

NETWORK DI STUDIO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

C.so Bernacchi 63; 21049 Tradate (Va); tel.333.6362630; fax. 0331-835831
Centro A.G.R.E.S.: via Dante Alighieri 896 – Cislago loc. Massina (Va)

E-mail: lerre@tread.it

URL: www.geocities.com/lerre.geo URL: www.adhikara.com/alzheimer.htm

Direttore: Dott. Romeo Lucioni

Cos'è la malattia di Alzheimer

Una visione un po' materialista struttura la vita come simbolizzata da un "tesoro" ricevuto o ereditato dal quale, quotidianamente, si toglie qualcosa. L'espressione mitica riveste il carattere della perdita e della pauperizzazione: ogni giorno diventiamo "qualcosa di meno".

In questo modello la malattia di Alzheimer rappresenta il punto finale, l'espressione di un impoverimento ontologico estremo che, con la perdita dell'intelligenza, ci porta al limite dell'umano: una frontiera dalla quale fuggiamo spaventati.

Anche nell'immaginario medico si evidenzia questo simbolo della "frontiera", proprio perché di fronte a questo morbo falliscono i fondamenti della medicina: la *diagnosi* che è sicura solo se ottenuta sul reperto anatomico; la *terapia*, sino ad oggi, assolutamente inefficace.

Pure l'assistenza si pone in termini di "frontiera" e crea il modello "limitante" del Nucleo Alzheimer, del "giardino prigioniero" dove si fa tutto per non fare niente.

Queste osservazioni ci portano però a considerare un modello nuovo di relazione medico-paziente e infermiere-assistito che sposta il punto di osservazione e cambia le dinamiche.

L'osservazione, nel trattamento della demenza, passa dall'operatore al soggetto che diventa, nella sua dimensione distaccata e solitaria, la "persona scrigno" che contiene la verità e rappresenta un "mondo da scoprire".

Se in una qualsiasi altra malattia l'operatore si pone come osservatore e dirige la comunicazione per ottenere conferme, la persona demente, al contrario, impone un modello proprio che potrà essere rifiutato, ma, in tal caso, si otterrà solo un insuccesso, un fallimento dell'esperto o del medico. La demenza obbliga a ritrovare una dimensione "prettamente umana", fondata sulla relazione che, non più solamente verbale, deve utilizzare l'intelligenza, la fantasia, l'intuizione, l'empatia, l'emozione e l'affettività: sorridere, accarezzare, scherzare, abbracciare, accompagnare sono gli elementi di una nuova osservazione-relazione.

A questo punto il paziente Alzheimer si pone di fronte al medico, all'infermiere, al caregiver, al volontario, ma anche davanti all'uomo di cultura ed alla società, come una sfida a cambiare il punto di vista ontologico e culturale. Il demente non può più essere una "frontiera", l'ultimo gradino della scala della perdita, ma la "persona" per la quale siamo decisi a giocare le nostre carte della crescita, dello sviluppo e della vera intelligenza che è quella, non dell'osservare, ma del conoscere e soprattutto del "CONOSCERE SE STESSO-UOMO-PERSONA".

I modelli di intervento non farmacologico che oggi sono utilizzati allo scopo di migliorare la qualità della vita di questi pazienti, in maggiore o minor misura, si basano sulla relazione interpersonale positiva e sui rapporti empatici ed emotivo-affettivi.

Queste modalità prendono lo spunto dalla considerazione che i meccanismi mentali che vengono messi in gioco dipendono da strutture sottocorticali indenni che permettono comportamenti semplicemente reattivi o in parte elaborati, ma di tipo istintivo, che giocano un ruolo importante nel determinismo della sintomatologia e, soprattutto, nella conduzione degli interventi preposti al miglioramento dei disturbi comportamentali.

Si può anche dire che le relazioni interpersonali funzionano da "scudo" che salvaguarda, in maggior o minor misura, dall'insorgere della malattia. Gli anziani che si riuniscono nei Centri Sociali, nei quali questi rapporti sono più vivaci, potrebbero essere meno colpiti dalla malattia di Alzheimer; per questo motivo sarebbe opportuno intraprendere, in Italia, uno studio sull'incidenza della malattia per esempio nelle popolazioni dei Centri Sociali Anziani (esperienza operativa caratteristica del Centro-Nord della Penisola), tenuto conto anche di nostre recenti osservazioni secondo le quali in piccoli paesi del Varesotto, dove le relazioni interpersonali sono ricche e l'integrazione sociale spiccata, l'incidenza dell'Alzheimer è veramente ridotta, pur con la presenza di una alta percentuale di ultra-80-enni (4% degli uomini; 6% delle donne).

Un dato non ancora convalidato da adeguati studi epidemiologici, ma sicuramente di facile osservazione, è quello che rileva come nella popolazione delle Case di Riposo l'Alzheimer non è tra le malattie di nuovo impianto; ciò starebbe ad indicare che le relazioni interpersonali, anche se non ottimali o, a volte, conflittive, giocano un ruolo favorevole.

Oltre a questi dati che riguardano la struttura delle relazioni interpersonali, nell'Alzheimer sono anche i fattori educativo-scolastici che intervengono fortemente nelle sue modalità di presentazione. Diversi lavori recenti hanno dimostrato che un buon livello culturale, anche solo misurato in anni di scolarità, interviene a mitigare la frequenza della malattia e gli analfabeti hanno un rischio notevolmente più alto di ammalarsi.

E' evidente che questi studi permetteranno di individuare meccanismi e situazioni sociali, culturali ed educativi che possono agire come fattori di prevenzione o, comunque, capaci di attenuare l'incidenza di una malattia che, per molti aspetti, sta assumendo i caratteri di "epidemia silente".

In un momento in cui è previsto per i prossimi anni un incremento del morbo di Alzheimer, che diventa sempre più uno spauracchio, è evidente che studi che permettono di prevedere modelli di intervento capaci di frenare il flagello, devono essere non solo sostenuti, ma veramente stimolati.

Ricordiamo che la malattia di Alzheimer é caratterizzata dalla perdita delle funzioni psico-mentali superiori, con conseguente affievolimento dell'attenzione, della concentrazione, della memoria e delle capacità cognitive e di pensiero: vengono colpite le funzioni di pensare, di sentire e di agire.

Il malato di Alzheimer soffre un drastico cambiamento della personalità, con tendenza a deprimersi o ad irritarsi, in reazione alle perdite del suo funzionamento mentale. Non riesce più a seguire le istruzioni, soffre di confusionsi e momenti di disorientamento; può presentare alterazioni del giudizio, confondere le sembianze dei suoi famigliari, non ricordare più i loro nomi o quelli delle persone per lui abituali e, persino, non riconoscere nemmeno se stesso.

Domande che ci poniamo

C'è un costante interesse per questa malattia tanto terribile, quanto misteriosa, che deve essere considerata una *malattia sociale* poiché non colpisce solo chi si ammala di demenza, ma diventa un carico gravosissimo per coloro che devono assisterlo 24 ore su 24.

C'è chi dice che il numero dei malati deve essere moltiplicato per quattro (1 paziente + 3 caregivers) e forse non siamo poi tanto lontano da questa affermazione proprio se consideriamo il rischio di burn-out o, per meglio dire, la "*sindrome di non farcela più*". Basti pensare che un demente tiene occupati sia le ore del giorno che quelle della notte, senza interruzione perché il pericolo che possa succedere qualcosa di penoso è sempre latente.

1 - In che cosa consiste la malattia di Alzheimer?

È una malattia neuro-degenerativa cronica e progressiva, di tipo presenile, che drena una importante quantità di risorse del sistema sanitario, del settore socio-assistenziale e delle famiglie.

Si caratterizza per la perdita della memoria, dell'attenzione e delle capacità cognitive e comporta alterazioni della condotta che rappresentano una diminuzione delle funzioni intellettive talmente grave da interferire con il normale svolgimento delle attività quotidiane e delle relazioni sociali.

Si tratta di una **demenza**, la più frequente tra tutte, descritta per la prima volta nel 1907 dal medico tedesco Alois Alzheimer, per la quale la diagnosi di certezza può essere fatta, ancor oggi, solo al tavolo anatomico.

La malattia, oltre che progressiva, è irreversibile e, sino ad ora, non è stata scoperta nessuna terapia efficace in una percentuale significativa, così che il paziente va progressivamente perdendo le capacità di autogestirsi, autoassistersi ed automantenersi ed inoltre di interagire e di adeguarsi al mondo circostante.

2 - Quali sono i sintomi più comuni della malattia?

I primi sintomi della malattia possono essere confusi con i normali segni dell'invecchiamento, come: dimenticanze, perdita della concentrazione, difficoltà a mantenere l'attenzione, riduzione degli interessi, disturbi motori e dell'articolazione del linguaggio.

I segni più frequenti e più caratteristici dell'Alzheimer e che permettono una diagnosi per esclusione, sono:

?? perdita della memoria in forma progressiva e pervasiva;

- ?? incapacità di controllare le risposte emotive;
- ?? confusione e disorientamento spazio temporale;
- ?? frequente ripetizione delle domande;
- ?? incapacità di ritrovare le proprie cose, nascoste in luoghi poco usuali;
- ?? agitazione, inquietudine e nervosismo;
- ?? motricità afinalistica, che è stata chiamata *vagabondaggio*;
- ?? allontanamento da casa non riconoscendola come propria;
- ?? perdita dell'orientamento anche nelle vicinanze della propria casa;
- ?? mancato riconoscimento dei famigliari: moglie o marito, figli, nipoti;
- ?? stanchezza, distacco, tristezza o depressione;
- ?? segni di tensione eccessiva, di irritabilità ed aggressività;
- ?? ideazione paranoica, interpretativa e delirante nei confronti di tutti;
- ?? allucinazioni per lo più visive e uditive;
- ?? desiderio di andare dai propri genitori (soprattutto la mamma);
- ?? perdita della coordinazione nei movimenti complessi e poco abituali.

Questi sintomi non sono sufficienti per confermare la diagnosi di malattia di Alzheimer, anche se, insieme alle altre osservazioni, possono permettere una diagnosi di "probabilità".

I dati epidemiologici riportano con sempre maggior insistenza che la povertà e una scarsa educazione durante la gioventù aumentano sensibilmente (da 5 a 11 volte) il rischio della malattia.

3 - Chi è colpito dalla demenza di Alzheimer?

Questa sindrome colpisce senza distinzioni di nazionalità, di razza, di gruppo etnico o di livello sociale; interessa uomini o donne indifferentemente, anche se sembrerebbero più affette queste ultime (pur tenendo conto che le donne vivono più a lungo).

In generale la malattia si presenta sopra i 65-70 anni, ma ci sono casi di persone anche minori di 50 anni (è segnalato a Rho un caso con 45 anni); è progressivamente più frequente con l'aumentare dell'età; così abbiamo:

- < di 65 anni: 1/000
- > di 65 anni 5 %
- > di 80 anni: poco significativo.

In Italia si calcola che le persone malate di Alzheimer siano all'incirca 500.000 per lo più inseriti nella propria famiglia (4.000.000 negli Stati Uniti) e si presume che raddoppieranno per l'anno 2030.

4 - Quali sono le cause della malattia?

Non si conosce una causa della malattia; tuttavia, gli ultimi studi propendono per un'origine multifattoriale, vale a dire che viene riconosciuta una concomitanza di cause anche se quella genetica sembrerebbe la più importante.

I ricercatori hanno individuato alcuni geni, localizzati sui cromosomi 1, 12, 14, 19 e 21, che, in un modo o in un altro, sarebbero causanti.

Non sono da dimenticare altri importanti fattori favorenti quali:

- virus
- agenti tossici e ambientali

- intossicazione da alluminio
- campi elettromagnetici
- risposte infiammatorie
- traumi cranici
- reazioni auto-immuni
- squilibri biochimici del cervello
- depositi di amiloide nei neuroni.

L'esperienza ci dice, per altro, che esistono fattori che incidono nell'insorgere della malattia e, tra questi, fatti critici che inducono ad una perdita dell'identità personale e del senso di sé:

- morte del marito per donne particolarmente dipendenti ed insicure;
- accuse infamanti ed offensive;
- cambi di residenza;
- interventi chirurgici o incidenti anche poco significativi subiti dalla persona di riferimento;
- pensionamento, accompagnato da sensi di svalorizzazione;
- perdita del ruolo a cui veniva dato una enorme importanza sociale;
- scippo, furto o tentativo di scasso;
- tensione o stress emotivo persistente.

5 - Come arrivare alla diagnosi?

Una buona diagnosi può essere presa in considerazione dopo una valutazione clinica che deve tenere in conto di quattro aspetti importanti:

- accurata anamnesi che includa sintomi e cambiamenti osservati;
- esame biofisico completo con esami di sangue ed urine;
- visita neurologica accompagnata da: radiografia del capo; elettroencefalogramma, TAC e risonanza magnetica encefaliche;
- consulto psichiatrico accurato che metta in evidenza i deficit dell'emotività, dell'affettività, oltre a quelli cognitivi con l'ausilio anche di test mentali appropriati (soprattutto MMSE, chiamato anche Mini Mental, e ADS).

6 - Esistono cure per la malattia di Alzheimer?

Al momento non esiste nessuna cura capace di contenere la malattia conclamata e ancora poco certi sono i vari clusters per una diagnosi precoce.

I farmaci usati attualmente per combattere la sintomatologia sono:

- **anticolinesterasici** = rappresentano l'ultima generazione di farmaci specifici, ma la loro efficacia è molto discussa, limitandosi poi a generare miglioramenti in un 30% dei casi e solo per una durata che varia da 6 a 12 mesi;
- **antidepressivi** = forse i più indicati sono gli SSRI e tra questi la molecola che dà meno effetti collaterali è la *fluoxetina*;
- **sedativi** = la molecola più sicura è la *promazina* (sempre a basse dosi); con altre molecole si possono avere anche risposte abnormi;
- **ansiolitici** = in generale sono da testare perché inducono facilmente risposte paradossali;
- **antipsicotici** = vengono per lo più usati l' *aloperidolo* ed il *risperidone* sempre però a dosi molto basse.

Spesso vengono consigliate sostanze ad azione antiossidante tra le quali emerge la vitamina E (ad alte dosi) anche se i risultati ottenuti siano poco sicuri.

In Argentina hanno avuto molta risonanza ricerche che consigliavano l'uso della **melatonina** (dosi superiori ai 12 mg/die); la letteratura non ne ha confermata l'utilità, sebbene vengano segnalati i benefici per la regolazione del ritmo nictemerale (sonno).

Un capitolo a parte riguarda gli **antiflogistici** che hanno stimolato l'immaginario, senza ottenere una vera considerazione clinica.

7 - Quali risultati con le terapie non farmacologiche?

Al momento, per assistere questi malati, le migliori alternative ai farmaci sono risultate: l'amore, il rispetto, la comprensione e una migliore qualità della vita. Queste scelte alquanto nichiliste hanno stimolato un approccio riabilitativo fatto di palliativi che includono la laborterapia, la psicomotricità, la stimolazione globale, l'accoglimento attivo e molti altri interventi di tipo sostitutivo, sostenuti dal desiderio di aiutare perché la vita dei pazienti e dei famigliari sia meno pesante.

Una riflessione importante merita la **ROT** (Reality Orientation Terapy) che in molti anni di applicazione non ha prodotto risultati significativi, ma, senza dubbio, ha stimolato una ricerca su basi più scientifiche e con obiettivi più chiaramente terapeutici. Forse alla ROT è mancato uno studio psicologico di base, ampio ed approfondito, che tenesse anche conto delle considerazioni psicoanalitiche e psicomotriche sviluppate soprattutto dalla scuola francese.

La Scuola di E.I.T., che ha i suoi fondamenti teorici nella Psicologia dell' Io e nella Timologia, ha prodotto un programma terapeutico basato sui principi dell' **Integrazione Emotivo-affettiva**, che si valida nelle osservazioni psicomotriche fatte sui pazienti e soprattutto sui risultati ottenuti con l'applicazione pratica.

I nostri studi si fondano sull'applicazione e sull'analisi psicomotriche e psicoanalitica eseguite, ormai da cinque anni, da ricercatori delle Università di Torino e di Pavia.

Casi osservati per più di un anno ci permettono di riferire che i risultati ottenuti sono molto stimolanti ed aprono un campo di studio veramente interessante. Questi pazienti che seguono gli incontri terapeutici settimanali dimostrano di non aver perso nulla rispetto alla situazione mnemonica e cognitiva iniziale e, al contrario, hanno avuto notevoli miglioramenti dal punto di vista motorio, del contenimento dell'esplosività emotiva e delle reazioni aggressive; hanno incrementato notevolmente la disponibilità a socializzare e ad esprimere i loro desideri e le loro volontà.

8 - Cosa può frenare il progredire della malattia di Alzheimer?

Studi nordamericani hanno messo l'accento sul regolare esercizio fisico, considerando utili: "lo jogging, l'andare in bicicletta, il golf, il culturismo fisico, il pattinaggio a rotelle o sul ghiaccio, il ping-pong, il tennis, il nuoto. Naturalmente tutte queste attività richiedono un supporto di caregivers specializzati e/o una grande pazienza e dedizione da parte dei famigliari.

La nostra esperienza con l' E.I.T. sta portandoci alla conclusione che i miglioramenti devono essere utilizzati e quindi finalizzati per ulteriori recuperi in campo sociale. Questo nuovo impegno non può essere addossato alle famiglie, già

provate dall'assistenza quotidiana; di conseguenza, *centri diurni per dementi* possono diventare la “chiave di volta” per affrontare il problema.

Anche le Associazioni di Volontariato devono partecipare a queste iniziative che saranno essenziali per tenere lontano lo spettro del ricovero.

9 - Quali supporti per le famiglie?

Prima di tutto è necessario dare informazioni chiare, precise, ricche, dettagliate ed aggiornate su disturbi cognitivi e sulle alterazioni del comportamento che la malattia induce.

Per affrontarli in modo adeguato ed efficace è necessario:

- far nascere centri di aiuto e di autoaiuto;
- dare un supporto psicologico per affrontare la *morte in vita* del congiunto infermo;
- eseguire esami psico-biologici e strumentali necessari per una diagnosi sicura;
- fornire informazioni esatte sulle necessità di interventi farmacologici di sostegno;
- chiarire i significati che legano i comportamenti ai meccanismi mentali per evitare false interpretazioni che generano rifiuti ed anche rimproveri ed autocolpevolizzazioni;
- spiegare la lunga durata della malattia e, quindi, la necessità di trovare validi, precisi e costanti aiuti in parenti, amici, volontari e personale delle associazioni e delle istituzioni.

Vivere con “un Alzheimer” è una vera sfida e i caregivers presentano spesso collera, risentimento, rimorsi, nervosismo, tensione, insonnia, inquietudini ingiustificate e tutti i segni che possono fare pensare ad una situazione di stress tale da giustificare l'aumento dei casi di suicidio.

Il medico di base ha il compito di accompagnare costantemente non solo il malato, ma anche i famigliari, dando anche precise informazioni sulle terapie possibili (farmacologiche e non), fornendo chiarimenti sui pericoli derivati da malattie concomitanti che possono insorgere proprio a causa dell'incapacità del paziente di autogestirsi; segnalando i centri dove si possono ottenere più accurate e dettagliate informazioni, i gruppi di auto-aiuto che vengono organizzati.

Le Associazioni di Volontariato, oltre ad organizzare i normali corsi di aggiornamento e formazione, hanno l'obbligo di trovare fondi per aiutare economicamente ed organizzare, con l'aiuto delle istituzioni, pause di riposo ed anche brevi, ma salutari, vacanze per le tanto provate famiglie; di trovare ed addestrare persone professionalmente qualificate, capaci di offrire aiuto a domicilio ed anche aperture sociali per i pazienti.

10. Quali sono gli obiettivi del nostro network?

Gli obiettivi della rete di studio sulla malattia di Alzheimer comprendono due aree di applicazione:

A - terapeutico-assistenziale con il fine di:

1. fornire ai pazienti ed ai famigliari la sicurezza di una diagnosi chiara, accurata e tempestiva;
2. cercare l'efficienza e l'efficacia nelle pratiche terapeutiche sia farmacologiche che non-farmacologiche;
3. far partecipare i parenti ed i caregivers all'intervento terapeutico perché possano accompagnare positivamente il paziente considerandolo sempre come persona, soggetto e protagonista;
4. garantire alle famiglie un adeguato supporto psicologico e sociale perché abbandonino il senso di inesorabilità della perdita per porsi nella dinamica del recupero;
5. garantire interventi appropriati, puntuali ed adeguati ai diversi momenti dell'evoluzione della patologia;
6. favorire l'apprendimento e la formazione permanenti di tutte le figure mediche e professionali coinvolte nella cura e nell'assistenza dei malati di Alzheimer.

B – scientifico-divulgativa

Per promuovere studi sulla malattia di Alzheimer mirati soprattutto sulla psicodinamica dei meccanismi mentali e sulla funzionalità psico-neuro-biologica. Seguendo queste linee si approfondiscono le seguenti tematiche:

1. "Senso della morte nell'Alzheimer, nelle patologie gravi e nella vecchiaia normale."
2. "Studio delle implicanze psicodinamiche nella terapia E.I.T."
3. "Fattori socioculturali che interferiscono con la comparsa e lo sviluppo della malattia di Alzheimer."
4. Valutazione dei risultati ottenuti con l' E.I.T. a breve, medio e lungo termine."
5. "Alzheimer: malattia sociale."
6. Applicazione dell' E.I.T. in Centri Diurni per Dementi."
7. "Alzheimer: qualità della vita, qualità della relazione."
(Tesi di laurea di: Tiziana Pennacchio)
8. "Alzheimer e comunicazione."
(Tesi di laurea di: Tamara Bellini)
9. "Recupero cognitivo nell'Alzheimer: teoria e metodo:"
(Tesi di laurea di: Maria Teresa Venturelli)

Saranno organizzati convegni, conferenze e, soprattutto, incontri multidisciplinari con tutte le strutture che si renderanno disponibili per un lavoro proficuo in favore dei pazienti dementi.

Conferenze e corsi relativi all' E.I.T come terapia della demenza di Alzheimer tenute dal Dott. Romeo Lucioni

Pavia – Corso di "Psicologia medica applicata alle malattie neurodegenerative croniche" nel Corso di "Psicologia Medica" del II anno della "Scuola di

Specialità in Neurofisiopatologia” negli A.A. 1997/1998, 1998/1999 e 1999/2000.

Tradate (Varese) – 16 maggio 1998

Relazione tenuta nell’ambito del Convegno “Le demenze” organizzato Dall’Ospedale di Circolo per i Medici di Base.

Buenos Aires (Argentina) – 29 ottobre 1998

Relazione tenuta presso la Facoltà di Psicologia della “Universidad Interamericana”.

Torino – 21 gennaio 1999

Conferenza tenuta presso il “Centro Aurora”

Gallarate – 13 aprile 1999

Relazione tenuta durante la serata di aggiornamento sull’Alzheimer organizzata dalla Cooperativa “Il Melo”

Varese (maggio 1999)

Relazione tenuta nell’ambito della Workshop “Anziani 2000” del Convegno “Il Molina alle soglie del 2000”

Torino – 10 giugno 1999

Giornata di formazione sulle tecniche dell’E.I.T., tenutasi presso il “Centro Aurora” e organizzato dalla “Cooperativa Animazione Valdocco”

Torino – 14 giugno 1999

Lezione tenuta con il Prof. Giuseppe Andreis presso L’università degli Studi di Torino.

Torino – 20-21 giugno 1999

Relazione tenuta nell’ambito del Congresso “I malati di Alzheimer: dalla custodia alla cura” organizzato dall’USL n°4

Novi Ligure – 24 agosto 1999

Presentazione dell’ E.I.T. ai Dirigenti dell’ASL n°22

Novi Ligure – 27 novembre 1999

Relazione tenuta nell’ambito del Convegno “Alzheimer: malattia in espansione” – organizzato dall’ ASL n°22

Varese – 18 gennaio 2000

Corso di aggiornamento sull’Alzheimer per psichiatri e psicologi dell’Unità Operativa n°3 dell’Azienda Ospedaliera di Varese, presso la Comunità Protetta “I Castagni”.

Modena – 25 gennaio 2000

Incontro di informazione sull'E.I.T. con i Responsabili del "Progetto Demenza" strutturato dal Comune sulle linee guida della Regione.

Morcote (Svizzera - Canton Ticino) - 26 gennaio 2000

Serata di formazione-informazione sulla terapia di Integrazione Emotivo-affettiva (E.I.T.) nell'Alzheimer per personale e operatori delle Case di Riposo e dei Centri Diurni, oltre che per i dirigenti dell'Associazione Alzheimer Svizzera, Sezione Ticinese.

Milano 27 gennaio 2000

Università degli Studi di Milano- Dipartimento di Medicina - Ospedale L. Sacco: "Conferenza sulla terapia non farmacologica dell'Alzheimer".

Castellanza (Varese) 16 febbraio 2000

Conferenza "Terapia non farmacologica per il morbo di Alzheimer" tenuta per il ciclo "UNIVERSITER" presso la Casa di Cura Mater Domini.

San Pietro a Maida (Cosenza) - 25 marzo 2000

Convegno - dibattito su: "Malattia di Alzheimer: terapia non farmacologica" presso l'Auditorium della Scuola Media.

Torino 17 aprile 2000

Università degli Studi di Torino - Facoltà di Psicologia

"E.I.T.: psicoterapia della demenza di Alzheimer"

Lezione tenuta al "Corso di Psicogeriatrics" del prof. Giuseppe Andreis

LAVORI DEL DOTT. ROMEO LUCIONI SUL TEMA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

- ?? Modello organizzativo di assistenza per le sindromi demenziali tipo Alzheimer. (pagg.49)
- ?? Alzheimer - E.I.T.: una proposta per la riabilitazione. (pagg.8)
- ?? Alzheimer: psicodinamica e neurofisiologia della perdita della memoria. (pagg.14)
- ?? Destutturazione della personalità nella malattia di Alzheimer. (pagg.10) con il Prof. Giuseppe Nappi
- ?? "Demenza" (pagg.10)
- ?? Alzheimer - E.I.T. : una terapia possibile. (pagg.26)
- ?? Pragmatica dell' E.I.T. nella demenza. (pagg.12) con il prof. Andreis

- ?? Alzheimer: rapporti intercorrenti tra medico, paziente, malattia e caregivers nella quotidianità e nella terapia di integrazione emotivo-affettiva. (pagg.11) con: I. Basso, M. Bonetti, F. Gobbi, S. Pedota.
- ?? Esperienze e programmi per una migliore qualità della vita: motivazioni degli operatori, rapporti con i famigliari. (pagg.6)
- ?? Animazione in un nucleo Alzheimer. (pagg.3)
- ?? Alzheimer ed aggressività. (pagg.2) con il Dott. Pecheny
- ?? Alzheimer e caregivers: psicodinamica della perdita. (pagg.2) Dott. Pecheny
- ?? Alzheimer e funzione simbolica della tomba e della solitudine. (pagg.4)
- ?? Alzheimer: rapporti tra affettività e demenza. (pagg.4)
- ?? Psicodinamica e demenza. (pagg.5) con il Prof. Nappi
- ?? Alzheimer, depressione e sindrome catastrofe. (pagg.5)
- ?? Centri diurni per dementi. (pagg.3)
- ?? E.I.T. nelle case di riposo. (pagg.1)
- ?? Cos'è la malattia di Alzheimer. (pagg.5)
- ?? Alzheimer ed ereditarietà. (pagg.3)
- ?? Glossario Alzheimer. (pagg.6)
- ?? Resoconto dell'incontro con il Prof. Romeo Lucioni. (pagg.3) (Silvia Pedota e Davide Scheriani)