

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

8° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 7 novembre 2014

**RIASSUNTI**

A cura di  
Alessandra Di Pucchio, Gabriella Badoni, Simonetta Crateri,  
Giuseppina Iantosca e Nicola Vanacore  
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

Istituto Superiore di Sanità

**8° Convegno. Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 7 novembre 2014. Riassunti.**

A cura di Alessandra Di Pucchio, Gabriella Badoni, Simonetta Crateri, Giuseppina Iantosca e Nicola Vanacore.

2014, vii, 71 p.

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

**8<sup>th</sup> Congress. The impact of Alzheimer Disease Units in the management of patients affected by dementia. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 7<sup>th</sup>, 2014. Abstract book.**

Edited by Alessandra Di Pucchio, Gabriella Badoni, Simonetta Crateri, Giuseppina Iantosca, and Nicola Vanacore.

2014, vii, 71 p. (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: [nicola.vanacore@iss.it](mailto:nicola.vanacore@iss.it)

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

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM

---

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

© Istituto Superiore di Sanità 2014  
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

## INDICE

<b>Programma</b> .....	iii
<b>Note per la consultazione</b> .....	vii
<b>Prima sessione</b>	
Aspetti epidemiologici e diagnostici (I parte) .....	1
Aspetti epidemiologici e diagnostici (II parte) .....	9
<b>Seconda sessione</b>	
Approccio clinico e terapeutico .....	17
<b>Terza sessione</b>	
Gestione integrata .....	23
<b>Poster</b> .....	35
<b>Indice degli autori</b> .....	69



## PROGRAMMA

8.15 Registrazione dei partecipanti

8.45 Saluto di benvenuto  
**Stefania Salmaso**  
Direttore del CNESPS

9.00 Presentazione del Convegno  
**Nicola Vanacore**

### Prima sessione

#### ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI (I PARTE)

*Coordinatore: G. Traversa*

9.15 *Malattie neurodegenerative e tumori: dall'epidemiologia alle ipotesi eziopatologiche*  
**M. Musicco**

9.45 *I biomarcatori liquorali nell'Atrofia Corticale Posteriore e nell'Afasia Logopenica*  
**G. Magnani**

10.05 *La valutazione neuropsicologica come misura chiave per la diagnosi precoce del Disturbo Neuro Cognitivo: l'esperienza della Regione Piemonte*  
**E. Ramonda**

10.25 *Studio sulla capacità decisionale in relazione all'abilità di scrittura e di firma in soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment e da demenza*  
**M. Renier**

#### ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI (II PARTE)

*Coordinatore: F. Clerici*

10.45 *Il Piano Nazionale Demenze*  
**T. Di Fiandra**

11.15 *Dalla survey dei servizi dedicati all'Osservatorio delle Demenze*  
**A. Di Pucchio**

- 11.35 *Predire la velocità di progressione cognitiva nella malattia di Alzheimer: i dati dello studio ICTUS*  
**M. Canevelli**
- 11.55 *Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT): studio di validità di costruito in soggetti con disturbo di memoria*  
**R. Ghiretti**
- 12.15 *MMSE: istruzione per l'uso*  
**V. Laganà**
- 12.35 *Discussione*
- 12.45 *Lunch e discussione poster*

## **Seconda sessione**

### **APPROCCIO CLINICO E TERAPEUTICO**

*Coordinatore: G. Bruno*

- 13.45 *Il carico cognitivo anticolinergico nella coorte dello studio REMIND (REte Milanese INtegrata per le Demenze): studio cross-sectional in soggetti anziani con sintomi cognitivi*  
**G. Grande**
- 14.05 *Nuovi biomarcatori ematici per la demenza di Alzheimer*  
**A. Confaloni**
- 14.25 *Bisogni e burden dei caregiver di pazienti con demenza: indagine nel territorio milanese*  
**S. Passoni**
- 14.45 *Pre-Stroke Demenza: caratteristiche, variabili cliniche e outcome primari*  
**S. Caratozzolo**

### **Terza sessione**

#### **GESTIONE INTEGRATA**

*Coordinatore: N. Vanacore*

- 15.05 *Un viaggio nel pianeta delle demenze*  
**M. Farina**
- 15.35 *PDTA dedicato alle Demenze nella ASL di Brescia: stimoli, sviluppi e prospettive*  
**F. Podavitte**
- 16.05 *La gestione integrata delle demenze nelle cure primarie:  
analisi dell'appropriatezza del "progetto disturbi cognitivi"  
in un distretto dell'AUSL di Modena*  
**A. Fabbo**
- 16.25 *ASL di Biella: dall'UVA al Centro della Memoria. Una gestione integrata*  
**E. Ortone**
- 16.45 *Lo spazio a supporto del benessere bio-psico-sociale:  
il Centro Diurno "Margherita" di Fano*  
**G. Darvo**
- 17.05 *Analisi retrospettiva dei pazienti presi in carico per l'assistenza domiciliare  
integrata per persone con demenza e loro caregiver*  
**L. Pelucchi**
- 17.25 *Il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale integrato per l'assistenza alle  
Demenze nella ASL Roma D: punti di forza e di debolezza*  
**G. Mancini**
- 17.45 Discussione generale
- 18.00 Chiusura del Convegno



## **NOTE PER LA CONSULTAZIONE**

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract presentati al 8° 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**  
**e diagnostici (I parte)**

*Coordinatore*  
Giuseppe Traversa



## **MALATTIE NEURODEGENERATIVE E TUMORI: DALL'EPIDEMIOLOGIA ALLE IPOTESI EZIOPATOLOGICHE**

Massimo Musicco

*Istituto di Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Segrate, Milano;  
Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Santa Lucia, Roma*

Le malattie neurodegenerative e i tumori sono malattie la cui frequenza aumenta esponenzialmente con l'età. Si può pertanto ipotizzare che costituiscano una manifestazione dell'invecchiamento e che in particolare siano una caratteristica dell'inevitabile fenomeno negativo che caratterizza le età anziane e cioè della "senescenza". La neurodegenerazione si caratterizza come un fenomeno di senescenza cellulare che conduce a morte i neuroni attraverso un processo apoptotico. Il tumore è caratterizzato invece da un processo di replicazione cellulare che non è più controllato da alcuni meccanismi di controllo tra cui uno dei principali è proprio quello della induzione di un processo di senescenza cellulare della cellula tumorale stessa. In questo senso il cancro e l'invecchiamento sono stati definiti. L'esistenza di una possibile competizione fra tumori e neurodegenerazione comincia ad avere evidenze epidemiologiche sempre più consistenti. Numerosi studi che datano a partire dagli anni sessanta hanno ripetutamente osservato che l'incidenza di tumore nelle persone con malattia di Parkinson è ridotta rispetto a quella osservata nella popolazione generale. Studi recenti hanno evidenziato un'analogia relazione inversa di occorrenza anche per la malattia di Alzheimer che, nell'anziano, è la più frequente malattia neurodegenerativa. In particolare è stato condotto in Italia uno studio basato sul Sistema Informativo Sanitario della regione Lombardia che, su una popolazione di circa un milione di abitanti di una ASL, ha messo in evidenza che, a partire dai 65 anni, il rischio di malattia di Alzheimer era dimezzato nelle persone con tumore. Di contro il rischio di tumore era ridotto di oltre un terzo nelle persone con malattia di Alzheimer. Questo rapporto inverso di occorrenza sembra, almeno per la malattia di Parkinson avere cause genetiche. Infatti uno studio su famigliari di persone con malattia di Parkinson ha evidenziato una ridotta occorrenza di tumore. L'interpretazione di queste evidenze epidemiologiche in termini biologici appare complessa ma una possibile spiegazione potrebbe essere che esistono due modalità differenti e in competizione di manifestarsi della senescenza rappresentate appunto da cancro e neurodegenerazione. Ancora più complesso è poi spiegarsi perché il nostro patrimonio genetico conservi geni che determinano un fenomeno negativo come la senescenza che si conclude e determina la nostra morte. Questi geni infatti dovrebbero essere stati eliminati attraverso una selezione negativa nel corso della nostra evoluzione. Alcune teorie sull'invecchiamento che fanno riferimento all'esistenza di geni pleiotropici potrebbero spiegare sia il fenomeno della senescenza che il rapporto inverso fra tumori e neurodegenerazione. In generale però il possibile paradigma emergente di considerare unitariamente tumori e neurodegenerazione come manifestazioni dell'unico processo della senescenza umana apre interessanti e promettenti prospettive di studio e ricerca con potenziali rilevanti ricadute per la salute dell'uomo.

## BIOMARCATORI LIQUORALI NELL'ATROFIA CORTICALE POSTERIORE E NELL'AFASIA LOGOPENICA

Magnani Giuseppe (a), Santangelo Roberto (a), Coppi Elisabetta (a), Ferrari Laura (a), Pinto Patrizia (b), Passerini Gabriella (c), Comi Giancarlo (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ospedale San Raffaele, Milano*

(b) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo*

(c) *Laboraf, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano*

**Introduzione.** Evidenze sempre crescenti hanno dimostrato come l'afasia logopenica (lv-PPA) e l'atrofia corticale posteriore (PCA), rare patologie neurodegenerative, condividano le alterazioni patogenetiche della malattia di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*). La lv-PPA coinvolge primariamente il linguaggio e si caratterizza per difficoltà nel reperire "la singola" parola e nel ripetere frasi lunghe, mentre la comprensione e l'articolazione delle parole sono preservate. La PCA si caratterizza per un'atrofia progressiva delle regioni cerebrali posteriori con interessamento delle abilità visuo-spaziali, associate spesso a digrafia, discalculia, prosopagnosia. I marcatori liquorali beta amiloide 1-42 (A $\beta$ 42), proteina tau (tau) e tau fosforilata sulla treonina 181 (p-tau), spesso patologici in pazienti AD, potrebbero rivelarsi un utile strumento anche nella diagnosi di queste rare varianti.

**Metodi.** Abbiamo misurato le concentrazioni dei tre marcatori liquorali in un gruppo di 14 pazienti con lvPPA e 9 pazienti con PCA. Abbiamo inoltre confrontato i valori dei pazienti lv PPA con quelli di pazienti affetti da altro tipo di afasia primaria progressiva: 9 con variante non fluente (nfv-PPA) e 5 con variante semantica (sv-PPA) e con un campione di 72 soggetti con diagnosi di "AD tipico". Le misurazioni sono state effettuate con kits ELISA (Innogenetics, Ghent).

**Risultati.** Le concentrazioni di A $\beta$ 42, tau e p-tau sono significativamente differenti nei soggetti lv-PPA confrontati con nfv/sv PPA (media [ $\pm$  SD]): A $\beta$ 42 (350,64 [ $\pm$ 136,86]) vs (661,64 [ $\pm$ 251,35]) pg/mL, p=0,000; tau (631,21 [ $\pm$ 288,89]) vs (232,71 [ $\pm$ 147,32]) pg/mL, p=0,000; p-tau (101 [ $\pm$ 33,92]) vs (38,21 [ $\pm$ 10,32]) pg/mL, p=0,000; mentre sono di fatto sovrapponibili tra lv-PPA, PCA e "AD tipico": (media [ $\pm$  SD]): A $\beta$ 42 (350,64 [ $\pm$ 136,86]) vs (327,3 [ $\pm$ 126,1]) vs (334,87 [ $\pm$ 170,1]) pg/mL; tau (631,21 [ $\pm$ 288,89]) vs (567,7 [ $\pm$ 376,5]) vs (633,49 [ $\pm$ 375,87]) pg/mL; p-tau (101 [ $\pm$ 33,92]) vs (89,7 [ $\pm$ 30,9]) vs (99,94 [ $\pm$ 41,85]) pg/mL. Secondo i recenti criteri diagnostici per l'AD. 11 su 14 pazienti lv-PPA, 6 su 9 pazienti PCA e solo 1 su 14 pazienti nfv/sv PPA mostrano un profilo liquorale tipico per AD.

**Conclusioni.** I nostri dati, nonostante la numerosità dei campioni, sembrano confermare le recenti evidenze secondo cui la lv PPA e la PCA debbano considerarsi come varianti "atipiche" della malattia di Alzheimer. In questo senso i marcatori liquorali possono rivelarsi un utile strumento nel *work up* diagnostico di forme non classiche di decadimento cognitivo, offrendo, anche in questi casi, la possibilità di interventi terapeutici mirati.

## VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA COME MISURA CHIAVE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO NEURO COGNITIVO: ESPERIENZA DELLA REGIONE PIEMONTE

Bonansega Alessandro (a), Fantò Fausto(b), Farri Marina (c), De Mattei Marco (c), Barberis Guido (c), Leotta Daniela (d), Lopiano Leonardo (e), Rocca Paola (f), Tiranti Bruno (g), Venuti Silvio (h), Cappellero Barbara (d), Criscuolo Vittoria (b), Gallo Federica (i), Genesia Maria Luisa (g), Montanaro Elisa (e), Muzio Matteo (l), Onorato Valentina (c), Ramonda Evelin (i), Scalese Mara (f), Zanalda Enrico (m)

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

(b) Direzione Struttura Complessa Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino

(c) Direzione SC Psicologia, SC Neurologia, SC Geriatria, ASL TO 5, Torino

(d) Direzione Struttura Complessa Neurologia, Ospedale Martini, ASL TO 1, Torino

(e) Divisione Universitaria Neurologia, Struttura Complessa Neurologia 2U, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Torino

(f) Direzione SSCVD Coord. Ass. Psichiatrico, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Torino

(g) Direzione SS Psicologia, Ambulatorio Neuropsicologia, Ospedale Mauriziano, Torino

(h) Direzione Struttura Complessa Servizio Territoriale Continuità delle Cure UVA, ASL TO, Torino

(i) Struttura Complessa Psichiatria, Ambulatori Neuropsicologia ASL TO 3, Torino

(j) Ambulatorio Neuropsicologia, ASL Alessandria

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

**Introduzione.** Nella Regione Piemonte per l'anno 2014 (Det.n.102, Leg.9, Cod.sett. B2017) è stata programmata un'implementazione del Progetto Sperimentale "Diagnosi precoce della patologia di Alzheimer e delle demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica", per dare continuità e stabilizzazione, analizzando le attività neuropsicologiche presenti nell'ASR. Per approfondire il percorso diagnostico e terapeutico del paziente affetto da DNC, il gruppo di lavoro del PDTA-"Diagnosi precoce delle demenze" ha predisposto un questionario di raccolta rivolto alle 27 UVA distribuite sul territorio. Ciò per rendere operative antenne territoriali e ospedaliere di diagnosi precoce, anche a supporto alle specialità mediche di riferimento.

**Metodi.** Percorso del paziente: 1) *Screening* di un sospetto diagnostico presso MMG, attraverso *Symptoms Dementia Screener*; 2) Invio agli Ambulatori di Neuropsicologia per valutazione *baseline* e *follow-up*, attraverso colloquio clinico rivolto ai *caregiver* e al paziente, *screening* delle funzioni cognitive (MMSE, MoCA, SAGE), test dominio specifici (Test di Memoria di Prosa; Test 15 parole di Rey; *Digit Span*; FAB; Fluidità verbale; Matrici Attentive; *Trail Making*; 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 Stadiazione Demenza (CDR).

**Risultati.** Il numero complessivo di pazienti valutati è 8.790. Le UVA coinvolte sono: ASL TO3 e AO Ordine Mauriziano (5.105 pazienti e 1.701 *caregivers*; DNC Alzheimer 50%, parkinsonismi 15%, DNC vascolare 25%, altri DNC 10%), Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza (tot: 420 di cui DNC Alzheimer 50%, parkinsonismi 15%, DNC vascolare 25%, altri DNC 10%), ASL TO1 (tot: 953 di cui DNC Alzheimer 56%, parkinsonismi 33%, DNC vascolare 8%, altri DNC 3%), AOU S. Luigi Gonzaga (tot: 600 di cui DNC Alzheimer 60%, parkinsonismi 10%, DNC vascolare 20%, altri DNC 10%), ASL TO4 (tot: 1.012 di cui DNC Alzheimer 55%, parkinsonismi 5%, DNC vascolare 28%, altri DNC 22%), ASL Alessandria (tot: 700 di cui DNC Alzheimer 50%, DNC vascolare 40%, altri DNC 10%).

**Conclusioni.** In considerazione della quantità di pazienti e *caregivers* presi in carico nel periodo 2008-2014, è stato possibile incrementare il numero di Ambulatori di Neuropsicologia oltre il territorio dell'ASL TO3. Una migliore definizione degli strumenti testistici e della diagnosi differenziale ha permesso una riduzione dei ricoveri in psichiatria, un più opportuno invio verso la diagnostica strumentale e dell'utilizzo dei farmaci per il contenimento dei *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD), con conseguente abbattimento dei costi come previsto dai Piani di rientro regionali. Nel corso del lavoro di implementazione, ogni Ambulatorio potrà assumere nel tempo specifiche mansioni diagnostiche differenziate, sulla base delle diverse tipologie di DNC.

# STUDIO SULLA CAPACITÀ DECISIONALE IN RELAZIONE ALL'ABILITÀ DI SCRITTURA E DI FIRMA IN SOGGETTI AFFETTI DA MILD COGNITIVE IMPAIRMENT E DA DEMENZA

Renier Martina (a), Tessari Annalisa (a), Gnoato Francesca (b), Formilan Marino (a), Busonera Flavio (a), Albanese Paolo (a), Sartori Giuseppe (b), Cester Alberto (a)

(a) Centro per l'Invecchiamento Cerebrale, Dipartimento Medico, ULSS 13 di Mirano, Presidio Ospedaliero di Dolo, Venezia

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

**Introduzione.** In ambito forense il neuropsicologo può essere chiamato a stabilire se un individuo affetto da *Mild Cognitive Impairment* (MCI) o da demenza sia nelle condizioni di redigere un testamento o sottoscrivere un documento. Per esercitare tali diritti, la persona deve essere capace di prendere decisioni consapevoli e di sottoscriverle, mediante la propria firma. Nel caso specifico del testamento, inoltre, si deve esprimere la propria volontà per mezzo della scrittura olografa. Il nostro lavoro ha tentato di dare risposta ai seguenti quesiti: l'analisi della scrittura spontanea può dare indicazioni utili al neuropsicologo in merito alla capacità decisionale di colui che ha disposto testamento? La corretta esecuzione della firma che cosa garantisce?

**Metodo.** Sono stati reclutati 74 partecipanti affetti da MCI o da demenza iniziale e per ciascuno di essi sono stati raccolti: 2 campioni di firma (uno attuale ed uno eseguito in passato); 1 campione di scrittura spontanea. A ciascun paziente è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici per valutare le abilità cognitive coinvolte nel *decision making* (attenzione, memoria di lavoro, funzioni esecutive).

**Risultati.** Dai risultati emerge una relazione tra il punteggio al *Mini Mental State Examination* (MMSE), ovvero il grado di deterioramento cognitivo, e la lunghezza e leggibilità dei brani prodotti. È emersa inoltre una correlazione tra il punteggio al MMSE e il numero di errori riscontrati nella scrittura; tuttavia, tale legame non appare lineare come atteso. Non è stata trovata una correlazione significativa tra l'abilità di firma e il punteggio al MMSE, né tra l'abilità di firma e la capacità di scrittura. Per quanto riguarda la relazione tra scrittura spontanea e capacità decisionale, sono emerse numerose correlazioni significative.

**Conclusioni.** Il neuropsicologo chiamato a valutare la capacità decisionale, in maniera diretta o indiretta, deve servirsi di strumenti di valutazione specifici per le componenti cognitive coinvolte nel *decision making*, poiché non è sufficientemente affidabile fare riferimento a strumenti ideati per misurare il livello cognitivo globale. Per quanto riguarda la firma, i risultati dello studio impongono cautela nell'attribuire validità alla firma di un soggetto affetto da demenza iniziale poiché essa, pur perfettamente eseguita, nulla garantisce sull'integrità cognitiva di chi l'ha prodotta. I risultati del nostro studio evidenziano che il deterioramento delle capacità di scrittura correla significativamente con la compromissione delle abilità coinvolte nei processi decisionali. Questi risultati ci permettono di affermare che, attraverso un'attenta analisi della scrittura, è possibile fare inferenze sulla capacità decisionale della persona che ha prodotto uno scritto olografo.



**Prima sessione**  
**Aspetti epidemiologici**  
**e diagnostici (II parte)**

*Coordinatore*  
Francesca Clerici



## PIANO NAZIONALE DEMENZE

Teresa di Fiandra

*Direzione della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma*

L'Italia è uno dei paesi europei più anziani e quasi il 17% della popolazione, per un totale di 9,5 milioni, ha superato i 65 anni di età. Sono pertanto in aumento tutte le malattie croniche, in quanto legate all'età, e tra queste le demenze. La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 40% dopo gli ottanta anni. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali. La consapevolezza della complessità del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede pertanto un impegno straordinario da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari e dei pazienti. Questo impegno deve indirizzarsi verso lo sviluppo di una capacità di governance dei fenomeni complessi, indispensabile ad affrontare una vera e propria emergenza socio-sanitaria. A tal fine il "Piano nazionale demenze" intende fornire indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura. Per omogeneizzare gli interventi sul territorio nazionale il Piano è aggregato intorno ad alcuni Obiettivi prioritari da cui discendono una serie di Azioni. Tali azioni dovranno essere poi opportunamente declinate ed articolate sulla base dei bisogni specifici e delle esperienze maturate, attraverso una razionalizzazione dell'uso delle risorse finalizzate al raggiungimento degli obiettivi stessi. Sono stati indentificati quattro obiettivi: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria; creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata; Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure; Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita. Tra le diverse proposte presenti nel Piano si è evidenziata la necessità di dare forza alle eccellenze cliniche, in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed alla esperienza acquisita dalle UVA in quasi quattordici anni di attività. Oggi si ravvede l'importanza di una denominazione comune di queste ultime strutture sul territorio nazionale che possa innanzitutto caratterizzarle come chiaro punto di riferimento e possa inoltre rendere esplicito il fatto che esse effettuano la presa in carico delle persone affette da disturbi cognitivi e/o da demenza. La denominazione condivisa che appare recepire con maggiore chiarezza le diverse istanze è "Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)". Dopo il progetto Cronos il "Piano nazionale demenze" rappresenta il più importante intervento di sanità pubblica nel nostro paese. Questo provvedimento allinea l'Italia alle politiche in atto negli altri paesi occidentali.

## DALLA SURVEY DEI SERVIZI DEDICATI ALL'OSSERVATORIO DELLE DEMENZE

Di Pucchio Alessandra (a), Marzolini Fabrizio (a), D'Angelo Franca (a), Lacorte Eleonora (a), Di Fiandra Teresa (b), Ferrigno Luigina (a), Vanacore Nicola (a)

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

(b) *Direzione Generale Prevenzione, Ministero della Salute, Roma*

**Introduzione.** L'Italia è stato il primo paese che nel 2000, nell'ambito del progetto CRONOS, ha puntato alla creazione di centri specialistici per la valutazione e la diagnosi di demenza (UVA). A distanza di 14 anni, in un nuovo scenario nazionale e internazionale, vi è la necessità di una profonda riorganizzazione di queste strutture intorno alle quali coordinare e costruire una rete di altri servizi socio-sanitari per le demenze. Nel 2002 e nel 2006 sono state condotte in Istituto Superiore di Sanità (ISS) due indagini sull'organizzazione e il funzionamento delle UVA in Italia e a sette anni dall'ultima rilevazione non sono disponibili informazioni omogenee sul territorio nazionale su tali servizi. Nell'ambito delle azioni centrali del 2013 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), incardinato presso il Ministero della Salute, è stato affidato all'ISS un progetto per effettuare una ricognizione dei servizi sanitari e socio sanitari per le demenze e per realizzare una mappa dinamica periodicamente aggiornata di tali servizi da rendere disponibile ai cittadini e agli operatori attraverso il portale "Osservatorio delle Demenze" che viene contestualmente costruito.

**Metodi.** La *survey* viene condotta da febbraio 2014 ad agosto 2015 e prevede la ricognizione dei servizi per le demenze in collaborazione con i referenti regionali e la rilevazione di informazioni specifiche per ogni tipologia di servizio attraverso schede standard organizzate su indicatori di struttura, processo ed esito. Per l'invio delle schede, la raccolta e l'elaborazione delle informazioni ci si avvale di un programma *online*, appositamente realizzato, che consente la gestione di una mappa dinamica, periodicamente aggiornata, di tali servizi che sarà ugualmente resa disponibile *online*.

**Risultati.** Sono circa 2000 i servizi per le demenze identificati a settembre 2014: 523 UVA, 775 Centri diurni e 691 Strutture Residenziali. Per la raccolta dei dati sono state organizzate tre schede standard per ciascuna tipologia di strutture con il supporto di un gruppo di lavoro multidisciplinare. A settembre 2014 sono state ricevute 67 schede compilate delle 138 inviate a Centri UVA. È in corso sia lo sviluppo di un programma per la gestione on line del censimento attraverso il quale realizzare la mappa dinamica dei servizi che la realizzazione del sito tematico sulle demenze nell'ambito del portale dell'ISS che sarà linkato con il sito del Ministero della Salute.

**Conclusioni.** Con la *survey* si dà avvio ad una delle azioni centrali del Piano Nazionale Demenze e per la prima volta si sta procedendo ad un censimento che coinvolge a livello nazionale l'insieme dei servizi socio sanitari dedicati alle demenze. L'Osservatorio delle Demenze, inoltre, attraverso il sito istituzionale [www.iss.it/demenze](http://www.iss.it/demenze) potrà fornire la mappa dinamica dei servizi a supporto dei cittadini, dei familiari e di quanti operano in questo ambito.

## PREDIRE LA VELOCITÀ DI PROGRESSIONE COGNITIVA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: I DATI DELLO STUDIO ICTUS

Canevelli Marco (a), Kelaiditi Eirini (b), Del Campo Natalia (b), Bruno Giuseppe (a), Vellas Bruno (b), Cesari Matteo (b)

(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università di Roma Sapienza, Roma*

(b) *Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France*

**Introduzione.** La malattia di Alzheimer (AD) è caratterizzata da una marcata eterogeneità intra - ed interindividuale in termini di velocità di progressione del declino cognitivo. A tal riguardo, l'identificazione di variabili cliniche che consentano di predire le differenti "traiettorie" cognitive avrebbe importanti implicazioni pratiche, sia in ambito clinico che di ricerca. Il nostro studio è stato disegnato al fine di esplorare se il tasso di progressione cognitiva nell'AD possa essere anticipato considerando fattori di facile valutazione e diffusamente disponibili nella pratica clinica.

**Metodi.** Le analisi sono state condotte nell'ambito dello studio *Impact of Cholinergic Treatment Use (ICTUS)*, uno studio longitudinale, multicentrico finalizzato alla valutazione della storia naturale, della gestione terapeutica, e dell'impatto socioeconomico dell'AD in Europa. Abbiamo eseguito una regressione logistica multinomiale al fine di esplorare l'associazione tra specifiche variabili cliniche e sociodemografiche e 3 differenti velocità di progressione cognitiva definite in base alle modificazioni (dopo 12 mesi di *follow-up*) del punteggio del *Mini Mental State Examination (MMSE)*: 1) "progressione lenta", definita come la diminuzione del punteggio di MMSE  $\leq 1$  punto per anno; 2) "progressione intermedia", diminuzione del punteggio di MMSE compresa tra 2 e 5 punti per anno; e 3) "progressione rapida", diminuzione del punteggio di MMSE  $\geq 6$  punti per anno.

**Risultati.** Nelle analisi sono stati considerati 1005 pazienti affetti da AD di grado lieve-moderato. La maggior parte dei partecipanti ha mostrato una "progressione lenta" del declino cognitivo. Elevati valori basali di ADAS-Cog (indicativi di un decadimento cognitivo più severo) sono risultati significativamente associati alle progressioni "intermedia" (OR: 1,04; 95% CI: 1,02, 1,07) e "rapida" (OR: 1,07; 95% CI: 1,04, 1,10). Al contrario, l'età è risultata associata negativamente alla progressione "rapida" di malattia (OR: 0,96; 95% CI: 0,93, 0,99).

**Conclusioni.** Una progressione lenta del declino cognitivo è di frequente osservazione nei pazienti affetti da AD. La caratterizzazione clinica della forme lentamente progressive di malattia può accompagnarsi ad importanti implicazioni cliniche e speculative. In particolare, l'impatto dell'età e del livello di decadimento cognitivo al *baseline* deve sempre essere adeguatamente considerato nell'ideazione degli studi sull'AD e nella definizione delle popolazioni campionarie.

## **FREE AND CUED SELECTIVE REMINDING TEST: STUDIO DI VALIDITÀ DI COSTRUTTO IN SOGGETTI CON DISTURBO DI MEMORIA**

Ghiretti Roberta (a), Vanacore Nicola (b), Pomati Simone (a), Di Pucchio Alessandra (b)  
Cucumo Valentina (a), Marcone Alessandra (c), Mariani Claudio (a), Cappa Stefano  
Francesco (d), Clerici Francesca (a)

(a) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Divisione di Neurologia,  
Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

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

(c) *Dipartimento di Neurologia e Neuroriabilitazione, San Raffaele Turro, Università Vita-  
Salute, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano*

(d) *Istituto Universitario di Studi Superiori, Divisione di Neuroscienze, Pavia*

**Introduzione.** Il *Free and Cued Selective Reminding Test* (FCSRT), di cui abbiamo sviluppato una nuova versione standardizzandola per la popolazione italiana, è un test di memoria episodica, che controlla la codifica dell'informazione e misura la sensibilità del suggerimento semantico. Una bassa sensibilità alla facilitazione è considerato il miglior *marker* neuropsicologico della fase prodromica della Malattia di Alzheimer (AD), come proposto dai nuovi criteri di ricerca di Dubois. Lo scopo è di dimostrare la validità di costruito del FCSRT.

**Metodi.** Il test è stato somministrato a 344 soggetti (57% femmine, età  $74,6 \pm 7,7$ ; scolarità  $8,4 \pm 4,2$ ) con disturbi di memoria. Lo studio comprende 40 pazienti con Demenza Lieve (34 AD, 6 non-AD), 203 soggetti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) (42 amnestici, 59 non-amnestici, 102 più funzioni) e 101 con Disturbo Soggettivo di Memoria. La Consistenza Interna del FCSRT è stata misurata attraverso l'utilizzo dell'alfa di Cronbach. Per misurare la validità convergente si è compiuta un'analisi correlazionale ( $r$  di Pearson) tra i punteggi del FCSRT, rievocazione libera immediata (IFR), rievocazione immediata totale (ITR), rievocazione differita libera (DFR), rievocazione differita totale (DTR), Indice di Sensibilità al Suggerimento Semantico (ISC) con due test di memoria episodica: Breve Racconto (SR), Rievocazione Immediata (I-RAVLT) e Differita (D-RAVLT) della Lista di Rey. Per indagare la validità divergente un'analisi fattoriale ha confrontato anche i seguenti *test*: Matrici Progressive di Raven, Fluenze Semantiche e Fonemiche, Copia della Figura Complessa di Rey, Test dell'Orologio, Stroop Test, *Frontal Assessment Battery* e *Trail Making Test*.

**Risultati.** Il valore dell'alfa di Cronbach è di 0,83. I punteggi del FCSRT sono altamente correlati con i punteggi SR, I-RAVLT e D-RAVLT ( $r$  di Pearson's  $\geq 0,33$ , con  $p < 0,0001$ ). L'analisi fattoriale ha identificato tre fattori che spiegano il 64% della varianza (memoria, linguaggio, funzioni esecutive) evidenziando come i punteggi ITR, DTR e ISC siano spiegati unicamente dal fattore memoria, mentre i punteggi IFR, DFR, SR, e RAVLT siano influenzati anche del linguaggio.

**Conclusioni.** Questo è il primo studio che ha indagato in maniera specifica la validità di costrutto del FCSRT, rivelando una buona affidabilità del test (consistenza interna). I cinque punteggi sono significativamente correlati con gli altri test di memoria, confermando la validità di costrutto del FCSRT come misura della memoria. Interessante il dato che evidenzia come i punteggi ITR, DTR e ISC, che riflettono la sensibilità al suggerimento semantico, siano una misura della memoria indipendente dal linguaggio e dalle funzioni esecutive.

## **MINI MENTAL STATE EXAMINATION: ISTRUZIONI PER L'USO**

Laganà Valentina (a), Curcio Sabrina (a), Dijk Babette (b), Zaffina Ilaria (a), Bruni Amalia Cecilia (a)

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

(b) Residenza Sanitaria Assistenziale Chiavari Unità Operativa, Genova

**Introduzione.** Il *Mini Mental State Examination* (MMSE) è la batteria di *screening* maggiormente utilizzata nel campo della demenza per l'esame del funzionamento cognitivo globale e per la definizione di strategie terapeutiche, con importanti implicazioni medico-legali. Gli obiettivi di questo studio sono quelli di valutare il grado di accordo nell'utilizzo del MMSE da parte dei diversi operatori, e di stilare, sulla base delle risposte ottenute, delle indicazioni che possano rendere più omogenee possibile le modalità di somministrazione e di *scoring* del test.

**Metodi.** Diversi professionisti (neuropsicologi, neurologi, psichiatri, geriatri) hanno compilato un questionario a scelta multipla (carta e matita o tramite un sito Web dedicato), formato da 43 domande volte ad indagare, dopo una prima parte anamnestica, la frequenza e il modo in cui è somministrato il test (come vengono presentati i subtest, le modalità di attribuzione del punteggio, la possibilità di dare aiuti ai pazienti, ecc.).

**Risultati.** Il questionario è stato compilato da 130 professionisti (24% neuropsicologi) che lavorano nel campo della demenza, di cui più del 50% opera in un'unità di valutazione Alzheimer. Più della metà degli intervistati usa il MMSE da oltre 10 anni, e più di una volta a settimana, il 17% lo usa ogni giorno. Non ci sono differenze significative tra le varie figure professionali; a nessuno dei 43 quesiti è stata fornita una risposta unanime.

**Conclusioni.** I risultati mostrano una grande variabilità nella somministrazione del MMSE e della relativa attribuzione del punteggio che dipende certamente dalla facilità di esecuzione del test, dall'ampia diffusione, e dalla semplicità ed accessibilità del protocollo di somministrazione via web, di cui esistono diverse versioni italiane. Inoltre, sembra che l'apprendimento del MMSE si sviluppi attraverso una modalità prettamente empirica, per osservazione all'interno degli ambulatori, piuttosto che dallo studio della pubblicazione del test originale di Folstein (1975) in cui sono riportate chiaramente le istruzioni e, in alcuni casi, le esatte parole da pronunciare. Questo potrebbe tradursi in differenze di punteggi che, ad esempio, rendono difficile la possibilità di confrontare due MMSE dello stesso paziente somministrati da operatori diversi. Sulla base del confronto tra le risposte fornite al questionario e la corretta modalità di utilizzo del MMSE, si possono suggerire alcune indicazioni che potrebbero favorire l'uniformità del metodo. Riteniamo inoltre, che possa essere opportuno adottare a livello nazionale la stessa versione del protocollo, perlomeno nei centri che si occupano di demenza, e proporre studi successivi che ne aggiornino ed eventualmente ridefiniscano la taratura.

**Seconda sessione**  
**Approccio clinico e terapeutico**

*Coordinatore*  
Giuseppe Bruno



# CARICO COGNITIVO ANTICOLINERGICO NELLA COORTE DELLO STUDIO REMIND (RETE MILANESE INTEGRATA PER LE DEMENZE): STUDIO CROSS-SECTIONAL IN SOGGETTI ANZIANI CON SINTOMI COGNITIVI

Grande Giulia\* (a), Filippini Graziella\* (b), Clerici Francesca\* (a)

(a) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Divisione di Neurologia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(b) *Direzione Scientifica, Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*

**Introduzione.** L'Assessorato alla Salute della Regione Lombardia (DR 9942; 5/10/2009) e la ASL di Milano hanno reso operativo un "Percorso Preventivo-Diagnostico-Assistenziale-Riabilitativo per la popolazione e i pazienti con demenza" (PDTAR ASL Milano 2011). REMIND è uno studio prospettico della durata di 3 anni, finalizzato all'implementazione del PDTAR. Lo scopo del presente studio è di valutare il carico cognitivo dei farmaci anticolinergici (ACB) nella coorte dello studio REMIND.

**Metodi.** Da aprile 2013 a marzo 2014, 4.318 soggetti con disturbi cognitivi sono stati valutati con *Mini Mental State Examination* (MMSE), somministrato da 336 Medici di Medicina Generale (MMG). È stata raccolta l'anamnesi farmacologica ed è stato calcolato l'ACB score 1.

**Risultati.** Dei 4.318 soggetti, 1.119 (26%) assumevano almeno un farmaco con azione anticolinergica: di questi, 965 (86%) avevano un ACB score 1 e 154 (14%) un ACB score 2. I soggetti con ACB score 1 erano più anziani (78,8 years vs 77,9 score 2 vs 76,3 score 0;  $p=0,016$ ) e meno istruiti (8,2 years vs 8,9 score 0 vs 9,0 score 2;  $p=0,005$ ). Le comorbidità erano più frequenti nei soggetti con ACB score 1: solo il 7% dei soggetti con ACB score 1 non presentava comorbidità vs 20% dei soggetti con ACB score 2 vs 27% dei soggetti con ACB score 0 ( $p<0,001$ ). Il punteggio medio di MMSE (range 0-30) diminuiva con l'aumentare dello score ACB: 26,1 score 0 vs 25,7 score 1 vs 25,2 score 2;  $p<0,0001$ . Tale relazione inversa era statisticamente significativa nei subitem di orientamento (range 0-10) e attenzione (range 0-5). In particolare, il punteggio medio di orientamento era 8,9 (ACB score 0) vs 8,6 (ACB score 1) vs 8,5 (ABC score 2) ( $p<0,001$ ) e il punteggio medio di attenzione era 4,1 (ACB score 0) vs 4,0 (ACB score 1) vs 3,8 (ACB score 2) ( $p=0,034$ ). Infine, l'oblio completo per le tre parole del MMSE è stato riscontrato nel 32% dei soggetti con ACB score 1 vs 29% dei soggetti con ACB score 2 vs 24% dei soggetti con ACB score 0 ( $p<0,0001$ ).

**Discussione.** Questo è il primo studio che indaga l'ACB in una popolazione di soggetti anziani con disturbi cognitivi nel setting della medicina generale. L'utilizzo dei farmaci con azione anticolinergica risulta essere diffuso e inversamente correlato all'efficienza cognitiva. Da un'ottica di sanità pubblica, questi risultati potrebbero avere importanti implicazioni al fine di implementare strategie preventive.

\* *Partecipanti al gruppo REMIND Study Group (REte Milanese INtegrata per le Demenze)*

## NUOVI BIOMARCATORI EMATICI PER LA DEMENZA DI ALZHEIMER

Mallozzi Cinzia (a), Crestini Alessio (a), D'Amore Carmen (a), Piscopo Paola (a), Cappella Marisa (b), Perrone Federica, Talarico Giuseppina (b), Bruno Giuseppe (b), Vanacore Nicola (c), Confaloni Annamaria (a)

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

(b) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università di Roma Sapienza, Roma*

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

**Introduzione.** Le demenze rappresentano una delle patologie neurologiche emergenti per la loro prevalenza. In questo ambito esiste la necessità di individuare marcatori ematici affidabili che consentano una correlazione con lo stato cognitivo del paziente e che siano di supporto alla diagnosi. Con questo fine, il nostro studio, condotto su eritrociti di soggetti Alzheimer (DA) e controlli cognitivamente integri, ha valutato se il livello di fosforilazione di una proteina degli eritrociti fosse associata alla patologia. La banda 3 è una proteina integrale di membrana, presente sia negli eritrociti che nel sistema nervoso centrale (Kay '97). È stato dimostrato che anticorpi diretti verso la banda 3 si localizzano a livello del core amiloideo nelle placche senili in sezioni di tessuto cerebrale (Kay '91). In questo studio si è cercato di caratterizzare l'associazione tra DA e modifiche post-traduzionali della banda 3. Inoltre sono stati analizzati sia i livelli di Lyn (una tirosina-chinasi della famiglia di Src) associata alla membrana, sia l'attività delle fosfatasi in tirosina (PTP).

**Metodi.** Lo studio *cross-sectional* è stato effettuato, previo consenso informato su 35 soggetti DA, arruolati alla Clinica della Memoria di Roma, secondo i criteri NINCS-ADRDA, ed un gruppo di controllo, appaiato per sesso ed età, di 28 soggetti cognitivamente normali. Dopo estrazione del DNA dal sangue è stato valutato il genotipo dell'APOE ed i livelli plasmatici del peptide Ab.-42 mediante ELISA. La fosforilazione in tirosina della banda 3 e il 'binding' di Lyn sono stati valutati nelle membrane isolate dagli eritrociti tramite western blot; parallelamente l'attività delle PTP è stata misurata con un metodo colorimetrico. Le analisi sono state replicate in vitro in colture primarie di eritrociti trattate per 24h con peptidi Ab.-42 di sintesi. I dati ottenuti sono stati valutati mediante t-test ed analisi logistica regressiva.

**Risultati.** Negli eritrociti dei pazienti con DA i livelli di fosforilazione in tirosina della banda 3 e di Lyn sono risultati significativamente più elevati (rispettivamente 140% e 430%  $p < 0,0001$ ) rispetto ai controlli, in aggiunta l'attività delle PTP risultava diminuita (-60%,  $p < 0,0001$ ). Stratificando per l'APOE, questi risultati venivano significativamente rafforzati in soggetti portatori di almeno un allele e4. Si è anche osservata una correlazione inversa tra il MMSE e la fosforilazione della banda 3. Infine, risultati analoghi rispetto allo studio *cross-sectional* erano riproducibili nel modello in vitro di colture di eritrociti trattate con il peptide Ab.-42.

**Conclusioni.** I risultati suggeriscono che la fosforilazione in tirosina della banda 3 potrebbe rappresentare un valido biomarcatore per la diagnosi e progressione della DA.

## **BISOGNI E BURDEN DEI CAREGIVER DI PAZIENTI CON DEMENZA: INDAGINE NEL TERRITORIO MILANESE**

Passoni Serena (a), Sedda Anna (b), Magnani Francesca (c), Spadin Patrizia (c), Bottini Gabriella (a,b)

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

(b) *Dipartimento del Cervello e del Comportamento, Università degli Studi, Pavia*

(c) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Milano*

**Introduzione.** La demenza di Alzheimer insieme ad altri processi degenerativi impone un regime assistenziale molto rilevante, con ripercussioni negative sulla sfera psico-fisica del *caregiver*. Considerando l'alta frequenza delle demenze e la complessità della patologia, il Comune di Milano, nel 2013 ha avviato il progetto "Una rete per l'Alzheimer", integrando il comparto sanitario delle cure in carico all'ASL con l'apporto socio-sanitario del Comune (creazione di 9 Centri di Psicologia per l'Anziano e per l'Alzheimer -CPAA- e costituzione di una linea verde Alzheimer Milano). Abbiamo verificato il *burden* e i bisogni dei *caregiver* che hanno usufruito dei servizi offerti da questa rete.

**Metodi.** Sono stati reclutati 159 *caregiver* primari di pazienti afferenti ai diversi servizi (assistenziali, di ricreazione, di volontariato) all'interno della rete. Ad essi è stata somministrata la scheda socio-demografica *ad hoc*, il *Caregiver Burden Inventory* (CBI) per valutare il *burden* e la scheda *Caregiver Needs Assessment* (CNA) per la rilevazione dei bisogni connessi alla cura: di supporto emotivo e sociale (fattore 1), e di informazione e comunicazione (fattore 2).

**Risultati.** I *caregiver* presentano un punteggio medio di *burden* di 37,28 ( $\pm 21,92$ ) e di bisogni legati alla cura di 35,99 ( $\pm 9,26$ ). L'ANOVA a misure ripetute ha mostrato un effetto principale sia del CBI ( $F(1,158)=239,540$ ;  $p<0,001$ ), sia del CNA ( $F(1,158)=5,528$ ;  $p=0,020$ ), spiegato dal punteggio più elevato al fattore 2. Nel CBI la dimensione con punteggio più elevato è il *burden* tempo ( $p<0,001$ ); il *burden* evolutivo e quello fisico presentano un punteggio intermedio, differendo significativamente dalle altre dimensioni ( $p<0,001$ ), mentre il *burden* sociale e quello emotivo non presentano differenze significative tra loro ( $p>0,05$ ) e hanno punteggio più basso. Le variabili socio-demografiche del *caregiver* (genere, età, scolarità e parentela) non risultano predittive rispetto al *burden*; il genere risulta però predittivo ( $\beta=0,207$ ;  $p=0,010$ ) dei valori globali del CNA. Le benzodiazepine appaiono predittive rispetto al *burden* ( $\beta=0,219$ ;  $p=0,035$ ), ma non rispetto ai bisogni.

**Conclusioni.** La limitazione del tempo libero e la stanchezza fisica sono i fattori di maggiore impatto sui *caregiver* (soprattutto donne), inducendo la necessità di un contatto assiduo con le strutture assistenziali per ricevere rassicurazioni sull'andamento della malattia della persona in cura. I dati dimostrano la necessità di un intervento psico-educativo sui *caregiver* per limitare il sintomo di ansia e insicurezza e indicano l'utilità di una rete multidisciplinare e multifunzionale di supporto.

## **PRE-STROKE DEMENZA: CARATTERISTICHE, VARIABILI CLINICHE E OUTCOME PRIMARI**

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

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

**Introduzione:** Il livello di funzionamento cognitivo *pre-stroke* deve essere tenuto in considerazione al fine di predire l'impatto di un evento cerebrovascolare sul conseguente rischio di demenza. L'identificazione di dati significativi sulla prevalenza e sui predittori di demenza *post-stroke* assume un'importanza cruciale per identificarne le cause, per fornire corrette informazioni a pazienti e familiari e per pianificare servizi e trial clinici. L'obiettivo del presente studio è di valutare la presenza e i correlati della Pre-Stroke Demenza (PSD), di determinarne le caratteristiche cliniche e di identificare l'influenza del decadimento cognitivo *pre-stroke* sugli *outcome* primari.

**Metodi.** Attraverso l'intervista dei familiari sono state valutate le caratteristiche cliniche e cognitive premorbose di 158 pazienti affetti da un evento cerebrovascolare acuto. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: *Pre-Stroke* Demenza (gruppo PSD) e *Pre-Stroke* Non Demenza (gruppo PSND). I due gruppi sono stati confrontati sulla base delle variabili cognitive, funzionali e comportamentali alla baseline e delle caratteristiche neuroradiologiche (atrofia del lobo medio temporale). Gli *outcome* primari (Barthel index, IADL, NIHSS alla dimissione, Rankin alla dimissione e mortalità) sono stati analizzati in base alla presenza o meno di PSD.

**Risultati.** In un modello di regressione logistica l'età (OR 1,05), il sesso femminile (OR 2,3), il punteggio totale al *Neuropsychiatric Inventory* (OR 1,1) e l'atrofia del lobo medio temporale (OR 1,2) sono variabili indipendentemente associate alla presenza di PSD. Il decadimento cognitivo premorbo (IQcode) si associa indipendentemente ad una maggiore mortalità (OR 5,3), ad un peggior NIHSS alla dimissione (OR 0,3) e ad più funzioni perse nelle IADL al *follow-up* (OR 1,4). L'età e la comorbidità (numero di patologie) si associano indipendentemente ad una maggiore compromissione nelle IADL al *follow-up* (età: OR 1,0; comorbidità: OR 1,0).

**Conclusioni.** I presenti risultati supportano l'ipotesi che il decadimento cognitivo in pazienti affetti da *stroke* potrebbe non essere esclusivamente l'esito dell'evento cerebrovascolare acuto, bensì la conseguenza di una patologia neurodegenerativa sottostante. La demenza *pre-stroke* dovrebbe essere considerata un fattore di rischio primario per *outcome* peggiori in pazienti affetti da eventi cerebrovascolari acuti.

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

*Coordinatore*  
Nicola Vanacore



## UN VIAGGIO NEL PIANETA DELLE DEMENZE

Farina Michele

*Giornalista, Corriere della Sera, Milano*

Alzheimer: questo non è un morbo per vecchi. La demenza giovanile un cervello ha l'età del o della titolare. Invece gli altri nostri tessuti sono depositi di generazioni differenti. Nel mio corpo come nel vostro convivono adulti e neonati, neuroni di *baby boomer* e cellule epiteliali di nativo digitale. Un globulo rosso "vive" in media 120 giorni (e in quel periodo si fa 1.600 chilometri). Nel fegato il turnover è 300-500 giorni, sulle pareti dello stomaco 5. Certi muscoli nel petto di un trentenne hanno la metà dei suoi anni. Il cervello invece invecchia quasi tutto con noi. Ha la nostra età anagrafica: forse per questo si squaglia col tempo? Si parla spesso (spesso a sproposito) di demenza "senile". Certo rimane il primo fattore di rischio per le malattie neurodegenerative, il lusso di noi occidentali rispetto alla gente dello Zimbabwe: l'età. Il morbo dei vecchi. Però poi l'attenzione dei ricercatori che tentano di risolvere il rebus Alzheimer negli ultimissimi anni si è sempre più concentrata sugli individui relativamente giovani. "I pazienti giovani detengono la chiave del mistero, ci servono loro" ripete Bruno Dubois, direttore dell'Institut de la Mémoire e de la maladie d'Alzheimer all'ospedale della Pitié-Salpêtrière di Parigi. L'organismo dei vecchi è troppo incasinato: "Gli ottantenni hanno in media sette malattie in contemporanea". L'espressione tecnica che usate voi medici: comorbidità. Ecco allora il bisogno (il mito?) dell'Alzheimer "allo stato puro". Dice Dubois che nel 50% delle persone sane già all'età di 47 anni (come la mettiamo con Aristotele, per cui l'anima raggiunge la maturità a 49?) "si cominciano a individuare placche di amiloide in alcune regioni del cervello". Attenzione al terrorismo, dicono tutti: avere le placche non vuol dire necessariamente covare l'Alzheimer. Ma di fatto la tendenza prevalente tra istituti di ricerca e case farmaceutiche è questa: pescare nell'esercito dei sani per arruolare "coorti" di soggetti che si ritengono più predisposti. È una scommessa: seguire le coorti in marcia, sperimentare possibili rimedi su coloro che mostrano le primissime avvisaglie della malattia se non sui cosiddetti "pre-sintomatici", coloro che presentano fattori di rischio importanti (in primis le maledette placche tra i neuroni) ma nessun sintomo (perdita di memoria, disorientamento etc). È questa la grande novità, il beffardo paradosso alzheimeriano del terzo millennio: nessuna scoperta di guarigione per gli "anziani", famiglie che scoppiano e Rsa che si riempiono, però progressi nella diagnosi "precoce" e/o "tempestiva". Allora largo (sporadicamente) ai giovani. L'Alzheimer non è (più) un morbo per vecchi?

## **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEDICATO ALLE DEMENZE NELL' ASL DI BRESCIA: STIMOLI, SVILUPPI E PROSPETTIVE**

Podavitte Fausta

*Dipartimento delle Attività Socio Sanitarie Integrate, ASL, Brescia*

La costruzione del PDTA dedicato a pazienti con decadimento cognitivo ed affetti da demenza, a cura del Dipartimento ASSI dell'ASL di Brescia, di cui la prima versione nel 2011 e la seconda nel 2013, ha determinato un significativo passo in avanti nel sistema complesso di gestione delle demenze. La condivisione fra addetti ai lavori delle fasi significative del percorso di malattia, di modalità e tempi di intervento, oltre che nella elaborazione di strumenti ed accordi operativi, ha favorito il delinearsi di nuovi scenari, con visioni d'insieme più omogenee. Altrettanto importante è mantenere aggiornato il PDTA, affinché risulti sempre adeguato ed in linea con l'evolvere di conoscenze, bisogni e servizi. Tale contesto ha facilitato il recepimento di novità e lo sviluppo di obiettivi, per altro individuati nel PDTA, ma si è anche rivelato utile contenitore per creare occasioni di raccordo e collegamento fra polo specialistico (UVA), MMG e unità di offerta territoriali dedicate alla lunga fase assistenziale della malattia. In particolare alle UVA è stata proposta la compartecipazione alla valutazione dei bisogni, anche in qualità di inviati verso nuovi servizi. Il 2014 si caratterizza per lo sviluppo di iniziative assistenziali innovative mirate, rivolte a pazienti affetti da demenza e loro familiari. Due sono le principali novità, entrambe richiedenti un'accurata valutazione del quadro globale del malato: a) l'attivazione della Misura 4 DGR856/2013, che prevede interventi a sostegno del *caregiver* di varia tipologia (assistenziali, specialistici, psicologici, riabilitativi, educativi ecc.) garantiti sia a domicilio sia presso la struttura contrattualizzata ad hoc (RSA-RSD); b) la progettazione e l' avvio della prima Comunità Residenziale per persone affette da demenza lieve, senza costi a carico del SSR, la cui qualità si basa su criteri chiari di ingresso, monitoraggio e dimissione. A pochi mesi dall'avvio la struttura è già saturata e buone sono le prime valutazioni. Ne emerge così un quadro arricchito di risposte mirate, oltre che una naturale evoluzione del ruolo delle UVA. Infine merita un accenno la costruzione ed implementazione di banche dati ai fini programmatici. Nell'ASL di Brescia, attraverso tutte le banche dati disponibili, sono stati identificati 15.273 pazienti con diagnosi di demenza certa, per genere, età e percentuale di servizi fruiti. Inoltre sono disponibili dati relativi al trend della prima diagnosi in un decennio ed alla percentuale di mortalità annua, oltre che dati relativi ai piani terapeutici. Uno scenario pertanto sempre più ricco di informazioni ed in continua evoluzione, in cui preme sottolineare la rilevanza che assume la rivalutazione e revisione del ruolo stesso delle UVA nel sistema in espansione dei servizi.

# GESTIONE INTEGRATA DELLE DEMENZE NELLE CURE PRIMARIE: ANALISI DELL'APPROPRIATEZZA DEL "PROGETTO DISTURBI COGNITIVI" IN UN DISTRETTO DELL'AUSL DI MODENA

Fabbo Andrea (a), De Vreese Luc Pieter (a), Capelli Oreste (b), Lorenzini Monica (b), Pini Monica (b), Riccomi Silvia (b), Rovesta Lara (a), Solfrini Valentina (b), Marchesi Cristina (a)  
(a) Programma Aziendale Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena  
(b) Programma Governo Clinico, Direzione Sanitaria, Modena

**Introduzione.** Nella provincia di Modena è in vigore, dal 2002, un Accordo Aziendale tra AUSL di Modena e Medici di Medicina Generale (MMG) - protocollo per la presa in carico delle persone con decadimento cognitivo e delle loro famiglie da parte dei MMG e dei centri di valutazione dei disturbi cognitivi, articolato in 2 fasi: 1) Presa in carico da parte del MMG - modulo A; 2) *follow-up* della gestione assistenziale (modulo B), da compilare con dati anagrafici, clinici, terapeutici e assistenziali del paziente al fine di monitorare la comparsa di complicanze che possano comprometterne la permanenza a domicilio.

**Scopo.** Verificare l'appropriatezza della compilazione dei Moduli B da parte dei MMG di un Distretto sanitario nella AUSL di Modena di alcune variabili quali la prevalenza di tre livelli di disturbi cognitivi: Declino Cognitivo Lieve (DCL); Declino Cognitivo Conclamato (DCC); Declino Cognitivo con Depressione (DCD), ma anche per le soluzioni assistenziali da proporre alle famiglie in funzione della evoluzione della malattia dementigena (migliorato-stabile-peggiorato) e della loro tenuta nel prendersi cura del malato a domicilio (buona-difficoltosa-ingestibile).

**Metodi.** Oltre ad un'analisi descrittiva dei dati anagrafici di 722 pazienti (moduli B pervenuti nell'anno 2013 nel Distretto di Mirandola), è stata calcolata la frequenza dei tre tipi di diagnosi di decadimento cognitivo (e dei tre gradi di giudizio sul decorso della malattia e sulla tenuta della famiglia). Sono stati analizzati sia i valori medi al MMSE e alle scale IADL/ADL, che una categorizzazione dei loro punteggi: MMSE: assente ( $\geq 27$ ); lieve (26-21), moderato (20-15); moderato-grave (14-10); grave (9-3); molto grave (2-0); disabilità assente/lieve per un punteggio alla scala IADL tra 8-5 per le femmine e tra 5-4 per i maschi; e per uno *score* alla scala ADL tra 4-6.

**Risultati.** L'età media ( $\pm$ DS) dei pazienti registrati è di 84 ( $\pm 6,9$ ) anni (*range*: 41-101) di cui 505 femmine (69,9%) che risultano significativamente più anziane di 2,35 anni rispetto ai pazienti di sesso maschile ( $p < 0,0001$ ). In 104 casi (19,1%) manca una diagnosi di decadimento cognitivo. La prevalenza del DCL, DCC e del DCD risulta pari a 27% ( $n=195$ ), 51,7% ( $n=372$ ) e 20,1% ( $n=145$ ), rispettivamente. La classificazione dei punteggi al MMSE in base a sei livelli di gravità mette in evidenza qualche incongruenza. Ad esempio, nel 35,6% dei pazienti con DCL si riporta un punteggio al MMSE  $\leq 20$ . Il 47,8% delle femmine e il 54,9% dei maschi con DCL evidenziano una disabilità funzionale assente/lieve. La tenuta della famiglia è giudicata "buona" in 663 casi (88,1%), "difficoltosa" per 59 assistiti (8,9%) e "ingestibile" in 20 casi (3%).

**Conclusioni.** Quando si chiede ai MMG di esprimere un parere clinico (più tecnico) sulla fase della malattia dementigena dei loro assistiti, un numero consistente dei pazienti viene classificato come “lieve” mentre in realtà il loro quadro clinico appare chiaramente “conclamato”, come indicizzato dal MMSE e dalle scale funzionali IADL/ADL. Tuttavia, questi errori di *grading* della malattia dementigena si compensano con un corretto giudizio sull’andamento della malattia e sulla tenuta della famiglia.

## ASL DI BIELLA: DALL'UNITÀ VALUTAZIONE ALZHEIMER AL CENTRO DELLA MEMORIA. UNA GESTIONE INTEGRATA

Ortone Elena (a), Debernardi Bernardino (a), Pidello Caterina (b)

(a) *Geriatría Post Acuzie, Azienda Sanitaria Locale, Biella*

(b) *Centro della Memoria, Azienda Sanitaria Locale, Biella*

**Introduzione.** La ASL di Biella (ASL BI) conta una popolazione ultrasessantacinquenne pari al 26% su 181.426 abitanti, con punte del 36% nelle vallate. In questo contesto socio demografico le patologie degenerative cerebrali come le Demenze (si stimano circa 3000 persone affette da demenza, con 500 nuovi casi/anno) rappresentano una sfida per la cultura dei servizi rivolti alla salute sia nell'ottica di prendere in carico i malati e le loro famiglie, sia nell'ottica preventiva per la popolazione tutta.

**Metodi.** Rispondendo alle sollecitazioni di famiglie ed associazioni dedicate, una rete di enti biellesi (ASL BI, Consorzi Socio Assistenziali, Comune di Biella, AIMA) ha realizzato, presso la Struttura Geriatria Post-Acuzie (ASL BI) il Centro della Memoria che, fornendo una diagnosi tempestiva, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Servizi Sociali del territorio, prende in carico paziente e *caregiver* accompagnandoli lungo il difficile percorso di malattia. Nel Centro opera un team multi professionale composto da: Psicologa della Famiglia, Neuropsicologa, Geriatra, Psichiatra, Neurologa, Assistente Sociale, Infermiera professionale e volontari AIMA. I principi che il Gruppo ha definito essenziali e caratterizzanti sono: lavoro in équipe, valutazione multidimensionale, alleanza terapeutica, presa in carico globale.

**Risultati.** A distanza di 5 anni dalla Delibera del Direttore Generale (settembre 2009) di istituzione del Centro della Memoria gli utenti in carico sono passati da 59 iniziali a circa 1028, con una crescita esponenziale degli accessi spontanei (dal 3,7 all'11,9%) e degli invii ad opera dei MMG (dal 7,5% al 45,8%), dopo incontri informativi con la popolazione, e corsi di formazione con MMG e operatori Socio Sanitari dell'ASL. Risultano inoltre sempre più frequenti gli accessi di pazienti in fase precoce di malattia, con la possibilità sia di realizzare protocolli internazionali di ricerca (LZAN, LZAO, LZAX) sia di attivare percorsi di potenziamento delle capacità residue.

**Conclusioni.** Pur essendo una nuova entità, in questi pochi anni il Centro della Memoria si è progressivamente modificato sia nell'organizzazione sia nel modus operandi: realizzando visite domiciliari, organizzando gruppi psicomotivazionali e sostegno psicologico per *caregivers*, attivando la Palestra della Memoria, duplicando sul territorio l'esperienza del Café Alzheimer, perché se l'invecchiamento della popolazione nel nuovo millennio pone nuove sfide alla politica della Salute, solo l'affrontarle con modalità multidisciplinare e il porsi in ascolto delle esigenze dei malati e della popolazione permette sia di integrare in modo sinergico le risposte immediate ai malati sia di operare in un'ottica preventiva globale, raggiungendo risultati che spesso superano ogni migliore aspettativa.

## **SPAZIO A SUPPORTO DEL BENESSERE BIO-PSICO-SOCIALE: IL CENTRO DIURNO “MARGHERITA” DI FANO**

Darvo Gianluca (a), Izzicupo Fabio (b), Pacassoni Fabiola (c)

*(a) Università degli Studi, Firenze*

*(b) Azienda Sanitaria Unica Regionale, ASUR Marche Area Vasta 1, Fano, Pesaro-Urbino*

*(c) Centro Diurno Margherita, Cooperativa Labirinto, Fano, , Pesaro-Urbino*

Il nuovo Centro Diurno “Margherita” nato per rispondere alle esigenze non solo della città di Fano ma del più ampio bacino provinciale, è una struttura socio-sanitaria dedicata alla riabilitazione funzionale di persone affette da demenza, in situazione di compromessa capacità fisica, psichica e sensoriale. Accogliendo persone con diverse forme di patologie degenerative e differenti gradi di deterioramento, è stato concepito in tre nuclei corrispondenti ai principali stadi della malattia, in modo da poter rispondere alle esigenze di cura dell’ospite in maniera personalizzata, effettuando una presa in carico sulla base dei suoi reali bisogni. L’approccio progettuale adottato si fonda sulla consapevolezza, dimostrata da numerose evidenze scientifiche, che alcune caratteristiche dello spazio possono assumere una valenza “terapeutica” e supportare le difficoltà connesse con i *deficit* cognitivi; al contrario, può avvenire che spazi non adeguatamente progettati possano contribuire ad accentuare le disabilità della persona e ostacolare il lavoro degli operatori. In questo senso l’architettura, oltre a rappresentare uno stimolo per gli ospiti, può configurarsi come un supporto o un impedimento per il corretto svolgimento di terapie riabilitative e bio-psyco-sociali. Pertanto lo spazio, per essere considerato “terapeutico”, deve essere concepito per offrire alla persona la possibilità di ristabilire un’interazione con l’ambiente tramite canali di comunicazione adatti alle capacità residue. Con i suoi connotati, lo spazio può riattivare la memoria, facilitare l’orientamento, ridurre il senso di frustrazione, contenere la paura, attraverso le sensazioni di sicurezza e benessere che la persona percepisce. Tutto ciò può avvenire anche in uno stato di ridotta consapevolezza ed è per questo che, nei criteri di progettazione, la componente percettivo-sensoriale diventa prevalente rispetto a quella funzionale. In questa ottica il percorso progettuale, che ha visto il coinvolgimento attivo di esperti di diversi ambiti (psicologia ambientale, geriatria, discipline socio-sanitarie, organizzazione e management), è stato finalizzato ad individuare soluzioni in grado di permettere agli utenti di usufruire in autonomia e in sicurezza dello spazio, di orientarsi e di interagire con questo attraverso elementi di riconoscibilità e identificazione degli ambienti, di essere sollecitati attraverso la stimolazione sensoriale di tutti i cinque sensi. Con l’attivazione della struttura sono state implementate e sono attualmente in corso di svolgimento attività di rilevazione dell’interazione dei pazienti con gli spazi progettati e delle conseguenti ricadute di questa sul loro stato psico-fisico.

## **ANALISI RETROSPETTIVA DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER PERSONE CON DEMENZA E LORO CAREGIVER**

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

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

(b) *Unità Operativa 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) garantisce alla Persona con Demenza (PWD) e al familiare *caregiver* una continuità assistenziale calibrata sulle diverse fasi di malattia che da circa 2 anni si è arricchita anche dell'intervento domiciliare (attualmente il setting più sprovvisto di servizi specifici con circa 80% dei pazienti che vivono al domicilio) con un Progetto Pilota che è stato successivamente recepito da ASL-Milano-S.C. Domiciliarità ed implementato come modello di ADI dedicata sviluppata tra ASL-Milano ed alcuni erogatori specializzati nella cura di PWD. Scopo: viene presentata l'esperienza di Assistenza Domiciliare dedicata a PWD (ADIDEM) riportando le caratteristiche del campione dei soggetti presi in carico (tutti residenti nel Distretto 5-ASL di competenza del PAT) e le caratteristiche degli interventi offerti modulati sull'identificazione di specifici bisogni emersi al domicilio alla luce delle 2 tipologie di pazienti presi in carico nel corso di 2 anni di esperienza: Gruppo1: PWD non più in grado di accedere all'UVA per progressione della malattia, o per presenza di BPSD persistenti ed in rapido peggioramento. Gruppo 2: Dimissioni protette per PDW rientrati al domicilio dopo periodo di ricovero nel Nucleo Riabilitativo Alzheimer (NA-IDR) provenienti dall'Ospedale per recente intervento per frattura di femore e/o sd ipocinetica per problematiche internistiche. L'intervento in questo Gruppo di pazienti è finalizzato ad un adeguato reinserimento domiciliare con particolare attenzione agli aspetti assistenziali (attivazione IP-OSS) e agli interventi educazionali e di miglioramento delle strategie assistenziali del *caregiver* con l'attivazione contestuale anche della Terapista Occupazionale (TO).

**Metodi.** Sono stati presi in carico complessivamente 64 pazienti (età media: 85,46 anni) nel periodo giugno 2012-giugno 2014: Gruppo1: 47 pazienti (73,44%); Gruppo2: 17 pazienti (26,56%). Caratteristiche della popolazione in carico: Tipologia della demenza: M. Alzheimer 26 (65%); Demenza Vascolare 16 (25%); Altre Demenza 4 (6,25%). Gravità Demenza: CDR medio: 2,79. MMSE-medio: 8,46/30. CIRS-medio: 12,45.

**Risultati.** Indice Barthel medio 25,62; ADL (inizio) medio: 1,12/6 conservate; ADL (dimissione) medio: 1,14/6 conservate. IADL (inizio) medio: 0,30/8 conservate; IADL (dimissione) medio: 0,42/8. Tinetti (inizio) medio: 9,41; Tinetti (dimissione) medio: 11,70. NPI-UCLA (inizio) medio: 28,65/144; NPI-UCLA (dimissione) medio: 20,15/144. *Caregiver Burder Inventory* (inizio) medio: 28,61; *Caregiver Burder Inventory*

(dimissione) medio: 33. Durata della presa in carico:  $53,83 \pm 40,53$  giorni. Prestazioni effettuate: visita Geriatrica effettuata in 47 pazienti; valutazione fisiatrica in 55 pazienti; intervento del Fisioterapista (FKT) in 37, della Terapista Occupazionale (TO) in 42, di entrambe le figure in 32, dell'Infermiere in 62, dell'OSS in 40, della Logopedia in 19 e della Logopedia e della Dietista in 9 in casi di disfagia e malnutrizione; 9 *caregivers* sono stati presi in carico dalla Psicologa per *counseling* e supporto.

**Conclusioni.** Le caratteristiche dei PWD seguiti nel corso del Progetto Sperimentale di Assistenza Domiciliare dedicata (ADIDEM) e le prestazioni effettuate confermano la necessità di pianificare nel setting domiciliare interventi strutturati, dedicati e calibrati sulle necessità clinico, assistenziali e riabilitative dei pazienti e sulla qualità di vita dei *caregivers*.

## **PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE INTEGRATO PER L'ASSISTENZA ALLE DEMENZE NELLA ASL ROMA D: PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA**

Mancini Giovanni, Mastromattei Antonio, Trentino Domenico, De Bellis Giovanna, Sgroi Daniela, Chinni Vittorio

*Azienda Sanitaria Locale Roma D, Roma*

Al fine di fornire risposte assistenziali adeguate al problema della epidemia delle demenze derivante dal progressivo invecchiamento della popolazione, la nostra ASL si è organizzata già dal 2008 in una rete aziendale di subunità UVA, in modo da poter assistere i pazienti afferenti per problemi di demenza in modo decentrato nei vari Poliambulatori dei Distretti Sanitari. Sebbene inizialmente si trattasse di una assistenza esclusivamente medico-specialistica, è subito emerso chiaramente il bisogno di una presa in carico più globale dei pazienti e delle loro famiglie per tale tipo di malattie croniche, per cui sono stati elaborati diversi piani assistenziali dal 2010 in poi, fino all'attuale stesura di un nuovo PDTA integrato che, in sintonia con le norme della Legge Regionale del Lazio n.6 del 12 giugno 2012, coinvolge tutti i protagonisti della rete assistenziale (dal MMG alle Associazioni di volontariato sociale, passando per i vari operatori sanitari e sociali e i PUA), prevedendo varie fasi di intervento: fase 1 Prediagnostica, fase 2 Diagnostica, fase 3 Integrazione Socio-Sanitaria, fase 4 *Follow-up*. Inoltre sono state svolte diverse iniziative di formazione sia per gli operatori che per i *caregivers*. Per la verifica dei risultati del PDTA sono stati previsti alcuni indicatori di processo e di esito. Gli autori ritengono che solo da un approccio in rete non gerarchica, dove i vari operatori possano svolgere il loro lavoro capillarmente e liberamente nel territorio, sia pure in modo ben organizzato ed integrato, si possa ottenere un miglioramento delle prestazioni assistenziali per poter raggiungere il maggior numero di utenti bisognosi senza sperequazioni tra chi ottiene molto e chi non viene affatto raggiunto dal sistema.



**Poster**



## **DEFICIT COGNITIVO NEI DIALIZZATI DELLA ASL RMD: VALUTAZIONE DI SCREENING DEL FENOMENO**

Berta Luigi, Morosetti Massimo, Dominijanni Sara, Pisani Angela, Rizzuti Carmen  
*Azienda Sanitaria Locale Roma D, Roma*

**Introduzione.** Numerosi studi suggeriscono una elevata correlazione fra l'Insufficienza Renale Cronica (IRC) in pazienti in trattamento dialitico e l'incremento della prevalenza del deterioramento cognitivo rispetto alla generale popolazione paragonabile per età e scolarità. Questo studio ha come primo obiettivo quello di stimare con sufficiente dettaglio la dimensione qualitativa e quantitativa degli effetti sul comportamento dell'eventuale *deficit* cognitivo nella coorte di pazienti con IRC in trattamento dialitico. Un secondo obiettivo è riferito alla possibilità di valutare in sede di ricerca anche la dimensione psicopatologica soprattutto in riferimento alla presenza di depressione del tono dell'umore. Un terzo obiettivo riguarda la valutazione della qualità della vita (QOL).

**Metodi.** Definita l'entità del problema verranno correlati i livelli di *deficit* cognitivo, mediante la somministrazione di test neuropsicologici specifici, con i parametri clinico metabolici quali lo stato depurativo (metodica di dialisi, efficienza dialitica, tipologia di accesso vascolare), lo stato anemico (emoglobina, assetto marziale), lo stato nutrizionale e metabolico (fosforemia, albuminemia, acido folico, Vit. B12, transferrinemia, assetto lipidico/glicemico), lo stato infiammatorio (PCR, ferritinemia), presenza di calcificazioni vascolari (esecuzione della *pulse wave velocity*). Successivamente verrà valutata a distanza 6 e di 12 mesi l'evoluzione degli stessi parametri. La durata complessiva dello studio è prevista in 12 mesi. Per la valutazione dello stato cognitivo è prevista l'utilizzazione dell'*Addenbrooke's Cognitive Examination-R* (ACE-R). Il test valuta cinque aree cognitive: attenzione/orientamento (AO), memoria (M), fluenza verbale (F), linguaggio (L) e abilità visuo-spaziali (VS). Il Test include il MMSE ed è progettato per evidenziare anche le forme lievi di demenza. Produce punteggio totale ACE-R, Punteggio MMSE e punteggi parziali nei cinque domini descritti. Per la valutazione dello stato dell'umore si prevede di utilizzare lo strumento GDS a 30 item. Per la valutazione della qualità della vita abbiamo individuato l'SF-36.

**Risultati.** In assenza di gruppo di controllo i dati verranno comparati con quelli della popolazione di riferimento per età e scolarità secondo i dati normativi pubblicati in riferimento alla popolazione italiana. Le analisi statistiche saranno di tipo descrittivo, contenenti medie, deviazione standard, frequenze, distribuzione, mediana, media, etc. delle variabili prese in esame.

**Conclusioni.** Lo studio di questi fenomeni potrà più efficacemente fornire specifiche indicazioni riguardo le possibili strategie di intervento per incrementare la risposta terapeutica e migliorare le condizioni di vita attraverso la ridefinizione, nell'ambiente, degli interventi necessari alle modificate esigenze del paziente.

## REVERSIONE ALLA NORMALITÀ DEL *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E METANALISI

Canevelli Marco (a), Lacorte Eleonora (b), Bruno Giuseppe (a), Vanacore Nicola (b)  
(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università di Roma Sapienza, Roma*  
(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

**Introduzione.** Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è considerato come uno stato intermedio tra il normale funzionamento cognitivo e la demenza. Tuttavia, il suo esatto significato come entità nosologica non è ancora completamente chiarito. Infatti, gli studi longitudinali stanno sempre più documentando che una percentuale significativa di soggetti con MCI presenta una completa remissione dei disturbi cognitivi ritornando ad una sostanziale normalità del quadro cognitivo. Le stime della transizione da MCI a normalità variano ampiamente, oscillando tra il 4,5% fino ad un massimo del 53% a seconda del setting e della durata del *follow-up*.

**Metodi.** Abbiamo eseguito una revisione sistematica degli studi longitudinali sul MCI disponibili in letteratura al fine di ottenere informazioni conclusive circa la proporzione di soggetti affetti che presentano una reversione alla normalità cognitiva e sui fattori che consentano di predire tale traiettoria clinica. Solo gli studi pubblicati dal 1999 (anno di pubblicazione dei primi criteri operativi per il MCI) sono stati considerati nello studio. La ricerca della letteratura è stata eseguita utilizzando i database PubMed e SciSearch. Inizialmente, sono stati selezionati solo gli articoli in lingua inglese. Successivamente, sulla base di titolo e abstract, sono stati esclusi gli articoli chiaramente non pertinenti alla tematica dello studio. Gli articoli rimanenti sono stati singolarmente valutati in accordo ai seguenti criteri d'inclusione: 1) studi longitudinali; 2) reclutamento di soggetti con diagnosi di MCI posta in accordo ai criteri di Petersen del 1999 o alle loro successive modifiche; 3) descrizione del numero o percentuale di soggetti che hanno presentato una reversione alla normalità cognitiva.

**Risultati.** Nella revisione della letteratura sono stati complessivamente valutati 1,880 titoli o abstract di studi potenzialmente includibili nello studio. Di questi, 58 articoli riportavano esplicitamente la proporzione di soggetti con MCI che avevano presentato una reversione alla normalità e sono stati pertanto inclusi.

## PROFILO PSICO-COMPORTAMENTALE DI PAZIENTI AFFETTI DA *POST-STROKE* DEMENZA

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

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

**Introduzione.** Numerosi studi indicano che eventi cerebrovascolari aumentano significativamente l'incidenza di demenza. Identificare i fattori premorbose che si associano al successivo sviluppo di demenza assume un'importanza fondamentale per lo sviluppo di futuri interventi di prevenzione. L'obiettivo del presente studio è quello di esaminare il profilo neuropsichiatrico di pazienti affetti da demenza prima e dopo un evento cerebrovascolare e di valutare se i disturbi psico-comportamentali possono predire l'insorgenza di demenza *post-stroke*.

**Metodi.** I pazienti affetti da evento cerebrovascolare sono stati suddivisi sulla base del punteggio ottenuto al *Mini Mental State Examination* (MMSE) e delle funzioni perse nelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL): i pazienti con un punteggio al MMSE <24 e IADL>1 sono stati classificati come affetti da *Post-Stroke* Demenza (gruppo PSD), mentre i pazienti con MMSE≥24 e IADL<1 sono stati inseriti nel gruppo *Post-Stroke* non Demenza (gruppo PSND). I disturbi psico-comportamentali premorbose dei due gruppi sono stati valutati, intervistando i familiari mediante il *NeuroPsychiatric Inventory* (NPI), alla *baseline*, a tre mesi (n=145) e ad un anno (n=132) dall'evento cerebrovascolare.

**Risultati.** Il gruppo PSD mostra un punteggio totale maggiore al NPI rispetto al gruppo PSND sia a tre mesi (13,0±10,1 vs 7,6±8,5; p<0,001) che ad un anno dall'evento cerebrovascolare (11,5±7,3 vs 6,9±5,6; p<0,001). Tale dato riflette un livello maggiore di apatia nel gruppo PSD rispetto al gruppo PSND (3 mesi: 2,1±2,5 vs 0,5±1,3; p<0,001 - un anno: 3,1±3,4 vs 1,1±1,8; p<0,001). L'apatia è un disturbo che differenzia i due gruppi anche dopo la diagnosi di demenza.

**Conclusioni.** I risultati di questo studio identificano l'apatia come un sintomo frequentemente presente nei pazienti affetti da demenza, mostrando l'importanza della valutazione del profilo psico-comportamentale, in particolare dell'apatia, al fine di predire la diagnosi di demenza dopo un evento cerebrovascolare.

## **RICOVERO DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA IN STRUTTURE DEDICATE: EVIDENZE SU 161 PAZIENTI**

Carbone Gabriele (a), Vanacore Nicola (b)

(a) *Italian Hospital Group, Guidonia, Roma*

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

**Introduzione.** Scopo di questo lavoro è mettere in evidenza gli effetti cognitivi, psico-comportamentali e funzionali ottenuti su pazienti affetti da demenza durante il ricovero presso i nostri reparti di degenza specificamente dedicati alla cura di questa patologia.

**Metodi.** Sono state esaminate le cartelle cliniche dei primi 161 pazienti ricoverati nei nostri reparti di degenza nel corso del 2011. Tutti i pazienti hanno ricevuto una valutazione multidimensionale all'ingresso. Dopo la valutazione multidimensionale ognuno di loro ha ricevuto interventi terapeutici e riabilitativi personalizzati in relazione allo stato cognitivo ed ai disturbi psico-comportamentali emersi dalla valutazione multidimensionale. Per valutare gli effetti degli interventi effettuati tutti i pazienti al momento della dimissione sono stati sottoposti a rivalutazione multidimensionale. Per questo lavoro abbiamo preso in considerazione il MMSE, l'NPI, il Barthel.

**Risultati.** Al momento della dimissione tutti i pazienti risultavano globalmente migliorati al MMSE (ingresso: 10,1-DS 7,7; dimissione: 11,0-DS 8,2) all'NPI (ingresso: 38,7-DS-20,1 - dimissione: 14,9-DS 11,5) e al Barthel (ingresso: 52,7-DS 29,7; dimissione: 55,7-DS 30,7). Questo ha permesso il rientro in famiglia di 125 pazienti (77,8%) mentre per gli altri 36 pazienti si è reso necessario l'accesso in RSA. Questi 36 pazienti avevano già una compromissione cognitiva grave al MMSE al momento dell'ingresso nei nostri reparti. Miglioramenti significativi al MMSE, NPI e Barthel sono stati ottenuti nei pazienti più cognitivamente conservati al MMSE al momento del ricovero.

**Conclusioni.** Il ricovero temporaneo in ambienti dedicati e che preveda interventi clinico-riabilitativi personalizzati sembra avere ricadute positive nelle sindromi demenziali tali da permettere il rientro in famiglia. Anche nei 36 pazienti che sono stati inseriti in RSA è stato comunque possibile ottenere un miglioramento significativo dell'NPI (ingresso: 36,3-DS 20,8; dimissione: 16,8-DS 16,8).

## ACHEI E VITAMINA D NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER: LA NOSTRA ESPERIENZA

Castagna Alberto, Gareri Pietro, Cupidi Chiara, Laganà Valentina, Simonetti Marco, Lacava Roberto, Bruni Amalia Cecilia

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

**Introduzione.** Negli ultimi anni numerosi studi sono stati focalizzati sul ruolo della Vitamina D, non solo per il possibile ruolo sul metabolismo osseo e sulla funzionalità muscolare, ma anche per i possibili effetti extrascheletrici specifici come risposta immunitaria, apoptosi e cancerogenesi, metabolismo glicidico, funzione neuro protettiva e sistema cardiovascolare. Il recettore della vitamina D (VDR) è stato identificato nel tessuto cerebrale umano in microglia, astrociti e oligodendrociti. Il calcitriolo up-regola l'espressione nel tessuto cerebrale di diversi geni e proteine tra cui le neutrofine. La terapia attuale per la Malattia di Alzheimer è sintomatica e può solo temporaneamente rallentare il progredire della patologia. Gli studi con terapie farmacologiche multi target potrebbero essere una possibilità futura di intervento. Partendo da queste evidenze abbiamo voluto verificare l'eventuale effetto sulla funzionalità cognitiva della supplementazione con vitamina D in aggiunta alla terapia con AChEI in una popolazione di anziani affetti da Demenza di Alzheimer di grado moderato.

**Metodi.** Abbiamo arruolato 50 pazienti consecutivi con Demenza di Alzheimer. 25 pazienti erano in terapia con rivastigmina transdermica 9,5mg/die e 25 in terapia con Donepezil 10 mg/die; i 2 gruppi non differivano ad inizio studio per età, sesso, comorbidità, istruzione, anni di malattia. In entrambi i gruppi è stata effettuata supplementazione con vitamina D3 al dosaggio di 500 UI/die dopo un carico orale di 10.000 UI. I pazienti sono stati sottoposti alla valutazione dei seguenti tests neuropsicologici: *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale a 15 items* (GDS) e *Neuropsychiatric Inventory* (NPI). La valutazione dei pazienti è stata effettuata al tempo 0 (basale, T0), dopo 6 mesi (T1) e 12 mesi (T2). I criteri di inclusione nello studio sono stati i seguenti: età  $\geq 65$  anni, punteggio del MMSE tra 10 e 20.

**Risultati.** Ad inizio studio non vi era tra i due gruppi differenza statisticamente significativa tra i punteggi di MMSE (Rivastigmina  $16,08 \pm 1,73$  vs Donepezil  $15,92 \pm 1,58$ ;  $P=0,734$ ) GDS e NPI. Nei 2 gruppi non si sono evidenziate differenze statisticamente significative nel MMSE nemmeno in T1 (Rivastigmina  $16,84 \pm 2,36$  vs Donepezil  $16,40 \pm 1,58$ ;  $P=0,442$ ), mentre in T2 il punteggio al MMSE è stato statisticamente maggiore nel gruppo rivastigmina+vitamina D ( $16,60 \pm 2,35$  vs Donepezil  $15,52 \pm 1,23$ ;  $P=0,047$ ).

**Conclusioni.** Sebbene il campione sia molto piccolo, lo studio suggerisce una possibile maggior efficacia dell'associazione rivastigmina+Vitamina D nella Demenza di Alzheimer; è necessario programmare studi futuri su popolazioni più numerose.

## CEDET: STRUTTURAZIONE DI UNA SCALA CLINICA PER LA VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA

Castro Giuseppe (a), Razza Grazia (a), Baraldo Lucia Walmara (b), Santagati Mario (a), Trovato Giovanna (a), Fichera Giuseppe (c)

(a) Centro Diurno Demenze Acireale, Azienda Sanitaria Provinciale 3, Catania

(b) Dipartimento Salute Mentale Acireale, Attività Riabilitative Centro Diurno Demenze Acireale, Azienda Sanitaria Provinciale 3, Catania

(c) Dipartimentale di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Provinciale 3, Catania

**Introduzione.** Da molti anni diversi trattamenti di stimolazione sono stati sperimentati in concomitanza al trattamento farmacologico o indipendenti dallo stesso. Un limite emerso è la verifica dell'efficacia trattamentale. La valutazione con i test neuropsicologici appare, infatti, mostrare degli evidenti bias: 1) effetto apprendimento rispetto ai test specifici, soprattutto in presenza di deterioramento cognitivo lieve; 2) apprendimento della strategia di esecuzione dei test. La critica conseguente è che, quindi, il miglioramento ai test potrebbe non essere espressione di un'efficacia del trattamento; considerato, peraltro, che al miglioramento dei punteggi alle prove testologiche classiche non sempre corrisponde un cambiamento alle scale di autonomia semplici e complesse né la sensazione dei familiari circa un cambiamento del paziente nella vita di tutti i giorni. Per favorire, allora, una valutazione più ecologica, abbiamo deciso di strutturare ed utilizzare una scala (CEDeT) mutuata dalla CIBIC plus da somministrare ai familiari.

**Metodi.** Un gruppo di 15 pazienti con demenza lieve (MMSE 16-24) sono stati valutati al tempo  $T_0$  con i classici test neuropsicologici (MMSE; test della memoria, FAB). Al tempo  $T_1$  (dopo 6 mesi di stimolazione cognitiva 2 volte a settimana), i pazienti sono stati valutati secondo i test precedenti ed è stata somministrata la scala CEDeT (costituita da 7 domande: Funzionamento cognitivo, attività quotidiane, umore, comportamento, iniziativa e motivazione, funzionamento sociale, comunicazione) ad i familiari chiedendo una valutazione del cambiamento, rispetto al baseline, secondo una scala *likert* a 5 punti (molto peggiorato, peggiorato, stabile, migliorato, molto migliorato).

**Risultati.** I dati raccolti, analizzati SPSS, evidenziano la stabilità delle funzioni cognitive alle scale quantitative [MMSE  $t_0$  vs MMSE  $t_1$  ( $t=-0,525$ , sig= 0,609), FAB0 vs FAB1 ( $t=1,47$ ; sig=,313)] ed un miglioramento dei patterns di iniziativa e motivazione, umore, socializzazione, comunicazione alla CEDeT.

**Conclusioni.** La CEDeT e, più in generale, le scale quanti-qualitative possono essere, quindi, uno strumento importante, in associazione alle scale di autonomia e ai test neuropsicologici classici per la valutazione dei trattamenti di stimolazione cognitiva.

## **AUTODETERMINAZIONE DELL'ANZIANO DEMENTE: NEUROPSICOLOGIA E PROTEZIONE SOCIALE**

Dal Sasso Flora (a), Zannoni Anna (b), Pigatto Alessandro (b)

(a) *Cooperativa Sociale con Te, Alto Vicentino, Ulss 4, Thiene-Schio, Vicenza*

(b) *Servizi Sociali, ULSS 16, Padova*

**Introduzione.** La “Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine” sottolinea come il principio dell’autodeterminazione debba e possa essere limitata solo ed esclusivamente in riferimento ai possibili rischi ed esclusivamente in proporzione al limite contingente causato dalla patologia. Tale principio risulta inoltre sancito e declinato nella nostra legislazione grazie all’introduzione, nel 2004, dell’Istituto Giuridico di protezione denominato Amministrazione di Sostegno. La persona affetta da demenza si trova di fatto a compiere un percorso nel quale la perdita di competenze, adesione alla realtà ed autonomia non sono prevedibili in termini di tempo né necessariamente contemporanei.

**Metodi.** Accanto agli aspetti di autonomia e di sicurezza è preminente la rilevazione del rischio riguardo alla capacità critica. Troppo spesso vengo posti in essere, da parte sia dei familiari che degli operatori socio-sanitari, progetti assistenziali fortemente limitanti e costrittivi, come l’inserimento in struttura protetta, proprio a causa di una presunta situazione di pregiudizio. La procedura corretta è la seguente: rilevazione di una possibile situazione di pregiudizio da parte dei servizi sociali territoriali; valutazione neuropsicologica per la valutazione delle capacità del soggetto; qualora le capacità siano compromesse; ricorso al Giudice Tutelare per la nomina di un Amministratore di Sostegno; attivazione UVMD (con la presenza dell’ADS) per la predisposizione di un progetto personalizzato. Strumenti indispensabili di questo processo risultano di fatto essere la relazione neuropsicologica e la relazione sociale indirizzate al Giudice Tutelare, che concorrono in modo determinante a disegnare la soggettività della persona in termini di presenza e comprensione del *deficit*, risorse residue, significato del quadro rilevato nel contesto della vita quotidiana. Il Giudice Tutelare necessita infatti di questi elementi per predisporre un decreto di nomina che sia effettivo e personalizzato e quindi di reale protezione e di vera promozione del soggetto.

**Risultati.** L’applicazione del metodo di lavoro sopra esposto ha portato alla nomina di Amministratori di Sostegno con decreti personalizzati, che hanno quindi di fatto messo in condizione l’anziano di poter esercitare il proprio diritto all’autodeterminazione in un contesto di protezione, ma anche promozione e valorizzazione delle capacità residue.

**Conclusioni.** La sperimentazione descritta ha di fatto confermato la necessità di una valutazione multiprofessionale nella gestione del paziente fragile e complesso con problemi di demenza.

## LAMEZIA: UNA CITTÀ DEMENTIA-FRIENDLY

Dattilo Teresa, De Vito Ornella, Frangipane Francesca, Laganà Valentina, Mirabelli Maria, Sodano Elena, Zaffina Ilaria, Colao Rosanna, Bruni Amalia Cecilia  
*Centro Regionale di Neurogenetica, ASP Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro*

**Introduzione.** Il *management* della demenza in Calabria è complesso, a causa di fattori economici, geografici e socioculturali, non solo per la popolazione anziana e fragile, ma anche nei casi di demenza ad esordio precoce. Il *Chronic Care Model* (CCM) propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a migliorare la condizione dei malati cronici, nell'obiettivo di un approccio "proattivo" tra il personale sanitario, il territorio e i pazienti con le loro famiglie, che diventano parte integrante del processo assistenziale valorizzando appieno il ruolo del cittadino.

**Metodi.** Sono stati proposti a pazienti e famiglie tre tipologie di trattamenti non-farmacologici:

- Gruppi di riabilitazione cognitiva (ROT-R), condotti da una psicologa con il supporto di una terapeuta corporea (2 cicli, da 12 incontri ciascuno, per 2 volte a settimana).
- Gruppi di sostegno sociopsicologico per *caregiver* condotti da una psicologa e un'assistente sociale, con la consulenza di un neurologo (2 cicli: il primo da 10 incontri e il secondo da 5, una volta ogni 2 settimane).
- Caffè Alzheimer: momenti in cui malati, *caregiver* e volontari si incontrano in un luogo informale e, grazie al confronto con esperti del settore, attraverso attività mirate, scambiano esperienze e ricevono informazioni. I 13 incontri, a cadenza quindicinale, sono coordinati da un'assistente sociale, due psicologhe e un neurologo. L'Amministrazione Comunale ha messo a disposizione gli spazi di un parco pubblico e associazioni culturali e di volontariato sono state partner delle attività.

Ai partecipanti è stato chiesto di compilare una scheda sociale e un questionario costruito ad hoc, per valutare il grado di soddisfazione relativo al trattamento a cui hanno preso parte.

**Risultati.** La riabilitazione ha coinvolto 16 pazienti; l'eterogeneità del grado di malattia è stata utilizzata come risorsa per far partecipare attivamente i soggetti meno gravi in un contesto educativo e di supporto per gli altri. 16 *caregiver* (62% figli) hanno partecipato attivamente al gruppo di sostegno. 20 pazienti, accompagnati dai familiari hanno preso parte ad almeno un incontro del Caffè Alzheimer.

**Conclusioni.** Per la prima volta in Calabria si è sperimentato nell'ambito delle demenze un metodo socioassistenziale integrato, troppo spesso sottovalutato da pazienti, familiari e operatori. La sensibilizzazione e partecipazione di molte componenti della società civile e la condivisione degli obiettivi del progetto con partner istituzionali, hanno contribuito a contrastare la solitudine vissuta da pazienti e famiglie e lo stigma della malattia, facilitando la socializzazione all'interno dei gruppi e nel contesto cittadino.

## **ABOLIZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO DEGLI ANTIPSIKOTICI ATIPICI: COME HA MODIFICATO LA MODALITÀ PRESCRITTIVA DA PARTE DEGLI SPECIALISTI PRESSO UNA STRUTTURA DI LUNGODEGENZA**

De Magistris Paolo, Verlengo Maria Cristina, Leggieri Anna  
*Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera ASL TO 2, Torino*

**Introduzione.** Con la determina AIFA del 23 aprile 2013 (GU n°119 del 23/05/2013) viene abolito il Piano Terapeutico(PT) degli antipsicotici da parte dei centri prescrittori mentre rimane invariato per la clozapina con l'obbligo da parte del medico prescrittore (sia esso lo specialista autorizzato o il MMG) della dichiarazione della compatibilità della formula leucocitaria. Inoltre non vi sono modifiche nella modalità prescrittiva off-label dei antipsicotici atipici: nel controllo dei disturbi comportamentali con demenza e per le indicazioni inserite nella 648/96. Lo scopo del lavoro è valutare le eventuali modifiche prescrittive in virtù di questa abolizione in una realtà come il Cottolengo di Torino.

**Metodi.** L'analisi è stata condotta incrociando le richieste nominative inviate dal Centro da aprile 2012 a marzo 2014. Le richieste sono state raggruppate in due gruppi da aprile 2012 a marzo 2013 e da aprile 2013 a marzo 2014 in concomitanza della delibera citata. Sono stati incrociati i codici fiscali per valutare eventuali cambi di terapia e di dosaggio e confrontati con i Piani Terapeutici in nostro possesso.

**Risultati.** I pazienti, che in questi anni hanno usufruito della distribuzione diretta degli antipsicotici atipici sono 214, 46 uomini e 168 donne, di cui 6 pazienti seguiti dai centri Unità Valutativa Alzheimer (UVA). Nel 2012 sono state erogate 448 confezioni di clozapina, 692 di olanzapina, 953 di quetiapina e 267 di risperidone, mentre nel 2013 rispettivamente 348, 1.008, 1.420 e 344. I pazienti in trattamento con clozapina nel 2012 sono 17 e 13 nel 2013. Dei 4 pazienti 2 non sono più in trattamento mentre gli altri hanno cambiato terapia dalla clozapina alla quetiapina.

**Conclusioni.** Dall'analisi si evince che l'abolizione del PT ha incentivato i consumi dei antipsicotici ad eccezione della clozapina con una riduzione del 12% e in due casi ha uno shift dalla clozapina alla quetiapina, probabilmente dovuto all'obbligo da parte del medico di ottemperare alla compilazione del PT. L'abolizione dei PT ha sicuramente snellito la procedura burocratica per l'approvvigionamento dei farmaci ma nello stesso tempo ha incentivato il loro consumo.

## **DIAGNOSI E CURA DEI DISTURBI COMPORIMENTALI NELLA DEMENZA (BPSD): LA RETE DEI SERVIZI MODENESE SECONDO IL MODELLO ALCOVE**

De Vreese Luc Pieter, De Salvatore Luigi, Manni Barbara, Marchesi Cristina, Neviani Francesca, Tarozzi Adriano, Fabbo Andrea  
*Programma Aziendale Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena*

**Introduzione.** L'80% dei malati di demenza vive a domicilio. Il 50-90% manifesta alterazioni del comportamento (BPSD) in corso della malattia, causa principale di istituzionalizzazione, spesso anticipata rispetto alla fase di malattia o di ricoveri ospedalieri per lo più impropri con frequenti conseguenze nefaste per il malato e la sua famiglia. Secondo le recenti raccomandazioni di *ALzheimer COoperative Valutation in Europe* (ALCOVE, 2013) una rete dei servizi dedicata alle demenze deve essere organizzata in modo tale da poter affrontare adeguatamente i BPSD. La rete dei servizi dedicata alle demenze dell'ASL è coordinata dal Programma Aziendale che si prefissa di: i) uniformare l'accesso, le prestazioni e le attività dei Centri Disturbi Cognitivi (CDC) e dei Centri Diurni Alzheimer (CDA), Nuclei Alzheimer (NA) provinciali e Nucleo Ospedaliero Demenze (NODAIA), garantendo l'appropriatezza degli interventi di diagnosi e cura dei BPSD anche in acuto; ii) favorire una più organica integrazione tra Servizi/Strutture e tra operatori dell'area sanitaria, sociale e del volontariato; iii) avviare alcuni servizi innovativi in un territorio come quello modenese, già ricco di esperienze e competenze in ambito psicogeriatrico.

**Metodi.** I CDC garantiscono visite domiciliari "urgenti" a pazienti non deambulanti e/o non trasportabili in ambulatorio per oppositività con BPSD gravi, persistenti (da almeno 10 giorni) e/o ingravescenti. La risposta agli scompensi psico-comportamentali gravi e in acuto, inquadrabili in un delirium sovrapposto a demenza (DSD), non necessitando un ricovero ospedaliero immediato, sono inviati in tempi veloci, grazie ad un collegamento dei CDC in rete sia con i servizi ospedalieri che con quelli socio-sanitari, a quello che definisce ALCOVE una "unità neuropsicogeriatrica", che nella realtà locale è rappresentata sia da un Nucleo Ospedaliero per persone con demenza ad Alta Intensità Assistenziale (NODAIA c/o Villa Igea,) che da un *Day Service* per i Disturbi Cognitivo-Comportamentali della UO di Geriatria c/o l'Ospedale di Baggiovara.

**Risultati.** Nel 2013 sono state eseguite c/o i CDC 4.530 primi accessi e 11.773 visite di monitoraggio (*follow-up*) con 2.778 nuove diagnosi di demenza, 865 diagnosi relative a condizioni di rischio di sviluppare demenza (come le condizioni di MCI) e quindi da monitorare nel tempo per la possibile evoluzione patologica, mentre in 598 casi si è giunti ad escludere la presenza di tale patologia. Nel corso del 2013 sono state effettuate 3.706 visite domiciliari che corrispondono al 22% delle visite erogate a livello provinciale. I MMG hanno attualmente in carico 5.195 persone con demenza di cui 2.210 seguiti a domicilio attraverso programmi di assistenza domiciliare integrata (ADI). Il *Day Service* Geriatrico ha preso in carico 63 pazienti, di cui 32 provenienti da PS e 31 dai CDC territoriali. Presso il NODAIA sono stati ricoverati 243 pazienti con gravi BPSD nel 90% dei casi dimessi a domicilio e monitorati dai CDC.

**Conclusioni.** L'attuale rete dei servizi dedicata alle demenze garantisce una tempestiva e corretta gestione dei BPSD conforme alle raccomandazioni di ALCOVE che sottolineano la sua importanza indipendentemente della fase di malattia e che è tanto importante quanto lo è, per esempio, la gestione del dolore nel malato oncologico.

## **CENTRO DISTRETTUALE DISTURBI COGNITIVI, PER UNA PRESA IN CARICO GLOBALE**

De Vuono Carlo, Bello Monica, Fragiacomano Emanuela, Mari Dorina  
*Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina, Friuli Venezia Giulia, Trieste*

A seguito del Decreto Ministeriale del 20 luglio 2000 nel quale venivano identificate le UVA, relativamente al territorio afferente all'ASS n.1 Triestina, una unica Unità di Valutazione veniva affidata alla responsabilità della UCO Clinica Psichiatrica, Istituto della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Trieste, afferente al Dipartimento di Salute Mentale dell'ASS n.1 Triestina. Nel 2009 in base alle seguenti considerazioni:

- la valutazione del paziente è essenziale, anche se non può rappresentare l'unico momento di intervento per il malato e per la famiglia che se ne occupa;
- è indispensabile il continuo supporto alle famiglie che si occupano di persone affette da demenza attraverso servizi di counselling, sostegno psicologico e corsi di formazione, gruppi di socializzazione/riabilitazione per dare loro maggiori strumenti e risorse per sostenere il carico assistenziale;
- la migliore modalità per garantire una risposta efficiente ed efficace ai pazienti affetti da demenza è di affidare la gestione dei questi pazienti ai Distretti sanitari sia per la diagnosi iniziale che per la successiva presa in carico totale con l'assistenza a domicilio, il supporto alle famiglie, l'inserimento nei gruppi Alzheimer, l'invio ai centri diurni, ecc.; veniva istituito un "Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi" in ogni Distretto Sanitario. Figure presenti presso il Centro del Distretto 4: 1 geriatra, 1 infermiere, 1 neurologo, 1 OSS, 1 psichiatra, 1 psicologo.

Punti di forza del Centro Distrettuale rispetto ad un Centro unico prevalentemente diagnostico sono:

- la presa in carico prima ancora dell'attivazione del percorso diagnostico con, per coloro che acconsentono, valutazione a domicilio da parte dell'infermiere della situazione assistenziale con reale analisi delle capacità nella vita quotidiana della persona, elementi importantissimi per la successiva diagnosi e stadiazione della malattia; attivazione immediata, se necessario, dell'Assistente Sociale del Comune.
- L'offerta di un gruppo di socializzazione per le persone con demenza moderata- grave gestito direttamente dall'infermiera che valuta a domicilio le persone e dall'OSS che è in forza all'Assistenza Domiciliare e che comincia a conoscere le persone e la famiglia prima dell'eventuale successivo aggravamento.

Per quanto riguarda la valutazione a domicilio da parte dell'infermiere, dal 1 gennaio 2010 al 31 maggio 2014 ne sono state effettuate 974 su 1.473 persone che si sono rivolte al nostro Centro. Per le rimanenti 499 persone è stata comunque effettuata una valutazione dei bisogni e delle capacità nella vita quotidiana presso la sede del Centro. Per ciò che concerne i gruppi di socializzazione in due anni ne hanno usufruito 22 persone per 48 incontri (descrizione delle attività nel poster) con riscontri molto positivi da parte dei *caregivers* tramite questionari di gradimento

## **DEFICIT COGNITIVO NELL'ANZIANO: DATI DI PREVALENZA IN UN DISTRETTO SANITARIO LAZIALE PER L'ANNO 2012**

Donato Giuseppe (a), De Matthaeis Maria Caterina (b), Furnari Giacomo (c), Zaccari Clara (d)

(a) ASL RM F, Distretto 2, Roma

(b) Dipartimento Farmaceutico, ASL RM F, Roma

(c) Referente CAD ASL Distretto F2, ASL RM F, Roma

(d) Distretto F2, ASL RM F, Roma

**Premessa.** Un uso efficiente ed efficace delle risorse,umane ed economiche,comporta sicuramente un intervento precoce nella diagnosi e cura dei malati di Alzheimer. Il Medico di Medicina Generale (MMG) ha un ruolo primario nell'individuazione dei sintomi di allarme,nell'invio ai centri territoriali per una corretta diagnosi, nell'organizzazione di un complesso sistema socio sanitario di sorveglianza e trattamento dei bisogni.

**Metodi.** Vengono considerati i casi di demenza diagnosticati nell'ambito della popolazione del distretto RmF-2, comuni Cerveteri e Ladispoli, anno 2012. La valutazione è avvenuta attraverso un esame della popolazione afferente al centro distrettuale UVA, pazienti in trattamento farmacologico con farmaci in nota 85, assistiti in ADP/ADI (AD), ricoverati nella RSA territoriale, assistiti da 10 MMG in due medicine di gruppo dotati di un software gestionale comune.

**Risultati.** I casi di demenza presenti nell'anno 2012 sono stati 275, di cui 89 con diagnosi di Alzheimer. In AD ne risultavano 171, di questi 54 con diagnosi di Alzheimer. 43 pazienti con demenza e residenti nel distretto risultavano seguiti presso il centro UVA e non erano in AD, 25 di questi con Alzheimer o forma mista. Altri 50 pazienti con demenza risultavano ricoverati presso la RSA distrettuale, di cui 9 con diagnosi di Alzheimer. La popolazione over 64 anni e residente nel distretto per il 2012 era di 11.896 persone, 16% della popolazione totale. I 275 casi etichettati con demenza risultavano pari al 2,31% della popolazione over 64 anni di età, con malattia di Alzheimer risultavano 89, lo 0,745 della popolazione anziana, 32,36% dei casi con demenza. Tra i MMG gli assistiti erano 14.805,20, 42% della popolazione del distretto, con over 64 anni 3.056, pari al 25,68% degli over 64 del distretto, e si è proceduto con valutazione sui farmaci con nota 85. In trattamento risultavano 31, 1,014% assistiti,mentre nell'intero distretto anno 2012 erano 145, lo 1,218% della popolazione anziana residente. L'età media dei trattati era di 79,29 anni ( $\pm$  6,74 DS), mediana 80 anni.I dati prescrittivi sono stati ricavati attraverso l'ufficio farmaceutico aziendale.

**Conclusioni.** Rispetto allo studio ALCOVE, con dati di prevalenza per 2011 su popolazione europea del 7,23%, e al documento di indirizzo operativo della Regione Lazio del 2012, con dati di prevalenza del 6% per le demenze, e del 3,6 % per l'Alzheimer, la quantità dei casi noti nell'ambito del distretto laziale RmF-2 è molto più esigua. Il ruolo del MMG è fondamentale per rilevare precocemente quei bisogni assistenziali il cui primo elemento è la conoscenza della loro reale numerosità. L'età avanzata della popolazione con Alzheimer ed in trattamento farmacologico porta a considerare quale possibilmente tardivo l'intervento terapeutico.

# GESTIONE INTEGRATA DELLE DEMENZE NELLE CURE PRIMARIE: ANALISI DELL'APPRIORRIATEZZA PRESCRITTIVA IN 4.237 PAZIENTI PRESI IN CARICO DAI MEDICI MEDICINA GENERALI DELLA AUSL DI MODENA

Fabbo Andrea (a), De Vreese Luc Pieter (a), Capelli Oreste (b), Lorenzini Monica (b), Pini Monica (b), Ricconi Silvia (b), Rovesta Lara (a), Solfrini Valentina (b), Marchesi Cristina (a)  
(a) Programma Aziendale Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena  
(b) Programma Governo Clinico, Direzione Sanitaria, Modena

**Introduzione.** Nella provincia di Modena è in vigore, dal 2002, un Accordo Aziendale tra AUSL di Modena e Medici di Medicina Generale (MMG) - protocollo per la presa in carico delle persone con decadimento cognitivo e delle loro famiglie da parte dei MMG e dei centri di valutazione dei disturbi cognitivi, articolato in 2 fasi: 1) Presa in carico da parte del MMG - modulo A; 2) *Follow-up* della gestione assistenziale (modulo B) al fine di monitorare la comparsa di complicanze che possano comprometterne la permanenza a domicilio.

**Scopo.** Analisi di 4.237 moduli B raccolti nel 2013 per verificare la frequenza della prescrizione e degli effetti collaterali di tre classi di psicofarmaci di uso comune nei malati di demenza (anticolinesterasici (ChEI) e memantina; gli Antipsicotici (AP) sia tradizionali che di nuova generazione e gli Antidepressivi (AD)) e riportare questi dati ad alcuni indicatori ritenuti importanti per la qualità della gestione e della vita del malato e della sua famiglia: gravità di decadimento cognitivo; andamento della malattia (meglio, stabile, peggio), presenza/assenza di sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) e la tenuta della famiglia nella gestione del malato a casa (buona, difficoltosa, non gestibile).

**Metodi.** Il *grading* del disturbo cognitivo è stato eseguito mediante una categorizzazione dei punteggi al MMSE: assente ( $\geq 27$ ); lieve (26-21), moderato (20-15); moderato-grave (14-10); grave (9-3); molto grave (2-0). L'età è stata suddivisa in otto sottogruppi (<65, 65-69, 70-74, 75-79 fino a >95). La psicofarmacoterapia è stata divisa in sei sottogruppi: monoterapia (ChEI/Memantina, AP e AD), terapia anti-demenza in associazione con AP e/o AD; terapia AP assieme a AD.

**Risultati.** L'età media ( $\pm$ DS) dei 4.237 pazienti registrati è di 85,5 ( $\pm$ 7,4) anni (mediana: 86 anni). Vi sono 2.989 femmine (70,1%) che evidenziano un'età media di quasi tre anni in più rispetto ai pazienti di sesso maschile ( $p < 0,0001$ ). In 801 casi (19,9%) non è stato possibile applicare il *grading* del disturbo cognitivo per mancanza del punteggio al MMSE. Il 18,2% ( $n=770$ ) dei pazienti assume un farmaco anti-demenza di cui quasi un terzo (35,4%) in monoterapia. Il 30,9% ( $n=1.304$ ) è in trattamento con AP di cui solo 48,5% in monoterapia. Dei 2.148 pazienti con AD oltre la metà (59,5%) è in monoterapia antidepressiva. I tassi di prevalenza degli effetti collaterali sono relativamente bassi (anti-demenza: 5,3%; AP: 6,05%; AD: 3,07%) senza differenza statisticamente significativa né tra maschi e femmine, né tra gli otto sottogruppi di età, né tra i cinque livelli di gravità del disturbo cognitivo.

**Conclusioni.** Vi è un uso prescrittivo sproporzionato di AP e AD rispetto alla frequenza con cui vengono segnalati BPSD di rilevanza clinica. La frequente prescrizione degli AD deriva da una tendenza a usare più spesso questa classe di psicofarmaci nel trattamento dei BPSD alla luce dei recenti dati sul rapporto rischio-beneficio sfavorevole degli AP. Infine non si evidenziano differenze significative sull'andamento della malattia in pazienti con o senza terapia anticolinesterasica (o memantina) anche se la loro prescrizione sembra favorire l'assenza di BPSD e una buona tenuta della famiglia specie se in monoterapia.

## A PASSO D'ASINO DAL DOMICILIO ALLA FATTORIA: UN PROGETTO PILOTA

Fiandra Alessia, Arcangeli Francesca, Biscossi Damiano, Delgado Cornelia, Palmiotto Raffaella, Marsecani Gianluca, Boccardo Mauro, Giubilei Annalisa, Penco Italo  
*Fondazione Roma Sanità, Servizio di Assistenza Domiciliare Alzheimer, Roma*

**Introduzione.** Il presente progetto ha lo scopo di definire un protocollo di intervento dedicato a pazienti affetti da demenza in fase severa di malattia, finalizzato alla riduzione dell'isolamento sociale, dei disturbi del comportamento e al miglioramento della motricità, attraverso l'uso dell'onoterapia.

**Metodi.** Il progetto ha coinvolto 5 pazienti, tre uomini e due donne, di età media di 74,4 anni e con un MMSE medio di 4,8, seguiti dal servizio di assistenza domiciliare. Sono stati proposti 7 incontri in fattoria, il primo dedicato agli operatori dell'équipe per familiarizzare con il percorso proposto, gli altri sei, a cadenza settimanale, di attività specifica rivolta ai pazienti. Ogni incontro della durata di due ore era diviso in tre fasi: la prima di accoglienza e orientamento rispetto al gruppo e al luogo, la seconda di relazione e cura dell'asino (spazzolarlo, accarezzarlo, farlo passeggiare) e l'ultima di feedback sull'esperienza vissuta. L'attività è stata condotta da un esperto di onoterapia coadiuvato dagli operatori di riferimento dei pazienti. Dopo l'individuazione dei partecipanti sono state condotte, in modalità pre e post, le valutazioni in cieco con i seguenti strumenti: Functional Independence Measure, Scala Tinetti andatura ed equilibrio, *Disability of the Arm, Shoulder and Hand*, *Motricity Index*, *NPI*, *Caregiver Burden Inventory* e *Brief Symptom Inventory*. Sono state inoltre create tre diverse griglie, di cui una compilata tramite osservazione diretta non partecipata e le altre da operatori e familiari prima e dopo ogni incontro, per misurare le interazioni sociali, il comportamento, la cognitività, il grado di soddisfazione, l'aumento dell'iniziativa e le verbalizzazioni.

**Risultati.** I dati raccolti, analizzati attraverso la t di Student, evidenziano una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) per quanto riguarda le capacità relazionali, l'equilibrio e la riduzione della disabilità degli arti superiori. L'analisi, delle griglie di osservazione, evidenzia lungo tutto il percorso, l'aumento della partecipazione spontanea, un miglioramento del tono dell'umore (espressione distesa, rilassata), la riduzione dell'agitazione e dell'apatia, l'aumento delle interazioni con il gruppo. I familiari riportano maggiore partecipazione alle attività del quotidiano e maggiore utilizzo del linguaggio verbale.

**Conclusioni.** questo progetto ha messo in evidenza l'efficacia di una attività di gruppo in un ambiente diverso dal domicilio anche per i pazienti in fase severa. L'ambiente entro cui l'attività si è svolta, ha permesso il "viversi" all'interno di un progetto, sentirsi riconosciuti in un gruppo sperimentando il calore di una relazione sociale. A settembre partirà la seconda fase dello studio con la proposta dell'attività ad altri 5 pazienti.

## IMPORTANZA DELL'APPROCCIO MULTISISTEMICO VERSO L'ANZIANO CON DEMENZE ISTITUZIONALIZZATO

Francone Caterina, De Rosa Giuliana, Bruno Patrizia, Di Lorenzo Valentina, Santillo Antonella,  
Marano Francesca, Sommella Francesca  
*Associazione Malattie Neurodegenerative e Sindrome Alzheimer, ASL NA2 Nord, Napoli*

**Introduzione.** La progressione e irreversibilità del danno cerebrale, tipici della demenza senile primaria, obbligano le strutture territoriali e i servizi specialistici che si occupano di tali individui a implementare e a mettere in atto progetti terapeutici che puntino sulla presa in carico globale del malato. Tale presa in carico non può prescindere dalla stimolazione delle abilità cognitive e degli aspetti relazionali-affettivi, in quanto la persona affetta da demenza, nonostante le proprie difficoltà cognitive ed emotive, continua ad avere desideri, emozioni, idee e pensieri che vuole condividere con gli altri.

**Metodi.** L'associazione AMNESIA (Associazione Malattie Neurogeriatriche e Sindrome di Alzheimer) ha promosso ed elaborato il progetto "Mai più soli". Tale progetto di potenziamento e stimolazione cognitivo-affettiva, è stato svolto all'interno della struttura residenziale "Il Quadrifoglio" del territorio di Giugliano in Campania, in provincia di Napoli. Esso ha previsto l'inserimento, in un regime di centro diurno e di struttura residenziale, di 14 individui affetti da demenza di grado lieve-moderato, afferenti all'UVA DS 35-37 ASL NA2 Nord. Le attività proposte all'interno di esso sono state sviluppate in tre percorsi paralleli, per un totale di tre incontri a settimana per un periodo di tre mesi: il primo percorso di tipo neuropsicologico, è stato indirizzato al potenziamento e alla stimolazione delle abilità cognitive attraverso training specifici per le singole funzioni, modellato sulla base del livello di gravità espressa dal gruppo. Il secondo percorso, basato sulle tecniche di psicoterapia sistemico-familiare, è stato indirizzato allo sviluppo degli aspetti relazionali, all'espressione delle energie emotive positive e al consolidamento delle relazioni tra gli utenti e tra utente-operatore. Il terzo percorso è stato incentrato sulla terapia affettivo-occupazionale, sulla musicoterapia e arteterapia. L'obiettivo cardine di questo ultimo percorso terapeutico, è stato quello di aiutare i partecipanti a comunicare emozioni, sensazioni e stati d'animo, a conoscere e riattivare i 5 sensi e a stimolare la creatività.

**Risultati e Conclusioni.** L'intero percorso terapeutico, del quale i partecipanti sono stati protagonisti, ha portato ad un sensibile miglioramento delle loro condizioni psicologiche e fisiche. Tali attività hanno reso possibile operare sul senso di identità di ognuno, recuperando ottimismo, entusiasmo e l'autostima. Si è assistito ad un recupero e ad una riattivazione delle competenze cognitive di base, della manualità, del riconoscimento delle potenzialità di ognuno. In linea generale, i risultati raggiunti hanno riguardato quattro livelli principali: stabilizzazione delle abilità compromesse e potenziamento delle abilità residue; sviluppo delle capacità empatiche e di aiuto reciproco; aumento del senso di autoefficacia e della motivazione all'azione; miglioramento del tono dell'umore.

## PIANI NAZIONALI SULLA DEMENZA IN EUROPA. IL CONTRIBUTO DELLA *JOINT ACTION* ALCOVE

Giusti Angela, Vanacore Nicola, Scardetta Paola  
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto  
Superiore di Sanità, Roma*

**Introduzione.** La *Joint Action* (JA) *ALzheimer COoperative Valuation in Europe* (ALCOVE) promossa dalla Commissione Europea dal 2010 al 2013 ha riunito 19 Stati Membri (SM) in un processo di condivisione di conoscenze ed esperienze con l'obiettivo di migliorare l'assistenza e i servizi per i cittadini affetti da demenza e le loro famiglie. Tra gli obiettivi della JA c'era la descrizione dello stato dell'arte dei servizi dedicati all'assistenza nei diversi SM. L'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato le attività relative all'epidemiologia e all'organizzazione dei servizi, inclusi i Piani Nazionali per la demenza (PND).

**Metodi.** Tra marzo e settembre 2012 è stato messo a punto un questionario e sono stati raccolti i dati sui PND esistenti, definiti come "qualsiasi politica nazionale centrata sulla demenza". Le variabili sono state costruite secondo le indicazioni di letteratura sulle componenti caratterizzanti un PND. Attraverso la rete di relazioni creata con la JA, sono stati contattati i referenti di tutti gli SM. I questionari sono stati inviati via email e autocompilati. L'analisi è stata descrittiva, di tipo quali-quantitativo e ha incluso anche i commenti liberi.

**Risultati.** Dei 28 Stati contattati 24 hanno risposto. Di questi, 11 hanno un PND, 5 lo avranno in tempi brevi mentre 8 ne sono sprovvisti. Il primo risale al 2007. Nella maggior parte dei casi (16/24) si tratta di PND indipendenti, in 5 casi sono inclusi in politiche nazionali più ampie (Piano Sanitario Nazionale, Linee Guida nazionali sulle patologie croniche, politiche sulla salute mentale). In alcuni casi, l'implementazione a livello sub-nazionale può subire variazioni sostanziali rispetto al PND. I PND sono stati analizzati secondo 5 macro-categorie: percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA); qualità dell'assistenza; gestione integrata; informazione, comunicazione e formazione; implementazione e finanziamento. Pur in una generale eterogeneità degli elementi caratterizzanti i PND dei diversi Stati, alcuni elementi sono trasversali: la tempestività della diagnosi, dell'assistenza e del supporto sociale delle persone e dei *caregiver*, la definizione di standard assistenziali, il miglioramento dei PDTA, il sostegno all'autonomia delle persone, la continuità assistenziale e la promozione di atteggiamenti positivi e comprensione della malattia da parte dei professionisti coinvolti. Tutti i PND includono raccomandazioni per l'implementazione ma non tutti prevedono un piano di valutazione con la definizione di esiti, standard e indicatori. Il livello di implementazione varia ed è spesso graduale, sia in termini temporali sia di aree geografiche.

**Conclusioni.** La struttura e il livello di implementazione dei PND presenti in Europa è eterogenea, anche all'interno dei singoli Stati. Nonostante ciò, esistono diverse aree di buona pratica. Molti PND sono recenti e sono considerati un importante passo in avanti e una risposta necessaria al problema emergente di salute pubblica costituito dalle demenze nella popolazione europea.

## EDUCAZIONE DELLE ASSISTENTI FAMILIARI: UN'ESPERIENZA

Magro Valerio Massimo, Scala Giovanni.  
*Day Hospital Geriatria Ospedale S.Eugenio, ASL RMC, Roma*

**Introduzione.** Il riscontro di anziani fragili, con comorbidità e *deficit* cognitivo, soli e bisognosi di assistenza è in continuo aumento. La demenza ha bisogno di necessità assistenziali particolari, accanto al paziente vi è anche un altro malato nascosto, la famiglia. Parallelamente la richiesta di badanti per accudire tali soggetti è una voce, nel panorama dell'occupazione, che non conosce crisi.

**Metodi.** È stato avviato un progetto educativo, volto a formare delle persone che possano assistere il malato ed anche essere di supporto alla famiglia. Il corso, a numero chiuso e a frequenza gratuita, era rivolto a donne e uomini che già svolgevano un lavoro di cura o che erano interessati a svolgerlo. La parte didattica è stata organizzata in lezioni settimanali di 5 ore pomeridiane, strutturate in 4 moduli (area della comunicazione e della relazione, area dei servizi sociali e di assistenza, area della cura e dell'accompagnamento della persona, area della alimentazione).

**Risultati.** Vi è stato un numero significativo di iscrizioni, con esaurimento dei posti liberi in breve tempo. L'utenza era formata per la maggior parte da donne, con una età media di 38 anni. Hanno dato la propria adesione al corso figure professionali che per titoli culturali e professionali risultavano idonee all'insegnamento e che provenivano da diverse branche dell'assistenza operanti sia in Ospedale che sul Territorio, Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Ospedalieri, Psicologi, Terapisti della Riabilitazione, Assistenti Sociali. Le lezioni venivano portate a termine con una generale soddisfazione dell'utenza: dall'analisi delle schede di audit, rilasciate al termine di ogni lezione, si evince che il corso è stato trovato molto utile/utile. L'assistente familiare che il progetto ha avuto lo scopo di formare doveva essere dotato non solo di conoscenze tecniche sulle malattie che provocano la perdita della autosufficienza e conducono alla dipendenza, in particolar modo negli aspetti pratici, ma anche doveva essere addestrato al contatto con la persona, in modo da far passare nella sua metodologia la solidarietà.

**Conclusioni.** Si è cercato di effettuare una formazione professionale qualificata. L'iniziativa ha avuto un buon successo di utenza con gradimento elevato da parte dei partecipanti, lasciando la speranza, nel tempo, di potere ripetere l'iniziativa, di creare molti più corsi, aperti ad un numero maggiore di soggetti.

## MODELLO AIMA MIAMOCI. DAL TO CURE AL TO CARE

Musella Caterina (a,b) Cutolo Serena (a) Caputo Serena

(a) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Onlus, Napoli

(b) Servizio Umanizzazione Percorsi Assistenziali ASL Napoli, Napoli

**Introduzione.** In uno scenario in cui l'invecchiamento, è correlato all'incidenza di malattie cronic-degenerative, e conseguentemente ad una maggiore incapacità di provvedere a se stessi, urge la necessità di strutturare nuovi modelli assistenziali. Il Modello AIMA AMIAMOCI, nasce nel 2000, con l'AIMA Campana, per prendersi cura in maniera globale della Persona Fragile affetta da demenza e della sua Famiglia secondo un approccio olistico, biopsicosociale, offrendo una serie di servizi integrativi a quelli istituzionali nell'ambito di una rete di umanizzazione e continuità assistenziale.

**Metodi.** Oltre ad accogliere la diade Persona Fragile/Caregiver fin dal primo momento, per poi "accompagnarla" lungo tutto il ciclo della malattia, il Modello propone forme assistenziali innovative, per migliorare la qualità di vita nel rispetto di dignità, volontà ed esigenze del Paziente e della Famiglia. "Curare" non vuol dire sempre guarire, ma "prendersi cura", e l'AIMA lo fa attivando una serie servizi in grado di generare, trasversalmente, beneficio sia ai pazienti che ai familiari. Il monitoraggio delle attività viene effettuato, per i pazienti, attraverso la somministrazione di test neuropsicologici validati MMSE, ADAScog, ADL, IADL, NPI ed un'intervista aperta; e per i familiari attraverso il CBI, PSS, SAP ed un'intervista semi strutturata.

**Risultati.** Nel corso del 2013 i numeri dell'Associazione, considerando solo le sedi Napoli e Battipaglia, sono risultati:

- centro Ascolto Regionale dedicato in media circa 50 chiamate al giorno;
- colloqui di Supporto Psicologico Individualizzato circa 50 al mese;
- corso di formazione per il conseguimento della qualifica professionale riconosciuta a livello Regionale e Nazionale di "Caregiver Alzheimer" di 600 ore alla terza edizione, ha formato 60 operatori;
- alzheimer Cafè e Gruppi di Auto e Mutuo Aiuto, in media tra i 20 ed i 30 partecipanti ad incontro;
- laboratori delle emozioni, lettura e scrittura narrativa, Arte Terapia, training cognitivo, ginnastica dolce, cucina e benessere, circa 35 pazienti al giorno;
- grazie ad "AIMA è nel cuore" attività di trasporto quotidianamente per circa 8 utenti;
- ambulatorio Demenze attivo tre giovedì al mese conta circa 15 visite mensili, con la presenza del neurologo e l'accompagnamento delle psicologhe e sociologhe AIMA;
- sito [www.aimanapoli.it](http://www.aimanapoli.it): 3.500 visite al mese.

**Conclusioni.** I risultati dell'analisi hanno evidenziato gli sforzi dell'AIMA finalizzati al miglioramento della qualità di vita di paziente e caregiver. Al di là dei dati rilevati, l'esperienza di contatto diretto con gli utenti, ha consentito di conoscere le loro opinioni, orientate a sottolineare l'utilità delle prestazioni degli operatori e la necessità del loro sostegno.

## **PALESTRA DELLA MEMORIA: UN APPROCCIO NON FARMACOLOGICO AI DISTURBI DELLA MEMORIA**

Ortone Elena (a), Bertone Paola (b), Debernardi Bernardino (a), Macchiarulo Elena (b)

(a) *Geriatrics Post Acuzie, Azienda Sanitaria Locale, Biella*

(b) *Centro della Memoria, Azienda Sanitaria Locale, Biella*

**Introduzione.** A 5 anni dalla Delibera di istituzione del Centro della Memoria (presso la Struttura Geriatrics Post Acuzie ASL BI), su sollecitazione di famigliari e di pazienti, il Centro della Memoria ha realizzato, collaborando con AIMA e Anteo Cooperativa Sociale Biellese, la Palestra della Memoria, con finalità preventive e curative per i disturbi della memoria. Questo centro ha l'obiettivo sia di migliorare la qualità di vita del malato e dei famigliari limitando l'insorgenza di disturbi del comportamento, sia di rispondere alle esigenze di chiunque voglia stimolare la memoria mantenendo le proprie autonomie il più a lungo possibile, e valorizzando anche rapporti i interpersonali (invecchiamento attivo)

**Metodi.** La Palestra è stata realizzata nella zona centrale di Biella; è uno spazio ove sono proposte attività di stimolazione cognitiva, laboratori di musica, di arte, narrativi, di lettura ad alta voce. La frequenza è ad ore settimanali, in base al gruppo di attività, e la frequenza è al momento a pagamento. Gli operatori, tutti professionisti nell'ambito delle Demenze e delle terapie non farmacologiche, si avvalgono di strumenti di Stimolazione Cognitiva con schede cartacee o con software, Psicomotricità, Musicoterapia, Arteterapia, Laboratorio di Narrazione Autobiografica, Lettura ad alta voce e Stimolazione Cognitivo-Relazionale, di Pilates. I gruppi, suddivisi per valori di MMSE, sono composti da 4-6 persone, la frequenza varia da 2 a 3 volte alla settimana. Più persone accedono a più attività.

**Risultati.** La Palestra ha ufficialmente aperto il giorno 23.01.14. Gli iscritti nei primi 6 mesi dell'anno sono stati 70 (44,3% uomini, 55,7% donne), (titolo di studio: 25,7% elementare, 20% media, 22,9% superiore, 4,3% università), (età media 75,9 anni), (MMSE da 10/30 a 30/30). La frequenza è stata in media di 54 utenti ogni mese. Gli invianti alla Palestra sono: 74,3% il Centro della Memoria e 4,3% i Geriatri, e registriamo un 21,4% di arrivo spontaneo, dopo 7 serate di presentazione del servizio, con 430 partecipanti. Dopo la chiusura del mese di agosto, l'attività ha ripreso a settembre con 54 iscritti; altri utenti informati sulle modalità di accesso, sono in attesa di valutazione preliminare (per creare gruppi omogenei).

**Conclusioni.** Questa piccola realtà, periferica rispetto ai circuiti "alti" (accademici e universitari), rappresenta una piccola iniziativa nata e realizzata da chi sente la responsabilità di "costruire un mondo allargato di cure sempre più adatto al bisogno, ma anche sempre più compiutamente accettate dalla società che vive attorno alle persone più fragili".

## PERSONALITÀ PREMORBOSA E ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA

Pradelli Samantha, Della Pietà Camilla, Zerilli Mario, Marini Zeudi, Lorico Fabio  
*Azienda Unità Socio Sanitaria Locale 3, Bassano del Grappa, Vicenza*

**Introduzione.** Precedenti ricerche che hanno indagato l'influenza dei fattori di personalità sul comportamento delle persone con demenza, hanno prodotto risultati contrastanti. Gli autori hanno tentato di capire se alcune delle più comuni alterazioni comportamentali della persona con demenza (agitazione/aggressività, irritabilità, ansia), sono associate a fattori personologici (nevroticismo, amicalità).

**Metodi.** 31 persone con una diagnosi di demenza da Malattia di Alzheimer o vascolare o mista sono state valutate per la presenza di alterazioni comportamentali utilizzando il test NPI. Un familiare convivente o al corrente della situazione e con ampia conoscenza della persona, ha valutato la personalità premorbosa attraverso la Scheda 5 del CBA.

**Risultati.** Le analisi correlazionali hanno evidenziato una relazione positiva e significativa tra nevroticismo e allucinazioni; mentre è stata trovata una correlazione significativa inversa fra apertura alle esperienze, gradevolezza e coscienziosità e deliri, allucinazioni e agitazione-aggressività. I tratti che, tra gli altri, sembrano i più protettivi verso l'insorgere di alterazioni comportamentali sono l'apertura alle esperienze e la gradevolezza.

**Conclusioni.** I risultati di questa ricerca concordano con gli studi precedenti, come ad esempio, relativamente alla presenza di una relazione tra tratti di personalità premorbosa e disturbi comportamentali nella demenza. Un certo numero di studi suggerisce che i tratti di personalità premorbosa possono predire i disturbi comportamentali; le correlazioni trovate in questo studio sono a sostegno di questa posizione. Le implicazioni di quanto detto vorrebbero dirigere l'intervento attraverso modelli psicologici e centrati sulla persona, promuovendo in modo costante la considerazione della personalità nella valutazione del comportamento in persone con demenza. Sicuramente una miglior comprensione del ruolo della personalità può fornire informazioni su come aiutare la persona ed i suoi familiari nella gestione delle problematiche comportamentali. Allo stesso tempo l'indagine della personalità può fornire indicazioni su quali sono i soggetti a maggior rischio di sviluppare problematiche comportamentali e quindi necessitano di un più stretto monitoraggio.

## IMPATTO DI UN INTERVENTO PSICO-EDUCAZIONALE NEI CAREGIVER CHE PRESENTANO DISTURBI DEL SONNO

Razza Grazia (a), Castro Giuseppe (a), Trovato Giovanna (a), Baraldo Lucia Walmara (b), Santagati Mario (a), Fichera Giuseppe (c)

(a) Centro Diurno Demenze Acireale, Azienda Sanitaria Provinciale 3, Catania

(b) Dipartimento Salute Mentale Acireale, Attività Riabilitative Centro Diurno Demenze Acireale, Azienda Sanitaria Provinciale 3, Catania

(c) Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Provinciale 3, Catania

**Introduzione.** La patologia dementigena è invalidante non solo per il paziente ma anche la famiglia. Il *caregiver* è colui che si fa carico dell'assistenza e che tra i familiari vive i più alti livelli di stress con conseguenti disturbi psicofisici. Scopo del presente lavoro è valutare i cambiamenti dei disturbi del sonno nei *caregiver*, a seguito di un intervento psico-educazionale e valutare nel corso degli incontri momenti particolarmente significativi che possano essere espressioni di trasformazione.

**Metodo.** A 22 *caregiver* informali (figli e coniugi) afferenti al centro diurno demenza di Acireale (ASP3-Catania), che presentavano disturbi del sonno. Il gruppo è stato sottoposto a 15 incontri a cadenza settimanale della durata di 2 ore ciascuno, in cui sono stati affrontati i seguenti argomenti: i vissuti del familiare, le demenze, la comunicazione, l'auto-osservazione, le attività piacevoli, l'igiene del sonno, la capacità di coping, la competenza ed il supporto sociale. Tutti i partecipanti hanno completato al baseline e al re-test questionari per la valutazione del carico assistenziale (*Caregiver Burden Inventory*) e per i disturbi del sonno (*Pittsburgh Sleep Quality Index*). Inoltre è stato valutato l'Indice di Cambiamento Terapeutico (ICT) al baseline, al quinto, al decimo e al quindicesimo incontro.

**Risultati.** Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SPSS versione 17 per Windows 7. La valutazione dei risultati ha evidenziato come un adeguato intervento psico-educazionale permette la diminuzione del carico assistenziale e contemporaneamente un miglioramento della qualità del sonno dei *caregiver*. Rispetto il processo di cambiamento terapeutico appare rilevante la durata dell'attività psico-educazionale per determinare il cambiamento, poiché le modificazioni dell'indice sono proporzionali al numero degli incontri effettuati.

**Conclusioni.** L'attività psico-educazionale può rappresentare una buona forma di intervento con *caregiver* che manifestano alti livelli stress assistenziale e disturbi del sonno. Appare, inoltre, come uno dei fattori che può determinare il cambiamento proprio la durata dell'intervento psico-educazionale.

## **MENTE IN MOVIMENTO: PROTOCOLLO SPERIMENTALE DI VALUTAZIONE COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN PAZIENTI CON MALATTIA DI ALZHEIMER SOTTOPOSTI AD ATTIVITÀ MOTORIA CONTROLLATA**

Rea Giovanni, Gallo Ciro

*Servizio UVA, Distretto Sanitario 60 di Nocera Inferiore, ASL, Salerno*

**Introduzione.** Da tempo è noto che l'attività fisica riduce il rischio di patologie croniche migliorando le capacità funzionali e ritardando le disabilità correlate. Un'ampia messe di studi e trial clinici avvalorano in modo sempre più stringente l'ipotesi che una attività motoria specifica e mirata è associata ad un ridotto rischio di declino cognitivo e di demenza, di miglioramento delle prestazioni cognitive, di riduzione dei sintomi psichiatrici, comportamentali, dei disturbi del sonno, ed alla possibilità di modificare la storia naturale della Malattia di Alzheimer (MA), almeno nelle forme iniziali e/o di media gravità. I meccanismi alla base di ciò sono vari, i più indagati dalla ricerca sono rappresentati: dalla protezione dei neuroni dell'ippocampo procurata dall'incremento di concentrazioni di varie sostanze secrete dal muscolo in attività (miochine) ed in particolare dall'IL-6 e poi dalla stimolazione della neurogenesi del giro dentato ippocampale indotta dall'esercizio fisico e traducendosi in un aumento dell'ippocampo, indagabile con studi di RMN volumetrica.

**Metodi.** Presa in carico di 10 pazienti con MA di grado lieve. Ai dieci pazienti è somministrato un programma terapeutico kinesiterapico basato su esercizi aerobici con controllo in tempo reale della frequenza cardiaca, stimolazione della motilità ed elasticità articolare, coordinazione, equilibrio, e con costante coinvolgimento delle funzioni sensoriali/propriocettive. Le sedute hanno frequenza bisettimanale per un periodo di nove mesi. Sono effettuati controlli con scale di valutazione specifiche e con RMN (valutazione volume ippocampo).

**Risultati.** La “sperimentazione” è partita a luglio 2014 e i dati sono parziali. Però l'esperienza bimestrale ha già permesso di rilevare un miglioramento dei BPSD nella sfera comportamentale e dell'umore. Tale rilevazione osservazionale è confermata dalle scale di valutazione emotiva e comportamentale: GDS/NPI e dal riferito dei *caregiver*.

**Conclusioni.** Studi internazionali sostengono in modo sempre più evidente l'impatto positivo dell'attività fisica aerobica sul volume e sulla funzionalità dell'ippocampo, migliorando i livelli dei fattori neurotrofici, di sostanze neuroprotettive e stimolando la crescita e la sopravvivenza dei neuroni, migliorando il livello cognitivo, la memoria, e la sfera comportamentale. Il nostro lavoro, anche se in fase iniziale, sembra confermare questo indirizzo.

## AFASIA NELLA DEGENERAZIONE CORTICOBASALE: STUDIO NEUROPSICOLOGICO SU 6 CASI CLINICI

Ruggeri Massimiliano  
Centro di Riabilitazione CAR, Roma

**Introduzione.** La Degenerazione Cortico-Basale (DCB) è una sindrome extrapiramidale asimmetrica con rigidità unilaterale ed aprassia, con caratteristiche patologiche taupositive, e non rispondente alla L-Dopa. La diagnosi clinica della DCB può essere spesso difficoltosa sia per l'eterogeneità dei disturbi che per l'assenza di consenso sui criteri diagnostici. Le neuroimmagini (RMN e SPECT) possono essere utili nella diagnosi, per la presenza di atrofia asimmetrica nelle regioni frontali posteriori e parietali posteriori. La DCB è caratterizzata da: 1) disturbi motori extrapiramidali asimmetrici (ipocinesia, rigidità asimmetrica degli arti superiori con distonie e miocloni); 2) aprassia degli arti con fenomeno dell' "arto alieno"; 3) disturbi sensitivi corticali e 4) afasia. Solitamente l'afasia nella DCB è di tipo non fluente, con anomie, disartria, *deficit* della letto-scrittura, della ripetizione e della comprensione. Essa quindi può presentare difficoltà nella diagnosi differenziale con L'Afasia Progressiva Primaria non-fluente (APP-nf).

**Metodi.** Un gruppo di 6 pazienti (2 maschi, 4 femmine; età 61-83, MMSE 18 + 8) con diagnosi clinica di DCB sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica allo scopo di investigarne il disturbo del linguaggio e delineare un profilo afasiologico utile per la diagnosi clinica e differenziale della DCB. In tutti i pazienti esaminati il disturbo del linguaggio costituiva uno dei segni d'esordio della malattia.

**Risultati.** L'esame del linguaggio aveva evidenziato in tutti i pazienti gravi disturbi articolatori di tipo "simil-balbuzie", anomie, agrafia, *deficit* della ripetizione e della lettura, con parafasie soprattutto fonologiche e tendenza alla lessicalizzazione. La comprensione lessicale era conservata mentre quella sintattica mostrava lievi *deficit*. Inoltre, la valutazione neuropsicologica aveva evidenziato grave aprassia ideomotoria degli arti, bucco-facciale e verbale, afasia espressiva, ed in due pazienti dei *deficit* di tipo Sindrome di Balint-Holmes (aprassia dello sguardo e simultaneoagnosia). L'aprassia si caratterizzava per gli errori ideomotori ed il fenomeno della "mano anarchica"; essa riguardava anche i pattern articolatori del linguaggio, la coordinazione pneumofonica e lo sguardo.

**Conclusioni.** I *deficit* del linguaggio nel gruppo di pazienti con DCB avevano caratteristiche dell'Afasia di Broca ed in parte di Conduzione. Essi si caratterizzavano soprattutto per il disturbo prassico verbale "pseudo-balbuziente". Inoltre erano presenti anomie, agrafia, dislessia superficiale, *deficit* della ripetizione, con danno prevalente al sistema fonologico; la comprensione verbale era maggiormente conservata. In conclusione, l'afasia nella DCB sembra presentarsi come un'afasia espressiva, con prevalente aprassia verbale, agrafia, e danno fonologico. La diagnosi differenziale con l'APP-nf quindi può essere fatta in base alla presenza di un eloquio simil-balbuziente, l'agrafia, ed il danno fonologico.

## **OLFATTO, TATTO, MEMORIA, EMOZIONI: UN'OPPORTUNITÀ DI STIMOLAZIONE COGNITIVA**

Santoro Michaela (a), Ragni Silvia (a), Tancorre Isabella (a), Giubilei Annalisa (a), Attaianese Fulvia (a), Boccardo Mauro (a), Fiandra Alessia (a), Bartorelli Luisa (b)

(a) *Fondazione Roma Sanità, Servizio di Assistenza Domiciliare Alzheimer, Roma*

(b) *Associazione Alzheimer Uniti Onlus 2, Roma*

**Introduzione.** La stimolazione di persone affette da demenza, anche attraverso esperienze multisensoriali, mira a produrre, seppur a breve termine, benefici sia sul piano cognitivo che in generale sulla qualità di vita. In questo studio osservazionale, condotto presso il Centro Diurno Alzheimer, si è cercata la conferma di una correlazione fra tatto, olfatto e memoria autobiografica, evidenziando come dall'esplorazione di elementi diversi possano scaturire sensazioni, emozioni, immagini, ricordi, facilitando anche la socializzazione. Obiettivi specifici: suscitare la sensibilità olfattiva e tattile e le percezioni correlate attraverso stimoli positivi e negativi, recuperare memorie, stimolare l'attenzione e la curiosità, favorire il benessere personale, la fiducia nelle proprie capacità, il senso di identità.

**Metodi.** Il campione dello studio è costituito da 24 pazienti, divisi in due gruppi di 12 persone (A: stadio moderato-severo, B: stadio lieve-moderato), ai quali è stato proposto un percorso sensoriale, consistente nella presentazione di 6 sostanze odorose, ben diffuse nella vita quotidiana: basilico, caffè, acqua di colonia, broccolo, acetone, alcool denaturato. L'esplorazione sensoriale per entrambi i gruppi si è articolata in 6 incontri di due ore ciascuno, e in 2 fasi. La prima fase, individuale, coordinata dalla psicologa, prevedeva una stimolazione dapprima olfattiva, quindi tattile, infine visiva. Seguiva una seconda di gruppo, gestita dal personale dell'équipe, consistente nella ripresa dello stimolo olfattivo, favorendo le rievocazioni dei singoli e lo scambio di informazioni tra di loro, con annotazione dei diversi comportamenti e delle verbalizzazioni significative.

**Risultati.** Dalle osservazioni effettuate è emerso che nel gruppo B erano maggiormente conservati l'olfatto, la capacità di riconoscimento e la denominazione delle sostanze e il ricordo dell'attività anche a distanza di settimane. Per il gruppo A, è risultato più efficace l'intervento individuale, che consentiva una maggiore personalizzazione del percorso. Rispetto all'ipotesi iniziale, le sostanze odorose ritenute sgradite sono invece state percepite come piacevoli da due terzi dei partecipanti, senza differenze significative tra i due gruppi.

**Conclusioni.** Entrambe le categorie di stimoli, piacevoli e spiacevoli, hanno fatto emergere in tutti ricordi autobiografici. Invece nella narrazione di sé sono emerse differenze tra il gruppo B, che ha avuto scambi felici di mutuo aiuto, e il gruppo A, per il quale l'assenza di un ricordo era fonte di ansia, che doveva essere contenuta dall'intervento della psicologa.

## CENTRO DIURNO ALZHEIMER E CURA DELLA PERSONA CON DEMENZA

Scala Giovanni, Magro Valerio Massimo  
*Day Hospital Geriatria Ospedale S.Eugenio, ASL RMC, Roma*

**Introduzione.** L'obiettivo principale dell'attività dell'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) è la realizzazione della rete assistenziale per i pazienti affetti da demenza di Alzheimer e sindromi correlate, attraverso un percorso di integrazione dei servizi esistenti. Dal 2006, dopo un accordo di programma ASL RMC, Comune di Roma, è attivo il Centro Diurno Attivamente, differenziato nelle due unità: Anziani fragili e Alzheimer.

**Metodi.** Il Centro Diurno Alzheimer è una struttura socio-sanitaria integrata, che si inserisce nella rete dei servizi. L'UVA ha garantito la casistica selezionata, la valutazione multidimensionale geriatrica, ed il *follow-up*. *Outcomes* del CDA sono rappresentati dalla prevenzione dell'ospedalizzazione incongrua o del ricovero in RSA, dalla riduzione dello stress dei familiari e delle logiche espulsive, e dal contenimento dei disturbi del comportamento del paziente. Le attività del centro diurno sono quelle di sostegno alle attività di base della vita quotidiana, funzionali ed espressive.

**Risultati.** Nel corso del 2013 il Centro Diurno ha valutato gli inserimenti di 20 utenti di cui 18 per Unità Alzheimer e 2 per l'Unità Anziani Fragili. Di questi 18 soggetti: 2 non sono stati ammessi; 3 hanno rinunciato; e 13 hanno frequentato il centro. Pertanto il totale degli utenti in carico nell'Unità Alzheimer è stato di 41 unità. Nell'arco dell'anno 10 (5 medi e 5 gravi) sono stati dimessi per decesso o fine progetto. Attualmente i frequentanti il centro Alzheimer sono 31. La popolazione anziana è numerosa nel territorio del VII Municipio ex IX e le domande presentate al servizio sociale riguardano sempre più frequentemente soggetti con Alzheimer medio grave, pertanto il centro è diventato sempre di più un punto di riferimento per i familiari che hanno grosse difficoltà ad assistere il proprio caro.

**Conclusioni.** I dati finora ottenuti dimostrano l'effettiva utilità del CDA per la gestione dei pazienti affetti da demenza. La capacità e la competenza del personale ha permesso di sostenere situazioni anche piuttosto complesse. Il lavoro di équipe ha fatto sì che l'accoglienza dell'utente e del suo disagio trovino quasi sempre risposte adeguate. Infine emerge ancora una volta quanto faccia la differenza in una malattia degenerativa, e a grosso impatto sociale come l'Alzheimer e le demenze correlate, l'approccio e le modalità con cui si affronta, con necessità di una conduzione che non passi solo attraverso i farmaci, ma abbracci la filosofia geriatrica della centralità della persona, nella quale il soggetto è assistito in maniera totale con un lavoro di équipe tra medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, operatori, volontari e familiari.

## EFFETTO DEL TRATTAMENTO CON RIVASTIGMINA CEROTTO SUI DISTURBI COMPORTAMENTALI DI UN GRUPPO DI SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER

Servello Adriana (a), Scatozza Rossella (b), Andreozzi Paola (b), Ettore Evaristo (b)  
(a) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università di Roma Sapienza, Roma*  
(b) *Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche, Università di Roma Sapienza, Roma*

**Introduzione.** I disturbi del comportamento sono manifestazioni cliniche importanti durante la storia clinica dell'*Alzheimer Disease* (AD). La loro presenza nei soggetti affetti da demenza è causa di un maggiore stress nel *caregiver*, di un aumentato rischio di istituzionalizzazione e di una peggiore percezione di qualità della vita. Il nostro studio si propone di valutare l'effetto farmacologico della rivastigmina cerotto sui disturbi comportamentali di un gruppo di pazienti affetti da AD.

**Metodi.** Sono stati arruolati presso il Centro UVA del Policlinico Umberto I di Roma 100 soggetti (70 F; 30 M) affetti da AD (MMSE <22 e >12/30) e da disturbi del comportamento (NPI>10/144). I soggetti sono stati divisi in due gruppi: gruppo AD-rivastigmina, composto da pazienti che hanno iniziato il trattamento con rivastigmina cerotto alla dose di 4,6 mg/die nelle prime 4 settimane e 9 mg/die nelle successive 20 settimane e gruppo AD, composto da soggetti in cui non è stato possibile iniziare il trattamento con Achel o memantina ma per i quali è stata programmata terapia con antipsicotici, ansiolitici o antidepressivi. Ogni paziente è stato sottoposto a *Mini Mental State Examination*, *Geriatric Depression Scale*, *Neuropsychiatry Inventory* (NPI), *Activities of Daily Living (Basic and Instrumental)*, al momento dell'arruolamento e alla fine dello studio.

**Risultati.** L'analisi dei dati emersi dallo studio ha evidenziato una diminuzione statisticamente significativa del punteggio NPI totale dopo sei mesi di osservazione, sia nel gruppo in trattamento con rivastigmina che nel gruppo non in trattamento. Per quanto riguarda l'analisi dell'andamento dei singoli items della scala NPI, le voci "agitazione" e "ansia" hanno mostrato variazioni significative, con un miglioramento della sintomatologia che ha interessato il gruppo dei pazienti sottoposti a terapia con Rivastigmina; tuttavia tale variazione non si discosta significativamente da quella mostrata dal gruppo non in trattamento. Un dato interessante è quello riguardante i disturbi del sonno: i soggetti trattati con Rivastigmina sono andati incontro ad un miglioramento della sintomatologia con una riduzione media del punteggio pari a 0,5 che si discosta in maniera significativa ( $p=0,042$ ) dalla variazione osservata nel gruppo non sottoposto al trattamento. Per quanto riguarda la valutazione del tono dell'umore, i pazienti che hanno assunto Rivastigmina hanno sperimentato un effetto positivo del farmaco con una riduzione del punteggio statisticamente significativa ( $p=0,034$ ). Infine i pazienti sottoposti a terapia con

Rivastigmina hanno goduto anche di una minore perdita della propria autonomia sia nell'ambito delle attività basilari della vita quotidiana che di quelle complesse.

**Conclusioni.** Gli studi eseguiti fino ad oggi dimostrano come gli AChE presentino un modesto impatto sull'ampio spettro dei sintomi neuropsichiatrici correlati alla demenza. Il nostro studio, seppur limitato dal numero esiguo di pazienti e dall'impossibilità di avere un gruppo di controllo "puro", cioè non trattato da altri farmaci quali antipsicotici, antidepressivi o ansiolitici, dimostra comunque come l'utilizzo in prima scelta del trattamento con AChE, nello specifico con Rivastigmina, sia utile non solo nell'ottenere un efficace controllo dei disturbi del tono dell'umore e del comportamento, ma nel rallentare il declino cognitivo e funzionale dei pazienti affetti da AD.

## **E-GOVERNANCE & E-HEALTHCARE STRUMENTI DI INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER IL MANAGEMENT DELLA RETE REGIONALE PER LE DEMENZE IN CALABRIA**

Simonetti Marco (a), Laganà Valentina (a), Rocca Maurizio (b), Gareri Pietro (a), Castagna Alberto (a), Cupidi Chiara (a), Bruni Amalia Cecilia (a), Di Lorenzo Raffaele (a)

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

(b) Distretto Socio Sanitario di Catanzaro Lido, ASP, Catanzaro

**Introduzione.** La demenza, problematica prevalente soprattutto nella popolazione anziana, rappresenta motivo di allarme in tutto il mondo per la disabilità correlata, con impatto significativo sul SSN e sulla società. Il Ministero della Salute ha approvato in Calabria 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). Tale strategia comporta l'organizzazione di percorsi assistenziali integrati tra le diverse figure socio-sanitarie coinvolte (ad es. MMG e Specialisti, *caregiver*, ecc.). I paralleli progetti "Obiettivi di Piano Sanitario 2010 e 2011" (ODP) stanno permettendo la riorganizzazione/trasformazione/estensione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) in Centri Valutazione Demenza/Clinica della Memoria (CVD) della rete per le demenze. Il presente lavoro ha lo scopo mostrare come la creazione di modelli assistenziali *network-oriented*, l'implementazione di una piattaforma IT a supporto della teleassistenza e la realizzazione di uno strumento di *eGovernance*, possano essere le strategie più appropriate per garantire un'efficiente ed equa risposta ai bisogni assistenziali di pazienti e *caregiver* contenendone, non in ultimo, i costi socio-sanitari.

**Metodi.** Il portale [www.univacalabria.it](http://www.univacalabria.it) è stato creato per i progetti CCM e ODP dal Centro Regionale di Neurogenetica (CRN) col fine di supportare ed integrare l'attività assistenziale degli specialisti dei Centri di Valutazione Demenza (CVD) e di tutti gli attori coinvolti, compresi i Medici di Medicina Generale (MMG), garantendo la funzione di *governance* al CRN, *hub* della rete regionale.

**Risultati.** L'implementazione dell'e-Governance sulla piattaforma IT ha permesso una comunicazione funzionale tra le varie figure professionali del territorio (geriatra e MMG) e gli specialisti dei CVD e CRN (neurologo, neuropsicologo, psicologo, assistente sociale, ingegnere clinico). Il processo di informatizzazione ha potenziato la capacità assistenziale dei CVD, *spoke* territoriali, capillarizzando le attività clinico-assistenziali con il supporto dei MMG.

**Conclusioni.** Tale modello assistenziale rappresenta la sinergia tra i principi dell'*Health Technology Assessment* e la garanzia di adeguati livelli assistenziali personalizzati attraverso la sperimentazione di modelli *e-healthcare oriented* sempre più vicini alla persona. Tra gli obiettivi del prossimo futuro ci si propone l'integrazione, sul portale [www.univacalabria.it](http://www.univacalabria.it), di ulteriori servizi che coinvolgeranno anche i pazienti ed i *caregiver*, rispettivamente con la teleriabilitazione cognitiva e la possibilità di accedere a strumenti informativi e formativi, nonché a forum dedicati.

# NANOTECNOLOGIE COME NUOVO STRUMENTO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DELL'ALZHEIMER

Spagnolo Margherita

*Scuola Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università di Roma Sapienza, Roma*

**Introduzione.** La malattia di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa complessa e rappresenta la forma più comune di demenza nelle persone anziane. Essa colpisce 26,6 milioni di persone in tutto il mondo, e si prevede che oltre 100 milioni di pazienti svilupperanno tale malattia entro il 2050. I farmaci comunemente utilizzati presentano una efficacia limitata legata ad una distribuzione non mirata e alla difficoltà di attraversare la barriera emato-encefalica. Inoltre, la distribuzione sistemica è causa di effetti collaterali anche gravi. Queste limitazioni stanno spingendo i ricercatori verso la formulazione di forme farmaceutiche innovative capaci di consegnare il farmaco direttamente al sistema nervoso centrale.

**Metodi.** È stata effettuata una ricerca bibliografica analizzando varie pubblicazioni che descrivono l'impiego di sistemi nanoparticellari nella terapia dell'Alzheimer.

**Risultati.** Le nanoparticelle, somministrate per via endovenosa o in alcuni casi intranasale, permettono di veicolare farmaci e peptidi (Bacoside-A, selegilina, rivastigmina tartrato, fattori di crescita dei fibroblasti) fino al sistema nervoso centrale, proteggendoli dalla degradazione e garantendo un lento rilascio. I materiali più frequentemente impiegati nella formulazione delle nanoparticelle sono polimeri biodegradabili come acido polilattico-co-glicolico (PLGA), albumina di siero bovino, e chitosano. Per migliorare l'assorbimento attraverso la barriera emato-encefalica si introducono sulla superficie dei *carriers* polimerici molecole leganti come tensioattivi (polisorbati) o lectine. Nei ratti trattati con nanoparticelle caricate con il farmaco si è osservato un miglioramento dell'apprendimento spaziale e della memoria rispetto ai ratti trattati con la soluzione dello stesso farmaco e/o al gruppo di controllo. Studi di farmacocinetica hanno dimostrato che la concentrazione totale del farmaco ed il tempo di permanenza medio nel cervello dei ratti trattati con sistemi nanoparticellari aumenta fino a 3,79 volte rispetto a quelli trattati con lo stesso farmaco, ma utilizzando le forme farmaceutiche convenzionali.

**Conclusioni.** Grazie alle loro caratteristiche fisico-chimiche e alla possibilità di multifunionalizzazione i nanomateriali consentono di sviluppare sistemi innovativi in grado di superare le limitazioni imposte dalla barriera emato-encefalica e garantire una distribuzione selettiva dei farmaci al cervello. Per questi motivi il trattamento con nanoparticelle caricate con farmaci o proteine ad azione neuroprotettiva è risultato, nei modelli animali, molto più efficace e meno tossico di quello eseguito con formulazioni tradizionali. Questi primi risultati mettono in evidenza le potenzialità dei sistemi di drug delivery nanoparticellari e la loro possibile applicazione nell'uomo per la terapia della malattia di Alzheimer.

## STIMA DEI CASI DI DEMENZA IN EUROPA: RISULTATI DEL PROGETTO ALCOVE

Vanacore Nicola (a), Giusti Angela (a), Galeotti Francesca (a,c), Scardetta Paola (a), Lacorte Eleonora (a), Capozzoli Fiorentino (b), Raschetti Roberto (a)

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

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

(c) *Agenzia Italiana del Farmaco, Roma*

La stima dei casi di demenza presenti in una popolazione ha una notevole rilevanza in termini di sanità pubblica per il suo valore nella programmazione dei servizi e per monitorare l'effetto di eventuali campagne di promozione della salute. Nell'ambito del progetto ALCOVE è stata eseguita una revisione sistematica degli studi di prevalenza sulla demenza a partire dal 1/1/2008 fino al 30/6/2011 adottando gli stessi criteri di inclusione del precedente progetto europeo EUROCODE. La finalità è stata quella di aggiornare i risultati del progetto EUROCODE che aveva consentito di individuare 17 articoli e di stimare la prevalenza della demenza in 9,28 casi per 100 abitanti con età superiore a 65 anni. Questo implica in termini assoluti una stima di circa 8.200.000 casi di demenza in Europa sulla base della popolazione residente al 2011. Nel progetto ALCOVE dopo aver identificati 12 articoli sono stati inclusi gli studi di migliore qualità inclusi nei progetti EUROCODE e ALCOVE. A tal fine è stata utilizzata una griglia qualitativa proposta dell'Alzheimer Disease International nel 2009 che propone di attribuire un punteggio ad ogni singolo studio di prevalenza della demenza. L'identificazione degli studi di migliore qualità che avevano adottato gli stessi criteri diagnostici per la demenza ha consentito di stimare in 7,23 casi per 100 abitanti con età >65 anni con un corrispettivo di circa 6.400.000 casi di demenza. Questa revisione della letteratura epidemiologica permette di poter disporre di stime del fenomeno più attendibili. Le cinque raccomandazioni specifiche del progetto ALCOVE per migliorare la raccolta dei dati epidemiologici sulla prevalenza della demenza in Europa. 1) Gli studi futuri sulla prevalenza della demenza dovrebbero essere effettuati sulla base di dati di altissima qualità, secondo la definizione del rapporto ADI 2009 (dimensioni del campione:  $\geq 3.000$  soggetti; disegno: studi a una o due fasi con campione e peso appropriati; rispondenza  $\geq 80\%$ ; valutazione diagnostica comprendente una batteria di test cognitivi multi-dominio, la valutazione formale della disabilità, un'intervista alla persona di riferimento (*informant interview*) e un'intervista clinica) [WP4.1]. 2) Dovrebbero essere promossi studi epidemiologici sulla demenza che adottino i criteri clinici del DSM IV e del NINCDS-ADRDA per la demenza e la malattia di Alzheimer. Questi criteri clinici sono i soli a essere stati validati con dati *post-mortem* [WP4.2]. 3) Nello stesso tempo, dovrebbero essere condotti studi di prevalenza e incidenza della demenza utilizzando i nuovi criteri clinici del *National Institute on Aging* e dell'*Alzheimer's Association* per promuovere nuove conoscenze in questo campo [WP4.3]. 4) Dovrebbero essere promossi studi di prevalenza e incidenza in persone con demenza al di sotto i 65 anni di età per definire la frequenza della demenza [WP4.4]. 5) Dovrebbero essere condotti studi nelle stesse aree in decenni differenti per intercettare qualsiasi fenomeno di declino della demenza, come ipotizzato da alcune evidenze di letteratura [WP4.5].

## INDICE DEGLI AUTORI

Albanese Paolo.....	7	Cupidi Chiara.....	41; 66
Andreozzi Paola.....	64	Curcio Sabrina.....	16
Arcangeli Francesca.....	52	Cutolo Serena.....	56
Attaianese Fulvia.....	62	D'Amore Carmen.....	20
Baraldo Lucia Walmara.....	42; 59	Dal Sasso Flora.....	43
Barberis Guido.....	5	D'Angelo Franca.....	12
Bartorelli Luisa.....	62	Darvo Gianluca.....	30
Bello Monica.....	48	Dattilo Teresa.....	44
Berta Luigi.....	37	De Bellis Giovanna.....	33
Bertone Paola.....	57	De Magistris Paolo.....	45
Biscossi Damiano.....	52	De Mattei Marco.....	5
Boccardo Mauro.....	52; 62	De Matthaëis Maria Caterina.....	49
Bonanseà Alessandro.....	5	De Rosa Giuliana.....	53
Bottini Gabriella.....	21	De Salvatore Luigi.....	46
Bruni Amalia Cecilia.....	16; 41; 44; 66	De Vito Ornella.....	44
Bruno Giuseppe.....	13; 20; 38	De Vreese Luc Pieter.....	27; 46; 50
Bruno Patrizia.....	53	De Vuono Carlo.....	48
Busonera Flavio.....	7	Debernardi Bernardino.....	29; 57
Canevelli Marco.....	13; 38	Del Campo Natalia.....	13
Capelli Oreste.....	27; 50	Delgado Cornelia.....	52
Capozzoli Fiorentino.....	68	Della Pietà Camilla.....	58
Cappa Stefano Francesco.....	14	Di Fiandra Teresa.....	12
Cappella Marisa.....	20	Di Lorenzo Raffaele.....	66
Cappellero Barbara.....	5	Di Lorenzo Valentina.....	53
Caputo Serena.....	56	Di Pucchio Alessandra.....	12; 14
Caratozzolo Salvatore.....	22; 39	Dijk Babette.....	16
Carbone Gabriele.....	40	Dominijanni Sara.....	37
Casati Ornella.....	31	Donato Giuseppe.....	49
Castagna Alberto.....	41; 66	Engaddi Ilaria.....	31
Castro Giuseppe.....	42; 59	Ettorre Evaristo.....	64
Cesari Matteo.....	13	Fabbo Andrea.....	27; 46; 50
Cester Alberto.....	7	Fantò Fausto.....	5
Chinni Vittorio.....	33	Farina Michele.....	25
Clementi Susanna.....	31	Farina Simona.....	31
Clerici Francesca.....	14; 19	Farri Marina.....	5
Colao Rosanna.....	44	Ferrari Laura.....	4
Comi Giancarlo.....	4	Ferrigno Luigina.....	12
Confaloni Annamaria.....	20	Fiandra Alessia.....	52; 62
Coppi Elisabetta.....	4	Fichera Giuseppe.....	42; 59
Crestini Alessio.....	20	Filippini Graziella.....	19
Criscuolo Vittoria.....	5	Formilan Marino.....	7
Cucumo Valentina.....	14	Fragiacomo Emanuela.....	48

Francone Caterina .....	53	Muzio Matteo.....	5
Frangipane Francesca.....	44	Negri Chinaglia Cinzia .....	31
Furnari Giacomo .....	49	Neviani Francesca.....	46
Galeotti Francesca.....	68	Onorato Valentina.....	5
Gallo Ciro.....	60	Ortone Elena .....	29; 57
Gallo Federica.....	5	Pacassoni Fabiola.....	30
Gareri Pietro.....	41; 66	Padovani Alessandro.....	22
Genesia Maria Luisa .....	5	Padovani Alessandro.....	39
Ghiretti Roberta.....	14	Palmiotto Raffaella .....	52
Giubilei Annalisa .....	52; 62	Passerini Gabriella .....	4
Giusti Angela .....	54; 68	Passoni Serena .....	21
Gnoato Francesca.....	7	Pelucchi Loris .....	31
Gottardi Federica.....	22; 39	Penco Italo .....	52
Grande Giulia.....	19	Perrone Federica .....	20
Izzicupo Fabio.....	30	Pidello Caterina.....	29
Kelaiditi Eirini.....	13	Pigatto Alessandro .....	43
Lacava Roberto .....	41	Pini Monica.....	27; 50
Lacorte Eleonora .....	12; 38; 68	Pinto Patrizia.....	4
Laganà Valentina .....	16; 41; 44; 66	Pisani Angela .....	37
Leggieri Anna .....	45	Piscopo Paola.....	20
Leotta Daniela .....	5	Podavitte Fausta .....	26
Lopiano Leonardo.....	5	Pomati Simone.....	14
Lorenzini Monica.....	27; 50	Pradelli Samantha .....	58
Lorico Fabio.....	58	Ragni Silvia.....	62
Macchiarulo Elena .....	57	Ramonda Evelin.....	5
Magnani Francesca.....	21	Raschetti Roberto.....	68
Magnani Giuseppe .....	4	Razza Grazia .....	42; 59
Magro Valerio Massimo.....	55; 63	Rea Giovanni .....	60
Mallozzi Cinzia .....	20	Renier Martina .....	7
Mancini Giovanni.....	33	Riccomi Silvia.....	27; 50
Manni Barbara.....	46	Riva Maddalena .....	22; 39
Marano Francesca .....	53	Rizzuti Carmen .....	37
Marchesi Cristina .....	27; 46; 50	Rocca Maurizio.....	66
Marcone Alessandra.....	14	Rocca Paola.....	5
Mari Dorina.....	48	Rovesta Lara .....	27; 50
Mariani Claudio .....	14	Rozzini Luca .....	22; 39
Marini Zeudi .....	58	Ruggeri Massimiliano.....	61
Marsecani Gianluca.....	52	Santagati Mario .....	42; 59
Marzolini Fabrizio.....	12	Santangelo Roberto.....	4
Massimo Musicco .....	3	Santillo Antonella .....	53
Mastromattei Antonio .....	33	Santoro Michaela .....	62
Mirabelli Maria .....	44	Sartori Giuseppe.....	7
Mombelli Giulia.....	22; 39	Scala Giovanni .....	55; 63
Montanaro Elisa .....	5	Scalese Mara .....	5
Morosetti Massimo.....	37	Scardetta Paola.....	54; 68
Musella Caterina .....	56	Scatozza Rossella.....	64

Sedda Anna .....	21	Tiranti Bruno.....	5
Servello Adriana.....	64	Trentino Domenico .....	33
Sgroi Daniela.....	33	Trovato Giovanna .....	42; 59
Simonetti Marco.....	41; 66	Vanacore Nicola... 12; 14; 20; 38; 40; 54;	68
Sodano Elena.....	44	Vellas Bruno .....	13
Solfrini Valentina .....	27; 50	Venuti Silvio .....	5
Sommella Francesca.....	53	Verlengo Maria Cristina .....	45
Spadin Patrizia .....	21	Zaccari Clara.....	49
Spagnolo Margherita.....	67	Zaffina Ilaria .....	16; 44
Talarico Giuseppina .....	20	Zanalda Enrico .....	5
Tancorre Isabella.....	62	Zanetti Marina.....	22; 39
Tarozzi Adriano .....	46	Zannoni Anna .....	43
Teresa di Fiandra.....	11	Zerilli Mario.....	58
Tessari Annalisa .....	7		

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