



Le raccomandazioni degli esperti svizzeri

**Alzheimer e altre forme
di demenza
Diagnosi, trattamento
e assistenza**

Aggiornamento delle raccomandazioni rilasciate dagli esperti in materia di demenza nel 2014

Le raccomandazioni per la diagnosi, il trattamento e l'assistenza sono state elaborate e modificate nel biennio 2012–2014 da oltre 70 esperti svizzeri in materia di demenza. All'iniziativa hanno aderito le società professionali di medicina generale, geriatria, neurologia, neuropsicologia, psichiatria geriatrica e medicina del traffico nonché l'Associazione svizzera infermieri professionali e Alzheimer Svizzera. I consigli contenuti in questo opuscolo sono tratti da tre articoli pubblicati nella rivista specializzata «Praxis»:

«Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz» [Consenso 2012 sulla diagnostica e la terapia di persone malate di demenza in Svizzera]

«Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)» [Raccomandazioni per la diagnosi e terapia dei sintomi comportamentali e psichici della demenza (BPSD), 2014]

«Konsensempfehlungen zur Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen für Fahreignung bei kognitiver Beeinträchtigung» [Raccomandazioni di consenso per la valutazione dei requisiti medici minimi ai fini dell'idoneità alla guida di pazienti affetti da deterioramento cognitivo], 2012

Per allineare le presenti raccomandazioni con gli ultimi sviluppi della prassi medica, si sono apportate alcune modifiche ai contenuti in sede di revisione specialistica.

Nuova versione corretta e integrata 2019. Rielaborazione: A. Munk, Dott.ssa S. Becker, A. Ravani, staff del Telefono Alzheimer

Traduzione: Vittorio Capparuccini, bmp translations ag, revisione: Marina Graham

Grafica [2014]: Isabel Thalmann, buchundgrafik.ch

Immagini (foto): Gettyimages (copertina), plainpicture (pagina 24), fotolia, colourbox e prisma

Foto dei medici: archivi privati

Revisione specialistica:

Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch, responsabile Memory Clinic, Centro geriatrico universitario di Basilea, Ospedale Felix Platter di Basilea

Prof. Dr. med. Urs P. Mosimann, direttore medico dell'Inselgruppe AG, Berna

Prof. Dr. med. Egemen Savaskan, medico primario, Clinica universitaria di psichiatria, Clinica di psichiatria geriatrica, Centro geronto-psichiatrico Hegibach di Zurigo

Le raccomandazioni più aggiornate degli esperti

Demenza: sintesi dei punti essenziali

Pagina 4

Questa sezione fornisce informazioni basilari sulle malattie da demenza.

Accertamento e diagnosi

Pagina 7

È di fondamentale importanza un accertamento tempestivo e accurato.

Trattamenti farmacologici e non farmacologici

Pagina 14

Un trattamento personalizzato migliora la qualità della vita del paziente.

Organizzazione della vita quotidiana, sostegno e assistenza

Pagina 24

Ripensare e riorganizzare la propria vita accettando l'aiuto altrui agevola molto la vita quotidiana.

Glossario

Pagina 28

Qui sono illustrati in breve i principali termini tecnici.

Farmaci

Pagina 32

Una panoramica dei principi attivi con i loro rispettivi nomi commerciali.

Il presente opuscolo è la seconda nuova edizione dell'omonimo opuscolo pubblicato nel 2008 e nel 2014. Si prefigge di rendere le raccomandazioni degli esperti accessibili a una cerchia più ampia di persone e, in particolare, ai familiari curanti e ai diretti interessati.

I termini tecnici contrassegnati da asterisco (*) sono spiegati in modo sintetico nel glossario. I medicinali sono indicati nel testo con il nome del principio attivo (▲), mentre i nomi commerciali dei farmaci sono riportati nell'elenco alla fine.

Demenza: sintesi dei punti essenziali



In generale, una demenza è la conseguenza di una malattia cerebrale cronica ed evolutiva dovuta a differenti cause. La demenza non è guaribile ma si può curare.

Un disturbo del cervello

Secondo le definizioni internazionali, il termine demenza indica un quadro clinico generalmente dovuto a una malattia cerebrale cronic-evolutiva che si manifesta con disturbi di diverse funzioni cognitive acquisite in precedenza. A essere colpite sono l'attenzione, il linguaggio, l'apprendimento e la memoria, le funzioni cosiddette «esecutive» [capacità di programmazione, pensiero astratto, elaborazione di strategie, risoluzione di problemi], la percezione sensoriale e l'interazione sociale. I disturbi causati dalla demenza limitano la persona nello svolgimento delle sue attività quotidiane e/o lavorative.

A livello organico, la malattia di Alzheimer provoca alterazioni nel cervello, principalmente sotto forma di depositi proteici chiamati placche amiloidi e fasce neurofibrillari (proteine tau). La malattia non colpisce tutte le aree cerebrali allo stesso modo: all'inizio a essere compromessa è soprattutto la memoria, mentre con il progredire della malattia si ha una riduzione notevole della massa cerebrale dovuta alla morte di un numero crescente di neuroni.

Le varie forme di demenza hanno cause diverse

Diverse sono le cause che possono originare una demenza. Alcune forme sono definite reversibili, in quanto possono essere guarite in tutto o in parte con una terapia appropriata. Questo è il caso, ad esempio, delle malattie del metabolismo, quali l'ipotiroidismo o una carenza di vitamina B₁₂. Nelle demenze irreversibili è il cervello a essere direttamente compromesso. Tra le cause più comuni di demenza irreversibile vi sono la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare. Fra le forme più rare rientrano la demenza a corpi di Lewy, le demenze frontotemporali e la demenza associata al Parkinson. La demenza può essere però anche conseguenza di altre malattie, quali la sclerosi multipla, o di lesioni craniocerebrali. Esistono inoltre forme miste dove possono coesistere, ad esempio, la demenza vascolare con la malattia di Alzheimer.

Non si conoscono tuttora le cause che portano alle malattie di demenza. La scienza ipotizza che si tratti di una combinazione di più fattori. L'età riveste un ruolo importante: il rischio di contrarre una forma di demenza prima dei 60 anni è estremamente ridotto. Dopo i 60 anni tale rischio raddoppia ogni cinque anni. Nel 2018 vivevano in Svizzera circa 151 000 persone affette da Alzheimer o da un'altra forma di demenza. Ogni anno a questa cifra si aggiungono 28 800 nuovi casi. A causa dell'invecchiamento demografico, si prevede che nel 2040 in Svizzera ci saranno quasi 300 000 persone affette da demenza.



Nessuna cura, ma terapie efficaci

Una diagnosi il più possibile precoce e accurata è fondamentale per chiarire le cause dei disturbi. Attualmente la demenza non è guaribile, se non si tratta di una forma reversibile, ma sono tuttavia presenti terapie efficaci che consentono di alleviare i sintomi mediante trattamenti farmacologici e non, oltre che con interventi di carattere psicosociale. A questo scopo è necessaria una diagnosi quanto più precisa e tempestiva possibile. Ciò migliora anche notevolmente la qualità della vita dei malati e dei loro familiari.



Le nuove conoscenze scientifiche lasciano spazio a un maggiore ottimismo nel campo delle malattie da demenza.

Dr. med. Dan Georgescu

Fattori di rischio

Non è possibile influire su fattori di rischio come l'età, il sesso o le caratteristiche genetiche. Vi sono però altri fattori di rischio (in particolare lo stile di vita) sui quali si può assolutamente intervenire e cioè: rinunciare al fumo, seguire un'alimentazione sana (dieta mediterranea con un ricco apporto di verdure e pesce, consumo moderato di zuccheri e sale), svolgere un'attività fisica regolare, mantenere il peso forma, evitare alti livelli di pressione e di grassi nel sangue, allenare regolarmente le prestazioni intellettive e curare le relazioni sociali. Tutte queste misure sono tanto più efficaci quanto prima e quanto più a lungo vengono adottate nell'arco della vita.

Accertamento e diagnosi



Diagnosticare una forma di demenza allo stadio iniziale è molto importante. Aiuta a chiarire subito la situazione e a pianificare tempestivamente i passi successivi: avviare una terapia, elaborare un piano di assistenza, riorganizzare le giornate e prendere decisioni importanti.

Criteri diagnostici riconosciuti

Secondo i criteri diagnostici internazionali (ad es. ICD-10*) si parla di demenza (o, secondo il DSM-V*, di disturbo neurocognitivo maggiore) in presenza di un deficit in due o più delle seguenti aree cognitive*: apprendimento e memoria, attenzione, linguaggio, programmazione, pensiero astratto, risoluzione di problemi, percezione, riconoscimento di persone e oggetti, orientamento spazio-temporale, interazione sociale. Ciascuno di questi deficit cognitivi causa una compromissione significativa della



quotidianità sociale e/o lavorativa e rappresenta un declino rispetto a prima.

Oltre alla diagnosi è importante determinare la gravità della malattia [forma lieve, moderata o grave], riferita in particolare al grado di autonomia e alla necessità di assistenza della persona.

Una riduzione delle capacità cognitive che non pregiudica la vita quotidiana è considerata come deterioramento cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment, MCI*). In molte persone affette da MCI le facoltà mentali restano stabili o tornano a migliorare. Col passar del tempo, invece, altri soggetti affetti da MCI sviluppano una forma di demenza. Per questo si raccomanda alle persone affette da MCI di ripetere gli esami neuropsicologici almeno ogni dodici mesi.

I vantaggi di un accertamento approfondito

- In generale un accertamento del medico di famiglia, seguito se del caso da una diagnosi interdisciplinare*, è in grado di fare chiarezza sugli eventuali sintomi di una demenza.
- I risultati dell'accertamento che si discostano dalla norma sono sintomatici di una malattia. Se non emerge un risultato univoco, l'esame viene ripetuto in seguito in modo da valutare l'evoluzione del quadro.
- L'accertamento consente di chiarire la causa e la forma di demenza in questione in vista delle possibili terapie.
- È possibile anche appurare se il disturbo sia reversibile e guaribile in tutto o in parte con una terapia adeguata. Altrimenti, in caso di demenza irreversibile, si cerca di stabilizzarla per un certo periodo con opportune terapie.
- Dall'accertamento della demenza emerge anche lo stadio della malattia in cui versa la persona malata.
- Al medico di famiglia o allo specialista compete anche valutare se la persona malata sia o meno abile alla guida.

L'accertamento è necessario nei seguenti casi:

- il paziente e/o le persone che gli stanno vicino riferiscono di un peggioramento della memoria o di altre facoltà mentali, di una perdita di slancio e interesse, oppure di alterazioni del comportamento (ad es. ritiro dalla vita sociale, conflitti, sovraccarico, disorientamento);
- il medico di famiglia e/o l'assistente dello studio medico nota delle anomalie, ad esempio il mancato rispetto degli appuntamenti oppure manifestazioni di trascuratezza fisica inconsueta, soprattutto nel caso di pazienti che vivono da soli o socialmente isolati.



Solo una diagnosi precoce permette una terapia tempestiva.

Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch

Il medico di famiglia è la prima persona a cui rivolgersi

Per accertare una demenza è fondamentale un colloquio approfondito con il medico di famiglia, al quale – se è possibile e se il paziente è d'accordo – dovrebbe partecipare anche un familiare.

Dopo di che, il medico esegue dei brevi test specifici per la demenza. Per accertare le capacità cognitive sono raccomandati i seguenti test: MMSE*, il test dell'orologio, il test MoCA*, Mini-cog* e BrainCheck*. Se il medico riscontra risultati fuori dalla norma, ciò non costituisce ancora una prova sufficiente di una demenza; pertanto dovranno essere eseguiti ulteriori esami in un centro specializzato o una clinica della memoria. Viceversa, se i risultati dei test sono nella norma non si può escludere del tutto una demenza nel caso in cui il soggetto presenti altri sintomi, come ad esempio problemi di orientamento. Anche in questo caso sono necessari accertamenti più approfonditi.

Accertamento e diagnosi

Gli accertamenti prevedono inoltre una visita fisiologica accurata da parte del medico di famiglia, e comprendono anche un esame approfondito dello stato neurologico del paziente. Viene effettuato un prelievo di sangue per le analisi di laboratorio, che forniscono dati importanti sulle funzioni cardiocircolatorie, la coagulazione del sangue, la funzione renale ed epatica, l'equilibrio idrico ed elettrolitico, le funzioni metaboliche, una possibile carenza di vitamine. In caso di sospetto si possono ricercare eventuali virus, quali HIV o borreliosi. Allo stesso tempo il medico di famiglia presta attenzione a numerosi altri fattori, ad esempio alla presenza di altre patologie quali cancro, malattie cardiocircolatorie e ghiandolari, apnea notturna*, depressione nonché ai medicinali assunti normalmente o a eventuali sintomi di abuso di sostanze (farmaci, alcol, droghe).

Tutti questi accertamenti contribuiscono a trovare – o escludere – eventuali altre cause dei sintomi riscontrati. Se la situazione è complessa, il medico di famiglia indirizzerà il paziente a una clinica della memoria per un esame interdisciplinare approfondito. In particolare nei seguenti casi:

- risultati contraddittori, ad esempio risultati positivi ai test nonostante la presenza di sintomi, oppure risultati anomali a fronte di sintomi non sospetti
- delimitazione non chiara fra demenza, depressione e delirio
- malattia prima dell'età del pensionamento
- sintomi atipici o decorso atipico
- disturbi cognitivi in presenza di altre malattie
- difficoltà nella comunicazione fra medico, paziente e familiari
- incertezza sugli effetti causati dai disturbi delle funzioni cognitive, ad es. sull'abilità alla guida.

Accertamento interdisciplinare presso una clinica della memoria

Per una parte dei pazienti, la seconda fase dell'accertamento si svolge in una clinica della memoria. La collaborazione fra i diversi specialisti (geriatra,



neuropsicologo, neurologo e psichiatra geriatrico] presso la clinica della memoria permette un accertamento interdisciplinare. Le cosiddette conferenze diagnostiche consentono agli specialisti di formulare una diagnosi congiunta molto accurata e di formulare suggerimenti per la successiva terapia.

L'accertamento presso la clinica della memoria è incentrato sull'esame clinico e neuropsicologico, che comprende tutte le funzioni cognitive valutando il comportamento del paziente sottoposto ai test. Da questo esame emergono inoltre importanti informazioni circa l'idoneità alla guida.

Una valutazione geriatrica fornisce indicazioni sulle capacità concrete nella vita quotidiana: autonomia, mobilità, funzionalità degli organi sensoriali (udito, vista), stato di nutrizione, problemi farmacologici, umore e integrazione sociale. Un esame di psichiatria geriatrica è in grado di individuare eventuali sintomi collaterali quali depressione, agitazione e ansia, insieme al relativo trattamento.

Ulteriori esami servono a chiarire eventuali altre cause della malattia, come ad esempio un tumore o un'emorragia. Si ricorre in questo caso a metodiche diagnostiche che riproducono per immagini il cervello, in primo luogo la MRI*. Questo esame consente, ad esempio, di individuare eventuali alterazioni dell'irrorazione sanguigna o una diminuzione della sostanza cerebrale.

Per chiarimenti relativi a specifiche patologie può essere utile eseguire una tomografia PET* o SPECT*. Per alcune forme di demenza queste metodiche sono già parte integrante dei criteri diagnostici. Solo in rari casi, per diagnosi specifiche, può essere necessario sottoporre il paziente a un EEG* o all'analisi del liquor*.

Per le forme familiari precoci possono rivelarsi utili analisi genetiche mirate, ma solo con una specifica consulenza di genetisti.



Conoscere con precisione la diagnosi aiuta, anche in caso di malattia grave.

Comunicare la diagnosi in modo empatico è il primo passo verso la terapia.

Dr. med. Irene Bopp

Comunicazione della diagnosi

Il medico comunica al malato la diagnosi nel modo più appropriato, informandolo delle conseguenze. In questa fase è importante coinvolgere attivamente nel colloquio una persona vicina all'interessato, sempre che il paziente sia d'accordo e sia capace di giudizio. La comunicazione e la consulenza ai familiari del paziente rappresentano parte integrante del processo di diagnosi e terapia per questo tipo di malattie.

Valutazione dell'idoneità alla guida

- Il medico o l'equipe di medici che accerta la demenza deve valutare anche se il soggetto è in grado di guidare un veicolo.
- È auspicabile che i familiari siano coinvolti in questo processo, poiché ogni conducente tende a sopravvalutare le proprie capacità di guida.
- Lasciano presumere una possibile riduzione delle capacità di guida, ad esempio, la conduzione insicura del veicolo, una serie pregressa di incidenti o multe, la rinuncia volontaria a guidare su strade sconosciute o su lunghi percorsi, o il comportamento aggressivo o impulsivo, l'influsso dell'alcol e una capacità visiva e motoria limitata.
- Il medico o lo specialista abilitato all'esame di idoneità alla guida deve valutare se la persona affetta da demenza soddisfa i requisiti minimi medici richiesti per la guida. Tali requisiti sono stati modificati il 1° luglio 2016. È stato chiaramente formulato che i/le conducenti non debbano presentare malattie o disturbi psichici di natura organica che compromettano in modo significativo la consapevolezza, l'orientamento,



la memoria, il ragionamento, la capacità di reazione o un altro deterioramento cognitivo (ad es. la demenza). Si devono escludere anche gravi sintomi depressivi o manici e disturbi del comportamento rilevanti per la circolazione stradale e la compromissione di prestazioni rilevanti per il traffico. I test di medicina del traffico possono essere svolti solo dai medici che soddisfano le necessarie condizioni per accertare l'abilità alla guida e che sono riconosciuti dalle autorità cantonali. Per ulteriori informazioni: <https://medtraffic.ch/it/>

- È preferibile convincere la persona a rinunciare volontariamente alla guida, fornendole informazioni mirate.
- In presenza dei requisiti minimi medici, si sottopone la persona a un test di guida su strada sotto la supervisione di un esperto. Se la prova dà esito positivo, l'autorizzazione alla guida è comunque subordinata a un nuovo controllo, ad esempio dopo 12 mesi.
- La valutazione dell'idoneità alla guida comporta delle spese per la persona interessata.
- Una persona affetta da una forma grave o medio-grave di demenza non è più idonea alla guida.
- Alcune persone non sono più in grado di guidare nemmeno se affette da un deterioramento cognitivo lieve o da una forma lieve di demenza, soprattutto se incontrano diverse difficoltà al volante (senso di insicurezza del conducente o del passeggero, incidenti sfiorati, danni causati durante le manovre di parcheggio, cambiamento nella condotta di guida ecc.) o se entrano in gioco più patologie.
- Ora il medico curante ha il diritto di notificare all'Ufficio cantonale della circolazione le persone che non soddisfano più i requisiti minimi dal punto di vista medico. Ad esempio, se una persona affetta da demenza non ha consapevolezza della propria malattia e non rinuncia alla guida volontariamente. Si raccomanda al medico di comunicare alla persona interessata, per iscritto, le sue intenzioni prima di procedere alla notifica.

Trattamenti farmacologici e non farmacologici



Oggigiorno un'ampia gamma di mezzi terapeutici migliora la qualità della vita dei malati di demenza e dei familiari curanti. Accanto ai trattamenti farmacologici sono fondamentali le terapie non farmacologiche, soprattutto per i sintomi collaterali della demenza.

Trattamento farmacologico preventivo

Allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non è consigliato un trattamento preventivo con farmaci antidementigeni o antinfiammatori per prevenire l'insorgenza di una malattia di demenza o l'evoluzione di un deterioramento cognitivo lieve.

Stadi iniziale e intermedio della demenza di tipo Alzheimer: trattamento con farmaci antidementigeni*

In caso di demenza di tipo Alzheimer allo stadio lieve o medio-grave, i cosiddetti inibitori della colinesterasi (CHE)[▲] possono migliorare temporaneamente le funzioni cerebrali o ritardarne il decadimento poiché facilitano la trasmissione delle informazioni tra i neuroni. La loro efficacia, ai fini della rimborsabilità da parte della cassa malati, viene misurata con test periodici (ad es. MMSE*) a inizio del trattamento, a tre mesi dall'inizio e successivamente ogni sei mesi. Affinché la cassa malati si assuma i costi del trattamento, l'indice MMSE deve essere superiore a 10 punti. È bene iniziare la cura il più presto possibile. Se il farmaco è ben tollerato e se la terapia viene seguita scrupolosamente, l'efficacia del trattamento si vede dalla stabilizzazione o dal temporaneo miglioramento delle funzioni cerebrali del malato, della sua autonomia nell'esplicare le mansioni quotidiane, del suo comportamento e del suo umore. L'ingresso in una casa di cura o di riposo non è necessariamente un motivo per interrompere la terapia. È dunque importante che oltre alla persona malata anche quelle a lei più vicine e i curanti ne osservino gli effetti con occhio critico. Se l'efficacia è dubbia o gli effetti collaterali costituiscono un problema, il medico può prescrivere un altro inibitore della CHE oppure cambiare modalità di somministrazione, ad esempio passare dalle capsule al cerotto [patch]. Di norma gli inibitori della CHE sono ben tollerati; tuttavia possono presentarsi degli effetti collaterali, ad esempio a carico del tratto digerente [nausea, vomito, diarrea], come pure mal di testa. Tra gli effetti collaterali più rari si annoverano aritmia e sincope*.

Tre sono gli inibitori di CHE ammessi per il trattamento della demenza di tipo Alzheimer: donepezil[▲], galantamina[▲] e rivastigmina[▲]. Quest'ultimo può essere impiegato anche nella demenza associata al Parkinson. Questi principi attivi non sono ammessi per il trattamento di altre forme di demenza, anche se alcuni studi hanno riscontrato una parziale efficacia.

Stadio medio-grave della demenza di tipo Alzheimer: trattamento con farmaci antidementigeni

In caso di demenza di tipo Alzheimer allo stadio medio o grave (indice MMSE compreso fra 3 e 19 punti), la memantina[▲] può migliorare temporaneamente le funzioni cerebrali o rallentarne il decadimento. Si tratta di un farmaco ammesso e rimborsabile dalla cassa malati entro questi parametri, che non può essere usato però per il trattamento di altre malattie da demenza.

Il trattamento congiunto a base di memantina e inibitore della CHE[▲] non viene rimborsato dalle casse malati (il secondo sarebbe dunque eventualmente a carico dell'assicurato). Secondo gli esperti svizzeri, tuttavia, l'efficacia del trattamento congiunto non è sufficientemente provata. I farmaci antidementigeni (inibitori della CHE e memantina) possono anche mitigare i sintomi comportamentali e psicologici e aiutare così a ridurre l'impiego di antipsicotici.

Altri trattamenti farmacologici per la demenza

L'estratto della pianta di ginkgo biloba[▲] viene spesso impiegato per stimolare la circolazione e nel trattamento dei disturbi cognitivi. Tra gli effetti collaterali si annoverano mal di testa e nausea, in casi più rari possono insorgere anche emorragie. Da alcuni studi emerge che l'assunzione regolare e nel lungo periodo del ginkgo può attenuare i sintomi sia a livello cognitivo che comportamentale.

TRATTAMENTO DEI SINTOMI COLLATERALI DELLA DEMENZA

Nella maggior parte dei casi la demenza porta a deterioramenti cognitivi accompagnati anche da sintomi comportamentali e psichici quali depressione, ansia, aggressività, disturbi del sonno, delirio e allucinazioni, che possono insorgere, anche solo temporaneamente, a ogni stadio della malattia. Questi sintomi sono spesso difficili da trattare, visto che



alcuni dei medicinali più frequentemente utilizzati (in particolare gli antipsicotici*) comportano gravi rischi da effetti collaterali (ad es. cadute, ictus). Per questo motivo il loro impiego richiede un'attenta ponderazione di rischi e benefici.

Per alleviare questi sintomi esistono tuttavia altre soluzioni che consentono un utilizzo minimo dei suddetti principi attivi. A tale riguardo la priorità va data agli interventi psicosociali e di assistenza alla persona e alle terapie non farmacologiche, con lo scopo di trovare la causa dei disturbi comportamentali, riconoscere le esigenze del malato e pianificare di conseguenza gli interventi di sostegno. È possibile mitigare o addirittura evitare questi sintomi adottando adeguate misure, ad esempio alleviando i dolori, riorganizzando la giornata, adeguando l'ambiente abitativo, l'alimentazione ecc.



La malattia colpisce il pensiero, i sentimenti e le azioni. Per contrastarla occorre dunque mettere in campo il pensiero, i sentimenti e le azioni.

PD Dr. M. Axel Wollmer

Scelta accurata e posologia prescritta con cautela

Il trattamento farmacologico dei sintomi collaterali della demenza, quali i disturbi psichici e del comportamento, presuppone la stesura di un piano terapeutico personalizzato, la verifica critica di tutta la terapia con i farmaci e se possibile la sua semplificazione. Alcuni medicinali, in particolare gli anticolinergici*, devono essere evitati a causa dei loro effetti collaterali negativi. Minore è la quantità di medicinali somministrata, migliore è il riscontro sulla loro efficacia, poiché si verificano spesso fenomeni di interazione fra farmaci. È altrettanto importante che il medico spieghi la terapia al malato e ai suoi familiari.



Se il medico non può evitare il ricorso ai farmaci neurolettici, dovrà comunque prescriverli nella dose minore possibile e solo per un periodo di tempo limitato, verificando la necessità di proseguire il trattamento almeno ogni sei settimane. Taluni dei medicamenti utilizzati per combattere i sintomi comportamentali e psichici non erano stati previsti originariamente per il trattamento di questi sintomi (si parla in questo caso di impiego off-label*). Il medico li prescrive in determinate circostanze, quando ritiene, in base alla deontologia medica, che rappresentino l'opzione migliore.

Gli inibitori della CHE precedentemente descritti hanno effetti positivi – in particolare se abbinati a terapie non farmacologiche – su sintomi come l'**apatia**, la **depressione**, la **tensione** e l'**irritabilità**. Secondo alcuni esperti, pare che anche l'estratto di ginkgo biloba risulti efficace sia su questi sintomi sia sull'**ansia**.

Nei casi di demenza lieve o medio-grave è inoltre possibile trattare i suddetti sintomi con la psicoterapia, gli interventi diretti alla persona, da parte dei curanti, e la fototerapia*. Se necessario il medico può prescrivere un antidepressivo della famiglia degli inibitori della ricaptazione della serotonina*. La combinazione di psicoterapia e psicoeducazione* dei familiari e il supporto fornito loro nella gestione della quotidianità produce spesso anche effetti positivi sui sintomi psichici e comportamentali della persona malata. Un valido aiuto lo si può avere anche con la terapia di orientamento alla realtà*, la terapia della reminiscenza*, la terapia di validazione e la stimolazione cognitiva*. In presenza di disturbi del sonno si ricorre in prima linea alle attività motorie, all'organizzazione della giornata e a misure di igiene del sonno. Per il trattamento dei **disturbi del sonno** e contro lo stato di confusione e irrequietezza serale (sindrome del tramonto o sundowning syndrome*), è indicata anche la fototerapia. I disturbi del ritmo circadiano possono essere mitigati in certi casi con la melatonina* o gli agonisti della melatonina*. Associando la melatonina alla fototerapia se ne incrementa l'efficacia.

Qualora i medicinali non possano essere evitati, i problemi del sonno **in un quadro di demenza lieve** vengono trattati con antidepressivi ad azione regolatrice del sonno oppure, per brevi periodi (inferiori alle quattro settimane), con sonniferi a breve durata d'azione. Le benzodiazepine non sono adatte in caso di demenza in quanto hanno ripercussioni negative sulla memoria e possono dare luogo a cadute, delirio e dipendenza. Sostanze con profilo farmacologico simile, come zopiclone[▲], zolpidem[▲] e zaleplon[▲], presentano invece effetti collaterali minori, ma vanno impiegate solo per periodi limitati. Per il trattamento dei disturbi del sonno **nella demenza grave** trovano impiego antidepressivi e antipsicotici senza effetti collaterali anticolinergici, come trazodone[▲], trimipramina[▲] oppure doxepina[▲]. L'idrato di cloralio[▲] e il clometiazolo[▲] non sono consigliati.

La memantina[▲] si è spesso rivelata efficace contro l'**ansia**, l'**aggressività**, il **delirio** e le **allucinazioni** nella demenza di tipo Alzheimer medio-grave o grave. In presenza dei suddetti sintomi è possibile utilizzare anche antipsicotici atipici[▲], ma sempre tenendo ben presenti i rischi e osservando le necessarie misure (vedi sopra). A questo riguardo si ricordano i principi attivi risperidone[▲], olanzapina[▲] e aripiprazolo[▲], oltre a quetiapina[▲] e pipamperone[▲]; si tratta tuttavia di medicinali con numerosi effetti collaterali, che richiedono un monitoraggio regolare del trattamento. Infine occorre menzionare anche l'alooperidolo[▲] che, nonostante gli effetti collaterali, può essere impiegato nei casi acuti a basse dosi laddove alla demenza si sovrapponga il delirio*.

Tra le varie cause scatenanti i sintomi comportamentali e psichici, prima fra tutti l'agitazione, va annoverato anche il **dolore**. È necessario saperlo riconoscere e lenirlo efficacemente con degli analgesici, ottenendo così spesso anche un effetto sedativo.

Trattamenti farmacologici e non farmacologici

Nell'approccio non farmacologico l'**agitazione** e l'**aggressività** vengono contrastate con interventi diretti alla persona da parte dei curanti e misure di terapia ambientale. Sono inoltre efficaci gli interventi che stimolano la mobilità, la musicoterapia, l'aromaterapia*, lo snoezelen*, la stimolazione cognitiva* ecc. I sintomi psicotici quali il **delirio** e le **allucinazioni** devono essere contrastati con un'opportuna protezione dagli stimoli, misure strutturanti e l'eliminazione di possibili disturbi visivi e uditivi.

In presenza di sintomi comportamentali e psichici gravi, quali ad esempio **urla ricorrenti**, vengono adottate preferibilmente terapie fisiche e interventi diretti alla persona da parte dei curanti, al fine di trasmettere al malato una sensazione di grande sicurezza e protezione.

TRATTAMENTO DI ALTRE FORME DI DEMENZA

Demenza vascolare

I farmaci antedementigeni* non sono consigliati nel trattamento delle forme di demenza puramente vascolare, malgrado abbiano mostrato una certa efficacia. La cura è piuttosto incentrata sulla riduzione dei fattori di rischio vascolare, quali ipertensione, diabete e colesterolo. La depressione all'interno di questa demenza può essere trattata, sotto costante controllo medico, con l'impiego di inibitori della ricaptazione della serotonina* oppure con trazodone[▲]. Gli antipsicotici*, a causa degli effetti collaterali, sono prescritti solo in casi particolarmente gravi.

Demenza a corpi di Lewy

Gli inibitori della CHE* rappresentano la prima opzione farmacologica in questa forma di demenza; andrà in ogni caso verificata la rimborsabilità del trattamento da parte della cassa malati. La demenza a corpi di Lewy si presenta con un quadro dominato da sintomi collaterali quali le allucinazioni.



Le terapie non farmacologiche devono avere la precedenza su quelle farmacologiche e le due devono sempre essere associate.

Prof. Dr. med. E. Savaskan

Tuttavia è nota un'ipersensibilità agli antipsicotici* che ne rende sconsigliabile l'impiego. In casi particolari viene utilizzato come medicamento di seconda scelta l'antipsicotico atipico* quetiapina▲; qualora questo non sia efficace si può ricorrere alla clozapina▲. La memantina▲ è consigliata come opzione di terza scelta.

Demenza associata al Parkinson

Gli inibitori della CHE* si sono dimostrati efficaci nel trattamento sia dei disturbi cognitivi sia dei sintomi comportamentali. L'efficacia della memantina▲ è invece ridotta. In questo caso si tratta di un impiego off-label* del farmaco. Nella demenza associata al Parkinson è importante evitare tutti i medicinali con effetto anticolinergico* non appena si presentano i primi sintomi comportamentali e psichici, adattando il dosaggio dei farmaci anti-Parkinson*.

Demenze frontotemporali

Nel trattamento di queste forme di demenza rivestono un ruolo di primaria importanza gli interventi non farmacologici, sono sconsigliati gli inibitori della CHE* e la memantina▲. Le persone affette da demenza frontotemporale inoltre sviluppano spesso effetti collaterali dovuti agli antipsicotici atipici*. Assumono dunque un ruolo centrale sia gli interventi non farmacologici sia l'informazione e il sostegno ai curanti. È altresì importante evitare medicinali e sostanze che possano amplificare i sintomi comportamentali, come ad esempio gli stimolanti, i calmanti e gli ansiolitici. Tra questi si annoverano anche alcol, tabacco e caffè.



INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

Le terapie non farmacologiche presentano il vantaggio di essere caratterizzate da un numero molto ridotto di effetti collaterali. In linea di principio gli interventi senza farmaci dovrebbero essere adottati prima o durante l'intervento con i farmaci. In questo modo si rende idealmente superfluo il trattamento farmacologico dei sintomi collaterali della demenza.

La scelta della forma o del contenuto della terapia, di gruppo o individuale, deve tenere conto del singolo paziente, delle sue preferenze e dello stadio della malattia ed essere affiancata da servizi di consulenza per i parenti. Inoltre è opportuno accompagnare il malato nelle attività quotidiane per aiutarlo a restare attivo e sentirsi utile. Qui di seguito sono raggruppati tematicamente una serie di tali interventi, alcuni dei quali sono descritti più dettagliatamente nel glossario.

Attività correlate alla vita quotidiana a sostegno delle facoltà residue: cucinare, fare la spesa, lavori casalinghi ecc. con l'aiuto di una persona.

Adattamento dell'ambiente alle facoltà compromesse mediante corsi di formazione per i curanti, organizzazione degli spazi interni ed esterni a misura di malato, utilizzo mirato di luce, rumori, musica, colori ecc.

Interventi cognitivi

A sostegno delle facoltà cognitive e dell'autonomia. Allenamento della memoria, allenamento cognitivo, riabilitazione della memoria, terapia* di orientamento alla realtà (TOR*), ergoterapia nell'ottica delle funzioni quotidiane (ad es. igiene personale).

Interventi psicoterapeutici

Forniscono sostegno per superare i momenti difficili del decorso della malattia. Psicoterapia per i malati o per i parenti, consulenza psicologica, intervento in caso di crisi, terapia comportamentale e cognitiva, terapia psicodinamica, terapia familiare, psicoeducazione*.

Terapie orientate al corpo

Per evitare lo stress, lenire i sintomi fisici e psichici, mantenere la mobilità. Stimolo al movimento mediante ritmica, danza, attività ludiche, passeggiate terapie con animali (domestici), fisioterapia, cinestetica, aromaterapia, massaggi, calore, bagni, snoezelen*, stimolazione basale, adozione di posizioni che favoriscono il benessere e leniscono il dolore.

Interventi musicali e creativi

Con effetti distensivi, che favoriscono l'equilibrio e conservano la mobilità. Musicoterapia, canto, terapia pittorica, danza, teatro, lavoro biografico, terapia della reminiscenza, favole ecc.

Piani di assistenza che consentono l'adeguamento alle capacità e alle esigenze individuali, riducendo lo stress e favorendo il benessere. Terapia di validazione, terapia di autoconservazione, finger food, piano «dei tre mondi» ecc.



I trattamenti non farmacologici possono contribuire sensibilmente ad alleviare i sintomi comportamentali e psichici.

Dr. med. J. Popp

Organizzazione della vita quotidiana, sostegno e assistenza



Oltre alla diagnosi precoce e al trattamento medico, per le persone affette da demenza sono fondamentali le misure psicosociali, come le offerte integrate di attività, sostegno e assistenza che migliorano la qualità della vita dei pazienti, dei familiari e di coloro che per essi si prodigano quotidianamente.

La persona sempre al centro

Cura e assistenza di qualità devono mettere al centro la persona: il personale incaricato interagisce con le persone affette da demenza con un atteggiamento di fondo improntato all'apprezzamento, percependo la loro unicità e valorizzandola. Conserva e rafforza le facoltà e l'autonomia delle persone mediante la conoscenza della loro storia personale, i loro bisogni e preferenze individuali, la loro identità culturale e spirituale.

24 In questo modo è possibile interpretare sintomi comportamentali come

l'aggressività quale espressione di bisogni della persona malata. Si tratta di un compito che richiede attenzione e impegno.

Più autonomia e benessere per le persone malate

I malati di demenza hanno bisogno di sostegno lungo tutto l'arco della giornata per poter affrontare le conseguenze della loro malattia. È necessario conservare e favorire, in svariati modi, le facoltà mentali delle persone malate. Altrettanto importante è il loro benessere psichico. L'organizzazione della vita quotidiana sotto forma di terapie e altre attività costituisce un valido aiuto per prevenire o almeno mitigare i sintomi collaterali della demenza, quali depressione, ansia, idee deliranti o disturbi comportamentali, in alternativa o in aggiunta ai medicinali. Un trattamento e un'assistenza adeguati e globali aumentano le probabilità che il malato possa continuare a vivere il più a lungo possibile in condizioni di autodeterminazione mantenendo le proprie abitudini.



Le misure psicosociali rappresentano sempre le colonne portanti di qualsiasi piano di trattamento e assistenza.

Prof. Dr. med. Urs P. Mosimann

Sostegno ai familiari

Il 60 per cento circa delle persone affette da demenza vive a domicilio. In Svizzera sono più di 450 000 le persone (oltre ai malati) direttamente interessate dalle conseguenze della demenza: familiari curanti, altri membri della famiglia, amici e persone vicine ai malati. Tutti necessitano di offerte di sostegno, di informazioni e di consigli sulla malattia per apprendere a rapportarsi correttamente con un malato di demenza. I consultori possono essere di aiuto quando si tratta di prendere decisioni importanti.



Il coinvolgimento dei familiari nella consulenza e nella terapia è assolutamente indispensabile.

Dr. med. Markus Bürge

Le persone che assistono il malato imparano ad affrontare le difficoltà, a preservare la propria salute e a gestire i problemi psicologici come la vergogna, i sensi di colpa e la tristezza. Ulteriori offerte contribuiscono al momento opportuno ad alleggerire il peso che grava sui familiari curanti: accompagnamento in casa, centri diurni o vacanze per i malati e i familiari.

Personale specializzato e competente capace di empatia

La cura, l'assistenza e la stimolazione di una persona affetta da demenza sono compiti impegnativi. I familiari e tutti i professionisti impegnati nel lavoro con gli anziani hanno bisogno in egual misura di accedere ai servizi di consulenza e di sostegno. Oggi esistono enti a cui rivolgersi: medici di famiglia e specialisti, cliniche della memoria e altre istituzioni specializzate, Spitex e altri centri di cura ambulatoriale, centri di formazione e Alzheimer Svizzera, con tutta la sua vasta gamma di servizi specifici, come i gruppi di autoaiuto. Esistono istituzioni specializzate con offerte di presa a carico temporanea per chi assiste i malati oppure offerte a lungo termine per le persone affette da demenza. È importante che la consulenza e la formazione siano accessibili a tutte le persone che gravitano attorno al malato, compreso il personale ausiliario.

Prospettive

L'atteso aumento del numero di persone affette da demenza nei prossimi decenni richiede soluzioni che siano in grado di rispondere al futuro fabbisogno di cure e assistenza e ai costi che ne derivano. In tal senso



assume primaria importanza la realizzazione della strategia nazionale sulla demenza a livello cantonale, nell'ambito della quale deve essere dato particolare peso all'assistenza interdisciplinare ottimizzata, un obiettivo da raggiungere mediante il coordinamento e la cooperazione di tutti i fornitori di servizi. A livello nazionale, per le persone malate sono d'importanza capitale un programma organizzato di care management individuale a partire dalla diagnosi e un'adeguata offerta di servizi di consulenza e assistenza. Grandi speranze sono riposte anche nella ricerca medica nel campo della demenza, in particolare nei settori della diagnosi precoce e nelle terapie, come pure nella ricerca a livello di terapie non mediche (ossia psicosociali).

Informazioni complementari

- Medico di famiglia: è la prima persona a cui rivolgersi in caso di sospetti sintomi di demenza.
- Laddove opportuno è possibile richiedere l'opinione di un altro medico di famiglia o cambiare medico.
- Qualora sia necessario un accertamento approfondito, ad es. presso una clinica della memoria, spetta al medico di famiglia prescriverlo.
- Telefono Alzheimer di Alzheimer Svizzera:
058 058 80 00 (tedesco, francese, italiano)
lun – ven: 8:00-12:00 e 13:30-17:00 oppure **info@alz.ch**
- **Centri di informazione e consulenza delle sezioni cantionali** di Alzheimer Svizzera (alz.ch > nella tua regione)
- Ampia documentazione specifica per i malati, i familiari e gli addetti sanitari sul sito alz.ch

Glossario

Adattamento dell'ambiente

Approccio terapeutico che mira a trasmettere alle persone affette da demenza una maggiore sicurezza e autostima grazie a un'opportuna organizzazione dell'ambiente. [tedesco: Milieutherapie]

Agitazione

Forte irrequietezza motoria, accompagnata da uno stato di tensione interiore.

Analisi del liquor

Esame del liquido cerebrospinale prelevato tramite puntura lombare dal canale vertebrale.

Anticolinergici, farmaci –

Farmaci che inibiscono l'effetto del neurotrasmettitore acetilcolina. Questi farmaci non devono essere somministrati ai pazienti affetti da demenza perché pregiudicano le funzioni cognitive e sono antagonisti degli inibitori della CHE.

Antidementigeni, farmaci –

Farmaci utilizzati per il trattamento dei sintomi di una demenza. Si distingue fra inibitori della CHE e memantina.

Antidepressivi, farmaci –

Farmaci utilizzati per il trattamento della depressione.

Anti-Parkinson, farmaci –

Farmaci per il trattamento del morbo Parkinson, come la levodopa con effetto anticolinergico. Nel Parkinson predominano i sintomi motori, nella demenza quelli cognitivi; questi ultimi peggiorano con il ricorso a questa tipologia di farmaci. Il trattamento farmacologico della demenza a corpi di Lewy e del morbo di Parkinson è perciò particolarmente difficile.

Antipsicotici atipici, farmaci –

Nuovi farmaci per il trattamento dei sintomi psicotici che causano minori effetti collaterali indesiderati in ambito motorio rispetto agli antipsicotici classici.

Antipsicotici, farmaci –

Farmaci utilizzati per il trattamento dei sintomi psicotici quali allucinazioni, paranoia e agitazione.

Apnea notturna

Disturbo della regolazione della respirazione che si manifesta in lunghe e frequenti pause del respiro durante il sonno.

BrainCheck

Breve test di screening consistente in tre domande da porre al paziente, test dell'orologio e sette domande da porre ai familiari (www.braincheck.ch)

Clinica della memoria

Centro medico specializzato in disturbi delle prestazioni cerebrali. Oltre all'accertamento, che viene effettuato in modalità ambulatoriale (come dal medico di famiglia), e alla diagnostica, offre consulenza e una serie di terapie (www.swissmemoryclinics.ch).

Cognizione

Facoltà cerebrali: termine generale che racchiude i processi e i prodotti di attività quali la percezione, il riconoscimento, il pensiero, la deduzione, il giudizio, il ricordo ecc.

Delirio

Stato confusionale acuto (in molti casi reversibile)

Deterioramento cognitivo lieve / Mild Cognitive Impairment / MCI

Deterioramento lieve delle funzioni cerebrali. In determinati casi può evolvere in demenza.

DSM-5/Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

Manuale diagnostico statistico (DSM) dei disturbi mentali, 5ª edizione, 2013

EEG / elettroencefalogramma

Rappresentazione grafica dell'attività elettrica del cervello.

Fototerapia

Metodo medico che prevede l'esposizione ad una luce artificiale con filtro UV per il trattamento di depressioni e disturbi del sonno.

ICD-10/International Classification of Diseases

Classificazione internazionale delle malattie elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, 10ª versione, 1991.

Igiene del sonno

Abitudini di vita, ambiente in cui si dorme e tecniche di addormentamento che favoriscono l'inizio e il mantenimento del sonno notturno.

Inibitori della colinesterasi (CHE) / anticolinesterasici

(più precisamente: inibitori dell'acetilcolinesterasi)

Farmaci per il trattamento dell'Alzheimer lieve o medio-grave. Gruppo di principi attivi che inibiscono l'azione dell'enzima acetilcolinesterasi nello spazio intersinaptico aumentando così la reattività dei neuroni.

Inibitori della ricaptazione della serotonina

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono medicinali che migliorano il tono dell'umore e rientrano nella categoria degli antidepressivi, utilizzati prevalentemente nei casi di depressione, nonché di ansia e di sintomi simili.

Mini-cog

Breve test per l'accertamento precoce del deterioramento cognitivo.

MMSE

Mini Mental State Examination; è il più conosciuto e più vecchio dei test brevi per valutare la prestazione cerebrale. Il punteggio massimo è 30, il minimo 0. Se il risultato è inferiore a 27 punti, è possibile che la prestazione cerebrale sia compromessa (demenza lieve). Se il risultato è inferiore a 20 punti, si parla di demenza moderata. Sotto i 10 punti la demenza viene definita grave.

MoCA[test] / Montreal Cognitive Assessment

Test breve utilizzato per un accertamento precoce di eventuali deficit della memoria e/o delle capacità intellettive (www.mocatest.org).

MRI (= MRT)

Imaging a risonanza magnetica o tomografia a risonanza magnetica [Detta anche risonanza magnetica nucleare].

Tecnica diagnostica per immagini utilizzata per raffigurare la struttura e il funzionamento dei tessuti umani mediante elevati campi magnetici. Consente, ad esempio, di rappresentare le alterazioni dei vasi sanguigni ed eventuali atrofie del cervello.

PET / Tomografia a emissione di positroni

Tecnica diagnostica per immagini con la quale i processi metabolici dell'organismo vengono resi visibili mediante sostanze lievemente radioattive.

Psicoeducazione

Metodologia che punta a rendere consapevole la persona portatrice di un disturbo psichico, e i membri della sua famiglia, circa la natura della patologia e le modalità per poterla fronteggiare.

Sincope

Collasso cardiocircolatorio [breve perdita di conoscenza reversibile causata da un disturbo dell'irrorazione sanguigna del cervello]

Snoezelen [si pronuncia «snuslen»]

Tipo di assistenza che stimola i sensi del paziente in modo piacevole (ad es. tramite contatto, sfioramento, rumori e musica, stimolazione visiva, carillon ecc.).

SPECT / Single Photon Emission Computed Tomography

Tomografia computerizzata a emissione di fotone singolo. Tecnica diagnostica per immagini con la quale i processi metabolici dell'organismo vengono resi visibili mediante sostanze lievemente radioattive. Più economica, ma un po' meno precisa della PET.

Stimolazione cognitiva

Terapia non farmacologica a cura di personale specializzato, appositamente formato, concepita per stimolare la memoria e le capacità comunicative dei pazienti, che si fonda su eventi passati e interessi personali del malato.

Sundowning Syndrome

Nel tardo pomeriggio o alla sera, le persone affette da demenza tendono spesso a diventare più irrequiete, ansiose, confuse e a girovagare.

Terapia di orientamento alla realtà (TOR)

Metodo di assistenza con il quale, grazie a determinate informazioni chiave, le persone affette da demenza riescono a orientarsi meglio nel loro quotidiano.

Test dell'orologio

Test breve per la diagnosi della demenza, molto diffuso, che fornisce indicazioni circa le funzioni cognitive. Il paziente deve disegnare un orologio e mettere le lancette sul quadrante. Vedi anche BrainCheck.

Utilizzo di medicinali off-label

Impiego particolare, prescritto dal medico, di farmaci per il trattamento di un sintomo che originariamente non rientra nel campo di efficacia e non è menzionato nel foglio illustrativo.

Farmaci

Elenco dei principi attivi citati nel presente opuscolo con i rispettivi nomi commerciali e note esplicative

Antidementigeni

Trattamento dei sintomi cognitivi (uso off-label per i sintomi collaterali dell'Alzheimer)

Inibitori della colinesterasi

Alzheimer lieve o medio-grave

Donepezil	Aricept®, Donepezil [diversi farmaci generici]	
Galantamina	Reminyl®	
Rivastigmina	Exelon®; Escapar® Rivastigmina Acino	Anche in caso di demenza associata al Parkinson

Memantina

Alzheimer medio-grave e grave. Anche in caso di sintomi collaterali quali agitazione, aggressività, delirio, allucinazioni nell'Alzheimer

Memantina	Axura®, Ebixa®; Memantin-Mepha®
-----------	---------------------------------

Antidepressivi

Trattamento di sintomi collaterali quali la depressione

Inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI)

Citalopram	Citalopram®, Seropram®, Claropram®, farmaci generici	
Escitalopram	Cipralex®, Escitalopram [diverse case e farmaci generici]	
Sertralina	Seralina Mepha®, Sertragen®, Sertralina [diverse case e farmaci generici], Zoloft®	
Trazodone	Trittico®	<ul style="list-style-type: none">• Efficacia anche sulla regolazione del sonno• Contro la depressione in presenza di demenza vascolare

Disturbi del ritmo sonno/veglia

Melatonina Ormone	Circadin®	Trattamento di disturbi del ritmo sonno/veglia
Agomelatina (agonista della melatonina) Antidepressivo	Valdoxan®	

Sostanze correlate alle benzodiazepine

Zopiclone	Imovane®; Zopiclone Zentiva®
Zolpidem	Dorlortil®; Stilnox®; Zoldorm®; Zolpidem®
Zaleplon	Sonata®

Antidepressivi con effetti sulla regolazione del sonno

Trazodone	Trittico®	
Doxepina	Sinquan®	
Trimipramina	Surmontil®; Trimipramin® (diverse case)	Fortemente anti- colinergico, sconsigliato
Idrato di cloralio	Nervifene®	Fortemente sconsigliato!
Clometiazole	Distraneurin®	Fortemente sconsigliato!

Farmaci fitoterapeutici

Trattamento della diminuzione dell'efficienza psichica

Estratto secco di ginkgo biloba	Ginkgo Sandoz®; Rezirkane®; Symfona®; Tebokan®; Gincosan®
---------------------------------	--

Farmaci per il trattamento dei sintomi collaterali della demenza come agitazione e delirio

Memantina

Trattamento dei sintomi secondari collaterali dell'Alzheimer, come agitazione, aggressività, delirio, allucinazioni

Memantina	Axura®; Ebixa®
-----------	----------------

Antipsicotici atipici

Trattamento dei sintomi collaterali dell'Alzheimer come agitazione, aggressività, delirio, allucinazioni (solo a basse dosi e per periodi limitati: rivedere la prescrizione almeno ogni 6 settimane!)

Clozapina	Clopin®; Leponex®	Trattamento della demenza a corpi di Lewy
Olanzapina	Olanpax®; Olanza Actavis /- ODT; Olanzapin (diverse case e farmaci generici); Zyprexa®	
Risperidone	Risperdal®; Risperidon (diverse case e farmaci generici)	
Quetiapina	Quetiapin® (diverse case e farmaci generici); Sequase®; Seroquel®	Trattamento della demenza a corpi di Lewy
Amisulpride	Amisulprid (diverse case e farmaci generici); Solian®	
Aripiprazolo	Abilify Maintena® Abilify®	

Antipsicotici classici

Effetti anticolinergici! Per le precauzioni, vedi gli antipsicotici atipici

Pipamperone	Dipiperon®	
Aloperidolo	Haldol®	Solo in presenza di delirio, generalmente non indicato per pazienti affetti da demenza

Trattamento di altre forme di demenza

Demenza vascolare

Trazodone	Trittico®	Trattamento della depressione
-----------	-----------	-------------------------------

Demenza a corpi di Lewy

Nel limite del possibile evitare gli antipsicotici!

Antipsicotici atipici

Quetiapina	Seroquel®	In caso di allucinazioni, possibile come medicamento di seconda opzione
------------	-----------	---

Clozapina	Leponex®	
-----------	----------	--

Memantina	Axura®; Ebixa®	Per stabilizzare le attività quotidiane
-----------	----------------	---

Demenza frontotemporale

Priorità alle terapie non farmacologiche

Inibitori della colinesterasi e memantina sono sconsigliati!

Antipsicotici atipici sono sconsigliati!

Intolleranza agli effetti collaterali degli antipsicotici atipici

Autori delle raccomandazioni scientifiche

Consenso 2012 sulla diagnostica e la terapia

Andreas U. Monsch [Memory Clinic, geriatria acuta, ospedale universitario di Basilea], Christophe Büla [Servizio di geriatria, CHUV, Losanna], Monika Hermelink [Servizio medico regionale della Svizzera orientale, San Gallo], Reto W. Kressig [Geriatrics acuta, Ospedale universitario di Basilea], Birgitta Martensson [allora attiva presso Alzheimer Svizzera, Yverdon], Urs Mosimann [allora attivo nella Clinica universitaria di psichiatria e psicoterapia geriatrica, Servizi psichiatrici universitari, Berna], René Müri [Clinica universitaria di neurologia, Inselspital, Ospedale universitario di Berna], Samuel Vögeli [allora attivo presso Alzheimer Argovia, Brugg], Armin von Gunten [Servizio di psichiatria, CHUV, Losanna] e il gruppo di esperti svizzeri.

Raccomandazioni per la diagnostica e terapia dei sintomi collaterali della demenza, 2014

E. Savaskan [Associazione Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia geriatrica; SGAP], I. Bopp-Kistler [Società Professionale Svizzera di Geriatria; SFGG], M. Buerge [Swiss Memory Clinics; SMC], R. Fischlin [Alzheimer Svizzera], D. Georgescu [SGAP e Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia; SSPP], U. Giardini [SGAP], M. Hatzinger [Società Svizzera di Psichiatria Biologica; SSPB], U. Hemmeter [SGAP], I. Justiniano [SGAP], R. W. Kressig [SFGG], A. Monsch [Associazione svizzera delle neuropsicologhe e dei neuropsicologi (ASNP)], U. P. Mosimann [SGAP; SSPB], R. Mueri [SFGG], A. Munk [Alzheimer Svizzera], J. Popp [SGAP], R. Schmid [Associazione svizzera degli infermieri; ASI/SBK], M. A. Wollmer [SGAP].

Raccomandazioni di consenso per l'idoneità alla guida 2012

Componenti della commissione interdisciplinare sull'idoneità alla guida dei malati di demenza dell'associazione Swiss Memory Clinics (in ordine alfabetico):
Dr. phil. J. Bächli [psicologia del traffico]; Dr. iur. J. Boll [pubblico ministero];
Dr. med. I. Bopp-Kistler [geriatria]; Dr. med. F. Donati [neurologia];
Prof. Dr. med. R. W. Kressig [geriatria]; lic. oec. Birgitta Martensson [Alzheimer Svizzera];
Prof. Dr. phil. A. U. Monsch [neuropsicologia]; Prof. Dr. med. U. P. Mosimann [psichiatria geriatrica; presidente]; Prof. Dr. med. R. Müri [neurologia]; Prof. Dr. sc.T. Nef [scienze dell'ingegneria]; A. Rothenberger [esperto di circolazione stradale]; Dr. med. R. Seeger [medicina legale]; Prof. Dr. med. A. von Gunten [psichiatria geriatrica] e
Dr. med. et phil. nat. U. Wirz [medicina di famiglia].

Alzheimer Svizzera

Le nostre attività sono volte a migliorare la qualità di vita delle persone che sono affette da demenza e dei loro familiari all'insegna dell'auto-aiuto e della solidarietà. Offriamo informazioni, consulenza e sostegno e ci prodighiamo in favore di forme di assistenza e cure adeguate ai bisogni di ogni malato. Il nostro lavoro si concentra su cinque ambiti principali:

Informazioni e consulenza

- Telefono Alzheimer con consulenza individuale nonché informazioni e uffici di consulenza nelle sezioni
- Opuscoli e fogli informativi
- Sito web alz.ch e 21 siti web delle sezioni
- Eventi e stand informativi; Relazioni pubbliche

Sostegno alle persone affette da demenza e ai loro familiari

- Gruppi d'incontro per i malati
- Gruppi d'incontro per i familiari
- Alzheimer Café, vacanze per le persone colpite da demenza e i loro familiari

Formazione e perfezionamento professionale

- Seminari per i familiari
- Convegni per i volontari e i curanti
- Formazione continua per gli operatori sanitari

Conoscenza e ricerca

- Promozione di progetti innovativi in campo medico-sanitario assistenziale
- Presentazione e divulgazione di studi sulla demenza

Tutela di interessi

- Contatti con politici, autorità, operatori sanitari e altre organizzazioni
- Partecipazione all'attuazione della Strategia nazionale sulla demenza
- Networking e partecipazione a gruppi e associazioni internazionali

Alzheimer Svizzera è stata fondata nel 1988 allo scopo di informare l'opinione pubblica circa le malattie da demenza e le loro conseguenze, di riunire e far incontrare le persone toccate da queste malattie e di difendere i loro interessi. Oggi la nostra organizzazione, indipendente e di pubblica utilità, conta più di 10 000 membri e più di 130 000 sostenitori.

I nostri ideali

Le persone che sono affette da demenza e i loro cari devono essere integrati e accettati dalla società in tutti gli stadi della malattia. La diagnosi deve essere precoce e gli interventi medici e sociali devono essere tempestivi per favorire l'autonomia e migliorare la qualità di vita del malato e dei propri cari. Tutti coloro che si offrono di aiutare e che assistono e curano, siano essi familiari, operatori sanitari o volontari, devono essere preparati, sostenuti e seguiti in modo mirato.

I risultati sin qui ottenuti

In oltre tre decenni Alzheimer Svizzera è diventata un centro di competenza per la convivenza con la demenza e collabora regolarmente con altre istituzioni. Grazie alle nostre 21 sezioni cantonali, possiamo offrire una consulenza e un sostegno capillari in tutto il Paese. È merito delle nostre intense campagne informative se oggi l'opinione pubblica è più informata sull'argomento e se c'è una minore tendenza a stigmatizzare queste malattie.

Per che cosa ci impegniamo

Vogliamo che le persone colpite da demenza siano assistite a casa il più a lungo possibile, se lo desiderano; che i malati e i loro familiari abbiano il diritto di ricevere consulenza, assistenza continua, competente e immediata; che le offerte di assistenza e presa a carico per i familiari curanti siano ampliate e migliorate. La Strategia nazionale sulla demenza si prefigge di creare le necessarie condizioni quadro.

Gurtengasse 3
3011 Berna
Tel. 058 058 80 20
info@alz.ch
alz.ch

159 I 2019

Telefono Alzheimer: 058 058 80 00



..... Tagliando di risposta

Voglio saperne di più

P.f. inviatemi:

- la rivista «auguste» per i membri e donatori/trici
- l'elenco delle pubblicazioni di Alzheimer Svizzera

Desidero diventare

- membro individuale [quota annua CHF 50.–]
- membri partner che vivono nella stessa famiglia [quota annua CHF 80.–]
- membro collettivo [quota annua CHF 200.–]

Signora Signor

Cognome	Nome
Cognome 2	Nome 2
Via, n.	NPA, località
E-mail	Tel.

Sono interessato/a [risposta facoltativa]

- come malato/a
- come familiare
- per motivi professionali
- per altri motivi

Spedire a: Alzheimer Svizzera, Gurtengasse 3, 3011 Berna