

Decadimento Cognitivo (MCI) e Demenza

Healthy Aging
Buone pratiche
nella prevenzione
del Decadimento
Cognitivo (MCI)
e della Demenza

**Redazione a cura
del Gruppo di lavoro
UPO SoGuD**

*Adattamento per i cittadini
a cura di*

Carmela Rinaldi
Diego Concina
Massimiliano Panella
Patrizia Salvaterra



Gruppo di lavoro UPO SoGuD

Prof. Gianluca Aimaretti

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott.ssa Annalisa Opizzi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Francesco Barone Adesi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Massimiliano Panella

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Cristoforo Comi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Mario Pirisi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Diego Concina

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Nicola Piu

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Gianmarco Cotrupi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott.ssa Carmela Rinaldi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Fabrizio Faggiano

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Carlo Smirne

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Antonio Isabella

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof.ssa Patrizia Zeppegno

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Indice

- 4 Perché è importante prevenire l'MCI e la Demenza
- 6 Metodologia
- 7 Quali sono i fattori di rischio
 - 7 Fattori di rischio non modificabili
 - 8 Fattori di rischio modificabili
 - 9 Altri fattori di rischio
- 10 Come valutare il proprio rischio di MCI e Demenza
 - 12 Percorso di diagnosi della malattia
 - 13 Quali esami eseguire per la conferma della diagnosi
 - 14 Servizi specialistici e territoriali
 - 16 Piano Nazionale Demenze (PNI)
- 17 Come prevenire l'MCI e la Demenza
 - 17 Interventi sullo stile di vita
 - Sovrappeso e obesità
 - Iperensione
 - Diabete
 - Dislipidemia
 - Depressione
 - Perdita dell'udito
 - 21 Comportamenti preventivi
 - Ridurre il consumo di alcol
 - Fare attività fisica
 - Smettere di fumare
 - Assumere integratori
 - Allenare la mente
 - Socializzare
- 26 Interventi negli ambienti di lavoro
- 27 Cosa fare dopo
- 27 Piano di follow up
- 28 Bibliografia

Perché è importante prevenire l'MCI e la Demenza

Dal 2003 l'Italia è il paese con il più alto indice di vecchiaia al mondo. L'indice di vecchiaia ci dice quante sono le persone anziane (con più di 65 anni) presenti in una popolazione ogni 100 giovani (minori di 15 anni) e ci permette di valutare il livello di invecchiamento degli abitanti.

Con un valore pari a 1,83 che equivale a **183 anziani ogni 100 giovani**, e osservando le proiezioni demografiche che prevedono nel 2051 ben 280 anziani ogni 100 giovani, ne consegue che – nonostante la pandemia da COVID-19 in corso – il numero delle persone anziane che avranno bisogno di cura e assistenza è destinato ad aumentare. Se consideriamo invece la durata della vita, l'Italia resta l'**ottavo paese per longevità a livello mondiale**, con un numero di anziani di 13,9 milioni, pari al 23,4% della popolazione totale (dati aggiornati al 1° gennaio 2021); questo nonostante la pandemia da COVID-19 abbia determinato una contrazione dell'aspettativa di vita (in inglese, *Healthy life expectancy at birth*, o HALE) portando la speranza di vita alla nascita – senza differenze di genere – a 82,97 anni, 1,2 anni sotto il livello del 2019: per ritrovare un valore analogo occorre tornare al 2012. Di questi 82,97 anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, in inglese *World Health Organization* o WHO) ci informa che 72 anni vengono in media trascorsi in buona salute, ma **gli ultimi 10 anni di vita non corrispondono a uno stato di salute ottimale** (<https://www.who.int/data/global-health-estimates>).

Fra le diverse malattie e disturbi che possono colpire la persona anziana, **la demenza rappresenta una delle principali cause di disabilità e dipendenza**, con un impatto significativo non solo sulla qualità di vita delle persone che ne sono colpite, ma anche su chi si prende cura di loro – la famiglia, la comunità, i professionisti sanitari. Il COVID-19 ha ulteriormente aggravato il problema: sappiamo infatti che il virus non ha solamente avuto un impatto diretto in termini di salute, ma anche in ambito sociale. Lo stress persistente, le difficoltà

economiche e l'isolamento che hanno caratterizzato la pandemia di cui il virus si è reso responsabile, hanno colpito anche i familiari e i professionisti che si fanno carico dell'assistenza delle persone con demenza, con potenziali effetti negativi sulla loro salute mentale e qualità di vita, e complessivamente sul loro benessere.

Ma **cosa si intende con il termine demenza?** Conosciuto anche come **disturbo neurocognitivo maggiore, non è una specifica malattia**, ma si tratta piuttosto di un insieme di disordini che peggiorano con il passare del tempo (cronico-degenerativi) e che si manifestano con alcuni sintomi riguardanti l'apprendimento, la memoria, la capacità di ragionare e i comportamenti. Ne risultano compromessi il linguaggio, il pensiero, l'orientamento, la comprensione, la capacità di calcolo e di giudizio, ma in fase iniziale non la coscienza. Sintomi che tuttavia interferiscono in modo significativo con la capacità di una persona di mantenere le proprie abitudini quotidiane e sociali, e che limitano con un peggioramento più o meno rapido la sua autonomia e indipendenza: guidare, prendersi cura della propria igiene, vestirsi, cucinare, gestire le proprie finanze, rispondere al telefono.

Se con il progredire dell'età un lieve calo delle funzioni mentali e cognitive è quasi universale, ma non tale da influenzare le capacità e l'autonomia dell'individuo, nella demenza il declino è invece più grave e non spiegabile come conseguenza fisiologica del processo d'invecchiamento.

Il **Decadimento Cognitivo lieve** o **MCI** (in inglese, Mild Cognitive Impairment) è invece una sorta di stato di **transizione fra l'invecchiamento fisiologico e la forma più grave della demenza**, con cui condivide i fattori di rischio. La persona con MCI spesso presenta dei vuoti di memoria, linguaggio e alcune funzioni operative, ma senza compromettere le normali attività quotidiane. Va anche detto

che la persona con MCI può rimanere stabile e talvolta può tornare alla normalità, ma è più frequente il suo graduale peggioramento verso la demenza.

Ci sono numerose forme e cause di questa malattia. **La causa più frequente** della demenza è la **malattia di Alzheimer (DA)**, ma ce ne sono altre, come la Demenza di Parkinson (PDD), la Demenza Vascolare (VaD), quella Fronto-temporale (DF), e il tipo ‘a corpi di Lewy’ (DLB), oppure un’altra forma ereditaria a base genetica con manifestazioni precoci prima dei 65 anni (EOD). In Italia il numero totale di persone con demenza è stimato in oltre 1 milione, di cui circa 600.000 con DA, pari al 4,3% delle persone anziane, con una prevalenza delle donne rispetto agli uomini.

Nonostante la demenza sia un problema di salute pubblica globale in continua crescita – con pesanti ricadute sui costi sostenuti dai sistemi sanitari – la conoscenza di questa malattia nelle sue diverse forme è ancora oggi molto limitata. Una lacuna che va colmata, perché può favorire pregiudizi e discriminazioni creando barriere alla diagnosi, alla cura e all’assistenza, con il rischio che i sistemi sanitari e sociali si trovino impreparati di fronte al numero crescente di persone che ne sono colpite.

Per questo motivo il **gruppo di esperti dell’Università del Piemonte Orientale** denominato **UPOSoGuD** ha raccolto delle raccomandazioni utili per favorire la conoscenza della malattia e aiutare le persone a prevenirla, o a gestirla, attraverso l’adozione di alcuni comportamenti corretti.

Metodologia

Il gruppo di lavoro UPO SoGuD, formato da esperti dell’Università del Piemonte Orientale con competenze in diverse discipline, ha selezionato le raccomandazioni contenute nelle principali Linee Guida internazionali sulla gestione e cura dell’MCI e della Demenza, e ne ha identificate in particolare 99 utili per lo sviluppo di un percorso di diagnosi e di prevenzione della malattia. Il metodo di valutazione oggettiva delle raccomandazioni è descritto nel documento **UPO SoGuD Prevention – Summaries of Guidelines upon Diseases Prevention: Methods**. L’elenco completo delle raccomandazioni, di seguito riportate fra parentesi in apice, è contenuto nel documento **UPO SoGuD Prevention: MCI & Dementia – Summaries of Guidelines upon Diseases Prevention: Mild Cognitive Impairment and Dementia. Healthy Aging – Buone pratiche nella prevenzione del Decadimento Cognitivo (MCI) e Demenza**.

Quali sono i fattori di rischio

Fattori di rischio non modificabili

I fattori di rischio non modificabili sono tutte quelle condizioni che possono favorire la demenza, ma su cui non è possibile intervenire. A differenza dei fattori di rischio evitabili, quindi, non possono essere ridotti, ma può essere utile conoscerli per sapere se si è a rischio, e per rivolgersi di conseguenza al proprio medico di medicina generale (MMG).

Fattori genetici

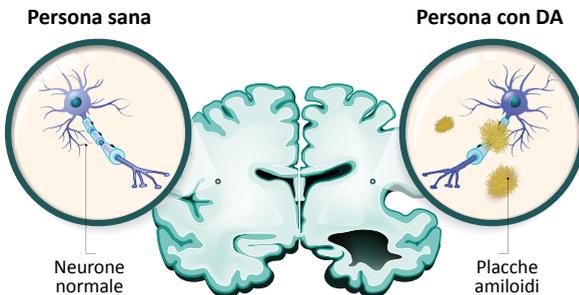
Essendo la DA la forma più diffusa, si studiano in particolare le basi genetiche per la demenza in questa malattia. Una **storia familiare di demenza** è associata a un aumento di **circa il doppio del rischio relativo di demenza e DA**.

Nella **Demenza di Alzheimer ad esordio precoce** è stata accertata la presenza di una mutazione genetica che altera la produzione, aggregazione ed eliminazione della proteina β -amiloide ($A\beta$), comprese la proteina precursore dell'amiloide (APP), presenilina 1 (PSEN1) e presenilina 2 (PSEN2).

Fattori socio-demografici

Età, genere e livello di istruzione sono i tre fattori che assieme influenzano il rischio di decadimento cognitivo e DA. La demenza è per definizione una malattia collegata all'avanzare dell'età, e la sua incidenza raddoppia circa ogni 10 anni dopo i 60 anni; l'85% dei casi è riscontrabile nella popolazione con più di 75 anni, con una prevalenza del 50% nella popolazione che ha superato i 90 anni.

È più frequente nel **genere femminile**, e in coloro che hanno un **livello di istruzione più basso** – tuttavia nelle persone con livelli di istruzione più alti il declino, una volta instaurato, è più veloce.



Fattori di rischio modificabili

La maggioranza dei fattori di rischio della demenza sono legati allo stile di vita e alle abitudini della persona, e pertanto possono essere – almeno potenzialmente – modificati.

Vediamo di seguito quali sono.

Alimentazione scorretta

Le abitudini alimentari rivestono un ruolo cruciale nell'insorgenza e nella progressione di molte malattie, oltre a essere la principale causa dell'eccesso di peso. Una **dieta bilanciata, varia ed equilibrata**, ricca di alimenti di origine vegetale, è associata a una riduzione del rischio di malattie non trasmissibili (**NCD**). Al contrario una dieta non salutare si associa a un aumentato rischio di NCD, tra queste la demenza.

Consumo eccessivo di alcol

Numerosi studi hanno dimostrato che il **consumo moderato di alcol** può avere **effetti protettivi** anche in confronto alla totale astensione, nello specifico un consumo compreso tra 1 e 6 drink alla settimana. Tra le bevande alcoliche il vino mostra un effetto protettivo rispetto ad altre, in particolare i superalcolici che sembrano invece aumentare il rischio di MCI. La **soglia protettiva** risulterebbe essere 6 grammi di alcol, ovvero ½ drink al giorno, mentre un **consumo eccessivo** – pertanto associato a un maggiore rischio di demenza – potrebbe essere pari al consumo di 36 grammi di alcol al giorno, l'equivalente di 3 drink.

Fumo di sigaretta

L'abitudine al fumo è associato a un aumentato rischio di demenza. Alcuni studi hanno osservato un'associazione tra l'esposizione ambientale al fumo di tabacco e la demenza.

Inattività fisica

Livelli intensi di attività fisica conferiscono un effetto protettivo nei confronti dell'MCI, ma anche livelli basso-moderati di attività fisica mostrano un effetto positivo sulla riduzione del rischio.

Ridotta vita sociale

L'isolamento sociale può essere già un sintomo precoce di demenza, ma può anche rappresentare un fattore di rischio per la demenza, associato ad un aumento del rischio di ipertensione, malattie cardiache e depressione. Ad oggi non sono disponibili dati su un possibile aumento di casi di demenza a seguito dell'isolamento sociale provocato dalla pandemia da COVID-19.

Altri fattori di rischio

Perdita dell'udito

Alcuni studi mostrano che la perdita dell'udito periferico (ipoacusia) favorisca l'MCI indipendentemente dall'età e da altri fattori.

Depressione

I sintomi depressivi possono essere una manifestazione precoce di demenza. Tuttavia va anche detto, per converso, che la depressione è uno dei principali esempi di errata diagnosi di demenza, nel senso che molte persone erroneamente etichettate come affette da MCI sono in realtà affette da disturbi depressivi.

Fattori di rischio cardiometabolico

Tutte le forme di demenza sono favorite dalla presenza di almeno un fattore di rischio cardiovascolare – **pressione elevata, diabete mellito, sovrappeso/obesità in età adulta, dislipidemia** (ovvero livelli alterati di grassi nel sangue): il colesterolo alto può aumentare il rischio di demenza, DA e VaD.



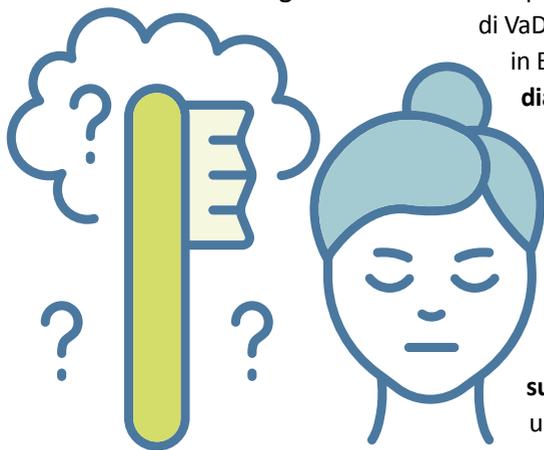
Come valutare il proprio rischio di MCI e Demenza

Con il termine **demenza** si definisce un gruppo di disordini cronico-degenerativi caratterizzati dal **progressivo declino delle proprie capacità mentali** (cognitive), che influisce negativamente sulle attività quotidiane e sulla vita sociale, ed è caratterizzato dalla presenza dei seguenti sintomi:

- perdita della memoria
- disturbi del comportamento e dell'umore
- difficoltà comunicative
- difficoltà di ragionamento
- limitazioni della propria autonomia, autosufficienza e capacità di prendersi cura di sé: igiene personale, vestirsi, cucinare, guidare
- limitazioni motorie.

A causa della sua progressività e irreversibilità i sintomi peggiorano gradualmente nel tempo, richiedendo sempre maggior supporto e assistenza, fino alla totale dipendenza nella fase terminale, quando la persona sarà immobilizzata a letto.

È noto come la **maggioranza dei fattori di rischio della demenza sia legata allo stile di vita** e pertanto modificabile. Nei casi di DA e di VaD il rischio attribuibile alla popolazione in Europa è riconducibile a **sette fattori: diabete, ipertensione, obesità, inattività fisica, depressione, fumo e basso livello di istruzione**. Questi fattori agiscono insieme, di conseguenza l'eliminazione totale di uno soltanto di loro non sarebbe risolutiva, di conseguenza ogni strategia di prevenzione primaria dovrebbe **agire su tutti i fattori di rischio** per produrre una riduzione significativa dei casi.



La prevenzione primaria della demenza dovrebbe dunque essere raccomandata in tutti i documenti che mirano a prevenire le NCD, ovvero le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, il diabete mellito di tipo 2 e la broncopneumopatia cronico-ostruttiva [04.04]* per ridurre la probabilità non solo di sviluppare queste malattie croniche, ma anche la demenza stessa [04.05; 04.06].

Con l'acronimo **MCI** ci si riferisce invece a una **condizione al limite tra la normalità e l'inizio della demenza**, che non necessariamente progredisce verso la perdita di memoria e gli altri problemi cognitivi: le evidenze dimostrano che non tutte le persone con MCI svilupperanno una diagnosi di demenza, ma che sono a maggior rischio.

La persona che ha superato i 60 anni è più a rischio di MCI, e la frequenza di questo disturbo cresce con l'aumentare dell'età. Quando la persona riceve una diagnosi di MCI va ricordato che può rimanere stabile, persino ritornare a una condizione di normalità – la percentuale varia tra il 14,4% e il 55,6%, oppure progredire verso la demenza [03.02].

In un percorso di prevenzione della malattia, anche la persona adulta che non ha alcun sintomo sospetto, ma presenta alcuni fattori di rischio – di tipo metabolico e cardiovascolare, o legati allo stile di vita [03.18] – dovrebbe essere valutata dal proprio MMG. In presenza di almeno uno di questi fattori, il MMG valuterà se è possibile gestire la persona in ambulatorio, o se è più appropriato ricorrere all'equipe di specialisti. [03.18]

* Il riferimento in apice fra parentesi è alla raccomandazione contenuta nel documento *UPO SoGuD Prevention: MCI & Dementia – Summaries of Guidelines upon Diseases Prevention: Mild Cognitive Impairment and Dementia. Healthy Aging – Buone pratiche nella prevenzione del Decadimento Cognitivo (MCI) e Demenza.*

Percorso di diagnosi della malattia

In assenza di una politica di screening generale della popolazione [01.22] che riconosca le persone a rischio di MCI e demenza con l'identificazione dei sintomi sospetti e dei fattori di rischio, il gruppo di lavoro UPOSoGuD ritiene opportuno una strategia case-finding attuata dai professionisti della salute [3.22].

La perdita di memoria tipica dell'MCI e della demenza spesso non viene riferita al medico direttamente dalla persona interessata: è invece un familiare, un parente o chi conosce molto bene la persona che, insospettito, può presentare il problema al MMG. Ciò contribuisce al ritardo con cui sono individuati i segni e sintomi della demenza che a volte vengono attribuiti, in modo improprio, all'invecchiamento – sia dalla persona che dai suoi familiari.

In una prospettiva di **prevenzione primaria**, ma anche di **diagnosi precoce** e di **gestione corretta** dell'MCI e della demenza, oltre che della disabilità e fragilità, spetta dunque al MMG e ai professionisti della salute adeguatamente formati [04.31; 04.32; 04.33]:

- favorire la presa in carico della persona con diagnosi di demenza da parte dei servizi territoriali specialistici, individuando il momento più opportuno e definendo un progetto assistenziale
- identificare la persona a rischio di MCI e demenza
- fornire consigli e supporto alla persona a rischio per motivarla a cambiare il comportamento
- controllare i fattori di rischio e se necessario apportare salutari modifiche allo stile di vita sia da parte della persona che del professionista sanitario stesso [04.33].



La persona sarà sottoposta a una **visita del proprio MMG** finalizzata a conoscere la storia clinica (anamnesi) personale e familiare, e valutare il suo stato mentale attraverso un esame obiettivo consistente per MCI [01.28].

La valutazione completa della persona di cui il MMG sospetta un declino cognitivo generalmente richiede più di una visita. L'esame del medico ha lo scopo di verificare l'abilità della persona rispetto alle funzioni seguenti:

- **Memoria:** apprende nuove informazioni e ricorda gli eventi?
- **Calcolo:** è in grado di eseguire calcoli matematici e gestire le proprie finanze?
- **Ragionamento:** può gestire gli imprevisti?
- **Orientamento nello spazio e nel tempo:** riconosce gli ambienti familiari o si allontana spesso senza meta?
- **Linguaggio:** è vario, coerente, fluente oppure ripetitivo?
- **Comportamento:** oltre ad ansia ed eventuali sintomi depressivi, soffre di deliri? Mette in atto comportamenti socialmente inadeguati e aggressivi?



Il MMG leggerà i punteggi ottenuti dalla valutazione anche alla luce di quei fattori che possono influenzare il risultato – per esempio l'età della persona, il suo livello d'istruzione, il non essere madrelingua, eventuali problemi della vista e dell'udito, o altre malattie neurologiche e psichiatriche [01.38].

La **diagnosi clinica di MCI e demenza deve essere confermata con criteri internazionali standardizzati** [03.20; 01.34] dall'equipe di specialisti, ma spetta al MMG identificare per primo i segni clinici del declino cognitivo e valutare lo stato mentale della persona con l'ausilio di uno strumento di comprovata affidabilità e validità [01.28; 01.38], come il MoCA, il CPCOG, il 3MS, l'ADAS-Cog, l'MMSE e altri. Il percorso di diagnosi ha anche lo scopo di **escludere eventuali cause secondarie come il delirium e la depressione**. La persona può inoltre vedere la propria terapia farmacologica rivista dal MMG e dallo specialista che possono valutare, ridurre o semplificare il dosaggio dei farmaci che influiscono negativamente sul funzionamento cognitivo e possono causare delirium. [01.28]

Quali esami eseguire per la conferma della diagnosi

Per escludere i disturbi di tipo metabolico o endocrino fra le cause secondarie, la persona di cui si sospetta MCI o demenza dovrebbe eseguire i seguenti esami di laboratorio [01.30]:

- ematochimici di routine: emocromo, conta dei leucociti, esame chimico-fisico delle urine per escludere cause infettive
- test biochimici (elettroliti, calcio, glucosio, funzionalità renale e funzionalità epatica) per escludere cause metaboliche

- vitamina B12 e livelli di folato, per escludere una mancanza di vitamina B12 o folati
- test di funzionalità della tiroide, per escludere l'ipotiroidismo.

Può essere necessario anche il test sierologico per sifilide o HIV se sussiste la possibilità di una malattia sessualmente trasmissibile [01.31]
Si raccomanda inoltre di richiedere lo screening per i disturbi depressivi. [01.28] Sono inoltre indicati i seguenti esami diagnostici per immagini:

- elettrocardiogramma (ECG) per identificare la presenza di fibrillazione atriale
- radiografia del torace indicato per escludere cause polmonari [01.32]
- tomografia computerizzata (TAC) o tramite risonanza magnetica (MRI) del cranio per escludere altre malattie cerebrali e stabilire la diagnosi del sottotipo, a meno che il medico lo ritenga controindicato.

Il MMG potrà informare la persona con possibile diagnosi di MCI o demenza che esistono altri esami strumentali e di laboratorio che possono essere richiesti dall'equipe di specialisti – quali ad esempio la PET (tomografia ad emissione di positroni) in caso di forme precoci e con presentazione atipica della DA, o l'elettroencefalogramma per valutare la persona con epilessia associata alla malattia. Anche il ricorso a test neuropsicologici formali [01.42] potrebbe essere necessaria per valutare la funzione cognitiva principalmente colpita dalla malattia.

La **conferma formale di MCI o sospetta DA** tramite criteri internazionali standardizzati [03.20; 01.34] è inoltre necessaria per consentire il conferimento ai **Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)** [01.26].

Servizi specialistici e territoriali (CDCD)

Considerando i risvolti sociali della malattia, la durata media intorno agli 8-10 anni, la necessità di un costante controllo e la sua progressione fino alla difficoltà delle cure di fine vita, è importante poter disporre di un **sistema integrato di servizi dedicati alle diverse fasi della malattia**, ai luoghi di cura, e al **supporto dei familiari o di coloro che accudiscono** la persona.

Le risorse e il livello di conoscenze dovrebbero essere condivisi sia a

livello nazionale sia locale per aumentare l'effetto delle misure di prevenzione ^[04.20], in particolare per promuovere stili di vita corretti e mettere a disposizione di tutti i servizi necessari durante le varie fasi di malattia ^[04.20].

Presso i servizi specialistici e territoriali – in Italia, i CDCD – un'equipe multidisciplinare di specialisti in geriatria, neurologia, psichiatria e psicogeriatría, dopo aver svolto una valutazione

comprensiva, ^[01.25] ha il compito di **confermare la diagnosi del MMG** utilizzando criteri internazionali standardizzati.

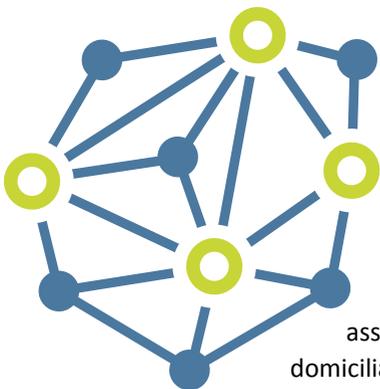
I CDCD rappresentano un punto di riferimento a cui rivolgersi per definire – attraverso un percorso clinico di valutazione, diagnosi e terapia – un progetto riabilitativo e assistenziale adeguato ai bisogni della persona con differenti tipologie e gradi di severità di demenza ^[01.26]. I servizi di

assistenza potranno essere realizzati sia a livello domiciliare, sia presso le strutture socio-sanitarie dedicate

all'accoglienza temporanea, o in nuclei residenziali e semi-residenziali che rispondano a precise indicazioni architettoniche e organizzative.

Per risultare efficace **il progetto riabilitativo e assistenziale** deve:

- essere condiviso e strutturato in accordo con gli interessati – sia la persona affetta da demenza sia coloro che le prestano assistenza (caregiver) ^[01.25] – a livello familiare e comunitario, ai quali deve essere offerto un supporto ^[01.26]
- prevedere un follow-up (monitoraggio e controllo continuo) per le persone adulte con diagnosi di demenza, svolto in collaborazione con il MMG ^[01.27; 01.29]
- disporre di un modello di gestione integrato, ovvero una rete organizzata di servizi sanitari e socio-sanitari a crescente livello di intensità assistenziale, in cui sia previsto un percorso di miglioramento continuo ^[04.24]
- sviluppare servizi digitali a completamento di quelli tradizionali per rispondere anche alle necessità linguistiche e culturali ^[04.25]. Quest'ultimo aspetto, che può essere inquadrato nell'ambito della telemedicina, ha assunto una grande importanza durante le limitazioni imposte dalla pandemia da COVID-19.



Piano nazionale demenze (PND)

Con un accordo siglato il 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n. 9, 13 gennaio 2015) il “**Piano nazionale demenze** – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” (PND) fornisce indicazioni utili alla promozione e al miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti di cura specialistici, ma anche al sostegno e all’accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura. Il PND focalizza la propria attenzione sulle misure di sanità pubblica che possano promuovere interventi efficaci per:

- contrastare le discriminazioni, i pregiudizi e lo stigma sociale
- promuovere i diritti della persona
- favorire la ricerca
- diffondere a tutti i livelli una conoscenza sempre più aggiornata della malattia
- garantire una gestione integrata della demenza.

A partire da febbraio 2015 l’implementazione del PND è monitorata dal “Tavolo di monitoraggio dell’implementazione del Piano Nazionale per le Demenze (PND)”, coordinato dal Ministero della Salute, che ha lo scopo rendere in azioni concrete gli obiettivi del Piano stesso. Finora sono state redatte due Linee di indirizzo:

- Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) (<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=61581&parte=1%20&serie=null>)
- Linee di indirizzo Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4893_listaFile_itemName_1_file.pdf)

Inoltre l’Istituto Superiore di Sanità, su mandato e con il finanziamento del Ministero della Salute, sta mettendo in campo delle azioni che riflettono questo approccio e sono pubblicate sul sito **Osservatorio demenze** (<https://demenze.iss.it/>).

Come prevenire l'MCI e la Demenza

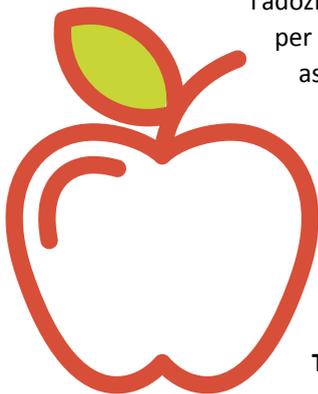
Interventi sullo stile di vita

Per prevenire l'insorgere dell'MCI e della demenza il gruppo di lavoro UPO SoGuD ha identificato alcune **raccomandazioni e buone pratiche** indirizzate alla **persona che non presenta sintomi di sospetta MCI o demenza**, ma che presenta **almeno un fattore di rischio**, gestibile a livello ambulatoriale.

Si tratta in sintesi di una serie di consigli e interventi correttivi che riguardano lo **stile di vita della persona**, alla quale si raccomanda l'adozione e il mantenimento costante nel tempo per ridurre il rischio della malattia.

Sarà in prima battuta il medico a consigliare la persona in base al suo livello di rischio, ovvero età [04.22; 04.23] e tipologia dei fattori di rischio, e nel rispetto delle diversità linguistiche e culturali [04.25]. L'occasione sarà la serie di visite già programmata, o quando si verificano dei cambiamenti significativi nella routine quotidiana [04.22; 04.23; 04.26], come il pensionamento, i figli grandi che lasciano la casa familiare, la menopausa o il climaterio, un lutto, o quando la persona inizia a prendersi cura di un parente più anziano.

Questi momenti critici possono essere l'occasione per incoraggiare l'adozione di uno stile di vita più salutare, ma per converso possono costituire l'alibi per assumere o persistere in abitudini non corrette [04.26].



Un **cambiamento dei comportamenti** legati alla salute – fumo, controllo del peso, eccesso di alcol, attività fisica e altri – generalmente attraverso **5 fasi ben distinte**, secondo il **modello denominato TTM** (vedi schema alla pagina seguente).

1

Pre-contemplazione

La persona non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento, o non è ancora consapevole che un cambiamento sia necessario. Non è informata sui rischi che corre, oppure può aver fatto dei tentativi di cambiamento, ma ha perso fiducia nella propria concreta capacità di cambiare. In questo caso evita di parlarne, e mostra una forte resistenza al cambiamento.

2

Contemplazione

La persona comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di cambiare il proprio comportamento. Per passare dalla fase di pre-contemplazione a quella di contemplazione deve sperimentare una preoccupazione sufficiente a motivarla a cambiare. In questa fase, si può tuttavia creare una situazione ambivalente – la persona è consapevole dei pro e dei contro connessi al cambiamento, ma può perdurare a lungo nella fase di contemplazione che diventa cronica.

3

Determinazione

La persona ha deciso di cambiare il suo comportamento nell'immediato futuro, dunque pianifica le modalità del cambiamento – per esempio, consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati, acquistare un manuale di auto-aiuto etc. Il rischio di ripensamenti nelle fasi successive è dipendente dalla forza delle sue motivazioni. Si parla, infatti di “teachable moments” – ovvero eventi significativi come una gravidanza, un parto, un lutto, o una nuova relazione – che, se opportunamente sfruttati, possono ridurre il rischio di ripensamenti.

4

Azione

La persona modifica il proprio comportamento. Mette in atto delle strategie per adottare nuove abitudini con effetti benefici concreti sul rischio della malattia – per esempio, l'astinenza dal fumo. Si deve considerare l'azione può essere breve, e la persona può ritornare alla fase di contemplazione, per questo motivo il MMG enfatizzerà gli insuccessi come opportunità di ulteriore apprendimento e non come ricadute o debolezze.

5

Mantenimento

La persona mantiene il cambiamento nel tempo, e tende a stabilizzare il cambiamento. La durata può variare in relazione al comportamento e alle caratteristiche individuali.

Di seguito vengono riportate alcune evidenze raccolte dal gruppo di lavoro UPO SoGUD e riguardanti i fattori di rischio legati allo stile di vita della persona, insieme ai comportamenti consigliati per una prevenzione efficace dell'MCI e della demenza. Va sempre ricordato che resta comunque una suscettibilità genetica che non può essere modificata, ma proprio agendo sui fattori di rischio modificabili è possibile aumentare gli anni di vita trascorsi in buona salute ^[04.09; 04.26].

Sovrappeso e obesità

Secondo le evidenze scientifiche nella popolazione adulta e anziana esiste un legame tra il sovrappeso ($25 \leq \text{BMI} \leq 30 \text{ kg/m}^2$) e il decadimento cognitivo.

Gli interventi sullo stile di vita possono includere sia una dieta appropriata che dell'attività fisica, e mirano a ridurre il peso per un recupero delle funzioni mentali, in particolare l'attenzione, la memoria e il linguaggio. Non sono invece disponibili evidenze scientifiche che colleghino direttamente o indirettamente un simile risultato a terapie farmacologiche per dimagrire; è tuttavia raccomandato il ricorso a tali terapie se c'è un rischio concreto di mortalità correlata a sovrappeso e obesità. È comunque responsabilità del MMG indagare per converso le ragioni di una perdita di peso non intenzionale o di malnutrizione, indipendentemente dall'età della persona.

Ipertensione



La pressione alta (o ipertensione) è associata a un aumentato rischio di VaD in età avanzata. Pertanto la terapia per abbassare la pressione, e in assenza di effetti negativi sulla qualità di vita o sul livello funzionale, dovrebbe essere sempre seguita per la sua efficacia in relazione alla mortalità e ad altre malattie legate all'ipertensione, anche se non incide sul declino cognitivo ^[2.12, 2.13].

Diabete

Lo scarso controllo del livello degli zuccheri nel sangue (o glicemia) è associato al peggioramento delle funzioni cognitive e al declino cognitivo. Inoltre le malattie correlate al diabete – come nefropatia, retinopatia, problemi dell'udito e malattie cardiovascolari – sono associate a un maggior rischio di demenza.

Una corretta gestione del diabete, sia farmacologica che tramite modifiche dello stile di vita, dovrebbe essere seguita dalla persona con diabete per ridurre il declino cognitivo e la demenza ^[02.14; 02.15]. La popolazione adulta con un livello cognitivo normale dovrebbe preferibilmente seguire, nel trattamento farmacologico, un controllo

glicemico standard piuttosto che intensivo, in quanto un trattamento intensivo non ha effetti preventivi sul declino cognitivo ma invece espone la persona a un maggior rischio di episodi ipoglicemici.

Dislipidemia

Gli studi scientifici provano che c'è una correlazione fra l'eccesso di grassi nel sangue e il declino cognitivo, la demenza in generale o la DA. Per la gestione della dislipidemia è raccomandata una dieta povera di grassi animali, e mirata a ridurre il peso. È consigliata anche una terapia farmacologica che includa tra i farmaci di prima scelta le statine, che non incidono negativamente sulla funzione cognitiva e sull'incidenza di demenza nella popolazione anziana.

Depressione

La depressione raddoppia il rischio di demenza a 5 anni. Attualmente non vi sono prove sufficienti per raccomandare l'uso di antidepressivi al fine di ridurre il rischio di declino cognitivo e demenza nelle persone con funzioni mentali normali e disordine depressivo maggiore ^[02.17].

La gestione farmacologica ambulatoriale dei disturbi depressivi deve essere offerta dal MMG alla persona con depressione in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali ^[02.18].



Perdita dell'udito

La perdita di udito (o ipoacusia), in particolare quando legata all'età che avanza (o presbiacusia), può aumentare il rischio di declino cognitivo o demenza.

Non sono attualmente disponibili prove sufficienti per raccomandare apparecchi acustici alla persona con cognitività normale e perdita di udito per ridurre il rischio di declino cognitivo e demenza ^[02.19].

Tuttavia questi dispositivi possono migliorare la qualità di vita della persona anziana, pertanto il MMG dovrebbe offrire uno screening di valutazione della presbiacusia con l'eventuale fornitura di apparecchi acustici, per gestire precocemente il problema riducendo le conseguenze sulle abilità funzionali e sociali, oltre che sul benessere emotivo della persona ^[02.20].

Comportamenti preventivi

Le seguenti raccomandazioni sono indirizzate alla persona di età inferiore ai 60 anni, che non presenta segni o sintomi di MCI, e che si trova nella fase di determinazione secondo il modello TTM.

Mangiare sano

La persona deve essere aiutata dal professionista della salute a comprendere in cosa consiste una dieta salutare [04.19]. Un'azione che va inserita in un contesto di misure mirate alla promozione di stili alimentari sani come ridurre i punti vendita in cui sia possibile reperire alimenti non sani, e rendere più accessibile e conveniente l'acquisto di frutta e verdura [04.19].

In particolare, le **dosi consigliate** sono le seguenti:

- **frutta e verdura:** 5 porzioni al giorno, pari a circa 400 g, ad eccezione delle patate o patate dolci, manioca e altri tuberi o radici amidacee;



Le raccomandazioni della WHO per una dieta sana e bilanciata della persona adulta [02.05]

- limitare il consumo di carni rosse, snack confezionati e bevande ricche di sale, grassi e zuccheri
- prediligere il consumo di frutta fresca e secca, verdura, legumi, cereali integrali e pesce
- ridurre il consumo di alcol [04.12; 04.13; 04.14; 04.15]
- diminuire il consumo di zuccheri liberi, ovvero aggiunti al cibo e alle bevande
- preferire la dieta mediterranea, indicata per la persona adulta con livello cognitivo normale o con MCI per ridurre il rischio di decadimento cognitivo e/o demenza [02.04].



- **zuccheri liberi:** meno del 10% delle calorie quotidiane assunte, ovvero circa 50 g o 12 cucchiaini da tè o caffè per 2000 calorie al giorno. Gli effetti salutari si ottengono già riducendo del 5% la quantità di calorie introdotte provenienti da zuccheri liberi, ovvero quegli zuccheri aggiunti a cibi e bevande dal produttore industriale, dal cuoco o dal consumatore finale, ma anche gli zuccheri naturali presenti nel miele o nei succhi di frutta;
- **grassi:** se **insaturi** (pesce, avocado, noci e oli di semi di girasole, soia, mais, colza o extravergine di oliva), meno del 30% delle calorie quotidiane. Se **saturi** (carni rosse fresche e trasformate, olio di palma o di cocco, burro e burro chiarificato, panna, formaggio, strutto), meno del 10% delle calorie quotidiane. Se **trans**, meno dell'1% delle calorie quotidiane, scegliendo quelli di origine naturale da ruminanti (bovini, ovini, caprini) o da prodotti caseari, mentre andrebbero eliminati quelli di origine industriale (prodotti fritti e surgelati, dolci confezionati etc.).
- **sale:** non più di 5 g al giorno, equivalenti a un cucchiaino da tè o caffè. Il sale dovrebbe essere preferibilmente iodato.

Ridurre il consumo di alcol

La soglia di consumo alcolico raccomandato a livello nazionale viene definito in 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno per gli uomini, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni, mentre per le donne in 1 UA al giorno, pari a 30 UA nell'ultimo mese. La UA corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml) di 4,5 gradi di alcol, o in un bicchiere di vino (125 ml) di 12°, o in un bicchierino di liquore di 40°.

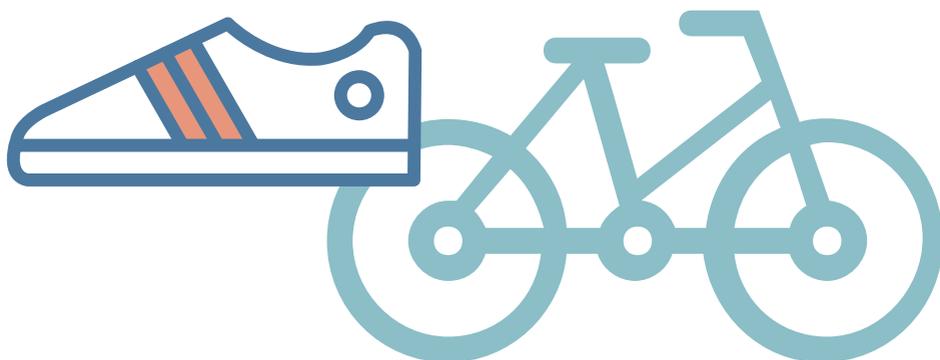
La persona che eccede nel consumo di alcol dovrebbe modificare il proprio comportamento per ridurre il rischio di MCI e demenza, oltre che per i vantaggi che si ottengono sulla salute in generale ^[02.07]. Per raggiungere questo obiettivo dovrebbe farsi consigliare dal proprio MMG e partecipare ad interventi formativi, psicoeducativi e motivazionali. Il MMG dovrebbe garantire alla persona che intraprende un percorso di cambiamento un costante follow-up. Se la persona soffre di una vera e propria dipendenza dall'alcol può ricorrere alla psicoterapia, al counseling familiare, ai gruppi di auto-aiuto, e alla terapia farmacologia sotto consiglio e controllo medico.

Fare attività fisica

Per ridurre il rischio di declino cognitivo, l'esercizio fisico e uno stile di vita attivo sono raccomandati a tutte le persone adulte [02.01; 02.02]. L'azione di incoraggiamento e promozione del movimento fisico messa in atto dal MMG e dai professionisti della salute dovrebbe essere svolta in contesto generale favorevole, e sostenuta da iniziative da parte dei decisori politici finalizzate alla diffusione delle informazioni, oltre che al miglioramento e messa in sicurezza delle infrastrutture [04.17], della viabilità e degli spazi verdi pubblici disponibili [04.28]. Anche la propria casa può prestarsi all'esercizio fisico quotidiano, che andrebbe svolto solo dopo aver ricevuto le istruzioni sulle modalità corrette di svolgimento, e in relazione alle preferenze e caratteristiche dell'individuo [04.11].

Ma quanto tempo dedicare all'esercizio fisico? Il gruppo di lavoro UPO SoGUD ha indicato i tempi seguenti:

- dalle 2 ore e mezza fino alle 5 ore alla settimana di **attività aerobica** moderata, o da 75 minuti fino a 2 ore e mezza alla settimana di attività aerobica più intensa. Si consiglia di iniziare con livelli moderati di attività per poi progredire gradualmente verso livelli più vigorosi;
- se la persona segue dei programmi di allenamento strutturato, questi dovrebbero durare almeno 6 mesi [03.15], con sedute di un'ora e mezza al giorno per 2 o 3 volte la settimana;
- gli esercizi di **rafforzamento muscolare** (resistenza) dovrebbero essere svolti per almeno 2 giorni alla settimana, utilizzando i gruppi muscolari maggiori.



Anche la persona con problemi di mobilità dovrebbe svolgere attività fisica per almeno 3 giorni alla settimana per migliorare l'equilibrio e prevenire il rischio di cadute, secondo le proprie caratteristiche e condizioni.

In sintesi, **l'attività fisica**, svolta a **qualsiasi età** e come **buona abitudine di vita**, può **ridurre il rischio della persona di ammalarsi** – sia a breve sia a lungo termine – **preservando** non solo le abilità mentali della **memoria** e del **ragionamento**, ma anche **riducendo il rischio di cadute e fratture**.

Smettere di fumare

La persona che fuma dovrebbe essere incoraggiata a smettere di fumare ^[04.11], attraverso una corretta informazione che illustri gli effetti positivi a lungo termine e il **legame tra fumo e demenza**, oltre che **disabilità e fragilità** ^[04.10].

Gli interventi per smettere di fumare proposti dal medico ai propri assistiti dovrebbero essere inseriti in un contesto che preveda delle azioni di prevenzione e controllo attuate a livello comunitario e di popolazione – per esempio, rendere il tabacco meno

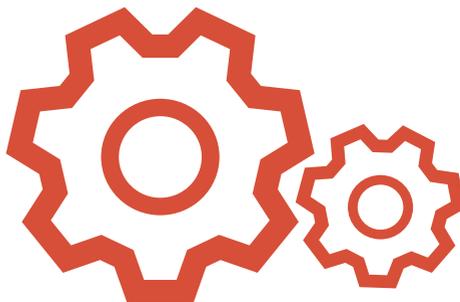
accessibile, conveniente e accettabile, o la lotta alla vendita illegale, oppure **introdurre divieti a fumare nei luoghi pubblici all'aperto** come parchi, mercati rionali, ambienti sportivi, stazioni, fermate dell'autobus etc. ^[04.16].

Secondo alcuni studi l'uso di cerotti transdermici di nicotina (15 mg al giorno per 6 mesi) per smettere di fumare in una persona con MCI può migliorare la sua risposta ad alcuni test cognitivi ^[03.08], ma non ci sono evidenze che riguardino la popolazione con cognitività normale.

Assumere integratori

L'efficacia degli integratori alimentari nella prevenzione del declino cognitivo non è scientificamente provata. Né ci sono sufficienti evidenze per poter raccomandare un'integrazione a base di vitamine – in particolare la B, la C, e la E – o di flavonoidi e altri prodotti sul mercato alla persona affetta da MCI, DA o altre forme di demenza ^{[01.76] [02.06] [03.06] [03.13] [03.14]}.





Allenare la mente

Il declino cognitivo precede lo sviluppo della demenza, ma non tutte le persone esposte ai fattori di rischio sviluppano un decadimento o deficit cognitivo: per questo è stato introdotto il concetto di “riserva cognitiva”.

La **riserva cognitiva** è quel **fattore protettivo** in grado di ridurre il rischio di sviluppare MCI, DA e altre forme di demenza, e si riferisce alla capacità del sistema nervoso centrale di far fronte e compensare eventuali danni neurologici. **Allenare la mente può stimolare o aumentare la riserva cognitiva** tamponando così gli effetti del decadimento cognitivo stesso.

È possibile stimolare l’attività mentale partecipando ad attività che mirano a migliorare il funzionamento cognitivo e sociale, ma anche tramite il cosiddetto “training cognitivo” (o allenamento mentale), che consiste in un insieme di esercizi e compiti programmati per migliorare alcune specifiche funzioni cognitive. Il MMG e i professionisti della salute potrebbero raccomandare il training cognitivo alla persona anziana per ridurre il rischio di declino cognitivo e/o demenza ^[02.08; 03.34].

Socializzare

Frequentare gli amici, partecipare ad eventi mondani e cerimonie, fare volontariato, divertirsi in gruppo sono tutte attività legate al benessere sociale della persona e al suo stato di salute, e dunque dovrebbero essere favorite e promosse nel corso dell’intera vita ^[02.10]. Spetta al MMG e ai professionisti della salute spingere i propri assistiti alla **partecipazione** e all’**impegno sociale**, proprio perché l’isolamento dagli altri e il disimpegno espongono la persona anziana ad un aumentato rischio di declino cognitivo e demenza.

Interventi negli ambienti di lavoro

Gli interventi rivolti alla persona con meno di 60 anni che non presenta segni o sintomi di MCI, per prevenire il rischio di sviluppare demenza, disabilità e fragilità possono essere realizzati anche negli ambienti di lavoro. Tali interventi, qui di seguito elencati, devono essere accompagnati da una campagna di comunicazione e hanno lo scopo di incoraggiare **l'adozione di uno stile di vita sano fra i dipendenti**:

- fornire una dieta equilibrata nelle mense o bar aziendali, prevedendola già nel contratto con i fornitori
- offrire alimenti con ridotto apporto di sale, grassi saturi e grassi insaturi artificiali, eliminando le bevande zuccherate e con dolcificanti artificiali
- supportare i dipendenti che desiderano modificare il proprio stile di vita – perdere peso, smettere di fumare, fare attività fisica
- facilitare il rientro al lavoro anche dopo periodi di lunga assenza per malattia ^[04.34; 04.35].

Cosa fare dopo

La persona affetta da MCI o demenza, con un progetto assistenziale idoneo, viene inserita in un piano di follow-up svolto in collaborazione tra i CDCD e il MMG. Lo scopo è controllare regolarmente ogni 6 - 18 mesi l'andamento del suo stato mentale e altri segni di demenza, o eventuali disturbi comportamentali e psichiatrici - incluse depressione e psicosi- oltre che l'eventuale presenza di altre malattie (comorbidità) da gestire con terapie appropriate, e i fattori di rischio modificabili che non sono ancora stati eliminati^[01.27; 01.29].

La persona con assetto cognitivo normale dovrebbe essere sottoposta a un controllo annuale^[03.18] per identificare precocemente segni e sintomi compatibili con MCI, o l'esordio di condizioni che predispongono a un aumentato rischio di MCI, o a fasi significative di cambiamento secondo il modello TTM. Ciò consente di pianificare un intervento puntuale sullo stile di vita della persona, orientandolo verso scelte e abitudini più salutari, e che faciliti l'eliminazione dei fattori di rischio modificabili.

Piano di follow-up

Il **piano di follow-up** dovrebbe prevedere il controllo di eventuali cambiamenti dello stato mentale della persona, la verifica dei sintomi legati al suo comportamento, l'esame delle comorbidità, la valutazione dei sintomi e dei fattori di rischio modificabili non ancora eliminati^[03.25].

Di fronte a un aggravamento, comprovato con uno strumento valido e affidabile^[01.28; 01.38], i professionisti della salute dovrebbero intervenire sia con trattamenti farmacologici, sia con approcci non-farmacologici^[03.33] apportando le modifiche necessarie sulla base delle abilità residue della persona nel suo vivere quotidiano.

Bibliografia

APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* [Internet]. 1985;100(2):126–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711>

Chen R, Wilson K, Chen Y, Zhang D, Qin X, He M, et al. Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. *Occup Environ Med* [Internet]. 2013 Jan;70(1):63–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104731>

Dors Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. Gli Stadi del Cambiamento: storia, teoria e applicazioni - Modello Trans-Teorico di DiClemente e Prochaska [Internet]. 2014. Available from: https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf

Epicentro - Il portale di epidemiologia per la sanità pubblica. Indicatori Passi: consumo di bevande alcoliche [Internet]. [cited 2021 Feb 5]. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol>

Francis J. Diagnosis of delirium and confusional states [Internet]. UpToDate, Post TW (Ed) . UpToDate, Waltham, MA. [cited 2021 Oct 21]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?search=delirium&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

GU Serie Generale n.9 del 13-01-2015. Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità' e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze [Internet]. 2015. Available from: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false

Guideline Adaptation Committee. Guideline Adaptation Committee. Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia [Internet]. Sidney; 2016. Available from: <https://cdpc.sydney.edu.au/research/clinical-guidelines-for-dementia/>

Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2015 Jul;22:39–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956016>

ISS (Istituto Superiore di Sanità). Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica. Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale: 6 ottobre 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_6-ottobre-2021.pdf

ISS (Istituto Superiore di Sanità). Report N.° 4 - Impact of COVID-19 vaccination on the risk of SARS-CoV-2 infection and hospitalization and death in Italy (27.12.2020 - 29.08.2021) - Combined analysis of data from the National Vaccination Registry and the COVID-19 Integrated Surveillance [Internet]. 2021. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/pdf/report-valutazione-impatto-vaccinazione-covid-19-6-ott-2021.pdf>

ISS (Istituto Superiore di Sanità). Osservatorio demenze dell'Istituto Superiore della Sanità [Internet]. [cited 2021 Feb 5]. Available from: <https://demenze.iss.it/>

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). I.STAT - Il tuo accesso diretto alla statistica italiana [Internet]. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#>

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). Rapporto BES 2020 - Il benessere equo e sostenibile in Italia [Internet]. 2020th ed. 2021. 240 p. Available from: https://www.istat.it/it/files//2021/03/BES_2020.pdf

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). Le Condizioni di Salute della Popolazione Anziana Italiana - Anno 2019 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2017 Dec 16;390(10113):2673–734. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28735855>

Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Naughton F, Matthews FE. Exposure to secondhand smoke and cognitive impairment in non-smokers: national cross sectional study with cotinine measurement. *BMJ* [Internet]. 2009 Feb 12;338:b462. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19213767>

Luchsinger JA, Tang M-X, Siddiqui M, Shea S, Mayeux R. Alcohol intake and risk of dementia. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2004 Apr;52(4):540–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066068>

Mayer F, Di Pucchio A, Lacorte E, Bacigalupo I, Marzolini F, Ferrante G, et al. An Estimate of Attributable Cases of Alzheimer Disease and Vascular Dementia due to Modifiable Risk Factors: The Impact of Primary Prevention in Europe and in Italy. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* [Internet]. 2018;8(1):60–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29606955>

NICE (The National Institute for Health and Care Excellence). Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset - NICE Guideline [NG16] [Internet]. 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16>

Petersen RC. Practice guideline update: Mild cognitive impairment [Internet]. 2017. Available from: <https://n.neurology.org/content/neurology/90/3/126.full.pdf>

Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable risk factors [Internet]. London; 2014. Available from: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2014.pdf>

SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Manuale di Competenze in Geriatria. In. Available from: https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-7_Valutazione-delle-performance-cognitive.pdf

SNLG - Consiglio sanitario regionale Toscana - Toscana Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale - Bavazzano Antonio. Sindrome Demenza Diagnosi e trattamento - SNLG Regioni 15 [Internet]. 2015. Available from: <https://www.regione.toscana.it/-/sindrome-demenza-diagnosi-e-trattamento-risorsa-elettronica->

Suárez-González A, Rajagopalan J, Livingston G, Alladi S. The effect of Covid-19 isolation measures on the cognition and mental health of people living with dementia: a rapid systematic review of one year of evidence. medRxiv [Internet]. 2021 Jan 1;2021.03.17.21253805. Available from: <http://medrxiv.org/content/early/2021/03/20/2021.03.17.21253805.abstract>

Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze. Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze [Internet]. 2017. Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4893_listaFile_itemName_0_file.pdf

Whitmer RA, Sidney S, Selby J, Johnston SC, Yaffe K. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology* [Internet]. 2005 Jan 25;64(2):277–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15668425>

WHO (World Health Organization). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines [Internet]. Geneva; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia>

WHO (World Health Organization). Global status report on the public health response to dementia [Internet]. Geneva; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

WHO (World Health Organization). Dementia - Fact Sheets [Internet]. [cited

2021 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

WHO (World Health Organization). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. [Internet]. Geneva; 2017. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

WHO (World Health Organization). Leading causes of death and disability - A visual summary of global and regional trends 2000-2019 [Internet]. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary>

WHO (World Health Organization). WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE) [Internet]. 2017. Available from: WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE)

WHO (World Health Organization). Healthy diet [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

WHO (World Health Organization). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916 [Internet]. Geneva; 2003. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>



Il lavoro per la realizzazione di questo prodotto
è stato finanziato con i fondi dell'Aging Project,
DIMET, Dipartimento di Eccellenza dell'Università del
Piemonte Orientale