



Associazione
Italiana di
Neuropsicologia



II CONGRESSO NAZIONALE AINP

NEUROSCIENZE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA:
l'integrazione delle scienze della mente dalla diagnosi alla riabilitazione

EVENTO ACCREDITATO ECM

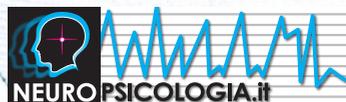
IN COLLABORAZIONE CON:



E.C.M.
Educazione Continua
in Medicina
Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

GIUNTIO.S.
Organizzazioni Speciali

Psicologi: 08 Crediti ECM
Medici-Chirurghi: 08 Crediti ECM



Congresso 2009

RIMINI 21 E 22 NOVEMBRE 2009

CENTRO CONGRESSI EUROPEO DI BELLARIA

Via Lungofiume Uso, 1 - 47814 Bellaria - Rimini

OBIETTIVI DEL CONGRESSO

1) Aggiornamento delle conoscenze neuroscientifiche attraverso la presentazione della **revisione di recenti studi e ricerche sperimentali** che, nell'ottica dell'integrazione tra neuroscienze, neuropsicologia e psicopatologia, partendo dalle alterazioni nello sviluppo dei processi cognitivi all'origine di disturbi mentali, giunga a presentare i correlati neuro-anatomofisiologici ed i disturbi neuropsicologici presenti sia nelle patologie neurologiche che nei disturbi mentali.

Tale aggiornamento auspica, soprattutto, all'ampliamento delle conoscenze neuro-anatomofunzionali dei disturbi mentali e l'accoglienza di un approccio diagnostico e riabilitativo completo, che permetta di approfondire gli aspetti diagnostici ed aumentare l'efficacia del trattamento dei disturbi cognitivi e comportamentali presenti sia nelle patologie neurologiche che nelle psicopatologie, tramite l'integrazione di valutazioni e trattamenti neuropsicologici (riabilitazione neuropsicologica), psicologici (psicoterapie), nonché neuro-psicofisiologici (biofeedback e neurofeedback training).

2) Formazione e aggiornamento nell'ambito della **diagnosi e riabilitazione dei disturbi neuropsicologici e comportamentali** conseguenti a patologie neurologiche e psichiatriche, attraverso la presentazione dei più recenti strumenti di valutazione neuropsicologica ed all'integrazione di differenti metodiche di trattamento tipiche di specifici ambiti applicativi delle scienze della mente.

3) Presentazione della I Ricerca Multicentrica AINp dal titolo **"Batteria di Valutazione Neuropsicologica per Adulti dai 16 ai 40 anni"**, condotta dal Gruppo AINp per la Taratura e Standardizzazione Italiana di Test Neuropsicologici allo scopo di realizzare una **nuova taratura e standardizzazione italiana di test neuropsicologici su soggetti dai 16 ai 40 anni per ovviare alle limitate validazioni italiane effettuate su soggetti con età inferiore ai 40 anni**.

4) Svolgimento della **Tavola Rotonda**, che nella parte conclusiva del Congresso, avrà lo scopo di aprire, tra i professionisti, un ampio confronto, nonchè discussione e riflessione sulle esperienze cliniche e sperimentali orientate all'integrazione di metodi e tecniche specifici dei vari ambiti neuroscientifici, nell'ottica di proporre alla comunità scientifica nuovi programmi di valutazione ed intervento, anche solo a livello sperimentale.

CON IL PATROCINIO DI:



PATROCINI RICHIESTI:

International Neuropsychological Society (INS)
Società Italiana di Riabilitazione Neurologica (SIRN)
Ordine Nazionale degli Psicologi
Ordine degli Psicologi della Regione Emilia Romagna
Facoltà di Psicologia - Università degli Studi di Bologna
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
AUSL Rimini
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

AUTORITÀ INVITATE

Dott.ssa Manuela COLOMBARI
(Presidente Ordine Psicologi Regione Emilia Romagna)
Prof.ssa Fiorella GIUSBERTI
(Presidente Facoltà Psicologia - Università degli Studi di Bologna)
Dott. Maurizio GROSSI
(Presidente dell'Ordine dei Medici - Provincia di Rimini)
Dott. Marcello TONINI
(Dir. Generale AUSL Rimini)

PRESIDENTE DEL CONGRESSO:
Dott.ssa Claudia IANNOTTA

COMITATO SCIENTIFICO

Dott.ssa Claudia IANNOTTA

*Direttore Scientifico
(Presidente AINp)*

Dott. Salvatore IMPROTA

(Vicepresidente AINp)

Dott.ssa Filomena CASTAGNA

(Segretario AINp)

Dott. Francesco FRESI

(Consigliere AINp)

COMITATO ORGANIZZATIVO

Dott. Giuseppe CORVAGLIA

*Direttore Organizzativo
(Responsabile Commissione
Organizzazione Congressi AINp)*

Dott.ssa Lucia BAROLO

(Socio AINp)

Dott.ssa Alessandra MAGALINI

(Socio AINp)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**Commissione Organizzazione
Congressi AINp**

Via Borgone, 57 - 10139 Torino

Telefono: 011.19502711

Fax: 011.19790175

e-mail: congresso@ainp.it

MODERATORI E RELATORI

Dott.ssa ALESSANDRA ABBALLE

Servizio Riabilitazione Domiciliare, Centro di Riabilitazione C.A.R. - Roma

Prof.ssa GRAZIA ATTILI

Professore Ordinario di Psicologia Sociale, Direttore della Sezione di Ricerca "Attaccamento e Sistemi Sociali Complessi", Dipartimento di Ricerca Sociale e Metodologia - Università "La Sapienza" di Roma

Dott.ssa SUSANNA BERGAMASCHI

Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova; Casa di Cura "Figlie di San Camillo" - Cremona

Dott. ANGELO BIANCHI

Dipartimento di Salute Mentale, U.O. Psicologia, ASL 8 Arezzo, Docente ai Master di II livello "Psicopatologia e Neuropsicologia Forense" e "Neuropsicologia Clinica" - Università degli Studi di Padova.

Dott.ssa SIMONA BORTOLAI

Centro di Psicologia e Neuropsicologia - Torino

Prof. GIOVANNI AUGUSTO CARLESIMO

Professore Associato di Neurologia, Ricercatore confermato, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Dirigente medico presso il Reparto Universitario di Neuroriabilitazione dell'ospedale S. Lucia, Fondazione IRCCS - Roma

Prof.ssa CHIARA D'ALESSIO

Ricercatrice, Docente di Psicobiologia e Docente di Psicopedagogia, Dipartimento Scienze dell'Educazione - Facoltà di Scienze della Formazione - Università degli Studi di Salerno

Dott. FRANCESCO FRESI

Ricercatore Clinico presso C.E.R.M.A.C. (Centro d'Eccellenza Risonanza Magnetica ad Alto Campo) - Dipartimento di Scienze Neuropsichiche, Ospedale Universitario Vita-Salute San Raffaele - Milano; Professore a contratto del Master di II Livello in "Medicina delle Tossicodipendenze e dell'Alcolismo" Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Cagliari

Prof. DARIO GROSSI

Professore Ordinario di Neuropsicologia, Coordinatore del Dottorato in Scienze della Mente, Direttore del Centro Interuniversitario per la Ricerca in Neuroscienze (CIRN), Dipartimento di Psicologia - Seconda Università di Napoli

Dott.ssa CLAUDIA IANNOTTA

Presidente AINp, Direttore Scientifico di Neuropsicologia.it e Torinopsicologia.it, Direttore e Docente dei Corsi di Formazione e Master organizzati da Neuropsicologia.it, Tutor di Tirocinio del Master di II livello in "Psicopatologia e Neuropsicologia Forense" Università degli Studi di Padova, Membro della Commissione di Neuropsicologia dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte Direttore Responsabile del Centro di Psicologia e Neuropsicologia - Torino

Dott. SALVATORE IMPROTA

Vicepresidente AINp, Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, Docente di Neuropsicologia.it, Tutor di Tirocinio del Master di II livello in "Psicopatologia e Neuropsicologia Forense" Università degli Studi di Padova, Studio Panacea del Prof. G.M. Bressa - Roma

Dott. ROBERTO KELLER

Consigliere Regionale della Società Italiana di Psichiatria SIP Piemonte, Professore a contratto di Neurofisiologia e Psicofarmacologia presso l'Università di Torino, Facoltà di Psicologia, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Dirigente Medico di Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale ASL 3 - Torino

Dott.ssa ALESSANDRA MAGALINI

S.S.O., Servizio di Psicologia Clinica, O.C.M. Azienda Ospedaliera di Verona

Dott.ssa DENISE MILANI

Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia - Universidade Metodista de Sao Paulo (BRASILE)

Dott.ssa VALENTINA MORO

Ricercatrice Universitaria in Psicobiologia e Psicologia Fisiologica, Dipartimento di Psicologia e Antropologia culturale - Università di Verona

Dott. FILIPPO GOMEZ PALOMA

Ricercatore Universitario, Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università degli Studi di Salerno

Dott.ssa KATIA PINTO

Unità Riabilitazione Alzheimer, Casa Divina Provvidenza - Bisceglie (BA)

Dott.ssa LAURA RICCHIUTI

U.O. Neurologia, Casa Divina Provvidenza - Bisceglie (BA)

Prof. GIUSEPPE ROCCA

Professore di Statistica e Metodologia della Ricerca, I Cattedra di Psichiatria Filippo Bogetto, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Torino, Research Director (Medical Professional) presso Unità di Metodologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze - Università degli Studi di Torino.

Dott. ALBERTO ROSSITTO

WundtPsicologia, Centro di Psicologia Clinica - Torino

Dott. MASSIMILIANO RUGGERI

Servizio di Neuropsicologia, Centro di Riabilitazione C.A.R. - Roma

Dott.ssa BARBARA SANTINI

Sezione di Neurochirurgia, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Visione - Università di Verona

Dott. FABRIZIO TABIANI

Centro di Psicologia e Neuropsicologia - Torino

QUOTA DI ISCRIZIONE

entro il 31-10-2009

Soci AINp

Euro 100,00

Non Soci AINp

Euro 150,00

dopo il 31-10-2009

Soci AINp

Euro 130,00

Non Soci AINp

Euro 180,00

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Per iscriversi al Congresso 2009 occorre compilare la **Scheda di Iscrizione** scaricabile dal sito <http://www.ainp.it> ed inviarla, unitamente alla copia della contabile bancaria o del bollettino postale effettuato, a:

Associazione Italiana di
Neuropsicologia (AINp)
Via Borgone, 57 - 10139 Torino
Telefono: 011.19502711
Fax: 011.19790175
e-mail: congresso@ainp.it

Pagamento

Il pagamento della quota di iscrizione al Congresso 2009 può essere effettuato tramite:

- Bonifico bancario intestato a:
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI NEUROPSICOLOGIA (AINp)
Coordinate IBAN: **IT18 F076 0101 0000 0006 2600 366**
- oppure, bollettino postale intestato a ASSOCIAZIONE ITALIANA DI NEUROPSICOLOGIA (AINp), Via Borgone, 57 - 10139 Torino - c/c postale nr. 62600366

Specificare nella causale di versamento:

“Iscrizione Congresso AINp 2009”

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

FOSCHI HOTELS BELLARIA

Tel. +39 0541-349234

Fax +39 0541-345692

<http://www.foschihotels.it>

E-mail: info@foschihotels.it

Segnalare alla sig.ra Roberta, al momento della prenotazione della camera, che si è iscritti al convegno per poter usufruire delle tariffe in convenzione.

Il Centro Congressi Europeo di Bellaria – Rimini (www.eurocongressi.org), è in convenzione con la catena Foschi Hotels, nelle vicinanze del Centro Congressi.

Si tratta di Hotels a tre e quattro stelle raggiungibili in pochi minuti a piedi.

I costi in convenzione per i partecipanti al congresso, sia per gli hotel a tre stelle che a quattro, sono i seguenti:

- € 45,00 per persona al giorno con trattamento di pensione completa;
- € 40,00 per persona al giorno con trattamento di mezza pensione;
- € 8,00 supplemento camera doppia uso singola (le camere dell’hotel sono tutte camere doppie);
- € 18,00 eventuale pasto pendolari (per accompagnatori o congressisti che non usufruiscono del pernottamento);

La quota include:

- Camere dotate di servizi privati, telefono, tv, phon, balcone e riscaldamento.
- Prima colazione continentale a buffet.
- Trattamento di pensione completa o mezza pensione: menu ricchi e variati a base di carne o pesce, assortiti buffet di verdure e antipasti con bevande a piacere.

SABATO 21 NOVEMBRE 2009

**NEUROSCIENZE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA
Aspetti Teorici, Neuro-anatomofisiologici e Sperimentali**

Moderatore: Dott.ssa Claudia IANNOTTA

- 9,00 - 9,45** **Registrazione partecipanti**
- 9,45 - 10,00** **Apertura lavori e Saluto delle Autorità - Introduzione al 2° Congresso AINP**
Dott.ssa Claudia IANNOTTA
- 10,00 - 10,30** **Mente e Cervello: Principio di Corrispondenza e Teoria Multidimensionale**
Prof. Dario GROSSI
- 10,30 - 11,00** **La mente nella prospettiva evuzionistica dell'attaccamento**
Prof.ssa Grazia ATTILI
- 11,00 - 11,30** **I disturbi organici della memoria nelle patologie neurologiche e nelle psicopatologie:
recenti acquisizioni**
Prof. Giovanni Augusto CARLESIMO
- 11,30 - 12,00** **COFFEE BREAK e I SESSIONE POSTER con discussione itinerante**
- 12,00 - 12,30** **Disturbi d'ansia: correlati neuro-anatomofisiologici e disturbi neuropsicologici**
Dott.ssa Claudia IANNOTTA
- 12,30 - 13,00** **Disturbi di Personalità: anomalie morfofunzionali e deficit neuropsicologici**
Dott. Alberto ROSSITTO
- 13,00 - 15,00** **PAUSA PRANZO**
- 15,00 - 15,40** **La relazione tra psicopatologia e neuropsicologia nella schizofrenia attraverso
il monitoraggio della fonte**
Dott. Roberto KELLER
- 15,40 - 16,10** **L'approccio interpretativo psicologico alle neuroscienze**
Dott. Salvatore IMPROTA
- 16,10 - 16,30** **Anosognosia e disturbi comportamentali correlati: dalla clinica alla riabilitazione**
Dott.ssa Alessandra MAGALINI
- 16,30 - 17,00** **COFFEE BREAK e II SESSIONE POSTER con discussione itinerante**
- 17,00 - 17,40** **Il corpo nel cervello: la rappresentazione del corpo attraverso gli studi di neuroimmagine,
neurofisiologia e neuropsicologia**
Dott.ssa Valentina MORO
- 17,40 - 18,00** **Incidenza delle Neuroscienze sulla relazione psicopedagogia corporeità/apprendimento**
Dott. Filippo GOMEZ PALOMA
- 18,00** **CHIUSURA LAVORI**

**L'INTEGRAZIONE DELLE SCIENZE DELLA MENTE
DALLA DIAGNOSI ALLA RIABILITAZIONE
- Aspetti Clinici ed Applicativi -**

Moderatore: Dott. Salvatore IMPROTA

- 9,00 - 9,15 **Apertura Lavori e introduzione alla seconda giornata congressuale**
Dott.ssa Claudia IANNOTTA
- 9,15 - 9,45 **Vent'anni dopo Spinnler e Tognoni: nuovi strumenti nella cassetta degli attrezzi del neuropsicologo italiano**
Dott. Angelo BIANCHI
- 9,45 - 10,15 **"Nuova taratura e standardizzazione italiana di test neuropsicologici: la Batteria di Valutazione Neuropsicologica per Adulti dai 16 ai 40 anni"**
Gruppo AINp per la Taratura e Standardizzazione Italiana di Test Neuropsicologici coordinato dalla Dott.ssa Claudia IANNOTTA.
Dott.ssa Claudia IANNOTTA, Prof. Giuseppe ROCCA
- 10,15 - 10,30 **Criteri psicologici per la selezione del candidato alla chirurgia da sveglio**
Dott.ssa Barbara SANTINI
- 10,30 - 11,00 **La valutazione dei sintomi depressivi nella demenza di Alzheimer: strumenti di misura a confronto**
Dott.ssa Laura RICCHIUTI
- 11,00 - 11,30 **COFFEE BREAK e III SESSIONE POSTER con discussione itinerante**
- 11,30 - 12,00 **L'apatia: aspetti clinici e neuroanatomia funzionale dei circuiti fronto-sottocorticali.**
Indagine su casi clinici
Dott. Massimiliano RUGGERI
- 12,00 - 12,30 **Il processo di cura. Aspetti psicobiologici**
Prof.ssa Chiara D'ALESSIO
- 12,30 - 13,00 **A brincadeira simbolica e o desenho da crianca portadora da Síndrome de Down**
Dott.ssa Denise MILANI (Brasile)
- 13,00 - 15,00 **PAUSA PRANZO**
- 15,00 - 15,30 **La ADHD in soggetto adulto: l'integrazione tra la diagnosi e riabilitazione neuropsicologica, biofeedback/neurofeedback e psicoterapia cognitivo-comportamentale.**
Un caso clinico
Dott.ssa Simona BORTOLAI e Dott. Fabrizio TABIANI
- 15,30 - 16,00 **Dalla diagnosi alla terapia: la riabilitazione neurocognitiva nella schizofrenia**
Dott. Francesco FRESI
- 16,00 - 16,20 **Apprendimento e riorganizzazione plastica dei network cerebrali in pazienti con Demenza di Alzheimer**
Dott.ssa Susanna BERGAMASCHI
- 16,20 - 17,10 **COFFEE BREAK e IV SESSIONE POSTER con discussione itinerante**
- 17,10 - 17,30 **Un protocollo riabilitativo per pazienti con deterioramento cognitivo lieve e moderato**
Dott.ssa Caterina PINTO
- 17,30 - 17,50 **Home Training: la riabilitazione domiciliare del paziente con Demenza**
Dott.ssa Alessandra ABBALLE
- 17,50 - 18,30 **TAVOLA ROTONDA: "ESPERIENZE CLINICHE E SPERIMENTALI A CONFRONTO ORIENTATE ALL'INTEGRAZIONE DEI METODI E TECNICHE SPECIFICI DEI VARI AMBITI NEUROSCIENTIFICI: LA PROPOSTA DI NUOVI PROGRAMMI DI VALUTAZIONE ED INTERVENTO"**
Moderatori: Dott.ssa Claudia IANNOTTA, Dott. Salvatore IMPROTA, Dott. Giuseppe CORVAGLIA
- 18,30 **QUESTIONARIO ECM e CHIUSURA LAVORI**

MENTE E CERVELLO: PRINCIPIO DI CORRISPONDENZA E TEORIA MULTIDIMENSIONALE

Dario Grossi

*Dipartimento di Psicologia - Seconda Università di Napoli
Centro Interuniversitario per la Ricerca in Neuroscienze*

dario.grossi@unina2.it

Introduzione: Sarà condotta una breve revisione delle principali teorie che interpretano il rapporto tra mente e cervello, in particolare si esamineranno le teorie monistiche-riduzionistiche, la teoria dualista e interazionista, e infine si proporrà la teoria monistica-multidimensionale fondata sul principio di assoluta corrispondenza. Questo ultimo sarà illustrato con esempi tratti dalla pratica clinica su pazienti che dimostrano che quella della mente e quella del cervello sono solo dimensioni lungo le quali ci si pone per descrivere e/o comprendere i fenomeni psichici; esse rappresentano solo prospettive differenti che consentono la conoscenza di una realtà che per sua natura è unica, ma che può essere conosciuta secondo una sola modalità dalla mente umana, quando ha come oggetto di conoscenza se stessa. La mente non è causa dei processi neurofunzionali né questi ultimi sono causa di quelli mentali: essi avvengono nelle diverse dimensioni e sono conoscibili

Metodi: Saranno riportate ricerche da cui si evince il principio di corrispondenza; esse sono basate sull'utilizzo delle moderne tecnologie per le neuroimmagini, in particolare saranno riportati esperimenti che studiano le emozioni e la loro regolazione con riferimento a modelli neurofunzionali fondati sul principio di corrispondenza.

Risultati: Saranno evinte le corrispondenze tra processi mentali e processi cerebrali e si individuerà come prospettiva per ogni ricerca futura la scoperta di corrispondenze; queste ultime saranno considerate alla luce della classica teoria modulare e della teoria localizzazionista, anche nella rielaborazione datane da Fodor, evidenziandone le insufficienze e i meriti

Conclusioni: L'interpretazione della teoria multidimensionale spinge ad interpretare i processi sottostanti la coscienza e la credenza, ovvero come la mente / cervello possa costruire il mondo dei fenomeni e definire per un soggetto la realtà, a cui egli è asservito dai processi di credenza .

In tal senso saranno riportati casi clinici di pazienti neurologici con false credenze ed modificata coscienza che illustreranno il concetto di corrispondenza, coscienza e credenza.

Parole chiave:

ATTACAMENTO E COSTRUZIONE EVOLUZIONISTICA DELLA MENTE

Grazia Attili

*Dipt. di Ricerca Sociale e Metodologia Sociologica ,
Università di Roma "La Sapienza"*

grazia.attili@uniroma1.it

Introduzione: Il potere euristico della teoria dell'attaccamento ai fini della interpretazione delle origini dei disturbi mentali e della condotta è da rintracciare nella possibilità che essa offre di dare risposte che tengano conto non solo delle cause prossime dei fenomeni ma anche del come essi siano l'esito dell'intreccio tra filogenesi e ontogenesi. Bowlby postula che alla nascita i bisogni relativi al mantenimento del contatto con la propria figura di accudimento siano primari rispetto a quelli relativi alla nutrizione o all'essere pulito e mostra come essi siano l'esito della selezione naturale in quanto nell'ambiente di adattamento evolucionistico il loro soddisfacimento assicurava la sopravvivenza; sono pertanto iscritti nel nostro patrimonio genetico.

Il modo attraverso il quale questi bisogni sono soddisfatti, tuttavia, varia in funzione della competenza allevante della figura di attaccamento e produce, nell'ontogenesi, assetti mentali che possono essere normali, nel caso si usufruisca di una figura allevante sensibile e responsiva o, viceversa, patologici.

La costruzione della mente e l'intelligenza subiscono pertanto alterazioni e deficit se l'individuo è inserito nelle prime fasi della sua vita in legami di attaccamento che non siano fondati sul soddisfacimento di essere protetti, con effetti sulla mappatura del cervello.

Anche la capacità di regolare le emozioni varia in funzione delle esperienze di accudimento ed è legata al funzionamento cerebrale: dalle ricerche condotte sui suoi correlati neurali appare che l'essere stati esposti a cure inadeguate produce una maggiore attivazione delle aree del cervello collegate alle emozioni quali il polo anteriore temporale e una

minore attivazione delle regioni associate con la regolazione delle emozioni come la corteccia orbito frontale.

Parole chiave: Attaccamento, costruzione della mente, filogenesi, ontogenesi, mappatura cerebrale

I DISTURBI ORGANICI DELLA MEMORIA NELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE E NELLE PSICOPATOLOGIE: RECENTI ACQUISIZIONI

Giovanni A. Carlesimo

Clinica Neurologica, Università Tor Vergata e Fondazione I.R.C.C.S. S. Lucia, Roma

memolab@hsantalucia.it

Introduzione: Contrariamente a quanto pensato fino ad alcuni decenni or sono, i disturbi neurocognitivi sono di frequente riscontro in pazienti affetti da psicopatologie e la loro presenza e gravità rappresentano uno dei fattori predittivi più rilevanti rispetto all'adattamento funzionale e alla risposta alla terapia farmacologia e riabilitativa.

Tra i deficit cognitivi più frequentemente descritti in questi pazienti, i disturbi della memoria dichiarativa episodica sono tra i più frequenti ed invalidanti.

Un'analisi neuropsicologica di tale disturbo in pazienti con sindrome depressiva maggiore e in pazienti con psicosi schizofrenica mette in evidenza una compromissione prevalente a carico dei processi di codifica dell'informazione durante la fase di apprendimento e dei processi di tipo strategico durante il recupero dell'informazione stessa.

Sul versante neurobiologico, la genesi del disturbo di memoria in questi pazienti sembra sia da ricollegarsi sia ad una ridotta funzionalità dei circuiti neurali frontali coinvolti nei processi di codifica e di retrieval strategico dell'informazione sia ad un danno strutturale a carico delle strutture temporo-mesiali critiche nei processi di consolidamento della traccia mnesica.

DISTURBI D'ANSIA: CORRELATI NEURO-ANATOMOFISIOLOGICI E DISTURBI NEUROPSICOLOGICI

Claudia Iannotta

*Servizio di Neuropsicologia e Servizio di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale,
Centro di Psicologia e Neuropsicologia - Torino*

iannotta@ainp.it

Introduzione: Gli studi neuroscientifici sui disturbi d'ansia, hanno messo in luce correlati neurobiologici di questi disturbi, nonché la presenza di disturbi neuropsicologici nei soggetti che ne sono affetti. I disturbi neuropsicologici rilevati, potrebbero spiegare le anomalie funzionali che sottendono gli aspetti psicopatologici e comportamentali nei pazienti affetti da disturbi d'ansia e suggerire ipotesi sui circuiti cerebrali coinvolti nella patogenesi dei disturbi stessi.

Il presente intervento intende presentare lo stato dell'arte degli studi Neuroscientifici sui disturbi d'ansia, condotti a livello internazionale, partendo dalla loro classificazione secondo il DSM IV-TR (Disturbo da Attacchi di Panico, Agorafobia, Disturbo di Panico con o senza Agorafobia, Fobia Specifica, Fobia Sociale, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo Acuto da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo d'Ansia dovuto ad una condizione medica generale, Disturbo d'Ansia indotto da sostanze, Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato), evidenziandone i correlati neuro-anatomo-fisiologici e neurofunzionali, ed infine i disturbi neuropsicologici frequentemente associati.

Una serie di studi hanno, infatti, iniziato ad indagare i disturbi neuropsicologici e gli aspetti neurobiologici dei disturbi d'ansia, stimolati dal lavoro di Gray (2000) che ha proposto il sistema setto-ippocampale (SHS) come circuito neuroanatomico cruciale nella patogenesi di tali disturbi. L'SHS sarebbe coinvolto sia nella modulazione degli stati emotivi e delle risposte comportamentali che nei processi di apprendimento e memoria (Squire 1987).

Queste osservazioni hanno condotto all'ipotesi che i pazienti con disturbi d'ansia possano presentare deficit nelle funzioni neuropsicologiche.

All'interno dei fenomeni ansiosi sono state distinte manifestazioni qualitativamente diverse, quali attacchi di panico, ansia anticipatoria, ansia generalizzata, fobie, verosimilmente sottese da differenti circuiti neuroanatomofunzionali.

Di conseguenza, la ricerca neurobiologica recente si è indirizzata alla individuazione di correlati neurofisiologici specifici per i diversi fenomeni ansiosi.

Il presente intervento, si propone, quindi, di diffondere le conoscenze neuroscientifiche sui disturbi d'ansia, al fine di avere una base teorica dalla quale partire per elaborare Protocolli di Valutazione Neuropsicologica specifici per questi disturbi, generalmente valutati con soli test psicologici, ed per elaborare nuovi approcci di intervento che vedano l'integrazione della riabilitazione neuropsicologica, con metodi più classici di trattamento quali la psicoterapia e la terapia farmacologica, al fine di migliorare l'efficacia del trattamento dei disturbi psicopatologici in cui sono presenti substrati neuro-biologici e disturbi neuropsicologici specifici.

Parole chiave: Neuroscienze, Neuropsicologia Clinica e Sperimentale, Neuroanatomia, Neurofisiologia, Disturbi d'Ansia, Disturbi Neuropsicologici, Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica, Trattamento Disturbi Psicopatologici.

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA': ANOMALIE MORFO FUNZIONALI E DEFICIT NEUROPSICOLOGICI

Alberto Rossitto

WUNDT Psicologia, Torino

Introduzione: Questa ricerca ha lo scopo di indagare le principali anomalie neurofisiologiche soggiacenti il disturbo Borderline di Personalità. L'indagine ha permesso di evidenziare numerose alterazioni morfo funzionali alcune delle quali sviluppatasi a seguito di traumi affettivi; tali condizioni implicano evidentemente dei deficit funzionali alcuni dei quali di carattere neuropsicologico.

Metodi: Per la ricerca è stata utilizzata un'indagine bibliografica e una consultazione delle principali Medline internazionali.

Risultati: Dallo studio sono emersi alcuni significativi deficit neuropsicologici a carico dei soggetti Borderline, tra i quali annoveriamo i disturbi della memoria visiva e uditiva, deficit visuo spaziali e della sfera attentiva. Molti dei dati ottenuti, sono stati ricavati dai sub test della WAISS e dalle WMS.

Parole chiave: disturbo borderline, Neurofisiologia, Neuropsicologia (disturbi visuo spaziali, disturbi della memoria)

LA RELAZIONE TRA PSICOPATOLOGIA E NEUROPSICOLOGIA NELLA SCHIZOFRENIA ATTRAVERSO IL MONITORAGGIO DELLA FONTE

Roberto Keller, Barbara Russo, Ornella Sabbatini, Elvezio Pirfo

Dipartimento di salute mentale ASL 2 Torino

rokel2003@libero.it

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato alterazioni neuropsicologiche nella schizofrenia, in particolare relativamente a attenzione prolungata, working memory, problem solving, aspetti mnesici, che in genere precedono l'esordio clinico e che possono essere marker di tratto, talora presenti anche nei familiari non psicotici. Un aspetto psicopatologico-clinico rilevante nella psicosi appare la capacità del paziente di differenziare o meno il sé dal non-sé, attraverso la capacità o meno di attribuire la fonte di provenienza di una percezione.

Metodi: per evidenziare la relazione tra aspetti psicopatologici e monitoraggio della fonte è stato valutato un gruppo di pazienti schizofrenici in fase acuta attraverso il source monitoring test insieme con le valutazioni psicopatologiche per la psicosi per gli aspetti positivi, negativi e disorganizzati; questo gruppo è stato confrontato con controlli sani.

Risultati: i primi dati mostrano come nei pazienti schizofrenici risulti alterata la capacità di automonitoraggio con la incapacità di distinguere la fonte di provenienza di una percezione.

Conclusioni: l'alterazione della capacità di automonitoraggio può rappresentare una alterazione neuropsicologica in grado di spiegare in particolare sintomi positivi quali deliri e allucinazioni.

Parole chiave: schizofrenia, monitoraggio della fonte, psicopatologia

L'APPROCCIO INTERPRETATIVO PSICOLOGICO

ALLE NEUROSCIENZE

Salvatore Improta

Studio Panacea, Roma

improta@ainp.it

Introduzione: il progredire degli studi neuroscientifici ha messo a disposizione dei neuropsicologi e degli psicopatologi una ormai vastissima messe di dati, che possono aiutare a far luce sulla complessità della vita psichica, tanto in condizioni di normalità quanto di patologia. Affinché però i risultati della ricerca si rivelino davvero fruttuosi per l'ampliamento della comprensione della funzionalità della mente, tali dati necessitano di trovare un corretto inquadramento, a partire da vertici teorici ed interpretativi adeguati.

Tutt'altro che estranea a questa necessità è la stessa riflessione critica sui concetti e, più in generale, sul linguaggio che la ricerca scientifica adopera per veicolare quanto da essa ritrovato, dal momento che, da soli, grafici, cifre e statistiche non riescono ad essere auto evidenti, ma abbisognano pur sempre di correlazioni logiche sensate, all'interno di una cornice esplicativa che funga da guida e riferimento per la loro interpretazione. Oggi più ancora che in passato, alla psicologia, intesa anche come forma di riflessione sulle modalità "naturali" e "culturali" di adattamento dell'uomo all'ambiente in cui vive, si può affermare che tocchi il compito fondamentale di confrontarsi con la sfida che consiste nel ricondurre, all'interno di una cornice di senso centrata sull'essere umano in quanto tale, non parcellizzato in o confuso con sue parti (evidente il riferimento al sistema nervoso o al cervello), le conoscenze plurime e sempre più raffinate provenienti dagli studi neuroscientifici.

Questa riflessione trova, da alcuni anni, in un connubio teorico-pratico di grande interesse, sbocco nell'opera di un filosofo inglese, P.M. Hacker e di un neurofisiologo

australiano, M. R. Bennett, il cui lavoro di revisione concettuale degli studi neuroscientifici ha già prodotto frutti significativi, rappresentando una fonte inesauribile di ulteriori riflessioni. Inoltre, relativamente alla psicologia, nella dimensione futura della sua storia, appare chiaro che il bisogno di pervenire a modelli teorici della vita mentale, come pure delle funzioni cognitive, allo scopo di migliorare tecniche e modalità educative nella prevenzione, riabilitative o terapeutiche nel trattamento, sembra necessariamente passare attraverso una modalità "unificante" di linguaggi, concezioni teoriche sottostanti o, per meglio dire, attraverso l'istituzione di un consistente e peculiare vertice, a partire dal quale osservare, riflettere, mettere alla prova e, alla fine, confermare o confutare ipotesi attraverso le quali leggere e spiegare la realtà mentale.

Per quanto attiene, soprattutto, al versante della clinica, si mette in luce l'utilità della estensione alla fenomenologia dei disturbi neuropsicologici di un approccio teorico di tipo psicodinamico, oggi espresso principalmente dalla recente corrente della Neuropsicoanalisi, volto ad arricchire la lettura della patologia con l'adeguato rilievo che, sempre, le caratteristiche "premorbose" di personalità rivestono anche per il malato "neurologico".

Parole chiave: ricerca neuroscientifica, vertice psicologico, neuropsicoanalisi, errore mereologico,

ANOSOGNOSIA E DISTURBI COMPORTAMENTALI CORRELATI: DALLA CLINICA ALLA RIABILITAZIONE

**Alessandra Magalini¹, Paolo Bovi², Elisabetta Romagnolo¹, Giampaolo Tomelleri²,
Gaetano Trabucco¹, Giuseppe Moretto²**

¹S.S.O. Servizio di Psicologia Clinica, O.C.M. - Azienda Ospedaliera di Verona

²U.O. di Neurologia, O.C.M. - Azienda Ospedaliera di Verona

alessandra.magalini@tiscali.it

Introduzione: *l'anosognosia*, inconsapevolezza per il proprio stato di malattia, è spesso associata ad altre condizioni quali *l'anosodiaforia* e/o la *somatoparafrenia* che, in rari casi, è accompagnata da *misoplegia*.

Si riportano esempi di casi di pazienti che, conseguentemente a lesioni a carico dell'emisfero destro, hanno sviluppato un'anosognosia per i propri deficit, manifestando svariate alterazioni cognitive, emotive e comportamentali correlate, tali da richiedere un approccio riabilitativo integrato: cognitivo e psicoterapico.

Con il presente lavoro si riporta l'esperienza maturata presso la Stroke Unit in collaborazione con S.S.O. Servizio di Psicologia Clinica - O.C.M. di Verona, dal 2001 ad oggi, in merito alla valutazione e trattamento di pazienti anosognosici.

Metodi: i pazienti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica-clinica, volta a rilevare il quadro cognitivo, emotivo e comportamentale. Accertata la presenza di anosognosia e/o di altri disturbi correlati, l'approccio riabilitativo è consistito nelle seguenti operazioni: fase informativa sul disturbo, approccio esperienziale (paradigma previsione/prestazione), momenti di condivisione con il team riabilitativo e, quando possibile, intervento psicoeducativo con i familiari.

Strumenti: TAC e/o RM encefalo; informazioni raccolte dalla cartella clinica, colloquio anamnestico, test cognitivi standardizzati, questionari, schede di osservazione, prove costruite ad hoc.

Conclusioni: l'anosognosia, fenomeno per nulla raro in fase acuta, può compromettere in modo significativo la partecipazione attiva del paziente al suo progetto riabilitativo. Risulta pertanto necessaria la sua tempestiva rilevazione, al fine di poter intervenire, secondo un approccio integrato, per favorirne la risoluzione.

La tematica, tanto affascinante ed ancora alquanto oscura, necessita di ulteriori studi approfonditi. Per tale motivo, in collaborazione con l'AINp, è stata istituita una commissione di "neuropsicoanalisi" costituita da psicologi-psicoterapeuti di diverso orientamento che collaborano al fine di fare maggior luce sui meccanismi psichici coinvolti nell'anosognosia e su quali approcci riabilitativi potrebbero risultare più efficaci. Si pensi solo alla difficoltà nel motivare tali pazienti alla propria cura e alla riabilitazione, come semplicemente impegnarsi ogni giorno nella fisioterapia.

Parole chiave: anosognosia, anosodiaforia, somatoparafrenia e misoplegia.

Bibliografia: [1] Orfei MD, Robinson RG, Prigatano GP, Strakstein S, Rüşch N, Bria P, Caltagirone C, Spalletta G. *Anosognosia for emiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature*. Brain. Dec 2007; 130 (Pt 12): 3075 – 90.

IL CORPO NEL CERVELLO: LA RAPPRESENTAZIONE DEL CORPO ATTRAVERSO GLI STUDI DI NEUROIMMAGINE, NEUROFISIOLOGIA E NEUROPSICOLOGIA

Valentina Moro¹

¹ *Dipartimento di Psicologia e Antropologia Culturale, Università di Verona*

valentina.moro@univr.it

Introduzione: Molti interrogativi sull'esistenza di strutture cerebrali implicate nella percezione e organizzazione dello schema corporeo nascono già nel diciannovesimo secolo dall'osservazione clinica di pazienti affetti da "turbe" dell'immagine corporea.

Dalle prime descrizioni di Gerstmann, Pick, Babinski e altri, molti studi successivi hanno aggiunto informazioni e hanno chiarito sindromi quali l'autotopoagnosia, la sindrome del giro angolare, l'anosognosia o la somatoparafrenia. Le tecniche di neuroimmagine e neurofisiologia hanno inoltre più recentemente fornito interessanti strumenti per l'identificazione delle reti neurali preposte alla percezione del corpo proprio e altrui.

Metodi: la relazione sarà divisa in tre parti. Nella prima parte verranno presentati i dati più recenti della ricerca clinica e sperimentale relativi alle alterazioni della rappresentazione corporea. Si passerà quindi a descrivere le reti neurali preposte alla percezione del corpo per concludere con gli studi circa il linguaggio emozionale del corpo.

Risultati: La relazione dimostrerà come il cervello umano tratti lo stimolo corporeo in maniera assolutamente particolare e come nella rappresentazione corporea siano coinvolte reti neurali specifiche ma anche ampiamente integrate con altri sistemi cognitivi.

Conclusioni: la percezione del corpo, proprio e dei conspecifici, riveste un'importanza fondamentale nella vita sociale e di relazione interpersonale. Lo studio della percezione

e della rappresentazione corporea sta rivelando come il cervello umano riesca ad elaborare le informazioni trasmesse dai cospecifici in maniera assolutamente efficace e rapida, spesso quasi automatica. Tali ricerche si rivelano di importanza fondamentale nello studio di alcune patologie neurologiche e psichiatriche nonché nell'individuazione di programmi educativi e riabilitativi sempre più efficaci.

Parole chiave: neuroscienze, neuropsicologia in età adulta, neuropsicologia, neuroanatomia

INCIDENZA DELLE NEUROSCIENZE SULLA RELAZIONE PSICOPEDAGOGICA CORPOREITA'/APPRENDIMENTO

Filippo Gomez Paloma¹ & Maurizio Sibilio¹

¹ *Università degli Studi di Salerno*

fgomez@unisa.it

Introduzione: Dimmi e lo dimenticherò, mostrami, e potrò ricordarlo, coinvolgimi e capirò (Confucio). La costruzione della conoscenza e l'uso cognitivo del corpo e del movimento si caratterizzano e trovano la propria giustificazione scientifica non più nel solo contributo di autori di matrice psico-pedagogica (H. Gardner, 2002; D. Goleman, 1997), ma anche in relazione a prospettive di ricerca e filoni disciplinari neuroscientifici; questi infatti, grazie alle ultime ricerche sul sistema nervoso e sui meccanismi che sottendono i vari fenomeni della vita, si sono occupati anche della relazione tra corpo, emozioni, movimento e apprendimento.

Metodi: I recenti studi nel settore neuro-bio-psicofisiologico, infatti, grazie agli apporti di V. Gallese, A. Damasio, J. LeDoux, G. Rizzolatti e A. Berthoz, hanno affermato una rivalutazione delle diverse forme di attività di movimento e multisensoriali come strumenti per la formazione e la valorizzazione dell'empatia intersoggettiva, anche per l'integrazione dei bambini in difficoltà.

Questo originale approccio all'apprendimento ha permesso di ridefinire la relazione tra contenuto disciplinare e "modalità" di accesso alla conoscenza, prefigurando un versante inesplorato della ricerca scientifica in ambito didattico che supera le rigidità dei confini tradizionali delle discipline, attingendo a campi interdisciplinari, come quello neuropsicologico, che utilizzano il corpo e il movimento come soggetti dell'apprendimento.

Risultati: La didattica, pertanto, nel rispetto di un nuovo equilibrio tra caratteristiche innate e stimoli ambientali, fruisce di un corpo cognitivo per la costruzione dei concetti (embodied cognition) che è capace di permeare e coinvolgere emotivamente

condizionando il sistema mnemonico. La corporeità in ambito didattico, utilizzando metodologie attive e partecipate come il laboratorio, può consentire di affiancare le informazioni fredde e ripetitive necessarie alla costruzione dei saperi, con stimoli capaci di trascinare mnemonicamente i diversi contenuti, senza trascurare l'identità e la consapevolezza del soggetto (J. LeDoux, 2002).

Discussione e conclusioni

La funzione proattiva del cervello e la capacità simulativa dei mirror neurons dimostrano che la didattica del e attraverso il movimento si spiega in una qualità specifica, da parte di alcune strutture neurali, di utilizzare le esperienze pregresse, modificarle ed adattarle. Le ultime ricerche hanno dimostrato che il cervello può simulare delle azioni per prevederne le conseguenze e scegliere la più appropriata (Rizzolatti, 2006), ridefinendo il rapporto tra percezione, coscienza e azione e fornendo una chiave di lettura neurobiologica del sistema di anticipazione e previsione apprenditiva. Il corpo nella didattica laboratoriale diventa, pertanto, soggetto interagente per la soluzione di problemi e la rielaborazione di strategie complementari o alternative della conoscenza, un vero motore di supporto per un ambiente di apprendimento costruttivo.

Parole chiave: neurodidattica, corporeità, apprendimento

VENT'ANNI DOPO SPINNLER E TOGNONI: NUOVI STRUMENTI NELLA CASSETTA DEGLI ATTREZZI DEL NEUROPSICOLOGO ITALIANO

Angelo Bianchi

.U.O. Psicologia ASL 8 Arezzo

an.bianchi@usl8.toscana.it

Dopo la monografia di Spinnler e Tognoni del 1987, il repertorio di strumenti neuropsicologici tarati su soggetti italiani adulti si è notevolmente arricchito sia in quantità che in qualità, consentendo al neuropsicologo italiano di disporre di una vasta raccolta di test adatti alla rilevazione dei disturbi cognitivi e comportamentali non solo di origine neurologica, ma anche psichiatrica, medica generale e psicogeriatrica.

D'altra parte, la valutazione neuropsicologica per scopi medico-legali è ormai stabilmente entrata a far parte della pratica professionale corrente, accanto ai tradizionali scopi diagnostici, clinici e riabilitativi.

Queste considerazioni giustificano un'attenta riflessione sui fondamenti epistemologici dell'esame neuropsicologico, preliminare ad una appropriata selezione degli strumenti più idonei alle esigenze del neuropsicologo clinico e forense.

Lo scopo di questo intervento è pertanto duplice:

- a) evidenziare la specificità delle informazioni ottenibili tramite l'esame neuropsicologico, rispetto ad altre evidenze di natura clinica o di neuroimmagine;
- b) passare in rassegna, in maniera ragionata, il repertorio di test neuropsicologici a disposizione, segnalandone di volta in volta le indicazioni, i punti di forza e di debolezza, le caratteristiche psicometriche.

Riferimenti bibliografici: Bianchi A (a cura di) (2008) *L'esame neuropsicologico dell'adulto. Applicazioni cliniche e forensi*. Giunti O.S.- Organizzazioni Speciali, Firenze.

Bianchi A, Dai Prà M. (2008) Twenty years after Spinnler and Tognoni: new instruments in the Italian neuropsychologist's toolbox. *Neurol Sci* 29: 209-217.

Parole chiave: esame neuropsicologico, test neuropsicologici, psicodiagnosi.

NUOVA TARATURA E STANDARDIZZAZIONE ITALIANA DI TEST NEUROPSICOLOGICI: LA BATTERIA DI VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA PER ADULTI DAI 16 AI 40 ANNI

Claudia Iannotta¹, Prof. Giuseppe Rocca²

¹ Servizio di Neuropsicologia, Centro di Psicologia e Neuropsicologia - Torino
iannotta@ainp.it

² Unità di Metodologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze
Università degli Studi di Torino

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di diffondere la nuova Taratura e Standardizzazione Italiana della Batteria di Valutazione Neuropsicologica per adulti dai 16 ai 40 anni. Promotore della ricerca svolta per giungere alla taratura e standardizzazione di questa batteria è l'AINp (Associazione Italiana di Neuropsicologia), Associazione scientifico-professionale senza scopo di lucro.

Lo studio, di tipo no profit, ha coinvolto, come somministratori, diversi professionisti, soci AINp, operanti in diversi centri pubblici e privati, su tutto il territorio italiano; le risorse economiche per lo svolgimento della ricerca e l'analisi dei dati sono state reperite attraverso i fondi dell'Associazione e l'apporto volontario degli sperimentatori.

Il progetto è stato svolto a livello multicentrico dal "Gruppo AINp per la Taratura e Standardizzazione Italiana di Test Neuropsicologici" coordinato dalla Dott.ssa Claudia Iannotta. Si tratta di uno studio teso a validare alcuni test utilizzati nella clinica per la valutazione di disturbi cognitivi.

Si tratta di test che vengono già usati efficacemente nella pratica clinica (la maggior parte facenti parte della taratura di Spinnler e Tognoni del 1987), ma solo per soggetti di età da 40 anni in su. Al momento, quindi, popolazioni di soggetti di età inferiore a 40 anni non possono essere valutati quantitativamente in modo del tutto adeguato ed approfondito per le limitate validazioni italiane effettuate su soggetti con età inferiore ai 40 anni.

Riteniamo pertanto il nostro lavoro molto utile per tutti i professionisti che si occupano

di neuropsicologia, e soprattutto per i soggetti giovani adulti che potrebbero aver bisogno di una simile valutazione.

L'obiettivo dello studio, quindi, è stato di validare test cognitivi che possano portare ad un miglioramento della diagnosi e, conseguentemente delle strategie terapeutiche, riabilitative ed assistenziali in soggetti affetti da cerebrolesioni conseguenti a patologie neurologiche (es. demenze, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, ictus), o acquisite (es. traumi cranici). Lo studio non ha previsto un beneficio diretto per i soggetti che si sottopongono ai test ma i suoi risultati consentiranno di poter utilizzare in maniera corretta gli stessi test in persone fra i 16 e i 40 anni con problemi cognitivi onde diagnosticare il disturbo, definirne la sua entità e seguire nel tempo l'evoluzione del disturbo e l'efficacia delle cure.

La popolazione dello studio è formata da più di 300 soggetti sani di età compresa fra 16 ed i 40 anni.

La sperimentazione clinica è stata progettata e condotta con assoluta rigidità metodologica, e i risultati saranno resi noti alla collettività scientifica, tramite una pubblicazione scientifica, secondo i principi della Good Clinical Practice o Buona Pratica Clinica che è uno standard internazionale di etica e qualità scientifica per progettare, registrare e relazionare gli studi clinici che coinvolgono soggetti umani.

Parole chiave: Neuropsicologia Clinica e Sperimentale, Diagnosi Neuropsicologica.

PATIENT ELIGIBILITY FOR AWAKE SURGERY FROM A PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

**Barbara Santini¹, Andrea Talacchi¹, Francesca Casagrande², Marilena Casartelli²,
Silvia Savazzi³, Francesco Procaccio², Massimo Gerosa¹**

¹ *Section of Neurosurgery, Department of Neurological Sciences and Vision, University of Verona, Italy*

² *Unit of Anaesthesia and Neurosurgical Intensive Care. University Hospital of Verona, Italy.*

³ *Section of Physiology, Department of Neurological Sciences and Vision, University of Verona, Italy*

Introduction: Although awake craniotomy is a well-tolerated procedure, a small number of failure has been reported. In this study we tried to identify patients at risk of undergoing intra-operative mapping failures.

Methods: The study includes 14 patients with brain tumors located in language areas, candidate for brain mapping during surgery.

Evaluation included:

- 1) *neuropsychological examination*, to assess cognitive and behavioral functions by means of tasks exploring attention and executive functions (FAS, TMT A and B; Digit Span forward and backward);
- 2) *psychological questionnaires*, for a quantitative evaluation of anxiety, feelings regarding pain, depression (BDI, STAI-Y, PASS-20);
- 3) *psychophysiological monitoring and biofeedback sections* to evaluate the self-control ability of candidate.

Evaluation included descriptive analysis, comparison of impaired scores between the three batteries, and correlation of intraoperative failures with preoperative psychological scores.

Failures were represented by delays, impossibility to complete the assessment (minor failure) or conversion to general anaesthesia (major failure).

Results: Two subjects fulfilled exclusion criteria from operation; three patients were normal and nine showed some impairment in at least one test. Compared any impairment scores between the three batteries no significant association was found.

The only patient who showed minor failures presented psychophysiological abnormal response at pre-operative evaluation.

Conclusions: This study is an attempt at finding objective criteria to measure the ability of patients to cooperate during surgery and to control emotional distress, in order to find out exclusion criteria and warning signs for awake surgery. Psychophysiological determinations may be considered an additional useful tool in a situation which is unusual for the patient.

Key words: *awake surgery; brain tumor; patient selection; psychological assessment.*

Corresponding author: Dr. Barbara Santini, Section of Neurosurgery, Department of Neurological Sciences and Vision, University of Verona, Piazzale Stefani 1 (37126) Verona, e-mail: barbara.santini@pemmeci.it

LA VALUTAZIONE DEI SINTOMI DEPRESSIVI NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER: STRUMENTI DI MISURA A CONFRONTO

Laura Ricchiuti¹, Katia Pinto ², Anna Laura De Bari³, Mauro G. Minervini ⁴

U.O. Neurologia, Istituti Ospedalieri "Opera Don Uva" Bisceglie (Ba)

laurari@tiscali.it

Introduzione: La depressione è un disturbo che frequentemente si associa alla Demenza di Alzheimer (AD), con prevalenza variabile dal 30 al 50%. La depressione, soprattutto in passato, era concepita come un'entità clinica in antitesi con la demenza e perciò rimasta a lungo sottovalutata. Recentemente numerose ricerche hanno evidenziato il ruolo che la depressione ricopre nella demenza, sottolineando come tale sintomo sia un fattore determinante nello stesso processo neurodegenerativo. Risulta utile individuare strumenti che nella pratica clinica possano aiutare nella valutazione di stati depressivi nel paziente AD; l'obiettivo del nostro studio è di mettere a confronto diversi tipi di scale di depressione comunemente utilizzate nell'AD.

Metodi: Lo studio è di tipo osservazionale; i criteri di inclusione dei pazienti sono i seguenti: a) Diagnosi di Malattia di Alzheimer secondo il DSM-IV (APA, 1995); b) Grado di demenza lieve alla Clinical Dementia Rating Scale (Hughes et al., 1982; CDR=1). I pazienti sono stati selezionati fra coloro che sono afferiti in modo consecutivo presso la nostra Unità Operativa. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a visita neurologica, a valutazione neuropsicologica, con una batteria estesa di test ed una valutazione approfondita dei sintomi depressivi mediante i seguenti strumenti: una scala di tipo autosomministrato, la Geriatric Depression Scale-GDS (Yesavage, 1983); due scale generiche di tipo eterosomministrato, la Hamilton Rating Scale for Depression-HAM-D (Hamilton, 1960), la Montgomery-Asberg Depression Scale-MADRS (Montgomery, Asberg, 1979); una scala di tipo eterosomministrato specificamente costruita per la misurazione dei sintomi depressivi in pazienti con demenza, la Cornell Scale for Depression in Dementia-CSDD (Alexopoulos, 1988).

Risultati: Il campione è costituito da 15 soggetti (7M, 8F; età media $75,6 \pm 7$) con diagnosi di AD di grado lieve (CDR=1). Il punteggio corretto medio al MMSE è di $21,9 \pm 3,6$ (range 16,2- 27, 2). Alla GDS, il **58%** dei soggetti supera il cut-off per la presenza di depressione, di essi il 33% con un livello di depressione lieve e il 25% con un livello moderato. I due strumenti generici eterosomministrati forniscono dati differenti: alla MADRS, il **93%** presenta un punteggio sopra il cut-off, nello specifico il 40% con un livello di depressione lieve e il 53% con livello moderato; alla HAM-D, l'**87%** dei soggetti supera il cut-off, di essi il 60% con un livello lieve e 27% con un livello moderato.

Dalla somministrazione della CSDD, il **73%** risulta avere sintomi depressivi, il 60% con un livello lieve, il 13% con un livello moderato. Dall'analisi delle correlazioni risulta che i punteggi totali della HAM-D e della MADRS sono correlati tra loro in modo debole ($r=0.57$; $p=0.02$); i punteggi della CSDD correlano significativamente con i punteggi delle altre due scale eterosomministrate, la HAM-D ($r=68$; $p=0.005$) e la MADRS ($r=65$; $p=0.009$), ma non con la GDS.

Conclusioni: I risultati preliminari del nostro studio indicano un'ampia variabilità nella rilevazione della presenza di sintomi depressivi a seconda degli strumenti di valutazione utilizzati. Nonostante l'esiguità del campione richieda necessari ampliamenti, alcune iniziali considerazioni sono possibili riguardo l'uso di strumenti di assessment della sintomatologia depressiva in corso di AD.

Parole chiave: Demenza di Alzheimer, Depressione, Neuropsicologia in anziani, valutazione neuropsicologica

L'APATIA: ASPETTI CLINICI E NEUROANATOMIA FUNZIONALE DEI CIRCUITI FRONTO-SOTTOCORTICALI. INDAGINE SU CASI CLINICI.

Massimiliano Ruggeri ¹

Servizio di Neuropsicologia, Centro di Riabilitazione C.A.R., Roma

massimiliano.ruggeri@uniroma1.it

Introduzione L'apatia è una comune sindrome comportamentale nei disturbi neuropsichiatrici, sempre più riconosciuta nella pratica clinica, ma ancora non bene inquadrata a livello nosografico, mancando un consenso sui criteri diagnostici. Essa viene definita come un deficit della motivazione, e si evidenzia attraverso una riduzione quantitativa dei comportamenti volontari diretti ad uno scopo. L'apatia, intesa come deficit motivazionale su base neurologica, va attentamente valutato in presenza di malattie neurologiche come la demenza o gli strokes, e non confusa con la depressione. Essa ha delle importanti ricadute terapeutiche e riabilitative. Il substrato neurale responsabile dei processi di iniziativa e di autoattivazione riguarda i circuiti fronto-sottocorticali, che connettono alcune aree della corteccia frontale con i nuclei della base, in particolare il circuito della corteccia cingolata anteriore.

Metodi: Vengono presentati due casi clinici di pazienti neurologici che manifestavano un importante disturbo apatico, illustrandone il profilo neuropsicologico e comportamentale; inoltre verranno discussi i dati neuroanatomici, con particolare riguardo ai circuiti fronto-sottocorticali. Inoltre verranno presentate le scale cliniche utilizzate per la valutazione dell'apatia.

Risultati: Due pazienti adulti con esiti di stroke e di encefalopatia multininfartuale, senza grossolani disturbi sensomotori, presentavano un profilo cognitivo caratterizzato da disturbi disesecutivi in un caso, e da lieve demenza sottocorticale nell'altro. Entrambi presentavano un quadro di grave disturbo apatico, con rallentamento, inerzia e distacco affettivo.

Conclusioni: L'apatia dei due pazienti è stata messa in relazione con le lesioni che interessavano i nuclei della base, in particolare il neostriato. Infatti i circuiti fronto-sottocorticali sono implicati in numerose funzioni cognitive, comportamentali e motorie. In particolare il circuito che parte dalla corteccia cingolata anteriore e connette i nuclei della base e il talamo, riveste una particolare importanza nei processi iniziativa e di auto-attivazione.

Parole chiave: apatia, demenza, nuclei della base, circuiti fronto-striato-talamici, circuito cingolato anteriore.

IL PROCESSO DI CURA: IMPLICAZIONI PSICOBIOLOGICHE

Chiara D'Alessio,

Università degli studi di Salerno

chdaless@unisa.it

Introduzione: Il lavoro parte da un concetto di salute di natura biopsicosociale all'interno del quale la salute è vista come dimensione sistemica e multifattoriale. Vengono presentate le dimensioni del processo di cura il relazione al problema della formazione degli operatori sanitari.

Metodi: Il lavoro ha previsto la consultazione e la sintesi di materiale bibliografico di diversi autori (Kandel, Picardi, Biondi, Gallese, Siegel) che partono da una concezione biologica della mente all'interno di cornici epistemologiche di riferimento appartenenti alla medicina psicosomatica.

Risultati: Viene esplorata la cosiddetta neurobiologia della esperienza interpersonale in base alla quale la connessione umane portano alla formazione di connessioni neurali. Il lavoro si sofferma a lungo sulla psicofisiologia dello stress, evidenziando il rapporto tra emozioni e stress, tra stress e apoptosi, tra correlati biologici dei processi di attaccamento e relazione tra qualità dell'attaccamento, stress e funzione immune. L'attività mentale e i suoi correlati biologici sembrano essere, in base a tali studi, il risultato del rapporto circolare tra disposizione genetica, livelli dei neurotrasmettitori, clima evlutivo, clima presente, significati attribuiti alle situazioni, comportamenti osservabili.

Viene poi esaminata la psicobiologia della relazione curante paziente e i correlati dello sforzo emotivo del curante, evidenziando il ruolo dei sistemi dopaminergici, serotoninergici e colinergici connessi all'assetto neurotrasmettitoriale. Vengono discussi i correlati neurobiologici dell'empatia ed i meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività con riferimento alla teoria dei neuroni specchio ed i connessi

concetti di simulazione incarnata e consonanza intenzionale. La psicofisiologia della relazione terapeutica viene altresì connessa con i fattori protettivi alla base di ciò che si potrebbe definire "ginnastica neurotrasmettitoriale", evidenziando il rapporto tra psicoterapia e psicofarmacologia. Gli elementi protettivi dallo stress all'interno dei contesti di cura vengono definiti nei seguenti termini: sviluppo di abilità comunicative; organizzazione efficiente; leadership efficace; lavoro di squadra e supporto sociale; vita personale sufficientemente equilibrata. È stato infatti dimostrato che tali fattori riducono lo stress ed i disturbi ad esso associati.

Conclusioni: In virtù di quanto discusso si sottolinea altresì lo stretto rapporto tra appagamento professionale e stress delle professioni di cura anche per ciò che riguarda l'efficacia terapeutica. Evidenziando il rapporto circolare tra malattia ed identità all'interno di una visione psiconeuroendocrinoimmunologica si conclude che la corretta comunicazione, la canalizzazione della creatività e delle emozioni positive possono favorire, attraverso complessi meccanismi neurali: il corretto funzionamento del sistema immunitario, migliorando il tono generale dell'organismo, il funzionamento di tutti gli organi, migliorando le possibilità di ripresa nella battaglia contro la malattia.

La professione di cura viene dunque letta all'interno di una dimensione psicologica, al cui interno medico e paziente possano sviluppare, recuperando il proprio bagaglio culturale e personale, un'immagine rinnovata della propria identità-professionalità. L'atteggiamento professionale, al di là dei suoi aspetti meramente tecnici, acquista rilievo e spessore solo se inteso come quotidiana *esperienza di senso che, a partire da considerazioni di valore che mettono in rilievo l'unicità della persona, l'unicità del momento presente e l'apertura all'altro* si esplica in atteggiamenti caratterizzati da *dedizione, cura ed attribuzione di significato* a persone ed eventi ad essa connessi.

Parole chiave: Cura, psicobiofisologia della relazione terapeutica, neurobiologia dell'esperienza interpersonale, stress, neuroni specchio, prevenzione e trattamento dello stress nelle professioni sociali, psicoterapia e psicofarmacologia, psiconeuroendocrinoimmunologia, esperienza professionale ed esperienza di senso, qualità dell'appagamento professionale.

A BRINCADEIRA SIMBÓLICA E O DESENHO DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

DENISE MILANI

SÃO PAULO - BRASIL

milanidenise@terra.com.br

Introdução – Aprofundar os estudos sobre a elaboração e as manifestações da função semiótica, na criança com Síndrome de Down. Considerando sua importância. Assim, será possível compreender melhor como as crianças pensam e sentem, como elas se comunicam, mostrando a realidade interna que muitas vezes não sabem expressar, falando como vêem e como se sentem nas situações de avaliação e de estimulação precoce.

Objetivos - Este trabalho se propôs a verificar o padrão predominante da criança com Síndrome de Down no que concerne a brincar (a partir de uma leitura piagetiana), a desenhar (segundo Lowenfeld & Brittain, 1977), informações para um exame neurológico (segundo Lefevre 1972) e avaliação neuropsicológica (segundo Lefèvre 1989).

Metodologia - Verificou-se, também, a possibilidade de utilizar a técnica IBD - Interação Brinquedo-Desenho, com crianças portadoras da Síndrome de Down, além de levantar indicadores para um futuro exame neurológico e neuropsicológico. Para tanto, foram sujeitos da pesquisa quatro crianças portadoras da Síndrome de Down e quatro não-portadoras, formando dois grupos. Cada grupo foi subdividido de modo a ter um menino e uma menina de quatro anos e um menino e uma menina de sete anos.

Resultados - Os resultados apresentaram evidências de que o padrão das crianças de quatro anos com Síndrome de Down é a brincadeira simbólica semelhante à das crianças não-portadoras na faixa etária de dois anos e seis meses a três anos. Seus desenhos são classificados como garatujas ordenadas, próprias das crianças com dois anos. Já as

crianças com sete anos apresentam a brincadeira simbólica semelhante à da criança de três anos a três anos e meio. Os desenhos mostraram-se em fase de transição entre a garatuja nomeada e o desenho representativo. Verificou-se, também, que o IBD é uma técnica viável às crianças com Síndrome de Down, além de ser possível levantar, através dessas observações, indicadores para um futuro Exame Neurológico Evolutivo e uma Avaliação Neuropsicológica.

Conclusão – Através desta técnica, torna-se mais completa e adequada a estimulação neuropsicológica, já no início da vida, para atingirem um melhor desenvolvimento físico e mental.

Palavra Chave – Reabilitação neuropsicológica do desenvolvimento

**LA ADHD IN SOGGETTO ADULTO: L'INTEGRAZIONE TRA LA DIAGNOSI E
RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA, BIOFEEDBACK/NEUROFEEDBACK E
PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE.
UN CASO CLINICO**

Dott.ssa Simona BORTOLAI e Dott. Fabrizio TABIANI

Centro di Psicologia e Neuropsicologia - Torino

info@torinopsicologia.it

Introduzione: Negli ultimi anni è sempre più importante fare un lavoro di integrazione fra le diverse metodologie di diagnosi e trattamento allo scopo di ottimizzare il percorso di valutazione e di trattamento per il paziente. Per questo motivo, l'ampia valutazione iniziale del caso che il terapeuta effettua in rapporto alla possibile presa in carico di un paziente è volta alla formulazione di ipotesi inerenti eventuali relazioni tra i disturbi presentati e gli eventi scatenanti e/o di mantenimento, di ipotesi eziopatogenetiche, di ipotesi riguardo alle strategie di intervento terapeutico e alle tecniche di trattamento specifiche per il singolo caso.

Alla luce di ciò, è nostra prassi affiancare al tradizionale assessment psicodiagnostico e neuropsicologico, una rilevazione degli indici psicofisiologici tramite la strumentazione di biofeedback/neuro feedback. Questa modalità ci permette di raccogliere specifiche informazioni circa le risposte del sistema nervoso autonomo, generalmente al di fuori del controllo consapevole del soggetto, e i cambiamenti elettroencefalici, correlati a diversi stati mentali, rilevabili mediante un profilo psicofisiologico da stress.

In questo modo, l'assessment come sopra inteso, si caratterizza come una valutazione distinta di diversi sistemi di risposta che sono tra di loro interagenti, ma non sempre sovrapponibili.

Di seguito, viene proposto il caso di un soggetto adulto, con diagnosi in ingresso di ADHD, in cui tale metodologia di assessment, nella quale viene integrato il biofeedback/ neuro feedback alla valutazione neuropsicologica, è stata applicata.

Parole chiave: integrazione, biofeedback, neurofeedback, riabilitazione, assessment, neuropsicologia, ADHD.

Dalla diagnosi alla terapia:

la riabilitazione neuro cognitiva nella schizofrenia

* F. Fresi, * M. Bechi, **M. Casale, B. Carpiello

**Dipartimento Scienze Neuropsichiche, Ospedale Universitario San Raffaele-Milano*

***Centro Ippocrate, Struttura Sanitaria Cura e Riabilitazione Disturbi Psicici-Cagliari
Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Cagliari*

fresi.francesco@hsr.it

La schizofrenia è una patologia cronica altamente invalidante in termini di disfunzione personale, sociale e lavorativa, caratterizzata da una processualità modale, ma variabile da soggetto a soggetto in termini sia qualitativi che quantitativi.

I risultati ottenuti da studi dell'ultima decade (Green et al., 1996; 2000) mostrano come i deficit cognitivi influenzino negativamente il funzionamento sociale e lavorativo dei pazienti, ripresentandosi anche dopo la remissione dei sintomi e limitando l'efficacia dei programmi riabilitativi; al fine di studiare i deficit cognitivi la ricerca più recente si è interessata allo studio di nuovi approcci riabilitativi. A questa necessità corrisponde il crescente interesse per la riabilitazione cognitiva ed in particolare per la cosiddetta "cognitive remediation" che ha come scopo il recupero di singole funzioni cognitive (memoria, attenzione ecc...).

Diversi studi si sono occupati di questo argomento, con tecniche di intervento, durata e disegni di studio differenti (Kurtz et al., 2003) riscontrando nel complesso miglioramenti nelle aree di funzione esecutiva, working memory e memoria verbale.

Un recente studio del San Raffaele (*Acta Psychiatrica Scandinavica, submitted*) ha valutato l'efficacia della "cognitive remediation" in termini di potenziamento della riabilitazione cognitivo-comportamentale con uno studio controllato e in singolo cieco, riscontrando miglioramenti sia nelle aree cognitive d'attenzione, working memory e funzione esecutiva, sia nella qualità della vita dei pazienti che effettuavano il trattamento neurocognitivo.

Scopo di questa presentazione è di mostrare i dati preliminari di uno studio svolto in collaborazione tra il Centro Ippocrate (struttura Sanitaria Cura e Riabilitazione Disturbi Psichiatrici "CA") e la Clinica Psichiatrica (Università degli studi di Cagliari), sul modello dello studio HSR.

Otto pazienti, valutati all'inizio e dopo tre mesi di trattamenti con una batteria neuropsicologica (BACS) che valuta le funzioni cognitive note per essere deficitarie nella schizofrenia, sono stati inseriti in un programma riabilitativo che comprendeva 6 ore alla settimana di riabilitazione comportamentale sul modello CLT e 6 ore di "cognitive remediation", consistente in set di esercizi individualizzati sul deficit cognitivo del singolo paziente. Dopo 3 mesi di trattamento si è riscontrato un miglioramento significativo, valutato tramite il Wilcoxon Test, al test "Torre di Londra", misura della funzione esecutiva di planning ($p=.02$), al test di "Memoria Verbale" ($p=.03$), misura della memoria secondaria a lungo termine. È, inoltre, emerso un trend per il miglioramento al test di "Working Memory" ($p=.08$).

Ulteriori studi saranno necessari per ampliare il campione e confermare il dato d'efficacia.

APPRENDIMENTO E RIORGANIZZAZIONE PLASTICA DEI NETWORK CEREBRALI IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER

Susanna Bergamaschi^{1,2}, Chiara Spironelli¹, Alessandro Angrilli¹, Attilio Calza²,
Sara Mondini^{1,2}

¹Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

²Casa di Cura "Figlie di San Camillo", Cremona

susanna.bergamaschi@unipd.it

Introduzione: lo studio, ormai molto esteso, sui pazienti con Demenza di tipo Alzheimer (AD), ha rivolto poca attenzione alle alterazioni dell'attività elettrica cerebrale di questi pazienti durante lo svolgimento di compiti. Gli obiettivi del presente studio sono (1) verificare se il ripetuto esercizio per un mese di un compito cognitivo possa produrre un apprendimento e, parallelamente, una modificazione dell'attività elettrica corticale in pazienti con AD, (2) verificare se l'eventuale miglioramento ottenuto nel compito esercitato possa generalizzarsi ad un secondo compito non esercitato.

Metodi: sono stati selezionati 12 pazienti con diagnosi di AD probabile (criteri clinici NINCDS-ADRDA). I pazienti sono stati sottoposti ad un ciclo di training di stimolazione cognitiva di gruppo (5 settimane/40 ore) per stimolare differenti domini cognitivi. Prima del mese di training e alla fine della stimolazione è stato registrato l'EEG dei pazienti durante lo svolgimento al computer di due compiti (compito sperimentale e compito di controllo).

Nel compito sperimentale, riproposto durante ogni sessione del training, i pazienti dovevano memorizzare il colore di un singolo quadrato presentato sullo schermo e verificare se era presente tra i 4 quadrati presentati successivamente (paradigma Go/No-Go).

Nel compito di controllo, mai riproposto durante il training, compariva al centro dello schermo una croce di fissazione seguita da un quadrato di colore giallo oppure blu e

il paziente doveva rispondere il più velocemente possibile premendo sulla tastiera del computer il tasto corrispondente al colore del quadrato.

Risultati: il confronto pre- e post-training è stato svolto per entrambi i compiti sia a livello comportamentale (tempi di risposta e percentuali d'errore) che a livello elettrofisiologico (analisi ERP). Dopo il training i pazienti mostravano tempi di reazione (TR) minori per entrambi i compiti [$p < 0.05$] ed una riduzione significativa delle omissioni [$p < 0.05$] e dei falsi allarmi [$p < 0.05$] solo nel compito sperimentale.

Per quanto riguarda i correlati elettrofisiologici, l'analisi dell'attività EEG ha evidenziato che, prima del training, i due compiti richiedevano l'attivazione delle stesse regioni cerebrali in entrambi gli emisferi. Dopo il training è stato possibile osservare un significativo cambiamento del pattern d'attivazione specifico per il compito sperimentale, che elicitava una maggiore negatività nelle regioni dell'emisfero sinistro.

Conclusioni: in pazienti con AD è possibile ottenere una riorganizzazione cerebrale conseguente ad un breve training di stimolazione, probabilmente dovuta all'utilizzo di strategie cognitive compensatorie che attivano reti neurali ancora integre.

Parole chiave: Demenza di Alzheimer, Stimolazione cognitiva, ERP.

UN PROTOCOLLO RIABILITATIVO PER PAZIENTI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE E MODERATO.

Katia Pinto¹, Anna Santoruvo², Daniela Mapelli², Anna Maggiolino ¹,
Mauro G. Minervini ¹.

¹ *Unità Riabilitazione Alzheimer, Casa Divina Provvidenza, Bisceglie (BA)*

² *Università degli Studi di Padova*

katia_pinto@libero.it

Introduzione: In un gruppo di anziani istituzionalizzati con deterioramento cognitivo lieve e moderato si vogliono studiare gli esiti della stimolazione cognitiva in termini di prestazioni cognitive, senza trascurare il dominio comportamentale ed affettivo. Ulteriore scopo della ricerca è indagare se e quanto gli esiti del trattamento, siano influenzati dal grado di deterioramento cognitivo.

Metodi: 16 soggetti con deterioramento cognitivo lieve e moderato aventi età compresa tra 62 e 94 anni (media = 82,25) e una scolarità compresa tra 0 e 5 anni (media = 3,1) sono stati testati prima e dopo il trattamento con i seguenti test: MMSE, MODA, Cornell Scale for Depression, BEHAVE-AD. Il disegno sperimentale ha previsto la costituzione di due gruppi, uno sperimentale ed uno di controllo per ciascuno dei due livelli di deterioramento cognitivo. Con una frequenza di cinque incontri settimanali della durata di 45 minuti ciascuno, per 4 settimane, i pazienti dei due gruppi sperimentali sono stati sottoposti ad un programma di stimolazione cognitiva.

Risultati: E' stata effettuata sui dati raccolti un'ANOVA con disegno misto, con due fattori between subjects (tipo di gruppo e livello di deterioramento cognitivo) ed un fattore within subjects (valutazione prima e dopo). Il miglioramento del dominio cognitivo, comportamentale ed affettivo è statisticamente significativo. Il grado di deterioramento cognitivo del paziente non sembra influenzare l'effetto benefico del programma di stimolazione.

Conclusioni: I risultati sopra esposti suggeriscono che, in generale, il programma di stimolazione cognitiva è risultato efficace per i soggetti dei gruppi sperimentali (indipendentemente dal grado di deterioramento cognitivo): i benefici non si limitano alla sfera cognitiva ma si estendono anche al tono dell'umore ed alla sfera comportamentale.

Parole chiave: valutazione neuropsicologica, riabilitazione neuropsicologica anziani.

HOME TRAINING: LA RIABILITAZIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON DEMENZA

Alessandra Abballe¹, Massimiliano Ruggeri²

*Servizio di Riabilitazione Domiciliare¹, Servizio di Neuropsicologia²,
Centro di Riabilitazione C.A.R., Roma*

massimiliano.ruggeri@uniroma1.it

Introduzione La ricerca in riabilitazione neuropsicologica ha recentemente esplorato l'efficacia di interventi riabilitativi effettuati presso la casa stessa del paziente, allo scopo di facilitare la generalizzazione della terapia. Alcuni autori hanno dimostrato che pazienti con esiti di trauma cranico hanno ottenuto migliori risultati dopo riabilitazione cognitiva condotta presso gli ambienti naturali dei pazienti.

Metodi: L'Home Training (HT) è un protocollo di riabilitazione domiciliare, che integra terapie neuropsicologiche, occupazionali e motorie, effettuato dal Servizio di Neuropsicologia del Centro di Riabilitazione C.A.R., con pazienti affetti da demenza residenti nel territorio della ASL RM A di Roma. L'HT si basa su esercizi specifici e training selezionati, con un approccio "multi-domain", da svolgersi sotto la guida del terapeuta, finalizzati sia al mantenimento-miglioramento delle funzioni compromesse che alla stimolazione di quelle residue. L'obiettivo principale dell' HT è quello di migliorare l'autonomia funzionale nella vita quotidiana del paziente con demenza, utilizzando l'ambiente domiciliare come strumento di facilitazione per l'acquisizione e la generalizzazione di strategie per l'autonomia.

Il periodo di riabilitazione è di 3 mesi, con sedute quotidiane effettuate da logopedisti e fisioterapisti presso l'abitazione del paziente. Le principali aree di intervento dell'HT sono 1) Riorientamento, 2) Consapevolezza, 3) Attenzione, 4) Memory Training "ecologico", 5) Memory Training Procedurale, 6) Linguaggio, 7) Funzioni Spaziali-Costruttive, 8) Funzioni Prassico-Gestuali, 9) Funzioni Esecutive. La terapia viene affiancata da counselling ai care-givers sulle strategie di gestione del paziente. Le valutazioni pre e post-trattamento vengono effettuate con una batteria di tests neuropsicologici (M.M.S.E., F.A.B., Breve

Racconto, Matrici Attentive, Token test, Denominazione del B.A.D.A., Aprassia Costruttiva, Aprassia Ideomotora, Raven PM 47), scale funzionali per l'autonomia (Scala F.I.M., I.A.D.L.), e resoconti dei care-givers.

Risultati: I risultati parziali, indagati per ora solo su due casi singoli di pazienti, uno con demenza fronto-temporale, l'altro di Alzheimer, hanno evidenziato dei miglioramenti significativi a livello funzionale e cognitivo, emersi nel confronto tra le valutazioni pre e post-training.

Conclusioni: In riferimento alle attuali offerte terapeutico-ricreative dei Centri Alzheimer del SSN, l'HT si presenta come un valido ed efficace approccio alternativo nel panorama della riabilitazione delle demenze. La sua efficacia tuttavia deve ancora essere dimostrata sperimentalmente mediante studio di gruppo, attualmente ancora in fase iniziale presso il nostro Centro di Riabilitazione.

Parole chiave: Demenza, Riabilitazione domiciliare, Home Training,