

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

2° Convegno

**Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA)
nell'assistenza dei pazienti con demenza**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 25 settembre 2008

RIASSUNTI

A cura di
Paola Ruggeri e Nicola Vanacore

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
08/C6

Istituto Superiore di Sanità

2° Convegno. Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 25 settembre 2008. Riassunti.

A cura di Paola Ruggeri e Nicola Vanacore

2008, vi, 90 p. ISTISAN Congressi 08/C6

La questione delle demenze sta assumendo una rilevanza sempre maggiore in termini di sanità pubblica sia per la dimensione del problema che per l'impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. In Italia si stimano circa 1.000.000 di casi con demenza e 3.000.000 di familiari coinvolti nell'assistenza. Tale cifra probabilmente raddoppierà nei prossimi trent'anni. Medici (neurologi, geriatri, psichiatri, Medici di Medicina Generale), psicologi, riabilitatori e assistenti sociali sono professionalmente coinvolti nell'assistenza dei pazienti con demenza. Le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) rappresentano nel Servizio Sanitario Nazionale i centri clinici di riferimento nella gestione dei pazienti affetti da demenza. L'obiettivo di questo convegno è quello di fornire un quadro nazionale sul livello delle attività di ricerca e dell'assistenza socio-sanitaria fornite da queste strutture specialistiche e di promuovere una gestione integrata delle diverse competenze.

Parole chiave: Demenza, Malattia di Alzheimer, Gestione integrata, Farmaci, Trattamento non farmacologico

Istituto Superiore di Sanità

2nd Congress. The impact of Alzheimer Disease Units in the management of patients affected by dementia. Istituto Superiore di Sanità. Rome, September 25, 2008. Abstract book.

Edited by Paola Ruggeri and Nicola Vanacore

2008, vi, 90 p. ISTISAN Congressi 08/C6 (in Italian)

The issue of dementia is assuming a relevance in term of public health and for dimension of the problem and for the impact for the health systems. In Italy, it estimates that there are about 1.000.000 cases with dementia and 3.000.000 familiars involved in the assistance. This number probably will be at least double in the next thirty years. Physicians (neurologists, psychiatrists, geriatricians, general practitioner), psychologists, rehabilitationists and socio-health assistants are professionally involved in the management of patients affected by dementia. The Alzheimer's Disease Units are the specialistic centre in the National Health System involved in the management of patients affected by dementia. The aim of convention is that to supply a national picture on research activity and socio-health assistance from this specialistic clinical centre and to promote an integrated management of different competences.

Key words: Dementia, Alzheimer'disease, Integrated management, Drugs, Non-pharmacological treatment

Per informazioni su questo documento scrivere a: paola.ruggeri@iss.it

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2008 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	vi
Prima sessione	
Epidemiologia dei disturbi cognitivi	1
Seconda sessione	
Strumenti per l'identificazione e il monitoraggio della patologia	7
Terza sessione	
Approccio terapeutico con i farmaci	15
Quarta sessione	
Approccio terapeutico non-farmacologico	23
Quinta sessione	
Gestione integrata	29
Poster	37
Indice degli autori	87

PROGRAMMA

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.00 Saluto di benvenuto
Enrico Garaci

9.10 Presentazione del Convegno
Roberto Raschetti

Prima sessione

EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI COGNITIVI

Coordinatore: Nicola Vanacore

9.20 *Diagnosi differenziale delle diverse forme di demenza
dal punto di vista neuropsicologico*
Guido Gainotti

10.00 *Indicatori legati alla prevenzione delle demenze estrapolati
dal sistema di sorveglianza sulla salute e qualità della vita nella terza età
"PASSI d'argento" - Studio pilota sul distretto di Orvieto*
Marco Cristofori

10.15 *Epidemiologia della demenza nel territorio della provincia di Pavia.
I centri UVA presenti sul territorio fanno la differenza?*
Pietro Perotti

10.30 *Nuovo possibile biomarker diagnostico:
gli esteri del colesterolo nei linfomonociti periferici*
Paolo Francesco Putzu

Seconda sessione

STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA

Coordinatore: Rabih Chattat

10.45 *Strumenti clinici e neuropsicologici utilizzati per monitorare
la storia naturale di malattia*
Patrizia Mecocci

- 11.15 *Ruolo della Unità di Valutazione Alzheimer nel Mild Cognitive Impairment. Identificazione dei predittori clinici di demenza*
Enrico Mossello
- 11.30 *Contributo della ricerca alla caratterizzazione dei pazienti con demenza sul territorio*
Annamaria Confaloni
- 11.45 *Depressione e qualità della vita in pazienti affetti da demenza in fase lieve*
Angelo Bianchetti

Terza sessione

APPROCCIO TERAPEUTICO CON I FARMACI

Coordinatore: Giuseppe Bruno

- 12.00 *Review sul tema dei trattamenti farmacologici utilizzati per i disturbi cognitivi, psicotici e comportamentali dei pazienti affetti da demenza*
Francesca Clerici
- 12.30 *Pattern prescrittivo dei farmaci antipsicotici nella popolazione generale italiana: focus sulla demenza negli anni 2000-2005*
Gianluca Trifirò
- 12.45 *Studio osservazionale (monitoraggio) sull'uso dei farmaci antipsicotici nel trattamento dei Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*
Annalisa Capuano
- 13.00 *Efficacia degli SSRI sulle funzioni cognitive nei pazienti affetti da Demenza di Alzheimer trattati con inibitori delle colinesterasi*
Luca Rozzini
- 13.15 Pranzo e discussione poster

Quarta sessione

APPROCCIO TERAPEUTICO NON-FARMACOLOGICO

Coordinatore: Roberto Raschetti

- 14.45 *Sintesi su quali trattamenti non farmacologici vengono comunemente adottati nel trattamento della demenza*
Stefano F. Cappa

- 15.15 *Riabilitazione cognitiva nella Malattia di Alzheimer: diversificazione degli strumenti di intervento*
Maria Pia Grassi
- 15.30 *Dementia counseling, un intervento non farmacologico nella Demenza di Alzheimer: risultati di uno studio longitudinale*
Massimo Veneziano
- 15.45 *Utilità del day care nell'assistenza ai pazienti affetti da demenza e ai loro familiari*
Mara Simoncini
- 16.00 Intervallo

Quinta sessione

GESTIONE INTEGRATA

Coordinatore: Teresa Di Fiandra

- 16.20 *Lo stato dell'arte dei servizi socio-sanitari dedicati alle demenze*
Nicola Vanacore
- 16.45 *Il caregiver - Amministratore di Sostegno: riconoscimento di un ruolo, sostegno all'opera di cura dei pazienti affetti da demenza*
Maria Paola Barbieri
- 17.00 *Programma del saggio caregiver: un intervento sui familiari dei malati di Alzheimer*
Luisa Bartorelli
- 17.15 *Comunicazione massmediale nell'Epidemia Alzheimer*
Luigi Michetti
- 17.30 Questionario di verifica
- 18.00 Chiusura del Convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract corrispondenti ai poster che verranno esposti al II Convegno "Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza". Alcuni di questi, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale.

Per comodità di consultazione gli abstract delle comunicazioni orali sono presentati nell'ordine previsto dal programma all'interno di ciascuna sessione, mentre i poster sono raccolti in fondo al volume in ordine alfabetico del primo autore.

Alla fine del lavoro è comunque incluso un indice di tutti gli autori di ogni singolo contributo.

Prima sessione
Epidemiologia dei disturbi cognitivi

Moderatori
Nicola Vanacore

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE DIVERSE FORME DI DEMENZA DAL PUNTO DI VISTA NEUROPSICOLOGICO

Gainotti Guido

Istituto di Neurologia, Università Cattolica, Policlinico Gemelli, Roma

Tutte le principali forme di demenza hanno, almeno nelle loro fasi iniziali, una precisa localizzazione lesionale. A questa diversità di lesioni anatomiche corrisponde sul piano clinico una specifica costellazione di disturbi neuropsicologici e comportamentali. Nella Malattia di Alzheimer (DAT), placche senili e degenerazione neurofibrillare si localizzano inizialmente nella corteccia entorinale e nell'ippocampo, impedendo alle informazioni provenienti dall'ambiente esterno di essere inserite nei sistemi di memoria. Per questa ragione nella DAT il *deficit* neuropsicologico di esordio è costituito da un disturbo selettivo delle funzioni di apprendimento e di memoria. Nella Demenza Vascolare (DV) da lesione dei piccoli vasi sottocorticali, le lesioni ischemiche colpiscono invece prevalentemente i nuclei grigi della base e la sostanza bianca sottocorticale, compromettendone le funzioni di attivazione a livello dei lobi frontali. In questi pazienti prevalgono, quindi il rallentamento psicomotorio e i disturbi delle funzioni esecutive. Nella Demenza Fronto Temporale (DFT) le lesioni atrofiche colpiscono soprattutto, spesso in modo asimmetrico, le porzioni anteriori e ventrali dei lobi frontali e temporali. Quando i lobi frontali sono prevalentemente colpiti, prevalgono i disturbi delle funzioni di controllo, che si esercitano a livello del sistema emozionale. Ne conseguono importanti disturbi del comportamento sociale ed emozionale. Quando sono, invece, soprattutto colpite le porzioni anteriori del lobo temporale sinistro, osserviamo gravi disturbi nella denominazione e nella conoscenza concettuale degli oggetti (Demenza Semantica).

INDICATORI LEGATI ALLA PREVENZIONE DELLE DEMENZE ESTRAPOLATI DAL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SULLA SALUTE E QUALITÀ DELLA VITA NELLA TERZA ETÀ "PASSI D'ARGENTO" - STUDIO PILOTA SUL DISTRETTO DI ORVIETO

Cristofori Marco (a), Binkin Nancy (b), Perra Alberto (b), Vanacore Nicola (b), Casaccia Vincenzo (a), Cupello Claudio (a)

(a) *Unità Operativa di Epidemiologia e Biostatistica, ASL 4, Terni*

(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. L'acronimo "PASSI d'Argento" identifica il progetto di sperimentazione di un sistema di sorveglianza sulla popolazione italiana di 65 o più anni, commissionato dal CCM alla Regione Umbria, per misurare su dati riferiti: lo stato di salute; la qualità della vita; la disponibilità e l'uso dei servizi socio-sanitari. Per i disturbi cognitivi, sono stati studiati i fattori legati all'attività fisica, alla depressione e allo stato di isolamento sociale. È stato somministrato un test per la memoria e l'orientamento temporale.

Metodi. Si è effettuata la prima indagine pilota a Orvieto mediante uno studio trasversale di prevalenza puntuale basato sulla somministrazione diretta (o tramite *proxy*) di un questionario standardizzato ad un campione random di 200 anziani non istituzionalizzati estratto dalle liste anagrafiche dell'ASL. Le aree indagate sono: abitudini di vita e isolamento sociale; sintomi di depressione; disturbi di memoria e/o di orientamento spazio temporale; ruolo delle attività socio-sanitarie di prevenzione e assistenza. L'analisi, effettuata con Epi Info vers. 3.4.3, è orientata a produrre evidenze sui fattori di rischio e sulle attività socio-assistenziali relative ad essi. Utilizzando anche indici complessi sono stati identificati sottogruppi a rischio. Le prevalenze, sono state stimate con un IC al 95%.

Risultati. Sui 200 anziani estratti, 177 (88%) hanno risposto direttamente al questionario e 23 (12%) tramite *proxy*, fra cui 16 (8%) per basso punteggio al test. Sono state rimpiazzate 21 persone (10%), hanno risposto all'intervista per telefono 35 persone (17,5%). Il 10% del campione è isolato socialmente (nell'ultima settimana non è uscito di casa; non ha avuto contatti, neanche telefonici con amici, vicini e familiari non conviventi; non ha partecipato ad incontri collettivi). Il 41% ha sofferto di solitudine e il 20% è depresso. Solamente il 40% fa attività fisica adeguata (movimento per 30 minuti al giorno per 3 giorni la settimana), il 18% inadeguato e il 42% è sedentario.

Conclusioni. Gli indicatori scelti per identificare i disturbi cognitivi hanno rilevato una prevalenza molto simile ad altri studi nazionali. Inoltre, con un sistema relativamente semplice, si è riusciti a misurare in modo soddisfacente l'intensità delle attività atte a prevenire lo stato di demenza.

EPIDEMIOLOGIA DELLA DEMENZA NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI PAVIA. I CENTRI UVA PRESENTI SUL TERRITORIO FANNO LA DIFFERENZA?

Perotti Pietro (a), Sinforiani Elena (b), Ponzio Michela (a), Panzarasa Annalisa (a), Cuzzoni Giovanni (c), Cerra Carlo (a), Iannello Giancarlo (a)

(a) Azienda Sanitaria Locale Provincia di Pavia, Pavia

(b) UVA/Laboratorio di Neuropsicologia, Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino, IRCCS, Pavia

(c) UVA, Istituto Geriatrico S. Margherita, Pavia

Introduzione. Il territorio della ASL di Pavia è suddiviso in tre aree: Pavese, Lomellina e Oltrepò. Al 31/12/2006 si contano 524.230 residenti (51,7% femmine): 39,5% nel Pavese, 33,7% in Lomellina e 26,7% in Oltrepò. Nel Pavese esistono 3 centri UVA e 10 RSA con un totale di 3 Nuclei Alzheimer (NA), in Oltrepò 2 centri UVA e 28 RSA (5 NA), in Lomellina nessun centro UVA, 38 RSA (1 NA). L'obiettivo dello studio è verificare se la differente distribuzione dei servizi modifica la stima della prevalenza di Demenza e Malattia di Alzheimer (AD) nelle tre aree territoriali.

Metodi. La popolazione osservata è rappresentata dai cittadini residenti nel 2007 nella provincia che, dal 2002, hanno avuto almeno un contatto con la rete dei servizi. I flussi informativi, estratti dal *Data Warehouse* in uso nella ASL, sono stati: Schede di Dimissione da Ospedali intra o extra-regionali e da Istituti di Riabilitazione (SDO), Schede di Osservazione Intermedia Assistenza (SOSIA) da Residenze Sanitarie Assistenziali, esenzioni e prestazioni ambulatoriali specialistiche. I casi sono selezionati attraverso il codice ICD9 e i codici "esenzioni per demenza o AD".

Risultati preliminari. Di 5.640 soggetti (5.000 \geq 65 anni), 1.757 (31,15%) presentano una diagnosi di AD e 3.883 di altre demenze. La prevalenza di tutte le forme di demenza, ogni 100 residenti con età \geq 65 anni, è più elevata nell'Oltrepò (4,34, IC 95% 4,13-4,54) rispetto a Lomellina (4,08, IC 95% 3,89-4,27) e Pavese (4,01, IC 95% 3,82-4,19), $p=0,047$. La prevalenza di AD è risultata invece più elevata nel Pavese (1,59, IC 95% 1,47-1,71) rispetto a Oltrepò (1,33, IC 95% 1,22-1,45) e Lomellina (1,21, IC 95% 1,10-1,31), $p<0,001$.

Conclusioni. La prevalenza più elevata di AD osservata nel Pavese potrebbe essere imputabile alla presenza di un numero maggiore di centri UVA. Le stime potrebbero essere distorte da una differente composizione della popolazione nelle tre aree, da considerare nelle analisi future. Al fine di migliorare qualitativamente e quantitativamente la diagnosi di demenza, l'ASL di Pavia sta valutando la possibilità di coinvolgere le 76 RSA, distribuite in modo capillare sul territorio, affinché possano strutturarsi come centri di *screening* per le demenze sulla popolazione generale con successivo invio dei casi sospetti di AD ai centri UVA.

NUOVO POSSIBILE BIOMARKER DIAGNOSTICO: GLI ESTERI DEL COLESTEROLO NEI LINFOMONOCITI PERIFERICI

Putzu Paolo Francesco (a), Zaru Cristina (a), Palmas Manuela (a), Pani Alessandra (b), Abete Claudia (b), Dessì Sandra (b)

(a) Centro Alzheimer Unità Operativa di Geriatria, ASL 8, Cagliari

(b) Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università degli Studi, Cagliari

Introduzione. I biomarkers diagnostici nell'AD devono soddisfare i criteri di sensibilità, riproducibilità, economicità, non invasività, facilità di esecuzione. Traendo spunto dalla controversa relazione tra AD e metabolismo del colesterolo, nonché dalla quotidiana esperienza di scarso riscontro di ipercolesterolemie, abbiamo misurato il contenuto di lipidi neutri nei linfomonociti periferici e l'assetto lipidico in 80 pazienti affetti da AD probabile confrontando i dati con persone cognitivamente sane. Il nostro scopo è stato quello di valutare se le stesse alterazioni del metabolismo lipidico, descritte dall'anatomia patologica, fossero presenti anche in cellule periferiche ottenibili con un semplice prelievo e se potessero rappresentare un potenziale marker diagnostico.

Metodi. Il campione studiato è composto da 80 pazienti con diagnosi di AD probabile (età media 77,03) e da 40 controlli senza deficit cognitivi. Per la diagnosi sono stati utilizzati i criteri e l'iter diagnostico internazionale mentre i controlli sani sono stati sottoposti ad una accurata anamnesi, al MMSE ed al Test dell'orologio. Sono stati esclusi gli affetti da patologie acute e croniche o coloro che assumevano farmaci interferenti con il colesterolo. Il plasma ed i linfomonociti sono stati isolati nelle due popolazioni. I lipidi neutri sono stati evidenziati con il colorante Oil Red O (ORO) in grado di legare gli esteri del colesterolo e trigliceridi intracellulari. I valori ottenuti con l'ORO vengono espressi in base all'intensità crescente del colore rosso in 5 classi da 0 a 4. I livelli plasmatici di colesterolo totale, HDL e trigliceridi sono stati misurati con procedure colorimetriche enzimatiche di routine.

Risultati. I livelli di HDL-C (statisticamente significativo) e colesterolo totale (non statisticamente significativo) sono più bassi negli AD rispetto ai sani. Nei linfomonociti il colorante ORO è nettamente inferiore nei sani rispetto ai dementi. Se analizzati individualmente i linfomonociti-AD (80%) hanno un ORO compreso tra 2-4, mentre nei linfomonociti-sani (85%) è compreso tra 0-1. I dati sono stati analizzati con il Teorema di Bayes che conferma come uno score all'ORO 3-4 determina una probabilità del 99% di conferma diagnostica di probabile AD. Viceversa un soggetto con score ORO da 0 a 2 ha il 98% di probabilità di non essere AD.

Conclusioni. La colorazione ORO per gli esteri del colesterolo nei linfomonociti periferici si è dimostrato un biomarcatore sensibile nell'individuare i soggetti affetti da AD probabile, soddisfacendo i criteri di facilità di esecuzione, riproducibilità ed economicità. Inoltre stimola interessanti interpretazioni patogenetiche e terapeutiche, non ultima la verosimile inutilità delle terapie ipocolesterolemizzanti.

Seconda sessione
Strumenti per l'identificazione
e il monitoraggio della patologia

Coordinatore
Rabih Chattat

STRUMENTI CLINICI E NEUROPSICOLOGICI UTILIZZATI PER MONITORARE LA STORIA NATURALE DI MALATTIA

Mecocci Patrizia

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi, Perugia

Più di qualsiasi altra malattia, la storia naturale della Demenza di Alzheimer è multiforme, in quanto è prima di tutto storia clinica del soggetto malato, enormemente influenzata dal vissuto e dalle condizioni cliniche e sociali generali del singolo individuo. Ogni tentativo di studiare e descrivere, spiegando in poche righe la storia clinica della malattia e generalizzando dei codici di comportamento gestionale e terapeutico, da sempre è risultato estremamente difficile. In questa prospettiva, la unicità del soggetto malato impone una valutazione specialistica accurata e personalizzata in grado di guidare al trattamento farmacologico e non. La diffusione capillare delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), grazie al Progetto CRONOS dal 2000 in poi, ha promosso in Italia una maggiore cultura della malattia e delle sue terapie. Le UVA, attraverso una maggior conoscenza degli strumenti clinici e neuropsicologici, sono riuscite, infatti, a realizzare omogeneamente in questi anni diversi obiettivi, tra cui un accrescimento complessivo delle competenze diagnostiche, con un'anticipazione della stessa diagnosi, e un miglioramento delle capacità terapeutiche e assistenziali di un numero sempre più vasto di soggetti malati di demenza. Allo stesso tempo, la necessità di valutazioni su larga scala, frequentemente con mezzi e tempi insufficienti, ha evidenziato le lacune di batterie neuropsicologiche, spesso inadatte per lunghezza, scarsa adeguatezza al livello socio-culturale delle diverse realtà (innegabile la enorme distanza culturale riscontrata tra ambulatori con bacini di utenza prevalentemente cittadina e quelli a carattere prevalentemente rurale) e alla incapacità di cogliere differenze (anche clinicamente significative) nelle valutazioni longitudinali, sollecitando quindi la necessità di ricerca di nuovi test veloci e sensibili sia nello *screening* sia nel monitoraggio della storia della malattia. Reale è, inoltre, la problematica dei *cut-off* delle principali testistiche utilizzate, normalizzati su una popolazione ormai non più assimilabile alla attuale generazione di anziani afferenti alle UVA.

Importante ai fini della progressione e del monitoraggio della malattia è anche l'attenzione alla comorbilità e conseguente polifarmacoterapia dell'individuo malato: il maggior interessamento ai soggetti con demenza ha indubbiamente aumentato la sensibilità diagnostica portando in luce numerose condizioni di comorbilità, con conseguente necessità di nuovi trattamenti coesistenti, sottovalutando spesso, per mancanza di dati e/o di esperienza, le potenziali interazioni pericolose e l'azione, spesso misconosciuta, di alcuni farmaci di peggiorare lo stato cognitivo del soggetto.

Nel 2007 c'è stata la pubblicazione di nuove linee guida per la diagnosi precoce della Malattia di Alzheimer, che hanno individuato in alcune metodiche di neuroimaging e di laboratorio potenziali indici di riconoscimento della malattia in uno stadio ancora non di demenza conclamata. Pur avendo il merito di aver aggiornato e proposto prospettive nuove e più affidabili di diagnosi, tali linee guida hanno creato un dibattito su questioni pratiche e

morali. Oltre, infatti, alle argomentazioni etiche legate alla comunicazione di una diagnosi di demenza in un soggetto ancora in piene facoltà mentali, se tali metodiche per la diagnosi di Malattia di Alzheimer senza demenza diventeranno a breve disponibili in molti centri clinici, si potrebbero originare una serie di problematiche tra cui il rischio concreto di creare discriminazione tra i diversi centri in base alla disponibilità di tecnologie, in grado di dare le risposte che vengono richieste dai criteri diagnostici.

Alla luce dell'esperienza delle UVA, la migliore metodica per monitorare la reale storia naturale della malattia è rappresentata dalla possibilità di raccogliere i dati di valutazioni cliniche accurate e incentrate sulla "cura globale" della persona malata, senza tralasciare il confronto con il *caregiver* e il suo sostegno, non limitate al solo momento diagnostico iniziale, ma protratte il più a lungo possibile (anche oltre la tempistica del monitoraggio del trattamento anticolinesterasico o antipsicotico), attraverso i molteplici strumenti della valutazione clinica tradizionale (anamnesi, esame obiettivo), multidimensionale e neuropsicologica.

RUOLO DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER NEL *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*. IDENTIFICAZIONE DEI PREDITTORI CLINICI DI DEMENZA

Mossello Enrico (a), Mello Anna Maria (a), Gullo Massimiliano (a), Ballini Elena (a), Bencini Francesca (b), Caleri Veronica (b), Tonon Elisabetta (b), Cantini Claudia (b), Simoni David (a), Cavallini Maria Chiara (a), Marini Monica (b), Romani Monica (b), Boncinelli Marta (a), Tassinari Irene (a), Masotti Giulio (a), Biagini Carlo Adriano (b), Marchionni Niccolò (a)

(a) *Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze*

(b) *Unità Operativa Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia*

Introduzione. Tra gli indicatori di rischio di sviluppo di demenza in corso di *Mild Cognitive Impairment* (MCI), è noto il ruolo delle indagini neuroradiologiche e liquorali, ma anche di parametri clinici, in particolare neuropsicologici. Meno noto è invece il significato prognostico delle pur frequenti alterazioni psico-affettive. Il presente studio longitudinale ha esaminato il ruolo della valutazione psico-affettiva, associata a quella neuropsicologica, nel predire lo sviluppo di demenza in un campione di anziani con MCI seguiti da due UVA geriatriche.

Metodi. Nella presente analisi longitudinale retrospettiva, sono stati inclusi pazienti con diagnosi di MCI, osservati dal 2000 al 2006, con almeno un *follow-up* compreso tra 9 e 24 mesi. Di tali pazienti sono stati valutati: il livello cognitivo globale (*Mini Mental State Examination* - MMSE), il profilo neuropsicologico, la disabilità, lo stato psico-affettivo (*Geriatric Depression Scale e Neuropsychiatric Inventory* - NPI), il supporto sociale, la comorbilità.

Risultati. Sono stati inclusi nella presente analisi 128 soggetti (66% di sesso femminile), con età media 77 ± 1 anni e punteggio medio al MMSE $26,0\pm 0,2$. Dopo un *follow-up* medio di 15 mesi il 42% dei soggetti ha sviluppato una demenza (*Converter* - C). Alla valutazione iniziale, i soggetti C mostravano, rispetto a quelli che non avevano sviluppato demenza (*Non Converter* - NC), punteggi significativamente inferiori alla rievocazione immediata delle 15 parole di Rey, al Test di memoria di prosa, al Test delle Matrici attenzionali e alla prova di fluenza verbale su stimolo semantico. I soggetti C totalizzavano inoltre un punteggio maggiore nell'*item* ansia della NPI (C $2,3\pm 0,3$ vs NC $0,9\pm 0,2$, $p < 0,001$). In un modello di regressione logistica sono risultati indipendentemente associati al rischio di demenza maggiori livelli di ansia ed una peggior *performance* al test delle 15 parole di Rey e delle Matrici attenzionali.

Conclusioni. La presenza di ansia, oltre all'entità del *deficit* menisco ed attenzionale, risulta indipendentemente associata al rischio di sviluppare demenza in anziani con MCI. In questi pazienti, un'accurata valutazione neuropsicologica e psico-affettiva da parte della UVA può quindi avere un'utilità prognostica, anche per identificare i soggetti da sottoporre eventualmente a più raffinate indagini strumentali.

CONTRIBUTO DELLA RICERCA ALLA CARATTERIZZAZIONE DEI PAZIENTI CON DEMENZA SUL TERRITORIO

Confaloni Annamaria (a), Piscopo Paola (a), Talarico Giuseppina (b), Spadoni Ornella (a), Malvezzi Campeggi Lorenzo (a), Gasparini Marina (b), Civita di Fava Rita (a), Carletti Valentina (a), Barbati Saviana (a), Iazzeolla Maria Vittoira (a), Crestini Alessio (a), Rivabene Roberto (a), Vanacore Nicola (c), Bruno Giuseppe (b)

(a) *Dipartimento Biologia Cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Clinica della Memoria, Dipartimento Scienze Neurologiche, Università degli Studi La Sapienza, Roma*

(c) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

È stato condotto uno studio su una coorte di soggetti provenienti dal Lazio, per l'individuazione di possibili marcatori genetici, utili per la diagnosi di Alzheimer (MA), sia di tipo Familiare (FAD), che di tipo Sporadico (SAD). Per lo svolgimento dello studio, sono stati arruolati 100 soggetti affetti da Alzheimer probabile, provenienti da una UVA della II cattedra di Neurologia della Sapienza (Prof. Giuseppe Bruno), per i quali è stato predisposto un modello di consenso informato per effettuare il prelievo ematico, previa autorizzazione del Comitato Etico dell'Università. Sono stati inoltre reclutati 100 soggetti neurologicamente sani rappresentativi delle fasce di età dei pazienti, con la funzione di gruppo di controllo. L'analisi genetica si è incentrata sulla ricerca di eventuali mutazioni nei geni che risultano essere coinvolti nella forma familiare della MA: APP (*Amyloid Precursor Protein*), PSEN1 (Presenilin 1), PSEN2 (Presenilin 2). Inoltre, si è verificata la presenza di mutazioni e polimorfismi nei geni codificanti per alcune proteine coinvolte nel complesso della Gamma-secretasi, quali la NCSTN (Nicastrina) e la PEN2 (Presenilin Enhancer 2), oltre ad effettuare la genotipizzazione dell'Apolipoproteina E (APOE), che, come è noto, risulta essere un fattore di rischio associato alle forme sporadiche. Infine, parallelamente all'analisi genetica è stata valutata la concentrazione plasmatica della beta-amiloide A β 1-42. Lo studio ha consentito l'individuazione di alcune mutazioni e polimorfismi nella popolazione presa in esame. In particolare, è stata identificata la mutazione V717I sul gene dell'APP, definita come mutazione *London*, individuata in quattro soggetti familiari, nella quale la storia di demenza si era manifestata da tre generazioni. L'analisi del gene Presenilina 2, ha portato all'identificazione di una nuova mutazione, la S175C, in tre soggetti affetti da Alzheimer familiare, trasmessa nel *pedegree* familiare con modalità autosomica dominante. Infine, i dati relativi allo studio della frequenza allelica dell'APOE ϵ 4 hanno confermato il ruolo svolto dall'allele, come fattore di suscettibilità alla patologia, in quanto la sua frequenza risulta essere elevata nei pazienti analizzati. Questo contributo indica come sia importante la stretta collaborazione tra la ricerca di base e le Unità Valutative del territorio, per l'avanzamento delle conoscenze sul grave tema delle demenze.

DEPRESSIONE E QUALITÀ DELLA VITA IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA IN FASE LIEVE

Bianchetti Angelo, Ranieri Piera, Badini Ilaria, Trabucchi Marco
UVA, Istituto Clinico S. Anna, Brescia e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Introduzione. La valutazione della qualità della vita (QoL) rappresenta nel paziente con demenza un *outcome* importante dei trattamenti farmacologici e non. Lo scopo dello studio è valutare le caratteristiche della QoL in pazienti con demenza in fase lieve (*Mini Mental State Examination* $\geq 18/30$) e le relazioni con le variabili cliniche.

Metodi. Sono stati reclutati 202 pazienti in 11 Centri UVA. Sono state valutate le funzioni cognitive (MMSE), lo stato funzionale (ADL e IADL), la consapevolezza di malattia (*Clinical Insight Rating Scale* - CIRS), la sintomatologia affettiva (*Geriatric Depression Scale* - GDS), comportamentale (*Neuropsychiatric Inventory* - NPI) e la comorbidità somatica (*Geriatric Index of Comorbidity* - GIC). Il peso assistenziale e la sintomatologia depressiva nei *caregivers* sono state valutate attraverso il *Caregiver Burden Inventory* (CBI) e la *Beck Depression Inventory* (BDI). La qualità della vita è stata studiata con la *Quality of Life AD* (QoL-AD) che considera sia il giudizio del paziente che quello del *caregiver*.

Risultati. Sono stati arruolati 202 pazienti (59% femmine, età media $77,2 \pm 6,7$ anni). La scala QoL-AD è risultata possedere una buona consistenza interna sia per il paziente (alfa di Cronbach 0,86) che per i *caregiver* (0,83), con una buona stabilità nel tempo (al retest a due settimane $r=0,65$ per i pazienti ($p<0,001$) e $r=0,53$ per i *caregiver* ($p<0,02$). Suddividendo i pazienti in base al livello di QoL i soggetti con elevata QoL mostravano un migliore stato funzionale, meno sintomi depressivi e comportamentali, minore comorbidità somatica ed assumevano meno farmaci; avevano inoltre un più elevato livello educativo. Il punteggio del MMSE era comparabile. In un modello multivariato i sintomi depressivi, lo stato funzionale, i farmaci assunti e i sintomi comportamentali risultano indipendentemente correlati con la QoL. I *caregiver* dei soggetti con bassa QoL risultano inoltre avere un carico assistenziale maggiore e più sintomi depressivi.

Conclusioni. La QoL nei soggetti con demenza in fase lieve è un dominio che va oltre le funzioni cognitive e si correla non solo con la presenza di depressione, ma anche con lo stato funzionale, i sintomi comportamentali e la salute somatica. La misurazione della QoL è possibile nei soggetti con demenza lieve e può risultare utile nella determinazione degli *outcomes* dei trattamenti.

Terza sessione
Approccio terapeutico con i farmaci

Coordinatore
Giuseppe Bruno

REVIEW SUL TEMA DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI UTILIZZATI PER I DISTURBI COGNITIVI, PSICOTICI E COMPORTAMENTALI DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Clerici Francesca

Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano

Tutti i trattamenti attualmente disponibili sono di tipo sintomatico (ovvero in alcuni soggetti si sono dimostrati capaci di alleviare i sintomi della demenza). Non disponiamo, invece, di trattamenti farmacologici in grado di modificare la storia naturale della malattia.

Nell'ambito del trattamento dei disturbi cognitivi, i farmaci attualmente autorizzati sono gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (donepezil, galantamina e rivastigmina) e memantina. Il presupposto teorico dell'impiego dei primi risiede nel riscontro in alcune demenze (tra cui la Malattia di Alzheimer (AD) e la demenza a associata a Malattia di Parkinson (PDD)) di un *deficit* a livello cerebrale di acetilcolina, che viene parzialmente compensato dall'inibizione farmacologica dell'enzima di degradazione del neurotrasmettitore. La revisione sistematica della Cochrane ha dimostrato che i 3 farmaci sono ugualmente efficaci nel trattamento dell'AD; per quanto concerne la tollerabilità, invece, donepezil appare superiore a rivastigmina. Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi sono indicati (FDA 1996, EMEA 1997, AIFA 2003) nell'AD lieve e moderata. Rivastigmina ha recentemente ottenuto l'indicazione anche per la PDD. In Italia tali farmaci vengono rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (AIFA 2003). Il presupposto teorico all'impiego di memantina è l'eccitotossicità (ovvero il fenomeno di apoptosi secondario all'aumento del calcio intracellulare, dovuto all'eccessiva stimolazione dei recettori N-metil-D-aspartato (NMDA) da parte del glutammato): memantina agisce da antagonista non-competitivo dei recettori NMDA. La revisione sistematica della Cochrane su memantina conclude che il farmaco riduce il declino cognitivo e funzionale nella forma moderata-severa di AD ed è generalmente ben tollerato. Memantina è indicata (EMEA 2002 e 2005; FDA 2003) nell'AD moderata-severa. In Italia non è rimborsata dal SSN. Una recente revisione sistematica ad opera dell'*American College of Physician* finalizzata a delineare linee guida operative sulla terapia farmacologica dei disturbi cognitivi della demenza ha sottolineato alcune rilevanti questioni relative alle conoscenze sui trattamenti attualmente disponibili, quali: la discrepanza tra gli effetti statisticamente significativi e quelli clinicamente rilevanti e l'esiguità di informazioni relative ai sottogruppi di pazienti che possono trarre maggior beneficio da tali trattamenti.

Il trattamento dell'aggressività e dei sintomi psicotici della demenza, usualmente si avvale dell'impiego dei farmaci antipsicotici (distinti in tipici ed atipici in base al meccanismo d'azione), i cui effetti derivano dalla riduzione della stimolazione dopaminergica. Una revisione sistematica della Cochrane sull'uso dell'antipsicotici atipici per il trattamento di aggressività e psicosi nell'AD conclude che olanzapina e risperidone sono efficaci nel ridurre l'aggressività, mentre risperidone è efficace nel ridurre i sintomi

psicotici, ma entrambe sono associati a severi eventi avversi cerebrovascolari e alla comparsa di sintomi extrapiramidali. Una successiva sperimentazione in pazienti affetti da AD conclude che gli eventi avversi degli antipsicotici atipici superano i benefici nel trattamento di psicosi, agitazione ed aggressività.

Aloperidolo è l'unico antipsicotico tipico ad avere indicazione nella demenza; l'antipsicotico atipico clozapina ha indicazione nei disturbi psicotici della Malattia di Parkinson. Per tutti gli altri antipsicotici l'impiego nella demenza è *off-label* e subordinato, pertanto alla sottoscrizione di un consenso informato da parte del paziente o del suo legale rappresentante. Le agenzie regolatorie (FDA 2003 e 2005; EMEA 2004) hanno emanato un'allerta sulla sicurezza degli antipsicotici atipici nella demenza (rischio di morte 1,6-1,7 volte maggiore nel gruppo trattato rispetto al gruppo placebo). L'AIFA (2006) ha divulgato un comunicato in merito all'utilizzo dei farmaci antipsicotici nei pazienti affetti da demenza in cui si stabilisce che: 1) la prescrizione deve essere effettuata dai centri specialistici autorizzati, identificati dalle regioni, con la procedura di rimborsabilità da parte del SSN in regime di distribuzione diretta; 2) il medico prescrittore deve acquisire il consenso informato previa informazione sul rischio di reazioni avverse.

PATTERN PRESCRITTIVO DEI FARMACI ANTIPICOTICI NELLA POPOLAZIONE GENERALE ITALIANA: FOCUS SULLA DEMENZA NEGLI ANNI 2000-2005

Trifirò Gianluca (a,b), Sini Giovanna (c), Mazzaglia Giampiero (c), Caputi Achille Patrizio (a,b), Cricelli Claudio (c), Brignoli Ovidio (c), Aguglia Eugenio (d), Biggio Giovanni (e), Samani Fabio (c)

(a) *Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università degli Studi, Messina*

(b) *IRCCS, Centro Neurolesi Bonino Pulejo, Messina*

(c) *Health Search-Thales Database, Società Italiana di Medicina Generale, Firenze*

(d) *Clinica Psichiatrica, Università degli Studi, Catania*

(e) *Dipartimento di Biologia Sperimentale, Università degli Studi, Cagliari*

Introduzione. Nell'ultima decade la commercializzazione degli antipsicotici atipici ha cambiato l'approccio farmacologico in patologie psichiatriche, quali la demenza. Scopo dello studio è stato quello di valutare il *trend* dell'utilizzo di Antipsicotici (AP) nella medicina generale italiana negli anni 2000-2005. Inoltre, è stato analizzato se la comparsa di alert sui rischi associati all'uso *off-label* di antipsicotici nell'anziano affetto da demenza a partire dal 2003 abbia modificato l'impiego di tali farmaci in questa indicazione d'uso.

Metodi. Questo studio di farmacoutilizzazione è stato promosso dall'Agenzia italiana del Farmaco. Per tale analisi, sono stati estratti dalla banca dati *Health Search-Thales* i dati demografici e clinici di circa 800.000 individui con più di 15 anni registrati nelle liste di 400 Medici di Medicina Generale, omogeneamente distribuiti sul territorio italiano. All'interno di tale campione, abbiamo misurato prevalenza ed incidenza annuale di uso di AP totale, per sottoclasse (Atipici, Tipici) e molecola durante gli anni 2000-2005.

Risultati. Dal 2000 al 2005, 27.252 (4,2%) soggetti hanno ricevuto almeno una prescrizione di antipsicotici. La prevalenza d'uso di atipici è aumentata quasi 3 volte dal 2000 al 2003, stabilizzandosi negli anni successivi (3,4 per 1.000 nel 2005), mentre quella dei tipici si è ridotta di un terzo, sebbene ancora 3 volte più grande rispetto agli atipici nel 2005 (10,9 per 1.000). L'utilizzo di AP aumenta con l'età: 5,2% e 1,1% dei soggetti ≥ 85 hanno ricevuto rispettivamente almeno una prescrizione di tipici e atipici nel 2005. Tra gli utilizzatori di atipici la proporzione di pazienti con demenza (14,8% nel 2005) è quasi raddoppiata dal 2000 al 2002, per poi ridursi gradualmente a partire dal 2003. L'incidenza d'uso di AP ha mostrato un *trend* simile a quello della prevalenza.

Conclusioni. Negli ultimi anni, l'utilizzo di antipsicotici tipici è costantemente diminuito nella popolazione generale italiana, sebbene sia stato ancora 3 volte più grande rispetto agli atipici nel 2005. Notevoli cambiamenti nel *pattern* prescrittivo degli antipsicotici sono stati riportati riguardo l'indicazione d'uso. I *warnings* delle agenzie regolatorie sui rischi associati all'uso *off-label* degli atipici negli anziani con demenza potrebbe avere parzialmente contribuito a questo cambiamento. Questi dati tuttavia non tengono conto delle prescrizioni di AP dispensate tramite distribuzione diretta, con possibile sottostima soprattutto dell'uso di atipici.

STUDIO OSSERVAZIONALE (MONITORAGGIO) SULL'USO DEI FARMACI ANTIPSIKOTICI NEL TRATTAMENTO DEI *BEHAVIOURAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA*

Capuano Annalisa (a), Potenza Simona (a), Formica Ranieri (a), Basilicata Giovanna (a), Ferrajolo Carmen (a), Ferrante Leopoldo (a), Gallo Mariapina (a), Ianniello Benedetta (a), Illiano Maria Luisa (a), Rafaniello Concetta (a), Ruggiero Simona (a), Irpino Antonio (b), Filippelli Amelia (a), Rossi Francesco (a)

(a) *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Farmacologia Leonardo Donatelli, Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università degli Studi, Napoli*

(b) *Dipartimento di Studi Europei e Mediterranei, Facoltà di Studi Politici Jean Monnet, Seconda Università degli Studi, Napoli*

Introduzione. La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive e da sintomi non cognitivi, conosciuti comunemente come *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD). I farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione sono ampiamente utilizzati nel trattamento dei BPSD. Pochi sono gli studi controllati sull'efficacia e la tollerabilità di tali composti. Diversi *trial* clinici finora condotti con antipsicotici atipici nel trattamento dei BPSD in pazienti istituzionalizzati e per brevi periodi hanno evidenziato un notevole aumento del rischio di incidenti cerebrovascolari acuti ed della mortalità. Alla luce di tali evidenze si è ritenuto importante condurre uno studio osservazionale prospettico per contribuire a definire il profilo di rischio degli antipsicotici tipici e atipici, nel trattamento dei BPSD. Gli obiettivi dello studio sono: confrontare il profilo di rischio degli antipsicotici comparando le diverse classi di farmaci utilizzati; definire i fattori di rischio associati all'incidenza degli eventi avversi e identificare gruppi specifici di pazienti a rischio più elevato.

Metodi. Sono inclusi nello studio tutti i soggetti con diagnosi di demenza e BPSD, assuntori di antipsicotici tipici o atipici. I soggetti sono reclutati presso i 90 Centri Specialistici identificati dalla Regione Campania come esperti nella diagnosi e cura dei pazienti affetti da demenza. Attraverso un questionario vengono raccolti: dati sociodemografici, storia clinica, antipsicotico prescritto, durata del trattamento, dosaggi, tipo di demenza, fattori di rischio, patologie concomitanti, assunzione di altri farmaci, presenza e gravità dei singoli BPSD. Gli EI e le reazioni avverse sono definite in accordo alle definizioni dell'OMS. Si prevede per lo studio una durata di 3 anni.

Risultati. L'analisi dei dati preliminari mostra che i pazienti con demenza e BPSD, arruolati finora nello studio, sono 1.790. L'età media dei pazienti è di 79,9 anni. 951 pazienti sono affetti da Demenza di Alzheimer. Agitazione, aggressività, allucinazioni, e delirio sono i più comuni sintomi comportamentali e psichici di demenza. Il 95% dei pazienti è in terapia con farmaci antipsicotici atipici: quetiapina (50%), il risperidone (23%) e l'olanzapina (19%).

Conclusioni. I risultati di questo studio forniranno elementi utili alla determinazione del profilo rischio-beneficio dei farmaci antipsicotici in pazienti non istituzionalizzati affetti da demenza e BPSD.

EFFICACIA DEGLI SSRI SULLE FUNZIONI COGNITIVE NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER TRATTATI CON INIBITORI DELLE COLINESTERASI

Rozzini Luca (a,b), Vicini Chilovi Barbara (a,b), Conti Marta (a), Rozzini Renzo (a), Zanetti Marina (a), Trabucchi Marco (b), Padovani Alessandro (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, Università degli Studi, Brescia*

(b) *Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

Obiettivo. Esaminare il possibile effetto congiunto sulla cognitiv  degli Inibitori Selettivi del *Re-uptake* della Serotonina (SSRI) con gli inibitori delle colinesterasi (AChEIs) nei pazienti depressi affetti da Malattia di Alzheimer (AD) residenti al domicilio.

Setting. Lo studio   stato condotto in due differenti UVA della provincia di Brescia.

Partecipanti. 338 pazienti affetti da AD probabile sono stati trattati con ChEIs (donepezil, rivastigmine o galantamina) a seconda del giudizio clinico e sono stati osservati per nove mesi.

Metodi. Alla baseline i partecipanti sono stati studiati mediante assessment multidimensionale con un'attenta valutazione testistica delle funzioni cognitive, delle abilit  funzionali e psicocomportamentali. Tutti i pazienti sono stati valutati alla baseline, dopo uno (T1), tre (T2) e nove mesi (T3). I pazienti sono stati raggruppati in tre differenti categorie (pazienti non depressi e non trattati con SSRI, pazienti depressi e trattati con SSRI e pazienti depressi ma non trattati con SSRI).

Risultati. Alla baseline 182 pazienti sono stati diagnosticati come non depressi non trattati con SSRI, 66 depressi e trattati con SSRI e 90 depressi ma non trattati con SSRI. Il cambiamento medio al MMSE tra la baseline e i nove mesi mostrava che i pazienti depressi non trattati con SSRI peggioravano quando comparati con i pazienti non depressi non trattati con SSRI (delta $-0,8 \pm 2,3$ vs $0,04 \pm 2,9$; $p=0,02$) e con i pazienti depressi e trattati con SSRI (delta $-0,8 \pm 2,3$ vs $0,1 \pm 2,5$; $p=0,03$).

Conclusioni. L'utilizzo di SSRI in pazienti affetti da AD e trattati con AChEIs pu  essere protettivo sull'effetto negativo provocato dalla depressione nel disturbo cognitivo.

Quarta sessione

Approccio terapeutico non-farmacologico

Coordinatore

Roberto Raschetti

SINTESI SU QUALI TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI VENGONO COMUNEMENTE ADOTTATI NEL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA

Cappa Stefano F.
Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

La riabilitazione delle malattie neurodegenerative, ed in particolare delle demenze, richiede un ampliamento del concetto di intervento riabilitativo. In particolare per quanto riguarda le funzioni cognitive, l'efficacia degli interventi è spesso legata più ad una riduzione di eccesso di disabilità che ad effetti sui *deficit* cognitivi. L'approccio compensativo richiede la valutazione di aspetti di funzionamento cognitivo conservati, oltre che di quelli compromessi. La valutazione neuropsicologica può dimostrare profili specifici, dipendenti dalla localizzazione della patologia. Ad esempio, nella Malattia di Alzheimer, la precoce compromissione dell'ippocampo e del sistema responsabile della memoria episodica fa sì che qualsiasi tentativo di riapprendimento basato su quel sistema abbia scarse possibilità di successo, in quanto lo strumento con il quale si vuole ottenere il riapprendimento è lo stesso che è deficitario. In questo ambito ha quindi avuto molta influenza la teoria dei sistemi di memoria multipli, derivata dalla psicologia sperimentale e dalla neurobiologia. Un approccio che ha avuto relativo successo è quello di un intervento basato su un apprendimento di tipo procedurale, che si basa su strutture che sono quelle tipicamente conservate nelle fasi iniziali della malattia, come il cervelletto e i nuclei della base. Negli ultimi anni, lo sviluppo delle tecniche di neuroimmagine ha consentito di evidenziare fenomeni di riorganizzazione neurale nell'invecchiamento fisiologico e nelle fasi iniziali delle malattie neurodegenerative. Questi dati aprono nuove prospettive alla ricerca di metodi e strumenti finalizzati a stimolare e promuovere meccanismi di compenso, con lo scopo di ritardare l'impatto funzionale dei processi di neurodegenerazione. Alcuni studi su estese popolazioni hanno dimostrato in modo convincente un effetto protettivo del *training* e della stimolazione cognitiva sulle modificazioni cognitive legate all'invecchiamento. Lo sviluppo delle conoscenze nei campi della neurobiologia del recupero e della neuropsicologia cognitiva promette di costituire la base per lo sviluppo di trattamenti teoricamente fondati.

RIABILITAZIONE COGNITIVA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: DIVERSIFICAZIONE DEGLI STRUMENTI DI INTERVENTO

Grassi Maria Pia (a), Perin Cecilia (a,b), Borella Monica (a)

(a) Centro di Neuropsicologia, Unità Operativa Complessa di Neuroriabilitazione, Azienda Ospedaliera, Vimercate, Milano

(b) Università degli Studi Bicocca, Milano

Introduzione. Le problematiche inerenti alla Riabilitazione Cognitiva (RC) nella Malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease* - AD) sono relative non solo all'efficacia ma anche alla metodologia applicata e agli strumenti utilizzabili. L'eterogeneità del quadro clinico e della *compliance* del paziente o del *caregiver* impongono una strumenti riabilitativi vari e specifici. Precedentemente si è valutata la fattibilità di un Programma Riabilitativo Cognitivo (PRC) mediante il "Questionario di Valutazione della Fattibilità di un programma riabilitativo cognitivo nei pazienti con AD" (QVF) applicabile in diversi set e con strumenti diversificati: 1-PRC in DH+PRC domiciliare; 2-PRC domiciliare con *caregiver*; 3- PRC c/o Centro Diurno; 4- nessuna fattibilità (per scarsa *compliance* del *caregiver* a sostenere un PRC domiciliare). L'efficacia e l'applicabilità dei diversi PRC è stata quindi valutata in studi pilota (ISS, 2007; JMP, 2008; Corso UVA-Milano, 2008). Lo scopo era valutare l'efficacia e l'applicabilità di un PRC di semplice attuazione e somministrabile anche in condizioni di ridotta *compliance* (gruppo 4 di QVF).

Metodi. Soggetti con AD; criteri di inclusione: appartenenza al gruppo 4 di QVF; MMSE: 14÷23; età <85 anni; scolarità ≥3anni; terapia con anti-AchE stabile da almeno tre mesi. I soggetti arruolati venivano alternativamente inseriti nel Gruppo Osservazionale (GO) o nel Gruppo di Controllo (GC). Ai pazienti GO veniva fornito il PRC costituito in parte da esercizi tratti da "*the learning therapy*" e adattati alla popolazione italiana con l'aggiunta di prove di calcolo aritmetico secondo la modalità *Blocked, Mixed, Stroop-like*; veniva richiesto un impegno diurno di 15' x 2 al giorno per 6 giorni/settimana x 12 settimane (T1) con supervisione del *caregiver*. Al Tempo basale (T₀) e al T₁ i soggetti venivano sottoposti a: MMSE, IADL, NPI.

Risultati. Arruolati 6 pazienti GO e 6 pazienti GC con rispettive caratteristiche generali {media(ds)}: età (aa): 75,25 (4,03) vs 76 (4,90) [ns]; scolarità (aa): 6,50 (1,29) vs 9,25 (6,29) [ns]; sesso F/M: 4/2 vs 3/3; durata di malattia (aa): 3,50 (0,58) vs 3,75 (0,96) [ns]. Il confronto rispettivo dei parametri al T₀ non ha evidenziato differenze: MMSE: 17,50 (3,42) vs 17,75 (3,30) [ns]; IADL: 4,50 (1,83) vs 4,75 (0,5) [ns]; NPI: 16,50 (7,05) vs 20,75 (2,50) [ns]. Il confronto al T₁ ha evidenziato un miglioramento con significatività statistica a: MMSE: media (ds) 18,50 (3,42) vs 17,25 (2,63) (delta T₁-T₀: p<0,0001) e IADL: media (ds) 5,75 (1,50) vs 5,00 (0,82) (delta T₁-T₀ p<0,01).

Discussione. Il PRC, verosimilmente per la agilità e semplicità, sembra offrire una buona risposta in termini di efficacia e di applicabilità anche nel gruppo con scarsa *compliance*.

DEMENTIA COUNSELING, UN INTERVENTO NON FARMACOLOGICO NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER: RISULTATI DI UNO STUDIO LONGITUDINALE

Veneziano Massimo (a), Bonomini Cinzia. (a), Senesi Barbara (a), Prete Camilla (a), Cammarata Sergio (b), Novello Cristina (b), Milone Paolo (c), Palummeri Ernesto (a)
(a) *Centro della Memoria (UVA) Struttura Complessa Geriatria, Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova*
(b) *Unità di Valutazione Alzheimer, Neurologia, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova*
(c) *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova*

Scopo. Studio controllato e randomizzato per verificare l'efficacia di interventi di *Dementia Counseling* (DC) sul *Caregiver* (CG) e sui disturbi comportamentali del paziente.

Metodo. La ricerca è stata eseguita presso l'UVA dell'Ospedale Galliera di Genova, su 48 CGs selezionati utilizzando i seguenti criteri: diagnosi di Malattia di Alzheimer secondo i criteri NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*), $MMSE \geq 10 \leq 20$, disturbi comportamentali ($NPI > 9$); stress da disturbi comportamentali ($NPI-D > 6$). I partecipanti sono stati divisi in due gruppi da 24 CGs e assegnati in modo randomizzato ai 3 gruppi di trattamento composti da 8 soggetti: "gruppo A" metodologia gruppale; "gruppo B" modalità counselor-familiare, "gruppo-controllo" materiale informativo sulla malattia. Alla baseline, al termine dell'intervento, a 6 e 12 mesi, sono stati registrati: carico assistenziale (CBI), stato di salute (SF12), stato di ansia (S-T Inventory), depressione (BDI), *distress* da disturbi comportamentali (NPI-D), disturbi psico-comportamentali del paziente (NPI).

Risultati. Nel "gruppo-controllo" nessuna delle variabili è risultata modificata rispetto ai valori basali ad eccezione dello score BDI dello score NPI e NPI-D significativamente peggiorati a 6 e 12 mesi. Sia nel "gruppo A" che nel "gruppo B" sono significativamente migliorate al termine dell'intervento e a 6 mesi, il *burden*, il *distress*, lo stato di ansia e la depressione. Tali valori rimangono costanti a 12 mesi. Nessuna variazione significativa è stata osservata sulla SF-12. Un miglioramento significativo si registra allo score NPI in entrambi i gruppi, dati confermati a 6 e 12 mesi. Nessuna variazione significativa è stata osservata tra i due tipi di intervento.

Conclusioni. Lo studio dimostra come interventi di DC producano significativi effetti sulla maggior parte degli indicatori dello stato di benessere dei CGs e siano efficaci nel ridurre i sintomi psico-comportamentali del paziente. Tali effetti si manterrebbero a 6 e 12 mesi dal termine dell'intervento.

UTILITÀ DEL DAY CARE NELL'ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA E AI LORO FAMILIARI

Simoncini Mara, Leotta Daniela, Balla Silvia, Caputo Myrian, Pernigotti Luigi Maria
*Unità Valutativa Alzheimer (ex ASL 2), Rete Alzheimer, Dipartimento di Lunga Assistenza
e Anziani, ASL Torino 1, Torino*

Introduzione. L'UVA della ASL 2 Torino è inserita in una rete di servizi alla quale afferiscono: settore di degenza ospedaliera per pazienti affetti da Malattia di Alzheimer o sindromi correlate in fasi acute di comorbidità, nucleo residenziale per cura di disturbi comportamentali, Centro Diurno Alzheimer (CDA) settore gestionale con disponibilità di interventi ambulatoriali e domiciliari. La gestione della rete è condotta dalla Unità di Valutazione Geriatrica.

Metodi. Si è disegnato uno studio osservazionale longitudinale caso/controllo per verificare l'efficacia di un programma di intervento mediante CDA sulla riduzione di istituzionalizzazione, condotto in una serie di 392 pazienti residenti in città, afferenti all'UVA, tra gennaio 2003 e dicembre 2005, di età 61-87 anni, affetti da demenza (secondo i criteri del DSM 4 R) con associati disturbi comportamentali, viventi al domicilio con mantenuta capacità di spostamento: 279 valutati eligibili al trattamento per disponibilità di caregiver, 95 (casi) inseriti nel programma di CDA, 184 non inseriti (controlli); *follow-up* di 18 mesi. Si è valutata la possibilità di ritardare per il paziente la definitiva perdita della casa e della continuità di relazione parentale (istituzionalizzazione) sollevando i familiari di una parte dell'assistenza.

Risultati. In 95 pazienti (34%) che per comodità dei familiari e facilità di spostamento sono stati inseriti nel programma per 6-8 ore al giorno, 4-6 volte la settimana, nel corso di 18 mesi di *follow-up*, l'istituzionalizzazione è risultata significativamente minore ($12\% \pm 2,3$ vs $28\% \pm 4,1$; $p < 0,01$) e significativamente procrastinata (15 ± 2 mesi vs 8 ± 3 ; $p < 0,001$) rispetto a quella di 184 (66%) pazienti che non hanno seguito il programma.

Discussione. Il CDA può essere efficace nel ridurre l'istituzionalizzazione, sia per la disponibilità ambientale che per il programma in esso condotto. Sono necessarie ulteriori ricerche per verificare l'impatto delle dinamiche ambientali e di assistenza, di farmacoterapia, di psicoterapia allargata ai familiari.

Conclusione. L'utilità dell'efficacia (*effectiveness*) del CDA è sostenibile per molte ricadute: per il paziente, mantenimento oggettivo di relazioni e di partecipazione alla famiglia; per l'organizzazione sanitaria, estensione della autogestione familiare; per la società, sviluppo di alleanza tra cittadini anziani attivi e anziani fragili nel rispondere ai problemi di sofferenza della società.

Quinta sessione
Gestione integrata

Coordinatore
Teresa Di Fiandra

STATO DELL'ARTE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI DEDICATI ALLE DEMENZE

Vanacore Nicola (a), Galeotti Francesca (a), Izzicupo Fabio (b), Gainotti Sabina (a), Raschetti Roberto (a)

(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Consultorio Alzheimer, Cattedra di Geriatria, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti

Dopo i censimenti eseguiti nel 2002 e nel 2006 sulla presenza delle Unità Valutative Alzheimer nelle diverse realtà regionali si è cercato di acquisire, nell'ambito di un incontro si è svolto nelle giornate del 12 e 13 marzo 2008 con i referenti delle regioni e delle province autonome, una serie di informazioni relative agli altri servizi dedicati completamente o in parte ai pazienti con demenza quali i Centri Diurni, le RSA, le modalità di erogazione dell'Assistenza Domiciliare ed infine le Strutture di ricovero di sollievo.

Nell'ambito dell'incontro, svolto in collaborazioni con il Ministero della Salute e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, i referenti hanno riferito delle politiche regionali in corso di attuazione e delle difficoltà nel gestire e coordinare interventi sanitari e sociali rivolti a persone con demenze ad ai loro familiari. Il quadro complessivo che emerge è che esiste una forte disomogeneità nelle diverse realtà territoriali che si estrinseca probabilmente in un diverso livello di assistenza socio-sanitaria per i pazienti con demenza. Solo in poche regioni sono presenti forme embrionali di gestione integrata delle demenza ed un abbozzo di governo clinico della questione demenza. Si sottolinea come oggi la gestione integrata (*disease management*) è oggi considerata l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche. Tale approccio richiede uno notevole sforzo di collaborazione tra tutti gli operatori sociali e sanitari coinvolti nel problema delle demenze.

IL CAREGIVER - AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO: RICONOSCIMENTO DI UN RUOLO, SOSTEGNO ALL'OPERA DI CURA DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Barbieri Maria Paola (a), Nobili Flavio (b), Mazzei Debora (b), Arnaldi Dario (b), Martinelli Paolo (c), Mazza Galanti Francesco (c), Palumneri Ernesto (a), Rodriguez Guido (b)

(a) *Dipartimento Anziani, ASL3 Genovese, Genova*

(b) *Unità Operativa Neurofisiologia, Clinica Azienda Ospedaliera, Università S. Martino, Genova*

(c) *Sezione Famiglia del Tribunale, Ufficio del Giudice Tutelare, Genova*

Introduzione. L'Amministratore di Sostegno (AdS) è visto come la migliore soluzione possibile anche in ambito medico, per la tutela dei pazienti con demenza, quasi sempre affiancati dal *caregiver*, che fronteggia in modo informale, le sue necessità. Stimolati dall'Istituto Superiore di Sanità e tramite una collaborazione, tra una UVA Neurologica Universitaria e l'Ufficio del Giudice Tutelare di Genova, abbiamo proposto, dal settembre 2007, ai pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (MA) e ai loro *caregiver*, la pratica dell'AdS.

Metodi. Ai pazienti MA ed ai loro *caregivers*, in occasione di una delle visite di controllo, si illustra l'Istituto dell'AdS e l'opportunità di richiederlo. Ottenuto l'assenso, il paziente viene assegnato ad uno dei due gruppi sulla base del MMSE: gruppo 1 (da 20 a 26), gruppo 2 (<20). Nel gruppo 1, in cui viene verificato il *deficit* di memoria episodica, di attenzione e di fluenza, è prevista la firma congiunta paziente + AdS (ad es. consenso informato), nel gruppo 2 sarà sufficiente la firma del AdS. Si procede alla stesura della documentazione concordata (certificato attestante diagnosi e livello di deterioramento, di disabilità (IADL), la terapia in atto, l'indicazione del nome del *caregiver* principale; la delega al *caregiver* a presentare il ricorso, il ricorso stesso, l'istanza di iscrizione al ruolo) che viene consegnata al *caregiver* perchè la recapiti al Tribunale. Quindi il Giudice Tutelare convoca le parti ed emette il decreto di nomina, tramite un'udienza cui partecipano sia il paziente che il *caregiver* ed altri eventuali conviventi.

Risultati. L'Istituto dell'AdS è stato accettato dalla totalità dei 40 pazienti/*caregiver* cui è stato ad oggi presentato. Alcune difficoltà di comunicazione hanno interessato nella prima fase i rapporti tra i tre attori: medici, giudici e *caregiver*. Questo ha richiesto incontri e discussioni di chiarificazione sui ruoli e le procedure. Nella totalità dei casi l'AdS è stato individuato nel *caregiver* principale: questo consente anche di dare forma legale e tutela ad entrambi gli attori di una prassi assistenziale tanto consolidata quanto legalmente fragile.

Conclusioni. Le disposizioni di Legge sull'AdS appaiono oggi largamente disattese. Riteniamo un percorso di civiltà oltre che un obbligo legislativo il percorso intrapreso.

PROGRAMMA DEL SAGGIO CAREGIVER: UN INTERVENTO SUI FAMILIARI DEI MALATI DI ALZHEIMER

Bartorelli Luisa, Fiandra Alessia, Ragni Silvia, Ierace Brunella, Giubilei Franco
Sacro Cuore di Roma, Università degli Studi La Sapienza, Roma

Introduzione. È noto dalle esperienze sul campo, nonché da ormai numerose evidenze della letteratura che gli interventi di sostegno ai *caregiver* familiari delle persone affette da demenza giovino a loro stessi, ma abbiano ricadute positive anche sul decorso della malattia e in generale sulla qualità di vita di tutto il nucleo familiare. Il programma ha sperimentato un metodo, che ha come obiettivo la ricerca di un approccio psico-educazionale ai *caregiver*, che sia efficace, accessibile e riproducibile.

Metodi. L'Unità Alzheimer (UA) del Sacro Cuore di Roma ha effettuato un corso destinato a 18 *caregiver* familiari di malati seguiti (11) in Centro Diurno e (7) in Assistenza Domiciliare. I conduttori erano 1 geriatra e 2 psicologhe dell'UA, che quindi conoscevano lo stadio di malattia, l'espressività clinica, la storia e la personalità di ogni paziente. Il corso si è svolto in 6 sessioni settimanali di due ore ciascuna, anche attraverso "compiti a casa" per i familiari, che avevano in dotazione il Manuale del *Caregiver*, mentre i conduttori in parallelo avevano a disposizione il Manuale del Formatore. I due testi riportano per intero il programma, i cui temi generali sono, oltre a una introduzione alla demenza, i suoi effetti sul pensiero; gli obiettivi del *caregiving*; la gestione delle cure quotidiane e dei comportamenti difficili; il rafforzamento della famiglia come risorsa. Inoltre il programma contiene anche aspetti estremamente pratici, per fronteggiare i problemi assistenziali e relazionali, a mano a mano che si presentano. Ai *caregiver*, nella settimana precedente all'inizio del corso, (T0), veniva dato da compilare un questionario diviso in vari *item*, che andavano a toccare i loro comportamenti davanti al malato e le loro reazioni affettive: conoscenze sulla patologia e modalità di affrontarla, stato psico-fisico, carico assistenziale, difficoltà nel prendere decisioni. Quindi veniva loro somministrato il CES-D da un valutatore in cieco, che acquisiva anche l'MMSE e l'NPI del paziente. Scale e test sono state ripetute subito dopo la fine del corso (T1) e lo saranno dopo tre mesi (T2). Al T1 è autosomministrata anche una scheda di valutazione del corso. Il gruppo di controllo omogeneo per scolarità dei *caregiver* e per punteggio MMSE e NPI dei pazienti è costituito da uno stesso numero di familiari che frequenta il gruppo di sostegno mensile.

Risultati. La risposta dei *caregiver* al corso è stata ottima, avendo essi partecipato a tutte le sessioni. I dati preliminari per adesso in nostro possesso mostrano in T1 una riduzione del punteggio al CES-D e al NPI: tale miglioramento dello stato depressivo del *caregiver* e la minore presenza dei disturbi del comportamento del paziente hanno una loro rilevanza anche nelle sezioni corrispondenti del questionario autosomministrato. La valutazione a tre mesi (T2) sarà effettuata nel mese di settembre. I dati preliminari dello studio con l'analisi statistica saranno presentati in sede congressuale.

Conclusioni. Il corso rappresenta lo studio pilota per una ricerca più ampia che partirà in autunno in cinque sedi UVA romane (Andrea, S. Eugenio, S. Giovanni, Neurologia B del

Policlinico e ASL RMF). Successivamente sono previsti gruppi in altre città. Al di là degli indispensabili risultati da evidenziare, il percorso che viene proposto, sia al formatore che al *caregiver*, non è soltanto "strategico", ma costituisce anche un cammino interiore nella consapevolezza di sé e nelle difficili relazioni che si instaurano in tutto l'ambiente familiare, tra operatori, pazienti e *caregiver*.

COMUNICAZIONE MASSMEDIALE NELL'EPIDEMIA ALZHEIMER

Michetti Luigi
Associazione Alzheimer Marsica, Roma

Introduzione. Questa ricerca vuole esaminare la modalità con cui i *Mass Media* si occupano di un'emergenza socio sanitaria come quella dell'Epidemia Alzheimer, verificarne il ruolo, la funzione.

Campo di indagine e metodologia. Ciò è stato fatto attraverso l'osservazione di un campione di prodotti dell'informazione italiana, senza analizzarli singolarmente, ma individuando principalmente il taglio dell'articolo o del prodotto audiovisivo, per poi riflettere sul tipo di approccio che i *Mass Media* hanno in maggior parte adottato nei confronti della Demenza Senile e dell'Alzheimer. L'uso di internet è stato fondamentale per l'acquisizione dei materiali utilizzati. Le ricerche sono state effettuate per l'arco di tempo di un anno, che va dal luglio 2007 al giugno 2008.

Risultati. Dalla ricerca per parola chiave "Alzheimer" su i due quotidiani italiani più letti, Corriere della Sera e La Repubblica, è emerso che in poco più del 50% degli articoli pubblicati il termine Alzheimer compare solo incidentalmente, questo perché il vocabolo "Alzheimer" dal punto di vista linguistico è entrato, ormai, nell'uso comune. In quanto agli articoli che affrontano la tematica, si trovano in quantità maggiore quelli inerenti le iniziative, la diagnosi e la cura, ma in un modo che non tiene conto dell'aspetto assistenziale. In proporzione sono veramente pochi i contributi che trattano di diagnosi precoce e dimensione assistenziale. Complessivamente da questi articoli emerge un quadro parziale rispetto alla realtà dell'Epidemia Alzheimer. Dal monitoraggio dei telegiornali effettuato il 21 settembre 2007, XIV giornata mondiale dell'Alzheimer, su 11 edizioni, un solo servizio ha trattato il tema, quello del Tg4 delle 13,30, che non è entrato nel complesso degli aspetti più problematici, come diagnosi precoce, difficoltà assistenziale e consenso informato. Nei mesi a seguire, un contributo positivo invece è stato dato dalla redazione del Tg2 con due prodotti che entrano nel merito dell'emergenza assistenziale, riuscendo a disegnare un quadro abbastanza completo della problematica. Da internet, tramite i motori di ricerca si trova una notevole quantità di pagine e siti attinenti al tema. Spesso si trovano dei siti che realizzano delle vere e proprie rassegne stampa tematiche, permanenti. Quello che emerge dalla mole informativa che attraversa la rete è un fenomeno già ravvisato in passato riguardo i media, ovvero la possibilità di disinformare, non informando poco, ma al contrario, inondando il lettore di notizie che trattano parzialmente la problematica, senza affrontare quegli aspetti di rilevanza sociale, che interessano realmente al cittadino coinvolto nel problema di cui si scrive. Un fenomeno recente può essere fatto risalire alla pubblicazione dello studio della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, riportato nella rivista *Le Scienze* (Il mondo che invecchia - l'Epidemia di Alzheimer prossima ventura - 12 giugno 2007), in cui si afferma che: "Se non verranno attuate alcune misure preventive per rallentarne la progressione si avrà un impatto enorme sulla salute pubblica". Da allora sono stati scritti articoli, su diversi organi informativi, che suggerivano, per scongiurare l'Alzheimer, una serie di atti preventivi, come ad esempio:

una buona attività motoria giornaliera; una alimentazione sana; allenare il cervello con le cruciverba. Questo tipo di notizia può infondere il dubbio che tutto sommato si è ammalato di Alzheimer solo chi non ha seguito quel preciso stile di vita. Articoli simili, di fatto, distraggono dalle reali problematiche che richiederebbero un insieme di azioni sociali, politiche, culturali.

Conclusioni. La sensazione che si è avuta nel realizzare questa ricerca è quella di una dimensione comunicativa molto complessa, per la quale è vero che non si può dire che dell'Alzheimer si parla poco, ma è altrettanto vero che ai destinatari di questi articoli e dei servizi audiovisivi non può non essere ingenerata confusione, poiché il principale messaggio è dato dall'ansia dell'aspettativa per la cura ed il vaccino, che non poche volte ha provocato illusioni. In un contesto comunicativo come quello italiano, osservare quale sia il rapporto tra il sistema dell'informazione e la realtà della Demenza Senile vuol dire, soprattutto, muoversi in un ambito estremamente problematico, che vede: un panorama bloccato su posizioni di forte controllo dei canali comunicativi; un sistema che privilegia l'elemento spettacolare e sensazionalistico, tarato sulla frequenza dell'emotività, che pone forti accenti alla dimensione estetizzante, più che a quella etica. È proprio la dimensione etica, quella che può restituirci una reale comunicazione umana. Se l'etica della comunicazione entrasse di più nella pratica quotidiana dei professionisti dell'informazione, sicuramente avremmo un sistema comunicativo orientato di più verso i bisogni delle persone. Secondo Karl Otto Apel, teorico e fondatore dell'Etica della Comunicazione: "se i *media* soddisfano bene il loro compito, e cioè: se non vi è alcuna manipolazione, alcuna deformazione o blocco di informazioni a causa di interessi di parte, sussiste oggi una possibilità assolutamente inedita. Quella di tenere continuamente informata, su quel che accade, un'opinione pubblica mondiale che si interroga criticamente". Quella di comunicare, o meglio partecipare (traduzione letterale dell'accezione tedesca) è un'azione di cui sente il bisogno soprattutto chi è coinvolto nel problema. Il malato di Alzheimer ed il suo familiare, dal punto di vista comunicativo, alla loro richiesta di aiuto hanno bisogno soprattutto di una risposta sociale, e non di una informazione che non entra e non vuole entrare nel problema complessivo dell'Epidemia Alzheimer.

Poster

P1 MONITORAGGIO DEI PAZIENTI AFFETTI DA ALZHEIMER: PROGETTO ASSISTENZA DOMICILIARE ALZHEIMER DELLA REGIONE MOLISE

Antonelli Vanna (a), Tolone Vincenzo (b), Ravazzolo Sandra (c)

(a) *Unità Operativa Semplice Epidemiologia, Azienda Sanitaria del Molise, Zona Territoriale di Isernia, Isernia*

(b) *Distretto Sanitario di Base Isernia, Azienda Sanitaria Regionale del Molise, Zona Territoriale di Isernia, Isernia*

(c) *Dipartimento Rapporti Università, Azienda Sanitaria Locale, Latina*

Introduzione. La Malattia di Alzheimer ha un notevole impatto epidemiologico, in quanto rappresenta la causa più frequente di demenza nell'anziano. Nel Molise, pur non avendo dati epidemiologici certificati, si può ritenere che vi sia un significativo numero di persone affette dalla malattia cronico-degenerativa, anche in considerazione dell'elevato numero di anziani (21%) che colloca la nostra regione tra le più vecchie d'Italia. La Regione Molise, considerata l'incidenza dalla patologia dementigena e la grave compromissione della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, che essa comporta, è stata indotta ad attivare strategie assistenziali innovative.

Metodi. La Regione, facendo seguito a quanto previsto nel Piano Sociale Regionale Triennale 2004/2006, con Delibera di Giunta Regionale n. 543 del 09/05/2005, ha attivato in maniera sperimentale su tutto il territorio il servizio Assistenza Domiciliare Alzheimer (ADA). L'obiettivo della riorganizzazione dei servizi specifici è di fornire assistenza ai pazienti non autosufficienti ed alle famiglie. A tal fine è stato istituito il Gruppo di Coordinamento Regionale, che ha emanato le "Linee guida per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare in favore dei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer" ed elaborato la scheda di ammissione al servizio ADA, individuando la Zona di Isernia quale capofila per la sua realizzazione.

Risultati. Il progetto sperimentale, attivato il 15/01/2006, è rivolto a 100 pazienti, 71 femmine e 29 maschi, di cui 96 di età superiore a 65 anni, segnalati dai servizi territoriali alle Unità Valutative Alzheimer (UVA) per la presa in carico. I pazienti arruolati dalla UVA e provenienti dalle varie Zone Territoriali (Campobasso: 35, Termoli: 30, Isernia: 25 e Agnone: 10, presentavano un diverso grado di demenza: lieve (8), moderato (47) e grave (45). L'assistenza al malato di Alzheimer, per la natura e la durata della malattia, comporta un notevole impegno economico, infatti, il Molise, a sostegno del progetto ADA, ha impegnato circa 400.000 €/anno oltre alla spesa ordinaria.

Conclusioni. Il progetto regionale ha consentito di promuovere nel territorio un processo di adeguamento e miglioramento dell'assistenza domiciliare, garantendo una serie complessa di prestazioni continuative di tipo socio - sanitario, erogate al fine di assicurare al paziente affetto da Alzheimer adeguati livelli di assistenza, la tutela dell'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio. In tale ambito riveste un ruolo fondamentale la presa in carico globale del malato e della sua famiglia, coinvolgendo i familiari nell'attuazione del piano assistenziale individualizzato.

P2 TERAPIA CON FARMACI INIBITORI DELL'ACETILCOLINESTERASI SU MALATI DI AD. EFFETTI SUI DISTURBI COGNITIVI, COMPORAMENTALI ED ATTIVITÀ FUNZIONALE. ESPERIENZA CLINICA

Ariano Luigi (a), Russo Angela (b)

(a) *Unità di Valutazione Alzheimer Geriatria, Azienda Ospedaliero Universitaria, OO.RR.,
Foggia*

(b) *Specialista in Formazione S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Universitaria OO.RR.,
Foggia*

Introduzione. In letteratura sono presenti evidenze cliniche circa l'efficacia della terapia con AchEI sui disturbi cognitivi e comportamentali. Meno evidenze esistono sull'eventuale miglioramento delle attività funzionali. Abbiamo osservato in un gruppo di pazienti con Demenza di Alzheimer (AD), afferenti presso la nostra UVA, gli effetti del trattamento con AchEI sui disturbi cognitivi, comportamentali e sulle capacità funzionali.

Metodi. Sono stati valutati 37 pazienti (19 maschi, 18 femmine). Età media 77 anni (*range* 62-89), scolarità 6,4 anni (*range* 0-19), numero di patologie presenti (CIRS) (*range* 0-4), ADL 4,2 e IADL 3,3, *Mini Mental State Examination* (MMSE) 18,2 (*range* 9,2-24,7), *Global Deterioration Scale* 4,4, NPI 24 (*range* 1-75). Abbiamo effettuato due valutazioni: al momento dell'arruolamento (T_0) e a 6 mesi (T_1). A T_0 i pazienti non assumevano terapia, a T_1 effettuavano terapia con AchEI. Abbiamo tenuto conto del punteggio totale ottenuto al MMSE e nelle varie aree che lo compongono. Sono stati valutati i punteggi delle aree funzionali (ADL e IADL) e dei disturbi comportamentali (NPI). Le medie dei risultati ottenuti nelle due valutazioni sono stati confrontati, per verificarne la significatività, secondo il test t unilaterale di Student.

Risultati. Dai risultati ottenuti si è evidenziato un miglioramento significativo del punteggio al MMSE totale in tutte le valutazioni eseguite dopo terapia con AchEI. Le aree che hanno tratto un maggiore giovamento dalla terapia sono risultate: l'area dell'orientamento temporale, della memoria a breve termine, dell'attenzione e calcolo e del linguaggio. Oltre alla sfera cognitiva si è evidenziata una riduzione del numero e/o della gravità dei disturbi comportamentali. Per quanto riguarda invece l'ipotesi di un possibile miglioramento delle attività funzionali in seguito ad una terapia con AchEI i risultati ottenuti non sono significativi.

Conclusioni. Dalla valutazione dei risultati ottenuti si è avuta la conferma dell'efficacia della terapia con i farmaci AchEI. È stato sottolineato che il beneficio interessa soprattutto alcuni *items* del MMSE e che tale terapia può determinare anche un miglioramento dei disturbi del comportamento se iniziata in tempi precoci. Per quanto concerne la possibilità di un miglioramento nelle attività funzionali, i risultati negativi ottenuti aprono la strada verso un altro tipo di ricerca orientato prevalentemente su un trattamento di tipo non farmacologico.

P3 STRUTTURA MULTIFATTORIALE DEL *MINI MENTAL STATE EXAMINATION* NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Barbieri Maria Paola (a), Nobili Flavio (b), Brugnolo Andrea (b), Dessi Barbara (b), Ferro Antonio (c), Girtler Nicola (d), Palummeri Ernesto (a), Partinico Daniela (e), Raiteri Umberto (f), Regesta Giovanni (f), Servetto Giuseppe (c), Tanganelli Paolo (e), Uva Vittorio (g), Mazzei Debora (b), Donadio Stefania (h), De Carli Fabrizio (i), Serrati Carlo (j), Colazzo Graziella (j), Rodriguez Guido (b)

(a) *Dipartimento Interaziendale di Geriatria, ASL 3 Genovese, Ente Ospedaliero Galliera, Genova*

(b) *Unità Operativa Neurofisiologia Clinica, Dipartimento Scienze Endocrinologiche e Mediche, Università degli Studi, Genova*

(c) *Dipartimento di Psichiatria, ASL 2, Savona*

(d) *Unità Operativa Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Legale, Università degli Studi, Genova*

(e) *Unità Operativa Neurologia, Ospedale Padre Antero, Sestri Ponente, Genova*

(f) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale S. Martino, Genova*

(g) *Dipartimento di Psichiatria, ASL 4, Chiavari*

(h) *Dipartimento di Fisica, Università degli Studi, Genova*

(i) *Istituto di Bioimmagini Molecolari, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Genova*

(j) *Dipartimento di Neurologia, ASL 1, Ospedale Civile, Imperia*

Introduzione. Valutare la struttura fattoriale del *Mini Mental State Examination* (MMSE) nella Malattia di Alzheimer (MA).

Metodi. Cinquecentoventiquattro pazienti consecutivi ambulatoriali alla loro prima visita diagnostica (età $78,02 \pm 6,07$, scolarità $6,62 \pm 3,48$, valore medio del MMSE $20,23 \pm 4,89$), con probabile MA (criteri DSM-IV e NINCDS-ADRDA) sono stati arruolati in uno studio multicentrico su base regionale, retrospettivo e trasversale. Per lo scopo dello studio sono stati presi in considerazione gli 11 subtest che compongono il MMSE e il punteggio globale del MMSE (da 10 a 29 inclusi).

Risultati. L'analisi fattoriale con rotazione *varimax* ha identificato due fattori che spiegano circa l'85% della varianza. Il primo fattore spiega il 65% della varianza e include: orientamento temporale, *delayed recall*, attenzione/concentrazione e prassia costruttiva. Il secondo fattore spiega il 20% della varianza e include: lettura di una frase, scrittura di una frase, nomina di oggetti, ripetizione verbale e memoria immediata. Il primo fattore era un indice attendibile di deterioramento cognitivo per ogni intervallo di MMSE, tra 29 e 10, mentre il secondo fattore non era un *marker* adeguato in questo *range*.

Conclusioni. Viene dimostrata la struttura a due fattori del MMSE in un'ampia serie di pazienti con MA. Il primo fattore esprime l'abilità a usare nuove informazioni ed è correlato con la *working memory*. Il secondo fattore è correlato con una conoscenza più consolidata, cioè con abilità verbali, ed è pertanto privo di utilità come indicatore di gravità nella MA lieve-moderata.

P4 DISTRIBUZIONE DEI FARMACI NEL MORBO DI ALZHEIMER. PERIODO 2007-2008

Becciu Antonella, de Candia Giuseppe Mario, Loru Giovanni Battista, Solinas PierLuigi,
Virdis Valeria

Farmacia Ospedaliera, ASL 1, Sassari

Introduzione. La Malattia di Alzheimer (MA) è caratterizzata da una grave atrofia della corteccia cerebrale e dalla perdita di neuroni corticali e sottocorticali. I sintomi comprendono: grave compromissione della memoria e del ragionamento astratto in presenza di normali funzioni visive e motorie. La malattia ha un'insorgenza graduale e una progressiva degenerazione, la morte del paziente sopraggiunge entro 6-12 anni dall'insorgenza dei primi sintomi a causa di complicazione dovute all'immobilità del soggetto. Attualmente sono 3 i principi attivi, appartenenti alla classe degli Inibitori dell'Acetilcolinesterasi (AchE), indicati per il trattamento della MA dispensati dalla nostra Farmacia Ospedaliera: donezepil, rivastigmina, galantamina. Scopo di questo lavoro è quello di stabilire sia la quantità sia la tipologia dei farmaci distribuita dall'ASL 1 di Sassari.

Metodi. L'indagine è stata effettuata presso la Farmacia Ospedaliera dell'ASL 1 di Sassari nel periodo dicembre 2007-maggio 2008, analizzando i Piani Terapeutici (PT) obbligatori per la nota AIFA n. 85. Da tali piani è stato estrapolato non solo il farmaco prescritto, ma anche la posologia, la durata del trattamento e infine l'età e il sesso del paziente. Sono stati conteggiati i pazienti che ritirano i farmaci presso la Farmacia Ospedaliera e territoriale per tutta la durata del trattamento, ma anche quei pazienti che si sono limitati unicamente a presentare il PT presso l'ASL 1 nel periodo prescelto, decidendo quindi di ritirare i farmaci presso le farmacie private.

Risultati. Da un'analisi dei dati raccolti, il numero di pazienti che hanno presentato un PT valido nel periodo prescelto e che ritirano continuamente la terapia per tutta la durata del trattamento presso la Farmacia Ospedaliera e presso il SSN di Sassari sono 66, dei quali 52 di sesso femminile (78,78%) e 14 di sesso maschile (21,21%). L'età media dei pazienti in trattamento è di 78 anni. Il farmaco maggiormente prescritto è il donezepil cloridrato (62% dei casi), seguito dalla rivastigmina (26%) e infine dalla galantamina (12%).

Conclusioni. Dai risultati ottenuti si evince che nel periodo analizzato la maggioranza dei pazienti è di sesso femminile (%) con un'età media di 79 anni. Il principio attivo prescritto maggiormente è stato il donezepil cloridrato (%), ciò dipende, probabilmente, più che dalla sua efficacia rispetto agli altri principi attivi, dalla sua maggiore *compliance*, che permette un'unica somministrazione giornaliera senz'altro più vantaggiosa per lo stesso paziente. Per i suddetti principi attivi non sono state segnalate reazioni avverse nel periodo analizzato.

P5 DEMENTI E NON DEMENTI HANNO LE STESSE COMORBILITÀ MA DIVERSO STATO FUNZIONALE E NUTRIZIONALE: OSSERVAZIONI

Bellelli Giuseppe (a), Morghen Sara (a), Torpilliesi Tiziana (a), Trabucchi Marco (b)
(a) *Unità Valutativa Alzheimer Ospedale Ancelle della Carità, Cremona; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*
(b) *Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

Introduzione. Nonostante l'accertamento della comorbilità rivesta un ruolo essenziale nella valutazione dell'anziano, è emerso in letteratura che nei pazienti affetti da demenza tali condizioni vengono spesso sottostimate. Studi recenti hanno dimostrato che i pazienti dementi differiscono rispetto ai pazienti cognitivamente integri per quanto riguarda lo stato funzionale e nutrizionale, ma presentano indici di comorbilità simili.

Obiettivi. Valutare se l'invecchiamento condizioni la rilevazione dello stato di salute (comorbilità, stato funzionale e stato nutrizionale) in pazienti dementi e non dementi.

Metodi. 674 pazienti con età >75 anni, afferiti consecutivamente presso l'Unità Valutativa Alzheimer "Ancelle della Carità", Cremona dal gennaio 2004 al dicembre 2007 sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale che comprendeva: caratteristiche socio-demografiche, comorbilità (*Charlson Index*), *Barthel Index* e *Body Mass Index* (BMI). L'accertamento della demenza è avvenuto seguendo i criteri del DSM III-R. I pazienti sono stati poi suddivisi in base allo stato cognitivo (presenza/assenza di demenza) e in base all'età (pazienti con età compresa tra i 75 e gli 84 anni e pazienti con età superiore agli 85 anni).

Risultati. Sono emerse differenze significative relative allo stato funzionale e nutrizionale tra pazienti dementi e non, indipendentemente dall'età. Al contrario, sono emersi livelli di comorbilità simili nel confronto tra pazienti dementi e non dementi più anziani (oltre gli 85 anni). In pazienti più giovani, invece, la comorbilità è risultata significativamente più alta nei soggetti con demenza. Qualitativamente, si osserva che i pazienti con demenza più giovani presentano un livello di comorbilità più elevato rispetto alla loro controparte più anziana, nonostante i pazienti dementi più anziani risultino maggiormente compromessi dal punto di vista nutrizionale e funzionale.

Conclusioni. I nostri dati sembrano suggerire che i pazienti dementi più anziani ricevono meno attenzione specifica verso le malattie somatiche, in confronto alla loro controparte più giovane.

P 6 LA STIMOLAZIONE COGNITIVA IN PAZIENTI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO DI TIPO ALZHEIMER: RISULTATI DOPO UN INTERVENTO DI UN ANNO

Bergamaschi Susanna (a,b), Arcara Giorgio (a), Calza Attilio (b), Mondini Sara (a,b)

(a) *Università degli Studi, Padova*

(b) *Casa di Cura Figlie di San Camillo, Cremona*

Introduzione. Ricerche su pazienti con deterioramento cognitivo di tipo Alzheimer (AD) hanno evidenziato che un ambiente "arricchito" può portare a benefici a livello cognitivo, dimostrando un miglioramento della prestazione alle prove neuropsicologiche. Tuttavia, restano ancora da definire le modalità, i tempi di realizzazione di questi *training* e gli strumenti da utilizzare. Obiettivo del presente studio è dimostrare l'efficacia di un intervento di stimolazione nel rallentare il declino in pazienti con AD attraverso l'utilizzo di strumenti riabilitativi codificati distribuendo ripetuti cicli di trattamento in un anno.

Metodi. I partecipanti sono 32 pazienti con diagnosi di AD di grado lieve o lieve-moderato, in assenza di gravi *deficit* comportamentali, tutti in terapia farmacologica. Sedici pazienti sono stati sottoposti a cinque cicli di stimolazione cognitiva di un mese ciascuno intervallati da una pausa di un mese e mezzo circa (gruppo sperimentale), mentre gli altri sedici hanno proseguito la sola terapia farmacologica (gruppo di controllo) senza partecipare ad attività strutturate e controllate. Durante i cicli di trattamento i pazienti del gruppo sperimentale si recavano in clinica ogni giorno per due ore. Due psicologi eseguivano, con gruppi di circa 4 pazienti, esercizi di tipo carta e matita, stimolando le funzioni di memoria, attenzione e orientamento.

Risultati. Prima dell'inizio del trattamento i due gruppi non differivano per età, scolarità e punteggi ad 8 test neuropsicologici. Dopo un anno di stimolazione cognitiva il gruppo sperimentale aveva punteggi significativamente migliori del gruppo di controllo in 7 test su 8, inoltre mentre il gruppo sperimentale migliorava significativamente in 5 test su 8, il gruppo di controllo peggiorava in modo significativo in 6 test su 8.

Conclusioni. I risultati di questo studio sperimentale indicano l'efficacia di un tipo di stimolazione cognitiva, eseguita con materiale codificato e prolungata nel tempo, nel rallentare il declino cognitivo in pazienti con AD.

P7 ALZHEIMER CAFFÈ, UNA INIZIATIVA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA MALATTIA DI ALZHEIMER DI CREMONA

Bignamini Vannia (a), Calza Attilio (b)

(a) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Cremona*

(b) *Centro UVA, Casa di Cura Figlie di San Camillo, Cremona*

Introduzione. L'Alzheimer Caffè, iniziativa dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA) Cremona, ispirata al modello dell'olandese Miesen ed adattata ad un contesto sociale diverso, con il consenso e l'appoggio della ASL di Cremona, è un luogo concreto di incontro e condivisione informale per gli ammalati ed i loro parenti dove, secondo principi di professionalità seria e attenta, gli ammalati di Alzheimer sono accolti, sono al centro, sono protagonisti ed i loro familiari sono coinvolti, sono capiti, vengono seguiti.

Metodi. Tre giorni alla settimana, in un locale adeguato, un gruppo di circa 10 pazienti accompagnati da parenti, si incontrano per diventare protagonisti. All'arrivo, ammalati familiari, vengono invitati a condividere (anche davanti ad una tazzina di caffè) un momento iniziale di accoglienza in sereno contesto di relax, poi, i parenti, seguiti da un professionista, si appartano per momenti di sostegno, informazione e formazione, gli ammalati, invece, svolgono le attività programmate: *memory training*, attività ludico-ricreative, laboratorio grafico-pittorico, danzo-movimento terapia, *tai-chi*, fisioterapia, *pet-therapy*, in un contesto flessibile e attento alle esigenze via via manifestate dagli ammalati. Non è stata trascurata l'esigenza manifestata dai parenti di essere coinvolti in talune attività quali fisioterapia, *tai-chi*, training di rilassamento muscolare, condotto dalla psicologa, utile anche per la gestione dei momenti di ansia. Attualmente è attivo un laboratorio occupazionale.

Risultati. I risultati conseguiti, verificati anche tramite i questionari rivolti ai parenti, la valutazione cognitiva iniziale ed *in itinere*, il monitoraggio periodico del comportamento dei pazienti, sono in linea con gli obiettivi prefissati ed in taluni casi superiori alle aspettative: aiuto al familiare *caregiver* per ricollocarsi nel contesto della malattia in modo non frustrato, ma consapevole delle responsabilità assunte e della necessità di accogliere aiuti e suggerimenti per poi diventare veicolo degli stessi; creazione di uno spazio di condivisione serena con gli ammalati; si è contribuito al mantenimento delle abilità residue dei pazienti; miglioramento delle relazioni ammalato-*caregiver*.

Conclusioni. L'Alzheimer Caffè contribuisce a migliorare la qualità della vita dell'ammalato e del *caregiver* riducendo il loro isolamento e facendoli sentire parte attiva e considerata di un gruppo.

P 8 INDICATORI PER LA PREVENZIONE DELLE DEMENZE NELLA REALTÀ ITALIANA: IL CONTRIBUTO DELLO STUDIO ARGENTO

Binkin Nancy (a), Michieletto Federica (b), Vanacore Nicola (a), Gruppo di Studio Argento
(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto
Superiore di Sanità, Roma*
(b) *Regione Veneto, Venezia*

Introduzione. Negli ultimi decenni si sono consolidate alcune evidenze epidemiologiche sul tema della prevenzione primaria dei disturbi cognitivi. Alcuni fattori quali le attività sociali, un'intensa attività mentale ed una regolare attività fisica sono stati associati ad una riduzione del rischio di insorgenza delle demenze. Nella realtà italiana sono scarsi gli studi che hanno preso in considerazione questo aspetto.

Metodi. Lo Studio Argento, un'indagine trasversale sullo stato di salute degli ultrasessantatrenni non istituzionalizzati, è stata condotta nel 2002 in 11 regioni italiane. Lo studio ha coinvolto complessivamente 2.369 persone: in ogni regione è stato selezionato un campione di 210 persone (310 in Campania), residenti in 30 comuni estratti in modo casuale dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati. Le informazioni sono state raccolte mediante intervista domiciliare somministrando un questionario standardizzato. L'analisi è stata condotta aggregando i dati delle regioni partecipanti. The *clock test* era usato come procedura di *screening* per i *deficit* cognitivi e i soggetti positivi in questa fase sono stati esclusi dalla presente analisi. Un individuo era definito a rischio di demenza sulla base di due domande che vanno ad indagare le seguenti dimensioni: l'attività sociale (parlare con persone non conviventi, uscire di casa e partecipare ad attività sociali nelle due settimane precedenti l'intervista) (1=tutte le tre; 2=almeno un'attività; 3=nessuna delle tre) e l'attività fisica (1=attività fisica almeno 3 gg alla settimana; 2=1-3 gg alla settimana e 0=mai o meno di un giorno alla settimana). I soggetti con un punteggio superiore a 4 vengono considerati "a rischio di demenza".

Risultati. Un totale di 1.521 soggetti erano inclusi nell'analisi, di questi il 57,5% erano donne ed il 40,5% con un'età superiore agli 85 anni. Il 26,1% rientrano nella definizione di soggetti "a rischio" di demenza. Tale rischio incrementa con l'età, è più elevato nelle donne (OR 1,6; IC 95% 1,2-2,1), nei residenti del Sud-Italia (OR 1,8; IC 95% 1,4-2,3), e in quelli con 2 o più patologie (OR 1,7; IC 95% 1,3-2,3). Inoltre, tale rischio incrementa con il numero di ospedalizzazioni nell'anno passato, passando da 1,7 (IC 95% 1,2-2,4) per un ricovero a 4,6 (IC 95% 2,8-7,4) per due o più ricoveri. Un basso livello di istruzione era associate al rischio nell'analisi bivariata ma diventa non significativo in quella multivariata (OR 1,1; IC 95% 0,8-1,4).

Conclusioni. Questo studio documenta come una proporzione di soggetti normali in età avanzata rappresentativa della popolazione italiana sia a maggior rischio di insorgenza della demenza. La rilevanza di tale osservazioni è strettamente connessa alla possibilità di intervenire su alcune di queste variabili anche al fine di ritardare di pochi anni l'insorgenza del deterioramento cognitivo.

P 9 UVA: IL NUOVO VOLTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Boffelli Stefano (a,b), Mattanza Chiara (a,b), Rozzini Renzo (a,b), Barbisoni Piera (a,b), Trabucchi Marco (b)

(a) *Unità Operativa Geriatria, Fondazione Poliambulanza, Istituto Ospedaliero, Brescia*

(b) *Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

Introduzione. Il Progetto CRONOS ha permesso di diagnosticare e trattare farmacologicamente un numero crescente di persone nel tempo. Scopo del nostro studio è di descrivere le caratteristiche, e le loro modificazioni nel tempo, dei malati che afferiscono alla nostra UVA.

Metodi. Sono stati sottoposti a trattamento farmacologico i pazienti affetti da Demenza di Alzheimer afferiti presso la nostra UVA. Ad ogni visita venivano inoltre valutati: MMSE, IADL (n. funzioni conservate), BADL, patologie concomitanti. L'analisi statistica è stata effettuata con SPSS Rel. 13.0.

Risultati. Dal novembre 2000 al dicembre 2006 sono stati inseriti nel progetto 387 malati. I pazienti sono prevalentemente femmine (77%), età media avanzata ($79,3 \pm 6,5$), con decadimento cognitivo e funzionale moderato (MMSE $19,4 \pm 3,9$, IADL $2,5 \pm 2,3$, BADL $4,9 \pm 1,6$). La frequenza di prescrizione dei sedativi è molto bassa (4,8%), ad indicare una gravità comportamentale lieve. Il decadimento cognitivo alla prima valutazione, suddiviso per i pazienti reclutati per ogni anno, non sembra differire nel tempo (MMSE $19,5 \pm 4,1$ nel 2000, *versus* MMSE $19,1 \pm 4,4$ nel 2006). Se consideriamo solo il gruppo dei malati con decadimento lieve (MMSE >24), la media del punteggio alla prima visita tende ad aumentare nel corso degli anni (MMSE $24,9 \pm 1,1$ nel 2000, MMSE $26,0 \pm 1,3$ nel 2006), ad indicare che aumenta il numero delle persone che si presentano con decadimento cognitivo molto lieve. I dati rilevano infine che quasi il 50% dei malati della UVA si "perde" nel tempo. Oltre alle persone che "fisiologicamente" escono dal trattamento per aggravamento cognitivo e clinico (5,2%), esiste una percentuale elevata di malati che non ritorna alle visite successive (44,2%).

Conclusioni. Le persone malate ed i loro familiari hanno trovato nelle UVA l'ambulatorio "di famiglia" della demenza, dove trovare una serie di risposte che vanno ben al di là della semplice distribuzione del farmaco: continuità diagnostico-terapeutica, assistenziale, *counseling* familiare. Una diagnosi sempre più precoce permette di iniziare il trattamento farmacologico quando è dimostrato che funzioni maggiormente, e cioè nella fase lieve-moderata di malattia.

P 10 UVA REGISTA DEI PROGETTI ASSISTENZIALI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Boiardi Roberta (a), Ferrari Patrizia (a), Morotti Ernestina (b), Ugolotti Angela (c), Jacopetti Francesca (d), Cecchella Sergio (e), Riccò Daniela (f)

(a) *Unità Valutazione Alzheimer, AUSL, Reggio Emilia*

(b) *Coordinatore Infermieristico Territoriale, AUSL, Reggio Emilia*

(c) *Educatore Professionale Nucleo Demenze Coopselios, Reggio Emilia*

(d) *Assistente Sociale, AUSL, Reggio Emilia*

(e) *Programma Aziendale Demenze, AUSL, Reggio Emilia*

(f) *Direttore Sanitario, AUSL, Reggio Emilia*

Introduzione. L'approccio terapeutico al paziente affetto da demenza deve necessariamente essere globale (farmacologico, riabilitativo, socio-assistenziale). Le UVA della nostra Provincia prendono in carico i pazienti affetti da demenza assicurando assistenze diversificate nelle varie fasi della malattia, garantendo la continuità delle cure e l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate negli ambiti che di volta in volta si rendono necessari. Il Progetto Demenze della Regione Emilia Romagna (DGR 2581/99) ha tra i suoi obiettivi quello di adeguare e specializzare la rete dei servizi socio sanitari, diffusi sul territorio nello spirito della LR 5/94, nella presa in carico e nella cura dei soggetti dementi.

Metodi. Di fronte ad un bisogno clinico specifico come il contenimento dei disturbi comportamentali il demente e la sua famiglia possono contare su un ricovero temporaneo nel nucleo speciale demenze. Il nucleo è infatti un ambiente, fisico e umano, terapeutico, concepito come protesi dei disturbi cognitivi e funzionali e per il contenimento della difficoltosa interazione che il demente ha con la realtà circostante. I nuclei speciali nella nostra Provincia accolgono persone in carico alle UVA con demenza moderata o severa con disturbi comportamentali rilevanti e significativi in grado di trarre beneficio da un intervento intensivo limitato nel tempo. I criteri di eleggibilità prevedono un punteggio di MMSE \leq 19 e di NPI \geq 28 oppure=12 in un singolo disturbo. Gli obiettivi dei nuclei speciali sono la riduzione e/o stabilizzazione dei disturbi comportamentali utilizzando interventi farmacologici e non, il mantenimento/potenziamento delle abilità residue, il miglioramento delle competenze dei *caregiver* formali o informali attraverso il sostegno psicologico e l'attività formativa/informativa da parte di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura. Sulla base di queste indicazioni contenute nel Progetto Regionale Demenze, il nostro nucleo speciale situato a Villa Minozzo, Distretto Sanitario di Castelnovo ne' Monti, è operativo dal 1° novembre 2004 e accoglie persone in carico alle UVA del Distretto medesimo e dei Distretti Sanitari vicini, in particolare dal Distretto di Scandiano. L'equipe del nucleo si riunisce settimanalmente e provvede a verificare e aggiornare il piano assistenziale individuale. L'UVA di riferimento del paziente viene aggiornata telefonicamente e a sua volta mantiene stretti contatti con l'Assistente sociale responsabile del caso e con gli altri attori che prenderanno in carico il paziente alla dimissione dal nucleo. Alla UVA spetta infatti il compito di individuare il punto della rete adeguato per il paziente da attivare alla dimissione.

Risultati. Dall'apertura ad oggi (fine giugno 2008) il nucleo ha effettuato 95 ingressi, di questi 44 sono stati dimessi a domicilio e 43 in Casa Protetta, 6 sono stati i decessi, 2 i ricoveri ospedalieri registrati. La durata del ricovero (in media di 65 giorni) è legata al tempo necessario per raggiungere gli obiettivi del piano assistenziale individuale (riduzione e/o stabilizzazione dei disturbi comportamentali, mantenimento/potenziamento delle abilità residue, miglioramento delle competenze dei *caregiver* formali o informali) e al tempo necessario per formare la famiglia o la struttura alla ripresa in carico. Il percorso di cura e la presa in carico complessiva fa sì che dei 95 pazienti entrati, solo per 10 si è reso necessario nel tempo un nuovo ingresso al nucleo.

Conclusioni. Quando il passaggio delle informazioni relative agli aspetti clinici e ai bisogni del paziente è attento e capillare e l'UVA lo presiede e lo tiene monitorato, il progetto assistenziale predisposto per ciascun paziente è duraturo e non viene vanificato l'intervento specialistico dei professionisti del nucleo stesso. Resta tuttavia difficoltosa la gestione di pazienti complessi come coloro che sono affetti da demenza con disturbi comportamentali nella rete dei servizi territoriali.

P 11 VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DI MEMANTINA SUI DISTURBI PSICO-COMPORTAMENTALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER DA MODERATAMENTE SEVERA A SEVERA: STUDIO DI SORVEGLIANZA POST-MARKETING

Clerici Francesca (a), Vanacore Nicola (b), Elia Antonietta (a), Spila-Alegiani Stefania (b), Pomati Simone (a), Da Cas Roberto (b), Raschetti Roberto (b), Mariani Claudio (a), Gruppo Lombardo per lo Studio di Mementina

(a) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Clinica Neurologica, Ospedale Luigi Sacco, Azienda Ospedaliera, Polo Universitario, Milano*

(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Obiettivi. Valutare nella pratica clinica l'efficacia di memantina sui disturbi psico-comportamentali della demenza (*Behavioral and Psychological Symptom of Dementia - BPSD*) al fine di identificare delle possibili variabili predittive degli effetti del trattamento.

Metodi. Questo studio di sorveglianza *post-marketing* è stato promosso dall'Assessorato alla Salute della Regione Lombardia e ha coinvolto 43 Unità di Valutazione Alzheimer. Nel periodo luglio-dicembre 2005 sono stati arruolati 451 pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*) da moderatamente severa a severa non in trattamento con inibitori di acetilcolinesterasi. L'età media all'arruolamento era 77 ± 7 anni, il 72% erano donne, la media dei punteggi del *Mini-Mental State Examination* (MMSE), del *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) e dell'*Activities of Daily Living* (ADL) era rispettivamente di 9 ± 4 , 24 ± 22 e 3 ± 2 . Ogni paziente è stato trattato con memantina fino a raggiungere un dosaggio di 20 mg al giorno e seguito per 6 mesi con due visite di *follow-up*. I BPSD sono stati valutati al *baseline* e alle successive visite di controllo mediante il punteggio totale e i punteggi dei singoli sub-item dell'NPI (versione 12 items). I BPSD sono stati suddivisi in 4 *cluster* comportamentali: affettività, comportamento fisico, psicosi e comportamento ipomaniacale. Dopo 6 mesi di trattamento l'efficacia di memantina su ciascun *cluster* comportamentale è stata valutata mediante la percentuale di pazienti che hanno presentato un miglioramento di almeno un sintomo appartenente al *cluster* in esame (*responder*). I pazienti che hanno prematuramente interrotto il trattamento sono stati considerati *non-responder*. È stata condotta un'analisi logistica multivariata per valutare la presenza di possibili variabili predittive associate alla risposta al trattamento dopo 6 mesi.

Risultati. Dopo 6 mesi di trattamento l'analisi di efficacia è stata condotta su un sottogruppo di 319 pazienti di cui erano disponibili le informazioni relative ai singoli *sub-item* dell'NPI (punteggio medio NPI totale 27 ± 23). I pazienti con i *sub-item* di NPI presentavano una durata media di malattia inferiore a quella dei pazienti senza i *sub-item* di NPI: questa era l'unica differenza statisticamente significativa tra i due gruppi al *baseline* ($p=0,008$). La prevalenza di ciascun *cluster* di BPSD era la seguente: 79% (affettività), 79% (comportamento fisico), 50% (psicosi) e 36% (comportamento ipomaniacale). La percentuale di risposta a 6 mesi è risultata la seguente: 43% (affettività), 32%

(comportamento fisico), 31% (psicosi) e 28% (comportamento ipomaniacale). Il dosaggio stabile di memantina è risultato associato ad una maggiore probabilità di risposta (affettività OR 17,7; 95% CI 7,7-40,6; comportamento fisico OR 23,9; 95% CI 8,7-65,4; psicosi OR 9,6; 95% CI 2,9-31,9). La risposta dopo 3 mesi di trattamento è risultata associarsi ad una maggiore probabilità di risposta dopo 6 mesi (affettività OR 8,9; 95% CI 4,2-18,8; comportamento fisico OR 17,2; 95% CI 7,1-41,6; psicosi OR 16,6; 95% CI 5,8-48,6).

Conclusioni. Nei pazienti affetti da AD da moderatamente severa a severa trattati nella pratica clinica con memantina le principali variabili predittive di miglioramento dei BPSD dopo 6 mesi di terapia sono il dosaggio stabile di memantina e la risposta al trattamento dopo 3 mesi. Il limite principale di questo studio risiede nella difficoltà di distinguere gli effetti del trattamento con memantina sui disturbi psicocomportamentali dalle modificazioni comportamentali intrinseche nella storia naturale della malattia e da quelle legate agli altri trattamenti farmacologici attivi sul sistema nervoso centrale.

P 12 PARAMETRI EMOREOLOGICI E CARDIOVASCOLARI E DECLINO COGNITIVO NEI SOGGETTI ANZIANI

De Biase Maria, Pastore Agostino, Masciello Claudia, Mastrolorenzo Luigia, Forte Raffaele, Brusa Pietro, Coppola Antonino, Chiorazzo Gisberta, Grassia Antonio, Coppola Ludovico
Cattedra di Medicina Interna e Geriatria, Dipartimento di Geriatria Gerontologia e Malattie del Metabolismo, Divisione di Astanteria Medica e Geriatria, I Policlinico, Seconda Università degli Studi, Napoli

Introduzione. I parametri emoreologici giocano un ruolo determinante nella patogenesi dell'arteriosclerosi e delle sue complicanze. Un aumentato livello di viscosità ematica sembra responsabile di un più marcato declino cognitivo rispetto a controlli paragonabili per età e sesso. La nostra ricerca è stata articolata al fine di valutare se un'alterazione dei parametri emoreologici (*studio A*) e se l'alterazione di alcuni parametri cardiovascolari strumentali (ECGrafici ed ecocardiografici) (*studio B*) si associno al declino cognitivo anche nei soggetti in età francamente senile.

Metodi. (*studio A*) sono stati arruolati 177 pazienti, sottoposti a prelievo venoso per determinazione di viscosità ematica globale, ematocrito, emoglobinemia, conta delle cellule ematiche, fibrinogeno e a valutazione cognitiva globale (MMSE, GDS, ADL, IADL). (*studio B*) Sono stati arruolati 60 pazienti sottoposti ad ECG, ecocardiogramma e test per valutazione cognitiva globale (MMSE, GDS, ADL, IADL).

Risultati. È stata osservata una correlazione positiva statisticamente significativa tra viscosità ematica globale, ematocrito, emoglobina, conta eritrocitaria e MMSE; e di segno inverso tra conta leucocitaria, piastrinica e MMSE (*studio A*).

È stata osservata una correlazione positiva statisticamente significativa tra età e spessore del setto (SIV), e negativa tra MMSE e frequenza cardiaca, QTc e QTcD (indici di ritardata e disomogenea ripolarizzazione ventricolare) (*studio B*).

Conclusioni. I fattori cardiovascolari risultano coinvolti anche nella patogenesi della Malattia di Alzheimer. (*studio A*) Un incremento della viscosità ematica globale non è di per sé responsabile del declino cognitivo nei soggetti in età senile; anzi, normali livelli di viscosità ematica globale sono condizione importante per mantenere normali competenze cognitive, verosimilmente perché emoglobina, ematocrito e conta eritrocitaria sono responsabili dell'apporto di O₂ al cervello. La correlazione di segno inverso tra MMSE e conta piastrinica e leucocitaria è probabilmente interpretabile in virtù della marcata rigidità e aggregabilità con conseguente possibile ostacolo al flusso cerebrale. (*studio B*) Esiste una relazione tra capacità cognitive e parametri cardiovascolari soprattutto la ripolarizzazione miocardica, in quanto fattore di rischio per aritmie ed eventi ischemici silenti transitori potenzialmente interferenti con il microcircolo cerebrale. La correlazione inversa tra FC e MMSE, in assenza di correlazione con indici di funzione cardiaca (FE%), potrebbe trovare giustificazione in un'alterata regolazione cardiaca autonoma secondaria al danno cerebrale.

P 13 HOME TRAINING: LA RIABILITAZIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON DEMENZA

Del Gracco Stefano (a,b), Ruggeri Massimiliano (b), Russo Filomena (a,b), Abballe Alessandra (a,b)

(a) Servizio di Riabilitazione Domiciliare, Roma

(b) Servizio di Neuropsicologia, Centro di Riabilitazione, CAR, Roma

Introduzione. La ricerca in riabilitazione neuropsicologica ha recentemente esplorato l'efficacia di interventi riabilitativi effettuati presso la casa stessa del paziente, allo scopo di facilitare la generalizzazione della terapia. Alcuni autori hanno dimostrato che pazienti con esiti di trauma cranico hanno ottenuto migliori risultati dopo riabilitazione cognitiva condotta presso gli ambienti naturali dei pazienti.

Metodi. L'*Home Training* (HT) è un protocollo di riabilitazione domiciliare, che integra terapie neuropsicologiche, occupazionali e motorie, effettuato dal Servizio di Neuropsicologia del Centro di Riabilitazione CAR, con pazienti affetti da demenza residenti nel territorio della ASL RM A di Roma. L'HT si basa su esercizi specifici e training selezionati, con un approccio *multi-domain*, da svolgersi sotto la guida del terapeuta, finalizzati sia al mantenimento-miglioramento delle funzioni compromesse che alla stimolazione di quelle residue. L'obiettivo principale dell'HT è quello di migliorare l'autonomia funzionale nella vita quotidiana del paziente con demenza, utilizzando l'ambiente domiciliare come strumento di facilitazione per l'acquisizione e la generalizzazione di strategie per l'autonomia. Il periodo di riabilitazione è di 3 mesi, con sedute quotidiane effettuate da logopedisti e fisioterapisti presso l'abitazione del paziente. Le principali aree di intervento dell'HT sono: 1) riorientamento; 2) consapevolezza; 3) attenzione; 4) *Memory Training* "ecologico"; 5) *Memory Training* procedurale; 6) linguaggio; 7) funzioni spaziali-costruttive; 8) funzioni prassico-gestuali; 9) funzioni esecutive.

La terapia viene affiancata da *counselling* ai *caregivers* sulle strategie di gestione del paziente. Le valutazioni pre e post-trattamento vengono effettuate con una batteria di tests neuropsicologici (MMSE, FAB, Breve Racconto, Matrici Attentive, Token test, Denominazione del BADA, Aprassia Costruttiva, Aprassia Ideomotoria, Raven PM 47), scale funzionali per l'autonomia (Scala FIM, IADL), e resoconti dei *caregivers*.

Risultati. I risultati parziali, indagati per ora solo su due casi singoli di pazienti, uno con Demenza Fronto Temporale, l'altro di Alzheimer, hanno evidenziato dei miglioramenti significativi a livello funzionale e cognitivo, emersi nel confronto tra le valutazioni *pre* e *post-training*.

Conclusioni. In riferimento alle attuali offerte terapeutico-ricreative dei Centri Alzheimer del SSN, l'HT si presenta come un valido ed efficace approccio alternativo nel panorama della riabilitazione delle demenze. La sua efficacia tuttavia deve ancora essere dimostrata sperimentalmente mediante studio di gruppo, attualmente ancora in fase iniziale presso il nostro Centro di Riabilitazione.

P 14 IL CONSULTORIO PSICOGERIATRICO DI MIRANDOLA: UN MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DELL'ANZIANO CON DEMENZA

Fabbo Andrea, Artioli Mila, Bonora Annalisa, Molinari Mariangela, Ravasini Stefano, Scarano Maria, Sentimenti Sandra, Sgarbi Cinzia, Turci Marina, Zucchi Patrizia, Nichelini Natalino
Consultorio Psicogeriatrico, Distretto di Mirandola, AUSL Modena

Il Consultorio Psicogeriatrico di Mirandola, promosso dal Distretto 2 della ASL di Modena e dall'Unione dei Comuni Modenesi Area Nord, oltre ad offrire un sistema integrato di diagnosi e gestione dei problemi legati alla demenza, ha recepito gli obiettivi del Progetto Demenze della Regione Emilia-Romagna (Del. GR 2581/1999): a) ricercare il miglior benessere possibile per i soggetti affetti da demenza; b) valorizzare e sostenere chi assiste (*caregivers*) sostenendoli nel processo di cura; c) garantire un servizio unitario, integrato, radicato sul territorio. Oltre a funzioni tipicamente sanitarie (ambulatori di diagnosi e cura, erogazione di interventi farmacologici e non farmacologici) il Consultorio svolge anche funzioni sociali (divulgazione di conoscenze sulla demenza nella popolazione generale, supporto e sostegno alle famiglie tramite attività di informazione e formazione) e soprattutto socio-sanitarie (formazione e consulenza agli operatori della rete dei servizi incluso l'ospedale, diffusione dei principi dell'ambiente protesico, supporto legale e previdenziale, realizzazione di una banca dati sulla demenza). L'organizzazione del Consultorio è così strutturata: a) 4 ambulatori di diagnosi e cura diffusi sul territorio distrettuale tra cui le visite domiciliari (con 4 geriatri, un neurologo, una neuropsicologa, una psicologa dedicata alla stimolazione cognitiva, un infermiere a tempo pieno); b) protocolli operativi con il Servizio di Radiologia, il Centro di Salute Mentale, l'Ufficio Invalidi Civili, il Servizio Farmaceutico, i Nuclei di Cure Primarie (accordo aziendale con i MMG per lo *screening* e la presa in carico delle persone affette da demenza e delle loro famiglie); c) centro di orientamento, formazione e sostegno per le famiglie con una psicologa, un consulente legale, un consulente assistenziale (OSS con attività anche di qualificazione e monitoraggio dell'assistenza privata a domicilio), un consulente ambientale (che lavora a stretto contatto con il Centro di Adattamento all'Ambiente Domestico - CAAD), attività di collaborazione con le associazioni dei famigliari (ASDAM) e gli operatori della rete sociale. È previsto inoltre un collegamento diretto con l'Unità Valutativa Geriatrica distrettuale per eventuali inserimenti nella rete dei servizi (strutture residenziali, Nucleo Alzheimer, centri diurni, assistenza domiciliare integrata con eventuale erogazione di assegno di cura). La principale funzione del Consultorio è stata quella di realizzare un percorso assistenziale a lungo termine, integrato e multidisciplinare che rappresentasse una vera e propria "rete di cura" per la persona affetta da demenza e per la sua famiglia (vedi i dati di attività dal 15/04/2000 al 31/12/2007). La maggior parte degli interventi sono finalizzati soprattutto al mantenimento della persona affetta da demenza il più a lungo possibile a domicilio evitando la istituzionalizzazione; infatti il ricorso alla struttura residenziale avviene solo nel 26% dei casi mentre in massima parte sono attivati interventi di tipo domiciliare (74% dei casi).

P 15 APPROCCIO QUALITATIVO AD UN TEST DI MEMORIA: DATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO NORMATIVO

Gasparini Marina (a), Vanacore Nicola (b), Salati Emanuela (a), Antinucci Livio (a), Talarico Giuseppina (a), Piacentini Elisa (a), Lenzi Gian Luigi (a), Bruno Giuseppe (a)
(a) *Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università degli Studi La Sapienza, Roma*
(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. L'analisi qualitativa è parte essenziale dell'esame neuropsicologico: pazienti con identici punteggi ai test possono infatti differenziarsi per la presenza o meno al loro interno di elementi cognitivi di rilievo, utili alla diagnosi non meno del valore numerico.

Metodi. 166 volontari sani (66 uomini, 100 donne) divisi in 5 classi di età (*range* 40- >80) e 4 di scolarità (5-17) sono stati sottoposti al test delle 15 Parole di Rey. Il campione normativo è in corso di completamento, risultando al momento sotto-dimensionato per la fascia di età 40-50 e ≤ 5 di scolarità. Dalle prestazioni sono state isolate le seguenti variabili: a) consistenza dell'apprendimento (*trial* 1-5) e b) sua distribuzione (regioni *primacy-middle-recency*); c) percentuale di oblio; d) riconoscimento; e) falsi positivi; f) intrusioni.

Risultati. Nonostante la minor rappresentazione di soggetti giovani e/o poco scolarizzati, tutte le variabile hanno mostrato valori sovrapponibili di Media, Mediana e Moda e distribuzioni approssimativamente normali. La consistenza dell'apprendimento risulta positivamente correlata con la scolarità ($\rho=0,16-0,29$; $p=0,01$), ed inversamente con l'età (ρ da $-0,32$ a $-0,42$; $p=0,01$), mentre l'entità del riconoscimento è significativamente legata a quella della regione *middle* ($r=0,26$; $p=0,05$). Il fenomeno di Oblio mostra un progressivo aumento percentuale nelle fasce di età (dal 14,4 al 21,9) ma non risulta sensibile alla scolarità, mantenendosi intorno al 16%. Il Riconoscimento non appare influenzato da fattori demografici, con una media di 13,7-14,3 *hits*. I valori di ciascuna variabile sono stati rappresentati in ranghi percentili e sottoposti a procedure non parametriche per il calcolo dei fattori demografici di correzione.

Conclusioni. I risultati dello studio rappresentano un primo passo per la valutazione nella pratica clinica di parametri cognitivi da sempre ritenuti scarsamente misurabili, migliorando quindi l'accuratezza dell'esame neuropsicologico nello *screening* diagnostico delle demenze.

P 16 CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE DEMENZE SENILI-ALZHEIMER: UN'ESPERIENZA DI 7 ANNI

Giordano Marcello, Vitrano Catania Teresa Maria, Curatolo Massimiliano, Pineo Antonella, Oddo Gioacchino

Unità Operativa Residenze Sanitarie Assistenziali Geriatrica 1 e Centro di Riferimento Regionale Demenze Senili-Alzheimer, Dipartimento per l'Integrazione Sociosanitaria, AUSL 6, Palermo

Introduzione. Vengono presentati i dati del lavoro svolto in una Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) geriatrica territoriale dal novembre 2000 (inizio del Progetto CRONOS e istituzione delle UVA) al dicembre 2007. Dal 14/3/2002 l'UVA diviene Centro di Riferimento Regionale.

Metodi. I pazienti afferiscono al Centro direttamente (inviati dal Medico di Medicina Generale - MMG) o selezionati dai Referenti dei 14 Distretti dell'AUSL 6, psichiatri, geriatri e neurologi che operano presso ambulatori collegati in "rete" con il Centro e con le altre 3 UVA Aziendali, assicurando così assistenza a tutti i pazienti del vasto territorio dell'AUSL 6 in cui le UVA non sono uniformemente rappresentate. I partecipanti alla "rete" si incontrano una volta al mese presso il Centro, con finalità di formazione continua e di discussione di casi clinici. Sono state attivate consulenze di cardiologia, psichiatria e neurologia, con l'obiettivo multidisciplinare della diagnostica differenziale tra demenza e altre patologie. Nel corso degli anni è aumentata e migliorata la collaborazione con i MMG, attraverso incontri, contatti telefonici ed epistolari, nella convinzione che essi svolgono un ruolo di primo piano in una rete di servizi. Il percorso di valutazione del paziente inizia con la prima visita con "presa in carico" della persona "fragile" con demenza e della sua famiglia. Il paziente viene sottoposto a valutazione clinica internistico-geriatrica volta a rilevare le eventuali comorbilità, a valutazione cognitiva di I livello, funzionale, dei sintomi non cognitivi e sociale. Vengono richiesti esami ematochimici e strumentali, viene programmata una valutazione cognitiva di II livello, con test neuropsicologici, somministrati dallo psicologo. Il percorso assistenziale prevede l'eventuale prescrizione dei farmaci Ache-I il trattamento dei sintomi non cognitivi, la programmazione dei gruppi di riattivazione cognitiva, la pianificazione degli interventi sociali e di supporto al *caregiver* con formazione e *counselling*. Il *follow-up* dei pazienti viene effettuato ogni 1-2-3-6-12 mesi a seconda dei casi.

Risultati. Le visite effettuate nel periodo in studio sono 18.626, di cui 2.845 prime visite (corrispondenti ad altrettante cartelle cliniche aperte) e 16.141 visite di controllo. 955 pazienti dei 2.485 sono stati inseriti nel Progetto CRONOS; gli altri sono stati esclusi perché affetti da patologie diverse da AD (MCI, altre demenze, depressione, psicosi), o da AD in stadio avanzato (MMSE<12). All'arruolamento in CRONOS i pazienti presentano MMSE=17,4±4,0, ADL=4,8±1,0, IADL=3,5±2,0. 72 pazienti sono stati inseriti in gruppi ROT (attività iniziata nel febbraio 2002). Sono state effettuate 158 consulenze cardiologiche, 134 psichiatriche (attive dal 2004) e 52 neurologiche (attive dal 2005), 77

incontri mensili plenari con i familiari, 1.634 incontri con singolo gruppo familiare, 70 riunioni mensili con i Responsabili UVA e Referenti Distrettuali dell'AUSL 6.

Conclusioni. I pazienti che afferiscono al Centro sono aumentati nel corso degli anni e sono stati "presi in carico" da un *team* multidisciplinare riducendo sensibilmente i ricoveri ospedalieri impropri ed incongrui, sono stati attenzionati i pazienti con MCI con *follow-up* nel tempo; si è rivelato valido il supporto dato alle famiglie con maggiore permanenza dei pazienti a domicilio e riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione. Anche la "rete" ambulatoriale delle UVA e degli Ambulatori dei Distretti si è rivelata valida per la circolazione dei pazienti, con collegamenti anche con Ospedali, Servizi Assistenza Domiciliare Integrata e Centri Diurni.

P 17 EFFETTI COGNITIVI E FUNZIONALI DELLA *COGNITIVE ACTIVATION THERAPY* NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Gollin Donata, Talassi Erika, Ferrari Arianna, Peruzzi Anna, Ruaro Cristina, Wierer Ulrike, Chiamenti Andrea Maria, Basso Cristina, Codemo Alessandra, Bertocco Sandra, Del Grosso Destreri Nicoletta, Gabelli Carlo

Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedaliera, Università degli Studi, Padova

Introduzione. Il trattamento farmacologico della Malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*) attualmente ha ottenuto risposte limitate sotto il profilo costo-beneficio. Pertanto il nostro gruppo dal 2001 ha implementato un protocollo di attivazione cognitiva da affiancare alla terapia farmacologica.

Metodi. Il trattamento è rivolto a piccoli gruppi di pazienti (3-5 persone) con AD in fase lieve-moderata (MMSE: 10-25) in terapia farmacologia stabilizzata. Viene eseguito in modalità intensiva (TI) a cadenza quotidiana, o diluita (TD) a cadenza bisettimanale, per un totale di 18 sedute di 4 ore ciascuna. È previsto un ciclo di richiamo a distanza di tre mesi dal primo. All'inizio e al termine di ogni ciclo viene eseguita una valutazione cognitiva (MMSE), funzionale (DAFS) e della percezione della qualità della vita (SF-12).

Risultati. Al termine del primo ciclo di trattamento, sia il gruppo TI (n=165) che il gruppo TD (n=43) mostrano un aumento significativo ($p<0,001$) dei punteggi al MMSE rispetto ai valori basali, con un incremento rispettivamente +1,4 e +1,6 punti. Alla DAFS si osserva un aumento percentuale significativo ($p<0,001$) del punteggio rispettivamente di: +8,7% e +8,5%. Alla SF-12 solo il gruppo TI giudica significativamente migliore ($p<0,005$) il proprio stato di salute fisico ($t_0=46,5\pm 9,7$, $t_1=48,4\pm 8,7$), mentre entrambi i gruppi non percepiscono modificazioni del proprio stato di salute mentale. Nel sottogruppo di pazienti che hanno eseguito il ciclo di richiamo (TI n=62; TD n=26), si osserva un ulteriore miglioramento al termine del ciclo sia nel MMSE, rispettivamente di +0,9 ($p<0,001$) e di +0,7 (n.s.) punti che nella DAFS, rispettivamente di +9,2 ($p<0,001$) e di +7,7 ($p<0,001$) punti. Non risultano modificazioni significative nella percezione soggettiva dello stato di benessere fisico e mentale valutato alla SF-12.

Conclusioni. Il protocollo di Terapia di Attivazione Cognitiva somministrato a soggetti con AD lieve-moderata mostra effetti significativamente positivi sia per gli aspetti cognitivi che per l'autonomia funzionale del soggetto, pur rimanendo sostanzialmente invariata la percezione soggettiva di benessere. L'ampiezza della risposta cognitiva osservata risulta essere simile o migliore a quanto ottenuto da farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi in studi controllati. Riteniamo che la risposta funzionale ottenuta alla DAFS non sia legata all'allenamento della specifica prestazione, ma sia effetto di una generalizzazione delle attività svolte durante il trattamento.

P 18 DEFICIT COGNITIVI SOGGETTIVI IN AMBITO DI MEDICINA DI BASE: RISULTATI EMERGENTI AL COGNITIVE ASSESSMENT SCREENING TEST (CAST)

Iavarone Alessandro (a,d), Musella Caterina (b,c,d), Guillaro Bruno (f), Vecchione Nunzia (d), Castaldo Angelo (e), Piccinocchi Gaetano (f)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, Unità Stroke, CTO, ASL Napoli 1, Napoli*

(b) *Assessorato alla Sanità, Regione Campania, Napoli*

(c) *Servizio Umanizzazione, ASL Napoli 1, Napoli*

(d) *Comitato Tecnico Scientifico, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer ONLUS, Napoli*

(e) *Federazione Italiana Medici di Medicina Generale della Campania, Napoli*

(f) *Società Italiana di Medicina Generale, Napoli*

Introduzione. Disturbi Cognitivi Subiettivi (DCS) sono frequentemente riferiti dai pazienti afferenti al Medico di Medicina di Base (MMB). Tali disturbi possono precorrere l'esordio di franco deterioramento cognitivo o demenza e sono frequente motivo di ricorso alle consulenze del Neurologo e del Geriatra.

Obiettivi. Verificare la prevalenza dei DCS in un ampio campione di soggetti in ambito ambulatoriale del MMB. Valutare l'influenza di variabili demografiche e medico-generalistiche a carico dei DCS.

I risultati del presente studio si riferiscono alla prima fase di un progetto avente per obiettivo l'individuazione di soggetti affetti da *Mild Cognitive Impairment* (MCI) nella popolazione afferente al MMB.

Metodologia. Sono stati valutati 497 soggetti di età superiore ai 50 anni, con anamnesi negativa per demenza. Il campione era costituito da 241 uomini e 283 donne. L'età media risultava di 64,46 anni (dev. st.=6,25) e la scolarità media, in anni, di 8,06 (dev. st.=4,87). A tutti i soggetti è stato proposto il *Cognitive Assessment Screening Test*, parte c (CAST-c). È questo uno strumento di autovalutazione, consistente in 13 domande a risposta forzata (si/no), allestito allo scopo di valutare la presenza di DCS da parte del MMB. Di tutti i soggetti sono stati acquisiti i dati demografici e quelli medico-generalistici. L'intera popolazione è stata suddivisa in due fasce in base all'età, ovvero "giovani" (50-64 anni, n=262) e "anziani" (età>64 anni, n=235 soggetti). In cinquantadue soggetti si è evidenziata storia clinica positiva per patologie mediche rilevanti (di ordine neurologico, psichiatrico o internistico). La presenza di DCS significativi è stata stabilita in base al criterio arbitrario di almeno tre risposte "si" al CAST-c, almeno una delle quali sugli *items* esploranti le funzioni mnestiche.

Risultati. Centootto soggetti (21,7%) evidenziavano un punteggio al CAST-c superiore al *cut-off*. I soggetti anziani presentavano punteggi globali significativamente superiori rispetto a quelli dei giovani ($p<0,05$), anche se non emergeva una differenza significativa tra la percentuale di soggetti giovani (19,8%) ed anziani (23,8%) rispetto alla presenza di DCS in termini assoluti. L'analisi della regressione multipla evidenziava, nei soggetti giovani, un effetto significativo della presenza di patologie mediche nella storia clinica

($p < 0,0001$). Un effetto simile era riscontrabile nei soggetti anziani ($p < 0,0001$), unitamente alla presenza di un effetto negativo dalla bassa scolarità ($p < 0,006$). Il test del chi-quadro confermava che il numero di soggetti con patologie mediche e DCS rilevanti risultava significativamente più elevato rispetto a quello di soggetti esenti da patologie ($p < 0,0001$), anche se non si riscontrava un effetto specifico del tipo di patologia ($F(2, 49) = 2,202$, $p = ns$). Pur riscontrandosi una percentuale più elevata di soggetti con DCS nell'ambito di quelli affetti da patologie mediche (55,8%), una percentuale non trascurabile di soggetti esenti da patologie (17,7%) lamentava comunque DCS.

Conclusioni. I risultati del presente studio confermano che i disturbi cognitivi subiettivi sono di frequente riscontro nel contesto ambulatoriale del MMB. Tali disturbi assumono proporzioni più rilevanti se valutati mediante strumenti sensibili e specifici. Sebbene i DCS siano maggiormente frequenti nei soggetti più anziani, essi possono essere osservati anche in persone di fascia pre-senile. I DCS sono più frequenti e rilevanti in persone con patologie mediche rilevanti, ma possono essere riscontrati anche tra soggetti con anamnesi medica negativa. La presenza di DCS risulta influenzata dalla scolarità: il dato è in linea con l'ipotesi del ruolo dell'educazione nel prevenire l'insorgenza di declino cognitivo nell'anziano (*cognitive reserve hypothesis*). È comunque da segnalare che una percentuale relativamente elevata di soggetti esenti da demenza e con anamnesi medica negativa riferisce DCS. Nell'ambito di tali soggetti si annidano probabilmente pazienti affetti da MCI o a rischio di demenza. La risposta a tale domanda è affidata alla fase successiva dello studio.

P 19 STATO DELL'ARTE DEGLI INTERVENTI DI STIMOLAZIONE COGNITIVA NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER

Izzicupo Fabio (a), Fogliatta Monica (a), Zito Michele (a), Vanacore Nicola (b), Galeotti Francesca (b), Gainotti Sabina (b), Menniti Ippolito Francesca (b), Raschetti Roberto (b)

(a) *Consultorio Alzheimer, Cattedra di Geriatria, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti*

(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

La stimolazione cognitiva è uno degli interventi terapeutici rivolti al malato di Alzheimer. Dal punto di vista epistemologico si basa principalmente su due assunti teorici: la psicologia cognitiva e la plasticità neurale. La tecnica più conosciuta all'interno di questo approccio terapeutico è la *Reality Orientation Therapy* (ROT). La ROT si sviluppa nella seconda metà del secolo scorso, come intervento di stimolazione per veterani di guerra affetti da traumi cerebrali. Dopo pochi anni se ne intuirono le potenzialità nella stimolazione di soggetti affetti da demenza. La sua applicazione con questi soggetti suscita molto entusiasmo nella comunità scientifica internazionale. In quegli anni, infatti, non esistevano terapie di alcun tipo per queste persone. Tuttavia, dopo un periodo relativamente breve, cominciano ad emergere critiche estese verso questo approccio. I pochi studi scientifici, effettuati con un minimo di accuratezza metodologica, evidenziavano l'assenza di efficacia della ROT. Negli anni '80 del secolo scorso la ROT entra in una sorta di limbo, in cui era utilizzata in poche realtà ed in modo estemporaneo. All'inizio degli anni '90, grazie soprattutto allo sforzo di un gruppo di ricercatori britannici, si osserva un rifiorire di questa tecnica. Il culmine di questo percorso di rivalutazione è stata la pubblicazione nel 2003 di un *Trial Clinico Randomizzato* in singolo cieco sulla stimolazione cognitiva. Questo lavoro ha evidenziato l'efficacia di questo approccio nei confronti dei malati affetti da Demenza di Alzheimer. In concomitanza agli sforzi di questo gruppo di ricerca Britannico sono stati effettuati numerosi studi su questo argomento fra cui alcune revisioni sistematiche del gruppo Cochrane. Fra questi studi si osserva una eterogeneità elevata dal punto di vista metodologico. Spesso viene utilizzata una metodologia sviluppata *ex-novo* che non permette di raffrontare in modo adeguato l'efficacia. Anche gli indicatori scelti per la misura di esito spesso sono diversi. La valutazione della letteratura fa emergere ad oggi la presenza di aree grigie nell'ambito dei trattamenti di stimolazione cognitiva. Vista ancora oggi l'assenza di interventi farmacologici risolutivi, risulta ancora attuale intraprendere la strada della stimolazione cognitiva. Questa opzione tuttavia sembra necessitare di un sforzo ulteriore volto alla stabilizzazione delle conoscenze attualmente disponibili sull'argomento e che tenga prioritariamente in considerazione l'aspetto della riproducibilità.

P 20 "PEGASO... ACCETTARE L'ALZHEIMER": PROGETTO PILOTA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI

Merlo Paola (a,b), Bossi Rocca Giuliana (a), Poggio Chiara (a), Carpo Simonetta (a),
Mazza Sara (a), Jannaccone Pazzi Andrea (a)

(a) *Centro UVA e Fondazione Humanitas, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Rozzano,
Milano*

(b) *Unità Operativa Neurologia Humanitas Gavazzeni, Bergamo*

Introduzione. La Demenza di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*) rappresenta un problema medico-sociale sempre più emergente della salute pubblica. L'approccio più moderno nella gestione della AD è multi-integrato ed il ruolo del familiare e del *caregiver* rappresenta un punto di forza nella reale gestione della patologia. L'esperienza di convivere con un malato di Alzheimer e di assisterlo impegna il *caregiver* in una difficile battaglia per poter assicurare un'assistenza adeguata, tra difficoltà nel reperire informazioni, difficoltà economiche, fatica e troppo spesso solitudine.

Metodi. Perché "Pegaso"? I familiari dei malati che afferiscono ai Centri di Unità Valutative Alzheimer (Centri UVA) trovano sicuramente molte informazioni che li aiutano a comprendere e a gestire gli aspetti medici, tuttavia questo aspetto non è sufficiente a far sostenere il carico emotivo che la malattia stessa comporta. È da queste riflessioni che è nato il Progetto "Pegaso, accettare l'Alzheimer", presentato nel 2006 dalla Fondazione Humanitas e dal Centro UVA dell'IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI). Pegaso si è proposto di sostenere le famiglie dei malati di Alzheimer nella gestione del carico psicologico del lavoro di cura. Gli obiettivi proposti con la nascita di Pegaso sono stati molteplici ed in particolare mirati al sostegno dei familiari nel percorso di comprensione ed accettazione della malattia, allo scambio e condivisione delle singole e personali esperienze, alla facilitazione del racconto dei vissuti emotivi per favorirne la trasformazione ed alla prevenzione del burnout dei familiari per migliorare la loro qualità di vita.

Conclusioni. Il Progetto nella sua prima fase, nel periodo 2006-2008, si è realizzato con incontri di gruppo mensili, aperti, stabili in presenza di due psicologhe (conduttrici) con discussioni e lavori in sottogruppi. Il risultato è stato di una ampia apertura al dialogo da parte di tutti i partecipanti con conseguente scambio e confronto delle singole e personali esperienze con anche possibili soluzioni su problematiche concrete della gestione del malato. La seconda fase, iniziata nel marzo 2008, sperimenta invece un percorso di gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA), condotti da un facilitatore responsabile con i partecipanti del funzionamento del gruppo stesso e della condivisione delle reciproche problematiche.

P 21 IL CENTRO ASCOLTO - UNA COLLABORAZIONE TRA AIMA NAPOLI ONLUS, IL SERVIZIO DI UMANIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DELL'ASL NAPOLI 1 E L'ASSESSORATO ALLA SANITÀ

Musella Caterina (a,b,c), D'Alterio Vittorio (b), Cappuccio Alessandra (c), Nuzzo Anna (c), Vecchione Nunzia (c)

(a) *Assessorato alla Sanità, Regione Campania, Napoli*

(b) *Servizio di Umanizzazione dei Percorsi Assistenziali, ASL Napoli 1, Napoli*

(c) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer ONLUS, Napoli*

Il Centro Ascolto realizzatosi con il Progetto ex art. 12 "dall'ADI al Centro Diurno" nasce nell'ambito del Progetto AIMA...AMIAMOCI, un Percorso azione di offerta di servizi per prendersi cura della Persona con demenza e della sua Famiglia, secondo un approccio bio-psicosociale basato sui diritti umani, per il raggiungimento di un concreto miglioramento della qualità della vita.

Nel 2003 è stato condiviso da un *netgroup* di esperti internazionali (INTERDEM) tra cui Linda Clare, Bob Woods, Hazel May, Down Brooker, Tracy Packer, Luc De Vreese, M. Vittoria Gianelli, ospiti per la prima volta in Italia.

Il centro Ascolto è strutturato su due livelli di intervento: i) Telefono Amico; ii) Spazio Con..Tatto.

Espleta le sue funzioni di ascolto e orientamento secondo due modalità:

- in tempo reale quando le informazioni sono immediatamente disponibili o se il bisogno viene valutato indifferibile;
- in tempo differito quando le informazioni richiedono una ricerca più approfondita (*back office* sociale).

Lo Spazio Con..Tatto ha la funzione di approfondire la conoscenza della persona e dei suoi reali bisogni, al fine di evitare il ricorso a strutture e prestazioni improprie, tramite una serie di colloqui psico-sociali, che integrano il primo filtro effettuato dal Telefono Amico ed offre varie consulenze: - assistenza sociale - gruppi di auto-aiuto - consulenza psicologica per le persone con demenza in fase prodromica e per i loro familiari - consulenza legale - coinvolgimento di professionalità specifiche, provenienti dalle strutture pubbliche, per prevenire o gestire la comorbilità, i disturbi cognitivi e i disturbi comportamentali in relazione alla stadiazione della malattia.

Procedura attivata:

- accoglienza;
- gestione della telefonata;
- gestione del bisogno;
- archivio dati e verifica *in itinere* dello stato di bisogno.

Le dimensioni che caratterizzano la qualità del servizio:

- aspetti legati al tempo: tempestività (velocità del servizio, brevità delle liste e delle file di attesa), puntualità, regolarità;

- aspetti legati alla semplicità delle procedure: comodità di operare richieste e prenotazioni telefonicamente e facilità degli adempimenti amministrativi;
- aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza: orari e ubicazione dei servizi, nomi dei referenti, procedure, modalità richiesta etc;
- aspetti legati alle relazioni sociali e umane: personalizzazione e umanizzazione del trattamento, cortesia, rispetto della dignità.

Le parole chiave: i) accoglienza delicata; ii) familiarizzazione; iii) umanizzazione dei percorsi istituzionali e non; iv) sostegno nella gestione di cura; v) verifica periodica degli *out-come*.

P 22 PATTERN DI PERFUSIONE CEREBRALE (SPECT) IN PAZIENTI CON DEFICIT SOGGETTIVO DI MEMORIA, MCI AMNESTICO E MCI NON AMNESTICO

Nobili Flavio (a), Barbieri Maria Paola (a), Dessi Barbara (a), Brugnolo Andrea (a), Frisoni Giovanni B. (b), Verhey Frans (c), Rodriguez Guido (a), Touchon Jacques (d), Visser Pieter-Jelle (c,e)

(a) *Unità Operativa Neurofisiologia Clinica, Dipartimento di Scienze Endocrinologiche e Mediche, Università degli Studi, Genova*

(b) *Laboratorio di Epidemiologia e Neuroimmagini, IRCCS San Giovanni di Dio, Brescia*

(c) *Department of Psychiatry and Neuropsychology, University of Maastricht, The Netherlands*

(d) *Centre Memoire de Ressource et de Recherche, Service de Neurologie, CHU Guy de Chauliac, Montpellier, France*

(e) *Department of Neurology, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands*

Introduzione. Lo studio multicentrico DESCRIPA ha arruolato pazienti con MCI o Deficit Soggettivo di Memoria (SUBJ), una parte dei quali sottoposti a SPECT.

Metodi. Ventitre pazienti erano classificati come SUBJ, 17 come MCI non amnestico MCI (naMCI) e 40 come MCI amnestico (aMCI) sulla base della neuropsicologia; 20 soggetti sani costituivano il gruppo di controllo (CTR). L'analisi delle Regioni Volumetriche d'Interesse (VROI) è stata effettuata in 6 aree corticali associative di ciascun emisfero.

Risultati. L'ANOVA per misure ripetute, corretta per età e centro, mostra significative differenze tra i gruppi ($p=0,01$) e le VROI ($p<0,0001$), con una significativa interazione gruppo-regione. Alla comparazione *post hoc*, i SUBJ non differiscono dai CTR. Gli aMCI mostrano ipoperfusione nell'ippocampo sinistro e nella corteccia temporale bilaterale (comparazione con CTR), ovvero nell'ippocampo sinistro e nella corteccia parietale bilaterale (comparazione con SUBJ). Nel gruppo naMCI, l'ipoperfusione era nella corteccia temporale bilaterale e nella corteccia frontale destra. Nella comparazione tra aMCI e naMCI, gli aMCI avevano più marcata ipoperfusione nella corteccia parietale e nel precuneo sinistro. L'analisi discriminante tra SUBJ/CTR *versus* tutti gli MCI permetteva una corretta collocazione nel 73% dei casi. Il valore medio delle 12 VROI era altamente correlato ($p<0,0001$) con l'apprendimento ad un test di memoria verbale, specialmente nei precunei e nella corteccia parietale bilaterale e nell'ippocampo sinistro. In un *subset* di 70 pazienti, i valori medi delle VROI mostrano una significativa correlazione ($p<0,05$) con il punteggio delle iperintensità della materia bianca alla MRI.

Conclusioni In conclusione, sottotipi di MCI hanno differenti *pattern* di perfusione cerebrale. Il gruppo aMCI esibisce un *pattern* che è tipico della Malattia di Alzheimer iniziale, mentre il gruppo naMCI mostra un *pattern* di ipoperfusione più anteriore. Invece manca un effetto gruppo omogeneo nei SUBJ.

P 23 USO DEI FARMACI NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA NELLA REGIONE LAZIO. ANALISI DEI DATI DI PRESCRIZIONE FARMACEUTICA NELL'ANNO 2007

Orzella Letizia, Scalmana Silvia, Chini Francesco, Velocchia Saverio
Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

Introduzione. Le demenze comprendono un insieme di patologie di notevole impatto in termini socio sanitari. In Europa si stima che l'Alzheimer rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza del 4,4% nella popolazione ultra 65. L'ILSA individua una prevalenza del 2,5% per l'Alzheimer e del 6% per tutte le demenze. Il Progetto CRONOS, ha istituito, nel Lazio, 34 UVA, per sperimentare l'efficacia dei farmaci per l'Alzheimer, monitorandone efficacia e sostenibilità.

Metodi. Sono state individuate, tramite il monitoraggio regionale, le prescrizioni di farmaci erogati dai MMG per ASL di appartenenza o direttamente dalle UVA nel 2007. È stato interrogato il sistema informativo gestito dall'ASP sulla distribuzione diretta. Le variabili considerate sono spesa lorda, consumi (DDD/1.000 abitanti *die*) e prevalenza d'uso. Le analisi sono state condotte per sostanza. Le popolazioni delle ASL sono state standardizzate per età e sesso. Sono state selezionate le seguenti sostanze: donezepil, rivastigmina, galantamina.

Risultati. Le 64.441 prescrizioni per farmaci anti-demenza hanno generato una spesa lorda di 10.000.000 € (il 7,8% sul totale della categoria dei farmaci per il sistema nervoso). La sostanza che incide maggiormente in termini di spesa sul totale è il donezepil (64,3%). A livello di ASL si nota un'elevata variabilità per spesa, consumi e prevalenza d'uso. La variabilità è confermata anche in termini di costo medio della DDD: le ASL romane e la ASL di Latina presentano l'erogazione di maggiori quantità molto costose. La prevalenza d'uso (x 1.000 abitanti) è pari a 1,9, l'età mediana degli utilizzatori è 79 anni con un maggior utilizzo da parte delle donne (M/F=0,53). I soggetti con una sola prescrizione sono il 14,3% per l'intera classe. Il consumo aumenta con l'età: il maggior ricorso ai farmaci si rileva nella fascia 80-84 anni. I farmaci anti-demenza in distribuzione diretta sono erogati da una struttura della ASL RME e dai servizi farmaceutici della ASL di Viterbo, con una spesa lorda di 105.000 € nonostante le UVA siano presenti, seppur in modo eterogeneo, in tutta la regione. L'utilizzo è maggiore nelle donne con una età mediana di 81 anni.

Conclusioni. Data l'elevata variabilità prescrittiva nel Lazio sarebbe auspicabile un monitoraggio nel tempo di spesa e consumi nonché un raffronto con le altre realtà regionali.

P 24 MEMORY TRAINING INDIVIDUALE

Pagliara Beatrice (a,b), Copelli Sandra (a), Dieci Francesca (a), Spaggiari Sabrina (a,b), Ferrari Pellegrini Francesca (b), Caffarra Paolo (a,c)

(a) *Consultorio Disturbi Cognitivi, Azienda USL, Parma*

(b) *Consultorio Disturbi Cognitivi, AIMA, Parma*

(c) *Dipartimento Neuroscienze, Università degli Studi, Parma*

Introduzione. Dati di letteratura su interventi individuali di riabilitazione cognitiva sono scarsi, eccetto alcune evidenze di miglioramento delle funzioni cognitive e qualità di vita in AD. Scopo del lavoro: verificare l'applicabilità degli interventi di *memory training* in aMCI non degenerativo.

Metodi. Sono stati coinvolti 2 soggetti, uno con aMCI post-traumatico (MMSE PC=26,31 IADL=4/5 ADL=4/6) sottoposto ad 1 ciclo di *memory training* e l'altro con aMCI vascolare (MMSE PC=22,9 IADL=4/5 ADL=6/6) sottoposto a 2. Ciascun ciclo (durata di 4 settimane e sedute bisettimanali di 1 ora ciascuna) è stato preceduto da incontri per raccogliere informazioni sulle difficoltà mnestiche invalidanti nella vita quotidiana. Gli interventi hanno previsto l'utilizzo di tecniche (*spaced retrieval-errorless learning*) con materiale ecologico. Per il secondo paziente, il *caregiver* ha proseguito la riabilitazione a domicilio. Per ciascun soggetto, nel corso delle sedute, è stato valutato l'apprendimento delle specifiche abilità allenate.

Risultati. L'analisi dei dati è stata realizzata calcolando le medie corrette percentuali delle prestazioni dei pazienti all'interno delle sedute. Per il primo, l'andamento delle prestazioni è stato caratterizzato dal miglioramento nelle prime sedute, notevolmente ridotti dalla V seduta per la progressiva riduzione della concentrazione. Tale dato ha portato ad accertamenti che hanno evidenziato la comparsa di sindrome delle apnee morfeiche. Per il secondo paziente, l'andamento delle prestazioni all'interno delle sedute è stato fluttuante con sedute indicative di buon apprendimento alternate a prestazioni scarse. Tale dato è stato attribuito a variazioni della *compliance*, riferibile sia a tratti comportamentali premorbosi, che alla lesione talamica ed ha suggerito una valutazione psichiatrica ed un approfondimento diagnostico-strumentale.

Conclusioni. La realizzazione degli interventi individuali di *memory training* e la reale efficacia nel favorire l'apprendimento si sono rivelati influenzati dalla tipologia dei soggetti selezionati sottolineando la necessità di studi di analisi delle variabili predittive. L'evidenza di buoni risultati di apprendimento delle abilità allenate in alcune sedute suggerisce di ampliare la casistica con studi controllati; valutare le ricadute degli interventi in ambito ecologico e sul benessere percepito. In questo studio l'intervento di *memory training* ha permesso di evidenziare precocemente elementi patologici meritevoli di approfondimenti.

P 25 MEMORY TRAINING DI GRUPPO

Pagliara Beatrice (a,b), Dieci Francesca (a), Copelli Sandra (a), Spaggiari Sabrina (a,b), Ferrari Pellegrini Francesca (b), Caffarra Paolo (a,c)

(a) *Consultorio Disturbi Cognitivi, Azienda USL, Parma*

(b) *Consultorio Disturbi Cognitivi, AIMA, Parma*

(c) *Dipartimento Neuroscienze, Università degli Studi, Parma*

Introduzione. I soggetti con aMCI non sono sottoposti in maniera sistematica ad alcun trattamento farmacologico-riabilitativo. La peculiarità del disturbo mnestico, percepito dal soggetto come invalidante nella vita quotidiana, ha suggerito l'opportunità di valutare l'efficacia di un Corso di gruppo *memory training* incentrato sull'allenamento delle funzioni mnestiche e la ristrutturazione cognitiva circa le credenze collegate alla mancanza di memoria ed al suo funzionamento.

Metodi. Hanno partecipato 17 soggetti (età media $73,4 \pm 7$; scolarità media $8,7 \pm 5$), suddivisi in 4 gruppi omogenei per età e scolarità, con aMCI su base neurodegenerativa ($MMSE \geq 24$) (secondo i criteri di Petersen). La durata del corso, per gruppo, è stata di 5 settimane con sedute bisettimanali di 1 ora e mezza ciascuna. L'intervento ha previsto l'apprendimento di tecniche di memorizzazione (categorizzazione, tecniche di elaborazione verbale per l'associazione faccia/nome-luogo/oggetto) ed il loro uso in ambito ecologico. All'inizio ed alla fine del corso i soggetti sono stati sottoposti a valutazione comportamentale della memoria, del tono dell'umore, dell'ansia, dell'Autoefficacia Sociale Percepita e dei disturbi soggettivi di memoria. Il gruppo di controllo è attualmente costituito da 9 soggetti.

Risultati. L'analisi statistica dei risultati ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo in due indici relativi alla valutazione dei disturbi soggettivi di memoria ($p=0,00$ e $p=0,02$), differenziandosi in maniera statisticamente significativa dal gruppo di controllo (9 soggetti) ($p=0,02$). È emerso, inoltre, un *trend* di miglioramento non statisticamente significativo relativo alla memoria comportamentale ($p=0,058$); non si sono modificati gli indici relativi al tono dell'umore e allo stato ansioso.

Conclusioni. I risultati hanno evidenziato l'efficacia di un corso di *memory training* nel migliorare la percezione del proprio funzionamento mnestico. Il confronto con i dati del gruppo di controllo e il monitoraggio dell'evoluzione del disturbo mnestico permetteranno di valutare la reale opportunità di inserire interventi di *memory training* nella pratica clinica.

P 26 OZONO, FUNZIONI COGNITIVE E TONO DELL'UMORE

Pastore Agostino (a), Masciello Claudia (a), De Biase Maria (a), Mastrolorenzo Luigia (a), Forte Raffaele (a), Parancandola Rita Rosaria (b), Brusa Pietro (a), Coppola Antonino (a), Chiorazzo Gisberta (a), Grassia Antonio (a), Coppola Ludovico (a)

(a) *Cattedra di Medicina Interna e Geriatria, Dipartimento di Geriatria Gerontologia e Malattie del Metabolismo, Divisione di Astanteria Medica e Geriatria, I Policlinico, Seconda Università degli Studi, Napoli*

(b) *Divisione di Ematologia, I Policlinico, Seconda Università degli Studi, Napoli*

Introduzione. Sembra che tutte le classi di farmaci antidepressivi aumentino la sintesi e il segnale nell'ippocampo e nella corteccia prefrontale di BDNF. Diversi studi dimostrano bassi livelli di BDNF sia centrali che periferici (plasmatici e sierici) in soggetti con disturbo del tono dell'umore. Anche nella Demenza di Alzheimer (AD) sembra che il BDNF possa giocare un ruolo patogenetico. Alcuni autori hanno riportato una diminuzione dei livelli centrali di BDNF nei nuclei basali colinergici e dei livelli sierici di BDNF. Lo scopo del presente studio è stato di valutare se O2/O3 GAET in soggetti con MCI producesse variazioni del tono dell'umore e miglioramento delle *performance* cognitive in acuto, e se il BDNF sierico potesse essere considerato come *marker* biologico di efficacia.

Metodi. 12 pazienti (6 maschi, 6 femmine; età media $75,9 \pm 9,7$) con diagnosi clinica di aMCI e con depressione lieve del tono dell'umore (HAM-D compreso tra 8 e 17) sono stati valutati mediante test delle 15 parole di Rey per la memoria a breve e a lungo termine, valutazione del tono dell'umore con MADRS, HAM-D e con un test visuo-analogico, e determinazione di BDNF sierico in condizioni basali (t_0) e 7 giorni dopo, entro 10 minuti dal termine di una seduta di O2/O3 GAET (t_1).

Risultati. I dati hanno evidenziato una riduzione significativa del punteggio al MADRS e all'HAM-D ($p < 0,05$), un miglioramento al *visual-analogic test*, nessuna variazione nella *performance* cognitiva alle 15 parole di Rey, ed una riduzione statisticamente significativa del BDNF sierico ($p = 0,031$); nessuna correlazione statisticamente significativa al test di Pearson tra i punteggi ai test cognitivi e/o punteggi psicometrici e i livelli di BDNF.

Conclusioni. I risultati del presente studio documentano un miglioramento del tono dell'umore in acuto dopo singola seduta di GAET O2/O3 non associato né correlato ad un incremento dei livelli di BDNF sierico. Nessuna variazione della *performance* cognitiva è stata registrata nel campione in esame dopo il trattamento. L'effetto di miglioramento in acuto del tono dell'umore sortito nei pazienti sottoposti a singola seduta di O2/O3 GAET sembra debba essere ascritto ad altri meccanismi che ancora restano da chiarire.

P 27 ANTIPSICOTICI IN DEMENZA: DALLE CRITICITÀ ALLA SICUREZZA D'USO

Pazzagli Luciana (a), Piccininni Maristella (b), Sbrilli Cinzia (c), Salvioni Anna (c), Tavernese Giuseppe (c), Chiamonti Roberta (d), Ragazzoni Aldo (d), Zaccara Gaetano (d), Cadello Massimo (e), Benvenuti Enrico (e), Gangemi Salvatore (e), Giardini Sante (e), Gori Guido (e), Del Lungo Ilaria (e), Mencarelli Maria Assunta (e), Serra Gianluca (e)

(a) *Centro di Farmacovigilanza, Azienda Sanitaria, Firenze*

(b) *Progetto MIRA, Azienda Sanitaria, Firenze*

(c) *Ambulatori Distrettuali Disturbi Cognitivi, Azienda Sanitaria, Firenze*

(d) *Unità Operativa Neurologia, Azienda Sanitaria, Firenze*

(e) *Geriatrics Palagi, Azienda Sanitaria, Firenze*

Il progetto si sviluppa dalla collaborazione tra Centro di Farmacovigilanza, Specialista Progetto MIRA (Modello Integrato di Rete per Alzheimer), Specialisti Neurologi e Geriatri degli ambulatori aziendali per i disturbi cognitivi dei pazienti con demenza, in attuazione del Comunicato AIFA 28/12/06.

Lo strumento utilizzato è una cartella clinica personale così organizzata:

- una pagina per la prima prescrizione e cinque per il *follow-up* delle visite (una ogni due mesi);
- tre schede di segnalazione per le reazioni avverse (mod. unico GU 21/1/2004);
- un foglio informativo paziente/familiare per spiegare il rischio di effetti indesiderati e motivo della richiesta di consenso al trattamento;
- il consenso informato.

L'applicazione negli Ambulatori dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha rilevato che nel 2007:

- i pazienti con demenza in trattamento con antipsicotici presso gli ambulatori specialistici sono stati 233;
- il maggior numero di soggetti trattati è nella fascia di età 70-89 anni e di sesso femminile;
- l'età media dei soggetti è pari a 80 anni (80 per maschi e 78 per femmine), più elevata rispetto all'età media (71) del campione esaminato nel 2006;
- gli antipsicotici più prescritti sono stati olanzapina (48%) quetiapina (35%) e risperidone (15%);
- le reazioni avverse sono state 43 (20 nel primo e 23 nel secondo semestre) pari al 40% delle reazioni registrate sulla rete nazionale per gli stessi farmaci usati in tutte le indicazioni;
- le reazioni osservate sono principalmente a carico di olanzapina e quetiapina, proporzionalmente ai farmaci più prescritti;
- in alcuni casi hanno richiesto interruzione del trattamento e sono del tipo: inefficacia, intolleranza, sindrome extrapiramidale, rigidità marcata, discinesia, stato confusionale, sedazione eccessiva, vertigini, acatisia, ipertonia, ipotensione, anemia, aumento ponderale.

L'interdisciplinarietà operativa ha risolto le criticità esistenti per:

- informazione al paziente su farmaci e rischio di reazioni avverse;

- acquisizione del consenso informato da parte di soggetti non sempre o non più in grado di farlo;
- valutazione della sicurezza d'uso degli antipsicotici nei soggetti con demenza;
- unificazione delle modalità prescrittive e disponibilità dei farmaci in regime di rimborsabilità.

Il lavoro appare così un esempio innovativo in Italia e trasforma un comunicato AIFA in un percorso diagnostico terapeutico integrato.

P 28 UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER IN COSTA DI AMALFI

Ragone Maria Antonietta (a), Ferrigno Salvatore (b), Pellegrino Ferdinando (a)
(a) *Unità Operativa Salute Mentale Costa d'Amalfi, ASL Salerno 1, Salerno*
(b) *Geriatría Costa d'Amalfi, ASL Salerno 1, Salerno*

Introduzione. La nostra esperienza nasce dall'esigenza di unificare i vari ambulatori della Costiera Amalfitana (geriatria, psichiatria e neurologia) che precedentemente erano organizzati in maniera separata nell'ambito della Unità di Valutazione Alzheimer (UVA). È importante ricordare le caratteristiche del nostro territorio, vasto e impervio, che rendono difficoltosi gli eventuali spostamenti (molto spesso le abitazioni dei pazienti sono raggiungibili solo attraverso sentieri accidentati o scale ripide). Il peregrinare degli utenti talvolta inutile, lungo e faticoso in vari studi medici, è stato così semplificato riconoscendo l'Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM) della Costiera amalfitana quale sede UVA. In questo modo si abbreviano i tempi e si facilita l'utenza che con una sola visita ottiene una valutazione internistica e psichiatrica (purtroppo non è stato possibile coinvolgere il neurologo).

Metodi. Sono previste due date ogni mese in cui si riuniscono la psichiatra e il geriatra per effettuare prime visite e visite di controllo. La prima visita prevede un inquadramento geriatrico e psichiatrico con l'apertura di due cartelle: una cartella per l'UVA e una per l'UOSM. Nel primo caso (cartella UVA) l'*iter* diagnostico include una attenta anamnesi, una visita internistica, la somministrazione di scale (ADL, IADL), del GDS, del NPI, del MMSE e la valutazione dello stress del *caregiver*. Nel secondo caso (cartella UOSM) oltre ad un inquadramento generale si pone particolare attenzione all'aspetto psichiatrico con un approfondito esame psichico. Dallo *screening* diagnostico, che comprende anche esami di laboratorio e strumentali, si passa alla successiva presa in carico del paziente. Essa sarà rivolta all'UVA ove se ne riscontrino le caratteristiche (con eventuale utilizzo dei farmaci previsti), alla psichiatria se sarà presente una prevalenza di disturbi psichiatrici altrimenti all'ambulatorio di psicogeriatría dove si alternano le due figure professionali.

Risultati. Nel 2006 sono state effettuate 8 prime visite e 28 visite di controllo. Nel 2007 sono state effettuate 19 prime visite e 46 controlli. Fino a giugno 2008 sono state effettuate 14 prime visite e 26 controlli.

Conclusioni. Tale esperienza faticosamente sostenuta dai due medici e dal responsabile della UOSM viene confortata dall'incremento delle richieste di prime visite (e anche dei controlli) e rende la nostra UOSM un riferimento per le persone anziane e per le loro famiglie. Inoltre la presenza quotidiana della psichiatra in sede garantisce un ascolto immediato e laddove possibile un aiuto alla soluzione dei problemi.

P 29 STUDIO DI CORRELAZIONE SPECT-FUNZIONI COGNITIVE IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER IN FASE LIEVE E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Ricci Monica (a), Todino Valerio (b), Magarelli Maria (a), Calandriello Eugenio (a), Blundo Carlo (c), Tramutoli Roberto Giuseppe (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale*

(b) *Dipartimento di Medicina Nucleare, Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale*

(c) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale San Camillo, Roma*

Introduzione. Il nostro studio si propone di investigare la relazione tra la perfusione cerebrale e i domini cognitivi precocemente interessati nella Demenza di Alzheimer e nell'mci. abbiamo, inoltre, analizzato le differenze di perfusione in questi due gruppi. Soggetti: sono stati arruolati 50 pazienti consecutivi (34 con probabile Demenza di Alzheimer e 16 con aMCI) in fase iniziale di malattia e 10 soggetti di controllo con età e scolarità paragonabile.

Metodi Il livello di sostanza grigia è stato fissato a 0,8. I punteggi $spm\{t\}$ sono stati trasformati in punteggi $spm\{z\}$ e fissato un livello di significatività a $p=0,01$. A tutti i pazienti è stata somministrata una ampia batteria neuropsicologica.

Risultati. I nostri risultati mostrano un coinvolgimento del giro del cingolo (ba: 31), dei lobi parietali bilateralmente (ba: 40; ba: 7) e del lobo temporale sinistro (ba: 37; ba: 21; ba: 20) nei pazienti ad. il test copia di disegni correla significativamente con il lobulo parietale inferiore destro (t: 3,18; $p=0,009$), il giro temporale mediale di sinistra (t: 2,58, $p=0,02$) ed il giro cingolato di sinistra (t: -2,33, $p=0,04$). il test di Raven correla con il lobulo parietale inferiore di destra (t: 2,06, $p=0,05$) e il giro del cingolo di sinistra (t: -2,16, $p=0,04$). L'indice di discriminabilità del *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) correla con il lobo limbico di sinistra (t: 2,04, $p=0,05$). Nel gruppo MCI si osserva un coinvolgimento del giro frontale superiore di sinistra (ba: 10, ba: 11), del giro frontale medio di sinistra (ba: 8, ba: 9, ba: 46) e del lobulo parietale inferiore di destra (ba: 40). In questo gruppo l'indice lpr del RAVLT correla con il giro frontale superiore di sinistra. Non sono state trovate altre correlazioni significative.

Conclusioni. questi risultati sembrano confermare il ruolo dei lobi parietali e delle aree corticali adiacenti nelle abilità prassico-costruttive, precocemente compromesse nei pazienti ad. i due gruppi presentano due *pattern* differenti di ipoperfusione che correlano con le prestazioni ottenute al test di RAVLT. In conclusione, la spect e la valutazione neuropsicologica rappresentano strumenti di valutazione sensibili al *deficit* funzionale nelle fase precoci della Malattia di Alzheimer e nel *Mild Cognitive Impairment*.

P 30 DISTURBO DI ALZHEIMER E TONO DELL'UMORE

Romeo Nelide (a), Caracciolo Manuela (a), Di Palma Gemma (a), Quattrone Aldo (b)
(a) *Istituto di Scienze Neurologiche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Piano Lago di Mangone, Cosenza*
(b) *Istituto di Neurologia, Università Magna Grecia, Catanzaro*

Introduzione. La depressione è frequentemente riscontrata tra pazienti con il disturbo di Alzheimer, costituisce con i disturbi d'ansia, la più frequente condizione psichiatrica in questi pazienti. Nel nostro studio, abbiamo inteso studiare il ricorrere di disturbi affettivi in pazienti con AD. Lo spirito della ricerca era comparare le prestazioni dei pazienti, su ogni prova del *Mini Mental State Examination* e della Scala della Depressione di Hamilton, con quelle del gruppo di controllo.

Metodi. Il gruppo di studio consisteva di 61 pazienti (45 donne e 16 uomini). Abbiamo indagato la presenza di un danno cognitivo. Tutti i pazienti e controlli erano valutati con il *Mini Mental State Examination*. Esso differenzia i pazienti con disturbi cognitivi da quelli senza tali disturbi. Il MMSE è diviso in due sezioni, la prima delle quali richiede soltanto risposte verbali e prove di orientamento, memoria ed attenzione. All'esame neuropsicologico, ogni paziente riportava un danno cognitivo, che aveva ripercussioni sulla propria quotidianità. Tutti i pazienti furono valutati con la *Hamilton Psychiatric Rating Scale*: un utile strumento per individuare disturbi depressivi. La somministrazione della HDS era sempre supportata dal colloquio clinico, ai fini di valutare: depressione dell'umore, sentimenti di colpa, idee suicide, insonnia iniziale, insonnia centrale, insonnia tardiva; attività lavorative, interessi, rallentamento, agitazione, ansia psicologica, ansia somatica, sintomi somatici generali, ipocondria, perdita di peso, valutazione obiettiva del peso perso, intuizione. Anche i 61 soggetti del gruppo di controllo, mescolati per età, genere e livello culturale venivano sottoposti a valutazione neuropsicologica.

Risultati. Abbiamo trovato che 31 pazienti su 61 con AD avevano un *deficit* cognitivo e 39 pazienti su 61 avevano una depressione moderata, mentre tutto il gruppo di controllo totalizzava un punteggio normale.

Conclusioni. I dati cognitivi suggeriscono che il MMSE può evidenziare un modello di danno di memoria in grado di tracciare la differenza tra gruppo AD e gruppo di controllo. L'analisi delle prestazioni rivelò che il suddetto punteggio era statisticamente differente nei due gruppi: i pazienti AD avevano punteggi più bassi. I risultati del presente studio ci conducono a evidenziare che alterazioni cognitive e cambiamenti emozionali in pazienti affetti da disturbo di Alzheimer, sono piuttosto frequenti.

P 31 DISTURBO D'ANSIA NEI SOGGETTI AFFETTI DA *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Rozzini Luca (a,b), Vicini Chilovi Barbara (a,b), Peli Matteo (a), Conti Marta (a), Rozzini Renzo (a), Trabucchi Marco (b), Padovani Alessandro (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, Università degli Studi, Brescia*

(b) *Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

Introduzione. Il disturbo d'ansia rimane un disturbo poco studiato nei soggetti anziani. In particolare la diagnosi di disturbo d'ansia è ancor più difficile nei soggetti affetti da *Mild Cognitive Impairment* (MCI) in quanto la definizione di MCI non menziona la presenza di disturbi neuropsichiatrici.

Obiettivo. Validare in lingua italiana la *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), uno strumento in grado di misurare la sintomatologia ansiosa nei soggetti anziani e valutare se i soggetti affetti da MCI con sintomatologia ansiosa avessero un profilo neuropsicologico diverso rispetto ai soggetti non ansiosi.

Metodi. 57 soggetti affetti da MCI sono stati arruolati presso l'Unità di Valutazione Alzheimer degli Spedali Civili di Brescia. Tutti i pazienti sono stati valutati mediante una completa batteria testistica neuropsicologica, funzionale e psicocomportamentale. La presenza di sintomatologia ansiosa è stata misurata con la GAI.

Risultati. I pazienti con sintomatologia ansiosa (Ansia+, GAI>10) presentavano più sintomi comportamentali e neuropsicologici che i pazienti senza sintomatologia ansiosa (Ansia-, GAI<10); in particolare essi risultavano essere maggiormente agitati, più depressi e con più disturbi del sonno. Inoltre i pazienti Ansia+ erano maggiormente compromessi nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e nelle funzioni esecutive valutate con il *Trail Making B test* (TMB). Con lo scopo di valutare quali fossero le variabili (neuropsicologiche, comportamentali e funzionali) indipendentemente correlate all'ansia, è stato utilizzato un modello di regressione lineare: le funzioni esecutive valutate con il TMB sono risultate la sola variabile indipendentemente associate a tale disturbo timico.

Conclusioni. Le funzioni esecutive sono risultate indipendentemente correlate al disturbo d'ansia nei pazienti MCI. Noi ipotizziamo che la stretta relazione tra ansia e funzioni esecutive possa dipendere da specifiche caratteristiche neuropatologiche a livello del nucleo caudato che risulta precocemente e direttamente coinvolto nelle fasi iniziali della demenza.

P 32 IMPATTO DEL PROGETTO MINISTERIALE CRONOS SULLE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER NEL CORSO DEGLI ANNI

Rozzini Luca (a,b), Vicini Chilovi Barbara (a,b), Conti Marta (a), Rozzini Renzo (a), Boffelli Stefano (b), Trabucchi Marco (b), Padovani Alessandro (a)
(a) *Dipartimento di Neurologia, Università degli Studi, Brescia*
(b) *Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

Introduzione. Il Progetto CRONOS, che nasce come studio osservazionale sulla Malattia di Alzheimer (AD), è stato creato dal Ministero della Salute nel 2000. Il progetto aveva lo scopo di valutare periodicamente, attraverso protocolli multidimensionali, l'efficacia di nuovi trattamenti farmacologici (donepezil, rivastigmine e galantamine) e non farmacologici (attraverso la gestione dei disturbi comportamentali, il *counselling* al caregiver) dei soggetti affetti da AD moderato. Tali procedure sono state eseguite in favore di pazienti residenti al domicilio e valutati diversi presso centri specifici chiamati UVA (Unità di Valutazione Alzheimer). Lo scopo del presente studio è di valutare se nel corso degli anni dall'inizio del Progetto CRONOS (2000-2007) si siano verificate modificazioni nelle caratteristiche dei pazienti afferiti presso le UVA e quali possano essere le ragioni di tale mutamenti.

Metodi. 1.227 pazienti con disturbo di memoria (riferito o soggettivo) sono stati valutati in due diverse UVA dal settembre 2000 al dicembre 2007. Nel corso della prima visita tutti i soggetti sono stati testati mediante *assessment* multidimensionale al fine di valutare lo stato cognitivo, comportamentale e funzionale.

Risultati. L'età ed il sesso dei pazienti, alla prima visita, non differiva nel corso dei diversi periodi di osservazione. Non differenze statisticamente significative sono state rilevate per ciò che concerne la scolarità e lo stato funzionale. Si è potuto tuttavia rilevare una riduzione significativa del livello di gravità della malattia durante il periodo di osservazione: i soggetti consecutivamente afferiti nel primo anno risultavano più compromessi sia sul piano cognitivo che comportamentale rispetto a quelli valutati successivamente.

Conclusioni. I dati dimostrano la presenza di un cambiamento nelle caratteristiche della popolazione afferita in prima visita presso le UVA nel corso degli anni. Infatti, i pazienti valutati nei primi anni del Progetto CRONOS risultano maggiormente compromessi sia sul piano cognitivo che comportamentale rispetto a coloro valutati negli ultimi anni. In questo contesto è possibile evidenziare di come si siano modificate le necessità dei pazienti con *deficit* cognitivo che richiedono non solo trattamenti farmacologici sempre più nuovi ma anche un cambiamento delle scelte organizzative.

P 33 INCIDENZA DELLE DEMENZE AD ESORDIO PRECOCE NEI SOGGETTI AFFERENTI AL CENTRO REGIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DELL'INVECCHIAMENTO CEREBRALE

Ruaro Cristina, Talassi Erika, Del Grosso Destrieri Nicoletta, Wierer Ulrike, Codemo Alessandra, Bertocco Sandra, Gollin Donata, Peruzzi Anna, Ferrari Arianna, Chiamenti Andrea Maria, Gabelli Carlo

Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedaliera, Università degli Studi, Padova

Introduzione. Il progressivo invecchiamento della popolazione generale ha portato un crescente interesse verso le patologie correlate all'età come la demenza. Tuttavia l'interesse per le forme di deterioramento cognitivo ad esordio giovanile risulta ancora limitato.

Metodi. Il presente studio si propone di esaminare l'incidenza dell'utenza giovanile (età <65 anni) presso il Centro per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale nei suoi 9 anni di attività.

Risultati. Oltre 4.000 persone si sono rivolte al centro per valutazione dello stato cognitivo, di queste circa 3.000 si sono sottoposte a valutazione neuropsicologica approfondita. Rispetto all'utenza generale le persone di età inferiore ai 65 anni sono circa il 10%. Negli ultimi 18 mesi i soggetti giovani che si sono rivolti al centro per eseguire un accertamento del declino cognitivo e hanno eseguito valutazione neuropsicologica è di 52 soggetti. Dall'inizio della sua attività ad oggi, presso il Centro sono state eseguite 338 valutazioni neuropsicologiche di soggetti con meno di 65 anni (età media $58 \pm 5,8$); di questi il 43,4% presenta un deterioramento cognitivo che nel 22,5% è causato da una Demenza di Alzheimer, nel 6,2% da Demenza Fronto Temporale e nel 3,6% Demenza Vascolare. Anche la sintomatologia depressiva presenta un'incidenza elevata (10,7%). Mentre il 24% è risultato privo di deterioramento cognitivo.

Conclusioni. Il cospicuo numero di soggetti giovani che si rivolgono al Centro può essere dovuto ad una efficace sensibilizzazione-informazione della popolazione sulle patologie degenerative cerebrali e la loro prevenzione. Uno dei motivi che più frequentemente spingono il soggetto sano ad eseguire uno *screening* per la demenza è la familiarità per questa patologia. Inoltre le persone che presentano demenza ad esordio precoce sono spesso nel pieno dell'attività produttiva e pertanto le conseguenze sociali, economiche e psicologiche sono ancora più gravi di quanto non accada in età più avanzate. Si tratta quindi di una fascia di popolazione che necessita di supporto sotto molteplici profili al fine di migliorare la qualità di vita dei malati e dei loro familiari.

P 34 STUDIO SULLA PREVALENZA DELLE DEMENZE IN 6 COMUNI DELLA PROVINCIA DI VERONA - ULSS 22, VENETO

Sandri Giulia (a), Raimondi Vanessa (a), Menini Sarah (a), Bassi Renzo (a), Castellani Enrica (b), Blengio Gianstefano (b), Passarin Maria Grazia (a)

(a) *Laboratorio di Neuropsicologia, Unità Operativa Neurologia, Ospedale Orlandi, ULSS 22, Bussolengo, Verona*

(b) *Servizio di Epidemiologia, ULSS 22, Bussolengo, Verona*

Introduzione. Il progetto "Ricerca epidemiologica sulla prevalenza delle demenze. Un'indagine sui bisogni dei *caregiver* e sui servizi sanitari e socio-sanitari del territorio" nasce dall'esigenza di conoscere la dimensione epidemiologica di tale fenomeno, i bisogni assistenziali legati a tali patologie e di indagare la fruibilità, l'adeguatezza e la soddisfazione dei rispettivi servizi del territorio. Nello specifico l'obiettivo del seguente lavoro è quello di stimare la prevalenza ed il grado di severità delle demenze.

Metodo.

- 1^a Fase: ricerca bibliografica, formazione e programmazione;
- 2^a Fase: identificazione del campione tramite campionamento a 2 stadi dove: le unità di 1° stadio (comuni) sono state selezionate in maniera opportunistica ritenendole però rappresentative dell'intera popolazione dell'Ulss; le unità di 2° stadio (soggetti) sono state selezionate tramite campionamento casuale stratificato per età e proporzionale alla numerosità dei comuni. Il campione è costituito da 1.000 soggetti over 65 anni;
- 3^a Fase: sensibilizzazione della popolazione;
- 4^a Fase: *screening* cognitivo (MMSE, ADL e IADL);
- 5^a Fase: approfondimento per persone con MMSE<28: batteria di test neuropsicologici, *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) ed eventuali visita neurologica ed esami strumentali. La diagnosi clinica è stata effettuata secondo i criteri: NINCDS-ADRDA, NINDS AIREN.

Risultati. 699 sogg. (300 maschi e 399 femmine) hanno concluso lo *screening* con i seguenti valori medi: età=75 anni, scolarità=5,5, MMSE=26, ADL=5 e IADL=6. Il 30% di tali soggetti ha ottenuto un punteggio<28 al MMSE. Da un confronto tra i rispondenti e non rispondenti alla fase di approfondimento emerge sovrapposibilità per variabili demografiche (sesso, età, scolarità), ma non per ADL e IADL. Pertanto l'analisi potrebbe portare ad una sovrastima del tasso di prevalenza che risulta pari a 10%. I soggetti con demenza risultano nel 76% dei casi femmine, il 48% ha una scolarità ≥ 5 , il 52% dei soggetti risulta essere over ottantacinquenne, il 55% riporta ADL ≤ 1 e il 95% IADL ≤ 2 . Il 55% dei soggetti presenta una demenza di grado lieve-moderato (CDR=1-2) e il 45% di grado grave-terminale (CDR=3-5). Non sono significative le correlazioni tra CDR, classe età e scolarità. La tipologia di demenze risulta: 40% AD, 35% Vad, 14% Mista, 11% Altre Demenze.

Conclusioni. I risultati ottenuti relativi ai 6 comuni veronesi non si discostano dalla prevalenza nazionale della demenza, inoltre come da letteratura, essa risulta aumentare con l'avanzare dell'età, maggiore nel sesso femminile e la AD la tipologia più diffusa. È possibile quindi ipotizzare che nel suddetto territorio non siano presenti fattori genetico-ambientali favorevoli allo sviluppo della patologia.

P 35 GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CON DEMENZA PRESSO UN DAY HOSPITAL GERIATRICO

Scala Giovanni, Capobianco Giovanni
Unità Operativa Complessa Geriatria, Ospedale S. Eugenio, ASL RMC, Roma

Introduzione. Il *Day Hospital* rappresenta una modalità assistenziale, in regime di ricovero programmato, volta ad affrontare uno specifico problema sanitario terapeutico-diagnostico, che non comporti la necessità del ricovero ordinario, e che per la sua complessità non sia affrontabile in regime ambulatoriale, in grado di fornire prestazioni appropriate (efficaci, efficienti e opportune). Nella Regione Lazio con la DGR n. 143 del 22/03/2006 è stato introdotto l'elenco delle prestazioni considerate indicative di appropriatezza del DH medico, con una deroga prevista solo in presenza di pazienti fragili per età, polipatologia o condizioni socio-ambientali sfavorevoli.

Metodo. Nella gestione dei pazienti con demenza il *Day Hospital* trova un campo di specifica applicazione per i numerosi vantaggi che si ottengono a favore sia del paziente che del sistema assistenziale e per il buon rapporto costo/benefici, collocandosi nella rete dei servizi socio-sanitari, all'interno della struttura ospedaliera, in modo tale da garantire ai pazienti tutte le funzioni e tecnologie proprie dell'ospedale (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-assistenziali). L'UOC Geriatria è stata istituita presso l'Ospedale S. Eugenio il 1° aprile 1992, crescendo negli anni in numero e qualità delle prestazioni, tanto da costituire oggi una risposta operativa alle esigenze dei pazienti fragili consolidata nel territorio. Il *Day Hospital* Geriatrico è organizzato in maniera tale da consentire alla persona anziana di non sentirsi trascurata e disorientata, con tendenza ad una personalizzazione dell'assistenza, ed inserimento in un progetto globale di umanizzazione dei servizi. L'accesso è indicato per:

- anziani in grado di recarsi presso il DH con disabilità motoria (esiti di ictus, artrosi) o con disturbo cognitivo che si giovano della riabilitazione (ROT, Terapia Occupazionale, Terapia cognitiva con software dedicati);
- portatori di patologie complesse e croniche, con necessità di osservazione e controllo;
- anziani fragili, che richiedono un rientro in famiglia (se l'ospedalizzazione comporta un rischio aggiuntivo di peggioramento).

Risultati. Il contatto con i pazienti anziani ci permette di affermare che, viste le attuali possibilità terapeutiche, la loro qualità di vita è legata anche alle situazioni ambientali (familiari-sociali), e alla disponibilità di servizi adeguati e di professionalità competenti. Il DH Geriatrico è una struttura che favorisce la continuità assistenziale, ponte tra territorio e ospedale, gradita e sostenuta dai cittadini. La presenza dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) nell'Ospedale S. Eugenio ha prodotto i seguenti risultati nell'anno 2007:

- utilità delle richieste di valutazione e intervento dell'UVG Ospedaliera in funzione dell'Area per l'Emergenza Geriatrica presso il Pronto Soccorso/Accettazione, Breve

Osservazione, con presa in carico in *Day Hospital* Geriatrico di anziani fragili con patologie acute o croniche riacutizzate;

- incremento delle richieste di valutazione e intervento dell'UVG Ospedaliera in funzione di programmi di riabilitazione e riattivazione geriatrica intraospedaliera;
- rallentamento della crescita di richieste di ricovero in lungodegenza, già rilevata negli anni precedenti;
- conferma del dato acquisito fin dal 1999 sulla percentuale del 25% di pazienti, con richiesta di ricovero residenziale, tornati a domicilio con sorveglianza formale in UVG Ospedaliera, espressione delle possibilità "sommerse" di assistenza alternativa alla residenzialità nei pazienti ospedalizzati;
- incremento delle visite geriatriche ambulatoriali con valutazione multidimensionale ai fini clinico-diagnostici;
- incremento delle visite geriatriche ambulatoriali con valutazione multidimensionale ai fini della valutazione medico-legale per l'invalidità civile e per il conferimento dell'indennità di accompagnamento.

Conclusioni. Oggi si tende a contrapporre una medicina della visibilità, con risultati appariscenti e veloci, alle esigenze di cure e alle prestazioni sanitarie alle persone affette da malattie croniche. Se l'aumento della mortalità è cosa gravissima, l'aumento della morbilità implica oltre a maggiori sofferenze, ulteriori richieste di cure e quindi di prestazioni socio-sanitarie, con esplosione dei costi ed effimero risultato sul risparmio. La valutazione multidimensionale ed il lavoro in équipe rappresentano uno strumento ottimale per affrontare quelle situazioni ad elevata complessità clinica (instabilità, fragilità, elevato rischio di disabilità) ed organizzativa (continuità ed intensità di cura). Nel DH, inserito nella rete dei servizi, si riesce a fornire un adeguato livello di cure (diagnosi e valutazione, trattamento farmacologico del disturbo cognitivo, terapia sintomi non cognitivi e patologie concorrenti, terapie non farmacologiche, prevenzione complicanze), senza trascurare le informazioni al paziente e alla famiglia, anche sui possibili supporti socio-assistenziali (servizi territoriali e residenziali, consulenza legale, assistenza economica e psicologica).

P 36 ECCESSIVO UTILIZZO DI FARMACI PSICOLETTICI NELLE "STRUTTURE PER ANZIANI"

Serraglia Donatella, Milani Massimo
Servizio Farmaceutico Territoriale, ULSS 9, Treviso

Introduzione. L'utilizzo di farmaci sedativi e antipsicotici nei pazienti anziani sarebbe controindicato per la scarsa tollerabilità e per l'aumentato rischio di aritmie ed effetti cerebrovascolari, tuttavia viene spesso praticato per controllare i sintomi psicotici e comportamentali negli anziani affetti da demenze. Il trattamento farmacologico dovrebbe essere cautelativamente riservato ai casi gravi non gestibili altrimenti. Il presente studio analizza le prescrizioni di farmaci nei pazienti anziani non autosufficienti residenti in alcune case di riposo allo scopo di valutare la prevalenza di utilizzo dei farmaci psicolettici.

Metodi. Analisi retrospettiva delle schede di terapia di anziani non autosufficienti residenti in 6 case di riposo relative all'anno 2004 con estrazione dei dati relativi al gruppo terapeutico N05 che comprende i farmaci antipsicotici tipici, atipici e benzodiazepine.

Risultati. Sono state esaminate le terapie di 467 anziani non autosufficienti, 20% maschi e 80% femmine con età media di 85 anni (81 per i maschi, 86 per le femmine). Il 65% del campione utilizza più di 7 farmaci contemporaneamente e circa il 33% (156 soggetti) è stato trattato con farmaci antipsicotici (N05A). Di questi il 70% ha ricevuto un farmaco antipsicotico e il 30% ha ricevuto due o più farmaci antipsicotici contemporaneamente. Nel 41% dei casi al trattamento antipsicotico è stata associata una benzodiazepina. Sul totale della popolazione esaminata la prevalenza d'uso dell'associazione di antipsicotici è del 10% e dell'associazione antipsicotico/benzodiazepina è del 13,7%. Tra gli antipsicotici il farmaco più prescritto è stato l'aloperidolo seguito da promazina e olanzapina. Le benzodiazepine più usate sono state lorazepam, diazepam e triazolam.

Conclusioni. Si evidenzia un diffuso utilizzo di farmaci antipsicotici e sedativi nei pazienti non autosufficienti istituzionalizzati, particolarmente rischioso in soggetti già affetti da patologie cardiovascolari, diabete, insufficienza respiratoria ed epatica; inoltre vengono utilizzati farmaci controindicati nella popolazione anziana come benzodiazepine a medio-lunga durata d'azione (lorazepam, diazepam) che provocano sedazione prolungata o l'associazione olanzapina/benzodiazepine che predispongono ad aumento di mortalità.

P 37 UTILITÀ DI UNA *SPECIAL CARE UNIT* NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Simoncini Mara, Leotta Daniela, Balla Silvia, Cappellero Barbara, Fracassi Luigi, Caputo Myrian, Pernigotti Luigi Maria
Unità Valutativa Alzheimer (ex ASL 2), Rete Alzheimer, Dipartimento di Lunga Assistenza e Anziani, ASL Torino 1, Torino

Introduzione. Nella ASL 2 Torino è organizzata una rete di servizi geriatrica alla quale afferiscono: settore ospedaliero (Unità di Geriatria per Acuti - UGA), settore residenziale con nucleo per cura di disturbi comportamentali (*Special Care Unit* - SCU), Centro Diurno Alzheimer, (CDA), settore ambulatoriale e domiciliare. La gestione dei percorsi è condotta dalla Unità di Valutazione Geriatrica.

Metodi. Si sono analizzati dati di attività nel corso del 2006, dal Data Base del dipartimento.

Risultati. In una serie di 535 (72% femmine, 28% maschi) ricoveri consecutivi in UGA, l'età media è risultata di $83,7 \pm 5,6$ anni. Si è contata una mortalità intraospedaliera del 18% ed un esito in autogestione individuale o familiare nel 20%: il ritorno a casa è stato possibile nel 50% (30% in gravi condizioni di dipendenza, 25% con necessità di interventi con operatori tutelari, 5% con supporti medico-infermieristici continuativi). Nel 32% l'esito della malattia acuta ha comportato il trasferimento in nuclei di cure residenziali. Nella stessa serie, nel 62% il ricovero era motivato da concorrenza di aspetti non sanitari di disagio. Emergeva che la prevalenza predominante dei motivi di ricovero, 41% riguardava una fase di malattia acuta e critica intercorrente a demenza. Le diagnosi più frequenti associate alla demenza, od ad essa correlate, risultavano: sepsi (18%), polmonite da ingestione (18%), *stroke* (14%), disidratazione/malnutrizione (13%), cadute/rabdomiolisi (10%), scompenso cardiaco (10%), altre diagnosi (17%). Dai dati della SCU: in una serie di 103 pazienti, (35 maschi, 68 femmine, di età $77,1 \pm 8,4$ anni), affetti da demenza severa associata a gravi disturbi comportamentali e comorbilità, il trattamento ha avuto come esito, in un tempo medio di ricovero di poco superiore al mese ($37,3 \pm 2,4$ giorni), la possibilità di dimissione al domicilio nel 61,7% dei casi, raggiungendosi un compenso dei disturbi (*admission vs discharge values of NeuroPsychiatric Inventory (NPI), "t" Student, end point 12 months: 41,6 vs 21,9, $p < 0,01$*), con una parte di recupero dell'autosufficienza, e riduzione dei farmaci.

Conclusione. L'intervento di ricovero in SCU non modifica la malattia, riduce i sintomi ed il carico di stress dei familiari, risultando migliorata la possibilità di relazione del paziente.

P 38 DIECI ANNI DI TERAPIA CON GLI INIBITORI DELLE COLINESTERASI: BILANCIO DELL'ATTIVITÀ DELL'UVA IRCCS NEUROLOGICO MONDINO

Sinforiani Elena, Zucchella Chiara, Pasotti Chiara
UVA/Laboratorio di Neuropsicologia, Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino, IRCCS, Pavia

Introduzione. Dopo oltre 10 anni di utilizzo degli inibitori delle colinesterasi e 7 anni dall'istituzione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'ambito del Progetto CRONOS riportiamo un bilancio dell'attività dell'UVA dell'IRCCS C. Mondino di Pavia.

Metodi. Dal settembre 2000 al dicembre 2007 sono stati trattati con inibitori delle colinesterasi 794 pazienti affetti da Malattia di Alzheimer di entità lieve-moderata (M/F: 273/521; età media: 73,6±8,4; range 52-85). Come misure di *outcome* sono stati utilizzati i punteggi ottenuti al MMSE ed alle scale di autonomia ADL e IADL.

Risultati. Dei 794 pazienti considerati, 279 sono tutt'ora in terapia con inibitori delle colinesterasi, 515 hanno invece sospeso il farmaco per diversi motivi (effetti collaterali, fine efficacia, concomitanza di altre patologie, perdita di contatto, morte). La durata media del trattamento è stata 36,9±16,1 mesi. Il 25% dei pazienti ha mostrato un miglioramento del punteggio al MMSE di 4 o più punti al 3° mese di trattamento (*good responders*), mentre il 65% mostrava una stabilizzazione dello stesso (*responders*), contestualmente ad un buon mantenimento dell'autonomia; ad un anno di terapia la percentuale di *good responders* scendeva a 10%. Rispettivamente dopo 1, 2 e 3 anni di trattamento si osservava una stabilizzazione nel 48%, 30% e 15%, con una discreta conservazione delle ADL ed una maggiore compromissione delle attività strumentali. Non sono stati identificati fattori (età, sesso, scolarità, familiarità per demenza, punteggio basale al MMSE, durata di malattia) predittivi la risposta al trattamento. La comparsa di disturbi comportamentali, in particolare agitazione e irrequietezza motoria, ha determinato un significativo ($p<0,05$) peggioramento sia dello stato cognitivo sia della funzionalità nel quotidiano.

Conclusioni. I nostri dati confermano l'efficacia, sia pure modesta, degli inibitori delle colinesterasi anche in una popolazione non selezionata. Ai fini di qualsiasi decisione terapeutica, appare comunque importante la valutazione del singolo caso. Si segnala inoltre come nel corso di questi anni si sia modificata la tipologia dell'utenza (abbassamento dell'età media, compromissione cognitiva più modesta al primo contatto, incremento di richiesta di visita per disturbi soggettivi) come conseguenza di una maggiore sensibilizzazione dei MGG, con la possibilità quindi di un intervento diagnostico e terapeutico più tempestivo e precoce.

P 39 POLMONITE FATALE E NON FATALE ASSOCIATA ALL'USO DI FARMACI ANTIPSIKOTICI IN PAZIENTI ANZIANI

Trifirò Gianluca (a,b,c), Sen Elif F. (a), Gambassi Giovanni (d), Caputi Achille Patrizio (b,c), Bagnardi Vincenzo (e), Brea Jose (f), Sturkenboom Miriam C.J.M. (a)

(a) *Pharmacoepidemiology Unit, Departments of Medical Informatics and Epidemiology and Biostatistics, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands*

(b) *Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università degli Studi, Messina*

(c) *IRCCS, Centro Neurolesi Bonino Pulejo, Messina*

(d) *Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma*

(e) *Dipartimento di Statistica, Università degli Studi Bicocca, Milano*

(f) *Industrial Pharmacology Institute, Department of Pharmacology, School of Pharmacy, Universidad de Santiago de Compostela, Spain*

Introduzione. Recentemente, la *Food and Drug Administration* ha messo in risalto che la mortalità è aumentata durante l'uso di antipsicotici in pazienti anziani con demenza e la polmonite sembra essere una delle cause di decesso più frequentemente riportate. Questo *warning* all'inizio era riferito in particolare agli antipsicotici atipici, ma il 16 giugno 2008 è stato allargato anche agli antipsicotici tipici. Lo scopo di tale studio è stato quello di valutare se l'uso di antipsicotici atipici e tipici è associato ad un aumento del rischio di polmonite fatale e non fatale in pazienti anziani.

Metodi. È stato condotto uno studio di popolazione caso controllo annidato in una coorte di utilizzatori di antipsicotici con almeno 65 anni di età, registrati nella banca dati di medicina generale Olandese "IPCI" (*Integrated Primary Care Information*), durante gli anni 1996-2006. I casi erano tutti i pazienti con un nuovo evento di polmonite acquisita in comunità fatale o meno. Ad ogni caso sono stati matchati fino a 20 controlli per età, sesso ed anno di calendario. L'esposizione agli antipsicotici è stata categorizzata sulla base di classe di farmaco, *recency of use*, dose giornaliera e durata d'uso e l'associazione con la polmonite è stata valutata usando una regressione logistica condizionale.

Risultati. Negli anni di studio, sono stati complessivamente identificati 258 casi incidenti di polmonite matchati a 1.686 controlli. Tra i casi, 64 (24,8%) morivano nell'arco dei 30 giorni successivi alla data di insorgenza della polmonite ed erano considerati casi fatali. L'uso corrente sia di antipsicotici atipici (OR: 2,64; IC 95%: 1,51-4,61) che tipici (OR: 1,74; IC 95%: 1,22-2,49) era associato ad un aumento dose-dipendente del rischio di polmonite, rispetto all'utilizzo passato di qualunque antipsicotico. L'associazione tra uso di antipsicotici atipici e polmonite era ancora più forte per gli eventi fatali (OR: 5,5; IC 95%: 1,5-20,6).

Conclusioni. Gli anziani pazienti che usano antipsicotici atipici o tipici sono ad aumentato rischio di sviluppare polmonite acquisita in comunità. Gli antipsicotici atipici sono fortemente associati alla polmonite fatale.

P 40 PREDITTORI DEL *DISTRESS* NEL *CAREGIVER* DEL MALATO DI ALZHEIMER

Wierer Ulrike, Costa Valentina, Ruaro Cristina, Talassi Erika, Bertocco Sandra, Codemo Alessandra, Ferrari Arianna, Gollin Donata, Gabelli Carlo

Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), Azienda Ospedaliera, Università degli Studi, Padova

Introduzione. Numerose evidenze cliniche hanno documentato l'elevato stress a cui è esposto il *caregiver* coniuge del paziente affetto da Malattia di Alzheimer. Il *distress* sembra tuttavia influenzato non solo dalla situazione oggettiva di malattia (gravità, presenza di disturbi comportamentali) ma anche da specifici fattori personali del *caregiver* (personalità, *coping*, *locus of control*) ai quali questo studio rivolge particolare attenzione. Abbiamo misurato il *distress* con il *Caregiver Burden Inventory* (CBI) per individuare le variabili maggiormente correlate con esso. Fine ultimo dello studio è costruire uno strumento capace di riconoscere le famiglie a rischio e, in tal modo, attivare percorsi di sostegno o risorse alternative in un'ottica di prevenzione.

Metodi. 22 coniugi *caregiver* primari di pazienti di un livello moderato di malattia (MMSE 11-19) e con almeno due disturbi comportamentali sono stati sottoposti ai seguenti test: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2); Scala di Controllo Interno Esterno (I – E) di Rotter; COPE; *Symptom Check List-90* (SCL-90); *Short Form-36 Health Survey* (SF-36); *Caregiver Burden Inventory* (CBI). È stata analizzata, mediante regressione lineare, la relazione tra i test MMPI, SF-36, COPE, I-E, SCL-90, le variabili anamnestiche e il CBI.

Risultati. Sono risultate significative alcune scale del: MMPI (Problemi familiari); del SCL (Ossessività-Compulsività, Depressione, Sensibilità ai rapporti interpersonali, Ideazione Paranoide); del COPE (la strategia di Negazione); alcune variabili anagrafiche (l'Esordio, la Situazione economica buona, il Sesso femminile).

Conclusioni. Il nostro studio indica non tanto la presenza di aspetti legati alla malattia correlati allo sviluppo del *distress* nel *caregiver*, quanto l'influenza di specifici fattori personali (sesso femminile, negazione delle difficoltà, disordini sintomatici psichici) e contestuali (problemi familiari, situazione economica, esordio della malattia), che possono essere utili in un'ottica di intervento mirato.

INDICE DEGLI AUTORI

Abballe Alessandra.....	53	Brugnolo Andrea.....	41; 65
Abete Claudia.....	6	Bruno Giuseppe	12; 55
Aguglia Eugenio.....	19	Brusa Pietro	52; 69
Antinucci Livio	55	Cadelo Massimo	70
Antonelli Vanna	39	Caffarra Paolo	67; 68
Arcara Giorgio	44	Calandriello Eugenio	73
Ariano Luigi.....	40	Caleri Veronica	11
Arnaldi Dario.....	32	Calza Attilio	44; 45
Artioli Mila	54	Cammarata Sergio.....	27
Badini Ilaria.....	13	Cantini Claudia	11
Bagnardi Vincenzo	85	Capobianco Giovanni.....	80
Balla Silvia.....	28; 83	Cappa Stefano F.....	25
Ballini Elena.....	11	Cappellero Barbara	83
Barbati Saviana	12	Cappuccio Alessandra.....	63
Barbieri Maria Paola	32; 41; 65	Capuano Annalisa	20
Barbisoni Piera	47	Caputi Achille Patrizio	19; 85
Bartorelli Luisa	33	Caputo Myrian	28; 83
Basilicata Giovanna	20	Caracciolo Manuela	74
Bassi Renzo.....	78	Carletti Valentina	12
Basso Cristina	58	Carpo Simonetta	62
Becciu Antonella.....	42	Casaccia Vincenzo.....	4
Bellelli Giuseppe.....	43	Castaldo Angelo.....	59
Bencini Francesca	11	Castellani Enrica	78
Benvenuti Enrico.....	70	Cavallini Maria Chiara.....	11
Bergamaschi Susanna.....	44	Cecchella Sergio	48
Bertocco Sandra.....	58; 77; 86	Cerra Carlo.....	5
Biagini Carlo Adriano	11	Chiamenti Andrea Maria	58; 77
Bianchetti Angelo.....	13	Chiamonti Roberta.....	70
Biggio Giovanni.....	19	Chini Francesco	66
Bignamini Vannia	45	Chiorazzo Gisberta	52; 69
Binkin Nancy	4; 46	Civita di Fava Rita	12
Blenzio Gianstefano.....	78	Clerici Francesca.....	17; 50
Blundo Carlo	73	Codemo Alessandra.....	58; 77; 86
Boffelli Stefano	47; 76	Colazzo Graziella	41
Boiardi Roberta.....	48	Confaloni Annamaria.....	12
Boncinelli Marta.....	11	Conti Marta	22; 75; 76
Bonomini Cinzia	27	Copelli Sandra.....	67; 68
Bonora Annalisa.....	54	Coppola Antonino	52; 69
Borella Monica.....	26	Coppola Ludovico	52; 69
Bossi Rocca Giuliana	62	Costa Valentina.....	86
Brea Jose.....	85	Crestini Alessio.....	12
Brignoli Ovidio	19	Cricelli Claudio.....	19

Cristofori Marco.....	4	Gori Guido.....	70
Cupello Claudio.....	4	Grassi Maria Pia.....	26
Curatolo Massimiliano.....	56	Grassia Antonio.....	52; 69
Cuzzoni Giovanni.....	5	Gruppo di Studio Argento.....	46
D'Alterio Vittorio.....	63	Gruppo Lombardo per lo Studio di	
Da Cas Roberto.....	50	Mementina.....	50
De Biase Maria.....	52; 69	Guillaro Bruno.....	59
de Candia Giuseppe Mario.....	42	Gullo Massimiliano.....	11
De Carli Fabrizio.....	41	Iannello Giancarlo.....	5
Del Gracco Stefano.....	53	Ianniello Benedetta.....	20
Del Grosso Destreri Nicoletta.....	58; 77	Iavarone Alessandro.....	59
Del Lungo Ilaria.....	70	Iazzeolla Maria Vittoira.....	12
Dessi Barbara.....	41; 65	Ierace Brunella.....	33
Dessi Sandra.....	6	Illiano MariaLuisa.....	20
Di Palma Gemma.....	74	Irpino Antonio.....	20
Dieci Francesca.....	67; 68	Izzicupo Fabio.....	31; 61
Donadio Stefania.....	41	Jacopetti Francesca.....	48
Elia Antonietta.....	50	Jannaccone Pazzi Andrea.....	62
Fabbo Andrea.....	54	Lenzi Gian Luigi.....	55
Ferrajolo Carmen.....	20	Leotta Daniela.....	28; 83
Ferrante Leopoldo.....	20	Loru Giovanni Battista.....	42
Ferrari Arianna.....	58; 77; 86	Magarelli Maria.....	73
Ferrari Patrizia.....	48	Malvezzi Campeggi Lorenzo.....	12
Ferrari Pellegrini Francesca.....	67; 68	Marchionni Niccolò.....	11
Ferrigno Salvatore.....	72	Mariani Claudio.....	50
Ferro Antonio.....	41	Marini Monica.....	11
Fiandra Alessia.....	33	Martinelli Paolo.....	32
Filippelli Amelia.....	20	Masciello Claudia.....	52; 69
Fogliatta Monica.....	61	Masotti Giulio.....	11
Formica Ranieri.....	20	Mastrolorenzo Luigia.....	52; 69
Forte Raffaele.....	52; 69	Mattanza Chiara.....	47
Fracassi Luigi.....	83	Mazza Galanti Francesco.....	32
Frisoni Giovanni B.....	65	Mazza Sara.....	62
Gabelli Carlo.....	58; 77; 86	Mazzaglia Giampiero.....	19
Gainotti Guido.....	3	Mazzei Debora.....	32; 41
Gainotti Sabina.....	31; 61	Mecocci Patrizia.....	9
Galeotti Francesca.....	31; 61	Mello Anna Maria.....	11
Gallo Mariapina.....	20	Mencarelli Maria Assunta.....	70
Gambassi Giovanni.....	85	Menini Sarah.....	78
Gangemi Salvatore.....	70	Menniti Ippolito Francesca.....	61
Gasparini Marina.....	12; 55	Merlo Paola.....	62
Giardini Sante.....	70	Michetti Luigi.....	35
Giordano Marcello.....	56	Michieletto Federica.....	46
Girtler Nicola.....	41	Milani Massimo.....	82
Giubilei Franco.....	33	Milone Paolo.....	27
Gollin Donata.....	58; 77; 86	Molinari Mariangela.....	54

Mondini Sara	44	Raimondi Vanessa	78
Morghen Sara	43	Raiteri Umberto	41
Morotti Ernestina	48	Ranieri Piera	13
Mossello Enrico	11	Raschetti Roberto	31; 50; 61
Musella Caterina	59; 63	Ravasini Stefano	54
Nichelini Natalino	54	Ravazzolo Sandra	39
Nobili Flavio	32; 41; 65	Regesta Giovanni	41
Novello Cristina	27	Ricci Monica	73
Nuzzo Anna	63	Riccò Daniela	48
Oddo Gioacchino	56	Rivabene Roberto	12
Orzella Letizia	66	Rodriguez Guido	32; 41; 65
Padovani Alessandro	22; 75; 76	Romani Monica	11
Pagliara Beatrice	67; 68	Romeo Nelide	74
Palmas Manuela	6	Rossi Francesco	20
Palummeri Ernesto	27; 32; 41	Rozzini Luca	22; 75; 76
Pani Alessandra	6	Rozzini Renzo	22; 47; 75; 76
Panzarasa Annalisa	5	Ruaro Cristina	58; 77; 86
Parancandola Rita Rosaria	69	Ruggeri Massimiliano	53
Partinico Daniela	41	Ruggiero Simona	20
Pasotti Chiara	84	Russo Angela	40
Passarin Maria Grazia	78	Russo Filomena	53
Pastore Agostino	52; 69	Salati Emanuela	55
Pazzagli Luciana	70	Salvioni Anna	70
Peli Matteo	75	Samani Fabio	19
Pellegrino Ferdinando	72	Sandri Giulia	78
Perin Cecilia	26	Sbrilli Cinzia	70
Pernigotti Luigi Maria	28; 83	Scala Giovanni	80
Perotti Pietro	5	Scalmana Silvia	66
Perra Alberto	4	Scarano Maria	54
Peruzzi Anna	58; 77	Sen Elif F.	85
Piacentini Elisa	55	Senesi Barbara	27
Piccininni Maristella	70	Sentimenti Sandra	54
Piccinocchi Gaetano	59	Serra Gianluca	70
Pineo Antonella	56	Serraglia Donatella	82
Piscopo Paola	12	Serrati Carlo	41
Poggio Chiara	62	Servetto Giuseppe	41
Pomati Simone	50	Sgarbi Cinzia	54
Ponzio Michela	5	Simoncini Mara	28; 83
Potenza Simona	20	Simoni David	11
Prete Camilla	27	Sinforiani Elena	5; 84
Putzu Paolo Francesco	6	Sini Giovanna	19
Quattrone Aldo	74	Solinas PierLuigi	42
Rafaniello Concetta	20	Spadoni Ornella	12
Ragazzoni Aldo	70	Spaggiari Sabrina	67; 68
Ragni Silvia	33	Spila-Alegiani Stefania	50
Ragone Maria Antonietta	72	Sturkenboom Miriam C.J.M.	85

Talarico Giuseppina	12; 55	Vanacore Nicola 4; 12; 31; 46; 50; 55; 61
Talassi Erika	58; 77; 86	Vecchione Nunzia.....
Tanganelli Paolo.....	41	59; 63
Tassinari Irene.....	11	Veloccia Saverio
Tavernese Giuseppe.....	70	66
Todino Valerio	73	Veneziano Massimo.....
Tolone Vincenzo	39	27
Tonon Elisabetta.....	11	Verhey Frans.....
Torpilliesi Tiziana	43	65
Touchon Jacques	65	Vicini Chilovi Barbara.....
Trabucchi Marco ...	13; 22; 43; 47; 75; 76	22; 75; 76
Tramutoli Roberto Giuseppe.....	73	Viridis Valeria.....
Trifirò Gianluca	19; 85	42
Turci Marina	54	Visser Pieter-Jelle
Ugolotti Angela.....	48	65
Uva Vittorio	41	Vitrano Catania Teresa Maria.....
		56
		Wierer Ulrike.....
		58; 77; 86
		Zaccara Gaetano
		70
		Zanetti Marina.....
		22
		Zaru Cristina
		6
		Zito Michele.....
		61
		Zucchella Chiara
		84
		Zucchi Patrizia
		54

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
a stampa o online deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, luglio-settembre 2008 (n. 3) 4° Suppl.