

5 ottobre 2013
BERGAMO



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo



***PROGETTO GIOBBE
BERGAMO:
RSA SENZA DOLORE***

Melania Cappuccio

*Fondazione Vertova
Associazione Giobbe Bergamo*

***PERCHE'IL DOLORE NON E' ADEGUATAMENTE CURATO
NELLE RESIDENZE PER ANZIANI ?***



Prevalenza dolore: residenze anziani

Molto variabile 45-80%

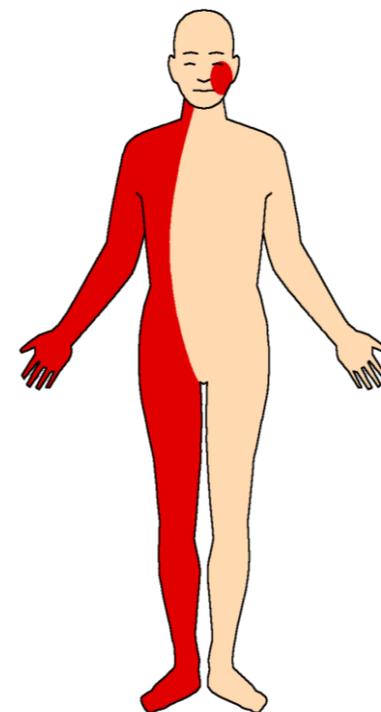
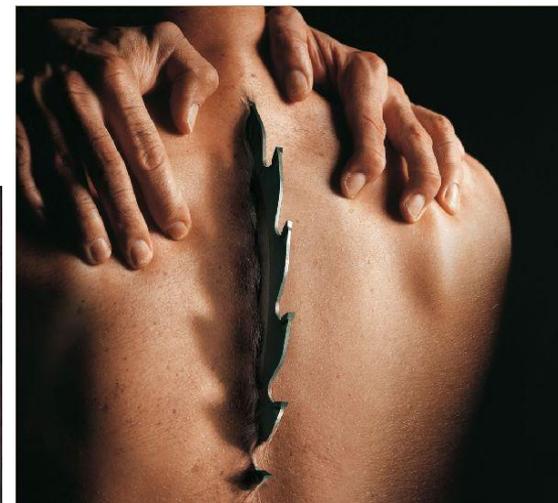
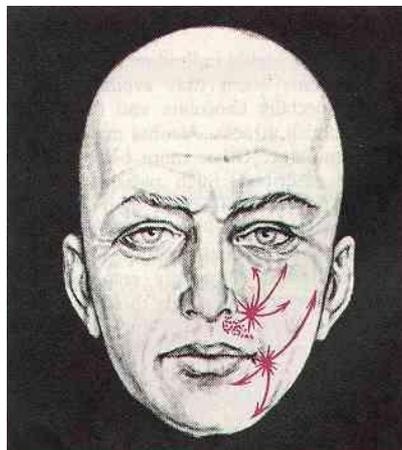
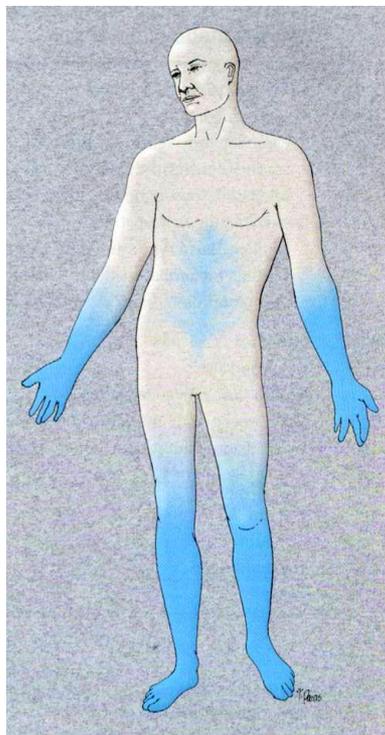
(caratteristiche paziente, strumento valutazione, tipo dolore esaminato)

RS di tutto il mondo e in particolare in Italia il dolore risulta sotto

- **riferito** (demenza avanzata: 25%)
- **valutato** (demenza avanzata)
- **trattato** (25% non trattati con analgesici, nonostante riferiscano dolore quotidiano; 50% riceve analgesici solo AB; soprattutto FANS; paracetamolo dose media 1.3 g/die)

Setting in cui si riscontra la maggiore quota di pazienti
con dolore non controllato

TANTI TIPI DI DOLORE



Tipologia dolore nell' anziano

- Muscolo-scheletrico > 50 % (dorsolombare, anche, ginocchia)
- Misto 30-49 %
- Neoplastico < 10 %
- Ischemico < 10 %
- Neuropatico < 10 %
- Cefalea < 10 %

- Acuto < 10 %

The International Association for the Study of Pain: PAIN 5 Workshop

Complicazioni dolore persistente o trattamento antalgico inadeguato

- Depressione, ansia, insonnia
- Deterioramento cognitivo, delirium
- Iporessia, malnutrizione
- Politrattamento farmacologico, iatrogenesi
- Disabilità
- Instabilità posturale, paura di cadere, cadute
- Recupero funzionale ridotto (> 50% pazienti con d.cronico ha disabilità totale o parziale)
- Isolamento sociale
- Elevato utilizzo servizi sanitari ed elevati costi sociali
- Distress caregiver (influenza negativa sul paziente)

Dolore: non solo..... sofferenza riducibile per migliorare QdV del paziente e caregiver

Complessità della cura del dolore in geriatria

Rilevazione del sintomo / segno (comportamento, espressione)

Misurazione intensità (NRS, DOLOPLUS, NOPPAIN, PAINAD)

Assessment per giungere alla diagnosi (definizione del tipo dolore e causa):

- valutazione caratteristiche del dolore (pain questionnaire)
- esame obiettivo
- anamnesi algologica

Trattamento

Verifica riduzione dolore

Prevenzione



Critical Reviews

Pain and Aging: The Emergence of a New Subfield of Pain Research

Lucia Gagliese

COMPLESSITA' CLINICA DOLORE IN GERIATRIA

↑ Neuropatico (aumentata vulnerabilità alla sensibilizzazione
prolungata dopo lesione- es. neuropatia erpetica)

↓ Infarto miocardico (minore vulnerabilità d.viscerale)

↔ Diffuso

↪ Osteoarticolare

Manca modello teorico sul dolore nell' anziano
Difficili (impossibili?) studi specifici

Valido modello biopsicosociale con aggiunta di
variabili età-correlate (comorbidità, vedovanza, deterioramento.cognitivo)

ALGOLOGIA

CURA IL DOLORE “SINTOMATICO INUTILE”

- Malattia sintomatica (144 parole)
- Con una terapia eziologica e se non è possibile sintomatica (prurito, artrite,.....)
- Modulando la terapia in base ai sintomi e parametri oggettivi (interpretazione dei sintomi in base ai dati oggettivi) (obiettività clinica, pressione arteriosa, temperatura, peso, diuresi, es. ematochimici.....)

GERIATRIA

CURA ANCHE IL DOLORE NON RIFERITO “ASINTOMATICO”

Curare il dolore in base ai “segni”:

- BPSD
- espressioni volto
-



Dolore non comunicato



/ASL BG - PROGETTO GIOBBE 2013

PROTOCOLLO APPLICATIVO

OBIETTIVI

Principale

- Riduzione del dolore somatico negli anziani ricoverati in tutte le RSA dell'ASL BG, in particolare nei pazienti con demenza grave non in grado di comunicare verbalmente
- Acquisizione della metodologia da parte dell'equipe affinché la cura del dolore diventi una pratica strutturata e permanente (sistema audit) nelle RSA Bergamasche

Secondari

- Non peggioramento dello stato di sedazione, disfagia, disabilità
- Aumento utilizzo farmaci antalgici e soprattutto oppioidi (mediante un approccio ragionato all'uso degli antidolorifici, inclusi gli oppioidi)
- Riduzione consumo psicofarmaci nei pazienti dementi non comunicanti
- Maggiore soddisfazione del caregiver riguardo le cure antalgiche ricevute dal paziente ed i risultati ottenuti (riduzione dolore)
- Maggiore soddisfazione degli operatori sanitari riguardo il miglioramento della capacità dell'equipe nella cura del dolore ed i risultati ottenuti (riduzione dolore)

4) METODOLOGIA

Pazienti

Tutti i pazienti ricoverati nelle n.32 RSA dell'ASL BG (aderenti alla prima fase del progetto).

Le metodologie di valutazione del dolore si differenziano in base alla capacità di comunicazione del paziente e quindi al grado di deterioramento delle funzioni cognitive (Mini-Mental State Examination - MMSE):

- MMSE \geq 13: in grado di riferire il dolore
- MMSE \leq 12: non in grado di riferire il dolore.

MMSE ≥ 13: in grado di riferire il dolore

La valutazione si esegue quando il paziente riferisce il dolore e si basa su:

- intensità (Numeric Rating Scale - NRS, range punteggio 0-10)
- qualità (modalità insorgenza, durata, caratteristiche peculiari)
- sede
- cambiamenti fisiologici (frequenza cardiaca e respiratoria, midriasi,....)
- anamnesi algica e terapia antalgica
- es.obiettivo e neurologico (Douleur Neuropathique en 4 Questions questionnaire - DN4, range punteggio 0-10: La Douleur Neuropathique, Bouhassira 2005; versione italiana Caraceni, Zecca, Martini)
- es.neuropsicologico (diagnosi differenziale con depressione, disturbo algico,....)
- es.strumentali (eventualmente ENG, RX, TAC, ECO, LEP).

L'obiettivo è raggiungere la diagnosi fisiopatologica (nocicettivo, misto, neuropatico) poiché a diversi tipi di dolore corrispondono specifiche terapie farmacologiche.

La misurazione dell'intensità del dolore è il parametro principale che consente di monitorare l'effetto della terapia antalgica e si esegue con la NRS.

OBIETTIVO DELLA CURA ANTALGICA:

Si considera efficace la terapia antalgica che riduce l'intensità del dolore almeno del

- 50% alla NRS, oppure riduce il punteggio a $NRS \leq 3$
- 50% alla DN4, oppure riduce il punteggio a $DN4 \leq 4$

Cognome Nome Codice fiscale

RSA Data ingresso in RSA Et  anni Sesso M / F Scolarit  anni MMSE/30

Barthel Index/100 Tinetti/28 N.Mal.somatiche Mal.psichiatriche N.Farmaci somatici

Diagnosi e sede del dolore:
 Incidentale [] A riposo []

NRS	Data	

10														
9														
8														
7														
6														
5														
4														
3														
2														
1														
0														
Antidolorifici (dose)														
Rescue dose														
Trittico														
BDZ														
Neurolettici														
Effetti collaterali della terapia antalgica														
Note														
Firma IP														

MMSE ≤ 12: non in grado di riferire il dolore

La valutazione del dolore nel paziente non comunicante non si basa sul riferito (anche se va chiesto quando è possibile), ma su una osservazione dei segni del dolore ed esula dalla collaborazione del paziente.

In medicina il criterio ex adiuvantibus è frequentemente adottato per confermare delle ipotesi diagnostiche (formulazione ipotesi) e nel caso del dolore non riferito è indispensabile. Non è possibile affermare che alterazioni psico-comportamentali o altri segni clinici siano espressione di dolore se non dopo aver ottenuto la loro riduzione con adeguata terapia antalgica (verifica ipotesi) ed, allo stesso tempo, senza insorgenza o peggioramento della sedazione (poiché si tratterebbe di alterazione della coscienza e non analgesia).

Ad oggi non esiste uno strumento per la rilevazione osservazionale del dolore nei pazienti con demenza non comunicanti che prevalga fra i tanti (oltre 40). La combinazione di uno strumento osservazionale specifico con altri indici, riportati di seguito (in particolare un segno indice per ogni paziente), rappresenta il parametro da monitorare per dimostrare l'efficacia della terapia antidolorifica.

È necessario un approccio multidimensionale che integri le informazioni fornite dallo strumento osservazionale con altre informazioni raccolte dall'operatore e fornite dal caregiver.

Formulazione dell'ipotesi di dolore somatico (RICONOSCIMENTO)

Si basa sui seguenti elementi:

- anamnesi algica (con il contributo del caregiver);
- anamnesi terapia antalgica (con il contributo del caregiver);
- esame obiettivo (allodinia, dolore incidentale, jatrogeno);
- espressioni del viso e del corpo (America Geriatric Society - AGS Panel 2009):
 - o espressioni della faccia (disagio, sofferenza, paura)
 - o verbalizzazioni, vocalizzazioni (lamento, pianto, urlo)
 - o espressioni del corpo finalizzate all'assunzione di posizioni antalgiche o alla protezione di parti del corpo
 - o cambiamenti nelle interrelazioni personali (combattività ed opposizione alle cure e medicazioni)
 - o cambiamenti nelle attività abituali (riduzione movimento, appetito, sonno);
- cambiamenti dello stato mentale: comparsa / presenza di disturbi comportamentali / psichici (deliri, allucinazioni, agitazione / aggressività, irritabilità, ansia, wandering, depressione, apatia, insonnia/ disturbi comportamento notturno, iporessia/rifiuto cibo/iperfagia, disinibizione) e delirium. Non esistono disturbi psichici / comportamentali patognomonici del dolore, infatti tutti possono avere molteplici origini (demenza, jatrogeno, situazioni ambientali sfavorevoli, disfunzioni sfinteriche, dolore...). La scala di valutazione dei disturbi psico-comportamentali di riferimento è The Neuropsychiatric Inventory (NPI, Cummings 1994; validazione italiana Binetti 1998). Potenzialmente tutti i disturbi psichici e comportamentali possono essere espressioni del dolore, anche se è verosimile che esista una maggiore correlazione con alcuni di essi (ad es. agitazione). Siccome la valutazione delle espressioni oggettive del dolore deve essere semplice e di facile applicazione quotidiana, nell'ambito dei 12 disturbi psico-comportamentali della NPI l'equipe sceglie per ogni paziente il sintomo/segno che più probabilmente esprime il dolore (range punteggio 0-12);
- scala di valutazione osservazionale del dolore: la Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals (NOPPAIN, Snow 2004; validazione italiana Ferrari 2009; range punteggio 0-55) richiede 5 minuti per ogni compilazione e si basa su una buona conoscenza del paziente;
- se coesiste uno stato confusionale acuto si adottano i criteri del Confusion Assessment Method (CAM, Inouye 1990):
1) comparsa acuta e decorso fluttuante del cambiamento dello stato mentale, 2) distraibilità, 3) pensiero disorganizzato, 4) alterato livello di coscienza. Per la diagnosi di delirium è necessaria la presenza dei criteri 1 e 2 più 3 o 4.

Verifica dell'ipotesi della presenza del dolore (TRATTAMENTO ANTALGICO)

La diagnosi effettiva di dolore nel demente grave non comunicante corrisponde al successo della terapia antalgica.

La dimostrazione dell'efficacia dell'intervento farmacologico antalgico (non si escludono eventuali altre terapie non farmacologiche: terapia fisica...) richiede la misurazione della variazione delle potenziali espressioni cliniche del dolore. Si conferma l'ipotesi della presenza del dolore quando alla fine dell'intervento terapeutico si ottiene in più di uno dei seguenti indicatori:

- allodinia espressiva: riduzione significativa e/o scomparsa (per questi indicatori non esistono scale specifiche);
- espressioni del viso e del corpo: riduzione significativa e/o scomparsa (per questi indicatori non esistono scale specifiche);
- cambiamenti stato mentale - disturbo comportamentale indice prescelto – NPI: riduzione $\geq 50\%$ del punteggio iniziale;
- NOPPAIN: riduzione $\geq 50\%$ del punteggio iniziale;
- delirium: riduzione significativa e/o scomparsa (per questi indicatori non esistono scale specifiche).

Nel caso si faccia ricorso ad oppioidi, triciclici e pregabalin/gabapentin non deve peggiorare lo stato di coscienza (sedazione). Il mantenimento dello stato di coscienza preesistente il trattamento farmacologico è la conferma dell'effetto antalgico e non sedativo.

La contemporanea riduzione degli psicofarmaci (se assunti) non si considera una condizione necessaria anche se auspicabile.

Cognome Nome: Codice fiscale

RSA Data ingresso in RSA Et  anni Sesso M / F Scolarit  anni MMSE/30

Barthel Index/100 Tinetti/28 N.Mal.somatiche Mal.psichiatriche N.Farmaci somatici

Diagnosi e sede del dolore (probabile):

NOPPAIN	<i>Data</i>
55									
40									
30									
20									
10									
0									
Allodinia									
Espressioni Viso / Corpo									
Disturbo Comportamentale Prescelto									
Delirium									
Antidolorifici (dose)									
Rescue dose									
Trittico									
BDZ									
Neurolettici									
Effetti collaterali della terapia antalgica									
Note									
Firma IP									

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

Strumento di valutazione del dolore per pazienti non comunicanti.

Nome del compilatore:	
Nome dell'ospite:	
Data:	
Ora:	

ISTRUZIONI: Il personale di assistenza dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di attività assistenziali quotidiane all'ospite osservando i comportamenti da dolore. Il presente modulo dovrebbe essere compilato subito dopo le attività assistenziali.

I. Scheda di controllo delle attività Segna "SI" o "NO" per ciascuna voce nelle colonne A e B	A Lo hai fatto?	B Hai osservato dolore mentre lo facevi?	II. Comportamento da dolore Che cosa hai visto o sentito durante l'assistenza?
A. Mettere l'ospite a letto o osservarlo mentre si sdraia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parole di dolore? • "Mi fa male!" • "Ahi!" • "Basta!" Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità hanno avuto le parole di dolore? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
B. Voltare l'ospite nel letto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C. Spostare l'ospite (dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, da in piedi o dalla carrozzina al bagno)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Mimica facciale di dolore? • Smorfie • Traslamenti • Sopracciglia aggrottate Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto la mimica di dolore? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
D. Far sedere l'ospite sul letto o osservarlo mentre si siede	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
E. Aiutare l'ospite a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vocalizzi di dolore? • Gemiti Lamenti • Grugniti Pianti • Rantoli Sospiri Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità hanno avuto i vocalizzi di dolore? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
F. Vestire l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
G. Alimentare l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si immobilizza? • Rigidità • Sostenere una parte del corpo • Proteggersi Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto l'immobilizzazione? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
H. Aiutare l'ospite a camminare o osservarlo mentre cammina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
I. Fare il bagno all'ospite o fargli una spugnatura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si massaggia? • Frizionare la zona dolorante Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto il massaggio? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
PUNTEGGIO Somma il numero delle caselle "SI" che hai segnato nella colonna B		TOTALE 1 <input type="text"/>	

III. Intensità del dolore
Valuta il dolore dell'ospite al massimo livello che hai notato oggi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Assente Lieve Moderato Intenso Peggiore possibile

TOTALE 3

! Se l'ospite ha riferito di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnala l'ospite all'infermiere per un esame globale.

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1 + TOTALE 2a + TOTALE 2b + TOTALE 3 = PUNTEGGIO NOPPAIN

+ + + =

A U.S. Veterans Affairs METRIC™ educational product. Snow, A.L., O'Malley, K.J., Kunik, M.E., Cody, M., Bruera, E., Beck, C., & Ashton, C. Alteration of these materials is prohibited. This product can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at LynnA.Snow@med.va.gov

Versione italiana a cura di R.Ferrari, M.Visentin e P.Morandini. PROGETTO CURDOL, IPAB Proti-Salvi-Trento, Vicenza.
Contattare dr. Ferrari a psic.terapiadolor@ulssvicenza.it

Problema non è la mancanza di specifiche
scale di valutazione del dolore

(NRS, NOPPAIN,)

Bensì l'”uso dei punteggi“



PROTOCOLLO DI TERAPIA ANTALGICA

<u>step 1:</u>	paracetamolo 1g	max 3 g/giorno
<u>step 2:</u>	morfina orale	max 20 mg/giorno, oppure
	<u>oxicodone</u> orale	max 40 mg/giorno, oppure
	<u>tapentadolo</u>	max 200 mg/die
	<u>fentanile</u> transdermico	max 50 µg/h
<u>step 3:</u>	buprenorfina TTS	max 10 µg/h
<u>step 4:</u>	pregabalin orale	max 300 mg/giorno e/o
	<u>duloxetina</u>	max 60 mg/giorno

Il medico è libero di integrare la terapia antalgica con farmaci non riportati nel protocollo.

Pregabalin è indicato per il dolore neuropatico

Duloxetina è indicata sia per il dolore nocicettivo che neuropatico

A discrezione del medico l'uso di altri farmaci antalgici (FANS) o di eventuale terapia fisica. Nel caso si ricorra ai FANS, se possibile, preferire ibuprofene 600 mg (max 1200 mg/giorno)

OBIETTIVO DELLA CURA ANTALGICA:

Si considera confermata l'ipotesi della presenza di dolore e quindi si può affermare che le espressioni psico-comportamentali sono dovute alla presenza di dolore se, dopo il trattamento antalgico, si ottiene in più di uno dei seguenti indicatori:

- allodinia espressiva: riduzione significativa e/o scomparsa (per questi indicatori non esistono scale specifiche);

- espressioni del viso e del corpo: riduzione significativa e/o scomparsa (per questi indicatori non esistono scale specifiche);

- cambiamenti stato mentale - disturbo comportamentale indice prescelto – NPI: riduzione $\geq 50\%$ del punteggio iniziale;

- NOPPAIN: riduzione $\geq 50\%$ del punteggio iniziale;

- delirium: riduzione significativa e/o scomparsa (per questi indicatori non esistono scale specifiche).

Nel caso si faccia ricorso ad oppioidi, triciclici e pregabalin/gabapentin non deve comparire/peggiore la sedazione.

Intervento farmacologico antalgico

La diagnosi effettiva di dolore somatico nel demente grave non comunicante corrisponde al successo della terapia antalgica, pertanto sono determinanti il tipo e la modalità di somministrazione degli antidolorifici.

Lo schema terapeutico proposto è stato definito nell'American Geriatric Society Panel. "The management of chronic pain in older persons" (1998) e modificato in base alla disponibilità di nuove soluzioni farmacologiche, già collaudate.

Se un paziente è già in trattamento antalgico proseguire con la terapia in atto se dolore riferito è di bassa intensità (NRS \leq 3).

Se un paziente è in trattamento antidolorifico soddisfacente (senza disturbi comportamentali) non va sottoposto a cambi terapeutici.

Se intolleranza passare a farmaco di altra categoria.

La posologia è a discrezione del medico, cercando di rispettare la dose max indicata.

Se disfagia: utilizzare formulazioni transdermiche.

E' possibile combinare più antalgici.

Il passaggio allo step successivo dopo 2 settimane di trattamento insoddisfacente.

La durata del trattamento è fino alla risoluzione del sintomo.

Ottenuto il risultato il medico decide l'eventuale sospensione della terapia antidolorifica se ritiene che la causa del dolore si sia risolta.

RILEVAZIONE MENSILE

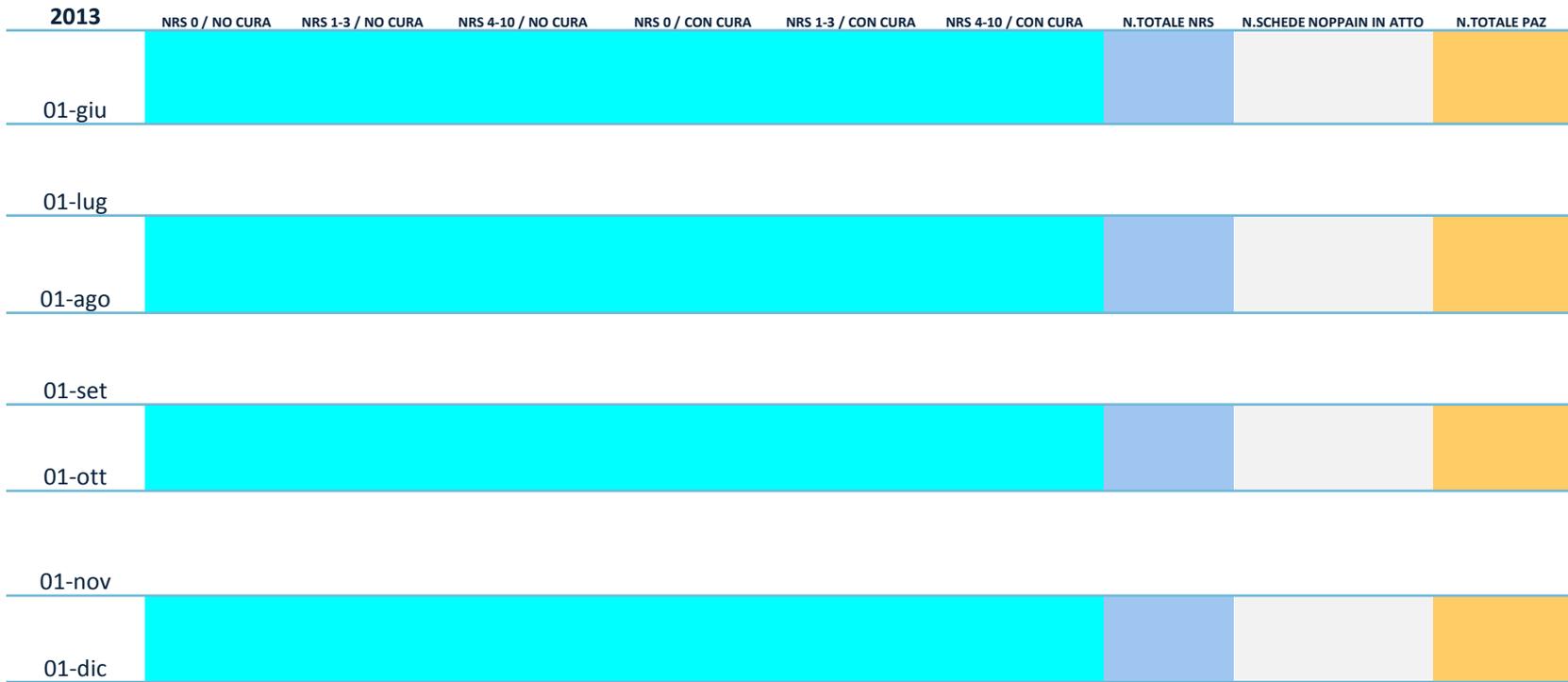
Per consentire la valutazione delle modalità e dei risultati della cura del dolore in ogni RSA è necessario raccogliere, ogni mese, i seguenti dati relativi al 1° giorno del mese a partire dal 1 giugno 2013 fino al 1 dicembre 2013:

- 1) n. pazienti NO dolore NRS=0 e NO terapia antalgica
- 2) n. pazienti CON dolore NRS 1-2-3 e NO terapia antalgica
- 3) n. pazienti CON dolore NRS > 4 e NO terapia antalgica
- 4) n. pazienti CON dolore NRS 1-2-3 e CON terapia antalgica
- 5) n. pazienti CON dolore NRS > 4 e CON terapia antalgica
- 6) n. pazienti NO dolore NRS=0 e CON terapia antalgica

La somma delle 6 classi non corrisponde al totale dei pazienti degenti in RSA in quanto non tutti sono in grado di eseguire la NRS. Pertanto è necessario aggiungere il numero delle schede NOPPAIN in atto in quel giorno (1° giorno del mese).

Il numero totale dei pazienti della RSA viene riportato mensilmente per eventuali possibili variazioni della disponibilità di posti letto (nei quali sono compresi sia i posti ordinari che di sollievo).

PROGETTO CURARE IL DOLORE RSA ASL BG - GIOBBE 2013



PROGETTO CURARE IL DOLORE RSA ASL BG - GIOBBE 2013

1-6-2013 INIZIO STUDIO

	ANTIDOLORIFICO	PARACETAMOLO	FANS	OPPIOIDIMINO	OPPIOIDIMAGO	DULOXETINA0	TRICICLICO	PREGABAL/GABAPENTINO	ADIUVANTIO	TRITTICO0	BENZODIAZEPINEO	NEUROLETTICO	ANTIDEPRESSIVO	TOTALEPAZO

1-12-2013 FINE STUDIO

	ANTIDOLORIFICO1	PARACETAMOLO1	FANS1	OPPIOIDIMINO1	OPPIOIDIMAGO1	DULOXETINA1	TRICICLICO1	PREGABAL/GABAPENTINO1	ADIUVANTIO1	TRITTICO1	BENZODIAZEPINE1	NEUROLETTICO1	ANTIDEPRESSIVO1	TOTALEPAZO1



Associazione Giobbe Bergamo

*Prof Marco Trabucchi, Dott. Simone Franzoni, Dott.ssa Melania Cappuccio, Dott. Raffaele Latella,
Sig.ra Lucia Deponti*

Via Berizzi 31 24126 Bergamo

deponti.lucia@infinito.it

*AIP - Associazione Italiana Psicogeriatría
GrG - Gruppo di Ricerca Geriátrica, Brescia*