

## NOTIZIE DAL MONDO SCIENTIFICO

**D**urante uno screening su farmaci per patologie cardiovascolari, sono stati identificati agenti anti-ipertensivi che sembrano essere capaci di prevenire il declino cognitivo e il deposito di placche di proteina  $\beta$ -amiloide caratteristiche dell'Alzheimer. I dati mostrano che molti pazienti anziani, in cura per ipertensione con alcuni farmaci, ne ricavano benefici anche a livello di capacità cognitive.

Giulio Maria Pasinetti, della Mont Sinai School of Medicine di New York, ha condotto questa ricerca.

Sono stati testati, *in vitro*, centinaia di farmaci per evidenziarne l'eventuale capacità di prevenire o rallentare la formazione di placche amiloidi e ne sono stati identificati sette tra quelli comunemente prescritti per l'ipertensione.

Per ora, l'utilizzo di questi farmaci per il loro potenziale ruolo anti-amiloide è solo in fase strettamente sperimentale. E' quindi necessario completare i *trial*

clinici per identificare i farmaci preventivi che possano essere somministrati a dosaggi che non interferiscano con la pressione sanguigna.

**D**all'Australia arriva notizia della scoperta di un farmaco che sembra promettente nel ritardare l'insorgere del morbo di Alzheimer e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Il farmaco, chiamato PBT2, è stato formulato da scienziati dell'Istituto di Ricerca sulla Salute Mentale dell'Università di Melbourne e durante le prime sperimentazioni ha dimostrato di ridurre la quantità di placche della proteina  $\beta$ -amiloide. La sperimentazione è stata condotta a Sidney, a Melbourne e in Svezia su 78 persone. Ai pazienti è stata somministrata una pillola di farmaco una volta al giorno per 12 giorni ed essi hanno beneficiato di un significativo miglioramento nelle capacità di programmare ed eseguire attività di tutti i giorni.

### **Ricercatori italiani ammoniscono contro cure miracolose con le cellule staminali.**

*Si è già parlato, anche attraverso il nostro notiziario, sulla possibilità di iniziare la sperimentazione sull'uomo di terapie con cellule staminali neurali volte a curare alcune terapie neurodegenerative come Parkinson e Alzheimer, che colpiscono in maniera prevalente gli anziani.*

*L'estrazione dal cervello di cellule staminali neurali, la loro coltivazione in vitro ed infine il trapianto nel cervello del paziente, potrebbero nei prossimi anni curare con successo tali patologie. Da una cellula staminale neurale, in soli otto giorni di coltivazioni in vitro, se ne riescono ad ottenere 300.*

*I ricercatori sostengono che i risultati ottenuti sugli animali sono promettenti.*

*Tuttavia il Prof. Salvatore Smirne dell'Università degli Studi di Milano, presidente del Convegno "Il ruolo del clinico nell'era della terapia genetica e delle cellule staminali" richiama l'attenzione al battage mediatico sulla potenzialità delle cellule staminali in medicina. Troppe ricerche sperimentali vengono descritte come se i loro risultati fossero già realtà clinica. E a farne le spese sono malati e famiglie. La gente deve capire che la ricerca necessita di tempi lunghi e i pazienti, purtroppo, devono mettere in conto la possibilità che le applicazioni cliniche delle scoperte di oggi diventeranno prassi quando per loro sarà forse troppo tardi.*

*Il Prof. Edoardo Boncinelli dell'Università di Vita-Salute San Raffaele di Milano ha affermato che sulle cellule staminali e le loro potenzialità terapeutiche si sono spese troppe parole e si sono illuse troppe persone. Vi sono malattie che, ad avviso dello scienziato, nemmeno tra 100 anni potranno essere trattate con le staminali. Purtroppo tra queste lo specialista conta anche l'Alzheimer.*

*Non bisogna tuttavia disperare. Studi pilota in questo campo vengono condotti in tutto il mondo, ma, anche se i risultati finora conseguiti non consentono di trarre informazioni conclusive: i presupposti scientifici per giungere al successo ci sono.*

## NOTIZIE VARIE

### **Gruppi di sostegno psicologico a familiari di ammalati di Alzheimer Attività 2007-2008**

Si è concluso il settimo ciclo delle attività per gruppi di sostegno psicologico per i familiari che assistono malati di Alzheimer a casa.

Sono passati ben sette anni dall'inizio di questa attività, sette anni di percorsi e di esperienza. Il gruppo è cambiato e così anche l'esperienza dei conduttori è stata diversa.

Come di consueto il gruppo è stato tenuto dal dott. Daniele Malerba, ma quest'anno abbiamo avuto il piacere di ospitare con noi anche il dott. Filippo Ferretto, specializzando in psicoterapia della scuola di psicoterapia COIRAG (Confederazione Italiana della Ricerca Analitica sui Gruppi) di Padova che ha dato il suo contributo da un vertice di osservazione analitico del gruppo.

Sono stati fatti 18 incontri da ottobre 2007 a oggi e sono transitati nel nostro gruppo ben 18 persone con una media di 6-7 persone per incontro.

Gli incontri sono stati sempre divisi in una parte informativa e in una di sostegno vero e proprio: con l'aumentare della maturità del gruppo si è potuto gradualmente spostare il *focus* di intervento dai problemi di gestione pratica del malato al sostegno sugli aspetti di vissuto emotivo che tale condizione provoca nei *caregivers*.

Sono emerse richieste di aiuto concreto e pratico, in parte soddisfatte dai suggerimenti gestionali forniti, in parte rinviate alla associazione come luogo che possa essere deputato a dare una risposta.

*Segue in IV pagina*

## Segue: NOTIZIEVARIE

Segue dalla III pagina

Tra gli elementi più concreti è emerso continuamente il bisogno di avere dei momenti in cui il *caregiver* sia sostituito nel suo lavoro di assistenza, ma anche la difficoltà di trovare qualcuno a cui affidare serenamente il proprio malato. E' emerso inoltre il bisogno di essere aiutati nell'iter burocratico e nella scelta delle badanti, problema che è e resta assai spinoso.

Gli elementi psicologici emersi sono stati soprattutto la difficoltà di accettare il distacco dal malato e, anche, i vissuti contraddittori rispetto al bisogno che questo sia affidato ad altri.

Si ha la voglia che si arrivi ad una "buona cura" del malato, anche all'interno del suo domicilio, ma si è visto come questo dipenda anche dalla disponibilità ad accettare la malattia, il distacco che richiede e che altri se ne occupino. Tale distacco rappresenta una elaborazione di lutto, mai definitiva e completa.

Molto forte è il vissuto di sentirsi in gabbia, in una gabbia affettiva, emotiva, morale ed etica, dalla quale sembra non ci sia possibilità di uscita. Questa gabbia può essere vissuta con rassegnazione, con rabbia, con disperazione, con ansia e paura, con il bisogno di ricorrere a situazioni diverse. Ma in qualche modo richiede una accettazione, accettazione alla quale sembra non si possa arrivare mai completamente o definitivamente data la continua evoluzione negativa della malattia.

I bisogni emersi sono diversi, da chi desiderava, come negli anni scorsi, solo un momento in cui incontrarsi, "sfogarsi" e confrontarsi, a chi, come quest'anno, sentiva il bisogno di dare un significato, una direzione e un senso all'occuparsi del proprio caro.

Anche le persone che partecipano sono diverse: si è passati da un gruppo formato specialmente di coniugi, il cui desiderio era soprattutto di essere aiutati ad accompagnare il proprio caro, ad un gruppo formato soprattutto di figli, in cui i bisogni espressi erano più legati alla necessità di costruirsi una propria vita, una propria indipendenza dal malato che tende, suo malgrado, a "fagocitare" tutti gli spazi. Nasce così un bisogno di ridefinire e risignificare il proprio spazio e il proprio tempo ed anche il tempo passato con il padre, la madre o il congiunto ecc.

E pure il bisogno di trovare un equilibrio tra le esigenze del malato e quelle della propria famiglia è divenuto un tema importante e molto dibattuto: i figli dei malati, infatti, si trovano ad essere una generazione che deve occuparsi contemporaneamente e faticosamente dei propri figli e dei propri padri, in una ricerca esasperata ed asfissiante di tempo, in una società in cui il tempo è prezioso solo se crea profitto e danaro, per cui quello da dedicare alle relazioni personali sembra quasi sprecato.

E' in divenire così la ricerca di un'altra dimensione, quella di un tempo lento, dai ritmi blandi, quelli dettati dall'anima e dalla relazione con malati "lenti".

<b>DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA DEMENZA CON DEPRESSIONE E PSEUDODEMENZA</b>	<b>DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA DEMENZA CON DEPRESSIONE E PSEUDODEMENZA</b>
<b><i>PRIMARIAMENTE DEPRESSO</i></b>	<b><i>PRIMARIAMENTE DEMENTE</i></b>
1. Esordio acuto	1. Esordio insidioso
2. Storia di depressione	2. Non storia di depressione
3. Tende ad esagerare il deficit cognitivo	3. Tende a minimizzare il deficit cognitivo
4. Disturbi comportamentali, più marcati deficit cognitivi	4. Disturbi comportamentali di grado equivalente ai deficit cognitivi
5. Attenzione e concentrazione conservate	5. Disturbi dell'attenzione e della concentrazione
6. Frequentemente dà risposte "non so"	6. Frequentemente dà risposte poco precise
7. <i>Performance</i> variabile ai test psicometrici	7. <i>Performance</i> sempre scadente ai test psicometrici
8. Orientamento conservato	8. Disturbi dell'orientamento
9. Simile compromissione di memoria recente e tardiva	9. Memoria recente più implicata della memoria tardiva
10. Depressione precede deficit cognitivo	10. Deficit cognitivo precede depressione
11. Sonno interrotto con risveglio precoce	11. Ritmo sonno-veglia abbastanza conservato

Agnoli A.Neurologia, Ed.Utet