

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

7° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 15 novembre 2013

**RIASSUNTI**

A cura di  
Flavia Lombardo, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore  
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

ISSN 0393-5620  
**ISTISAN Congressi**  
**13/C5**

Istituto Superiore di Sanità

**7° Convegno. Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 15 novembre 2013. Riassunti.**

A cura di Flavia Lombardo, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore  
2013, vii, 73 p. ISTISAN Congressi 13/C5

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. Le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) rappresentano nel Servizio Sanitario Nazionale i centri clinici di riferimento nella gestione dei pazienti affetti da demenza. Tali strutture in diverse regioni sono in fase di riorganizzazione e talvolta di cambio di denominazione. Medici (neurologi, geriatri, psichiatri, medici di medicina generale), psicologi, riabilitatori e assistenti sociali sono professionalmente coinvolti nell'assistenza dei pazienti con 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

**7<sup>th</sup> Congress. The impact of Alzheimer Disease Units in the management of patients affected by dementia. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 15, 2013. Abstract book.**

Edited by Flavia Lombardo, Paola Ruggeri and Nicola Vanacore  
2013, vii, 73 p. ISTISAN Congressi 13/C5 (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. The Alzheimer's Disease Units are the specialistic centre in the National Health System involved in the management of patients affected by dementia. These structures in different regions are being reorganized and sometimes change of name. Physicians (neurologists, psychiatrists, geriatricians, general practitioner), psychologists, rehabilitationists and socio-health assistants are professionally 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's 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).

Citare questo documento come segue:

Lombardo F, Ruggeri P, Vanacore N (Ed.). 7° Convegno. *Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 15 novembre 2013. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (ISTISAN Congressi 13/C5).

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Fabrizio Oleari*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988 (serie: *Rapporti e congressi ISTISAN*)

Redazione: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



## INDICE

<b>Programma</b> .....	iii
<b>Note per la consultazione</b> .....	vii
<b>Prima sessione</b>	
Aspetti epidemilogici, diagnostici e farmacologici (I parte) .....	1
Aspetti epidemilogici, diagnostici e farmacologici (II parte) .....	9
<b>Seconda sessione</b>	
Approccio terapeutico non farmacologico .....	17
<b>Terza sessione</b>	
Gestione integrata .....	25
<b>Poster</b> .....	37
<b>Indice degli autori</b> .....	71



## PROGRAMMA

8.15 Registrazione dei partecipanti

8.45 Saluto di benvenuto

**Fabrizio Oleari**

Presidente ISS

9.00 Presentazione del Convegno

**Roberto Raschetti**

### **Prima sessione**

#### **ASPETTI EPIDEMIOLOGICI, DIAGNOSTICI E FARMACOLOGICI (I PARTE)**

*Coordinatore: G. Traversa*

9.15 *Sperimentazioni farmacologiche nella malattia di Alzheimer:  
cosa sta cambiando?*

**F. Clerici**

9.45 *Impatto della terapia con aceti sulla storia naturale della malattia di Alzheimer*

**M. Baroni**

10.05 *Impatto dei biomarcatori liquorali nella diagnosi differenziale di demenza*

**C. Carlesi**

10.25 *MMSE e MOCA, il tradizionale ed il nuovo nella valutazione  
delle funzioni cognitive*

**A. Pirani**

#### **ASPETTI EPIDEMIOLOGICI, DIAGNOSTICI E FARMACOLOGICI (II PARTE)**

*Coordinatore: N. Vanacore*

10.45 *Rilevanza scientifica e socio-sanitaria della demenza ad esordio precoce:  
dati preliminari relativi al progetto SANDEP*

**M. Pocchiari**

11.15 *Fenotipizzazione della malattia di alzheimer familiare: il caso della presenilina 2*

**M. Canevelli**

11.35 *Livelli di rendimento cognitivo e di metabolismo glucidico alla PET: possibilità di integrazione nella diagnosi di demenza?*  
**A. Pellitta**

11.55 *Ipoitaminosi D e declino cognitivo nella malattia di Alzheimer*  
**A. Castagna**

12.15 Discussione

12.30 Pranzo e discussione poster

### **Seconda sessione**

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

*Coordinatore: R. Raschetti*

13.15 *La dimensione del prendersi in cura nella gestione di un paziente*  
**G. Bonelli, P. Marcucci**

13.45 *Luoghi delle cure: museo per le persone affette da demenza*  
**S. Ragni**

14.05 *Caregiving e demenza: prospettive di intervento sulla diade malato-caregiver*  
**M. Monzani**

14.25 *Medically unexplained symptoms e stress d'assistenza: studio dei sintomi vaghi ed aspecifici nei familiari che assistono soggetti con demenza*  
**A. Tessari**

### **Terza sessione**

#### **GESTIONE INTEGRATA**

*Coordinatore: M. Maggini*

14.45 *Aspetti metodologici dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali*  
**R. Raschetti**

15.15 *Mappa dei servizi per l'Alzheimer: esperienza umbra*  
**C. Bagaglia**

15.35 *Diagnosi precoce della patologia di Alzheimer e delle altre demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica*  
**A. Bonansea**

- 15.55 *Capacità di guida in pazienti affetti da demenza: dati di una UVA nel Nord Italia*  
**C. Zucchella**
- 16.15 *Deficit cognitivi subiettivi in ambito di medicina di base: risultati emergenti al cognitive assessment screening test*  
**C. Musella**
- 16.35 *La rete delle demenze: opportunità e strumenti*  
**G. Puccio**
- 16.55 *Prospettive della gestione integrata degli interventi per i malati di Alzheimer*  
**F. Nuccetelli**
- 17.15 Discussione generale
- 17.30 Chiusura del Convegno





## **NOTE PER LA CONSULTAZIONE**

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract presentati al 7° 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**

**Aspetti epidemiologici, diagnostici  
e farmacologici (I parte)**

*Coordinatore*

Giuseppe Traversa



## **SPERIMENTAZIONI FARMACOLOGICHE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: COSA STA CAMBIANDO?**

Clerici Francesca

*Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco,  
Università degli Studi, Milano*

Lo sviluppo di terapie farmacologiche per la malattia di Alzheimer (AD) si è rivelato nel corso degli anni un processo difficoltoso e spesso deludente. Molte sono le possibili ragioni di insuccesso delle sperimentazioni, incluse la possibile disconnessione traslazionale nel passaggio dai modelli animali all'uomo, la scelta delle popolazioni incluse e della metodologia adottata nei *clinical trials*. L'urgenza di identificare terapie efficaci per la AD ha indotto la comunità scientifica e il mondo dell'industria a ricercare innovazioni metodologiche nella conduzione delle sperimentazioni, con le finalità di abbreviare il ciclo di sviluppo di nuovi farmaci e fornire indicazioni più complete sull'efficacia dei trattamenti. L'obiettivo della relazione è descrivere in modo critico le innovazioni recentemente introdotte nella conduzione delle sperimentazioni farmacologiche con particolare riguardo a: 1) disegno di studio; 2) popolazioni di soggetti incluse; 3) misure di *outcome* clinico utilizzate; 4) impiego dei biomarcatori. Per quanto concerne il primo aspetto, alla modalità standard di conduzione delle sperimentazioni (randomizzate, controllate, in doppio cieco) si sono affiancati nuovi disegni di studio inclusi quelli che prevedono la partenza sfalsata dei trattamenti (*staggered start*) o la sospensione ritardata dei medesimi (*delayed withdrawal*). Ciò risponde all'esigenza di adottare una metodologia idonea a valutare l'efficacia di un farmaco nel modificare la traiettoria di malattia (*disease modifying*) e non solo nel rallentare la progressione dei sintomi. I disegni che prevedono una terapia combinata (*combination therapy*) consentono invece di esplorare gli effetti additivi di più farmaci e/o le loro sinergie. L'adozione di nuovi criteri di inclusione nelle sperimentazioni si pone come obiettivo quello di anticipare la fase di malattia oggetto di studio, spostandosi dalla demenza conclamata alle fasi paucisintomatiche di malattia (o più raramente alle fasi asintomatiche nei soggetti geneticamente a rischio). Questa strategia scaturisce dal presupposto che il fallimento delle precedenti sperimentazioni sia motivato dalla scarsa efficacia dei farmaci nelle fasi avanzate, ma è penalizzata dalla fragilità e dalla scarsa riproducibilità dei costrutti utilizzati per identificare le fasi paucisintomatiche di malattia. Lo studio di quest'ultime ha richiesto lo sviluppo e l'adozione di scale di valutazione (prevalentemente funzionali e cognitive) idonee ad intercettare i primi sintomi di malattia, che sono venute dunque a sostituirsi o ad affiancarsi alle tradizionali misure di *outcome* clinico. Infine, le nuove metodologie di sperimentazione farmacologica prevedono spesso l'impiego di biomarcatori, utilizzati sia come strumenti per la selezione dei pazienti che come *endpoint* surrogati, benchè la loro validità sia tuttora oggetto di discussione.

## IMPATTO DELLA TERAPIA CON ACHEI SULLA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Baroni Marta (a), Smirne Nicoletta (b), Ercolani Sara (a), Longo Annalisa (a), Musicco Massimo (c), Bruni Amalia Cecilia (b), Mecocci Patrizia (a)

(a) Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi, Perugia

(a) Centro di Ricerca Neurogenetica, Lamezia Terme, Catanzaro

(b) Istituto di Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano

**Introduzione.** Scopo dello studio è stato quello di analizzare la progressione del declino cognitivo in pazienti affetti da demenza di Alzheimer (AD) ed in trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi (AChEI).

**Metodi.** 647 soggetti affetti da AD ed in trattamento con AChEI sono stati reclutati nelle UVA di Geriatria di Perugia e del CRN di Lamezia Terme tra il 2000 e il 2008. Ogni soggetto è stato sottoposto a valutazione con *Mini Mental State Examination* (MMSE) sia all'arruolamento che alle visite di *follow-up*. La data della visita al momento della perdita dei 5 punti al MMSE è stata considerata come momento indicativo di progressione. Tra i dati clinici sono state raccolte informazioni sugli anni di scolarità, età di esordio della malattia, familiarità per demenza, fattori di rischio cardiovascolare quali ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, cardiopatie. È stata effettuata analisi genetica sul gene della presenilina 1 (Met146Leu). I tassi di occorrenza dell'evento "progressione di malattia" sono stati valutati con l'analisi di sopravvivenza e sono state realizzate le curve di sopravvivenza con il metodo di Kaplan-Meier.

**Risultati.** La media di *follow-up* è risultata essere di 42,4 mesi (SD 25,6). Le donne (71% del campione) mostrano un'età di esordio più tardiva ( $p=0,001$ ) ma un punteggio basale al MMSE inferiore rispetto agli uomini ( $p<0,0001$ ). L'ipertensione e l'ipercolesterolemia erano fattori di rischio più comuni (48,5% e 17,3% rispettivamente). Durante il periodo di *follow-up* 287 pazienti (44,5%) hanno avuto una perdita di almeno 5 punti di MMSE. Rispetto ai soggetti con esordio di malattia in età  $<60$  anni, quelli con esordio tra i 60 ed i 79 anni mostrano un rischio ridotto del 50% e quelli di età  $>80$  anni del 70% relativamente alla progressione a cinque anni. Il grado di compromissione cognitiva al basale, valutata con il MMSE, non appare influenzare la velocità di progressione della malattia in questa popolazione trattata farmacologicamente, come pure la presenza di fattori di rischio cardiovascolare. I pazienti con mutazione sul gene della presenilina 1 hanno una maggior rischio di progressione di malattia rispetto ai soggetti con malattia sporadica o familiare ( $p<0,0001$ ).

**Conclusioni.** Il trattamento con AChEI è in grado di modificare la progressione della malattia di Alzheimer, soprattutto nei pazienti di età più avanzata. La loro influenza positiva appare esercitarsi anche in presenza di un deterioramento moderato-grave. Fattori quindi come invecchiamento avanzato e gravità della malattia non debbono influenzare negativamente la scelta del medico nell'utilizzo di tali farmaci.

## IMPATTO DEI BIOMARCATORI LIQUORALI NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI DEMENZA

Carlesi Cecilia, Petrozzi Lucia, Novelli Alessio, Chico Lucia, Ghicopulos Irene, Falorni Irene, Volpi Leda, Siciliano Gabriele, Tognoni Gloria, Bonuccelli Ubaldo  
*Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Pisa*

I marcatori liquorali di neurodegenerazione,  $\beta$ -amiloide 1-42 (A $\beta$ 42), tau totale (t-tau) e tau fosforilata (p-tau) sono utilizzati come marcatori diagnostici di supporto per la Malattia di Alzheimer (AD) anche se una loro validazione è ancora in corso. In questo studio è stata valutata la concordanza del profilo dei marcatori liquorali con la diagnosi clinica in un gruppo di pazienti con declino cognitivo seguiti presso la Clinica Neurologica dell'Università di Pisa. Sono stati retrospettivamente valutati i livelli di A $\beta$ 42, t-tau and p-tau di 47 pazienti, che avevano ricevuto, sulla base del quadro clinico, psicometrico, neuroradiologico e funzionale mediante l'esecuzione della PET con FdG, una diagnosi clinica di malattia di Alzheimer (AD; 17 casi), Atrofia Corticale Posteriore (PCA; 2 casi), Afasia Logopenica (LPA; 3 casi), Afasia Progressiva Non Fluente (PNFA; 5 casi), variante comportamentale della Demenza Frontotemporale (bvFTD; 12 casi), Demenza a corpi di Lewy (DLB; 4 casi), Degenerazione Corticobasale (CBD; 1 caso) e Disturbo Cognitivo Funzionale (FCD; 3 casi). I pazienti con diagnosi clinica di AD, PCA e LPA, sono stati riuniti nella macro-categoria "Alzheimer" ed i pazienti con diagnosi clinica di PNFA, bv-FTD, DLB, CBD e FCD, nella macro-categoria "Non-Alzheimer". Per ogni paziente è stato calcolato l'*Amyloid Tau Index* ( $[A\beta 42 / (240 + 1,18 \times t\text{-tau})]$ , IATI-Innotest®). Complessivamente, la diagnosi clinica è stata confermata dai valori dei biomarcatori liquorali nel 72,3% dei casi (34/47). Nel macro-gruppo Alzheimer, nell'86,4% dei casi (19/22), i valori dei biomarcatori liquorali hanno confermato la diagnosi clinica. Nel macro-gruppo Non-Alzheimer, i valori dei parametri liquorali erano in accordo con la diagnosi clinica solo in 15 casi su 25 (60%), e in disaccordo in 10 casi su 25 (40%; 6 bv-FTD, 2 DLB, 2 PNFA) che mostravano il profilo tipico della AD. Per i casi non concordanti è stata effettuata una rivalutazione e revisione della diagnosi, anche in base al *follow-up*, nel macro-gruppo Alzheimer in 1 caso su 3 (da LPA a PNFA) e nel macro-gruppo Non-Alzheimer in 5 casi su 10 (1 DLB a PCA; 1 DLB a *Lewy Body variant of AD*; 1 PNFA a LPA; 2 bvFTD a *frontal variant of AD*). In conclusione i biomarcatori liquorali si sono dimostrati un importante ausilio diagnostico, soprattutto nel macro-gruppo Non-Alzheimer che, in accordo con i dati di letteratura, risulta gravato da frequenti misdiagnosi, soprattutto nelle fasi iniziali di malattia.

## MMSE E MOCA, IL TRADIZIONALE ED IL NUOVO NELLA VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE

Pirani Alessandro (a), Neviani Francesca (b), Fabbo Andrea (c), Martini Emilio (d), Rocchi Marco Bruno Luigi (e), Monzani Martina (b), Fontana Giorgio (f), Neri Mirco (b,f)

(a) *Centro Delegato Disturbi Cognitivi, Distretto Ovest, Associazione Alzheimer Francesco Mazzuca Onlus, AUSL, Ferrara*

(b) *Centro Invecchiamento Cerebrale, UO Geriatria, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

(c) *Programma Aziendale Demenza Policlinico, AUSL, Modena*

(d) *Unità Operativa Geriatria, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna*

(e) *Istituto di Biomatemica, Università degli Studi, Urbino*

(f) *Centro Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

**Introduzione.** Il *Mini Mental State Examination* (MMSE) è lo standard per la valutazione di base delle funzioni cognitive in vari setting. Tuttavia si è evidenziato una sua relativa insensibilità a specifici deficit nelle fasi iniziali di alcune malattie dementigene. Fra le batterie che saggiavano domini non esplorati dal MMSE, si è considerato il *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), che ha lo stesso *range* di punteggio, ma una maggiore sensibilità per alcuni domini cognitivi. Lo studio mira a saggiare le relazioni ed eventuali differenze nei punteggi delle due batterie e la loro relazione sia con i dati demografici che con i punteggi delle variabili di controllo.

**Metodi.** I partecipanti erano stati inviati a due Centri Disturbi Cognitivi per il sospetta malattia dementigena (G1=238, M=129; F=109, età media =74,6 (deviazione standard 7,1) o ad un Centro per il controllo della Terapia Anticoagulante (G2=58, M=34, F=24, età media =76,1 (deviazione standard 5,8), per individuare possibili cause di sconfinamento del *range* terapeutico. Oltre ai test citati, si sono saggiati la sintomatologia affettiva, la competenza per le attività della vita quotidiana e le funzioni frontali.

**Risultati.** Nel campione totale non si rilevano differenze rispetto al sesso, i punteggi dei due test correlano significativamente, anche quando l'analisi è controllata per età e scolarità. Il punteggio del MMSE è superiore rispetto a quello del MoCA, specie nel gruppo G1. Ambedue le batterie correlano positivamente con la scolarità, mentre una correlazione negativa e significativa con l'età si evidenzia solo nel G1. Nessuna delle due batterie correla con la sintomatologia affettiva, mentre ambedue correlano direttamente con il livello delle IADL, ma solo nel gruppo G1. Solo la batteria MoCA mostra una relazione diretta e significativa con la batteria di funzioni frontali.

**Conclusioni.** Le due batterie mostrano un buon livello di correlazione, e questo è accettabile per ipotizzare l'integrazione dei due strumenti. La differenza indica come più "impegnativo" il MoCA, e non può essere attribuita al peso della scolarità, mentre l'età mostra una relazione pesabile non in relazione al tipo di batteria, ma alle diverse caratteristiche cliniche dei due gruppi. Questo risulta vero anche per il rapporto con le



IADL, ciò è comprensibile perché solo nel G1 risultano già percettibilmente ridotte. Infine, solo MoCA correla con le funzioni frontali, confermando come la differenza fra i due strumenti derivi da una diversificazione dei domini esplorati, quindi è teoricamente fondata ed ipotizzabile una integrazione dei due strumenti psicometrici.



**Prima sessione**

**Aspetti epidemiologici, diagnostici  
e farmacologici (II parte)**

*Coordinatore*

Nicola Vanacore



## **RILEVANZA SCIENTIFICA E SOCIO-SANITARIA DELLA DEMENZA AD ESORDIO PRECOCE: DATI PRELIMINARI RELATIVI AL PROGETTO SANDEP**

Pocchiari Maurizio

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

Le Demenze a Esordio Precoce (DEP), cioè con età d'esordio compresa tra 18 e 65 anni, raggruppano innumerevoli patologie accomunate dal fenotipo demenza ma con aspetti clinici, eziopatogenetici, epidemiologici e di storia naturale molto eterogenei. Le DEP rappresentano un'emergenza socio-sanitaria nei paesi sviluppati con stime di prevalenza pari a 54-260 casi per 100.000 abitanti e d'incidenza pari a 13,4 casi per 100.000 anni-persona nella fascia di età compresa tra 30 e 64 anni. In Italia si stimano 18.000 casi prevalenti e 4.800 incidenti, ma è probabile che il fenomeno sia sottostimato. Evidenze di letteratura rilevano la necessità di implementare specifici servizi dedicati alle DEP poiché differenti sono le necessità di questi pazienti e dei loro *caregiver* rispetto ai pazienti/*caregiver* con demenza insorta dopo i 65 anni. Le DEP presentano infatti importanti criticità cliniche e socio-assistenziali, quali l'urgenza nell'identificare e trattare casi con demenza reversibili (per esempio demenze associate idrocefalo normoteso); la necessità di disporre di strumenti neuropsicologici validati con valori normativi per la popolazione con età inferiore ai 65 anni; la rilevanza nel valutare la risposta farmacologica considerando l'esclusione di questi soggetti dalle sperimentazioni cliniche controllate sulla demenza; e l'importanza nel rilevare i bisogni socio-assistenziali dei pazienti con DEP e dei loro *caregiver*. Nelle raccomandazioni della recente *Consensus* Canadese su diagnosi e trattamento nella demenza è stata rilevata l'importanza per le DEP dell'accuratezza diagnostica (esecuzione di test genetici con adeguato *counseling*) e dei bisogni socio-assistenziali (ad esempio l'impatto della diagnosi per soggetti inseriti nel mondo del lavoro e le ripercussioni sulla gestione familiare, specie in famiglie con figli in età adolescenziale). Dall'analisi del problema delle DEP nei paesi occidentali emerge nettamente una mancanza di una visione unitaria delle problematiche epidemiologiche, clinico e socio-assistenziali che coniughi aspetti di programmazione sanitaria pubblica con quelli più specificatamente conoscitivi. Il progetto SANDEP ("Un approccio integrato di ricerca in sanità pubblica nelle demenze a esordio precoce") si colloca su due piani strettamente connessi tra loro, dove si intersecano temi di sanità pubblica e di ricerca in sanità pubblica: da un lato ci si pone l'obiettivo di sostenere le strutture del SSN nel processo diagnostico e terapeutico delle DEP dall'altro di stimolare, nei centri di terzo livello, la ricerca complessiva sulle DEP. Il progetto propone quindi un'ipotesi di governo clinico delle DEP da intendersi come un rapido processo di "trasferibilità" delle evidenze scientifiche nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le disuguaglianze attraverso la definizione di standard nazionali. La creazione di una rete nelle quale interagiranno strutture maggiormente indirizzate alla diagnosi e all'assistenza delle DEP con quelle dedicate prevalentemente alla ricerca rappresenterà il maggiore risultato del progetto.

## FENOTIPIZZAZIONE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER FAMILIARE: IL CASO DELLA PRESENILINA 2

Canevelli Marco (a), Piscopo Paola (b), Talarico Giuseppina (a), Vanacore Nicola (c), Crestini Alessio (b), Tosto Giuseppe (a), Troili Fernanda (a), Lenzi Gian Luigi (a), Confaloni Annamaria (b), Bruno Giuseppe (a)

(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza, Università di Roma, 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 familiare (FAD) rappresenta una rara condizione patologica a trasmissione autosomica dominante sostenuta da mutazioni coinvolgenti i geni codificanti per la proteina precursore dell'amiloide, la presenilina 1 e la presenilina 2 (PSEN2). Pur essendo responsabile solamente dello 0,5% di tutti i casi di malattia, la FAD ha richiamato un crescente interesse nella comunità scientifica. Ad oggi, tuttavia, la maggior parte delle evidenze disponibili si è concentrata sulle conseguenze molecolari e funzionali delle mutazioni responsabili di tale patologia. Solo pochi studi hanno fornito una documentazione esaustiva delle loro manifestazioni cliniche rendendo estremamente complessa la realizzazione di correlazioni genotipo-fenotipo. Le mutazioni della PSEN2 rappresentano la causa meno comune di FAD e sono state spesso associate a quadri clinici peculiari ed atipici.

**Metodi.** Abbiamo eseguito una revisione sistematica degli studi che hanno descritto le caratteristiche fenotipiche della FAD causata da mutazioni della PSEN2. Particolare attenzione è stata rivolta alle manifestazioni cliniche così come ai risultati delle procedure diagnostiche più comunemente e diffusamente adottate (*neuroimaging* morfologico e funzionale, analisi del liquido cefalorachidiano). La qualità degli studi selezionati è stata valutata attraverso un indice ad hoc costruito su parametri clinici e genetici. Sulla base dei dati raccolti, è stato infine intrapreso un tentativo di realizzare un'analisi di correlazione genotipo-fenotipo.

**Risultati.** Le mutazioni della PSEN2 sono state sino ad oggi identificate in 191 soggetti, appartenenti a 31 famiglie distinte. Tali mutazioni sono per lo più associate, al di là di alcune caratteristiche eterogenee, ad un fenotipo "classico" di malattia. Tuttavia, la frequente comparsa di manifestazioni psicotiche (osservate nel 31% dei pazienti) potrebbe costituire un potenziale elemento distintivo. Complessivamente, la qualità degli studi selezionati è stata considerata accettabile ed è risultata migliorare negli anni. Nonostante ciò, è stata osservata una marcata scarsità di informazioni cliniche e fenotipiche, disponibili solo per poco più della metà dei casi descritti. Questo ha fortemente limitato la realizzazione di correlazioni genotipo-fenotipo.

**Conclusioni.** Il nostro studio rappresenta il primo tentativo di sistematizzare le evidenze disponibili concernenti i casi di FAD sostenuti da mutazioni della PSEN2. La fenotipizzazione di questi casi, seppur rari, appare di notevole interesse sia clinico che sperimentale consentendo di valutare il collegamento tra i processi patologici e le caratteristiche cliniche della malattia, e accrescendo le informazioni necessarie per realizzare adeguatamente procedure di *counseling* genetico.

## LIVELLI DI RENDIMENTO COGNITIVO E DI METABOLISMO GLUCIDICO ALLA PET: POSSIBILITÀ DI INTEGRAZIONE NELLA DIAGNOSI DI DEMENZA?

Pellitta Antonella (a), Franceschetto Antonella (b), Neviani Francesca (a), Guerzoni Valentina (a), Fabbo Andrea (c), Martini Emilio (d), Rocchi Marco Bruno Luigi (e), Fontana Giorgio (f), Neri Mirco (a,f)

(a) *Centro Invecchiamento Cerebrale, UO Geriatria, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

(b) *Clinica di Sanità Pubblica, UO Medicina Nucleare, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

(c) *Programma Aziendale Demenze, AUSL, Modena*

(d) *Unità Operativa Geriatria, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna*

(e) *Istituto di Biomatematica, Università degli Studi, Urbino*

(f) *Centro Valutazione Ricerca Gerontologia, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

**Introduzione.** Mentre i nuovi criteri per la diagnosi di demenza si basano su *marker* potenzialmente in grado di identificare le fasi preclinica e prodromica, la diagnosi clinica è basata sulla clinica e non sono approfonditi i rapporti fra indicatori psicometrici e strumentali. La *Positron Emission Tomography* (PET) cerebrale con 18F-FDG valuta il metabolismo glucidico in riferimento a soglie di normalità/patologia, rispetto a soggetti normali, così come sono disponibili soglie per gli indicatori del rendimento cognitivo. Scopo: verificare il livello di concordanza tra la valutazione psicometrica e quella strumentale applicando due soglie di normalità sia per il rendimento cognitivo (MMSE=24/30 o 27/30) che per l'indice PET. Per quest'ultima il *cut-off* è basato su uno z-test a due code che, per un livello di significatività 0,05 è pari a 2, mentre è possibile, quando la patologia sposta i valori unidirezionalmente in basso, basarsi su un test a una coda, con *cut-off* pari a 1,64.

**Metodi.** 60 soggetti con sospetto di demenza sono stati valutati per il rendimento cognitivo, la sintomatologia affettiva ed il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana. È stata effettuata poi una PET cerebrale. È stato considerato come "patologico" la presenza di anche un solo valore oltre le soglie considerate fra le 28 aree esplorate (destra e sinistra).

**Risultati.** I due valori soglia 1,64 ed a 2 della PET, mostrano una sostanziale sovrapposibilità del livello di sensibilità, anche quando si esamina il grado di concordanza (K *value* tra 0,4 e 0,5) rispetto al *cut-off* di 24 al MMSE, i valori di K risultano decisamente inferiori per il *cut-off*=27. Le curve ROC mostrano che, assumendo il valore 24 al MMSE come *gold standard*, i due livelli PET sono sostanzialmente sovrapposibili, mentre col *cut-off* 27 è tendenzialmente migliore il *cut-off* PET=2; ma la differenza non risulta significativa. I valori di validità predittiva positiva risultano pari a 84% nel caso di

MMSE=27 e PET=1,64, se portiamo la soglia MMSE=24 il valore si attesta sul 65%. Valori sovrapponibili si ottengono utilizzando la soglia PET=2.

**Conclusioni.** Secondo l'OMS, per definire lo stato di salute/malattia, sono sempre da considerare più indicatori, che non necessariamente mostrano fra di loro un stretta correlazione. Nel caso della malattia dementigena in fase clinica iniziale l'indicatore neuroradiologico può contribuire alla conferma del sospetto diagnostico, tuttavia resta confermato il ruolo cruciale della valutazione clinico-psicometrica.



## IPOVITAMINOSI D E DECLINO COGNITIVO NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Castagna Alberto (a), Gareri Pietro (b), Lacava Roberto (b), Cotroneo Antonio Maria (c), Ruberto Carmen (d), Toschi Andrea (a), Fabbo Andrea (d), Spanò Andrea (a)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Pavullo nel Frignano, Modena

(b) Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro

(c) Azienda Sanitaria Locale 2, Torino

(d) Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Progetto Demenze, Modena

**Introduzione.** La malattia di Alzheimer è la più frequente causa di demenza nella popolazione anziana, caratterizzata da un progressivo declino delle *performance* cognitive con un deleterio effetto anche sulle attività sociali. L'invecchiamento è caratterizzato da un progressivo aumento di prevalenza dell'ipovitaminosi D. Lo scopo del nostro studio è stato di esaminare l'associazione tra 25-idrossi vitamina D [25(OH)D] e la funzionalità cognitiva (*Mini Mental State Examination* - MMSE) in una popolazione di anziani afferenti presso i nostri centri.

**Metodi.** Abbiamo studiato la relazione tra 25(OH)D e funzionalità cognitiva rilevata con MMSE in 122 pazienti consecutivi (F 77%, età 78,8+5,21 anni) afferenti ai nostri centri per disturbi cognitivi con diagnosi di malattia di Alzheimer.

**Risultati.** Nella nostra popolazione l'ipovitaminosi D è stata riscontrata nel 100% dei pazienti; nello specifico in 96 pazienti (78,7%) con livelli sierici di 25(OH)D inferiori a 20 ng/ml e in 26 (21,3%) pazienti tra 20 e 30 ng/ml. Dopo aggiustamento per età, sesso, pressione arteriosa, malattie cardiovascolari e terapia antipertensiva, abbiamo osservato una significativa associazione tra 25(OH)D e stato cognitivo ( $r=0,647$ ;  $p=0,000$ ). Il MMSE è stato significativamente maggiore nei soggetti con livelli sierici di 25(OH)D >20 ng/ml che in quelli con 25(OH)D <20 ng/ml (19,32+3,72 vs 11,81+4,30;  $p=0,000$ ).

**Conclusioni.** I nostri risultati hanno evidenziato una relazione tra 25(OH)D e funzionalità cognitiva in pazienti con malattia di Alzheimer, suggerendo che la 25(OH)D possa essere coinvolta nella patogenesi della demenza. Chiaramente, ricerche aggiuntive, nello specifico con studi di intervento, sono richieste per confermare tale osservazione e sviluppare eventuali nuove strategie terapeutiche.



**Seconda sessione**  
**Approccio terapeutico non farmacologico**

*Coordinatore*  
Marina Maggini



## **LA DIMENSIONE DEL PRENDERSI IN CURA DEL PAZIENTE CON DEMENZA**

Bonelli Giovanni (a), Marcucci Paola (b), Pierantozzi Elisa (a), Galiberti Sara (a),  
Zanobini Francesco (a)

*(a) Clinica Psichiatrica, Università degli Studi, Siena*

*(b) Medico, Arteterapeuta, Siena*

Prendersi cura di un soggetto con Alzheimer può permettere di modificarne il comportamento e migliorarne le capacità relazionali. Noi ci siamo proposti di valutare gli effetti in termini comportamentali e relazionali di un intervento di arteterapia utilizzando il metodo steineriano e il modello polisegnico, su un campione di soggetti con deficit cognitivo. L'esperienza descritta è stata condotta con sedute di gruppo su persone affette da lievi deficit cognitivi, ricoverati presso una RA di Siena, e successivamente su un soggetto affetto da malattia di Alzheimer, approcciato con sedute individuali. Durante il trattamento ci siamo anche proposti di individuare degli indicatori di miglioramento sul comportamento e sulla facilitazione alla relazione. La presa in carico della persona, sia nel contesto di attività di gruppo che in sedute singole e indipendentemente dal grado di deficit presentato, facilita l'interazione sociale attraverso lo sviluppo della curiosità e del sentirsi ancora coinvolto come persona, ma anche attraverso la graduale condivisione dei propri vissuti. In entrambe le esperienze abbiamo infatti assistito ad un miglioramento nelle relazioni sia in ambito familiare che all'interno dell'istituto di ricovero.

## LUOGHI DELLE CURE: MUSEO PER LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Ragni Silvia, Boccardo Mauro, Attaianese Fulvia, Bartorelli Luisa  
Centro Alzheimer Fondazione Roma e Associazione Alzheimer Uniti Roma Onlus, Roma

**Introduzione.** Il Centro Alzheimer della Fondazione Roma ha effettuato qualche anno fa un'esperienza pilota conducendo i propri pazienti a visitare la Cappella Sistina e la Basilica di S. Pietro in Vaticano. Sulla base delle prime osservazioni, ma anche di positivi risultati a livello internazionale, sono state organizzate visite guidate presso musei romani.

**Scopo.** Il progetto è mirato ad incoraggiare l'espressione e la creatività di persone affette da demenza, per le quali tali attività a mediazione artistica possono essere elementi stimolanti nell'ambito di una riattivazione globale. A partire da tali premesse, ci si propone di valutare i benefici di un intervento di fruizione di opere d'arte in un *setting* museale, previsto per persone in fase lieve-moderata di malattia. Obiettivi specifici sono: la sollecitazione della memoria autobiografica con aumento dell'autostima e rinforzo di sé; il miglioramento del tono dell'umore attraverso esperienze gratificanti; la socializzazione intesa come conservazione del rapporto con il territorio; la soddisfazione del *caregiver*.

**Metodi.** Un gruppo di 12 pazienti accompagnati da 6 operatori dell'*équipe* multiprofessionale del Centro Diurno Alzheimer visita il Museo di Roma, con una cadenza che dipende dal succedersi delle mostre in corso; allo stesso tempo sono effettuati interventi nella Galleria Nazionale di Arte Moderna, con una scelta di opere della collezione permanente: 6 visite guidate in un anno. Ogni visita, della durata di due ore, viene condotta da un'esperta del museo sensibilizzata al contatto con tali persone e prevede la sosta davanti ad alcune opere precedentemente selezionate. Ad una settimana di distanza, presso il Centro Diurno Alzheimer viene effettuata, da parte della stessa esperta, la proiezione delle opere già viste con la rievocazione del percorso effettuato e dei suoi significati. Quindi, ad altri 15 giorni di distanza, il gruppo di pazienti sostiene un *memory training*, con un semplice richiamo alle opere e con la realizzazione di un cartellone riassuntivo dell'esperienza vissuta. L'*équipe* del Centro compila una griglia di osservazione per ogni paziente, riguardante aspetti cognitivi, affettivi e comportamentali, con note sulle verbalizzazioni effettuate durante ogni incontro. Un'intervista semistrutturata viene inoltre somministrata ai familiari dopo ogni ciclo.

**Risultati.** Si è evidenziato come l'arte e le attività di stampo estetico possono svolgere un ruolo riabilitativo a favore delle persone affette da demenza, poiché mettono in moto circuiti emozionali che risultano preservati più a lungo nel decorso di malattia, rispetto a quelli cognitivi. In particolare, vengono sollecitati la memoria autobiografica, un rialzo del tono dell'umore, la motivazione e l'interesse per il mondo esterno. Supportate anche da dati clinici, le osservazioni che emergono dalle schede degli osservatori e dall'intervista ai familiari sono qualitativamente tutte positive. È necessario comunque un approfondimento mirato alla individuazione di parametri quantitativi.

**Conclusione.** Proporre il contatto con il bello può rappresentare per la persona affetta da demenza un'occasione unica nello scorrere della vita quotidiana; può contribuire a vitalizzare il rapporto con il mondo esterno; costituisce comunque una stimolazione efficace, che dal livello percettivo-sensoriale arriva a coinvolgere la dimensione cognitiva, culturale e spirituale.

## CAREGIVING E DEMENZA: PROSPETTIVE DI INTERVENTO SULLA DIADE MALATO-CAREGIVER

Monzani Martina (a), Neviani Francesca (a), Sgarbi Cinzia (b), Chattat Rabih (c), Fabbo Andrea (d), Rocchi Marco Bruno Luigi (e), Pirani Alessandro (f), Neri Mirco (a,g)

(a) *Dipartimento Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Centro Invecchiamento Cerebrale, UO Geriatria, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

(b) *Servizio di Psicologia Clinica, AUSL, Modena*

(c) *Dipartimento Psicologia Clinica e Gerontologica, Università degli Studi, Bologna*

(d) *Programma Aziendale Demenza, AUSL, Modena*

(e) *Istituto di Biomatematica, Università degli Studi, Urbino*

(f) *Centro Delegato Disturbi Cognitivi, Associazione Alzheimer F. Mazzuca, AUSL, Ferrara*

(g) *Centro Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università degli Studi, Modena e Reggio Emilia*

**Introduzione.** Nella cura delle demenze è fondamentale il ruolo del *caregiver*, ancora poco studiato è l'effetto dell'intervento sulla DIADE paziente-*caregiver*. Lo scopo è verificare se l'intervento combinato (farmacologico sul paziente e psicoeducazionale sul *caregiver*) risulta efficace sia sul malato che sul *caregiver*, controllando i possibili effetti di confondimento.

**Metodi.** Studio clinico randomizzato caso-controllo. Sono stati selezionati pazienti in trattamento con Ache-I e con MMSE tra 12 e 27, *Neuro Psychiatric Inventory* (NPI) almeno un valore di frequenza per gravità  $\geq 6$ . Si è randomizzato il campione di *caregiver* in due bracci, uno di trattamento psicoeducazionale ed uno di controllo (27 soggetti per braccio). Ai soggetti "trattati" è stato proposto un percorso psicoeducazionale di almeno 3 sedute di un'ora nell'arco di un mese e un *follow-up* a 3 mesi dalla fine del percorso. Indicatori principali di efficacia: paziente: NPI per il profilo cognitivo-comportamentale e *Activity Daily Living* (ADL e IADL) per il livello di competenza funzionale; *caregiver*: *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE) per la competenza nelle strategie di adattamento. Indicatori di controllo: paziente: oltre alle caratteristiche cliniche, il rendimento cognitivo (MMSE); *caregiver*: un indice dei bisogni percepiti (*Caregiver Needs Assessment for Dementia - CNAD*), e del livello di *burden* (*Zarit Burden Inventory - ZBI*).

**Risultati.** Una volta identificati 77 pazienti che soddisfacevano i criteri di ammissione, i rispettivi familiari sono stati contattati per illustrare lo studio, di questi 24 hanno rifiutato. L'attuale testo fa riferimento ai dati pertinenti i primi 35 primi incontri = T<sub>0</sub> (25Ss gruppo trattato, 10 gruppo controllo) e a quelli relativi al previsto incontro di monitoraggio ad 1 mese = T<sub>1</sub> (12Ss gruppo trattato). Caratteristiche sociodemografiche: i *caregiver* ed i malati dei 3 gruppi, trattato-controllo- rifiuto, non differivano, così come i *caregiver* e malati assegnati ai due gruppi di studio. Correlazioni: al T<sub>0</sub>, nel campione totale e nei due sottogruppi si osserva che solo NPI mostra una relazione significativa con NPI stress e con i due indici della CNAD, rispettivamente "problemi" e "soddisfazione". Efficacia: al T<sub>1</sub>, si documenta un miglioramento che raggiunge la significatività sia per l'indice CNAD-Problemi che NPI del paziente, mentre per gli indici NPI-stress e CNAD-Soddisfazione il miglioramento è solo tendenziale.

**Conclusioni.** Il miglioramento del profilo comportamentale e, in parallelo, dello stress e del livello dei bisogni percepiti è coerente con il dato riscontrato all'inizio dello studio di una significativa correlazione fra questi indicatori.



## **MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS E STRESS D'ASSISTENZA**

Checco Jessica (a), Tessari Annalisa (a), Daddario Arianna (a), Michielin Paolo (b), Formilan Marino (a), Busonera Flavio (a), Albanese Paolo (a), Cester Alberto (a)

(a) *Centro per l'Invecchiamento Cerebrale, Dipartimento di Geriatria, LD e Riabilitazione  
ULSS 13 di Mirano, Presidio Ospedaliero, Dolo, Venezia*

(b) *Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi, Padova*

**Introduzione.** Stanchezza cronica, depressione, disturbi del sonno e dell'appetito, colon irritabile, stitichezza e mialgie sono stati definiti come *Medically Unexplained Symptoms* (MUS) e possono comparire dopo stress da assistenza continuativa, influenzando negativamente sulla qualità di vita. Obiettivo dello studio è indagare la presenza dei MUS nei *caregiver* di pazienti con demenza.

**Metodi.** 100 partecipanti, (27 uomini e 73 donne; età: *range* 29-85, Media (M)=55,88; Deviazione Standard (DS)=11,543; scolarità: *range* 1-18, M=9,87, DS=3,871), sono stati sottoposti a: rilevazione dei MUS; valutazione dello stress d'assistenza; valutazione dello stato d'ansia; valutazione della qualità di vita. Ipotesi: 1) se i *caregiver* che assistono pazienti con un alto livello di decadimento cognitivo presentano un alto stress assistenziale e dato che l'attivazione persistente della risposta agli stressor si associa all'insorgere dei MUS, questi ultimi saranno prevalentemente presenti quando i familiari assistono pazienti moderati-gravi; 2) se una storia di convivenza e di assistenza continuativa del paziente può alterare la QOL del *caregiver*, allora i familiari che convivono con pazienti affetti da demenza potrebbero presentare una maggiore prevalenza di MUS rispetto ai *caregiver* non conviventi; 3) ci siamo chiesti se i MUS si manifestino maggiormente quando i disturbi comportamentali siano di rilevanza clinica. Dunque, se il carico assistenziale aumenta in seguito alla maggior presenza di disturbi comportamentali, allora potremmo ipotizzare una prevalenza di MUS in familiari che assistono pazienti con BPSD di maggior rilevanza clinica rispetto ai familiari che assistono pazienti con BPSD di minor entità.

**Risultati.** 1) Il punteggio ottenuto al questionario che valuta i MUS dei due gruppi di *caregiver* costituiti sulla base di gravità di malattia del paziente (demenza lieve o moderata-grave) non presenta differenze statisticamente significative. 2) I *caregiver* che hanno una storia di convivenza, presentano in maniera statisticamente significativa più MUS rispetto ai non conviventi. 3) I *caregiver* di pazienti con BPSD presentano in maniera statisticamente significativa più MUS rispetto a coloro che si prendono cura di pazienti con BPSD di minor gravità.

**Conclusioni.** I MUS possono essere visti come dei segnali di disagio percepito dal *caregiver* già dalle prime fasi di assistenza di malattia. Inoltre, dal momento in cui la convivenza sembra essere una variabile associata alla comparsa di MUS, sarebbe opportuno che i *caregiver* conviventi riuscissero a gestire il carico assistenziale ritagliandosi del tempo per loro stessi per un miglioramento della qualità di vita. I BPSD sembrano inoltre essere critici nell'assistenza del paziente con demenza: farsi fornire consigli da personale informato aiuterebbe il *caregiver* a gestire i comportamenti disadattativi del paziente.



**Terza sessione**  
**Gestione integrata**

*Coordinatore*  
Roberto Raschetti



## **ASPETTI METODOLOGICI DEI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI**

Raschetti Roberto

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

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali rappresentano un macroprocesso che corrisponde all'intera gestione di un problema di salute e possono essere definiti come piani multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito. Per un buon percorso assistenziale sono quindi indispensabili:

- un approccio multidisciplinare e interprofessionale;
- raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche;
- adattamento e condivisione locale del piano;
- percorso suddiviso in fasi di durata definita;
- chi deve fare che cosa e quando nelle diverse fasi;
- valutazione attraverso indicatori di processo e di esito;
- coinvolgimento degli utenti (e dei *caregiver*).

L'attuale Piano Nazionale delle Demenze in discussione al Ministero della Salute prevede tra le varie azioni un miglioramento dei percorsi diagnostici e dei processi assistenziali. Nella realtà italiana sono note alcune esperienze di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nel settore delle demenze (Brescia e Milano). Questo contributo vuole rappresentare una riflessione metodologica sull'ideazione e realizzazione di un PDTA sulle demenze.

## **MAPPA DEI SERVIZI PER L'ALZHEIMER: ESPERIENZA UMBRA**

Bagaglia Carlotta, Polcri Chiara  
*Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia*

Con questo contributo si intende restituire i principali esiti di un progetto di mappatura, promosso dalla Regione Umbria e realizzato dalla Fondazione Angelo Celli (Perugia), il cui obiettivo è stato quello di disporre di un quadro complessivo delle strutture che in Umbria, a vario titolo, si occupano di Alzheimer. A tale proposito, sono stati esaminati sia i servizi socio-sanitari preposti alla diagnosi, cura e assistenza di malati di Alzheimer (Centri di valutazione, Centri diurni Alzheimer, Laboratori di stimolazione cognitiva, Servizi forniti dall'associazionismo), sia quelle strutture che, pur non essendo "tecnicamente" dedicate all'Alzheimer, si trovano comunque ad accogliere persone affette da tale patologia (Centri diurni anziani, Residenze sanitarie assistenziali e Residenze protette). A partire dagli strumenti di indagine, già prodotti dalla Federazione Alzheimer Italia con l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri nell'ampia attività di mappatura/censimento svolta in Lombardia, sono stati messi a punto, per ciascuna tipologia di servizio, questionari appositamente calibrati sulle peculiarità del territorio umbro e ampliati con quesiti volti ad approfondire ulteriori tematiche ritenute di interesse. Attraverso i questionari, prevalentemente a risposta chiusa, sono state raccolte informazioni quali, ad esempio, dati relativi all'utenza con approfondimenti specifici sui pazienti con Alzheimer e indicazioni circa le caratteristiche del servizio non solo in riferimento agli utenti ma anche ai loro *caregiver* (indagando la presenza di attività ad essi dedicati in termini di valutazione dello stress e sostegno psicologico). Attraverso domande a risposta aperta, inoltre, sono state raccolte opinioni rispetto a suggerimenti, eventuali difficoltà incontrate con i malati di Alzheimer e peculiarità specifiche del servizio. La mappatura ha messo in luce una notevole eterogeneità dei servizi offerti, della loro organizzazione e della loro distribuzione nel territorio (in particolare per quanto concerne i Centri di valutazione), evidenziando, la ricchezza che caratterizza la regione Umbria ma anche la disomogeneità delle sue offerte territoriali. Sono apparse, inoltre, prioritarie alcune principali questioni quali: la necessità di attivare specifici percorsi formativi per il personale impiegato nelle strutture, l'urgenza di disporre di psicologi nei centri di valutazione, il bisogno di implementare e/o rafforzare la rete dei servizi per l'Alzheimer formalizzando percorsi che definiscano un sistema di presa in carico complesso. A tale proposito, questa mappatura rappresenta il punto di partenza di un processo attivato dalla Regione Umbria per l'individuazione di strategie condivise tra tutti i soggetti a vario modo coinvolti nell'esperienza dell'Alzheimer e la definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale di livello regionale.

# DIAGNOSI PRECOCE DELLA PATOLOGIA DI ALZHEIMER E DELLE ALTRE DEMENZE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E NEUROPSICOLOGICA

Furlan Pier Maria (a), Zanalda Enrico (b), Bonansea Alessandro (c), Venuti Silvio (d),  
Genesisia Maria Luisa (e), Onorato Valentina (e), Ramonda Evelin (e), Gallo Federica  
(e), Criscuolo Vittoria (e)

(a) *Direzione Integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL TO3, Torino*

(b) *Dipartimento Funzionale di Salute Mentale, ASL TO 3, Torino*

(c) *Progetto Regionale Diagnosi Precoce delle Demenze, ASL TO 3, Torino*

(d) *Direzione SC Servizio Territoriale Continuità delle Cure UVA, ASL TO 3, Torino*

(e) *SC Psichiatria, Ambulatori Neuropsicologia, ASL TO 3, Torino*

**Introduzione.** In Piemonte gli ultra 65enni sono circa 1 milione e rappresentano il 22,7% della popolazione, contro una media nazionale del 20% e nella Città di Torino si rileva una presenza di anziani superiore ai valori medi regionali. Il Progetto di diagnosi precoce attivato presso l'ASL TO3 dal 2008 permette la presa in carico del paziente in una fase pre-clinica di demenza, quando i soggetti riferiscono in prima persona sfumati problemi della memoria o i familiari si rendono conto dei cambiamenti di carattere o deficit cognitivi lievi. *Focus* strategico del Progetto è l'intervento integrato in ambito ospedaliero (in supporto e integrazione ai reparti) e territoriale (Ambulatori, RSA, Centri Diurni) al fine di generare continuità e presa in carico del paziente e della sua famiglia.

**Metodi.** Valutazione *baseline* e *follow-up* a 6/12 mesi del paziente attraverso colloquio clinico rivolto ai *caregiver* e al paziente, *screening* generale delle funzioni cognitive (MMSE, MoCA, SAGE), test specifici per vari domini cognitivi (Test di Memoria di Prosa; Test di 15 parole di Rey; *Digit Span*; FAB; Fluidità verbale; Matrici Attentive; *Trail Making Test*; CPM; *Token Test*; Test di Denominazione; Test per le prassie), valutazione delle attività strumentali e dell'autonomia di base (ADL; IADL), valutazione BPSD (NPI), Scala di Stadiazione della Demenza (CDR).

**Risultati.** Il campione di 1.370 pazienti (maschi 627, femmine 743), è stato suddiviso per *range* d'età (40-49: 3 pz; 50-65: 877 pz; 66-80: 361 pz; 81-100: 129 pz). Le ipotesi diagnostiche formulate su questo campione sono di 629 MCI, 681 demenze; 60 pazienti rientrano in parametri di "reversibilità" (idrocefalo normoteso; pseudodemenza).

**Conclusioni.** Il progetto si è dimostrato utile per: 1) la diagnosi in fase pre-clinica di circa il 50% dei pazienti individuati, ossia si è permesso ai pazienti e alle loro famiglie di affrontare con più efficacia la patologia quando ancora in fase non florida; 2) la diagnosi differenziale su circa il 40% dei pazienti valutati, che significa permettere terapie più adeguate ed efficaci per il paziente e la sua famiglia; 3) individuazione di forme "reversibili" di circa il 10% dei pazienti valutati, che significa una ripresa del percorso di cura in senso non degenerativo. La presa in carico precoce ha quindi permesso una riduzione dei costi demenza-correlati, relativi a: istituzionalizzazione, patologie *caregiver* correlate, utilizzo più consapevole di farmaci/psicofarmaci e accessi impropri in DEA.

## CAPACITÀ DI GUIDA IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: DATI DI UN'UVA NEL NORD ITALIA

Zucchella Chiara (a), Sinforiani Elena (a), Cuzzoni Maria Giovanna (b), Bono Giorgio (b), Bernini Sara (a), Mauri Marco (b)

(a) *Laboratorio di Neuropsicologia, UVA, IRCCS Istituto Neurologico Nazionale, Fondazione C. Mondino, Pavia*

(b) *Departimento di Neurologia, Università dell'Insubria, Varese*

**Introduzione.** Guidare è un'attività complessa che richiede l'integrazione di abilità motorie, sensoriali e cognitive. I problemi legati all'invecchiamento come i disturbi sensoriali (vista, udito, ...), i problemi articolari e le alterazioni cognitive, possono ridurre le capacità di guida; poichè le popolazioni di molti paesi continuano ad invecchiare, nel prossimo futuro le società dovranno far fronte ad un numero sempre crescente di "guidatori" anziani. Lo scopo di questo studio è stato quello di caratterizzare il comportamento alla guida di un campione di pazienti affetti da demenza, nel Nord Italia.

**Metodi.** Lo studio, che si è svolto tra gennaio e dicembre 2012, ha arruolato soggetti consecutivi con diagnosi di demenza. Per ogni soggetto sono stati raccolti dati demografici e clinici (neurologici, neuropsicologici e funzionali); è stata inoltre somministrata un'intervista strutturata, costruita *ad hoc*, per raccogliere informazioni sulla capacità di guida.

**Risultati.** Dei 390 soggetti osservati, 192 (M/F: 51/141, età media:  $74,8 \pm 7,1$ ) sono stati esclusi dallo studio perché non avevano mai guidato o non erano in possesso della patente di guida, mentre 198 (M/F: 142/56, età media:  $73,8 \pm 8,2$  anni) sono stati arruolati. Di questi 172 (87%; M/F: 122/50) stavano ancora guidando al momento dell'ingresso nello studio; la revoca della patente di guida si era verificata in un solo caso. L'analisi dei dati ha mostrato che gran parte dei soggetti (30-65%) avevano modificato le proprie abitudini di guida (riducendo il tempo di guida e i chilometri percorsi, evitando di guidare di notte e durante le ore di punta o limitandosi a percorsi familiari). Il giudizio dei pazienti relativamente alla propria capacità di guida è risultato significativamente superiore rispetto al giudizio dei familiari: 87 pazienti e 49 *caregiver* non hanno segnalato alcun problema con la guida dei pazienti (51% contro 29%). La storia di incidenti non è risultata una variabile significativa. Le restrizioni alla guida operate dai pazienti aumentavano in modo significativo ( $p < 0,01$ ) al peggiorare delle *performance* cognitive, funzionali e comportamentali.

**Conclusioni.** In assenza di standard per determinare l'idoneità alla guida, i pazienti e soprattutto i loro familiari adottano di propria iniziativa misure atte a regolare le abitudini di guida. L'età e il grado di demenza sembrano essere i migliori predittori di sicurezza alla guida; sarà tuttavia necessario dotarsi di strumenti specifici e interviste strutturate per selezionare quei soggetti ancora sufficientemente competenti, dal punto di vista cognitivo, per continuare a guidare in modo sicuro, anche se con alcune limitazioni.



## DEFICIT COGNITIVI SUBIETTIVI IN AMBITO DI MEDICINA DI BASE: RISULTATI EMERGENTI AL COGNITIVE ASSESSMENT SCREENING TEST

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

(a) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Onlus, Napoli

(b) Servizio Umanizzazione Percorsi Assistenziali ASL Napoli 1, Assessorato Sanità Regione Campania, Napoli

(c) Studi Medici Distretto Sanitario 45 e 50, ASL Napoli 1, Napoli

(d) Unità Operativa Complessa Neurologia, Unità STROKE P.O. CTO ASL Napoli 1, Napoli

**Introduzione.** Verificare la prevalenza dei Deficit Cognitivi Subiettivi (DCS) in un ampio campione di soggetti in ambito ambulatoriale del Medico di Medicina Generale e valutare l'influenza di variabili demografiche e medico-generalistiche a carico dei DCS.

**Metodi.** Sono stati valutati 497 soggetti di età superiore ai 50 anni, con anamnesi negativa per demenza. Il campione era costituito da 241 uomini e 283 donne, l'età media di 64,46 anni (DS=6,25) e la scolarità media, di 8,06 anni (DS=4,87). A tutti i soggetti è stato proposto il *Cognitive Assessment Screening Test*, strumento di autovalutazione di 13 domande, allestito per valutare la presenza di DCS da parte del MMB. Dei soggetti sono stati acquisiti dati demografici e medico-generalistici. La popolazione è stata suddivisa in fasce: giovani (50-64 anni, n=262) e anziani (età >64 anni, n=235). In 52 soggetti si è evidenziata storia clinica positiva per patologie mediche rilevanti (di ordine neurologico, psichiatrico o internistico). La presenza di DCS significativi è stata stabilita con almeno tre risposte positive al CAST-c, almeno una delle quali sugli *items* esploranti le funzioni mnestiche.

**Risultati.** 108 soggetti evidenziavano un punteggio superiore al *cut-off*. I soggetti anziani presentavano punteggi globali significativamente superiori rispetto a quelli dei giovani ( $p<0,05$ ), anche se non emergeva una differenza significativa tra la percentuale di soggetti giovani (19,8%) ed anziani (23,8%) rispetto alla presenza di DCS in termini assoluti. L'analisi della regressione multipla evidenziava, nei soggetti giovani, un effetto significativo della presenza di patologie mediche nella storia clinica ( $p<0,0001$ ). Un effetto simile era riscontrabile nei soggetti anziani ( $p<0,0001$ ). Il test del chi-quadrato confermava che il numero di soggetti con patologie mediche e DCS rilevanti risultava significativamente più elevato rispetto a quello di soggetti esenti da patologie ( $p<0,0001$ ). Pur riscontrandosi una percentuale più elevata di soggetti con DCS nell'ambito di quelli affetti da patologie mediche (55,8%), una percentuale non trascurabile di soggetti esenti da patologie (17,7%) lamentava comunque DCS.

**Conclusioni.** I risultati dello studio confermano che i DCS sono di frequente riscontro nel contesto ambulatoriale del MMB. Sebbene i DCS siano maggiormente frequenti nei soggetti più anziani, essi possono essere osservati anche in persone di fascia pre-senile. I DCS sono più frequenti e rilevanti in persone con patologie mediche rilevanti, ma

possono essere riscontrati anche tra soggetti con anamnesi medica negativa. La presenza di DSC risulta influenzata dalla scolarità: il dato è in linea con l'ipotesi del ruolo dell'educazione nel prevenire l'insorgenza di declino cognitivo nell'anziano.

## LA RETE DELLE DEMENZE: OPPORTUNITÀ E STRUMENTI

Puccio Gianfranco, Colao Rosanna, Di Lorenzo Raffaele, Smirne Nicoletta, Maletta Raffaele, Bruni Amalia Cecilia

Centro Regionale di Neurogenetica, ASP CZ, Lamezia Terme, Catanzaro

**Introduzione.** Le demenze rappresentano un problema di grande impatto sul piano socio-sanitario. Numerosi sono i casi in tutto il mondo e si stima che, nel 2020, raddoppieranno, passando dagli attuali 24 milioni ad oltre 48 milioni. Si rende necessaria l'organizzazione sul territorio di una rete integrata di servizi (sanitari e socio-assistenziali) al fine di dare le risposte più adeguate nelle varie fasi della malattia, senza lasciare troppo spazio a due forme limite di assistenza: da una parte la sola famiglia e dall'altra l'istituzionalizzazione. È quanto mai necessario un approccio multidisciplinare che assicuri la presa in carico globale del paziente. Il medico di assistenza primaria svolge un ruolo importante in tutto il percorso assistenziale: dal momento della diagnosi, alle fasi più severe della malattia. Nella nostra regione, nonostante sul territorio operino numerose Unità di Valutazione Alzheimer, i tempi per la prima diagnosi di demenza sono molto lunghi (anche 4 anni dall'esordio dei sintomi).

**Metodi.** Al fine di identificare precocemente i soggetti con demenza, un gruppo di 35 Medici di Medicina Generale è stato coinvolto in un processo formativo finalizzato all'acquisizione degli strumenti culturali idonei ad effettuare una diagnosi tempestiva. Sono stati organizzati presso il Centro Regionale di Neurogenetica di Lamezia Terme, seminari di formazione che hanno avuto come tematiche il deterioramento cognitivo cronico progressivo, la diagnosi di *mild cognitive impairment*, ovvero il deterioramento cognitivo minimo, senza impatto sulle abilità funzionali, la diagnosi di demenza conclamata.

**Risultati.** Sono stati sottoposti a *screening*, in 3 mesi, 851 soggetti (570 femmine; 281 maschi). 220 soggetti (26%) sono risultati normali alla valutazione psicometrica di base. 170 soggetti (20%) hanno riportato il punteggio di 1 (soggetti da ricontrollare dopo 30-60 giorni). 461 soggetti (54%) hanno riportato uno score superiore a 1; 330 sono stati inviati al Centro Specialistico per l'accertamento dell'eventuale demenza. La media di esordio dei sintomi nei soggetti a rischio di demenza è stata di 24-36 mesi. Tra quelli inviati, 83 hanno già ricevuto una diagnosi di demenza (50% diagnosi di demenza di Alzheimer). Attualmente (dato non definitivo) l'11% tra i soggetti che alla scheda di valutazione preliminare avevano avuto un punteggio maggiore di 1, hanno ricevuto la diagnosi di demenza.

**Conclusioni.** Grazie ad una capillare azione di formazione-informazione, è possibile creare le condizioni per l'individuazione dei soggetti con sintomi iniziali di demenza. L'utilizzo della piattaforma informatica consente la creazione di un flusso di dati clinici che consentono di effettuare le analisi statistiche ed epidemiologiche più accurate.

## PROSPETTIVE DELLA GESTIONE INTEGRATA DEGLI INTERVENTI PER I MALATI DI AZHEIMER

Nuccetelli Francesco (a), Ferretti Sandra (b), Antenucci Sara (b), Sensi Francesca (a), Coccione Antonella (c), Pennatini Miriam (c)

(a) *Centro di Salute Mentale di Ortona e Ambulatorio Psicogeriatrico, ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti, Chieti*

(b) *Distretto Sanitario di Ortona e Ambulatorio Psicogeriatrico, ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti, Chieti*

(c) *Comune di Ortona, Ente di Ambito Sociale n. 28 Ortonese, Chieti*

**Introduzione.** La gestione integrata dei servizi socio-sanitari, attraverso il raccordo operativo dei profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale, promuove una programmazione di interventi rispondenti alle esigenze dei malati di Alzheimer e del *caregiver*. Si è realizzato uno studio sul carico assistenziale e i livelli di stress del *caregiver* di pazienti malati di Alzheimer per sperimentare una metodologia integrata di analisi dei bisogni, presa in carico ed erogazione di prestazioni socio-sanitarie. Le operatività sviluppate sono state: la sperimentazione del Telesoccorso Alzheimer per valorizzare le autonomie residue dell'individuo malato e ridurre il carico assistenziale del *caregiver*; l'attivazione del Caffè Alzheimer per fornire strumenti di supporto non solo psicologico e non solo al *caregiver*.

**Metodi.** Lo studio ha coinvolto 23 familiari di malati di Alzheimer afferenti all'Ambulatorio psicogeriatrico. Gli strumenti: il *Caregiver Burden Inventory* (CBI), questionario multidimensionale che valuta il carico assistenziale sperimentato dal *caregiver* e la Valutazione Rapida dello Stress (VRS), scala che consente di quantificare e determinare qualitativamente le risposte di stress in diverse aree relative a dimensioni psicopatologiche.

**Risultati.** Il 78,3% dei malati di Alzheimer sono donne con un'età media di 81 anni; la metà è vedovo/a (52,2%) e il 56,5% non ha titolo di studio. Il *caregiver* principale è donna (82,6%) con un'età media di 54 anni di cui il 70% figlia della persona assistita. Il CBI rileva una valutazione abbastanza elevata del carico assistenziale del *caregiver* (52,32) rispetto alla dimensione del carico oggettivo (17,18) che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il familiare che assiste. La VRS rileva che il *caregiver* sperimenta una risposta emozionale negativa al maggior carico di lavoro e alla sensazione di aver perso una persona cara (26,13) e la risposta di stress è maggiore nelle aree relative alle dimensioni psicopatologiche della depressione (6,13) e dell'ansia (5,52). La conoscenza del livello, del tipo e delle cause del carico assistenziale e del disagio psicologico è stato essenziale per la programmazione integrata con l'Ambito Sociale di interventi in grado di ridurre il carico assistenziale e sostenere psicologicamente il *caregiver*. I pazienti della sperimentazione del Telesoccorso Alzheimer, dispositivo dotato di localizzatore GPS, in carico presso l'Ambito Sociale sono attualmente pari a 3. Il Caffè Alzheimer, luogo di socializzazione e condivisione sia per il malato che per il familiare, è in fase di attivazione poiché conclusi i colloqui di individuazione e adesione dell'utenza, che è pari a 6 malati con i *caregiver*.

**Conclusioni.** La gestione integrata del malato di Alzheimer ha permesso lo sviluppo di una rete di interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità e delle famiglie in grado di favorire il mantenimento a domicilio degli anziani malati e allo stesso tempo garantire miglioramenti nella qualità della vita del *caregiver*.



**Poster**





## PUNTI DI ASCOLTO E AMBULATORI DEDICATI ALLE DEMENZE NEL TERRITORIO DELLA REGIONE UMBRIA

Amici Serena (a), Leonardi Tamara (b), Morini Goretta (b), Spadoni Laura (b),  
Trequattrini Alberto (a)

(a) *Unità Sanitaria Locale Umbria 1, Perugia*

(b) *Associazione Malattia Alzheimer, AMA, Perugia*

**Introduzione.** La gestione delle demenze in Umbria rispecchia la disomogeneità esistente a livello nazionale, con punte di eccellenza e realtà che necessitano un rapido sviluppo. In Umbria sono stati aperti, presso i Centri di salute, i primi Ambulatori dedicati accanto ai Punti di ascolto. Un approccio innovativo, semplice e concreto, per rispondere alle numerose esigenze sia del malato che del familiare. La tutela dei diritti del malato e dei loro familiari, diagnosi e cura per il paziente, supporto al *caregiver*. Interventi che favoriscono la permanenza a domicilio dei pazienti e ritardano così l'ingresso in Residenze, apportano notevoli vantaggi per i pazienti, i loro familiari ed un importante risparmio economico per la società.

**Metodi.** È stato utilizzato un approccio bio-psico-sociale che ha permesso una presa in carico globale del paziente e del familiare e l'attivazione di una rete sociale, valorizzando le risorse della comunità. Negli Ambulatori dedicati (UVA) i malati vengono sottoposti: all'esame clinico, ad una valutazione cognitiva, funzionale e comportamentale. Nei Punti di ascolto i *caregiver* possono avere: accoglienza, informazioni sulla malattia, interventi di psicoeducazione su modalità relazionali più appropriate e sulla gestione dei disturbi emotivo-comportamentali del malato, interventi di *counseling* individuali o di gruppo, sostegno psicologico, consulenza legale, visite domiciliari, informazione/orientamento sulla Rete dei Servizi esistenti nel territorio e modalità di accesso agli stessi e gruppi di auto mutuo aiuto. Inoltre, vengono organizzati con continuità corsi di formazione e aggiornamento, coinvolgendo le diverse professionalità, rivolti ai *caregiver*, operatori socio-sanitari, volontari ecc. Un telefono "Pronto Alzheimer" disponibile 24h su 24h tutti i giorni e festività.

**Risultati.** Dal 1997 ad oggi sono stati attivati 13 punti di ascolto in gran parte del territorio umbro. I malati e i *caregiver* seguiti dall'inizio ad oggi sono numerosissimi; a campione, nel 2012 sono stati 870 circa. Tale intervento ha avuto i seguenti risultati: maggiore consapevolezza della malattia, riduzione stress del *caregiver*, riduzione dei disturbi affettivi e comportamentali del paziente, miglioramento qualità di vita del paziente e del *caregiver* formale ed informale, maggior e più consapevole utilizzo dei servizi dedicati al paziente ed al *caregiver*, ritardo nell'istituzionalizzazione.

**Conclusioni.** Gli Ambulatori dedicati ed i punti di Ascolto hanno dato vita allo sviluppo di una Rete dei Servizi per le demenze (v. attuale Piano Sanitario Regionale 2009/2011). I risultati emersi in questi anni confermano la validità della presa in carico "globale", un approccio di "servizi integrati" utili ad alleviare il carico assistenziale di chi si prende cura del malato ed accompagnarlo per tutto il decorso della malattia.

## UN AUSILIO PER CONTENERE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO AL CENTRO DIURNO DEMENZE: LA BAMBOLA

Boiardi Roberta (a), Gaspari Giuliana (b), Aleotti Federica (a), Bagnasco Michele (a),  
Becchi Maura (b), Castellini Paola (b), Cecchella Sergio (a), Riccò Daniela (a)

(a) AUSL, Reggio Emilia

(b) Università Terza Età, Reggio Emilia

**Introduzione.** Il Progetto Demenze della Regione Emilia-Romagna (DGR 2581/99) ha tra i suoi obiettivi quello di adeguare e specializzare la rete dei servizi socio sanitari, diffusi sul territorio, nello spirito della LR 5/94, nella presa in carico e nella cura dei soggetti dementi. L'approccio terapeutico al paziente affetto da demenza deve necessariamente essere globale, farmacologico, riabilitativo, psico-sociale, occupazionale. Il Centro Diurno Demenze (CDD) è il luogo adeguato di cura per pazienti affetti da demenza con disturbi del comportamento rilevanti e significativi.

**Metodi.** Al CDD l'*équipe* curante individua per ciascun malato strategie di intervento che consentono di ridurre il ricorso a dosi elevate di farmaci sedativi. Abbiamo proposto ai 20 pazienti che frequentano il CDD alcune bambole collocate sul divano in modo che chiunque potesse prenderle in braccio. Si tratta di bambole comuni e di bambole terapeutiche Joyk, appositamente studiate per favorire il contatto relazionale grazie ad alcune caratteristiche come il peso del corpo, la distribuzione del peso, la postura che predispone all'abbraccio, il collo molto mobile, la particolarità dei tratti somatici. 5 pazienti (3 donne, 2 uomini) hanno manifestato interesse per le bambole: 2 hanno scelto bambole comuni, 3 bambole Joyk. La stessa bambola è stata individuata dai pazienti anche nei giorni successivi. Una paziente la riconosceva come bambola, gli altri 4 come bimbo piccolo.

**Risultati.** La bambola è risultata particolarmente utile come terapia complementare per la gestione dei disturbi comportamentali già al termine del primo mese di osservazione. Nella paziente A i disturbi più rilevanti erano, in ordine di frequenza e gravità, agitazione e ansia, dopo un mese essi erano nettamente ridotti (*Neuro Psychiatric Inventory* - NPI da 33 a 23/144); nella paziente B i disturbi più rilevanti erano i deliri e il *wandering*, pure ridotti dopo un mese (NPI da 30 a 20/144); nel paziente C i disturbi più rilevanti erano irritabilità, *wandering*, ansia, agitazione, disinibizione, dopo un mese si rilevava un buon controllo di irritabilità, *wandering* e ansia (NPI da 48 a 32/144); nel paziente D i disturbi più rilevanti erano agitazione, irritabilità, deliri, disinibizione, dopo un mese si osservava una riduzione di agitazione e irritabilità (NPI da 42 a 30/144); nella paziente E i disturbi più rilevanti erano irritabilità con vocalizzi, ansia, attività motoria anomala, agitazione, dopo un mese erano ridotti ansia, attività motoria anomala e agitazione, mentre il vocalizzo in presenza della bambola diventava quasi una ninna nanna (NPI da 40 a 28/144).

**Conclusioni.** L'ausilio bambola attira l'attenzione del malato su un compito semplice come cullare un bimbo piccolo, lo distoglie da comportamenti patologici e confusivi, attiva modalità di relazione non-verbale o pre-verbale, suscita emozioni positive che danno benessere globale al paziente e facilita la gestione assistenziale.

# DEMENTIA POST-STROKE: VARIABILI CLINICHE E NEUROPSICOLOGICHE PREDITTIVE DI INSORGENZA DI DEMENTIA AD UN ANNO DA UN EVENTO CEREBROVASCOLARE ACUTO

Caratozzolo Salvatore, Mombelli Giulia, Riva Maddalena, Gottardi Federica, Padovani Alessandro, Rozzini Luca

*Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi, Brescia*

**Introduzione.** Le abilità cognitive globali e il grado di autonomia funzionale di un paziente anziano possono essere gravemente influenzate dall'insorgenza di un evento cerebrovascolare acuto; numerosi studi hanno riportato l'insorgenza di demenza *post-Stroke* come *outcome* primario. Diventa pertanto necessario ottenere dati generalizzabili riguardanti i fattori potenzialmente responsabili della demenza *post-Stroke* al fine di riconoscere precocemente la sua insorgenza e pianificare il trattamento farmacologico più adeguato. Obiettivo dello studio è di valutare quale sia il ruolo di determinate variabili cliniche e cognitive premorbose nel predire l'insorgenza della demenza *post-Stroke*.

**Metodi.** A distanza di 12 mesi dallo *Stroke*, sono state comparate le caratteristiche cliniche e cognitive premorbose di 51 pazienti affetti da evento cerebrovascolare acuto. La presenza di decadimento cognitive premorbo è stato valutato usando l'*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE). Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad una batteria testistica standardizzata al fine di valutare l'evoluzione dello stato cognitivo globale.

**Risultati.** Il 31% dei pazienti ha sviluppato demenza ad un anno di distanza dall'evento cerebrovascolare acuto. I soggetti affetti da demenza sono più anziani e meno scolarizzati rispetto ai soggetti cognitivamente normali (età media:  $77,4 \pm 9,4$  vs  $68,7 \pm 9,1$ ,  $p < 0,05$ ). I pazienti affetti da demenza *post-Stroke* mostrano una compromissione premorbo maggiore cognitiva e nell'autonomia nelle attività della vita quotidiana rispetto ai soggetti cognitivamente normali (punteggio medio IQCODE:  $3,43 \pm 0,48$  vs  $3,10 \pm 0,28$ ,  $p < 0,001$ ; IADL funzioni perse:  $1,2 \pm 1,9$  vs  $0,1 \pm 0,1$ ,  $p < 0,001$ ; *Barthel index*:  $96,5 \pm 1,6$  vs  $99,7 \pm 1,2$ ,  $p < 0,001$ ); inoltre nei soggetti affetti da demenza *post-Stroke* si riscontra un maggior numero di fattori di rischio cardiovascolare (numero medio di fattori di rischio  $2,7 \pm 2,0$  vs  $1,7 \pm 1,3$ ,  $p < 0,05$ ) ed una maggiore gravità clinica all'esordio dello *Stroke* (*Rankin*:  $1,5 \pm 1,3$  vs  $0,5 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ). Infine, alla TC encefalo, mostrano un maggior grado di atrofia del lobo medio temporale rispetto ai soggetti cognitivamente normali (spessore medio lobo temporale:  $9,9 \pm 3,2$  vs  $11,5 \pm 3,0$ ,  $p < 0,05$ ). In un modello di regressione logistica, l'età (OR:1,2; IC 95% 1,0-1,3), la scolarità (OR:1,2, IC 95% 1,1-2,8) e l'atrofia del lobo medio temporale (OR:1,4; IC 95% 1,0-2,1) si associano indipendentemente allo sviluppo di demenza a un anno di distanza da un evento cerebrovascolare acuto.

**Conclusioni.** L'età avanzata, la bassa scolarità, l'atrofia del lobo medio temporale, sono risultati fattori di rischio indipendente per demenza a un anno di distanza dall'evento cerebrovascolare acuto.

## INDICE DI EFFICIENZE MNESICA NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE DEMENZE

Castro Giuseppe Maria  
Centro Diurno Demenze Acireale ASP 3, Acireale, Catania

**Introduzione.** La demenza di Alzheimer e la demenza frontotemporale sono caratterizzate da un *pattern* di atrofia cerebrale differente con conseguente differente espressività clinica. Anche il declino mnesico, presente in entrambe le forme di demenze, appare presentare delle caratteristiche differenti, presentano delle evidenze per cui il RAVLT e nello specifico l'indice di efficienza mnesica (Recall ritardato/15)/ (trials 1-5/75) + (riconoscimento/15) - (falsi positivi/45) presenta un'alta specificità per la diagnosi differenziale fra le due forme di demenza. Scopo della ricerca è valutare ulteriormente la valenza di questo indice per la diagnosi differenziale.

**Metodi.** Sono stati reclutati 41 pazienti di cui 18 con demenza di Alzheimer rispondenti ai criteri NINCDS-ADRDA, 13 pazienti con demenza di tipo frontotemporale rispondenti ai criteri di Lund & Manchester. Sono stati somministrati i seguenti test neuropsicologici: MMSE, RAVLT (rievocazione immediata, differita e riconoscimento).

**Risultati.** Sono stati analizzati i dati attraverso il software statistico SPSS; i gruppi sono risultati sovrapponibili per età, scolarità e genere. Il T-test per campioni indipendenti evidenzia una differenza statisticamente fra il gruppo Alzheimer e il gruppo frontotemporale; nello specifico si evidenzia una differenza statisticamente significativa nella variabile *Recall* (rievocazione a 15 minuti) fra il gruppo frontotemporale e il Gruppo Alzheimer (Alzheimer > FTD,  $T=4,177$   $p<0,001$ ), differenze statisticamente significative rispetto alla variabile "riconoscimento" (Alzheimer < FTD,  $T=$   $p<0,001$ ) e in riferimento alla variabile "falsi positivi" (Alzheimer > FTD  $T=1,934$   $p<0,01$ ), anche l'indice di efficienza mnesica evidenzia differenze significative (Alzheimer < FTD,  $T=5,171$ ,  $p<0,001$ ).

**Conclusioni.** Il RAVLT, e l'indice di efficienza mnesica da esso ricavato, può essere un utile strumento per differenziare, mediante un veloce profilo mnesico, i pazienti con demenza frontotemporale dai pazienti con demenza tipo Alzheimer.

## DEMENZE: MIGLIORARE LA RELAZIONE PAZIENTE E FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA GESTIONE NEI SERVIZI

Cecchella Sergio (a), Boiardi Roberta (b), Aleotti Federica (a), Poletti Monica (a), Castellini Paola (c), Riccò Daniela (d)

(a) Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Programma Demenze, Reggio Emilia

(b) Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Distretto di Reggio Emilia e Castelnovo né Monti, Reggio Emilia

(c) Azienda Servizi alla Persona, Reggio Emilia

(d) Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Locale, Reggio Emilia

**Introduzione.** Il numero delle persone con deterioramento cognitivo e la complessità delle situazioni, impone ai servizi residenziali il miglioramento della presa in carico, condivisa coi familiari, della progettazione/attuazione del piano assistenziale individualizzato. La realizzazione di un corso di formazione rivolto ai diversi servizi dell'ASP R.E.T.E di Reggio Emilia, ASP che opera nell'ambito del territorio del Comune di Reggio Emilia, erogando direttamente o in via convenzionata servizi socio-sanitari integrati e socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali in 8 case protette e un nucleo demenze per complessivi 700 posti letto; RETE collabora con altri soggetti per l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare e per la gestione di 9 Centri Diurni. Importanza quindi di una formazione trasversale sulle demenze su un numero di partecipanti rappresentativi dei numerosi servizi di appartenenza.

**Metodi.** Il corso è articolato in due cicli (giugno-settembre, ottobre-novembre 2013) di due giornate ciascuno per un totale di 70 operatori appartenenti ai diversi servizi provenienti da RETE. Il corso sarà replicato nel 2014. Gli obiettivi prevedono l'approfondimento delle conoscenze sulla malattia, soprattutto i sintomi comportamentali, il miglioramento delle strategie relazionali più efficaci nell'ottica di ambiente "protesico" e approccio centrato alla persona, la promozione della conoscenza dei servizi dedicati ai disturbi cognitivi, il miglioramento della capacità di tradurre le emozioni e le reazioni dei familiari, il miglioramento della capacità di lavoro in *équipe* valorizzando le singole competenze di ruolo. Sono previsti momenti di lezione frontale alternati a presentazione di alcuni casi clinici proposti dai docenti e dai corsisti incentivando il coinvolgimento attivo dei partecipanti.

**Risultati.** La numerosità dei partecipanti non ha impedito che le lezioni si svolgessero con partecipazione ed interesse. Alla fine di ogni edizione i partecipanti compileranno un questionario di gradimento: sono in fase di elaborazione i dati relativi al termine della prima edizione e che verranno discussi in sede di convegno.

**Conclusioni.** Un approccio assistenziale professionale è percorso in continua rivisitazione: tale atteggiamento nell'ottica di perseguire un adeguato livello di benessere per la persona ammalata, i suoi familiari e gli operatori dei servizi.

## **MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS E STRESS D'ASSISTENZA**

Checco Jessica (a), Tessari Annalisa (a), Daddario Arianna (a), Michielin Paolo (b), Formilan Marino (a), Busonera Flavio (a), Albanese Paolo (a), Cester Alberto (a)

(a) *Centro per l'Invecchiamento Cerebrale, Dipartimento di Geriatria, LD e Riabilitazione  
ULSS 13 di Mirano, Presidio Ospedaliero di Dolo, Venezia*

(b) *Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi, Padova*

**Introduzione.** Stanchezza cronica, depressione, disturbi del sonno e dell'appetito, colon irritabile, stitichezza e mialgie sono stati definiti come *Medically Unexplained Symptoms* (MUS) e possono comparire dopo stress da assistenza continuativa, influenzando negativamente sulla qualità di vita. Obiettivo dello studio è indagare la presenza dei MUS nei *caregiver* di pazienti con demenza.

**Metodi.** 100 partecipanti, (27 uomini e 73 donne; età: *range* 29-85, Media (M)=55,88; Deviazione Standard (DS)=11,543; scolarità: *range* 1-18, M=9,87, DS=3,871), sono stati sottoposti a: rilevazione dei MUS; valutazione dello stress d'assistenza; valutazione dello stato d'ansia; valutazione della qualità di vita. Ipotesi: 1) se i *caregiver* che assistono pazienti con un alto livello di decadimento cognitivo presentano un alto stress assistenziale e dato che l'attivazione persistente della risposta agli stressor si associa all'insorgere dei MUS, questi ultimi saranno prevalentemente presenti quando i familiari assistono pazienti moderati-gravi; 2) se una storia di convivenza e di assistenza continuativa del paziente può alterare la QOL del *caregiver*, allora i familiari che convivono con pazienti affetti da demenza potrebbero presentare una maggiore prevalenza di MUS rispetto ai *caregiver* non conviventi; 3) ci siamo chiesti se i MUS si manifestino maggiormente quando i disturbi comportamentali siano di rilevanza clinica. Dunque, se il carico assistenziale aumenta in seguito alla maggior presenza di disturbi comportamentali, allora potremmo ipotizzare una prevalenza di MUS in familiari che assistono pazienti con BPSD di maggior rilevanza clinica rispetto ai familiari che assistono pazienti con BPSD di minor entità.

**Risultati.** 1) Il punteggio ottenuto al questionario che valuta i MUS dei due gruppi di *caregiver* costituiti sulla base di gravità di malattia del paziente (demenza lieve o moderata-grave) non presenta differenze statisticamente significative. 2) I *caregiver* che hanno una storia di convivenza, presentano in maniera statisticamente significativa più MUS rispetto ai non conviventi. 3) I *caregiver* di pazienti con BPSD presentano in maniera statisticamente significativa più MUS rispetto a coloro che si prendono cura di pazienti con BPSD di minor gravità.

**Conclusioni.** I MUS possono essere visti come dei segnali di disagio percepito dal *caregiver* già dalle prime fasi di assistenza di malattia. Inoltre, dal momento in cui la convivenza sembra essere una variabile associata alla comparsa di MUS, sarebbe opportuno che i *caregiver* conviventi riuscissero a gestire il carico assistenziale ritagliandosi del tempo per loro stessi per un miglioramento della qualità di vita. I BPSD sembrano inoltre essere critici nell'assistenza del paziente con demenza: farsi fornire consigli da personale informato aiuterebbe il *caregiver* a gestire i comportamenti disadattativi del paziente.

## **AACHENER APHASIE TEST IN SOGGETTI DESTRIMANI AFFETTI DA AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA**

Curcio Sabrina Anna Maria (a), Colao Rosanna (a), Puccio Gianfranco (a), Frangipane Francesca (a), Cupidi Chiara (a), Clodomiro Alessandra (a), Realmuto Sabrina (b), Bernardi Livia (a), Anfossi Maria (a), Gallo Maura (a), Conidi Maria Elena (a), Maletta Raffaele (a), Piccoli Tommaso (b), Bruni Amalia Cecilia (a)

(a) Centro Regionale di Neurogenetica, ASP Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro

(b) Dipartimento BioNeC, Università degli Studi, Palermo

**Introduzione.** L'afasia primaria progressiva (PPA) è un disordine cognitivo caratterizzato da un deterioramento selettivo del linguaggio. È classificato in tre varianti distinte: forma agrammatica, semantica e logopenica. La PPA è associata a degenerazione asimmetrica delle regioni corticali fronto-temporali di sinistra. Recentemente, sono stati descritti alcuni casi con il coinvolgimento delle aree corticali destre, che potrebbero suggerire una lateralizzazione inversa del linguaggio.

**Metodi.** Noi descriviamo tre pazienti destrimani affetti da PPA con disfunzione asimmetrica delle aree associative di destra, che soddisfano i criteri clinici per afasia crociata. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame estensivo clinico e neuropsicologico comprendente una batteria standardizzata per il linguaggio (*Aachener Aphasia Test*).

**Risultati.** I pazienti erano: 1) una donna affetta dalla forma agrammatica/non fluente (esordio a 53 anni); 2) una donna che presentava afasia semantica (esordio a 66 anni); e 3) un uomo affetto dalla forma logopenica (esordio a 58 anni). Gli esami neuroradiologici morfologici (CT/MRI) e funzionali (SPECT/PET) hanno permesso di evidenziare una atrofia asimmetrica e ipometabolismo delle aree frontali e temporali di destra in tutti i pazienti, con un relativo risparmio dell'emisfero sinistro. Non sono stati rilevati danni strutturali quali lesioni vascolari o espansive.

**Conclusioni.** I nostri pazienti con afasia crociata rientrano nell'intero spettro fenotipico della PPA. Attualmente, la variante agrammatica è la forma più comunemente descritta di PPA crociata, mentre è stato riportato un solo caso della forma logopenica. In questo lavoro abbiamo descritto il primo caso (a nostra conoscenza) di forma semantica di PPA nell'afasia crociata. Questi risultati suggeriscono una lateralizzazione inversa dei circuiti cerebrali deputati al linguaggio in un sottogruppo di soggetti, indipendentemente dalla dominanza manuale. Questa variabilità potrebbe permettere di studiare la specificità dei circuiti neuronali del linguaggio. I pazienti con PPA crociata potrebbero rappresentare un modello per valutare la suscettibilità selettiva di specifici circuiti neuronali funzionali ai processi neurodegenerativi nelle tre differenti forme di PPA.

## STRESS DA CARICO ASSISTENZIALE E DEPRESSIONE NEL CAREGIVER DEL PAZIENTE DEMENTE

De Vito Ornella (a), Mirabelli Maria (a), Granturco Concetta (b), Curcio Sabrina Anna Maria (a), Dattilo Teresa (a), Segura Garcia Cristina (b), De Fazio Pasquale (b), Bruni Amalia Cecilia (a)

(a) Centro Regionale di Neurogenetica, ASP Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro

(b) Clinica Psichiatrica, Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

**Introduzione.** La patologia dementigena è invalidante non solo per il paziente ma anche per la famiglia. Il *caregiver* è colui che si fa carico della cura e dell'assistenza dell'ammalato sin dall'esordio della malattia. In prevalenza è di sesso femminile (73%), coniugato con figli ed in età attiva dal punto di vista lavorativo (età media 53,3). Rappresentare la fonte essenziale di supporto fisico ed emotivo per l'ammalato, aumenta nel 50% dei *caregiver* primari la probabilità di sviluppare una sintomatologia di tipo ansioso-depressiva (Dati CENSIS, 2006). Lo scopo di questo studio è stato di valutare il livello di stress in un gruppo di *caregiver* di pazienti dementi al fine di rilevare il carico oggettivo e l'eventuale presenza di sintomi depressivi.

**Metodi.** Sono stati studiati 101 *caregiver* di pazienti con demenza. Il carico assistenziale è stato valutato attraverso il *Caregiver Burden Inventory* e la scala *Depression Early Staging Inventory*. Infine, sono state considerate variabili socio-demografiche del *caregiver*. L'analisi statistica utilizzata ha previsto: statistica descrittiva, test chi-quadrato, studio delle correlazioni di Spearman.

**Risultati.** Il *caregiver* è prevalentemente un figlio (55,44%) che convive con l'assistito (57%). La salute percepita è sufficiente (42,57%) o buona (36,63%). Non si riscontrano dei punteggi superiori al *cut-off* ( $>2,5$ ), ma sono evidenti dei punteggi più alti nel carico assistenziale oggettivo e psicologico. Il livello depressivo riscontrato con il DESI risulta essere di grado lieve (44,55+35,97). Emergono delle correlazioni negative tra i punteggi del CBI e DESI e i dati socio-demografici (livello di istruzione, socioeconomico, salute percepita, convivenza con l'assistito). Dall'analisi della varianza è emersa una correlazione: ad un basso livello socioeconomico corrisponde un alto livello di stress e depressione, mentre ad un alto livello d'istruzione abbiamo un minore stato di stress. Inoltre, il supporto psicologico di gruppo favorisce il carico psicologico ( $\chi=38.77$ ,  $df=20$ ,  $p<0,01$ ) e sociale ( $\chi=27.11$ ,  $df=15$ ,  $p<0,05$ ). Infine, il grado di salute percepito come insufficiente ha aumentato il carico psicofisico e i punteggi DESI.

**Conclusioni.** I *caregiver* hanno percepito un elevato livello di stress associato ad un lieve stato depressivo; questo dato appare prevalente nei soggetti conviventi con l'assistito e con un basso livello socioculturale. In linea con i dati di letteratura, si conclude che il carico assistenziale provoca ripercussioni significative sulla qualità della vita dal punto di vista emotivo, fisico e socioeconomico.



## **CHRONIC CARE MODEL: SPERIMENTAZIONE DI UN PORTALE INFORMATICO PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLE DEMENZE NELL'ASP DI CATANZARO**

Di Lorenzo Raffaele (a), Gareri Pietro (b), De Vito Ornella (a), Simonetti Marco (a), Puccio Gianfranco (a), Colao Rosanna (a), Maletta Raffaele (a), Curcio Sabrina Anna Maria (a), Mirabelli Maria (a), Smirne Nicoletta (a), Cittadino Lucia (a), Frangipane Francesca (a), Dattilo Teresa (a), Puccio Vincenzo (a), Rocca Maurizio (c), Giarelli Guido (d), Bruni Amalia Cecilia (a)

(a) *Centro Regionale di Neurogenetica, ASP Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro*

(b) *Unità Operativa Tutela Anziani, ASP, Catanzaro*

(c) *Distretto Socio Sanitario di Catanzaro Lido, ASP, Catanzaro*

(d) *Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro*

**Introduzione.** Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche evidenziano la tendenza ormai consolidata all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche come la malattia di Alzheimer, che presenta tassi di prevalenza che ormai superano il 5% della popolazione anziana. Tale patologia non risulta ancora affrontata in modo adeguato dal Servizio Sanitario Regionale calabrese con difficoltà di accesso ai servizi, ritardi e inappropriately delle cure, scarso coordinamento degli attori coinvolti nei processi di cura, scarsi accessi a domicilio da parte degli specialisti.

**Metodi.** In Calabria è stato approvato da parte del Ministero della salute un programma di sperimentazione di percorsi assistenziali integrati per la prevenzione delle complicanze della malattia di Alzheimer sulla base del modello ampliato del *Chronic Care Model* (CCM). La strategia del CCM comporta l'organizzazione di percorsi assistenziali integrati che possano garantire un adeguato coordinamento tra personale sanitario (ospedaliero e territoriale) e sociale coinvolto nel percorso. In questo processo passi indispensabili sono l'accesso a fonti informative e l'aggiornamento formativo continuo per l'assistenza ai malati cronici.

**Risultati.** È stato implementato un portale informatico per la messa in rete di tutte le strutture aziendali per l'assistenza ai pazienti con demenza e alle loro famiglie (Medici di Medicina Generale e UVA).

**Conclusioni.** Il CCM è un progetto tuttora in corso. Il portale informatico consentirà una presa in carico del paziente realmente multidisciplinare, data la possibilità di condividere le informazioni registrate dai singoli operatori che potranno accedere al sistema (cartella clinica informatizzata condivisa) via internet da qualsiasi punto.

## INCIDENZA DI NUOVI CASI DI DEMENZA NELL'ANNO 2012 NELLA PROVINCIA DI MODENA

Fabbo Andrea, Castagna Alberto, De Vreese Luc, De Luca Maria Luisa, Marchesi Cristina

*Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Programma Aziendale Demenze, Dipartimento Cure Primarie e Direzione Sanitaria, Modena*

**Introduzione.** Le Demenze stanno assumendo una rilevanza sempre maggiore nella sanità pubblica sia per la dimensione che per il costo di tale patologia. Dal 2000, la AUSL di Modena, in linea con gli obiettivi regionali (DGR 2581/99) ha iniziato il “Progetto Demenze” per dare un’adeguata risposta al problema in termini di assistenza socio-sanitaria con una gestione integrata tra una rete di strutture specialistiche. Scopo della nostra analisi è stato di valutare l’incidenza di nuovi casi di Demenza nella provincia di Modena nell’anno 2012.

**Metodi.** Ai nostri Centri Disturbi Cognitivi (10 di cui 3 ospedalieri e 7 territoriali) nell’anno in esame, sono afferiti 4.165 pazienti, per una prima valutazione completa oltre di esame fisico-strumentale anche di somministrazione dei principali test di valutazione multidimensionale (*Mini Mental State Examination* - MMSE, *Activities of daily living* - ADL, *Instrumental activities of daily living* - IADL, *Geriatric Depression Scale* - GDS, *Neuropsychiatric Inventory* - NPI) e richiesta di eventuali esami biochimico-strumentali o cognitivi se necessari.

**Risultati.** Dall’analisi dei dati dei nostri centri nel 2012, l’incidenza annuale di nuovi casi di demenza è stata pari all’1,52%, risultato simile a quello riscontrato in molti studi europei. Da sottolineare che su un totale di 4.165 prime visite nel 54,33% è stata effettuata diagnosi di demenza, nel 22,85% si è trattato di pazienti a rischio di evoluzione in demenza, il 9,25% sono ancora in studio e solo nel 13,56% dei casi la patologia è stata esclusa.

**Conclusioni.** L’incidenza sempre maggiore di nuovi casi di demenza in una popolazione sempre più anziana, rafforza l’esigenza di attivare un programma aziendale specifico per tale patologia al fine di promuoverne un corretto monitoraggio con l’obiettivo di un miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza non solo dei servizi ad essa dedicati ma di tutto il sistema socio-sanitario integrato (compresi i servizi ospedalieri).

## CAREGIVING: EDUCAZIONE E TRAINING

Fasanelli Roberto (a), Musella Caterina (b,c), Nello Rossella (d), Palomba Carmela (d), Vecchione Nunzia (b)

(a) *Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli*

(b) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Onlus, Napoli*

(c) *Servizio Umanizzazione Percorsi Assistenziali ASL Napoli 1, Assessorato Sanità Regione Campania, Napoli*

(d) *Associazione Kairos, Napoli*

**Introduzione.** La ricerca presentata è stata condotta con l'obiettivo di valutare il servizio di supporto ai *caregiver* dei malati di Alzheimer coinvolti nel progetto *Caregiving: educazione e training*. Il Progetto, articolato nelle attività di sostegno nella gestione di cura: compagnia, passeggiate, disbrigo pratiche quotidiane, trasmissione di informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili sul territorio, era volto alla realizzazione dei seguenti obiettivi: 1) ridurre lo stress della famiglia e del *caregiver* per la prevenzione di inadeguati e/o maltrattamenti nelle relazioni di cura; 2) migliorare la qualità della cura; 3) valutare le competenze e le capacità di *coping* del parente/*caregiver*.

**Metodi.** L'impatto del progetto sullo stress dei *caregiver* è stato rilevato somministrando il *Caregiver Burden Inventory* ad un campione di utenti del progetto, mentre lo sviluppo delle competenze è stato verificato sottoponendo gli stessi soggetti ad un'intervista semi-strutturata, costruita a partire da due dimensioni analitiche essenziali: le competenze e la de istituzionalizzazione. A questi strumenti è stata aggiunta una scala per la rilevazione della *self efficacy*, al fine di identificare le credenze dei *caregiver* nei confronti delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente la situazione nella quale si trovavano. La ricerca valutativa contempla sul piano temporale tre fasi: *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*, per rilevare lo stato di certi fattori prima dell'erogazione del servizio al fine di confrontarlo con lo stato degli stessi fattori dopo l'erogazione e, quindi, individuare i cambiamenti apportati dall'intervento.

**Risultati.** Si rileva dall'analisi che il livello medio complessivo di stress misurato dopo l'intervento dei volontari è pari a 1,94, valore più basso rispetto a quello rilevato prima dell'attivazione del servizio, ed in particolare il livello medio di stress è sistematicamente più basso per ciascun indicatore e di conseguenza per ciascuna dimensione di cui lo strumento si compone. Per quanto riguarda il livello di auto efficacia, l'indice complessivo *ex post* risulta maggiore di circa 0,30 punti percentuali rispetto al risultato della prima fase di ricerca ( $t_0=2,76 - t_2=3,05$ ).

**Conclusioni.** Sia le conclusioni derivanti dalla *Customer Satisfaction*, sia quelle fondate sul confronto prima-dopo risultano molto positive, indicando il valore e l'utilità delle attività poste in essere dall'AIMA di Napoli. I giudizi di soddisfazione espressi dagli utenti, infatti, sono tutti prossimi al valore più alto della scala utilizzata.

## IMPORTANZA DELLA CONDIVISIONE DEL DOLORE: L'ESPERIENZA DEL CAFFÈ ALZHEIMER

Francone Caterina, De Rosa Giuliana, Bruno Patrizia, Francione Marco  
*Associazione AMNESIA, Associazione Malattie Neurodegenerative e Sindrome di Alzheimer, Napoli*

**Introduzione.** L'associazione AMNESIA (Associazione Malattie Neurodegenerative e Sindrome Alzheimer) ha scopi di divulgazione e formazione specifica sulle malattie neurodegenerative e in particolare sull'Alzheimer. A tal scopo, essa, in collaborazione con le istituzioni locali del comune di Giugliano in Campania, ha promosso una serie di incontri finalizzati ad espandere la conoscenza di queste malattie e soprattutto, a fornire strumenti utili per coloro che si occupano di tali persone. In particolare il Caffè Alzheimer nasce con l'intento di offrire uno spazio di condivisione, di sostegno e di scambio per i *caregiver* delle persone affette da demenza di Alzheimer.

**Metodi.** Tale esperienza è stata articolata in 4 incontri di due ore ciascuno, nei mesi di maggio e giugno 2013; in ognuno di essi, la conduzione è stata affidata ad un medico-geriatria, uno psicologo e un educatore, che hanno dato informazioni circa la malattia e la gestione delle problematiche che ad essa si collegano. Inoltre, ogni incontro ha previsto uno spazio di condivisione emotiva dell'esperienza soggettiva dei partecipanti rispetto alle problematiche che la malattia impone.

**Risultati.** Nei primi due incontri la partecipazione dei familiari è stata limitata ma negli ultimi appuntamenti, si è andato creando un gruppo affiatato, un clima di partecipazione emotiva e di condivisione dell'esperienza dolorosa di grandissima intensità. I familiari dei pazienti hanno avuto l'opportunità di sentirsi ascoltati, contenuti e supportati nella loro sofferenza.

**Conclusioni.** L'esperienza di condivisione del dolore ha consentito ai partecipanti di aprirsi l'uno con l'altro, di sentirsi riconosciuti nel loro difficile ruolo di *caregiver* e di persona che ha dinanzi a sé un genitore, un coniuge che non è più quello di una volta e allo stesso tempo, di vedere nell'esperienza dell'altro, uno stimolo per accettare e affrontare al meglio questo difficile percorso.

## **CONSAPEVOLEZZA DI MALATTIA DEI CAREGIVER CONDIZIONA L'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI: EFFETTI DI UN PERCORSO PSICO- EDUCAZIONALE RIVOLTO AI CAREGIVER**

Ferrari Arianna (a), Cozzi Federica (a), Cazzari Elena (a), Brea Francesca (a), Giampietro Chiara (a), Favaretto Elisa (b), Zampieri Manuela (b), Basso Cristina (c)  
(a) *Linte Società Cooperativa Sociale Onlus, Vicenza*  
(b) *Area Anziani, Comune di Spinea, Venezia*  
(c) *Geriatria Territoriale, Ulss 13, Spinea, Venezia*

**Introduzione.** La demenza è una condizione patologica che coinvolge anche la famiglia. La conoscenza dello stadio di malattia da parte del *caregiver* rappresenta la condizione necessaria per una corretta assistenza.

**Metodi.** Sono stati valutati 11 *caregiver* di pazienti afferenti al Caffè Alzheimer condotto presso il Comune di Spinea (VE), nato dalla collaborazione tra Unità di Valutazione Demenza-Geriatria Territoriale-Ulss 13, Comune di Spinea/Area Anziani e Cooperativa sociale Linte di Vicenza, che hanno seguito 11 incontri psico-educazionali, a cadenza mensile, della durata di 2 ore ciascuno. Obiettivo del corso è rendere maggiormente consapevoli i *caregiver* dei deficit cognitivi e dei disturbi comportamentali del proprio assistito.

**Risultati.** Gli 11 famigliari (7 figli, 3 coniugi, 1 nipote) che hanno partecipato al percorso erano *caregiver* di pazienti con decadimento cognitivo di grado moderato (MMSE:19,2±4,2/media±ds). Il grado di consapevolezza è stato rilevato con un questionario numerico progressivo, somministrato all'inizio del percorso (T<sub>0</sub>) e dopo 6 mesi (T<sub>1</sub>). Dall'analisi dei dati, al T<sub>0</sub> è emersa una debole correlazione statisticamente significativa tra il livello di consapevolezza di malattia ed i punteggi ottenuti al MMSE (p=0,017), ad indicare che non tutti i *caregiver* risultavano avere un'adeguata conoscenza della gravità effettiva di malattia del proprio assistito. Al T<sub>1</sub> si è osservato invece una correlazione maggiormente statisticamente significativa (p<0,001) tra i due parametri.

**Conclusioni.** I *caregiver* dello studio hanno dimostrato una scarsa consapevolezza di malattia prima del percorso psico-educazionale, con conseguenti difficoltà non solo nell'identificazione dei bisogni assistenziali e di tutela, ma anche nel riconoscere le risorse più appropriate offerte dal territorio; una maggior consapevolezza condiziona sia l'appropriatezza dell'assistenza domiciliare che l'impiego delle risorse disponibili.

## EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI PER CONIUGI E FIGLI DI MALATI DI DEMENZA

Iannizzi Pamela, Borgia Lucia, Vignali Emanuele  
*Opera della Provvidenza S. Antonio, Casa Madre Teresa di Calcutta, Padova*

**Introduzione.** Lo scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia di un intervento psicoeducazionale in gruppi di *caregiver* primari e secondari divisi per tipologia di parentela (coniugi e figli). Risulta utile, nelle prime fasi della malattia, formare i familiari all'utilizzo di strategie riabilitative informali e compensatorie dei deficit cognitivi e comportamentali. Attraverso l'approccio psicoeducazionale di gruppo è possibile "aiutare il familiare a prendersi cura" in modo competente del malato e di se stesso. Nel contempo, la condivisione reciproca con gli altri partecipanti in un setting protetto agevola il percorso di accettazione della malattia e aiuta a affrontare il senso di disorientamento e incapacità che segue spesso la diagnosi.

**Metodi.** Nel presente lavoro vengono presentati i dati relativi a 6 gruppi psicoeducazionali (2 gruppi coniugi e 4 gruppi figli) per un totale di 45 *caregiver*. L'intervento psicoeducazionale prevede per ogni incontro una prima parte dedicata ai vissuti dei familiari e una seconda parte dedicata alla formazione. Ogni gruppo effettua 8 incontri a cadenza quindicinale della durata di 2 ore ciascuno, in cui si affrontano argomenti prestabiliti: tipologie di demenze, disturbi di memoria, disturbi del comportamento, comunicazione, emozioni del *caregiver*, agnosie e aprassie. Ogni gruppo è costituito da un numero ristretto di *caregiver*, selezionati tramite colloquio, con difficoltà ricollegabili alla prima fase della malattia. Tutti i partecipanti hanno completato - prima e dopo l'intervento - questionari per la valutazione del carico assistenziale (CBI) e delle strategie di *coping* (COPE). Gli interventi, sono stati svolti presso il Centro Ascolto Alzheimer Padova e coordinati da due psicologhe.

**Risultati.** I risultati evidenziano per i coniugi esiti positivi di efficacia dell'intervento sia in termini di stress percepito che di utilizzo di strategie di *coping*. In particolare i coniugi mostrano miglioramenti nella sottoscala carico emotivo del CBI ( $p < 0,05$ ) e nelle dimensioni sostegno sociale ( $p < 0,05$ ), strategie di evitamento ( $p < 0,05$ ) e attitudine positiva ( $p < 0,01$ ) indagate dal COPE. I figli non mostrano miglioramenti statisticamente significativi nei livelli di stress percepiti. Si rileva un effetto positivo a carico dell'orientamento al problema del COPE ( $p < 0,05$ ).

**Conclusioni.** La valutazione pre-post degli interventi suggerisce l'efficacia dell'approccio psicoeducazionale nei *caregiver* coniugi, sia a livello dello stress percepito che dell'acquisizione di corrette strategie di *coping*. L'intervento psicoeducazionale sembrerebbe incidere in minor misura per i figli. Tale risultato è presumibilmente da imputarsi al fatto che tutti i coniugi sono *caregiver* primari mentre la maggior parte dei figli sono *caregiver* secondari.

# STIMOLAZIONE COGNITIVA PROLUNGATA MIGLIORA TEMPORANEAMENTE LE *PERFORMANCE* COGNITIVE IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO CLINICO CONTROLLATO CON *FOLLOW-UP* A SEI MESI

Imbriano Letizia (a), Podda Livia (a), Rendace Lidia (a), Lucchese Franco (b), Campanelli Alessandra (a), D'Antonio Fabrizia (a), Trebbastoni Alessandro (a), De Lena Carlo (a)

(a) Centro Disturbi della Memoria, Unità Valutativa Alzheimer, UVA, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza, Università di Roma, Roma

(b) Dipartimento di Psicologia Clinica, Sapienza, Università di Roma, Roma

**Introduzione.** I dati di molteplici studi concordano che le tecniche di Stimolazione Cognitiva (SC) nella Malattia di Alzheimer (MA), migliorano le *performance* cognitive e funzionali dei pazienti. Pochi lavori hanno indagato la durata nel tempo di questi effetti. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia immediata e quella a distanza di 6 mesi di un intervento di SC in un gruppo di pazienti affetti da MA confrontati con un gruppo di controllo non trattato.

**Metodi.** Abbiamo reclutato consecutivamente 172 pazienti afferenti presso la nostra UVA, con diagnosi di MA ( $19 \leq \text{MMSE} \leq 25$ ,  $55 \leq \text{età} \leq 90$ ). Abbiamo randomizzato i pazienti in due gruppi di pari numerosità (86) appaiati per età e scolarità. Il Gruppo Trattato (GT) ha partecipato, nell'arco di 6 mesi, a 48 incontri bi-settimanali, della durata di 60 minuti, finalizzati alla stimolazione di funzioni cognitive specifiche con metodologie validate. Tutti i partecipanti sono stati valutati in cieco mediante una batteria di test neuropsicologici al *baseline* ( $T_0$ ) e al termine del trattamento ( $T_1$ ). Al  $T_1$  è stato somministrato ai *caregiver* del GT un questionario per la valutazione del gradimento e della qualità di vita (QOL) dei pazienti. 34 dei pazienti trattati sono stati testati nuovamente sei mesi dopo la conclusione del ciclo di SC ( $T_2$ ).

**Risultati.** 35 degli 86 inclusi nel GT non hanno concluso il ciclo di SC, per cui sono stati analizzati i dati di 51 soggetti. Al  $T_1$ , il GT, contrariamente ai controlli, ha ottenuto punteggi ai test stabili o addirittura significativamente migliorati (MMSE  $p < 0,001$ ; Richiamo Immediato della Lista di Rey  $p < 0,001$ ; *Clock Drawing Test*  $p < 0,001$ ; Test di memoria di prosa  $p < 0,001$ ; *Visual Search*  $p < 0,05$ ; *Frontal Assesment Battery*  $p < 0,05$ ; Fluenza Verbale Semantica  $p < 0,01$ ; *Boston Naming Test*  $p < 0,001$ ) e un incremento del livello di QOL rispetto al *baseline*. I 34 soggetti rivalutati a distanza di 6 mesi hanno mostrato un peggioramento significativo delle prestazioni ai test (MMSE  $p < 0,01$ ; *Clock Drawing Test*  $p < 0,001$ ; Test di memoria di prosa  $p < 0,05$ ; *Visual Search*  $p < 0,01$ ; *Frontal Assesment Battery*  $p < 0,001$ ; Fluenza Verbale Semantica  $p < 0,01$ ; Fluenza Verbale Fonemica  $p < 0,05$ ; *Boston Naming Test*  $p < 0,01$ ) rispetto al  $T_1$ .

**Conclusioni.** I nostri dati confermano che la SC migliora la cognizione e la QOL di pazienti affetti da MA di grado lieve-moderato. Tali effetti benefici, però, risultano temporanei. Sarebbe auspicabile una SC prolungata e ripetuta nel tempo.

## PERCORSO INTERDIPARTIMENTALE DI UNITÀ VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA): LA REALTÀ DI SIENA

Laudisio Carolina (a), Boschi Stefania (b), Bianco Maria Teresa (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera, Centro Farmacovigilanza 1° Livello, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(b) *Centro Unità Valutazione Alzheimer, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Azienda USL 7, Siena*

**Introduzione.** La malattia di Alzheimer può essere considerata una “malattia sociale” sia per il gran numero di persone che ne sono affette, sia per la considerevole spesa, diretta ed indiretta, associata a tale patologia. Nella realtà senese è stata creata una rete multidisciplinare di professionisti che fornisce un’assistenza specifica, stimoli riabilitativi, risposta ai bisogni delle famiglie e un’alternativa alle costose cliniche private.

**Metodi.** Sono state visionate a campione le cartelle cliniche dei pazienti seguiti dal Centro UVA dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS)-USL7 di Siena per valutare il contributo del Centro nell’accompagnare pazienti e famiglie in questo percorso. È emerso che alcuni pazienti hanno tratto beneficio, in termini di umore, dall’inserimento in questi percorsi assistenziali.

**Risultati.** Nel territorio senese, tra i Centri autorizzati dalla Regione Toscana per la diagnosi e la prescrizione dei farmaci per l’Alzheimer, ne figura uno Interdipartimentale AOUS-USL7, sito nell’AOUS e gestito dallo Specialista Geriatra. L’ambulatorio è aperto 5 giorni a settimana, di cui 3 gestiti dal CUP (5 prime visite-settimanali di 1-1:30 h ciascuna, 11 controlli semestrali), 2 giorni gestiti dal Centro (per i primi controlli periodici secondo nota 85). Nell’AOUS esistono percorsi “preferenziali” per gli esami diagnostici necessari all’individuazione della patogenesi probabile della malattia. Lo specialista può trattare il paziente con anticolinergici e memantina (nota 85) e, nel caso di disturbi del comportamento invalidanti per il paziente e la famiglia, farlo accedere ai centri socio-sanitari di Siena: “Centro diurno Alzheimer” e “Modulo Alzheimer”, strutture non private che consentono, previa valutazione della UVM (Unità Valutazione Multidisciplinare), l’ospitalità con una retta in base all’ISEE. Il Centro Diurno Alzheimer, attivo dal 1/02/2011, può ospitare fino a 15 pazienti i giorni feriali (ore 8:00-18:00). Rappresenta un’importante funzione di sostegno ai familiari, supporto psicologico, continuità assistenziale e riabilitazione funzionale ai pazienti. Possono accedervi, per un periodo di 6 mesi rinnovabili, i pazienti in grado di trarre profitto da un intervento intensivo. Il “modulo Alzheimer” è invece indicato a pazienti che richiedono assistenza continua o per i quali la famiglia non è in grado di provvedere ai fabbisogni. È dislocato presso una RSA (8 posti letto dedicati) con una permanenza di 3 mesi rinnovabili, così da assicurare la possibilità di soggiorno ad almeno 24 ospiti all’anno.

**Conclusioni.** Il Centro UVA dell’AOUS è un importante sostegno assistenziale per i pazienti affetti da Alzheimer e si pone come modello di integrazione Ospedale-Territorio per la diagnosi e la presa in carico di tali pazienti.



## ADR DA FARMACI COLINERGICI: ANALISI DELLE SEGNALAZIONI DELLA REGIONE TOSCANA

Laudisio Carolina (a), Rossi Marco (b), Bianco Maria Teresa (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera, Centro Farmacovigilanza 1° Livello, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(b) *Centro Farmacovigilanza 2° Livello, Area Vasta Sud-Est, Regione Toscana, Siena*

**Introduzione.** I farmaci autorizzati in Italia per il trattamento sintomatologico della malattia di Alzheimer (AD) sono: donepezil, rivastigmina e galantamina (inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi) per AD di grado lieve-moderato e memantina (antagonista del recettore NMDA del glutammato) per AD di grado moderato-grave. Secondo i dati derivanti dagli studi clinici, gli effetti avversi che si osservano più frequentemente durante il trattamento con i farmaci anticolinesterasici sono quelli gastrointestinali, ma particolare attenzione meritano effetti avversi rari, quali quelli cardiaci.

**Metodi.** È stata effettuata un'analisi delle segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADR) da donepezil, galantamina, rivastigmina e memantina presenti nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) inserite dalla Regione Toscana fino al 30/09/2013.

**Risultati.** Donepezil: 75 segnalazioni (28 maschi e 47 femmine, età 59-88 anni), di cui 57 non gravi, 12 gravi e 6 di gravità non definita. Sono risultate 22 ADR a carico dell'apparato GastroIntestinale (GI), 18 a carico del SNC e 16 a carico dell'apparato CardioVascolare (CV). Rivastigmina: 50 segnalazioni (20 maschi e 30 femmine, 60-93 anni), di cui 40 non gravi, 4 gravi e 6 di gravità non definita. 12 ADR sono a carico dell'apparato GI, 11 dell'apparato CV e 7 del SNC. Memantina: 35 segnalazioni (14 maschi e 21 femmine, età 53-89 anni), di cui 27 non gravi ed 8 gravi. 16 ADR risultano a carico del SNC, 6 dell'apparato CV e 3 dell'apparato GI. Galantamina: 6 segnalazioni (tutte donne, età 66-97 anni), di cui 5 non gravi e 1 grave. 2 ADR sono a carico dell'apparato CV, 3 dell'apparato GI ed 1 del SNC.

**Conclusioni.** Dall'analisi è emerso che, su un totale di 166 segnalazioni provenienti dalla Regione Toscana, circa il 25% presenta una ADR a carico del SNC e/o disordini psichiatrici, il 24% una ADR a carico dell'apparato GI ed il 21% una ADR a carico dell'apparato CV. Considerata l'età media avanzata e la frequente presenza di patologie CV nei pazienti affetti da AD, la possibile insorgenza di ADR cardiache, quali bradicardia e blocco atrioventricolare, rende indicato un attento monitoraggio cardiologico nei pazienti sottoposti a terapia con donepezil, rivastigmina e galantamina.

## GESTIONE INTEGRATA DELLE DEMENZE: UNA INDAGINE NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Magro Valerio Massimo

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Roma

**Introduzione.** Studi come EVIDEM-ED (*Evidence based Interventions in Dementia in the community-Early Diagnosis*) o TRELONG (Treviso Longeva Study) hanno enfatizzato l'importanza di un precoce *screening* nella popolazione anziana per la diagnosi tempestiva di demenza, il cui inquadramento risulta ancora tardivo a livello di Cure Primarie. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è il primo anello della catena valutativa: egli individua nel suo setting assistiti a rischio o con sospetta patologia dementigena, li studia (*imaging*, esami ematochimici) e li invia all'UVA per il successivo approfondimento diagnostico-terapeutico.

**Metodi.** Si è voluta verificare la mentalità ed i sistemi di *management* dei MMG nel campo della demenza. Sono stati intervistati 20 MMG di Roma (17.311 assistiti) e presi in esame metodi di lavoro e tempistiche di intervento sui pazienti.

**Risultati.** Tutti i MMG adoperavano diversi software gestionali: 6 utilizzavano FPF®, 5 MilleWin®, 4 Perseo®, 3 Profim®, 2 Medico 2000®; 1 MMG ne faceva uso solo per ricettazione, con schede cartacee per la restante valutazione clinica; 4 MMG si avvalevano di strumenti informatici anche come ausili per la *clinical governance* (3 appartenevano alla rete di ricerca *Health Search*, 1 co-usava il software GPG®), 1 MMG faceva spesso *self-audit*. Tutti gli intervistati erano a conoscenza dell'UVA, la sua allocazione e come servirsene. La maggior parte dei professionisti (60%) inviava direttamente il sospetto di demenza all'UVA senza precedente esecuzione di esami ematochimici; 3 MMG avevano prescritto almeno un esame di *imaging* (TAC e Risonanza Magnetica cerebrale) prima dell'invio. Ciò ha ripercussioni anche sull'attività dell'UVA: liste di attesa, che per una visita ambulatoriale possono superare i 6 mesi; mancanza di personale; blocco delle assunzioni nel Lazio; difficoltà dei familiari nell'accompagnare più volte il proprio caro. L'esame dei database mostrava 79 assistiti con diagnosi codificata di demenza. Interessante il dato della maggiormente particolareggiata valutazione dei pazienti (ad esempio, uso di VMD, MMSE o SPMSQ, in dotazione ai gestionali) da parte di 3 MMG (2 facenti parte di *Health Search*) tutti facenti uso di MilleWin®.

**Conclusioni.** Questi risultati, pur su un campione dimensioni ridotte, potrebbero confermare la necessità di un'ulteriore implementazione della formazione per una miglior utilizzo dei servizi. Malgrado un'adeguata presa di coscienza dell'importanza del corretto inquadramento precoce delle demenze e la conoscenza dei servizi sul Territorio (UVA, Centri Diurni), l'integrazione con la restante rete da parte del MMG presenta criticità. Nella realtà odierna del Lazio è auspicabile maggiore embricazione tra UVA e MMG. Nel contatto precoce/tempestivo tra specialista e paziente, al di là del late referral, l'ottimizzazione del percorso può avvantaggiarsi di un'iniziale VMD e della prescrizione degli esami di primo livello da parte del MMG, con ulteriore risparmio di tempo, costi ed aggravati per strutture e paziente. L'invio all'UVA di un paziente con inquadramento iniziale già eseguito può costituire una risorsa per il SSN.

## MEMOFILM: UN'EMOZIONE PER RICORDARE

Marianetti Massimo, Pinna Silvia, Cardarelli Maria, Gusciglio Francesca Anna, Mammi Lucia, Lofrese Valentina, Fiata Manuela, Alari Guendalina, Angius Valentina, Melaranci Agnese, Venuti Angelo

*Centro Sperimentale Alzheimer, Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma*

**Introduzione.** I nuclei residenziali Alzheimer nascono dall'evidenza di quanto urgente sia per le famiglie avere dei supporti significativi e di quante poche siano le risposte che riescono a trovare sul territorio. La visione di film appartenenti al nostro patrimonio storico-culturale è notoriamente un'attività piacevole da proporre in questi contesti ai pazienti dementi, anche se interventi strutturati in tal senso sono ancora carenti.

**Metodi.** Abbiamo reclutato 24 pazienti ricoverati per un ciclo riabilitativo standard (circa 90 gg) presso il nostro Centro Sperimentale, affetti da varie tipologie di demenza (16 demenza di Alzheimer, 4 Demenza Vascolare, 2 *Mixed Dementia*, 1 *Lewy Body Dementia*, 1 *Frontotemporal Dementia*; età:  $71\pm 3,8$ ; scolarità  $6\pm 2$ ). Oltre alle normali attività previste dalla struttura, tali pazienti sono stati randomizzati in due gruppi: un gruppo ha partecipato ad una seduta settimanale della durata di circa un'ora e mezza di MEMOFILM, un intervento strutturato di visione/commento di film classici del cinema italiano; l'altro gruppo nelle medesime date e ore ha effettuato attività ricreative. I pazienti sono stati valutati in doppio cieco con una batteria neuropsicologica composta da *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Standardized Mini Mental State Examination* (sMMSE), Test dell'orologio (CDT - *Clock Drawing Test*) e *Neuro Psychiatric Inventory* (NPI) una settimana prima dell'inizio del progetto e una settimana dopo la fine dello stesso. È stata effettuata un'analisi statistica con ANOVA e t-student per dati appaiati.

**Risultati.** I due gruppi di pazienti non differivano per variabili cliniche/socio-demografiche. Entrambi i gruppi di pazienti hanno mantenuto una buona funzionalità cognitiva aumentando significativamente i propri punteggi al MMSE, sMMSE ( $p < 0,01$ ); non vi erano differenze alla fine del trattamento tra i due gruppi pur essendoci un *trend* positivo a favore del gruppo MEMOFILM nel CDT. Entrambi i gruppi di pazienti hanno significativamente migliorato i disturbi del comportamento valutati con la scala NPI, ma questo miglioramento è stato significativamente più evidente nei pazienti che hanno preso parte al MEMOFILM ( $p < 0,01$ ) (le sottoscale maggiormente coinvolte sono state Disturbi del ritmo sonno/veglia e Appetito).

**Discussione.** L'intervento strutturato MEMOFILM da noi creato ha dimostrato di avere effetti positivi dal punto di vista cognitivo e comportamentale su pazienti affetti da demenza. Se ulteriori studi confermeranno questi dati, questa metodica potrebbe avere il necessario supporto scientifico per diventare parte integrante del percorso sanitario dei pazienti con patologie dementigene.

## TRATTAMENTO PLURIMO GIORNALIERO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA ASSOCIATA A TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN SOGGETTI CON MALATTIA D'ALZHEIMER DI GRADO LIEVE E MODERATO

Musella Caterina (a,b), Vecchione Nunzia (a), Iavarone Alessandro (a,c), Gianelli Maria Vittoria (d)

(a) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Onlus, Napoli

(b) Servizio Umanizzazione Percorsi Assistenziali ASL Napoli 1, Assessorato Sanità Regione Campania, Napoli

(c) Unità Operativa Complessa Neurologia, Unità STROKE P.O. CTO ASL Napoli 1, Napoli

(d) Facoltà di Medicina, Università degli Studi, Genova

**Introduzione.** Verificare l'efficacia di un modello di trattamento riabilitativo combinato in soggetti con *Alzheimer Disease* (AD) di grado lieve e moderato e valutare le eventuali ricadute del trattamento sul carico assistenziale ed emotivo dei *caregiver*.

**Metodi.** 23 soggetti con AD di grado lieve e moderato sono stati sottoposti per nove mesi a trattamento di sedute multiple giornaliere di terapia di *Reality Orientation Therapy* (ROT), Psicologia Sociale Maligna (PSM), Terapia Occupazionale e attività ludico ricreative (a piccolo gruppo, tre ore al giorno, cinque giorni la settimana). Il livello di compromissione cognitiva è stato valutato mediante il *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Mental Deterioration Battery*, *Neuro Psychiatric Inventory*, *Activities of Daily Living*, *Instrumental Activities of Daily Living*, mentre il carico per i *caregiver* è stato misurato mediante il *Caregiver Burden Inventory*. Tutti i pazienti del gruppo sperimentale risultavano inseriti nel progetto Cronos. Un gruppo di 23 soggetti con AD di gravità analoga, e comparabili per le variabili demografiche al gruppo in trattamento, è stato utilizzato come controllo. L'esperienza è avvenuta tramite la collaborazione tra l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli ONLUS, l'ASL Napoli 1, ed il Centro accreditato di Riabilitazione Neuromotoria di Napoli dove si è svolta la sperimentazione.

**Risultati.** Il trattamento riabilitativo risultava in grado di determinare un incremento del punteggio medio al MMSE di circa 0,7 punti, dove il gruppo di controllo, nello stesso periodo, evidenziava una riduzione di circa 2 punti; tale differenza risultava significativa. Il carico familiare al CBI, comparabile alla *baseline* tra gruppo sperimentale e controlli, si riduceva nei pazienti trattati da 43,43 a 37,72, mentre si elevava da 44,09 a 47,61 nei controlli. Anche su tale variabile la differenza è risultata significativa (Mann-Whitney  $U=117,0$ ,  $p=0,003$ ).

**Conclusioni.** I trattamenti riabilitativi combinati risultano efficaci nel mantenere il funzionamento cognitivo dei pazienti con AD e contribuiscono in misura rilevante ad alleggerire il carico dei *caregiver*. Dai risultati della sperimentazione è emerso un bisogno reale e concreto, c'è, quindi, maggior incentivo nel lavorare in sinergia e nel creare servizi specifici.

## VALUTAZIONE MULTI METODO DI UN PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTO A CAREGIVER DI MALATI DI ALZHEIMER

Musella Caterina (a,b), Cutolo Serena (a), D'Alterio Vittorio (b)

(a) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Onlus, Napoli

(b) Servizio Umanizzazione Percorsi Assistenziali ASL Napoli 1, Assessorato Sanità Regione Campania, Napoli

**Introduzione.** L'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer AIMA Napoli Onlus ha effettuato l'analisi valutativa di un progetto finanziato dall'INPDAP, "Home Care Premium AIMA ... AIMIAMOCI", allo scopo di conoscere i bisogni e le necessità dei *caregiver* coinvolti e di misurare il livello di soddisfazione per i servizi ricevuti. In un ampio sistema di servizi erano inseriti: assistenza domiciliare, prestazioni innovative quali riabilitazione cognitiva, laboratori di musica e arte terapia per gli ammalati di Alzheimer, Gruppi di Auto Mutuo Aiuto e supporto psicologico per i *caregiver*.

**Metodi.** La ricerca è articolata in tre fasi: *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*, per indagare l'effettiva situazione in cui versavano ammalati e familiari destinatari delle prestazioni, monitorare l'andamento del progetto ed eseguire una comparazione con i risultati ottenuti a monte e nel corso del progetto, mediante la Checklist ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), il *Caregiver Burden Inventory* (CBI), il *Perceived Stress Scale* (PSS), la Scala di Autoefficacia Percepita ed un questionario di *Customer Satisfaction* costruito *ad hoc*. Il campione di riferimento coincide con l'intera popolazione presa in carico, formata da 28 *caregiver* (M=42,9%; F=57,1%), di età media pari a 52,61 anni (DS 14,948). Nel 64,3% degli intervistati si è trattato di figli di ammalati, ma soprattutto si è notata una prevalenza di donne sia tra i *caregiver* che tra i familiari. Questo, inserito in un contesto in cui i servizi ed il sistema di Welfare risultano carenti, in un contesto in cui le donne oltre a prendersi cura dei propri cari devono necessariamente contribuire al bilancio familiare, sembra essere un dato allarmante. Più della metà dei *caregiver* convive con l'ammalato ed in media vengono dedicate 12 ore giornaliere all'assistenza.

**Risultati.** Al termine del progetto, poi prorogato, i *caregiver* hanno mostrato un livello medio di stress inferiore rispetto a quanto riscontrato prima dell'avvio ( $t_0=2,27$  -  $t_1=2,19$  -  $t_2=1,83$ ) ed anche il livello medio di burden ha subito un decremento ( $t_0=2,06$  -  $t_1=2,01$  -  $t_2=1,73$ ). In entrambi i casi queste trasformazioni sono risultate significative grazie all'analisi della t di Student che ha riportato un *p-value* pari a 0,008 nel caso del CBI e pari a 0,005 nel PSS.

**Conclusioni.** Il confronto ha consentito di verificare l'efficacia degli interventi, per comprendere l'appropriatezza degli stessi nell'affrontare determinati problemi della famiglia con Alzheimer. I risultati del presente studio mostrano uno scenario positivo in cui vengono esaltati il valore e l'utilità delle attività previste dal Progetto.

## “ALZHEIMER:..... STORIE DI TUTTI I GIORNI”

Musella Caterina (a,b), Nuzzo Anna (a), Iavarone Alessandro (a,c), Postiglione Alfredo (c,d), Schettini Bruno (e), Vecchione Nunzia (a)

(a) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Onlus, Napoli*

(b) *Servizio Umanizzazione Percorsi Assistenziali ASL Napoli 1, Assessorato Sanità Regione Campania, Napoli*

(c) *Unità Operativa Complessa Neurologia, Unità STROKE P.O. CTO ASL Napoli 1, Napoli*

(d) *Università degli Studi Federico II, Napoli*

(e) *Seconda Università degli Studi, Napoli*

**Introduzione.** Dal retro di copertina: “...è difficile accettare una malattia che nega all’essere umano la sua dignità, è difficile accettare che un pezzo di vita della persona che ami ogni giorno stacchi un biglietto di sola andata. La sensazione dell’isolamento, della solitudine per noi *caregiver* è quasi più pesante della malattia. Restiamo soli in quest’isola che non ci vedrà mai famosi...” - Dario.

**Metodi.** Lo studio, durato circa due anni, sperimenta un percorso autobiografico laboratoriale, condotto con giovani e adulti *caregiver*, all’interno di un’esperienza di percorsi educativi e di Gruppi di Auto Aiuto. Inizialmente, gli incontri sono stati finalizzati ad aumentare la conoscenza sulla malattia, a contenere le risposte emotive disadattive nei confronti del malato, a migliorare la capacità di risoluzione dei problemi quotidiani, a ottimizzare il carico di lavoro assistenziale e a ridurre il carico soggettivo. Successivamente, con l’aiuto prevalente di psicologi, si sono attivati i Gruppi di Auto Aiuto nell’ambito dei quali sono sorti veri e propri laboratori di auto-narrazione che hanno dato vita a storie e racconti dalla cui lettura si può apprendere la devastazione di questa Malattia che colpisce non solo il paziente ma Famiglie intere.

**Risultati.** Sono raccolte nel volume le “Storie di tutti i giorni”, edito nel 2007, una serie di storie che potranno aiutarci a comprendere sempre di più il dolore di chi vive quotidianamente questa malattia, di chi chiede solo un pò di ascolto e comprensione, un pò d’aiuto nella gestione di cura... “bastarono pochi giorni lontano dalla sua casa, dalle sue cose, dai suoi cari per farlo andare via per sempre...ho perso, l’ho perso, ho perso le mie figlie, mi sono persa...” - Anonima di Salerno. Il testo è articolato in sette capitoli e si pregia della prefazione dell’Assessore alla Sanità della Regione Campania.

**Conclusioni.** Questo testo è il frutto di una sinergia di intenti tra Istituzione, Famiglie e Associazione, vuole essere il risultato di un percorso di riflessione di gruppo ed analisi rispetto ad una malattia quale l’Alzheimer, ancor oggi incomprensibile agli occhi di molti per le sue molteplici e complesse problematiche.

## PROGETTO SPERIMENTALE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER PERSONE CON DEMENZA E LORO CAREGIVER: UN ANNO DI ESPERIENZA

Pelucchi Loris (a), Engaddi Ilaria (a), Clementi Susanna (b), Casati Ornella (c), Negri Chinaglia Cinzia (a)

(a) *III Unità Operativa Complessa Riabilitazione Alzheimer, Nucleo Alzheimer IDR San Carlo e Centro UVA ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio, Milano*

(b) *UO Complessa Fisiocinesiterapia e Riabilitazione ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio, Milano*

(c) *Struttura Semplice, Assistenza Domiciliare Integrata, ASL Città di Milano, Milano*

**Introduzione.** Il Pio Albergo Trivulzio (PAT) ha dal giugno 2012 affiancato alla rete di servizi, dedicata alla patologia, anche l'opzione domiciliare. Il PAT è inserito nel contesto territoriale caratterizzato dalla maggiore percentuale di popolazione >65 anni e dal più alto indice di vecchiaia (265,0% vs media ASL 190,5%). Il "Progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare per soggetti affetti da demenza" ha l'obiettivo di garantire nel *setting* domiciliare un intervento specialistico dedicato alla persona con demenza e del familiare *caregiver*.

**Metodi.** Si possono identificare 2 tipologie dei pazienti: 1) pazienti con demenza seguiti in UVA non più deambulanti e non più in grado di accedere al Servizio Ambulatoriale, o che sviluppano al domicilio gravi BPSD e stati confusionali acuti (*Delirium*) da richiedere un intervento ma per i quali non sia indicato il ricovero. 2) Pazienti rientrati al domicilio dopo adeguato periodo di ricovero nel Nucleo Riabilitativo. La presa in carico è finalizzata ad un adeguato reinserimento domiciliare e attivando la Terapista occupazionale agli interventi educazionali e di miglioramento delle strategie assistenziali del *caregiver*.

**Risultati.** Da giugno 2012 ad agosto 2013 sono stati fino ad ora presi in carico 40 pazienti, 31 (77,5%) dal Gruppo 1 e 9 (23,5%) dal Gruppo 2. Tipologia della demenza: M. Alzheimer: 26 (65%); Demenza Vascolare: 12 (30%); Demenza Corpi Lewy: 2 (5%). Gravità demenza: CDR medio: 2,79. MMSE medio: 8,38/30; ADL medio: 1,18/6 conservate; IADL medio: 0,29 /8 conservate; NPI medio: 29,85/144; CIRS medio: 12,45; Tinetti: 9,42. Prestazioni effettuate: Gruppo 1: la valutazione fisiatrica ha definito un Progetto Riabilitativo con intervento del fisioterapista in 18/31, della Terapista Occupazionale (TO) in 24/31, di entrambe le figure in 14/31, della logopedia in 7/31 e della logopedia e della dietista in 4/31 in casi di disfagia e malnutrizione, 3 *caregiver* sono stati presi in carico dalla psicologa per *counseling* e supporto. Gruppo 2: per 9 pazienti dimessi dal Nucleo Alzheimer Riabilitativo con importanti esigenze di nursing alle figure più specificatamente assistenziali (IP-OSS) si è affiancata la TO per consentire un intervento al domicilio per migliorare il senso di competenza dei *caregiver*.

**Conclusioni.** Il *setting* domiciliare risulta essere al momento il più critico e uno dei contesti in cui maggiormente emerge la richiesta di interventi da parte dei familiari. I dati di questo Progetto Sperimentale ci incoraggiano a proseguire la presa in carico dei pazienti con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza degli interventi e la qualità di vita dei pazienti e dei *caregiver*.

## **ASSOCIAZIONI CHE FANNO “RETE”: AMNESIA, ISTITUZIONI E CITTADINO PER LA PREVENZIONE DEL DEFICIT COGNITIVO**

Pirozzi Mariacarmina (a,b), Felaco Raffaele (b), Di Lorenzo Valentina (a), Aruta Chiara (a)

(a) *Associazione Malattie Neurodegenerative e Sindrome Alzheimer, Napoli*

(b) *ASL NA2 Nord, Napoli*

**Introduzione.** L'Associazione Malattie Neurodegenerative e Sindrome Alzheimer (AMNESIA) è promotrice di attività di prevenzione, cura e sostegno psicologico alla popolazione anziana affetta da deficit cognitivo. Opera sinergicamente con l'Unità di Valutazione Alzheimer dell'ASL NA2 Nord di Giugliano in Campania. L'associazione, promuovendo una rete di collaborazione tra istituzioni locali, le strutture sanitarie pubbliche e il cittadino ha l'obiettivo di favorire la prevenzione del deficit di memoria sugli anziani asintomatici.

**Metodo.** Il metodo utilizzato è la formazione. Essa è rivolta alla popolazione anziana asintomatica. Quest'ultima è stata reclutata attraverso il centro sociale comunale e i Medici di Medicina Generale del territorio. Il corso di formazione è stato articolato in 8 incontri di due ore ciascuno. È stato svolto nei mesi di giugno e luglio del 2012. I temi trattati sono stati: segni precoci di compromissione cognitiva, differenza tra invecchiamento cerebrale fisiologico e patologico, cambiamento di ruolo dell'anziano nella famiglia e implicazioni emotive.

**Risultati.** I dati riferiti al 2012, ci dicono che nel Comune di Villaricca su un totale di 29.982 abitanti ci sono 3.351 ultra-sessacinquenni con un indice di vecchiaia del 60,5%. Gli anziani presenti sul territorio utilizzano le strutture sanitarie attraverso i MMG quando una sintomatologia si palesa all'anziano o al familiare. Nel caso specifico della formazione condotta presso il Centro Sociale 40 anziani hanno partecipato al corso e 7 dei quali hanno contattato l'Unità di Valutazione Alzheimer per una visita di controllo.

**Conclusioni.** Gli anziani che hanno richiesto una visita specialistica sono stati 7. Ipotizziamo che in assenza del corso di formazione queste persone non si sarebbero rivolte ad un centro per le demenze poiché non avrebbero conosciuto le manifestazioni sintomatiche del deficit di memoria. Sono emerse delle criticità: la mancanza di integrazione e di scambio tra gli enti locali e le strutture sanitarie per la diffusione del progetto formativo e la tracciabilità di quanti anziani contattassero l'UVA di riferimento.



## STRATEGIE DI COPING E CAREGIVER'S BURDEN: RISULTATI DI UNO STUDIO PRELIMINARE SU CAREGIVER DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER

Podda Livia (a), Imbriano Letizia (a), Rendace Lidia (a), Lucchese Franco (b), Campanelli Alessandra (a), D'Antonio Fabrizia (a), Trebbastoni Alessandro (a), De Lena Carlo (a)

(a) Centro Disturbi della Memoria, Unità Valutativa Alzheimer UVA, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza, Università di Roma, Roma

(b) Dipartimento di Psicologia, Sapienza, Università di Roma, Roma

**Introduzione.** Il costrutto di *caregiver's burden* fa riferimento a un complesso di reazioni negative derivanti dall'assistenza e, spesso, dalla convivenza con un familiare gravemente malato. Il concetto di *coping*, si riferisce alle modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti. Numerosi studi hanno indagato l'uso di strategie di *coping* disfunzionale come fattore predittivo di un più elevato livello di stress del *caregiver*. Scopo del presente lavoro è valutare le strategie di *coping* in relazione al livello di *burden* e ai sintomi psicopatologici nei *caregiver* di pazienti con diagnosi di Malattia di Alzheimer (MA).

**Metodi.** Sono stati arruolati 100 *caregiver* di pazienti con diagnosi di MA ai quali è stato somministrato un questionario per la raccolta dei dati demografici. Sono state inoltre somministrate le seguenti scale: *Caregiver Burden Inventory* (CBI), *Zarit Burden Interview*, *Beck Depression Inventory* (BDI), *State Trait Anxiety Index* forma Y1 e Y2 (STAI Y1 e Y2); *Syntome Checklist 90* (SCL90); *Coping Orientation to Problem Experienced*-Nuova versione italiana (COPE-NVI). I risultati ottenuti sono stati confrontati con i punteggi ottenuti dai pazienti al *Mini Mental State Examination* (MMSE) e nelle scale per la valutazione delle autonomie (ADL IADL).

**Risultati.** Sono stati analizzati i dati di 58 *caregiver* che hanno completato i questionari (17♂, 41♀; età media:61,5; scolarità media:10,8; 30 coniugi, 25 figli e 3 classificati come "altro"; 38 conviventi). È emersa una correlazione negativa ( $r=0,30$ ) tra CBI e IADL; una correlazione positiva tra CBI e, rispettivamente, BDI ( $r=0,47$ ), STAI Y1 ( $r=0,65$ ) e Y2 ( $r=0,41$ ) e SCL90 ( $r=0,61$ ). Dall'analisi del COPE-NVI è emerso che la presenza di sintomi psicopatologici non è legata all'utilizzo di una strategia di *coping* specifica. Inoltre, se una strategia di orientamento trascendente ( $p=0,09$ ) viene scelta prevalentemente dai coniugi, quella basata sul sostegno sociale ( $p=0,04$ ) viene prediletta dai figli.

**Conclusioni.** I risultati del nostro studio mostrano che l'utilizzo di determinate strategie di *coping* non è legato al livello di *burden* sperimentato dai *caregiver*. È emersa inoltre una tendenza ad adottare strategie di *coping* poco adattative e funzionali per la riduzione dello stress. Questa tendenza, fornisce indicazioni sulla possibilità di creare interventi mirati sulle strategie di *coping*. Sarebbe auspicabile la messa in atto di programmi psico-educazionali che consentano di incrementare l'utilizzo di strategie di orientamento al problema al fine di proteggere i *caregiver* dal disagio psicologico attenuando il livello di *burden* sperimentato.

# COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI E DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI VOLONTÀ PER I PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER: OPINIONI DI UN CAMPIONE DI CITTADINI BRESCIANI

Riva Maddalena

*Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi, Brescia*

**Introduzione.** La ricerca sulla Malattia di Alzheimer è caratterizzata da una crescente asimmetria tra la modesta efficacia delle terapie disponibili e l'attuale possibilità di formulare una diagnosi sempre più precocemente lungo il naturale decorso di malattia. Questa situazione complessa solleva numerose problematiche e questioni etiche a proposito della comunicazione della diagnosi e della necessità del paziente di pianificare il proprio futuro, quando ancora si trova nelle condizioni di prendere delle decisioni ponderate. L'obiettivo di questo studio è di determinare come i principali fattori socio-demografici e l'esperienza di *caregiving* influenzino le opinioni della popolazione a riguardo delle principali questioni etiche in ambito di malattia di Alzheimer, in un campione di cittadini italiani.

**Metodi.** Un questionario strutturato è stato somministrato a 1.111 cittadini afferenti a diversi servizi ambulatoriali degli Spedali Civili di Brescia. Attraverso domande a risposta chiusa sono state sondate le opinioni della popolazione riguardanti la comunicazione della diagnosi di Alzheimer nella prospettiva del paziente e del familiare, nonché l'utilità della dichiarazione anticipata del paziente riguardo alle cure farmacologiche e non.

**Risultati.** L'83% del campione desidererebbe che gli fosse comunicata la diagnosi di malattia di Alzheimer senza reticenze da parte del curante qualora ne venisse colpito, seppur in assenza di terapie disponibili. Le donne ( $p < 0,05$ ) ed i *caregiver* ( $p < 0,001$ ) risultano significativamente meno inclini a voler comunicare la diagnosi ad un proprio parente. Le motivazioni più frequentemente addotte a favore della comunicazione della diagnosi sono: la possibilità di pianificare in tempo un percorso di cura e assistenza, nonché la gestione di beni e finanze (49%), il diritto del paziente a conoscere la diagnosi (42%), il dovere del medico di comunicare la diagnosi (9%). Sebbene in Italia manchi una legislazione specifica a riguardo, l'81% del campione si dichiara favorevole alla stesura di un testamento biologico, con un'adesione statisticamente maggiore tra i giovani dai 18 ai 40 anni, rispetto ai cittadini di un'età maggiore ai 65 anni ( $p < 0,05$ ). Meno di un terzo del campione esaminato (24%) conosce l'esistenza dell'amministratore di sostegno quale figura giuridica tutelante il malato di Alzheimer.

**Conclusioni.** La maggioranza dei partecipanti si dichiara a favore della comunicazione della diagnosi di malattia di Alzheimer per sé e per i propri cari. La popolazione riconosce l'utilità della stesura di una dichiarazione anticipata di volontà e della designazione di un amministratore di sostegno, sebbene tali iniziative siano poco diffuse.

## RIPRODUZIONE VISIVA DELLA WMS: UN TEST BREVE PER LA MEMORIA A LUNGO TERMINE PER PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER O MCI? TARATURA PRELIMINARE E CONSIDERAZIONI CRITICHE

Ruggeri Massimiliano (a), Jenner Carina (b)

(a) Centro Riabilitazione CAR, Roma

(b) Casa di Cura Villa Immacolata, Viterbo

**Introduzione.** La *Wechsler Memory Scale* (WMS), largamente impiegata a livello internazionale, ma quasi assente nella neuropsicologia italiana, contiene alcune brillanti prove per la valutazione della memoria, molto note ed utilizzate in Italia. Il subtest della Riproduzione Visiva della WMS invece non ha mai ricevuto lo stesso interesse. Riteniamo quindi che questa prova possa essere maggiormente utilizzata come test breve di *screening* per il deficit mnesico in pazienti con Demenza di Alzheimer (AD) lieve o *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Questo lavoro consiste in una taratura preliminare della Riproduzione Visiva della WMS, con l'aggiunta di una prova differita, su un piccolo campione di 55 soggetti.

**Metodi.** Sono state impiegate le 3 tavole del subtest Riproduzione Visiva della WMS, con la seguente procedura: esposizione per 10 sec dello stimolo - riproduzione immediata - riproduzione differita dopo 10 minuti. Lo *scoring* prevede un punteggio di 0, 1, 2 per ogni figura sulla base della presenza ed accuratezza degli elementi delle figure, ottenendo 3 punteggi: Riproduzione Immediata (RI) (*range* 0-8), Riproduzione Differita (RD) (0-8), Punteggio Totale (PT) (0-16). Le prove sono state somministrate ad un campione di 55 soggetti di controllo, (10 M, 45 F; età 41-90; scolarità 5-17 anni), suddiviso in due classi di età (41-65 e 66-90) e due classi di scolarità (5-8 e 13-17). Per ognuno dei quattro gruppi di soggetti sono state calcolate le Medie e le Deviazioni Standard dei 3 punteggi. Sul campione intero sono stati calcolati inoltre i 5° e 10° Ranghi Percentili (RP).

**Risultati.** Nell'intero campione sono stati rilevati i seguenti valori: RI (5,2±2; RP 5°=2; RP 10°=2); RD (4,1±2,2; RP 5°=1; RP 10°=1); PT (9,3±4; RP 5°=3; RP 10°=4). I punteggi *cut-off* considerati clinicamente significativi sono pari a <1 ds e RP 5°.

**Conclusioni.** Il campione mostra un'elevata varianza delle *performance* ed un precoce declino età-correlato delle funzioni grafomotorie nelle prove prassico-costruttive. Tali riscontri determinano nei punteggi *cut-off* un "effetto pavimento" che inficia la sensibilità della prova. Il Punteggio Totale invece, avendo un *range* più ampio (0-16), consente di ovviare in parte a questo limite. Dal punto di vista qualitativo, abbiamo riscontrato una caduta selettiva nella riproduzione della 3° figura (che contiene due stimoli) nei soggetti con disturbi di memoria, per probabili limiti di *working memory* e sensibilità all'interferenza. I punteggi normativi ottenuti devono essere utilizzate con cautela; queste norme preliminari (RI) possono comunque fornire al clinico uno strumento utile e rapido per lo *screening* del deficit di memoria in pazienti con AD o MCI, indicato anche per quei pazienti con deficit afasici non valutabili con test di memoria verbale. Il nostro studio pilota ha confermato le evidenze di una modesta attendibilità della prova come test psicometrico, e come Lezak suggeriva a proposito del Test: "However, it is not a test of visuospatial learning, and should neither be confused with one nor used as one".

## **ESERCIZIARIO-ALLENAMENTO: UNO STRUMENTO UTILE PER IL POTENZIAMENTO DELLE FUNZIONI COGNITIVE IN PAZIENTI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E/O LIEVE DETERIORAMENTO COGNITIVO**

Sandri Giulia, Raimondi Vanessa, Menini Sarah, Buffone Ebba  
*Unità Operativa di Neurologia, ULSS 22, Ospedale Orlandi di Bussolengo, Verona*

**Introduzione.** Alcuni studi evidenziano il ruolo preventivo dell'attivazione cognitiva all'instaurarsi di quadri dementigeni. I dati presenti in letteratura riportano un beneficio dei *training* neuropsicologici in pazienti con *Mild cognitive impairment* (MCI) e iniziale deterioramento cognitivo. Da 4 anni il Servizio di Neuropsicologia dell'Ospedale Orlandi di Bussolengo (VR) organizza *training* cognitivi denominati AllenaMente. Nel 2012 è stato creato un Eserciziario al fine di far proseguire a domicilio l'attività cognitiva tramite esercizi simili a quelli proposti in ospedale. Nel presente lavoro intendiamo testare la validità dell'utilizzo di questo eserciziario.

**Metodi.** Sono stati reclutati due gruppi di persone: uno con diagnosi di MCI (gruppo A) composto da 18 soggetti con età media di 73 anni e scolarità media di 6 anni e l'altro con diagnosi di Iniziale decadimento cognitivo (gruppo B) composto da 15 soggetti con età media di 76 anni e scolarità media di 6 anni. Entrambi i gruppi sono stati suddivisi in gruppo-controllo (*training standard*) e gruppo-sperimentale (*training standard* più utilizzo dell'eserciziario) comparabili per età e scolarità. I soggetti sono stati testati individualmente prima dell'inizio del *training* e a fine *training* con il *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). Sia il gruppo di controllo che il gruppo sperimentale hanno svolto settimanalmente attività di stimolazione cognitiva per un totale di 9 incontri (*training standard*). Il *training* consisteva in esercizi di memoria, attenzione, linguaggio e funzioni esecutive creati *ad hoc* e proposti in base al grado di difficoltà. Al gruppo sperimentale è stato, inoltre, consegnato l'Eserciziario AllenaMente. Alla fine di ogni sessione di lavoro venivano assegnati ai pazienti del gruppo sperimentale dei "compiti" da svolgere a casa. I compiti venivano scelti tra gli esercizi dell'eserciziario in modo tale da proseguire l'attività svolta durante l'incontro ospedaliero.

**Risultati.** Nel gruppo A sperimentale si rileva un miglioramento significativo nel sottopunteggio del MOCA di memoria a breve termine ( $p=0,025$ ) e di memoria a lungo termine con cue semantico ( $p=0,026$ ); stabili i restanti punteggi. Nel gruppo B sperimentale si rileva un miglioramento nel punteggio totale del MOCA ( $p=0,044$ ) che passa da 15,6 a 17,3; stabili i restanti punteggi. I dati sono stati elaborati con statistica non parametrica Mann-Whitney.

**Conclusioni.** Sia in pazienti con MCI, che in pazienti con iniziale deterioramento cognitivo, l'Eserciziario è risultato uno strumento utile per estendere l'efficacia del *training* cognitivo al di fuori dell'ora settimanale di riabilitazione e, verosimilmente, per incrementarne l'effetto.

## CENTRO DIURNO ALZHEIMER “ATTIVAMENTE”

Scala Giovanni

Unità Operativa Complessa Geriatria Day Hospital, Ospedale S. Eugenio, ASL RMC, Roma

**Introduzione.** Dal 2006, dopo un accordo di programma ASL RMC - Comune di Roma, è attivo nel Municipio IX il Centro Diurno Attivamente, differenziato nelle due unità: Anziani fragili e Alzheimer, al fine di poter raccogliere le richieste di aiuto a fronte di situazioni socio-sanitarie familiari sempre più critiche e problematiche.

**Metodi.** L'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) dell'Ospedale S. Eugenio ha garantito la casistica selezionata, la valutazione multidimensionale geriatrica, ed il *follow-up*. *Outcomes* del CDA sono rappresentati dalla riduzione dello stress dei familiari e delle logiche “espulsive”, e dal contenimento dei disturbi del comportamento del paziente.

**Risultati.** Sono stati valutati gli inserimenti di 28 utenti per il centro diurno Alzheimer e di 19 per l'unità anziani fragili. A tutti i nuovi soggetti è stata data l'opportunità di frequentare il CDA curando in particolar modo l'inserimento iniziale che avviene in modo progressivo, l'utente e il *caregiver* vengono affiancati nelle prime fasi da un operatore che ne cura la familiarizzazione con l'ambiente e gli altri ospiti della struttura. Per ognuno si provvede a compilare un piano di intervento individuale che viene condiviso con la famiglia e con l'utente (se possibile), tale piano viene poi verificato trimestralmente e ricalibrato tenendo presente l'evolversi della malattia. Di questi 28: per 6 l'inserimento non è andato a buon fine, quattro hanno cessato il progetto, e 18 hanno frequentato regolarmente il centro. Il totale degli utenti in carico al centro nell'Unità Alzheimer è stato di 44 unità, di cui 18 uomini e 26 donne. La verifica di efficacia è stata positiva, soprattutto per il contenimento dei disturbi psicocomportamentali e dello stress del *caregiver*.

**Conclusioni.** Il CDA Attivamente si è specializzato nell'assistenza ai malati moderati/gravi poiché le famiglie richiedono questo tipo di servizio. L'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito della rete dei servizi dedicati al malato affetto da demenza consente di realizzare la continuità assistenziale e di migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari evitando il ricorso improprio ai servizi sanitari con conseguente spreco di risorse. Il lavoro comune di equipe fa sì che l'accoglienza dell'utente e del suo disagio trovino quasi sempre risposte adeguate. I dati finora ottenuti dimostrano l'effettiva utilità del Centro Diurno Alzheimer per la gestione dei pazienti affetti da demenza.

## INFORMAZIONE NELLA CURA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Scala Giovanni

Unità Operativa Complessa Geriatria Day Hospital, Ospedale S. Eugenio, ASL RMC,  
Roma

**Introduzione.** La malattia di Alzheimer si configura come problema non solo di natura sanitaria, ma con risvolti anche psicologici, sociali, economici ed etici, con necessità di sostenere la famiglia e i *caregiver*, fornendo idonee informazioni. Per ottimizzare i percorsi di cura è necessaria una costante opera nel fornire indicazioni sulla malattia, sui comportamenti da seguire, le figure a cui rivolgersi, dove trovare sostegno, i presidi cui fare riferimento sul Territorio.

**Metodi.** È stato prodotto un fascicolo tascabile, che ha riunito nella sua realizzazione le diverse figure professionali, opuscolo intitolato “Alzheimer - la persona e la famiglia: risposte semplici a domande complesse”, rivolto all’intero nucleo che ruota attorno alla “patologia demenza”. Le spiegazioni, i consigli e gli esercizi fisici sono corredati da una gamma di immagini per rendere più agevole la lettura, nonché spiegare meglio certi sintomi, specie quelli psichici, difficili da caratterizzare solo sul piano grammaticale. Vengono date inoltre informazioni medico-legali ed un elenco dei servizi territoriali, delle organizzazioni di volontariato, dei siti internet, con indirizzi, telefoni, orari di apertura.

**Risultati.** Il fascicolo è stato stampato in una iniziale tiratura di circa 800 copie e distribuito gratuitamente ai familiari/*caregiver* dei pazienti che accedono agli ambulatori e al DH Geriatria, in esso vengono spiegate le problematiche di una persona affetta da demenza, dall’esordio alle fasi avanzate, esaminati i vari servizi sanitari sul territorio e i ruoli dei vari professionisti. È stato accolto con favore sia dai familiari dei soggetti affetti da Alzheimer che dagli addetti specifici del settore psicogeriatrico.

**Conclusioni.** La famiglia rimane ancora il principale sostegno del paziente affetto da demenza, per cui è sempre necessaria una rete di supporti clinici, finanziari e di sostegno, ed una informazione chiara che educi all’assistenza. In questo senso l’opuscolo vuole porsi, accanto ai gruppi di sostegno, alle visite mediche ed alle varie consulenze, come ruolo complementare per non far sentire le persone affette da malattia di Alzheimer, le famiglie ed i *caregiver* “soli”, per un Territorio che sia più inclusivo anche di queste persone, senza discriminazioni.

## CONTRIBUTO DELL'UVA DELL'OSPEDALE S. EUGENIO NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Scala Giovanni, Monini Patrizia

*Unità Operativa Complessa Geriatria Day Hospital Ospedale S. Eugenio, ASL RMC, Roma*

**Introduzione.** Dal 2000, con l'attuazione del progetto CRONOS, è stata identificata dalla regione Lazio nell'Unità Operativa Complessa di Geriatria l'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) dell'ASL RMC, attività proseguita anche dopo la formale conclusione dello stesso nel 2003, con la funzione di monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei protocolli terapeutici per le demenze.

**Metodi.** Funzioni generali dell'UVA sono la diagnosi e tipizzazione della demenza, il progetto di cura, il coordinamento dei servizi ospedale-territorio, banca dati e attività di ricerca. Il *Day Hospital* Geriatrico è la struttura più adeguata per l'assistenza clinica a tali malati, in quanto offre la tecnologia e gli strumenti diagnostici terapeutici necessari, in un ambiente idoneo con una accoglienza agevole e dignitosa, limitata nel tempo, e senza allontanare il soggetto dal domicilio. L'Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera segnala i pazienti afferenti all'UOC Geriatria (reparto, ambulatori, consulenze) con deficit neuropsicologici.

**Risultati.** Nel corso dell'anno sono state effettuate 1.929 visite geriatriche ambulatoriali, e di queste 817 sono riconducibili specificatamente alla demenza (codice AP1.17), anche se data l'alta richiesta i pazienti con tale patologia spesso refluiscono anche nelle altre tipologie di visite previste. Sono inoltre state effettuate 898 valutazioni neuropsicologiche di II livello, 84 valutazioni per l'inserimento presso i Centri Diurni Alzheimer Tre Fontane e Attivamente, 338 ricoveri in *Day Hospital* tra i quali 171 hanno come diagnosi principale la demenza e 33 come secondaria per un totale di 204 pazienti (60,35%).

**Conclusioni.** La nostra unità demenze presenta criticità, esistenti ormai da oltre tre anni, e condivise da altri centri. La lunga lista d'attesa è un preoccupante problema etico, anche perché si arriva al primo trattamento dei pazienti con un forte ritardo. Quindi per poter rispondere alle esigenze sempre crescenti della popolazione si è istituita un'agenda di prenotazione interna per la prescrizione dei farmaci anticolinesterasici (Piani Terapeutici) e degli antipsicotici atipici (secondo le indicazioni regionali), e sono stati ratificati nel corso del 2011/2012 protocolli d'intesa con geriatri e neurologi che agiscono nell'ASL RMC, considerando anche la necessità di una proiezione al domicilio per quei soggetti che non sono più in grado di uscire di casa. Non avere centri specialistici dedicati esclusivamente a questa tipologia di pazienti si riflette sulla discontinuità assistenziale, con uno spezzettamento della rete, e con un paziente e la sua famiglia che possono non essere adeguatamente seguiti in tutto il percorso della malattia: diagnosi, trattamento, ma anche assistenza e supporto psico-sociale. Auspichiamo che si traduca in realtà pratica quello che da tanti anni rimane un progetto teorico.





## INDICE DEGLI AUTORI

Alari Guendalina .....	57	Cazzari Elena .....	51
Albanese Paolo .....	23; 44	Cecchella Sergio .....	40; 43
Aleotti Federica .....	40; 43	Cester Alberto .....	23; 44
Amici Serena .....	39	Chattat Rabih .....	21
Anfossi Maria .....	45	Checco Jessica .....	23; 44
Angius Valentina .....	57	Chico Lucia .....	5
Antenucci Sara .....	34	Cittadino Lucia .....	47
Aruta Chiara .....	62	Clementi Susanna .....	61
Attaianese Fulvia .....	20	Clerici Francesca .....	3
Bagaglia Carlotta .....	28	Clodomiro Alessandra .....	45
Bagnasco Michele .....	40	Coccione Antonella .....	34
Baroni Marta .....	4	Colao Rosanna .....	33; 45; 47
Bartorelli Luisa .....	20	Confaloni Annamaria .....	12
Basso Cristina .....	51	Conidi Maria Elena .....	45
Becchi Maura .....	40	Cotroneo Antonio Maria .....	15
Bernardi Livia .....	45	Cozzi Federica .....	51
Bernini Sara .....	30	Crestini Alessio .....	12
Bianco Maria Teresa .....	54; 55	Criscuolo Vittoria .....	29
Boccardo Mauro .....	20	Cupidi Chiara .....	45
Boiardi Roberta .....	40; 43	Curcio Sabrina Anna Maria .....	45; 46; 47
Bonanseà Alessandro .....	29	Cutolo Serena .....	59
Bonelli Giovanni .....	19	Cuzzoni Maria Giovanna .....	30
Bono Giorgio .....	30	D'Alterio Vittorio .....	59
Bonuccelli Ubaldo .....	5	D'Antonio Fabrizia .....	53; 63
Borgia Lucia .....	52	Daddario Arianna .....	23; 44
Boschi Stefania .....	54	Dattilo Teresa .....	46; 47
Brea Francesca .....	51	De Fazio Pasquale .....	46
Bruni Amalia Cecilia .....	4; 33; 45; 46; 47	De Lena Carlo .....	53; 63
Bruno Giuseppe .....	12	De Luca Maria Luisa .....	48
Bruno Patrizia .....	50	De Rosa Giuliana .....	50
Buffone Ebba .....	66	De Vito Ornella .....	46; 47
Busonera Flavio .....	23; 44	De Vreese Luc .....	48
Campanelli Alessandra .....	53; 63	Di Lorenzo Raffaele .....	33; 47
Canevelli Marco .....	12	Di Lorenzo Valentina .....	62
Caratozzolo Salvatore .....	41	Engaddi Ilaria .....	61
Cardarelli Maria .....	57	Ercolani Sara .....	4
Carlesi Cecilia .....	5	Fabbo Andrea .....	6; 13; 15; 21; 48
Casati Ornella .....	61	Falorni Irene .....	5
Castagna Alberto .....	15; 48	Fasanelli Roberto .....	49
Castaldo Angelo .....	31	Favaretto Elisa .....	51
Castellini Paola .....	40; 43	Felaco Raffaele .....	62
Castro Giuseppe Maria .....	42	Ferrari Arianna .....	51

Ferretti Sandra.....	34	Mirabelli Maria.....	46; 47
Fiata Manuela.....	57	Mombelli Giulia.....	41
Fontana Giorgio.....	6; 13	Monini Patrizia.....	69
Formilan Marino.....	23; 44	Monzani Martina.....	6; 21
Franceschetto Antonella.....	13	Morini Goretta.....	39
Francione Marco.....	50	Musella Caterina.....	31; 49; 58; 59; 60
Francone Caterina.....	50	Musicco Massimo.....	4
Frangipane Francesca.....	45; 47	Negri Chinaglia Cinzia.....	61
Furlan Pier Maria.....	29	Nello Rossella.....	49
Galiberti Sara.....	19	Neri Mirco.....	6; 13; 21
Gallo Federica.....	29	Neviani Francesca.....	6; 13; 21
Gallo Maura.....	45	Novelli Alessio.....	5
Gareri Pietro.....	15; 47	Nuccetelli Francesco.....	34
Gaspari Giuliana.....	40	Nuzzo Anna.....	60
Genesia Maria Luisa.....	29	Onorato Valentina.....	29
Ghicopulos Irene.....	5	Padovani Alessandro.....	41
Giampietro Chiara.....	51	Palomba Carmela.....	49
Gianelli Maria Vittoria.....	58	Pellitta Antonella.....	13
Giarelli Guido.....	47	Pelucchi Loris.....	61
Gottardi Federica.....	41	Pennatini Miriam.....	34
Granturco Concetta.....	46	Petrozzi Lucia.....	5
Guerzoni Valentina.....	13	Piccinocchi Gaetano.....	31
Gusciglio Francesca Anna.....	57	Piccoli Tommaso.....	45
Iannizzi Pamela.....	52	Pierantozzi Elisa.....	19
Iavarone Alessandro.....	31; 58; 60	Pinna Silvia.....	57
Imbriano Letizia.....	53; 63	Pirani Alessandro.....	6; 21
Jenner Carina.....	65	Pirozzi Mariacarmina.....	62
Lacava Roberto.....	15	Piscopo Paola.....	12
Laudisio Carolina.....	54; 55	Pocchiari Maurizio.....	11
Lenzi Gian Luigi.....	12	Podda Livia.....	53; 63
Leonardi Tamara.....	39	Polcri Chiara.....	28
Lofrese Valentina.....	57	Poletti Monica.....	43
Longo Annalisa.....	4	Postiglione Alfredo.....	60
Lucchese Franco.....	53; 63	Puccio Gianfranco.....	33; 45; 47
Magro Valerio Massimo.....	56	Puccio Vincenzo.....	47
Maletta Raffaele.....	33; 45; 47	Ragni Silvia.....	20
Mammi Lucia.....	57	Raimondi Vanessa.....	66
Marchesi Cristina.....	48	Ramonda Evelin.....	29
Marcucci Paola.....	19	Raschetti Roberto.....	27
Marianetti Massimo.....	57	Realmuto Sabrina.....	45
Martini Emilio.....	6; 13	Rendace Lidia.....	53; 63
Mauri Marco.....	30	Riccò Daniela.....	40; 43
Mecocci Patrizia.....	4	Riva Maddalena.....	41; 64
Melaranci Agnese.....	57	Rocca Maurizio.....	47
Menini Sarah.....	66	Rocchi Marco Bruno Luigi.....	6; 13; 21
Michielin Paolo.....	23; 44	Rossi Marco.....	55

Rozzini Luca .....	41	Tognoni Gloria.....	5
Ruberto Carmen .....	15	Toschi Andrea.....	15
Ruggeri Massimiliano .....	65	Tosto Giuseppe .....	12
Sandri Giulia .....	66	Trebbastoni Alessandro .....	53; 63
Scala Giovanni .....	67; 68; 69	Trequattrini Alberto .....	39
Schettini Bruno.....	60	Troili Fernanda .....	12
Segura Garcia Cristina .....	46	Vanacore Nicola .....	12
Sensi Francesca.....	34	Vecchione Nunzia.....	31; 49; 58; 60
Sgarbi Cinzia.....	21	Venuti Angelo.....	57
Siciliano Gabriele.....	5	Venuti Silvio .....	29
Simonetti Marco.....	47	Vignali Emanuele .....	52
Sinforiani Elena.....	30	Volpi Leda .....	5
Smirne Nicoletta.....	4; 33; 47	Zampieri Manuela.....	51
Spadoni Laura .....	39	Zanalda Enrico .....	29
Spanò Andrea.....	15	Zanobini Francesco .....	19
Talarico Giuseppina .....	12	Zucchella Chiara .....	30
Tessari Annalisa .....	23; 44		

*Stampato da Ugo Quintily SpA  
Viale Enrico Ortolani 149/151, 00125 Roma*

*Roma, ottobre-dicembre 2013 (n.4) 5° Suppl.*