



" IN SCENA NELL'ETÀ DELL'ORO: TEATRO PER UN INVECCHIAMENTO SANO "



lecompagniemalviste





Modulo 1

I principali disturbi di salute mentale in età avanzata: sintomi, segnali di allarme, fasi



lecompagniemalviste





AGENDA

- 01. Introduzione
- 02. Decadimento cognitivo
- 03. Disturbi neurodegenerativi: segnali di avvertimento, sintomi, fasi
 - Demenza
 - Alzheimer
 - Altre forme di demenza
- 04. Altri disturbi neurologici: segnali di avvertimento, sintomi, fasi
 - Sclerosi multipla
 - Morbo di Parkinson



Introduzione

- Entro il 2050, si prevede che la popolazione anziana globale aumenterà dal 12% al 22%, raggiungendo i 2 miliardi di persone.
- Nei Paesi a basso e medio reddito la crescita è dovuta alla minore mortalità giovanile, che consente a un maggior numero di individui di raggiungere i 60 anni.
- Nei Paesi ad alto reddito, l'aumento dell'aspettativa di vita è dovuto principalmente alla riduzione della mortalità degli anziani.
- Oltre il 20% degli adulti di età pari o superiore a 60 anni soffre di disturbi di salute mentale o neurologici.
- Questi disturbi rappresentano il 6,6% della disabilità in questa fascia di età, condizioni che ostacolano un invecchiamento attivo . (N. N., 2021)



I problemi di salute mentale differiscono in modo significativo tra i giovani e gli anziani:

Prevalenza: i giovani adulti sperimentano tassi più elevati di ansia e depressione a causa delle transizioni di vita e delle pressioni sociali. Gli anziani hanno maggiori probabilità di affrontare la demenza e il decadimento cognitivo, con un impatto sulla loro salute mentale.

Presentazione dei sintomi: i giovani adulti mostrano sintomi emotivi come tristezza e irritabilità, mentre gli anziani spesso presentano disturbi fisici come affaticamento, complicando la diagnosi.

Rischio di suicidio: gli uomini anziani hanno i tassi di suicidio più alti, guidati da solitudine, perdita e difficili condizioni di salute fisica.

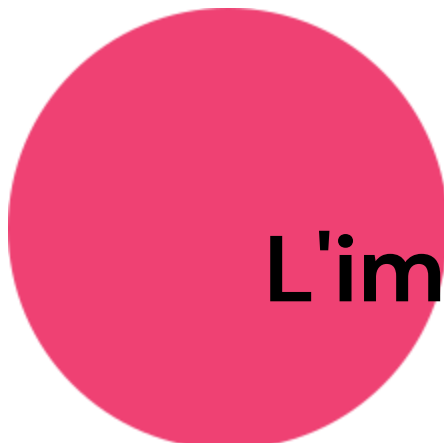
Decadimento cognitivo e ansia: l'ansia negli anziani può sovrapporsi al decadimento cognitivo, portando a diagnosi e trattamenti complessi.

La ricerca ha collegato l'isolamento sociale e la solitudine a rischi più elevati per una varietà di condizioni fisiche e mentali: ipertensione, malattie cardiache, obesità, sistema immunitario indebolito, ansia, depressione, declino cognitivo, morbo di Alzheimer e persino la morte.

Le persone che si trovano inaspettatamente sole a causa del decesso di un coniuge o di un partner, della separazione da amici o familiari, del pensionamento, della perdita di mobilità e della mancanza di mezzi di trasporto sono particolarmente a rischio.

Al contrario, le persone che si impegnano in attività significative e produttive con gli altri tendono a vivere più a lungo, a migliorare il loro umore e a sentirsi importanti perché percepiscono di avere un ruolo. Questi studi dimostrano che queste attività sembrano aiutare a mantenere il loro benessere e possono migliorare la loro funzione cognitiva.



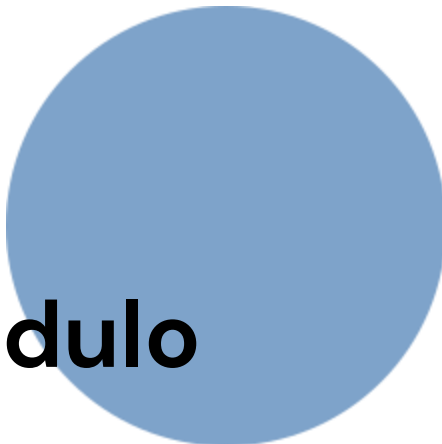


L'importanza della diagnosi precoce

La diagnosi precoce nella salute mentale comporta l'identificazione dei segni e dei sintomi iniziali prima che si trasformino in condizioni gravi.

La diagnosi precoce non riguarda solo il riconoscimento dei sintomi, ma anche la comprensione dei fattori di rischio che contribuiscono ai disturbi della salute mentale.

(Rendicontazione, 2024)



Obiettivi del modulo

- Comprendere il decadimento cognitivo nell'invecchiamento e distinguerlo dalla demenza e dal morbo di Alzheimer.
- Differenziazione tra salute mentale e disturbi neurologici negli anziani.



Invecchiamento



- Porta a un graduale declino delle funzioni cognitive, come ad esempio:
- velocità di elaborazione – le attività richiedono più tempo per essere completate;
- memoria – difficoltà a ricordare nomi o parole;
- linguaggio – maggiori difficoltà nel trovare parole;
- abilità visive/spaziali – difficoltà con compiti spaziali come il compiere spostamenti/movimenti o giudicare le distanze;
- funzione esecutiva – il multitasking, la pianificazione e l'organizzazione diventano più difficili; la flessibilità mentale diminuisce.



Decadimento cognitivo

- Perdersi in luoghi familiari
- Domande ripetitive
- Comportamento insolito
- Dimenticanza
- Perdita di equilibrio
- Cambiamenti di personalità
- Aumento dell'apatia



Sintomi del decadimento cognitivo lieve (MCI):

Se le preoccupazioni per la funzione mentale vanno oltre ciò che ci si aspetta, i sintomi possono essere dovuti a un lieve decadimento cognitivo (MCI).

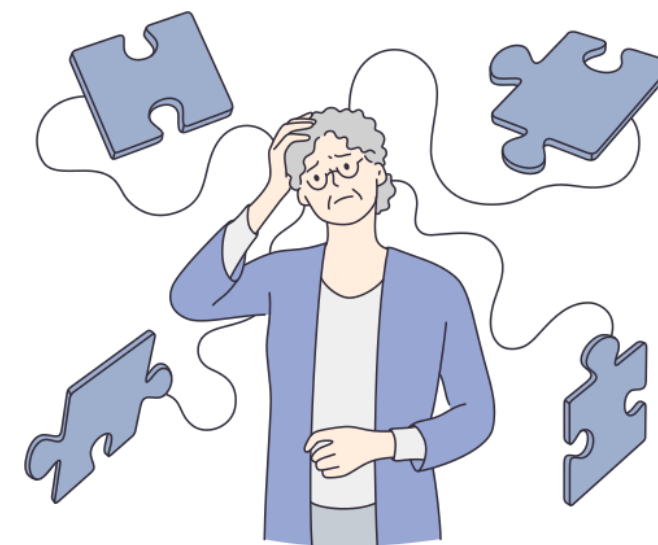
- dimentichi le cose più spesso;
- perdi appuntamenti o eventi sociali;
- perdi il filo del discorso oppure non riesci a seguire la trama di un libro o di un film;
- hai difficoltà a seguire una conversazione;
- trovi difficile prendere decisioni, portare a termine un'attività o seguire le istruzioni.
- inizi ad avere difficoltà a orientarti nei luoghi che conosci bene;
- inizi ad avere scarso giudizio;
- la tua famiglia e i tuoi amici notano uno di questi cambiamenti.





Decadimento cognitivo lieve (MCI) vs. demenza

L'MCI comporta il decadimento cognitivo senza influenzare le attività quotidiane, mentre la demenza si riferisce a declini che compromettono le attività quotidiane. Entrambi i termini descrivono la gravità ma non la causa sottostante, che può includere l'Alzheimer, la malattia vascolare o altre condizioni neurodegenerative.





Diagnosi di decadimento cognitivo lieve (MCI)

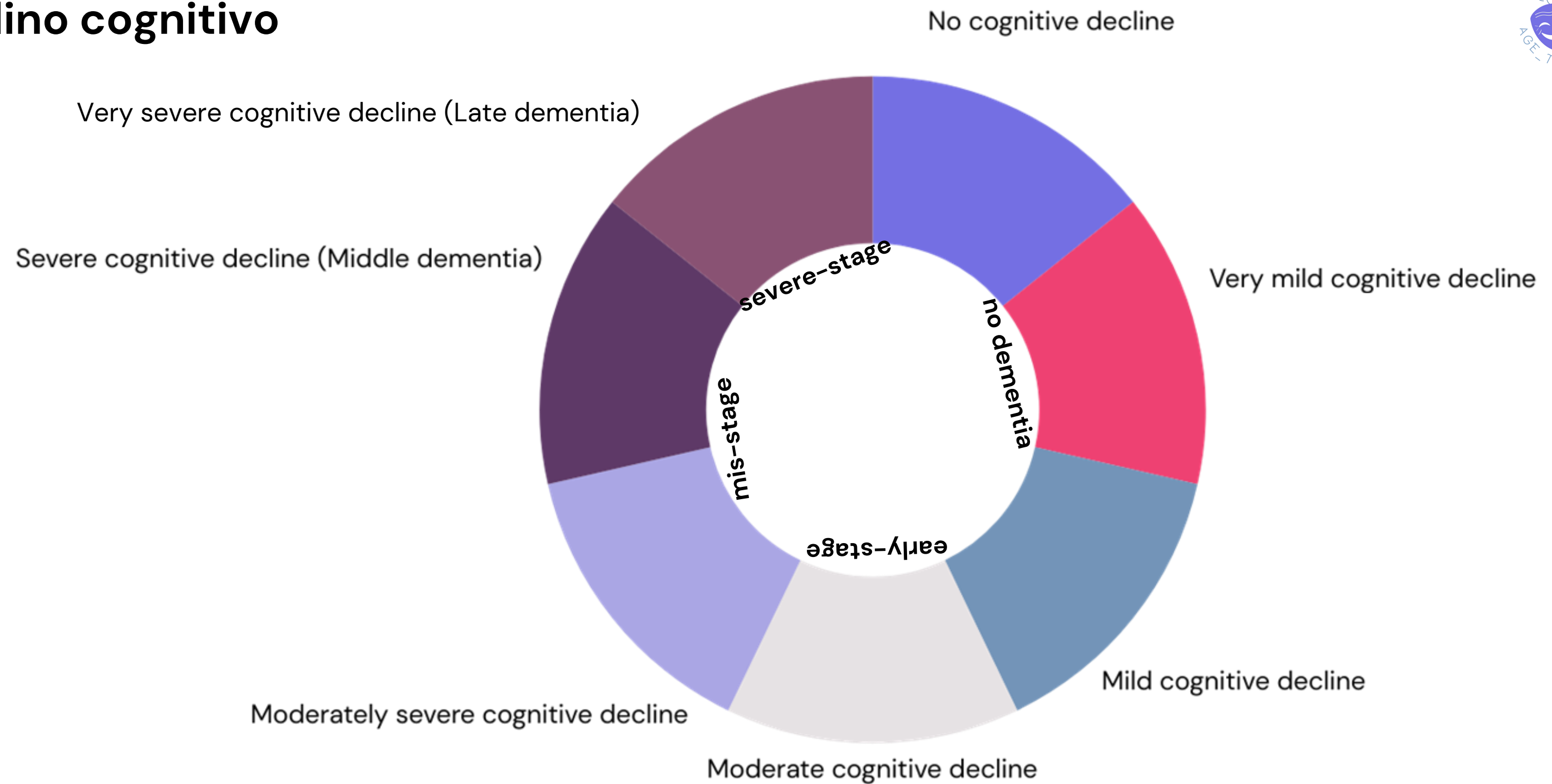


Implica la raccolta di informazioni da più fonti poiché nessun singolo test può confermarle.

I criteri chiave includono:

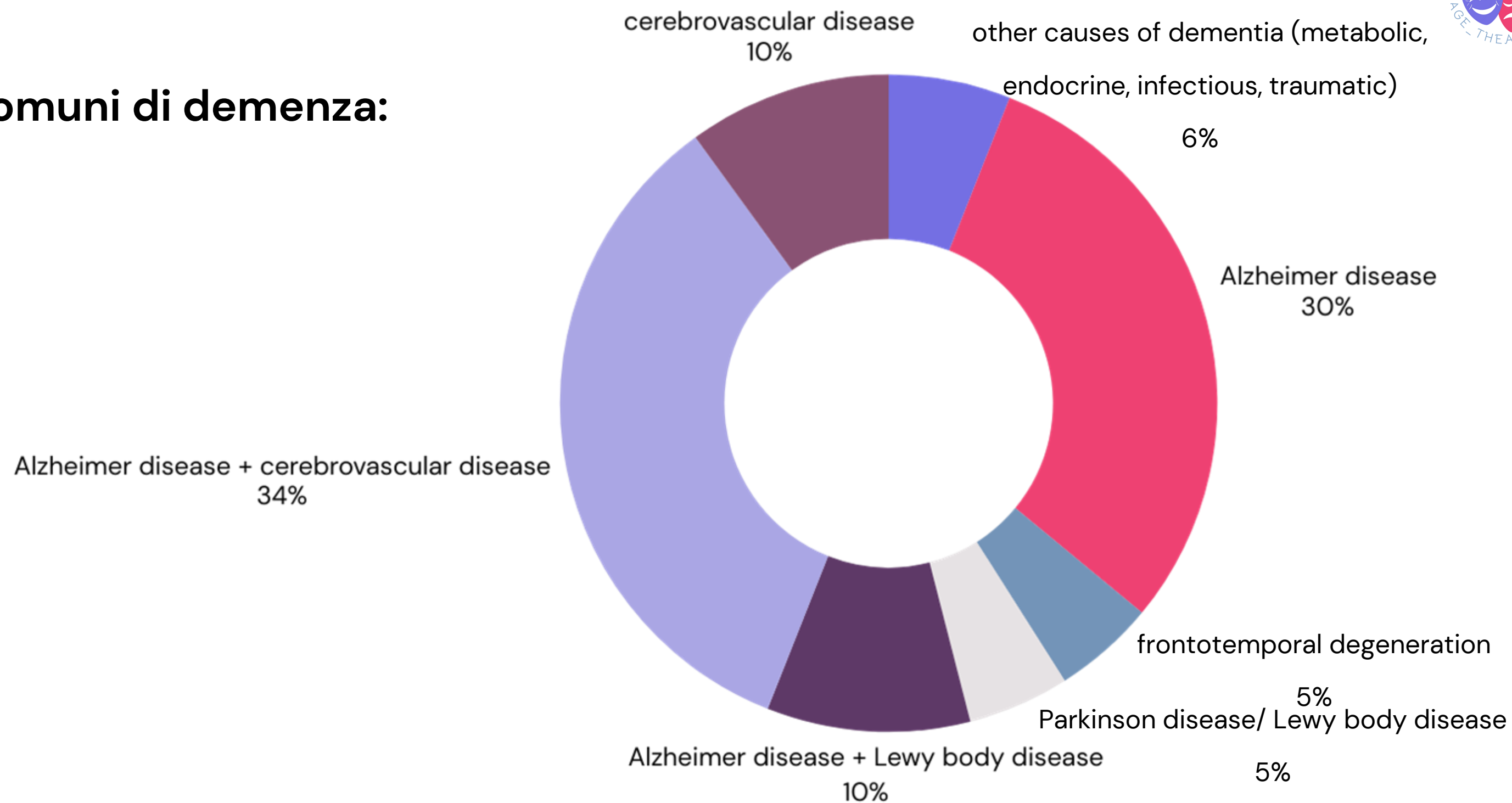
- Problemi cognitivi: difficoltà di memoria, pianificazione o decisionali, rilevate sia dal paziente che dai contatti stretti.
- Declino graduale: le capacità cognitive peggiorano lentamente nel tempo, come confermato dall'anamnesi e dai familiari.
- Funzione quotidiana intatta: nonostante il declino cognitivo, le attività quotidiane rimangono gestibili.
- Lieve compromissione nei test cognitivi: valutazioni come il MoCA o l'MMSE rivelano un lieve deterioramento cognitivo.
- Esclusione della demenza: i sintomi non sono abbastanza gravi per diagnosticare la demenza o il morbo di Alzheimer.

Fasi del declino cognitivo





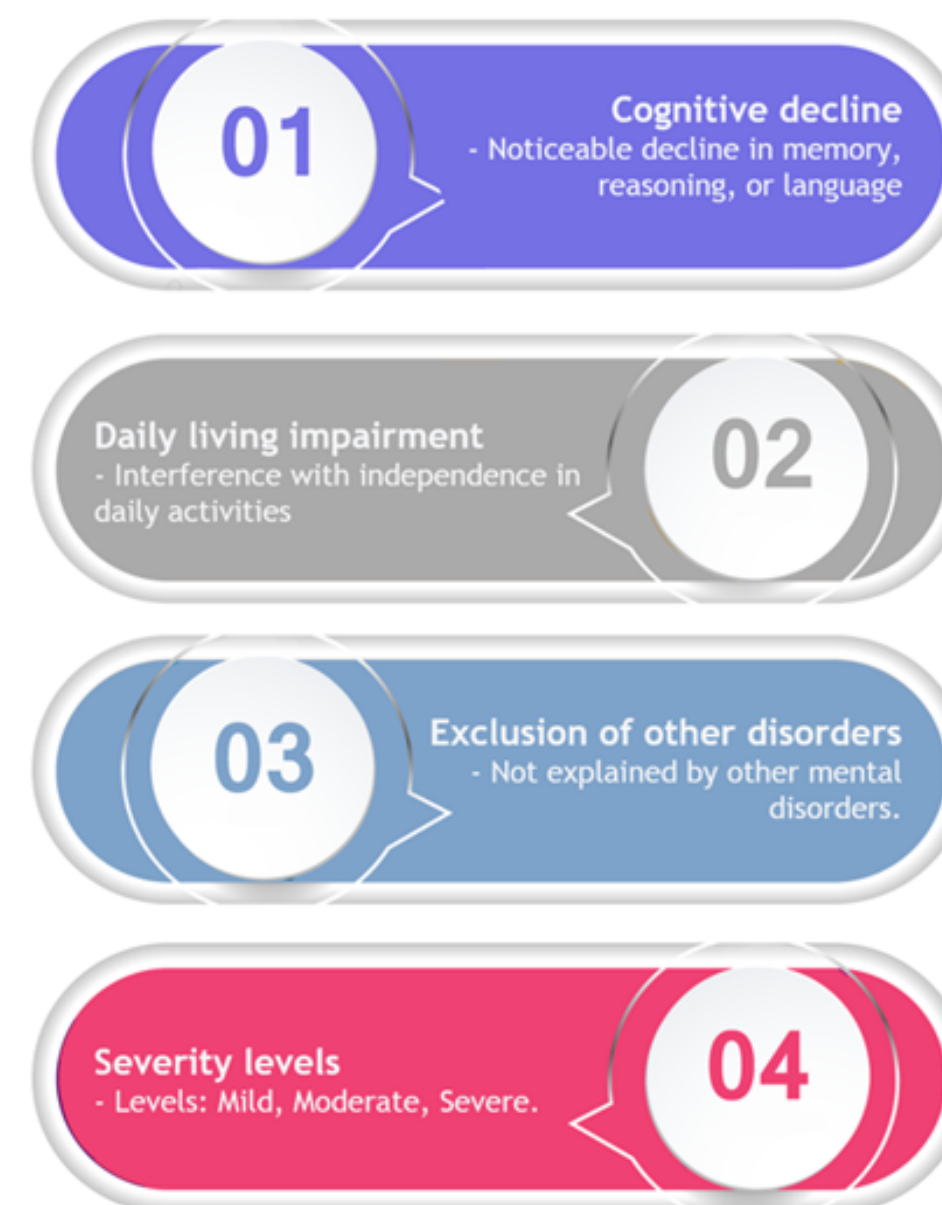
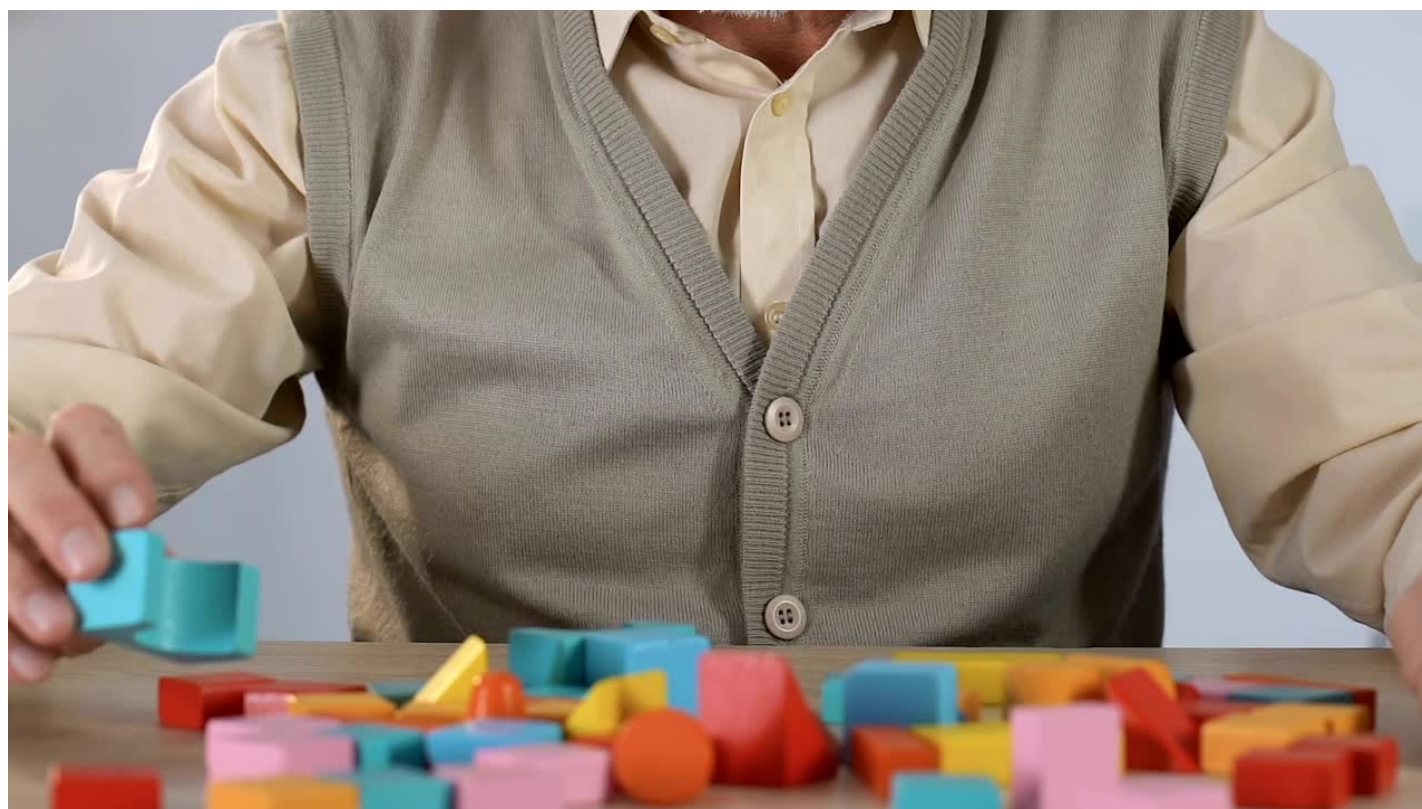
Le cause più comuni di demenza:



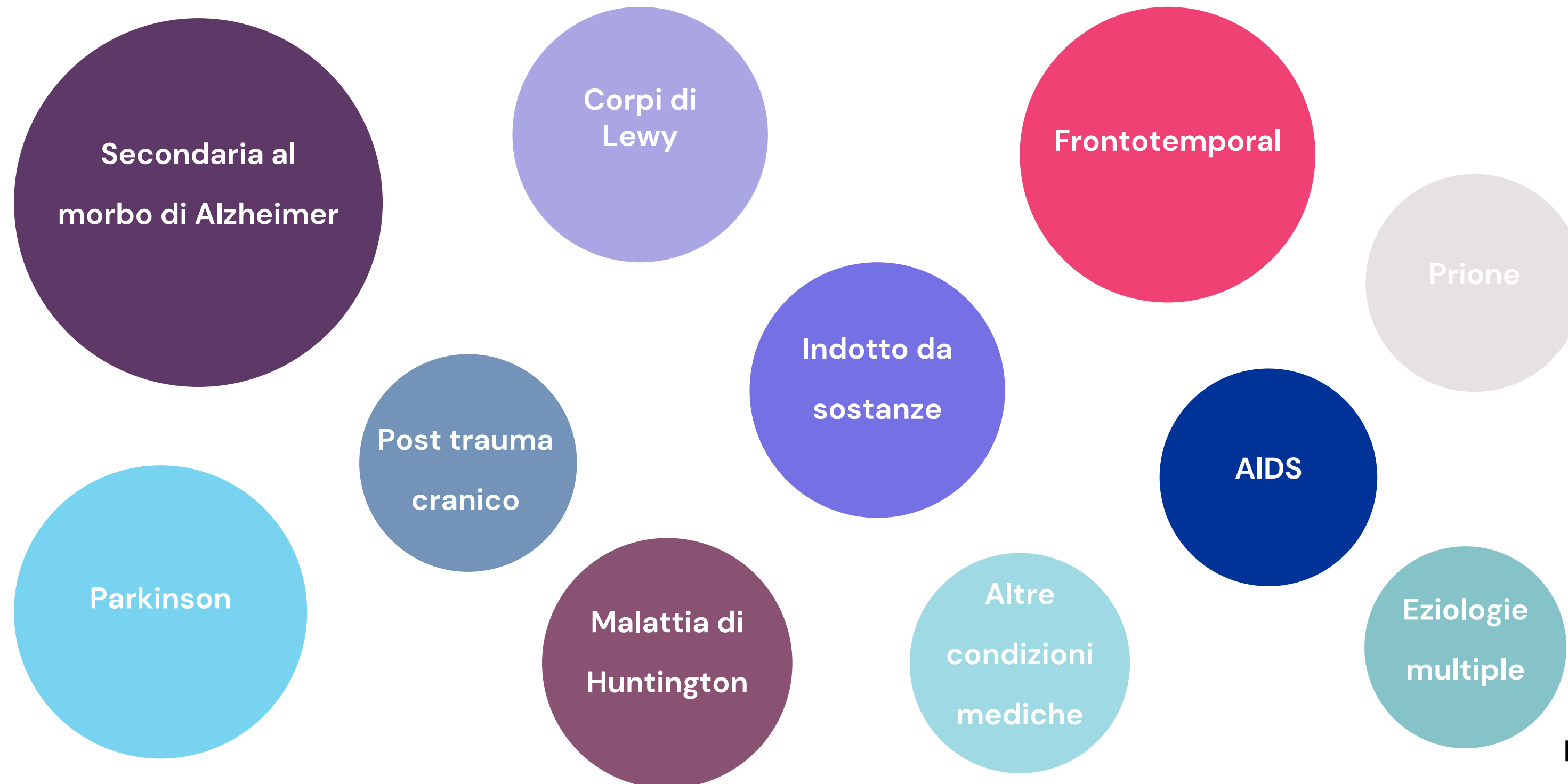


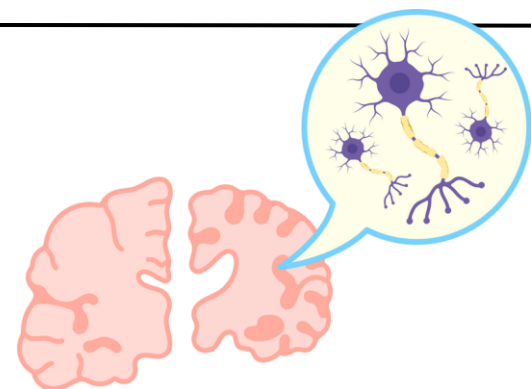
Disturbo neurocognitivo maggiore (demenza)

Criteri per la diagnosi:



Tipi di Disturbo Neurocognitivo Maggiore (Demenza) secondo il DSM-5





Morbo di Alzheimer

Patologia:

- Placche amiloidi – si tratta di grumi di frammenti proteici (beta-amiloide) che si accumulano tra i neuroni e interrompono la funzione cellulare.
- Grovigli neurofibrillari – composti da proteina tau iperfosforilata, questi grovigli interrompono il sistema di trasporto all'interno dei neuroni.
- Neurodegenerazione – l'accumulo di placche e grovigli porta a infiammazione, morte cellulare e atrofia cerebrale, in particolare nell'ippocampo e nella corteccia cerebrale.

Sintomi:

- Fase iniziale: perdita di memoria (a breve termine), difficoltà nella risoluzione dei problemi, difficoltà linguistiche, disorientamento.
- Fase intermedia: aumento della confusione, cambiamenti comportamentali, difficoltà a riconoscere le persone, difficoltà con le attività quotidiane.
- Fase avanzata: grave decadimento cognitivo, perdita di mobilità e dipendenza dai caregiver.

Progressione:

- Stadi: lieve (precoce), moderata (media) e grave (tardiva).
Aspettativa media: da 4 a 20 anni.
- Fattori di rischio: età, storia familiare, gene APOE-e4, fattori dello stile di vita (ad esempio, salute cardiovascolare).



Demenza vascolare

Patologia:

Problemi cerebrovascolari: Causati da un ridotto flusso sanguigno al cervello a causa di ictus o malattie dei piccoli vasi.

Eventi ischemici: il danno cerebrale localizzato da cattiva circolazione porta a un deterioramento cognitivo.

Infarti multipli: più piccoli ictus nel tempo causano danni cerebrali cumulativi.

Sintomi:

Fase iniziale: confusione, elaborazione lenta, difficoltà di concentrazione, cambiamenti cognitivi dopo l'ictus.

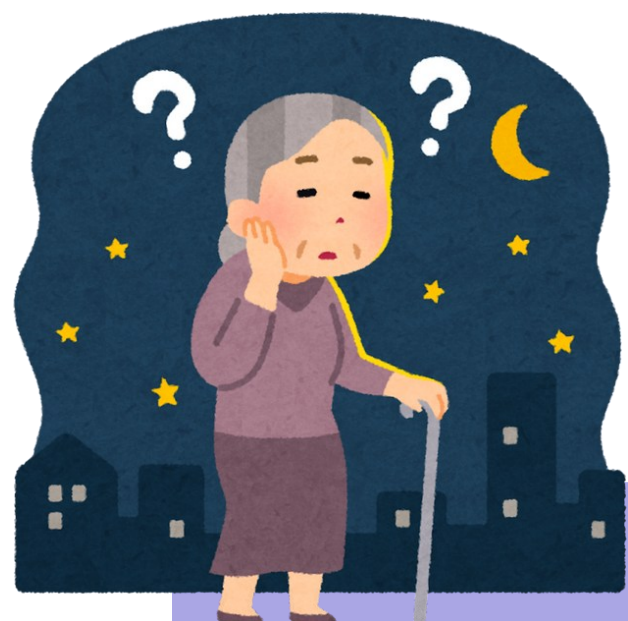
Fase intermedia: cognizione fluttuante, problemi con la pianificazione, l'attenzione e il linguaggio.

Fase avanzata: gravi problemi di memoria, cambiamenti emotivi (depressione, apatia) e difficoltà con le attività quotidiane.

Progressione:

Declino graduale: improvviso declino cognitivo dopo l'ictus, a differenza del declino graduale osservato nell'Alzheimer.

Prevalenza: secondo tipo di demenza più comune, spesso coesiste con l'Alzheimer.



Demenza a corpi di Lewy (LBD)

Patologia:

Corpi di Lewy: grumi di proteina alfa-sinucleina interrompono la funzione cerebrale, influenzando il movimento, la cognizione e il comportamento.

Neurodegenerazione: porta alla morte delle cellule cerebrali, compromettendo sia le funzioni cognitive che motorie

Sintomi:

Cognitivo: perdita di memoria, fluttuazione cognitiva, attenzione e difficoltà della funzione esecutiva.

Motore: Bradicinesia, rigidità, tremori (simili al Parkinson).

Psichiatrico: allucinazioni visive, deliri, cambiamenti di umore (depressione, ansia).
Sonno: disturbo del comportamento del sonno REM, in cui gli individui recitano sogni.

Progressione:

- Progressione rapida: declino più rapido rispetto all'Alzheimer, con un'aspettativa media di vita da 5 a 8 anni dopo la diagnosi.
- Sovrapposizione con il Parkinson: alcuni pazienti possono sviluppare sintomi parkinsoniani in seguito.



Demenza frontotemporale (FTD)

Patologia:

Neurodegenerazione: colpisce i lobi frontali e temporali, spesso coinvolgendo anomalie della tau o della proteina TDP-43.

Atrofia: porta a un significativo restringimento della regione del cervello, influenzando la personalità, il comportamento e il linguaggio.

Sintomi:

- Variante comportamentale: cambiamenti di personalità, impulsività, perdita di empatia, apatia e negligenza delle norme sociali.
- Variante linguistica: difficoltà di linguaggio, difficoltà a comprendere il linguaggio e, infine, perdita delle capacità di comunicazione.
- Fisico: nelle fasi successive, possono svilupparsi sintomi motori simili al Parkinson.

Progressione:

Età di apparizione: Di solito tra i 45 e i 65 anni.

Durata: variabile, con sopravvivenza tipicamente da 3 a 10 anni dopo la diagnosi.



Diagnosi e valutazione



La diagnosi di solito inizia quando una persona o la sua famiglia nota cambiamenti nella memoria, nel comportamento o nel pensiero. Un medico parlerà con il paziente, eseguirà semplici test di memoria e pensiero e potrebbe suggerire ulteriori test se necessario. La diagnosi precoce aiuta le famiglie a prepararsi, a trovare supporto e a iniziare il prima possibile.

Test di screening cognitive

I medici possono utilizzare test brevi e semplici per controllare la memoria, l'attenzione e il pensiero.

Eccone alcuni comuni:

MMSE – Un breve test che esamina la memoria, l'attenzione e le capacità di pensiero di base.

Test di disegno dell'orologio – Disegni un orologio; Aiuta a controllare il pensiero e la pianificazione.

ACE – Un test più lungo che esamina la memoria, l'attenzione, il linguaggio e altre abilità..

Neuroimaging

A volte i medici usano le scansioni cerebrali per guardare come funziona il cervello e per verificare la presenza di eventuali problemi visibili.

Queste scansioni possono essere utili a:

- Escludere altre cause di cambiamenti nella memoria o nel pensiero
 - Vedere se ci sono cambiamenti visibili nella struttura del cervello
 - Supportare la diagnosi di condizioni come la demenza
- L'imaging è una parte del quadro completo: funziona insieme ai test di memoria e alla valutazione clinica.

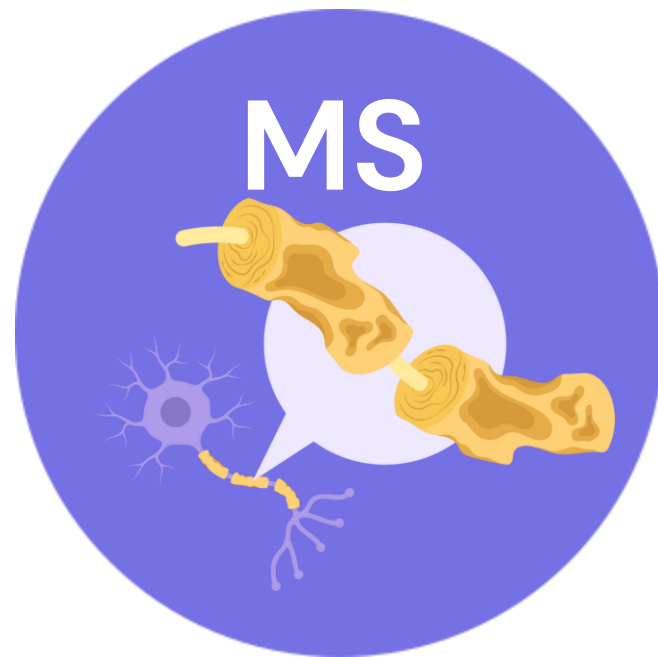
Biomarcatori

I medici possono anche esaminare alcuni segni nel corpo, chiamati biomarcatori, che possono aiutare a confermare o comprendere meglio una diagnosi.

Questi test possono:

- Sostenere la diagnosi di demenza
- Mostrare se ci sono segni di alterazioni cerebrali o infiammazione
- Aiutare i medici a scegliere il miglior piano di cura

Questi test sono ancora in fase di sviluppo e vengono utilizzati insieme ai test di memoria e alla valutazione medica.



Sclerosi multipla



- Malattia autoimmune cronica che colpisce il sistema nervoso centrale (SNC)
- Caratterizzata da infiammazione, demielinizzazione e gliosi, che alla fine porta alla perdita neuronale.
- In genere si manifesta in giovani adulti e spesso progredisce verso l'invalidità permanente entro 10-15 anni.

SM recidivante-remittente (70-80%): caratterizzata da recidive seguite da periodi di remissione

Benigno: decorso lieve con rare recidive

Primario progressivo (15-20%): peggioramento graduale senza recidive

Secondario progressivo: inizia come recidivante-remittente, poi diventa progressivo

Progressivo-recidivante (5%): declino graduale con recidive

Fulminante: Grave con recidive multiple e disabilità rapida

Ce ne sono 7
tipi di SM:

Sindrome Clinicamente Isolata: un singolo episodio di infiammazione del SNC.

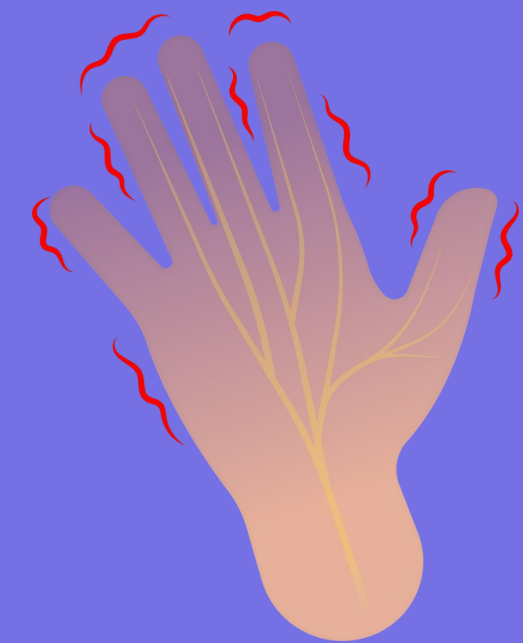


Segni premonitori della sclerosi multipla (SM)

La SM è una condizione in cui la comunicazione tra il cervello e il corpo è compromessa. Può causare sintomi diversi a seconda delle parti del sistema nervoso coinvolte. In alcune persone, i sintomi vanno e vengono nel tempo. In altri, i sintomi peggiorano lentamente nel corso di molti mesi o anni.

I primi segni comuni includono:

- Paresthesia
- Problemi di vista (spesso neurite ottica)
- Fatica
- Debolezza
- Problemi di andatura e di equilibrio
- Paralisi





Morbo di Parkinson

- È una malattia neurodegenerativa che colpisce principalmente la funzione motoria
- È la seconda malattia neurodegenerativa più comune
- Colpisce tipicamente gli individui più anziani, ma può verificarsi anche nei pazienti più giovani.
- La prevalenza globale è stimata tra i 7 e i 10 milioni, con gli uomini che hanno una probabilità 1,5 volte maggiore di sviluppare il Parkinson rispetto alle donne.
- È caratterizzato dalla perdita di neuroni produttori di dopamina nella substantia nigra e dall'accumulo di corpi di Lewy, che contengono proteine anomale come l'alfa-sinucleina e l'ubiquitina.
- L'età è il fattore di rischio più significativo, con insorgenza solitamente tra i 50 e i 60 anni. Altri potenziali fattori di rischio includono l'esposizione a tossine ambientali (ad esempio, solventi, metalli), il lavoro agricolo e l'elevata assunzione di ferro con la dieta.
- La diagnosi è clinica, basata su sintomi come tremore a riposo, rigidità, bradicinesia e instabilità posturale, con un miglioramento del trattamento con levodopa a supporto della diagnosi.





Segnali di avvertimento del Parkinson

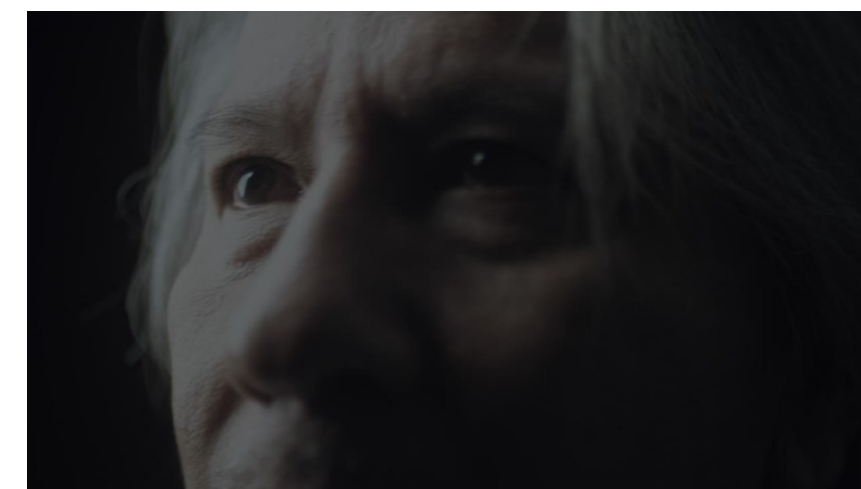
Alcuni dei primi segni più comuni della malattia di Parkinson includono:

- tremore a riposo
- micrographia (scrittura a mano piccola)
- iposmia (perdita dell'olfatto)
- insonnia
- disturbi del movimento o della deambulazione a causa della rigidità
- costipazione
- vertigini o svenimenti
- deficit posturale





Sintomi del Parkinson



- **Sintomi del movimento nella malattia di Parkinson**

- Le persone con Parkinson possono sperimentare:
 - **Tremore** nelle mani o nelle dita quando il corpo è a riposo
 - **Movimenti lenti** che rendono più difficili le attività quotidiane
- **Rigidità** delle braccia o delle gambe, che rende il movimento rigido
 - **Problemi di equilibrio**, che facilitano l'inciampo o la caduta
- **Altri cambiamenti**, come meno espressioni facciali, voce bassa o piccoli passi strascicati

- **Altri sintomi comuni nel Parkinson:**

- Il Parkinson può influenzare più del semplice movimento. Molte persone sperimentano anche:
- Disturbi dell'umore: depressione, ansia, apatia e disturbi del sonno colpiscono la maggior parte dei pazienti
 - Cambiamenti cognitivi: demenza
 - Problemi con la digestione, il sonno o l'andare in bagno
 - Cambiamenti nei sensi, come perdita dell'olfatto o problemi alla pelle



L'evoluzione del Parkinson

La malattia di Parkinson (PD) progredisce attraverso stadi distinti nel tempo, iniziando ben prima della comparsa dei sintomi motori:

Fasi della progressione

1. Stadio preclinica:

La neurodegenerazione si verifica senza alcun segno clinico.

2. Stadio prodromico:

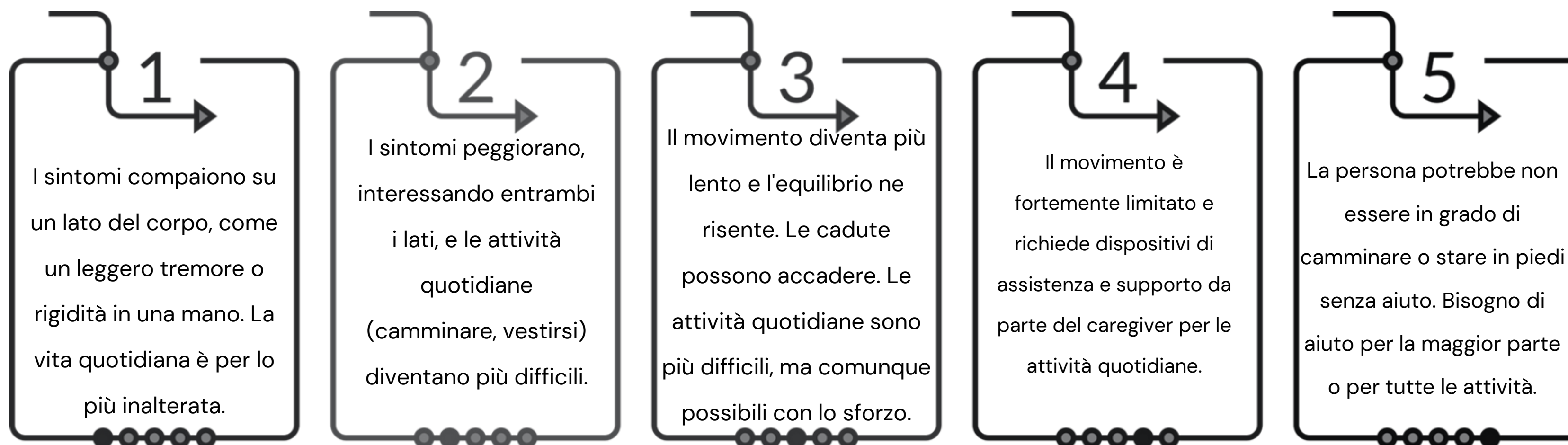
Dura oltre 10 anni, caratterizzato da sintomi non motori come il disturbo del comportamento del sonno REM, la stitichezza, la perdita olfattiva e la depressione.

3. Stadio clinico:

Sintomi motori come tremori, rigidità e bradicinesia emergono una volta che il 40-60% dei neuroni dopaminergici viene perso.



Fasi della malattia di Parkinson sintomatica



La progressione della malattia di Parkinson comporta un graduale peggioramento dei sintomi motori e non motori, con un impatto significativo sulla vita quotidiana e che richiede un aumento dei livelli di cura.



Bibliografia

- Khan, H. T. (2019). Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas?. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(5), 754-760.
- Leifer, B. P. (2003). Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. **Journal of the American Geriatrics Society*, 51*(5s2), S281-S288.
3. Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76-84.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2018). *Aging and mental health*. John Wiley & Sons.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157-171.
- Lo, R. Y. (2017). The borderland between normal aging and dementia. **Tzu Chi Medical Journal*, 29*(2), 65-71.
- Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737.
- Rossini, P. M., Rossi, S., Babiloni, C., & Polich, J. (2007). Clinical neurophysiology of aging brain: from normal aging to neurodegeneration. *Progress in neurobiology*, 83(6), 375-400.
- Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS spectrums*, 24(1), 78-87.
- Monastero, R., Mangialasche, F., Camarda, C., Ercolani, S., & Camarda, R. (2009). A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease*, 18(1), 11-30.
- Reisberg, B., Jamil, I. A., Khan, S., Monteiro, I., Torossian, C., Ferris, S., ... & Wegiel, J. (2010). Staging dementia. **Principles and Practice of Geriatric Psychiatry**, 162-169.
- James, B. D., & Bennett, D. A. (2019). Causes and patterns of dementia: an update in the era of redefining Alzheimer's disease. *Annual review of public health*, 40(1), 65-84.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.).
- James, B. D., & Bennett, D. A. (2019). Causes and patterns of dementia: an update in the era of redefining Alzheimer's disease. *Annual review of public health*, 40(1), 65-84.
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, 322(16), 1589-1599.
- Fymat, A. L. (2018). Dementia: A review. *J Clin Psychiatr Neurosci*, 1(3), 27-34



- Yousuf, R. M., Fauzi, A. R. M., Wai, K. T., Amran, M., Akter, S. F. U., & Ramli, M. (2010). Potentially reversible causes of dementia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(8), 258.
- Perry-Young, L., Owen, G., Kelly, S., & Owens, C. (2018). How people come to recognise a problem and seek medical help for a person showing early signs of dementia: A systematic review and meta-ethnography. *Dementia*, 17(1), 34-60.
- Robinson, L., Tang, E., & Taylor, J. P. (2015). Dementia: timely diagnosis and early intervention. *Bmj*, 350.
- Blennow, K., & Zetterberg, H. (2018). Biomarkers for Alzheimer's disease: current status and prospects for the future. **Journal of Internal Medicine*, 284*(6), 643-663.
- Glenn, J. M., Bryk, K., Myers, J. R., Anderson, J., Onguchi, K., McFarlane, J., & Ozaki, S. (2023). The efficacy and practicality of the Neurotrack Cognitive Battery assessment for utilization in clinical settings for the identification of cognitive decline in an older Japanese population. **Frontiers in Aging Neuroscience*, 15*, 1206481.
- Sheehan, B. (2012). Assessment scales in dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 5(6), 349-358.
- Vaz, M., & Silvestre, S. (2020). Alzheimer's disease: Recent treatment strategies. **European Journal of Pharmacology*, 887*, 173554.
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., ... & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. **The Lancet*, 404*(10452), 572-628.
- Ajdacic-Gross, V., Steinemann, N., Horváth, G., Rodgers, S., Kaufmann, M., Xu, Y., ... & Wyl, V. V. (2021). Onset symptom clusters in multiple sclerosis: characteristics, comorbidities, and risk factors. **Frontiers in Neurology*, 12*, 693440.
- Noyes, K., & Weinstock-Guttman, B. (2013). Impact of diagnosis and early treatment on the course of multiple sclerosis. **American Journal of Managed Care*, 19*(17 Suppl), s321-31.
- University of California, San Francisco MS-EPIC Team, Cree, B. A., Gourraud, P. A., Oksenberg, J. R., Bevan, C., Crabtree-Hartman, E., ... & Hauser, S. L. (2016). Long-term evolution of multiple sclerosis disability in the treatment era. **Annals of Neurology*, 80*(4), 499-510.
- Poewe, W., Seppi, K., Tanner, C. M., Halliday, G. M., Brundin, P., Volkman, J., Schrag, A.-E., & Lang, A. E. (2017). Parkinson disease. **Nature Reviews Disease Primers*, 3*, 17013.
- Noyce, A. J., Lees, A. J., & Schrag, A. E. (2016). The prediagnostic phase of Parkinson's disease. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87*(8), 871-878.
- MacPhee, G., & Stewart, D. (2001). Parkinson's disease. **Reviews in Clinical Gerontology*, 11*, 33-49.
- Jankovic, J., Hurtig, H., & Dashe, J. (2014). Etiology and pathogenesis of Parkinson disease. **UpToDate**. Retrieved from <http://www.uptodate.com/home/index.html>.
- Beitz, J. M. (2013). Skin and wound issues in patients with Parkinson's disease: an overview of common disorders. **Ostomy/Wound Management*, 59*(6), 26-36.

