



World Alzheimer's Day
21 September

**Noi possiamo
fare la differenza**

Questo lo slogan delle Associazioni
Alzheimer di tutto il mondo
per la Giornata Mondiale Alzheimer 2005

SOMMARIO

2

Panorama dal mondo

4

Comunicare la diagnosi

6

L'esperienza di Guidonia

7

Dossier:
Il progetto Carer

11

Noi possiamo fare la differenza

12

La pet therapy

14

L'angolo del Legale

L'ALZHEIMER NELL'AGENDA DELLE REGIONI

La Federazione Alzheimer Italia ritiene che studio, ricerca e assistenza specifica rivestano un ruolo primario nella gestione delle demenze

La Federazione Alzheimer Italia chiede ai neo eletti presidenti delle varie regioni italiane di mettere in agenda il problema delle demenze in generale e della malattia di Alzheimer in particolare: per promuovere la ricerca, realizzare servizi di diagnosi e valutazione, istituire centri di "counseling" e sostegno per i familiari, organizzare l'assistenza domiciliare e sostenere le esperienze dei vari centri specializzati.

Il Piano Alzheimer 1996 della Regione Lombardia ha assicurato un'attenzione specifica non solo alla diagnosi e alla terapia, ma anche all'intervento di sostegno nelle fasi medio-gravi della malattia di Alzheimer, le più difficili per il malato e la famiglia e le più sguarnite di soluzioni terapeutiche efficaci.

Non si tratta di un problema di poco conto: la demenza riguarda il 5 per cento degli ultra65enni e di questi il 60 per cento ha la malattia di Alzheimer. In Italia oggi significa 500.000 persone (in realtà famiglie). La dinamica demografica e lo stato attuale della ricerca di base fanno prevedere per i prossimi anni ulteriori aumenti.

La demenza non è soltanto una malattia, ma anche un vero dramma personale e sociale che impone alla medicina e alla società una serie di problemi di difficile soluzione:

- È una malattia della persona e della sua rete familiare e sociale che comporta gravi danni psichici, fisici e sociali
- È una malattia che dura molto a lungo, in media un decennio
- È una malattia che muta e si aggrava col passare del tempo, imponendo di cambiare continuamente comportamenti e cure (dal punto di vista cognitivo, comportamentale e fisico)
- I farmaci disponibili hanno costituito un indubbio passo avanti, ma intervengono sui sintomi, non sulle cause della malattia.

La Federazione Alzheimer Italia ritiene che:

- È fondamentale sostenere la ricerca di base
- La diagnosi e la terapia attuale, se applicate correttamente, permettono di migliorare l'andamento della malattia di Alzheimer (in questo senso il ruolo delle UVA e del progetto Cronos è stato positivo, anche al di là dei suoi specifici obiettivi)
- I servizi medici e assistenziali non devono essere visti come "contenitori" dove mettere i malati, ma luoghi di cura che ne promuovano il benessere; devono essere specializzati per la cura delle demenze
- I Nuclei Alzheimer della Regione Lombardia hanno in questi anni fornito un modello utile non solo ai malati di Alzheimer, ma a tutta la rete dei servizi che si occupa delle persone anziane e non autosufficienti. Pur nella diversità delle esperienze, non tutte dello stesso livello, i Nuclei Alzheimer hanno prodotto attenzione e novità di soluzioni di "cura" per cui la Regione Lombardia è riconosciuta in ambito nazionale e internazionale. **CI**



EDITORIALE

La pubblicazione del progetto Carer, promosso dalla Federazione Alzheimer Italia e dal Laboratorio di Neuropsichiatria Geriatrica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, è un momento importante per noi e i nostri associati. Per due motivi.

Perché dimostra che un intervento strutturato di sostegno (incontri, visite e materiale informativo) alla famiglia riduce sia la frequenza di problemi del comportamento nel malato di Alzheimer sia il carico assistenziale. E perché in qualche modo ufficializza la missione e il lavoro della Federazione Alzheimer Italia. Infatti, la serietà e il rigore metodologici che caratterizzano lo studio sono gli stessi che da sempre ci sforziamo di adottare nel nostro

lavoro. Il Ministero della Salute, nell'ambito dei progetti finalizzati Alzheimer, ha finanziato l'ampliamento dello studio, in cui sono stati coinvolti altri centri: Istituto Geriatrico Golgi di Abbiategrasso, Istituto Geriatrico Pio Albergo Trivulzio di Milano, Memory Clinic di Mendrisio (Svizzera), Servizio Anziani ASL 3 di Milano, Cooperativa Il Melo di Gallarate. Obiettivo: pianificare l'intervento a sostegno della famiglia, coordinare i diversi operatori, verificare la fattibilità del progetto da parte di strutture, operatori, malati e famiglie e la possibilità di integrare operatori e servizi all'interno della struttura e sul territorio, valutare i costi.

In varie sedi e in diverse occasioni ho avuto modo di sostenere e denunciare che la

famiglia di un malato di Alzheimer non deve essere lasciata sola a gestire i numerosi problemi della vita di ogni giorno e a fronteggiare una malattia che attualmente si può trattare, ma non guarire. E che ha un percorso lungo anche fino a dieci anni. Invece, oggi in Italia otto famiglie su dieci si accollano tutti i costi dell'assistenza al paziente che viene curato a casa. Il dossier di questo numero del Notiziario propone una sintesi del lavoro originale.

Gabriella Salvini Porro
Presidente

PANORAMA DAL MONDO

Storica partnership globale tra malati e mondo della sanità

L'International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), che raggruppa associazioni di pazienti di tutte le nazionalità, ha stretto un'alleanza storica con le organizzazioni mondiali degli infermieri, i farmacisti e i medici: International Council of Nurses (ICN), International Pharmaceutical Federation (FIP) e World Medical Association (WMA). Obiettivo dell'iniziativa: collaborare per migliorare la qualità delle prestazioni e porre il paziente al centro delle cure.



Malattia mentale: la dichiarazione di Helsinki

La Conferenza ministeriale sulla salute mentale promossa dall'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e tenutasi a Helsinki, Finlandia, dal 12 al 15 gennaio 2005 riconosce che la promozione della salute mentale è una priorità dell'OMS, degli Stati membri, dell'Unione Europea e del Consiglio d'Europa.

La dichiarazione è in linea con precedenti risoluzioni approvate a livello europeo. Nel corso della riunione sono state delineate le priorità per i prossimi dieci anni con l'obiettivo di contrastare lo stigma e la discriminazione che ancora caratterizzano la malattia mentale e di sostenere i malati e le loro famiglie.



Capacità olfattiva e Alzheimer

L'olfatto potrebbe diventare un elemento predittivo della malattia di Alzheimer. È quanto suggerisce uno studio, condotto da Devangere Devanand della Columbia University, Usa, nel quale è stato utilizzato un test olfattivo basato su dieci fragranze (tra cui limone, lillà, chiodi di garofano e cuoio). Secondo la ricerca, finanziata dal National Institute on Aging, le persone con deterioramento cognitivo lieve che ottengono una bassa prestazione al test hanno una maggiore probabilità di sviluppare demenza nei cinque anni successivi rispetto a coloro che mantengono buone capacità olfattive.
<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4091677.stm>

Un lavoro impegnativo protegge dalla demenza

Un articolo pubblicato su "Nature News" a firma di Michael Hopkin mostra come carriere lavorative stimolanti possano proteggere dallo sviluppo di demenza. L'autore fa riferimento a un lavoro condotto da un gruppo guidato da Kathleen Smyth della Case Western Reserve University di Cleveland, Usa, e apparso su "Neurology" www.neurology.org/cgi/content/abstract/63/3/498. Secondo questo studio, condotto su 122 casi di Alzheimer e 235 soggetti di controllo, coloro che sviluppano demenza hanno maggiori probabilità di fare un lavoro che non stimola il cervello. Diverse le possibili spiegazioni per tali risultati: un'ipotesi suggerisce che i lavori più impegnativi per la mente abbiano una diretta influenza sulla neuropatologia dell'Alzheimer, forse creando una sorta di "riserva neuronale" nel cervello.



Fattore di crescita neuronale somministrato per inalazione

È frutto della ricerca italiana la sostanza candidata a diventare il primo farmaco salva-memoria capace di riparare i danni provocati dall'Alzheimer: si basa sul fattore di crescita delle cellule nervose (NGF) scoperto da Rita Levi Montalcini. L'uso terapeutico del NGF nella malattia di Alzheimer, tuttavia, è stato finora limitato dalla difficoltà di far arrivare il NGF all'interno del cervello, a causa dell'ostacolo rappresentato dalla barriera ematoencefalica. Uno studio condotto da Antonino Cattaneo della Sissa di Trieste e pubblicato su "Pnas", rivista dell'Accademia delle Scienze americana, dimostra nei topi la possibilità di somministrare l'NGF per inalazione, in modo che dal naso raggiunga direttamente il cervello. I ricercatori hanno osservato che la somministrazione intranasale di NGF migliora i deficit cognitivi in topi geneticamente modificati. Questo apre la prospettiva di poter utilizzare la proteina come farmaco, anche se ci vorranno almeno 2 anni per poter avviare uno studio clinico e valutarne, quindi, tollerabilità ed efficacia nell'uomo.



Demenza: il punto sui farmaci per i disturbi comportamentali

I disturbi comportamentali nella demenza sono molto frequenti e aggravano il carico assistenziale dei familiari. Gli interventi non farmacologici, in primo luogo l'educazione del caregiver, dovrebbero sempre precedere l'uso di terapie farmacologiche, che sono comunque ampiamente utilizzate nella gestione di questi disturbi.

In una recente revisione della letteratura sui farmaci per i disturbi del comportamento nella demenza pubblicata su "Jama" Sink e coll. analizzano l'efficacia e la sicurezza dei principali farmaci impiegati. Gli autori concludono che le terapie farmacologiche non sono particolarmente efficaci per la gestione dei disturbi del comportamento. Gli antipsicotici atipici risperidone e olanzapina hanno la migliore evidenza di efficacia, ma i risultati sono modesti e complicati da un aumento di rischio cerebrovascolare. Anche gli inibitori dell'acetilcolinesterasi evidenziano una certa efficacia, sia pur modesta, ma sarebbero necessari ulteriori studi. Gli autori suggeriscono un algoritmo, con la raccomandazione di rivedere almeno ogni sei mesi l'indicazione alla terapia per minimizzare gli effetti collaterali. ("Jama", 2005;293:596-608)



Alzheimer: parte dall'Italia l'alleanza mondiale per vincerlo

È nata a Milano l'Associazione per la ricerca sull'Alzheimer. Obiettivo: trovare in dieci anni una terapia capace di ritardare l'esordio della malattia. Presieduta dal farmacologo Flaminio Cattabeni dell'Università degli Studi di Milano, l'associazione lancia un appello al Ministero della Salute, alla Comunità Europea e a finanziatori privati al fine di promuovere studi sull'Alzheimer e diffondere una cultura che migliori la gestione del malato, oggi a carico della famiglia, attraverso la realizzazione di una rete che unisca ricercatori e associazioni impegnate nell'assistenza.



Demenza e perdita di peso: un meccanismo ancora da chiarire

Nei malati di Alzheimer è frequente osservare una perdita di peso, ma non è ancora chiaro quando il fenomeno inizi. Una risposta viene dall'Asia Aging Study che ha seguito per 32 anni 1.890 uomini di Honolulu: durante i primi 26 anni non si sono riscontrate differenze di peso tra i soggetti dementi e quelli sani, mentre negli ultimi sei anni la perdita di peso è stata significativamente maggiore nel gruppo con demenza. Una possibile ipotesi è la presenza di un'alterazione neurochimica cerebrale con conseguente perdita di appetito o malfunzionamento del metabolismo.

RACCOMANDAZIONI DEL NICE SUI FARMACI PER L'ALZHEIMER

Il National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannico, su richiesta del National Health Service (NHS), sta conducendo una valutazione su donepezil, rivastigmina, galantamina e memantina. Obiettivo: fornire linee guida per il loro uso nel Regno Unito. Ha scatenato polemiche la prima bozza resa pubblica dal Comitato di valutazione che attende commenti formali e sottolinea che le linee guida definitive al riguardo saranno emanate a luglio 2005.

Vaccino: un nuovo approccio

Ricercatori americani hanno sviluppato una nuova strategia di vaccinazione contro l'Alzheimer. La novità dell'approccio, per ora studiato nel topo transgenico, sta principalmente nel fatto che non viene impiegata beta-amiloide (proteina tossica tipica della malattia) quale agente immunizzante (come usato invece in precedenti sperimentazioni interrotte per ragioni di intollerabilità), bensì il gene che codifica per la beta-amiloide, sintetizzata chimicamente e introdotto direttamente all'interno delle cellule, le quali inizieranno a produrre la proteina. Il vantaggio sarebbe quello di evitare l'intolleranza grazie al fatto che, essendo beta-amiloide prodotta direttamente dall'organismo e non introdotta dall'esterno, sarà in grado di produrre anticorpi immunizzanti anti-beta-amiloide. I ricercatori stanno inoltre studiando se questo tipo di approccio porti ad una riduzione del carico di beta-amiloide nel cervello dei topi.



Memantina nella demenza

Il Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group ha compiuto una revisione degli studi sulla memantina. La memantina ha dimostrato di avere un effetto positivo sullo stato cognitivo, sull'umore, sul comportamento e sulla capacità di eseguire le attività giornaliere nei malati di Alzheimer di grado da moderato a grave. Secondo i revisori la memantina al dosaggio di 20 mg/die è in grado di produrre una riduzione significativa del deterioramento nell'arco di 28 settimane nei malati di Alzheimer di grado da moderato a grave. L'effetto della memantina nei malati di Alzheimer di grado lieve-moderato non è clinicamente evidente. Il farmaco è ben tollerato e l'incidenza di effetti indesiderati è bassa.



Chili di troppo cervello a rischio

Essere in soprappeso fa male ai neuroni. Lo suggerisce un ampio studio longitudinale condotto presso l'ospedale universitario di Goteborg, Svezia, e pubblicato su "Neurology". Analizzando un campione di popolazione formato da donne di mezza età, gli autori hanno rilevato l'esistenza di un'associazione significativa tra indice di massa corporea e segni di atrofia cerebrale, un marker di neurodegenerazione. L'associazione indicherebbe che l'obesità non solo è un noto fattore di rischio vascolare, ma aumenta anche le probabilità di andare incontro a demenza.



LA SOLIDARIETÀ DEI LIONS

I Lions Club Distretto Italia ha identificato come tema di studio nazionale per il 2005 la malattia di Alzheimer. In tale ambito ogni distretto regionale ha quest'anno in agenda eventi e manifestazioni. Obiettivo: favorire la conoscenza e lo scambio di situazioni personali, fornendo le cifre stimate della malattia e facendo emergere quanto essa condizioni la vita di chi ne è colpito e di chi assiste i propri cari. Fra le azioni programmate, la realizzazione di opuscoli, di Centri Lions di assistenza domiciliare e di consulenza per la tutela legale, finanziaria e della persona.

"Nostro intento è quello di capire quanto le istituzioni sanitarie e assistenziali fanno sul territorio per apprendere il livello attuale dell'assistenza e sensibilizzare l'opinione pubblica, secondo lo spirito del mondo Lionistico" ha affermato Filippo Portoghese, medico e Officer Distrettuale.

Approvata la +Dai-versi nel decreto competitività

È stata finalmente trasformata in legge la proposta formulata due anni fa dal Summit della Solidarietà, dal Forum del Terzo Settore e dal settimanale Vita e sostenuta e firmata da oltre 60.000 associazioni non-profit italiane. La legge per la defiscalizzazione rende le donazioni direttamente deducibili dal reddito, nel limite del 10 per cento dell'imponibile fino a un massimo di 70.000 euro. In questo modo non si pagano più imposte sulle donazioni effettuate e si incentiva la crescita delle erogazioni liberali all'intero non-profit italiano.



Allenamento fisico e mentale per prevenire l'Alzheimer

Due recenti studi pubblicati su "Neurology" evidenziano come l'attività fisica e le relazioni sociali riducono il rischio di sviluppare deterioramento cognitivo. Uno studio finlandese su 295 anziani seguiti per dieci anni dimostra che un'attività fisica di medio-bassa intensità è associata con un rischio diminuito da due a tre volte di sviluppare deterioramento cognitivo. Inoltre, secondo uno studio americano, che ha seguito circa 6 mila ultra65enni per un periodo medio di cinque anni, mantenere un buon numero di relazioni sociali riduce la percentuale di declino cognitivo del 40 per cento e mantenere un elevato livello di attività sociali del 90 per cento.



Due farmaci sembrano peggiorare la malattia

Uno studio, pubblicato sul "British Medical Journal", ha valutato l'efficacia di quetiapina, rivastigmina e placebo in 93 pazienti con malattia di Alzheimer severa e agitazione clinicamente significativa residenti in casa di riposo. I tre gruppi sono stati valutati a 6 settimane e dopo 2 anni. I risultati hanno dimostrato che né la quetiapina né la rivastigmina hanno migliorato significativamente l'agitazione rispetto al placebo. Inoltre, nei pazienti che assumevano quetiapina si è verificato un significativo peggioramento della cognitivtà rispetto ai pazienti che assumevano placebo. **ci**

COMUNICARE LA DIAGNOSI DI MALATTIA DI ALZHEIMER

Giovanni B. Frisoni
IRCCS San Giovanni di Dio FBF, Brescia

In Italia il tema complesso e controverso della comunicazione della diagnosi al malato non ha ancora ricevuto sufficiente considerazione. Per questo la Federazione Alzheimer Italia è da anni impegnata a portarlo all'attenzione generale. Ne ha trattato nel Notiziario (*vedi Notiziario n. 20*) e ha inoltre realizzato, in collaborazione con l'Associazione Goffredo de Banfield, l'edizione italiana del testo "Visione parziale: un diario dell'Alzheimer" (*vedi Notiziario n. 22 e 23*) curandone la mostra fotografica. **CI**

La maggior parte del dibattito sulla comunicazione della diagnosi ai pazienti affetti da malattia di Alzheimer (AD) è focalizzata su due posizioni opposte. Alcuni sostengono che, per rispettare l'autonomia e il diritto di sapere del paziente, l'approccio migliore sia la comunicazione franca della diagnosi. Questa posizione trova sostegno in alcuni dati secondo cui il 15-40 per cento dei pazienti ha sufficiente capacità per decidere se partecipare a studi farmacologici sperimentali e il 20 per cento è in grado di prendere anche decisioni più complesse. La posizione opposta sostiene la bontà dell'omissione della diagnosi per evitare che la conoscenza della verità possa esacerbare comportamenti maladattivi (ansia, depressione, reazioni catastrofiche, reazioni psicotiche). Tuttavia, menzogna e verità rappresentano solo le due possibilità estreme del processo di comunicazione della diagnosi (*figura 1*). Gli studi che hanno approfondito il processo di comunicazione della diagnosi ai pazienti affetti da cancro hanno dimostrato come la questione non sia se dire o non dire la verità al paziente, ma cosa e come comunicare, in funzione dei desideri espliciti e impliciti del paziente stesso.

La posizione dei pazienti

In uno studio condotto da Marzanski e coll. gli autori hanno investigato il desiderio di conoscere la propria diagnosi nei pazienti affetti da demenza. Il 70 per cento ha dichiarato, dopo esplicita richiesta, che avrebbero voluto conoscere le ragioni della loro perdita di memoria. Tuttavia, anche il desiderio esplicito dovrebbe essere letto alla luce dei comportamenti non verbali. In generale, i pazienti affetti da AD non chiedono spontaneamente la diagnosi. Nella pratica clinica, si osserva spesso che i pazienti pur essendo sottoposti a valutazioni cliniche neuropsicologiche di lunga durata, non chiedono alcuna informazione. Talvolta possono fare

domande circa il perché di tali esami, ma raramente pongono domande sui risultati. In alcuni casi questo disinteresse è genuino poiché il paziente non è consapevole dei propri fallimenti cognitivi e funzionali, ma in molti altri casi il disinteresse è accompagnato da comportamenti reattivi all'ansia conseguente alla consapevolezza, esplicita o implicita dei deficit. Molti pazienti minimizzano i loro fallimenti, usano un linguaggio vago e circostanziale per evitare la discussione e spesso cercano di offrire spiegazioni socialmente e personalmente più accettabili del proprio deficit. Altri, come emerso anche da precedenti studi, riportano sintomi somatici riferiti alla testa (vertigini, mal di testa, problemi alla vista), in assenza di una patologia che possa giustificarli. Altri ancora sviluppano un eccessivo attaccamento al caregiver che si manifesta con ansia e depressione quando questi si allontana. Molti invece dichiarano di essere ancora in grado di guidare perfettamente, mentre in realtà restringono l'utilizzo della macchina a strade conosciute e in condizioni di traffico sicure.

I pazienti con comportamenti ansia-correlati generalmente non chiedono informazioni circa la diagnosi perché la conoscenza della verità, della quale peraltro sono in parte consapevoli, aumenterebbe, in modo intollerabile, l'ansia e il disagio che già a fatica contengono. Questi comportamenti o sintomi sono presenti quando il paziente è ancora in parte consapevole dei propri deficit e sembrano rispondere al tentativo di controllare proprio l'ansia che discende dal comprendere che le proprie capacità stanno progressivamente venendo meno. Infatti, è stato dimostrato che questi comportamenti rispondono meglio alle rassicurazioni verbali e non verbali rispetto al trattamento farmacologico. Quindi la decisione da parte del medico di comunicare o non comunicare la diagnosi non può basarsi solo sulla presenza/assenza di richiesta esplicita da parte del paziente ma deve considerare anche i

comportamenti più sopra indicati. I dati e le considerazioni emerse dagli studi precedenti non implicano necessariamente che a questi pazienti la diagnosi debba essere nascosta completamente, perché il divario fra la loro condizione (della quale peraltro sono in parte consapevoli) e le rassicurazioni del medico potrebbe creare un'ulteriore confusione e l'ansia potrebbe addirittura aumentare.

Il percorso di comunicazione

La comunicazione della diagnosi dovrebbe essere un percorso il cui punto di partenza è il livello di consapevolezza sia esplicita che implicita del paziente e le informazioni che il medico offre essere sempre calibrate in base a ciò che il paziente può tollerare e alle sue capacità di usufruire di queste informazioni (vedi figura 1). Pertanto il percorso dovrebbe essere individualizzato e prevedere incontri durante i quali paziente e caregiver sono guidati dal medico alla graduale conoscenza della diagnosi e le varie tappe dovrebbero essere definite di volta in volta, sulla base dei rimandi che il paziente e il caregiver offrono al medico. All'inizio, per alcuni familiari e pazienti, la comunicazione della diagnosi potrebbe basarsi su mezza verità. In altri casi il percorso potrebbe concludersi con una piena consapevolezza solo da parte del caregiver, ma non del paziente.

Poiché nella persona demente la valutazione clinica e neuropsicologica spesso si svolge in più incontri, diventa possibile strutturare anche la comunicazione della diagnosi in un percorso graduale e individualizzato, parallelo a quello diagnostico. Inoltre, poiché il percorso che conduce alla comunicazione della diagnosi può essere diverso per il paziente e per il familiare, i colloqui dovrebbero essere svolti separatamente.

L'inizio e la fine così come la velocità alla quale il medico offre le informazioni dipendono anche da altri aspetti, quali l'eventuale presenza di sintomi depressivi. Nel caso di una depressione severa sarebbe opportuno utilizzare particolare cautela nel comunicare la verità. Al contrario, nelle persone con un elevato livello di intelligenza premorbose, che sono in grado di recepire informazioni più specifiche e prendere decisioni operative più complesse, la comunicazione chiara della diagnosi potrebbe essere più opportuna. Non raramente anche i caregiver, pur essendo consapevoli che il loro familiare ha problemi di memoria, possono negare la malattia. In questi casi, se

la comunicazione della diagnosi avviene in modo troppo diretto, il caregiver può ricercare in futuro molte più consultazioni per essere rassicurato.

Infine, nei pazienti con decadimento cognitivo lieve (MCI) la situazione è ancora più complessa perché in questo caso non si tratta di una malattia, ma di un fattore di rischio. Quindi ciò che il medico deve comunicare non è una diagnosi specifica, ma una stima dell'aumentata probabilità che il paziente ha di diventare demente. Spesso il paziente con decadimento cognitivo lieve fa la richiesta spontaneamente, è consapevole dei propri disturbi di memoria ed è in grado di prendere decisioni autonome. Anche in questi pazienti la comunicazione del rischio richiede molta cautela, così come emerge dagli studi persino in soggetti cognitivamente integri.

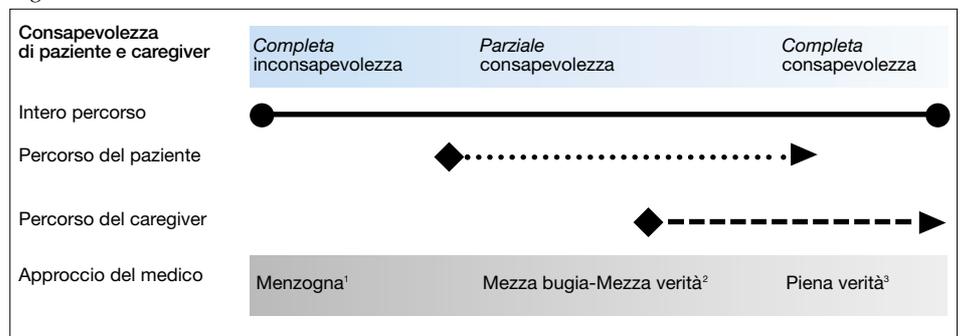
In conclusione, la comunicazione della

diagnosi di demenza modifica il corso della vita sia del paziente sia del familiare e pertanto deve essere data con la massima cautela. Il modo in cui un medico comunica la diagnosi può distruggere una vita o arricchirla.

Un malato di Alzheimer che ha avuto la forza di mettere per iscritto la propria esperienza ha scritto: "Mia moglie aggredì il medico verbalmente. Aveva appena sentito un estraneo informarla di punto in bianco di prepararsi a concludere la sua vita con me, una conclusione dolorosa per di più espressa brutalmente". Un'altra malata ha avuto un'esperienza radicalmente diversa, lasciando nero su bianco ciò a cui ogni medico dovrebbe tendere quando comunica la diagnosi di malattia di Alzheimer: "Sono più tranquilla. So chi sono" (figura 2).

(*Breaking the diagnosis of dementia. The Lancet Neurology 2004;2:124-8*)

Figura 1



Il percorso della comunicazione della diagnosi al paziente con Alzheimer

Intero percorso: range teorico della consapevolezza di paziente e caregiver in assenza di informazioni condivise.

Percorso di paziente e caregiver: esempi ipotetici. I rombi e le frecce indicano inizio e fine dei livelli di consapevolezza. L'approccio del medico dovrebbe conformarsi al livello di consapevolezza e avere lo scopo di rivelare il massimo livello di informazioni tollerabili ed utili che paziente e caregiver riescano a fronteggiare.

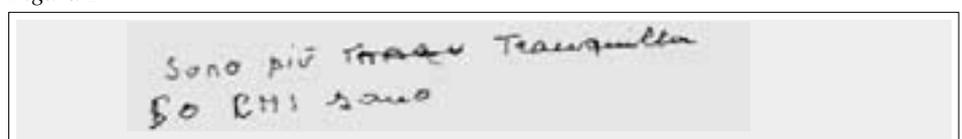
1 "Lei sta bene, i suoi problemi di memoria non progrediranno, i farmaci miglioreranno i sintomi e questi saranno eliminati".

2 "In realtà Lei ha problemi di memoria, non posso escludere che questi problemi possano peggiorare, i farmaci possono migliorare i sintomi e questi potrebbero non progredire per un certo periodo di tempo".

3 "Lei ha una malattia di Alzheimer probabile, cioè deficit di memoria, di ragionamento e di altre funzioni cognitive, la progressione media è di circa 3 punti di MMSE all'anno, la percentuale di risposta alla terapia è del 20-30 per cento, i benefici sono temporanei e la malattia progredirà comunque".

Da: Whitehouse, Frisoni e Post. *Lancet Neurol* 2004;3:124-8.

Figura 2



Come dovrebbe essere il risultato della comunicazione della diagnosi.

Paziente di 71 anni con malattia di Alzheimer, Mini Mental State di 22/30, e 8 anni di scolarità alla fine del percorso diagnostico.

L'ESPERIENZA DI GUIDONIA

L'Italian Hospital Group di Guidonia, Roma, ha completato la rete di servizi riabilitativo assistenziali dedicati ai malati di Alzheimer. La struttura è convenzionata con il Servizio sanitario nazionale

La rete di servizi territoriali integrati è composta dall'ambulatorio UVA (Unità Valutativa Alzheimer) che svolge attività di diagnosi e cura, dall'Assistenza Domiciliare Alzheimer (ADA) e dal Centro Diurno Alzheimer (CDA) per l'assistenza in regime semiresidenziale. Nel marzo dello scorso anno la rete è stata completata con l'apertura di tre Nuclei Alzheimer per complessivi 60 posti letto.



Unità Valutativa Alzheimer

Il servizio è stato attivato nel novembre 2000 nell'ambito del Progetto Cronos, il cui obiettivo è il monitoraggio ambulatoriale dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer. Nel corso di questi anni sono state erogate oltre 3.000 prestazioni e arruolati circa 200 pazienti. L'attività ambulatoriale si prefigge di porre diagnosi di malattia di Alzheimer e seguirne l'evoluzione anche in relazione ai trattamenti farmacologici previsti dal Progetto Cronos. Oltre alle visite neuropsicologiche, finalizzate alla caratterizzazione dello stato cognitivo-comportamentale e alla diagnosi differenziale delle forme di demenza, vengono eseguite valutazioni rivolte a individuare le risorse funzionali del paziente per formulare programmi di stimolazione cognitiva e neuromotoria personalizzati. Inoltre, vengono svolti studi osservazionali congiuntamente con altre strutture ospedaliere e universitarie.

Assistenza Domiciliare Alzheimer

Il servizio è operativo da luglio 2002 e

fornisce attualmente assistenza a 45 persone con un grado di compromissione funzionale grave o moderato per tre ore tutti i giorni o sei ore ogni due giorni ed è rivolto solo a pazienti residenti nei distretti sanitari di Guidonia e di Tivoli. Offre prestazioni medico specialistiche, infermieristiche, riabilitative, di assistenza sociale e interventi per rendere gli ambienti domiciliari più sicuri. In relazione alle

specifiche esigenze, si stabilisce un progetto personalizzato per stimolare il mantenimento delle autonomie funzionali nelle attività quotidiane e promuovere la formazione dei familiari alla gestione dell'assistenza del proprio caro. L'intervento, oltre a ritardare il momento della ospedalizzazione, ha ricadute positive sulla famiglia e sulla spesa sanitaria. A oggi sono state assistite a domicilio più di 130 persone.

Centro Diurno Alzheimer

Il Centro Diurno Alzheimer, attivo da settembre 2002, è aperto anche ai pazienti di altre aziende USL, accoglie pazienti con un grado di compromissione funzionale lieve o moderato e che in particolare non manifestino marcata aggressività. Vi si svolgono attività finalizzate a stimolare le funzioni cognitive e neuromotorie con intensità differente secondo le condizioni del malato. Sono attualmente seguite 48 persone. Il servizio di assistenza in regime semiresidenziale si rivolge anche ai familiari, offrendo supporti informativi e formativi e sostegno psicologico. A questo scopo è stato realizzato il manuale "Un amico per i nonni", che raccoglie anche il contributo dei familiari dei pazienti che partecipano ai gruppi di auto aiuto. La struttura, aperta dalle 8 alle 16, dal lunedì al venerdì, è costituita da una reception/sala di attesa, tre laboratori per attività di gruppo, una sala da pranzo/soggiorno con annesso angolo cottura, una stanza di relax (con due posti letto) e servizi, spazi per la riabilitazione neuromotoria e cognitiva, servizi igienici

e un bagno assistito, locali per gli operatori. È stato anche realizzato un giardino protetto per i pazienti. Sono previsti la prima colazione e il pranzo; e su richiesta è possibile attivare un servizio navetta in regime privato. Ad oggi sono state assistite in regime semiresidenziale più di 180 persone.

Unità di degenza Alzheimer

Le Unità di ricovero Alzheimer, che comprendono tre nuclei per un totale di 60 posti letto, sono destinate a ricoveri temporanei. Obiettivo è tentare di recuperare margini di autosufficienza e controllo di disturbi comportamentali non gestibili a domicilio, offrire alle famiglie momenti di sollievo, effettuare un trattamento di riattivazione funzionale non praticabile a domicilio o di riabilitazione motoria post chirurgica. Infine, vengono ricoverati pazienti in gravi condizioni psico-fisiche. Alcune delle attività di riattivazione psicofisica praticate nei reparti sono: stimolazioni cognitivo-comportamentali, stimolazioni per il mantenimento delle attività quotidiane, coinvolgimento in attività occupazionali, riattivazione neuromotoria, psicoterapia di sostegno per caregiver. Ad oggi sono state ricoverate oltre 200 persone, di cui il 20 per cento sono stati ricoveri di sollievo. Strettamente correlato alle attività assistenziali, l'IHG sta svolgendo uno studio, in collaborazione con altre strutture sanitarie ospedaliere e universitarie, sulla efficacia di nuove tecniche di stimolazione della memoria in pazienti affetti da forme lievi e moderate di malattia di Alzheimer. A settembre 2004 è stato completato un Progetto informativo formativo con il patrocinio dell'Amministrazione provinciale di Roma rivolto agli iscritti dei Centri Anziani e finalizzato a formare risorse sul territorio che possano aiutare a sostenere il carico assistenziale dei caregiver di malati di Alzheimer. Il prodotto finale di questo progetto è il manuale "Invecchiamento cerebrale fisiologico e Malattia di Alzheimer".

*Gabriele Carbone
Centro Demenze - Unità Alzheimer
Italian Hospital Group*

PROGETTO CARER

Valutazione dell'impatto sulla famiglia e sul carer di un intervento strutturato per la gestione dei disturbi del comportamento in malati con sindrome demenziale

Gli effetti della demenza sulla famiglia sono stati chiaramente evidenziati da studi che in diversi contesti socio-assistenziali hanno valutato le conseguenze dei sintomi e dei diversi stadi di malattia sul "caregiver" (familiare che assiste o si fa carico del malato).

I risultati concordano nell'affermare che i disturbi del comportamento (aggressività, agitazione psico-motoria, vagabondaggio), dell'umore (depressione e apatia) e i sintomi psicotici (allucinazioni e deliri) rappresentano la principale fonte di stress per il caregiver e per la famiglia, comportano un incremento del carico assistenziale e costituiscono una delle principali cause di istituzionalizzazione del malato.

Le condizioni legate a questa malattia possono compromettere la qualità di vita della famiglia, modificandone in maniera sostanziale abitudini e relazioni sociali e avere una ricaduta economica: sia per una diminuzione del reddito sia per un aumento delle spese.

Purtroppo la famiglia si trova troppo spesso sola e senza precisi ed affidabili punti di riferimento a dover far fronte a tutti questi problemi.

Quindi, la pianificazione e la realizzazione di interventi di supporto, guida e aiuto alla famiglia potrebbero costituire una valida risposta all'isolamento e al conseguente 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 (AI) di Milano e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano hanno avviato un progetto collaborativo: il "PROGETTO CARER".

Si tratta di uno studio pilota per la realizzazione di un intervento strutturato di informazione e supporto alla famiglia per la gestione dei comportamenti che creano problema nei malati affetti da demenza. Aveva l'obiettivo di esaminare l'impatto di questo tipo di intervento, rispetto alla normale attività

di consulenza che la AI svolge quotidianamente, sulle modalità di gestione dei disturbi comportamentali, sul grado di stress del caregiver, sulle condizioni cliniche, funzionali, cognitive e comportamentali del malato, sull'impiego di servizi e prestazioni sanitari da parte sia del caregiver sia del malato e infine sul tasso di istituzionalizzazione.



MATERIALI E METODI

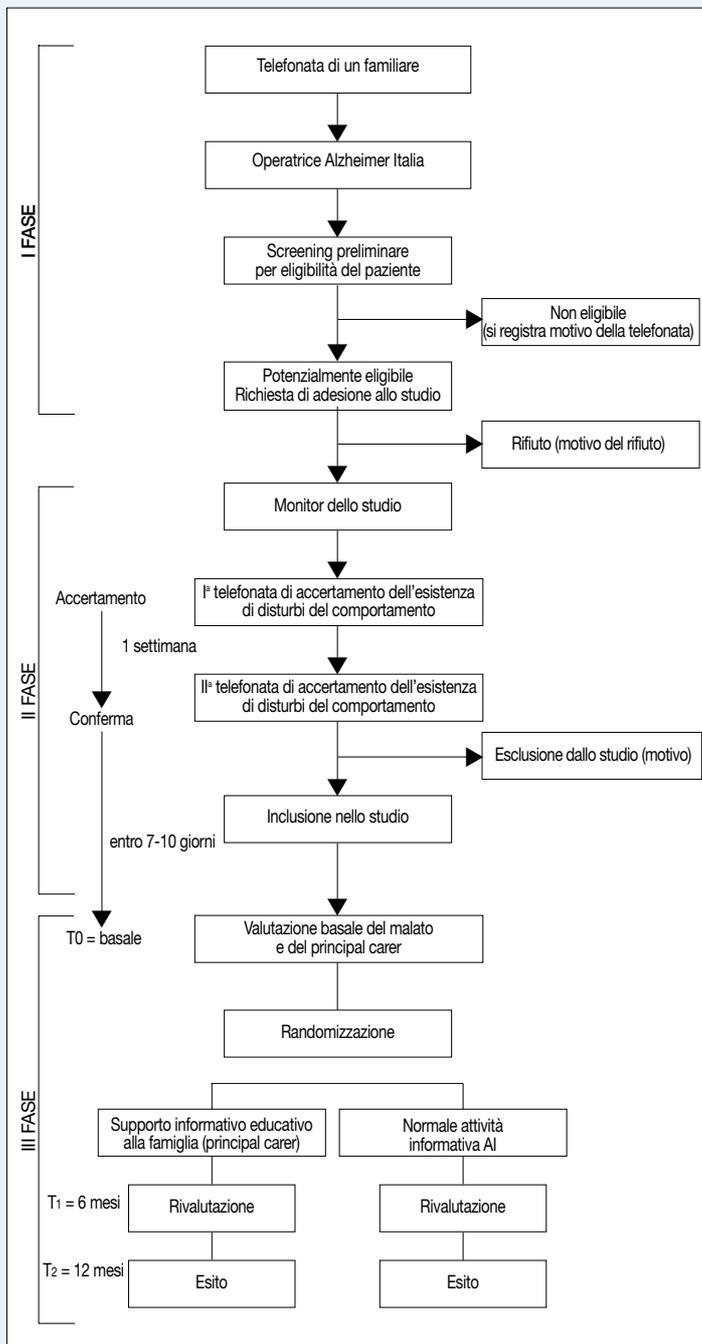
Per la realizzazione del progetto è stata utilizzata la metodologia della sperimentazione clinica controllata e randomizzata ed un follow-up di 12 mesi.

La figura 1 mostra schematicamente l'organizzazione e le diverse fasi dello studio. Il reclutamento delle famiglie e dei malati (fase 1) ha avuto inizio nel maggio 1998, a partire dalle telefonate che arrivavano all'AI di Milano.

Utilizzando una modulistica standard, tutti i contatti telefonici venivano valutati dalle operatrici dell'AI per verificare l'includibilità della coppia caregiver-malato sulla base dei seguenti criteri di eligibilità:

- 1) diagnosi documentata di demenza
- 2) presenza nell'ultimo mese di disturbi del comportamento
- 3) malato residente a Milano o hinterland
- 4) presenza di un familiare che assiste il malato.

Figura 1



In seguito il caregiver veniva ricontattato telefonicamente entro i successivi 14 giorni da uno dei monitor dello studio per l'accertamento (fase 2) dell'esistenza nel paziente di problemi di comportamento. Entro 7-10 giorni dall'accertamento una nuova intervista telefonica confermava o meno la presenza di tali disturbi.

Tutti i pazienti e relativi caregiver includibili venivano quindi visitati a domicilio dallo stesso monitor per la valutazione basale (fase 3) delle condizioni socio-demografiche, cliniche, funzionali, cognitive e comportamentali del malato e delle caratteristiche socio-demografiche, di stress e carico assistenziale del caregiver. Per entrambi veniva infine rilevato l'uso di farmaci e il ricorso a servizi sociali, assistenziali e sanitari.

Al termine della valutazione basale il monitor contattava il centro di coordinamento dello studio presso l'AI per la randomizzazione (assegnazione casuale) della coppia ad uno dei due gruppi di trattamento (gruppo di intervento strutturato o gruppo di controllo).

Tutte le famiglie e i pazienti randomizzati sono stati quindi seguiti per un anno con rivalutazioni a 6 e 12 mesi dalla randomizzazione.

Per quanto concerne la raccolta delle informazioni è stata utilizzata una modulistica appositamente predisposta, che includeva strumenti specifici di valutazione cognitiva, comportamentale, funzionale e dello stress del caregiver. In particolare per la valutazione dello stato cognitivo del malato si è utilizzato il MMSE (Mini Mental State Examination di Folstein), per lo stato funzionale l'ADL (Activities of Daily Living di Katz) e l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living di Lawton) e per lo stress del caregiver la RSS (Relative Stress Scale di Greene).

Prima dell'avvio dello studio i 5 monitor (specializzandi alla scuola per terapisti occupazionali) hanno eseguito un training specifico per il corretto utilizzo della modulistica di raccolta dati e la standardizzazione delle procedure di somministrazione delle diverse scale di valutazione. Per quanto concerne la verifica e la validazione della diagnosi di demenza il monitor è stato addestrato per valutare la documentazione in possesso del paziente applicando come base di valutazione i criteri del DSM-IV e verificare l'affidabilità della diagnosi.

Tutte le schede sono state riviste e controllate centralmente per la verifica della completezza, coerenza e consistenza dei dati raccolti. Ogni monitor ha quindi provveduto all'inserimento dei dati raccolti in un database predisposto.

INTERVENTO STRUTTURATO

L'intervento strutturato è consistito in una visita a domicilio di uno psicologo e di un terapeuta occupazionale che avevano esaminato il materiale raccolto dai monitor. La visita dello psicologo durava in media 60 minuti e quella del terapeuta occupazionale 90. Lo psicologo discuteva con la famiglia la dinamica relazionale tra i familiari, il loro stress e le conseguenze psicologiche, lo stato della comunicazione verbale e non verbale tra caregiver e paziente, i cambiamenti della personalità del paziente e in che modo il caregiver riusciva a gestire tali problemi. Il terapeuta occupazionale dava consigli pratici sulle strategie da adottare al fine di prevenire e gestire i problemi di comportamento, mantenerne e/o migliorarne le residue capacità funzionali, modificare le barriere architettoniche presenti nell'appartamento, limitare situazioni a rischio e adattare l'ambiente alle esigenze del paziente. Ai caregiver veniva consegnato un manuale e una lista di medici o di centri da contattare in caso di necessità. Il gruppo di controllo poteva invece usufruire delle abituali attività di consulenza e di informazione fornite dall'AI.

RISULTATI

Durante il periodo di reclutamento, delle 1.585 famiglie di differenti regioni d'Italia che hanno contattato telefonicamente l'AI 103 (7 per cento) sono risultate potenzialmente eligibili per essere incluse nello studio. Di queste 69 (67 per cento) sono state randomizzate in uno dei due gruppi in esame: 35 nel gruppo di intervento e 34 nel gruppo di controllo. La tabella 1A e 1B riportano schematicamente le caratteristiche basali del paziente e del caregiver. Da notare che a parte le ore di assistenza al paziente non vi sono differenze statisticamente significative nei due gruppi. Per quanto concerne invece gli effetti dell'intervento strutturato la figura 2A e 2B mostrano i

cambiamenti rispetto ai valori basali delle principali variabili analizzate nel paziente e nel caregiver. Il risultato più importante riguarda la riduzione dei disturbi comportamentali più marcata nel gruppo intervento. Trend a favore del gruppo di intervento si sono registrati anche relativamente al tempo dedicato all'assistenza e allo stress del caregiver. Dato il basso numero di pazienti reclutati non sono emerse differenze significative per quanto concerne l'istituzionalizzazione dei pazienti, che è risultata simile nei due gruppi. Il principale determinante dell'istituzionalizzazione è comunque risultato il grado di stress del caregiver (punteggio RSS 36+8 nel gruppo controllo vs 26+11 nel gruppo intervento, p=0.03).

Tabella 1A

Caratteristiche basali dei 69 pazienti alla randomizzazione			
Variabili	Pazienti		p
	Controllo (n= 34)	Intervento (n= 35)	
Sesso, donne (%)	59	60	0.2
Età, anni (media ±SD)	75 ±10	74 ±9	0.3
Coniugati (%)	56	54	0.9
Scolarità, anni (media ±SD)	8 ±5	9 ±4	0.9
Malattia di Alzheimer (%)	65	69	0.9
MMSE (media ±SD)	12.0±7.4	11.1 ±7.0	0.7
MMSE punteggio	37	39	0.9
SBI-C (media ±SD)	7.4 ±3.9	8.3 ±3.6	0.5
SBI-C No. di problemi (% of pts)			
1	35	24	
2-3	47	52	
>3	18	24	
ADL (media ±SD)	2.1 ±1.8	2.6 ±2.0	0.6
ADL perse (% of pts)			
0	29	26	
1-3	48	37	
>3	23	37	
N° di malattie (media ±SD)	2.2 ±1.7	2.8 ±2.1	0.2
Uso di servizi (media ±SD)	2.0 ±1.0	2.3 ±1.1	0.3
Uso di farmaci (media ±SD)	3.6 ±2.3	3.6 ±2.1	0.9
Uso di psicofarmaci (% di pts)			0.7
• neurolettici	29	49	
• benzodiazepine	38	40	
• antidepressivi	12	20	
Uso di anticolinesterasici (% di pts)	41	49	0.8

MMSE = MiniMental State Examination per i pazienti testabili (61/69); pts= pazienti;
SBI-C = Spontaneous Behaviour Interview-part C,
ADL = Activities of Daily Living espressa come numero di attività perse.

Tabella 1B

Caratteristiche basali dei 69 caregiver alla randomizzazione			
Variabili	Caregiver		p
	Controllo (n= 34)	Intervento (n= 35)	
Sesso, donne (%)	74	89	0.1
Età, anni (media ±SD)	59 ±12	53 ±16	0.1
Scolarità, anni (media ±SD)	11 ±5	11 ±3	0.5
Uso di servizi (media ±SD)	1.4 ±0.5	1.5 ±0.8	0.9
Uso di farmaci (media ±SD)	2.9 ±1.8	2.7 ±2.3	0.2
Uso di psicofarmaci (% of pts)			
• antidepressivi	3	9	0.5
• benzodiazepine	18	11	0.5
Parentela con il paziente (% of pts)			0.3
• coniuge	47	46	
• figlio/a	41	43	
Stato lavorativo (% of pts)			0.3
• impiegato	27	23	
• pensionato	44	32	
• casalinga	29	39	
Durata assistenza (mesi) (media ±SD)	34 ±24	33 ±25	0.1
Ore/die di assistenza (media ±SD)	2.5 ±2.3	4.9 ±3.9	
0.004§			
Aiuto da altri (ore/die) (media ±SD)	2.4 ±3.8	3.2 ±5.9	0.5
RSS punteggio totale (0-60) (media±SD)	28.3 ±11.3	31.5 ±10.5	0.2
• disagio psicologico (0-24)	13.1 ±5.2	13.9 ±4.9	0.5
• modifica stile di vita (0-20)	9.1 ±4.7	10.9 ±4.5	0.1
• sentimenti negativi (0-16)	6.2 ±3.2	6.7 ±3.5	0.5

RSS = Relative's Stress Scale.
§ = Welch-test

Figura 2A

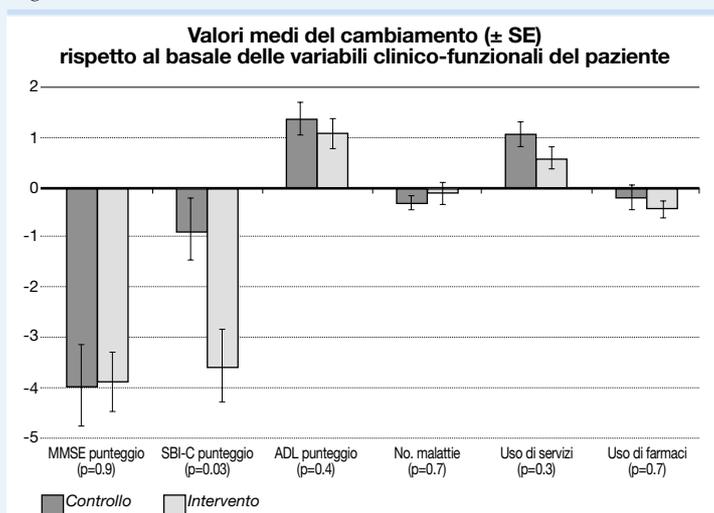
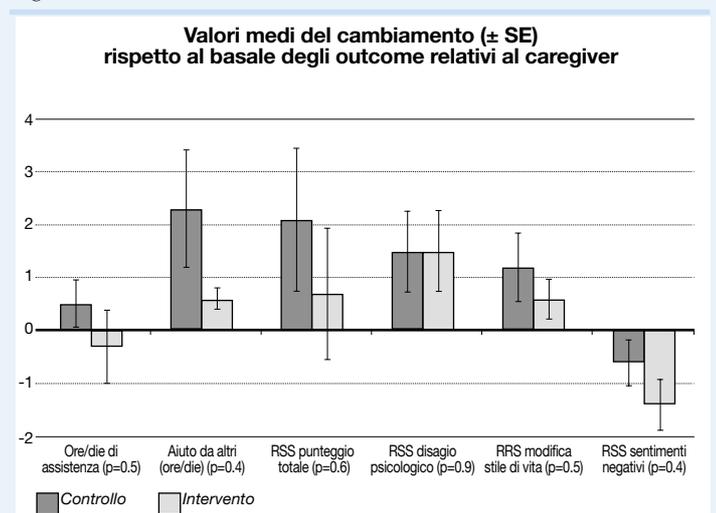


Figura 2B



DISCUSSIONE

Questo studio pilota è un progetto di collaborazione fra due organizzazioni non profit per valutare se le attività di counseling fornite dalla AI soddisfacevano le richieste di aiuto delle famiglie con un malato di Alzheimer. La ricerca è stata pertanto realizzata per valutare l'efficacia di un intervento prefissato sui caregiver di malati di Alzheimer con disturbi del comportamento.

È stata scelta questa particolare popolazione per capire come risponde la AI ai problemi delle famiglie e che tipo di famiglie cercano aiuto.

Lo studio è durato circa 2 anni (9 mesi per lo "screening" e 12 mesi per il "follow-up") e ha seguito 69 famiglie delle 103 eleggibili.

Le capacità cognitive e funzionali dei malati erano molto deteriorate e la frequenza dei disturbi del comportamento molto alta così come l'uso di neurolettici (40 per cento dei malati).

Il tempo dedicato alla cura da parte del caregiver e l'alta frequenza dei disturbi del comportamento erano strettamente correlati al loro stress. I nostri risultati sono in accordo con altri studi in cui problemi del comportamento, sintomi psicotici e tempo dedicato alla cura sono predittivi di stress.

Le caratteristiche di base delle 69 famiglie, sia del gruppo di intervento che di controllo, erano simili. Al termine dello studio i malati del gruppo di intervento sembravano essere in una situazione leggermente migliore dal punto di vista cognitivo, funzionale, comportamentale e uso di farmaci di quelli del gruppo di controllo. Anche i caregiver di questi malati avevano meno stress e usavano meno farmaci.

L'efficacia di questo intervento è stata registrata soprattutto sulla riduzione della frequenza dei disturbi del comportamento e del tempo dedicato alla cura (in grado minore) e, sebbene non statisticamente significativo, sulla riduzione dello stress dei caregiver.

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 ciò nonostante 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, tutte informazioni fondamentali per programmare su una base razionale interventi mirati. Medici, operatori sanitari,

amministratori, politici saranno in grado di estrapolare da questi risultati utili indicatori per valutare l'efficienza dei servizi attualmente attivi sul territorio e per pianificare politiche assistenziali pienamente rispondenti, sia sul piano dell'assistenza che su quello del sostegno psicologico, ai bisogni dei malati e delle famiglie. Ancora troppo spesso infatti la famiglia si trova sola a far fronte ai numerosi problemi quotidiani che questa malattia comporta.

Lo studio "The Effect of a Structured Intervention on Caregivers of Patients With Dementia and Problem Behaviors. A Randomized Controlled Pilot Study" è stato pubblicato su "Alzheimer Disease & Associated Disorders" Volume 18, Number 2, April-June 2004

"A family intervention to reduce the stress of caregivers of demented patients. A randomized longitudinal study", che ha analizzato alcuni risultati del Progetto CARER, ha ottenuto il Premio A.R.A.D. al secondo Bologna International Meeting on Cognitive Affective and Behavior Disorders in the Elderly (22-24 giugno 2000).

Contenuti dell'intervento strutturato

1. Analisi del materiale testistico raccolto dagli operatori durante la fase di valutazione basale dei pazienti.
2. Visita domiciliare dello psicologo per esaminare:
 - dinamiche intercorrenti tra malato/famiglia e caregiver
 - carico assistenziale e implicazioni psicologiche
 - cambiamenti della personalità del malato
 - tecniche di comunicazione verbale e non-verbale
 - gestione dei problemi da parte della famiglia
 - formazione del caregiver e sostegno psicologico.
3. Visita domiciliare del terapeuta occupazionale per trattare:
 - tecniche per controllare i disturbi del comportamento e mantenere o migliorare le abilità funzionali residue
 - adattamenti per riorganizzare l'ambiente domestico in modo da soddisfare i bisogni del malato e limitare i pericoli.

Bibliografia essenziale

- Brodaty H, et al. Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. *BMJ* 1989;299:1375-1379.
- Burton LC, et al. Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Preventive Medicine* 1997;26:162-169.
- Davis KL, et al. The caregiver activity survey (CAS): development and validation of a new measure for caregivers of persons with Alzheimer disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:978-988.
- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
- Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. *Age Ageing* 1982; 11:121-126.
- Juva K, et al. One-year risk of institutionalization in demented outpatients with caretaking relatives. *International Psychogeriatrics* 1997;9:175-182.
- Kahan J, et al. Decreasing the burden in families caring for a relative with dementing illness. A controlled study. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:664-671.
- Kats S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardised measure of biological psychosocial function. *JAMA* 1963; 914-919.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186.
- Lucca U, et al. Spontaneous behavior interview: from test performance to daily life-based Alzheimer patients evaluation. *The Lancet Conference* 1996.
- Mittelman MS, et al. A family intervention to nursing home placement of patient with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996; 276:1725-1731.
- Mittelman MS, et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* 1993;33:730-740.
- Mohide EA, et al. A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:446-454.
- Teri L, et al. Behavior and caregiver burden: behavioral problem in patients with Alzheimer disease and its association with caregiver distress. *Alzheimer Disease and Related Disorders* 1997;11:S35-S38.



GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER 2005

World Alzheimer's Day
21 September

**Noi possiamo
fare la differenza**



Con questo slogan Alzheimer's Disease International (ADI) invita i cittadini di tutto il mondo a unirsi e partecipare alle manifestazioni organizzate il 21 settembre, Giornata Mondiale Alzheimer 2005.

E a dimostrare solidarietà a livello globale e aiutare a sconfiggere lo stigma che tuttora circonda la demenza.

Ognuno di noi può fare la differenza: portando le proprie esperienze e decidendo di avere un ruolo attivo nella partita che ha come posta in gioco il miglioramento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari.

La demenza rappresenta

una delle principali sfide sanitarie e sociali del nostro tempo, troppo spesso sottovalutata. Oggi i malati di Alzheimer sono 18 milioni nel mondo (500.000 in Italia), ma il dato è destinato a raddoppiare entro i prossimi vent'anni come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione.

In occasione della Giornata Mondiale Alzheimer l'ADI, che raggruppa le associazioni di familiari di 66 paesi del mondo tra cui la Federazione Alzheimer Italia, **lancia un appello a tutti i membri della società civile affinché escano allo scoperto e parlino apertamente delle loro storie di vita a contatto con la demenza:** i familiari che assistono il proprio caro 24 ore su 24; i parlamentari che legiferano su problemi sanitari e sociali; il poliziotto che si occupa di una persona che si è smarrita nel supermercato.

Il 21 settembre 2005 può agire da catalizzatore per attirare risorse e aumentare consapevolezza a livello globale.

MALATTIA DI ALZHEIMER AL VIA LE PRIME LINEE GUIDA ITALIANE

Il 15 aprile scorso a Gardone (BS), nell'ambito del Quinto congresso nazionale dell'Associazione italiana di psicogeriatrica, sono state presentate le prime Linee guida italiane sul trattamento della malattia di Alzheimer. Il documento si basa sulla raccolta e lettura critica dei trial clinici randomizzati e controllati sul trattamento della malattia di Alzheimer, e delle demenze in genere, apparsi nella letteratura scientifica censita da MedLine fino al 28 febbraio 2005.

“L'obiettivo delle prime Linee guida italiane sulla malattia di Alzheimer” ha commentato il professor Pierluigi Scapicchio, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica (AIP) “è quello di condividere un atto, la cura, con tutti coloro che gravitano intorno al paziente al fine di creare una forte alleanza tra medici, operatori sanitari e familiari”.

Alla stesura del documento ha partecipato un comitato di esperti dell'AIP composto da neurologi, psichiatri e geriatri, in accordo con la Federazione Alzheimer Italia (AI) e l'Associazione Italiana Malati di Alzheimer (AIMA).

AUSTRALIA: UN AIUTO AI MALATI DI ALZHEIMER E ALLE LORO FAMIGLIE

Il Governo Australiano ha riconosciuto la demenza una priorità sanitaria nazionale e ha destinato 320 milioni di dollari per 5 anni al fine di migliorarne prevenzione, terapia e assistenza. Glenn Rees, direttore dell'associazione Alzheimer Australia commenta “Questo finanziamento risponde ai desideri dei malati e delle loro famiglie di vivere nelle loro case, fra i loro cari, il più a lungo possibile.”

Il finanziamento servirà per:

- Migliorare l'assistenza domiciliare
- Formare operatori sanitari e sociali per l'assistenza a domicilio e nelle strutture residenziali
- Educare familiari e volontari
- Informare attraverso la linea telefonica nazionale e i gruppi di supporto gestiti dall'associazione Alzheimer
- Promuovere la consapevolezza della malattia dando nuova enfasi alla riduzione del rischio di ammalarsi.

Rees conclude “L'associazione Alzheimer Australia auspica che questo riconoscimento porti anche maggiori fondi per la ricerca necessari per raggiungere l'obiettivo di ridurre del 50 per cento i nuovi casi di demenza ritardando di 5 anni l'esordio della malattia.”

PET THERAPY: UN CANE PER AMICO

La compagnia di un animale può aiutare a migliorare la qualità di vita della persona anziana colpita da demenza e ricoverata in casa di riposo. Aiutando a realizzare un'atmosfera serena

“Qualche anno fa vidi alla televisione svizzera un documentario girato in una casa di riposo in Australia. Alcuni giovani portavano delle cestine, ciascuna con all'interno un bel micione, e le adagiavano sulle ginocchia delle anziane ospiti. Mi colpì l'espressione di serenità e beatitudine delle signore, espressione che purtroppo non ero abituato a vedere sul volto delle mie ospiti. Mi ripromisi di provare anch'io a fare questa esperienza. Non fu facile, ma ci sono riuscito”. Chi parla è Giovanni Bigatello, primario e direttore sanitario dell'Istituto Geriatrico Ca' d'Industria ed Uniti Luoghi Pii di Como, pioniere in Italia dell'introduzione della pet therapy tra le persone anziane ricoverate

Che cos'è la pet therapy

Pet nella lingua inglese è l'animale da compagnia, da affezione, da coccole. Pet therapy indica quelle attività assistenziali o terapie sanitarie svolte con l'aiuto determinante di un animale domestico.

Si distingue in A.A.A. (Attività Assistite con Animali) e T.A.A. (Terapie Assistite con Animali): le prime sono costituite da interventi di tipo educativo, ricreativo e/o terapeutico rivolti a migliorare la qualità della vita; le seconde sono programmi di terapie che favoriscono il miglioramento di alcune funzioni (fisiche, sociali, emotive e cognitive).

La pet therapy, teorizzata nel 1961 dallo psicoterapeuta infantile Boris Levinson, fa la sua comparsa in Italia nel 1987. Il 28 febbraio 2003 il Consiglio dei Ministri recepisce l'accordo fra governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano che fissa i principi fondamentali per il benessere degli animali da compagnia e lo sviluppo della pet therapy in Italia. Con la collaborazione degli istruttori



della Aiuca (Associazione Italiana Uso Cani da Assistenza) di Bosisio Parini, Lecco, affiliata alla Delta Society, organizzazione americana che favorisce l'impiego degli animali per il miglioramento dello stato di salute, più di cinque anni fa i cani entrano nella casa di riposo Ca' d'Industria e poi anche nel Nucleo Alzheimer, con 19 malati di grado medio-severo. In totale l'Istituto, nella cui sede è collocato il Nucleo Alzheimer, ospita circa 159 persone.

“Sono cani valutati e idonei per attitudini e capacità. Non sono animali addestrati, bensì educati, che interagiscono spontaneamente con l'uomo per il piacere di farlo. Non sono addestrati a eseguire un compito preciso, come ad esempio i cani che accompagnano i non vedenti” spiega Marcello Galimberti, presidente e istruttore Aiuca. “L'animale idoneo ha capacità percettive naturali, se lasciato

libero entra naturalmente in relazione con la persona e il cane è un animale sociale” aggiunge Debra Buttram, istruttore Aiuca.

I risultati degli studi

Secondo studi internazionali condotti su malati di Alzheimer l'interazione con l'animale è in grado non solo di ridurre i disturbi comportamentali (agitazione, aggressività), lo stress e le turbe dell'umore (ansia, apatia, depressione), ma anche di stimolare alcune funzioni psicologiche e mentali residue. In particolare i lavori riportano un effetto benefico sulla memoria a lungo termine (attraverso l'evocazione di ricordi legati a un precedente possesso di animali), sulla comunicazione verbale e non verbale, sulla stimolazione sensoriale e sulla soddisfazione di certi bisogni primari, quali attenzione e affetto. L'esperienza condotta presso l'Istituto Ca'

Prendersi cura. Manuale di formazione per operatori socio-sanitari

Beatrice Longoni, Tiziana Pistore
 Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2005
 605 pag, 38,50 euro
 euroredazione@ceaedizioni.it

Un manuale redatto da operatori impegnati in ambito socio-sanitario e assistenziale e rivolto a colleghi impegnati nello stesso settore. Il titolo, sottolineano gli autori nell'introduzione, "sintetizza il contenuto del testo, il modo in cui è stato scritto e le intenzioni con cui viene proposto al lettore". Prendersi cura, infatti, vuol dire "pre-occuparsi", "aver cura di...", interessarsi in modo sollecito all'altro. Prendersi cura come modo di porsi di fronte

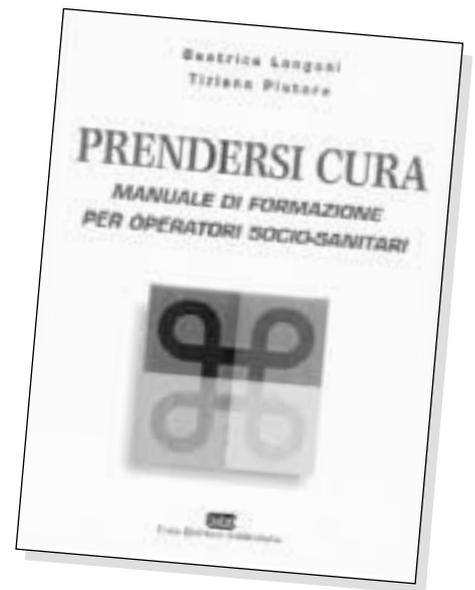
al lavoro con persone, interrogandosi su ciò che si fa, sulla relazione con l'altro, non accontentandosi di fare abitualmente delle azioni, ma cercandone il senso specifico, in rapporto alle persone di cui concretamente ci si prende cura.

Il volume, scritto in un linguaggio semplice, è diviso in tre parti: **la prima** delinea la figura dell'operatore socio sanitario sia in termini storici sia di attualità e affronta gli aspetti relazionali, organizzativi e istituzionali del ruolo; **la seconda** prospetta le conoscenze e gli strumenti per fornire assistenza

riguardo ai bisogni fondamentali (igiene personale, alimentazione, movimento ecc.);

la terza approfondisce le questioni attinenti al lavoro dell'operatore socio sanitario, con riferimento ad alcuni particolari tipi di malati (persone con demenza, disabilità, problemi psichiatrici, problemi di alcolismo, malati oncologici terminali).

Il volume si propone come manuale e come testo di consultazione.



Industria con l'Aiuca, anche in collaborazione con l'Istituto di Zootecnia della Facoltà di Medicina Veterinaria, ha portato diversi benefici: discreto miglioramento della soglia di attenzione, spiccato miglioramento del livello di interazione tra i pazienti, riduzione dei problemi comportamentali, generale miglioramento dell'umore e delle capacità verbali. L'incontro (circa un'ora e mezza una volta la settimana) tra malato e animale condotto dall'istruttore avviene in un apposito locale e in collaborazione con il personale dell'Istituto. Ognuno dei 19 ospiti del Nucleo Alzheimer, dove tra l'altro nel soggiorno è presente anche un bell'acquario, viene invitato ad accarezzare e spazzolare il cane, a porgergli piccoli bocconi, a camminare tenendolo al guinzaglio. Viene inoltre richiesto ai partecipanti di rievocare possibili ricordi ed esperienze con animali. Se il paziente mostra di non gradire il contatto con l'animale, questi viene accompagnato fuori dalla stanza, la maggioranza mostra di gradirne la presenza e il contatto, solo una quota minore ne ignora la presenza o manifesta reazioni di fastidio.

Gli effetti del trattamento sono valutati anche mediante la versione breve della Severe Impairment Battery (SIB). "Non v'è dubbio" commenta Bigatello "che per molti anziani soli, anche cognitivamente compromessi, il ruolo dell'animale da affezione sarebbe di primaria importanza in quanto custode dei ricordi, testimone vivo del passato, espressione del desiderio umano di prendersi cura o di essere oggetto delle attenzioni e dell'affetto di un altro essere vivente. Anche in base alla letteratura internazionale ritengo che la pet therapy, condotta con animali ben addestrati e personale preparato e motivato, rappresenti una risorsa per l'anziano istituzionalizzato che merita di essere ulteriormente utilizzata e valutata" conclude.

Oltre all'Istituto Ca' Industria di Como i cani della Aiuca fanno compagnia agli anziani ospiti della Villa San Benedetto (Albese con Cassano, Como), del Centro diurno della Residenza Sant'Anna di Monza e dall'1 marzo scorso anche nel reparto Alzheimer dell'Istituto Redaelli di Milano.

Malattia di Alzheimer: manuale per gli operatori

Eugenio Pucci, Enrico Brizioli, Guido Gainotti, Leandro Provinciali, Osvaldo Scarpino, Marco Trabucchi
 Franco Angeli, Milano 2004
 238 pag, 25 euro

Il volume si propone come guida o manuale di consultazione per tutti gli operatori non specialisti che nel loro lavoro incontrano la demenza in genere e la malattia di Alzheimer in particolare. Destinatari sono dunque medici di medicina generale, psicologi, infermieri, animatori, operatori tecnici dell'assistenza e volontari.

Il testo, sottolineano gli autori, nasce nell'ambito del Progetto della Regione Marche

"Sperimentazione di un sistema di disease management socio-sanitario per la malattia di Alzheimer" volto a promuovere una maggiore conoscenza della malattia, lo sviluppo di servizi territoriali, il coordinamento degli operatori e la creazione di sportelli Alzheimer.

I temi relativi alla eziopatogenesi, alla neuropatologia e alla diagnosi sono meno sviluppati proprio perché di interesse per lo specialista; mentre a quelli inerenti l'assistenza e la valutazione dei comportamenti è dedicata una trattazione più ampia.

I riferimenti clinici sono semplici ma puntuali.

Un glossario con i principali termini e un'appendice con l'elenco degli esami corredano il manuale.





LA FINANZIARIA 2005

La legge ha introdotto due novità per quanto concerne le persone con disabilità

1) Dal 1° gennaio 2005 i ricorsi avverso gli accertamenti dell'invalidità civile e i conseguenti provvedimenti dovranno essere proposti non più in via amministrativa bensì **in via giudiziaria**, con la necessaria assistenza di un legale, **entro sei mesi** dalla data di comunicazione all'interessato del provvedimento.

2) È stata prevista una nuova deduzione, con l'aggiunta dei commi 4 bis e 4 ter all'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi riguardante le deduzioni per oneri di famiglia. La nuova norma prevede che il contribuente possa dedurre,

fino ad un massimo di 1.820 euro dal proprio reddito complessivo le spese sostenute per gli addetti alla propria assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. Le spese sono deducibili anche se sostenute nell'interesse del coniuge, dei figli (legittimi o legittimati o naturali o adottivi), dei genitori e, in loro mancanza, degli ascendenti prossimi, anche naturali, degli adottanti, dei generi e delle nuore, del suocero e della suocera, dei fratelli e delle sorelle germani o unilaterali. Riportiamo di seguito il testo della Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 2/E del 3 gennaio 2005 che ha fornito i chiarimenti sull'applicazione della nuova disposizione.

AGENZIA DELLE ENTRATE
CIRCOLARE N. 2 DEL 3 GENNAIO 2005
DEDUZIONE PER ADDETTI ALL'ASSISTENZA PERSONALE
DEI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La disposizione di cui al comma 349, lettera b), numero 3) l.f. - inserendo il nuovo comma 4-bis all'articolo 12 del TUIR - prevede una nuova deduzione, spettante in relazione alle spese sostenute dal contribuente per gli addetti alla propria assistenza personale, nell'ipotesi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. La deduzione spetta anche in relazione a spese che siano state sostenute per le persone di cui all'articolo 433 del codice civile. La disposizione non prevede che il familiare assistito sia a carico del soggetto che sostiene la spesa. Pertanto, la deduzione compete anche se il familiare non sia nelle condizioni per essere considerato a carico.

Non è necessario, inoltre, che il familiare non autosufficiente conviva con il soggetto che sostiene l'onere.

Sono considerati non autosufficienti nel compimento degli atti della vita quotidiana i soggetti che non siano in grado, ad esempio, di assumere alimenti, di espletare le funzioni fisiologiche e provvedere all'igiene personale, di deambulare, di indossare gli indumenti.

Inoltre, deve essere considerata non autosufficiente anche la persona che necessita di sorveglianza continuativa.

Lo stato di non autosufficienza può essere indotto dalla ricorrenza anche di una sola delle condizioni, come sopra esemplificativamente richiamate, che lo determinano.

Lo stato di non autosufficienza deve risultare da certificazione medica.

La deduzione non compete pertanto per spese di assistenza sostenute a beneficio di soggetti come, ad esempio, i bambini quando la non autosufficienza non si ricollega all'esistenza di patologie.

La deduzione in questione, al pari di quelle previste per oneri familiari, non si applica automaticamente, ma mediante il meccanismo di calcolo prima esaminato, diretto ad individuare quanta parte della deduzione stessa i contribuenti possano effettivamente far valere. In particolare, le deduzioni spettano per la parte corrispondente al rapporto tra l'ammontare di 78.000 euro, a cui occorre aggiungere l'importo della deduzione in esame, di quelle per oneri familiari e degli oneri deducibili ex articolo 10 del TUIR, e quindi sottrarre il reddito complessivo, e l'importo di 78.000 euro. Se il risultato del rapporto è maggiore o uguale a 1, la deduzione compete per intero; se

è pari a zero o minore di zero, la deduzione non compete; se è compreso tra zero ed 1, per il calcolo della deduzione vengono computate le prime quattro cifre decimali del rapporto stesso. Si sottolinea che ai fini del calcolo soprariportato, in caso di coesistenza di oneri per gli addetti all'assistenza personale e di oneri per familiari a carico, gli stessi devono essere congiuntamente considerati al numeratore della frazione. L'importo di € 1.820 deve essere considerato come l'importo teorico massimo da utilizzare nell'applicazione del meccanismo diretto ad individuare la parte effettivamente deducibile dal reddito. Tale importo deve essere considerato con riferimento al singolo contribuente a prescindere dal numero dei soggetti cui si riferisce l'assistenza. In sostanza, se un contribuente ha sostenuto spese per sé e per uno dei familiari di cui all'art. 433 del c.c., l'importo teorico utilizzabile resta comunque quello di € 1.820. Lo stesso importo di € 1.820 deve essere considerato quale soglia teorica massima nell'ipotesi in cui più contribuenti hanno sostenuto spese per assistenza riferita allo stesso familiare. In tal caso, l'importo teorico deve essere diviso tra i soggetti che hanno sostenuto la spesa. Naturalmente, se la spesa sostenuta per l'assistenza non raggiunge il limite di € 1.820, l'ammontare massimo di deduzione teoricamente spettante coinciderà con l'importo della spesa stessa.

Ai fini della deduzione, le spese devono risultare da idonea documentazione, che può anche consistere in una ricevuta debitamente firmata, rilasciata dal soggetto che presta l'assistenza.

La documentazione deve contenere gli estremi anagrafici e il codice fiscale del soggetto che effettua il pagamento e di quello che presta l'assistenza. Se la spesa è sostenuta in favore di un familiare, nella ricevuta devono essere indicati anche gli estremi anagrafici e il codice fiscale di quest'ultimo. La deduzione in commento non pregiudica la possibilità di dedurre ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del TUIR, i contributi previdenziali obbligatori versati.

Si ricorda, a tal fine, che la menzionata disposizione prevede la deducibilità, nel limite di € 1.549,37, dei contributi previdenziali e assistenziali obbligatori versati per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare.

CONTRASSEGNO INVALIDI

Il contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta può essere richiesto dalle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (D.P.R. 495/92) e i non vedenti (D.P.R. 503/96)

Permette di:

- Sostare gratuitamente nelle aree destinate appositamente alle persone disabili e nei posteggi pubblici a pagamento
- Circolare nelle zone a traffico limitato e nelle aree pedonali ove sia autorizzato l'accesso ad almeno una categoria di veicoli preposti a servizi di pubblica utilità
- Circolare liberamente nelle corsie riservate ai taxi
- Sostare gratuitamente nelle aree riservate ai residenti

Si richiede:

- Al Sindaco del proprio Comune di appartenenza.

Documenti necessari per il rilascio del contrassegno:

- Certificato di deambulazione sensibilmente ridotta rilasciato dalla ASL di competenza (Medicina legale) o copia del verbale di invalidità

rilasciato dalla ASL di competenza (Commissione Sanitaria di Prima Istanza) riportante i codici 05, 06, 08, 09.

- Documento di identità del richiedente e, nel caso, della persona delegata (delega in carta semplice)
- N. 1 fotografia recente, formato tessera
- Eventuale contrassegno in scadenza
- € 0,77 per le spese di emissione

Scadenza:

- Se l'invalidità è permanente dura 5 anni, se temporanea è pari al periodo di invalidità attestata dalla certificazione della ASL di appartenenza.

Rinnovo:

- Certificato del medico di base attestante le immutate condizioni o copia del verbale di invalidità rilasciato dalla ASL di competenza, esclusivamente con codici 05, 06, 08, 09.

Il contrassegno approvato dal "Regolamento al Codice della Strada" è riconosciuto in tutto il territorio italiano ed è concesso a prescindere dalla titolarità di una patente di guida o dalla proprietà di una autovettura.

PROVVIDENZE ECONOMICHE PER INVALIDI CIVILI, CIECHI CIVILI E SORDOMUTI: IMPORTI E LIMITI PER IL 2005

La Direzione Centrale delle Prestazioni dell'INPS con messaggio n. 41682 del 22 dicembre 2004 ha indicato gli importi previsionali e i limiti di reddito relativi alle provvidenze economiche a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti per l'anno 2005.

Nella tabella che segue riportiamo gli importi in euro, comparati con quelli del 2004.

Tipo di provvidenza	Importo		Limite di reddito	
	2005	2004	2005	2004
Pensione ciechi civili assoluti	252,91	248,19	13.739,69	13.430,78
Pensione ciechi civili assoluti (se ricoverati)	233,87	229,50	13.739,69	13.430,78
Pensione ciechi civili parziali	233,87	229,50	13.739,69	13.430,78
Pensione invalidi civili totali	233,87	229,50	13.739,69	13.430,78
Pensione sordomuti	233,87	229,50	13.739,69	13.430,78
Assegno mensile invalidi civili parziali	233,87	229,50	4.017,26	3.942,25
Indennità mensile frequenza minori	233,87	229,50	4.017,26	3.942,25
Indennità accompagnamento ciechi civili assoluti	669,21	649,15	Nessuno	Nessuno
Indennità accompagnamento invalidi civili totali	443,83	436,77	Nessuno	Nessuno
Indennità comunicazione sordomuti	223,38	220,18	Nessuno	Nessuno
Indennità speciale ciechi ventesimisti	161,30	157,69	Nessuno	Nessuno
Lavoratori con drepanocitosi o talassemia major	420,02	412,18	Nessuno	Nessuno

CONVEGNI E INCONTRI

Killarney, Irlanda
DEMENTIA MATTERS XV CONFERENZA ALZHEIMER EUROPE
 9-12 giugno 2005
 Great Southern Hotel
 Killarney
 tel +35312846616
 fax +35312846030
 info@alzheimier.ie
 www.alzheimier.ie

Washington, Usa
PREVENZIONE DELLA DEMENTIA CONFERENZA DELL'ALZHEIMER'S ASSOCIATION
 18-21 giugno 2005
 prevention@alz.org
 www.alz.org/Events/preventionconference.asp

Istanbul, Turchia
XXI CONFERENZA INTERNAZIONALE ADI
 28 settembre-1 ottobre 2005
 Topkon Travel Ltd.
 congress@topkon.com
 www.topkon.com

Cernobbio, Italia
XXXVI CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA
 8-12 ottobre 2005
 www.neuro.it

Firenze, Italia
50° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI GERIATRIA E GERONTOLOGIA
 9-13 novembre 2005
 G&G Congressi srl
 congressi@gegcongressi.com

ALZHEIMER

ITALIA

Direttore responsabile: *Gabriella Salvini Porro*
 Editore: *Alzheimer Milano*,
 Via T. Marino 7 - 20121 Milano
 Tel. 02/809767 r.a., fax 02/875781
 e-mail: alzit@tin.it
 www.alzheimer.it

Coordinamento redazionale: *Claudia Boselli*
 In redazione: *Gabriele Carbone, Giovanni B. Frisoni, Alessandro Nobili, Marina Presti*
 Segreteria: *Emanuela Nonna*
 Grafica: *Adriana Bolzonella*
 Stampa: *Grafiche Moretti S.p.A. - Segrate (MI)*
 Registr. Tribunale di Milano n° 862, 14/12/1991



ALZHEIMER ITALIA®

La forza di non essere soli

Siamo un faro per i malati di Alzheimer



ALZHEIMER ITALIA®

La forza di non essere soli.

Via Tommaso Marino, 7 20121 Milano

Tel. 02.809767 - Fax 02.875781

E-mail: alzit@tin.it

www.alzheimer.it