



FONDAZIONE  
CASA DI RIPOSO PER L'ANZIANO  
DEI PISTOIAESI - PISTOIA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Inziano"

## 7° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

10 - 11 Giugno 2016

Auditorium  
Via Panconi, 14 - Pistoia

PROGRAMMA

## Alzheimer's Association Report 2014 Alzheimer's disease facts and figures

Alzheimer's Association\*

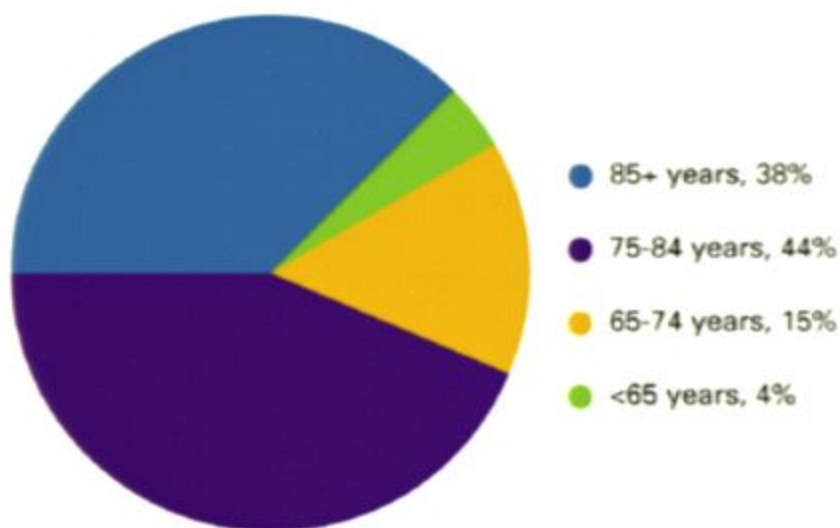


Fig. 1. Proportion of people with AD in the United States by age. Percentages may not total 100 because of rounding. Created from data from Hebert et al. [114].<sup>A3</sup>

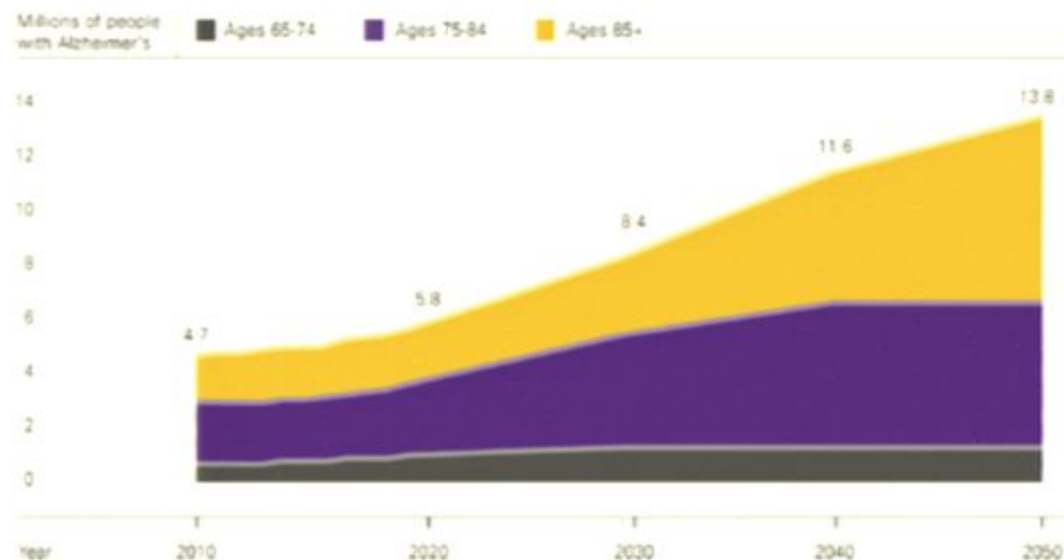


Fig. 5. The projected number of people aged 65 years or older (total and by age group) in the United States population with AD, 2010 to 2050. Created from data from Hebert et al. [114].<sup>A11</sup>

## Alzheimer's Association Report

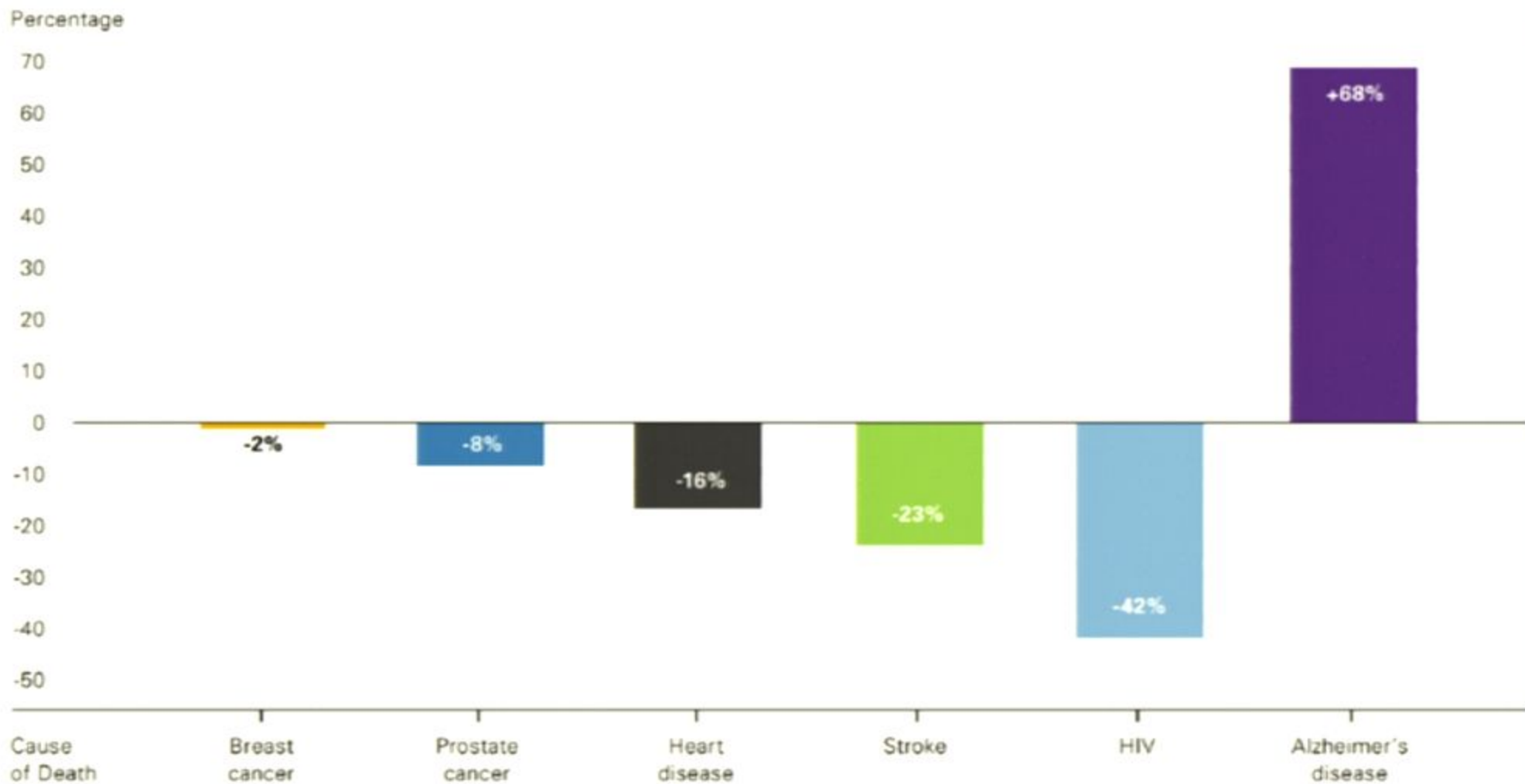


Fig. 6. Percentage changes in selected causes of death (all ages) between 2000 and 2010. Created from data from the National Center for Health Statistics [145, 158].

## Alzheimer's Association Report

Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 10 (2014) e47-e92

e63

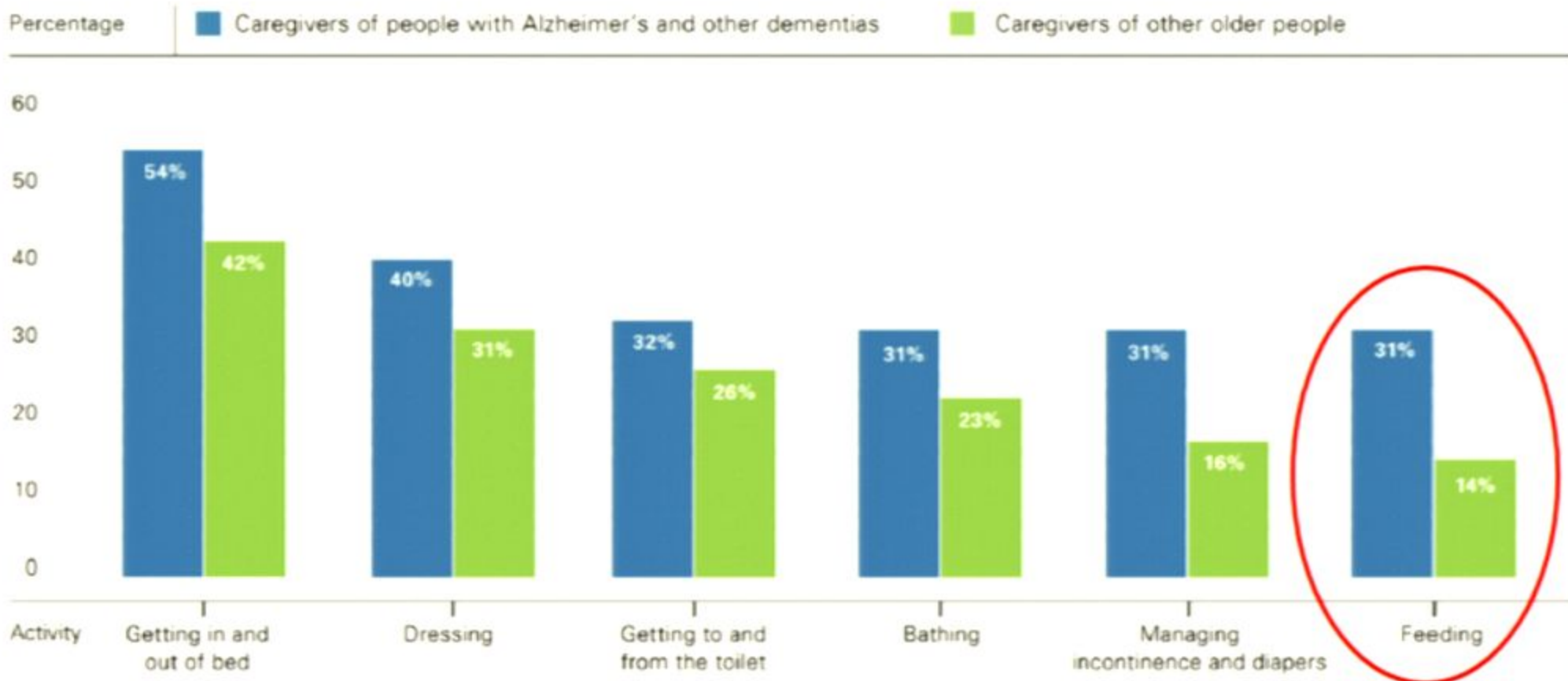
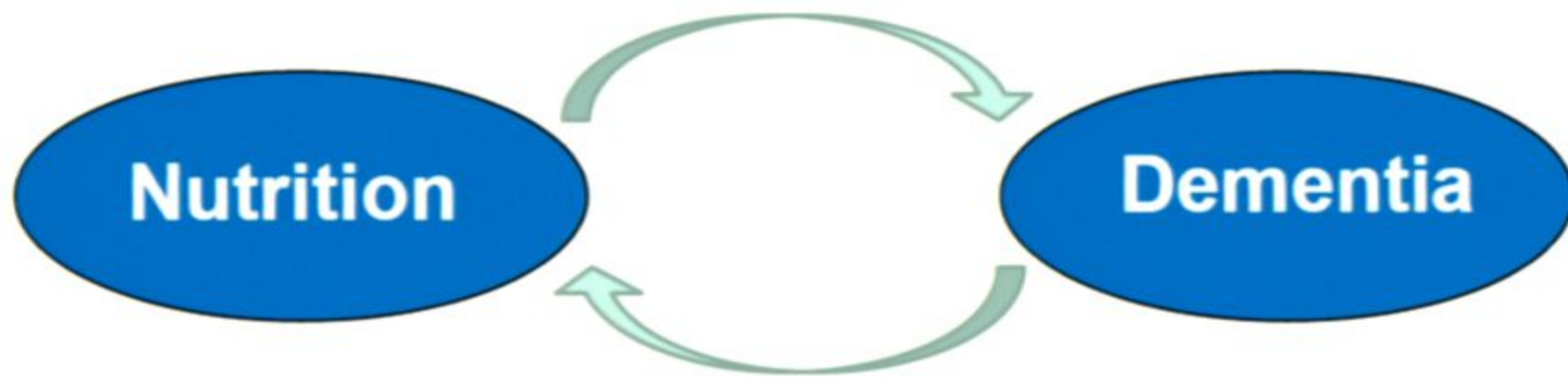


Fig. 7. Proportion of caregivers of people with AD and other dementias versus caregivers of other older people who provide help with specific activities of daily living, United States, 2009. Created from data from the National Alliance for Caregiving and AARP [178].



# Topics

- **Il calo ponderale**
- La malnutrizione, i problemi nutrizionali
- Il ruolo della nutrizione nella storia della malattia
  - Nel condizionare la prognosi
  - Nella progressione della malattia
  - L'impatto psicofisico sui famigliari/caregivers
- Il ruolo del supporto nutrizionale/le Linee Guida
- Il problema etico

# Il calo ponderale

- Reperto clinico costante (40%)
- Spesso presente prima della diagnosi
- Si aggrava nella progressione della malattia
- Patogenesi multifattoriale, complessa
  - Processi degenerativi a carico SNC
  - Atrofia in alcune zone coinvolte nel comp. alim.
  - Fattori genetici, infiammazione
  - Citochine proinfiammatorie, APOE-e4
  - Alterazioni sensoriali (olfattive)

*Grudman 1996, Venhanen 2001, Engelhart 2004, Fillit 1991, Tarkowsky 1999, Zuliani 2007*

# Il calo ponderale

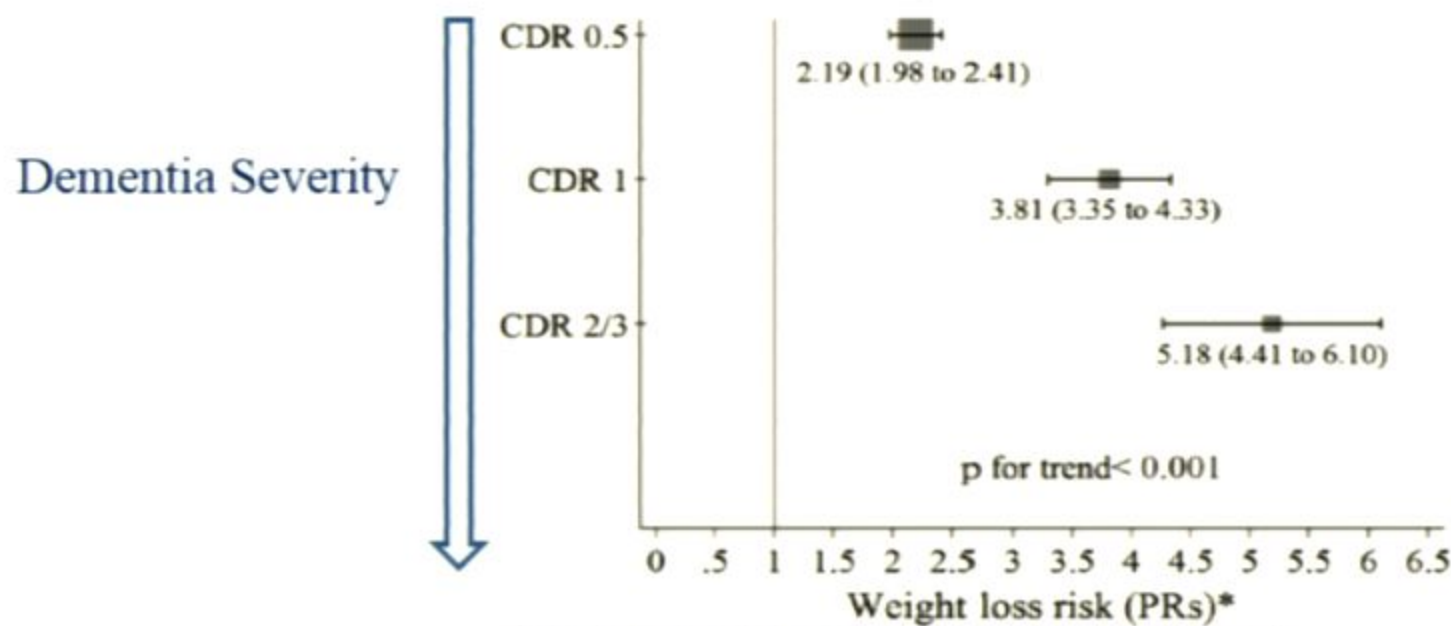
- Compromissione dello stato generale di salute
- Aumenta la frequenza e la gravità delle complicanze, specialmente infettive
- Accelera la perdita dell'indipendenza

*Guyonnet S. et al. J Nutr Health Aging 1998;2(7): 107-109*



## Dementia severity and weight loss: A comparison across eight cohorts. The 10/66 study

Emiliano Albanese<sup>a,\*</sup>, Clare Taylor<sup>b</sup>, Mario Siervo<sup>c</sup>, Robert Stewart<sup>b</sup>, Martin J. Prince<sup>b</sup>,  
Daisy Acosta<sup>d</sup>



\*Meta-analytic prevalence ratios from Poisson models - CDR= Clinical Dementia Rating scale

Fig. 1. Increase in weight loss risk by dementia severity. Pooled estimates  
Nut Clin Carrara AG



Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients<sup>1-3</sup>

*Olivier Guérin, Sandrine Andrieu, Stéphane M Schneider, Morgan Milano, Rabia Boulahssass, Patrice Brocker, and Bruno Vellas*

1. Gradual weight loss (4% or more) present in 1/3 of cohort
2. Rapid weight loss ( $\geq 5$ Kg in the first six months) observed in 10% of cohort

*Am J Clin Nutr* 2005;82:435–41.

Contents lists available at ScienceDirect

## Clinical Nutrition

journal homepage: <http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu>



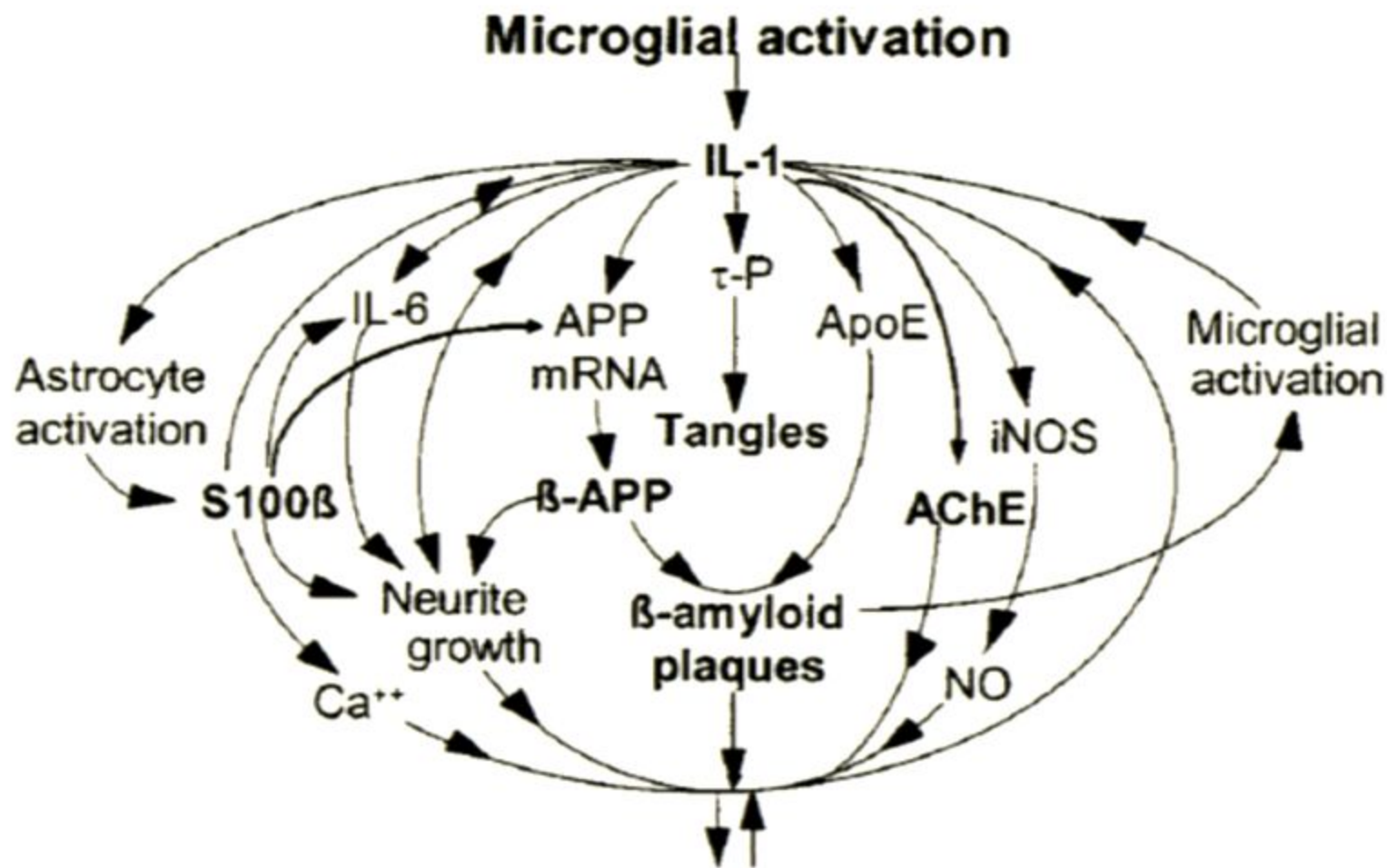
Original Article

### Characteristics of Alzheimer's disease patients with a rapid weight loss during a six-year follow-up

Olivier Guérin<sup>a,d,\*</sup>, Sandrine Andrieu<sup>b</sup>, Stéphane M. Schneider<sup>c</sup>, Frédéric Cortes<sup>a</sup>, Christelle Cantet<sup>b</sup>, Sophie Gillette-Guyonnet<sup>a</sup>, Bruno Vellas<sup>a</sup>

- 110 pts (27.8%) WL>5Kg /6months
- Intercurrent illness, Hospitalization, environmental changes, medical interventions
- Inflammation (PINI)
- Behavioral disorders (BPSD) measured by Cohen-Mansfield ag. inv.

# Inflammation and neurodegenerative diseases



W Sue T Griffin Am J Clin Nutr 2006

# Topics

- Il calo ponderale
- La malnutrizione, i problemi nutrizionali
- Il ruolo della nutrizione nella storia della malattia
  - Nel condizionare la prognosi
  - Nella progressione della malattia
  - L'impatto psicofisico sui famigliari/caregivers
- Il ruolo del supporto nutrizionale/le Linee Guida
- Il problema etico

**Table 4**

Nutritional problems arising in different disease stages.

Nutritional problems	Stage of dementia
Olfactory and taste dysfunction	Preclinical and early stages
Attention deficit	Mild to moderate
Executive functions deficit (shopping, preparing food)	Mild to moderate
Impaired decision-making ability (slowdown in food choice, reduced intake)	Mild to moderate
Dyspraxia <sup>a</sup>	Moderate to severe
Agnosia <sup>b</sup>	Moderate to severe
Behavioral problems (wandering, agitation, disturbed eating behavior)	Moderate to severe
Oropharyngeal dysphagia	Moderate to severe
Refusal to eat	Severe

<sup>a</sup> Coordination disorder, loss of eating skills.

<sup>b</sup> Loss of ability to recognize objects or comprehend the meaning of objects, which means that food may not be distinguished from non-food and that eating utensils are not recognized as what they are.

*D. Volkert et al / Clinical Nutrition 34 (2015) 1052–1073*

# Disfagia



# Disfagia

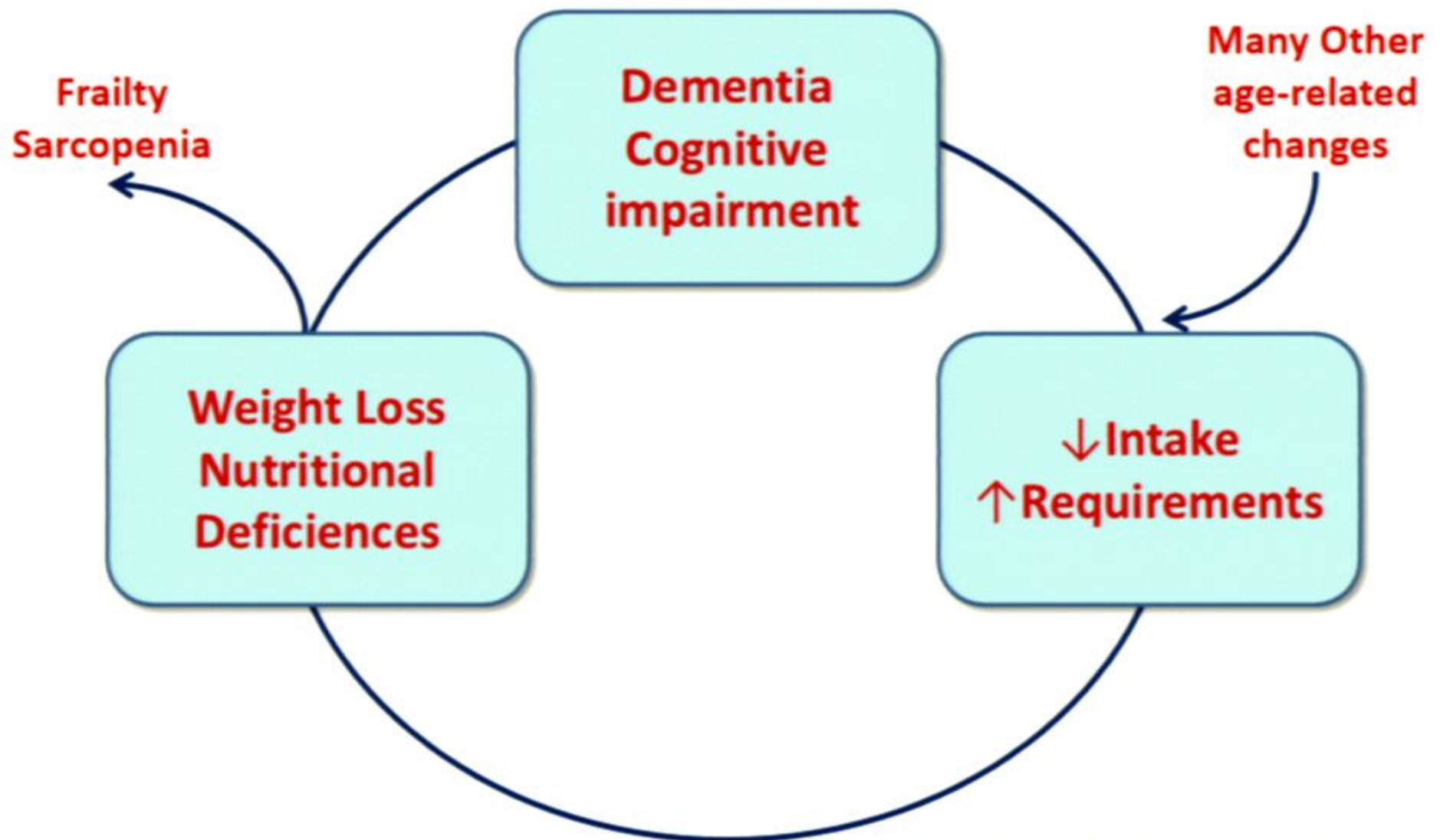




# Epidemiologia Disfagia

Patologia	Prevalenza (%)	n° affetti	Presenza di disfagia (%)	n° disfagici	Fonte dati
Demenza non Alzheimer	3,7% (età ≥ 65 anni)	44.243	<b>30%</b>	13.272	Consoli 2010
Demenza Alzheimer (DA)	4,4% (età ≥ 65 anni)	52.613	<b>32%</b> <b>84%</b>	16.836 44.195	Volicer (1989) * Horner (1994)**
Stroke	7,4 (M) 5,9% (F) (età ≥ 65 anni)	66.607	<b>4%</b>	2.664	SPREAD 2010
Parkinson	168/100.000	7.488	<b>56%</b>	4.193	Chiò (1998)
Sclerosi Multipla (SM)	70-80/100.000	3.343	<b>34%</b>	1.136	Pugliatti (2006)
SLA	5-6/100.000	245	<b>100%</b>	245	PARALS 2001
<b>Totale</b>					<b>38.346 *</b> <b>65.705 **</b>

# Vicious circle of malnutrition and dementia



# Topics

- Il calo ponderale
- La malnutrizione, i problemi nutrizionali
- Il ruolo della nutrizione nella storia della malattia
  - Nel condizionare la prognosi
  - Nella progressione della malattia
  - L'impatto psicofisico sui familiari/caregivers
- Il ruolo del supporto nutrizionale/le Linee Guida
- Il problema etico

Weuve J et al. 2014

*“Malignant and devastating condition leading invariably to dependence and death.”*

Garcia-Ptacek et al. 2014

Body-Mass Index and Mortality in Incident Dementia: A Cohort Study on 11,398 Patients From SveDem, the Swedish Dementia Registry

*“Higher BMI at the time of dementia diagnosis was associated with a reduction in mortality ...”*

Hanson LC et al. 2013

*“Weight loss is a predictor of death in advanced dementia. Treatments can often stabilize weight, but weight loss should be used to trigger discussion of goals of care and treatment options.”*



- 414 ambulatoriali con diagnosi AD, follow up di 4 anni
- > 4% di calo ponderale /1 anno
- Rapido declino cognitivo (>3 punti MMSE) rispetto ai soggetti normopeso

**Weight Loss and Rapid Cognitive Decline in Community-Dwelling Patients with Alzheimer Disease**

**Soto ME et Al. JAD 2012;28:647-654**

# Impatto sul(i) Caregiver(s)

- Spesso anziano coniuge
- Preparazione dei pasti
- Tempo speso nel pasto
- Adeguatezza del cibo (disfagia, efficacia)
- Ripercussioni dello stress emotivo dei CG sullo stato nutrizionale del malato

*Volkert D et al. Clin Nut 2015*

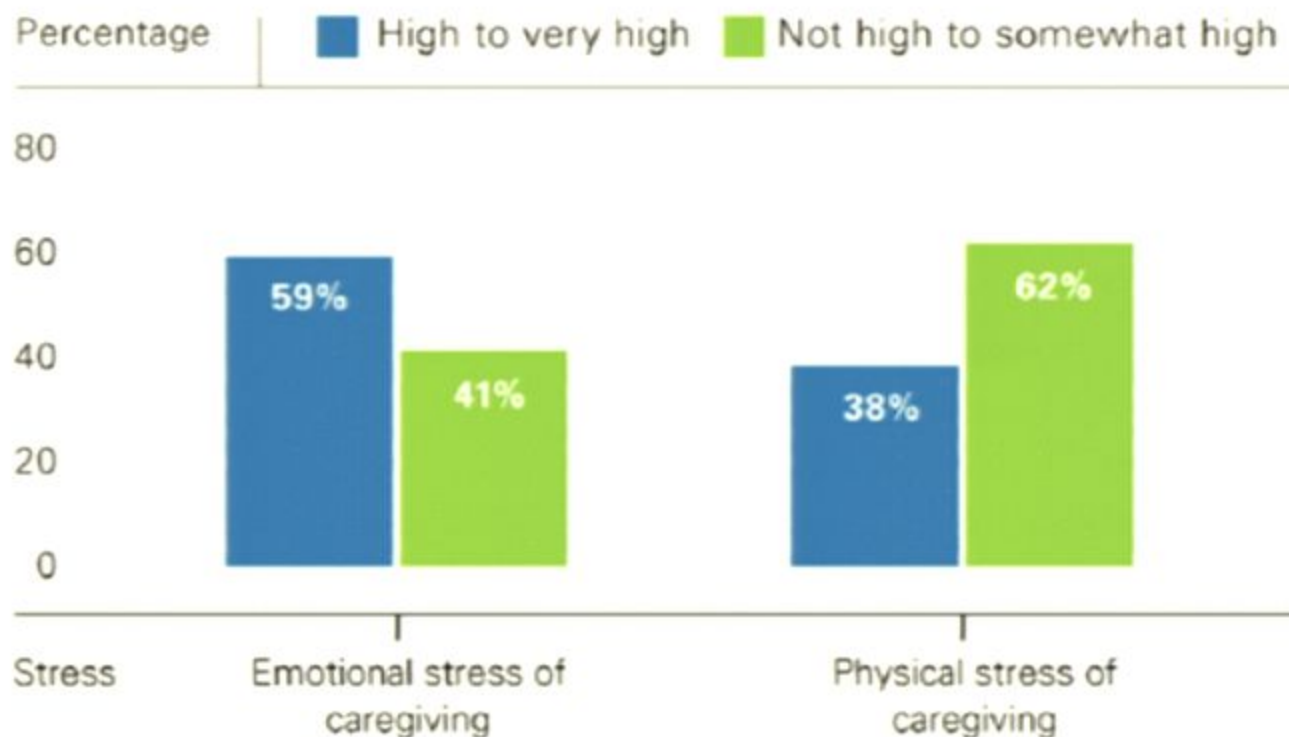


Fig. 9. Proportion of AD and dementia caregivers who report high or very high emotional and physical stress due to caregiving. Created from data from the Alzheimer's Association.<sup>A17</sup>

*Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 10 (2014) e47-e92*

# Impatto sul(i) Caregiver(s)

- Spesso anziano coniuge
- Preparazione dei pasti
- Tempo speso nel pasto
- Adeguatezza del cibo (disfagia, efficacia)
- Ripercussioni dello stress emotivo dei CG sullo stato nutrizionale del malato

*Volkert D et al. Clin Nut 2015*



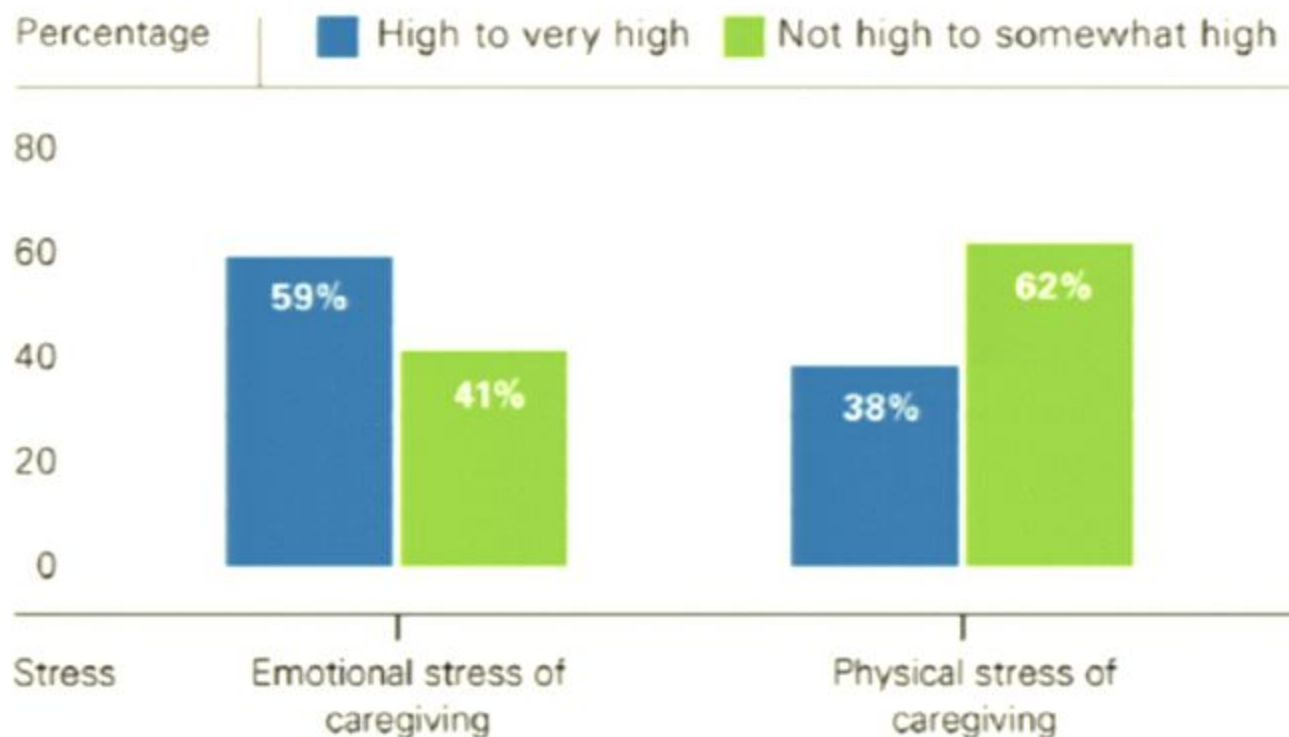


Fig. 9. Proportion of AD and dementia caregivers who report high or very high emotional and physical stress due to caregiving. Created from data from the Alzheimer's Association.<sup>A17</sup>

*Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 10 (2014) e47-e92*

# Topics

- Il calo ponderale
- La malnutrizione, i problemi nutrizionali
- Il ruolo della nutrizione nella storia della malattia
  - Nel condizionare la prognosi
  - Nella progressione della malattia
  - L'impatto psicofisico sui famigliari/caregivers
- Il ruolo del supporto nutrizionale/Le Linee Guida
- Il problema etico



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

# Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/cinu>

e-SPEN guideline

## ESPEN guidelines on nutrition in dementia

Dorothee Volkert <sup>a,\*</sup>, Michael Chourdakis <sup>b</sup>, Gerd Faxen-Irving <sup>c</sup>, Thomas Frühwald <sup>d</sup>,  
 Francesco Landi <sup>e</sup>, Merja H. Suominen <sup>f</sup>, Maurits Vandewoude <sup>g</sup>, Rainer Wirth <sup>a,h</sup>,  
 Stéphane M. Schneider <sup>i</sup>

**Table 1**

Grades of evidence [3].

Level	Definitions of evidence
High	Further research is unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.
Very low	Any estimate of effect is very uncertain.

**Table 2**

Strength of recommendation.

Strength of recommendation	
Strong	We recommend/do not recommend
Weak	We suggest/do not suggest

# Screening & assessment

- Ogni persona affetta da AD dovrebbe essere sottoposta a screening per la valutazione dello stato nutrizionale.
- Se positivo deve essere eseguita una valutazione completa dello stato nutrizionale da parte di un medico esperto in nutrizione clinica. (*assessment*)

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

# NUTRITIONAL SCREENING

## Dove?



AIFA - Ministero della Salute

Nut Clin Carrara AG

# NUTRITIONAL SCREENING

## Quando?

- Alla diagnosi di AD
- Ad intervalli regolari se rischio = 0 (3 mesi)
- Ogni mese se già malnutrito o se esiste rischio (ridotto introito alimentare, disfagia, calo ponderale)

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

# NUTRITIONAL SCREENING

## Come?

- Antropometria, BMI, calo ponderale/tempo
- MNA-SF
- Introito alimentare
- Appetito e comportamenti alimentari
- Catabolismo

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

# MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT - Short Form

Screening					DATA		
1) Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)		0 Grave riduzione dell'assunzione di cibo	1 Moderata riduzione dell'assunzione di cibo	2 Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo			
2) Perdita di peso recente (<3 mesi)		0 perdita di peso >3 kg	1 non sa	2 perdita di peso tra 1 e 3 kg	3 nessuna perdita di peso		
3) Motricità		0 dal letto alla poltrona	1 autonomo a domicilio	2 esce di casa			
4) Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?		0 SI		2 NO			
5) Problemi neuropsicologici		0 demenza o depressione grave		1 demenza moderata	2 nessun problema psicologico		
6) Indice di massa corporea (BMI = _____) BMI= peso / altezza <sup>2</sup> [Kg ...../m..... <sup>2</sup> ])		0 BMI <19	1 19 ≤ BMI < 21	2 21 ≤ BMI < 23	3 BMI ≥ 23		

Se il BMI non è disponibile, sostituire la domanda 6 con la domanda 7.

Non rispondere alla domanda 7 se la domanda 6 è già stata completata.

7) Circonferenza del polpaccio (CP in cm)		0 CP inferiore a 31	3 CP 31 o superiore			
Punteggio: 12 - 14=ben nutrito, 8 - 11 = a rischio, 0 - 7= malnutrito				TOTALE (max 14 punti)		



# Problemi specifici di alimentazione e di comportamento



- Aversive Feeding Behavior Inventory (AFBI)
- The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire (EdFED-Q)
- The Eating Behavior Scale (EBS)

Elderly demented patients often eat enough for their diminished energy requirements

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

# Problemi specifici di alimentazione e di comportamento

**Table 6**

Possible interventions to support adequate food intake.

Disease stage	Problem	Possible support
Early stages	Difficulties in shopping, preparing meals and/or eating regularly	<ul style="list-style-type: none"><li>• Help with shopping</li><li>• Domestic help</li><li>• Meals on wheels</li><li>• Person who is present at mealtimes</li></ul>
	Forgetting to eat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Supervision during meals</li><li>• Verbal prompting, encouragement</li></ul>
	Decreasing ability to remember eating, to recognize food and to eat independently	<ul style="list-style-type: none"><li>• Feeding assistance</li><li>• Increased time spent by nurses during feeding</li><li>• Energy-dense meals</li></ul>
Advanced stages	Behavioral problems, wandering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emotional support</li><li>• Specific behavioral and communication strategies</li></ul>
	Dysphagia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Texture modification</li></ul>

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

## a) Supplementi per os (ONS)

**11. We recommend the use of ONS to improve nutritional status.** (Grade of evidence: **high**)

**14. We do not recommend any other nutritional product for persons with dementia to correct cognitive impairment or prevent further cognitive decline.** (Grade of evidence: **very low**)

- **B1, B6, B12, Acido Folico**
- **Vit E, Selenio,**
- **Vit D**
- **Acidi Grassi  $\Omega-3$**
- **Evitare restrizioni dietetiche**

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

## **b) Nutrizione Artificiale (TF/PN)**

**15. We recommend that each decision for or against artificial nutrition and hydration for patients with dementia is made on an individual basis with respect to general prognosis and patients' preferences. (Grade of evidence: very low)**

**17. We recommend against the initiation of tube feeding in patients with severe dementia. (Grade of evidence: high)**

**18. We suggest parenteral nutrition as an alternative if there is an indication for artificial nutrition, as described in recommendation 16, but tube feeding is contraindicated or not tolerated. (Grade of evidence: very low)**

*ESPEN guidelines on nutrition in dementia Clin Nutr 2015;34:1052-1073*

# Nutrizione Artificiale

## NO

- ✓ Indicazioni incerte
- ✓ Probabili effetti avversi
- ✓ Peggioramento QoL
- ✓ Mancanza di personale dedicato ed esperto
- ✓ Percorsi assistenziali non collaudati

## SI

- ✓ Indicazioni appropriate
- ✓ Recupero massa magra
- ✓ Miglioramento QoL
- ✓ Unità Operativa Dedicata
- ✓ Esperienza operatori
- ✓ Percorsi assistenziali definiti e collaudati

# Topics

- Il calo ponderale
- La malnutrizione, i problemi nutrizionali
- Il ruolo della nutrizione nella storia della malattia
  - Nel condizionare la prognosi
  - Nella progressione della malattia
  - L'impatto psicofisico sui famigliari/caregivers
- Il ruolo del supporto nutrizionale/ Le Linee Guida
- Il problema etico

# How are Treatment Decisions Made about Artificial Nutrition for Individuals at Risk of Lacking Capacity? A Systematic Literature Review

Gemma Clarke<sup>1\*</sup>, Katy Harrison<sup>2</sup>, Anthony Holland<sup>3</sup>, Isla Kuhn<sup>4</sup>, Stephen Barclay<sup>5</sup>

*“... there are now many more people living longer with neurological disorders, such as dementia, ...many of these individuals have **feeding difficulties** and may require **artificial nutrition.**”*



**Le generazioni invecchiano e i problemi sociali aumentano.  
Scopriamo gli strumenti giusti per affrontarli:  
l'Amministrazione di sostegno in implementazione ad  
interdizione ed inabilitazione.**

**GUIDA BREVE  
ALLA  
AMMINISTRAZIONE DI  
SOSTEGNO**





Il legislatore italiano, dopo un lungo *iter*, con la **legge n.6 del 9 gennaio 2004** ha introdotto nel codice civile (titolo XII) la tanto attesa disciplina delle misure di protezione dei soggetti privi, in tutto o in parte, di autonomia, prevedendo la figura dell'Amministrazione di Sostegno.

Si tratta di un nuovo istituto concepito per aiutare chi convive con una disabilità psichica, fisica, o con entrambe, finalizzato a permettergli la piena realizzazione dei diritti di integrazione sociale garantiti dalla Costituzione.



## CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

18 Maggio 2014

### Art. 16

#### **Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati**

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

# How are Treatment Decisions Made about Artificial Nutrition for Individuals at Risk of Lacking Capacity? A Systematic Literature Review

Gemma Clarke<sup>1\*</sup>, Katy Harrison<sup>2</sup>, Anthony Holland<sup>3</sup>, Isla Kuhn<sup>4</sup>, Stephen Barclay<sup>5</sup>

**“Clinical indications start the decision-making process** for artificial nutrition but are rarely adequate to make **the final decision**. Emotional, social and ethical factors should always be considered when making decisions about artificial nutrition.”

# How are Treatment Decisions Made about Artificial Nutrition for Individuals at Risk of Lacking Capacity? A Systematic Literature Review

Gemma Clarke<sup>1\*</sup>, Katy Harrison<sup>2</sup>, Anthony Holland<sup>3</sup>, Isla Kuhn<sup>4</sup>, Stephen Barclay<sup>5</sup>

“**Clinical indications start the decision-making process** for artificial nutrition but are rarely adequate to make **the final decision**. Emotional, social and ethical factors should always be considered when making decisions about artificial nutrition.”

“The most important non-clinical decision-making factor worldwide **was quality of life**. This should be of **central consideration to all decisions made**. It may involve balancing potential risks, such as choking, with benefits, such as enjoying mealtimes.”



***Grazie per l'attenzione...***