

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

3° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 26 ottobre 2009

**RIASSUNTI**

A cura di  
Paola Ruggeri e Nicola Vanacore

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

ISSN 0393-5620  
**ISTISAN Congressi**  
**09/C9**

Istituto Superiore di Sanità

**3° Convegno. Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 ottobre 2009. Riassunti.**

A cura di Paola Ruggeri e Nicola Vanacore

2009, vi, 79 p. ISTISAN Congressi 09/C9

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

**3<sup>rd</sup> Congress. The impact of Alzheimer Disease Units in the management of patients affected by dementia. Istituto Superiore di Sanità. Rome, October 26, 2009. Abstract book.**

Edited by Paola Ruggeri and Nicola Vanacore

2009, vi, 79 p. ISTISAN Congressi 09/C9 (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 a 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](mailto:paola.ruggeri@iss.it)

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://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.

© 2009 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

## INDICE

<b>Programma</b> .....	iii
<b>Note per la consultazione</b> .....	vi
<b>Prima sessione</b>	
Epidemiologia dei disturbi cognitivi .....	1
<b>Seconda sessione</b>	
Strumenti per l'identificazione e il monitoraggio della patologia .....	7
<b>Terza sessione</b>	
Approccio terapeutico con i farmaci .....	13
<b>Quarta sessione</b>	
Approccio terapeutico non-farmacologico .....	21
<b>Quinta sessione</b>	
Gestione integrata .....	29
<b>Poster</b> .....	39
<b>Indice degli autori</b> .....	77



## PROGRAMMA

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.00 Saluto di benvenuto  
**Stefania Salmaso**  
Direttore CNESPS

9.15 Presentazione del Convegno  
**Roberto Raschetti**

### Prima sessione

#### EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI COGNITIVI

*Coordinatore: Nicola Vanacore*

9.30 *Invecchiamento cerebrale e longevità*  
**Claudio Franceschi**

10.00 *Tarature a confronto: effetti sulla diagnosi neuropsicologica*  
**Vanessa Raimondi**

10.15 *Conoscenza della Malattia di Alzheimer in un campione di soggetti residenti nella città di Brescia: studio di popolazione*  
**Luca Rozzini**

10.30 *Invecchiare con successo: basi anatomofunzionali e neuromorfometriche dei processi di compensazione nell'invecchiamento*  
**Manuela Berlingeri**

### Seconda sessione

#### STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA

*Coordinatore: Francesca Clerici*

10.45 *Criteri clinici per la diagnosi delle demenze: revisione critica della situazione corrente*  
**Alessandro Padovani**

11.15 *Ruolo dei nuovi biomarker liquorali nella diagnosi di Malattia di Alzheimer: l'esperienza del nostro centro*  
**Francesca Caso**

- 11.30 *Ricerca di nuovi marcatori biologici per la caratterizzazione dei pazienti con demenza sul territorio*  
**Annamaria Confaloni**
- 11.45 *Screening del deterioramento cognitivo: confronto tra MMSE e due test ultra-brevi*  
**Francesca Ferri**

### **Terza sessione**

#### **APPROCCIO TERAPEUTICO CON I FARMACI**

*Coordinatore: Claudio Mariani*

- 12.00 *Trattamento della Malattia di Alzheimer; quale e quando il futuro?*  
**Stefano Govoni**
- 12.30 *Nuovo cerotto di rivastigmina: esperienza dell'ambulatorio geriatrico dell'ASL 4 Chiavarese della Regione Liguria*  
**Babette Dijk**
- 12.45 *Trattamento con anticolinesterasici in pazienti con Alzheimer Disease: follow-up a tre anni*  
**Marcello Giordano**
- 13.00 *Monitoraggio dei trattamenti farmacologici nella Demenza di Alzheimer in Emilia-Romagna*  
**Ester Sapigni**
- 13.15 Pranzo e discussione poster

### **Quarta sessione**

#### **APPROCCIO TERAPEUTICO NON-FARMACOLOGICO**

*Coordinatore: Teresa Di Fiandra*

- 14.45 *Valutazione degli interventi psico-sociali nell'ambito dell'assistenza dei pazienti con demenza*  
**Rabih Chattat**
- 15.15 *Intervento di sostegno ai familiari che assistono pazienti dementi*  
**Annalisa Tessari**
- 15.30 *Strategie di coping e stress del caregiver: uno studio preliminare*  
**Letteria Spadaro**

15.45 *Programma del saggio caregiver: un intervento sui familiari dei malati di Alzheimer*  
**Luisa Bartorelli**

16.00 Intervallo

### **Quinta sessione**

#### **GESTIONE INTEGRATA**

*Coordinatore: Carlo Pasetti*

16.15 *Il consenso informato nella demenza: il punto di vista delle società scientifiche*  
**Marco Trabucchi**

16.30 *Consenso informato nella demenza: lo studio AdCare*  
**Roberto Raschetti**

16.45 *Legge 6/2004 sull'amministrazione di sostegno: applicazione in una coorte di pazienti affetti da demenza*  
**Francesca Clerici**

17.00 *Rapporto medico-paziente: una survey sulla pratica clinica corrente adottata nelle UVA relativamente a comunicazione della diagnosi e consenso informato*  
**Fabio Izzicupo**

17.15 *Fruibilità della rete dei servizi per i pazienti afferenti alla Unità Valutativa Alzheimer*  
**Mara Simoncini**

17.30 Dibattito

18.00 Questionario di verifica

18.20 Chiusura del Convegno

## **NOTE PER LA CONSULTAZIONE**

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract corrispondenti ai poster che verranno esposti al 3° 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**

*Coordinatore*  
Nicola Vanacore



## TARATURE A CONFRONTO: EFFETTI SULLA DIAGNOSI NEUROPSICOLOGICA

Raimondi Vanessa (a), Sandri Giulia (a), Menini Sarah (a), Grobberio Monica (b), Buffone Ebba (a), Passarin Maria Grazia (a)

(a) *Laboratorio di Neuropsicologia, Unità Operativa Neurologia Ospedale Orlandi, ULSS22, Bussolengo, Verona*

(b) *Laboratorio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica, Unità Operativa Neurologia, Ospedale S. Anna, Como*

**Introduzione.** Uno degli aspetti utili della valutazione neuropsicologica consiste nell'identificare la fase preclinica della demenza, ciò grazie alla quantificazione del deficit cognitivo. Tale valore viene attribuito sulla base della taratura e della correzione per età e scolarità dei vari test. Lo scopo di tale lavoro è fare delle riflessioni circa strumenti, tarature e la conseguente diagnosi neuropsicologica.

**Metodo.** Il campione di pazienti è stato selezionato da un precedente lavoro, la "Ricerca epidemiologica sulla prevalenza delle demenze". Sono selezionati 22 soggetti sulla base del punteggio al MMSE (tra 21 e 28) e con una diagnosi di demenza dubbia. È stato somministrato l'Esame Neuropsicologico Breve (ENB). In base a tale valutazione è stata stilata una diagnosi neuropsicologica. Successivamente sono state selezionate alcune prove per un'analisi comparativa tra la taratura dell'ENB, che utilizza dei *cut-off* sulla base dei percentili e altre tarature, che utilizzano i punteggi equivalenti.

**Risultati.** Dall'analisi statistica non-parametrica effettuata col Wilcoxon, emerge come i punteggi grezzi siano significativamente diversi da quelli corretti (con  $p > 0,001$ ). Dai dati appare inoltre evidente come il significato attribuito al dato cambi in modo significativo in base alla taratura, con conseguente variazione anche della diagnosi neuropsicologica.

**Conclusioni.** Emerge che tarature diverse possono portare ad esiti diversi per quanto riguarda il valore da attribuire al punteggio ottenuto dalla valutazione neuropsicologica. L'ENB è uno strumento aggiornato (2003), ma ha probabilmente il limite di rappresentare in modo non esaustivo i soggetti di età più avanzata (l'ultimo *range* d'età considerato è <71 anni) e di proporre una correzione per scolarità che prevede solo due fasce (maggiore e minore degli 8 anni). Per contro le altre tarature che usano i punteggi equivalenti, sono più differenziate per età e scolarità, ma meno recenti. In quest'ottica sembra che il mantenere aggiornate le tarature e la correzione adeguata per scolarità sia un aspetto metodologico importante per la validità quantitativa della valutazione neuropsicologica. Ciò appare di fondamentale importanza soprattutto in riferimento all'identificazione della fase preclinica della demenza.

# CONOSCENZA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI RESIDENTI NELLA CITTÀ DI BRESCIA: STUDIO DI POPOLAZIONE

Rozzini Luca, Riva Maddalena, Caratozzolo Salvatore, Conti Marta Zaffira, Gottardi Federica, Zanetti Marina, Padovani Alessandro  
*Clinica Neurologica, Università degli Studi, Brescia*

**Background.** La letteratura scientifica internazionale suggerisce come gli studi volti ad indagare la conoscenza di una patologia nella popolazione generale possano apportare un significativo contributo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Una popolazione generale più informata accede infatti ai servizi appropriati, nei tempi giusti e con aspettative realistiche. Questo è particolarmente importante per una patologia come la Malattia di Alzheimer (AD). Scopo dello studio è valutare, in un campione di popolazione residente a Brescia, il reale livello di conoscenza dell'AD e le opinioni riguardo ad alcune problematiche ad essa correlate.

**Metodi.** 1.111 soggetti (697 donne e 414 uomini di diversa età, scolarità, attività lavorativa e reddito) hanno compilato un questionario anonimo costituito da 35 domande. Tale questionario è stato somministrato nelle sale d'attesa di diversi reparti degli "Spedali Civili di Brescia" e di ambulatori di Medici di Medicina Generale. La prima parte del questionario indagava la conoscenza generale della popolazione circa i sintomi, la prevalenza stimata e i potenziali fattori di rischio dell'AD; la seconda parte, la percezione dell'adeguatezza dei servizi territoriali e dell'assistenza sanitaria; la terza parte, la conoscenza e le aspettative riguardo ai trattamenti farmacologici; infine, la comunicazione della diagnosi, la dichiarazione di volontà anticipata ed il ruolo dell'amministratore di sostegno.

**Risultati.** Il 52% del campione analizzato pensa che la demenza sia una normale conseguenza dell'invecchiamento. Il 43% degli intervistati ritiene di essere in grado di identificare i sintomi precoci di malattia e questa potrebbe essere la ragione principale del ritardo nel rivolgersi allo specialista al fine di ottenere una corretta diagnosi. Il 91% del campione vorrebbe ricevere più informazioni sulla malattia e sui servizi territoriali dedicati; infatti solo il 52% del campione è a conoscenza dell'esistenza dei centri UVA.

**Conclusioni.** Sebbene la conoscenza della Malattia di Alzheimer tra la popolazione generale risulti discreta, vi è ancora bisogno di incrementare gli sforzi finalizzati a diffondere tale conoscenza attraverso i giornali, la televisione, materiali divulgativi e le associazioni dei familiari. La capillare informazione presso la popolazione generale potrebbe rendere più precoce la diagnosi di malattia e più mirati ed efficaci i trattamenti a disposizione.

# INVECCHIARE CON SUCCESSO: BASI ANATOMOFUNZIONALI E NEUROMORFOMETRICHE DEI PROCESSI DI COMPENSAZIONE NELL'INVECCHIAMENTO

Berlingerì Manuela (a), Bottini Gabriella (b,c,d), Danelli Laura (a), Ferri Francesca (a), Traficante Debora (a), Sacheli Lucia (a), Colombo Nadia (c), Sberna Maurizio (c), Sterzi Roberto (e), Scialfà Giuseppe (c), Paulesu Eraldo (a)

(a) *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano*

(b) *Laboratorio di Neuropsicologia Cognitiva, Azienda Ospedaliera Niguarda 'Ca Granda, Milano*

(c) *Servizio di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera Niguarda 'Ca Granda, Milano*

(d) *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Pavia*

(e) *Struttura Complessa di Neurologia, Azienda Ospedaliera Niguarda 'Ca Granda, Milano*

**Introduzione.** Recenti studi fMRI mostrano la presenza di cambiamenti (sia ipoattivazioni, sia iperattivazioni) nei *pattern* di attivazione cerebrale in corso di invecchiamento normale durante compiti cognitivi in cui tipicamente la prestazione comportamentale degli anziani tende a decadere. Questi cambiamenti sono stati interpretati come l'equivalente di un processo di compensazione e coinvolgerebbero prevalentemente il lobo frontale. Tuttavia, non è ancora stato chiarito se i processi di compensazione possano avere un ruolo anche in funzioni cognitive più stabili nel tempo (ad esempio l'accesso semantico-lessicale e le conoscenze numeriche) e se questi processi siano strettamente dipendenti dal funzionamento della corteccia prefrontale. Pertanto, in questo studio sono stati indagati i cambiamenti di attivazione nell'invecchiamento normale sia in funzioni cognitive affette dal processo di invecchiamento, sia in funzioni cognitive più stabili nel tempo. I cambiamenti funzionali sono stati valutati alla luce dei cambiamenti morfometrici.

**Metodi.** Soggetti: 24 anziani (età =  $62 \pm 7,6$ ) e 24 giovani (età =  $26,5 \pm 4,4$ ). Materiali: due compiti linguistici (denominazione di figure e giudizio di frasi) e due compiti di memoria a lungo termine episodica (riconoscimento di figure e riconoscimento di frasi). Metodi anatomofunzionali e strutturali: tutti i soggetti sono stati studiati con fMRI nei compiti suddetti. Per ogni soggetto l'atrofia cerebrale è stata quantificata con *Voxel-Based Morphometry* (VBM), i cui dati sono stati correlati con i *pattern* fMRI.

**Risultati.** Abbiamo osservato una sistematica concomitanza di ipo- e iper-attivazioni nel gruppo di anziani in tutti i compiti indagati. La distribuzione regionale delle iperattivazioni era modulata dal tipo di compito. L'indagine VBM ha mostrato un'atrofia corticale frontale, parietale e temporale di entrambi gli emisferi. Le aree di atrofia si sovrapponevano solo in parte alle ipoattivazioni evidenziate nei 4 compiti e alle iperattivazioni solo nel riconoscimento di figure.

**Discussione.** I risultati fMRI suggeriscono che il correlato neurale dei processi di compensazione possa variare sulla base del compito cognitivo indagato. La mancanza di sovrapposizione sistematica tra le aree iperattive durante i 4 compiti e le aree atrofiche nel

gruppo di anziani suggerisce che il "paradosso" proposto da Greenwood nel 2007, secondo cui le aree di atrofia negli anziani normali sarebbero sistematicamente associate ad iperattivazioni, sia tutt'altro che una regola.

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

*Coordinatore*  
Francesca Clerici



## **CRITERI CLINICI PER LA DIAGNOSI DELLE DEMENZE: REVISIONE CRITICA DELLA SITUAZIONE CORRENTE**

Padovani Alessandro  
*Clinica Neurologica, Università degli Studi, Brescia*

Le demenze rappresentano una delle più importanti patologie neurologiche per la loro elevata prevalenza. Negli ultimi venti anni, rilevanti sono stati i progressi nell'ambito dei meccanismi patogenetici e nell'ambito delle indagini strumentali. Tale enorme progresso tecnologico non ha tuttavia permesso di avere ad oggi un *biomarker* o più *biomarkers* sensibili e specifici da garantire un miglioramento delle capacità diagnostiche. Infatti, l'*iter* diagnostico rimane fortemente dipendente dall'utilizzazione di un *corpus* di criteri di tipo prevalentemente clinico. La stessa applicazione di parametri morfologici (TAC, RMN, SPECT o PET) unitamente all'utilizzazione di parametri bioumorali (vedi sangue, plasma e liquor), pur essendo in alcuni casi di grande utilità, non sembra incidere in modo significativo sull'accuratezza diagnostica. Varie sono le ragioni di tali limiti. Tra queste, particolarmente importanti sono: eterogeneità clinica, meccanismi patogenetici comuni tra le varie forme degenerative, comorbidità neurologica e somatica.

Tali limiti appaiono ad oggi ancora più forti, se si considera quanto gli studi genetici hanno contribuito a rivoluzionare l'ambito delle demenze fronto-temporali e delle demenze "parkinsoniane". Nemmeno le recenti proposte di utilizzare parametri diversi sembra essere in grado di produrre un significativo avanzamento nel processo di una maggiore accuratezza sebbene non si possano negare i vantaggi soprattutto nell'ambito della diagnosi precoce. Tali considerazioni portano inevitabilmente a investire in nuovi progetti finalizzati alla ricerca di nuove tecnologie in grado di identificare aspetti diagnostici specifici e nella creazione di un processo di sensibilizzazione orientato alla validazione di tali parametri mediante studi neuropatologici.

## **RUOLO DEI NUOVI *BIOMARKER* LIQUORALI NELLA DIAGNOSI DI MALATTIA DI ALZHEIMER: L'ESPERIENZA DEL NOSTRO CENTRO**

Caso Francesca (a), Cursi Marco (a), Passerini Gabriella (b), Vismara Chiara (a), Schiatti Eliana (a), Coppi Elisabetta (a), Ceriotti Ferruccio (b), Comi Giancarlo (a), Magnani Giuseppe (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano*

(b) *LABORAF-Chimica Clinica/Immunochimica, INSPE, Università Vita e Salute, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano*

**Introduzione.** La diagnosi di Malattia di Alzheimer (MA) in fase precoce può essere difficoltosa, pertanto in questi anni sono stati identificati nuovi *biomarker* liquorali (beta-amiloide, tau e fosfo-tau) il cui dosaggio si ritiene possa essere usato come indice di malattia e quindi utilizzato come criterio di supporto alla diagnosi precoce.

**Obiettivi.** L'obiettivo del nostro studio è valutare se vi sia una correlazione tra i livelli liquorali di beta-amiloide, tau e fosfo-tau e la diagnosi di MA e demenza fronto-temporale (DFT).

**Metodi.** Sono stati analizzati presso il nostro Laboratorio di Chimica Clinica/Immunochimica i prelievi liquorali di un campione complessivo di 42 soggetti, ricoverati presso la Divisione di Neurologia dell'Ospedale San Raffaele, da novembre 2008 a luglio 2009: 26 erano affetti da MA secondo i criteri NINCDS-ADRDA, 8 da DFT e 8 erano controlli sani. È stata condotta un'analisi statistica sui dati raccolti utilizzando il T-test di Student.

**Risultati.** A confronto con il gruppo di controllo, i pazienti con MA mostravano maggiori livelli di proteina tau (593 ng/l - valore normale 0,00-500;  $p=0,001$ ) e fosfo-tau (93,26 ng/l - valore normale 0,00-61,00;  $p=0,008$ ). Nei pazienti con DFT i livelli di proteina tau e fosfo-tau erano significativamente più bassi rispetto al gruppo di pazienti con MA (proteina tau: 323 ng/l - valore normale 0,00-500;  $p=0,049$ . Fosfo-tau: 49,2 ng/l - valore normale 0,00-61,00). Non sono state invece trovate differenze statisticamente significative tra i dosaggi liquorali di tau e fosfo-tau dei pazienti con DFT ed il gruppo di controllo, né nei confronti tra i vari gruppi di soggetti ed i livelli liquorali di beta-amiloide.

**Conclusioni.** I dati presentati, sebbene su un numero limitato di soggetti, evidenziano che il dosaggio liquorale della proteina tau e fosfo-tau può essere un utile strumento nella diagnosi di MA in accordo con la letteratura internazionale.

## **RICERCA DI NUOVI MARCATORI BIOLOGICI PER LA CARATTERIZZAZIONE DEI PAZIENTI CON DEMENZA SUL TERRITORIO**

Confaloni Annamaria (a), Piscopo Paola (a), Talarico Giuseppina (b), Malvezzi Campeggi Lorenzo (a), Gasparini Marina (b), Civita di Fava Rita (a), Iazeolla Mariavittoria (a), Crestini Alessio (a), Rivabene Roberto (a), Greco Anita (a), Minghetti Luisa (a), Lenzi Gian Luigi (b), Vanacore Nicola (c), Bruno Giuseppe (b)

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

(b) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Roma Sapienza, Roma*

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

**Introduzione.** I progressi nella conoscenza dei meccanismi patogenetici della Malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*) hanno consentito lo sviluppo di diverse strategie terapeutiche, alcune delle quali sono prossime all'applicazione clinica. Tutto ciò comporta l'urgenza di diagnosticare la malattia in un stadio clinico molto precoce, nella fase definita MCI (*Mild Cognitive Impairments*), allo scopo di iniziare il trattamento prima della comparsa di danni cerebrali irreversibili causa di un grave stato di disabilità. La condizione di MCI, tuttavia, è eterogenea, e comprende forme che evolvono verso una demenza (di cui l'AD rappresenta il tipo più comune ma non esclusivo) e forme non evolutive (circa il 20% dei casi). In mancanza di un *marker* specifico, la strategia per identificare con certezza i casi di MCI che convertiranno in AD è l'analisi integrata di diversi fattori, clinici e strumentali. Fra questi hanno particolare importanza indicatori genetici e marcatori biochimici che, nel loro complesso, possono fornire un *fingerprint* delle forme evolutive.

**Metodi.** Il campione studiato è composto da una coorte di soggetti affetti da AD, sia di tipo Familiare (FAD), che di tipo Sporadico (SAD), MCI e soggetti neurologicamente sani correlati per sesso ed età. Per effettuare il prelievo ematico, è stato predisposto un modello di consenso informato per i soggetti arruolati, dalla "Clinica della memoria", Il cattedra di Neurologia della Sapienza, previa autorizzazione del Comitato Etico dell'Università. Dopo la raccolta dei campioni ematici provenienti dalle popolazioni studiate, sono stati analizzati i livelli di progranulina, la AOC (*Antioxidant Capacity*), il SUA (*Serum Uric Acid*), e la  $\beta$ -amiloide mediante saggi ELISA. Inoltre, ogni individuo è stato genotipizzato per l'Apolipoproteina E tramite l'uso di enzimi di restrizione.

**Risultati.** Saranno valutate le possibili associazioni tra i differenti indicatori biologici impiegati nello studio con i dati clinici ed epidemiologici raccolti dalle popolazioni, allo scopo di verificare se esista una correlazione tra tali indicatori con la progressione del declino cognitivo e la conversione in demenza conclamata.

## SCREENING DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO: CONFRONTO TRA MMSE E DUE TEST ULTRA-BREVI

Ferri Francesca, Mapelli Cristina, Traficante Debora, Isella Valeria, Appollonio Ildebrando  
Servizio di Neuropsicologia, Clinica Neurologica, Ospedale San Gerardo, Monza,  
Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

**Introduzione** Ad oggi, lo *screening* delle demenze da parte di medici di base, geriatri e neurologi appare problematico, sia per la cronica mancanza di tempo nell'esercizio della *routine* clinica, che per l'indisponibilità di strumenti validi. In uno studio recente abbiamo dimostrato che il *Time and Change Test* (TCT) è paragonabile al *Mini Mental State Examination* (MMSE) come accuratezza, e permette un significativo risparmio di tempo. Lo scopo di questo studio è stato quello di confrontare il MMSE e il TCT con un altro test ultra-breve, il *General Practitioner Assessment of Cognition* (GPCOG), che prevede sia la valutazione diretta del paziente, che una breve intervista con il *caregiver*.

**Metodi.** Sono stati arruolati consecutivamente 85 pazienti, giunti all'osservazione per sospetto decadimento cognitivo, di grado lieve (MMSE corretto  $\geq 18,0$ ). Ciascun paziente è stato classificato come cognitivamente integro o deteriorato sulla base di indagini cliniche, di laboratorio e strumentali (in particolare di *neuroimaging*), e di una batteria neuropsicologica estensiva. Tutti i soggetti inclusi sono stati sottoposti a TCT e GPCOG, e al MMSE (il cui punteggio non è stato considerato per la discriminazione tra normali e deteriorati).

**Risultati.** Sessantacinque pazienti sono stati classificati come deteriorati (demenza lieve o MCI) mentre 20 sono risultati cognitivamente normali. I due gruppi erano comparabili per età e scolarità, mentre tra i normali vi era un maggior numero di femmine ( $\chi^2=4,59$ ;  $p=0,032$ ). I valori di sensibilità e specificità sono risultati, rispettivamente, del 31% e 100% per il MMSE, dell'87% e 53% per il GPCOG, e del 48% e 80% per il TCT. L'analisi mediante curve ROC ha mostrato che l'area sotto la curva era sovrapponibile per MMSE (0,89) e GPCOG (0,87), inferiore a quella di entrambi gli altri test per il TCT (0,63). All'ANOVA a misure ripetute i tempi di somministrazione erano significativamente diversi per i tre test: MMSE= 362 sec $\pm$ 76, GPCOG = 172 $\pm$ 50, TCT = 70 $\pm$ 48 ( $p=0,000$ ).

**Conclusioni.** In questo campione di soggetti, al contrario del precedente, il TCT non si è confermato uno strumento valido per l'identificazione del deterioramento cognitivo iniziale. Il MMSE e il GPCOG hanno mostrato un'accuratezza soddisfacente ed equivalente, ma il GPCOG sembrerebbe essere preferibile in quanto caratterizzato da maggiore brevità e sensibilità, requisito fondamentale per uno strumento di *screening*.

**Terza sessione**  
**Approccio terapeutico con i farmaci**

*Coordinatore*  
Claudio Mariani



## TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER; QUALE E QUANDO IL FUTURO?

Govoni Stefano  
Università degli Studi, Pavia

**Le domande sui farmaci utilizzati e la transizione verso il nuovo.** L'uso degli inibitori dell'acetilcolinesterasi nella terapia della Malattia di Alzheimer è ormai pratica consolidata, tuttavia sono ancora numerose le incertezze. Le informazioni (su durata dei benefici, attività in altre demenze, effetti sui sintomi non cognitivi) emerse dai *trials* clinici e dall'esperienza pratica hanno permesso, almeno in una certa proporzione dei pazienti, di ottimizzare il beneficio, pure in presenza del limite della non arrestabilità della progressione della malattia. Memantina è stata registrata per l'uso per le forme severe di demenza e attualmente viene anche sfruttata la possibilità di associarla agli inibitori dell'acetilcolinesterasi dato che i meccanismi d'azione sono distinti e potenzialmente sinergici senza che vi sia un potenziamento degli effetti collaterali od interazioni metaboliche (come già valutato clinicamente). Molte sono le polemiche se l'uso degli inibitori dell'acetilcolinesterasi sia di reale vantaggio per i pazienti. I dati, anche quelli più critici, mostrano che una percentuale variabile, ma comunque significativa di pazienti risponde al trattamento con un miglioramento delle prestazioni cognitive ed una proporzione maggiore con una stabilizzazione delle stesse, sebbene il beneficio sia limitato nel tempo. Anche le ultime meta-analisi della letteratura sottolineano questo aspetto anche se non vi sono ancora modi per sapere a priori quali siano pazienti che risponderanno alla terapia.

**Dalla neurobiologia allo sviluppo razionale dei farmaci per la Malattia di Alzheimer.** Le ricerche sulle basi neurobiologiche della malattia hanno guidato nel passato il disegno dei farmaci attualmente utilizzati nel trattamento della Malattia di Alzheimer e continuano a fornire le basi teoriche per lo sviluppo di quelli futuri secondo una scansione temporale che è quella propria dello sviluppo delle nuove terapie e che, purtroppo, è piuttosto lenta. Nel complesso dalle ricerche sono emerse nuove informazioni sul processo patogenetico della malattia. Tra queste per esempio le informazioni sugli effetti neurotossici di beta amiloide e delle sue forme aggregate e sulla possibilità che questi composti oltre ad esercitare effetti diretti rendano il tessuto nervoso più suscettibile ad una serie di danni che comprendono il mancato afflusso di sangue o di nutrienti, l'esposizione a radicali liberi e a neurotossine. L'attività neurotossica di beta amiloide è a tutt'oggi esplorata sotto vari aspetti ed ha dato avvio allo sviluppo di farmaci anti-amiloide compresa la così detta "vaccinazione".

**Nuovi approcci al trattamento della Malattia di Alzheimer.** Nel complesso esistono diverse classi di farmaci che agiscono secondo il principio dell'interruzione dell'evento patologico (per ora limitato all'ipotesi amiloide) o eventi a valle di esso, ed alcuni farmaci hanno già raggiunto le fasi II o III della sperimentazione clinica. Le nuove classi di farmaci in fase di sperimentazione includono l'immunoterapia, con una evoluzione rispetto alla sperimentazione originale del "vaccino", insieme a molecole in grado di inibire la produzione o l'aggregazione di beta amiloide. I problemi di sicurezza e tollerabilità che hanno accompagnato la sperimentazione del vaccino e degli inibitori di gamma secretasi sono stati affrontati e le sperimentazioni cliniche continuano. Tra le nuove molecole che sono state

studiate citiamo il Tarenflurbil, una molecola derivata dal flurbiprofene con attività contro la produzione di beta amiloide attraverso l'inibizione di gamma secretasi. Per qualche tempo questa molecola ha alimentato le speranze di una terapia anti-amiloide facilmente applicabile e clinicamente efficace, ma poi i risultati sono stati modesti, tanto che lo sviluppo clinico è stato interrotto. Nel complesso le esperienze con i farmaci anti-amiloide hanno fornito risultati ambigui che non permettono di trarre conclusioni definitive sull'efficacia del trattamento. Manca quindi, tranne che nella sperimentazione sugli animali, la prova che l'intervento sui depositi di beta amiloide arresti la progressione della malattia. Al momento l'unico suggerimento forte che la terapia anti-amiloide possa sortire un effetto sull'AD nell'uomo è quello che deriva dagli studi di Tagliavini su una nuova forma familiare dovuta a una mutazione recessiva del gene di APP dove esiste una interazione tra forma mutata e forma normale di beta amiloide tale per cui si può avere un eccesso di aggregazione (omozigoti per la forma mutata) e sviluppo della malattia o l'impedimento dell'aggregazione (eterozigoti) e il non sviluppo della malattia. Il dato è di grande interesse, anche se non è possibile prevederne l'applicabilità e la trasferibilità alle forme sporadiche della malattia. Di rilievo, infine, dal punto di vista concettuale la sperimentazione sui diversi fattori di crescita neuronale per lo più a livello preclinico e deludente nei tentativi fino ad ora condotti sui pazienti. Una interrogazione dei database disponibili indica che le molecole in studio nelle varie fasi sono alcune centinaia, fino ad ora non sono emersi dati che lascino sperare rivoluzioni della terapia a breve termine.

***Le strategie e il rispetto di una corretta sperimentazione clinica.*** Anche se per il momento le conclusioni non sono positive, il quadro generale lascia prevedere la possibilità di individuare nuovi diversi bersagli biologici e quindi nuovi farmaci per la Malattia di Alzheimer, potenzialmente diretti alle cause o ai meccanismi molecolari da essa avviati. La maggior parte dei farmaci che si stanno studiando in questo momento, a differenza di quanto visto per gli inibitori della colinesterasi, basano la loro ipotesi di efficacia sulla modificazione del corso della malattia, ovvero si configurano come *disease modifying drugs*. Il concetto della modificazione del decorso della malattia è controverso e il disegno delle sperimentazioni cliniche con l'obiettivo di dimostrare proprietà *disease modifying* per un farmaco pone in primo piano alcune domande importanti tra cui: quale popolazione studiare? Per quanto tempo? Con quali *endpoints* primari e secondari? Esistono marcatori surrogati di efficacia? Il primo problema controverso è la definizione dell'intervento "modificatore". Infatti intuitivamente per una patologia neurodegenerativa l'intervento dovrebbe risultare in una riduzione dell'evoluzione della patologia. Dal punto di vista del paziente questo dovrebbe comunque tradursi in una riduzione o miglioramento stabile delle disabilità conseguenti alla patologia. Queste osservazioni in qualche modo contrastano nella visione delle agenzie regolatorie mondiali poiché per esempio per l'FDA l'effetto deve essere basato sulla modifica del processo fisiopatologico (per esempio i livelli di beta amiloide) mentre per l'agenzia europea EMA e per quella canadese l'approvazione di un farmaco con proprietà *disease modifying* richiede la dimostrazione di *outcomes* clinici sostanziali. Appare evidente che ancora molto lavoro deve essere fatto e che, in attesa di nuove opzioni terapeutiche consolidate da una seria sperimentazione clinica occorre sfruttare al meglio quanto disponibile cercando di realizzare, là dove è possibile, delle sinergie (anche tra terapie farmacologiche ed approcci non farmacologici), fatto salvo l'onere di provare che l'uso di interventi plurimi coordinati permette di raggiungere risultati migliori della monoterapia.

## **NUOVO CEROTTO DI RIVASTIGMINA: ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO GERIATRICO DELL'ASL 4 CHIAVARESE DELLA REGIONE LIGURIA**

Dijk Babette (a), Osimani Giovanna (b), Lucarini Simonetta (c), Carniglia De Carli Rosanna (b), Cavagnaro Paolo (d)

(a) *Ambulatorio Geriatrico, ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova*

(b) *Struttura Semplice Farmaceutica Territoriale, ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova*

(c) *Residenza Sanitaria Assistenziale, ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova*

(d) *Direzione Generale ASL Chiavarese, Chiavari, Genova*

**Introduzione.** Le demenze e la Malattia di Alzheimer sono sempre più diffuse nella nostra società, prevalentemente per l'aumento demografico della popolazione anziana; si stima che in Italia siano tra 600.000 e 1.000.000 le persone attualmente affette (6-9% delle persone ultrasessantacinquenni), 24.000.000 le persone attualmente affette nel mondo con un nuovo caso ogni 7 secondi. La terapia farmacologica si basa sugli inibitori delle acetilcolinesterasi (donepezil, rivastigmina, galantamina) prescritti dalle UVA con piano terapeutico secondo l'indicazione ministeriale a persone con Demenza di Alzheimer lieve-moderata (MMSE 14-26) in monosomministrazione (donepezil) o duplice somministrazione giornaliera (compresse di rivastigmina o galantamina). Dal 23/7/2008 è entrato a far parte dei farmaci anticolinesterasici anche il cerotto di rivastigmina, che garantisce una maggior semplicità di utilizzo e una monosomministrazione. Rispetto alle compresse il cerotto ha il vantaggio di una maggiore *compliance*, di una maggiore tollerabilità e permette quindi di raggiungere dosaggi del farmaco difficilmente raggiungibili precedentemente. Per valutare l'efficacia del cerotto e la sua tollerabilità è stato condotto nel 2007 lo studio IDEAL che ha arruolato 1.195 pazienti con AD moderata con MMSE basale di 16 ed età media di 73 anni. Questo studio ha dimostrato un miglioramento del MMSE nei pazienti trattati con cerotto da 9,5 mg/24h da 16,7 a 17,8 e una stazionarietà delle ADL (rilevate tramite la scala ADCS-ADL); gli effetti collaterali più frequenti sono stati nausea (6%) e vomito (7%) e le vertigini (2%).

**Metodi.** Dal 23/7/2008 abbiamo iniziato a trattare i pazienti affetti da Demenza di Alzheimer anche con il cerotto di rivastigmina; al 30/6/2009 sono in trattamento con il cerotto 126 pazienti tutti affetti da Demenza di Alzheimer probabile o possibile secondo i criteri NINCDS-ADRDA. Alla prima visita effettuata presso il nostro centro prima dell'inizio della terapia il MMSE in media era 19,88±4,73, le ADL perse 2,14±1,60, le IADL perse 6,30±1,88, la AGED (scheda di valutazione dell'autonomia dell'anziano in uso nella Regione Liguria) era 10,33±5,37.

**Risultati.** Al controllo si sono presentati 83 pazienti (65,8%); a 19 (22%) è stato interrotto il farmaco di cui 6 per allergia cutanea, 2 per comparsa di agitazione, 1 per presenza di BAV nuovo, 2 per vertigini, 4 per mancata *compliance*, 1 per rettoragia, 2 per nausea, 1 per generica intolleranza. Nei pazienti in trattamento il MMSE era 19,17±4,93, le ADL perse 2,22±1,70, le IADL perse 6,69±1,80, la AGED era 10,42±5,10. L'età media dei pazienti trattati con cerotto di rivastigmina era di 80,38±6,17, con 98 donne (78%) e 28

uomini (22%); l'età media dei pazienti trattati con il cerotto era sovrapponibile a quella degli assistiti che si presentano in ambulatorio ogni anno (80,05 nel 2008).

**Conclusioni.** Ad oggi i pazienti trattati con rivastigmina cerotto nell'ambulatorio UVA sono quasi la metà dei trattati con anticolinesterasici; per quanto provvisori, dopo un anno dall'introduzione del cerotto, i risultati nel nostro ambulatorio sono incoraggianti: il 65% dei pazienti si è presentato alla visita di controllo e di questi la maggioranza ha tollerato bene il farmaco; rispetto ai dati dello studio IDEAL i nostri pazienti sono più anziani (80 anni di età media contro i 73 dello studio) e meno compromessi (MMSE 19 contro 16); sono stati rilevati alcuni effetti collaterali nuovi come l'allergia cutanea che nello studio IDEAL non è citata è rappresentata da sola il 30% degli effetti collaterali da noi documentati, l'incidenza degli attesi effetti collaterali gastroenterici (10%) è stata più alta di quella verificata nello stesso studio; il MMSE e le ADL sono rimasti stazionari per tutta la durata del trattamento.

## TRATTAMENTO CON ANTICOLINESTERASICI IN PAZIENTI CON ALZHEIMER DISEASE: FOLLOW-UP A TRE ANNI

Giordano Marcello (a), Vitrano Catania Teresa Maria (a), Pineo Antonella (a), Baiamonte Francesca (a), Curatolo Massimiliano (a), Oddo Gioacchino (b)

(a) Centro di Riferimento Regionale Demenze Senili-Alzheimer, AUSL 6, Palermo

(b) Dipartimento per l'Integrazione Socio-Sanitaria, AUSL 6, Palermo

**Introduzione.** Il trattamento farmacologico della *Alzheimer Disease* (AD) si basa attualmente sugli Ache-I, farmaci che rallentano la progressione della malattia. La loro prescrizione è associata a costi elevati, che in periodo di ristrettezze economiche spinge a riflessioni ulteriori sul *target* di pazienti da trattare, in assenza di *marker* predittivi dei responder.

**Metodi.** Abbiamo effettuato uno studio retrospettivo sui pazienti presentatisi per una prima visita nel 2005 presso l'UVA del Centro di Riferimento Regionale Demenze Senili-Alzheimer (CRRDSA) afferente al Dipartimento per l'Integrazione Socio-Sanitaria dell'AUSL 6 Palermo, considerando la diagnosi di demenza, la diagnosi di AD ed il trattamento con Ache-I. È stato osservato l'andamento dei pazienti trattati nei tre anni successivi, esaminando gli aspetti clinici, gli eventuali effetti collaterali ed i valori di MMSE, ADL, IADL, CIRS, CDR.

**Risultati.** Nel 2005 sono stati sottoposti a prima visita 449 pazienti di età compresa tra 55 e 80 anni, 70% donne e 30% uomini; di questi: 360 erano affetti da demenza di cui 255 da AD, 148 dei quali sono stati da noi trattati con Donepezil, Rivastigmina e Galantamina. Dei pazienti trattati, 24 hanno interrotto il trattamento nello stesso anno 2005, 20 dopo un anno, 23 dopo due anni, 10 dopo tre anni. I fattori legati all'interruzione sono:

- nello stesso anno: effetti collaterali (comparsa di bradicardia e turbe gastroenteriche);
- ad un anno: effetti collaterali, peggioramento cognitivo e/o funzionale;
- a due e tre anni: peggioramento cognitivo e/o funzionale, comparsa di BPSD, rilevanza della comorbilità. I pazienti in trattamento dopo tre anni sono risultati 65 i quali hanno conservato stabilità cognitiva e funzionale; per essi è stata formulata diagnosi e instaurato il trattamento nei primi stadi della malattia, è stata rara la comparsa di BPSD e avevano comorbilità non rilevante.

**Conclusioni.** Dai dati rilevati si evidenzia che gli Ache-I sono utili nel rallentare la progressione di AD e pertanto quanto sia importante la diagnosi precoce e tempestiva. Allo stesso tempo l'interruzione del trattamento dopo breve periodo (6 mesi-1 anno) legata ad elevata comorbilità e/o a comparsa di BPSD induce alla riflessione, in considerazione dell'elevato costo dei farmaci, che la ricerca clinica di base debba concentrarsi nell'individuare, in assenza di *marker* biologici, il maggior numero possibile di fattori prognostici negativi.

## MONITORAGGIO DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER IN EMILIA-ROMAGNA

Sapigni Ester (a), Puccini Aurora (a), Trapanese Maria (a), Lanzoni Monica (a), Carafelli Antonella (b), Martelli Luisa (a)

(a) Servizio Politica del Farmaco, Regione Emilia-Romagna, Bologna

(b) Servizio Governo dell'Integrazione Socio-Sanitaria e delle Politiche per la non Auto Sufficienza, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** La diagnosi di Alzheimer è affidata, in Emilia-Romagna, ad una rete di Centri esperti per le demenze distribuiti su tutto il territorio per la diagnosi e l'avvio dei trattamenti farmacologici. Per l'individuazione dei pazienti eleggibili al trattamento con AchEI, la Commissione Regionale del Farmaco ha adottato un Piano Terapeutico (PT) regionale e istituito un monitoraggio triennale delle prescrizioni attraverso la rilevazione delle principali variabili contenute nei PT. Scopo del presente lavoro è l'analisi dei primi dati rilevati da tale monitoraggio.

**Metodi.** Sono state analizzate le variabili rilevate nel primo semestre 2008 dai PT riguardanti le caratteristiche demografiche, cliniche (valutazione cognitiva con MMSE e funzionale con IADL/ADL) e farmacologiche (principi attivi/dosaggi/switch) della popolazione regionale affetta da Demenza di Alzheimer e trattata con farmaci della nota AIFA 85.

**Risultati.** L'analisi dei PT del primo semestre 2008 ha individuato una prevalenza di 6.019 pazienti afferenti ai centri demenze delle Aziende sanitarie regionali, ad esclusione di una AUSL. La popolazione analizzata è composta principalmente da donne (67,7%) con età media  $80,9 \pm 6,2$  vs  $79,2 \pm 6,7$  del genere maschile. Il valori di MMSE sono  $18,2 \pm 5,5$  per il sesso femminile e  $19,0 \pm 5,7$  per quello maschile (t-student  $p < 0,01$ ). I valori funzionali non sono statisticamente differenti per genere e sono pari a ADL=4 e IADL=3. La popolazione in esame è nel 67,2% dei casi trattata con Donepezil ( $6,7 \pm 2,9$ mg/die), nel 25,4% con Rivastigmina ( $6,2 \pm 3,2$ mg/die), mentre il 7% dei casi è trattato con Galantamina ( $16,4 \pm 6,1$ mg/die). Il sesso non influenza significativamente (distribuzione binomiale  $p > 0,05$ ) la scelta del trattamento. L'8% della popolazione analizzata interrompe la terapia. Il deterioramento del MMSE a valori  $< 10$  si riscontra nel 31,4% dei casi e l'insufficiente beneficio terapeutico nel 21,4%. Infine è stata eseguita un'analisi delle variazioni prescrittive sui soggetti incidenti nei primo 5 mesi 2008 (638 pazienti): il 14% dei casi ha una variazione di dosaggio, mentre il 3% dei casi registra uno *shift* sul principio attivo, principalmente tra Donepezil e Rivastigmina.

**Conclusioni.** L'adozione del PT, quale strumento di monitoraggio, permette di caratterizzare la popolazione affetta da Demenza di Alzheimer consentendo analisi delle terapie in relazione alle caratteristiche cliniche del singolo paziente. Questa analisi preliminare evidenzia l'utilizzo delle terapie farmacologiche secondo i contenuti della nota 85 anche a conferma dell'efficacia del percorso regionale definito. Il prosieguo del monitoraggio consentirà ulteriori valutazioni e approfondimenti sulla durata dei trattamenti.

**Quarta sessione**

**Approccio terapeutico non-farmacologico**

*Coordinatore*

Teresa Di Fiandra



## **VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI PSICO-SOCIALI NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CON DEMENZA**

Chattat Rabih

*Dipartimento di Psicologia, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi, Bologna*

Gli interventi psicosociali con le persone con demenza sono molto numerosi e diversificati; l'unico denominatore comune rilevabile è relativo al fatto di essere non farmacologici (formulazione spesso utilizzata per indicare questo raggruppamento di terapie). Ciò rende necessario elaborare una definizione attiva di questa area di interventi considerando il tipo di azione che esse realizzano, le abilità o le capacità che sono coinvolte oltre all'effetto che possono avere sulla globalità della persona affetta da demenza e non solo sui sintomi della malattia. Lo sviluppo e la crescita significativa di proposte di interventi psicosociali, presenti anche nella letteratura nazionale e internazionale testimonia l'importanza di questa modalità di approccio. D'altro canto ad una analisi attenta emerge che frequentemente le proposte di intervento mancano di un costrutto di riferimento che possa rappresentare lo schema all'interno del quale possano essere inserite le azioni, che permetta una adeguata comprensione della ricaduta dell'intervento e delle dimensioni e abilità coinvolte; ciò è influenzato, in parte, dalla traslazione delle modalità di valutazione da quelle utilizzate per la valutazione dell'efficacia dei prodotti farmacologici ma anche la difficoltà ad elaborare un modello articolato della malattia, della sua evoluzione e del suo impatto sulla persona interessata contribuiscono a rendere difficile l'applicazione di un modello che possa spiegare l'interazione dei fattori coinvolti. L'importanza del costrutto di riferimento è alla base della scelta dello strumento di valutazione. In termini di assunti psicometrici la validità di costrutto è una delle più importanti (oltre che essere fondamentale) proprietà degli strumenti di valutazione e fa riferimento proprio al modello teorico utilizzato per la costruzione dello strumento. Diventa quindi di vitale importanza una adeguata elaborazione del modello teorico che costituisce il razionale dell'intervento psicosociale al fine di individuarne il potenziale effetto, le dimensioni psicosociali interessate e quindi gli aspetti valutabili e gli strumenti da utilizzare. Oltre alla scelta della dimensione occorre considerare le proprietà psicometriche degli strumenti corrispondenti; oltre al possesso della validità e dell'attendibilità gli strumenti scelti dovrebbero rispondere ad altri criteri quali: adeguatezza rispetto alla popolazione di riferimento, validità culturale e di faccia, valori normativi ed aspetto fondamentale, anche se spesso sottovalutato, dovrebbe essere verificata la sua sensibilità al cambiamento. Oltre agli strumenti vanno considerati le modalità di selezione dei soggetti e di confronto tra gruppi al fine di rafforzare la validità della ricerca; nella letteratura sono evidenti le limitazioni metodologiche degli studi che spesso comportano una riduzione dei livelli di evidenza in quanto la selezione dei soggetti e la loro assegnazione ai gruppi costituiscono spesso una minaccia alla validità che vanno accuratamente curate. In conclusione si potrebbe affermare che la valutazione degli interventi psicosociali nella demenza merita e richiede una attenzione specifica in particolare per due principali punti: a) per supportare, in termini di

evidenza, l'utilità di interventi che sono di aiuto alle persone con demenza e ai loro familiari ad affrontare nel modo migliore possibile la loro condizione; b) per permettere, proprio attraverso la verifica dell'efficacia, una tutela delle persone e la garanzia di ricevere interventi adeguati ed efficaci.

## INTERVENTO DI SOSTEGNO AI FAMILIARI CHE ASSISTONO PAZIENTI DEMENTI

Tessari Annalisa, Formilan Marino, Busonera Flavio, Albanese Paolo, Cester Alberto  
Centro per l'Invecchiamento Cerebrale, Dipartimento di Geriatria e Riabilitazione, ULSS  
13, Mirano, Venezia

**Introduzione.** Caratteristica specifica dell'assistenza al paziente demente è rappresentata dal progressivo declino della relazione fra il familiare e la persona malata. Le strategie di *problem solving* ed il fronteggiamento, caratterizzate dalla richiesta attiva di informazioni e dall'affrontare direttamente le difficoltà, si sono dimostrati fattori protettivi sul carico assistenziale e sull'incidenza di depressione. Importante diventa quindi per il *caregiver* non solo modificare l'ambiente esterno e le sue eventuali valenze negative, ma soprattutto sviluppare capacità che possano essere utili per affrontare situazioni stressanti nel modo meno invasivo e doloroso possibile. Lo scopo è quello di sviluppare *Coping Skills* ossia quell'insieme di competenze ed abilità cui l'individuo attinge nel far fronte alle situazioni problematiche e potenzialmente dannose massimizzando la probabilità di riuscita. Sulla scorta di tali informazioni nell'Unità Operativa di Geriatria del Dipartimento di Geriatria e Riabilitazione dell'ULSS 13 è nato un progetto per l'assistenza del *caregiver* nella Malattia di Alzheimer e nelle altre demenze.

**Metodi.** 10 moduli teorici suddivisi in 5 incontri a cadenza settimanale di 120 minuti. Hanno partecipato 30 familiari (4 maschi e 26 femmine) che sono stati valutati prima dell'inizio e a fine trattamento con: STAI-X TRATTO: *State Trait Anxiety Inventory*, CBI: *Caregiver Burden Inventory*, un Questionario di Efficacia ed il Brief COPE: Questionario di valutazione del *Coping*. Si sono evidenziate tre distinte fasi:

- psicoeducativa e di informazione;
- gestione e fronteggiamento dei disturbi comportamentali del malato con la sostituzione di modalità gestionali disfunzionali con strategie più funzionali al paziente; insegnamento di nuove modalità comunicative sia verbali che non verbali. *Role playing*;
- condivisione, gestione e confronto tra i *caregiver* non solo delle difficoltà oggettive incontrate, ma anche degli stati d'animo e delle emozioni contrastanti emersi durante l'assistenza del proprio familiare.

**Risultati.** Nessun risultato per quanto riguarda la riduzione dei punteggi nello STAI-X TRATTO ( $T_0$ : 52,4/80;  $T_1$ : 51,6/80) e nel CBI: ( $T_0$ : 35,2;  $T_1$ : 34,8). Notevole riduzione dei punteggi nel Questionario di Efficacia ( $T_0$ : 36;  $T_1$ : 22,2) e nel Brief COPE.

**Conclusioni.** Questo lavoro ha permesso l'incremento delle *Coping Skills* ed offerto una maggiore consapevolezza di gestione di situazioni prima vissute come ingovernabili. Lo scopo dell'intervento era quello di incrementare le strategie di gestione dei pazienti da parte dei *caregiver*, tramite l'insegnamento di tecniche di controllo adeguate alla patologia dementigena; si è ridotta soprattutto quindi quella sensazione di globale inefficacia della propria assistenza e facendo in modo di incrementare parallelamente le risposte del paziente e migliorare quindi la sua autonomia. Ciò potrebbe inoltre far

emergere conseguenze positive per quanto riguarda la non istituzionalizzazione e la riduzione nell'uso dei servizi di supporto per il paziente stesso, aspetti spesso negativi, per quanto riguarda la qualità di vita del demente sradicato dal proprio ambiente che è fonte di sicurezza e di ancoraggio.

## STRATEGIE DI COPING E STRESS DEL CAREGIVER: UNO STUDIO PRELIMINARE

Spadaro Letteria, Cordici Francesco, Passari Smeralda, Sessa Edoardo, Bramanti Placido  
*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Centro Neurolesi Bonino Pulejo,  
Messina*

**Introduzione.** La Malattia di Alzheimer con i suoi 520.000 casi in Italia e una stima di 80.000 nuovi casi l'anno rappresenta attualmente un problema sociale e di pubblica salute con costi diretti, indiretti e soprattutto intangibili nei termini di sofferenza fisica e psicologica del malato e delle persone che si prendono cura di lui. Il *caregiving* di un malato affetto da patologia cronico-degenerativa, in particolare, la Malattia di Alzheimer, si profila infatti come una condizione di stress cronico che grava fortemente sulla salute fisica e psicologica della persona. I principali fattori di protezione a fronte di un evento stressante sono il sostegno sociale e le strategie di *coping*. Quindi individuare le strategie di *coping* adattive rispetto alla condizione presa in esame diventa di primaria importanza per impostare interventi di prevenzione rivolti a tale popolazione.

**Metodi.** Sono state arruolate consecutivamente 24 diadi formate da paziente affetto da probabile Malattia di Alzheimer (18 donne vs 6 uomini; età 78,4±7,4) e dal suo *caregiver* (20 donne vs 4 uomini; età 51,6±13,5). I pazienti sono stati valutati con MMSE (14±6), ADL (3,7±1,7), IADL (2,7±2,5), NPI (18,2±13,8). Ai *caregiver* sono stati somministrati MMSE (28,7±2,4), BDI, STAI di tratto e di stato, CBI, COPE-NVI per monitorare lo stato cognitivo, il benessere psicologico, il carico assistenziale percepito e le strategie di *coping*.

**Risultati.** Il carico assistenziale percepito nelle componenti obiettivo, psicologico, fisico e sociale correlano positivamente con la strategia di *coping* "evitamento" ( $p<0,05$ ) e con i punteggi di depressione ( $p<0,05$ ) e ansia di tratto ( $p<0,05$ ). Il carico psicologico correla positivamente anche con le IADL ( $p<0,05$ ). È interessante osservare che il carico emotivo non correla positivamente con nessuna delle variabili prese in esame. Le strategie di *coping* "attitudine positiva" e "l'orientamento al problema" correlano positivamente con ansia di stato ( $p<0,05$ ). L'inserimento delle variabili in esame in un modello di regressione lineare ha evidenziato che i punteggi NPI sono un valore predittivo rispetto alla strategie di *coping* "ricorso a sostegno sociale" ( $p=0,046$ ) e "orientamento trascendente" ( $p=0,014$ ). La strategia di *coping* "orientamento al problema" è una variabile predittiva rispetto al carico assistenziale obiettivo, psicologico, fisico e sociale ( $p<0,05$ ); la strategia di *coping* "orientamento trascendente" rispetto al carico emotivo percepito ( $p=0,036$ ).

**Conclusioni.** I dati mostrano come i disturbi del comportamento hanno un ruolo cruciale nell'influenzare alcune strategie di *coping* messe in atto dai *caregiver*, in particolare in ricorso al sostegno sociale e alla fede. Il ricorso alla strategia di *coping* "evitamento", insieme agli indici di depressione e ansia di tratto, sebbene correlano positivamente con molteplici componenti del carico assistenziale percepito, non rappresentano un valore predittivo. È interessante osservare come la strategia "orientamento al problema" nel nostro caso predice l'incremento del carico assistenziale percepito.

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

Bartorelli Luisa, Ierace Brunella, Giubilei Franco  
Unità Alzheimer Fondazione Roma, Università di Roma Sapienza, Roma

**Introduzione.** È noto 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.** 74 pazienti (43 donne) età media  $78,4 \pm 7,5$  con diagnosi di Malattia di Alzheimer probabile, secondo i criteri NINCDS-ADRDA, sono stati reclutati in 5 sedi, 4 UVA ospedaliere (S. Andrea, S. Eugenio, S. Giovanni, Neurologia B del Policlinico) e 1 centro territoriale (Unità Alzheimer-Fondazione Roma). I *caregiver* di 43 pazienti sono stati inclusi nel corso psico-educazionale mentre i *caregiver* di 31 pazienti, usati come controllo non vi hanno partecipato. I due gruppi di pazienti erano omogenei per età ( $79,1 \pm 7,3$  vs  $77,4 \pm 7,7$ ) e scolarità ( $8,8 \pm 4,8$  vs  $9 \pm 5$ ); non c'erano differenze tra i due gruppi di *caregiver* per età ( $57,3 \pm 12,4$  vs  $59,4 \pm 13,7$ ) e scolarità ( $12,4 \pm 3,4$  vs  $13,1 \pm 3,5$ ). Il genere femminile era maggiormente rappresentato in ambedue i gruppi di *caregiver* (81,4% vs 80,6%). 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, 1 geriatra e 1 psicologo per ogni centro, avevano a disposizione in parallelo il Manuale del Formatore. I *caregiver* compilavano al  $T_0$  un questionario di autovalutazione; quindi un valutatore in cieco somministrava loro CES-D e NPI, nonché il MMSE al paziente. Scale e test sono stati ripetuti alla fine del corso ( $T_1$ ) e dopo tre mesi ( $T_2$ ). Al  $T_1$  è stata autosomministrata anche una scheda di valutazione del corso.

**Risultati.** Non sono state osservate differenze al MMSE dei pazienti nei due gruppi. L'NPI totale era significativamente ridotto nei pazienti, i *caregiver* dei quali erano inclusi nel programma psico-educazionale ( $p < 0,0001$  ANOVA); tale riduzione persiste al  $T_2$ . Allo stesso modo l'NPI stress era significativamente ridotto nei *caregiver* inclusi nel programma ( $p < 0,0001$  ANOVA). Negli stessi anche la CES-D era diminuita significativamente al  $T_1$  ( $p < 0,0001$  ANOVA). La differenza nella CES-D tra i due gruppi di *caregiver* era ancora più alta al  $T_2$ .

**Conclusioni.** I dati preliminari suggeriscono che tale metodo psico-educazionale del *caregiver* può influenzare positivamente i disturbi comportamentali del paziente con Malattia di Alzheimer e al contempo ridurre lo stress del *caregiver*. In particolare è risultato un effetto positivo sui sintomi depressivi del *caregiver*, che persiste anche dopo tre mesi dalla fine del corso. Tale programma potrebbe essere considerato una forma di terapia non farmacologica nella gestione del Malato di Alzheimer.

**Quinta sessione**  
**Gestione integrata**

*Coordinatore*  
Carlo Pasetti



## **CONSENSO INFORMATO NELLA DEMENZA: LO STUDIO AdCare**

Raschetti Roberto (a), Petrini Carlo (b)

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

*(b) Unità di Bioetica della Presidenza, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Uno dei problemi etici posti dalle sperimentazioni riguarda la necessità di proteggere i soggetti "vulnerabili" senza negare loro la possibilità di ricevere i benefici che potrebbero derivare dalla partecipazione alla ricerca. Negli ultimi decenni vi è stata, da parte di autorevoli istituzioni nazionali, internazionali e sovranazionali, un'abbondante produzione di documenti (e di normative, il cui rispetto è ovviamente vincolante) su questi temi. I documenti sono concordi nell'indicare alcuni requisiti fondamentali: il consenso libero e informato del soggetto o di chi legalmente lo rappresenta; il prevalere del beneficio diretto individuale rispetto agli interessi sociali della ricerca (con alcune eccezioni); il collegamento diretto tra la sperimentazione e la patologia di cui soffre il soggetto; le eventuali alternative; la comparazione tra rischi e benefici; la giustificazione scientifica, clinica ed etica della ricerca; l'approvazione da parte del comitato di etica. Per le sperimentazioni su patologie che compromettono le capacità cognitive è doveroso valutare prioritariamente se sia possibile raggiungere gli obiettivi prefissati coinvolgendo soggetti le cui capacità siano integre. In ogni caso, anche quando le capacità cognitive del soggetto siano compromesse, è indispensabile favorire il più possibile la sua consapevolezza ed il rispetto della sua autonoma capacità di scelta (principio di presunzione di competenza). Chi ha esperienza in comitati etici sa che purtroppo non è raro trovare protocolli in cui si accetta il consenso espresso da soggetti che molto probabilmente non sono in grado di esprimerlo validamente. Anche la letteratura scientifica dimostra che ancora oggi molte sperimentazioni con soggetti incapaci sono condotte senza prestare la dovuta attenzione a queste tematiche. Nella proposta da noi elaborata il processo del consenso informato prevede l'utilizzo di una procedura riproducibile che vuole essere un ausilio per il medico e, soprattutto, una garanzia per il malato. L'utilizzo di alcuni test neuropsicologici e di una intervista clinica semistrutturata sono inseriti in un percorso in cui il medico ha la responsabilità di sintetizzare informazioni e dare un giudizio clinico, come in qualunque sua azione. Tali strumenti, sulla cui utilità esiste un'abbondante letteratura, lungi dal voler classificare le persone sulla base di metodi matematici spersonalizzanti, favoriscono il rispetto delle persone, evitando che alle sperimentazioni partecipino soggetti incapaci di una espressione consapevole della volontà. In Italia quando una persona risulta incapace di decidere in modo autonomo, la partecipazione ad una sperimentazione clinica è possibile a condizione, tra l'altro, che "sia stato ottenuto il consenso informato del legale rappresentante», cioè un consenso che "deve rappresentare la presunta volontà del soggetto" (DL.vo 24 giugno 2003, n. 211, art. 5). La figura dell'Amministratore di Sostegno si adatta a questo compito poiché nello svolgimento dei suoi compiti deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario "con la minore limitazione possibile della capacità di agire" (Legge 9 gennaio 2004, n. 6, art. 1). È importante inoltre non svuotare di

significato l'aspetto della raccolta del consenso informato relegandolo ad un ruolo puramente formale. Può certamente accadere che una persona con demenza non sia in grado di comprendere i contenuti di un "modulo standard", pur essendo in grado di esprimere le sue scelte in maniera coerente con i suoi valori di riferimento. Tuttavia, ciò significa solo che occorre rendere più efficace il "processo" della raccolta del consenso informato, modulandolo in funzione del profilo di rischio/beneficio dei singoli studi, senza appiattirlo sulla dimensione puramente burocratica della compilazione di un modulo.

## LEGGE 6/2004 SULL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO: APPLICAZIONE IN UNA COORTE DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Clerici Francesca (a), Vanacore Nicola (b), Fusari Imperatori Susanna (a), Maggiore Laura (a), Gainotti Sabina (b), Spila Alegiani Stefania (b), Raschetti Roberto (b), Mariani Claudio (a)

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

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

**Introduzione.** Dal 19/3/2004 è in vigore in Italia la Legge 6/2004 che prevede la nomina di un Amministratore di Sostegno (AdS) per la protezione delle persone che "per effetto di ogni infermità ovvero menomazione fisica o psichica" si trovino ad essere "prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana".

**Obiettivi.** 1) indagare la diffusione della conoscenza della Legge 6/2004 tra i familiari di una coorte di pazienti affetti da demenza; 2) valutare modalità e tempistica di applicazione della legge; 3) identificare delle possibili variabili predittive dell'applicazione della legge.

**Metodi.** Dal luglio 2007 al luglio 2009 a tutti i pazienti affetti da demenza consecutivamente valutati nell'ambito della routinaria pratica clinica presso il Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi dell'Ospedale Luigi Sacco e ai loro famigliari è stato chiesto se conoscessero la Legge 6/2004. In caso di risposta negativa, la Legge veniva illustrata al paziente e al *caregiver* da un neurologo (che ne suggeriva l'applicazione, stilando idonea certificazione) e da uno psicologo (che si rendeva disponibile per tutti i chiarimenti necessari e per l'eventuale supporto nella compilazione della modulistica). Di ogni paziente, al momento della presentazione della legge, sono state raccolte le seguenti informazioni: età, sesso, scolarità, stato civile, numero di figli, *caregiver* di riferimento, presenza di badante, punteggio di *Mini Mental State Examination* (MMSE), di *Activities of Daily Living* (ADL) e di *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), presenza di disturbi psico-comportamentali (psicosi, aggressività, insonnia e depressione), trattamento in atto con farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (memantina, inibitori dell'acetilcolinesterasi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine). Ad ogni successiva visita di controllo veniva monitorato lo stato di avanzamento della procedura. In caso di applicazione della Legge 6/2004, dalla sentenza cartacea (e in caso di assenza di quest'ultima, dal tribunale di competenza) sono state desunte le seguenti informazioni: data del deposito presso la cancelleria del tribunale della richiesta di nomina dell'AdS, data della sentenza, persona designata a ricoprire il ruolo di AdS, interdizioni del beneficiario, atti autorizzati dell'AdS, obblighi dell'AdS. Nei casi in cui la procedura di attivazione della legge non è stata intrapresa per volere del paziente o dei famigliari, sono state raccolte le motivazioni. È stata condotta un'analisi logistica multivariata per valutare la presenza di possibili variabili predittive di applicazione della Legge 6/2004.

**Risultati.** Sono stati inclusi nello studio 160 pazienti affetti da demenza (79% Malattia di Alzheimer) aventi le seguenti caratteristiche: età media  $78,9 \pm 7,0$  anni, 69% donne,

MMSE  $15,8 \pm 6,9$ , ADL  $3,6 \pm 1,9$  e IADL  $1,9 \pm 1,8$ . La richiesta di nomina dell'AdS è stata depositata nel 51% dei casi (82/160). Solo in tre casi (1,9%) la Legge 6/2004 era nota e la procedura di applicazione era stata precedentemente avviata. L'intervallo medio di tempo intercorso tra la presentazione della Legge 6/2004 e il deposito della richiesta di nomina dell'AdS da parte dei famigliari è stata di  $108 \pm 126$  giorni. La procedura di nomina dell'AdS è stata completata nel 61% dei casi (50/82). L'intervallo medio di tempo intercorso tra il deposito della richiesta e la sentenza è stato di  $128 \pm 62$  giorni. L'AdS nominato dal giudice tutelare è nel 66% dei casi un figlio e nel 25% dei casi il coniuge. Le caratteristiche anagrafiche e cliniche dei pazienti per i quali è stata depositata la richiesta non differiscono statisticamente da quelle dei pazienti per cui essa non è stata depositata. Dall'analisi multivariata emerge che i pazienti per i quali è stata depositata la richiesta in tribunale hanno più frequentemente un numero di figli inferiore a 2 e fanno più uso della memantina rispetto a quei pazienti per i quali non è stata depositata alcuna richiesta. Inoltre alla stessa analisi multivariata emerge, ai limiti della significatività, una relazione con la presenza della badante e con un punteggio di ADL inferiore a 4.

**Conclusioni.** L'esistenza della Legge 6/2004 è ampiamente sconosciuta ai famigliari dei pazienti affetti da demenza. Se sistematicamente presentata dal personale sanitario, la procedura di applicazione della Legge 6/2004 viene avviata nella metà dei casi. Conformemente allo spirito della Legge, nella stragrande maggioranza dei casi l'AdS nominato è un parente di primo grado. La procedura di nomina dell'AdS richiede mediamente un tempo superiore ai 60 giorni previsti dalla Legge. La grave disabilità del paziente e l'assenza/esiguità di numero di figli sono variabili predittive dell'applicazione della Legge 6/2004. L'associazione riscontrata tra applicazione della Legge 6/2004 e trattamento con memantina è possibile che esprima il peculiare rapporto fiduciario instaurato dai famigliari dei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer con il Centro, che negli anni 2005-2006 coordinò per la Regione Lombardia il "Progetto Memantina".

## **RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: UNA SURVEY SULLA PRATICA CLINICA CORRENTE ADOTTATA NELLE UVA RELATIVAMENTE A COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI E CONSENSO INFORMATO**

Izzicupo Fabio, Gainotti Sabina, Galeotti Francesca, Giusti Angela, Massari Marco, Menniti Ippolito Francesca, Vanacore Nicola, Raschetti Roberto  
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il rapporto medico-paziente rappresenta il caposaldo essenziale di qualsiasi percorso di cura. La comunicazione della diagnosi ed il consenso informato sono aspetti essenziali che circostanziano e definiscono questo rapporto. Questo risulta ancora più vero nelle patologie, come nel caso delle demenze, caratterizzate da un processo invariabilmente degenerativo dove ad oggi non esiste una terapia risolutiva. Inoltre l'affinamento delle capacità diagnostiche e la sempre maggiore importanza di sperimentazioni in fasi precoci della malattia, ha lasciato emergere in molti Paesi l'importanza di riconsiderare l'approccio al malato ed ai suoi cari. In diversi Paesi europei ed extraeuropei sono state effettuate numerose *survey* per cercare di comprendere quali siano le attitudini di malati, *caregiver* e medici circa la comunicazione della diagnosi. I risultati emersi in tutti gli studi evidenziano tratti comuni. L'importanza di comunicare al malato la diagnosi, nelle fasi lieve-moderata della malattia viene riconosciuta come un principio cardine. Allo stesso tempo la difficoltà di comunicare effettivamente la diagnosi risulta evidente per molteplici motivi che vanno dal diniego dei familiari alle limitazioni operative e/o talvolta a reticenze di carattere culturale del personale sanitario. Il consenso informato, spesso, rappresenta un passaggio successivo alla comunicazione della diagnosi nel percorso di cura almeno quando è ipotizzabile un consenso consapevole del paziente. Una recente revisione sistematica ha evidenziato come, soprattutto nelle sperimentazioni, spesso non viene data la necessaria attenzione al processo di consenso del paziente. Alla luce di queste evidenze e sulla falsariga di precedenti esperienze l'Istituto Superiore di Sanità, insieme al Ministero della Salute e all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ha deciso di condurre una *survey* sulle pratiche correnti circa la comunicazione della diagnosi ed il consenso informato nelle UVA Italiane. È stata appositamente costruita una intervista semistrutturata basata, anche, sulle esperienze effettuate in altri Paesi destinata a tutte le UVA Italiane. L'intervista è composta da 22 domande alle quali è possibile rispondere via internet attraverso un questionario *online* appositamente elaborato o alternativamente per fax.

## FRUIBILITÀ DELLA RETE DEI SERVIZI PER I PAZIENTI AFFERENTI ALLA UNITÀ VALUTATIVA ALZHEIMER

Simoncini Mara, Leotta Daniela, Gatti Antonia, Balla Silvia, Pernigotti Luigi Maria  
*Geriatria Territoriale, Rete Alzheimer, Dipartimento di Integrato di Lung'Assistenza, ASL TO 1, Torino*

**Introduzione.** L'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) della ASL Torino 1 è direttamente integrata nella Rete di Servizi Dipartimentali alla quale afferiscono, oltre alla Geriatria Ospedaliera per i casi in cui i pazienti affetti da Malattia di Alzheimer o sindromi correlate siano in fasi acute di comorbidità, anche la Geriatria Territoriale con il Nucleo Residenziale per cura di disturbi comportamentali, il Centro Diurno Alzheimer, (CDA) e l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) che ha il compito della gestione della rete e della individuazione dei percorsi di interventi di lungo assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Si è valutata la fruibilità dell'accesso alla rete dei servizi per i pazienti dementi nel contesto cittadino.

**Metodi.** Si è effettuato uno studio osservazionale retrospettivo per verificare l'efficacia di un programma di gestione integrata dei servizi tra UVA e UVG per i pazienti affetti da demenza, e di fruibilità del ventaglio dei servizi offerti nella prospettiva di un intervento sulla riduzione di istituzionalizzazione. I dati provengono dal nostro sistema informativo e statistico SAO-UVG. Dei 6.554 pazienti afferiti all'UVG, tra gennaio 2006 e giugno 2009, sono stati diagnosticati, in collaborazione con l'UVA, come affetti da Demenza (secondo i criteri NINCDS-ADRDA) con associati disturbi comportamentali in numero di 1.673 (23,41%), di età media  $82 \pm 0,6$ , nel rapporto M/F 537/1136.

**Risultati.** In questo periodo solo 493 (29,5%) hanno usufruito di un progetto residenziale, di cui in 111 casi (22,5%) è stato a tempo determinato, per garantire sollievo alla famiglia nell'ambito di altri progetti di sostegno assistenziale attivabili. La mortalità nei pazienti istituzionalizzati (382) è stata molto elevata (40,3%) con un tempo medio di permanenza in struttura residenziale di poco superiore ai sei mesi. Nei restanti pazienti, 1.019 (61,1%) si è intrapreso un progetto di lungo assistenza domiciliare di supporto alla famiglia (in cooperazione con i Servizi Sociali del Comune di Torino). 79 pazienti, eligibili per comodità dei familiari e facilità di spostamento, sono stati inseriti nel programma di CDA. In questi ultimi, in particolare, che sono stati inseriti nel programma di *day-care* per 6-8 ore al giorno, 3-5 volte la settimana, nel corso di 18 mesi di *follow-up*, l'istituzionalizzazione è risultata significativamente minore ( $14\% \pm 2,7$  vs  $29\% \pm 3,1$ ;  $p < 0,001$ ) e procrastinata ( $21 \pm 4$  vs  $13 \pm 3$  mesi;  $p < 0,001$ ) rispetto a quella dei pazienti che hanno attivato il solo intervento di assistenza domiciliare, nonché ai 161 pazienti (9,4%) che non hanno fruito di nessun progetto assistenziale ( $6 \pm 2$  mesi;  $p < 0,001$ ).

**Discussione.** La Rete dei Servizi ed in particolare la diretta collaborazione tra UVA e UVG, nella fruibilità del ventaglio di interventi di diagnosi, cura ed assistenza offerti, può essere efficace nel ridurre l'istituzionalizzazione, soprattutto per la maggiore disponibilità dei *caregiver* a mantenere il paziente nel contesto familiare, se aiutati da programmi flessibili ed articolati nei diversi setting di cura, sollevando i familiari di una parte dell'assistenza. In particolare spicca l'utilità dell'efficacia del CDA e sono tuttora in corso

ricerche per verificare l'impatto delle dinamiche ambientali non farmacologiche e di psicoterapia allargata ai familiari. Il programma in essere è sostenibile per molte ricadute: dall'organizzazione sanitaria, sociale, al mantenimento oggettivo delle dinamiche di relazione del paziente.



**Poster**



## **P1** PROGETTO DI STUDIO EPIDEMIOLOGICO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER IN MOLISE: MONITORAGGIO DEI PAZIENTI E ANALISI PRELIMINARE DEI COSTI

Antonelli Vanna (a), Tolone Vincenzo (b)

(a) *Unità Operativa Semplice Epidemiologia, Azienda Sanitaria Regionale del Molise, Ambito Territoriale Isernia-Venafro, Isernia*

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

**Introduzione.** L'osservazione che la malattia incide pesantemente sulla mortalità e morbilità della popolazione, quindi sui costi, e la carenza di risorse finanziarie impongono la necessità di approfondire le malattie che coinvolgono maggiormente la popolazione, anche sotto il profilo economico. La realizzazione di studi epidemiologici in tale ambito riveste una particolare importanza, anche alla luce della considerazione che in Italia sono stati effettuati solo pochi studi, nel tentativo di esaminare i costi per l'assistenza ai pazienti affetti da demenza.

**Metodi.** Il Molise, al fine di garantire ai malati di Alzheimer un'assistenza socio-sanitaria domiciliare adeguata, senza alcun onere per le famiglie, ha attivato per due anni (2007/2008) il progetto sperimentale "Servizio Assistenza Domiciliare Alzheimer - ADA" destinato a 100 pazienti residenti nel territorio regionale, designando quale capofila del progetto, per la cura di tutti gli aspetti organizzativi e gestionali delle attività, la ex ASL Pentria di Isernia (Delibera di Giunta Regionale del Molise n. 543 del 9 maggio 2005). La Regione, constatato l'ottimo risultato conseguito con il progetto ha deciso di rendere il servizio ADA permanente, ampliando l'offerta assistenziale domiciliare a 400 pazienti residenti in Molise (periodo 2009-2013), infatti è in fase di approvazione la sua istituzionalizzazione. Lo studio, che ha lo scopo di realizzare una fotografia della patologia dementigena in Molise, tramite l'analisi dettagliata sia dei pazienti che dei costi complessivi dell'assistenza socio-sanitaria, si articolerà nelle seguenti fasi:

- creazione di un unico data-base per l'archiviazione dei dati;
- adozione di una scheda paziente specifica per l'Alzheimer con un anamnesi dettagliata (età, sesso, attività lavorativa, anamnesi, patologie particolari, fattori di rischio, ipercolesterolemia, eredità, ecc.);
- elaborazione di un questionario *ad hoc* per l'analisi dei costi e della qualità percepita dei servizi socio-sanitari erogati;
- somministrazione tramite personale qualificato delle suddette schede a tutti i pazienti arruolati residenti nell'intero territorio regionale;
- raccolta e verifica della qualità dei dati;
- elaborazione statistica e rappresentazione grafica dei dati raccolti;
- pubblicazione dello studio epidemiologico effettuato.

Il progetto avrà la durata di 24 mesi, con analisi semestrale per *step* sullo stato di avanzamento dei lavori. L'analisi dei costi prevede una quantificazione nelle tre principali

categorie: diretti, indiretti e intangibili. I costi diretti verranno rilevati esaminando le spese sostenute dai 400 pazienti e dalle loro famiglie, mentre quelli indiretti saranno rilevati tramite il questionario che verrà somministrato ai familiari o, in occasione di incontri programmati. Saranno quantificati:

- costi diretti: le spese per l'acquisto di beni e servizi (diagnosi, terapia, assistenza domiciliare, ospedaliera, ecc.);
- costi indiretti: la perdita di risorse che verrà valutata economicamente, come i redditi da lavoro che vengono meno dei pazienti e dei loro familiari;
- costi intangibili: la perdita della vita di relazione e del tempo libero, per la necessità di assistere il malato, con notevoli ripercussioni in termini di stress psico-fisico per i *caregiver*.

**Conclusioni.** La Malattia di Alzheimer rappresenta una emergenza, in quanto ha un impatto epidemiologico notevole non solo sull'assistenza sociale e sanitaria ma anche sotto il profilo economico. Nel panorama italiano solo poche Regioni hanno attivato politiche di gestione integrata (*Disease Management*) per migliorare l'assistenza dei malati di demenza. Le finalità dello studio epidemiologico sono rappresentate da una migliore conoscenza su basi scientifiche della Malattia di Alzheimer in Molise e dei reali bisogni di salute del territorio, che consentirà di ampliare la rete dei servizi assistenziali domiciliari intorno al malato e ai familiari.

## **P2 UTILIZZO DEI FARMACI SOTTOPOSTI A NOTA AIFA 85 NELLA ASL BAT: DATI DI CONSUMO E VALUTAZIONI PIDEMIOLOGICHE**

Antifora Rosa Maria Paola, Mazzone Arianna  
*Progetto di Farmacovigilanza Regione Puglia, Servizio Farmaceutico Territoriale ASL  
BAT, Trani, Bari*

**Introduzione.** La prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dei farmaci approvati in Italia per il trattamento della Demenza di Alzheimer (gli inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi e dal marzo 2009 la memantina) avviene su diagnosi e piano terapeutico rilasciato dalle Unità di Valutazione Alzheimer. Un'analisi farmacoepidemiologica è stata condotta per monitorare l'utilizzo di questi farmaci nella ASL BAT.

**Metodi.** Sono state elaborate le prescrizioni farmaceutiche territoriali relative al 2008 utilizzando il database amministrativo SISR (Svimservice). Tale fonte ha fornito il numero di confezioni prescritte (unità) e ha permesso il calcolo delle DDD/1.000 abitanti residenti *die* e della prevalenza d'uso di tali farmaci. I dati demografici provengono dal sito internet dell'ISTAT.

**Risultati.** Il volume prescrittivo registrato nel 2008, per una spesa SSN lorda di 540.192,56 euro, è stato pari a 5.347 unità e a 0,97 DDD/1.000 abitanti residenti *die*, con una prevalenza d'uso di 1,7 (per 1.000 abitanti). Ripartendo il consumo per principio attivo, sono state prescritte 3.119 unità di donepezil (0,65 DDD), 1.982 unità di rivastigmina (0,27 DDD) e 246 unità di galantamina (0,05 DDD). Gli utilizzatori sono stati stratificati per sesso e classi d'età: su 648 utilizzatori totali, il 37% è di sesso maschile (240) e il 63% di sesso femminile (408). L'1,7% è ricompreso nella classe d'età <50 anni, il 2,8% nella classe 50-59, il 12,7% nella classe 60-69, il 47,2% nella classe 70-79, il 35,6% nella fascia >80 anni. L'età media è di 75 anni (31-91) per i maschi e di 77 (34-92) per le femmine. Il 53,6% degli utilizzatori ha assunto donepezil (435 utilizzatori), il 41,3% rivastigmina (335 utilizzatori), il 5,1% galantamina (42 utilizzatori); più di 150 utilizzatori hanno utilizzato nel corso del 2008 differenti molecole.

**Conclusioni.** I risultati di tale analisi confermano i dati epidemiologici nazionali riferiti ad una maggiore prevalenza d'uso di tali farmaci nel sesso femminile. La molecola maggiormente prescritta nella ASL BAT è il donepezil con il 67% sul totale delle DDD consumate. Sarà utile verificare la quota di consumo che la memantina, ora rimborsabile dal SSN, potrà acquisire nel tempo. Se la nota 85 prevede la selezione dei pazienti e il monitoraggio della risposta clinica ad intervalli regolari, vi è, comunque, la necessità di approfondire la reale utilità di questi farmaci nel ritardare il declino cognitivo e funzionale associato alla Demenza di Alzheimer.

## **P3 STIMOLAZIONE COGNITIVA INTERVENTO SU PAZIENTI CON DECADIMENTO COGNITIVO VASCOLARE E MALATTIA DI PARKINSON. STUDIO PRELIMINARE**

Bagoj Eriola, Papantonio Anna Maria, De Rosa Salvatore, De Leonardis Aida, Mundi Ciro  
*Dipartimento di Neuroscienze, Struttura Complessa Ospedaliera Neurologia, Azienda  
Ospedaliero-Universitaria OO.RR., Foggia*

**Introduzione.** Vengono presentati i risultati preliminari dell'applicazione di un protocollo di stimolazione cognitiva ad un selezionato gruppo di 12 pazienti con demenza di grado lieve associata a disturbi vascolari e/o Malattia di Parkinson, suddivisi in un gruppo sperimentale ed un gruppo di controllo. Tutti i pazienti sono stati valutati, attraverso uno *screening* neuropsicologico, all'inizio e al termine del ciclo di stimolazione.

**Metodi.** Il protocollo prevede un ciclo di 10 incontri in cui sono stati stimolati la memoria, le funzioni esecutive, il linguaggio, l'orientamento, l'attenzione, le funzioni prassiche attraverso l'applicazione di diverse metodologie riconosciute efficaci in questo ambito.

**Risultati.** I risultati mostrano un netto miglioramento del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo nella valutazione di *follow-up* in tutti gli aspetti cognitivi esaminati. I dati rilevano nei pazienti con Malattia di Parkinson un miglioramento anche sui sintomi non cognitivi (apatia/depressione) maggiore rispetto ai pazienti con demenza vascolare.

**Conclusioni.** Sulla scorta dei risultati abbiamo ipotizzato che la stimolazione cognitiva ha esercitato un effetto positivo sia sull'apprendimento e mantenimento delle strategie cognitive sia sul tono dell'umore. I risultati preliminari ottenuti sono omogenei ai dati riportati in letteratura sull'efficacia di interventi di tipo cognitivo per il miglioramento del deterioramento di tipo lieve.

## **P4** PROGETTO "IL TEATRO ... DIMENTICATO". TEATRO TERAPIA AL CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Benet Beatrice, Cifaldi Linda  
*Italian Hospital Group, Guidonia, Roma*

**Introduzione.** Il teatro, visto come modalità terapeutica che coniuga le teorie psicologiche e riabilitative con le tecniche e gli strumenti dell'arte e del mestiere dell'attore, privilegia ed usa le emozioni ed il corpo intervenendo sulla sfera cognitiva e quindi sulla sua riabilitazione/riattivazione. Consapevoli di tale efficacia, in caso di deficit sia di carattere psicologico che neurobiologico, abbiamo realizzato un laboratorio teatrale.

**Metodi.** L'intervento, diverso dall'approccio riabilitativo classico, promuove un progetto teatrale tenendo conto della parte sana della persona e non di quella malata. L'obiettivo è quello di rafforzare le funzioni cognitivo/motorie/sensoriali, contenere e migliorare l'alterazione del tono dell'umore e i disturbi comportamentali, esternare le emozioni. Il laboratorio si svolge in gruppo con due incontri settimanali. Le sedute sono monitorate con griglie d'osservazione che rilevano: tono dell'umore, livello di attenzione, ascolto e partecipazione. Metodologicamente si è scelto di seguire un programma strutturato al fine di promuovere abitudini e rituali che nell'intervento con il paziente Alzheimer facilitano l'assimilazione, la familiarità e la memoria. A conclusione è stata realizzata una *performance* teatrale, ulteriore momento riabilitativo terapeutico.

### **Risultati.**

- *Replica della performance (dopo 20 giorni):* ha evidenziato che era rimasto in memoria il ricordo, non solo della trama, ma anche del proprio personaggio arricchito nei contenuti.
- *Validazione attraverso la rievocazione non contestuale:* i partecipanti ricordavano il personaggio interpretato, la memoria delle battute, la disposizione spaziale delle strutture e degli oggetti scenici ed il colore dei costumi.
- *Riattivazione del ricordo attraverso uno stimolo sensoriale (musica) e la contestualizzazione nell'evento vissuto (performance):* viene richiesto di ascoltare una musica e di ricordare il contesto in cui era collocata durante la rappresentazione, sono riconosciute quelle delle scene salienti. Tutto questo confermerebbe l'ipotesi iniziale che in soggetti dementi sussisterebbe la possibilità di trattenere informazioni attraverso un'attività ad alto contenuto motivazionale ed emozionale.

**Conclusioni.** Le prime osservazioni hanno evidenziato che l'esperienza di teatro terapia ha influito su alcuni aspetti sintomatologici (cambiamenti significativi a livello umorale e comportamentale) e permesso la riuscita della stimolazione cognitiva. La quantificazione dei risultati stessi, soprattutto in aree specifiche quali memoria, capacità relazionali, disturbi comportamentali e ricaduta di questo in famiglia, è l'attuale oggetto di lavoro.

## **PS APPRENDIMENTO E PLASTICITÀ CEREBRALE IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER DOPO UN TRAINING COGNITIVO**

Bergamaschi Susanna (a,b), Spironelli Chiara (a), Angrilli Alessandro (a,c), Calza Attilio (b), Mondini Sara (a,b)

(a) *Università degli Studi, Padova*

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

(c) *Istituto di Neuroscienze, Centro Nazionale delle Ricerche, Padova*

**Introduzione.** Nell'ambito delle demenze molto interesse è stato rivolto sia allo studio di fattori genetici, sia alla ricerca di modificazioni metabolico-strutturali a livello cerebrale. Poca attenzione è stata invece rivolta alle alterazioni funzionali durante l'elaborazione cognitiva utilizzando indici elettrofisiologici, quali i Potenziali Evento-Relati (ERP). Obiettivo del presente studio era di valutare le modificazioni comportamentali ed elettrofisiologiche in pazienti con *Alzheimer Disease* (AD) in seguito ad un *training* di stimolazione cognitiva.

**Metodi.** Dodici pazienti con AD probabile hanno partecipato ad un *training* di stimolazione cognitiva per cinque settimane (20 incontri per 40 ore). Prima e dopo il *training* è stato registrato l'Elettroencefalogramma evocato durante lo svolgimento al computer di due compiti (sperimentale e controllo). Nel compito sperimentale (Colore), svolto ogni giorno per l'intera durata del *training*, i pazienti dovevano memorizzare il colore di un singolo quadrato e verificare se era presente tra quattro quadrati presentati successivamente (paradigma Go/No-Go). Nel compito di controllo (Motorio), una croce di fissazione anticipava la comparsa di un successivo stimolo, un quadrato di colore giallo oppure blu: il paziente doveva rispondere premendo il tasto del colore corrispondente. Il confronto pre- e post-*training* è stato svolto per entrambi i compiti sia a livello comportamentale (tempi di risposta e percentuali d'errore) che attraverso l'analisi ERP.

**Risultati.** I dati comportamentali hanno mostrato nel post-*training* una maggiore velocità di risposta in entrambi i compiti, con una riduzione delle omissioni e dei falsi allarmi solo nel compito sperimentale. L'analisi dell'ampiezza della CNV mostrava, prima del *training*, un *pattern* d'attivazione distribuito a livello anteriore e posteriore senza differenze tra i compiti, mentre dopo il *training*, il compito Colore elicitava una maggiore negatività (attivazione) nei siti anteriori dell'emisfero sinistro rispetto al destro. Il compito Motorio non ha evidenziato alcuna differenza.

**Conclusioni.** I cambiamenti del *pattern* d'attivazione corticale ottenuti dopo il *training* nel compito Colore potrebbero essere attribuiti ad una riorganizzazione plastica delle reti cognitive indotta dalla stimolazione. La maggiore attivazione registrata nei siti anteriori sinistri può essere interpretata come un meccanismo strategico compensatorio che attiva reti ancora parzialmente integre (come ad es., quelle linguistiche).

## **P6 STUDIO OSSERVAZIONALE SULL'USO DEI FARMACI ANTIPSIKOTICI NEL TRATTAMENTO DEI BEHAVIOURAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA**

Capuano Annalisa (a), Potenza Simona (a), Formica Ranieri (a), Irpino Antonio (b), Rossi Francesco (a), Gruppo di Studio UVA\*

(a) Dipartimento di Medicina Sperimentale, Seconda Università degli Studi, Napoli

(b) Dipartimento di Studi Europei e Mediterranei, Seconda Università degli Studi, S. Leucio, Caserta

**Introduzione.** La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, ma sono presenti anche sintomi non cognitivi definiti *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD). Gli antipsicotici di prima e seconda generazione, benché non autorizzati per tale indicazione, sono utilizzati nel trattamento della psicosi e dei disturbi del comportamento correlati alla demenza nei pazienti anziani. Pochi sono gli studi controllati sull'efficacia e la tollerabilità di tali composti, ma diversi *trial* clinici hanno evidenziato un aumento del rischio di incidenti cerebrovascolari acuti ed un aumento della mortalità con l'uso di tali farmaci. Pertanto, è stato importante condurre uno studio osservazionale prospettico per contribuire a definire il profilo di rischio degli antipsicotici tipici e atipici, nel trattamento dei BPSD nei pazienti con demenza.

**Obiettivi.** Gli obiettivi dello studio sono:

- confrontare il profilo di rischio degli antipsicotici;
- definire i fattori di rischio associati all'incidenza degli eventi avversi e identificare gruppi specifici di pazienti a rischio più elevato di esiti sfavorevoli.

**Metodi.** Sono stati inclusi nello studio tutti i soggetti con diagnosi di demenza e BPSD, assuntori di antipsicotici tipici o atipici, reclutati presso i 91 Centri Specialistici (CS) identificati dalla Regione Campania come esperti nella diagnosi e cura dei pazienti affetti da demenza.

**Risultati.** I nostri dati preliminari indicano che i pazienti con demenza e BPSD, arruolati nello studio, sono 1.749 (di cui 1.179 femmine, pari al 67,4%); l'età media dei pazienti è di 79,9 anni (DS:±8,3). 941 pazienti (pari al 53,8%) sono affetti da Demenza di Alzheimer. Allucinazioni e delirio (66,2%), aggressività (53,5%), agitazione (52,3%) sono i più comuni sintomi comportamentali e psichici dei pazienti arruolati. La maggior parte dei pazienti monitorati è in terapia con farmaci antipsicotici atipici (pazienti più anziani e di sesso femminile).

Tra i farmaci antipsicotici più frequentemente prescritti ci sono la quetiapina (51,3%), il risperidone (23,5%) e l'olanzapina (18%). L'incidenza di eventi avversi è pari al 4,4%. Durante il periodo di monitoraggio si sono verificati 86 decessi per cause ancora in fase di accertamento; tali pazienti assumevano quasi tutti antipsicotici atipici (87,6%).

**Conclusioni** I risultati di questo studio forniranno elementi utili alla determinazione del profilo rischio-beneficio degli antipsicotici in pazienti non istituzionalizzati affetti da demenza e BPSD e dovrebbero evidenziare la presenza di sottopopolazioni con un rischio superiore di sviluppare eventi avversi.

*\*Gruppo di Studio UVA: M. Scognamiglio, L. Forgione, C. Postiglione, M. Galdi, G. De Martino, M. Forte, G. Rea, G. Liquori, T. Genovese, G. Schipani, G. Albano, R. Scarpa, G. Arcaro, F. Ferrara, A.F. Rabasca, G. Femina, G. Di Maio, A. De Angelis, L. Caterino*

## **P7 STIMOLAZIONE COGNITIVA NEI SOGGETTI AFFETTI DA LIEVE DEFICIT COGNITIVO AMNESICO MEDIANTE UN INTERVENTO INDIVIDUALIZZATO ED ECOLOGICO**

Condoleo Maria Teresa (a), Moro Valentina (b), Sala Francesca (a), Moretto Giuseppe (a), Gambina Giuseppe (a)

(a) *SSO Interaziendale Centro Alzheimer e Disturbi Cognitivi, Unità Operativa Neurologia, OCM, Verona*

(b) *Dipartimento Psicologia e Antropologia Culturale, Università degli Studi, Verona*

**Introduzione.** Il lieve deficit cognitivo amnestico è una situazione clinica che rappresenta una zona grigia interposta tra il normale processo di invecchiamento cerebrale e lo sviluppo di una demenza che impone modalità di intervento e programmi di stimolazione cognitiva individualizzati. Lo scopo dello studio è quello di sviluppare una metodologia di stimolazione cognitiva, individualizzata nei contenuti, per persone affette da a-MCI.

**Metodi.** Otto pazienti (6 maschi e 2 femmine; età media = 75,8; range = 69-82; scolarità media = 11,8; range = 8-17) hanno, fino ad oggi, partecipato al progetto che prevede sei mesi di trattamento intensivo individuale seguiti da sei mesi di mantenimento. Sulla base dei risultati della valutazione iniziale, è stato individuato un programma di stimolazione personalizzato nei contenuti, ma fondato sulla medesima metodologia, che integra le impostazioni di tipo metacognitivo con un *training* di individuazione e allenamento di strategie specifiche per la soluzione di problemi quotidiani. Ogni seduta è accompagnata da un momento dedicato alla formazione del *caregiver*. Tutti i pazienti sono stati preliminarmente diagnosticati attraverso valutazione clinico-strumentale, valutazione cognitiva ed osservazione comportamentale. Sono stati inoltre utilizzati test psicometrici per la valutazione di: attenzione, memoria e funzioni frontali. Tale valutazione è stata, quindi, effettuata alla *baseline* e ripetuta sia dopo i sei mesi di trattamento intensivo sia dopo i sei mesi di mantenimento.

**Risultati.** Dopo i sei mesi di intervento il gruppo mostra un miglioramento del punteggio ad alcuni test rispetto alla valutazione di *baseline*. In particolare i punteggi a T<sub>0</sub> e T<sub>1</sub> di tutto il gruppo hanno mostrato un miglioramento: Matrici attentive 41,06→46,18; Bourdon test 0,42→2,22; Test delle Campanelle 21,99→22,19; Trial Making Test 81,50→91,33; Span Verbale 4,47→4,72; Parole di Ray (rievocazione differita) 6,82→6,95; Memoria di Prosa 7,5→7,5; Torre di Londra 26,38→29; Stroop Test 27,88→29,44; Fluenza Verbale 30,88→34,13; Test delle Analogie 16,58→17,29.

**Conclusioni.** Le abilità che sembrano essere più sensibili all'intervento sono l'attenzione selettiva e la pianificazione dell'azione, mentre la memoria sembra essere meno suscettibile al cambiamento. Infine, viene percepito dai familiari e dai pazienti un miglioramento dell'autonomia quotidiana.

## **P8 EFFICACIA DEL DONEPEZIL NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO RETROSPETTIVO IN 342 PAZIENTI**

Coppi Elisabetta, Schiatti Eliana, Vismara Chiara, Corsi Marco, Caso Francesca, Martinelli Boneschi Filippo, Comi Giancarlo, Magnani Giuseppe  
*Dipartimento di Neurologia, Istituto di Neurologia Sperimentale, Università Vita Salute, IRCCS, Ospedale San Raffaele, Milano*

**Introduzione.** Obiettivo dello studio è stato valutare l'efficacia del donepezil in un campione di pazienti con Malattia di Alzheimer (MA) afferenti al Centro UVA HSR.

**Metodi.** Abbiamo studiato un gruppo di 342 pazienti con MA, la cui età media di esordio di malattia era 73,5 anni. I pazienti sono stati valutati in 5 tempi: T<sub>0</sub> (diagnosi e inizio della terapia), T<sub>1</sub> (6-9 mesi dopo T<sub>0</sub>), T<sub>2</sub> (12-15 mesi dopo T<sub>0</sub>), T<sub>3</sub> (18-24 mesi dopo T<sub>0</sub>) e T<sub>4</sub> (36 mesi dopo T<sub>0</sub>). In ogni seduta sono stati somministrati il *Mini Mental State Examination* (MMSE), corretto per età e scolarità, ed una serie di test quali le matrici attentive, il breve racconto, il test delle funzioni fonemiche e semantiche, le matrici di Raven e il test di Rey. I pazienti sono stati poi suddivisi in due sottogruppi: "lievi" (MMSE alla diagnosi >20) e "moderati" (MMSE alla diagnosi <20). Il dosaggio medio di farmaco raggiunto è stato di 8,84 mg/die.

**Risultati.** Dall'analisi dei dati è emerso un incremento significativo del punteggio di MMSE dopo 6 mesi di terapia con donepezil rispetto al momento della diagnosi (p=0,003), più evidente nei pazienti "moderati" (p=0,02) rispetto ai "lievi" (p=ns). Tale risultato non si replica nei *follow-up* successivi, dove al contrario il MMSE risulta significativamente ridotto rispetto a quello della seduta precedente e, in particolare, a 36 mesi di trattamento si assiste ad un decremento complessivo di circa 4 punti rispetto a T<sub>0</sub> (p<0,001). Il confronto dei risultati degli altri test somministrati evidenzia un miglioramento delle prestazioni dopo 6 mesi di terapia, ma tale differenza non è significativa; al termine dei 36 mesi invece tutti i test, ad eccezione della copia di Rey, mostrano un peggioramento significativo rispetto al T<sub>0</sub> (matrici attentive p=0,001; breve racconto p=0,002; fluenze fonemiche p=0,004; fluenze semantiche e matrici di Raven p<0,001).

**Conclusioni.** Tali risultati suggeriscono che l'efficacia del donepezil nella MA è massima nei primi 6 mesi di trattamento, durante i quali si assiste addirittura ad un miglioramento delle *performance* cognitive tanto più evidente quanto maggiore è il grado di compromissione all'inizio della terapia. Tale efficacia non sembra mantenersi nel lungo termine.

## **P9** RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: DALLA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI ALLA PRESA IN CARICO. IL PUNTO DI VISTA DEI FAMILIARI AFFERENTI A DUE UVA

Dian Ilaria (a), Di Domenico Mariella (b), Gaspari Lorenza (c), Del Re Letizia (b), Zito Michele (c), Izzicupo Fabio (d)

*(a) Centro Diurno Alzheimer Il Pettiroso, Chieti*

*(b) Centro Alzheimer-Ambulatorio di Psicogeriatrica, ASL, Pescara*

*(c) Consultorio Demenze, Clinica Geriatrica, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti*

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

Negli ultimi anni l'assenza di trattamenti risolutivi nelle malattie neurodegenerative a fronte di un sempre maggiore numero di malati, ha determinato una maggiore attenzione della comunità scientifica verso un percorso di presa in carico globale. Le esigenze dei malati e dei familiari sono state oggetto di studio sotto vari aspetti. La comunicazione della diagnosi ha rappresentato, da questo punto di vista, un argomento di indagine molto importante. Nella letteratura internazionale sono rintracciabili numerosi contributi che hanno cercato di valutare la comunicazione della diagnosi sia dal punto di vista dei familiari che del personale sanitario coinvolto. Per quanto riguarda i primi, i familiari, si è cercato soprattutto di indagare la percezione delle modalità con cui è stata loro comunicata la diagnosi. Se, ad esempio, la comunicazione ha visto il coinvolgimento del malato, se è stato dato un tempo sufficiente per comprendere la situazione e se le informazioni proposte sono state sufficientemente circostanziate. In Italia è stata effettuata una sola esperienza di questo tipo che ha riguardato un campione relativamente ridotto. Il nostro studio, sulla falsariga delle esperienze precedentemente descritte, si propone di valutare, queste informazioni attraverso un campione di 100 familiari di malati di Alzheimer afferenti in due UVA dell'Abruzzo. È stata appositamente costruita un'intervista semistrutturata composta di 12 domande a risposta multipla. Vengono raccolti i dati anagrafici del malato e del *caregiver* e alcune notizie anamnestiche circa la patologia (esordio, progressione, ecc). Inoltre, parte delle domande, è rivolta ad indagare se vengono proposti eventuali trattamenti per i *caregiver* che possono averne necessità. Attualmente la valutazione è ancora in corso ed ha portato al coinvolgimento di circa 50 *caregiver*. Un dato, a nostro giudizio interessante, è il fatto che la maggior parte dei familiari ha trovato di grande utilità questo momento. La somministrazione dell'intervista si è trasformata in uno spazio di riflessione evidenziando, già prima dei risultati quantitativi, l'importanza per i *caregiver* di momenti in cui possano sentirsi ascoltati e accolti.

## **P10** COME E DOVE ASSISTERE I FAMILIARI DI UNA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

Di Munzio Walter, Rea Giovanni, Pelà Clelia Elisabetta, Brescia Giulia, Cajazzo Lucia, Cervino Annalisa, De Angelis Laura, De Angelis Maria, Pollio Raoul, Spagna Margherita  
*Dipartimento di Salute Mentale, Unità Operativa Salute Mentale, ASL Salerno, Nocera Inferiore, Salerno*

**Introduzione.** La questione di come e dove assistere uno o più familiari di una persona affetta da demenza è complessa: bisogna provare e trovare l'approccio giusto, che possa portare a buoni risultati ed a bassi costi aggiuntivi, sia per una famiglia che per un Servizio.

**Metodi.** Il lavoro svolto è stato strutturato come un intervento di *counseling*, ad orientamento sistemico relazionale. Il periodo considerato è di 1 anno ed ha visto coinvolti 10 familiari di persone affette da *Alzheimer Disease*; gli incontri hanno avuto una durata di 1 ora con cadenza settimanale e si sono svolti presso i locali del Centro di Salute Mentale di Nocera Inferiore (SA), nelle ore pomeridiane. Tale lavoro ha previsto la collaborazione in equipe delle seguenti figure: psichiatra, psicologo e terapeuta della riabilitazione. Per il monitoraggio delle attività svolte non sono stati utilizzati questionari, ma dei brevi *report* a termine di ogni incontro. È stato possibile trarre dei dati, soprattutto in termini di "vissuto" maggiormente ricorrenti, che ci hanno consentito di confrontarli con precedenti esperienze svoltesi in altre sedi della ASL Salerno (Servizio di Medicina di Base).

**Risultati.** In questa esperienza è stato possibile osservare nel *caregiver*, e quando possibile anche in un altro familiare, dei cambiamenti in qualche modo significativi: in generale si è passati da una sorta di "resistenza" iniziale ad ammettere le proprie difficoltà, soprattutto quando si trattava di figlio-genitore, ad una formulazione più precisa delle proprie necessità e quando possibile ad un migliore utilizzo di risorse realmente disponibili.

**Conclusioni.** I limiti del campione adottato sono ben noti, ma è possibile considerare positivamente tale esperienza, anche in termini di utilità del servizio svolto, adottando vari parametri, tra cui: l'elevato grado di partecipazione (numero presenze, puntualità, ecc.) ed il costo quasi "zero" per il nostro Servizio dell'intervento, nel senso che si è svolto in regime di normale turnazione.

## **P11 TRAINING COGNITIVO COMPUTERIZZATO INDIVIDUALIZZATO: UNO STUDIO SPERIMENTALE PER PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA**

Di Munzio Walter, Rea Giovanni, Pelà Clelia Elisabetta, Brescia Giulia, Cajazzo Lucia, Cervino Annalisa, De Angelis Laura, De Angelis Maria, Pollio Raoul, Spagna Margherita  
*Dipartimento di Salute Mentale, Unità Operativa Salute Mentale, ASL Salerno, Nocera Inferiore, Salerno*

**Introduzione.** La maggioranza degli studi concorda nell'affermare che la possibilità di ottenere risultati significativi nella riabilitazione del paziente affetto da demenza è strettamente condizionata dalla stimolazione di funzioni relativamente risparmiate. Esistono, a tutt'oggi, differenti metodiche di approccio non farmacologico, che hanno l'obiettivo di modificare alcuni aspetti cognitivi e comportamentali nel paziente affetto da demenza. Alla luce di quanto detto, lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'efficacia di un *Training* Cognitivo Computerizzato Individualizzato in un campione di pazienti affetti da demenza.

**Metodi.** Sono stati reclutati 10 pazienti affetti da demenza non grave con età <90 anni. L'arruolamento è stato randomizzato, assegnando 5 pazienti al gruppo sperimentale e 5 pazienti al gruppo di controllo. I pazienti di entrambi i gruppi sia a T<sub>0</sub> che a T<sub>1</sub> sono stati sottoposti a: batteria di test neuropsicologici (MMSE, MODA, TMA-B, Test dell'Orologio, Test Corsi), *scale daily living* (ADL e IADL) e scala comportamentale (NPI). Il gruppo sperimentale ha eseguito un *Training* Cognitivo Computerizzato Individualizzato della durata di 14 sedute di 30 minuti l'una per un totale di 7 ore di addestramento cognitivo. Il programma di riabilitazione cognitiva utilizzato è stato RehaCom; sulla base delle capacità cognitive residue dei pazienti sono stati scelti due specifici moduli: Attenzione e Concentrazione, Memoria Verbale.

**Risultati.** Il confronto pre-post-trattamento ha mostrato un evidente miglioramento nel gruppo sperimentale degli aspetti comportamentali, mentre nel gruppo di controllo tale dato rimane invariato. Per i domini cognitivi si sono evidenziati risultati positivi nel gruppo sperimentale, mentre nel gruppo di controllo non vi sono stati miglioramenti.

**Conclusioni.** I risultati positivi ottenuti in questo piccolo campione di pazienti indica l'efficacia di questo tipo di intervento, che ha migliorato non solo alcune funzioni cognitive ma anche e soprattutto il parametro comportamentale. Tali dati preliminari positivi saranno approfonditi in futuro con successivi studi che possano confermare ciò che si è dimostrato nel presente studio-pilota.

## **P12** UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: IL MODELLO TRIVULZIO

Engaddi Ilaria, Savorgnan Giovanna, Scapellato Franco, Cantoni Alessandra, Negri Chinaglia Cinzia

*III Unità Operativa Complessa Riabilitazione Alzheimer, Azienda di Servizi alla Persona, Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano*

**Introduzione.** La possibilità di contare su servizi differenziati e dedicati dalle prime fasi della malattia, alla gestione dei disturbi del comportamento e alle fasi terminali, è una richiesta che emerge da parte dei *caregiver* (confermata anche dalla indagine CENSIS 2007). Nell'ambito dell'attività delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) diventa quindi cruciale garantire la possibilità di ricorrere a brevi ricoveri sanitari e riabilitativi, oltre che ricoveri di sollievo. Nel nostro modello organizzativo l'attività dell'UVA è integrata dalla degenza riabilitativa temporanea (Nuclei Alzheimer - NA) e dal *Day Hospital*.

**Metodi.** Si è indagato retrospettivamente il flusso di pazienti UVA ricoverati in regime residenziale nel periodo 1/1/2007 - 30/6/09.

**Risultati.** Dei 568 pazienti ricoverati 156 (27,4%) erano in carico all'UVA; 46 hanno subito più di un ricovero. I soggetti in carico all'UVA da 3,5 anni, sono prevalentemente di sesso femminile (77%) di età avanzata ( $81,85 \pm 6,4$  con un livello di decadimento cognitivo moderato severo (MMS:  $10,9 \pm 8,12$ ), di compromissione funzionale e comportamentale moderata (B Ingresso:  $50 \pm 31,78$ , BI Dimissione: 31,81; IADL:  $0,32 \pm 1,44$  conservate; NPI Ingresso:  $19,36 \pm 18,87$ , NPI dimissione:  $11,43 \pm 9,86$ ; CDR:  $2,64 \pm 0,92$ ).

Tipi di demenza: AD: 58%; VAD: 23%; DLB: 5,7%; FTD: 2,5%; altro: 10,8%.

Durata degenza: 62 giorni; provenienza: domiciliare 81%, ospedaliera (Ortopedia): 20%.

Destinazione: 79,5% (124/156) domicilio; 11,5% (18/156) ricovero in Residenza Sanitaria Assistita, con supporto al *caregiver* nell'*iter* decisionale

Motivi del ricovero: 1) riabilitazione motoria post frattura di femore: 30/156 pazienti (19%); 2) diagnosi e gestione *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) scompensati, delirium: 66/156 pazienti (42,30%); 3) ricoveri di "sollievo": 60/156 pazienti (38,4%).

**Conclusioni.** L'elevato numero di pazienti seguiti in UVA che ricorrono al ricovero temporaneo per problematiche insorte al domicilio (scompenso BPSD) o per sollievo (81%) conferma l'utilità di una proposta sanitaria che viene ben recepita dai *caregiver* ed è confermata dall'alto tasso di rientro al domicilio (80%). La continuità assistenziale si conferma il modello di intervento più aderente alle esigenze del paziente e del nucleo familiare, anche con l'obiettivo di garantire la permanenza a domicilio del paziente affetto da demenza.

## **P13** AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E STUDIO AdCare: IL PROGETTO DELL'AUSL DI MODENA

Fabbo Andrea (a), Bonora Annalisa (a), De Palma Alessandra (b), Zanolì Cinzia (c), Zucchi Patrizia (a), Stanzani Guido (d)

(a) *UVA, Distretto di Mirandola Consultorio Psicogeriatrico, Modena*

(b) *Unità Operativa Medicina Legale e Gestione del Rischio, AUSL, Modena*

(c) *Ufficio Tutela, AUSL, Modena*

(d) *Presidente della Seconda Sezione Civile del Tribunale, Modena*

La Malattia di Alzheimer comporta nel tempo un progressivo declino delle funzioni cognitive e per il medico diventa sempre più difficile attuare una relazione efficace, sia in termini strettamente comunicativi che giuridici, come ad esempio la necessità di dover acquisire il consenso informato. Se da un lato diventa indispensabile avvalersi della collaborazione dei familiari del paziente, dall'altro non si può prescindere da un pieno rispetto della sua volontà. In questo senso occorre sin da subito precisare che l'incapacità di intendere e di volere non è mai presunta, la sua valutazione non appartiene all'ambito clinico, ma può essere determinata esclusivamente in sede giuridica. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione riguardo la malattia, la prognosi, le terapie possibili con le relative indicazioni e controindicazioni, tenendo conto delle sue capacità di comprensione: gli elementi centrali della comunicazione sono così rappresentati dalla capacità del medico di esprimersi in modo adeguato (idoneo) dopo aver chiaramente valutato la competenza psicologica del paziente, ovvero la comprensione della reale capacità del paziente di esprimere, ad esempio, un valido consenso al trattamento; tale valutazione non è sempre facile da attuarsi in quanto la competenza psicologica è soggetta a fluttuazioni diversificate in ragione della variabilità stessa delle condizioni cliniche del paziente. Le principali aree critiche in cui occorre procedere con particolare prudenza sono rappresentate dalla presenza di alterazioni dello stato di coscienza, dalla mancanza o dalla compromissione del livello di coscienza della malattia (*insight*), dalla presenza di disturbi cognitivi o di una sintomatologia psichica di particolare gravità. A tal riguardo la Legge 6/2004 ha modificato il Codice Civile introducendo l'istituto dell'Amministrazione di Sostegno; oggetto di tutela dell'amministratore di sostegno è la persona che, "per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi" (Art. 404 CC). Le innovazioni apportate dalla Legge 6/2004 sono molteplici; viene data la possibilità a ciascun individuo di indicare una persona che possa farsi carico dell'assistenza e di ogni altra questione personale nei termini che vengono definiti innanzi al giudice; per il personale sanitario e per i servizi sociali il ricorso all'amministratore di sostegno diventa un obbligo laddove esistono situazioni di abbandono e di degrado o comunque ragioni di tutela del paziente; per il medico può anche rappresentare un valido ausilio rispetto a decisioni importanti dal punto di vista sanitario, come può essere un intervento chirurgico particolarmente invasivo o l'acquisizione di un consenso informato su trattamenti farmacologici specifici, come l'utilizzo degli antipsicotici nel controllo dei disturbi comportamentali della demenza, sui quali ci sono dati controversi relativi all'efficacia ed alla sicurezza. È quest'ultimo il tema al

centro dello "Studio AdCare", il progetto dell'Istituto Superiore di Sanità promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco che coinvolge 20 centri in Italia, fra cui il Consultorio Psicogeriatrico del Distretto di Mirandola. Un ruolo particolarmente importante nella sperimentazione è svolto dall'amministratore di sostegno. Va infatti ricordato che uno degli aspetti più difficili nella ricerca che coinvolge i pazienti affetti da Alzheimer riguarda lo stato mentale alterato e la scarsa capacità di giudizio, che possono interferire con la capacità di prendere decisioni. Premesso che nessuna persona che conserva la capacità di dare il suo consenso può essere inserita nello studio senza il suo consenso informato, per i pazienti sprovvisti di tale capacità il permesso viene accordato dall'amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare secondo le procedure di legge. A questo proposito il Consultorio Psicogeriatrico di Mirandola attraverso il Giudice Tutelare del Tribunale di Modena ha già attivato 28 Amministratori di Sostegno. Le procedure sono state avviate dall'Ufficio Tutela dell'Azienda USL di Modena che per arrecare il minore disagio possibile si è attivato direttamente depositando in Tribunale i ricorsi tesi alla nomina di Amministratori di Sostegno per coloro che sono in possesso dei requisiti necessari per partecipare alla sperimentazione. L'Autorità Giudiziaria ha dimostrato da subito ampia disponibilità e soprattutto sensibilità, fissando le udienze previste dalla legge per l'esame del beneficiario direttamente c/o il Distretto Sanitario di Mirandola onde consentire il minor disagio possibile sia ai pazienti che ai familiari. Il progetto avviato rappresenta, a nostro avviso, un buon modello di integrazione tra sanità e autorità giudiziaria ottenuto attraverso un procedimento semplice e relativamente rapido pur nel rispetto dello scopo dell'istituto che è quello di proteggere e tutelare il beneficiario con un adeguato progetto di sostegno redatto nelle linee dettate e condivise dal giudice tutelare riconoscendo a quest'ultimo la funzione di coordinamento di tutte le forze sociali, private e pubbliche, impegnate nella cura e nell'assistenza della persona in difficoltà.

## **P14** NECESSITÀ DI UNA PIÙ AMPIA RETE PROFESSIONALE INTEGRATA NELLA ASSISTENZA AI PAZIENTI DEMENTI E ALLE LORO FAMIGLIE

Mancini Giovanni (a), Salvi Veronica (a), Muzzi Francesca (a), Mostardini Claudio (a), Quaranta Loreta (a), Sgroi Daniela (b), Chinni Vittorio (c)

*(a) Unità Operativa Complessa Neurologia, Ospedale G.B. Grassi, Ostia, Roma*

*(b) Area Dipartimentale Cure Primarie, ASL RM D, Roma*

*(c) Distretto XIII Municipio, ASL RM D, Roma*

Con il progressivo invecchiamento della popolazione la prevalenza della demenza sta rapidamente aumentando nella popolazione anziana (circa il 5-6% dei soggetti al di sopra dei 65 anni nei Paesi occidentali, una media stimata del 3,5% in tutto il mondo), con una stima attuale di circa 24 milioni di pazienti nel mondo ed una stima futura di 42 milioni nel 2020 e 81 milioni nel 2040. Questi dati allarmanti obbligano i sistemi sanitari e la società civile a riorganizzare l'assistenza socio-sanitaria ai dementi per far fronte al gran numero di persone che perderanno la loro autosufficienza. Tenendo ben presente questo problema e rispettando le limitazioni imposte dalla istituzione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), nella nostra ASL Roma D abbiamo aumentato il numero di specialisti che si prendono cura dei pazienti dementi prevedendo un allargamento della nostra UVA intraospedaliera e creando una rete di centri in connessione con quello Ospedaliero, sebbene autonomi nella diagnosi e nelle scelte terapeutiche. La deliberazione n. 604 del 7 agosto 2008 della ASL Roma D ha istituito una rete professionale allargata a diversi presidi ambulatoriali di Neurologia e Geriatria del territorio e, in accordo con le Linee guida della Società Italiana di Neurologia, ha indicato un algoritmo diagnostico per il paziente presunto demente, in modo da poter entrare nel sistema assistenziale da più parti (6 nuovi centri con Neurologi o Geriatri in cooperazione con operatori del Coordinamento Assistenza Domiciliare) invece che presso il solo Ospedale come avveniva in precedenza. Dopo un breve periodo di perfezionamento della organizzazione con incontri tra gli specialisti coinvolti, dal novembre 2008 la UVA allargata ha iniziato l'arruolamento di 69 nuovi pazienti fino a giugno 2009, oltre ai 161 nuovi pazienti studiati presso la Neurologia dell'Ospedale Grassi nello stesso periodo, permettendo così un incremento del 43% dei nuovi pazienti, accorciando la lunga lista di attesa per la prima visita, permettendo la prescrizione dei piani terapeutici per i vari farmaci anche a domicilio dei pazienti non mobilizzabili. Sono state tenute riunioni periodiche (ogni 2-3 mesi) dell'equipe coinvolta in questo progetto, allargate agli assistenti sociali e ai CAD distrettuali, per scambiarsi i dati e discutere le criticità assistenziali. Il nostro intento è quello di promuovere questa iniziativa di allargamento della UVA come un esempio di reale integrazione Ospedale-Territorio, uscendo dalla ottica di accentramento dei servizi come centri di potere, per essere preparati a fronteggiare la grande epidemia di dementi dei prossimi anni.

## **P15 ASSISTENZA DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI ALZHEIMER E SUPPORTO PSICOLOGICO AI CAREGIVER**

Massimetti Maria Carla, Nicolò Enrico, Stefanini Alessandro, Roncacci Sabina  
*Unità Operativa Complessa di Neurologia, Azienda USL, Rieti*

**Introduzione.** Numerosi studi hanno dimostrato gli effetti negativi del compito assistenziale sul *caregiver*. Il modo di relazionarsi del *caregiver* con il malato influisce su alcune variabili cliniche della malattia. Scopo del progetto è dare una risposta integrata a nuclei familiari in cui è presente un malato affetto da Malattia di Alzheimer di grave entità al fine di "alleggerire" l'impatto della Malattia di Alzheimer:

- diminuzione del "carico" assistenziale del *caregiver* e del nucleo familiare;
- supporto psicologico al *caregiver*.

**Metodi.** Il progetto ha coinvolto 9 nuclei familiari: sono stati individuati quei pazienti che, pure con un importante deterioramento cognitivo, non presentavano gravi turbe comportamentali e mantenevano un certo grado di autonomia motoria, con caratteristiche tali da non richiedere assistenza infermieristica. Ciascun nucleo familiare ha potuto fruire della presenza giornaliera di un operatore per la durata di tre ore e ciascun *caregiver* ha avuto la possibilità di fruire, settimanalmente di un incontro con lo psicologo. Sono stati somministrati:

- un questionario psico-sociale;
- la *Cargiver Burden Inventory* (CBI) per la valutazione del carico del *caregiver* (oggettivo, evolutivo, fisico, sociale, emotivo);
- un questionario semi strutturato volto a valutare diverse aree della vita relazionale del *caregiver*.

**Risultati.** I dati mostrano una riduzione del carico assistenziale oggettivo e del carico fisico percepito dal *caregiver*. Il rapporto con il familiare malato subisce dei cambiamenti: si passa da un rapporto di "dipendenza", strettamente subordinato alle cure primarie, ad un rapporto arricchito emotivamente. Emerge un aumento delle capacità di far fronte in maniera pro-attiva (*Coping strategies*) alla malattia del familiare anziché subire passivamente la stessa.

**Conclusioni.** L'efficacia di un intervento integrato risulta dall'acquisizione da parte dei *caregiver* di alcune strategie utili a gestire anche la propria vita in termini di aspettative future (nel lavoro, nella rete sociale, interessi, *hobby*), capacità di prendere decisioni, agire in modo costruttivo valorizzando la propria persona. Per tali ragioni la valutazione, la gestione ed il trattamento dello stress del *caregiver* devono essere considerati parte integrante della gestione globale del paziente affetto da demenza.

## **P16** DEPRESSIONE E DEMENZA: FATTORI CLINICI E PSICOMETRICI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO DIFFERENZIALE

Natta Werner, Gotelli Simona, Fravega Roberta, Pannocchia Francesca, Puppo Serena, Presta Andrea, Ghio Lucio

*Dipartimento Neuroscienze-Oftalmologia-Genetica, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi, Genova*

**Introduzione.** Scopo di questo studio è stato quello di valutare, in tutti i pazienti inviati nell'arco di un anno al centro UVA di una clinica psichiatrica, la frequenza con cui la diagnosi differenziale porta al rilevamento di depressione in assenza di demenza o di depressione in comorbidità, e se esistono, a posteriori, fattori predittivi specifici anamnestici, sociodemografici o al *Mini Mental State Examination* (MMSE) per la diagnosi differenziale.

**Metodi.** Tutti i pazienti afferenti al centro UVA dal gennaio 2008 a luglio 2009 sono stati valutati con un'intervista semistrutturata e sono stati somministrati il MMSE, il *Clock test*, la GDS, la IADL, l'ADL. Quando necessario i pazienti sono stati sottoposti a indagini strumentali. Per le correlazioni sono stati utilizzati il test di Kruskal-Wallis e il chi quadrato.

**Risultati.** Il campione analizzato è costituito da 106 pazienti con un'età media di 75,6 anni, il 66% è di sesso femminile. Nel 31,1% dei casi è stata fatta diagnosi di depressione, nel 26,4% di demenza, nel 30,2% dei casi è emersa una comorbidità tra demenza e depressione e nel 12,3% dei casi il paziente non è risultato affetto da alcuna patologia rilevante. È emersa una differenza significativa tra i gruppi per l'anamnesi di depressione ( $p < 0,01$ ), per il sintomo di presentazione "depressione" ( $p < 0,001$ ), per il punteggio complessivo del GDS, del MMSE e per la sottosezione relativa alla memoria di richiamo. Non esistono differenze significative per il sintomo "deficit mnesici", per i dati sociodemografici, per l'anamnesi familiare e le patologie fisiche in atto.

**Conclusioni.** I dati che emergono dal nostro studio confermano da una parte l'elevata percentuale di presenza di depressione nel paziente anziano, sia come patologia autonoma che in comorbidità con un deterioramento cognitivo, dall'altra sottolineano quanto possano essere confondenti le manifestazioni psicopatologiche nell'anziano per il non specialista. I fattori predittivi più importanti per la diagnosi di depressione sono la depressione in anamnesi e la depressione come sintomo di presentazione, il fattore predittivo più importante per la diagnosi di demenza è un punteggio basso al MMSE e in particolare alla sottosezione che indaga la memoria di richiamo. Al contrario nel paziente depresso, che presenta spesso deficit cognitivi e punteggi bassi al MMSE, viene generalmente conservata la memoria di richiamo.

## **P17 TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA AFFERENTI A DUE CENTRI UVA**

Natta Werner (a), Fravega Roberta (a), Gotelli Simona (a), Pannocchia Francesca (a), Puppo Serena (a), Brugnolo Andrea (b), Nobili Flavio (b), Rodriguez Guido (b), Ghio Lucio (a)  
(a) *Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi, Genova*  
(b) *Dipartimento di Neurofisiologia, Università degli Studi, Genova*

**Introduzione.** Tra il 60% e il 98% dei pazienti con demenza presenta sintomi comportamentali e circa il 50% presenta sintomi depressivi, per cui un trattamento psicofarmacologico si rende frequentemente necessario. Gli effetti dei trattamenti psicofarmacologici sul decorso della demenza possono essere rilevanti sia in termini di beneficio nel controllo dei sintomi sia in termini di effetti collaterali e di potenziale peggioramento del deterioramento cognitivo. La maggior parte degli studi sulle prescrizioni di psicofarmaci sono stati condotti in strutture residenziali e sono state incentrate sugli antipsicotici, mentre la maggior parte dei pazienti con demenza lieve-moderata è assistita ambulatorialmente. I pochi studi condotti a riguardo riportano differenze tra le prescrizioni effettuate in strutture residenziali e quelle effettuate sul territorio, giustificando un approfondimento su queste ultime.

**Metodi.** È stata effettuata una valutazione dei *pattern* prescrittivi psicofarmacologici nei pazienti in carico presso due centri UVA attraverso una revisione di cartelle e database relativi alle prescrizioni effettuate dal 01/01/2008 al 30/06/2009 a tutti i pazienti con demenza in carico (almeno una visita nel corso dei 18 mesi considerati). Vengono riportati i dati di prevalenza e i *pattern* prescrittivi più comuni in relazione alle variabili cliniche e demografiche disponibili.

**Risultati.** Il campione è costituito da un totale di 460 pazienti. Complessivamente sono state effettuate da questi pazienti circa 1.500 visite cliniche. L'età media è di 80,8 anni (DS = 7,2) e il 68,3% dei pazienti sono di sesso femminile. Nel 71% dei casi si tratta di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer. Un paziente assume in media 5 differenti farmaci (considerando sia i trattamenti psicofarmacologici che non), mentre il 10% dei pazienti assume una politerapia psicofarmacologica (3 o più psicofarmaci). I trattamenti psicofarmacologici più utilizzati risultano essere gli antidepressivi *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) seguiti dagli anticolinesterasici e dalle benzodiazepine. Gli antipsicotici sia tipici che atipici vengono impiegati solitamente a basso dosaggio. Trattamenti non psicofarmacologici in associazione sono assunti dalla maggior parte dei pazienti, prevalentemente per la presenza di ipertensione e/o diabete.

**Conclusioni.** Rispetto alle prescrizioni psicofarmacologiche effettuate nelle strutture residenziali e riportate in letteratura si evidenzia una maggiore appropriatezza dei dosaggi e un utilizzo inferiore di antipsicotici. La presenza di una non trascurabile percentuale di pazienti in politerapia psicofarmacologica e l'elevato numero di farmaci mediamente assunti dai pazienti sottolineano la necessità di un'attenta attività di farmacovigilanza da parte dei centri UVA. L'utilizzo di antidepressivi è in linea con i dati di letteratura sulla comorbidità tra depressione e demenza.

## **P18** GESTIONE DEL CAREGIVER BURDEN: UN APPROCCIO INTEGRATO IN UN'UVA OSPEDALIERA

Passoni Serena (a), Mazzà Manuela (a), Zanardi Gabriele (b), Basilico Stefania (a), Sterzi Roberto (c), Bottini Gabriella (a,b)

(a) Centro di Neuropsicologia Cognitiva, Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano

(b) Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Pavia

(c) Neurologia e Stroke Unit, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano

**Introduzione.** L'andamento cronico e progressivo della demenza rende necessaria una prolungata e continuativa attività assistenziale che grava in misura preponderante sul caregiver. L'approccio multidisciplinare alla demenza deve necessariamente considerare anche questa figura nel processo di cura del malato. Lo scopo di questo progetto è di valutare l'entità del *burden* del caregiver tramite scale atte a valutare il carico soggettivo ed oggettivo percepito, i livelli di ansia e di depressione.

**Metodi.** Sono state somministrate la *Caregiver Burden Inventory* (CBI) e la scheda Ansia e Depressione forma ridotta (scheda AD-R) a 77 caregiver di pazienti con diagnosi di Malattia di Alzheimer o altre patologie degenerative del sistema nervoso centrale, afferenti all'UVA dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda.

**Risultati.** Dalle analisi statistiche effettuate è emerso che i caregiver di pazienti con deterioramento cognitivo sperimentano, a causa del loro ruolo assistenziale, significativi livelli di *burden*, ansia e depressione. In particolare, le dimensioni del *burden* maggiormente rilevanti sono, nell'ordine: il "*burden* tempo", il "*burden* evolutivo" ed il "*burden* fisico".

**Conclusioni.** I risultati emersi suggeriscono un intervento strutturato su due livelli:

- ampliare il tempo personale del caregiver, rendendo più accessibile ai pazienti il ricovero di sollievo o il centro diurno;
- interventi finalizzati sul caregiver per il trattamento del senso di isolamento percepito, lo stress fisico, e le manifestazioni ansiose e depressive.

Intervento nell'UVA di Niguarda Ca' Granda: organizzazione di gruppi di psicoeducazione e sostegno, a cicli, rivolti ai caregiver di pazienti su richiesta. Istituzione di uno sportello di ascolto e informativo in collaborazione con le associazioni di volontariato e il Consiglio di Zona 9, al fine di favorire l'accesso alle strutture presenti sul territorio, per creare una rete di servizi socio-sanitari integrata che tenga conto non solo degli aspetti terapeutico-riabilitativi del paziente, ma che garantisca e difenda anche la qualità della vita del caregiver.

## **P19** LABORATORIO CREATIVO: APPROCCIO RIABILITATIVO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NON CONVENZIONALE IN UN PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA VASCOLARE

Pizzo Monica, Marcelli Barbara, Carbone Gabriele  
*Centro Demenze, Unità Valutativa Alzheimer, Italian Hospital Group, Guidonia, Roma*

**Introduzione.** Sul territorio della ASL RM G è attiva dal 2004 una rete di servizi per pazienti dementi, costituita dall'*Italian Hospital Group* e accreditata con il SSR, che comprende nuclei di degenza per 60 posti letto, un centro diurno per 58 pazienti e assistenza domiciliare per altri 65. Obiettivo di tutti i servizi è di attuare percorsi riabilitativi finalizzati al miglioramento delle capacità residue e, quindi, della qualità di vita. In questo lavoro verrà illustrato il caso del Sig. M.B., di 81 anni, affetto da demenza su base vascolare associata a compromissione cognitiva moderato-lieve e recente frattura femorale. All'ingresso presentava grave depressione con apatia, ansia e deliri a sfondo prevalentemente persecutorio associati a disturbi dell'appetito e del sonno.

**Metodi.** Dalla valutazione multidisciplinare/multidimensionale è emersa l'opportunità d'inserimento del paziente nel laboratorio creativo, al fine di stimolare le sue capacità espressive e tecniche residue, attraverso l'esecuzione di disegni e pitture a tema libero, copie da foto di paesaggi ed architetture, scarpellature e modellazione, attivando così processi di analisi, pianificazione, controllo e verifica. Per stimolare le funzioni affettive il paziente è stato sollecitato a rievocare le sue esperienze di prigionia nel campo di concentramento durante il periodo bellico, sfociata in una opera-libro, definita dal paziente stesso "Guerra e follia".

**Risultati.** Il confronto dei risultati dei test somministrati all'ingresso e dopo 6 mesi ha mostrato una modifica del *Mini Mental State Examination* (MMSE) da 18/30 a 24/30, con miglioramento di orientamento temporo-spaziale, tempi di attenzione, memoria di richiamo e comprensione orale e prova di prassia costruttiva corretta; ed un miglioramento dell'*Neuropsychiatric Inventory* da 39 a 8 (*range*: 0-144), documentando, quindi, una sensibile riduzione dei disturbi comportamentali.

**Conclusioni.** Il *setting* terapeutico utilizzato ha rappresentato uno strumento in grado di potenziare le capacità mnesiche remote e di integrare ricordi passati e recenti, acquisendo valenza di terapia dell'orientamento e di reminescenza. L'obiettivizzazione delle emozioni ha assunto anche il ruolo di terapia comportamentale, migliorando il tono dell'umore con recupero dell'autostima, delle capacità relazionali ed espressive, con ripercussione positiva sia sulle autonomie di base della vita quotidiana che sulla qualità di vita. Ciò peraltro ha consentito una riduzione significativa del dosaggio dei farmaci psicotropi.

## **P20** DEMENZA E INFORMAZIONI REPERIBILI SUI SITI WEB ITALIANI

- Rivoiro Chiara (a), Lovaldi Franca (b), Marchisio Cecilia Maria (c), Vanacore Nicola (d)
- (a) Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte, Torino
- (b) Direzione Sanità Settore Assistenza Sanitaria Territoriale, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Torino
- (c) Dipartimento di Scienze dell'Educazione e della Formazione, Università degli Studi, Torino
- (d) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Introduzione.** L'evoluzione demografica in atto nei Paesi occidentali, caratterizzata dall'aumento contemporaneo dell'aspettativa di vita alla nascita ed in età avanzata, ha determinato il crescente invecchiamento della popolazione. Si invecchia molto, dunque ma, con il progredire degli anni, diviene più probabile l'insorgenza delle patologie degenerative, in particolar modo della demenza che ha un impatto notevole sulle famiglie e sull'intera comunità per la frequenza (800-900 mila casi stimati in Italia nel 2006), per il costante aumento di casi, per la cronicità e lunga durata della malattia, per i disturbi del comportamento che rendono spesso necessaria assistenza continuativa. Considerato il numero di famiglie interessate da questo tipo di realtà si può senz'altro affermare che si è di fronte ad uno dei maggiori problemi del XXI secolo per i sistemi di welfare occidentali. Sono numerose le criticità che affiorano quotidianamente nella presa in carico di tali pazienti: la letteratura internazionale denota come la criticità informativa, ovvero l'informazione esaustiva alle famiglie, la formazione del personale e di tutta la Comunità sulle potenzialità e sui limiti delle cure, sull'offerta diagnostica e assistenziale e sulle modalità per accedere ai servizi socio assistenziali sono specchio della mancanza di un "sistema di rete" che coordini le diverse iniziative e le diverse strutture. Dalla letteratura e dalla pratica clinica emerge che un sempre maggior numero di persone utilizza le fonti informative reperibili *online* per rintracciare indicazioni, dati utili alla gestione quotidiana di persone affette da patologie complesse quale la demenza.

**Metodi.** Lo studio condotto ha come obiettivo l'analisi delle informazioni presenti sui siti istituzionali nazionali *online* (20 Regioni, 11 agenzie sanitarie regionali, 157 ASL) al fine di approfondire la qualità e la quantità di dati inerenti i servizi offerti sul territorio per la gestione della persona demente. In particolare si sono ricercate le indicazioni inerenti il percorso diagnostico terapeutico, le sedi utili, i contatti col personale dedicato, la legislazione di riferimento.

**Risultati.** L'analisi sistematica dei siti istituzionali nazionali presenti sul web ha evidenziato la notevole difformità dei servizi a disposizione delle persone affette da demenza esistente sul territorio italiano. Esistono Regioni con un modello di gestione a rete avanzato e ben documentato *online* (es. Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia) ed altre Regioni in cui la difficoltà a reperire sulla rete Web anche solo indirizzi di UVA sul territorio pare essere indice di un'assistenza sociosanitaria ancora poco coordinata.

**Conclusioni.** Il bisogno di informazione in merito alla demenza ed ai servizi connessi è una realtà sempre più emergente tra chi si occupa di tali ammalati. In un'ottica di *disease management*, che mira alla cura del paziente, coordinando le risorse di tutto il sistema sanitario (e i suoi attori), potrebbe essere utile implementare e standardizzare una rete di informazioni accessibili anche via web al fine di sostenere e accompagnare il *caregiver* principale e l'intera costellazione familiare nel percorso della malattia.

## **P21** EFFICACIA DELL'*HOME TRAINING* NELLA RIABILITAZIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON DEMENZA

Ruggeri Massimiliano, Abballe Alessandra, Natanne Marzia, Rumore Fina, Russo Filomena

*Centro di Riabilitazione CAR, Servizio di Neuropsicologia, Roma*

**Introduzione.** Gli studi sulla riabilitazione del paziente con demenza sono stati essenzialmente centrati su approcci e metodiche aspecifiche, basate sulla stimolazione e *training* cognitivi. Riteniamo tuttavia che anche per il paziente con demenza gli interventi riabilitativi debbano essere maggiormente fondati sui risultati della ricerca in riabilitazione neuropsicologica del paziente adulto cerebroleso. In questo lavoro intendiamo dimostrare l'efficacia dell'*Home Training* (HT) nella riabilitazione del paziente con demenza. Studi recenti hanno evidenziato infatti l'efficacia di interventi riabilitativi effettuati presso la casa stessa del paziente, allo scopo di facilitare la generalizzazione della terapia.

**Metodi.** L'HT è un protocollo di riabilitazione domiciliare, che integra terapie cognitive e occupazionali, effettuato dal Servizio di Neuropsicologia del Centro di Riabilitazione CAR di Roma, con pazienti affetti da demenza residenti nel territorio della ASL RM A. 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. Il protocollo HT si basa su esercizi di 1) Riorientamento, 2) Consapevolezza, 3) Attenzione, 4) *Memory Training* "ecologico", 5) *Memory Training* Procedurale, 6) Linguaggio, 7) Funzioni Spaziali-Costruttive, 8) Funzioni Prassico-Gestuali e 9) Funzioni Esecutive. L'obiettivo principale dell'HT è quello di: 1) mantenere le funzioni cognitive deficitarie; 2) 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 cognitive e per l'autonomia. È stata effettuato un periodo di trattamento domiciliare con *Home Training* di 3 mesi, con sedute trisettimanali di un ora, su un gruppo di 15 pazienti con varie forme di demenza. La terapia veniva affiancata da *counselling* ai *caregiver* sulle strategie di gestione del paziente. Le valutazioni pre e post-trattamento sono state effettuate con una batteria di test neuropsicologici.

**Risultati.** Un'analisi statistica utilizzando il test A di Sandler mostra una differenza significativa ( $p=0,01$ ) tra i punteggi al MMSE nella valutazione pre- e post-*training*. I punteggi degli altri test della batteria presentano invece una certa disomogeneità e vengono qui riportati solo a livello descrittivo.

**Conclusioni.** In questo studio preliminare emergono dati incoraggianti che suggeriscono cautamente che l'HT possa essere efficace nel miglioramento a breve termine delle principali funzioni cognitive del paziente demente. In riferimento alle attuali offerte terapeutico-ricreative dei Centri UVA del SSN, l'HT invece si presenta come un valido ed efficace approccio nel panorama della riabilitazione delle demenze. In questo studio tuttavia sono presenti dei limiti metodologici, per cui riteniamo necessarie delle validazioni sperimentali più adeguate.

## **P22** AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E PAZIENTE DEMENTE

Savorgnan Giovanna (a), Engaddi Ilaria (a), Scapellato Franco (a), Cantoni Alessandra (a), Stefania Maria Grazia (b), Negri Chinaglia Cinzia (a)

(a) *III Unità Operativa Complessa Riabilitazione Alzheimer, Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano*

(b) *Servizio Sociale, Azienda di Servizi alla Persona, Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano*

**Introduzione.** Tra le complessità di natura etica, deontologica e giuridica che la presa in carico dei pazienti con demenza pone, assume particolare rilevanza il consenso informato. L'istituzione della figura dell'Amministratore di Sostegno (AdS) (Legge n. 6 del 9/1/2004) garantisce una forma di tutela rispettosa della dignità del paziente evitando il ricorso all'interdizione ed all'inabilitazione. È carente una specifica cultura al riguardo accanto alla complessità di accesso all'informazione da parte della famiglia.

**Metodi.** Dal 2007 in collaborazione con il Servizio Sociale si è iniziato ad informare i *caregiver* dei pazienti dementi ambulatoriali UVA e ricoverati nei Nuclei Alzheimer (NA) sulla figura dell'AdS utilizzando i momenti formali di Riunioni mensili di presentazione dell'equipe ed incontri di informazione e formazione monotematici. Dal 1/9/08 anche sollecitati dalla collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità abbiamo formalizzato una procedura specifica. All'ingresso nel NA nel corso del colloquio si informa il *caregiver* della problematica relativa al consenso informato, della necessità di attivare la figura dell'AdS e viene sottoscritto un modulo di presa d'atto dell'avvenuta informazione. Esiste una modulistica specifica. Si indirizzano direttamente al Servizio Sociale condizioni di evidente complessità sociale per la presa in carico da parte dei Servizi competenti. Si ha evidenza in cartella clinica di entrambi i processi.

**Risultati.** 2007: consulenza specifica per 24 pazienti (27% trasferiti RSA); 2008: consulenza per 49 *caregiver* dei quali 17 (35%) hanno presentato istanza per AdS (7 domicilio, 8 RSA). Dal 1/9/08 compilazione di certificati medici per AdS 57 dei 200 pazienti (28%). A tutt'oggi un numero esiguo di pratiche istruite si è concluso con la nomina di AdS; anche per incongruenza tra durata della degenza (media circa 55-60 giorni) e tempistica della nomina.

**Conclusioni.** Mancanza informazione da parte di strutture ospedaliere e territorio e scarsa quota di *caregiver* sensibilizzati (circa 3%). Necessità di "consolidare" l'informazione.

## **P23 DAY HOSPITAL GERIATRICO: "PRESA IN CARICO GLOBALE DEI PAZIENTI CON DEMENZA"**

Scala Giovanni, Capobianco Giovanni

Unità Operativa Complessa Geriatria per Acuti, Ospedale S. Eugenio, ASL RMC, Roma

**Introduzione.** L'anziano fragile è il tipico paziente geriatrico, affetto da due o più patologie croniche, ad andamento progressivo, in situazioni di disagio socio-ambientale o psico-cognitivo. L'Unità Operativa Complessa Geriatria è stata istituita presso l'Ospedale S. Eugenio il 1° aprile 1992, crescendo negli anni in numero e qualità delle prestazioni. Il *Day Hospital* Geriatrico consiste in un ricovero programmabile, in ambiente ospedaliero, volto ad affrontare specifici problemi sanitari terapeutici-diagnostici, che non comportino la necessità del ricovero ordinario, e che per la loro complessità non siano affrontabile in regime ambulatoriale, in grado di fornire prestazioni appropriate (efficaci, efficienti, e opportune).

**Metodi.** L'ospedalizzazione diurna rappresenta una struttura adatta a garantire al paziente fragile tutte le competenze e le tecnologie proprie dell'Ospedale (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-assistenziali), il rientro al proprio domicilio, e la presa in carico globale. Si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari, offrendo numerosi vantaggi a favore sia del paziente che del sistema assistenziale, con un buon rapporto costo/benefici. 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; portatori di patologie complesse e croniche, con necessità di osservazione e controllo; anziani fragili con patologie acute che richiedono un rientro in famiglia (se l'ospedalizzazione in H24 comporta un rischio aggiuntivo).

**Risultati.** Su un totale di 2.899 ricoveri in DH, nel periodo 2005-2008, i DRG più frequenti sono rappresentati dalle malattie degenerative del SNC (1.405), seguiti dalle malattie cardiovascolari (356), ematologiche (250), reumatologiche (206), cerebrovascolari (180), nevrosi depressive (174), insufficienza renale (160), e polmonari (158). Da notare che se anche la diagnosi principale è rappresentata dallo scompenso cardiaco sono comunque presenti nel DRG nell'85% dei casi indicatori di fragilità, di disabilità con dipendenza nelle BADL (39%) e di comorbidità con più di cinque patologie (70%), e con presenza in diagnosi secondaria spesso di demenza (40%), osteoartrosi (41%), deterioramento cognitivo senile (52%), e di depressione (36%). Le classi di età dei ricoverati è rappresentata ovviamente prevalentemente da ultrasessantacinquenni, e soprattutto da ultrasessantacinquenni, ma con anche una percentuale minore di soggetti adulti più giovani, in quanto le patologie degenerative possono avere anche una età di insorgenza più precoce. Il DH Geriatrico è una struttura che favorisce la continuità assistenziale, ponte tra territorio e ospedale, gradita e sostenuta dai cittadini, fondamentale nella valutazione ed intervento in funzione dell'area per l'emergenza geriatrica presso il Pronto Soccorso/Accettazione, Breve Osservazione (con presa in carico in *Day Hospital* di anziani fragili con patologie acute o croniche riacutizzate), ed in funzione di programmi di riabilitazione e di riattivazione all'interno dell'ospedale o dal territorio. La sua buona

funzionalità ha permesso il rallentamento della crescita di richieste di ricovero in lungodegenza e l'incremento delle visite geriatriche ambulatoriali ai fini clinico-diagnostici e per il conferimento dell'indennità di accompagnamento.

**Conclusioni.** 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 *Day Hospital* 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). I vantaggi del DH sono molteplici, tra i quali il mantenimento dell'esercizio fisico (riabilitazione psicomotoria, protocolli operativi di gruppo ed individuali, mantenimento degli schemi motori, prevenzione delle cadute e della sindrome da immobilizzazione, globalità e ciclicità dell'intervento), la possibilità di effettuare la terapia occupazionale (mantenimento delle capacità funzionali, aumento dell'interazione sociale e del tono dell'umore, intervento sulla vita di relazione, sull'ambiente, sul *caregiver*, e sui fattori socio-economici), il controllo dello stato della cute e delle mucose, dell'alimentazione e della idratazione, la costante rivalutazione delle terapie farmacologiche (riduzione del consumo di farmaci, bilancio farmacologico nella comorbilità), la sorveglianza clinico-terapeutica (medicina dell'evidenza - *follow-up* diagnostico/terapeutico). In definitiva si ottiene una riduzione dei ricoveri ospedalieri H24 e dell'istituzionalizzazione, ed un contenimento dei costi assistenziali. 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.

## **P24 PSICOTERAPIA ED IPNOSI DI SOSTEGNO NELLA GESTIONE DELLO STRESS DEL CAREGIVER DEL PAZIENTE DEMENTE E RICADUTE ASSISTENZIALI**

Simoncini Mara, Amram Maryse Eve, Balla Silvia, Gatti Antonia, Leotta Daniela, Pernigotti Luigi Maria  
*Geriatrics Territoriale, Rete Alzheimer, Dipartimento Integrato di Lung'Assistenza, ASL TO 1, Torino*

**Introduzione.** Questo studio ha analizzato l'impatto del approccio psicoterapeutico individuale e metodiche come l'ipnosi clinica nella gestione dello stress parentale dei pazienti affetti da demenza, e di riflesso sul percorso socio-assistenziale e la predittività di istituzionalizzazione

**Metodi.** Dopo un colloquio psicologico individuale sono state somministrate scale di rilevazione relative alla percezione di stress esperito dal *caregiver* in relazione all'assistenza ed alla cura quotidiana del paziente affetto da demenza, sulla base dei criteri clinici NINCDS-ADRDA, con associati disturbi del comportamento, ed inseriti presso il Centro Diurno Alzheimer (CDA) del nostro Dipartimento: la *Caregiver Burden Inventory* (CBI) e la *Beck Depression Inventory* (BDI). Sono stati arruolati 33 *caregiver* (F/M 26/7), di cui 30 considerati primari e 3 secondari, secondo la definizione di Cohen (2002). Prima dell'inserimento nel programma psicoterapeutico che prevede anche l'utilizzo dell'ipnosi ( $T_0$ ), sono state somministrate le CBI, BDI, e *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), poi rivalutate a distanza di 3 mesi di trattamento ( $T_1$ ) e *follow-up* a 6 mesi ( $T_2$ ). Inoltre, per verificare se esiste una associazione tra le caratteristiche del paziente ed il livello di stress, ansia e depressione sperimentati dal *caregiver* al  $T_0$  sono state analizzate quattro dimensioni: età del paziente, deterioramento cognitivo valutato attraverso il *Mini Mental State Examination* (MMSE), stato funzionale attraverso le scale ADL/IADL, disturbi comportamentali valutati attraverso la NPI.

**Risultati.** L'analisi dei dati è stata effettuata mediante ANOVA. Dal confronto effettuato tra caratteristiche del paziente e *outcome* negativi di stress sperimentati dal *caregiver*, emergono alcuni dati interessanti: correlazione significativa tra età del paziente e IADL, tra MMSE, ADL, CBI e BDI. Il t di Student per campioni appaiati è stato utilizzato per l'analisi delle due scale NPI e BDI e delle due scale NPI e CBI con correlazione statisticamente e rispettivamente significativa ( $p < 0,001$ ). Per quanto concerne i disturbi del comportamento e lo stress percepito dal familiare, sono stati confrontati i punteggi delle scale NPI, CBI e BDI al  $T_0$  e al  $T_1$  dove i risultati mostrano una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), dato rilevato significativo anche al *follow-up*  $T_2$ . L'indice di ritenzione allo studio è stato del 100%. L'istituzionalizzazione dei pazienti è risultata significativamente inferiore ( $8\% \pm 3,3$  vs  $14\% \pm 2,7$ ;  $p < 0,001$ ) nel gruppo dei *caregiver* trattati.

**Conclusioni.** Da questo studio emerge una elevata efficacia del lavoro di sostegno terapeutico sul *caregiver* del malato demente, con ripercussioni significative non solo sul suo stato di salute psicofisico, ma anche del paziente stesso poiché questo approccio non

farmacologico ha permesso al familiare di adottare strategie di *coping* tese a ridurre il carico assistenziale e realizzare una sorta di *home rehabilitation* ritardando così i tempi di istituzionalizzazione.

## **P25 STUDIO PILOTA DI MEDICINA TRADIZIONALE CINESE PER IL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO DEL PAZIENTE DEMENTE: DATI PRELIMINARI**

Simoncini Mara (a), Balla Silvia (a), Gatti Antonia (a), Serfozoova Zuzana (a), Quirico Piero Ettore (b), Pernigotti Luigi Maria (a)

(a) *Geriatria Territoriale, Dipartimento di Integrato di Lung'Assistenza, ASL TO 1, Torino*

(b) *Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Segretario Nazionale FISA, Torino*

**Introduzione.** I disturbi del sonno e del ritmo sonno-veglia sono tra i più frequenti disturbi non cognitivi del malato affetto da demenza e spesso si sommano ad altri disturbi della sfera psichica e comportamentale. In questo studio abbiamo voluto testare l'acupressione di un agopunto HT 7, settimo agopunto del meridiano di Cuore noto anche come "Shenmen", che secondo la Medicina Tradizionale Cinese ha indicazioni precise nei disturbi della mente ed in particolare nell'agitazione e nell'insonnia.

**Metodi.** Per la stimolazione dell'agopunto HT 7 abbiamo utilizzato un presidio già in commercio con il nome di H7 Insomnia Control<sup>®</sup>. Lo studio è stato condotto presso la nostra Residenza Sanitaria Assistenziale di via Spalato e comprende la valutazione 42 pazienti di età compresa tra 69-96 anni ( $82,65 \pm 7,26$ ). Sono stati inclusi pazienti affetti da probabile Demenza di Alzheimer sulla base dei criteri clinici NINCDS-ADRDA, con riferimento ad una gravità di grado lieve, compreso tra il livello 1 e 3 della *Global Deterioration Scale* (GDS), già in terapia farmacologica. Il protocollo dello studio ha previsto una valutazione del campione basale prima dell'utilizzo del presidio H7 Insomnia Control<sup>®</sup> (T<sub>0</sub>) e a distanza di 2 mesi dall'applicazione dello stesso (T<sub>1</sub>). Il presidio H7 Insomnia Control<sup>®</sup> è stato quotidianamente applicato la sera dal personale infermieristico che era stato preventivamente formato circa il posizionamento corretto, e successivamente rimosso dall'operatore assistenziale il mattino successivo durante le cure igieniche. La metodologia valutativa utilizzata per il campione in esame comprende una valutazione di *screening* con la somministrazione di scale funzionali (secondo Katz e Lawton), del *Mini Mental State Examination* (MMSE), dei disturbi del comportamento attraverso il *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), la valutazione dello stato di salute generale con il *Global Health Quality of Life* (GHQ 28) e la valutazione della qualità del sonno di Pittsburgh (PSQI).

**Risultati.** L'analisi dei dati è stata effettuata mediante ANOVA. La percezione dello stato di salute generale (GHQ 28) ha rilevato una differenza statisticamente significativa in particolare per la sezione B, legata al tono dell'umore ( $p=0,008$ ), e particolarmente significativa la differenza al T<sub>1</sub> della PSQI ( $p<0,001$ ). Per quanto concerne i disturbi del comportamento e lo stress percepito dall'operatore, sono stati confrontati i punteggi della scala NPI al T<sub>0</sub> e al T<sub>1</sub> dove i risultati mostrano una differenza statisticamente significativa ( $p<0,001$ ). In tutti i pazienti dello studio è stata ridotta la terapia farmacologica, ed in due casi sospesa.

**Conclusioni.** Da questi primi dati emerge una elevata efficacia nella riduzione dei disturbi del sonno con particolari riflessi positivi sulla percezione dello stato di salute generale ed in particolare del tono dell'umore. La riduzione significativa e persistente dell'alterazione del ritmo sonno-veglia, dei disturbi psicotici e del comportamento è il dato di maggior importanza con ricadute notevoli sul *caring* assistenziale, ed induce ulteriori e più estese ricerche in questo campo.

## **P26** FORMA FAMILIARE E FORMA SPORADICA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: DUE ENTITÀ CLINICHE DISTINTE?

Talarico Giuseppina (a), Piacentini Elisa (a), Tosto Giuseppe (a), Canevelli Marco (a), Pignatelli Marco (a), Piscopo Paola (b), Crestini Alessio (b), Malvezzi Campeggi Lorenzo (b), Confaloni Annamaria (b), Gasparini Marina (a), Salati Manuela (a), Vanacore Nicola (c), Lenzi Gian Luigi (a), Bruno Giuseppe (a)

(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Roma Sapienza, Roma*

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

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

**Introduzione.** La Malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*) è una malattia neurodegenerativa progressiva a patogenesi complessa con un'alta prevalenza della forma sporadica (SAD: *Sporadic Alzheimer's Disease*). Le forme ereditarie, trasmesse con carattere autosomico dominante a completa penetranza, sono dovute a mutazioni che coinvolgono i geni dell'APP e delle Preseniline 1 e 2 (FAD: *Familial Alzheimer Disease*). L'APOE-e4 è considerato un fattore di rischio per la malattia soprattutto nelle forme (familiari e sporadiche) ad esordio tardivo. Gli studi finora condotti per valutare se a questa eterogeneità genetica ne corrisponda una fenotipica, non hanno portato a risultati univoci, anche in considerazione del basso numero di soggetti arruolati.

**Metodi.** 325 soggetti AD diagnosticati secondo i criteri NINCDS-ADRDA venivano reclutati alla "Clinica della Memoria" del Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università Sapienza di Roma e seguiti per un periodo di circa sei anni attraverso un'estesa valutazione clinica e strumentale. 95 soggetti FAD, con almeno 2 parenti affetti di primo grado oltre il probando, venivano quindi appaiati per sesso, età d'esordio e scolarità con 230 soggetti SAD. Inoltre, previo consenso informato, veniva eseguito un prelievo di sangue per lo studio dei fattori di rischio genetici.

**Risultati.** Le due popolazioni analizzate differiscono all'esordio nella presentazione clinica ( $\chi^2:10,05$  p:0,04): infatti, una compromissione del linguaggio semantico e delle funzioni "frontali" è presente nei FAD, mentre un deficit di memoria è riscontrabile nei SAD. Anche l'esame neurologico mostra differenze (segni extrapiramidali  $z=-3,43$  p=0,001, tremore  $z:-2,35$  p:0,018 e segni cerebellari  $z=-2,25$  p=0,024). Al T<sub>0</sub> punteggi simili sono ottenuti al MMSE, ADL e IADL ma non all'NPI (t:5,42 p:0,001): in particolare, ansietà (t:3,43 p:0,001), apatia (t:2,87 p:0,006) e disturbo del sonno (t:2,97 p:0,007) sembrano essere più frequenti e rilevanti nei FAD. Dall'analisi genetica, finora condotta, sono state individuate: due famiglie con la mutazione V717I sul gene dell'APP, una famiglia portatrice di una nuova mutazione PSEN2 (S175C). È stato inoltre identificato un caso sporadico con una mutazione sulla PSEN2 (R71W).

**Discussione.** A nostra conoscenza, questo è il primo studio longitudinale che ha comparato un rilevante numero di FAD e SAD sia su variabili cognitive che non cognitive cercando, dove possibile, di studiarne anche il genotipo.

## **P27** DIFFERENZA DI ASPETTATIVE E DI VALUTAZIONE FRA MEDICO E CAREGIVER NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Zucchella Chiara, Pasotti Chiara, Chiapella Laura, Malinverni Paola, Sinforiani Elena  
UVA, Laboratorio di Neuropsicologia, IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino, Pavia

**Introduzione.** Nella Malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*) sono spesso riportate discrepanze fra valutazione oggettiva e *report* del *caregiver*, e messe in relazione con le specifiche caratteristiche del *caregiver*; ancora, differenti aspettative dei familiari ed una differente valutazione del decorso della malattia e degli effetti della terapia fra medico e *caregiver* sono di non infrequente riscontro. Scopo dello studio è stato valutare in una popolazione di *caregiver* di pazienti affetti da AD se e quanto le aspettative del *caregiver* siano state soddisfatte, se fossero rilevabili discrepanze fra giudizio del medico e quello del *caregiver* in rapporto all'evoluzione di malattia e se e quali caratteristiche del *caregiver* possano aver influenzato tali dati.

**Metodi.** 218 *caregiver* (M/F: 40/178, età media: 56,9±8,6) di pazienti affetti da AD diagnosticata da almeno 4 anni, afferenti all'ambulatorio UVA dell'IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino di Pavia, hanno partecipato allo studio. I *caregiver* sono stati sottoposti al *Caregiver Burden Inventory* (CBI) ed al *Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale* (NPIDS). Lo stato cognitivo, funzionale e comportamentale dei pazienti è stato valutato mediante il *Mini Mental State Examination* (MMSE), le scale ADL e IADL ed il *Neuropsychiatric Inventory* (NPI). È stata inoltre utilizzata una scala a 4 punti (0 per nulla, 3 completamente) per quantificare il grado di soddisfazione delle aspettative del *caregiver*; le modificazioni del quadro clinico sono state valutate da medico e *caregiver* mediante il *Clinical Global Impression of Change* (CGIC).

**Risultati e conclusioni.** I *caregiver* che si mostravano maggiormente insoddisfatti circa l'evoluzione di malattia presentavano un maggior carico assistenziale ed un punteggio più elevato alla NPIDS a parità di severità di malattia, ma una scolarità più bassa ( $p<0,01$ ). Era presente una correlazione significativa fra CGIC del medico e variazione dei punteggi al MMSE, ADL, IADL e NPI rispetto alla valutazione basale; da parte del *caregiver* si evidenziava invece una sopravvalutazione del declino cognitivo, non correlabile a specifiche caratteristiche. I risultati suggeriscono la presenza di differenti obiettivi ed *outcome* fra medico e *caregiver* e confermano l'importanza di un corretto e costante scambio di informazioni con il paziente e chi lo assiste.



## INDICE DEGLI AUTORI

Abballe Alessandra .....	65	Civita di Fava Rita .....	11
Albanese Paolo .....	25	Clerici Francesca .....	33
Amram Maryse Eve .....	69	Colombo Nadia .....	5
Angrilli Alessandro .....	46	Comi Giancarlo .....	10; 50
Antifora Rosa Maria Paola .....	43	Condoleo Maria Teresa .....	49
Antonelli Vanna .....	41	Confaloni Annamaria .....	11; 73
Appollonio Ildebrando .....	12	Conti Marta Zaffira .....	4
Bagoj Eriola .....	44	Coppi Elisabetta .....	10; 50
Baiamonte Francesca .....	19	Cordici Francesco .....	27
Balla Silvia .....	36; 69; 71	Crestini Alessio .....	11; 73
Bartorelli Luisa .....	28	Curatolo Massimiliano .....	19
Basilico Stefania .....	61	Cursi Marco .....	10; 50
Benet Beatrice .....	45	Danelli Laura .....	5
Bergamaschi Susanna .....	46	De Angelis Laura .....	52; 53
Berlingeri Manuela .....	5	De Angelis Maria .....	52; 53
Bonora Annalisa .....	55	De Leonardis Aida .....	44
Bottini Gabriella .....	5; 61	De Palma Alessandra .....	55
Bramanti Placido .....	27	De Rosa Salvatore .....	44
Brescia Giulia .....	52; 53	Del Re Letizia .....	51
Brugnolo Andrea .....	60	Di Domenico Mariella .....	51
Bruno Giuseppe .....	11; 73	Di Munzio Walter .....	52; 53
Buffone Ebba .....	3	Dian Ilaria .....	51
Busonera Flavio .....	25	Dijk Babette .....	17
Cajazzo Lucia .....	52; 53	Engaddi Ilaria .....	54; 66
Calza Attilio .....	46	Fabbo Andrea .....	55
Canevelli Marco .....	73	Ferri Francesca .....	5; 12
Cantoni Alessandra .....	54; 66	Formica Ranieri .....	47
Capobianco Giovanni .....	67	Formilan Marino .....	25
Capuano Annalisa .....	47	Fravega Roberta .....	59; 60
Carafelli Antonella .....	20	Fusari Imperatori Susanna .....	33
Caratozzolo Salvatore .....	4	Gainotti Sabina .....	33; 35
Carbone Gabriele .....	62	Galeotti Francesca .....	35
Carniglia De Carli Rosanna .....	17	Gambina Giuseppe .....	49
Caso Francesca .....	10; 50	Gaspari Lorenza .....	51
Cavagnaro Paolo .....	17	Gasparini Marina .....	11; 73
Ceriotti Ferruccio .....	10	Gatti Antonia .....	36; 69; 71
Cervino Annalisa .....	52; 53	Ghio Lucio .....	59; 60
Cester Alberto .....	25	Giordano Marcello .....	19
Chattat Rabih .....	23	Giubilei Franco .....	28
Chiapella Laura .....	75	Giusti Angela .....	35
Chinni Vittorio .....	57	Gotelli Simona .....	59; 60
Cifaldi Linda .....	45	Gottardi Federica .....	4

Govoni Stefano.....	15	Pannocchia Francesca.....	59; 60
Greco Anita.....	11	Papantonio Anna Maria.....	44
Grobberio Monica.....	3	Pasotti Chiara.....	75
Gruppo di Studio UVA.....	47	Passari Smeralda.....	27
Iazeolla Mariavittoria.....	11	Passarin Maria Grazia.....	3
Ierace Brunella.....	28	Passerini Gabriella.....	10
Irpino Antonio.....	47	Passoni Serena.....	61
Isella Valeria.....	12	Paulesu Eraldo.....	5
Izzicupo Fabio.....	35; 51	Pelà Clelia Elisabetta.....	52; 53
Lanzoni Monica.....	20	Pernigotti Luigi Maria.....	36; 69; 71
Lenzi Gian Luigi.....	11; 73	Petrini Carlo.....	31
Leotta Daniela.....	36; 69	Piacentini Elisa.....	73
Lovaldi Franca.....	63	Pignatelli Marco.....	73
Lucarini Simonetta.....	17	Pineo Antonella.....	19
Maggiore Laura.....	33	Piscopo Paola.....	11; 73
Magnani Giuseppe.....	10; 50	Pizzo Monica.....	62
Malinverni Paola.....	75	Pollio Raoul.....	52; 53
Malvezzi Campeggi Lorenzo.....	11; 73	Potenza Simona.....	47
Mancini Giovanni.....	57	Presta Andrea.....	59
Mapelli Cristina.....	12	Puccini Aurora.....	20
Marcelli Barbara.....	62	Puppo Serena.....	59; 60
Marchisio Cecilia Maria.....	63	Quaranta Loreta.....	57
Mariani Claudio.....	33	Quirico Piero Ettore.....	71
Martelli Luisa.....	20	Raimondi Vanessa.....	3
Martinelli Boneschi Filippo.....	50	Raschetti Roberto.....	31; 33; 35
Massari Marco.....	35	Rea Giovanni.....	52; 53
Massimetti Maria Carla.....	58	Riva Maddalena.....	4
Mazzà Manuela.....	61	Rivabene Roberto.....	11
Mazzone Arianna.....	43	Rivoiro Chiara.....	63
Menini Sarah.....	3	Rodriguez Guido.....	60
Menniti Ippolito Francesca.....	35	Roncacci Sabina.....	58
Minghetti Luisa.....	11	Rossi Francesco.....	47
Mondini Sara.....	46	Rozzini Luca.....	4
Moretto Giuseppe.....	49	Ruggeri Massimiliano.....	65
Moro Valentina.....	49	Rumore Fina.....	65
Mostardini Claudio.....	57	Russo Filomena.....	65
Mundi Ciro.....	44	Sacheli Lucia.....	5
Muzzi Francesca.....	57	Sala Francesca.....	49
Natanne Marzia.....	65	Salati Manuela.....	73
Natta Werner.....	59; 60	Salvi Veronica.....	57
Negri Chinaglia Cinzia.....	54; 66	Sandri Giulia.....	3
Nicolò Enrico.....	58	Sapigni Ester.....	20
Nobili Flavio.....	60	Savorgnan Giovanna.....	54; 66
Oddo Gioacchino.....	19	Sberna Maurizio.....	5
Osimani Giovanna.....	17	Scala Giovanni.....	67
Padovani Alessandro.....	4; 9	Scapellato Franco.....	54; 66

Schiatti Eliana .....	10; 50	Talarico Giuseppina .....	11; 73
Scialfa Giuseppe.....	5	Tessari Annalisa .....	25
Serfozoova Zuzana.....	71	Tolone Vincenzo.....	41
Sessa Edoardo .....	27	Tosto Giuseppe .....	73
Sgroi Daniela.....	57	Trafficante Debora .....	5; 12
Simoncini Mara.....	36; 69; 71	Trapanese Maria .....	20
Sinforiani Elena.....	75	Vanacore Nicola .....	11; 33; 35; 63; 73
Spadaro Letteria .....	27	Vismara Chiara .....	10; 50
Spagna Margherita .....	52; 53	Vitrano Catania Teresa Maria .....	19
Spila Alegiani Stefania.....	33	Zanardi Gabriele .....	61
Spironelli Chiara.....	46	Zanetti Marina.....	4
Stanzani Guido .....	55	Zanoli Cinzia.....	55
Stefania Maria Grazia .....	66	Zito Michele.....	51
Stefanini Alessandro .....	58	Zucchella Chiara .....	75
Sterzi Roberto .....	5; 61	Zucchi Patrizia .....	55

*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](mailto:pubblicazioni@iss.it).*

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

*Roma, luglio-settembre 2009 (n.3) 16° Suppl.*