

# la Lettera

## dell'Associazione Alzheimer Roma Onlus

Editoriale a cura di Giacomo Maria Salmucci

*Come più volte ci è capitato in passato, i nostri auguri di Buon 2006 vi arrivano con un pò di ritardo. Spero che ci scuserete. Come ormai sempre più di frequente ci capita, siamo costretti a proporvi il nostro Bollettino con una scadenza quadrimestrale, o più, che ci permette di risparmiare sui costi di impaginazione e di spedizione. Tuttavia non è di questo - una dolente nota ricorrente quella dell'eseguità delle nostre risorse così come dell'inadeguatezza della nostra 'forza lavoro' - bensì di quanto si è fatto nell'ultimo scorcio dell'anno passato e di qualche prospettiva per l'anno iniziato. L'impegno più importante della fine del 2005 si è concretizzato in un corso, tenutosi il 3 Dicembre presso l'Auditorium Del Massimo, sul tema del malato di Alzheimer nella fase terminale. Era da tempo che pensavamo all'urgenza di dedicare una riflessione specifica ai problemi che familiari e caregivers devono affrontare quando il loro alzheimeriano attraversa l'ultimo stadio della malattia. L'eccezionale*



*affluenza di pubblico ci ha confermato nella nostra valutazione. Anzi, visto che non abbiamo potuto esaurire tutte le richieste pervenuteci, abbiamo deciso di pubblicare una sintesi degli interventi dei relatori che hanno accettato di fornirci anche un testo scritto e che ringraziamo per il doppio impegno che hanno voluto assumersi senza compensi di sorta. Stiamo ultimando la preparazione di un DVD con gli interventi salienti del Corso. Potete rivolgervi all'Associazione per avere una copia che sarà disponibile con un piccolo contributo a fronte delle spese sostenute. Anche quest'anno intendiamo percorrere la via dell'informazione, un'informazione sempre più puntuale e centrata su problematiche di cui prendiamo coscienza man mano che la nostra esperienza si arricchisce. Dunque, corsi e seminari che vi comunicheremo con la massima tempestività possibile. Continueremo i gruppi di auto aiuto, su cui chi volesse informazioni può chiamarci ai numeri cui siamo reperibili. Così non verrà meno la nostra partecipazione alla gestione del Call Centre del Comune di Roma e a quelle iniziative legate ai Centri Diurni o ad altre istanze dalle medesime finalità che ci vorranno coinvolgere. Il nostro impegno prioritario riguarda però sempre l'assistenza domiciliare per*

### Sommario:

<b>Qualcosa si muove in Italia: progetti pionieristici, ma non troppo, per una migliore qualità della vita</b>	2
<b>I) Ruolo e interventi dello psicologo nella fase terminale della malattia</b>	3
<b>II) Il dolore nel paziente anziano con deterioramento cognitivo</b>	5
<b>III) Prospettive terapeutiche-assistenziali nelle patologie associate alla demenza in fase terminale</b>	7
<b>Le nostre informazioni</b>	9

*tutte quelle ragioni che abbiamo spesso esposto anche nella nostra Lettera, impegno per il quale siamo sempre alla ricerca di fondi e di nuovi volontari.*

*Aspettiamo fiduciosi il vostro contributo sia finanziario sia di idee. Solo insieme si può costruire una rete stabile ed efficiente che sia davvero di sostegno a chi, a qualunque titolo è coinvolto nel dramma dell'Alzheimer. In questa prospettiva, ci piace terminare con l'auspicio di arrivare a coordinare sempre più le forze in campo nella nostra città per un migliore risultato complessivo. A questo stiamo lavorando.*



**HAI RINNOVATO LA TUA QUOTA ASSOCIATIVA? ABBIAMO BISOGNO DI TE**  
c/c postale 99945008 – c/c bancario n. 16142/31  
Banca di Roma Ag. 10 ABI 3002 CAB 5021  
Carta di credito American Express

## Qualcosa si muove in Italia: progetti pionieristici, ma non troppo, per una migliore qualità della vita



*Come già in altre occasioni, la lettura della rivista "ASSISTENZA ANZIANI" ci apre non solo prospettive nuove, ma funziona come un'iniezione di speranza su un doppio livello: quello di non sentirsi soli nella battaglia per garantire a tutti, tra cui gli alzheimeriani che ci interessano in particolare, una qualità di vita accettabile e dignitosa e quello che la tecnologia e la ricerca vengano, anche nel nostro paese, coinvolte nell'individuazione di soluzioni a problemi che invalidi e portatori di handicap di varia natura devono affrontare soprattutto nella quotidianità. L'aspetto che concerne il coinvolgimento tecnologico può riconciliarci con un mondo che spesso ci sembra discriminare, ghettizzare, rimuovere - più che nel passato - il 'diverso', e ci può fare sperare che ci sia un impegno crescente da parte di ricercatori e di tecnici in questa direzione, una volta appurato che esso è pagante non solo sul piano etico e sociale, ma anche - ci pare, almeno nel futuro - economico. Le osservazioni che seguono si ispirano ad alcuni articoli usciti nel numero di novembre/dicembre 2005 della rivista citata. Alla rivista stessa rimandiamo chi volesse informarsi puntualmente, non essendo certo sufficienti le poche citazioni tra virgolette a dar conto della complessità dei progetti che segnaliamo. A noi, in questa sede, preme soltanto sottolineare lo spirito che ci sembra animarli, là dove questi incrociano in maniera specifica esigenze che anche noi abbiamo rilevato nell'esperienza maturata dalla nostra Associazione.*

- Spazi terapeutici: Abbiamo in precedenza (cfr. la Lettera dell'Aprile/Luglio 2004, n.13/14) dato notizia dell'apertura di un giardino Alzheimer a Roma in relazione all'importanza dell'ambiente entro cui 'collocare' terapie che possono rallentare il processo di perdita cognitiva del malato e, comunque, alleviare, nel quotidiano, la vita di chi è affetto da questa particolare forma di demenza, tenendo conto del fatto che un alzheimeriano perde progressivamente il senso dell'orientamento, si stanca facilmente, ha bisogno di punti di riferimento chiaramente individuabili, ma nello stesso tempo di stimoli che tengano vigile la sua attenzione, ecc. Ora, ci sembra promettente il fatto che in una serie di fiere e congressi che si terranno sotto l'egida di PTE EXPO 2006, per es. a Verona, su "tecnologie, prodotti e servizi per la terza età", "assistenza e cure per le fragilità", sarà affrontata la "progettazione complessa degli spazi interni ed esterni fruibili da persone affette da demenza", se tutto ciò è indicativo di una tendenza che deve essere fatta propria dalle istituzioni competenti.

In questa medesima prospettiva, da segnalare un progetto del Centro Alzheimer Massimo Lagostina di Omegna, illustrato dall'architetta R. Fagnoni, ricercatrice di disegno industriale presso l'Università di Genova che ne è la consulente, sull'utilizzo del colore in uno "spazio terapeutico" dove "il colore agisce come stimolo per i ricordi, per le emozioni, per le sensazioni che induce, per le informazioni che trasmette" nell'obiettivo di "raggiungere un equilibrio fra esigenze distinte: fornire indicazioni di identità e di riconoscibilità degli spazi, degli elementi di arredo, e contemporaneamente non dare origine a forme ansiose provocate da contrasti tonali troppo forti."

- Teleassistenza: I nostri lettori sanno che la filosofia che ci anima è quella di rispettare nell'alzheimeriano la persona. Per noi un tale rispetto si traduce in prima istanza nel fornire al malato quanto necessario perché sia autosufficiente il più a lungo possibile e nel garantirgli - anche qui nella misura del possibile - il diritto di rimanere nell'ambiente che gli è familiare. Di qui, l'interesse che ci suscita il sapere che esistono, anche in Italia (nella fattispecie la Tunstall Italia), società capaci di produrre e fornire prodotti per la teleassistenza. Una volta di più, ci sembra che le istituzioni pubbliche vadano sollecitate a promuovere la sperimentazione di che cosa comporti in termini di riduzione di costi sociali, umani ed economici, potenziare l'assistenza domiciliare del singolo cittadino con dispositivi telematici a domicilio o a livello di 'residenze protette', opportunamente monitorate: il tutto per allontanare nel tempo la necessità di ricoveri in strutture a lunga degenza o la rinuncia di un familiare alla sua vita produttiva per occuparsi del parente malato.

## **I) Ruolo e interventi dello psicologo nella fase terminale della malattia di Alzheimer: a cura della dott.ssa Lorella Limoncelli (Centro Demenze - Italian Hospital Group)**



Qualsiasi malattia in fase terminale si presenta come una realtà estremamente complessa che va affrontata necessariamente all'interno di una équipe multiprofessionale. In realtà, in quest'ultima delicatissima fase, si tende a privilegiare gli aspetti organici, ma gli aspetti psicologici, seppure spesso secondari a quelli di ordine strettamente fisico, non vanno trascurati.

La malattia di Alzheimer, è una "crisi", all'interno delle dinamiche familiari, costituita da diversi momenti, e in ognuno di questi, soprattutto in quelli estremi, gli aspetti psicologici ed emozionali, se non considerati, rischiano di amplificare il vissuto di dolore, di impotenza, di solitudine ed in generale i diversi e complessi disagi legati alla malattia stessa: disagi vissuti dal paziente in modo più o meno consapevole, ma, in modo spesso drammatico, dalla famiglia e, non ultima, dall'équipe che si occupa dell'assistenza medico infermieristica ed assistenziale del malato, se non adeguatamente formata.

E' auspicabile che un malato viva la fase terminale della sua malattia all'interno del calore della propria famiglia. Studi recenti in ambito oncologico, per es., dimostrano che vivere la fase terminale all'interno della propria casa attenua i vissuti di ansia, di colpa, i vissuti abbandonici, di solitudine, di disperazione sia nel malato che nei familiari. E' presumibile che anche nella malattia di Alzheimer debba succedere la stessa cosa, quanto meno per quanto attiene al disagio dei caregiver.

Quindi, quando possibile, si predilige l' Assistenza Domiciliare.

L'operatore impegnato in tale tipo di assistenza, ma in generale tutta l'équipe sanitaria -assistenziale, si trova inserita in un contesto estremamente difficile. Non è raro che i familiari siano travolti da una pluralità di fortissime emozioni di difficile gestione, emozioni che a volte possono coinvolgere anche il personale impegnato nell'assistenza.

Il personale, infatti, si trova a dover svolgere la propria professionalità all'interno di un nucleo familiare intero che soffre, che soffre da tempo, e che spesso nelle ultime fasi è arrivato a livelli di esasperazione.

L'Alzheimer è una malattia che sconvolge i ritmi, i progetti, le dinamiche familiari: spesso chi accudisce un malato di Alzheimer non ha più il tempo di riposarsi, di fare una vacanza, riduce le occasioni di scambio sociale, si chiude in se stesso, si deprime, è in ansia perché non sa come gestire la malattia e si chiede se il suo comportamento sia adeguato o meno.

Sulla scorta di queste considerazioni, è evidente che il ruolo dello psicologo abbia diversi ambiti di competenza fondamentali: uno relativo alla formazione psicologica degli operatori e l'altro relativo al sostegno diretto alla famiglia. Di fatto i due diversi contesti di impegno dello psicologo hanno un obiettivo comune, quello cioè di sostenere e accrescere le risorse disponibili delle parti coinvolte nell'assistenza.

Per quanto attiene al primo punto è importante formare gli operatori affinché abbiano gli strumenti utili per svolgere, oltre le necessarie cure assistenziali rivolte al paziente, anche un ruolo di sostegno ai vissuti di inadeguatezza dei familiari: ascoltandoli fondamentalmente, consigliandoli spesso, e a volte sollecitando un eventuale intervento specialistico direttamente rivolto al caregiver.

Tale lavoro di formazione, necessariamente passa attraverso il lavoro di gruppo che è lo strumento fondamentale a disposizione dello psicologo inserito in una équipe multiprofessionale. All'interno del lavoro di gruppo, essenziale è lo scambio comunicativo delle diverse componenti dell'équipe, anche rispetto alle ansie e alle difficoltà legate all'assistenza. Gli operatori e i professionisti tutti devono poter disporre di un contesto, di un contenitore, costituito dal gruppo stesso, dove poter elaborare i propri vissuti di inadeguatezza, di impotenza e di difficoltà, così da poter elaborare e tollerare serenamente tali disagi piuttosto che "agirli" attraverso dinamiche centrifughe che porterebbero l'operatore ai margini dell'assistenza. Da tempo la letteratura sull'argomento sottolinea come la riflessione in gruppo anche di tali vissuti emotivi, previene il rischio di burn-out insito nelle professioni d'aiuto, e ancora di più nell'assistenza ai malati cronici e/o terminali.

Per quanto attiene invece al sostegno diretto alle famiglie lo psicologo ha il compito di sostenere le figure più prossime al malato terminale.

Nell'Alzheimer, in tutte le sue fasi, il sostegno psicologico del caregiver è assolutamente necessario, ancora di più nella fase terminale dove a tutti i disagi dell'assistenza si aggiunge l'inevitabile confronto con la morte: di un proprio caro, ma in ultima analisi, della propria morte.

In tale quadro è necessario accompagnare il parente, o la famiglia nella sua interezza, all'elaborazione del lutto: processo difficile, doloroso ma soprattutto lungo, che comincia probabilmente fin dal momento della diagnosi e accompagna l'intero sistema familiare durante lo svolgersi della malattia quando i segni del deterioramento fisico, cognitivo, mentale, affettivo, motorio, comunicativo, si fanno sempre più evidenti.

Il caregiver sente di perdere giorno dopo giorno il proprio congiunto. Ed in questo continuo rinnovarsi del lutto, il sostegno psicologico è un'occasione per lenire la sofferenza.

Tale aiuto, peraltro, non necessariamente deve provenire direttamente dal professionista, ma può essere fornito anche da tutti coloro che vivono la medesima dolorosa esperienza.

In questo senso hanno un grandissimo valore i gruppi di auto aiuto.

I gruppi di auto aiuto sono utili al caregiver in tutte le fasi della malattia di Alzheimer. Nella nostra esperienza, siamo giunti alla terza edizione di tali gruppi, ai quali partecipano i caregiver degli ospiti del Centro Diurno, dei pazienti del Reparto e degli assistiti in Assistenza Domiciliare.

Tutti i caregiver vengono invitati a partecipare, ma, chiaramente l'adesione non è sempre completa così che alcuni, per diversi motivi, non aderiscono.

E' stata condotta una ricerca per analizzare il carico assistenziale e il vissuto emotivo di quei caregiver che partecipano ai gruppi e di quelli che non vi partecipano, con l'obbiettivo di individuare differenze ed evidenziare eventuali benefici legati alla partecipazione ai gruppi.

A tal fine è stata somministrata una batteria di test a tutti i caregiver dei pazienti assistiti al Centro Diurno dell'Italian Hospital Group prima dei gruppi di auto aiuto (T0), ed è stata somministrata di nuovo alla fine di un ciclo di incontri (T1).

Sono emersi alcuni dati molto interessanti. Nel campione che ha partecipato ai gruppi di auto aiuto, per es., diminuisce lo stress legato all'assistenza, che segnala un vissuto, relativo al carico assistenziale percepito, meno tormentato. Anche il livello di ansia, che al T0 era identico nei due campioni, a T1 nel campione che ha partecipato ai gruppi scende di diversi punti.

Il dato però più significativo è relativo alla depressione.

E' stata riscontrata una differenza significativa nelle medie dei due campioni, riferite al test relativo alla misurazione della depressione (t test (31) = -2,4362, p<0.05). In modo statisticamente significativo, i caregiver che hanno partecipato ai gruppi di auto aiuto, dopo i gruppi stessi, hanno evidenziato livelli di depressione decisamente più bassi, mentre i caregiver che non hanno partecipato ai gruppi di auto aiuto presentano livelli più alti di depressione. Tali differenze dello stato psicologico dei caregiver non coincidono (e quindi non possono essere così giustificate) con un cambiamento nello stato dei pazienti ospiti del Centro. Tali ospiti vengono seguiti quotidianamente, e periodicamente viene somministrata loro una batteria di test, tra i quali lo State Examination (MMSE) (M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. Mc Hugh 1975) per la valutazione della compromissione cognitiva e, attraverso il caregiver, il Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings J.L. Mega M. 1994) per la eventuale presenza di disturbi del comportamento.

E' da rilevare che nel periodo in cui si sono svolti gli incontri di auto aiuto (un anno circa), gli ospiti del Centro Diurno hanno presentato una stabilità nei test che misurano il livello di compromissione cognitiva e, addirittura, hanno manifestato un miglioramento dei disturbi comportamentali misurati attraverso il NPI.

Un altro elemento importante è dato dalla possibilità che i caregiver hanno di modulare il loro comportamento rispetto ai cambiamenti che le diverse fasi della malattia di Alzheimer comportano, sulla scorta delle considerazioni emerse dal confronto nei gruppi, insieme alle informazioni ricevute dalla psicologa che li conduce.

L'adeguamento continuo alle diverse necessità del paziente, non riguarda semplicemente il comportamento da adottare, ma anche le modifiche da effettuare all'ambiente fisico in cui è inserito, soprattutto nelle fasi in cui il livello di compromissione si fa grave e la gestione del paziente diventa sempre più difficile.

Ci piace segnalare il grande risultato ottenuto da una caregiver che partecipa da sempre ai nostri gruppi, moglie di un ospite del Centro Diurno, la cui compromissione cognitiva è attualmente grave, e la cui gestione risulta impegnativa per la presenza di disturbi del comportamento.

Per tale ospite e per altri che hanno un analogo livello di compromissione è stata attrezzata una stanza in modo da annullare i pericoli ambientali costituiti da spigoli, inciampi, ecc. La stanza, ampia e ben illuminata è stata attrezzata in modo tale da consentire agli ospiti di vagabondare, dispone di diverse comode poltrone su cui sedere, consente anche di rovistare all'interno di ceste piene di oggetti morbidi e piacevoli da manipolare, bambole da cullare, scampoli di stoffa con cui affaccendarsi, ecc.

Avendo notato un comportamento decisamente più sereno al Centro che non nella propria abitazione, avendo a disposizione una casa grande, dopo aver riflettuto in gruppo sulla necessità di un ambiente protetto, sicuro per il paziente, familiare e sempre uguale a se stesso, ha praticamente ricostruito lo stesso identico ambiente del Centro Diurno, all'interno della sua casa, in una stanza che è stata svuotata e attrezzata con poltrone, ceste, scampoli, bambole, ecc.

Il nostro ospite al ritorno del Centro Diurno, "sa" che quella è una stanza tutta sua, che conosce, ma che continua, a modo suo, ad esplorare; ci si dirige spontaneamente e ci trascorre molto tempo sereno, sotto lo sguardo vigile e amorevolmente attento della moglie.

L'ascolto empatico, il confronto reciproco, il sostegno del gruppo, possono contribuire ad aiutare le famiglie ad apprezzare, seppure nella drammaticità della situazione, quelle esperienze positive, quei momenti di vicinanza e di relazione che se pure rari sono comunque possibili, quando si vive accanto ad una persona cara che soffre: "nessuno può preparare qualcun'altro alla morte; è possibile però "preparare" alla vita e questa preparazione consiste proprio nell'abituarsi a riempire il proprio tempo con comportamenti umanamente validi" (Nobili, in Di Mola, 1988).

### Bibliografia

- Costantini B., De Benedetto D., Morelli G., L'assistenza domiciliare ai malati terminali: il ruolo dello psicologo in: *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, n° 36-37, Roma, gennaio-agosto 1999, pagg. 62-67.
- Kübler-Ross E., (1969) *La morte e il morire*, tr. it. Cittadella Editrice, Assisi, 1979.
- Leoni M., *L'assistenza psicosociale nella malattia inguaribile*, Cittadella Ed., Assisi, 1992.
- Morasso G., Borreani C., Piu G., *Il supporto psicologico da parte dell'equipe di assistenza*, I Convegno Nazionale S.I.C.P. (Società Italiana Cure Palliative), Rapallo, 8 ottobre, 1988.
- Nobili R., *Approccio psico-sociale: difficoltà*, in Di Mola G., (A cura di), *Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano, 1988.
- Smith C., (1982) *Vicino alla morte*, tr. it. Edizioni Centro studi "M.H. Erickson", Trento, 1990.
- Toscani F., *Medicina e malato terminale*, in Di Mola G., (A cura di), *Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano, 1988.

## **II) Il dolore nel paziente anziano con deterioramento cognitivo: a cura del dott. Claudio Mostardini (Centro di medicina del dolore “Enzo Borzomati”, Az. Policlinico Umberto I-Università degli Studi di Roma “La Sapienza”- Policlinico “Luigi Di Liegro”, ASL Roma D)**

La comprensione, il controllo e l'eliminazione del dolore sono sempre stati tra i principali problemi dell'uomo. La percezione del dolore è un sintomo positivo che segnala il rischio della perdita dell'integrità psicofisica, funzionando quindi come spia di molte malattie.

Il dolore di per sé viene definito come una sensazione spiacevole, un'esperienza emotiva dotata di un tono affettivo negativo, associato ad un danno tissutale, potenziale o reale.

E' un fenomeno quindi molto complesso correlato non solo allo stimolo doloroso in sé, alla sua qualità ed intensità, ma anche all'elaborazione dei centri nervosi superiori, acquistando così il carattere di sofferenza e di esperienza cosciente. Risulta quindi evidente la sua stretta correlazione con la sfera affettiva, a cui si devono le risposte comportamentali e psicologiche dell'individuo allo stimolo doloroso stesso.

Il riconoscimento della sintomatologia algica, l'identificazione della causa e della cura specifica sono da sempre compiti ardui per il medico, in particolare nei casi complicati da patologie croniche neurodegenerative come la demenza.

Il dolore è una importante stigmata della popolazione anziana, Fries e collaboratori hanno evidenziato che il 68% dei pazienti nelle residenze sanitarie lamenta dolore, mentre Teno e collaboratori riportano una prevalenza del dolore persistente che varia dal 40 al 46% dei pazienti non istituzionalizzati. Questi dati seppur importanti, risultano essere grossolani se si considera che proprio in questa fascia di popolazione è presente la maggiore incidenza di demenza che riduce drasticamente la capacità di diagnosticare e curare il sintomo dolore producendone una netta sottostima.

In generale pochi sono i mezzi per “misurare” il dolore essendo esso stesso un frammisto di sensazioni (oggettivabili) e di emozioni (vissuto del dolore, non oggettivabile). Tra i più usati strumenti di determinazione vi sono le scale di valutazione soggettiva dell'intensità del dolore che possono essere quantitative (numeriche 0→10) o qualitative (lieve →severo). Tali misure necessitano però di completa collaborazione del paziente e di una certa attendibilità del medesimo, rendendole di difficile utilizzo in pazienti con demenza.

Risulta quindi evidente come tra le principali difficoltà che si incontrano nell'approccio diagnostico-terapeutico al dolore in pazienti con demenza avanzata, vi sia una sostanziale impossibilità di usare i classici strumenti di valutazione di gravità del dolore che necessitano di una completa e precisa collaborazione del paziente, come anche il misconoscimento di comportamenti segni di sintomatologia dolorosa in quanto i pazienti dementi non riescono talora ad esprimere in maniera intelligibile il disagio.

Per esempio uno degli segni tipici reattivi a sindromi dolorose, può essere l'agitazione psico-motoria, come anche dimostrato da Kovach e colleghi, che viene molto spesso interpretata come agitazione tout court e trattata come tale e non come espressione di dolore. Bisogna invece analizzare attentamente il comportamento del paziente per poter cogliere piccole variazioni nelle loro abitudini che possono dare informazione su sede ed entità del dolore. Se un allettato si gira sempre su uno stesso lato, mentre prima stava indifferentemente in un decubito come nell'altro, ciò potrà significare dolore all'anca o alla spalla su cui non si vuole appoggiare. Se riduce il suo ritmo di marcia potrà significare per esempio un peggioramento della gonartrosi o della coxartrosi, ecc. in questa fase di valutazione un ruolo fondamentale è giocato dal caregiver che deve mostrare a medico le modificazioni delle abitudini del paziente aiutando il medico nell'interpretazione di tali segni.

L'uso di farmaci analgesici quindi potrà essere sfruttato anche a scopo diagnostico, provando se determini un miglioramento della qualità di vita del paziente riportandolo alle sue vecchie abitudini.

Tra i farmaci analgesici i più comunemente usati i FANS (farmaci analgesici non steroidei) sono poco indicati nel paziente anziano, soprattutto in cronico in quanto possono determinare problematiche gastriche, renali, modificazione del quadro pressorio ecc. Risultano invece molto utili farmaci analgesici come il paracetamolo ed i derivati della morfina in quanto scevri da grossolani effetti collaterali se si eccettua la stipsi che può essere controllata con terapie idonee. Un ulteriore vantaggio degli analgesici oppioidi (morfina simili) e la varietà di formulazione dalle fiale per la somministrazione intramuscolare o endovenosa ai cerotti con rilascio costante transdermico, facilitando anche la somministrazione in paziente con difficoltà a deglutire.

Ma, tutti i pazienti con demenza percepiscono il dolore nello stesso modo? Recentemente si è aperto questo nuovo filone di ricerca nella lotta al dolore che mostra un differente modo di “sentire” il dolore da parte delle diverse forme di demenza. È infatti ormai da tempo noto come diverse possano essere le strutture cerebrali interessate dal processo di deterioramento



cognitivo e talora in questo processo possono essere coinvolte le strutture di modulazione del dolore. Questa rete che permette la percezione del dolore dalla periferia al cervello è costituita da numerose stazioni intermedie di collegamento, una sorta di servomeccanismi, che hanno lo scopo di modulare lo stimolo e connettere aree cerebrali diverse, permettendo oltre il riconoscimento della presenza dello stimolo anche la sua classificazione ed una possibile associazione ad una causa.

In questa maniera il cervello “impara” evitando situazioni che possono provocare dolore.

Quando viene ad essere deficitaria la memoria come per esempio nella demenza tipo Alzheimer può essere facile che il paziente non ricordando l'esperienza precedente, non “impari” mai provando più volte la sensazione dolorosa.

Esistono invece forme di deterioramento cognitivo legate a problemi ischemici-vascolari che possono invece presentare iperalgesia nei confronti di stimoli talora anche non dolorosi come nel dolore centrale post ictus.

Questo non vuol dire che una forma di demenza sente il dolore e l'altra no, infatti studi clinici hanno mostrato che pazienti con malattia di Alzheimer hanno la componente affettiva del dolore più bassa rispetto alla popolazione anziana non demente. La provocazione di dolore, attraverso uno stimolo elettrico o l'ischemia di un arto, mostra che la soglia del dolore, nei pazienti con malattia di Alzheimer confrontati con anziani non deteriorati, non cambia, tuttavia la tolleranza al dolore (componente affettiva) è significativamente più alta nei pazienti con malattia di Alzheimer rispetto ai controlli sani.

Al contrario, nella demenza vascolare è generalmente presente un incremento dell'esperienza affettiva del dolore rispetto alla popolazione anziana di controllo, questo potrebbe essere correlato alla presenza di lesioni nella sostanza bianca responsabili della perdita di connessioni nella corteccia e tra la corteccia e le regioni sottocorticali.

Il dolore nella demenza frontotemporale, più rara forma di demenza, è stato analizzato in uno studio di comparazione con la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare è stato evidenziato, dal riscontro più frequente di gravi ustioni da acqua calda, che la percezione degli stimoli nocicettivi nella demenza frontotemporale è significativamente più bassa.

Questo dato suggerisce che, come nella malattia di Alzheimer, anche nella demenza frontotemporale, seppur in modo più accentuato, l'esperienza affettiva del dolore è ridotta e che il decorso della malattia altera seriamente la capacità di anticipare il pericolo, componente cognitiva del dolore.

Seppur il fronte della ricerca con le sue speculazioni mostri nuove spiegazioni riguardo il funzionamento del cervello, sarà importante nel futuro permettere un libero accesso alla terapia del dolore non solo ai pazienti oncologici ma a tutti i pazienti con patologia dolorosa superando tutte le remore al momento presenti.

#### Bibliografia

Fries E, Simon SE, Morris J, et al. Pain in U.S. nursing homes. Validating a pain scale for the Minimum Data Set. *Gerontologist* 2001; 2: 173-79.

Teno JM, Weitzen S, Wetle T, et al. A drug use evaluation of selected opioid and nonopioid analgesics in the nursing facility setting. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 398-404.

Kovach CR, Weissman DE, Griffie J, et al. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18: 412-19.

Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain* 1999; 80: 377-82.

Scherder EJA, Sergeant JA, Swaab D. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003; 2: 677-86.

Scherder EJA, Slaets J, Deijen J-B, et al. Pain assesment in patients with possible vascular dementia. *Psychiatry* 2003; 66: 133-45.

Farrell MJ, Katz B, Helme RD. The impact of dementia on the pain experience. *Pain* 1996; 67: 7-15.

Bathgate D, Snowden JS, Varma A, Blackshaw A, Neary D. Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand* 2001; 103: 367-78.

**CALL CENTRE “ALZHEIMER OGGI”**

**Numero Verde 800915379**

### **III) Prospettive terapeutico – assistenziali nelle patologie associate alla demenza in fase terminale: a cura del Dott. Carmine Cafariello (Centro Demenze – Italian Hospital Group)**



La demenza, e l'Alzheimer in particolare, hanno una durata media di 10-12 anni.

Il quadro clinico subisce nel tempo delle variazioni importanti, con il susseguirsi ed il sovrapporsi di modificazioni dal punto di vista cognitivo, funzionale e comportamentale, e con la comparsa di problemi neurologici e somatici. Sebbene si possa tracciare un profilo dell'evoluzione clinica della demenza, ogni paziente, è bene dirlo, presenta una certa variabilità. Pertanto, la successiva suddivisione in stati clinici non può essere assunta come modello rigido e stereotipato dell'evoluzione clinica della malattia.

Il primo sintomo della demenza è generalmente una lieve perdita della memoria che, in particolare nell'Alzheimer, progredisce gradualmente; nelle fasi iniziali, è più marcata per gli eventi recenti, il paziente diviene ripetitivo, tende a perdersi in ambienti nuovi, dimentica gli impegni, può essere disorientato nel tempo.

Con l'avanzare della malattia, anche la memoria remota viene invariabilmente persa, fino all'incapacità di riconoscere financo i propri familiari. Inoltre, il pensiero astratto risulta impoverito, con ridotta capacità di ragionamento logico e concettualizzazione.

La capacità di giudizio è diminuita spesso precocemente, con evidenti problemi relativi ai rapporti interpersonali o familiari; si manifestano labilità emotiva e mutamento della personalità.

Più comunemente compare apatia, con perdita di interesse per l'ambiente e per gli altri; spesso vengono esagerati i caratteri premortosi della personalità (sindromi ossessivo-compulsive, aggressività, paranoia) oppure si assiste ad un mutamento della personalità (impulsività, intrattabilità in soggetti solitamente controllati e misurati). In alcuni casi, la malattia si manifesta con un'afasia isolata (fluente, con anomalie e parafasie) o con aprassia, in particolare con difficoltà nell'uso di strumenti o nell'abbigliamento.

In una fase intermedia della malattia, il paziente diviene incapace di apprendere nuove informazioni, spesso si perde anche in ambienti familiari. La memoria remota, se non totalmente persa, è gravemente compromessa. Il paziente è a rischio di cadute; pur deambulando autonomamente, può richiedere assistenza nelle attività del vivere quotidiano, si manifesta, infine, completo disorientamento temporo-spaziale.

Nelle fasi avanzate, il soggetto demente è incapace di svolgere qualsiasi attività della vita quotidiana, e compare generalmente incontinenza. La memoria è completamente persa ed il paziente può apparire mutaco ed acinetico. Si manifesta disfagia e può essere necessaria l'alimentazione artificiale. Il rischio di complicanze, quali malnutrizione, disidratazione, malattie infettive (polmoniti ed infezioni urinarie soprattutto), fratture e piaghe da decubito diviene elevato.

Nelle fasi terminali della demenza, i pazienti richiedono assistenza totale, perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, completamente incontinenti. Sono frequenti complicanze infettive, soprattutto broncopolmonari, che costituiscono la causa più frequente di morte.

Nelle fasi finali, in particolare, ci si trova ad affrontare quotidianamente i problemi dell'incontinenza, del rischio di piaghe da decubito, di cadute ed i problemi legati all'alimentazione.

**CADUTE.** Sono principalmente legate ad alterazioni dell'equilibrio e della marcia, particolarmente in ambienti poco noti al paziente come reparti ospedalieri o case di riposo.

Nel 30-50% dei casi sono dovute a cause accidentali, anche se nel determinismo di queste ultime concorrono in misura rilevante l'interazione tra fattori ambientali ed un'augmentata suscettibilità individuale, legata agli effetti dell'età e delle malattie sull'equilibrio e l'andatura.

Nel paziente demente, l'andatura è meno sicura e meno coordinata; i riflessi posturali, il tono e la forza muscolare, l'altezza del passo diminuiscono. Le alterazioni della vista e dell'udito, le patologie concomitanti (cardiopatie, malattie cerebrovascolari, malattie metaboliche) accrescono il rischio, modificando la capacità di evitare una caduta di fronte ad un ostacolo improvviso.

Una volta identificato il rischio di cadute per un paziente, occorre:

- istituire programmi di educazione motoria;
- controllare uso di benzodiazepine e ipnotici;
- trattamento disturbi cardiologici, osteoartrosi, problemi podologici;
- adeguamento abbigliamento e calzature;
- adeguamento "ambientale" (altezza del letto e delle sedie, suppellettili, illuminazione, ostacoli)

**LESIONI DA DECUBITO.** La causa principale è data dalla immobilità, insieme ad altri fattori che possono diminuire la tolleranza tissutale (ad es. incontinenza).

L'immobilità agisce attraverso due meccanismi: la compressione e lo stiramento che bloccano l'afflusso di sangue alla cute. In particolare, nel soggetto demente agli ultimi stadi, la sensibilità tattile e dolorifica è inefficiente o può essere addirittura assente e la immobilità riduce o elimina totalmente la capacità di compiere movimenti volontari e involontari necessari per scaricare periodicamente le zone sottoposte a compressione.

La macerazione della cute, dovuta ad incontinenza urinaria e fecale, la malnutrizione calorico-proteica, alcune terapie farmacologiche sono altre cause predisponenti all'insorgenza di lesioni.

Le lesioni da decubito possono essere classificate in 4 stadi:

- 1) assenza di lesione con zona eritematosa, calda indurita;
- 2) epidermide (ulcera superficiale, edema, flittene);
- 3) coinvolto anche cute e sottocute (ulcera profonda);
- 4) lesione a tutto spessore, compreso muscolo e osso.

L'obiettivo assistenziale non può prescindere da una attenta valutazione dei fattori che consentono di individuare i pazienti a rischio, per poter predisporre interventi preventivi che abbiano come primo obiettivo la mobilitazione periodica del paziente (ad intervalli di 2 ore, giorno e notte), per ridurre la durata della compressione e permettere la ricircolazione del sangue.

Anche l'utilizzo di presidi antidecubito e, nel caso di lesioni già presenti, strategie di corretta detersione, disinfezione e medicazioni avanzate particolari (diverse a seconda dello stadio della piaga), possono essere sì un valido aiuto per ridurre la pressione locale e procedere alla guarigione attraverso la riepitelizzazione della ferita, ma risulterebbero del tutto inutili, ancorché costosi, in assenza di mobilitazione del paziente.

**MALNUTRIZIONE.** Le alterazioni dell'apporto alimentare sono frequenti fin dalle fasi iniziali della malattia: il paziente tende più spesso ad alimentarsi poco, in modo monotono, o a dimenticarsi del tutto di mangiare; più raramente vi sono casi di bulimia.

Nella fase moderata-severa della malattia, vi sono problemi nell'autonomia dell'alimentazione, che richiedono in misura variabile un aiuto, fino alla necessità di imboccare completamente il paziente, o di alimentarlo attraverso mezzi invasivi (sondino naso-gastrico, gastrostomia per cutanea) quando compaiono il rifiuto del cibo o la disfagia.

In realtà, un corretto approccio assistenziale è in grado di prevenire la comparsa di malnutrizione, evitando l'uso di mezzi invasivi, comunque necessari in certi casi.

Molto spesso il paziente non mangia perché non ha posizionato correttamente la protesi dentaria oppure perché affetto da candidosi (si raccomanda accurati controllo ed igiene del cavo orale); altrettanto frequentemente, non mangia perché non vede il cibo nel piatto o non riconosce gli oggetti sul tavolo, ha difficoltà a distinguere i colori (ambiente del pranzo gradevole, piatti colorati, tovaglie antirovesciamento, ausili diversi, terapia occupazionale e di riorientamento mirata al mantenimento delle abilità residue).

Infine, si raccomanda di individuare le abitudini e le preferenze del paziente, per evitare che non mangi perché quell'alimento non è gradito.

Riguardo agli stadi terminali, pur esistendo evidenze che l'utilizzo di mezzi invasivi non abbia un significativo impatto né sulla durata né sulla qualità di vita del demente grave, in realtà nei soggetti con disfagia ed in assenza di cachessia, il sostegno "invasivo" allo stato nutrizionale (la gastrostomia è da preferirsi al sondino naso-gastrico, perché più comoda, più resistente e più dignitosa) garantisce una sopravvivenza con qualità adeguata di vita, oltre a rappresentare talvolta un ausilio temporaneo in vista di un recupero dell'alimentazione naturale.

**INCONTINENZA.** L'obiettivo assistenziale principale è quello di mantenere il più a lungo possibile la continenza.

Spesso, il paziente demente non è in grado di inibire la minzione per il tempo necessario a raggiungere la toilette (utile abbigliamento facile da togliere, sostituire cerniere e bottoni con chiusure a strappo; sostituire farmaci diuretici con altri, ove possibile; limitare uso benzodiazepine ed ipnotici).

Una volta instaurata un'incontinenza irreversibile, è opportuno programmare la minzione, accompagnando periodicamente in bagno il paziente ogni 2-3- ore, soprattutto appena si sveglia al mattino, prima di coricarsi ed una volta durante la notte.

Utile pure limitare l'apporto di liquidi nelle ore serali. Tenzionalmente, è preferibile l'utilizzo del pannolone, ricorrendo in casi eccezionali al catetere endovesicale a permanenza (ritenzione vescicale, incuria paradossa, presenza di decubiti sacrali III-IV stadio); questo, infatti, oltre ad essere causa di complicanze, non risolverebbe il problema, perché solitamente all'incontinenza urinaria è associata quella fecale.

Assume invece importanza particolare l'igiene intima della persona, soprattutto per la prevenzione delle lesioni da decubito, oltre che per garantire la dignità di una persona.

In conclusione, un aspetto a parte, ma di rilevante importanza nella gestione del paziente demente in fase terminale, è dato dalle strategie terapeutiche in caso di patologie somatiche; ambito, questo, gravato dal forte intreccio tra problematiche cliniche, etiche ed economiche.

Di recente, si è acceso il dibattito sull'opportunità di somministrare antibiotici ai pazienti dementi in fase terminale, qualora colpiti da polmonite; inoltre, come comportarsi di fronte al sintomo dolore (esperienza comunque soggettiva e quindi mistero in un soggetto che ha perso la memoria)?

I dementi, pazienti fragili per definizione, sono caratterizzati, soprattutto in età avanzata, da una limitata aspettanza di vita. Qualsiasi intervento terapeutico deve tenerne conto, collocandosi all'interno della prospettiva di vita, senza interventismi inutili, ma allo stesso tempo senza rinunce pessimistiche.

Dietro questa indicazione di fondo, si deve lasciare al singolo medico, nel rapporto con il suo paziente, la decisione su quali scelte adottare caso per caso, considerando la variabilità individuale, le scelte personali e le dinamiche psicologiche dei caregiver.



## Le nostre informazioni

### Trasporto disabili "+ BUS" della Provincia di Roma

Sarà attivo per i prossimi tre anni, "+ BUS, il servizio di trasporto per disabili istituito dalla Provincia di Roma, operativo in 120 Comuni. L'iniziativa è gratuita dal lunedì al venerdì - dalle ore 8,00 alle ore 22,00, al costo di 1,00 - e il sabato, dalle ore 15,00 alle ore 24,00. La sperimentazione che si è svolta nel territorio della ASL RM G che comprende 69 Comuni (cfr. il n. 15 del nostro bollettino Luglio/Settembre 2004), ha dato esiti positivi: numerosi disabili hanno usufruito del servizio per motivi di studio, terapie o attività sociali.

La nuova iniziativa, che ha comportato l'aumento dell'organico degli autisti, prevede l'assistenza a bordo e la possibilità di prenotarsi al numero verde 800979796, oppure via fax al numero 06/44292574 inviando il modulo ad hoc e la documentazione necessaria. Il modulo di richiesta accreditamento, il regolamento e tutte le altre informazioni possono essere scaricate via Internet [www.provincia.roma.it](http://www.provincia.roma.it).

Il servizio sarà monitorato da un apposito Comitato tecnico per verificare l'efficacia dell'iniziativa e l'effettivo miglioramento della qualità di vita degli utenti.

### La Italian Hospital Group (IHG)

E' una struttura che ha sede in Via Tiburtina, 188 - Km.19.800 - Guidonia (RM), reperibile al numero telefonico 0774.386. Questa nel periodo 2002-2004, ha attivato una rete integrata di servizi socio-assistenziali, accreditati dal SSR, che permettono la presa in carico di pazienti con Malattia di Alzheimer e delle loro famiglie. In particolare la rete fornisce servizi assistenziali in regime semiresidenziale (Centro Diurno per 50 utenti), in regime di ricovero (60 posti letto) e in regime di assistenza domiciliare (65 assistenze). Già dal 2000, nell'ambito del progetto Cronos, è stata aperta una Unità Valutativa Alzheimer (UVA).

Il servizio di assistenza domiciliare è rivolto ai residenti nella Azienda USL RmG, mentre i servizi di assistenza semiresidenziale e di ricovero, nonostante siano prioritariamente rivolti ai pazienti residenti nella RmG, sono fruibili anche da utenti appartenenti ad altre Aziende USL.

Il personale medico è composto, oltre che dal Responsabile del Centro Demenze (dott. G. Carbone), da medici specialisti in neurologia, medicina interna, geriatria ed endocrinologia. Le altre figure professionali presenti nei servizi assistenziali sono i terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, educatori, maestri d'arte, psicologi, assistenti sociali, infermieri, OTA e assistenti domiciliari.

Ecco di seguito quanto può interessare i malati di Alzheimer:

- La richiesta di accesso ai Servizi del Centro Demenze è regolata nel modo seguente:

- consegna, all'Ufficio CAD (orario di ricezione 8,30-10,30 dal lunedì al sabato; Fax/Tel. 0774.6545757) dell'Azienda USL RmG, Via Gualandi, 35 (Guidonia Montecelio) di una domanda su apposita modulistica, allegando idonea documentazione sanitaria (richiesta del MMG e il certificato di un Centro UVA, o geriatrico o equipollente) che attesti lo stato di malattia (M. di Alzheimer per Centro diurno e assistenza domiciliare, anche altre forme di demenza per il ricovero nei reparti di degenza).

N. B.: Limitatamente all'assistenza domiciliare la documentazione va presentata ai distretti sanitari della RmG di appartenenza per residenza.

- L'ammissione al Centro diurno è subordinata alla presentazione di:

- Certificazione del MMG relativa allo stato di salute, alle terapie pregresse ed in atto ed eventuali vaccinazioni (in particolare quella antinfluenzale del corrente anno) cui il paziente è stato sottoposto.
- Sierologia per epatite A, B, C, Tine Test, Coprocultura.

- Informazioni generali sui Servizi:

- Il Centro diurno è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 e vengono garantiti la 1ª colazione ed il pranzo. Gli assistiti possono usufruire del servizio navetta, su richiesta ed a proprie spese, per recarsi e tornare dal Centro.

- L'Assistenza Domiciliare è assicurata nei giorni feriali con possibilità di svolgimento dell'attività durante la mattina dalle ore 8,00 alle 14,00 o nel pomeriggio dalle ore 14,00 alle 20,00 per un totale di 18 ore settimanali.

- Per ulteriori informazioni rivolgersi a:

Ufficio CAD di Guidonia dell'Azienda USL RmG: il lunedì ore 8.30-10.00; tel. 0774.654.57.54



### I Centri Diurni Alzheimer a Roma

Ci sembra opportuno riportare la lista completa dei Centri attivi a Roma, nonostante nei numeri precedenti del nostro Bollettino, cui si rinvia, questi siano stati debitamente illustrati:

- Centro Diurno "La Pineta Argentata", Via Casal Boccone, 112, tel. 06/82003443, Municipi I – II – III – IV. Territorio ASL



Roma A. La struttura è dotata di un "giardino sensoriale Alzheimer".

- Centro Diurno c/o Conservatorio Sant'Eufemia (Nomentana), Via Guattani, 17, tel. 06/44234230, Municipi I – II – III. Territorio ASL Roma A.

- Centro Diurno "Hansel e Gretel", Via Di Torre Spaccata, 157, tel. 06/23268080, Municipi V – VII – VIII – X. Territorio ASL Roma B. Sono attivi n. 6 letti di sollievo.

- Centro Diurno "La Coccinella", Via degli Elci 13, tel. 06/23298053 – 06/2252959. Solo Municipio VII. Territorio ASL Roma B. Si tratta di un centro inaugurato nell'ottobre 2005, su cui torneremo prossimamente per maggiori ragguagli.

- Centro Diurno "Amarcord", Via Oreste Pierozzi, 39, (Zona Casilina), tel. 06/24404033, Municipi VI – IX – XI – XII. Territorio ASL Roma C.

- Centro Diurno "Tre Fontane", Via Laurentina, 289, tel. 06/5405406, Municipi VI - IX – XI – XII. Territorio ASL Roma C.

- Centro Diurno "Attivamente", Via Demetriade, 74, (Zona Appio – Tuscolano), tel. 06/76967599, Municipi VI - IX – XI – XII. Territorio ASL Roma C. (NUOVO CENTRO APERTO DA GENNAIO 2006 NON ANCORA INAUGURATO UFFICIALMENTE).

- Centro Diurno "Arcobaleno", Via G. Ventura, 60, tel. 06/6147347, Municipi XVII – XVIII – XIX – XX. Territorio ASL Roma E. Sono attivi n. 8 letti di sollievo e, per i pazienti più gravi, sono stati costituiti due laboratori che hanno chiamato "Sole e Luna".



#### Provvidenze economiche per l'anno 2006

Come ogni anno vengono ridefiniti, sulla base degli indicatori dell'inflazione e del costo della vita, gli importi delle pensioni, degli assegni e delle indennità che vengono erogate agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordomuti.

Per il 2006 è possibile reperire le provvidenze e i limiti di reddito previsti dalla Direzione Centrale delle Prestazioni dell'INPS, (Circolare del 28 dicembre 2005, n. 120), direttamente sul sito [www.handilex.org/gun/importi2006.shtml](http://www.handilex.org/gun/importi2006.shtml) che propone uno schema riassuntivo sia degli importi, sia dei nuovi limiti di reddito comparati con quelli dell'anno precedente. Ovviamente, tale disposizione include anche l'indennità di accompagnamento.

#### Servizio di trasporto per disabili e anziani nel III, IV e XVI Municipio: novità

Dal 28 Novembre 2005 è stato istituito un nuovo servizio di trasporto gratuito riservato agli anziani e ai disabili nel XVI Municipio. L'iniziativa è stata attivata dal Municipio con la collaborazione di Trambus per la durata di 1 anno e consentirà di spostarsi da casa per recarsi nelle strutture sanitarie e negli uffici pubblici.

Come per il III e il IV Municipio il servizio è gratuito per gli anziani che abbiano superato i 65 anni di età e per tutti i disabili, indipendentemente dall'età. Gli spostamenti saranno effettuati dal lunedì al venerdì dalle 7,00 alle 15,00.

Per usufruire dell'iniziativa è necessario prenotarsi almeno 24 ore prima allo 06/46954698 - 23, oppure via fax allo 06/46954457 dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 12,00.

E' possibile ritirare i biglietti presso lo Sportello del Segretariato Sociale in via Falconieri, 38 (martedì 9,00 - 12,00 e giovedì 9,00 - 12,00; 14,00 - 17,00), i Centri Anziani (solo per coloro che sono iscritti), le parrocchie di zona e la casa di riposo ebraica in Via Portuense, 216.

Un'ulteriore novità riguarda il III Municipio per il quale il servizio di trasporto era già stato attivato, ma da maggio 2005, è possibile recarsi in strutture al di fuori del territorio del Municipio stesso, purché si rimanga all'interno del Grande Raccordo Anulare, al costo di 2,00 euro.

E, infine, una notizia per noi importante, almeno in un prossimo futuro:

#### Premiato chi dona alle Onlus

Da maggio 2005, l'art. 14 del decreto sulla Competitività (L. 14 maggio 2005, n. 80) ([www.parlamento.it/parlam/leggi/050801.htm](http://www.parlamento.it/parlam/leggi/050801.htm)) stabilisce la deducibilità tributaria delle liberalità, erogate in favore delle Onlus, delle Associazioni di promozione sociale, di Fondazioni e Associazioni riconosciute aventi per oggetto statutario la tutela, la promozione e la valorizzazione dei beni culturali e di Fondazioni e Associazioni riconosciute che svolgano attività di ricerca scientifica. Tali organismi devono essere in regola con le scritture contabili, complete e analitiche, rappresentative dei fatti di gestione e aver redatto un "apposito documento rappresentativo della situazione patrimoniale, economica e finanziaria". L'Associazione Alzheimer Roma rientra tra le Onlus con queste caratteristiche.

La normativa recita: le donazioni "... sono deducibili dal reddito complessivo del soggetto erogatore nel limite del dieci per cento del reddito complessivo dichiarato e comunque nella misura massima di 70.000 euro annui".

L'Agenzia delle Onlus in un suo atto di indirizzo ([www.agenziaperleonus.it](http://www.agenziaperleonus.it)) precisa che tali soglie devono risultare tra di esse non alternative ma concorrenti, nel senso che entrambe devono essere rispettate nel computo della quota deducibile delle erogazioni liberali. Pertanto, da un punto di vista pratico, il limite relativo all'importo massimo di 70.000 euro sarà effettivamente valido solo nel caso in cui il reddito complessivo del soggetto erogante sia superiore ai 700.000 euro, mentre nel caso di un reddito complessivo inferiore, il limite da prendere in considerazione, per la deduzione da operare sarà, in ogni caso quello del 10%.

La possibilità di detrarre fiscalmente questo tipo di spese non è una novità in assoluto, ma ora si passa dal regime di detrazione, che consiste nello scalare una parte della spesa dall'imposta dovuta, a quello della deduzione, con il quale invece si sottrae l'intera spesa dal reddito imponibile. Facciamo un esempio per capire meglio come cambia l'agevolazione.

Due esempi a chiarire il meccanismo. I due soggetti hanno un diverso reddito annuo e decidono di effettuare donazioni del 5% del reddito ([http://salvadanaio.economia.virgilio.it/r298\\_deduzione\\_donazioni.html](http://salvadanaio.economia.virgilio.it/r298_deduzione_donazioni.html)).

Dunque, il Tizio che ha, ipoteticamente, 20.000 euro di reddito effettuerà una donazione di 500 euro;

Caio che 50.000 euro di reddito, una donazione di 2.500 euro

Tizio dovrebbe pagare su 20.000 euro di reddito una aliquota pari a 4.600 euro; senonché la deduzione sul reddito imponibile, data la donazione, passa a 19.500 euro e l'aliquota da pagare diventa 4.485 euro: con il che Tizio risparmia 115 euro.

Per Caio che ha un reddito di 50.000 euro l'aliquota da versare sarebbe di 14.890 euro, con la deduzione il reddito imponibile diventa 47.500 euro e l'aliquota da versare diventa 13.915 euro con un risparmio pari a 1.065 euro.

Se si sceglie, invece, il sistema della detrazione dall'imposta (19%) Tizio avrebbe potuto detrarre solo 80 euro e Caio solamente 392,50 euro. E' bene precisare che il nuovo regime si aggiunge e non si sostituisce al precedente: il contribuente potrà quindi scegliere la vecchia detrazione se questa, a conti fatti, gli risulta più vantaggiosa.

Tre sono le cose importanti da ricordare:

- 1) per dedurre le donazioni con la dichiarazione del 2006 è necessario effettuare tali donazioni entro il 31 dicembre 2005.
- 2) I beneficiari delle deduzioni sono persone fisiche ed Enti soggetti all'imposta sul reddito delle società (IRES).
- 3) le erogazioni per meritare la deducibilità devono essere effettuate tramite i seguenti canali: banca, ufficio postale, carte di credito e prepagate, assegni circolari e bancari.

**ASS. ALZHEIMER ROMA - ONLUS**

VIA MONTE SANTO 54 - 00195 ROMA

Tel./Fax: 06/37500354 - 06/37354750

E-mail: [alzroma@tiscalinet.it](mailto:alzroma@tiscalinet.it)

**ORARI**

**MATTINO**

Dal Lun. al Ven. 10.00 - 13.00

**POMERIGGIO**

Mar. e Giov. 15.30 - 18.30

Su appuntamento

Consulenze legali e psicologiche

SIAMO SU INTERNET

[www.alzheimeroma.it](http://www.alzheimeroma.it)

la Lettera dell'Associazione Alzheimer Roma

Numero 22/24 Ottobre 2005/Marzo 2006

Responsabile: Biancamaria Amoretti Scarcia

Redazione: i Volontari

Stampa PRIMEGRAF Roma