

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 19 ottobre 2007

RIASSUNTI

A cura di
Paola Ruggeri e Stefania Spila Alegiani

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
07/C7

Istituto Superiore di Sanità

Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza. Roma, 19 ottobre 2007. Riassunti.

A cura di Paola Ruggeri e Stefania Spila Alegiani
2007, ix, 44 p. ISTISAN Congressi 07/C7

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. 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. Questo evento vuole, inoltre, favorire le interazioni tra le diverse figure professionali coinvolte nella gestione del paziente con demenza (medici, psicologi, riabilitatori, assistenti socio-sanitari) al fine di promuovere una gestione integrata delle diverse competenze.

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

Istituto Superiore di Sanità

The impact of Alzheimer's Disease Evaluation Units in the management of patients affected by dementia. Rome, October 19, 2007. Abstract book.

Edited by Paola Ruggeri and Stefania Spila Alegiani
2007, ix, 44 p. ISTISAN Congressi 07/C7 (in Italian)

The issue of dementia is assuming a relevance in terms of public health, dimension of the problem and impact for the health systems. The Alzheimer's Disease Units are the specialistic centres in the national health system involved in the management of patients affected by dementia. The aim of the convention is to supply a national picture on research activity and socio-health assistance from these specialistic clinical centres. Moreover this event intends to promote the relationship between professional figures involved in the management of patients affected by dementia (physicians, psychologists, rehabilitationists, socio-health assistants) with the aim to promote an integrated management of different competences.

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

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

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

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

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

© 2007 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

INDICE

Programma	v
Note per la consultazione	ix
Comunicazioni	1
Approccio terapeutico non-farmacologico: trattamento musicoterapico nei disturbi d'ansia nella Demenza di Alzheimer <i>Boscolo Paola, Tessari Annalisa, Albanese Paolo, Busonera Flavio, Formilan Marino, Raglio Alfredo, Villani Daniele, Gianotti Marta, Ubezio Maria Chiara, Cester Alberto</i>	3
Validazione della versione italiana del questionario <i>Symptoms of Dementia Screener</i> per lo screening delle demenze nella popolazione <i>Campese Anna, Rinaldi Giuseppe, De Stefano Gabriella, Specchio Luigi Maria</i>	4
Modello di assistenza domiciliare per le demenze: esperienza in una Azienda Sanitaria della Regione Lazio <i>Carbone Gabriele, Barreca Francesca, Mancini Giovanni, Pauletti Giovanni, Salvi Veronica, Vanacore Nicola, Salvitti Carla, Ubaldi Fiorella, Sinibaldi Luigi</i>	5
Memantina e Demenza di Alzheimer moderata-severa: uno studio osservazionale <i>Clerici Francesca, Vanacore Nicola, Elia Antonietta, Spila Alegiani Stefania, Pomati Simone, Da Cas Roberto, Raschetti Roberto, Mariani Claudio</i>	7
Risonanza magnetica spettroscopica nello studio del deterioramento cognitivo <i>Costanzi Emanuela, Ercolani Sara, Spazzafumo Liana, Pigliatile Martina, Tarducci Roberto, Mariani Elena, Feliziani Filippo Tommaso, Metastasio Antonio, Ricci Monica, Serafini Valentina, Rinaldi Patrizia, Pelliccioli Gian Piero, Gobbi Gianni, Senin Umberto, Mecocci Patrizia</i>	8
“La palestra della mente”, un centro di riattivazione cognitiva rivolto a persone affette da demenza lieve-moderata <i>Dal Monte Alfredo, Nanni Rachele, Casadei Valentina, Guerrini Claudia</i>	9
Percorso di stimolazione cognitiva rivolta a soggetti affetti da <i>Mild Cognitive Impairment</i> <i>Dal Monte Alfredo, Nanni Rachele, Casadei Valentina, Guerrini Claudia, Lolli Valentina</i>	10

Popolazione afferente all’UVA geriatria di Perugia prima e dopo il CRONOS <i>Ercolani Sara, Mariani Elena, Ricci Monica, Mangialasche Francesca, Cornacchiola Valeria, Feliziani Filippo Tommaso, Leonardi Silvia, Raichi Tommaso, Senin Umberto, Mecocci Patrizia</i>	11
Quali evidenze disponibili nella gestione integrata delle demenze <i>Galeotti Francesca, Izzicupo Fabio, Raschetti Roberto Vanacore Nicola</i>	12
Disturbi del comportamento e stress del caregiver: studio descrittivo a 18 mesi <i>Gasparini Marina, Spadaro Letteria, Talarico Giuseppina, Vanacore Nicola, Antinucci Livio, Canevelli Marco, Lenzi Gian Luigi, Bruno Giuseppe</i>	13
Abilità costruttive nella Demenza Frontotemporale e nella Malattia di Alzheimer: studio descrittivo <i>Gasparini Marina, Masciarelli Giovanni, Vanacore Nicola Ottaviani Donatella, Salati Emanuela, Talarico Giuseppina, Lenzi Gian Luigi, Bruno Giuseppe</i>	14
Tattamento non farmacologico nella demenza: riattivazione cognitiva di gruppo presso una Unità di Valutazione Alzheimer <i>Giordano Marcello, Vitrano Catania Teresa, Oddo Gioacchino</i>	15
Riabilitazione cognitiva nella Malattia di Alzheimer (DAT): verifica di efficacia di un intervento riabilitativo domiciliare <i>Grassi Maria Pia, Perin Cecilia, Borella Monica</i>	17
Riabilitazione cognitiva del paziente con demenza lieve mediante attivazione dei caregiver: studio pilota <i>Iannizzi Pamela, Mapelli Daniela, Amodio Piero, Raduazzo Daniela, Avanzini Sara, Gatta Angelo</i>	18
Centro diurno Alzheimer “Il Pettiroso”: quattro anni di esperienza <i>Izzicupo Fabio, Piras Maria Cristina, Baldassarre Luca, Antenucci Sara, Zito Michele</i>	19
Stress del caregiver e cadute in anziani con demenza <i>Leonardi Silvia, Ercolani Sara, Andreani Sonia, Mariani Elena, Pace Monica, Raichi Tommaso, Mariani Angela, Maggio Dario, Senin Umberto, Mecocci Patrizia</i>	20
Terapia anticolinesterasica, aspetti cognitivi ed autonomia nel quotidiano: studio pilota presso il centro UVA dell’ASL 5 (Piemonte) <i>Luda Emilio, Latino Valentino, Barisone Maria Giorgia, Palmisano Daniela, Amarù Salvatore</i>	21

Memantina nella Malattia di Alzheimer di grado lieve: esperienza di due UVA <i>Marianetti Massimo, Mina Concetta, Chianese Melania, Ciervo Amedeo, Leonardi Silvana, Micacchi Francesca, Peresson Marco, Terenzi Riccardo, Amabile Amadio Giuseppe, Pietrella Alessio</i>	22
Rischio di progressione in demenza in soggetti ambulatoriali con diagnosi di <i>Mild Cognitive Impairment</i> <i>Mariani Elena, Ercolani Sara, Caputo Miriam, Mangialasche Francesca, Cornacchiola Valeria, Feliziani Filippo Tommaso, Rinaldi Patrizia, Leonardi Silvia, Raichi Tommaso, Metastasio Antonio, Senin Umberto, Mecocci Patrizia</i>	23
Trattamento dei disturbi comportamentali nella demenza <i>Monini Patrizia, Tognetti Alessandra, Di Franco Felicita, Scala Giovanni, Capobianco Giovanni</i>	24
Progetto CAREER. Impatto di un intervento strutturato sulla famiglia di malati con sindrome demenziale e problemi comportamentali <i>Nobili Alessandro, Riva Emma, Tettamanti Mauro, Lucca Ugo, Salvini Porro Gabriella, Liscio Maria Rosaria, Petrucci Bianca</i>	26
Riabilitazione cognitiva nel <i>Mild Cognitive Impairment</i> <i>Novello Maria Cristina, Pollero Valeria, Cammarata Sergio</i>	27
Servizio psicogeriatrico territoriale: progettazione e realizzazione di un modello gestionale integrato <i>Nuccetelli Francesco, Di Donato Fiore, Antonucci Manuela, Ferretti Sandra</i>	28
Soggetti interessati. Consenso informato per l'Alzheimer: soluzioni possibili <i>Numerico Paolo, Fiandra Alessia, De Bernardinis Susanna, Bartorelli Luisa</i>	29
Efficacia a lungo termine degli anticolinesterasici nella Malattia di Alzheimer <i>Paci Cristina, Sessa Laura, Gobbato Roberto, Carboni Terenzio, Sanguigni Sandro, Coccia Giuseppina, Curatola Luigi</i>	31
Il problema del consenso informato nella pratica clinica e nella sperimentazione con soggetti affetti da demenza <i>Petrini Carlo</i>	32
Versione italiana dell'<i>Addenbrooke's Cognitive Examination Revised</i> nella diagnosi differenziale tra Demenza di Alzheimer e Demenza Frontotemporale <i>Pigliautile Martina, Ricci Monica, Ercolani Sara, Costanzi Emanuela, Serafini Valentina, Mioshi Eneida, Hodges John, Senin Umberto, Mecocci Patrizia</i>	34

Revisione sistematica sull'uso degli inibitori delle colinesterasi nel <i>Mild Cognitive Impairment</i> <i>Raschetti Roberto, Albanese Emiliano, Vanacore Nicola, Maggini Marina</i>	35
Rigidità arteriosa predice il decadimento cognitivo nell'anziano indipendentemente dal quadro neuroradiologico e dai fattori tradizionali di rischio cardiovascolare <i>Scuteri Angelo, Brancati Anna Maria, Gianni Walter, Assisi Antonio, Volpe Massimo</i>	36
Gestione integrata del paziente con demenza <i>Spatin Patrizia</i>	38
Un violino nelle mani del malato di Alzheimer: una sfida e una possibilità <i>Tognetti Alessandra, Ragni Silvia, Bernard Cristina, Colangeli Valeria, Fiandra Alessia, Massei Mauro, Matteelli Renata, Nagasawa Machiko, Bartorelli Luisa</i>	39
Supporto psicologico per il caregiver: terapia integrante nel trattamento delle demenze <i>Trebbastoni Alessandro, Tognetti Alessandra, Bernardi Silvia, Scaldaferrì Nicola, Purismi Bruna, Ausiello Arianna, Prencipe Massimiliano</i>	40
Risposte di un Centro UVA ai bisogni complessi nella Demenza di Alzheimer <i>Viale Daniela, Araujo Ares Yolanda, Malgarise Marta, Porceddu Caterina, Mereu Rosa Maria, Putzu Paolo Francesco</i>	41
Indice degli autori	43

PROGRAMMA

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.00 Presentazione del Convegno
Roberto Raschetti

Prima sessione

STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE ED IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA

Coordinatore: Rabih Chattat

9.15 *Validazione della versione italiana del questionario Symptoms of Dementia Screener per lo screening delle demenze nella popolazione*
Anna Campese

9.30 *Rischio di progressione in demenza in soggetti ambulatoriali con diagnosi di Mild Cognitive Impairment*
Elena Mariani

9.45 *Versione italiana dell'Addenbrooke's Cognitive Examination Revised nella diagnosi differenziale tra Demenza di Alzheimer e Demenza Frontotemporale*
Martina Pigliautile

10.00 *Abilità costruttive nella Demenza Frontotemporale e nella Malattia di Alzheimer: studio descrittivo*
Marina Gasparini

10.15 *Stress del caregiver e cadute in anziani con demenza*
Silvia Leonardi

10.30 *Disturbi del comportamento e stress del caregiver: studio descrittivo a 18 mesi*
Marina Gasparini

10.45 *Risonanza magnetica spettroscopica nello studio del deterioramento cognitivo*
Emanuela Costanzi

11.00 *Rigidità arteriosa predice il decadimento cognitivo nell'anziano indipendentemente dal quadro neuroradiologico e dai fattori tradizionali di rischio cardiovascolare*
Angelo Scuteri

11.15 Intervallo

Seconda sessione

APPROCCIO TERAPEUTICO FARMACOLOGICO

Coordinatore: Patrizia Popoli

- 11.30 *Revisione sistematica sull'uso degli inibitori delle colinesterasi nel Mild Cognitive Impairment*
Roberto Raschetti
- 11.45 *Memantina e Demenza di Alzheimer moderata-severa: uno studio osservazionale*
Francesca Clerici
- 12.00 *Memantina nella Malattia di Alzheimer di grado lieve: esperienza di due UVA*
Massimo Marianetti
- 12.15 *Efficacia a lungo termine degli anticolinesterasici nella Malattia di Alzheimer*
Cristina Paci
- 12.30 *Terapia anticolinesterasica, aspetti cognitivi ed autonomia nel quotidiano: studio pilota presso il centro UVA dell'ASL 5 (Piemonte)*
Emilio Luda
- 12.45 *Trattamento dei disturbi comportamentali nella demenza*
Patrizia Monini
- 13.00 Intervallo

Terza sessione

APPROCCIO TERAPEUTICO NON-FARMACOLOGICO

Coordinatore: Claudio Mariani/Giuseppe Bruno

- 13.45 *Riabilitazione cognitiva nel Mild Cognitive Impairment*
Maria Cristina Novello
- 14.00 *Percorso di stimolazione cognitiva rivolta a soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment*
Alfredo Dal Monte
- 14.15 *Trattamento non farmacologico nella demenza: riattivazione cognitiva di gruppo presso una Unità di Valutazione Alzheimer*
Marcello Giordano
- 14.30 *Centro diurno Alzheimer "Il Pettiroso": quattro anni di esperienza*
Fabio Izzicupo

- 14.45 *Riabilitazione cognitiva nella Malattia di Alzheimer (DAT): verifica di efficacia di un intervento riabilitativo domiciliare*
Maria Pia Grassi
- 15.00 *“La palestra della mente”, un centro di riattivazione cognitiva rivolto a persone affette da demenza lieve-moderata*
Alfredo Dal Monte
- 15.15 *Riabilitazione cognitiva del paziente con demenza lieve mediante attivazione dei caregiver: studio pilota*
Pamela Iannizzi
- 15.30 *Supporto psicologico per il caregiver: terapia integrante nel trattamento delle demenze*
Alessandro Trebbastoni
- 15.45 *Approccio terapeutico non-farmacologico: trattamento musicoterapico nei disturbi d'ansia nella Demenza di Alzheimer*
Paola Boscolo
- 16.00 *Un violino nelle mani del malato di Alzheimer: una sfida e una possibilità*
Alessandra Tognetti
- 16.15 Intervallo

Quarta sessione

GESTIONE INTEGRATA

Coordinatore: Concetta Maria Vaccaro

- 16.30 *Quali evidenze disponibili nella gestione integrata delle demenze*
Francesca Galeotti
- 16.45 *Modello di assistenza domiciliare per le demenze: esperienza in una Azienda Sanitaria della Regione Lazio*
Gabriele Carbone
- 17.00 *Servizio psicogeriatrico territoriale: progettazione e realizzazione di un modello gestionale integrato*
Francesco Nuccetelli
- 17.15 *Popolazione afferente all'UVA geriatria di Perugia prima e dopo il CRONOS*
Sara Ercolani

17.30 *Risposte di un Centro UVA ai bisogni complessi nella Demenza di Alzheimer*
Daniela Viale

17.45 *Il problema del consenso informato nella pratica clinica
e nella sperimentazione con soggetti affetti da demenza*
Carlo Petrini

**Il punto di vista delle associazioni dei familiari nella gestione dei pazienti
con demenza (AIMA - Federazione Alzheimer - Alzheimer Uniti Onlus)**

18.00 *Gestione integrata del paziente con demenza*
Patrizia Spadin

18.15 *Progetto CARER. Impatto di un intervento strutturato sulla famiglia
di malati con sindrome demenziale e problemi comportamentali*
Alessandro Nobili

18.30 *Soggetti interessati. Consenso Informato per l'Alzheimer: soluzioni possibili*
Paolo Numerico

18.45 Chiusura del Convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract che verranno esposti al Convegno “Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell’assistenza dei pazienti con demenza”.

Per facilitare la consultazione gli abstract sono presentati in ordine alfabetico del primo autore.

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

COMUNICAZIONI

APPROCCIO TERAPEUTICO NON-FARMACOLOGICO: TRATTAMENTO MUSICOTERAPICO NEI DISTURBI D'ANSIA NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER

Boscolo Paola (a), Tessari Annalisa (a), Albanese Paolo (a), Busonera Flavio (a), Formilan Marino (a), Raglio Alfredo (b), Villani Daniele (b), Gianotti Marta (b), Ubezio Maria Chiara (b), Cester Alberto (a)

(a) *Centro Invecchiamento Cerebrale, Dipartimento di Geriatria ULSS 13, Dolo, Venezia*
(b) *Fondazione Istituto Ospedaliero, Sospiro, Cremona*

Introduzione. La letteratura internazionale e le ricerche in corso rilevano l'efficacia della musicoterapia nei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer sotto l'aspetto riabilitativo, relazionale e sociale. Poco si conosce circa l'utilizzo della stessa nei confronti dell'ansia individuale. È stato quindi formulato un lavoro di ricerca specifico sull'ansia di tratto e di stato dell'anziano affetto da Alzheimer, quando esiste ancora un buon grado di consapevolezza. Lo scopo della ricerca è verificare se la musicoterapia può aiutare a ridurre lo stato d'ansia di tratto e di stato nella fase iniziale della malattia e come si mantengono gli eventuali risultati nel tempo.

Metodi. Pazienti afferiti al centro Unità di Valutazione Alzheimer, affetti da Demenza di tipo Alzheimer in stadio iniziale (CDR=1; MMSE>16), di età compresa fra i 65 e gli 85 anni. I soggetti ritenuti idonei al trattamento musicoterapico sono stati sottoposti ad un ciclo di 10 sedute di musicoterapia individuale della durata di 30 minuti ciascuna. La rilevazione dell'ansia di tratto è avvenuta mediante la somministrazione del questionario *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) di tratto ai tempi T_0 (inizio del ciclo), T_1 (fine del ciclo) e T_2 (ad un mese dalla conclusione), T_3 (a tre mesi dalla conclusione). L'ansia di stato è stata invece valutata mediante la somministrazione dello STAI di stato all'inizio e alla fine di ogni seduta ai tempi T_0 , $T_{1/2}$ (a metà ciclo) e T_1 . Il modello musicoterapico adottato è quello di tipo relazionale psico-dinamico e tale lavoro viene perseguito attraverso una tecnica musicoterapica di sintonizzazioni affettive, le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non verbale. Il setting è infine composto da una sala costituita *ad hoc* e fornita di strumentini Orff, di un pianoforte e di un impianto di registrazione audio e video.

Risultati. Al momento sono stati selezionati 38 pazienti dei quali 29 sono risultati idonei al trattamento e 23 hanno concluso il protocollo di studio. Nell'ansia di tratto c'è una differenza significativa tra i *time point*. Nell'ansia di stato c'è una differenza sia tra i *time point* che tra prima e dopo la seduta senza alcuna interazione tra i due, cioè l'effetto a lungo termine non cambia l'effetto a breve e viceversa.

Conclusioni. Dall'analisi dei dati di questa ricerca, seppur su una numerosità contenuta, la musicoterapia sembra essere efficace nel ridurre l'ansia individuale in pazienti affetti da Malattia di Alzheimer in stadio iniziale.

VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DEL QUESTIONARIO SYMPTOMS OF DEMENTIA SCREENER PER LO SCREENING DELLE DEMENZE NELLA POPOLAZIONE

Campese Anna, Rinaldi Giuseppe, De Stefano Gabriella, Specchio Luigi Maria
Clinica delle Malattie del Sistema Nervoso, Università degli Studi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Foggia

Introduzione. Il questionario *Symptoms of Dementia Screener* (SDS) è stato sviluppato e validato da Mundt nel 2000 per lo *screening* della demenza. Si tratta di un questionario con 11 domande e tre possibilità di risposta: “Sì”, “No”, “Non so”; il punteggio finale varia da 0 a 11. Lo scopo di questo studio è stata la validazione della versione italiana dell’SDS, utilizzando il *Mini-Mental State Examination* (MMSE) come test di confronto.

Metodi. L’SDS e il MMSE sono stati somministrati ai pazienti ricoverati consecutivamente nella nostra clinica nel periodo 7 febbraio 2004-25 gennaio 2005. L’SDS era compilato direttamente dal paziente o dal *caregiver*. Il MMSE veniva somministrato da un neurologo addestrato, in condizioni di cecità del punteggio dell’SDS e della diagnosi. Per i punteggi dell’SDS e del MMSE sono stati calcolati sensibilità, specificità, valori predittivi positivo (PPV) e negativo (NPV), rapporti di verosimiglianza positivo (+LR) e negativo (-LR) in riferimento alla diagnosi di demenza. L’accuratezza diagnostica è stata misurata mediante la curva ROC. Il miglior punteggio *cut-off* veniva identificato come quello corrispondente al più elevato valore della somma di sensibilità e specificità. La diagnosi di demenza, effettuata secondo le linee guida della Società Italiana di Neurologia (revisione 1, 2004), rappresentava il gold standard.

Risultati. Sono stati reclutati 200 pazienti con età media (\pm DS) di 64 (16,4) anni e scolarità di 6,4 (3,8) anni. 31 pazienti (15,5%) erano affetti da demenza (54,9% Malattia di Alzheimer, 25,8% Demenza Vascolare, 12,9% Demenza Frontotemporale, 3,2% degenerazione cortico-basale e 3,2% Malattia di Huntington). Il miglior punteggio *cut-off* per il questionario SDS è stato ottenuto con ≥ 6 risposte affermative, l’accuratezza diagnostica è stata “buona”, secondo la classificazione di Swets nel 1998. Inoltre, il confronto tra le curve ROC di SDS e MMSE non ha mostrato differenze significative.

Conclusioni. I risultati dello studio mostrano che il questionario SDS, nella sua versione italiana, ha un’efficacia sovrapponibile al MMSE nello *screening* dei pazienti con demenza. La facilità di compilazione, la non necessità di addestramento, la possibilità di auto-somministrazione, la capacità di fornire informazioni sulle capacità cognitive, la sfera psicologica e comportamentale e sul livello funzionale dei pazienti con demenza consente di ipotizzarne l’uso nello *screening* della popolazione generale.

MODELLO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE DEMENZE: ESPERIENZA IN UNA AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE LAZIO

Carbone Gabriele (a), Barreca Francesca (a), Mancini Giovanni (b), Pauletti Giovanni (b), Salvi Veronica (b), Vanacore Nicola (c), Salvitti Carla (d), Ubaldi Fiorella (d), Sinibaldi Luigi (b)

(a) *Centro Demenze, Unità Valutativa Alzheimer, Italian Hospital Group, Guidonia, Roma*

(b) *Unità Valutativa Alzheimer, Unità Operativa di Neurologia, Ospedale G.B. Grassi, Ostia, Roma*

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

(d) *Centro di Assistenza Domiciliare, 2° Distretto, ASL Roma D, Roma*

Introduzione. Attualmente le demenze costituiscono un insieme di patologie non guaribili che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite, perché globale e progressivo è il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari. Con tale premessa appare necessario definire, soprattutto per le patologie cronicodegenerative dove l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificare la storia naturale delle stesse patologie, un insieme di percorsi assistenziali. In questo ambito viene proposto un modello di assistenza domiciliare per le demenze

Metodi. Sul territorio del 2° Distretto Sanitario della ASL RMD è stato attivato nel mese di giugno 2006 un servizio di assistenza domiciliare. Lo staff che l'*Italian Hospital Group* dedica a questo servizio è formato da un neurologo, dall'*équipe* riabilitativa che è composta da psicologa, fisioterapista, terapeuta occupazionale, assistente sociale e dal personale di assistenza di cui fanno parte infermieri ed Operatori Tecnici dell'Assistenza (OTA). Ad ogni paziente vengono assicurati tre accessi settimanali per complessive 19 ore circa di assistenza e di riattivazione funzionale ed è previsto anche l'intervento psicologico sul *caregiver*. Gli strumenti di valutazione multidimensionale adottati sono stati: *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Neuro Psychiatric Inventory* (NPI), *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Basal Activities of Daily Living* (BADL), Scala di Tinetti, Indice di Barthel (*Barthel Index*), *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS), *Caregiver Burden Inventory* (CBI), *Caregiver Strain Index* (CSI). I 22 pazienti (12 femmine, 10 maschi) che sono stati arruolati consecutivamente da giugno 2006 avevano ricevuto una diagnosi di Malattia di Alzheimer probabile nel Centro UVA del G.B. Grassi con una compromissione cognitiva di grado lieve moderato. Solo per un paziente è stata riferita la presenza di una Malattia di Alzheimer in famiglia (sorella). L'età media è di $78,4 \pm 6,5$ anni (*range* 65-89), con scolarità media di $7,8 \pm 3,7$ anni. 13 pazienti vivono con il coniuge, 5 pazienti (22,7%) vivono con la badante, 4 sono vedovi e vivono con congiunti (2 con la figlia, 1 con la sorella, 1 con la nipote). Il numero medio dei componenti del nucleo familiare è di 3 ± 2 . L'età media del *caregiver* principale è di $65 \pm 16,1$ anni, l'86% sono femmine.

Risultati. Il confronto dei risultati dei test somministrati al momento dell'ingresso nel servizio e alla 12ª settimana di assistenza ha mostrato un miglioramento sia sul piano

cognitivo che comportamentale e nelle autonomie. Anche sui *caregiver* si sono avuti una riduzione del carico assistenziale ed un miglioramento dello stato emotivo.

Conclusioni. Una assistenza domiciliare per i pazienti affetti da Malattia di Alzheimer così organizzata e che preveda interventi di riattivazione personalizzati sembra mostrarsi efficace nelle fasi lievi e moderate della Malattia di Alzheimer nel migliorare il punteggio al MMSE.

MEMANTINA E DEMENZA DI ALZHEIMER MODERATA-SEVERA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Clerici Francesca (a), Vanacore Nicola (b), Elia Antonietta (a), Spila Alegiani Stefania (b), Pomati Simone (a), Da Cas Roberto (b), Raschetti Roberto (b), Mariani Claudio (a)

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

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

Obiettivi. Verificare nella pratica clinica i livelli di risposta e di tollerabilità alla memantina nel trattamento della Demenza di Alzheimer (AD) di grado moderato-severo.

Metodi. Studio osservazionale multicentrico *post-marketing* che ha coinvolto 41 Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nella Regione Lombardia. Sono stati arruolati nel periodo luglio-dicembre 2005, 451 pazienti non in trattamento con inibitori di acetilcolinesterasi. Ogni paziente è stato trattato con memantina fino a raggiungere un dosaggio 20 mg al giorno e seguito per 6 mesi con due visite di *follow-up*. L'età media all'arruolamento era 77 ± 7 anni, il 72% erano donne, la media dei punteggi del *Mini-Mental State Examination* (MMSE), del *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) e dell'*Activities of Daily Living* (ADL) era rispettivamente di 9 ± 4 , 24 ± 22 e 3 ± 2 . La risposta al trattamento è stata valutata dopo 6 mesi ed è stata basata sul miglioramento e sul miglioramento-stabilità, rispetto ai valori basali, di tutte le seguenti scale: *Clinical Global Impression of Change*, MMSE, NPI e ADL. È stata condotta un'analisi logistica multivariata per valutare la presenza di possibili variabili predittive associate alla risposta al trattamento dopo 6 mesi. La sicurezza del trattamento è stata valutata ad ogni visita di *follow-up* mediante la raccolta di ogni evento avverso riportato (ADR).

Risultati. L'analisi della risposta a 6 mesi è stata condotta su 399 pazienti. La percentuale di *responder* è stata pari al 3,8% (miglioramento) e del 26,8% (miglioramento-stabilità). La risposta miglioramento-stabilità è risultata influenzata dal NPI all'arruolamento (NPI \leq 12 rispetto a NPI $>$ 24 OR=2,2 IC 95% 1,1-4,7), dall'età dei pazienti (età $>$ 75 anni OR=2,5 IC 95% 1,3-4,8) e dalla risposta dopo 3 mesi di trattamento (OR=9,0 IC 95% 4,6-17,5). 70 pazienti (16%) hanno presentato almeno una ADR, di questi 39 pazienti (9%) hanno interrotto il trattamento a causa dell'ADR. Il 54% delle ADR sono risultate ascrivibili ad un peggioramento dei disturbi psico-comportamentali (22% agitazione).

Conclusioni. In questo studio osservazionale è stata adottata una definizione di risposta a memantina che ha permesso di stimare la proporzione di pazienti che nella pratica clinica hanno ricevuto un beneficio dal trattamento. La percentuale di risposta al trattamento (miglioramento-stabilità) è simile a quella riscontrata nell'unica sperimentazione clinica inerente memantina in monoterapia nell'AD moderata-severa (26,8% vs 29%). La proporzione di soggetti che hanno interrotto il trattamento a causa di una ADR è confrontabile con quella osservata nelle sperimentazioni. Nella pratica clinica dei pazienti affetti da Demenza di Alzheimer di grado moderato-severo trattati con memantina le variabili predittive della risposta stabilità-miglioramento (26,8%) sono l'età più avanzata, la risposta a 3 mesi, e la minore presenza di disturbi psico-comportamentali.

RISONANZA MAGNETICA SPETTROSCOPICA NELLO STUDIO DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO

Costanzi Emanuela (a), Ercolani Sara (a), Spazzafumo Liana (b), Pigliatile Martina (a), Tarducci Roberto (c), Mariani Elena (a), Feliziani Filippo Tommaso (a), Metastasio Antonio (a), Ricci Monica (a), Serafini Valentina (a), Rinaldi Patrizia (a), Pelliccioli Gian Piero (d), Gobbi Gianni (c), Senin Umberto (a), Mecocci Patrizia (a)

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

(b) Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, Ancona

(c) Struttura Complessa di Fisica Sanitaria, Azienda Ospedaliera, Perugia

(d) Struttura Complessa di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera, Perugia

Introduzione. Negli ultimi anni sono molte le risorse messe in campo per poter individuare marker precoci di progressione di declino cognitivo. Scopo del presente studio è individuare marker metabolici in grado di discriminare tra soggetti normali, con *Mild Cognitive Impairment* e con Demenza di Alzheimer.

Metodi. Sono stati arruolati 90 soggetti afferiti all'UVA Geriatria di Perugia per riferiti deficit cognitivi. Ciascun paziente è stato valutato con strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica e sottoposto a valutazione psicometrica per evidenziare deficit cognitivi compatibili con diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) o Demenza di Alzheimer (AD). Sono stati inoltre arruolati e sottoposti alla stessa valutazione 45 soggetti cognitivamente integri (C). Ciascun soggetto è stato sottoposto a risonanza magnetica spettroscopica con dosaggio di alcuni metaboliti coinvolti nei processi cognitivi in entrambi gli emisferi cerebrali: N-AcetilAspartato (NAA), Colina (Cho) e Mioinositolo (MI).

Risultati. La popolazione presa in esame è formata da 45 C (femmine 40%, età media $72,2 \pm 4,9$, scolarità $6,6 \pm 3,2$, MMSE $29 \pm 1,2$), 65 MCI (femmine 46,2%, età media $74,5 \pm 6,9$, scolarità $7,1 \pm 4,3$, MMSE $26,9 \pm 2,2$) e 25 AD (femmine 68%, età media $76,7 \pm 4,8$, scolarità $5,5 \pm 2,7$, MMSE $20,7 \pm 4,0$). Nell'analisi dei singoli metaboliti, il MI dosato su entrambi gli emisferi si differenzia in modo statisticamente significativo tra C e AD ($p=0,004$) e MCI e AD ($p=0,028$). Considerando il metabolita nei due diversi emisferi, a destra MI è in grado di discriminare tra C e AD ($p=0,030$), mentre il MI di sinistra discrimina tra C e AD ($p=0,002$) e tra MCI e AD ($p=0,004$). Risultati analoghi si ottengono correggendo per sesso ed età. Non sono presenti differenze statisticamente significative nell'analisi di NAA e Cho.

Conclusioni. Nella nostra popolazione il mioinositolo, dosato attraverso risonanza magnetica spettroscopica, sembra essere in grado di discriminare tra soggetti con MCI e soggetti con AD. Sono necessari ulteriori studi per confermare questo dato e soprattutto per individuare gli eventuali elementi in grado di discriminare precocemente, tra soggetti MCI, quelli a maggior rischio di progressione in demenza, per poter concentrare su questo gruppo eventuali trattamenti preventivi.

“LA PALESTRA DELLA MENTE”, UN CENTRO DI RIATTIVAZIONE COGNITIVA RIVOLTO A PERSONE AFFETTE DA DEMENZA LIEVE-MODERATA

Dal Monte Alfredo (a), Nanni Rachele (b), Casadei Valentina (b), Guerrini Claudia (a)

(a) Servizio Geriatrico Aziendale, AUSL, Ravenna

(b) Servizio Assistenza Anziani, AUSL, Ravenna

Il progetto “La palestra della mente” ha previsto l’attivazione di interventi di stimolazione cognitiva e relazionale rivolti a soggetti da demenza di grado lieve-moderato. I soggetti, inseriti in trattamento a seguito di indicazione geriatria, vengono seguiti attraverso un ciclo trimestrale di 24 incontri, 2 pomeriggi alla settimana, per piccoli gruppi di 6-8 partecipanti.

Durante gli interventi i pazienti vengono coinvolti in attività specificatamente orientate all’utilizzo della funzionalità residua nelle aree delle competenze mnestiche, attentive, linguistiche e prassiche. Gli incontri vengono condotti attraverso modalità relazionali di validazione emozionale e apprendimento senza errori, in modo da alimentare la motivazione dell’anziano, promuovere esperienze gratificanti a sostegno dell’autostima e dell’immagine personale.

Il progetto offre anche alle famiglie un tempo di sollievo dalle abituali attività di cura ed un luogo di riferimento, di apprendimento e di confronto tramite incontri periodici strutturati con gli operatori. L’efficacia del progetto è monitorata attraverso una valutazione cognitiva e psico-comportamentale dei soggetti affetti da demenza, del gradimento e dello stress percepito dal *caregiver* primario. Sono stati adottati i seguenti strumenti testistici: MMSE, Adas-Cog somministrati ai pazienti; NPI, VRS ed un questionario di Gradimento appositamente strutturato, somministrati ai famigliari. I dati preliminari (15 soggetti) indicano un ottimo gradimento da parte dei soggetti coinvolti, la riduzione significativa dello stress familiare, accompagnato da un lieve incremento della funzionalità cognitiva non omogeneo nel campione trattato.

PERCORSO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA RIVOLTA A SOGGETTI AFFETTI DA *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Dal Monte Alfredo (a), Nanni Rachele (b), Casadei Valentina (b), Guerrini Claudia (a), Lolloi Valentina (b)

(a) Servizio Geriatrico Aziendale, AUSL, Ravenna

(b) Servizio Assistenza Anziani, AUSL, Ravenna

L'obiettivo del progetto consiste nel fornire interventi di stimolazione cognitiva ad utenti affetti da *Mild Cognitive Impairment*, attraverso l'utilizzo combinato di mnemotecniche standard e tecniche di stimolazione sensoriale. L'intervento è costituito da cicli di 10 incontri (2 alla settimana) per piccoli gruppi (5-6 partecipanti) in cui vengono inseriti i soggetti a seguito della valutazione diagnostica di *Mild Cognitive Impairment*.

Al fine di verificare l'efficacia dell'intervento è stata somministrata ai partecipanti una batteria neuropsicologica ripetuta in fase di pre e post trattamento ed un *follow-up* a 3, composta dai seguenti strumenti testistici: *Mini-Mental State Examination*, 15 Parole di Rey, Raccontino, *Stroop*, Matrici Attentive, Fluenza Verbale, Puzzle Immaginario, *Hayling Test*, CESD, ZUNG e MAC-Q.

I dati presentati su 35 soggetti trattati mostrano un miglioramento nel post trattamento in tutte le prove, escluso il test di costruzione frasi; tale miglioramento risulta significativo al t test nella rievocazione immediata e differita delle 15 Parole di Rey, nel Digit, nella prova di Fluenza e nel MAC-Q. Il miglioramento tendenziale è mantenuto, parzialmente, al *follow-up* trimestrale.

POPOLAZIONE AFFERENTE ALL'UVA GERIATRIA DI PERUGIA PRIMA E DOPO IL CRONOS

Ercolani Sara, Mariani Elena, Ricci Monica, Mangialasche Francesca, Cornacchiola Valeria, Feliziani Filippo Tommaso, Leonardi Silvia, Raichi Tommaso, Senin Umberto, Mecocci Patrizia

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi, Perugia

Introduzione. Il progetto CRONOS è stato modello innovativo col quale il Ministero della Salute ha integrato il processo di rimborso dei farmaci [Donepezil (D), Rivastigmina (R) e Galantamina (G)], approvati per il trattamento della Malattia di Alzheimer nella forma lieve e moderata, con uno studio osservazionale (concluso nel marzo 2003), utilizzando una rete capillare di centri clinici Unità di Valutazione Alzheimer (UVA). Dal 2003 le UVA continuano a seguire i soggetti con Alzheimer prescrivendo anticolinesterasici.

Metodi. Sono stati raccolti dati dei soggetti cui è stato fatto almeno un piano terapeutico per anticolinesterasici tra il 2000 e il luglio 2007 nella UVA Geriatria di Perugia.

Risultati. I soggetti che a T₀ hanno ricevuto un piano terapeutico per un anticolinesterasico (D 61,5%, R 34,1%, G 4,4%) sono 729 (maschi: 31,1%, età media 77,3±6,9, MMSE 19,7±4,7; femmine: 68,9%, età media 78,4±6,1, MMSE 18,1±4,5); di questi, 348 si sono recati almeno una volta nella nostra UVA nell'ultimo anno. Escludendo 113 soggetti con T₀ nell'ultimo anno solare, il 56% ha almeno una valutazione ≥12 mesi dopo il *baseline*; esclusi 181 soggetti con *baseline* <24 mesi, il 38,9% ha almeno una valutazione ≥24 mesi e, dei 444 soggetti valutati prima del giugno 2004, il 29,1% ha almeno una valutazione ≥36 mesi. 302 soggetti sono entrati in trattamento entro marzo 2003 e, rispetto ai soggetti post-CRONOS, sono tendenzialmente più giovani (77,6±6,7 vs 78,3±6,1, p=0,139) ma cognitivamente più compromessi (MMSE 18,2±4,4 vs 19,1±4,8, p=0,012). D è stato assunto ad un dosaggio medio di 6,7±1,9 mg per 20,1±17,9 mesi, R 5,1±2,3 mg per 19,9±18,4 mesi e G a 12,1±3,9 mg per 24,5±16 mesi. D risulta associato ad un rischio maggiore rispetto a R di abbandono della terapia a tre mesi (OR 1,8, IC95% 1,1-3,1), corretto per età, sesso, MMSE, scolarità, ADL, IADL e dosaggio. Non sono evidenti altre differenze significative tra i farmaci nell'andamento della malattia.

Conclusioni. La creazione delle UVA, fornendo una qualità migliore nella diagnosi e nella assistenza dei malati di Alzheimer, ha creato una maggiore collaborazione con i medici di medicina generale, determinando l'inizio della terapia con anticolinesterasici in una fase più precoce di malattia e un innalzamento complessivo dell'età media di inizio trattamento.

QUALI EVIDENZE DISPONIBILI NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLE DEMENZE

Galeotti Francesca (a), Izzicupo Fabio (b), Raschetti Roberto (a), Vanacore Nicola (a)
(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Clinica Geriatrica, Università degli Studi D'Annunzio, Chieti

La costituzione di circa 500 Unità di Valutazione per l'Alzheimer (UVA) nel contesto del progetto CRONOS si è calata in una realtà molto articolata. Prima di questo progetto la capacità di dare una risposta al problema della demenza in termini clinici era affidata a circa 50 centri specialistici di "eccellenza". In aggiunta, in modo molto differenziato da regione a regione, ci si è confrontati con supporti socio-sanitari per i quali non esiste un modello di rete di servizi "forte" in quanto si parla spesso di "Unità Speciali" per le demenze, di centri diurni, di assistenza domiciliare integrata, di ricoveri "di sollievo". Il più delle volte questo tipo di servizi è presente in maniera marginale e non coordinata e spazia all'interno di due realtà forti che però si trovano agli estremi: la casa del paziente e l'istituzionalizzazione. Quello che occorre individuare è una modalità/struttura (un nodo) per consentire una piena integrazione tra offerta sanitaria e supporto sociale. Tali nodi possono essere individuati sulla base delle UVA e/o Centri esperti nella diagnosi e trattamento delle demenze che sono state istituite nell'ambito del progetto CRONOS prevedendo però un naturale processo di evoluzione di queste strutture che tenga conto delle diverse realtà assistenziali già presenti, anche se in maniera difforme tra le diverse regioni. La gestione integrata (o *disease management*) è oggi considerata l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile. Il *disease management* è un approccio alla cura del paziente che coordina le risorse di tutto il sistema sanitario (e i suoi attori) e che garantisce un'assistenza di elevata qualità durante tutto il *continuum* della malattia. La ricerca delle evidenze disponibili in letteratura nella gestione integrata delle demenze è resa più complessa dalla molteplicità di termini utilizzati spesso come sinonimi: continuità dell'assistenza, coordinamento dell'assistenza, *discharge planning*, *case management*, integrazione dei servizi, *seamless care*. È stato dimostrato come la cattiva collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti dia origine a disfunzioni nella gestione del paziente demente. Al tempo stesso esistono alcune evidenze scientifiche che dimostrano come le caratteristiche e la qualità del coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura di un paziente con demenza incidono significativamente sul controllo della sintomatologia cognitiva e comportamentale ed anche sul miglioramento della qualità di vita del *caregiver*.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E STRESS DEL CAREGIVER: STUDIO DESCRITTIVO A 18 MESI

Gasparini Marina (a), Spadaro Letteria (a), Talarico Giuseppina (a), Vanacore Nicola (b), Antinucci Livio (a), Canevelli Marco (a), Lenzi Gian Luigi (a), Bruno Giuseppe (a)

(a) Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università degli Studi Sapienza, Roma

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

Introduzione. I disturbi comportamentali nella demenza sono molto frequenti, con una percentuale di circa il 30% per quelli di lieve intensità, e spesso associati a riduzione delle abilità funzionali; per questa loro caratteristica sono il fattore che più incide sullo stress del caregiver. La loro presenza viene rilevata in ambito clinico mediante NPI (*Neuropsychiatric Inventory*), che contiene la scala Distress (NPI-d) del caregiver. Il presente studio descrive la frequenza dei disturbi comportamentali in un gruppo di pazienti con Malattia di Alzheimer (AD), il loro impatto sul caregiver e sui livelli di autonomia funzionale.

Pazienti. 87 pazienti (51 donne e 36 uomini) con probabile AD e disturbi comportamentali in trattamento farmacologico (SSRI, antipsicotici, stabilizzanti dell'umore e benzodiazepine). Sono stati raccolti i dati relativi a punteggi MMSE, ADL e IADL, NPI e NPI-d al momento dello *screening* (T₀), e in 3 successivi *follow-up* ai tempi T₁ -T₂ -T₃ (6, 12 e 18 mesi).

Risultati. L'analisi statistica ha mostrato un peggioramento nel tempo del punteggio NPI (p 0,008) ed una correlazione lineare tra NPI e stress del carer (*range* Rho da 0,85-0,91). Non sono state osservate modificazioni nella frequenza di ciascun sintomo NPI nel passaggio da T₀ a T₃, mentre è emersa una differenza significativa nelle frequenze di ansia, depressione, agitazione e irritabilità in ciascun *follow-up* (p<0,0001). Queste variabili sono state inserite in un'analisi multivariata insieme a MMSE, ADL e IADL, con l'NPI-d come variabile dipendente: ansia, agitazione e irritabilità sono risultati i sintomi predittivi costantemente correlati alla scala NPI-distress, accompagnati ai tempi T₂ e T₃ dall'aumento delle disautonomie nella vita quotidiana (ADL, IADL) (*range* R da 0,713-0,804).

Conclusioni. I dati hanno evidenziato come lo stress del carer dipende dall'aumento del carico assistenziale e da disturbi del comportamento che richiedono il controllo continuo del paziente per i rischi ad essi associati. I disturbi sono ubiquitari in ogni stadio della malattia (lieve, moderato, grave) e appaiono difficilmente controllabili col solo impiego dei farmaci. È auspicabile l'adozione contestuale di modelli di controllo comportamentale del paziente, al fine di ridurre il rischio di medicalizzazione del carer.

ABILITÀ COSTRUTTIVE NELLA DEMENZA FRONTOTEMPORALE E NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO DESCRITTIVO

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

Introduzione. La Demenza Frontotemporale è una patologia degenerativa caratterizzata, nella sua variante frontale (FTD-fv), da esordio di tipo psichiatrico, deficit delle funzioni esecutive e relativa integrità della memoria e delle funzioni visuo-spaziali: quest'ultima in particolare considerata dai criteri diagnostici un elemento cruciale ai fini della diagnosi differenziale con la Malattia di Alzheimer (AD). Gli studi condotti sulle abilità visuo-spaziali in pazienti con FTD e AD si sono concentrati soprattutto sulle abilità costruttive (AC) ed hanno fornito dati contrastanti a seconda della prova impiegata (disegni semplici o complessi) o di *bias* nella selezione clinica dei pazienti (gravità). Scopo dello studio è quello di descrivere frequenza e caratteristiche delle AC in pazienti FTD-fv e AD agli esordi della patologia

Metodi. È stata eseguita una valutazione quantitativa e qualitativa della copia della Figura Complessa di Rey in 15 pazienti con FTD-fv e 41 con AD, tutti di grado lieve e stratificati per sesso, età e scolarità, tratti da una serie consecutiva di 443 pazienti seguiti presso il centro UVA dal 1° gennaio 2003 al 30 giugno 2004.

Risultati. Al test del *chi-quadro* non sono emerse differenze fra i gruppi nel tipo di strategia di copia impiegata e nel tipo di errori; è invece emersa una differenza a livello dell'analisi di dettaglio del modello ($\chi^2=6,44$; $p=0,011$); il test *Mantel-Haenszel* ha confermato per il gruppo con AD un minor rischio di incorrere nel deficit (OR 0,21; $p=0,015$; 95% IC=0,06-0,73). L'analisi stratificata non ha mostrato effetti confondenti del punteggio al MMSE e dell'età di esordio della malattia.

Conclusioni. Lo studio ha rilevato che un deficit nelle AC può essere presente all'esordio sia nell'AD che nella FTD-fv, con strategie di esecuzione e tipi di errore del tutto simili. La differenza riscontrata nell'analisi spaziale dei dettagli interni viene spiegata alla luce dei modelli cognitivi di *Guérin*, *Kosslyn* e *van Sommers*. Analogamente agli studi più recenti, si propone che il criterio dell'integrità delle funzioni visuo-spaziali nella FTD-fv vada maggiormente riferito al disorientamento spaziale ed alle funzioni percettive, precocemente compromesse nell'AD.

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO NELLA DEMENZA: RIATTIVAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO PRESSO UNA UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER

Giordano Marcello (a), Vitrano Catania Teresa (a), Oddo Gioacchino (b)

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

(b) Servizio Dipartimentale per l'Integrazione Sociosanitaria Anziani e ADI, AUSL 6, Palermo

Introduzione. La demenza è una sindrome caratterizzata da deterioramento mentale progressivo con perdita della memoria e delle altre funzioni cognitive con conseguente incapacità ad eseguire autonomamente le attività della vita quotidiana. La prevalenza della Malattia di Alzheimer, la forma di demenza più frequente (60% di tutte le demenze), è stimata intorno al 6% nei soggetti ultrasessantacinquenni, con incidenza annua dell'1-1,5%. È importante definire lo stadio della malattia e rendere edotto il *caregiver* circa il futuro del paziente e se si può fare qualcosa per ritardare la progressione della malattia. Infatti, gli sforzi assistenziali oggi, in assenza di un trattamento farmacologico risolutivo, sono concentrati nel rallentare la progressione della demenza nel tempo e migliorare l'autosufficienza e la qualità di vita ove possibile.

Metodi. Abbiamo voluto verificare gli effetti del *training* cognitivo e della riattivazione fisica aspecifica sui pazienti dementi afferenti alla nostra UVA. Sono stati selezionati 36 pazienti, 24 uomini e 12 donne, di età media 78,4 anni, secondo i seguenti criteri: MMSE con punteggio tra 10 e 22, *Global Deterioration Scale* di Reisberg III-V stadio, presenza di *caregiver* motivati. I pazienti hanno partecipato ad un programma di *training* caratterizzato da ROT e da riattivazione fisica aspecifica in sedute di gruppo (6 pazienti) tre volte alla settimana per un periodo di 3 mesi. All'inizio del programma i pazienti sono stati valutati con MMSE, ADAScog, ADL, IADL, PPT (*Physical Performance Test*) e tale valutazione è stata ripetuta alla fine del periodo di *training*. I pazienti, dopo il *training* presso l'UVA hanno proseguito al proprio domicilio con un programma analogo affidato al *caregiver* (che ha ricevuto informazione e istruzione durante il periodo di 3 mesi presso l'UVA). Due mesi dopo i pazienti sono stati invitati a ripresentarsi e sono stati valutati nuovamente con il MMSE, allo scopo di verificare se il livello presente alla fine del *training* presso l'UVA fosse stato mantenuto o meno, con il preciso intendimento di riammettere nei gruppi presso l'UVA i pazienti con *score* diminuito, lasciando che gli altri continuassero al proprio domicilio il programma di *training*.

Risultati. All'inizio del trattamento i pazienti hanno presentato uno *score* medio al MMSE di 17,1, ADAScog 41,13, ADL 4, IADL 5, PPT 12. Alla fine del periodo di tre mesi hanno mostrato MMSE 19,6, ADAScog 31,6, ADL 5,3, IADL 6, PPT 16 con significatività $P < 0,01$ alla fine del periodo di tre mesi e $P < 0,05$ per MMSE (20,8) controllato dopo due mesi di *training* a domicilio. L'analisi statistica è stata effettuata con il test del Segno per dati appaiati.

Conclusioni. I dati clinici e psicometrici mostrano che i pazienti traggono giovamento dal trattamento non farmacologico. Sebbene la demenza sia una malattia progressiva i nostri primi dati indicano che dopo 5 mesi il livello di deterioramento mentale non è progredito. In 8 casi lo *score* del MMSE è aumentato, in 21 casi è risultato sovrapponibile, solo in 7 casi è diminuito. L'effetto *retest* può essere escluso per il grado di severità della demenza presentato dai pazienti. Un prossimo studio verrà effettuato con i gruppi di controllo.

RIABILITAZIONE COGNITIVA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER (DAT): VERIFICA DI EFFICACIA DI UN INTERVENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE

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

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

(b) Università degli Studi Bicocca, Milano

Introduzione. L'applicazione di Riabilitazione Cognitiva (RC) nella Malattia di Alzheimer (DAT) pone ancora numerosi interrogativi in termini sia di risultati di efficacia che di impostazione metodologica. Lo scopo è verificare l'efficacia di un programma di RC in pazienti con DAT, in termini di miglioramento sia delle *performance* cognitive-comportamentali che delle attività della vita quotidiana.

Metodi. Pazienti affetti da DAT; criteri di inclusione: età ≤ 85 anni, scolarità ≥ 3 anni, MMSE: $15 \div 24$, ADL=6; terapia con anti achE stabile da almeno 3 mesi. I pazienti e i familiari con buona *compliance* a RC venivano arruolati nel gruppo osservazionale (GO), quelli senza tale *compliance* costituivano il gruppo di controllo (GC). I soggetti al T₀ sono stati sottoposti a:

- batteria testistica: MMSE, MODA, Span cifre, Test Corsi, PM47c, Simboli/numeri, test dell'orologio;
- scala di *daily-living*: IADL;
- scala comportamentale: NPI.

I soggetti GO venivano addestrati con un familiare all'uso di un eserciziaro per il *training* cognitivo domiciliare quotidiano. Dopo 12 settimane (T₁) i pazienti GO e GC venivano sottoposti a MMSE, IADL e NPI. Analisi statistiche:

- per pre-post trattamento intragruppo: somma dei ranghi di Wilcoxon;
- per valutazione di MMSE t test per dati appaiati;
- per analisi dei tre gruppi: t di Student.

Risultati. Sia nell'ambito di GO che GC sono stati arruolati 10 soggetti con le rispettive caratteristiche: 6 femmine/4 maschi vs 2/8; età $74,25 \pm 8,07$ anni vs $75,60 \pm 4,27$; scolarità $4,75 \pm 1,49$ anni vs $6,00 \pm 2,31$; durata di malattia $3,00 \pm 1,31$ anni vs $3,06 \pm 1,18$. Il confronto relativo sia alle medie dei dati generali che dei parametri cognitivo-funzionali non ha evidenziato differenze significative (MMSE $19,19 \pm 4,16$ vs $19,90 \pm 1,66$; IADL $8,75 \pm 1,04$ vs $8,00 \pm 0,67$; NPI $31,75 \pm 4,89$ vs $29,20 \pm 6,20$). Al T₁ GO ha evidenziato un miglioramento significativo sia al MMSE ($21,75 \pm 3,30$ vs $18,60 \pm 2,63$ $p < 0,05$) che in IADL ($9,12 \pm 0,83$ vs $7,60 \pm 0,97$ $p < 0,05$) e non in NPI ($26,00 \pm 5,55$ vs $30,00 \pm 6,07$). L'analisi per dati appaiati risulta significativa per MMSE e ai limiti per gli altri test.

Conclusioni. L'intervento riabilitativo intensivo sembra influenzare in modo positivo le *performance* cognitive con una successiva ricaduta anche sul parametro comportamentale e di *daily-living*. Il rilievo di un'efficacia di RC in DAT ripropone l'importanza di affrontare in termini metodologici e strumentali controllati questo tipo di intervento.

RIABILITAZIONE COGNITIVA DEL PAZIENTE CON DEMENZA LIEVE MEDIANTE ATTIVAZIONE DEI CAREGIVER: STUDIO PILOTA

Iannizzi Pamela (a,b), Mapelli Daniela (b,c), Amodio Piero (a,b), Raduazzo Daniela (a), Avanzini Sara (a,b), Gatta Angelo (a,b)

(a) *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Clinica Medica 5, Università degli Studi, Padova*

(b) *Centro Interdipartimentale per la Modellistica delle Alterazioni Neuropsichiche in Medicina Clinica, Università degli Studi, Padova*

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

Introduzione. Il binomio demente-caregiver costituisce un sistema in cui la sofferenza può amplificarsi, ma può costituire la risorsa terapeutica principale e di minor costo. Obiettivo della presente ricerca è stato valutare la fattibilità di un intervento che abiliti i caregiver a svolgere un programma di neuroriabilitazione cognitiva che giovi al demente lieve e al caregiver stesso.

Metodi. Mediante sensibilizzazione dei medici di medicina generale, sono stati individuati soggetti con demenza. Valutati da un neuropsicologo, sono stati arruolati 14 soggetti con demenza lieve (*Mini Mental State* compreso tra 18 e 24) che sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica mediante MODA, Esame Neuropsicologico Breve, ADL, IADL, GDS e a visita medica. Ai caregiver sono stati somministrati questionari al fine di monitorare lo stress assistenziale (*Caregivers Burden Inventory* (CBI) e *Relative's Stress Scale* (RSS)). I pazienti e i loro caregiver sono stati randomizzati in due gruppi: A (sperimentale) e B (controllo). Il gruppo A ha eseguito un originale programma di neuroriabilitazione cognitiva a domicilio operato dai caregiver opportunamente addestrati; il gruppo B ha ricevuto un'istruzione generica basata su di un opuscolo informativo. Dopo 6 mesi (T₁) i due gruppi sono stati sottoposti alle stesse valutazioni effettuate all'inizio dello studio (T₀).

Risultati. Nessuna delle scale di misura nei pazienti e nei caregiver è risultata diversa fra i due gruppi in condizione di base. L'ANOVA per misure ripetute ha evidenziato interazioni significative gruppo (A vs B) x tempo (T₁ vs T₀), con miglioramento nel gruppo A, dei punteggi Z (normalizzati per età) della memoria di prosa, della memoria con interferenza, della fluenza verbale e della GDS. I caregiver del gruppo A hanno mostrato miglioramento del CBI e del RSS. Tuttavia il MMSE e il MODA non hanno mostrato differenze fra i due gruppi

Conclusioni. Lo studio pilota ha mostrato che un intervento educativo per abilitare i caregiver alla neuroriabilitazione domiciliare è: 1) fattibile, gradito e accettato dai caregiver ai quali sembra ridurre lo stress assistenziale; 2) potenzialmente idoneo a rallentare il decadimento di alcune funzioni cognitive; 3) ha fornito modelli, stime e indicatori che permettono di pianificare un *trial* clinico controllato *ad hoc*.

CENTRO DIURNO ALZHEIMER “IL PETTIROSSO”: QUATTRO ANNI DI ESPERIENZA

Izzicupo Fabio, Piras Maria Cristina, Baldassarre Luca, Antenucci Sara, Zito Michele
*Consultorio Alzheimer, Cattedra di Geriatria, Dipartimento di Medicina e Scienze
dell’Invecchiamento, Università degli Studi G. D’Annunzio, Chieti*

Introduzione. Il Centro Diurno Alzheimer “Il Pettirosso” è stato fondato nel settembre 2003 in seguito all’attuazione di un progetto obiettivo della Regione Abruzzo, attraverso la collaborazione dell’Istituto di Geriatria dell’Università G. D’Annunzio di Chieti, della ASL di Chieti e della Residenza Sanitaria Assistenziale Villa San Giovanni di San Giovanni Teatino. Ospita ogni giorno 30 pazienti affetti da Malattia di Alzheimer e da altri tipi di demenza. In questo scritto vengono presentati i dati a 30 mesi di attività mentre in occasione del Convegno sul ruolo delle Unità di Valutazione Alzheimer in Italia verranno presentati i dati complessivi dei quattro anni di attività del Centro Diurno.

Obiettivi. Valutare la tipologia e la numerosità dei pazienti che fanno richiesta di ammissione e quali di questi vengono effettivamente inseriti. Descrivere l’esito dal punto di vista cognitivo, affettivo e comportamentale in un gruppo ristretto di pazienti sottoposti ad un ciclo di interventi con stimolazione cognitiva.

Caratteristiche del campione. I pazienti che hanno fatto richiesta di inserimento sono stati 111, di cui 37 maschi (33,33%) e 74 femmine (66,67%), con una età media di 77,30 anni (DS±7,83) e una scolarità media di 4,74 anni (DS±3,92). Di questi 97 erano affetti da Demenza di Alzheimer (87,4%), 3 da Demenza Frontotemporale (2,7%), 4 da Demenza a corpi di Lewy (3,6%), 5 da Demenza Vascolare (4,5%) e 2 da Demenza Mista (1,8%). I soggetti effettivamente inseriti sono stati 63 pari al 56,75%.

Metodi. Dei 63 pazienti inseriti nel Centro 21 di questi hanno effettuato un ciclo di Stimolazione Cognitiva. Il campione è formato da 5 maschi e 16 femmine con un’età media di 79,59 anni (66-90) e scolarità di 4,91 (2-13), tutti affetti da demenza in accordo con i criteri: DSM IV-TR, NINCDS ADRDA e NINDS-AIREN. La Stimolazione Cognitiva è stata effettuata per un periodo di tre mesi da personale appositamente formato, per 5 giorni a settimana. Gli strumenti utilizzati per la misurazione degli *outcome* al *baseline* e al *follow-up* sono il *Mini-Mental State Examination* (MMSE), la *Severe Impairment Battery* (SIB), la *Geriatric Depression Scale* (GDS) e il *NeuroPsychiatric Inventory*.

Risultati. I risultati ottenuti hanno evidenziato un miglioramento in tutti i parametri utilizzati: il punteggio medio al MMSE è passato da 11,42 (DS±4,03) a 12,42 (DS±5,62) con una significatività pari a 0,029, quello alla SIB è passato da 76,90 (DS±14,23) a 79,76 (DS±16,33) con una significatività pari a 0,020, quello alla GDS è passato da 3,66 (DS±3,55) a 2,85 (DS±3,30) con una significatività pari a 0,028, quello alla NPI è passato da 28,76 (DS±18,84) a 22,52 (DS±13,79) con una significatività pari a 0,042.

Conclusioni. Emerge un’elevata numerosità dei pazienti non inseriti; le ragioni del mancato inserimento vanno dalla mancanza dei criteri di inclusione, all’inserimento in lista d’attesa. La Stimolazione Cognitiva sembra migliorare, in accordo con i dati di letteratura, le performance cognitive e l’umore, si osserva inoltre la riduzione della frequenza e dell’intensità dei disturbi comportamentali, in pazienti affetti da demenza.

STRESS DEL CAREGIVER E CADUTE IN ANZIANI CON DEMENZA

Leonardi Silvia, Ercolani Sara, Andreani Sonia, Mariani Elena, Pace Monica, Raichi Tommaso, Mariani Angela, Maggio Dario, Senin Umberto, Mecocci Patrizia
Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi, Perugia

Introduzione. La mobilità è un aspetto cruciale della vita del demente ed è spesso dipendente dal *caregiver*. Obiettivo di questo studio è definire una relazione tra stress del *caregiver* e caduta nel demente.

Metodi. Sono stati arruolati 106 anziani con Demenza di Alzheimer, con i rispettivi *caregiver*, afferiti nei primi sei mesi del 2005 all'UVA Geriatria Perugia. Ogni *caregiver* ha compilato 3 scale: *Caregiver Burden Inventory* (CBI), *Brief Symptom Inventory - Anxiety* (BSI-A) e *Depression* (BSI-D). Dopo 12 mesi i *caregiver* sono stati sottoposti ad un questionario sulle cadute eventualmente occorse rispetto al *baseline*.

Risultati. Il campione studiato, prevalentemente femminile (60,7%), presentava età media di 78,8±6,3, lieve disabilità (ADL 4,8±1,4, IADL 3,2±2), deterioramento cognitivo lieve moderato (MMSE 20,7±5,2, CDR 1,5±0,8), comorbilità (numero medio malattie oltre alla demenza 4,7±2,5, indice CIRS 1,4±0,3) e polifarmacoterapia (numero medio farmaci 3,0±1,7). I *caregiver*, prevalentemente figlio/a (51%) o coniuge (27,6%), avevano età media di 55,8±13. Dopo dodici mesi dal *baseline*, i *caregiver* riferivano almeno un episodio di caduta in 54 soggetti dementi, con 18 fratture documentate. Confrontando i soggetti caduti rispetto a quelli di cui non sono state riferite cadute, i primi erano più anziani, con demenza più grave e comorbilità maggiore, scolarità più bassa, assumevano un maggior numero di neurolettici ed ansiolitici e il *caregiver* principale era diverso dal figlio o coniuge ($p<0,05$). La CBI dei *caregiver* dei caduti era significativamente più alta rispetto a quella dei *caregiver* di soggetti non caduti nei dodici mesi successivi. Il rischio di frattura, invece, è risultato associato significativamente alla presenza di anemia al *baseline* e alle cadute fuori dalla abitazione usuale ($p<0,05$). Correggendo per età, sesso e gravità della demenza del paziente e per età del *caregiver*, il rischio di almeno un episodio di caduta in dodici mesi è associato al peggioramento della CBI (OR 1,071 IC95% 1,029-1,114), alla BSI-A (OR 1,218 IC95% 1,087-1,365) e alla BSI-D (OR 1,28 IC95% 1,086-1,514).

Conclusioni. Tra i dementi che vivono in comunità, le cadute sono associate allo stress del loro *caregiver* principale.

TERAPIA ANTICOLINESTERASICA, ASPETTI COGNITIVI ED AUTONOMIA NEL QUOTIDIANO: STUDIO PILOTA PRESSO IL CENTRO UVA DELL'ASL 5 (PIEMONTE)

Luda Emilio, Latino Valentino, Barisone Maria Giorgia, Palmisano Daniela, Amarù Salvatore
Unità Operativa Complessa di Neurologia, ASL 5, Ospedale di Rivoli, Torino

Introduzione. Il presente studio nasce dall'esigenza di valutare l'appropriatezza e monitorare l'effetto della terapia acetilcolinesterasica sulle funzioni cognitive e sull'autonomia nel quotidiano dei soggetti afferenti presso l'Unità di Valutazione Alzheimer dell'Ospedale di Rivoli (TO).

Metodi. I dati sono frutto di una ricerca retrospettiva sulle cartelle cliniche presenti nell'archivio del Centro UVA dal 2000 al primo trimestre 2007. Sono state analizzate più di 500 cartelle cliniche ma il lavoro statistico è stato condotto su 304 soggetti in terapia con farmaci anticolinesterasici (donepezil, rivastigmina o galantamina). I motivi di esclusione dallo studio erano dovuti alla presenza di una sola visita con l'impossibilità pertanto di valutare gli effetti della terapia. Gli strumenti utilizzati per la valutazione sono il test MMSE e le scale ADL e IADL.

Risultati. L'effetto della terapia è stato valutato considerando i punteggi ottenuti al protocollo testistico somministrato, prima dell'inizio della terapia e dopo 3 mesi dall'assunzione della stessa. Inizialmente si è valutato l'andamento dell'intero campione attraverso la statistica t di Student per dati appaiati dalla quale è emersa una differenza significativa per tutti i reattivi somministrati. Successivamente la stessa analisi statistica è stata applicata ai sottocampioni diagnostici, individuati dallo specialista neurologo, e dalla quale è emersa una significatività solo per i soggetti affetti da Demenza di Alzheimer. Infine per quest'ultimo campione è stata applicata una statistica ANOVA per misure ripetute, considerando come variabile indipendente il tipo di terapia (donepezil o rivastigmina) e come variabile dipendente i punteggi MMSE, ADL, IADL prima e dopo la terapia. Dai risultati è emerso che non c'è una differenza significativa tra i due tipi di trattamento.

Conclusioni. Dai dati emersi si evince un'efficacia terapeutica nei soggetti con ipotesi diagnostica di Alzheimer relativa ai primi 3 mesi che sembra perdurare inoltre nei tre mesi successivi. Nei pazienti affetti da altre demenze, i farmaci anticolinesterasici permettono, la stabilizzazione dei deficit cognitivi e di autonomia nel quotidiano evitando un peggioramento della sintomatologia osservata.

MEMANTINA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE: ESPERIENZA DI DUE UVA

Marianetti Massimo (a), Mina Concetta (a), Chianese Melania (b), Ciervo Amedeo (b), Leonardi Silvana (b), Micacchi Francesca (a), Peresson Marco (c), Terenzi Riccardo (b), Amabile Amadio Giuseppe (a), Pietrella Alessio (c)

(a) *Dipartimento di Neurologia e Otorinolaringoiatria, Università degli Studi Sapienza, Roma*

(b) *Unità Operativa Complessa di Neurologia, Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli, Roma*

(c) *Associazione Fatebenefratelli per la Ricerca, Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli, Roma*

Introduzione. Nei soggetti affetti da Demenza di Alzheimer (AD) la perdita di neuroni corticali sembra essere correlata ad un'aumentata sensibilità o ad aumentati livelli di glutammato con conseguente flusso continuo di calcio all'interno dei neuroni, responsabile alla fine della morte delle cellule. La memantina, antagonista non competitivo del recettore per il glutammato NMDA, ha mostrato di avere un effetto positivo sullo stato cognitivo e sul comportamento nei pazienti con AD moderato-grave; il suo ruolo nella fase iniziale è controverso.

Metodi. Abbiamo reclutato due gruppi di pazienti (gruppo I: 19 pazienti; gruppo II: 21 pazienti) paragonabili per età, sesso e scolarità, con diagnosi di AD secondo i criteri NINCDS-ADRDA in fase iniziale ($MMSE \geq 20$) in terapia con inibitori delle colinesterasi a dosaggio efficace da almeno 3 mesi. I pazienti del gruppo I hanno iniziato ad assumere anche memantina 20 mg/die. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazioni neuropsicologiche seriate (ogni sei mesi) con la seguente batteria: MMSE, 15 Parole di Rey RI-RD, Memoria di Prosa, MVI, Copia Disegni con/senza elementi di programmazione, Matrici Attentive, Matrici Progressive di Raven, FVF, Span verbale e spaziale avanti e indietro, TMT A e B, AAT, NPI). Abbiamo confrontato a distanza di 6, 12, 18 e 24 mesi i risultati ottenuti dai due gruppi di pazienti.

Risultati. I pazienti del gruppo I hanno mostrato prestazioni significativamente migliori a 12 mesi in prove di memoria episodica, capacità esecutive e prassia costruttiva. Tale giovamento si è mantenuto ed è ulteriormente incrementato a 18 e 24 mesi. Dopo 24 mesi inoltre i disturbi comportamentali erano significativamente meno presenti nei pazienti del Gruppo I.

Conclusioni. Nella nostra casistica la memantina associata alla terapia standard con inibitori delle colinesterasi nell'AD di grado lieve ha mostrato di potenziarne significativamente l'effetto sia per la componente cognitiva che per quella comportamentale. Come in passato con gli inibitori delle colinesterasi il ruolo delle Unità di Valutazione Alzheimer potrebbe essere cruciale per la comprensione della reale efficacia di questa nuova molecola, considerando anche che al momento in Italia essa è a totale carico degli ammalati.

RISCHIO DI PROGRESSIONE IN DEMENZA IN SOGGETTI AMBULATORIALI CON DIAGNOSI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Mariani Elena (a), Ercolani Sara (a), Caputo Miriam (b), Mangialasche Francesca (a), Cornacchiola Valeria (a), Feliziani Filippo Tommaso (a), Rinaldi Patrizia (a), Leonardi Silvia (a), Raichi Tommaso (a), Metastasio Antonio (a), Senin Umberto (a), Mecocci Patrizia (a)
(a) *Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi, Perugia*
(b) *Assistenza Residenziale e Semiresidenziale ad Anziani e Disabili, ASL 2, Torino*

Introduzione. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è un'entità nosologica che rappresenta un'area di particolare interesse. Scopo di questo studio è individuare eventuali fattori associati al rischio di progressione in demenza.

Metodi. Sono stati screenati i soggetti afferiti all'UVA Geriatria di Perugia per riferiti deficit cognitivi tra il 2000 e il 2006. Ciascun paziente è stato valutato con strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica e sottoposto a valutazione psicometrica per evidenziare deficit cognitivi compatibili con diagnosi di MCI secondo i criteri di Petersen. Dei 136 soggetti in cui era stata fatta diagnosi di MCI, 66 hanno accettato controlli successivi e sono stati periodicamente sottoposti a rivalutazioni cliniche e strumentali.

Risultati. La popolazione arruolata al T₀ era formata da 66 soggetti con MCI (35 donne: 53%; 31 uomini: 47%) con età media 75,2±5,8 anni, scolarità 7,5±4,2 anni, punteggio medio al MMSE 26,6±2,0, ADL 5,7±0,5, IADL 6,3±1,8, numero medio farmaci 2,3±1,8, numero medio malattie 4,5±2,8. Tra questi, 24 soggetti (36,4%), di cui 13 maschi (54,2%), con età media 76,2±5,8 anni e scolarità 8,0±3,8 anni, sono successivamente evoluti in Demenza di Alzheimer con un tempo medio di progressione di 16,6±10,7 mesi. La progressione in demenza, dopo correzione per età, sesso e scolarità, è risultata associata a punteggio MMSE <26/30 (OR 3,56, IC95% 1,1-11,5), punteggio totale IADL <8 (OR 5,33, IC95% 1,4-19,9), punteggio rievocazione immediata alle 15 parole di Rey <25 (OR 4,98, IC95% 1,3-18,4) e punteggio rievocazione differita alle 15 parole di Rey <3 (OR 5,76, IC95% 1,7-19,4). Risultati analoghi si hanno anche dopo correzione per altri fattori confondenti, quali la comorbilità e la polifarmacoterapia. Non si sono evidenziate associazioni statisticamente significative con l'utilizzo di specifici farmaci.

Conclusioni. I soggetti che al *baseline* avevano delle *performances* peggiori al MMSE o nelle 15 parole di Rey o riferivano una disabilità anche lieve nelle IADL hanno presentato un rischio maggiore di sviluppare una demenza conclamata. Concentrare l'attenzione principalmente su questi soggetti, valutando anche l'opportunità di trattamenti precoci, potrebbe ridurre il tasso di conversione.

TRATTAMENTO DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA

Monini Patrizia (a,b), Tognetti Alessandra (b), Di Franco Felicita (b), Scala Giovanni (b), Capobianco Giovanni (b)

(a) *Unità Organizzativa Alzheimer, Ospedale S. Eugenio, ASL RMC, Roma*

(b) *Unità Operativa Complessa di Geriatria Day Hospital, Ospedale S. Eugenio, ASL RMC, Roma*

Introduzione. Nei soggetti con decadimento cognitivo la sintomatologia psichiatrica è descritta con stime generali che raggiungono il 75%. Tra la Demenza di Alzheimer (AD) e le altre forme di deterioramento cognitivo non sembrano esserci differenze significative rispetto al tipo di disturbo psicotico, anche se alcune ricerche sottolineano come i disturbi dell'area affettiva costituiscono una caratteristica più costante nelle degenerazioni corticali ad eziologia vascolare. La recente letteratura scientifica riporta dati a sostegno che i sintomi psichiatrici nell'Alzheimer si presentano comunque piuttosto diversificati. Secondo il parere di alcuni esperti il tipo e la frequenza dei sintomi psicotici presenterebbe una stretta relazione con il substrato biologico e quindi con le cause eziopatogenetiche che sottendono la demenza. Nonostante la rilevanza dei disturbi comportamentali nella demenza, tuttavia non esiste ancora un protocollo standard di trattamento e più spesso ci si basa sulla propria esperienza clinica in fatto di farmacoterapia. Tra i molti farmaci usati, quelli che sembrano dare prove di efficacia più convincenti con minori effetti collaterali sono gli antipsicotici atipici, tuttavia gli effetti a volte sono molto modesti, i costi elevati, difficile prevedere l'effetto sul singolo paziente e soprattutto sono complicati da un incremento del rischio di ictus. Un'altra criticità è come valutare il miglioramento dei sintomi. Non ci sono standard di eccellenza per valutare gli esiti dei sintomi neuropsichiatrici e diventa quindi difficile interpretare le piccole variazioni che si registrano nelle varie scale a punteggi usate; infine non ci sono indici qualitativi su quanto protrarre la terapia.

Obiettivi. Confrontare le caratteristiche e alcuni esiti clinici di un campione di pazienti affetti da Demenza di Alzheimer probabile con disturbi del comportamento che accedono all'UVA.

Metodi. È stato avviato uno studio osservazionale prospettico su un campione selezionato in modo casuale di pazienti affetti da Demenza di Alzheimer probabile che iniziavano a manifestare disturbi del comportamento. Per ogni paziente sono stati raccolti, mediante un'apposita cartella clinica, informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche, sullo stato cognitivo, funzionale, comportamentale, clinico e sui farmaci assunti al momento della valutazione basale e ai successivi controlli fino a completare il *follow-up* di 18 mesi. Come misure di esito sono stati analizzati la mortalità totale, l'ospedalizzazione e le cadute.

Risultati. Alla valutazione basale è emerso che i profili di *Neuro Psychiatry Inventory* dei 21 pazienti erano totalmente diversi, benché tutti con punteggio superiore a 12. Il 43% (9) dei pazienti tornava a controllo dopo un mese, il 57% (12) aveva necessità di un controllo anticipato per la persistenza del disturbo e/o l'insorgenza di effetti collaterali e/o per lo stress del *caregiver*. L'85% (18) dei pazienti modificava la terapia in termini di dosaggi e molecola

nei successivi tre mesi dall'inizio. Il 28% (6) in un periodo di 6 mesi sospendeva la terapia con stabilizzazione dei disturbi comportamentali. Dopo 18 mesi l'81% (17) dei pazienti aveva una riduzione dei punteggi di NPI. Nessuna differenza è stata invece riscontrata in termini di mortalità e di rischio di cadute. 2 pazienti sono stati ospedalizzati e 2 pazienti istituzionalizzati.

Conclusioni. Questo studio osservazionale mette in evidenza che il trattamento dei disturbi comportamentali nelle demenze è complesso. Le linee guida disponibili sono di aiuto, ma si è ancora lontani da un esatto inquadramento etiopatogenetico che consentirebbe un trattamento più specifico e meno empirico. La grande variabilità interindividuale dei disturbi comportamentali suggerisce che svolgono un ruolo determinante l'ambiente e le altre patologie eventualmente associate. Per questo sembrerebbe utile tentare interventi non farmacologici prima di passare ai medicinali, e anche l'educazione e la formazione delle persone che prestano assistenza è parte integrante dell'intervento. Soltanto se non ci sono risposte, un approccio potrebbe essere quello di individuare i sintomi prevalenti e scegliere il farmaco più strettamente indicato per controllarli.

PROGETTO CARER. IMPATTO DI UN INTERVENTO STRUTTURATO SULLA FAMIGLIA DI MALATI CON SINDROME DEMENZIALE E PROBLEMI COMPORTAMENTALI

Nobili Alessandro (a), Riva Emma (a), Tettamanti Mauro (a), Lucca Ugo (a), Salvini Porro Gabriella (b), Liscio Maria Rosaria (b), Petrucci Bianca (c)

(a) Istituto di Ricerche Mario Negri, Milano

(b) Federazione Alzheimer Italia

(c) Istituto Geriatrico Pio Albergo Trivulzio, Milano

I disturbi del comportamento nel malato con demenza comportano un importante carico assistenziale e stress per la famiglia e possono influenzare pesantemente lo stato di salute e la qualità di vita del principale *carer*, fattori che alla lunga conducono all'istituzionalizzare del malato. La realizzazione di interventi di supporto potrebbero costituire una valida risposta all'isolamento, allo stress e carico assistenziale in cui la famiglia e il *caregiver* si vengono a trovare. Per valutare la fattibilità, la validità e l'impatto di un approccio assistenziale di questo tipo la Federazione Alzheimer Italia e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri hanno realizzato il Progetto Collaborativo CARER. Tra i familiari che hanno contattato la Federazione Alzheimer Italia sono stati selezionati 69 che, da una intervista strutturata, sono risultati assistere a domicilio un malato affetto da demenza, con DCU di una certa gravità (almeno un disturbo con punteggio ≥ 2 alla terza parte della scala di Intervista sui Comportamenti Spontanei-ICS). Ogni famiglia è stata randomizzata a ricevere o l'intervento strutturato (gruppo A) o a ricevere le informazioni che abitualmente la Federazione Alzheimer Italia garantisce (gruppo di controllo B). Le famiglie incluse nello studio sono state seguite per 1 anno con rivalutazioni a 6 e 12 mesi. Il risultato più importante e statisticamente significativo riguarda la riduzione dei disturbi comportamentali nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, del tempo dedicato alla cura del malato (in grado minore) e, sebbene non statisticamente significativo, sulla riduzione dello stress dei *caregiver*. Il principale determinante dell'istituzionalizzazione è risultato il grado di stress del *caregiver*. Questi risultati sono in accordo con altri studi in cui problemi comportamentali, sintomi psicotici e tempo dedicato alla cura sono predittivi di stress. Il numero di famiglie, limitato a causa dei rigorosi criteri di inclusione, la durata dello studio e l'effetto "soffitto" causato dalla gravità dei malati possono avere diminuito l'efficacia dell'intervento che è ciononostante positivo. Tra i risultati più importanti ci sono il sostanziale contributo alla conoscenza del profilo del *caregiver*, dei punti critici dell'assistenza quotidiana e del grado di stress che ciò comporta, informazioni fondamentali per programmare su una base razionale interventi mirati.

RIABILITAZIONE COGNITIVA NEL *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Novello Maria Cristina (a), Pollero Valeria (b), Cammarata Sergio (a)
(a) *Ambulatorio Neurologia, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova*
(b) *Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università degli Studi, Genova*

Introduzione. Esiste una fascia di pazienti che presenta un disturbo cognitivo lieve e tale da non interferire nelle attività della vita quotidiana, definito come *Mild Cognitive Impairment* (MCI), termine ampio che comprende diversi pattern di compromissione cognitiva: amnesico (a-MCI), a dominio singolo non amnesico (snmMCI) e a dominio multiplo (mdMCI). Pensiamo quindi che sia importante rivolgere ai pazienti affetti da MCI un intervento riabilitativo per ridurre la possibilità di conversione in AD, essendo questa una popolazione ad altro rischio di viraggio.

Metodi. L'intervento riabilitativo si avvale delle seguenti tecniche:

- utilizzo di un software informatico (*Rehacom*);
- incontri riabilitativi di gruppo per la rielaborazione e acquisizione di strategie cognitive e metacognitive;
- coinvolgimento attivo del familiare.

Viene proposto o un ciclo di sedute di gruppo a cadenza settimanale di 120 minuti circa per dieci settimane; oppure due sedute settimanali di *training* computerizzato della durata di 45 minuti ciascuna, per un periodo analogo. Questi gruppi sono stati confrontati con un gruppo di controllo, non sottoposto a nessun tipo di *training*. Per valutare l'efficacia dell'intervento i partecipanti ai percorsi riabilitativi, sono stati sottoposti ad una batteria di test neuropsicologici tarati e standardizzati. Tale valutazione è stata effettuata in fase iniziale (T₀), finale (T₁) e a distanza di sei mesi (T₂) dall'intervento. Il gruppo di controllo è stato testato solo nelle fasi T₀ e T₂.

Risultati. Nel gruppo di controllo si è osservata l'evoluzione in AD di 2 soggetti su 10, nel gruppo con intervento computerizzato è evoluto un solo soggetto; attualmente non vi sono state evoluzioni nel campione sottoposto all'intervento di gruppo. Si è osservato un generale e significativo incremento delle funzioni mnestiche e attentive nel gruppo sperimentale; non è stata invece osservata alcuna variazione significativa nelle funzioni di tipo prassico-costruttive.

Conclusioni. Il risultato favorevole ottenuto in questa prima fase indica l'efficacia di questo tipo di approccio. Ci proponiamo di effettuare una terza tipologia di intervento in cui alle sedute al computer si associno gli incontri di gruppo.

SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE: PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI UN MODELLO GESTIONALE INTEGRATO

Nucetelli Francesco (a), Di Donato Fiore (b), Antonucci Manuela (b), Ferretti Sandra (c)

(a) *Unità Operativa Semplice, Centro Salute Mentale, ASL Ortona, Chieti*

(b) *Centro Salute Mentale, ASL Ortona, Chieti*

(c) *Distretto Sanitario di Base, ASL Ortona, Chieti*

La positiva esperienza di lavoro in team tra il Distretto Sanitario di Base e Centro Salute Mentale di Ortona, già consolidata nella gestione del progetto CRONOS e le crescenti esigenze assistenziali riferite a soggetti anziani con patologia involutiva cerebrale e disturbi psico-comportamentali, cause spesso di istituzionalizzazione e di un elevato e gravoso carico per le famiglie interessate, hanno portato ad ipotizzare e quindi ad attivare una struttura ambulatoriale di Psicogeriatría rivolta all'utenza distrettuale. La validità dell'iniziativa in risposta a bisogni emergenti oggetto attualmente di attenzione anche da parte degli organismi regionali (Linee Guida per la predisposizione degli Atti Aziendali) e la conseguente volontà della Direzione Generale di prevederne l'inclusione nel Piano Strategico Triennio 2006-2008, hanno reso necessaria una revisione progettuale dell'intero processo secondo i criteri della *Clinical Governance*.

Verrà descritto il modello organizzativo e le fasi di gestione del processo, i risultati della attività assicurata dall'Ambulatorio Psicogeriatrico, regolarmente monitorata da un sistema informatico già in dotazione presso il Centro Salute Mentale di Ortona, appositamente strutturato per la registrazione quotidiana e successiva elaborazione delle prestazioni erogate dai singoli componenti dell'équipe, consentendo altresì un'analisi delle caratteristiche cliniche (gruppi diagnostici) e socio-demografiche dell'utenza assistita quali l'appartenenza al comprensorio di riferimento, il sesso, lo stato civile e la scolarità, l'età e quindi della frequenza di accesso all'ambulatorio.

I dati di attività riferiti all'ultimo triennio hanno evidenziato il crescente interesse nei confronti dell'iniziativa da parte degli anziani beneficiari del servizio e delle loro famiglie, come testimoniato anche dalla frequenza di contatto registrata per ogni singolo assistito a conferma dell'affidabilità recepita.

L'esperienza finora maturata ha confermato, la validità del progetto nei suoi aspetti organizzativi e gestionali, quale esempio a livello regionale di servizio territoriale integrato diretto specificatamente all'anziano con patologia psichiatrica ed involutiva cerebrale.

Sul piano prestazionale specifico l'approccio multidimensionale alle problematiche in esame ha consentito altresì un miglioramento dell'iter diagnostico e terapeutico.

L'attenzione inoltre rivolta dall'équipe alla rete familiare di riferimento ha determinato in risposta un maggior coinvolgimento e partecipazione delle stesse famiglie nella gestione del processo assistenziale.

SOGGETTI INTERESSATI. CONSENSO INFORMATO PER L'ALZHEIMER: SOLUZIONI POSSIBILI

Numerico Paolo, Fiandra Alessia, De Bernardinis Susanna, Bartorelli Luisa
Associazione Nazionale Alzheimer Uniti Onlus

Introduzione. Il problema del consenso e del consenso informato va allargandosi nella nostra società, al pari passo dello sviluppo della tecnologia, con aspetti di contraddizione e di ambiguità. La nuova possibilità di una comunicazione sempre più invasiva assieme all'antica capacità di sottomettere chi non abbia strumenti adeguati per tenere il passo di fronte al cambiamento e all'innovazione creano pericoli alla libertà personale, alla dignità e perfino alla sicurezza dell'individuo.

Soluzioni prospettate per le persone affette da demenza. In questo campo è particolarmente impegnativo stabilire fino a quando il malato stesso può decidere della sua vita e chi può sostituirsi a lui nel momento di una sua incapacità. Fino a pochi anni fa gli unici strumenti legali erano l'inabilità e l'interdizione, che cancellano la personalità di chi le subisce. Per quanto riguarda la nostra associazione, dal 1998 al 2005 le 3.240 schede informative raccolte mostrano un aumento delle richieste di natura legale, che arrivano al 23% dei motivi delle chiamate al Telefono "A". Dal 2005 la costituzione di "Alzheimer oggi", *call center* del Comune di Roma, gestito appunto dalle due associazioni romane, ma soprattutto la messa in atto della Legge n. 6 del 2004, che istituisce la nuova figura giuridica dell'amministratore di sostegno, hanno ulteriormente incrementato tale richiesta, aprendo nuove prospettive alle problematiche legali, con maggiore salvaguardia della persona affetta da demenza e della sua dignità. Infatti, anche su stimolo della nostra Associazione, portavoce di tante famiglie in difficoltà, che hanno richiesto assistenza legale al nostro avvocato De Bernardinis, professionista estremamente impegnata sull'argomento, il Comune di Roma ha istituito un registro di amministratori di sostegno. La parola "amministratore" richiama i motivi finanziari del problema, ma la parola sostegno mitiga questo aspetto, evocando una relazione affettiva d'aiuto. Al registro si accede tramite un corso di formazione interattivo, al quale hanno partecipato alcuni nostri soci, familiari e volontari, portando anche le loro esperienze. In particolare, dal 2006 sono stati organizzati due corsi, che hanno registrato 70 iscritti, con 80 casi presi in carico, dei quali oltre la metà con deficit cognitivo.

Soggetti interessati. La persona affetta da demenza, nei suoi risvolti terapeutici, farmacologici e non, è un caso limite per quel che riguarda il diritto a sapere e a decidere per sé. Il "soggetto" in questione non è soltanto il malato, ma anche chi gli sta accanto, colui che ne prende cura formalmente o informalmente, legalmente o "per caso". Il caso qui, naturalmente, è solo un modo di esprimere come a volte alcune persone di buona volontà, davanti a certe situazioni di degrado e solitudine, se ne fanno carico, rischiando spesso di "bruciarsi", pagando di persona.

Discussione. In letteratura il decorso di malattia viene frammentato in fasi descritte schematicamente e/o minuziosamente da illustri studiosi. Ma tali stadiazioni, assolutamente necessarie per una nosografia, vengono spesso criticate da osservatori esperti nel campo, e in particolare anche dai familiari divenuti esperti, in quanto non tengono conto delle

fluttuazioni presenti nell'*insight* del malato e dei suoi aspetti più intimamente affettivi, che influiscono grandemente sulla cognitività. In effetti la definizione di un *cut off*, al di sotto del quale la persona non è più in grado di prendere decisioni adeguate, è estremamente difficile. Lo testimonia l'uso non del tutto congruo del MMSE nel determinare la sospensione di terapia! È chiaro come sia necessaria una valutazione cognitiva e comportamentale accurata, ma è importante considerare altri aspetti, come, ad esempio, la paura del malato stesso davanti ai suoi deficit ed ai suoi atti incongrui: "Ho paura di dire parole sconvenienti" diceva una malata alla figlia, nostra socia. Con l'avvento delle badanti, come testimoniato dai dati emergenti a tutti i livelli, fino a che punto deve sospingersi l'insistenza del familiare nel mettere accanto al malato riluttante una persona sconosciuta? Molto dipende dalla conoscenza della storia personale di ognuno e del suo carattere. E nel caso limite della fase terminale, chi decide il confine tra cure palliative di sostegno al benessere ed accanimento terapeutico? Anche l'*insight* del *caregiver* risulta importante. Un *caregiver* consapevole ed "educato" a cogliere i desideri del proprio malato può essere un buon "amministratore" delle sue istanze. Non è a caso che, il giudice tutelare nomina spesso uno dei familiari che coincide con il *caregiver*, come amministratore di sostegno, vista anche la situazione affettiva di fronte alla quale si trova.

EFFICACIA A LUNGO TERMINE DEGLI ANTICOLINESTERASICI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Paci Cristina, Sessa Laura, Gobbato Roberto, Carboni Terenzio, Sanguigni Sandro, Coccia Giuseppina, Curatola Luigi

Unità Operativa di Neurologia, San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno

Introduzione. Gli inibitori dei farmaci anticolinesterasici sono raccomandati per il trattamento sintomatico a breve termine della Malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato. Recentemente in letteratura sono riportati dati discordanti di tali molecole nel determinare efficacia clinica. Scopo del nostro studio è stato quello di verificare l'efficacia a lungo termine del donepezil, rivastigmina e galantamina su pazienti affetti da Malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato così come previsto dal progetto CRONOS.

Metodi. Abbiamo preso in considerazione il *Mini-Mental State Examination* (MMSE) di 300 pazienti affetti da Malattia di Alzheimer dalla visita basale, ogni anno e fino a 5 anni. Abbiamo calcolato la percentuale dei pazienti usciti dal progetto per effetti collaterali, per peggioramento del quadro cognitivo e per decessi. La metodica statistica è stata condotta utilizzando il t test di Student e il test di Wilcoxon.

Risultati. Il punteggio medio del MMSE alla visita di base era di 20,84. Nei successivi cinque anni il punteggio medio variava ogni anno nel seguente modo: 20,04 (1° anno), 21,23 (2° anno), 17,66 (3° anno), 17,60 (4° anno), 15,50 (5° anno). Nel corso dei 5 anni 30 pazienti sono usciti dal CRONOS per la comparsa di effetti collaterali delle molecole; 50 pazienti sono usciti per peggioramento del quadro clinico. Durante lo studio si sono avuti 10 decessi non attribuibili alla terapia.

Conclusioni. I nostri dati confermano l'efficacia clinica a lungo termine dei farmaci anticolinesterasici nei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato. La maggiore stabilità del quadro cognitivo si registra nei primi due anni di terapia mentre nella seconda parte del tempo studiato si è assistito ad un peggioramento del punteggio MMSE comunque statisticamente significativo rispetto all'andamento della malattia senza trattamento.

IL PROBLEMA DEL CONSENSO INFORMATO NELLA PRATICA CLINICA E NELLA SPERIMENTAZIONE CON SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA

Petrini Carlo

Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il consenso informato è unanimemente riconosciuto come requisito irrinunciabile, salvo rari ed eccezionali casi, nella pratica clinica e nella sperimentazione biomedica. In questo senso si esprimono tutti i codici, trattati, dichiarazioni, convenzioni di bioetica dell'epoca moderna. Il Codice di Norimberga, considerato un capostipite di molti tra tali documenti, escludeva la possibilità di sperimentazioni con soggetti incapaci di esprimere il consenso. Documenti emanati successivamente non escludono la possibilità che soggetti incapaci di esprimere il consenso siano inclusi in sperimentazioni cliniche, purché siano rispettate alcune condizioni. L'esclusione, motivata da una giusta volontà di non esporre a rischi soggetti "vulnerabili", infatti, comporta anche l'esclusione da eventuali benefici e può compromettere la possibilità di acquisire nuove conoscenze utili specificamente per tali categorie. Le condizioni indispensabili per potere effettuare una sperimentazione con soggetti che non hanno possibilità, per incapacità fisica o legale, di esprimere il consenso, richiedono in particolare che: ci si attenda un beneficio diretto per il soggetto; la ricerca sia realmente necessaria per i soggetti che vi partecipano; i rischi siano proporzionati rispetto ai benefici attesi; non vi siano alternative meno rischiose; non sia possibile raggiungere i medesimi risultati coinvolgendo soggetti capaci di esprimere il consenso; il legale rappresentante esprima un valido consenso. La prima delle condizioni elencate è particolarmente importante: l'acquisizione di conoscenze che gioveranno ad altri pazienti affetti dalla stessa malattia è un obiettivo importante, ma deve essere conseguente al beneficio diretto per il soggetto, che deve essere l'obiettivo primario.

Sia nel caso della sperimentazione, come nel caso della pratica clinica, si pone il problema di stabilire se il soggetto sia in grado di esprimere un valido consenso. È questo un problema spesso sottovalutato o addirittura eluso. *L'American Psychiatric Association* suggerisce di valutare quattro parametri per stabilire se un soggetto sia in grado di esprimere un consenso, valido, autonomo e consapevole: capacità di manifestare una scelta; capacità di comprendere le informazioni relative al consenso; capacità di dare un giusto peso alla situazione ed alle sue possibili conseguenze; capacità di utilizzare razionalmente le informazioni. La misurazione di tali capacità è importante perché non necessariamente i soggetti per i quali è stato accertato un deficit cognitivo sono incapaci di esprimere il consenso. Occorre pertanto in primo luogo accertare mediante opportuni strumenti, come ad esempio il *MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research* (MacCAT), quale sia la performance cognitiva dei soggetti. I soggetti con un punteggio inferiore ad una soglia stabilita potranno essere inclusi nella sperimentazione soltanto se vi è il consenso di un rappresentante legale o di un amministratore di sostegno. I soggetti con punteggio superiore potranno invece essere sottoposti ad ulteriori test per accertare se posseggano le

quattro “capacità” sopra citate. Una possibilità, tra le varie alternative disponibili, consiste nell’effettuare i seguenti test: fluenza verbale semantica e fonemica, *Trial Making Test*, subtest di memoria logica immediata e differita della *Wechsler Memory Scale* (WMS). I soggetti che non rientrano in una predeterminata soglia potranno essere trattati soltanto in presenza di consenso espresso dal legale rappresentante dall’amministratore di sostegno, mentre per gli altri si potrà considerare valido il consenso espresso personalmente.

Sotto i profili giuridico e deontologico acquistano pertanto rilievo due strumenti giuridici: l’amministratore di sostegno e le direttive anticipate.

Il primo è stato introdotto con la Legge 9 gennaio 2004. L’amministratore di sostegno può essere nominato, con una procedura semplice, per tutti coloro che a causa di un’infermità, una menomazione fisica o psichica, si trovano nell’impossibilità totale o parziale, temporanea o definitiva, di provvedere ai propri interessi o bisogni. L’amministratore di sostegno riceve un mandato per aspetti specifici e circoscritti, come, ad esempio, i trattamenti sanitari.

Le direttive anticipate sono oggetto di controversie per quanto riguarda i trattamenti di fine vita. Nei casi che non riguardano tali circostanze, come è per le situazioni qui discusse, esse sono riconosciute come uno strumento valido per effettuare interventi su soggetti che abbiano legittimamente espresso la loro volontà prima di subire un deterioramento delle facoltà cognitive tale da offuscare la capacità di esprimere un valido consenso. In questo senso si sono espresse concordemente istituzioni nazionali, come la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO) ed il Consiglio d’Europa.

VERSIONE ITALIANA DELL'ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION REVISED NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA DEMENZA DI ALZHEIMER E DEMENZA FRONTOTEMPORALE

Pigliautile Martina (a), Ricci Monica (a), Ercolani Sara (a), Costanzi Emanuela (a), Serafini Valentina (a), Mioshi Eneida (b), Hodges John (b), Senin Umberto (a), Mecocci Patrizia (a)
(a) *Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi, Perugia*
(b) *Cognition and Brain Unit Medical Research Council, Cambridge, United Kingdom*

Introduzione. Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) è un test costruito per identificare i primi stadi di demenza e per discriminare tra diversi tipi di demenza; tradotto e validato in diverse lingue, recentemente, la versione originale è stata revisionata (ACE-R). Il test (con punteggio massimo 100) include il MMSE e valuta 5 diversi domini cognitivi: attenzione/orientamento, memoria, fluenza verbale, linguaggio e abilità visuo-spaziali. Il nostro gruppo sta curando la validazione in italiano (IT-ACE-R).

Metodi. Nel presente studio IT-ACE-R è stata somministrata a 47 soggetti cognitivamente integri (C), 31 pazienti affetti da Demenza di Alzheimer (AD), 8 pazienti affetti da Demenza Frontotemporale (FTD) e 10 pazienti con Demenza Vascolare (VAD). Tutti i pazienti erano affetti da demenza di grado lieve ($CDR \leq 1$) e non differivano per età e scolarità.

Risultati. IT-ACE-R, adottando un *cut-off* di 66, discrimina tra pazienti con demenza e gli integri con sensibilità del 79% e specificità del 98%. L'area sotto la curva ROC è pari a 0,96. Nel confronto tra gruppi (ANOVA, Bonferroni *post hoc* analisi) emerge che i C differiscono da ciascuno dei gruppi patologici ($p < 0,0001$) nel punteggio totale dell'IT-ACE-R, che gli AD e i FTD differiscono nel subtest orientamento/attenzione ($p < 0,001$) e nel subtest visuospatiale. Inoltre, calcolando il rapporto VLOM (fluenza verbale+linguaggio)/ (orientamento+memoria), altamente discriminante nella versione inglese, abbiamo ottenuto una differenza significativa tra AD e FTD. Da ulteriore analisi con curve ROC, emerge che $VLOM < 1$ è suggestivo di demenza FTD con sensibilità del 47% e specificità del 87%, mentre $VLOM > 1$ è suggestivo di demenza AD con sensibilità del 53% e specificità del 73%. Prevediamo di aumentare la sensibilità e la specificità ampliando il numero dei casi per gruppo.

Conclusioni. IT-ACE-R sembra essere un buon test di *screening* molto utile anche nella diagnosi differenziale tra FTD e AD nelle fasi iniziali di malattia.

REVISIONE SISTEMATICA SULL'USO DEGLI INIBITORI DELLE COLINESTERASI NEL *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Raschetti Roberto (a), Albanese Emiliano (b), Vanacore Nicola (a), Maggini Marina (a)
(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(b) *Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College, London, United Kingdom*

Introduzione. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è la più recente categoria nosologica che la comunità scientifica ha tentato di definire, a partire dagli anni '60, per caratterizzare la presenza di un deficit cognitivo in soggetti con età avanzata. La finalità è quella di poter identificare una fase di transizione dall'invecchiamento fisiologico a quello patologico che potesse essere utile alla comprensione della fase precoce della storia naturale delle demenze. Negli ultimi anni, nonostante l'incertezza nel definire il MCI come una entità clinica, sono stati condotti alcuni Randomized Clinical Trial (RCT) nel tentativo di valutare il ruolo degli inibitori delle colinesterasi (IAchs) nel prevenire la progressione da MCI a demenza. L'obiettivo di questa revisione sistematica è quello di valutare gli effetti del trattamento con IAchs nel ritardare la conversione da MCI a demenza.

Metodi. È stata eseguita una ricerca sistematica dei termini "donepezil", "rivastigmine", "galantamine" e *Mild Cognitive Impairment* e loro varianti in quattro data-base elettronici (*Medline, Embase, Cochrane, PsycInfo*) e in tre registri (*the Cochrane Collaboration Trial Register, the Current Controlled Trials, and Clinicaltrials.gov.*). Sono stati identificati RCT pubblicati e non pubblicati in lingua inglese. Un *form* strutturato è stato utilizzato per l'estrazione dei dati. La qualità degli studi è stata valutata tramite la *Jadad scale*.

Risultati. In accordo ai criteri di inclusione e di esclusione sono stati identificati tre studi pubblicati e cinque non pubblicati (3 con il donepezil, 2 con la rivastigmine e 3 con la galantamina). I criteri di arruolamento dei soggetti con MCI differiscono tra questi *trial* documentando una popolazione complessiva non omogenea. La durata delle sperimentazioni è compresa tra 24 settimane e 3 anni. Non emergono differenze statisticamente significative tra il gruppo dei trattati e quello del placebo nella probabilità di conversione dal MCI a Demenza di Alzheimer o demenza. Differenze statisticamente significative emergono per 3 *endpoint* secondari. Comunque quando questi dati vengono corretti per le comparazioni multiple solo un *endpoint*, quale il tasso di atrofia dell'encefalo, conserva una differenza statisticamente significativa tra i gruppi.

Conclusioni. L'uso degli IAchs non influenza l'insorgenza della Demenza di *Alzheimer's disease* o della demenza in soggetti con MCI. Inoltre i dati disponibili fanno ritenere che il profilo di sicurezza di questi farmaci nel MCI non è trascurabile. L'incertezza nel considerare il MCI come una entità clinica pone la questione sulla validità scientifica di queste sperimentazioni.

RIGIDITÀ ARTERIOSA PREDICE IL DECADIMENTO COGNITIVO NELL'ANZIANO INDIPENDENTEMENTE DAL QUADRO NEURORADIOLOGICO E DAI FATTORI TRADIZIONALI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Scuteri Angelo (a), Brancati Anna Maria (a), Gianni Walter (a), Assisi Antonio (a), Volpe Massimo (b)

(a) *Unità Operativa di Geriatria, Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, Roma*

(b) *Cattedra di Cardiologia, Università degli Studi Sapienza, Roma*

Introduzione. Il decadimento cognitivo costituisce uno dei principali problemi della popolazione anziana con notevole impatto sulla disabilità. Tradizionalmente si distingue una demenza su base neurodegenerativa, tipo Alzheimer (AD), ed una su base vascolare (VaD). L'ipotesi del presente studio è: che la rigidità arteriosa, valutata come velocità dell'onda di polso (PWV), risulta ugualmente aumentata nei soggetti con AD come in quelli con VaD (studio trasversale); che la PWV si associa al deterioramento cognitivo dell'anziano, indipendentemente dai tradizionali fattori di rischio CV (studio longitudinale).

Metodi. Studio trasversale: 50 pazienti anziani che lamentavano "disturbi della memoria" (età media 78 ± 5 anni, 33 femmine e 17 maschi); studio longitudinale: 102 anziani (età media 79 ± 6 anni, range 64-90; 31 maschi, 71 femmine) che riferivano disturbi della memoria rivalutati dopo una mediana di *follow-up* di 12 mesi. I tradizionali fattori di rischio CV venivano misurati. La funzione cognitiva globale veniva misurata mediante *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (punteggio massimo=30). Una TAC cerebrale veniva eseguita per valutare la presenza di danno microvascolare (VaD) e/o di atrofia corticale (AD). I soggetti con precedente ictus o con fibrillazione atriale venivano esclusi. Dopo un *follow-up* mediano di 12 mesi (massimo 32 mesi) il MMSE veniva misurato nuovamente. L'analisi di regressione lineare multipla veniva condotta, includendo età, sesso, scolarità, tradizionali fattori di rischio CV, creatinina, quadro neuroradiologico; PWV come covariate nello studio trasversale; il MMSE basale veniva aggiunto nello studio longitudinale.

Risultati. Studio trasversale: 3 pazienti presentavano un quadro neuroradiologico normale (C), 15 AD e 23 VaD. Tramite ANOVA, non venivano riscontrate significative differenze in età, scolarità, nei livelli dei tradizionali fattori di rischio CV, prevalenza di malattie vascolari nei tre gruppi di anziani (C, AD, VaD). Valori di PWV nel terzile più elevato erano più frequenti nei pazienti con segni radiologici di AD piuttosto che nei C o nei VaD (*chiquadro*=10,5, $p<0,05$). Studio longitudinale: il MMSE di base era $22,9\pm 5,5$; 61% erano ipertesi, 26,8% diabetici, 9,4% fumatori, 10,5% assumevano statine, 21,1% nitrati. La PWV media era $13,5\pm 2,2$ m/sec. Dopo una mediana di *follow-up* di 12 mesi, il declino medio del MMSE era di 2,9 punti per anno o del 12,1% per anno. Modelli di regressione multipla mostravano che la PWV era un significativo fattore predittivo di declino cognitivo (Model $R^2=0,50$), da sola spiegando il 15,2% della varianza totale (per un incremento nei valori di PWV di 1 m/sec di PWV era atteso in media un declino di 0,74 punti di MMSE per anno, $p<0,001$).

Conclusioni. La rigidità arteriosa (PWV) risulta aumentata negli anziani con AD e risulta un potente fattore predittivo di declino cognitivo, indipendente da età, sesso, scolarità e fattori tradizionali di rischio CV. Studi futuri chiariranno se concentrarsi sui soggetti con elevata rigidità arteriosa risulta una strategia efficace nella prevenzione della demenza.

GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON DEMENZA

Spatin Patrizia

AIMA, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer

L'AIMA nell'agosto 2006, ha iniziato un'indagine approfondita sulle UVA che ha condotto, in un anno, a una mappatura completa della rete. Le prime valutazioni presentate nel settembre 2006 sono state prodotte analizzando le UVA di tre Regioni italiane (Lombardia, Toscana e Sicilia). Sono stati messi in luce i seguenti punti critici:

- distribuzione inadeguata sul territorio, soprattutto nel sud;
- la maggioranza degli staff non prevede multiprofessionalità al suo interno;
- la risposta fornita dalla maggioranza degli staff è esclusivamente medica;
- le ore di servizio delle UVA non sono adeguate ai bisogni del bacino di utenza;
- forte diversità dei criteri per l'esclusione, e quindi per l'ammissione al trattamento, non solo tra nord e sud ma anche tra UVA e UVA della stessa regione.

Le valutazioni conseguenti sono state:

- abbiamo analizzato le UVA perché sono l'"unica" rete esistente per i malati di A;
- sulle UVA si concentrano tutte le richieste e le attese dei pazienti;
- i cittadini hanno sensazioni di inadeguatezza perché trovano soltanto risposte sanitarie;
- gli operatori, soprattutto medici, offrono il massimo, nelle possibilità del loro servizio ma portano il peso di una domanda eccessiva;
- la maggioranza delle UVA esiste e funziona solo grazie alla determinazione e all'impegno dei suoi operatori;
- poche UVA sono oggetto di investimenti da parte delle ASL;
- grande disomogeneità dei criteri di ammissione al trattamento;
- assenza di criteri di valutazione, di appropriatezza, di efficacia ed efficienza dei servizi;
- presa in carico: le UVA operano nel quadro di un sistema che non garantisce la presa in carico e sull'UVA, unico presidio, pesa la responsabilità del totale percorso del paziente;
- solo rafforzando il sistema delle UVA si riuscirà a costruire la rete integrata.

Nel corso del convegno verranno presentati i dati relativi alle altre regioni italiane.

UN VIOLINO NELLE MANI DEL MALATO DI ALZHEIMER: UNA SFIDA E UNA POSSIBILITÀ

Tognetti Alessandra (a), Ragni Silvia (b), Bernard Cristina (b), Colangeli Valeria (b), Fiandra Alessia (b), Massei Mauro (b), Matteelli Renata (b), Nagasawa Machiko (b), Bartorelli Luisa (b)

(a) *Unità Operativa Complessa di Geriatria, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma C, Roma*

(b) *Centro Diurno Alzheimer Sacro Cuore, Roma*

Introduzione. La musicoterapia è parte integrante del trattamento non farmacologico del malato con demenza con una efficacia riconosciuta a livello clinico empirico, ma non ancora con sufficienti prove di evidenza da un punto di vista scientifico. Obiettivo di questa pre-sperimentazione, tuttora in corso, è di verificare se la musicoterapia, condotta con uno strumento insolito, il violino, e con una modalità non abituale, un percorso didattico semplice ma strutturato, possa favorire nel paziente con demenza di grado lieve-moderato l'acquisizione di nuove competenze. Obiettivi specifici sono: verificare il passaggio da una capacità musicale inconsapevole ad una competenza più specifica e un miglioramento della congruità delle risposte e delle capacità di coordinazione motoria. Il modello di riferimento, è quello della musicoterapia umanistica.

Metodi. Sono stati trattati attualmente 8 soggetti, selezionati all'interno di un Centro Diurno, con diagnosi di Demenza di Alzheimer probabile, di grado lieve-moderato, secondo i criteri del DSM IV. Elemento discriminante per l'inserimento, è stata la capacità di risposta e il livello di partecipazione alle attività del Centro. I pazienti, suddivisi in due gruppi, hanno partecipato a 16 incontri, bisettimanali, di 45 minuti, condotti da una musicoterapeuta e da una musicista professionista. Presenti stabilmente un osservatore (musicoterapista) e una operatrice per le riprese video; saltuariamente una fisioterapista. Sono stati somministrati strumenti di valutazione (MMSE, Tinetti, PPT, ecc.) alla *baseline* e al termine del trattamento e una scheda informativa delle esperienze e del vissuto nei confronti della musica, con una sezione pratica da utilizzare anche a fine esperienza. Una griglia, costruita per registrare le risposte dei pazienti agli esercizi, è stata utilizzata dall'osservatore ad ogni seduta. I familiari dei pazienti hanno monitorato alcune variabili, per rilevare eventuali ricadute ecologiche. L'intervento si è articolato in due fasi, una più generale e una pratica, con esercizi musicali di difficoltà crescente.

Conclusioni. I primi dati statistici, evidenziano una significatività in alcune prove (PPT, prova pratica musicale). In generale si osserva un cambiamento nella congruenza musicale, nelle verbalizzazioni e nell'integrazione del gesto. Molto positive, inoltre, le osservazioni dei familiari. Si sottolinea come la costituzione di un'*équipe* multiprofessionale rappresenta un requisito fondamentale per la realizzazione del progetto.

SUPPORTO PSICOLOGICO PER IL CAREGIVER: TERAPIA INTEGRANTE NEL TRATTAMENTO DELLE DEMENZE

Trebbastoni Alessandro (a), Tognetti Alessandra (b), Bernardi Silvia (a), Scaldaferrì Nicola (a), Purismi Bruna (a), Ausiello Arianna (c), Prencipe Massimiliano (a)

(a) *Dipartimento di Scienze Neurologiche, Neurologia B, Policlinico Umberto I, Università degli Studi Sapienza, Roma*

(b) *Unità Operativa Complessa di Geriatria, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma C, Roma*

(c) *Servizio Sociale, Policlinico Umberto I, Roma*

Introduzione. I disturbi comportamentali che insorgono nei pazienti affetti da demenza rappresentano il maggiore carico di stress per i *caregiver*. Spesso la visita ambulatoriale non costituisce una risposta esaustiva per i bisogni del paziente e della famiglia. Da qui l'idea di associare alla terapia medica un gruppo di supporto psico-educativo per il *caregiver*.

Metodi. Abbiamo organizzato 5 incontri (gennaio-luglio 2007) rivolti ai familiari di pazienti affetti da demenza seguiti presso la nostra Unità di Valutazione Alzheimer (UVA). Hanno partecipato: i medici dell'UVA, una psicologa, un'infermiera e un assistente sociale. È stato proposto, ad ogni incontro, un tema riguardante la gestione del paziente, discusso ed elaborato dai partecipanti con gli operatori presenti. Un osservatore silenzioso raccoglieva gli interventi ed i temi che venivano affrontati dal gruppo. È stato somministrato, ai partecipanti, un questionario per la raccolta dei dati anagrafici, sociodemografici e riguardanti il tipo di assistenza offerta al malato. Sono state somministrate scale di valutazione per la depressione (ZUNG SDS), l'ansia (STAI-Y) e lo stress (CBI) all'inizio ed al termine dei 5 incontri.

Risultati. I *caregiver* partecipanti sono soprattutto donne (68,8%) e assistono i pazienti da un minimo di 2 a un massimo di 10 anni (media 56 mesi), dalle 2 alle 15 ore al giorno (media 9 ore). Difficoltà e richieste espresse (indifferenza delle istituzioni, accettazione della malattia, senso di colpa, lunghi tempi per accedere ai servizi dell'assistenza sociale, il rispetto della dignità del malato, ecc.) cambiano a seconda del grado di parentela del *caregiver*. Abbiamo registrato un miglioramento dell'ansia, della depressione e dello stress nelle scale somministrate al termine dei 5 incontri. Non abbiamo riscontrato modificazioni del dosaggio di farmaci psicotropi nei pazienti assistiti dai *caregiver* partecipanti ai gruppi.

Conclusioni. Le nostre osservazioni, in accordo con i dati della letteratura, suggeriscono che il sostegno psico-educativo del *caregiver* rappresenta un aiuto nella gestione del malato riducendo il carico di stress, l'ansia e la depressione. Riteniamo che la partecipazione ai gruppi possa contribuire all'ottimizzazione delle scelte terapeutiche farmacologiche e non, anche modificando l'approccio degli stessi operatori.

RISPOSTE DI UN CENTRO UVA AI BISOGNI COMPLESSI NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER

Viale Daniela, Araujo Ares Yolanda, Malgarise Marta, Porceddu Caterina, Mereu Rosa Maria, Putzu Paolo Francesco

Centro Alzhemier, Ambulatorio per i Disturbi della Memoria, Presidio Ospedaliero SS. Trinità, Divisione di Geriatria ASL 8, Cagliari

Introduzione. La Demenza di Alzhemier è una malattia di cui oggi è ampiamente riconosciuto l'impatto sociale. Il Centro Alzhemier della Divisione di Geriatria del SS. Trinità di Cagliari dal 1999 impegnato nella presa incarico multidimensionale nella Demenza di Alzhemier, consapevole delle mutevoli e crescenti necessità che a tale patologia si accompagnano, ha sviluppato nel corso degli anni risposte multiple a bisogni complessi. In particolare si vuole descrivere le attività multidisciplinari che il Centro svolge.

Metodi. Descrizione delle attività attualmente attivate presso il Centro:

- Programma psicoeducazionale per familiari e *caregiver* di pazienti affetti da Demenza di Alzhemier o da altre forme di decadimento cognitivo. Ha durata trimestrale con cadenza settimanale il primo mese e quindicinale i restanti due, sono previsti 9 incontri più 1 *follow-up*. Il programma si articola in 3 incontri dedicati alla conoscenza delle malattie dell'invecchiamento con particolare enfasi alla Demenza di Alzhemier; 1 incontro dedicato agli aspetti legali ed etici; 4 incontri dedicati ad aspetti di formazione ed educazione alla gestione delle emozioni problematiche nella relazione di assistenza, al potenziamento della comunicazione con il paziente, abilità di *problem-solving*, gestione dei disturbi comportamentali nella demenza. Gli incontri sono fortemente caratterizzati dalla partecipazione condivisa e dall'interazione formativa. Al termine del programma viene consegnato un questionario di gradimento e soddisfazione con un'analisi dei cambiamenti percepiti rispetto alla situazione di *caregiving* iniziale.
- Corso base per badanti durata trimestrale, con frequenza di un incontro pomeridiano settimanale della durata di due ore, per un totale di 10 incontri (20 ore). Il corso si rivolge a persone di età superiore ai 18 anni, di cittadinanza italiana o straniera. Il programma del corso ha previsto diversi argomenti teorici-pratici, dei quali alcuni medico-clinici (la clinica delle demenze, i bisogni assistenziali nelle diverse fasi della demenza), altri più specificatamente assistenziali (elementi di primo soccorso, la cura della persona e dell'ambiente, l'ambiente protesico), altri ancora di supporto psico-educazionale (la gestione dei disturbi comportamentali, la comunicazione con l'anziano demente, tecniche di stimolazione cognitiva, occupazionale e sensoriale). Al termine degli incontri, viene somministrato un questionario di verifica di apprendimento necessario per conseguire l'attestato di partecipazione, ai partecipanti inoltre si richiede la compilazione di un breve "questionario di gradimento e valutazione", in forma anonima, rispetto al grado di soddisfazione complessivo, il livello di apprendimento ottenuto, la soddisfazione relativa ai relatori e all'organizzazione, le considerazioni libere personali sui punti di forza e di

debolezza del corso ed eventuali consigli di miglioramento. Le considerazioni libere sono state codificate in categorie descrittive.

- Gruppo di Auto-Mutuo Aiuto: è un'attività stabile che viene tenuta presso il Centro da 4 anni circa. L'iniziativa è nata da alcuni familiari che hanno partecipato ad un corso psico-educazionale i quali, al termine del programma, hanno espresso richiesta di poter continuare ad incontrarsi in forma autonoma con la supervisione di un facilitatore di Gruppo individuato in un operatore psicologo del Centro. Gli incontri mensili sono aperti, e vengono gestiti nello spirito dei Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto. Tutti i corsi ed i programmi attivati totalmente gratuiti per i partecipanti, sono stati organizzati utilizzando le risorse professionali interne della ASL di competenza.

Conclusioni. Dai dati dei questionari raccolti e dalle sempre maggiori richieste di informazione, assistenza e supporto ricevute dalle famiglie che frequentano il Centro Alzheimer, emerge sempre più chiaramente la complessità dei bisogni assistenziali. Questi sono molteplici ed articolati e riguardano: informazioni circa la diagnosi e la patologia; nozioni teorico-pratiche di assistenza di base ed avanzata dei pazienti; gestione della relazione con il paziente in presenza di BPSD; supporto psicologico a chi assiste; informazioni circa l'assistenza legale e la tutela del malato. Attraverso le diverse attività proposte si vuole contribuire a migliorare la qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti e di chi assiste, utilizzando le competenze specifiche di varie figure professionali (medici geriatri, psicologi, neurologi, infermieri professionali, ecc.) nell'ottica di un Centro Alzheimer che sappia dare risposte articolate a bisogni complessi.

INDICE DEGLI AUTORI

Albanese Emiliano	35	Dal Monte Alfredo	9; 10
Albanese Paolo	3	De Bernardinis Susanna	29
Amabile Amadio Giuseppe	22	De Stefano Gabriella	4
Amarù Salvatore	21	Di Donato Fiore	28
Amodio Piero	18	Di Franco Felicità	24
Andreani Sonia	20	Elia Antonietta	7
Antenucci Sara	19	Ercolani Sara	8; 11; 20; 23; 34
Antinucci Livio	13	Feliziani Filippo Tommaso	8; 11; 23
Antonucci Manuela	28	Ferretti Sandra	28
Araujo Ares Yolanda	41	Fiandra Alessia	29; 39
Assisi Antonio	36	Formilan Marino	3
Ausiello Arianna	40	Galeotti Francesca	12
Avanzini Sara	18	Gasparini Marina	13; 14
Baldassarre Luca	19	Gatta Angelo	18
Barisone Maria Giorgia	21	Gianni Walter	36
Barreca Francesca	5	Gianotti Marta	3
Bartorelli Luisa	29; 39	Giordano Marcello	15
Bernard Cristina	39	Gobbato Roberto	31
Bernardi Silvia	40	Gobbi Gianni	8
Borella Monica	17	Grassi Maria Pia	17
Boscolo Paola	3	Guerrini Claudia	9; 10
Brancati Anna Maria	36	Hodges John	34
Bruno Giuseppe	13; 14	Iannizzi Pamela	18
Busonera Flavio	3	Izzicupo Fabio	12; 19
Cammarata Sergio	27	Latino Valentino	21
Campese Anna	4	Lenzi Gian Luigi	13; 14
Canevelli Marco	13	Leonardi Silvana	22
Capobianco Giovanni	24	Leonardi Silvia	11; 20; 23
Caputo Miriam	23	Liscio Maria Rosaria	26
Carbone Gabriele	5	Lolli Valentina	10
Carboni Terenzio	31	Lucca Ugo	26
Casadei Valentina	9; 10	Luda Emilio	21
Cester Alberto	3	Maggini Marina	35
Chianese Melania	22	Maggio Dario	20
Ciervo Amedeo	22	Malgarise Marta	41
Clerici Francesca	7	Mancini Giovanni	5
Coccia Giuseppina	31	Mangialasche Francesca	11; 23
Colangeli Valeria	39	Mapelli Daniela	18
Cornacchiola Valeria	11; 23	Marianetti Massimo	22
Costanzi Emanuela	8; 34	Mariani Angela	20
Curatola Luigi	31	Mariani Claudio	7
Da Cas Roberto	7	Mariani Elena	8; 11; 20; 23

Masciarelli Giovanni.....	14	Ragni Silvia.....	39
Massei Mauro.....	39	Raichi Tommaso	11; 20; 23
Matteelli Renata	39	Raschetti Roberto.....	7; 12; 35
Mecocci Patrizia.....	8; 11; 20; 23; 34	Ricci Monica.....	8; 11; 34
Mereu Rosa Maria.....	41	Rinaldi Giuseppe.....	4
Metastasio Antonio	8; 23	Rinaldi Patrizia	8; 23
Micacchi Francesca	22	Riva Emma	26
Mina Concetta	22	Salati Emanuela	14
Mioshi Eneida	34	Salvi Veronica.....	5
Monini Patrizia.....	24	Salvini Porro Gabriella	26
Nagasawa Machiko	39	Salvitti Carla	5
Nanni Rachele	9; 10	Sanguigni Sandro	31
Nobili Alessandro.....	26	Scala Giovanni.....	24
Novello Maria Cristina.....	27	Scaldaferri Nicola.....	40
Nucetelli Francesco	28	Scuteri Angelo	36
Numerico Paolo.....	29	Senin Umberto	8; 11; 20; 23; 34
Oddo Gioacchino	15	Serafini Valentina	8; 34
Ottaviani Donatella	14	Sessa Laura	31
Pace Monica.....	20	Sinibaldi Luigi.....	5
Paci Cristina	31	Spadaro Letteria	13
Palmisano Daniela	21	Spatin Patrizia	38
Pauletti Giovanni.....	5	Spazzafumo Liana.....	8
Pelliccioli Gian Piero	8	Specchio Luigi Maria.....	4
Peresson Marco	22	Spila Alegiani Stefania	7
Perin Cecilia	17	Talarico Giuseppina	13; 14
Petrini Carlo	32	Tarducci Roberto	8
Petrucci Bianca.....	26	Terenzi Riccardo.....	22
Pietrella Alessio	22	Tessari Annalisa	3
Pigliatile Martina.....	8	Tettamanti Mauro	26
Pigliautile Martina.....	34	Tognetti Alessandra	24; 39; 40
Piras Maria Cristina.....	19	Trebbastoni Alessandro	40
Pollero Valeria	27	Ubaldi Fiorella	5
Pomati Simone	7	Ubezio Maria Chiara.....	3
Porceddu Caterina	41	Vanacore Nicola.....	5; 7; 12; 13; 14; 35
Prencipe Massimiliano.....	40	Viale Daniela	41
Purismi Bruna.....	40	Villani Daniele.....	3
Putzu Paolo Francesco	41	Vitrano Catania Teresa	15
Raduazzo Daniela.....	18	Volpe Massimo	36
Raglio Alfredo.....	3	Zito Michele.....	19

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

*Stampato da Litografia Chicca di Fausto Chicca
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, settembre 2007 (n. 3) 13° Suppl.