Promotori:

primo ascolto alzheimer
Organizzazione di volontariato ONLUS

Fondazione Casa di Ricovero Santa Maria Ausiliatrice ONLUS

Il bisogno è la misura del valore
PAESE
COOPERATIVA SOCIALE SRL - ONLUS

FERB

COOPERATIVA SOCIALE Servire
UNA COMUNITÀ CHE CRESCE

ASSOCIAZIONE ALZHEIMER BERGAMO

cooperativa sociale generAzioni
anziani • famiglie • comunità locale

XVI Giornata Mondiale Alzheimer

La malattia di Alzheimer: sviluppi scientifici, servizi e terapie non farmacologiche

Sabato 19 settembre 2009

RSA Santa Maria Ausiliatrice - via Gleno, 49 - Bergamo

Con il patrocinio:

PROVINCIA DI BERGAMO
Settore Politiche Sociali

ASL provincia di Bergamo
AZIENDA SANITARIA LOCALE

Grazie al contributo:

BERGAMO CITTÀ DEI MILLE
COMUNE DI BERGAMO

TENA

Con il sostegno del
CREDITO BERGAMASCO
PASSIONE E SENSIBILITÀ PER IL SOCIALE

Per informazioni:

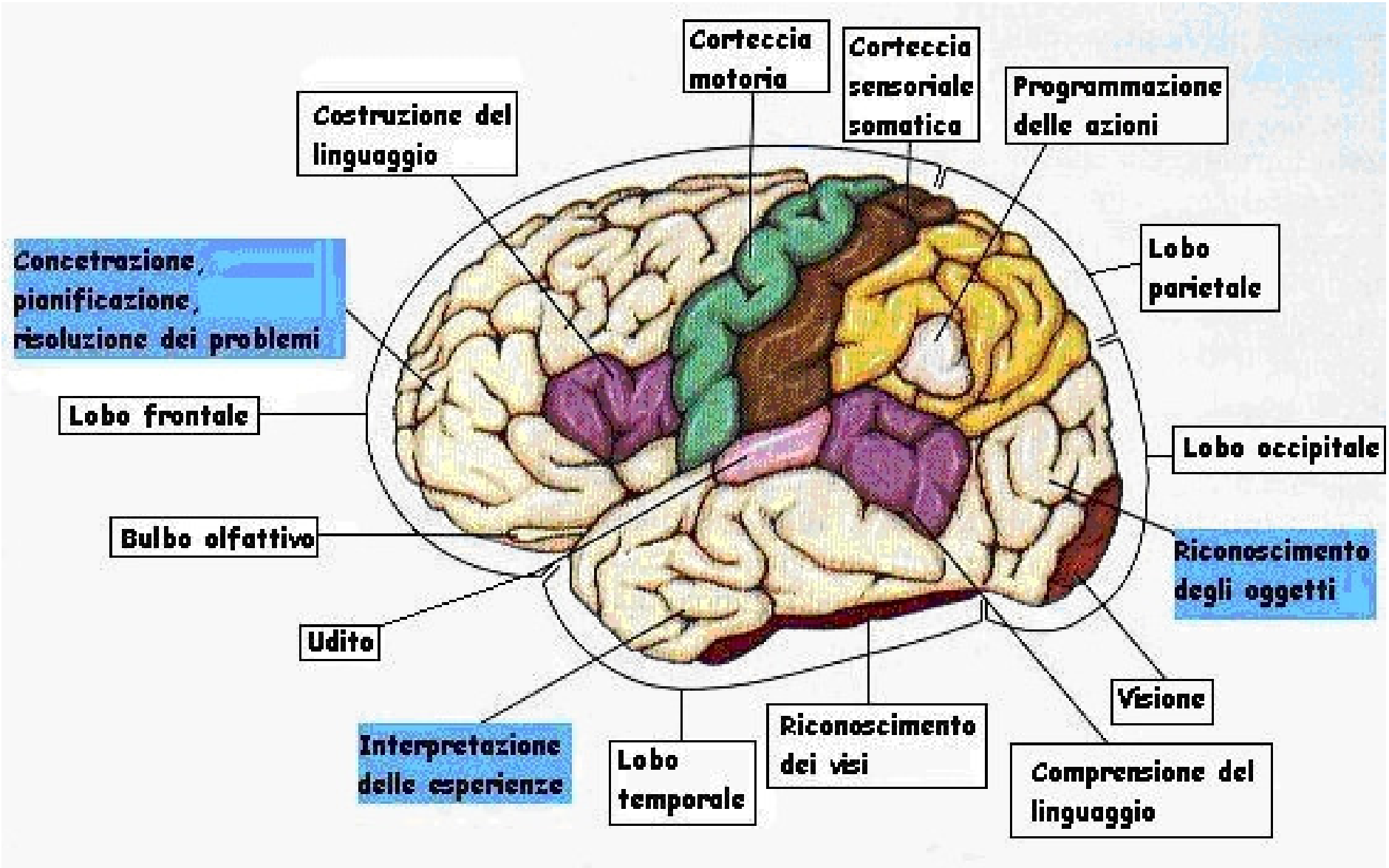
Organizzazione di volontariato
Primo Ascolto Alzheimer
Tel./Fax 035 500511
Cell. 348 2259861
info@alzheimer-onlus.org
www@alzheimer-onlus.org

La Malattia di Alzheimer: approccio neuropsicologico

Dott.ssa Sara Fascendini
Centro Alzheimer, Fondazione Europea di Ricerca Biomedica (FERB),
Ospedale “Briolini”, Gazzaniga (BG)

CHE COSA È LA DEMENZA?

- E' una malattia acquisita
- Dovuta ad una patologia cerebrale abitualmente cronica
- Provoca insufficienza cognitiva progressiva
- L'insufficienza cognitiva si manifesta come deterioramento progressivo e variabile da caso a caso di diverse funzioni neuropsicologiche, come la memoria, il pensiero, l'orientamento, l'attenzione, la comprensione, la capacità di risolvere problemi, il linguaggio e il giudizio, la conoscenza di se, etc.
- Sono presenti in forma variabile sintomi e segni psicologici e comportamentali (BPSD *Behavioural and Psychological signs and symptoms in dementia*).
- Le manifestazioni della demenza provocano un peggioramento progressivo del funzionamento sociale e della capacità di compiere le attività della vita quotidiana.


Corteccia motoria
Corteccia sensoriale somatica
Programmazione delle azioni
Costruzione del linguaggio
Concetrazione, pianificazione, risoluzione dei problemi
Lobo parietale
Lobo frontale
Lobo occipitale
Bulbo olfattivo
Riconoscimento degli oggetti
Udito
Visione
Interpretazione delle esperienze
Lobo temporale
Riconoscimento dei visi
Comprensione del linguaggio

La **NEUROPSICOLOGIA** è la disciplina che studia gli effetti delle lesioni cerebrali (locali o diffuse, acquisite, congenite o geneticamente determinate) sulle funzioni cognitive (percezione, attenzione, linguaggio, memoria, ragionamento)

La **valutazione neuropsicologica** è un processo diagnostico = serie di passi mirati alla **comprensione** e **misurazione** del funzionamento cognitivo di un individuo

Consente di definire la presenza e la gravità dei deficit cognitivi dei pazienti con danni/disfunzioni cerebrali di varia eziologia (es., ictus, demenze).

Strumenti della valutazione: colloquio, osservazione, test neuropsicologici (tarati e standardizzati)

Obiettivi della valutazione neuropsicologica

- Diagnostici (diagnosi precoce, differenziale)
- Prognostici (andamento nel tempo)
- Riabilitativi (e protesici)

ELSEVIER

Neuropsychologia 46 (2008) 1732–1737

NEUROPSYCHOLOGIA

www.elsevier.com/locate/neuropsychologia

Neuropsychological correlates of whole brain atrophy in Alzheimer's disease

J.M. Schott [a,*], S.J. Crutch [a], C. Frost [a,b], E.K. Warrington [a], M.N. Rossor [a], N.C. Fox [a]

[a] *Dementia Research Centre National Hospital for Neurology and Neurosurgery, Queen Square, London, UK*
[b] *London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London, UK*

Received 5 August 2007; received in revised form 3 February 2008; accepted 10 February 2008
Available online 10 March 2008

Abstract

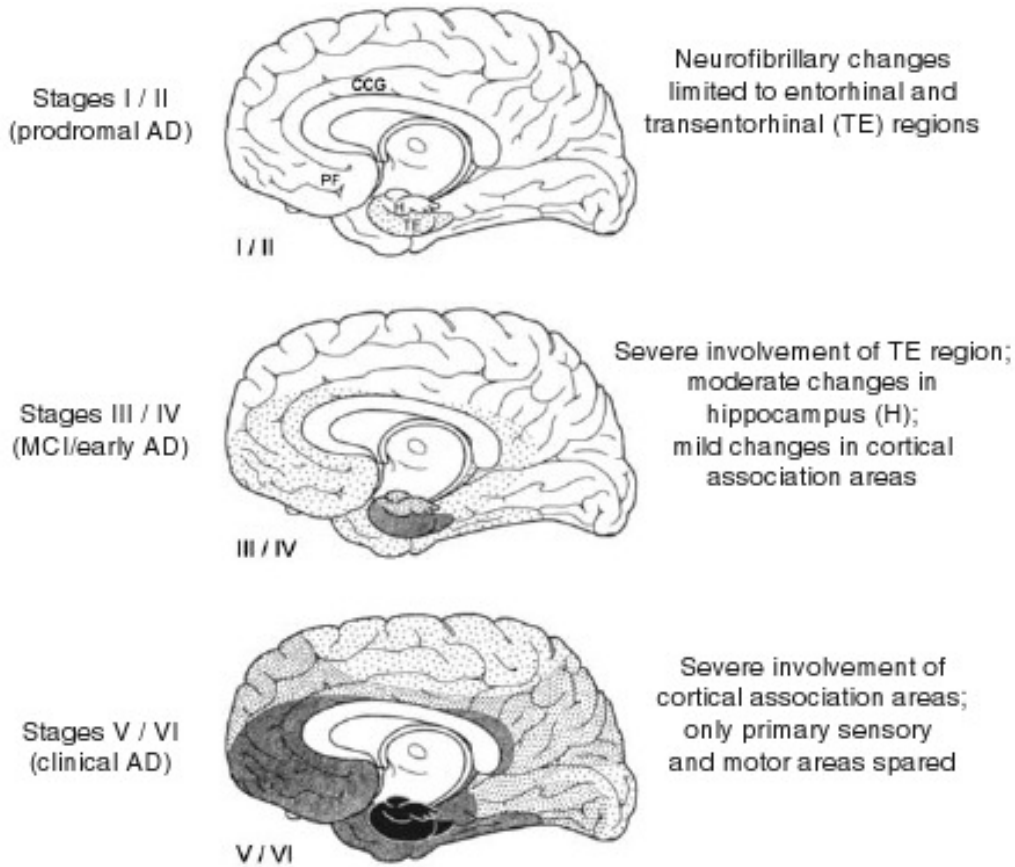
Alzheimer's disease (AD) is associated with excess whole brain volume loss, and progressive cognitive impairment. We aimed to study the extent to which these two potential biomarkers of AD progression are correlated. Forty-six patients with sporadic AD were tested with a neuropsychometric battery including test of verbal and visual memory, vocabulary, arithmetic, naming, visuoperceptual skills and reasoning at two time-points, approximately 1 year apart; annualised rates of change for each test were calculated. Each subject also attended for up to twelve T1-weighted volumetric MRI scans at fixed intervals over a 2-year period. For each individual all possible scan-pairs were positionally registered, and whole brain atrophy rates were calculated using the brain boundary shift integral. Linear mixed models were used to investigate associations between atrophy rate and coincident change in each neuropsychometric score. Each model estimated the effect of a unit change in score, plus the additional effect of a fall to floor, after adjusting for baseline levels. 467 MRI scans were performed, permitting 2199 individual measures of change to be made. The model-derived mean atrophy rate was 2.23% per year with a between-subject *SD* of 0.99% per year. Increasing atrophy rate was significantly associated with rate of change in a number of non-memory based neuropsychological scores, with the strongest association seen with longitudinal change in matrix reasoning ($p = 0.004$). These results provide further evidence that cerebral atrophy is a clinically relevant marker of AD progression. This methodology whereby data from patients falling to floor on a given test may be included and accounted for, rather than discarded, may find broader application in clinical studies incorporating neuropsychometric outcomes.
© 2008 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Keywords: Alzheimer's disease; Neuropsychometry; Clinical trials; Atrophy; Correlation

Neuropsychol Rev (2008) 18:73–90
DOI 10.1007/s11065-008-9054-1

Neuropsychological Contributions to the Early Identification of Alzheimer's Disease

Mark W. Bondi · Amy J. Jak · Lisa Delano-Wood · Mark W. Jacobson · Dean C. Delis · David P. Salmon



ORIGINAL CONTRIBUTION

The Preclinical Phase of Alzheimer Disease

A 22-Year Prospective Study of the Framingham Cohort

Merrill F. Elias, PhD, MPH; Alexa Beiser, PhD; Philip A. Wolf, MD; Rhoda Au, PhD; Roberta F. White, PhD; Ralph B. D'Agostino, PhD

Objectives: To relate performance on tests of cognitive ability to the subsequent development of probable Alzheimer disease (pAD) and to identify the pattern of earliest changes in cognitive functioning associated with a diagnosis of pAD.

Design: From May 1975 to November 1979, a screening neuropsychological battery was administered to Framingham Study participants. They were followed up prospectively for 22 years and examined at least every 2 years for the development of pAD.

Setting: A community-based center for epidemiological research.

Participants: Subjects were 1076 participants of the Framingham Study aged 65 to 94 years who were free of dementia and stroke at baseline (initial) neuropsychological testing.

Main Outcome Measure: Presence or absence of pAD during a 22-year surveillance period was related to test performance at initial neuropsychological testing.

Results: Lower scores for measures of new learning, recall, retention, and abstract reasoning obtained during a dementia-free period were associated with the development of pAD. Lower scores for measures of abstract reasoning and retention predicted pAD after a dementia-free period of 10 years.

Conclusions: The "preclinical phase" of detectable lowering of cognitive functioning precedes the appearance of pAD by many years. Measures of retention of information and abstract reasoning are among the strongest predictors of pAD when the interval between initial assessment and the development of pAD is long.

Arch Neurol. 2000;57:808-813

Ann Ist Super Sanità 2004;40(4):485-493

Valutazione neuropsicologica e comportamentale nel morbo di Alzheimer

Domenico ACCORRÀ, Lorenzo MAZZARINI, Paolo GIRARDI,
Amedeo RUBERTO, Giorgio D. KOTZALIDIS e Roberto TATARELLI

Dipartimento di Psichiatria, Università degli Studi "La Sapienza", II Facoltà di Medicina, Ospedale Sant'Andrea, Roma

Riassunto. - Per valutare la comparsa e successiva evoluzione dei sintomi cognitivi, comportamentali e neuropsichiatrici della demenza di Alzheimer (AD) abbiamo considerato l'evoluzione clinica di questi gruppi di sintomi in 100 pazienti con AD diagnosticati secondo i criteri NINCDS-ADRDA > 65 anni dall'esordio all'*exitus* durante le fasi t0 (precoce), t1 (di stato), t2 (neurologica) e t3 (internistica). In t0 sono frequenti i disturbi mnesici, depressivi (40%), ansiosi (30%), sessuali (15%). In t1 i disturbi mnesici peggiorano in 90% dei soggetti e sono presenti disturbi dell'attenzione (46%) e difficoltà nel pensiero astratto. In t2 compaiono disturbi alimentari (80%), stereotipie (38%), deliri (23%); l'ansia e il deficit dell'attenzione (74%) peggiorano. In t3 aumentano i disturbi alimentari (95%), e i deliri (46%); le funzioni intellettive non sono più valutabili attraverso i test neuropsicologici. Questo studio ha evidenziato un deterioramento progressivo delle funzioni cognitive e comportamentali e una comparsa brusca ed evoluzione repentina dei disturbi neuropsichiatrici e internistici nel corso di AD.

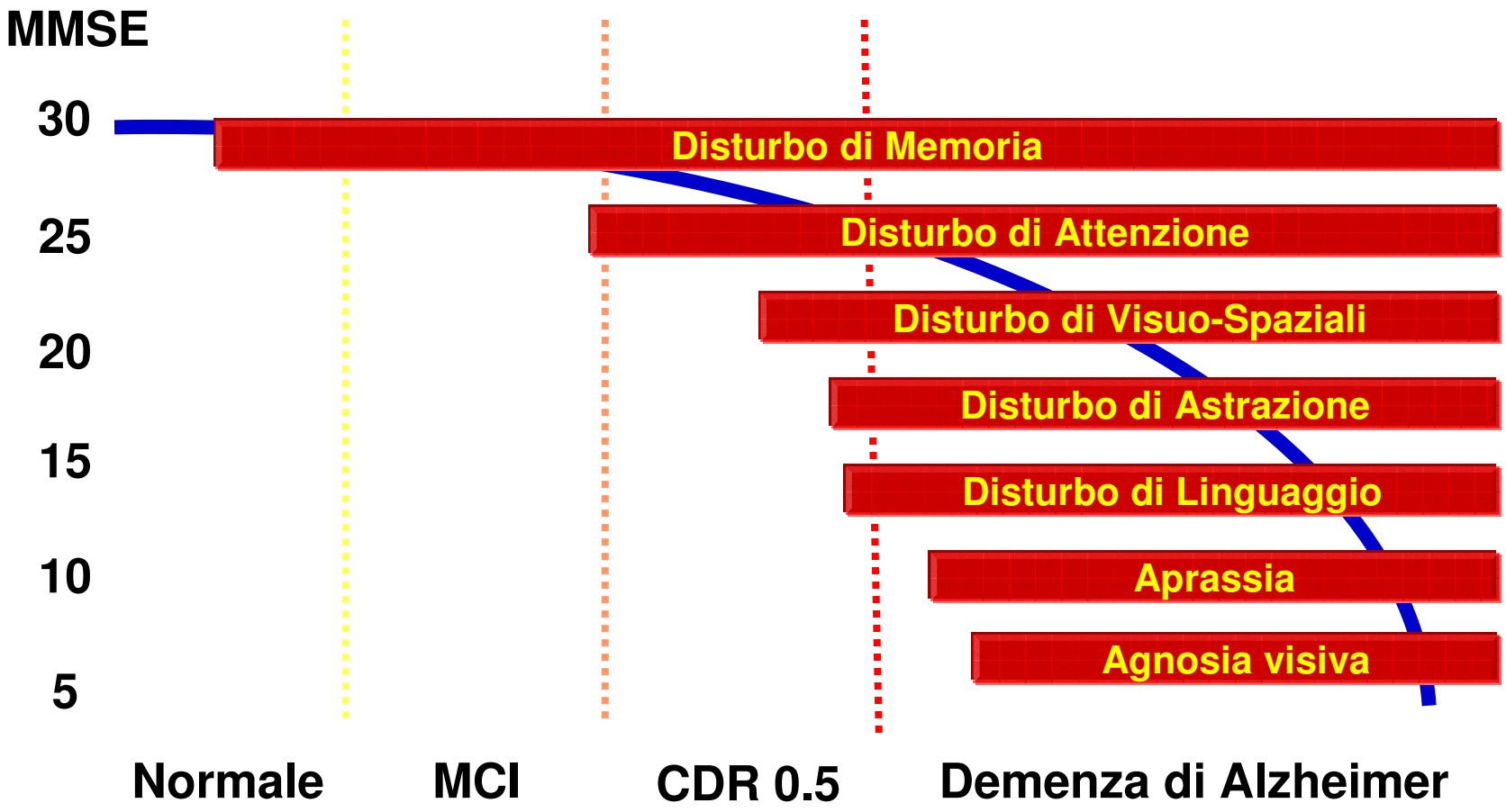
Parole chiave: morbo di Alzheimer, neuropsicologia, alterazioni comportamentali, sintomi cognitivi, decorso longitudinale, psicometria.

Sintomo/segno	t0 (%)	t1 (%)	t2 (%)	t3 (%)
Depressione	40	40	24	24
Sessualità	15	15	8	0
Alimentazione	10	10	80	96
Ansia	30	44	50	22
Allucinazioni	1	1	12	28
Deliri	1	1	22	45
Iterazioni e/o perseverazioni	0	0	38	59
Apprendimento	10	10	52	100
Memoria	75	93	100	100
Fasia recettiva	1	33	78	90
Fasia espressiva	12	62	80	90
Prassia	0	10	65	90
Orientamento	15	45	75	95
Funzioni visuo-spaziali	0	5	18	18
Agnosia	0	0	2	61
Attenzione	11	47	75	95
Pensiero astratto	0	38	42	100
Delirium	0	0	11	97
Crisi comiziali	0	1	1	1
Tremori/rigidità	0	8	12	52
Atassia/ipercinesia	1	0	10	38

Evoluzione dei sintomi e segni nel tempo (espressi in % di presenza nella popolazione osservata; n=100) in pazienti con morbo di Alzheimer

Valutazione neuropsicologica e comportamentale nel morbo di Alzheimer
Ann. Ist. Sup. Sanità 2004; 40(4):485-493

La Progressione dei Disturbi Neuropsicologici nella MA



Original Research Article

Dementia and Geriatric Cognitive Disorders

Dement Geriatr Cogn Disord 2008;25:170–177
DOI: 10.1159/000113014

Accepted: November 8, 2007
Published online: January 22, 2008

Predicting Rapid Clinical Progression in Amnestic Mild Cognitive Impairment

Samrah Ahmed[a] Joanna Mitchell[b] Robert Arnold[b] Peter J. Nestor[a, b] John R. Hodges[a, b]

[a] Medical Research Council, Cognition and Brain Sciences Unit, and [b] Department of Clinical Neuroscience, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

Key Words

Alzheimer's disease · Associative memory · Progression · Mild cognitive impairment

Abstract

Background/Aims: We investigated whether an initial neuropsychological assessment could predict rapid progression over 12 months, from amnestic mild cognitive impairment (aMCI) to Alzheimer's disease (AD). ***Methods:*** A longitudinal study compared the neuropsychological profiles of 27 normal controls and 18 aMCI patients at baseline and 12 months. ***Results:*** At 12 months, 24 control subjects followed up remained cognitively normal. 7 aMCI patients (6 multiple-domain aMCI and 1 single-domain aMCI) progressed to AD, and 11 were non-progressors. Prognosis was best captured by a combination of associative learning, the paired associate learning task (PAL), and global cognition, the Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). ***Conclusion:*** The PAL and ACE can sensitively detect meaningful differences in scores at baseline and may be used as prognostic indicators. Multiple-domain aMCI patients progressed rapidly to AD and may be more usefully labelled as early stage AD.

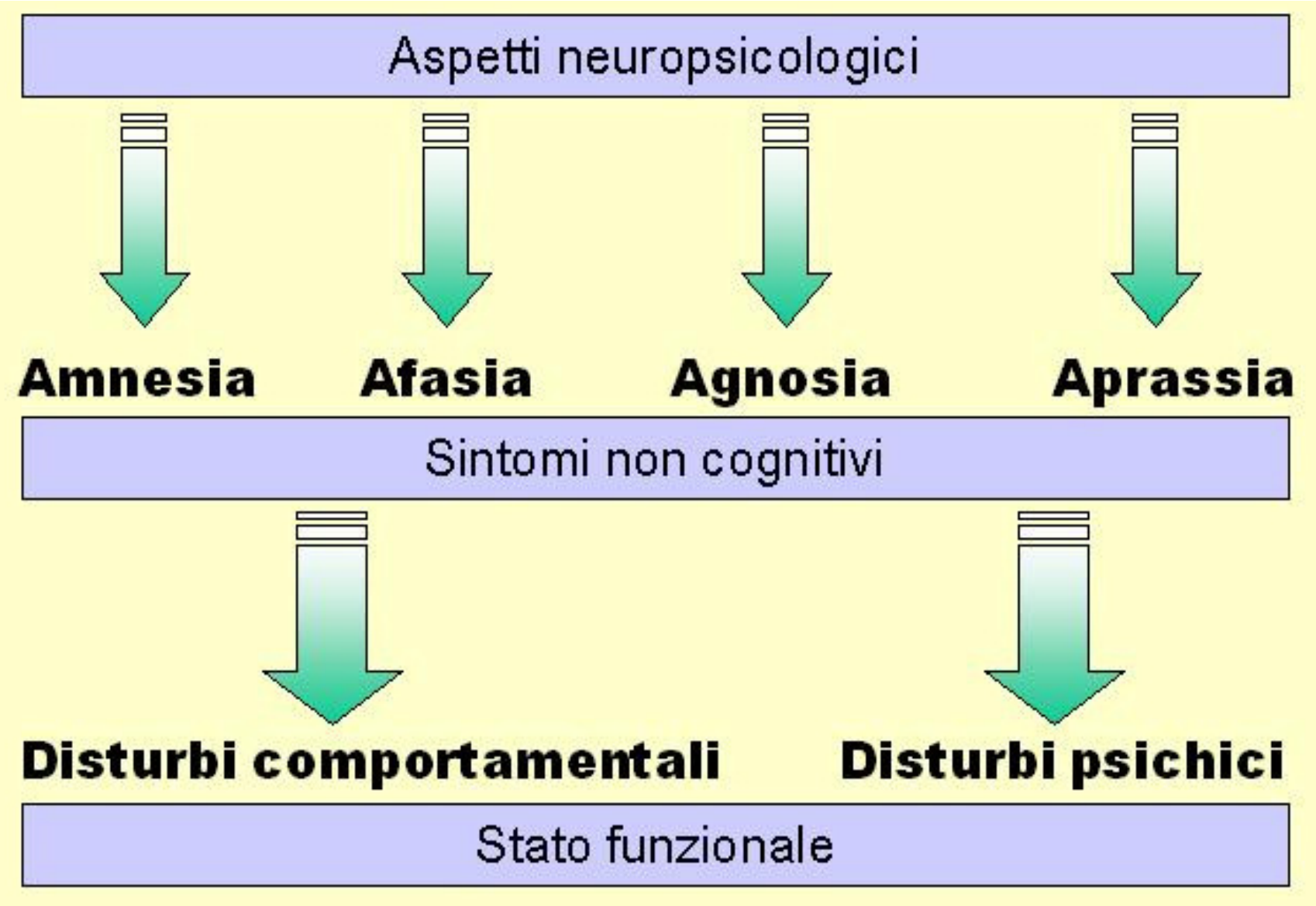
Copyright © 2008 S. Karger AG, Basel

Introduction

Mild cognitive impairment (MCI) is the term applied to the transitional stage between normal ageing and dementia proper. The most validated subtype is amnestic MCI (aMCI), the proposed prodrome to Alzheimer's disease (AD), with an annual conversion rate from 6 to 25% [1]. Although patients with aMCI present with deficits in episodic memory, perform above accepted cut-off points (>24) on the Mini Mental State Examination (MMSE) and show preservation of basic activities of daily living in accordance with criteria [1], a range of neuropsychological studies have shown that the vast majority of aMCI have other subtle cognitive deficits, particularly involving attention and mental speed [2–6] and semantic memory [7–10]. For example, Bozoki et al. [7] reported that in a sample of 48 MCI patients, 17 had aMCI and 31 had memory plus additional cognitive impairment in attention, word retrieval, visuospatial tasks or fluency. The latter group was twice as likely as the isolated memory-impaired group to develop AD over 2–5 years. In a study from our clinic in Cambridge, we found that only 25 out of 90 patients with MCI broadly defined had pure aMCI [11], and that deficits in semantic memory and attention were typically present in the other cases.

These findings are consistent with a number of serial MRI studies showing that multiple brain structures are affected very early in the course of AD. For instance, Convit et al. [41] reported early temporal neocortex in-

MALATTIA DI ALZHEIMER



Disturbi della memoria (Amnesia)

- Deficit di memoria episodica (che cosa ho fatto?)
- Deficit di memoria autobiografica (chi sono?): la disponibilità delle informazioni autobiografiche è lacunosa o assente
- Deficit di memoria semantica (che cosa conosco?): viene meno la conoscenza del mondo, fondata sugli elementi appresi una volta per tutte e quindi entrati in categorizzazioni fisse
- Deficit memoria procedurale (che cosa so fare?):preservata nelle fasi iniziale e moderata della malattia

Disturbi del linguaggio (Afasia)

- Impoverimento del contenuto informativo
- Difficoltà nella reperibilità lessicale e perseverazioni (nei test di generazione di parole)
- Anomie (nei test di denominazione)
- Deficit di comprensione verbale e scritta

Agnosia

Consiste nel mancato riconoscimento di forme ed oggetti attraverso i sensi, seppure il canale sensoriale sia integro.

- **Agnosia per oggetti, colori, figure**
- **Prosopoagnosia** (incapacita' a riconoscere facce note)

Aprassia

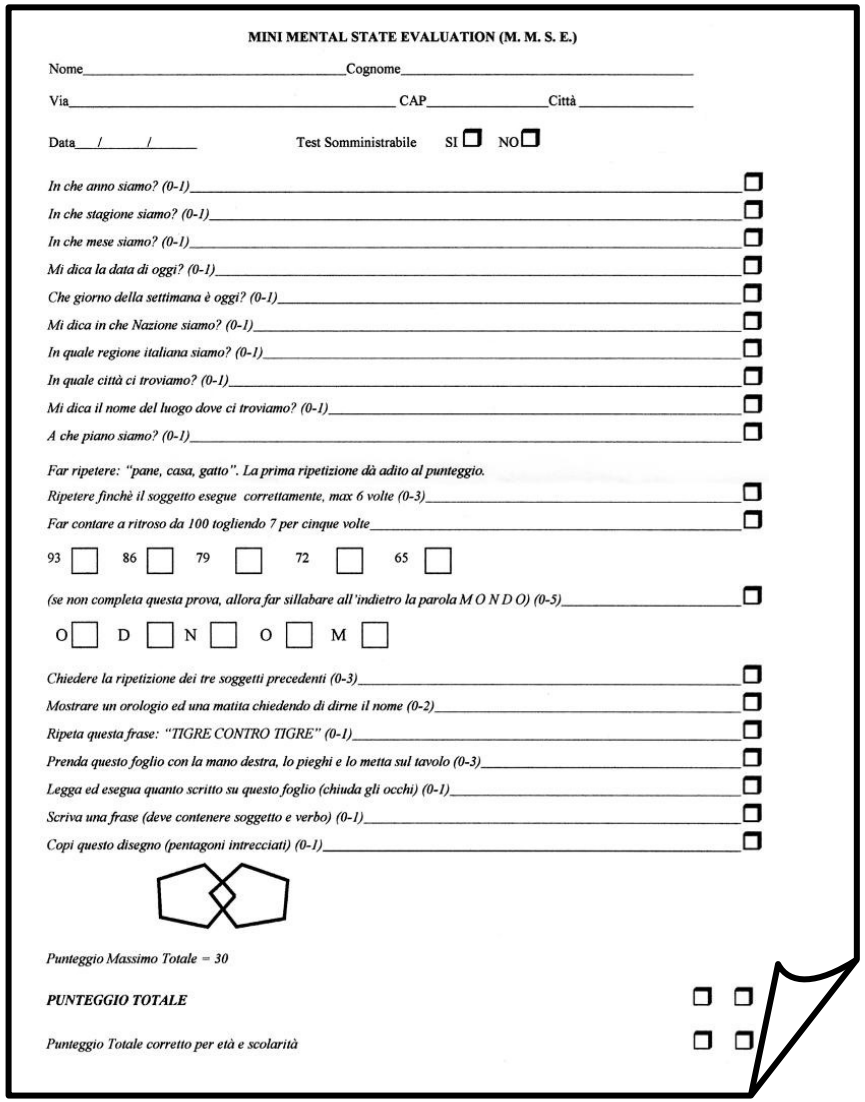
Consiste nell'alterazione dei movimenti appresi non dovuta a

debolezza muscolare, ad anomala coordinazione, a perdita di sensibilita' o

a mancata comprensione di un comando.

- Aprassia ideativa: il paziente non sa cosa fare, ha perso la conoscenza dell'uso di un oggetto
- Aprassia dell'abbigliamento: il paziente non sa far corrispondere spazialmente parti del corpo con parti degli indumenti e non sa disporre sequenzialmente gli indumenti

Mini-Mental State Examination (MMSE)



MINI MENTAL STATE EVALUATION (M. M. S. E.)

Nome_____ Cognome_____

Via_____ CAP_____ Città_____

Data___/_____/_____ Test Somministrabile SI ☐ NO ☐

*In che anno siamo? (0-1)*_____ ☐

*In che stagione siamo? (0-1)*_____ ☐

*In che mese siamo? (0-1)*_____ ☐

*Mi dica la data di oggi? (0-1)*_____ ☐

*Che giorno della settimana è oggi? (0-1)*_____ ☐

*Mi dica in che Nazione siamo? (0-1)*_____ ☐

*In quale regione italiana siamo? (0-1)*_____ ☐

*In quale città ci troviamo? (0-1)*_____ ☐

*Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo? (0-1)*_____ ☐

*A che piano siamo? (0-1)*_____ ☐

Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio.

*Ripetere finchè il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3)*_____ ☐

*Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte*_____ ☐

93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 ☐

*(se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola M O N D O) (0-5)*_____ ☐

O ☐ D ☐ N ☐ O ☐ M ☐

*Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3)*_____ ☐

*Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome (0-2)*_____ ☐

*Ripeta questa frase: "TIGRE CONTRO TIGRE" (0-1)*_____ ☐

*Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3)*_____ ☐

*Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1)*_____ ☐

*Scriva una frase (deve contenere soggetto e verbo) (0-1)*_____ ☐

*Copi questo disegno (pentagoni intrecciati) (0-1)*_____ ☐

Punteggio Massimo Totale = 30

PUNTEGGIO TOTALE ☐ ☐

Punteggio Totale corretto per età e scolarità ☐ ☐

Test a 30 punti per valutare la funzione cognitiva

Orientamento nel tempo e nello spazio
Memoria (registrazione e ricordo)
Attenzione e capacità di calcolo
Linguaggio
Funzione visuo-spaziale

Punteggio

- Normale > 26
- Lieve 20-25
- Moderata 10-19
- Grave < 10

MINI MENTAL STATE EVALUATION (M. M. S. E.)

Nome_____ Cognome_____

Via_____ CAP_____ Città_____

Data___/_____/_____ Test Somministrabile SI ☐ NO ☐

*In che anno siamo? (0-1)*_____ ☐

*In che stagione siamo? (0-1)*_____ ☐

*In che mese siamo? (0-1)*_____ ☐

*Mi dica la data di oggi? (0-1)*_____ ☐

*Che giorno della settimana è oggi? (0-1)*_____ ☐

*Mi dica in che Nazione siamo? (0-1)*_____ ☐

*In quale regione italiana siamo? (0-1)*_____ ☐

*In quale città ci troviamo? (0-1)*_____ ☐

*Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo? (0-1)*_____ ☐

*A che piano siamo? (0-1)*_____ ☐

Orientamento spazio-temporale

Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio.

*Ripetere finchè il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3)*_____ ☐

*Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte*_____ ☐

93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 ☐

*(se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola M O N D O) (0-5)*_____ ☐

O ☐ D ☐ N ☐ O ☐ M ☐

Attenzione

Memoria

*Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3)*_____ ☐

*Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome (0-2)*_____ ☐

*Ripeta questa frase: "TIGRE CONTRO TIGRE" (0-1)*_____ ☐

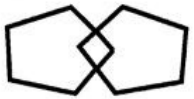
*Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3)*_____ ☐

*Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1)*_____ ☐

*Scriva una frase (deve contenere soggetto e verbo) (0-1)*_____ ☐

Linguaggio

*Copi questo disegno (pentagoni intrecciati) (0-1)*_____ ☐



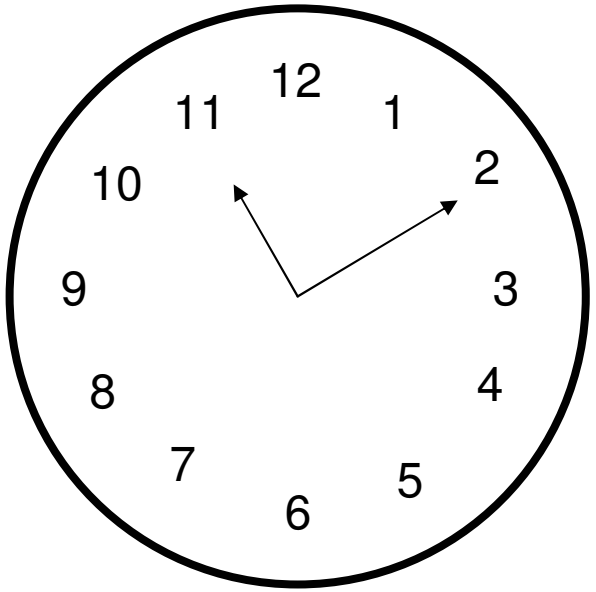
Abilità visuo-costruttive

Punteggio Massimo Totale = 30

PUNTEGGIO TOTALE ☐ ☐

Punteggio Totale corretto per età e scolarità ☐ ☐

The Clock Drawing Test



- Usato frequentemente nella valutazione delle funzioni cognitive, specialmente come test di screening delle demenze

- La somministrazione è semplice e veloce

Disegna un orologio che segni le 11 e 10

J Geriatr Psychiatry Neurol 2005;18:129-133
Int J Geriatr Psychiatry 2000;15:548-561

Psychiatry and Clinical Neurosciences 2008; **62**: 167–173 doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01750.x

Regular Article

Poor performance in Clock-Drawing Test associated with visual memory deficit and reduced bilateral hippocampal and left temporoparietal regional blood flows in Alzheimer's disease patients

Megumi Takahashi, MD, PhD,[1]* Aiko Sato, MS,[2] Keisuke Nakajima, MD,[1] Aya Inoue, MD,[1] Satoru Oishi, MD,[1] Takayoshi Ishii, PhD[2] and Hitoshi Miyaoka, MD, PhD[1]

[1]*Department of Psychiatry, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara and* [2]*Faculty of Humanities and Social Sciences, Meisei University, Hino, Japan*

Aim: To investigate the associations of Clock-Drawing Test (CDT) score with neuropsychological test scores and regional cerebral blood flow.

Method: Twenty-five patients (normal aging, $n = 2$; mild cognitive impairment, $n = 7$; Alzheimer's disease [AD], $n = 16$) participated in this study. Their average age was 74.8 years.

Results: CDT score correlated well with the neuropsychological test scores of Mini-Mental State Examination, Clinical Dementia Rating, immediate visual memory, delayed visual memory, and IQ evaluated by Koh's block design. CDT score also had a statistically significant correlation with the regional blood flow in the left hippocampal region as evaluated on 3-D stereotaxic region-of-interest template analysis-applied to single-photon emission computed tomography images. Using a cut-off point of 8/9 in the CDT, the high-CDT group had significantly higher delayed visual memory and IQ scores than the low-CDT group. Moreover, the high-CDT group had significantly higher regional blood flows in the left parietal, left angular and bilateral hippocampal regions than the low-CDT group.

Conclusion: CDT score correlates well with regional cerebral blood flow that is decreased in the early stage of AD.

Key words: Alzheimer's disease, cerebral blood flow, Clock Drawing Test, early stage, SPECT.

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY
Int. J. Geriat. Psychiatry 15, 548–561 (2000)

CLOCK-DRAWING: IS IT THE IDEAL COGNITIVE SCREENING TEST?

KENNETH I. SHULMAN*
Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre, 2075 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4N 3M5, Canada

ABSTRACT

Objective. The clock-drawing test has achieved widespread clinical use in recent years as a cognitive screening instrument and a significant amount of literature relates to its psychometric properties and clinical utility. This review aims to synthesize the available evidence and assess the value of this screening test according to well-defined criteria.

Design. A Medline and Psycho-info literature search of all languages was done from 1983 to 1998 including manual cross-referencing of bibliographies. A brief summary of all original scoring systems is provided as well as a review of replication studies. Psychometric data including correlations with other cognitive tests were recorded. Qualitative aspects of the test are also described.

Results. Among published studies, the mean sensitivity (85%) and specificity (85%) of the clock-drawing test are impressive. Correlations with the Mini-Mental State Examination and other cognitive tests was high, generally greater than $r = 0.5$. High levels of inter-rater and test–re-test reliability and positive predictive value are recorded and despite significant variability in the scoring systems, all report similar psychometric properties. The clock test also shows a sensitivity to cognitive change with good predictive validity.

Conclusions. The clock-drawing test meets defined criteria for a cognitive screening instrument. It taps into a wide range of cognitive abilities including executive functions, is quick and easy to administer and score with excellent acceptability by subjects. Together with informant reports, the clock-drawing test is complementary to the widely used and validated Mini-Mental State Examination and should provide a significant advance in the early detection of dementia and in monitoring cognitive change. A simple scoring system with emphasis on the qualitative aspects of clock-drawing should maximize its utility. Copyright © 2000 John Wiley & Sons, Ltd.

KEY WORDS—clock-drawing; cognition; screening

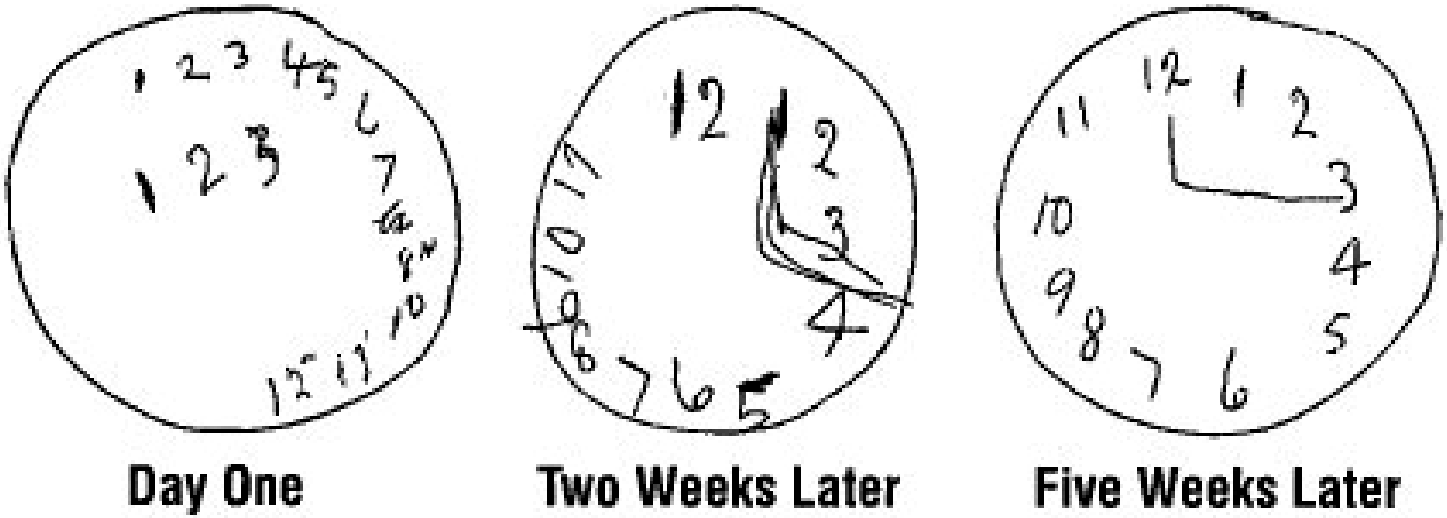
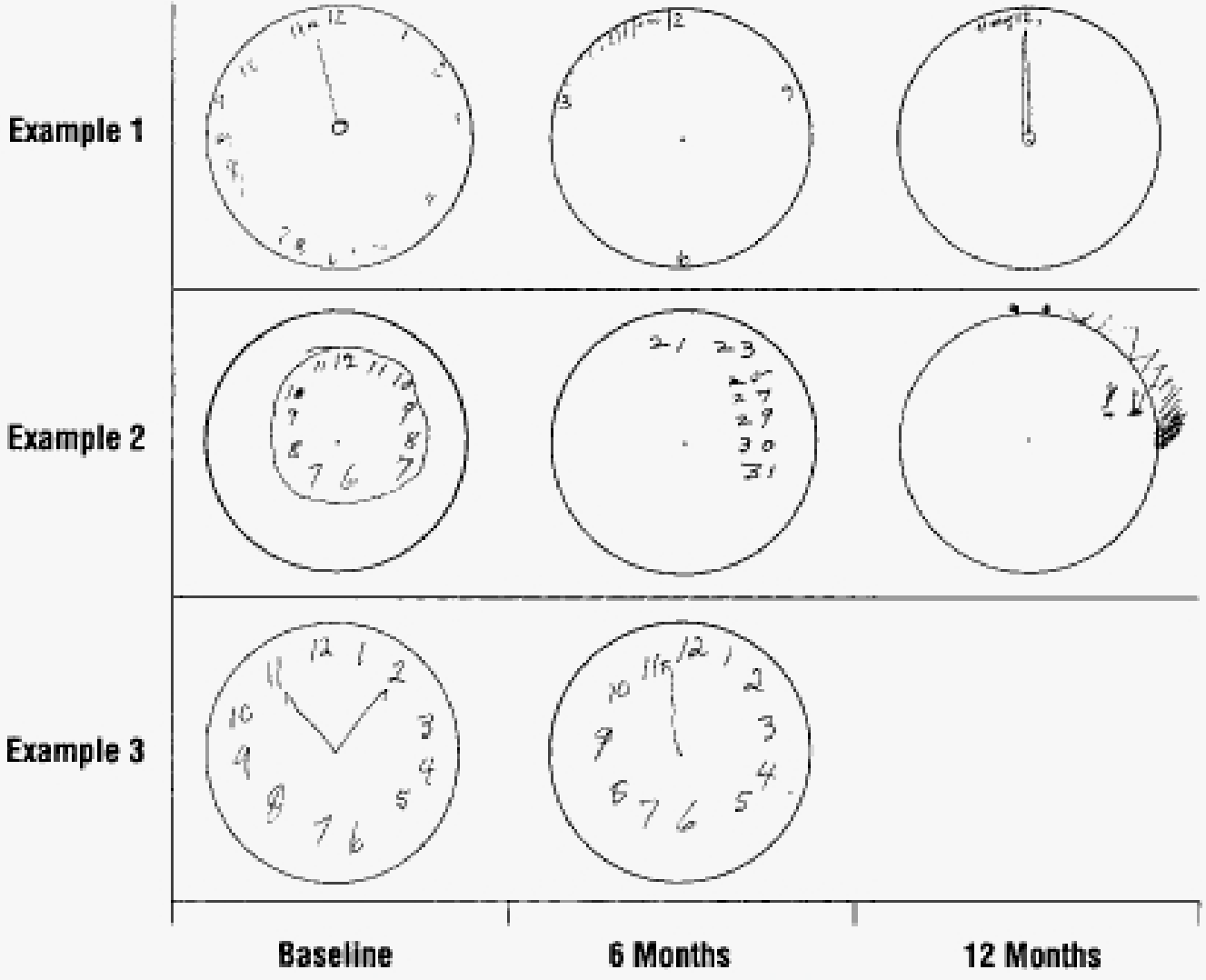


Fig. 3. Improvement following toxic delirium

Sensitivity to Deterioration in Dementia



CONCLUSIONI 1

1. Il funzionamento cognitivo della persona è normale?
2. Vi sono delle abilità cognitive che sono compromesse, mal funzionanti? E qual è il grado di compromissione?
3. Quali sono le abilità cognitive risparmiate dalla lesione cerebrale?
4. Qual è l'impatto del deficit sulle attività della vita quotidiana e sul comportamento del paziente?
5. Quali sono le necessità assistenziali del paziente?
6. Come impostare un intervento di riabilitazione, stimolazione cognitiva o compensazione funzionale che sia ritagliato ad hoc sulle necessità individuate?
7. Quale sarà l'andamento dei disturbi nel tempo?

CONCLUSIONI 2

- **Informazioni all'equipe diagnostica**

  (presenza di alterazioni cognitive lievi che possono sfuggire ad altre indagini neurodiagnostiche)

- **Informazioni all'equipe riabilitativa**

  (possibilità e modalità di intraprendere con profitto la rieducazione cognitiva, aiuto ai terapisti motori, ai terapisti cognitivi, agli educatori, ad adattare i loro programmi ed obiettivi alle capacità residue della persona)

- **Informazioni agli operatori socio-assistenziali**

  (modalità assistenziali idonee a supportare il deficit cognitivo)

- **Informazioni al malato ed ai suoi famigliari**