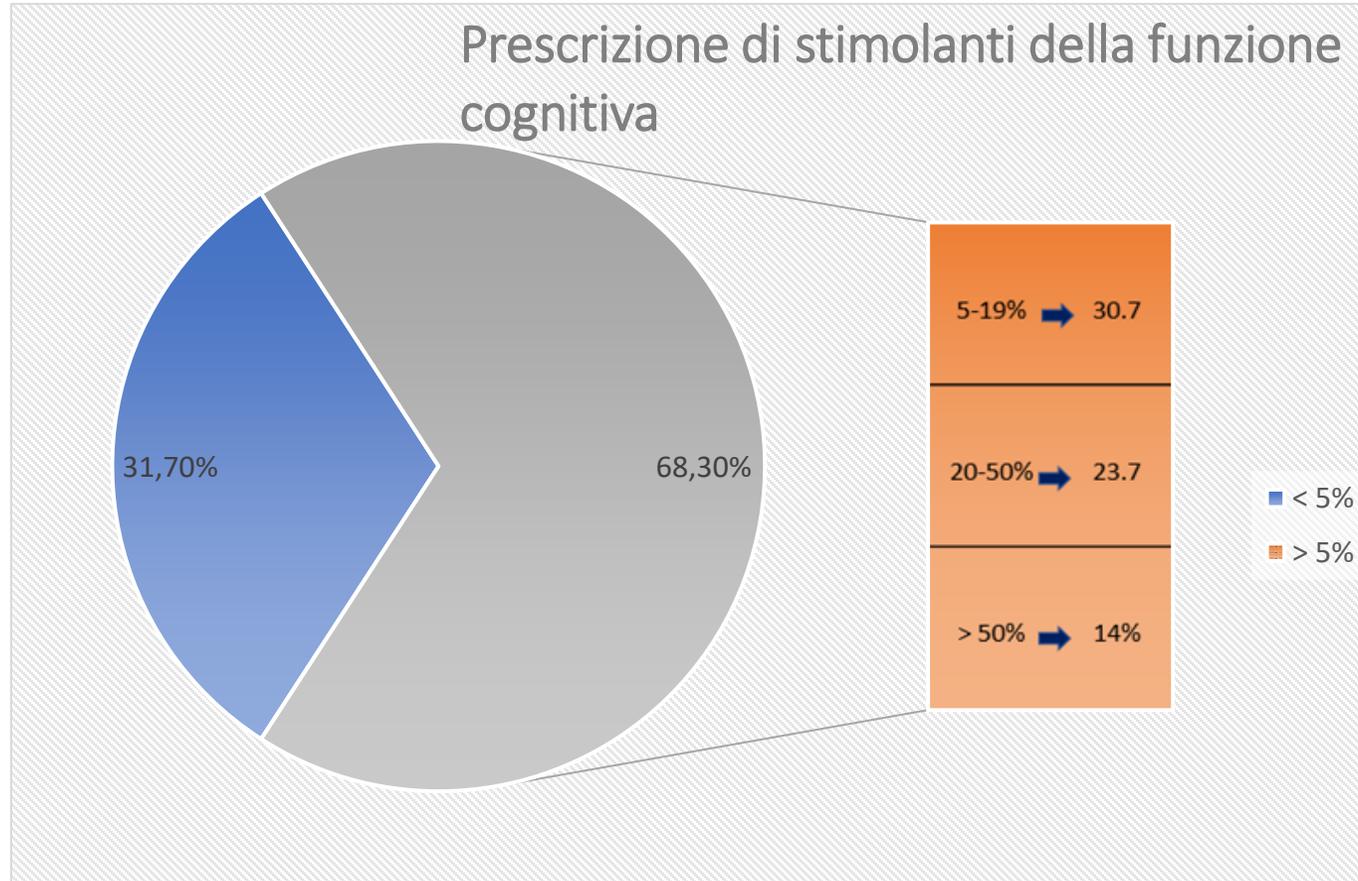
Presenza di valutazione neuropsicologica



Assenza di diagnostica per immagini

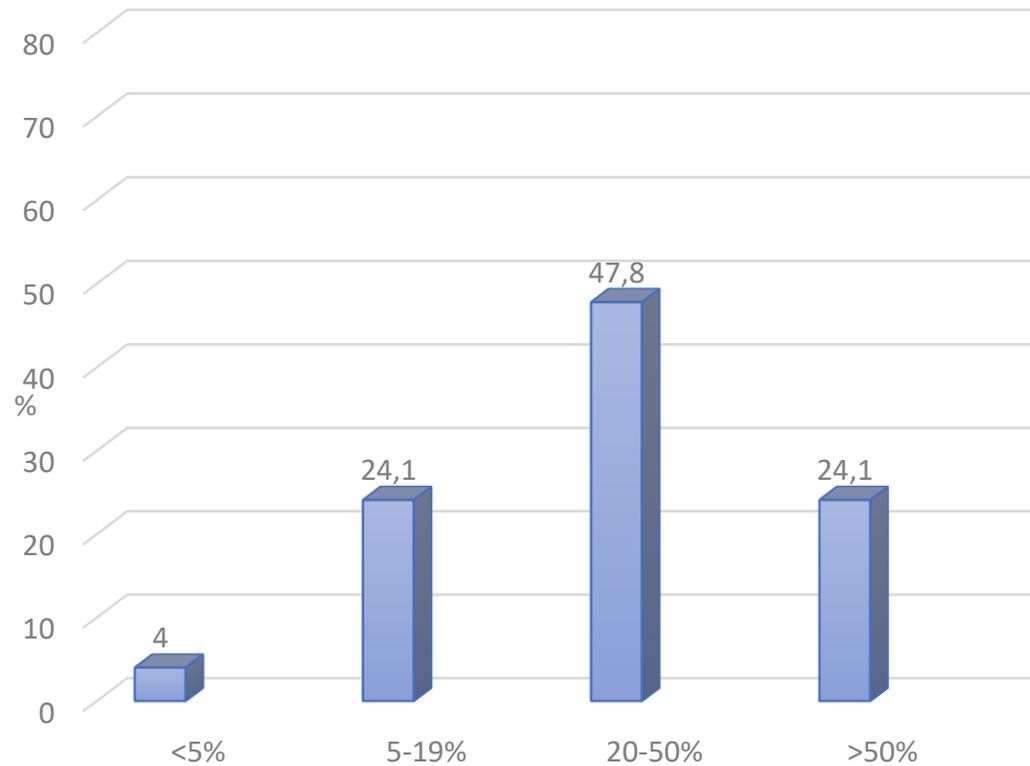


- **Discreto ricorso alla prescrizione di integratori o medicinali stimolanti la funzione cognitiva**

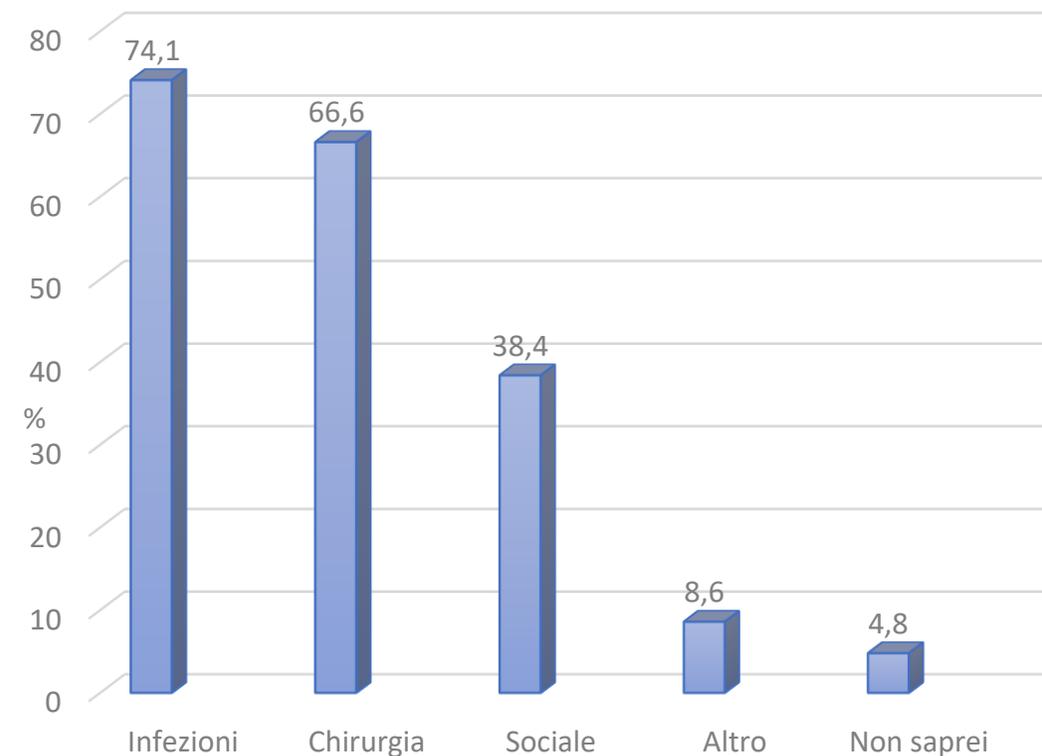


- Alta percentuale di pazienti che manifestano o peggiorano un disturbo cognitivo a seguito di un ricovero ospedaliero, in particolare per condizioni infettive ed interventi chirurgici

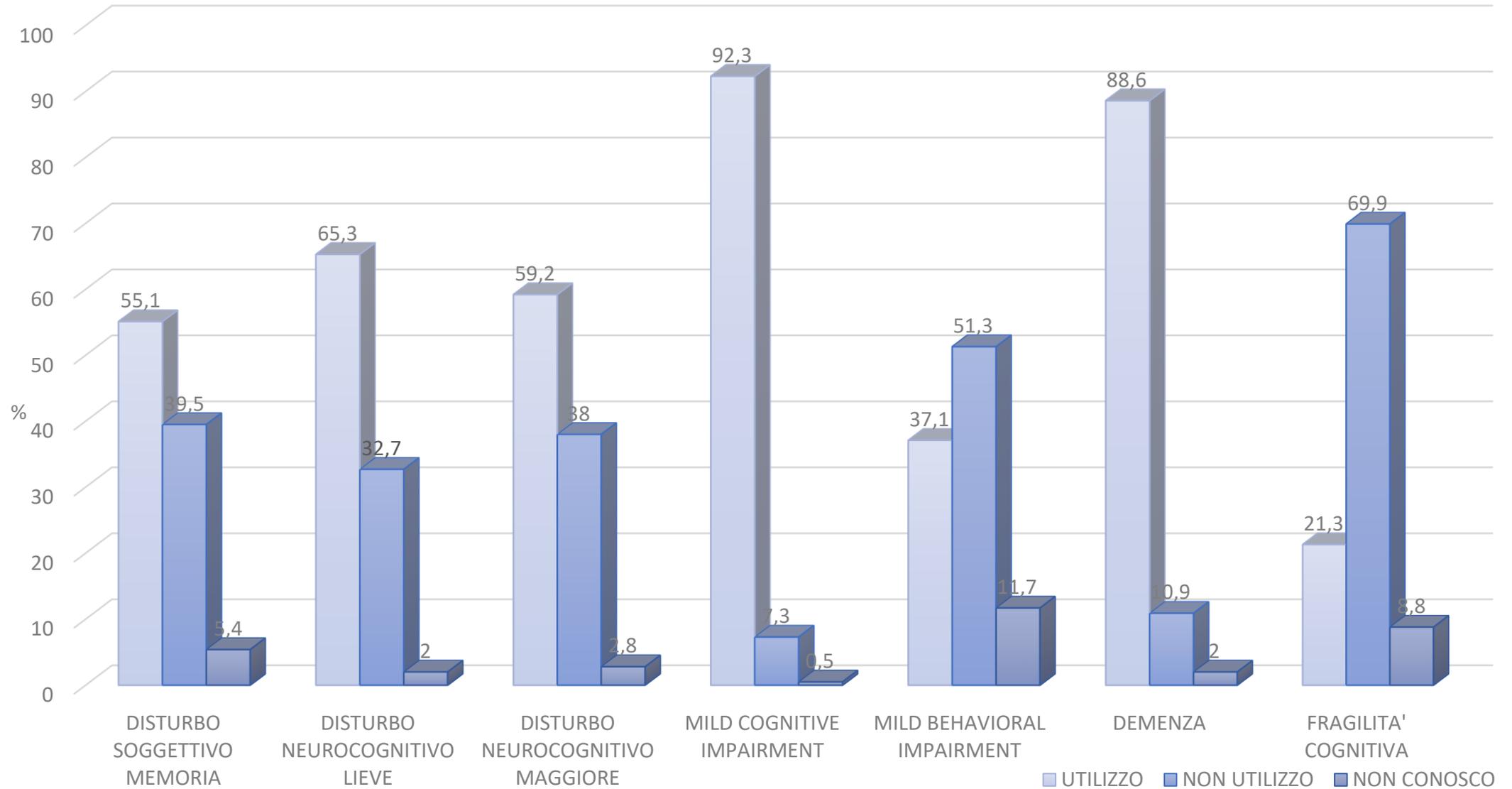
Disturbo cognitivo ed ospedalizzazione



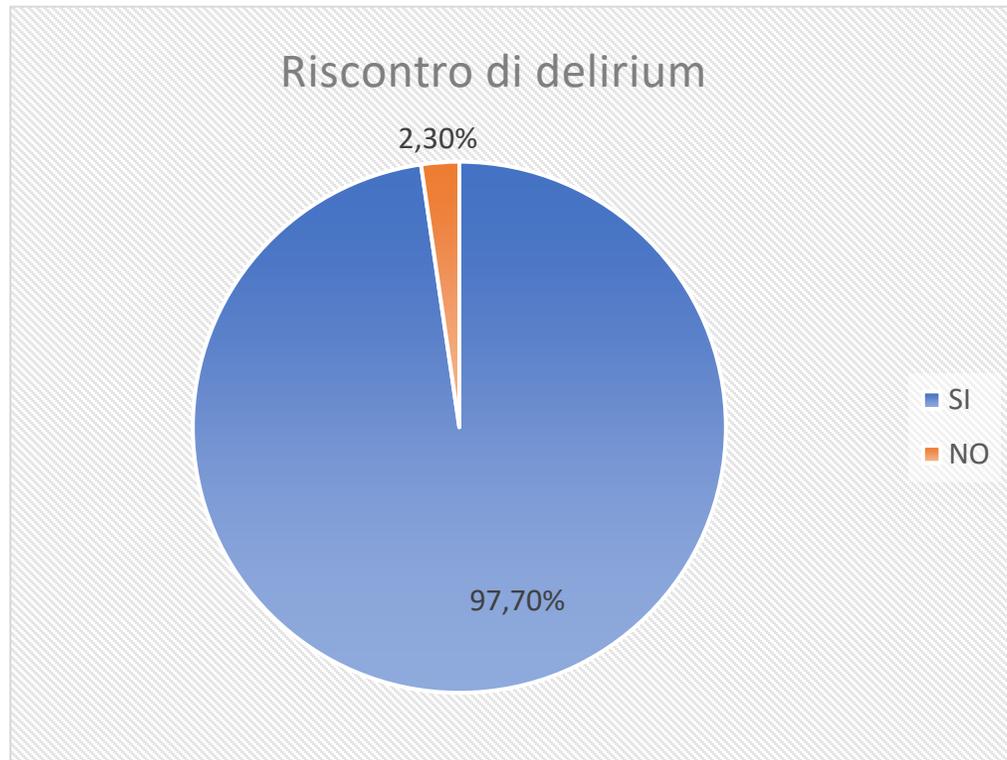
Condizioni associate a disturbo cognitivo intraospedaliero



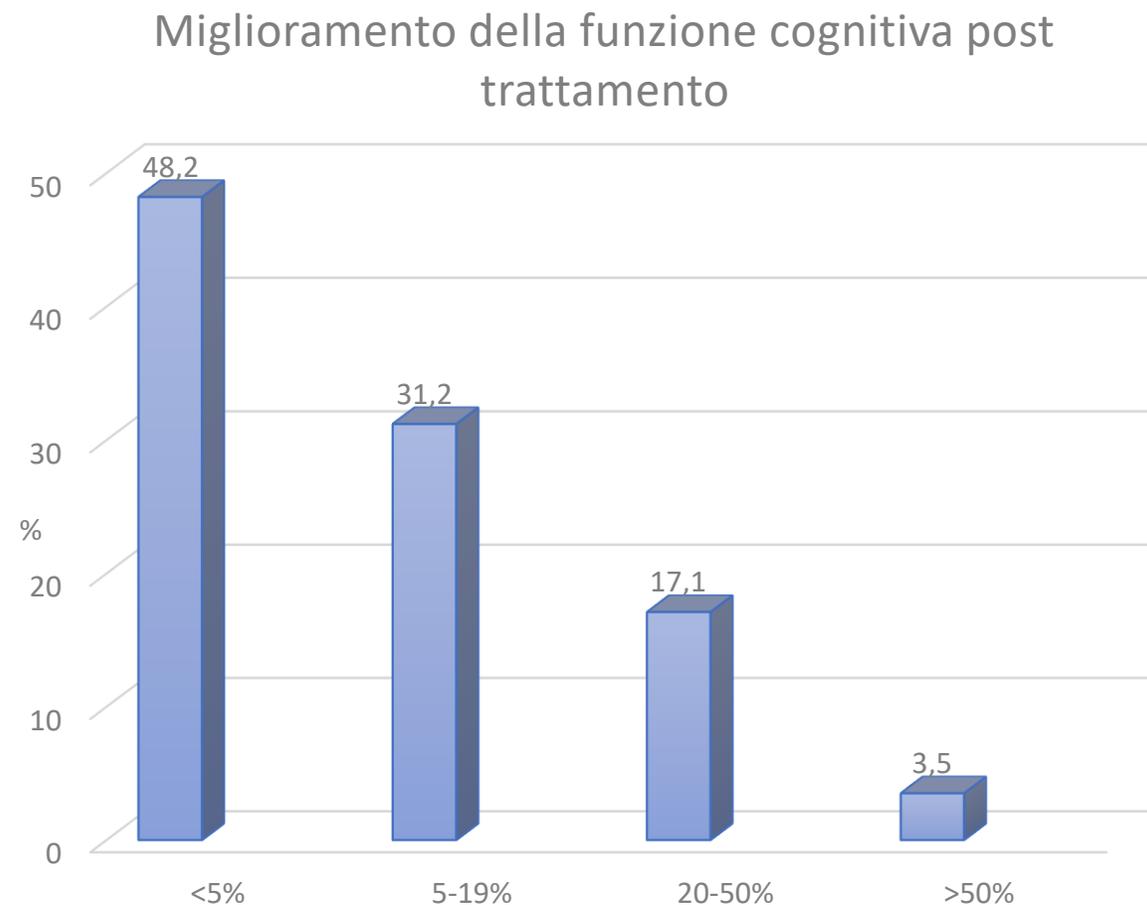
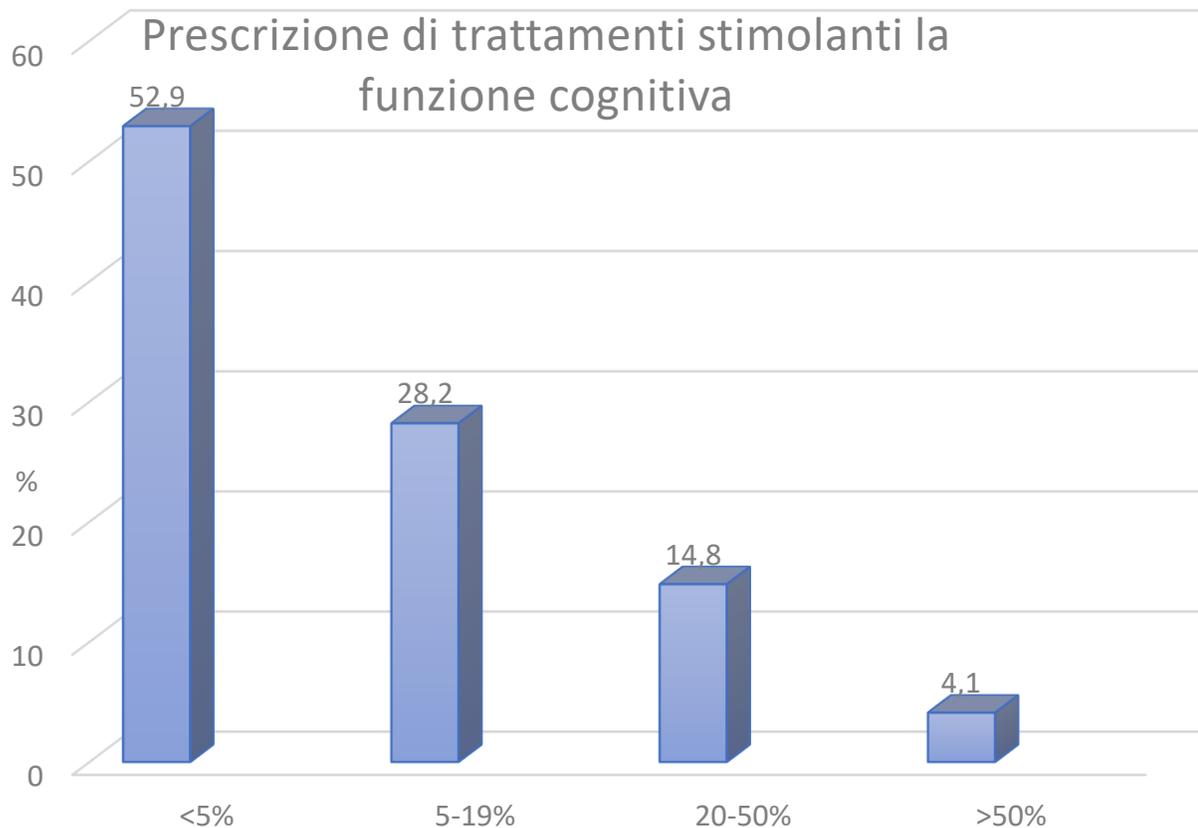
Terminologia utilizzata



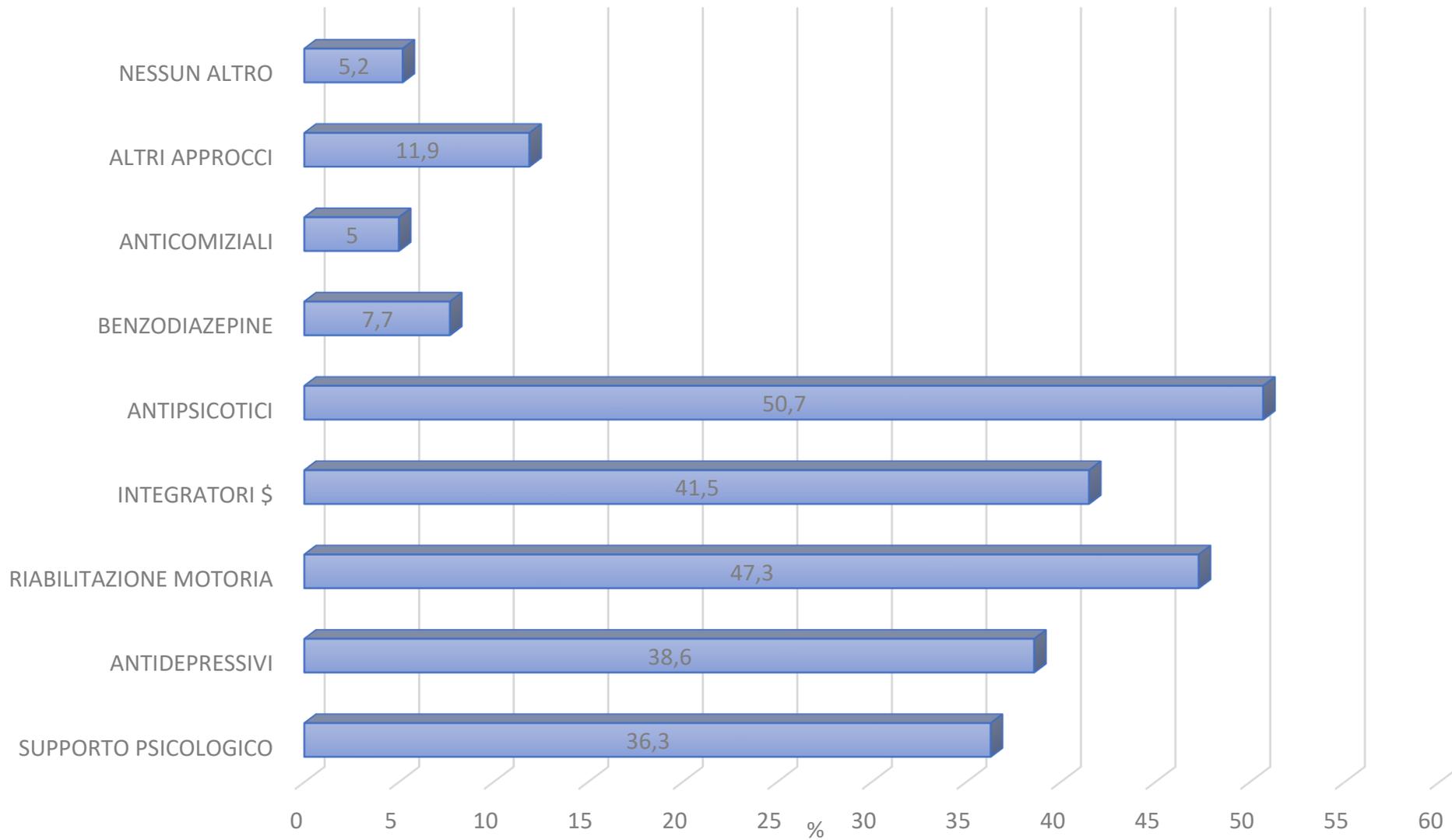
- La quasi totalità del campione ha riscontrato nella propria pratica clinica episodi di delirium



- **Limitato utilizzo, dopo la risoluzione del delirium, di trattamenti volti a stimolare la funzione cognitiva, e risposta insoddisfacente**

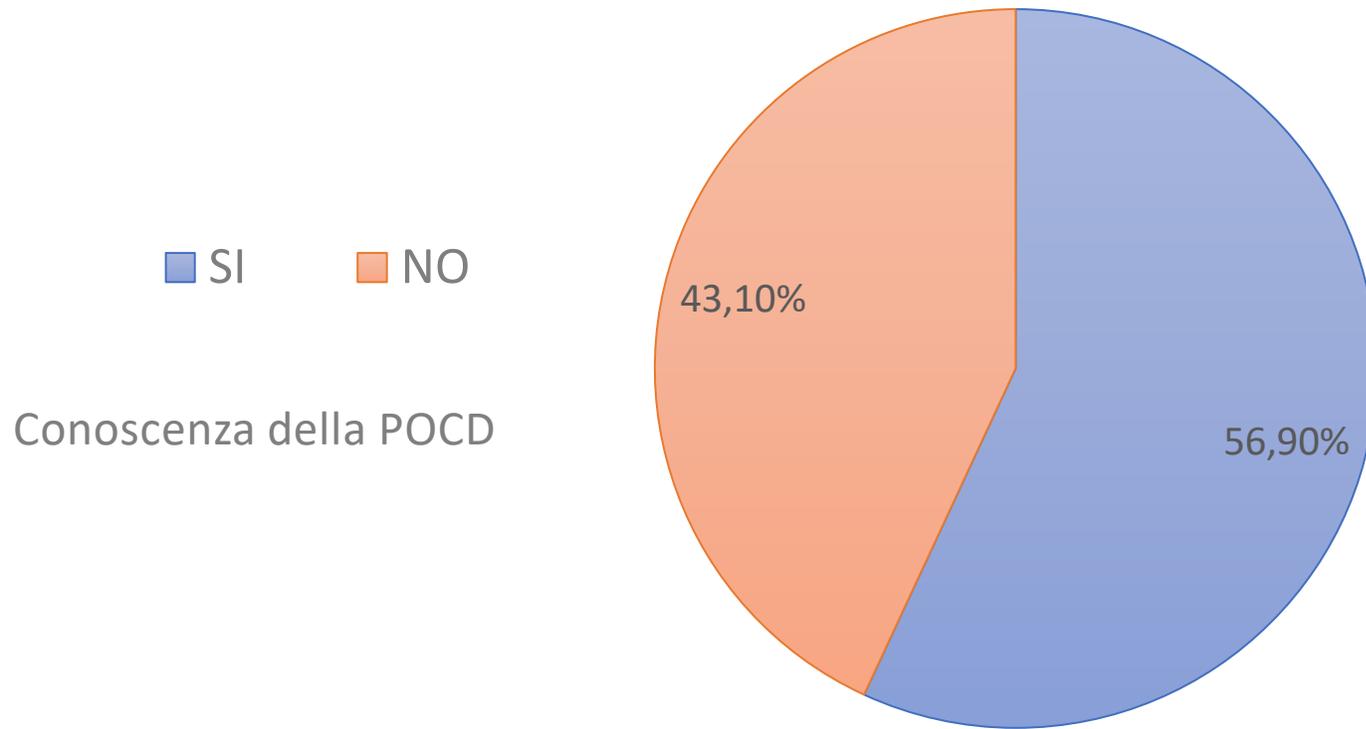


Approcci terapeutici utilizzati

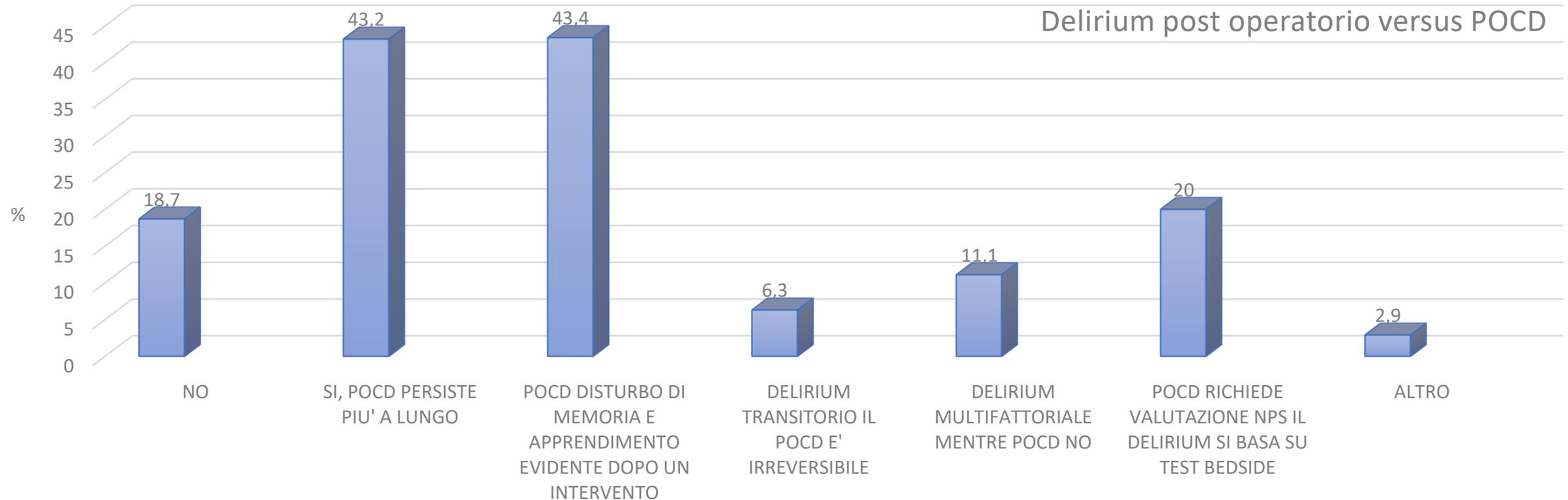


§SUPPORTO NUTRACEUTICO-PRECURSORI COLINERGICI-ESTRATTI FITOTERAPICI

• Solo poco più della metà degli intervistati conosce la Post-Operative Cognitive Dysfunction (POCD)

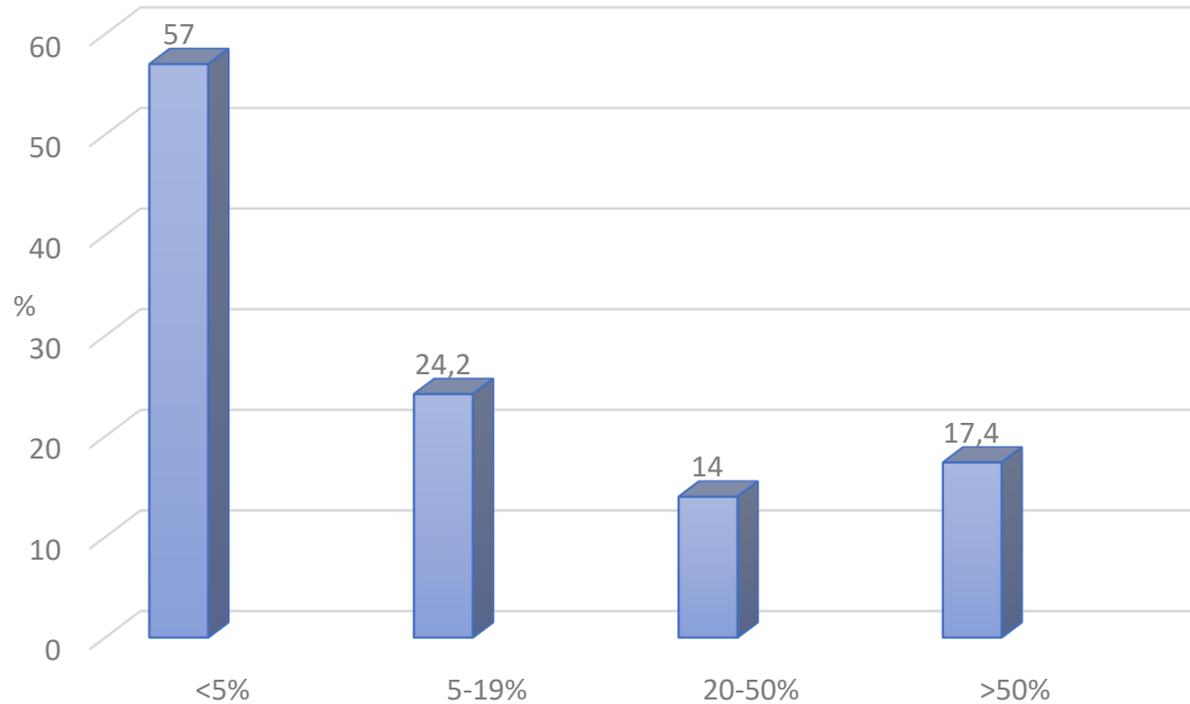


- **Sebbene la condizione di POCD, Post-Operative Cognitive Dysfunction, sia conosciuta, resta da diffondere e approfondire la sua definizione**

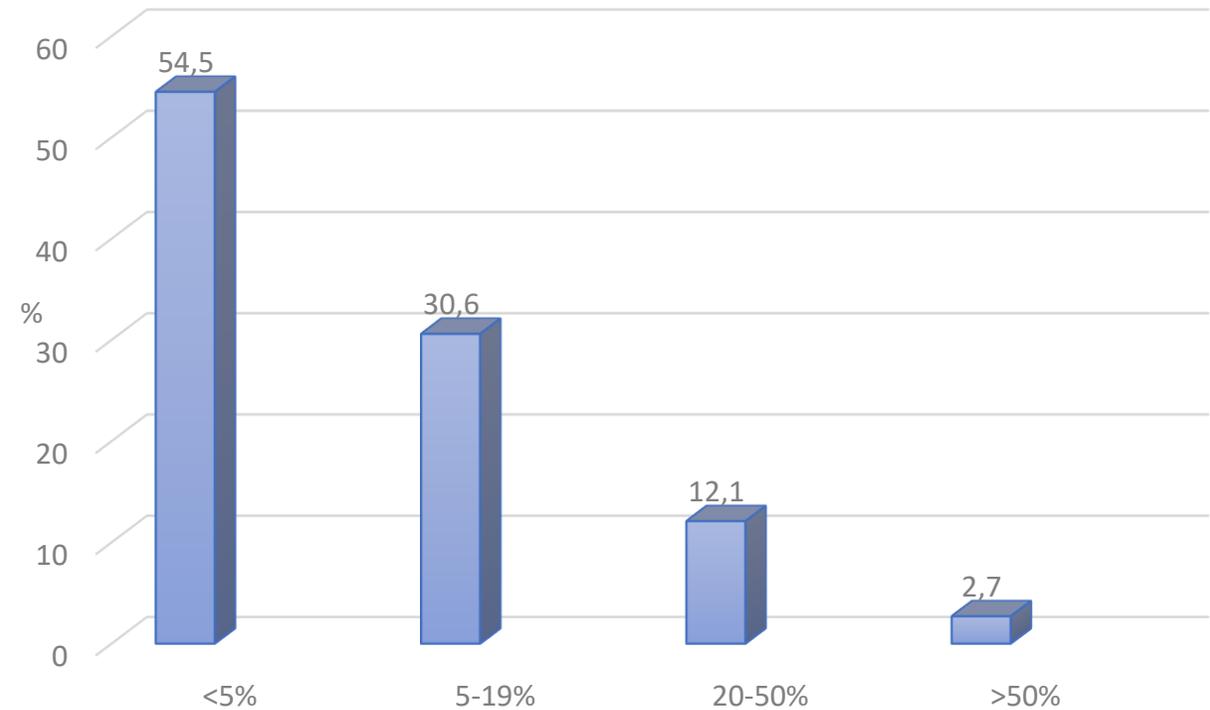


- **Limitata prescrizione, dopo riscontro di POCD, di trattamenti volti a stimolare la funzione cognitiva , con risposta insoddisfacente**

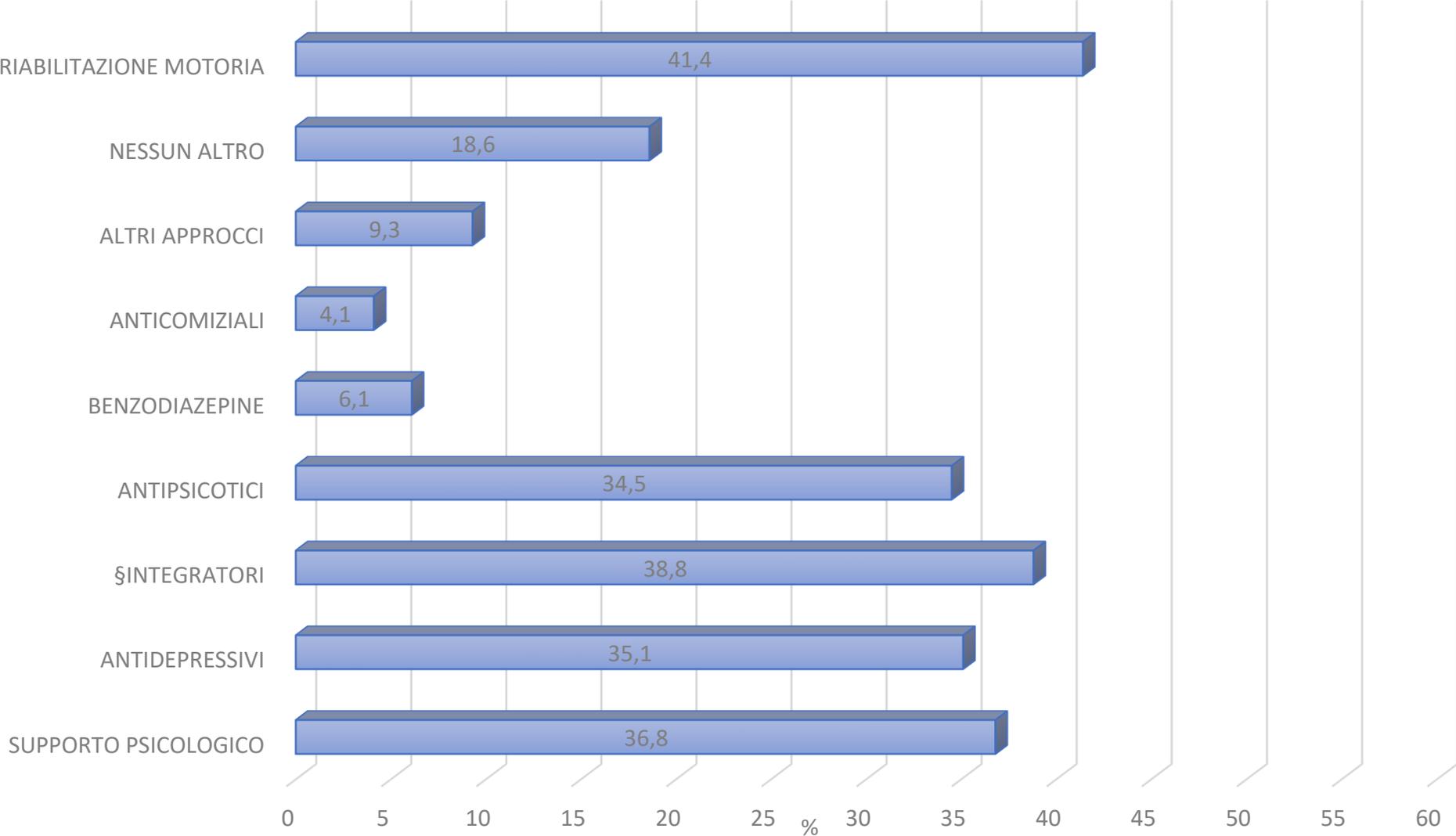
Prescrizione di trattamenti stimolanti la funzione cognitiva post POCD



Miglioramento della funzione cognitiva post trattamento in pazienti con POCD



Approcci terapeutici per POCD



§SUPPORTO NUTRACEUTICO-PRECURSORI COLINERGICI-ESTRATTI FITOTERAPICI

Sintesi dei risultati

- In molti casi, i disturbi cognitivi lievi non sono inquadrati nelle cure primarie ed emergono durante visite o ricoveri ospedalieri per altra ragione.
- Le terminologie più diffuse nella pratica clinica sono MCI e demenza.
- Il concetto di fragilità cognitiva è conosciuto, ma poco utilizzato.
- Sia il delirium che il POCD sono piuttosto frequenti nella pratica clinica, in particolare in ambito geriatrico e neurologico.
- Farmaci antipsicotici, antidepressivi, riabilitazione motoria, supporto nutraceutico, fitoterapici e precursori colinergici sono i trattamenti più prescritti sia nel POCD che nel post Delirium.
- La percezione di efficacia dei trattamenti non è soddisfacente.

Possiamo fare qualcosa per mantenere in salute il nostro cervello mentre invecchiamo?

The Lancet Commissions

Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission



Gill I Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames, Clive Ballard, Suhe Banerjee, Carol Brayne, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Sergi G Costafreda, Amit Dias, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Adesola Ogunniyi, Vasiliki Orgeta, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam

Executive summary

The number of older people, including those living with dementia, is rising, as younger age mortality declines. However, the age-specific incidence of dementia has fallen in many countries, probably because of improvements in education, nutrition, health care, and lifestyle changes. Overall, a growing body of evidence supports the nine potentially modifiable risk factors for dementia modelled by the 2017 Lancet Commission on dementia prevention, intervention, and care: less education, hypertension, hearing impairment, smoking, obesity, depression, physical inactivity, diabetes, and low social contact. We now add three more risk factors for dementia with newer, convincing evidence. These factors are excessive alcohol consumption, traumatic brain injury (TBI), and air pollution. We have completed new reviews and meta-analyses and incorporated these into an updated 12 risk factor life-course model of dementia prevention. Together the 12 modifiable risk factors account for around 40% of worldwide dementias, which consequently could theoretically be prevented or delayed. The potential for prevention is high and might be higher in low-income and middle-income countries (LMIC) where more dementias occur.

Our new life-course model and evidence synthesis has paramount worldwide policy implications. It is never too

against dementia. Using hearing aids appears to reduce the excess risk from hearing loss. Sustained exercise in midlife, and possibly later life, protects from dementia, perhaps through decreasing obesity, diabetes, and cardiovascular risk. Depression might be a risk for dementia, but in later life dementia might cause depression. Although behaviour change is difficult and some associations might not be purely causal, individuals have a huge potential to reduce their dementia risk.

In LMIC, not everyone has access to secondary education; high rates of hypertension, obesity, and hearing loss exist, and the prevalence of diabetes and smoking are growing, thus an even greater proportion of dementia is potentially preventable.

Amyloid- β and tau biomarkers indicate risk of progression to Alzheimer's dementia but most people with normal cognition with only these biomarkers never develop the disease. Although accurate diagnosis is important for patients who have impairments and functional concerns and their families, no evidence exists to support pre-symptomatic diagnosis in everyday practice.

Our understanding of dementia aetiology is shifting, with latest description of new pathological causes. In the oldest adults (older than 90 years), in particular, mixed dementia is more common. Blood biomarkers might hold

Lancet 2020; 396: 413-46

Published Online
July 30, 2020
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at [thelancet.com](https://www.thelancet.com) on September 28, 2023

Division of Psychiatry (Prof G Livingston MD, J Huntley PhD, A Sommerlad PhD, Prof C Cooper PhD, S G Costafreda PhD, Prof R Howard MD, V Orgeta PhD, Prof E L Sampson MD, N Mukadam PhD), Dementia Research Centre, UK Dementia Research Institute (Prof N Fox MD), and Department of Epidemiology and Public Health (Prof M Kivimäki FMedSci), University College London, London, UK; Camden and Islington NHS Foundation Trust, London, UK (Prof G Livingston, J Huntley, A Sommerlad, Prof C Cooper, S G Costafreda, Prof R Howard, N Mukadam); Barnet, Enfield

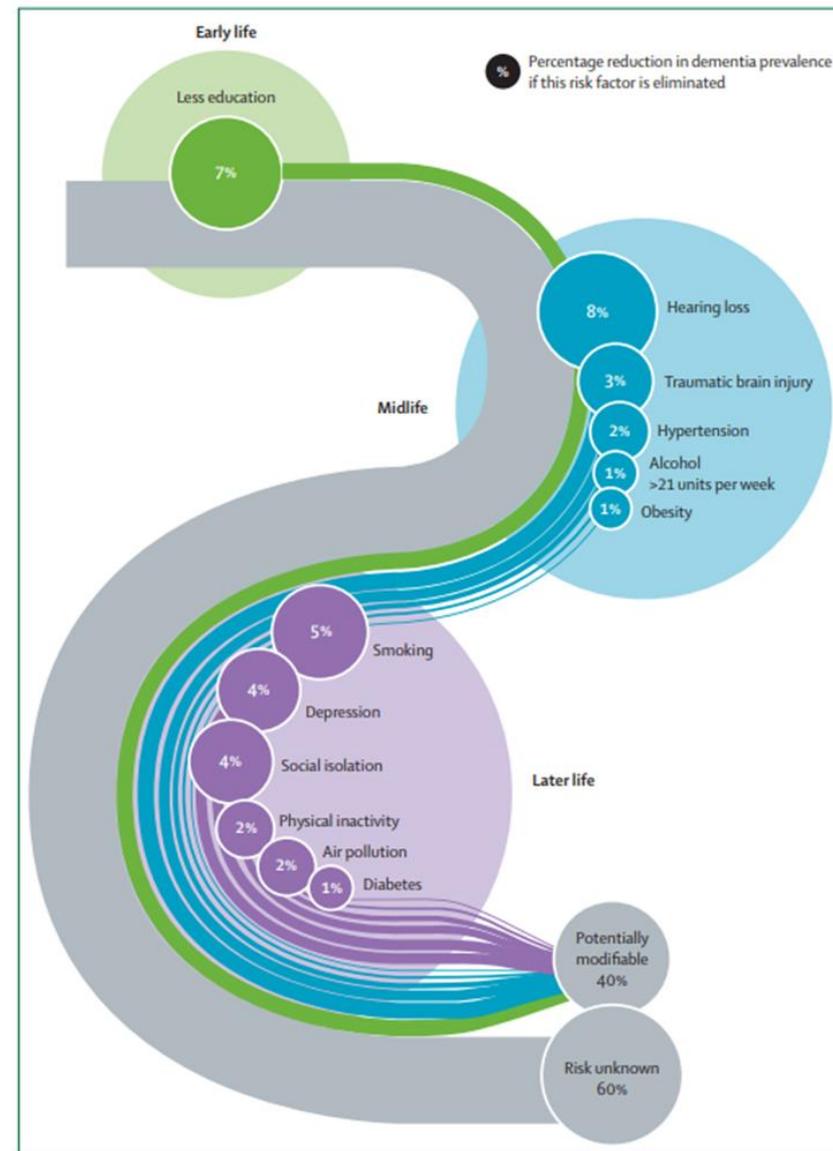


Figure 7: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

Coming soon.....

**A NEW
SURVEY**



DEFICIT COGNITIVO LIEVE E STILI DI VITA