

Codice DB2017

D.D. 22 maggio 2014, n. 492

Prosecuzione del progetto sperimentale per la "Diagnosi precoce delle patologie di Alzheimer e delle demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica". Impegno e liquidazione della somma di Euro 96.000,00= sul cap. 157813/14, a favore dell'ASL TO3 di Collegno.

Premesso che

la demenza è una sindrome di declino della memoria e delle altre funzioni cognitive tali da condizionare la vita quotidiana di un paziente, che colpisce gli individui oltre i 65 anni di età; la forma più comune di demenza è la malattia di Alzheimer che rappresenta i due terzi o più dei casi di demenza;

il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 137-40212 del 24.10.2007, riconosceva la Malattia di Alzheimer come causa di disabilità della persona, indipendentemente dall'avanzamento dell'età e dalla presenza di altre patologie;

il Piano Socio Sanitario regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 167-14087 del 03.04.2012, intende promuovere la "Clinica della memoria" di Collegno, centro per la cura delle patologie dementigene, quali l'Alzheimer, che risulta essere tra le cause di fragilità più diffusa nella popolazione anziana.

Come sostenuto dalle linee guida sulla diagnosi di Demenza della Società Italiana di Neurologia (SIN) una diagnosi precoce permetterebbe:

- a) un tempestivo intervento sulle cause delle demenze reversibili;
- b) l'istituzione di terapie che possono rallentare la progressione della malattia;
- c) l'inizio di terapie che possano potenziare la performance cognitive del paziente sfruttando la sua non completa compromissione dei circuiti neuronali;
- d) l'attuazione di misure che riducano gli effetti della comorbilità associata alla demenza;
- e) l'attuazione tempestiva da parte del paziente e della famiglia di misure necessarie per risolvere i problemi connessi con la progressione della malattia.

La demenza andrebbe quindi tempestivamente sospettata in soggetti anziani che presentino un iniziale declino delle capacità cognitive con risparmio delle funzioni motorie e sensoriali fino a fasi più avanzate. Il decorso medio è di circa un decennio, con un range di durata che va dai 3 ai 20 anni dalla diagnosi alla morte, ma la velocità di progressione è molto variabile.

Nell'anziano la demenza è dovuta a forme patogeneticamente diverse, e di conseguenza si evidenzia con particolari manifestazioni cliniche che si possono raggruppare in due categorie:

- forme reversibili (tumori cerebrali primari, deficit nutritivo, infettivo, metabolico, infiammatorio, endocrino, psichiatrico, neurologico);
- forme irreversibili (Malattia Alzheimer, vascolare, alcolica, post traumatica, post anossica, Malattia di Parkinson, Epilessia, Corpi di Levy, M. di Pick).

La diagnosi della malattia è difficoltosa e nella maggior parte dei casi avviene soltanto nelle fasi più avanzate. La diagnosi precoce permetterebbe invece di prevenire o comunque ritardare

l'ingravescenza della patologia ed il ricovero in strutture residenziali e, conseguentemente, ridurre i costi sociali pubblici e privati a carico della famiglia del paziente.

Le analisi più recenti suggeriscono che un Servizio di diagnosi precoce per le demenze, per raggiungere l'efficienza economica, necessita di ottenere un modesto aumento della qualità media di vita delle persone affette da demenza (miglioramento delle autonomie del quotidiano), oltre ad una diminuzione del 10% degli inserimenti in case di cura. Nello specifico un guadagno compreso tra 0.01 e 0.02 QALYs (indice che identifica gli anni di vita ponderati per qualità) per persona all'anno, sarebbe sufficiente a raggiungere l'efficienza economica (in termini di valore attuale netto positivo).

Premesso che

con Determinazione n. 454 del 12.07.2010, tenuto conto delle indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, la Direzione Sanità ha istituito un Gruppo di lavoro regionale per l'elaborazione delle linee di indirizzo per la diagnosi precoce della demenza attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica;

con determinazione n. 195 del 10.03.2011 la Direzione Sanità ha approvato il progetto sperimentale, di durata annuale, per la diagnosi precoce delle patologie di Alzheimer e delle demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica nonché assegnato la somma di Euro 60.000,00 a favore dell'ASL TO3, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano, con l'obiettivo di provare con dati oggettivi, la validità clinica ed economica dei servizi per la diagnosi ed i vantaggi dell'intervento precoce sulle demenze, procedendo ad una analisi dei dati epidemiologici e sintomatici e analizzando l'incidenza economica delle cure e dell'assistenza ai malati sulle risorse del Servizio Sanitario Nazionale;

con determinazione n. 457 del 10.07.2012 la Direzione Sanità ha approvato l'ampliamento del suddetto progetto, assegnando la somma di Euro 30.000,000= a favore dell'ASL TO3, al fine di mettere a punto ed uniformare le attività di screening psicodiagnostico neuropsicologico e di strutturare percorsi diagnostico terapeutici trasversali ai vari attori coinvolti;

con determinazione n. 102 del 18.02.2013 la Direzione Sanità ha approvato l'implementazione del progetto, assegnando la somma di Euro 100.000,00= a favore dell'ASL TO3 per rilevare ed analizzare le realtà organizzative e le sensibilità specifiche presenti nelle ASR della Regione Piemonte, al fine di promuovere lo sviluppo di una rete di professionisti che si occupano di questo argomento e che possono contribuire ad aumentare la sensibilità del sistema di diagnosi precoce delle demenze.

Vista la D.G.R. n. 35-5664 del 16.04.2013 e la D.G.R. n. 17-7578 del 12.05.2014 che approvano rispettivamente per l'anno 2012 e per l'anno 2013 le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, tra cui il trattamento delle demenze e dell'Alzheimer.

Considerato i riscontri positivi, la Direzione Sanità intende dare continuità al progetto anche per l'anno in corso con l'intento di sottoporre i risultati sanitari e sociali finora ottenuti al gruppo di esperti individuato con D.D. n. 454 del 12.07.2010 e di valutare l'impatto economico finanziario di una eventuale estensione a tutte le ASL della Regione Piemonte delle buone pratiche messe a punto dall'ASL TO3.

Preso atto della proposta progettuale predisposta dall'ASL TO3 che, oltre all'obiettivo di incrementare ed estendere all'area metropolitana e territori limitrofi i servizi di diagnosi precoce delle patologie dementigene, punta a migliorare la presa in carico del paziente e della sua famiglia e a garantire la continuità assistenziale agendo sia in ambito ospedaliero sia sui servizi territoriali e aggiornando "work in progress" le realtà neuropsicologiche presenti nelle ASR della Regione Piemonte.

Con il presente atto, si intende approvare la prosecuzione del progetto sperimentale per la "Diagnosi precoce delle patologie di Alzheimer e delle demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica", che verrà svolto dall'ASL TO3 in collaborazione con l'AOU San Luigi di Orbassano, l'AO Ordine Mauriziano, le ASL TO1, TO4, TO5, AL e l'AOU Città della Salute, che viene allegato al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (Allegato A).

Le risorse necessarie per l'implementazione del progetto, che si concluderà il 31.12.2014, tenuto conto del raddoppio dei pazienti assistiti, ammontano ad Euro 96.000,00= a copertura di borse di studio o altre forme di contratti previsti dalla vigente normativa.

Considerato che la diagnosi precoce della demenza permette di prevenire o comunque ritardare il ricovero dei pazienti in strutture residenziali e di ridurre i costi sociali pubblici e privati.

Tenuto conto dei documentati effetti positivi del progetto sulla riduzione delle spese per la terapia farmacologica delle demenze e della coerenza dei risultati dell'analisi economica con gli orientamenti di riduzione della spesa per farmaci previsti dal Piano regionale di rientro.

Considerato che la diagnosi precoce della demenza rientra tra gli interventi attuativi dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015 (Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano l'integrazione ospedale/territorio), approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.13, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 – convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012 – in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di Rientro 2010-2012.

Considerato che la D.G.R. n. 15-7071 del 04.02.2014, approva tra l'altro il Percorso Diagnostico Terapeutico sulla Diagnosi precoce delle Demenze, quale percorso clinico prioritario della Rete Regionale di Psicologia.

Atteso quanto sopra, occorre assegnare all'ASL TO3 di Collegno, per la prosecuzione del progetto, la somma di Euro 96.000,00=, sul cap. 157813/14 (Ass. n. 100406).

Tutto ciò premesso, attestata la regolarità amministrativa del presente atto,

IL DIRETTORE

vista la L.R. n.7/2001;
visto il D.P.G.R. 05/12/01, n. 18/R;
visti gli artt. 4 e 16 del D.Lgs. 30.03.01, n. 165;
visto l'art. 17 della L.R. 23/2008 e s.m.i.;
vista la L.R. n. 1 del 05.02.14;
vista la L.R. n. 2 del 05.02.14;

vista la D.G.R. n. 1-7079 del 10.02.14;

determina

- di approvare, per quanto esposto in premessa, la prosecuzione del progetto per la “Diagnosi precoce delle patologie di Alzheimer e delle demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica”, di cui all'allegato A) che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che si concluderà il 31.12.2014;
- di impegnare la somma di Euro 96.000,00= sul cap. 157813/14 (Ass. n. 100406) a favore dell'ASL TO3 di Collegno;
- di liquidare all'ASL TO3 di Collegno la somma di Euro 96.000,00, a copertura di borse di studio o altre forme di contratti previsti dalla vigente normativa, con le seguenti modalità:
 - Euro 48.000,00= ad approvazione del presente provvedimento;
 - Euro 48.000,00= dietro presentazione di un dettagliato rendiconto delle spese effettivamente sostenute e di dettagliata relazione attinente l'attività svolta ed il raggiungimento degli obiettivi previsti.

La somma di cui sopra non potrà essere destinata per la copertura, seppur in minima percentuale, per costi generali aziendali.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R. per il Piemonte.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'articolo 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/10.

La presente determinazione non è soggetta alla pubblicazione di cui al D.Lgs. 33 del 14.03.2013.

Il Direttore
Sergio Morgagni

Allegato



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA
VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

**IMPLEMENTAZIONE PROGRAMMATICA PROGETTO REGIONALE PER LA
DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA - ANNO 2014.**

INDICE

Razionale	Pag. 1
Cenni di epidemiologia e impatto economico delle demenze	Pag. 1
La diagnosi precoce di demenza	Pag. 2
La valutazione neuropsicologica	Pag. 5
I test neuropsicologici	Pag. 7
La centralità della valutazione neuropsicologica nella diagnosi differenziale.....	Pag. 12
Individuazione e trattamento dei disturbi comportamentali e dei BPSD.....	Pag. 13
La presa in carico del paziente e del caregiver	Pag. 15
Modalità organizzative e tempi di attuazione per l'implementazione del Progetto ..	Pag. 15
Indicatori di esito e analisi economica	Pag. 16
Razionale del Progetto e richiesta di finanziamento	Pag. 18

**IMPLEMENTAZIONE PROGRAMMATICA PROGETTO REGIONALE PER LA
DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA - ANNO 2014.**

1

Razionale

La demenza per le sue dimensioni, si presenta come una delle emergenze sanitarie più importanti che la nostra moderna società si trova ad affrontare. Le demenze comprendono un insieme di entità nosografiche (Demenza Tipo Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Levy, ecc.), che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari, sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne è drammaticamente coinvolto, sia perché tali patologie richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Attualmente rappresenta una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. Dal momento che il più importante fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età, è lecito attendersi che queste patologie possano diventare, in tempi brevi, un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica, conseguente al progressivo invecchiamento della popolazione. Oggigiorno la demenza provoca un peso finanziario significativo per la società: il costo annuo per l'intera Europa è stimato a 141 miliardi di euro.

Cenni di epidemiologia e impatto economico delle demenze

La demenza è una condizione comune negli anziani, colpisce il 5,4% degli individui oltre i 65 anni e ha una prevalenza che aumenta rapidamente con l'età: il numero di persone affette da demenza è destinato a raddoppiare nei prossimi 30 anni. Nella maggior parte dei casi si tratta in particolare di Demenza Tipo Alzheimer, infatti l'European Collaboration on Dementia, coordinato da Alzheimer Europe, ha concluso che attualmente ci sono 8,45 milioni di persone in Europa affetti da questa patologia.

Diversi studi mostrano che in Europa la prevalenza delle demenze nella popolazione maschile aumenta dall'1,6% nella classe d'età 65-69 anni al 22,1% in quella maggiore di 90 anni nei maschi e nella popolazione femminile dall'1% al 30,8% (Prevalence of dementia and major subtypes in Europe. Neurology, 2000; 54: S10-5). Nel mondo vi sono attualmente 650 milioni di malati con un'età maggiore di 65 anni e si stima che nel 2025 in questa fascia di età ci saranno circa 1,2 miliardi di persone (Global Prevalence of Dementia: a Delphi Consensus Study. Lancet, 2005; 366: 2112-7). I tassi di incidenza per demenza nella popolazione maschile variano dal 2,4 per 1000 di età 65-69 anni, al 40,1 per 1000 anni persona in quella maggiore di 90 anni e nella popolazione femminile dal 2,5 all'81,7 nelle donne (Incidence of dementia, AD and vascular dementia in Italy. The ILSA study. J Am Geriatr Soc 2002; 50:41-8). Sulla base di queste stime, il numero atteso di nuovi casi per anno in Italia sarebbe pari a 150.000-2000.000 persone, mentre quello dei casi prevalenti raggiungerebbe la cifra di circa 1.000.000 persone.



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

Tale patologia ha anche un impatto economico a livello mondiale, che si è calcolato nel 2005 in 315,4 miliardi di euro (Wimo et al., 2007). Secondo il Censis (Anno 2006), tra i costi diretti e indiretti, in Italia la spesa globale annua media per singolo paziente è pari a circa 60.000 euro ed il costo medio annuo complessivo per la cura cresce in modo diretto con la gravità della malattia.

I costi calcolati sono così elevati perchè includono sia le spese per la cura dei pazienti, che restano disabili per un lungo lasso di tempo, che il mancato guadagno dei familiari, costretti, il più delle volte, ad abbandonare precocemente la loro attività lavorativa per prendersi cura dei propri congiunti.

In questa direzione assume dunque una particolare importanza la possibilità di procedere ad una diagnosi precoce, che permetta al paziente e al suo familiare di poter essere presi in carico da subito, al fine di rallentare il più possibile il percorso degenerativo.

2

La diagnosi precoce di demenza

La diagnosi di demenza è caratterizzata dalla presenza di un deficit di memoria, che si associa a disturbi in altre aree cognitive e causa una significativa riduzione delle capacità nella vita quotidiana del paziente. Normalmente si fa riferimento ai criteri DSM-V o ICD-10, che prevedono l'esistenza di un unico quadro sindromico, rappresentato dalla demenza e condiviso da differenti malattie.

La diagnosi di demenza è prevalentemente una diagnosi clinica: infatti per la Demenza Tipo Alzheimer e per tutte le forme dementigene che non siano chiaramente ereditarie, mancano attualmente marker biologici e/o strumentali che possano, con tutta sicurezza, essere utilizzati a fini diagnostici.

La demenza può frequentemente presentare segni e sintomi comportamentali-psicologici recentemente denominati BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) e definiti come sintomi da disturbi della percezione, del contenuto del pensiero, del tono dell'umore e del comportamento. Talvolta può associarsi a segni motori, in particolare extrapiramidali: un'accurata valutazione è obiettivo necessario per la corretta diagnosi clinica, per la prognosi funzionale e per la programmazione della terapia.

Nella letteratura recente, l'attenzione è stata in particolare dedicata alla condizione transitoria di compromissione cognitiva che situa tra normale il invecchiamento e le prime fasi della Demenza Tipo Alzheimer, il cosiddetto Mild Cognitive Impairment (MCI).

I criteri diagnostici più accettati per l'MCI sono quelli proposti da Petersen (1999):

- 1) disturbo soggettivo di memoria (preferibilmente confermato da una persona diversa dal soggetto);
- 2) presenza di un deficit di memoria documentato da una prestazione ad un test di memoria episodica di 1.5 deviazioni standard al di sotto del valore medio normale per l'età;
- 3) assenza di altri deficit cognitivi;
- 4) normali abilità nelle attività del vivere quotidiano;
- 5) assenza di demenza.

REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sanita



La sanità in salute. LE SANITÀ IN SALUTE

Struttura con Sistema di Gestione Certificato da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008

ASL TO3 - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI SALUTE MENTALE

DIRETTORE: Dr. Enrico ZANALDA

indirizzo: Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO. Telefono 0121.235231/0121.909874 fax 0121.235306

email: dipartimento.salutementale@asl10.piemonte.it

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

Il concetto di Mild Cognitive Impairment (MCI) si riferisce ad una popolazione di soggetti che non sono compromessi nel loro funzionamento quotidiano, ma che hanno un deficit cognitivo subclinico e isolato e sono potenzialmente a rischio di sviluppare Demenza Tipo Alzheimer. L'ipotesi teorica è che i soggetti che hanno sviluppato AD abbiano attraversato in precedenza una fase di compromissione cognitiva lieve, caratterizzata da lacune in una singola area cognitiva, molto probabilmente la memoria (Petersen RC, 1999). I deficit di memoria riscontrati nei pazienti affetti da MCI sono infatti simili a quelli dei pazienti affetti da Demenza Tipo Alzheimer, piuttosto che a quelli degli anziani con invecchiamento normale, mentre il funzionamento cognitivo generale degli MCI è più vicino a quello dei controlli che non a quello dei pazienti con AD (Peterson RC, 2000).

3

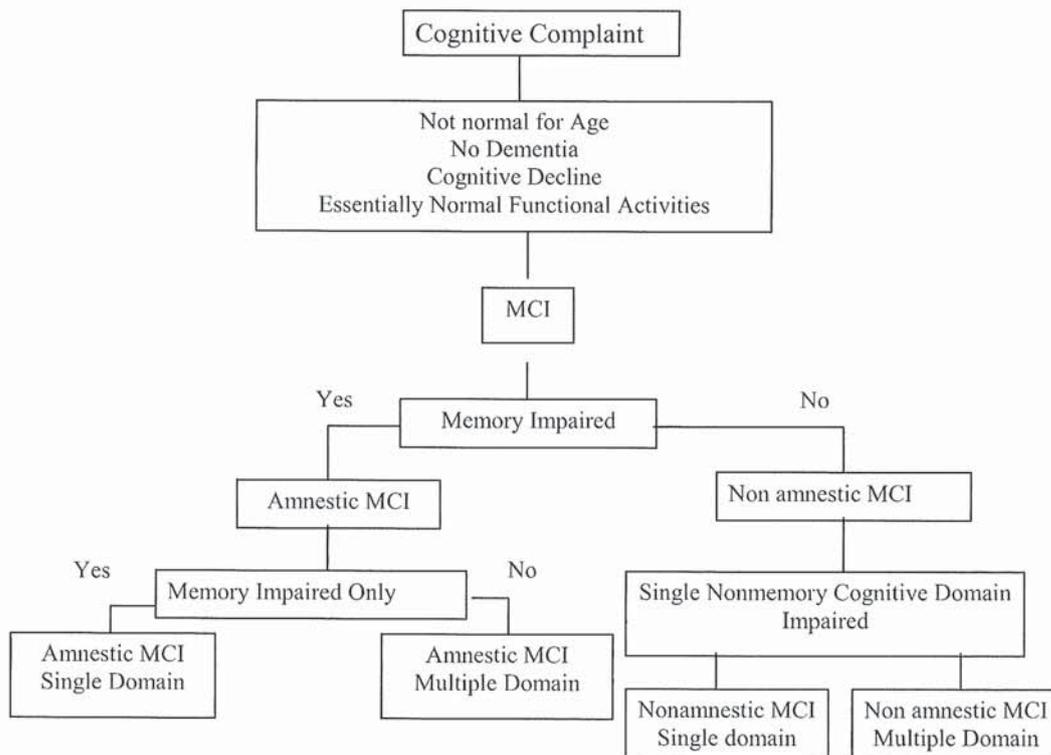
Per tale motivo Peterson et al. (2005) hanno proposto una classificazione di tipologie di MCI:

- 1) MCI amnesico (aMCI);
- 2) MCI non amnestico vascolare (vMCI);
- 3) MCI con coinvolgimento di un singolo dominio cognitivo diverso dalla memoria;
- 4) MCI con lieve peggioramento in domini cognitivi multipli.

		ETIOLOGY		
		<u>Degenerative</u>	<u>Vascular</u>	<u>Psychiatric</u>
Amnesic MCI	<u>Single Domain</u>	AD		Depression
	<u>Multiple Domain</u>	AD	VaD	Depression
Nonamnesic MCI	<u>Single Domain</u>	FTD		
	<u>Multiple Domain</u>	DLB	VaD	

Fig.1 - Petersen RC e Morris (2005)

Proponendo il seguente schema evolutivo dell'MCI in AD:



4

Fig.2 - Petersen RC e Morris (2005)

La prevalenza dell'MCI nella popolazione generale, all'interno dei diversi studi epidemiologici varia a seconda del tipo di popolazione considerata, del tipo di valutazione neuropsicologica effettuata, del grado di istruzione, del rischio vascolare, della componente genetica, ecc. Secondo gli studi di Burns e Zaudig (2002), la prevalenza oscilla tra il 17 e il 34% sopra i 65 anni; Lopez et al. (2003) hanno evidenziato che sicuramente essa aumenta con l'età, passando dal 19% nei soggetti tra 65-75 anni fino ad arrivare al 29% nei soggetti sopra gli 80 anni ed è suddivisa in 3-6% di MCI amnesico e 16% di MCI con compromissione di multipli domini cognitivi.

Accanto a situazioni in cui si rileva una progressione dell'MCI verso l'AD, si registra in alcuni soggetti una stabilità o addirittura una regressione del deficit cognitivo ed il ritorno dei soggetti ad una condizione di normalità (Peterson, 2004). L'indice di progressione

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

dall'MCI verso l'AD è pari all'8-12%/anno, rispetto all'1-2% rilevabile nella popolazione anziana sana; il 50% dei pazienti convertono in AD nel volgere di 3-4 anni, fino ad arrivare all'80% in 6 anni. Secondo gli studi di Burns et al (2002), le percentuale di conversione è circa 8.3%, tasso di conversione valido per i primi 4-5 anni di malattia, dopo i quali si verifica una tendenza alla stabilizzazione della patologia. Studi epidemiologici condotti su persone anziane, infine, hanno dimostrato che il rischio di mortalità tra i soggetti affetti da MCI è maggiore rispetto a quanto osservabile nella popolazione non MCI.

5

La letteratura attuale, sottolinea la necessità per il clinico di rilevare i primi segni del deterioramento cognitivo, poiché come sostenuto dalle linee guida sulla diagnosi di Demenza della Società Italiana di Neurologia (SIN), una diagnosi precoce permetterebbe:

- un tempestivo intervento sulle cause delle demenze reversibili;
- l'istituzione di terapie che possano rallentare la progressione della malattia;
- l'inizio di terapie che possano potenziare la performance cognitiva del paziente sfruttando la sua non completa compromissione dei circuiti neuronali;
- l'attuazione di misure che riducano gli effetti della comorbilità associata alla demenza;
- l'attuazione tempestiva da parte del paziente e della famiglia di misure necessarie per risolvere i problemi connessi con la progressione di malattia.

Fondamentalmente, l'unico modo per verificare la presenza di demenza in modo certo è l'esame istologico del cervello post-mortem. Tuttavia, negli ultimi 15 anni si è assistito ad importanti progressi nel migliorare l'accuratezza della diagnosi clinica durante la vita, con lo sviluppo di criteri diagnostici universalmente accettati per le principali tipologie di demenza, tra cui AD, DLB, VaD, FTD, mentre sono ancora in corso studi di validazione che mettano a confronto la diagnosi clinica e le diagnosi autoptiche; a questo riguardo è stato dimostrato che i tassi di accuratezza predittiva positiva sono pari al 90%.

Un grosso aiuto nella distinzione tra invecchiamento normale e demenza, oltre che nell'identificazione di deficit specifici, è costituito dai test neuropsicologici (Spinnler, 2005).

La valutazione neuropsicologica

La valutazione neuropsicologica è un esame complesso e articolato, effettuato attraverso procedure e strumenti specifici, che fornisce informazioni relative a:

- stato cognitivo del paziente,
- manifestazioni comportamentali delle funzioni cerebrali,
- aspetti emotivi, psicopatologici ed eventualmente di personalità e relazionali,
- abilità apprese e potenziale riabilitativo.

Due sono le ragioni principali per procedere ad una valutazione neuropsicologica: in primis, la diagnosi di demenza si basa su prove e punteggi compatibili con molteplici



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA
VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

deficit cognitivi; secondo, le fasi iniziali di tutte le principali forme di demenza hanno una localizzazione anatomica selettiva che si riflette in modelli tipici di compromissione neuropsicologica.

Nella pratica clinica usuale vengono utilizzati in prima battuta dei test di screening, per valutare le funzioni cognitive a livello globale (memoria, funzioni esecutive, linguaggio, prassie, abilità visuo-spaziali) e per identificare i pazienti che necessitano di indagini più dettagliate. Viene poi effettuato un ulteriore approfondimento con una batteria di test neuropsicologici, al fine di indagare gli specifici domini cognitivi deficitari.

La scelta e l'esecuzione di un'adeguata batteria di test neuropsicologici può fornire indicazioni indispensabili sull'esistenza e gravità del deficit cognitivo, sulle aree cognitive compromesse e permette di valutare la progressione di malattia nel corso dei follow-up.

A questo scopo si raccomanda l'uso di batterie di test neuropsicologici validate su popolazioni italiane.

La valutazione della demenza e del declino cognitivo senile nella pratica clinica è una delle attività principali della neuropsicologia clinica.

Le linee guida indicano 10 criteri, di cui riportiamo di seguito i tre di maggiore interesse:

1. familiarità con la nomenclatura e con i criteri diagnostici;
2. considerazioni etiche: lo psicologo deve avere un consenso informato da parte del paziente, deve avere competenze specifiche, deve inviare appropriati consulti in caso di eventuale necessità, deve essere consapevole dei propri pregiudizi sociali e personali e deve agire in modo non discriminatorio;
3. lo psicologo deve condurre un colloquio clinico come parte della valutazione, ponendo particolare riguardo alle informazioni riportate dal paziente e dai caregiver, con attenzione ai fattori comportamentali e alla storia di vita; deve essere consapevole che i test neuropsicologici e psicodiagnostici standardizzati sono strumenti importanti nella valutazione della demenza e del declino cognitivo senile e che questi devono essere scelti in modo appropriato in base alle caratteristiche e alle necessità del paziente. Inoltre, quando vengono valutate le abilità cognitive devono essere tenute in considerazione le caratteristiche premorbose del soggetto.

La valutazione neuropsicologica dovrebbe includere i seguenti step:

- un colloquio clinico;
- l'esame di abilità premorbose di una persona;
- la selezione di test adatti;
- il processo testistico metodologico;
- lo scoring dei test;
- una descrizione delle limitazioni e dei potenziali errori di questi test;
- feedback alle parti interessate.

In aggiunta alle linee guida sopra indicate, Cheston e Bender suggeriscono anche che:

- le persone sottoposte ad indagine neuropsicologica siano informate del fatto che

 **REGIONE
PIEMONTE**

www.regione.piemonte.it/sanita



La sanità in salute è il bene più prezioso

Struttura con Sistema di Gestione Certificato da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008

ASL TO3 - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI SALUTE MENTALE

DIRETTORE: Dr. Enrico ZANALDA

Indirizzo: Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO. Telefono 0121.235231/0121.909874 fax 0121.235306

email: dipartimento.salutementale@asl10.piemonte.it

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

saranno dati loro dei feedback al termine della valutazione;

- la valutazione venga posta all'interno del contesto di tutta la vita del soggetto e venga esaminata qualsiasi disabilità riferita all'intera storia della vita della persona;
- la valutazione non si limiti ad ottenere elementi di prova per la diagnosi, ma si concentri sulle specifiche difficoltà e sulle possibili metodiche di riabilitazione;
- le emozioni e le convinzioni sui problemi facciano parte della valutazione;
- i risultati della valutazione siano forniti in una comprensibile dichiarazione scritta, oltre ad essere dati verbalmente;
- le indicazioni sulle misure di sostegno individuate e sui servizi di riabilitazione siano proposte fin da subito.

7

I test neuropsicologici

I test neuropsicologici sono stati fino ad oggi utilizzati per cercare di ottenere misure valide ed affidabili di aspetti specifici relativi alle funzioni cognitive. La sfida futura tuttavia sarà quella di creare strumenti in grado di rilevare cambiamenti minimi nelle prestazioni, nell'arco di brevi periodi di tempo, oltre all'indagine dei disturbi cognitivi precoci, nei trattamenti con i nuovi farmaci anti-demenza.

Il MMSE (Folstein, 1975) è il principale test cognitivo usato per la diagnosi di demenza ed MCI. Tuttavia una recente meta-analisi (Mitchell, 2009) su 5 studi condotti su pazienti con MCI, ha evidenziato la scarsa accuratezza del MMSE. In particolare si è visto che la sua sensibilità è risultata essere del 79.8%, con un' specificità del 81.3%, che significa che ha valore positivo predittivo del 86.3 % ed un valore predittivo negativo del 73%. Il MMSE presenta numerose e conosciute limitazioni: la sua lunghezza, l'effetto pavimento per i soggetti con stato avanzato di demenza e con basso livello di scolarizzazione, l'effetto tetto per i soggetti con lieve deficit cognitivo. Inoltre il cut-off ideale del MMSE che dovrebbe variare in concomitanza con l'età e il livello di istruzione del soggetto, presenta una bassa accuratezza, nonostante le tabelle di correzione. Infatti, il tale cut-off deve essere aumentato a 27 nelle persone con un elevato grado di istruzione e abbassato in pazienti in cui la lingua madre è diversa o con minore grado di istruzione (Petersen RC et al., 2001; Collie A et al., 2002; Holsinger T et al., 2007; Stephan BC et al., 2007).

Per questo motivo come test di screening è preferibile il MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (Nasreddine, 2006), un test di screening cognitivo progettato per assistere gli operatori sanitari nella diagnosi di Mild Cognitive Impairment in pazienti con punteggio tra 24 e 30 punti sul MMSE; il MoCA è un breve test di screening, valido ed attendibile, che valuta il deterioramento lieve, attraverso l'indagine di diversi domini cognitivi: attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuo-costruttive, astrazione, calcolo e orientamento. Richiede circa dieci minuti per la somministrazione, ha un punteggio massimo di 30 punti e un cut-off di 26. Rispetto al MMSE, il MoCA possiede al suo interno una maggiore attenzione ai compiti esecutivi di funzionamento frontale ed a quelli di attenzione, che lo rendono più sensibile anche nella rilevazione della demenza non-AD. Recenti studi (Wind et al., 1997; Nasreddine et al., 2005; Kahle-Wroblewski et al., 2007) hanno valutato la validità dei due strumenti e



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

concordano su una sensibilità più elevata del MoCA nell'identificazione del Mild Cognitive Impairment e della demenza (rispettivamente 90% e 100%) rispetto al MMSE (rispettivamente 18% e 78%).

SENSITIVITY AND SPECIFICITY (%) MOCA AND MMSE			
Cut-off	≥ 26	<26	<26
Group (n)	Normal controls (90)	Mild Cognitive Impairment (94)	Alzheimer Disease (93)
MoCA	87	90	100
MMSE	100	18	78

8

Fig.3 - Dati relativi a sensibilità e specificità dei test MoCa e MMSE (Nasreddine et al, 2005)

Inoltre, ulteriori studi (Cecato et al, 2010) hanno messo a confronto punteggi ottenuti dai pazienti con MCI ai subtest di fluenza fonemica e di ripetizione di frasi. Mentre nel MMSE, sia il gruppo di controllo che il gruppo di pazienti AD svolgevano con successo i compiti di ripetizione, gli stessi gruppi differivano significativamente nel test MoCA. Questi risultati possono essere correlati alla diversa tipologia delle frasi presentate nei due strumenti: nel MMSE, costituito da frasi meno complesse, i pazienti possono utilizzare abilità ancora conservate in fase iniziale e moderata di demenza. Il MoCA prevede invece un numero di parole maggiore, dipende meno degli effetti di apprendimento e richiede un tempo maggiore prima della ripetizione.

I test neuropsicologici ci aiutano nel correlare i deficit osservabili nei pazienti alle performance e nella vita quotidiana con sede e tipo di lesione neurologica. I pazienti con Demenza Tipo Alzheimer nelle prime fasi tendono a fallire soprattutto nei compiti di orientamento e di memoria, mentre nella demenza fronto-temporale (FTD) i soggetti hanno inizialmente difficoltà nel linguaggio; nella Demenza a Corpi di Lewy (DLB) può essere invece influenzata la componente visuospatiale (prova dei pentagoni).

La memoria, in particolare quella episodica, dovrebbe essere sistematicamente valutata, perché è la funzione più comunemente compromessa all'inizio della Demenza Tipo Alzheimer, come conseguenza dell'atrofia del lobo temporale mesiale (corteccia entorinale, ippocampo) che inficia il consolidamento delle informazioni. Il recupero invece, dipende dal lobo frontale e dalle strutture sottocorticali ed è inizialmente meno interessato. Ciò può essere chiarito da compiti di "cueing" applicati ad esempio nel California Verbal Learning Test o nel Buschke Free e Cued Selective Reminding Test, che possono essere utilizzati per distinguere pazienti in una fase iniziale



PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

di Demenza Tipo Alzheimer da altri soggetti. Il Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) (Lekeu et al., 2010) è in grado di distinguere tra pazienti con Demenza Tipo Alzheimer da quelli senza demenza o tra Demenza Tipo Alzheimer e le altre forme di demenza, con un'accuratezza diagnostica dell'83-86%. In particolare, un danno molto grave (0 punti) nella componente del ricordo libero differito del RAVLT ha un'altissima specificità nell'AD (97%). Un punteggio meno grave può porre invece problemi di diagnosi, dal momento che può essere dovuto ad un problema di codifica derivante o da depressione o da ansia o da deficit attenzionale. Un confronto tra ricordo libero e ricordo con "cue" mostra diversi risultati in pazienti con Demenza Tipo Alzheimer di grado lieve. La valutazione della memoria semantica (prove di fluenza categoriale, compiti di denominazione di figure, definizioni di figure e parole) può confermare deficit di Demenza Tipo Alzheimer e principalmente di Demenza Semantica. Una disfunzione esecutiva, oltre ad una compromissione della memoria episodica è tipica della Demenza Fronto-Temporale (FTLD) e della Demenza Vascolare (VaD) ed è più frequente nelle prime fasi di Demenza Tipo Alzheimer. Una diminuzione del livello di performance ai test di fluenza verbale, la presenza di perseverazioni al Wisconsin Card Sorting Test (WCST), una velocità ridotta nello svolgimento del Trial Making Test e la presenza di deficit di inibizione delle risposte automatiche al Test di Stroop, possono essere causati da lesioni subcorticali o frontali.

Le abilità di linguaggio (comprensione e produzione verbale, lettura e scrittura), prassia e abilità visuo-spaziali possono essere variabilmente deficitarie, a seconda del tipo e della fase di demenza, suggerendo un iniziale coinvolgimento a livello corticale. Il Boston Naming test o il Graded Naming test danno valori frequentemente alterati nei primi stadi di Demenza Tipo Alzheimer (Gioagnoli et al., 2008). Un elevato numero di errori al Benton Visual Retention Test può far prevedere lo sviluppo di Demenza Tipo Alzheimer anche più di un decennio prima della diagnosi.

Di seguito verrà fatto un breve excursus dei test e delle batterie di test di approfondimento maggiormente utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca.

- Il Middlesex Elderly Assessment of Mental State (MEAMS) (Golding E., 1989) è eccellente per la vasta gamma di funzioni neuropsicologiche indagate. E' facilmente e rapidamente somministrabile e ha una versione parallela per il retest. Fornisce informazioni su orientamento, denominazione, comprensione verbale, ricordo immediato e ritardato e aspetti del funzionamento esecutivo.
- Il Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) (De Koning et al., 1998) non è un vero e proprio test di screening, ma la sezione di una valutazione cognitiva più ampia, il CAMDEX e può essere utilizzato in quanto è completo di un'ampia gamma di funzioni cognitive indagate, ha norme molto buone ed è stato ampiamente utilizzato in una varietà di condizioni.
- Il MODA (Milan Overall Dementia Assessment) (Brazzelli et al., 1994) è uno strumento di valutazione concepito e modellato sul quadro cognitivo dei deficit neuropsicologici della Demenza Tipo Alzheimer, con lo scopo di completare, in termini quantitativi, la descrizione neuropsicologica di un paziente che viene esaminato per un sospetto di demenza. Lo strumento possiede, inoltre, i requisiti



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

richiesti da una rating scale e da uno strumento di screening cognitivo, facilmente utilizzabile nella quotidianità clinica anche al letto del paziente. Il MODA è composto da una serie di 14 prove raccolte in tre sezioni: orientamenti, autonomia e testistica; il punteggio totale emerge dalla somma dei singoli totali delle tre sezioni e dalla conseguente correzione per variabili demografiche rilevanti, età e scolarità. Sulla base del punteggio totale ottenuto è quindi possibile affermare la normalità e fornire una misura, nel caso in cui il punteggio si collochi sotto il limite di normalità, del deterioramento cognitivo del paziente.

10

- L'ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale) (Fioravanti et al., 1996) richiede un tempo di somministrazione di 30-40 minuti. E' uno degli strumenti più utilizzati soprattutto per scopi di ricerca. Infatti, non è nato come strumento per la diagnosi, ma per la caratterizzazione dei sintomi cognitivi nell'AD. L'ADAS-Cog consiste di 12 test atti a valutare la memoria a breve e medio termine (rievocazione di parole; riconoscimento di parole, apprendimento delle istruzioni di un test); l'orientamento temporo-spaziale; il linguaggio (abilità verbale, difficoltà di denominazione nel linguaggio spontaneo, comprensione del linguaggio parlato, denominazione di oggetti e dita, esecuzione di comandi); la prassia; l'attenzione e la concentrazione. Il punteggio dei test cognitivi viene assegnato sulla base delle prestazioni del paziente nella sessione testistica e dell'osservazione clinica effettuata dall'esaminatore nel corso del colloquio. Il range varia da 0 a 70, dove 0 indica l'assenza di compromissioni e 70 invece un deficit grave in tutti i test.
- La Batteria Neuropsicologica di Benton (Benton et al., 2000) consente invece di valutare il grado di funzionalità cognitiva del paziente attraverso una procedura di somministrazione rapida. Questo strumento si presta ad essere utilizzato vantaggiosamente nello screening e nella valutazione longitudinale di malattie neurodegenerative.
- Le Matrici Progressive Colorate di Raven (Raven, 1947) valutano l'intelligenza logico-deduttiva basandosi su dati visuo-spaziali. La prova è costituita da 3 serie di 12 tavole, ognuna delle quali mostra una figura stimolo con una parte mancante e sei possibili alternative per completare il disegno. Al paziente viene chiesto di scegliere quella idonea, tra le sei possibilità di risposta, per il completamento della figura.
- L'RBANS (Repeatable Battery for the Neuropsychological Status) (Randolph et al., 1998) è una batteria neuropsicologica breve e completa, composta da due forme parallele di identica difficoltà, ognuna divisa in 12 subtest che valutano differenti domini cognitivi: l'attenzione, il linguaggio, l'abilità visuospatiale e visuocostruttiva, la memoria immediata e la memoria differita.
- Il test di Memoria Comportamentale di Rivermead (Wilson et al., 1985) è strutturato in modo da evidenziare deficit di memoria nel quotidiano (per esempio nei pazienti cerebrolesivi) e permette eventuali verifiche di tali deficit in seguito a trattamenti terapeutici. Inoltre, lo strumento può costituire un aiuto nell'individuazione di specifiche aree per il trattamento neuroriabilitativo ed ha il vantaggio di essere facile da capire e da utilizzare, permettendo di formulare un

 REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sanita



... sanità in salute ...

Struttura con Sistema di Gestione Certificato da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008

ASL TO3 - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI SALUTE MENTALE

DIRETTORE: Dr. Enrico ZANALDA

indirizzo: Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO. Telefono 0121.235231/0121.909874 fax 0121.235306

email: dipartimento.salutementale@asl10.piemonte.it



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA
VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

- giudizio minimamente influenzato da variabili anagrafiche (età, scolarità, sesso).
- Il Token Test (Spinnler e Tognoni, 1987) è volto a rilevare le potenzialità residue di comprensione del linguaggio orale, particolarmente utile per la valutazione di soggetti afasici, soprattutto a seguito di lesioni del sistema nervoso centrale. Il test è composto da una serie di gettoni, di varia forma e colore, con i quali il soggetto deve eseguire diversi compiti. Vengono in questo modo esaminate la capacità di riconoscere forme, dimensioni e colori e l'abilità del soggetto ad eseguire compiti elementari. La valutazione si fonda sia su elementi quantitativi che qualitativi.
 - Il WCST (Wisconsin Card Sorting Test) (Heaton, 1981) è stato originariamente sviluppato per valutare le abilità di ragionamento astratto e di cambiamento di strategie cognitive al mutare delle circostanze ambientali. Come tale, il WCST richiede la capacità di sviluppare e mantenere un'appropriata strategia di problem-solving al cambiare delle condizioni di stimolo in prospettiva di uno scopo. Il WCST consiste di 4 carte-stimolo e 128 carte-risposta. Al soggetto è richiesto di abbinare le carte-risposta a quelle stimolo, secondo certi criteri che tengono conto di determinati parametri. Le 4 carte-stimolo, che mostrano un triangolo rosso, due stelle verdi, tre croci gialle e quattro cerchi blu, riflettono soltanto 3 parametri di stimolo: colore, forma e numero. Ogni mazzo di carte-risposta contiene 64 carte che presentano figure di varie forme (croci, cerchi, triangoli o stelle), colori (rosso, blu, giallo o verde) e numeri di figure (uno, due, tre o quattro). Ogni carta-risposta può essere abbinata ad una carta-stimolo soltanto per un parametro oppure per una combinazione dei tre parametri di stimolo.
 - La WAIS-R (Wechsler, 1997) è lo strumento diagnostico più usato nella valutazione dell'intelligenza attraverso la determinazione del quoziente di intelligenza (Q.I.), fornisce una misura del deterioramento mentale del soggetto e permette l'individuazione del tipo di intelligenza prevalente (pratica o verbale), oltre a rilevare eventuali carenze di base. Il test si compone di prove che saggiano, tra l'altro, la cultura, la memoria, il ragionamento aritmetico del soggetto, così come la velocità di riconoscimento di patterns figurativi, la capacità di ricostruirli manualmente e logicamente; si ottengono così due punteggi distinti (Q.I. verbale e Q.I. di performance) che confluiscono poi nella determinazione del Q.I. totale del soggetto. La somministrazione del test WAIS-R si estende dall'età adolescenziale a quella senile.
 - Il Test di Memoria di Prosa (Spinnler e Tognoni, 1987) valuta la capacità di rievocazione immediata e differita di un testo la cui lunghezza superi la capacità della memoria a breve termine. L'esaminatore legge un breve racconto e chiede al soggetto di ripeterlo, esortandolo a ricordare il maggior numero di elementi possibili. Si procede quindi ad una seconda lettura del racconto e dopo un intervallo di 10 minuti, durante il quale il soggetto è stato impegnato in un compito di natura non verbale, viene chiesta una seconda rievocazione.
 - Le Matrici Attentive (Spinnler e Tognoni, 1987) valutano l'attenzione selettiva, cioè la capacità del soggetto di selezionare uno stimolo in una situazione di ricerca visiva. Il test consiste di tre matrici numeriche, nelle quali devono essere cercati

11



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

rispettivamente uno, due e infine tre numeri in un tempo massimo di 45 secondi.

- La Rievocazione Immediata e Differita delle 15 Parole di Rey (Rey, 1958) è un test di memoria verbale e valuta la capacità di apprendimento e rievocazione, a breve e a lungo termine, di una lista di parole. L'esaminatore legge al paziente una lista di 15 parole, una al secondo e chiede al soggetto di rievocare immediatamente il maggior numero di parole possibile. Tale procedura viene ripetuta, con la stessa modalità, per 5 volte consecutive. Dopo un intervallo di 15 minuti, durante il quale il soggetto viene impegnato in un compito di carattere visuo-spaziale, viene chiesto al paziente di rievocare il maggior numero di parole facenti parte della lista.
- La Wechsler Memory Scale (Wechsler, 1945) è un metodo di valutazione della memoria rapido, semplice e pratico nello stesso tempo. La scala si compone di 7 subtest: il primo chiede al soggetto informazioni personali (età) e generali per poter discriminare tra casi di afasia, senilità, ecc.; il secondo subtest valuta l'orientamento immediato del soggetto; il terzo serve ad individuare eventuali difetti della memoria post-trauma cerebrale; la quarta prova è di ritenzione immediata di materiale logico (due piccoli brani), mentre per la quinta si tratta di ritenzione di materiale non logico (serie di numeri); la sesta prova consiste nel far riprodurre figure geometriche, mentre la settima nel far apprendere alla persona una serie di associazioni di parole.
- Il test di Fluidità Verbale e Fonologica (Borkowsky et al., 1967) e Catoriale (Novelli et al., 1986) è un test che valuta la capacità di accedere al magazzino fonemico e semantico in un arco limitato di tempo. Al paziente viene chiesto di dire il maggior numero possibile di parole che iniziano con una determinata lettera dell'alfabeto (F, A, S) o che appartengono ad una determinata categoria semantica (colori, animali, frutta, città). Il tempo a disposizione è di un minuto per il compito di fluenza fonemica e di due minuti per il compito di fluenza semantica.
- Il FAB (Frontal Assessment Battery) (Apollonio, 2007) raggruppa una serie di test utilizzati per valutare eventuali deficit delle funzioni esecutive. I domini indagati sono i seguenti: concettualizzazione, elaborazione di una strategia di ricerca/flessibilità mentale, autonomia ambientale, programmazione motoria, sensibilità all'interferenza, controllo inibitorio.
- Il NPI (Neuropsychiatric Inventory) (Cummings et al., 1994) è una scala di valutazione dei disturbi comportamentali in grado di valutare, sulla base delle informazioni ottenute dal caregiver, la frequenza e la gravità dei disturbi comportamentali, attraverso l'uso di un questionario. I disturbi comportamentali valutati sono: deliri, allucinazioni, agitazione-aggressività, disforia-depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità-labilità, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno e dell'alimentazione.

12

La centralità della valutazione neuropsicologica nella diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale di demenza è importante perché comporta un'ampia diversificazione nella gestione del malato e nella prognosi. La neuropsicologia ha un ruolo

 REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/asanita



... sanità in salute ...

Struttura con Sistema di Gestione Certificato da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008

ASL TO3 - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI SALUTE MENTALE

DIRETTORE: Dr. Enrico ZANALDA

indirizzo: Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO. Telefono 0121.235231/0121.909874 fax 0121.235306

email: dipartimento.salutementale@aslto3.piemonte.it

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

cruciale in termini di comprensione di sintomi e comportamenti specifici nelle prime fasi della malattia e in termini di pianificazione della gestione e di monitoraggio del trattamento (Tierney et al., 2010).

Mentre un decennio fa diagnosticare con precisione una demenza non ne influenzava la gestione, questo non è vero oggi. La diagnosi precoce di Demenza Tipo Alzheimer è molto importante sia nell'identificazione dei farmaci da somministrare sia per i pazienti e per gli operatori al fine di comprendere il progressivo decorso della malattia. Ad esempio, una diagnosi di Demenza Vascolare implica un probabile successivo declino graduale che richiederà l'uso di antiaggreganti piastrinici agenti e un attento controllo della pressione sanguigna; la Demenza a Corpi di Lewy ha un andamento tipicamente fluttuante ma progressivo ed i pazienti hanno una particolare reazione avversa ai farmaci antipsicotici. Inoltre la neuropsicologia può aiutare i pazienti e le loro famiglie a capire le motivazioni di sintomi particolari o di certi comportamenti (ad esempio, la disinibizione sessuale che è il risultato di un problema al lobo frontale, o l'incapacità di vestirsi che dipende invece da funzioni caratteristiche del lobo parietale) e può essere d'aiuto nella gestione quotidiana del paziente demente. I recenti sviluppi relativi alla gestione degli aspetti psicologici delle prime fasi di demenza confermano l'importanza di una valutazione approfondita, per lo sviluppo di programmi individualizzati di stimolazione della memoria, attraverso strategie di compensazione costruite sugli aspetti conservati: per esempio, un soggetto con deficit prevalentemente sinistri può avere problemi di linguaggio e di memoria verbale, mentre gli aspetti visivi saranno probabilmente ben conservati. Lasciare immagini o indicazioni sulle porte come stimolo può quindi essere molto più efficace che utilizzare parole (ad esempio, un paziente può essere in grado di trovare la toilette se la porta ha una grande immagine di una toilette su di esso, piuttosto che la parola "toilette").

13

Individuazione e trattamento dei disturbi comportamentali e dei BPSD

Nella letteratura corrente e anche nel linguaggio comune è attualmente entrato un acronimo, BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) (Finkel G, 2000): infatti, nel modo di far diagnosi di demenza vi è stata un'evoluzione concettuale di vaste proporzioni, relativa alle manifestazioni psicopatologiche e comportamentali dei pazienti. Anche la valutazione dei BPSD è pertanto parte indispensabile del percorso diagnostico-terapeutico: i sintomi comportamentali sono di solito identificati sulla base dell'osservazione, mentre quelli psicologici sono principalmente identificati e valutati sulla base dell'intervista al paziente ed ai familiari.

I sintomi neuropsichiatrici sono altamente frequenti nelle demenze frontotemporali (FTD) e nella demenza a corpi di Lewy (DLB) e costituiscono uno dei criteri per la diagnosi differenziale.

La depressione può influire sulla performance cognitiva del soggetto o caratterizzarsi come una risposta reattiva alla presenza del disturbo cognitivo stesso. I disturbi psicopatologici e comportamentali nel Mild Cognitive Impairment (MCI) risultano essere caratterizzati principalmente da depressione, ansia e irritabilità, seguiti da apatia. Il cluster psicotico sembra essere presente in misura minore nella fase preclinica; il cluster depressivo varia



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

dal 11,7 al 26,6% con una prevalenza maggiore nei pazienti reclutati negli studi ospedalieri, rispetto agli studi di popolazione (rispettivamente mediana 44,3% con range dal 9% all'83% e mediana 15,7 con range 3% al 63%); il cluster comportamentale è prevalentemente rappresentato dall'apatia e dall'irritabilità (Apostolova LG et al., 2008).

I sintomi neuropsichiatrici sono molto comuni nel MCI. Gli studi maggiormente comprensivi sulle alterazioni comportamentali hanno documentato almeno un sintomo neuropsichiatrico nel 35-75% dei casi. Tra gli studi che indagano il più ampio range di manifestazioni non cognitive, tre sono i principali sintomi: depressione, apatia e ansia; segue il sintomo molto comune dell'irritabilità e soltanto in uno viene riportata l'agitazione. Meno comuni sono l'euforia, le allucinazioni, la disibinizione e il comportamento aberrante motorio. I disturbi neuropsichiatrici sono associati al declino cognitivo e alle abilità funzionali. Pazienti che presentano depressione, apatia e agitazione mostrano una maggiore probabilità di conversione in AD (Lautenschlager NT et al., 2007). Altre importanti osservazioni riguardano l'utilizzo improprio di SSRI, poiché i pazienti MCI sono maggiormente resistenti al trattamento farmacologico con antidepressivo (Panza et al., 2010).

I BPSD sono in genere associati: alla capacità cognitiva, al declino funzionale, alla riduzione della qualità della vita, ad una maggiore istituzionalizzazione. La presenza di disturbi comportamentali va pertanto indagata in tutti i soggetti. È raccomandabile l'utilizzo di strumenti standardizzati, quali:

- Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994), che permette di misurare la frequenza e la gravità dei disturbi principalmente nella Demenza Tipo Alzheimer e in misura minore, nelle altre demenze;
- Behavioral Pathological Rating Scale for Alzheimer Disease (BEHAVE-AD) (Reisberg et al., 1997), focalizzato sui sintomi psicologici specifici della Demenza Tipo Alzheimer;
- Behavioral Scale del Consortium to Establish a Registry in AD (CERAD) (Morris, 1989), che analizza sia i sintomi comportamentali che psicologici;
- Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960) e la Beck Inventory (Beck, 1978), che valutano la depressione;
- Scala per Valutazione Comportamentale della Demenza (CERAD-BRSD), che valuta sia i sintomi psicologici che quelli comportamentali;
- Scala di Cornell per la depressione nella demenza (CSDD) (Alexopoulos, 1988), che si basa su interviste rivolte sia al paziente che al caregiver e sembra essere uno strumento più sensibile e specifico per rilevare la depressione indipendentemente dalla gravità di demenza;
- Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1982), che è stata convalidata per l'uso nella Demenza Tipo Alzheimer.

Nonostante la vasta gamma di scelta, ad oggi nella pratica clinica, non è ancora stato concordato quali siano le scale migliori per la valutazione degli effetti dei trattamenti farmacologici e riabilitativi dei BPSD.

REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sanita



salute in salute in bene a tutto

Struttura con Sistema di Gestione Certificato da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008

ASL TO3 - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI SALUTE MENTALE

DIRETTORE: Dr. Enrico ZANALDA

indirizzo: Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO. Telefono 0121.235231/0121.909874 fax 0121.235306

email: dipartimento.salutementale@asl10.piemonte.it

La presa in carico del paziente e del caregiver

La valutazione neuropsicologica precoce ed approfondita del paziente in fase iniziale di demenza consente la pianificazione di programmi individualizzati di stimolazione cognitiva, mirati al rallentamento della malattia ed al miglioramento della qualità di vita del soggetto, attraverso lo sviluppo di strategie di compensazione e di agevolazione delle funzioni residue.

15

Vari studi e meta-analisi hanno evidenziato l'efficacia di un programma di intervento di tipo cognitivo sul MCI (Jean L et al. 2010; Mowszowski L et al. 2010): i risultati evidenziano che la maggior parte dei soggetti trattati presenta un beneficio statisticamente significativo sulla memoria, sulla qualità della vita e sull'umore. Chertkow (2001) sottolinea l'importanza del trattamento dei fattori di rischio di natura vascolare e suggerisce l'importanza di incrementare le attività ricreative, di stimolazione cognitiva e l'esercizio fisico nei soggetti con MCI.

La famiglia rappresenta una fondamentale risorsa nell'assistenza e gestione del paziente affetto da demenza. Nella fase iniziale, i soggetti riferiscono in prima persona sfumati problemi di memoria e in genere soltanto i familiari si rendono conto dei cambiamenti di carattere o dei deficit cognitivi lievi.

È fondamentale sostenere il caregiver nel suo ruolo, all'interno di una rete di servizi disponibile nel corso dell'evoluzione della malattia. È risaputo che in presenza di un'adeguata assistenza rivolta al caregiver, il vivere al domicilio consente al malato con patologia dementigena una migliore qualità di vita e ne rallenta la comparsa di deficit funzionali. È necessario quindi non un sistema autonomo di cura che assuma su di sé tutto il carico della gestione del paziente demente, ma che rispetti le competenze esistenti sul territorio (medicina generale, specialistica territoriale, ospedale) e che garantisca una "continuità di accompagnamento" del paziente e del caregiver al momento della diagnosi e nel corso dell'evolversi della malattia, in modo da affrontare problemi di tipo clinico assistenziale e gestionali nel modo più rapido possibile e attraverso gli strumenti disponibili più efficaci.

Modalità organizzative e tempi di attuazione per l'implementazione del Progetto

Al fine di poter intervenire in modo tempestivo in una patologia così complessa e che coinvolge non solo il malato ma anche e soprattutto la sua famiglia, si considera necessario proseguire sino alla fine del 2014 verso l'implementazione graduale, strategica e programmatica del Progetto, con l'individuazione, oltre all'ASL TO3, all'AOU SAN LUIGI di Orbassano, all'AO ORDINE MAURIZIANO, già ad oggi operativi come presidi ospedalieri e territoriali, anche le ASL TO1, TO4, TO5, AOU CITTA' DELLA SALUTE e l'ASL AL (individuata nell'area extra metropolitana in quanto caratterizzata dalla percentuale più elevata di ultrasessantacinquenni in rapporto alla popolazione per ciò che concerne il Piemonte) al fine di procedere nella copertura del servizio di diagnosi precoce coinvolgendo il più ampio numero di persone, obiettivo questo che si può ottenere intervenendo prioritariamente sull'area metropolitana e limitrofo territorio, agendo così sia in ambito ospedaliero (in

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

supporto e integrazione principalmente ai reparti di Neurologia, Geriatria, Psichiatria) che in ambito territoriale (Ambulatori, RSA, Centri Diurni) con l'obiettivo di generare continuità e presa in carico del paziente e della sua famiglia. Dal punto di vista strutturale il Progetto sarà assimilato alla Direzione Dipartimento Salute mentale e dipendenze patologiche dell'ASL TO3 che si pone come capofila del Progetto ormai a valenza sovrazonale. Operativamente la Direzione del Dipartimento potrà individuare all'interno delle sue SC/SSD/SS la Struttura con il relativo Direttore che si occuperà della gestione pratica del Progetto sia nella sua declinazione scientifica che organizzativa. Il coordinamento del Progetto sarà affidato ad un Dirigente Psicologo, in qualità di Responsabile Scientifico, con provate competenze neuropsicologiche e di psicodiagnostica, a cui faranno riferimento i 9 Psicologi Specialisti (ASL TO1 uno Psicologo, ASL AL uno Psicologo, ASL TO3 due psicologi data l'ampiezza del territorio, ASL TO4 uno Psicologo, ASL TO5 uno Psicologo, AO ORDINE MAURIZIANO uno Psicologo, AOU CITTA' DELLA SALUTE due Psicologi data la complessità dei Servizi coinvolti) con specifiche competenze in ambito di diagnosi precoce delle demenze. Il costo complessivo sarà di Euro 90.000,00 onnicomprensivi. Parallelamente a questa fase di implementazione organizzativo clinico metodologico, si procederà ad un aggiornamento "work in progress" delle realtà neuropsicologiche presenti nelle ASL e nelle ASO della Regione Piemonte al fine di impostare una messa in rete dei professionisti che si occupino a vario titolo di questo argomento con particolare e specifica attenzione al mondo delle Demenze; ciò al fine di rendere operative antenne territoriali e ospedaliere di diagnosi precoce delle demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica in supporto e integrazione alle Specialità mediche di riferimento per la patologia in esame. La valutazione di fattibilità e la raccolta dati delle diverse realtà neuropsicologiche presenti nelle ASL e nelle ASO della Regione Piemonte sarà effettuata sotto forma di organizzazione e coordinamento dei dati raccolti dal "Gruppo di lavoro Regionale per l'elaborazione delle linee di indirizzo per la diagnosi precoce della demenza attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica" in quanto in tale gruppo sono presenti sia Psicologi che Psichiatri che Geriatri che Neurologi che operano sia in ambito universitario che nelle ASL che nelle ASO/AOU. I tempi di ampliamento di questa fase sono previsti a partire da giugno 2014 con conclusione prevista per il 31 dicembre 2014, al fine di poter poi procedere alle ultime restanti tre fasi programmate.

16

Indicatori di esito e analisi economica

Banerjee e Wittemberg (2009), in accordo con altri dati di letteratura (Relkin et al., 2000) partendo dall'analisi dei costi iniziali per la creazione di un team multidisciplinare all'interno dei Servizi di diagnosi precoce, obiettivo del Progetto qui di seguito proposto, dimostrano come una riduzione del 6%, 10% e del 20% di ricoveri, porti ad avere un significativo risparmio della spesa pubblica. Il Progetto sulla diagnosi precoce di demenza, interesserà in Piemonte una popolazione di almeno 25.000 potenziali pazienti, che se diagnosticati precocemente non inizieranno o



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

perlomeno ritarderanno il percorso degenerativo, con significative ricadute sui costi della sanità, ma soprattutto in termini di benefici per i pazienti e le loro famiglie.

Il progetto in esame ha provato in questi anni con dati precisi, assimilabili alla variabile epidemiologica oltre che a quella dell'analisi dei costi standard, la validità clinica ed economica dei servizi per la diagnosi e l'intervento precoce delle demenze, con ulteriore supporto delle ricerche più attuali sviluppate in Europa in questa direzione. Si è proceduto ad un'analisi dei dati epidemiologici e sintomatici della demenza, analizzando poi quanto le cure e l'assistenza ai malati incida economicamente sulle risorse dell'ASL/ASO. Sappiamo quanto sia forte la difficoltà di diagnosticare precocemente la patologia, che nella maggior parte dei casi viene al contrario diagnosticata soltanto nelle fasi più avanzate. La diagnosi precoce permette di prevenire o comunque ritardare il ricovero in strutture residenziali e conseguentemente ridurre i costi sociali sia pubblici che privati, a carico della famiglia del paziente.

Come abbiamo detto, sono presenti in letteratura studi che dimostrano come i principali fattori che portano all'ospedalizzazione del paziente siano i disturbi comportamentali, le allucinazioni e la depressione conseguenti alla demenza, tutti fattori che possono essere contenuti e trattati. Infatti è dimostrato che interventi psicosociali sui caregiver e programmi organizzati di supporto all'assistenza prolungano significativamente i tempi di ingresso in strutture residenziali. I dati a nostra disposizione concordano con la letteratura scientifica attuale, che suggerisce che un Servizio di diagnosi precoce per le demenze, per raggiungere l'efficienza economica, necessita di ottenere un modesto aumento della qualità media di vita delle persone affette da demenza (miglioramento delle autonomie del quotidiano), oltre ad una diminuzione del 10% degli inserimenti in case di cura. Nello specifico un guadagno compreso tra 0.01 e 0.02 QALYs (indice che identifica gli anni di vita ponderati per qualità) per persona all'anno, sarebbe sufficiente a raggiungere l'efficienza economica (in termini di valore attuale netto positivo), dato questo ad oggi perseguito nell'esperienza in esame. **In linea con la Legge Regionale n. 38. 11189 06/04/2009 che prevede una riduzione del 10% dei costi dei farmaci nel triennio 2013-2015, Gambina et al. (2002) hanno calcolato la spesa pro capite per i farmaci (sia quelli specifici per la Demenza Tipo Alzheimer sia quelli specifici per i disturbi comportamentali). Nella Fig. 4 sono indicati i valori attesi dello studio e i valori osservati, con le rispettive riduzioni attese e osservate per la Demenza Tipo Alzheimer.**

In ultima analisi, tenuto conto dell'attuale mole di pazienti in carico e della necessità di governare in modo ordinato le variabili economiche che derivano dalle informazioni di impatto organizzativo che si stanno acquisendo, si considera ormai irrinunciabile la presenza di un professionista, che si occupi dell'analisi dei costi standard relativi al Progetto in questione, al fine di procedere, a conclusione della fase sperimentale (programmata nel 2017) ad una strategia ordinata di impatto economico nella gestione della variabile dementigena, con le sue relative declinazioni di "costi" (rette, pensioni di accompagnamento, costi sociali ecc...). Al tal fine si considera quindi utile un Laureato in Economia con competenze in Management Sanitario che possa organizzare la mole di dati richiamati, ottimizzandone la ricaduta a livello economico gestionale; il costo previsto è



PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

di euro 6.000 fino al 31/12/2014 omnicomprensivi.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2014
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO
Abbattimento spesa farmaci. Dato atteso: riduzione del 10% entro 3 anni (Legge Regionale 06/04/2009 n. 38. 11189)	Gambina et al. (2002) 1587,75 euro: spesa annuale pro-capite per i farmaci (sia quelli specifici per la Demenza Tipo Alzheimer sia quelli specifici per i disturbi comportamentali) Legge Regionale 06/04/2009 n. 38. 11189	Spesa annuale complessiva per i potenziali pazienti per farmaci pari a € 15.877.500.	Spesa annuale complessiva per i potenziali pazienti per farmaci pari a €16.353.825 Riduzione dell'1% della spesa in terapia farmacologia 163.538,25	Spesa annuale complessiva per i potenziali pazienti per farmaci pari a €16.195.050 Riduzione dell'1% della spesa in terapia farmacologia corrisponde a € 161.950,5	Spesa annuale complessiva per i potenziali pazienti per farmaci pari a €16.843.645,875 Riduzione del 10% della spesa in terapia farmacologia corrisponde a €1.684.364,5875

18

F

ig.4 - Rif. Progetto PLP 3.8.1 del 2013/2015.

Razionale del Progetto e richiesta di finanziamento

Le previsioni demografiche dell'Istat 2005-2050 sostengono una tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana. La popolazione piemontese è attualmente di 4.446.230 di unità e secondo una recente rilevazione (Anno 2010) l'incidenza della popolazione anziana over 65 è del 22,7% e quella della popolazione over 85 è del 2,8%. Gli anziani ultrasessantacinquenni sono circa 1 milione, mentre gli anziani over 85 sono circa 125.000. Pur con la consapevolezza della necessaria cautela che occorre nell'affrontare tale dato epidemiologico, sulla base dei dati di prevalenza della demenza riportati nel DSM-V, si può stimare che nella popolazione

piemontese ci siano circa 16.000 soggetti affetti da tale patologia (1.6% in soggetti di età compresa tra 65-69 anni), dato che aumenta sensibilmente nei soggetti over 85, stimabile tra i 20.000 e i 31.000 casi (prevalenza dal 16 al 25%). Non ci sono dubbi pertanto sull'attuale e futura importanza clinica e nella salute pubblica della demenza.

Lo studio estensivo sulla popolazione anziana delle caratteristiche neuropsicologiche rappresenta un momento cruciale per la corretta definizione clinica del MCI e tale caratterizzazione clinica rappresenta un elemento prognostico fondamentale per formulare un'ipotesi sul rischio di progressione e sul probabile tipo di demenza futura. Con strumenti capaci di fornire una diagnosi precoce della malattia, la somministrazione di farmaci specifici potrebbe essere allargata a pazienti solo lievemente compromessi (MMSE>24) per mantenere temporaneamente la malattia in una fase a basso costo assistenziale. Se viene posta diagnosi di demenza in modo tempestivo o addirittura in fase asintomatica, i pazienti e i loro familiari avranno la possibilità di pianificare il loro futuro o di avvalersi di aiuto, supporto e trattamenti (sociali, psicologici e farmacologici) disponibili. Quindi più precocemente la diagnosi viene effettuata, migliori possono essere le opportunità di intervento.

La stessa Regione Piemonte con Determinazione n. 454 del 12 luglio 2010 approvò l'istituzione del "Gruppo di lavoro regionale per l'elaborazione delle linee di indirizzo per la diagnosi precoce della demenza attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica" riconoscendo l'utilità di tale procedura e ipotizzandone l'applicabilità sul territorio della Regione Piemonte. Il progetto trovò poi ulteriore sviluppo il 10 marzo 2011 dove con Determinazione n. 195 venne finanziato il Progetto con sede presso l'ASL TO3 e l'Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga di Orbassano, nello specifico in staff alla Direzione Integrata salute mentale e patologia delle dipendenze. L'attività di psicodiagnostica clinica venne allargata anche ad altre SS. CC. e Dipartimenti in quanto l'area di intervento di diagnosi precoce tocca l'adulto nelle sue diverse fasi evolutive e di percorso di cura, con una trasversalità che struttura l'intervento integrando l'Ospedale e il Territorio: vennero infatti coinvolte le SS. CC. di Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Medicina, i MMG, la SC STCC e le Direzioni distrettuali.

L'utilità della diagnosi precoce, sia nelle demenze che nelle patologie che interessano il danno alle funzioni cognitive, ha infatti ricaduta positiva sui costi assistenziali relativi all'inserimento dei pazienti presso le Strutture Convenzionate con il SSN, attraverso l'utilizzo dello strumento residenziale (come il Centro Diurno) o la risorsa caregiver, ad oggi ancora sottodimensionata e non adeguatamente strutturata nella metodologia assistenziale. Ci si attende pertanto da questa metodologia di lavoro la riduzione dell'inserimento a livello residenziale dei pazienti individuati precocemente già in fase prodromica, in una percentuale di circa il 50%, il rallentamento del deterioramento e, attraverso il supporto dei Servizi di competenza, la possibilità per il paziente di effettuare il percorso di malattia al domicilio. Attraverso interventi mirati al caregiver è possibile inoltre ridurre i costi collaterali sui familiari stessi, i quali a loro volta ricorrono all'intervento di uno specialista psichiatra o psicologo e a trattamenti farmacologici per

19



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 36 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.7331

P.I./Cod. Fisc. 00735650013

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

trattare disturbi della sfera emotiva e somatica a seguito della condivisione improvvisata e quotidiana con la malattia, generando un nuovo costo economicamente rilevante a carico del SSN.

Inoltre è dimostrato (Holroyd et al., 2002; Prince, 2011) che gli interventi psicosociali sui caregiver e i programmi organizzati di supporto all'assistenza prolungano significativamente i tempi di ingresso in strutture residenziali.

La necessità di utilizzare lo strumento psicodiagnostico in salute mentale risulta così necessario che si è ottenuto con Determina numero 457 del luglio 2012 un nuovo finanziamento fino alla fine dell'anno 2012 per procedere nella fase sperimentale, successivamente con Determinazione N.102 del 18/02/2013 la Direzione Sanità dava continuità al Progetto AD con un finanziamento di alcune migliaia di euro, permettendo così l'ampliamento nell'area metropolitana torinese.

L'attività fin qui svolta ha dimostrato nei fatti di essere economicamente sostenibile, di coniugare con procedure scientificamente certificate, efficienza ed efficacia, oltre a inserirsi in modo naturale nelle funzioni e nell'ambito della tutela preventiva della salute mentale della popolazione piemontese. Da segnalare in ultima analisi la DGR PDTA 15-7071 DEL 04/02/2014 con la quale la Regione Piemonte ha deliberato il PDTA sulla diagnosi precoce delle demenze, che vede come nucleo centrale il ruolo della valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica. Procedendo quindi nella direzione di dare stabilità ad un sistema articolato di prevenzione, in linea con il PLP 2013/2015 viene richiesto un finanziamento di Euro 96.000,00 a copertura di borse di studio o altre forme di contratti previste dalla vigente normativa.

20

Il Responsabile Scientifico
Dr. Alessandro Bonansa

REGIONE
PIEMONTE

Struttura con Sistema di Gestione Certificato da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008
ASL TO3 - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI SALUTE MENTALE
DIRETTORE: Dr. Enrico ZANALDA
indirizzo: Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO, Telefono 0121.235231/0121.909874 fax 0121.235306
email: dipartimento.salute mentale@aslto3.piemonte.it