



Direzione generale sanità e politiche sociali

**Le competenze e le funzioni
dello psicologo
nell'ambito degli interventi
alle persone affette da demenza e
ai loro familiari**

Ottobre

2005

INDICE

Premessa	Pag. 3
Le funzioni e le competenze dello psicologo nell'approccio al paziente	Pag. 4
La Valutazione	Pag. 4
Valutazione Cognitiva	Pag. 4
Valutazione Affettivo-comportamentale e relazionale	Pag. 6
La comunicazione della diagnosi al malato e alla famiglia	Pag. 7
Valutazione Funzionale	Pag. 8
Le funzioni e le competenze dello psicologo nell'approccio alla famiglia	Pag. 9
Aspetti Conoscitivi	Pag. 9
Indicatori del rischio di disagio psicologico del familiare	Pag. 9
Gli strumenti di valutazione del familiare	Pag. 10
Il ruolo dello psicologo nell'ambito dell'intervento con i familiari	Pag. 11
Le funzioni e le competenze dello psicologo in relazione alle altre figure professionali	Pag. 12
Formazione	Pag. 12
Supporto	Pag. 12
Familiari	Pag. 13
ALLEGATO 1	Pag. 14
Elenco test per domini cognitivi	
ALLEGATO 2	Pag. 15
Profili di valutazione	
ALLEGATO 3	Pag. 16
Bibliografia Test	
ALLEGATO 4	Pag. 22
Indicazioni bibliografiche problematiche dei familiari	
ALLEGATO 5	Pag. 22
Indicazioni bibliografiche problematiche degli operatori	
Contributi	Pag. 23

PREMESSA

Il Progetto regionale demenze (Del. G.R. n. 2581 del 30/12/99) si pone l'obiettivo di garantire una diagnosi adeguata e tempestiva, prevedendo la creazione di una rete di Consultori per le demenze con diverse funzioni, conseguite grazie alla collaborazione di differenti professionisti: medico specialista (geriatra, neurologo), psicologo, infermiere, operatore con esperienza nei servizi per anziani.

Per la figura professionale dello psicologo viene sottolineata, a titolo indicativo, l'esperienza in ambito neuropsicologico, nella gestione delle sindromi demenziali e dei rapporti con i familiari dei malati. A tre anni dall'avvio del Progetto regionale demenze si è assistito ad un progressivo aumento degli psicologi che prestano la loro attività nei Consultori e nei Centri delegati (circa 40 psicologi al 31.12.2003), per cui si è sentita la necessità di costituire un gruppo regionale per una più appropriata definizione delle funzioni e delle competenze di questi professionisti. Il presente documento nasce perciò con la precisa intenzione di creare maggiore omogeneità per le modalità di lavoro, per condividere strumenti ed obiettivi, per avviare momenti di confronto e crescita professionale. Dall'esperienza acquisita "sul campo" è emerso che le competenze richieste allo psicologo, che opera nel contesto delle demenze, riguardano diversi ambiti: quello cognitivo, quello comportamentale e quello relazionale. Più precisamente lo psicologo, in ambito gerontologico, si occupa di "fatti mentali" che, di volta in volta, possono assumere concretezza nelle funzioni e nelle capacità cognitive dell'individuo, oppure nei suoi vissuti, modelli relazionali e risposte comportamentali. Qualunque sia il fenomeno osservato, occorre predisporre strumenti di valutazione, quantificazione, descrizione, analisi delle risorse e programmazione degli interventi necessari a favorire il benessere e la salute della persona. Nell'ambito del corso di studi in Psicologia alcune competenze sono condivise da parte di tutti gli orientamenti, mentre altre dimensioni fanno parte di percorsi specifici acquisiti, fino ad alcuni anni fa, all'interno del Corso di Laurea in Psicologia, ora affidate al Corso di Scienze del Comportamento e delle Relazioni Sociali con percorsi successivi alla laurea attraverso corsi di specializzazione o di perfezionamento. Nell'affrontare i temi di discussione, il gruppo regionale si è suddiviso in tre sottogruppi, in base alle relative aree di maggiore interesse ed intervento, nell'ambito della problematica della demenza:

- Il paziente
- La famiglia
- Gli altri operatori

dopo una prima elaborazione per sottogruppi, i contenuti emersi sono stati riportati al gruppo allargato, condivisi e formalizzati nei paragrafi seguenti.

LE FUNZIONI E LE COMPETENZE DELLO PSICOLOGO NELL'APPROCCIO AL PAZIENTE

Il ruolo dello psicologo è apparso assai diversificato nelle singole realtà rappresentate dai partecipanti. Le diversità sono da imputare alle differenze nei percorsi e nei tipi di organizzazione dei Consultori e dei Centri delegati che interessa in particolare le figure professionali coinvolte.

Nell'approccio al paziente il ruolo dello psicologo si realizza attraverso:

1) LA VALUTAZIONE

- a. la valutazione cognitiva
- b. la valutazione affettivo-comportamentale
- c. la valutazione funzionale
- d. aspetti relazionali e di comunicazione

2) GLI INTERVENTI

- a. sugli aspetti affettivi
- b. cognitivi sul malato
- c. di supporto e consulenza agli operatori

LA VALUTAZIONE

A) VALUTAZIONE COGNITIVA

Quest'ambito prevede un coinvolgimento dello psicologo a più livelli:

Livello di valutazione di base o di screening per il deterioramento cognitivo che può essere condivisa con le altre figure professionali coinvolte nella valutazione clinica del paziente. A questo proposito è necessario:

- 1) *una accurata raccolta anamnestica* dei dati forniti dal paziente e dalla sua famiglia (possibilmente con quantificazione mediante scale come CDR e GDS);
- 2) *colloquio clinico con osservazione diretta* del paziente ed esame informale
- 3) *esame formale con strumenti quantitativi* e standardizzati di primo livello (almeno MMSE e/o MODA o MDB o altri strumenti)

Livello di valutazione neuropsicologica di approfondimento che viene utilizzata con i seguenti obiettivi:

- confermare il sospetto diagnostico di deterioramento cognitivo
- definirne l'entità
- caratterizzarlo qualitativamente
- contribuire all'inquadramento nosografico

- fornire indicazioni di carattere prognostico
- offrire elementi per la programmazione dell'intervento terapeutico

Tale valutazione è un indice di qualità del lavoro diagnostico, per cui è auspicabile un approfondimento testistico in tutti i casi in corso di definizione diagnostica, ma è particolarmente indicata per:

- casi di difficile inquadramento clinico-anamnestico e strumentale
- forme iniziali
- casi ad esordio presenile

Essa si avvale di strumenti complessi il cui elenco varia a seconda delle realtà locali.

La scelta di tali strumenti deve tenere conto:

- del grado di compromissione cognitiva
- del tipo di sospetto diagnostico
- della concomitante patologia neurologica cui il deterioramento cognitivo è legato.

A tale scopo si fornisce, nell'allegato I, un elenco dei principali test per i quali è disponibile una taratura, raggruppati per domini cognitivi. La loro combinazione permetterà di avere a disposizione il profilo più idoneo in rapporto al sospetto diagnostico. L'approfondimento può essere variato a seconda delle esigenze cliniche del caso, prevedendo anche tappe successive.

Per quanto riguarda gli strumenti si raccomanda di tenere in considerazione i seguenti riferimenti:

- 1) il documento regionale "Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza"(ottobre, 2000);
- 2) la "Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici" di Spinnler e Tognoni, ed altre fonti per cui si rimanda all'allegato .

La valutazione di approfondimento o di secondo livello richiede una competenza specifica, che può essere posseduta anche da altre figure professionali, quali il neurologo e il geriatra. E' tuttavia auspicabile che tale valutazione sia svolta da uno psicologo con specifica formazione. Nel vecchio ordinamento dei corsi di laurea in psicologia era assente un iter accademico formale della figura di neuropsicologo per cui si rendeva necessario, per il corretto utilizzo degli strumenti di valutazione neuropsicologica, una conoscenza metodologica molto rigorosa che si poteva acquisire solamente mediante la formazione o presso un laboratorio di neuropsicologia clinica con certificata esperienza pluriennale o con la frequentazione di corsi di perfezionamento specifici.

Con la attuale riforma universitaria, in molte facoltà di Psicologia delle Università italiane, sono previste delle lauree specialistiche con indirizzo specifico in neuropsicologia adatte alla formazione di psicologi che possono svolgere questa funzione.

B) VALUTAZIONE AFFETTIVO-COMPORTAMENTALE E RELAZIONALE

Lo scopo della valutazione in questa area si concentra su alcune dimensioni importanti correlate con l'evoluzione della malattia. La raccolta delle informazioni può essere effettuata sia dai familiari del paziente che dagli operatori (a seconda del contesto in cui viene valutato il paziente) e riguarda:

1) La coscienza di malattia e il grado di consapevolezza (insight) delle difficoltà in merito al disturbo.

Questo percorso può essere effettuato attraverso la raccolta di conoscenze che riguardano la storia personale, socio-culturale e familiare dell'utente, nonché le sue attitudini inerenti il desiderio ed il tipo di informazioni di cui vorrebbe essere messo a conoscenza. Per la valutazione dell'insight si può far ricorso alla scala CIRS.

2) Le risposte affettivo-emoive conseguenti all'esordio e la progressione di malattia. A questo scopo possono essere utilizzati sia strumenti di auto o etero valutazione; quelli più in uso sono i seguenti: Beck, GDS, HADS, Hamilton, Zung, scala D del CBA, Cornell Depression Scale, a cui si aggiungono informazioni tramite l'osservazione e l'incontro con i familiari. Potrebbe essere auspicabile l'uso di scale che valutano il livello di disagio psicologico globale quale il GHQ, lo HADS e la QOL e la sezione riguardante i disturbi affettivi della scala NPI.

3) Le risposte di adattamento in particolare nella fase iniziale di malattia e le risorse personali e relazionali disponibili che possono influenzare sia le risposte affettive (ritiro sociale, isolamento, apatia, depressione, tentativi di riduzione e/o di contenimento del danno) che quelle comportamentali (reazioni aggressive, ansia, agitazione, irritabilità, negazione).

4) I disturbi del comportamento per la valutazione dei quali possono essere utilizzati alcuni strumenti come: NPI, ICS, SVEBA e SRT. Queste informazioni possono essere raccolte attraverso un colloquio con un'intervista semi-strutturata con il familiare.

Obiettivo della valutazione affettivo-comportamentale e relazionale è fornire una visione accurata ed integrata di domande e risorse ai fini di un'adeguata programmazione dell'intervento. Questo tipo di analisi è particolarmente utile in particolare nelle fasi iniziali della malattia e al momento della diagnosi in quanto permette una organizzazione del tipo di restituzione da offrire al malato e alla sua famiglia e delle possibilità di un intervento di supporto.

Per i riferimenti bibliografici si rinvia al documento regionale che si può consultare al seguente indirizzo web:

<http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/approfondimenti/lineeguida.htm>

C) LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI AL MALATO E ALLA FAMIGLIA

Un compito importante, per coloro che svolgono la propria attività nell'ambito dei Centri per le demenze, è quello inerente le informazioni sulla patologia da fornire al paziente e alla sua famiglia. Il delicato processo di comunicazione della diagnosi si avvale delle informazioni acquisite nel corso dell'iter di valutazione descritto in precedenza. In questo modo, lo psicologo fornisce al medico gli strumenti per impostare la strategia di comunicazione migliore, ed affiancarlo in questo difficile compito. Inoltre, le stesse informazioni acquisite nel corso dell'iter di valutazione, potranno essere utili anche per il primo ed i successivi interventi di sostegno al paziente ed ai familiari. La raccolta delle informazioni richiede l'individuazione di modalità adeguate con particolare attenzione a quanto il malato e la sua famiglia vogliono sentirsi riferire: per il malato, nello specifico, è opportuno tenere conto anche del suo livello di compromissione cognitiva. Il tipo di linguaggio utilizzato ed il momento in cui avviene la comunicazione delle informazioni deve tener conto delle condizioni emotive del malato e del familiare.

Nell'atto specifico della comunicazione diagnostica occorre preservare il concetto di presa in carico per cui il professionista che comunica dovrebbe essere il referente della situazione clinica, mentre lo psicologo, in un contesto multidisciplinare, può mettere a disposizione le informazioni acquisite dal colloquio sostenendo, ove necessario, il processo comunicativo. Potrebbe essere necessario, su alcune situazioni specifiche, un lavoro di équipe al fine di organizzare le modalità congrue per fornire una comunicazione efficace all'utente ed ai suoi familiari.

In tutto il percorso della valutazione la competenza dello psicologo si realizza anche attraverso la messa a punto delle migliori condizioni per la raccolta delle informazioni in particolare con la definizione di:

- modalità di somministrazione dei test psicometrici e neuropsicologici*
- setting*
- capacità e modalità di colloquio interpersonale*
- capacità di non interferire sulle prestazioni fornite in modo tale da non inficiare i risultati*

Il gruppo, su quest'area, ha convenuto su una carenza in termini di definizione di competenza e di azioni necessarie con conseguente deficit di consapevolezza da parte degli operatori circa il proprio ruolo nel complesso approccio al malato con demenza e alla sua famiglia. Occorre non sottovalutare l'importanza di assicurare una accurata messa a punto dell'ambiente e delle

modalità relazionali da instaurare con il paziente e con i familiari per somministrare scale e test di valutazione, oltre alla necessità di rispettare scrupolosamente le metodologie di somministrazione previste, evitando di influenzare la prestazione.

D) VALUTAZIONE FUNZIONALE

Questa dimensione è quella che necessita di minori competenze psicologiche in quanto rappresenta una dimensione trasversale che può essere espletata anche dal medico o da altri operatori. Gli strumenti che vengono maggiormente utilizzati sono BADL (Katz et al., 1963), IADL (Lawton & Brody, 1969) alle quali vengono talvolta aggiunti altri strumenti utilizzati nella prassi della valutazione multidimensionale in geriatria quali per es. PPT, MNA, BANSS e Tinetti i cui riferimenti bibliografici sono inclusi in un precedente documento regionale (“Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza”) che si può consultare al seguente indirizzo web: <http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/appfondimenti/lineeguida.htm>

Il gruppo ha formulato inoltre una riflessione circa la possibilità, per lo psicologo, della progettazione del piano di intervento con particolare attenzione agli interventi di stimolazione cognitiva e psicosociali.

Si può presupporre che il ruolo dello psicologo possa svolgersi su tre livelli:

a. Intervento di tipo psicologico sugli aspetti affettivi e comportamentali, in particolare nelle fasi iniziali della demenza ed in presenza di sintomi depressivi, con interventi di gruppo, individuali o specifiche tecniche di stimolazione affettiva (es. reminescenza).

b. Per le attività di stimolazione cognitiva, contributo alla formulazione del tipo di intervento necessario ed alla sua pianificazione, e talora anche esecuzione in prima persona degli interventi sul paziente. A questo scopo può essere utile una valutazione delle capacità residue del paziente.

c. Supporto ad altri operatori che svolgono interventi a favore di soggetti con demenza in quanto molti interventi comprendono una componente relazionale ed emotiva che può influire negativamente sia sul conduttore che sull'utente.

Dalle precedenti considerazioni si evince che per il ruolo dello psicologo nell'approccio e nella gestione del paziente con demenza, alcune competenze sono sufficientemente definite ed utilizzate mentre altre rimangono da approfondire. A tale scopo potrebbe essere auspicabile un raccordo interdisciplinare continuo al fine di procedere ad un arricchimento comune.

LE FUNZIONI E LE COMPETENZE DELLO PSICOLOGO NELL'APPROCCIO ALLA FAMIGLIA

La scelta di questo tema rispecchia l'importanza dell'argomento sottolineato anche dalla delibera regionale succitata (Progetto demenze).

L'esperienza sul campo e la ricerca hanno mostrato con evidenza che le famiglie costituiscono risorse terapeutiche importanti nella cura e nell'assistenza dei pazienti dementi. La mancanza di conoscenze, da parte dei familiari, sulle caratteristiche sintomatologiche ed il decorso della demenza può generare reazioni di critica, ostilità o di eccessivo coinvolgimento che peggiorano la relazione con il malato ed il percorso assistenziale. L'aiuto al familiare mira ad aumentare le conoscenze sulla malattia, a contenere le risposte emotive disadattive nei confronti del malato, a migliorare le capacità di risoluzione dei problemi quotidiani, a ottimizzare il carico di lavoro assistenziale e a ridurre il carico soggettivo (intendendo, con quest'ultima definizione, il complesso di reazioni psicologiche negative derivanti dalla convivenza con un familiare gravemente disturbato).

L'impatto della malattia sul familiare investe diversi aspetti: fisico, psicosociale ed economico. In questo contesto il ruolo dello psicologo è riferito alle problematiche individuali, interpersonali e sociali del familiare. I bisogni dei familiari riguardano:

1) ASPETTI CONOSCITIVI

a) la comprensione delle problematiche relative alla malattia;

b) la conoscenza del significato relazionale dei sintomi;

c) i mutamenti circa la relazione col malato nelle diverse fasi di malattia (il bisogno di reciprocità, di supporto relazionale, di confronto e di interazione, il problema della solitudine e dell'isolamento, le preoccupazioni circa il futuro del malato ed anche per il proprio, le modificazioni del ruolo sociale e familiare, le responsabilità decisionali ed il loro sovraccarico, il senso di "imprigionamento" esperito, la mancanza di tempo libero, le necessità di supporto e condivisione);

d) la necessità di sviluppare dei modelli adattivi in risposta ai cambiamenti determinati dalla malattia a livello della vita individuale e familiare (organizzazione del futuro).

2) INDICATORI DEL RISCHIO DI DISAGIO PSICOLOGICO DEL FAMILIARE

Il contatto con il familiare avviene in contemporanea con quello del paziente per cui potrebbe essere utile individuare dei parametri che possano facilitare una richiesta mirata per una consulenza psicologica. Dall'analisi della letteratura e dall'esperienza dei partecipanti al gruppo regionale, i fattori, che rendono più fruibile un intervento psicologico, sono i seguenti:

- la presenza di disagio psicologico espresso (ansia e depressione) ;
- isolamento sociale (mancanza di contatti sociali e scarse relazioni interpersonali);

- giovane età del familiare e del malato;
- genere femminile del familiare ;
- legame di parentela (coniuge e/o figlio unico) ;
- durata di malattia inferiore a 4 – 5 anni;
- livello educativo elevato;
- presenza di conflitti relazionali precedenti l'esordio della malattia.

3) GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL FAMILIARE

Seguendo quanto descritto precedentemente potrebbero essere utilizzati i seguenti strumenti per la rilevazione del disagio da utilizzare nella fase iniziale del contatto:

per la rilevazione del disagio psicologico si può utilizzare una scala breve che valuti l'ansia e la depressione. Le scale disponibili a riguardo per la popolazione italiana sono la Hospital Anxiety Depression Scale, ed il Brief Symptom Inventory.

Per la rilevazione delle altre dimensioni, precedentemente citate, è sufficiente predisporre una scheda che permetta di raccoglierle attraverso l'anamnesi personale e familiare durante il primo incontro.

Questa scelta è determinata dalla necessità che gli strumenti debbano avere una ricaduta clinica piuttosto che di ricerca, al fine di comprendere al meglio il bisogno del familiare e, conseguentemente a ciò, attivare l'intervento più appropriato. A tal fine parrebbero necessari pochi strumenti (due o tre), oltre che la dovuta attenzione ad alcuni indicatori di rischio che potrebbero orientare l'uso dei servizi psicologici.

RUOLO DELLO PSICOLOGO NELL'AMBITO DELL'INTERVENTO CON I FAMILIARI

Il ruolo dello psicologo in questa area può essere articolato nel modo seguente:

I° LIVELLO - CONTATTO / INFORMAZIONE: fornire informazioni riguardanti la malattia ed i cambiamenti a livello del malato e del familiare per quanto concerne gli aspetti psicologici, informazioni inerenti tecniche di gestione dei problemi di tipo psicologico e comportamentale del malato, informazioni sulle conseguenze del lavoro assistenziale e sulle modalità di gestione dello stress e del disagio psicologico.

II° LIVELLO – CONSULENZA: in questo ambito lo psicologo può fornire degli interventi di consulenza per il familiare sulle difficoltà del lavoro assistenziale che possono essere riferite sia al singolo che al contesto familiare allargato.

III° LIVELLO – INTERVENTO: interessa quelli che possono essere interventi più propriamente di carattere terapeutico (individuali e/o di gruppo). La scelta della tipologia di questo intervento sarà effettuata dallo psicologo in base alle situazioni specifiche, nonché al suo bagaglio professionale e formativo con particolare riferimento alla legge nazionale sull'ordinamento dell'attività dello psicologo (L.56/89), che all'Art.3 "Esercizio dell'attività psicoterapeutica" dispone che: *"l'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali.."*

Il gruppo sottolinea l'importanza del lavoro di équipe nell'approccio alla problematica in oggetto attraverso la condivisione delle informazioni e la comunicazione reciproca. Anche in questo ambito viene rilevata la necessità di integrazione sia clinica che neuropsicologica ma anche quella più allargata, al fine di restituire al familiare la formulazione diagnostica.

Oltre a ciò occorre considerare la continuità dell'intervento e le modalità con cui può essere svolto tenendo conto della fase della malattia. Indicazioni bibliografiche inerenti le problematiche dei familiari sono comprese nell'allegato 4.

LA FUNZIONE E LE COMPETENZE DELLO PSICOLOGO IN RELAZIONE ALLE ALTRE FIGURE PROFESSIONALI (OPERATORI DEI SERVIZI) COINVOLTE NEL LAVORO CON LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Tale attenzione scaturisce dalla condivisa definizione di “area critica” del lavoro clinico-assistenziale con pazienti affetti da Alzheimer; pazienti complessi in quanto affetti da una grave patologia, cronica e invalidante, accompagnata spesso da disturbi psicopatologici, difficoltà relazionali e comunicative che coinvolge tutti gli aspetti dell’esistenza della persona; questi aspetti hanno un forte impatto emotivo e sociale oltre che sulla famiglia anche sugli operatori impegnati in un’assistenza spesso continuativa.

Gli operatori che si occupano quotidianamente di persone affette da demenza possono incorrere in sensazioni di inadeguatezza, inutilità, impotenza, possono diventare i “contenitori” dei vissuti di solitudine, dolore, angoscia dei pazienti e dei loro familiari. Ciò è causa di disagio e burn out negli operatori per i quali diventa sempre più difficoltoso gestire le problematiche del paziente con conseguente riduzione della qualità dell’assistenza fornita. Nell’ottica di un approccio multidisciplinare e multidimensionale a una problematica cronica e invalidante diventa importante porre l’attenzione al benessere di coloro che si occupano di malati e familiari.

Il ruolo dello psicologo in quest’ambito può declinarsi su tre aree specifiche:

FORMAZIONE

Lo psicologo può contribuire, in ambito formativo rivolto ad operatori dell’area socio-sanitaria e del volontariato, alla relazione e alla gestione delle interazioni con i malati e le loro famiglie. La formazione dovrebbe quindi privilegiare gli elementi utili a ottimizzare e personalizzare il lavoro assistenziale con la possibilità di sviluppare modalità di comunicazione più efficace. I contenuti della formazione riguardano:

- le modalità comportamentali del paziente*
- le dinamiche relazionali della famiglia*
- le problematiche cognitive del paziente*
- le dinamiche relazionali operatore-paziente ed operatore-famiglia*
- lo sviluppo delle capacità della relazione d’aiuto*

SUPPORTO

Lo psicologo può essere di aiuto agli operatori nell’elaborazione dei piani assistenziali e delle strategie di intervento privilegiando la metodologia dell’analisi del caso. Particolare attenzione deve essere posta alle dinamiche suscitate dalla situazione specifica e sulle possibili conseguenze che queste riflettono sul piano relazionale ed organizzativo.

FAMILIARI

Altro compito dello psicologo è quello di favorire un rapporto di collaborazione con i familiari del malato, chiarendo agli operatori i fattori che possono innescare un'interazione competitiva. Quest'area di intervento ha come obiettivo quello di favorire una maggiore competenza assistenziale e relazionale dalla quale deriva anche un benessere che rappresenta un punto fondamentale nella realizzazione di un servizio qualificato e rispondente ai bisogni dei singoli e delle famiglie. La continuità dell'intervento è condizione essenziale per ottenere un miglioramento nella relazione d'aiuto anche in un'ottica di prevenzione del burn-out.

Un aspetto evidenziato dal gruppo riguarda l'importanza dell'integrazione delle diverse figure professionali che lavorano sia all'interno dei Centri per le demenze (Esperti e/o distrettuali), sia sul territorio, per una valutazione medica, psicologica e sociale dei bisogni del paziente e della sua famiglia. Come sottolineato in diversi punti del presente documento, tale valutazione deve essere svolta a diversi livelli e prevedere la possibilità di lavoro multiprofessionale ai fini di una reale integrazione. La complessità e la multidimensionalità dei bisogni dei malati di demenza non può essere disgiunta dalle risposte disponibili nelle diverse realtà locali; a tale riguardo diventa centrale il lavoro di équipe che ha il compito di integrare, formulare e decidere le strategie di risposta nell'ambito di un piano di intervento che raccoglie i bisogni di cura globale. In questo contesto andrebbero sviluppate delle modalità utili a rendere più efficiente ed efficace il lavoro delle varie équipes dei diversi servizi che hanno in carico il caso. Rimane da chiarire come la presenza dello psicologo, quale membro dell'équipe di lavoro, possa assolvere alla funzione di aiuto alla ricomposizione delle diverse letture sul caso.

Indicazioni bibliografiche sulle problematiche degli operatori in ambito gerontologico sono contenute nell'allegato 5.

ALLEGATO 1

Elenco dei test raggruppati per domini cognitivi

Orientamento

Prima parte del MODA (Milan Overall Dementia Assessment) e prima parte del MMSE

Attenzione

attenzione selettiva: Matrici Attentive, Test di Stroop.

attenzione divisa: Dual task, Trail making, PASAT,

Linguaggio

Prove di denominazione visiva (Boston Naming Test, Test di Denominazione Visiva di Sartori).

Test di Denominazione Verbale

Prove di fluenza (fluency semantica, fluency fonemica).

Prove di comprensione (Token Test, Pizzamiglio-Parisi).

Sono inoltre disponibili scale e batterie specifiche per l'analisi dei deficit di linguaggio che, nel caso di pazienti con sospetta demenza, possono essere utilizzate in parte o completamente in relazione al sospetto diagnostico del neuropsicologo (BADA, Test Internazionale dell'Afasia, Aachen Aphasia Test).

Memoria a lungo termine

- verbale: apprendimento di coppie di parole, apprendimento 15 parole di Rey, test di Babcock, test Buschke-Fuld, curva di posizione seriale

- spaziale: apprendimento supra-span

- visiva: facce ricorrenti, figura complessa di Rey (riproduzione differita)

- memoria per fatti pubblici

- mem. Semantica: batteria di Sartori, test di Laiacina

- mem. Autobiografica: test di Crovitz-Schiffman

Memoria a breve termine

verbale: span di parole bisillabe, digit span

spaziale: span di cubi (test di Corsi)

visiva: memoria visiva immediata BDM

Funzioni visuo-spaziali e percettive

orientamento di Linee di Benton

copia immediata della figura complessa di Rey

Matrici Progressive di Raven

X-O di Warrington

Street's Test

Figure sovrapposte di Ghent

Figure degradate di Gollin

Talland Test

test delle mani

test delle coppie

riconoscimento di volti ignoti

test dell'orologio

Funzioni esecutive/frontali

attenzione selettiva:

matrici attentive, test di Stroop

test di stime cognitive (STEP)

FAB

Matrici Progressive di Raven PM 38

Matrici Progressive di Raven PM 47

Subtest delle analogie della Scala WAIS

Giudizi verbali

WCST

Weigl Sorting test

Torri di Londra/Hanoi

Gambling Task

Prassie

aprassia costruttiva: test di copia di figure geometriche, copia immediata figura complessa di Rey

aprassia ideo-motoria: test imitazione di gesti

aprassia ideativa: esecuzione di attività complesse (test per l'aprassia ideativa)

aprassia bucco-facciale: test per l'esame dell'aprassia bucco-facciale

I riferimenti bibliografici delle prove menzionate sono riportati nella parte conclusiva di questo documento.

ALLEGATO 2

Profili di valutazione

Sulla base della caratterizzazione dei test riportata nell'All. 1, si possono proporre profili di valutazione che dovrebbero essere maggiormente sensibili alle diverse forme di demenza.

DEMENZA DI ALZHEIMER

Tutte le funzioni cognitive sono interessate, con compromissione di solito più precoce e intensa della memoria a lungo termine, per cui si consiglia una valutazione che comprenda tutte le aree cognitive (Memoria. Attenzione Linguaggio, Prassie); necessario anche l'esame delle alterazioni comportamentali.

DEMENZA VASCOLARE

Interessamento settoriale e variabile di diverse funzioni cognitive, spesso con una prevalenza di aspetti sottocorticali (rallentamento, disturbi di attenzione, di memoria, delle funzioni esecutive).

DEMENZA FRONTO-TEMPORALE

Comprende diverse situazioni cliniche in cui possono prevalere i disturbi di linguaggio (Afasia Lentamente Progressiva), i disturbi della memoria semantica (demenza semantica) o i disturbi frontali (demenza frontale, ex malattia di Pick): è pertanto indicata una dettagliata indagine del Linguaggio, della Memoria e delle Funzioni Esecutive, oltre che delle alterazioni comportamentali.

DEMENZA A CORPI DI LEWY

Sono maggiormente compromesse le funzioni Attentive, Esecutive, Visuo-spaziali e Percettive. C'è una evidente fluttuazione dell'efficienza cognitiva.

DEMENZA ASSOCIATA A PARKINSON

Quadro di tipo sottocorticale con deficit di Attenzione, funzioni Esecutive e Visuo-spaziali; deficit di memoria procedurale; anche la memoria verbale e le fluenze possono essere colpite.

PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA

Particolarmente colpite le funzioni Attentive ed Esecutive/Frontali.

DEGENERAZIONE CORTICO-BASALE

Particolarmente indicata la valutazione dell'Aprassia, nelle sue varie forme (ideativa, ideomotora e costruttiva).

DEFICIT CIRCOSCRITTI LENTAMENTE INGRAVESCENTI

Pazienti con forme degenerative particolari con interessamento di una sola funzione (aprassia, amusia, prosopagnosia, agnosia visuo-spaziale etc.): da valutare con gli strumenti specifici per il tipo di deficit.

DEMENZE SOTTO-CORTICALI (IDROCEFALO, SCLEROSI MULTIPLA, COREA DI HUNTINGTON)

Prevalenza di disturbi di Attenzione, Memoria a lungo termine, Funzioni Esecutive e in minor misura di tutte le altre funzioni.

PSEUDO-DEMENZA

Pattern non ben definito, prevalgono i disturbi di Memoria e di Attenzione, con risultati incostanti e non omogenei entro i test, fra i singoli test e tra valutazioni successive.

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Deficit isolato di Memoria a lungo termine e talora di altre funzioni, da seguire nel tempo per il rischio elevato di evoluzione in demenza.

ALLEGATO 3

Bibliografia Test

SCALE DI VALUTAZIONE DI BASE O DI SCREENING

Folstein, M.F., S. E. Folstein et al (1975) "Mini Mental State" Journal of Psychiatry Research 12: 189-198.

Magni E, Binetti G, Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M, (1996), Mini Mental State Examination: a normative study in Italian elderly population, "European Journal of Neurology", 3:1-5.

Measso G, Cavarzeran F, Zappalà G, Lebowitz BD, Crook TH, Pirozzolo FJ, Amaducci LA, Massari D, Grigoletto F, (1993), "Il Mini Mental State Examination: studio normativo di un campione random della popolazione italiana", "Developmental Neuropsychology", 8(1) 9:77-85.

Brazzelli, M., Capitani, E., Della Sala, S., Spinnler, H., Zuffi, M. "MODA" - Milan Overall Dementia Assessment. Firenze, OS, 1994.

Brazzelli M, Capitani E, Della Sala S, Spinnler H, Zuffi M, (1994), A neuropsychological instrument adding to description of patients with suspected cortical dementia: the Milan Overall Dementia Assessment, "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry", 57:1510-1517.

Caltagirone C., Gainotti G., Carlesimo GA et al.: "Batteria per la valutazione del deterioramento mentale: parti I, II, III. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, pp 461-502, (1995).

Carlesimo, G. A., Caltagirone, C., & Gainotti, G. (1996). The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment. The Group for the Standardization of the Mental Deterioration Battery. Eur Neurol, 36(6), 378-384.

Gallassi R. et al: "Neuropsychological assessment of mental deterioration: purpose of a brief battery and a probabilistic definition of "normality" and "non normality". Acta Psychiatr Scand, 74: 62-67, 1986.

ORIENTAMENTO

Folstein, M.F., S. E. Folstein et al (1975) "Mini Mental State" Journal of Psychiatry Research 12: 189-198.

Brazzelli, M., Capitani, E., Della Sala, S., Spinnler, H., Zuffi, M. "MODA" - Milan Overall Dementia Assessment. Firenze, OS, 1994.

ATTENZIONE

Matrici Attentive

Gruppo italiano per lo studio neuropsicologico dell'invecchiamento. Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici. A cura di H. Spinnler e G. Tognoni. The Italian Journal of Neurological Sciences, Vol.8 Suppl. to n.6, 1987.

Stroop test

Caffarra, P., Vezzadini, G., Dieci, F., Zonato, A., Venneri, A. (2002) "Una versione abbreviata del test di Stroop: dati normativi nella popolazione italiana". Nuova Rivista di Neurologia, 12(4): 111-115

Dual task

Baddeley, A., Della Sala, S., Gray, C., Papagno, C., & Spinnler, H. (1997). Testing central executive functioning with a pencil-and-paper test. In P.Rabbitt (Ed.), Methodology of Frontal and Executive Function. pp. 61 - 80 Hove: Psychology Press.

Trail making

Giovagnoli, A. R., Del Pesce, M., Mascheroni, S., Simoncelli, M., Laiacina, M., & Capitani, E. (1996). Trail making test: normative values from 287 normal adult controls. Ital J Neurol Sci, 17(4), 305-309.

PASAT

Diehr, M. C., Heaton, R. K., Miller, W., & Grant, I. (1998). The Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT): norms for age, education, and ethnicity. Assessment, 5(4), 375-387.

LINGUAGGIO

Boston Naming Test

D'Agostino, L. (1985). Taratura su soggetti normali di prove di denominazione per l'afasia. Università degli studi di Modena. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Istituto di Clinica Neurologica. Tesi di laurea.

Test di Denominazione Verbale, Visiva e Tattile

De Renzi E., Zambolin A., Crisi G. The pattern of neuropsychological impairment associated with left posterior cerebral artery infarcts. *Brain*, 110: 1099-1116, 1987.

Denominazione visiva di Sartori

Sartori G, Job R, Coltheart M, (1992), Visual object processing. *Attention and performance*, MIT Press, London.

Fluenza semantica

Novelli, G., C. Papagno et al. "Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale: taratura su soggetti normali" *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 47: 477-406 (1986)

Spinnler H, Tognoni G, (1987), "Standardizzazione e Taratura Italiana di Test Neuropsicologici", "The Italian Journal of Neurological Sciences", 6(suppl 8).

Fluenza fonemica

Novelli, G., C. Papagno et al. "Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale: taratura su soggetti normali" *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 47: 477-406 (1986)

Spinnler H, Tognoni G, (1987), "Standardizzazione e Taratura Italiana di Test Neuropsicologici", "The Italian Journal of Neurological Sciences", 6(suppl 8).

Token Test

De Renzi, E., Faglioni, P. (1975). Verbal comprehension in aphasic and in normal subjects with a shortened version of the token test (author's transl). *Riv Patol Nerv Ment*, 96(4), 252-269.

Spinnler H, Tognoni G, (1987), "Standardizzazione e Taratura Italiana di Test Neuropsicologici", "The Italian Journal of Neurological Sciences", 6(suppl 8).

Test di comprensione grammaticale

Parisi, D., & Pizzamiglio, L. (1970). Syntactic comprehension in aphasia. *Cortex*, 6(2), 204-215.

BADA

Miceli G, Laudanna A, Burani C. Batteria per l'analisi dei deficit afasici. Distribuita da: Associazione per lo sviluppo delle ricerche neuropsicologiche, vol.I. Milano: Berdata, 1991.

Test Internazionale dell'Afasia

Paolo Previdi. Contributo alla elaborazione di un test internazionale dell' afasia: Taratura dei normali. Università degli studi di Modena. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Istituto di Clinica delle Malattie Nervose e Mentali. Anno Accademico 1974-1975. Tesi di laurea

Aachener Aphasie Test

Luzzatti C, Willmes K, De Bleser R. Aachener Aphasie Test (AAT), versione italiana, II Edizione, Firenze: Organizzazioni Speciali, 1996.

PROVE DI MEMORIA

Wilson, B., Cockburn, J., Baddeley, A. (1985). The Rivermead behavioural memory test. Thames Valley Test Company. Organizzazioni Speciali, Firenze

Brazzelli M, Della Sala S, Laiacona M, (1993), Taratura della versione italiana del Rivermead Behavioural Memory Test, un test di valutazione ecologica della memoria. "Bollettino di Psicologia Applicata", 206: 33-42.

MEMORIA A LUNGO TERMINE VERBALE

Apprendimento di coppie di parole

Novelli, G., Papagno, C. et al. (1986) "Tre test clinici di memoria verbale a lungo termine: taratura su soggetti normali" *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 47: 278-296

Test di Babcock

Novelli, G., Papagno, C. et al. (1986) "Tre test clinici di memoria verbale a lungo termine: taratura su soggetti normali" *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 47: 278-296

Spinnler H, Tognoni G, (1987), "Standardizzazione e Taratura Italiana di Test Neuropsicologici", "The Italian Journal of Neurological Sciences", 6(suppl 8).

Test delle 15 parole di Rey

Carlesimo, G. A., Caltagirone, C., & Gainotti, G. (1996). The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment. The Group for the Standardization of the Mental Deterioration Battery. *Eur Neurol*, 36(6), 378-384.

Test di Buschke-Fuld

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

Curva di posizione seriale

Capitani E, Della Sala S, (1992), Recency, Primacy, and Memory: reappraising and standardising the serial position curve, "Cortex", 28:315-342.

APPRENDIMENTO SPAZIALE

Supra-span

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

MEMORIA VISIVA

Facce ricorrenti e Figura complessa di Rey

Bertolani L., De Renzi E., Faglioni P. Test di Memoria non verbale di impiego diagnostico in clinica: Taratura su soggetti normali. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 54:477-486, 1993.

Caffarra P, Vezzadini G, Dieci F, Zonato F, Venneri A, (2002a), Rey-Osterreith Complex Figure: Normative values in an Italian population sample", "Neurological Sciences", 22:443-447.

Carlesimo GA, Buccione I, Fadda L, Graceffa A, Mauri M, Lo Russo S, Bevilacqua G, Caltagirone C, (2002), "Standardizzazione di due test di memoria per uso clinico: Breve Racconto e Figura di Rey", "Nuova Rivista di Neurologia", 12(1).

MEMORIA PER FATTI PUBBLICI

Budriesi C, Zambolin AM, Bertolani L, Faglioni P, De Renzi E (2002): Un questionario italiano per eventi remoti 1966-1997, "Giornale Italiano di Psicologia", 4: 827-846.

MEMORIA SEMANTICA

Batteria di Sartori, test di Laiacona

Sartori G, Job R, Coltheart M, (1992), Visual object processing. Attention and performance, MIT Press, London.

Laiacona M, Barbarotto R, Trivelli C, Capitani E (1993)

Dissociazioni semantiche intercategoriale: descrizione di una batteria standardizzata e dati normativi. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria 54 (2): 209-248.

MEMORIA AUTOBIOGRAFICA

Test di Crovitz-Schiffman

Ghidoni E, Poletti M, Bondavalli M, (1995), "Standardizzazione italiana di un test per la memoria autobiografica", "Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria", 56(4):428-443.

MEMORIA A BREVE TERMINE

Span bisillabico

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

Digit-span

Wechsler, D. WAIS-R. (1997) Wechsler Adult Intelligence Scale – revised. Firenze, OS.

Orsini A, Grossi D, Capitani E, Laiacona M, Papagno C, Vallar G, (1987), Verbal and spatial immediate memory span: normative data from 1355 adults and 1112 children, "Italian Journal of Neurological Sciences", 8:539-548.

MEMORIA VISIVA IMMEDIATA

Carlesimo GA, Caltagirone C, Gainotti G, Nocentini U, e il Gruppo per la standardizzazione della Batteria per il Deterioramento Mentale, (1995), "Batteria per la valutazione del Deterioramento Mentale (parte II): standardizzazione ed affidabilità diagnostica nell'identificazione di pazienti affetti da sindrome demenziale", "Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria", 56(4):471-488.

Test di Corsi

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

FUNZIONI VISUO-SPAZIALI e VISUO-PERCETTIVE

Orientamento di Linee di Benton

Benton, A. L., Varney, N. R., & Hamsher, K. D. (1978). Visuospatial judgment. A clinical test. *Arch Neurol*, 35(6), 364-367.

Benton AL, Sivan AB, des Hamsher K, Varney NR, Spreen O, (2000), "Contributi per un assessment neuropsicologico. Manuale Clinico", Organizzazioni Speciali, Firenze.

Copia immediata della figura complessa di Rey

Bertolani L., De Renzi E., Faglioni P. Test di Memoria non verbale di impiego diagnostico in clinica: Taratura su soggetti normali. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 54:477-486, 1993.

Caffarra P, Vezzadini G, Dieci F, Zonato F, Venneri A, (2002a), Rey-Osterreith Complex Figure: Normative values in an Italian population sample", "Neurological Sciences", 22:443-447.

Carlesimo GA, Buccione I, Fadda L, Graceffa A, Mauri M, Lo Russo S, Bevilacqua G, Caltagirone C, (2002), "Standardizzazione di due test di memoria per uso clinico: Breve Racconto e Figura di Rey", "Nuova Rivista di Neurologia", 12(1).

Matrici Progressive di Raven

Bianco e nero PM38:

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. *The Italian Journal Of Neurological Sciences*, 6, suppl. 8.

Colorate PM47

Basso, A., Capitani, E. et al. (1987). Raven's Coloured Progressive Matrices and Brain Damage: normative values in 305 adult normal controls. *Functional Neurology* 11 (2): 189-193.

Carlesimo GA, Caltagirone C, Gainotti G, Nocentini U, e il Gruppo per la standardizzazione della Batteria per il Deterioramento Mentale, (1995), "Batteria per la valutazione del Deterioramento Mentale (parte II): standardizzazione ed affidabilità diagnostica nell'identificazione di pazienti affetti da sindrome demenziale", "Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria", 56(4):471-488.

Street Completion Test

De Renzi E., Scotti G., Spinnler H. Perceptual and Associative Disorders of Visual Recognition. *Neurology* 19: 634-636, 1969.

Gruppo italiano per lo studio neuropsicologico dell'invecchiamento. Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici. A cura di H. Spinnler e G. Tognoni. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, Suppl. 8/ to n.6, 1987

Figure sovrapposte di Ghent

De Renzi E, Lucchelli F, (1993), The Fuzzy boundaries of apperceptive agnosia, "Cortex", 29(2):187-215.

Della Sala S, Laiacona M, Trivelli C, Spinnler H, (1995), "Poppelreuter-Ghent's overlapping figures test: its sensitivity to age, and its clinical use", *Arch Clinical Neuropsychology*, 10:511-534.

Figure degradate di Gollin

Sartori G, Job R, Coltheart M, (1992), *Visual object processing. Attention and performance*, MIT Press, London.

Riconoscimento di facce

Benton, A., Sivan, A.B., Des Hamsher, K., Varney, N.R., Spreen, O. (1978). Contributi per un assessment neuropsicologico. Firenze, OS (2000).

X-O-N

Warrington E.K., Taylor A. The contribution of the right parietal lobe to object recognition. *Cortex*, 9:152-164, 1973.

Talland Test

Talland G.A. Psychological studies of Korsakoff's psychosis: II Perceptual factors. *J. of Nervous and Mental Diseases*, 127: 197-219, 1958.

Test delle mani, Test delle coppie

De Renzi E., Lucchelli F. The fuzzy boundaries of apperceptive agnosia. *Cortex*, 29 : 187-215, 1993.

Riconoscimento di volti ignoti

Faglioni P, Cremonini AM, De Renzi E, (1991), "Taratura su soggetti normali di Test di Facce Sconosciute e Familiari: un

contributo allo studio della prosopoagnosia”, “Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria”, 52(3):339-350.

Benton AL, Sivan AB, des Hamsher K, Varney NR, Spreen O, (2000), “Contributi per un assessment neuropsicologico. Manuale Clinico”, Organizzazioni Speciali, Firenze.

Test dell'Orologio

Mondini S, Mapelli D, Vestri A, Bisiacchi PS (2003), “Esame Neuropsicologico Breve”, Raffaello Cortina, Milano.

FUNZIONI ESECUTIVE/FRONTALI

Attenzione selettiva: matrici attentive e test di Stroop

Gruppo italiano per lo studio neuropsicologico dell'invecchiamento. Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici. A cura di H. Spinnler e G. Tognoni. The Italian Journal of Neurological Sciences, Vol.8 Suppl. to n.6, 1987.

Caffarra, P., Vezzadini, G., Dieci, f., Zonato, A., Venneri, A. (2002) "Una versione abbreviata del test di Stroop: dati normativi nella popolazione italiana". Nuova Rivista di Neurologia, 12(4): 111-115

Test di stime cognitive (STEP)

Nichelli P., Leone, M., Caronna, A., Imbortone, E., Alberoni, M., Zuffi, M., Venneri, A. (2002) Taratura di un test di stime cognitive di impiego diagnostico in clinica: stime dei tempi e dei pesi (STEP) Nuova Rivista di Neurologia, 12 (2): 37-42

FAB

Consoli T., Leone M., Budriesi C., Molinari M.A., Nichelli P.: “Frontal assesment battery (FAB): normative values in an italian population sample and specificity/sensitivity to the frontal lobe damage”. Neurological Sciences, supplements, Vol. 23, Settember 2002, S43.

Matrici Progressive di Raven

Bianco e nero PM38:

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana si Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

Colorate PM47

Basso, A., Capitani, E. et al. (1987). Raven's Coloured Progressive Matrices and Brain Damage: normative values in 305 adult normal controls. Functional Neurology II (2): 189-193.

Carlesimo GA, Caltagirone C, Gainotti G, Nocentini U, e il Gruppo per la standardizzazione della Batteria per il Deterioramento Mentale, (1995), “Batteria per la valutazione del Deterioramento Mentale (parte II): standardizzazione ed affidabilità diagnostica nell'identificazione di pazienti affetti da sindrome demenziale”, “Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria”, 56(4):471-488.

Subtest delle analogie della Scala WAIS

Wechsler, D. WAIS-R. (1997) Wechsler Adult Intelligence Scale – revised. Firenze, OS.

Giudizi verbali

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

WCST

Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G., Curtiss, J. (1993). Wisconsin Card Sorting Test. Manual revised and expanded. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

Caffarra P, Vezzadini G, Dieci F, Zonato F, Venneri A, (2004), Modified Card Sorting Test: normative data, “Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology”, in press.

Weigl Sorting test

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

Torri di Londra/Hanoi

Shallice, T. (1982). Specific Impairment of Planning. Philosophical Transactions of the Royal Society of London B, 298, 199-209.

Allamanno N, Della Sala S, Laiacona M, Pasetti C, Spinnler H, (1987), Problem solving ability in aging and dementia:

normative data on a non-verbal test, "Italian Journal of Neurological Sciences", 8:111-120.

Gambling Task

Leone M, Maccari C, Cortelli P, Reverberi C, Brianti R, Sartin S, Nichelli P, (2003), The Iowa Gambling Task: A test to assess behavioural disturbances in patients with closed head injury, "Neurological Sciences", Suppl Vol 24: S60.

PRASSIE

Aprassia costruttiva: test di copia di figure geometriche

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

Carlesimo GA, Caltagirone C, Gainotti G, Nocentini U, e il Gruppo per la standardizzazione della Batteria per il Deterioramento Mentale, (1995), "Batteria per la valutazione del Deterioramento Mentale (parte II): standardizzazione ed affidabilità diagnostica nell'identificazione di pazienti affetti da sindrome demenziale", "Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria", 56(4):471-488.

Copia immediata figura complessa di Rey

Bertolani L., De Renzi E., Faglioni P. Test di Memoria non verbale di impiego diagnostico in clinica: Taratura su soggetti normali. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 54:477-486, 1993.

Caffarra P, Vezzadini G, Dieci F, Zonato F, Venneri A, (2002), Rey-Osterreith Complex Figure: Normative values in an Italian population sample", "Neurological Sciences", 22:443-447.

Aprassia ideo-motoria: test imitazione di gesti

Spinnler, H., Tognoni, G. (1987) Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici. The Italian Journal Of Neurological Sciences, 6, suppl. 8.

De Renzi E, Motti F, Nichelli P, (1980), Imitating Gestures: a quantitative approach to ideomotor apraxia, "Archives of Neurology", 37:6-10.

Aprassia ideativa: esecuzione di attività complesse (test per l'aprassia ideativa)

De Renzi E., Lucchelli F. Ideational Apraxia. Brain, 111: 1173-1185, 1988.

Aprassia bucco-facciale

De Renzi E., Faglioni P. L'aprassia. In : Manuale di Neuropsicologia, a cura di Denes G, Pizzamiglio L. Bologna: Zanichelli, pp 557-593, 1996.

FUNZIONI GNOSICHE

BORB

Riddoch M.J., Humphreys G.W. BORB: Birmingham Object Recognition Battery. Lawrence Erlbaum Associates, Hove (UK), 1993.

Test di Denominazione Verbale, Visiva e Tattile

De Renzi E., Zambolin A., Crisi G. The pattern of neuropsychological impairment associated with left posterior cerebral artery infarcts. Brain, 110: 1099-1116, 1987.

ALLEGATO 4

Indicazioni bibliografiche inerenti le problematiche dei familiari

Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51(5):657-64.

Vernooij-Dassen MJ, Van Hout HP, Hund KL, Hoefnagels WH, Grol RP. Information for dementia patients and their caregivers: what information does a memory clinic pass on, and to whom? *Aging & Mental Health* 2003;7(1):34-8.

Clare L, Canning R, Driver B, Kenny G, Litherland R. AWARE: exploring awareness in early-stage dementia. (comunicazione personale, materiale disponibile).

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. MODULE 4: Role of caregivers. Disponibile su sito www.ipa-online.org

Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *Journal of American Geriatric Society* 2000;51:657-664.

Deeken J F, Taylor KL, Mangan P, Yabroff R, Ingham JM. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003;Vol. 26 No. 4 October.

Jason HT Karlawish, David Casarett., Kathleen Joy Propert, Brian D. James, Cristopher M. Clark. Relationship between Alzheimer's disease severity and patient participation in decisions about medical care. *J. Geriatr. Psychiatry & Neurology*. 2002; 15: 68-72.

Bamford C, Lamont S, Eccles M, Robinson L, May C, Bond J. Disclosing diagnosis of dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 19: 151-169.

ALLEGATO 5

Indicazioni bibliografiche sulle problematiche degli operatori

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. MODULE 4 Role of caregivers. Disponibile su sito www.ipa-online.org

Ploton Louis. (2003) La persona anziana. L'intervento e psicologico. I problemi delle demenze. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Paradisi Anna. Il lavoro degli operatori nelle strutture residenziali per anziani. Dall'assistenza alla relazione. Il ruolo della formazione. Tesi di Laurea. Facoltà di Psicologia, Università di Bologna.

Contributi

Il presente documento è stato elaborato grazie al contributo di:

Bedini Ilaria, Psicologa, Consultorio per le demenze di Mirandola (MO) – Ausl Modena

Bergonzini Elisa, Psicologa, Distretto I di Carpi (MO) – Ausl Modena

Bonazzi Stefano, Psicologo, Centro esperto San Pietro in Casale - Ausl Bologna

Bugli Tiziano, Responsabile Servizio assistenza anziani Rimini

Cecchella Sergio, Resp. Programma interaziendale demenze - Ausl Reggio Emilia

Chattat Rabih, Psicologo, Università di Bologna, dipartimento di Psicologia, sede di Cesena

Copelli Sandra, Psicologa, Consultorio per i disturbi cognitivi di Parma – Ausl di Parma

Coveri Maura, Geriatra, Centro esperto demenze Ospedale Maggiore (BO) – Ausl Bologna

Dordoni Giordana, Psicologa, Consultorio per i disturbi cognitivi di Piacenza – Ausl Piacenza

Durante Daniele, Psicologo, Consultorio per i disturbi cognitivi di Fidenza– Ausl di Parma

Fagioli Micaela, Psicologa, U.O. di Neurologia, Ospedale M. Bufalini (Cesena) – Ausl Cesena

Ferriani Elisa, Psicologa, Centro esperto Ospedale Maggiore (BO) - Ausl Bologna

Ghidoni Enrico, Neurologo, U.O. Neurologia Ospedale Santa Maria Nuova (RE) – Ausl Reggio Emilia

Guerrini Claudia, Psicologa, Servizio Assistenza anziani Lugo (RA)

Lorusso Sebastiano, Neurologo, Centro esperto demenze di Rimini – Ausl Rimini

Ludovico Livia, Neurologa, Consultorio per i disturbi cognitivi di Fidenza (PR) – Ausl Parma

Malagù Susanna, Neurologa, U.O. Neurologia Ospedale M. Bufalini Cesena – Ausl Cesena

Mazzotta Malvina, Psicologa, Ausl Imola

Milani Paola, Psicologa, U.O. di Neurologia, Az. Ospedaliera Sant'Anna (FE) – Ausl Ferrara

Mizzi Alessandra, Psicologa, Servizio di Psicologia Clinica Ausl Reggio Emilia Centro Esperto per i disturbi cognitivi

Molinari Mariangela, Psicologa, Az. Policlinico di Modena – Ausl Modena

Nanni Rachele, Psicologa, Servizio Assistenza anziani Ravenna

Neri Mirco, Geriatra, Centro di valutazione geriatrica – Ospedale Estense Modena, Centro esperto demenze di Modena - Ausl Modena

Pancisi Cristina, Responsabile Servizi sociali Comune di Forlì

Rodolfi Caterina, Psicologa, Ambulatorio di neuropsicologia, Ospedale S. Maria Nuova (RE) – Ausl Reggio Emilia

Romanelli Daniela, Psicologa, Ausl Bologna

Sgarbi Cinzia, Psicologa, Centro di valutazione geriatrica Ospedale Estense (MO) – Ausl Modena

Siano Stefania, Psicologa, Centro esperto San Pietro in Casale - Ausl Bologna

Stinziani Sabrina, Psicologa, Ausl Bologna

Tucci Raffaele, Psicologo, Ass.ne G.P. Vecchi Modena

Coordinamento tecnico- scientifico:

Enrico Ghidoni, Neurologo, U.O. Neurologia Ospedale Santa Maria Nuova (RE) – Ausl Reggio Emilia

Chattat Rabih, Psicologo, Università di Bologna, dipartimento di Psicologia, sede di Cesena

Coordinamento regionale:

Federica Aleotti – Servizio Pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari Regione Emilia Romagna

Collaborazioni:

Antonella Carafelli – Maria Rolfini

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna