



# ISTISAN CONGRESSI 21 | C3

ISSN: 0393-5620 (cartaceo) • 2384-857X (online)

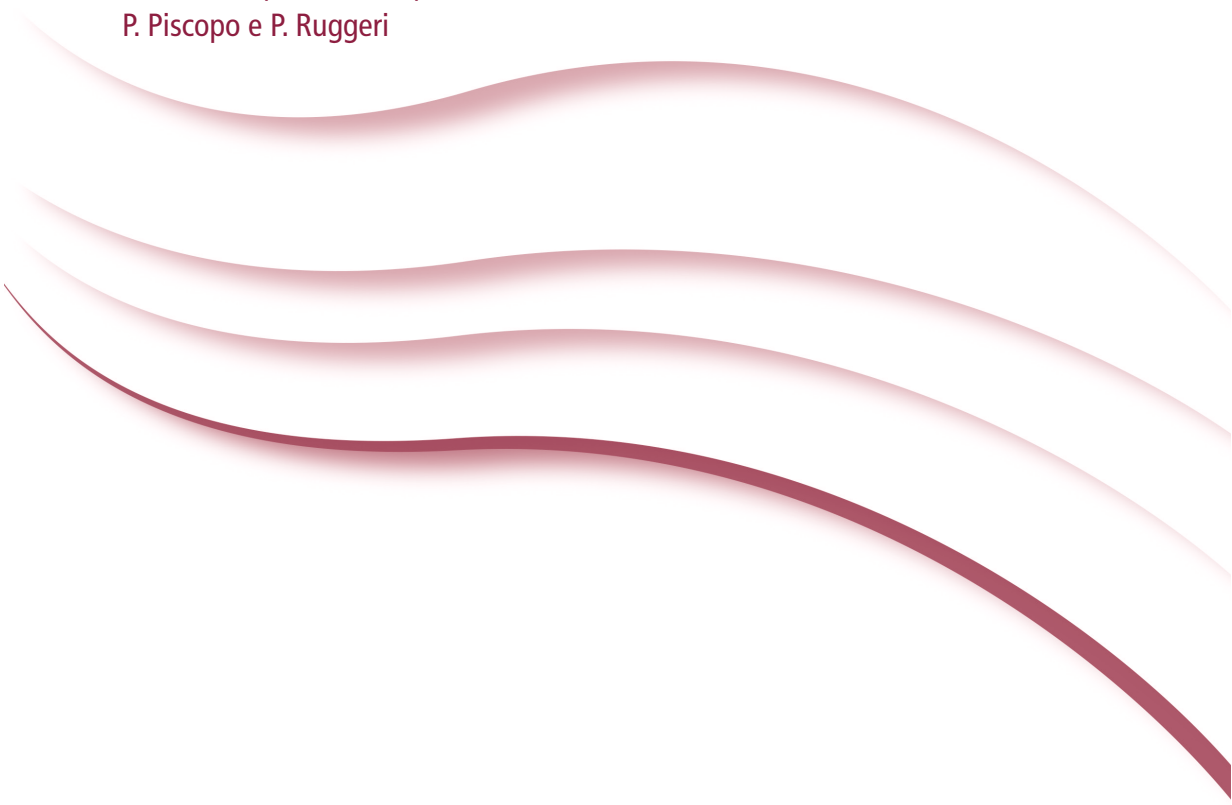
14° Convegno

## **Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti** in teleconferenza

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 18-19 novembre 2021

### **RIASSUNTI**

A cura di  
N. Vanacore, A. Ancidoni,  
P. Piscopo e P. Ruggeri



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

14° Convegno

**Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi  
e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti**  
in teleconferenza

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 18-19 novembre 2021

**RIASSUNTI**

A cura di

Nicola Vanacore (a), Antonio Ancidoni (a),  
Paola Piscopo (b) e Paola Ruggeri (c)

*(a) Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute*

*(b) Dipartimento di Neuroscienze*

*(c) Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci*

ISSN 0393-5620  
**ISTISAN Congressi**  
**21/C3**

Istituto Superiore di Sanità

**14° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti (in teleconferenza). Roma, 18-19 novembre 2021. Riassunti.**

A cura di Nicola Vanacore, Antonio Ancidoni, Paola Piscopo e Paola Ruggeri  
2021, ix, 110 p. ISTISAN Congressi 21/C3

La popolazione mondiale sta invecchiando e le malattie legate all'età come la demenza sono sempre più una priorità per la salute pubblica. Come conseguenza di ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2017 ha presentato il Piano Mondiale delle Demenze. Dal 2014 l'Italia si è dotata del Piano Nazionale Demenze (PND) che ha ridenominato le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) come "Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)" ed ha sottolineato la necessità di organizzarli insieme agli altri Servizi sanitari e socio-sanitari, nella logica della gestione integrata e della costruzione di percorsi assistenziali dedicati. Il Convegno si propone di documentare le più rilevanti attività di prevenzione, trattamento, assistenza e ricerca condotte a livello nazionale presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale deputate all'assistenza dei pazienti con demenza e dei loro familiari e assistenti.

*Parole chiave:* Demenza, Malattia di Alzheimer, Gestione integrata, Piano Nazionale Demenze, Farmaci, Trattamento non farmacologici, Prevenzione, Consenso informato

Istituto Superiore di Sanità

**14<sup>th</sup> Conference. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients (by teleconference). Rome, November 18-19, 2021. Abstract book.**

Edited by Nicola Vanacore, Antonio Ancidoni, Paola Piscopo and Paola Ruggeri  
2021, ix, 110 p. ISTISAN Congressi 21/C3 (in Italian)

The world's population is ageing and age-related disease such as dementia are increasingly a public health priority. As a consequence the World Health Organization presented, in 2017, the Global Dementia Plan. Italy has a National Dementia Plan (NPD) since 2014, renamed the Alzheimer Evaluation Units (Unità Valutative Alzheimer) as Centers for Dementia and Cognitive Decline and underlined the need of organizing them taking into due consideration both integrated management and the definition of dedicated clinical pathways. The Conference aims at gathering and reporting the most relevant prevention, clinical and research activities carried out by the facilities that, within the Italian National Health System, are dedicated to the management of patients with dementia and their families and caregivers.

*Key words:* Dementia, Alzheimer's disease, Care management, National Dementia Plan, Drugs, Non-pharmacological treatment, Prevention, Informed Consent

Per informazioni su questo documento scrivere a: [nicola.vanacore@iss.it](mailto:nicola.vanacore@iss.it)

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

Citare questo documento come segue:

Vanacore N, Ancidoni A, Piscopo P, Ruggeri P (Ed.). *14° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti (in teleconferenza). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 18-19 novembre 2021. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2021 (ISTISAN Congressi 21/C3).

---

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 119 del 16/5/2014 (cartaceo) e n. 120 del 16/5/2014 (online)

Direttore Responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Patrizia Mochi e Cristina Gasparrini*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© Istituto Superiore di Sanità 2018

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



## **INDICE**

<b>Programma .....</b>	<b>iii</b>
<b>Note per la consultazione .....</b>	<b>ix</b>
<b>Riassunti .....</b>	<b>1</b>
<b>Indice degli autori .....</b>	<b>107</b>



# PROGRAMMA

## Giovedì 18 novembre 2021

09.00 Presentazione del Convegno e dell'attività dell'Osservatorio Demenze  
**Nicola Vanacore**

### Prima sessione

#### DEMENTIA E COVID-19: GLI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E CLINICI

*Moderatore: Nicola Vanacore*

09.15 *Una sintesi delle evidenze*  
**Nicola Vanacore**

09.35 *Impatto indiretto e in termini di mortalità della pandemia da COVID-19 nelle RSA toscane*  
**Francesca Collini**

09.55 *Il Rapporto COVID-19 sulla demenza nei CDCD*  
**Piero Secreto**

10.15 *La gestione dei pazienti con demenza e disturbi del comportamento durante il lockdown. La nostra esperienza*  
**Raffaella Di Giacopo**

10.30 *Impatto della pandemia da COVID-19 sui caregiver di pazienti con demenza*  
**Roberta Occhiuto**

10.45 Discussione

### Seconda sessione

#### DEMENTIA E COVID-19: LA VACCINAZIONE

*Moderatrice: Amalia Bruni*

11.00 *Efficacia e sicurezza dei vaccini anti-COVID: dai Randomized Controlled Trial agli studi post-marketing*  
**Delia Goletti**

11.20 *Il consenso informato alla vaccinazione*  
**Fabio Cembrani**

- 11.40 *Lo studio SIVAX-RSA*  
**Alberto Pilotto**
- 12.10 *Indagine retrospettiva sull'impatto riscontrato da infezione da COVID-19 negli ospiti del nucleo Alzheimer della RSA Sandro Pertini Garbagnate Milanese*  
**Loris Pelucchi**
- 12.25 *Implicazioni neuro-psico-sociali della pandemia e long-COVID nei soggetti anziani*  
**Tino Emanuele Poloni**
- 12.40 Discussione
- 13.00 Pausa

### **Terza Sessione**

#### **MIGRANTI E DEMENZA: I RISULTATI DELLO STUDIO IMMIDEM**

*Moderatore: Simone Pomati*

- 14.00 *I risultati della survey dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze*  
**Marco Canevelli**
- 14.20 *Migranti e demenza: il contributo dai flussi informativi sanitari*  
**Anna Maria Bargagli**
- 14.40 *I test neuropsicologici*  
**Ilaria Cova**
- 15.00 *Valutazione neuropsicologica interculturale in Europa: Consorzio europeo di neuropsicologia interculturale (ECCroN)*  
**Clara Calia**
- 15.20 *ImmiDem.it una nuova lente sulle demenze. Il sito del progetto ImmiDem*  
**Norina Di Blasio**
- 15.40 *Vademecum multilingue: indicazioni e spunti per vivere accanto alla persona con demenza*  
**Tiziano Gomiero**
- 16.00 *Persone e demenza per una visione senza confini*  
**Fabiola Pacassoni**
- 16.20 Discussione

16.40 Chiusura della giornata

## **Venerdì 19 novembre 2021**

### **Quarta Sessione**

#### **FONDO DEMENZE: UNA NUOVA SFIDA PER LA SANITÀ PUBBLICA**

*Moderatrice: Teresa Di Fiandra*

9.00 *Attività della DG Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute  
in relazione al fondo demenze istituito dalla legge finanziaria 2021*  
**Fiammetta Landoni**

9.20 *Il ruolo delle Regioni*  
**Silvia Scalmana**

9.40 *Il ruolo delle Associazioni dei Familiari dei pazienti*  
**Patrizia Spadin**

10.00 *Il ruolo delle Società Scientifiche*  
**Alessandro Pirani**

10.20 *Discussione*

### **Quinta Sessione**

#### **PROSPETTIVE FUTURE**

*Moderatrice: Paola Piscopo*

10.45 *Lo scenario dei nuovi farmaci*  
**Stefano Govoni**

11.10 *Lo studio Interceptor: il Piano Statistico di Analisi*  
**Flavia Lombardo**

11.30 *La ricerca negli approcci psico-educazionali, cognitivi e psicosociali*  
**Rabih Chattat**

11.50 *Il programma ICOPE dell'OMS*  
**Matteo Cesari**



- 12.10 *La nuova organizzazione dei servizi sanitari*  
**Camillo Marra**
- 12.30 *La sfida della residenzialità*  
**Antonio Guaita**
- 12.50 Discussione
- 13.00 Pausa
- 14.00 *Il nuovo sito WEB dell'Osservatorio demenze*  
**Ilaria Bacigalupo**
- 14.15 *L'esperienza dell'Alzheimer Fest. Immagini, incontri e testimonianze*  
**Francesca di Mattia**

## **Sesta Sessione**

### **DISCUSSIONE POSTER**

*Moderatore:* **Guido Bellomo**

- 14.40 *Deprescrizione dei farmaci antipsicotici nella demenza: progetto presso la RSA del Distretto Pinerolese*  
**Carmelo Labate**
- 14.50 *Training di realtà virtuale non immersiva per la riabilitazione delle abilità strumentali di vita quotidiana in persone con disturbo neurocognitivo maggiore*  
**Donatella Gelardi**
- 15.00 *Progetto Valuecare, metodologia basata sui valori per l'assistenza integrata supportata da tecnologie di comunicazione informatica (ict): il Treviso pilot a favore delle persone con mild cognitive impairment*  
**Maurizio Gallucci**
- 15.10 *Demenza Network Survey-DNS-21. Indagine online sull'attività dei CDCD di Puglia e Basilicata. Mappatura dei servizi e degli strumenti utilizzati*  
**Daniele Romano**
- 15.20 *Acg® - adjusted clinical groups per l'analisi della popolazione affetta da demenza in provincia di Trento*  
**Alessandra Lombardi**

- 15.30 *Old dogs new tricks: dati normativi italiani aggiornati del rey auditory verbal learning test*  
**Monica Ricci**
- 15.40 *Influenze culturali sulla prestazione al clock drawing test: una revisione della letteratura*  
**Giorgia Maestri**
- 15.50 *Indagini neuropsicologiche nella sindrome post-COVID-19: una case-series di 15 pazienti con disturbo cognitivo soggettivo, sindrome fronto-temporale e mild cognitive impairment*  
**Massimiliano Ruggeri**
- 16.00 *Arte in casa - percorsi artistici individuali per anziani a domicilio*  
**Laura Biagioli**
- 16.10 *Lockdown e isolamento. Riorganizzazione delle attività online nei centri diurni alzheimer di Monza*  
**Silvia Mastroianni**
- 16.20 Discussione
- 17.30 Chiusura del convegno



## **NOTE PER LA CONSULTAZIONE**

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 14° Convegno “Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti”.

Alcuni, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale e sono indicati con la lettera “O”. Agli altri lavori è stato richiesto il poster e per una selezione di questi, quelli indicati con “PO”, è stata prevista una sessione all’interno del convegno per la presentazione orale del poster stesso.

Per comodità di consultazione gli abstract sono presentati in ordine alfabetico del primo autore.

Alla fine del lavoro è comunque incluso un indice di tutti gli autori di ogni singolo contributo.



**Riassunti**



## IL NUOVO SITO WEB DELL'OSSERVATORIO DEMENZE

Bacigalupo Ilaria (a), Salvi Emanuela (b), Palazzesi Ilaria (a), Bresin Martino (c), Lamanna Dominique (c), Ferrari Gianluca (c), Vanacore Nicola (a)

(a) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) Area Comunicazione e Informatica Srl, Roma

**Introduzione.** Il nuovo sito dell'Osservatorio Demenze nasce con l'esigenza di dover dare una risposta concreta ai diversi attori che ruotano intorno al fenomeno della demenza. Rappresenta una delle più grandi sfide di salute pubblica in Italia, si stima la presenza di circa un milione di persone con demenza e di tre milioni di familiari che vivono con loro. Appare evidente la necessità di comunicare in modo aggiornato e corretto le numerose informazioni di carattere sanitario e socio sanitario.

**Metodi.** La mappa *online* dei servizi rappresenta il legame tra il sito delle demenze presente all'interno dell'ISS e il nuovo sito esterno. La mappa viene automaticamente aggiornata attraverso le *survey*. I referenti dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, Centri Diurni e Residenze Sanitarie Assistenziali hanno l'accesso ad una area riservata per poter modificare i dati anagrafici e di contatto. Per garantire una navigazione più immediata sono state costruite differenti aree dedicate ai diversi *stakeholder* (professionisti socio-sanitari; caregiver, pazienti, familiari). Per garantire una informazione corretta, che si avvalga delle fonti originarie, è stata sviluppata un'area dedicata ai professionisti della comunicazione. Mediante l'analisi di documenti di organismi nazionali e internazionali sono stati aggiornati i contenuti di politica sanitaria e socio-sanitaria. Sono inoltre stati raccolti materiali divulgativi e informativi come video, libri e documentari per i pazienti e per i caregiver.

**Risultati.** La veste grafica è stata rinnovata con un'interfaccia moderna, intuitiva, dinamica, è stata inoltre garantita la facilità di navigazione da pc, mobile e tablet. La nuova mappa *on line* dei servizi viene costantemente aggiornata ed è possibile oltre che visualizzare la distribuzione dei centri sul territorio nazionale, effettuare ricerche su filtri prestabiliti per tipologia, regione, provincia. È presente un approfondimento sulla normativa regionale e nazionale sul tema delle demenze e sul recepimento del Piano Nazionale delle Demenze. È stato dato ampio spazio al contesto internazionale sia in termini di progetti di ricerca sia con documenti di sanità pubblica. Sono disponibili sezioni specifiche per i diversi *stakeholder* al fine di garantire una navigazione maggiormente comprensibile e più utile in base alle diverse necessità.

**Conclusioni.** Il *restyling* del nuovo sito web dell'Osservatorio Demenze non tocca solo la veste grafica, ma anche la sua struttura, che si amplia di nuove categorie e contenuti, e diventa un prezioso strumento di comunicazione per tutti coloro che vogliono conoscere e approfondire le tematiche legate alla demenza. Il nuovo sito web di Osservatorio Demenze propone nuove sezioni e una navigazione mirata ai diversi *stakeholder* permettendo un dialogo più efficace ed aggiornato.



## **MIGRANTI E DEMENZA: IL CONTRIBUTO DEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI**

Bargagli Anna Maria (a), Cascini Silvia (a), Marino Claudia (a), Calandrini Enrico (a), Davoli Marina (a), Angelici Laura (a), Vanacore Nicola (b), Canevelli Marco (b,c), Cova Ilaria (d), Remoli Giulia (b), Bacigalupo Ilaria (b), Salvi Emanuela (e), Maestri Giorgia (f), Nicotra Alessia (f), Valletta Martina (c), Ancidoni Antonio (b), Sciancalepore Francesco (b), Pomati Simone (d), Pantoni Leonardo (f), Agabiti Nera (a)

(a) *Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Roma*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Unità Operativa di Neurologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Sacco, Milano*

(e) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(f) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

**Introduzione.** La conoscenza delle caratteristiche e dei bisogni di salute della popolazione migrante con demenza costituisce una importante opportunità per l'attuazione di politiche sanitarie mirate ed efficienti. L'obiettivo di questa analisi, condotta nell'ambito del progetto IMMIDEM, è stato quello di identificare i migranti residenti ed assistiti nel Lazio affetti da demenza utilizzando un algoritmo basato sui dati dei Sistemi Informativi Sanitari (SIS) regionali.

**Metodi.** Le fonti dei dati per l'identificazione dei casi di demenza al 31/12/2018 sono state: a) sistema informativo ospedaliero, b) flusso delle prescrizioni farmaceutiche, c) archivio delle esenzioni. La definizione dello status di immigrato si è basata sul paese di nascita come registrato nell'Anagrafe assistiti. Per i residenti a Roma, sono state indagate le differenze nella definizione dello status di immigrato utilizzando come altra variabile la cittadinanza da Anagrafe comunale. La popolazione identificata è stata classificata in italiani, persone nate in Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e persone nate in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) sulla base della classificazione dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

**Risultati.** Sono state identificate 38.460 persone con demenza di età  $\geq 50$  anni, 37.280 (97%) nate in Italia, 337 (0,8%) nate in PSA e 843 (2,0%) in PFPM. La prevalenza della demenza è pari all'1,2% tra i nati in Italia, allo 0,6% tra coloro che sono nati in PSA e infine dello 0,3% tra i nati in PFPM. Si osserva una diversa distribuzione per genere ed età tra le tre popolazioni, con una maggiore proporzione di donne tra i nati in PSA e di persone di età compresa tra i 50 e i 74 anni tra quelli nati in PFPM. Non si evidenziano sostanziali differenze per quanto riguarda la presenza di comorbidità. Per quanto riguarda la coerenza tra lo status di immigrato basato sulla variabile cittadinanza dell'Anagrafe comunale e quello basato sul luogo di nascita da Anagrafe assistiti, si osserva che solo circa il 20% della popolazione con luogo di nascita estero risulta avere cittadinanza straniera.

**Conclusioni.** I SIS offrono la possibilità di individuare e caratterizzare i migranti residenti affetti da demenza. Occorre tenere presente che flussi amministrativi consentono di valutare solo la parte di popolazione migrante che accede ai servizi di assistenza. Il contributo dei SIS risulta comunque rilevante per il monitoraggio del fenomeno e la valutazione del consumo di risorse da parte di questi pazienti. Nel definire lo status migratorio, infine, occorre tenere presenti le differenze legate al tipo di fonte dei dati utilizzata.

## **PO ARTE IN CASA - PERCORSI ARTISTICI INDIVIDUALI PER ANZIANI A DOMICILIO**

Biagioli Laura, De Cecco Annalisa, Minelli Patrizia, Di Giacomo Sara  
*Diaconia Valdese Fiorentina, Firenze*

**Introduzione.** È un progetto ideato, realizzato e finanziato dalla Diaconia Valdese Fiorentina, con un contributo della Fondazione CR Firenze e il sostegno dei Consigli dei Quartieri 2 e 3 del Comune di Firenze. È nato da alcune considerazioni generali, in particolare circa il bisogno diffuso di socialità e progettualità nelle persone ultra sessantacinquenni, e l'incidenza negativa in termini di qualità di vita della solitudine e della mancanza di motivazioni personali, che con la pandemia si sono ulteriormente accentuate. Le due parole chiave del progetto sono state "casa" e "arte". Ai tempi del Coronavirus la casa ha riacquisito la sua essenza più primitiva, quella cioè di nido, di rifugio protetto, di luogo in cui il mondo esteriore con i suoi pericoli viene respinto oltre le mura domestiche. Però, dopo tanti mesi di isolamento e "reclusione a domicilio", di cui la popolazione anziana è stata la vittima più fragile, la "casa" è diventata sempre più stretta e monotona, configurandosi a volte come una vera e propria gabbia. Con la scelta di "arte" come seconda parola chiave, si è inteso evidenziarne l'importanza, la centralità ed il valore per l'individuo, sia come fruizione che come mezzo di espressione personale oltre che momento di condivisione collettiva, indipendentemente dall'età anagrafica.

**Metodi.** Il progetto, partito a marzo e conclusosi a giugno, si è articolato in 9 cicli di 7 laboratori gratuiti, svolti insieme a operatrici in tutta sicurezza presso il domicilio dei partecipanti. Obiettivi del progetto sono stati raccontare, creare, condividere e interagire anche in gruppo attraverso la modalità in remoto, sperimentando diversi linguaggi artistico espressivi (fotografia, mosaico creativo, poesia) e divertendosi a scoprire l'arte "presente" nella propria abitazione. Gli incontri online hanno visto la presenza di collaboratori esterni legati ai partners di progetto: il Museo dell'Opera del Duomo, l'Associazione culturale l'Immaginario e, attraverso essa, il Museo Horne e il Museo Casa Siviero, La Stanza dell'Attore, L'ARCI, La Piccola Farmacia Letteraria e l'artista Silvia Logi.

**Risultati.** Ogni ciclo ha coinvolto 4 anziani, per un totale di 36 partecipanti e 63 incontri.

**Conclusioni.** Il progetto si concluderà in autunno con una mostra delle opere realizzate dai partecipanti e un evento teatrale, a partire dai loro componimenti poetici.

## SINERGIA TRA INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Boiardi Roberta, Valcavi Luca, Lamecchi Lucia, Anceschi Elisa, Gesmundo Laura, Mazzone Daniela, Morotti Angela, Saccaggi Laura, Gualtieri Sonia  
*Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia*

**Introduzione.** Il Distretto di Castelnovo ne' Monti (Reggio Emilia) è il più ampio della Provincia, ha una bassa densità abitativa e la più alta percentuale di popolazione anziana. All'1-1-2020 gli abitanti sono 32.639 di cui 9.380 di età  $\geq 65$  anni; gli ultra 75enni sono 5.181. Il 42,5% dei nuclei familiari è costituito da una sola persona e si stima che questi aumenteranno del 6-8% nel 2035. Da novembre 2018 è in fase di implementazione sul territorio la strategia nazionale aree interne "La montagna del latte" di cui l'Azienda Unità Sanitaria Locale IRCCS di Reggio Emilia partecipa come partner con un progetto che vede l'attivazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) nei comuni del crinale appenninico, Villa Minozzo e Ventasso. L'aumento della speranza di vita, dei grandi anziani e delle malattie croniche, l'impoverimento delle reti familiari e di vicinato, l'affacciarsi di nuove povertà da una parte e le politiche di cura dei pazienti con patologia cronica il più a lungo possibile presso il domicilio dall'altra, rendono necessarie figure professionali sanitarie nuove sul territorio per intercettare rapidamente situazioni di fragilità. Tra queste c'è la demenza.

**Metodi.** L'IFeC attivo dalla primavera del 2019 deve avere un'attenzione particolare agli anziani e ai soggetti più fragili operando in stretto rapporto con i diversi attori già presenti sul territorio, Medici di Medicina Generale, Servizi Socio Assistenziali, famiglia, assistenti familiari, specialisti, servizio infermieristico domiciliare, volontariato. Sono state costruite e condivise specifiche Istruzioni Operative per la segnalazione di casi dal Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) all'IFeC e viceversa. Dal 1 aprile 2019 al 30 agosto 2021 sono state prese congiuntamente in carico 99 persone, 63 femmine di età compresa tra 56 e 98 anni e 36 maschi di età compresa tra 73 e 96 anni. *Clinical Dementia Rating* (CDR) alla presa in carico: 3 persone con CDR=0,5; 14 persone con CDR=1; 35 persone con CDR=2; 32 persone con CDR=3; 15 persone con CDR=4.

**Risultati.** La condivisione della storia clinica e dello stadio di malattia facilitano la predisposizione di obiettivi comuni di cura, di assistenza e di counseling per il caregiver. Grazie alla stretta sinergia dell'IFeC con i professionisti del CDCD del distretto (geriatra, infermiere e psicologo) non ci sono stati ricoveri ospedalieri per scompenso psico-comportamentale delle 99 persone in carico. Sono inoltre state condivise le premesse per organizzare nel dopo pandemia attività pomeridiane di socializzazione e psicosociali nelle diverse borgate con il sostegno di volontari.

**Conclusioni.** Andando a casa delle persone e non attendere che siano le persone a rivolgersi ad un servizio, l'IFeC ha l'opportunità di osservare i contesti di vita quotidiana: può individuare persone con sospetto decadimento cognitivo, può cogliere errori nella gestione delle terapie e delle finanze, trascuratezza nel governo della casa e nell'igiene

personale, difficoltà ad organizzare i pasti, alterazioni comportamentali, difficoltà di adattamento alla malattia neurodegenerativa, necessità di ausili. Scambi telefonici e periodici incontri di condivisione progettuale tra IFeC e professionisti del CDCD contribuiscono a migliorare l'assistenza domiciliare di persone seguite al CDCD.

# 📄 VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA INTERCULTURALE IN EUROPA: CONSORZIO EUROPEO DI NEUROPSICOLOGIA INTERCULTURALE (ECCRON)

Calia Clara

*European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology, ECCroN, Università di Edimburgo, Edimburgo, United Kingdom*

**Introduzione.** Negli ultimi decenni le società europee sono diventate sempre più diversificate. Questa diversità nella cultura, nell'istruzione e nella lingua ha un impatto significativo sulla valutazione neuropsicologica. Sebbene siano in corso diverse iniziative per superare queste barriere, come ad esempio nuove batterie di test validate, è necessaria una maggiore collaborazione nello sviluppo e nell'implementazione di test neuropsicologici, come nei domini della cognizione sociale e del linguaggio.

**Metodi.** Per colmare queste lacune nella valutazione neuropsicologica interculturale in Europa, nel 2019 è stato istituito il Consorzio europeo sulla neuropsicologia interculturale (*European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology - ECCroN*).

**Risultati.** ECCroN raccomanda di prendere in considerazione un'ampia gamma di variabili, come fattori linguistici, di alfabetizzazione, di istruzione, di informazioni di migrazione, acculturazione e altri fattori culturali. ECCroN non supporta le norme basate sui gruppi etnici come soluzione all'interpretazione delle differenze di gruppo sui test neuropsicologici e sostiene invece lo sviluppo, la convalida e la standardizzazione di test più ampiamente applicabili dal punto di vista interculturale.

**Conclusioni.** Infine, ECCron sostiene un miglioramento della formazione clinica dei neuropsicologi nella valutazione neuropsicologica culturalmente sensibile e lo sviluppo e l'implementazione di linee guida per la valutazione neuropsicologica mediata da interpreti in diverse popolazioni in Europa.

## **RISULTATI DELLA SURVEY DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE**

Canevelli Marco (a,b), Cova Ilaria (c), Remoli Giulia (b), Bacigalupo Ilaria (b), Salvi Emanuela (d), Maestri Giorgia (c), Nicotra Alessia (c), Valletta Martina (a), Ancidoni Antonio (b), Sciancalepore Francesco (b), Cascini Silvia (e), Bargagli Anna Maria (e), Pomati Simone (f), Pantoni Leonardo (g), Vanacore Nicola (b)

(a) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Unità Operativa di Neurologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Sacco, Milano*

(d) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Roma*

(f) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

(g) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

**Introduzione.** Il numero di persone anziane con una storia di migrazione internazionale sta aumentando in Italia e negli altri Paesi Europei. I bisogni di salute della popolazione migrante si stanno quindi modificando così come i fabbisogni assistenziali. In particolare, è stato stimato che un numero rilevante di migranti che vivono in Europa, circa 500.000, è affetto da demenza. Appare quindi fondamentale sviluppare modelli di cura e assistenza culturalmente sensibili che permettano di includere i migranti nella risposta di sanità pubblica alla demenza. Nel presente contributo vengono presentati i risultati di una *survey* nazionale dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) per esplorare la preparazione dei servizi a gestire questo fenomeno emergente.

**Metodi.** Tra dicembre 2020 e aprile 2021 è stato chiesto ai responsabili dei CDCD italiani di completare un questionario online per ottenere informazioni su: i) numero di migranti che si è rivolto ai CDCD nel corso del 2019; ii) principali problematiche incontrate nell'approccio diagnostico e nell'assistenza; iii) risorse disponibili nel fornire cura e supporto a questa popolazione.

**Risultati.** 343 dei 570 CDCD contattati hanno risposto alla *survey* (*response rate*: 60,2%). Più di 4.500 migranti hanno avuto accesso a questi servizi nel 2019 (mediana 5, *range* interquartile 1-15). Più di un terzo dei centri, soprattutto quelli del Nord e del Centro Italia, ha riscontrato un aumento delle visite e valutazioni rivolte a migranti nel corso degli ultimi 5 anni. Solo una piccola percentuale di CDCD ha riportato la disponibilità di materiale informativo sulla demenza tradotto in altre lingue e di test cognitivi cross-culturali, e la possibilità di attivare servizi di interpreti e mediatori culturali. Sulla base delle risposte fornite, le maggiori difficoltà nell'assistenza ai migranti con disturbi cognitivi sembrano derivare dalla comunicazione e formulazione della diagnosi e nel coinvolgimento della famiglia. Profonde differenze regionali sono state osservate anche sulle risorse disponibili nei servizi.

**Conclusioni.** La presente *survey* indica come i CDCD italiani non siano ancora sufficientemente preparati a fornire un'assistenza sensibile alle diversità culturali, come richiesto dai cambiamenti sociodemografici in atto. I risultati della *survey* consentiranno di orientare iniziative di sanità pubblica volte a ridurre le disuguaglianze, garantire i più alti standard di cura, e promuovere il benessere di tutte le persone con demenza che vivono in Italia, indipendentemente dal loro Paese di nascita.



## RESISTENZA IN CARTA, MATITA E MASCHERINA: ATTIVITÀ DI NEUROPSICOLOGIA E COVID-19

Castiglioni Stefania, Zuffi Marta, De Bernardi Roberta, Molina Federico, Pane Adelina  
*Istituto Ospedaliero MultiMedica, Castellanza, Varese*

**Introduzione.** Durante il primo *lockdown* abbiamo elaborato strategie operative per garantire la sicurezza dei pazienti evitando una prolungata discontinuità assistenziale.

**Metodi.** Indicatori di processo: rispondenza alle normative; sostenibilità delle procedure; incidenza di contagi tra operatori e utenti. Indicatori di esito: adesione dell'utenza.

**Fase I:** (12/03-10/05/2020): sospensione delle valutazioni neuropsicologiche e delle nuove prenotazioni. Tutti i pazienti prenotati sono stati contattati dallo psicologo.

**Fase II:** (11/05-29/08/2020): riprogrammazione e recupero visite in presenza, secondo indicazioni Regionali e Ministeriali e Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020, attraverso: individuazione di uno spazio unico ed accesso contingentato degli operatori, verifica telefonica da parte dello psicologo delle condizioni di urgenza o differimento della prestazione, applicazione delle procedure aziendali per l'accesso alla struttura. Revisione delle procedure di valutazione neuropsicologica: prolungamento dell'intervallo tra le visite; differimento del colloquio con il caregiver; plastificazione per sanificazione del materiale stimolo cartaceo (es. Test delle Matrici Progressive Colorate, *Free and Cued Selective Reminding Test*); isolamento del materiale cartaceo del paziente (es. Matrici attenzionali).

**Fase III:** (31/08/2020 ad interim): riprogrammazione strutturale delle valutazioni neuropsicologiche mantenendo l'ottimizzazione raggiunta.

**Risultati.** Sospese 75 valutazioni neuropsicologiche, recuperate entro 01/07/2020. Nessun operatore risultato positivo ai controlli di Sorveglianza Sanitaria. Due segnalazioni di pazienti positivi al COVID-19 (fonte del contagio esterna). Nel 2020 erogate nel complesso 462 valutazioni ambulatoriali con il Servizio Sanitario Nazionale (98% delle valutazioni del 2019).

**Conclusioni.** Nella prima fase emergenziale si è resa necessaria una sospensione delle attività neuropsicologiche. Il contatto telefonico si è rivelato uno spazio di ascolto rispetto alla percezione di isolamento e aggravamento, e supporto per le difficoltà emotivo-gestionali del periodo. L'ipotesi di valutazione neuropsicologica a distanza è stata esclusa per criticità tecniche della struttura e degli utenti, per necessità di erogare prestazioni secondo modalità accreditate (codici LEA), di garantire requisiti di *privacy* (piattaforme accreditate al momento indisponibili) e di utilizzare strumenti validati. La tempestività della ripresa delle attività è stata considerata elemento cruciale per limitare disservizi "a cascata". È infine nostra convinzione che la valutazione neuro-psicologica non si limiti alla somministrazione di test, ma che l'interazione e la comunicazione diretta ed empatica costituiscano elemento centrale per la comprensione del funzionamento cognitivo ed emotivo del paziente e per la relazione di aiuto di cui il neuropsicologo è parte integrante. La necessità di protezione e prevenzione è stata oggetto di particolare attenzione e di lavoro multidisciplinare. Stiamo seguendo le comunicazioni scientifiche sui lavori di validazione di strumenti neuropsicologici a distanza e valutando la possibilità di attivare piattaforme di telemedicina

## **CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE**

Cembrani Fabio

*Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

Sulla vaccinazione contro il COVID-19 si è sviluppato un ampio dibattito spesso circoscritto, sul piano etico e giuridico, alle rivendicazioni di chi si oppone all'obbligo vaccinale ed a quello della certificazione verde. Questo dibattito ha però spesso trascurato il valore della solidarietà e la protezione delle persone più fragili non ancora (i minori) o non più (gli anziani disabili) in grado di autodeterminarsi e di esprimere il loro consenso libero ed informato alla vaccinazione. A loro occorre responsabilmente pensare essendo doveroso farlo alla luce delle promettenti indicazioni fornite dalle norme approvate dal nostro Paese, sintetizzando le diverse indicazioni fornite dalle Società scientifiche (Associazione Italiana di Psicologia da un lato e SINDem-SIMG (Associazione autonoma aderente alla Società Italiana di Neurologia per le demenze - Società Italiana di Medicina Generale) e Società Italiana di Neurologia dall'altro) con l'obiettivo di trovare quei punti d'incontro necessari ad affrontare, con matura serietà, le tante questioni difficili poste dagli incapaci naturali. Anche per correggere le poco felici previsioni della legge n. 219/2017 che vanno meglio declinate relativamente agli incapaci perché gli incapaci naturali rappresentano una fascia non certo trascurabile della nostra popolazione e perché i tempi della giurisdizione non sono sempre sincroni e compatibili con quelli della cura.

## **PROGRAMMA ICOPE DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ**

Cesari Matteo

*Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi, Milano*

Nel 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato il *World Report on Ageing and Health*. Nel documento venivano presentato il concetto di *healthy ageing* (il processo di sviluppare e mantenere l'abilità funzionale che permette il benessere in età avanzata). In questo contesto, venivano anche introdotti il costrutto della *intrinsic capacity* (la somma di tutte le capacità fisiche e mentali dell'individuo) e della *functional ability* (gli attributi correlguaitaati alla salute che permettono alla persona di essere e compiere ciò che per essa ha valore). Il modello proposto rappresenta un importante cambiamento di rotta per i sistemi sanitari globalmente non disegnati per rispondere alle necessità della popolazione anziana (in aumento, sia in termini relativi che assoluti). La nuova visione si basa sulla valutazione delle funzioni dell'individuo (e non sulle sue malattie), sull'età biologica (e non anagrafica), sul *life-course approach* (e non su osservazioni trasversali) e sull'implementazione di interventi preventivi (e non reattivi). Necessariamente, tale evoluzione dei sistemi può avvenire soltanto attraverso un modo differente di approcciare alla persona. Tale modalità implica la multidimensionalità nel valutare le caratteristiche dell'individuo, la multidisciplinarietà per meglio esplorarne la complessità e l'integrazione dei servizi per fornire la necessaria continuità di cura. Tali concetti sono espressi nel programma *Integrated Care for Older People (ICOPE)*, pubblicato recentemente dall'OMS, oggetto della presente presentazione.

## RICERCA NEGLI APPROCCI PSICO-EDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI

Chattat Rabih

*Dipartimento di Psicologia, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi, Bologna*

Nell'ambito della demenza oltre alla dimensione fisica (biologica) emerge sempre di più l'importanza della dimensione psicologica (cognitive e affettiva), della dimensione sociale (relazioni interpersonali e reti sociali) e di quella ambientale (comunità e contesti di cura). Le recenti evidenze sottolineano che le dimensioni citate hanno un impatto nel modulare sia l'esordio della malattia (prevenzione) sia la progressione della perdita di abilità. La prospettiva psicosociale mette al centro non solo la persona con demenza ma include sia i familiari caregivers sia i professionisti della cura in quanto il livello di disabilità è il prodotto dell'interazione tra la persona, gli altri e il contesto. Di conseguenza gli interventi sono rivolti sia ai diversi attori sia integrando le dimensioni citate. In questa prospettiva le linee di ricerca attuale sono focalizzate sulla tematica dell'implementazione degli interventi psicosociali e sulla applicazione nella pratica clinica degli interventi, sulla definizione del ruolo delle tecnologie nei percorsi di cura, sulla definizione e operazionalizzazione del concetto di salute sociale. Un altro aspetto importante concerne la necessità di comprendere non solo le conseguenze psicosociali dei cambiamenti neurocognitive ma anche l'impatto degli interventi psicosociali sulle dimensioni neurocognitive implicate nell'insorgenza e nella progressione della malattia. In questa presentazione verranno presentati le recenti evidenze in tema e forniti elementi per l'applicazione nella pratica clinica degli interventi rivolti alle persone con demenza e ai familiari che ne prendono cura.

## **“VALIDA-MENTE” L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ NEL SERVIZIO DI DECLINO COGNITIVO E DEMENZE**

Chisin Gloria (a,b), Amatori Bruna (b), Bortolamei Sandra (c), Marcon Michela (d,e)

(a) *Infermiere di Famiglia e di Comunità, AULSS 8, Vicenza*

(b) *Unità Operativa Neurologia, Ospedale di Vicenza, AULSS 8 Berica, Vicenza*

(c) *Geriatra CDCD AULSS 8 Berica, Vicenza*

(d) *Responsabile CDCD AULSS 8 Berica, Vicenza*

(e) *Direttrice Unità Operativa Neurologia Arzignano, Vicenza*

**Introduzione.** Il Piano Nazionale sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per il Declino Cognitivo e le Demenze va a sottolineare la necessità di modelli di presa in carico che contemplino la multimorbilità, evidenziando la necessità di una presa in carico globale del paziente attraverso una medicina d’iniziativa. Per raggiungere tale scopo il PDTA prevede una integrazione tra Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), cure primarie e assistenti sociali, sottolineando l’importanza per gli utenti di punti di riferimento precisi ed operativi. L’obiettivo del progetto è quello di aggiornare l’applicazione del PDTA attraverso una proposta di implementazione della figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità nel CDCD, definito come il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell’area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.

**Metodi.** Attraverso un’analisi SWOT si sono analizzati i punti forti ed i punti deboli del Centro Declino Cognitivo e Demenze dell’AULSS 8 Berica Veneto, in relazione al nuovo PDTA Regionale 2019. Si è analizzato poi il numero di accessi al CDCD dal 2019 fino al primo semestre 2021 in relazione alle prestazioni richieste ed il numero di e-mail pervenute al servizio di CDCD in relazione a richieste di assistenza medica o infermieristica.

**Risultati.** L’analisi SWOT ha evidenziato una buona applicazione del PDTA a livello ambulatoriale da parte CDCD AULSS 8 Veneto, con delle carenze sul piano domiciliare in quanto non sono previste figure che si occupino di tale ambito. La figura del *Case Manager* Infermieristico, riesce ad assistere la famiglia nell’attivazione di servizi primari, ma non garantisce monitoraggio attivo, educazione terapeutica e supporto alle famiglie nella gestione del malato. I dati raccolti infatti evidenziano frequenti richieste di aiuto legate soprattutto a disturbi comportamentali delle persone affette da demenza, in quanto i familiari non riescono a gestirli. Si evidenzia quindi la necessità da parte dei familiari di un maggior supporto in ambito domiciliare.

**Conclusioni.** In risposta ai bisogni espressi e alla necessità di aggiornamento rispetto il PDTA, si propone la figura dell’Infermiere di famiglia e di Comunità, come responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità. Egli, essendo in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell’area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica, può diventare un valido membro dell’equipe multidisciplinare del servizio

di CDCD, grazie alle capacità tecnico-professionali, l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica tra famiglie e operatori sanitari. Si propone quindi l'implementazione di tale figura in particolar modo per quanto riguarda i disturbi comportamentali e le demenze giovanili, con lo scopo di garantire la corretta applicazione del PDTA e quindi una maggiore qualità assistenziale garantita alle famiglie.

## PAROLA CHE CURA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: METODO APPROCCIO RELAZIONALE E TERAPEUTICO ALLA PERSONA CON ALZHEIMER

Cimbelli Paola  
Consorzio Zenit, Firenze

**Introduzione.** Il metodo Approccio Relazionale e Terapeutico alla persona con Alzheimer (ARTeA) è un metodo relazionale elaborato al CDA "Stella del Colle", che valorizza la comunicazione verbale e non verbale della persona affetta da Declino Cognitivo (DC), accogliendo la persona in ambiente che favorisce la circolarità della comunicazione e delle relazioni, rispondendo al bisogno primario della persona di accedere ai contesti della Parola, permettendo di conferire un senso di integrazione personale e sociale al malato; disattivare i comportamenti problema, che sono anch'essi una comunicazione disfunzionale; di migliorare il tono dell'umore e sollevare da stati d'angoscia le persone con DC. Questo metodo è utile anche nel contesto familiare, per aiutare il caregiver familiare a relazionarsi in un modo più funzionale e meno stressogeno con il proprio caro.

**Metodi.** Il metodo ARTeA è un metodo relazionale integrato con altri metodi storici di riferimento (Cognitivo-comportamentale, *Validation*, Conversazionalismo, *Gentle Care*, ...) permettendo attraverso tecniche e strategie comunicative di sintonizzarsi sui bisogni delle persone con DC, di saperli recepire e soddisfare, stabilendo alleanza e conquistando la loro fiducia, riducendo i disturbi comportamentali, lavorando in sinergia tra le varie figure professionali.

**Risultati.** Le persone affette da DC di livello medio-grave, che hanno perso gran parte delle competenze verbali, attraverso anche una lettura delle motivazioni che portano a scatenare i disturbi del comportamento, quando vengono al nostro Centro riescono in circa una decina di giorni, a sviluppare buone capacità adattive, si attivano per partecipare ai gruppi di attività occupazionali ed espressive (possiamo presentare uno studio a tal proposito), migliorando il tono dell'umore e la loro partecipazione, si riducono in breve i disturbi comportamentali, si riduce l'uso dei farmaci neurolettici, che di per sé aggraverebbero il DC. Le famiglie sono più sollevate perché si riduce lo stress familiare, e sono più collaboranti.

**Conclusioni.** Tale metodo di lavoro in definitiva permette di abbattere gran parte dello stress professionale e il *burn-out*, in quanto gli operatori di assistenza e le altre figure professionali riescono meglio ad interagire con i malati e tra loro, migliorando il livello di comunicazione, il senso di appartenenza al servizio, di scambio e di collaborazione.

## **PO** DEPRESCRIZIONE DEI FARMACI ANTIPSICOTICI NELLA DEMENZA: PROGETTO PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE DEL DISTRETTO PINEROLESE

Ciuffoli Alessandro (a), Vannini Eleonora (a), Bonansea Alessandro (b), Labate Carmelo Roberto (a)

(a) *Struttura Complessa Neurologia, Ospedale Agnelli di Pinerolo, ASL TO 3, Pinerolo, Torino*

(b) *Struttura Complessa Psicologia, ASL TO 3 Regione Piemonte, Pinerolo, Torino*

**Introduzione.** Gli antipsicotici sono farmaci frequentemente prescritti per la gestione dei disturbi comportamentali in pazienti con demenza. La terapia antipsicotica dovrebbe essere prescritta alla più bassa dose efficace e per il più breve tempo richiesto e regolarmente rivalutata. Diverse esperienze dimostrano che la deprescrizione di farmaci psicotropi in questi pazienti è fattibile senza che siano segnalate significative manifestazioni astinenziali. La riduzione della terapia con antipsicotici deve essere graduale e richiede un attivo coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e di tutto il team di cura al fine di individualizzare il protocollo terapeutico e monitorizzare i progressi di ogni paziente. Viene descritto un progetto pilota di deprescrizione dei farmaci antipsicotici su pazienti ricoverati in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

**Metodi.** Il CDCD di Pinerolo contribuisce alla gestione terapeutica di circa 200 pazienti con diagnosi di demenza ricoverati in 15 RSA, in particolare sulla prescrizione di antipsicotici, mediante la stesura di Piani Terapeutici. Nel progetto pilota sono state coinvolte 2 RSA che attualmente hanno ricoverati 32 pazienti con demenza in terapia con antipsicotici. Con il personale delle strutture sono state concordate le varie strategie per l'attivazione del progetto. I pazienti inseriti progressivamente nel progetto di deprescrizione sono stati individuati collegialmente sulla base di alcune caratteristiche (insonnia quale indicazione principale, disturbi comportamentali stabili da almeno 3 mesi, storia di malattie cardiovascolari e politerapia con farmaci con interferenze con antipsicotici). Il protocollo prevede una riduzione del 25-50% della dose ogni 1-2 settimane. Dopo l'inizio della riduzione posologica è previsto un attento monitoraggio della ricorrenza dei sintomi e di altri *outcomes* negativi (riduzione della qualità di vita o aumento di altri disturbi comportamentali). In caso di ricomparsa della sintomatologia viene valutata terapia farmacologica alternativa o reimpostata la terapia con un monitoraggio ed una rivalutazione per le successive 12 settimane. Se la terapia farmacologica viene reimpostata questa viene somministrata alla posologia più bassa efficace. Un nuovo tentativo di deprescrizione verrà valutato nei successivi 3 mesi.

**Risultati.** Il progetto è appena stato avviato su 2 RSA (su 15), con l'obiettivo di coinvolgere successivamente tutte le strutture seguite. I benefici attesi sono il miglioramento dell'attenzione, del rischio di caduta e di eventuali sintomi extrapiramidali.



**Conclusioni.** Il progetto vuole incentivare la revisione periodica dei trattamenti antipsicotici nei pazienti con demenza ricoverati in RSA con l'obiettivo di creare una cultura di deprescrizione che possa essere allargata ad altre tipologie farmacologiche.

## IMPATTO INDIRETTO E IN TERMINI DI MORTALITÀ DELLA PANDEMIA DA COVID-19 NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI TOSCANE

Collini Francesca (a), Scardina Giuditta (b), Mazzilli Sara (b), Forni Silvia (a), Gemmi Fabrizio (a), Bonaccorsi Guglielmo (c), Privitera Gaetano Pierpaolo (b), Tavoschi Lara (b)

(a) Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze

(b) Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Pisa

(c) Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi, Firenze

**Introduzione.** Una categoria che si è dimostrata particolarmente vulnerabile al rischio di contrarre e sviluppare esiti gravi dal COVID-19, è quella degli anziani residenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Nonostante la *survey* specifica avviata dall'Istituto Superiore di Sanità, i dati relativi all'impatto diretto e indiretto della pandemia sulle RSA italiane sono scarsi. Tuttavia, una valutazione degli effetti indiretti della pandemia sulle RSA è indispensabile. L'obiettivo del nostro studio è quello di fornire una stima dell'impatto diretto e indiretto del COVID-19 nelle RSA toscane attraverso la valutazione dei tassi mensili di ricoveri ospedalieri e di mortalità complessiva tra i residenti in RSA nel 2020, e il confronto con quelli del periodo 2018-2019.

**Metodi.** Tramite il flusso amministrativo regionale AD/RSA è stato possibile risalire al numero dei residenti in RSA e a quello dei decessi. Il tasso di Ricoveri Ospedalieri (RO) totali e relativi al COVID-19 è stato ottenuto attraverso *linkage* con il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). La serie mensile del tasso di ricoveri così suddiviso e del tasso di mortalità nel 2020 è stata confrontata con quella dei due anni precedenti ed è stata calcolata la variazione percentuale totale e mensile.

**Risultati.** Il numero di residenti in RSA è diminuito notevolmente e in modo costante nel 2020 (11.974) rispetto alla media dei due anni precedenti, con una riduzione massima a dicembre (-29%). Il tasso di ricoveri totali si è ridotto lievemente nel 2020 (32,5%) (-8,2% rispetto al 2018/19). Tuttavia, suddividendo per motivo di ricovero, la riduzione dei ricoveri per cause non-COVID è più marcata (-21,9%), con ampie variazioni mensili (-33% e -43% a marzo e novembre 2020). In questi mesi la probabilità di essere ricoverati rispetto allo stesso periodo dei due anni precedenti è notevolmente ridotta (RR=0,66 e 0,57; 95%CI: 0,57-0,77; 0,48-0,68). I ricoveri per COVID sono stati in tutto 581 nel 2020 (4,9%), con una media mensile dello 0,6% e due picchi osservati ad aprile e novembre (1,86%; 1,82%). Il tasso di mortalità è aumentato del 31% (2018/19=18,6%; 2020=24,4%), con ampie variazioni mensili ed un massimo (+201%) a novembre 2020 (RR=3,01; 95%CI: 2,5-3,56). Nonostante ciò, la proporzione di decessi avvenuti in ospedale si è ridotta dal 79,1% del 2018/19 al 66,3% del 2020.

**Conclusioni.** Con la pandemia si è osservato un aumento notevole della mortalità tra i residenti delle RSA toscane. Tuttavia, dati relativi alla riduzione marcata dei ricoveri ospedalieri, soprattutto nei mesi caratterizzati da un alto tasso di ricoveri per COVID, suggeriscono una difficoltà nell'accesso alle cure in questa popolazione, probabilmente assistita in un contesto sanitario inadeguato.

## IMPATTO DI UN INTERVENTO *DEMENTIA-FRIENDLY* SUL PAZIENTE CON DEMENZA. ANALISI DELLO STUDIO IDENTITÀ

Colombo Giorgio Lorenzo (a), Govoni Stefano (b), Allegri Nicola (c), Rosi Alessia (d), Ciccarone Antonio (a)

- (a) *CEFAT - Centro di Economia e Valutazione del Farmaco e delle Tecnologie Sanitarie, Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Pavia*  
(b) *Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Pavia*  
(c) *Fondazione Mondino, Istituto Neurologico Nazionale IRCCS, Pavia*  
(d) *Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi, Pavia*

**Introduzione.** Le demenze costituiscono sempre più una priorità di salute pubblica ed il loro peso socio-economico è destinato ad aumentare. Tuttavia, le strutture ospedaliere e gli operatori sanitari presentano serie criticità nella gestione di questi pazienti. Una possibile soluzione passa attraverso interventi *dementia-friendly*, momenti di formazione per lo staff ospedaliero sulla gestione del paziente con demenza. L'obiettivo dello studio è stato analizzare gli effetti che un intervento *dementia-friendly*, effettuato presso l'Ospedale Civile di Vigevano (PV), all'interno del progetto "IDENTITÀ" (*Italian Dementia-friendly hospital trial*), ha determinato sia sulla qualità della degenza dei pazienti con demenza che sull'utilizzo di farmaci e di servizi.

**Metodi.** I dati sono stati raccolti in un periodo di undici mesi, tra ottobre 2018 e settembre 2019, attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione MMSE (*Mini-Mental State Examination*), MBI (*Modified Barthel Index*) e HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) e mediante le cartelle cliniche dei pazienti. Per l'analisi di farmacoutilizzazione si è fatto ricorso allo strumento delle DDD (*Defined Daily Dose*). Il campione (n=68), con MMSE compreso tra 16 e 24, è stato suddiviso in un gruppo di controllo (n=34), seguito da uno staff non ancora formato, ed in un gruppo d'intervento (n=34), seguito dallo staff che ha frequentato il corso *dementia-friendly*.

**Risultati.** Il gruppo d'intervento evidenzia una riduzione significativa della durata della degenza rispetto al gruppo di controllo, con rispettivamente 11,65 e 17,88 giorni di ricovero. Il gruppo d'intervento presenta miglioramenti significativi tra l'accesso e le dimissioni nei punteggi delle scale MBI (da 66,23±32,64 a 68,59±31,77) ed HADS-A (da 6,51±4,22 a 4,48±4,68). Non emergono miglioramenti significativi relativamente a MMSE (da 20,11±2,35 a 21,45±3,58) e HADS-D (da 8,44±6,14 a 7,58±5,39). Non risultano differenze significative nel consumo giornaliero di farmaci tra gruppo d'intervento e gruppo di controllo, caratterizzati rispettivamente da 14,91 DDD/die e 14,10 DDD/die.

**Conclusioni.** L'intervento *dementia-friendly* ha permesso di migliorare la qualità della degenza dei pazienti sotto vari aspetti, dall'autosufficienza alla riduzione dell'ansia. A ciò ha anche contribuito la drastica riduzione della durata del ricovero rispetto al gruppo di controllo, con la relativa riduzione di costi sanitari, oggetto di analisi tuttora in

corso. Tuttavia, restano aree in cui si può implementare l'intervento, come nel caso del consumo di farmaci. Per una gestione organica delle demenze è fondamentale anche il ruolo dei CDCD sia nell'alleviare il peso socio-economico delle demenze che nel contribuire a risparmi di spesa.

## RIABILITAZIONE LOGOPEDICA NELLE AFASIE PRIMARIE PROGRESSIVE

Costa Manuela (a), Rodighiero Cecilia (b), Sciacca Alessandra (b), Devetak Massimiliano (a), Amidei Stefano (a), Vaghi Luca (a), Monti Giulia (a), Simone Annamaria (a), De Pasqua Silvia (a), Fileccia Enrico (a), Santangelo Mario (a), Mazzoleni Luciano (b)

(a) *Struttura Complessa Neurologia Ospedale di Carpi, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena*

(b) *Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa Ospedale di Carpi, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena*

**Introduzione.** Le Afasie Primarie Progressive (APP) sono forme di demenza in cui il dominio cognitivo compromesso è il linguaggio. Se ne riconoscono tre forme: 1) logopenica; 2) agrammatica; 3) semantica. Non esistono terapie farmacologiche, ma è stata dimostrata l'efficacia della stimolazione logopedica nel controllare la progressione del fenomeno degenerativo. Nel nostro Ospedale non era presente un percorso specifico per questo tipo di riabilitazione pur esistendo l'esigenza. Si è strutturato un percorso per compensare questa carenza. Il progetto è stato presentato alle figure di Direzione sanitaria preposte ed è stato accolto. Si è iniziato ad applicarlo nei primi mesi del 2021.

**Metodi.** A seguito di visita ambulatoriale neurologica e/o specialistica viene segnalato il sospetto di APP e vengono coinvolti inizialmente il neurologo del Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze dell'Unità Operativa di Neurologia per la diagnosi e a seguire il Fisiatra, che valuta la condizione in rapporto all'aspetto operativo all'interno della propria struttura. I due professionisti stabiliscono se esistono le premesse per attivare una valutazione logopedica preliminare approfondita. Tale valutazione viene effettuata dal logopedista con il SAND (*Screening for Aphasia in NeuroDegeneration*). La valutazione identifica il tipo di APP, la gravità del disturbo e se vi può essere reale giovamento con la logopedia. Per ogni singolo paziente viene strutturato un programma riabilitativo personalizzato, che viene rivisto periodicamente insieme a Neurologo e Fisiatra per valutare il risultato riabilitativo, la collaborazione del paziente e del caregiver, e l'opportunità o meno di proseguire il trattamento e in che forma.

**Risultati.** Da inizio anno sono stati segnalati 6 pazienti, di cui 4 femmine e 2 maschi. L'età media è di 74,43 anni. La valutazione preliminare è stata fatta a tutti i pazienti. Ci sono 5 forme logopeniche ed 1 agrammatica. Per una paziente è stata esclusa la possibilità riabilitativa perché AD conclamato. Gli altri pazienti sono tutti in carico. A ciascun paziente sono assegnati compiti individuali da svolgere a casa con revisione periodica. La figura del caregiver è presente e di supporto per 3 dei pazienti logopenici e per la paziente agrammatica. Una paziente è stata già rivalutata dopo 6 mesi riscontrando una stabilità clinica dal punto di vista linguistico sebbene inizino a comparire modeste compromissioni di altri domini cognitivi.

**Conclusioni.** Affrontare all'inizio della malattia questa condizione, oltre a rallentare la progressione della neuro degenerazione, fornisce anche un punto di riferimento per il paziente ed il caregiver, compensando l'isolamento sociale e fornendo una valida arma contro il *burn-out* del caregiver.

## TEST NEUROPSICOLOGICI

Cova Ilaria (a), Canevelli Marco (b,c), Remoli Giulia (b), Bacigalupo Ilaria (b), Salvi Emanuela (d), Maestri Giorgia (a), Nicotra Alessia (a), Valletta Martina (c), Ancidoni Antonio (b), Cascini Silvia (e), Bargagli Anna Maria (e), Vanacore Nicola (b), Pomati Simone (a), Pantoni Leonardo (a,f)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Sacco, Milano*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Roma*

(f) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

**Introduzione.** Il fenomeno migratorio è in costante crescita in Italia: la nostra società è sempre più multietnica. All'interno del percorso di diagnosi di decadimento cognitivo si rende pertanto necessario verificare l'utilizzo di strumenti idonei per effettuare una valutazione neuropsicologica in soggetti con un retroterra linguistico e culturale differenti. All'interno di un'indagine condotta a livello nazionale che ha coinvolto tutti i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) abbiamo valutato la qualità della valutazione cognitiva effettuata ai pazienti migranti comprensiva della scelta dei test e delle misure adottate per ottemperare ad un adattamento culturale.

**Metodi.** Relativamente alla qualità delle valutazioni neuropsicologiche sono stati attribuiti a ciascun CDCD un punteggio, variabile da 1 a 3, per l'accuratezza adottata (0 = nessuna valutazione cognitiva; 1 = uso di soli strumenti di screening; 2 = uso di una batteria estesa neuropsicologica) e per la sensibilità culturale (0 = nessuna menzione di adattamento culturale; 1 = minimo adattamento culturale; 2 = sostanziale adattamento culturale). Un punteggio complessivo di qualità, variabile da 0 a 4, è stato ottenuto sommando i punteggi di accuratezza e di sensibilità culturale (0 = "bassa"; 1-2 = "sufficiente"; 3-4 = "buona").

**Risultati.** Nel 41,4% dei 343 CDCD che hanno risposto al questionario sono stati utilizzati esclusivamente strumenti di screening o di valutazione cognitiva globale (soprattutto *MiniMental State Examination* e *Montreal Cognitive Assessment*), nel 39,9% batterie neuropsicologiche complete, nel 18,7% non è stata effettuata alcuna valutazione cognitiva nei migranti afferenti. Solo in una minoranza di casi, la valutazione cognitiva è stata minimamente (14,9%) o sostanzialmente (2,3%) adattata al *background* culturale del migrante testato. Gli adattamenti più comuni sono stati il coinvolgimento di interpreti informali (ad esempio caregiver) o professionali, l'assistenza di un mediatore culturale o la scelta di test neuropsicologici non verbali (ad esempio le matrici progressive di Raven). Solo lo 0,1% dei CDCD ha adottato strumenti già validati in popolazioni multiculturali (ad esempio il *Cross-Cultural Dementia Screening* e la *Rowland Universal Dementia Assessment Scale*). La qualità complessiva della valutazione cognitiva fornita ai migranti è stata considerata "sufficiente" nel 68,2% dei casi. La proporzione di CDCD che offrono una

valutazione cognitiva di buona qualità ai migranti era più alta al Nord (17,4%) e al Centro (14,6%) rispetto al Sud (3,5%). Al contrario, la proporzione di strutture che offrivano una valutazione di bassa qualità era più alta nelle regioni del Sud (33,7%) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusioni.** I CDCD italiani non sembrano essere ancora adeguatamente preparati ad effettuare valutazioni neuropsicologiche sensibili alle diversità etniche.

## DEMENTIA E COVID: DALLA PANDEMIA ALLA SINDEMIA

Croci Luca  
*iSenior SpA, Torino*

**Introduzione.** Il report dell'Istituto Superiore di Sanità di luglio 2021 mostra che in Italia il 23,6% dei pazienti deceduti positivi al SARS-CoV2 in ospedale era affetto anche da demenza (il 34% degli over 80). Alcuni studi hanno misurato un rischio di contrarre il virus e una mortalità da COVID-19 più importanti nei pazienti con demenza rispetto alla popolazione generale - in relazione anche all'età e a un quadro clinico spesso complicato da altre patologie (oltre il 67% dei deceduti positivi in Italia dall'inizio dell'epidemia aveva 3 o più patologie). L'Organizzazione Mondiale della Sanità allertò subito circa gli effetti della malattia sulla salute mentale e identificò come particolarmente fragili le persone con demenza, nelle quali il confinamento può aggravare ansia, collera e agitazione (uno studio italiano ha evidenziato un peggioramento dei sintomi neuropsichiatrici nel 60% circa dei casi).

**Metodi.** Comorbidità complesse, manifestazioni atipiche della malattia da SARS-CoV2, difficoltà ad accedere a informazioni accurate, incapacità di comprendere le misure di contenimento e le precauzioni igienico-sanitarie unite alla mancanza delle risorse mnestiche per applicarle efficacemente sono tutte condizioni che rendono le persone con demenza particolarmente vulnerabili e più esposte al contagio. Il confinamento e l'isolamento, a casa o in strutture medico-assistenziali, costituiscono un fattore certo di aggravamento dei sintomi della demenza: difficile da attuare, la quarantena è per il paziente demente un'alterazione brusca del quadro di vita con conseguente accentuazione dello stress e dell'agitazione. La demenza impedisce una corretta descrizione dei sintomi ed è un fattore di criticità in caso di ricovero: ansia, confusione e delirio aumentano perché il paziente si trova in un ambiente sconosciuto, non sa prendere decisioni autonomamente né comunicare con gli operatori sanitari, ed è privato di qualsiasi contatto fisico o basato sulla mimica facciale.

**Risultati.** Gli effetti sono importanti anche sul sistema di assistenza per quanto riguarda sia il ruolo e la sicurezza dei caregiver, che possono sentirsi disarmati davanti all'acutizzarsi dei comportamenti disfunzionali, sia la tensione vissuta nelle strutture medico-assistenziali a seguito della drastica riduzione delle visite dei familiari, dell'aumento del rischio di incidenti e di un maggiore impiego di farmaci come risposta alle difficoltà ad applicare le misure di isolamento e contenimento.

**Conclusioni.** In una situazione che può definirsi ormai di sindemia, è importante attuare soluzioni a lungo termine per proteggere le persone con demenza attraverso l'accesso tempestivo alla vaccinazione (indipendentemente dall'età ed esteso anche ai caregiver), l'analisi dell'esperienza vissuta, e una riflessione generale sull'equilibrio tra salute e dignità del singolo e sicurezza della collettività.



## **PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO: LO PSICOLOGO NEI CDCD DEL VENETO**

De Biasi Francesca (a), Melendugno Andrea (b), Pradelli Samantha (c), Ruaro Cristina (d), Tessari Annalisa (e), Basso Cristina (f)

(a) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera, AULSS 1 Dolomiti, Belluno*

(b) *Opera della Provvidenza di Sant'Antoni, Centro Servizi Casa Madre Teresa di Calcutta, Sarameola di Rubano, Padova*

(c) *Neuropsicologia Clinica, Cure Primarie AULSS7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza*

(d) *UOC Psicologia Ospedaliera/Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedaliera, Padova*

(e) *Unità Operativa Complessa Neurologia, Ambulatorio CDCD, AULSS 3 Serenissima, Mirano, Venezia*

(f) *Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero, Padova*

**Introduzione.** I servizi rivolti alle persone con disturbo neurocognitivo richiedono un approccio multidisciplinare integrato bio-psico-sociale. A ciò si aggiunge la richiesta della persona di essere adeguatamente informata attraverso strumenti innovativi accessibili e di essere parte attiva in un'ottica di co-progettazione che può rendere i servizi più efficaci e modulati ai bisogni specifici.

**Metodi.** Nella visione multi/inter/transdisciplinare, le competenze dello psicologo/psicoterapeuta con formazione neuropsicologica sono trasversali a tutte le fasi del processo e il suo ruolo si presta a favorire e supportare l'intervento integrato. Nel presente lavoro vengono esplorate le attività dello psicologo all'interno di 54 ambulatori del Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) della Regione Veneto (dati relativi all'ultimo censimento regionale 09/2021) con particolare riferimento alle indicazioni presenti nel PDTA regionale (DGR 570 del 09/05/2019). Abbiamo inoltre sfruttato le potenzialità del sito regionale "Una Mappa per le demenze" per condividere e valorizzare le competenze dello psicologo secondo l'approccio interdisciplinare partecipato (<https://demenze.regione.veneto.it/io-sono/psicologo>).

**Risultati.** In tutti i CDCD del Veneto valutati risulta presente almeno uno psicologo. Le sue attività presso i CDCD sono molteplici:

- contribuisce alla formulazione della diagnosi (valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica);
- collabora alla definizione degli obiettivi di cura (farmacologici e psicosociali) attraverso valutazione delle risorse della persona e della famiglia;
- sostiene la costruzione dell'alleanza terapeutica fornendo supporto per le scelte assistenziali e di tutela bioetica;
- offre interventi per favorire il *coping* e la salute psicologica prevenendo o riducendo la comparsa dei disturbi cognitivo-comportamentali, attraverso interventi

psicosociali rivolti alla persona e al familiare, migliorandone il benessere psicologico, la qualità di vita, la *compliance* alle cure.

In base alla diversa "attitudine" del CDCD e alle ore a disposizione dello psicologo, emerge che alcune attività vengono privilegiate rispetto ad altre, ma in tutti i casi, grazie alle sue peculiari competenze, lo psicologo rileva bisogni e partecipa allo sviluppo di progetti personalizzati favorendo la comunicazione e la collaborazione efficace tra operatori, familiari, utenti. La Mappa esplicitando le competenze dello psicologo e degli altri professionisti della rete, promuove l'interdisciplinarietà per la risoluzione di problemi complessi, favorendo appropriatezza attraverso l'applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale regionale.

**Conclusioni.** Il presente lavoro ha rilevato le attività dello psicologo operante nei CDCD della Regione Veneto in tutti gli step del percorso di diagnosi e cura del disturbo neurocognitivo, evidenziando una distribuzione disomogenea in termini di ore. Una congrua disponibilità oraria degli psicologi nei diversi CDCD e una adeguata formazione neuropsicologica potranno garantire maggiore omogeneità e specificità dei servizi offerti alla persona e alla sua famiglia.

## IMMIDEM.IT UNA NUOVALENTE SULLE DEMENZE IL SITO DEL PROGETTO IMMIDEM

Di Blasio Norina Wendy (a,b), Visco Caterina (a), Bargagli Anna Maria (c), Cova Ilaria (d), Maestri Giorgia (d), Nicotra Alessia (d), Pomati Simone (d), Remoli Giulia (e), Vanacore Nicola (e), Canevelli Marco (e,f)

(a) *Il Pensiero Scientifico Editore, Roma*

(b) *Think2it, Roma*

(c) *Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Roma*

(d) *Unità Operativa di Neurologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Sacco, Milano*

(e) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(f) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

**Introduzione.** *Immidem, Dementia in immigrants and ethnic minorities: clinical-epidemiological aspects and public health perspectives* è il primo progetto dedicato a caratterizzare la questione dei disturbi cognitivi nella popolazione migrante in Italia. Il progetto vuole studiare e descrivere il fenomeno della demenza nella popolazione migrante, stimandone la prevalenza, esplorare l'offerta di assistenza sanitaria verso questo segmento di popolazione e identificare e promuovere percorsi sanitari e buone pratiche che tengano conto della diversità culturale. Per restituire ai diversi target coinvolti i risultati via via raggiunti dal progetto è stato disegnato e realizzato un sito web con sezioni dedicate a ciascuno *stakeholder*. Il sito si propone come risorsa per favorire l'attuazione di politiche socio-sanitarie adeguate per la presa in carico e la gestione del fenomeno della demenza nei migranti e nelle minoranze etniche.

**Metodi.** Per raggiungere questo obiettivo un team di esperti di comunicazione e divulgazione scientifica lavora, in sinergia con i ricercatori coinvolti, alla scelta e alla realizzazione di specifici format di comunicazione (approfondimenti testuali, video interviste, grafici, database pubblicazioni, guide pratiche, ecc.) rivolti ai diversi *stakeholder* (pazienti e familiari/caregiver, operatori sanitari, decisori e ricercatori). Il tema della demenza nella popolazione di migranti è inquadrato in una prospettiva di sanità pubblica e globale, con l'obiettivo di offrire strumenti pratici, tarati sui diversi target, dati epidemiologici e uno spazio di riflessione e confronto tra le diverse figure coinvolte.

**Risultati.** Il sito propone uno spazio istituzionale di presentazione del progetto di ricerca (area Il progetto) e uno spazio trasversale di informazione sulle tematiche al centro della riflessione portata avanti dall'Immidem Study Group (area Tematiche). Mira ad offrire una fotografia dello stato attuale dei percorsi di cura e delle buone pratiche per la presa in carico del paziente migrante con disturbo cognitivo (area Risorse) con informazioni (video, infografiche, pubblicazioni, ecc.) rivolte ai ricercatori e ai decisori politici utili a esplorare e quantificare il fenomeno, pianificare i servizi, allocare risorse socio sanitarie, attuare good-practice. Fornisce, infine, informazioni utili a facilitare al paziente, al caregiver, alla sua famiglia o comunità l'accesso ai percorsi di cura (per i pazienti).

**Conclusioni.** Il sito aspira a diventare un punto di riferimento per la gestione di questo fenomeno, proponendo strumenti e materiale informativo/divulgativo ai pazienti e ai loro caregiver; offrendo uno spazio di riflessione e scambio con operatori e ricercatori; creando e rafforzano la collaborazione con la rete internazionale di ricerca che favorisca un approccio culturalmente informato e guidato.

## **📄 GESTIONE DEI PAZIENTI CON DEMENZA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO DURANTE IL LOCKDOWN. LA NOSTRA ESPERIENZA**

Di Giacomo Raffaella (a), Gentilini Maria Adalgisa (b), Scottini Morena (c), Giometto Bruno (a), Sanfelici Cristina (c), Leonardi Francesca (c), Fatturini Sara (c), Re Filippo (b), Fasanelli Andrea (d)

(a) *Unità Operativa Neurologia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

(b) *Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento*

(c) *Servizio Infermieristica del Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

(d) *Unità Operativa Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento*

**Introduzione.** Durante il primo e il secondo *lockdown* del 2020 alcuni medici ed infermieri degli ambulatori CDCD, non impegnati nell'emergenza, si sono resi disponibili ad essere contattati telefonicamente dai caregiver dei pazienti affetti da demenza e scompenso psichiatrico. Nella maggior parte dei casi i pazienti non erano noti agli operatori sanitari.

**Metodi.** Nei mesi di luglio-agosto 2021 abbiamo somministrato a 46 caregiver un questionario di gradimento in merito a questo tipo di gestione in telemedicina. Abbiamo utilizzato l'analisi di regressione logistica per correlare le loro risposte, la presenza di una sindrome da Burnout, le caratteristiche cliniche dei loro assistiti e l'eventuale riduzione del numero di accessi al Pronto Soccorso (PS) dovuti alla presenza di gravi sintomi psichiatrici dopo la presa in carico.

**Risultati.** I caregiver erano prevalentemente donne (82,2%): il 71,1% con età compresa nella fascia 40-59 anni, il 22,2% nella fascia 60-79; il 6,7% con più di 80 anni. Nel 46,7% dei casi si trattava dei coniugi, nel 44,4% dei figli e nel 18,9% di un altro parente/badante. Il 53,3% era pensionato/casalinga/disoccupato. Nel 77,8% dei casi c'era stata una convivenza con il paziente durante la pandemia. Il 33,3% ha sofferto di sindrome da Burnout. In media avevano effettuato 3,8 telefonate al centro durante ogni *lockdown*. Il 91,3% è stato molto soddisfatto della presa in carico da parte degli operatori. L'89,1% ha gradito molto la gestione tramite video/telefonata. L'80,4% degli intervistati, appartenenti, sorprendentemente, alla categoria dei giovani e lavoratori, è stato a favore di un ritorno alle visite in presenza ( $p=0,053$ ). Il numero di accessi al PS a causa di sintomi psichiatrici acuti non è purtroppo diminuito nel 2020 rispetto al 2019. Il rischio di ricorrere al PS per scompenso psichiatrico era correlato positivamente alla presenza di sindrome da Burnout del caregiver ( $p=0,0489$ ), indipendentemente dalla sua età, dal livello di istruzione e condizione occupazionale e, stranamente, indipendentemente anche dalla gravità della demenza del paziente e dalla presa in carico da parte dei servizi territoriali.

**Conclusioni.** Sebbene il nostro studio sia limitato dalla bassa numerosità del campione, i dati raccolti possono essere considerati utili per una futura strategia di pianificazione sanitaria che possa contemplare il potenziamento delle risorse per aumentare il numero delle visite in presenza e favorire un efficace intervento che migliori la "resilienza" dei caregiver.

## **ESPERIENZA DELL'ALZHEIMER FEST: IMMAGINI, INCONTRI, TESTIMONIANZE**

di Mattia Francesca  
*Socio fondatore Alzheimer Fest, Milano*

L'Alzheimer Fest è un'associazione no profit, fondata nel 2017 da un gruppo di persone che per esperienza umana e professionale hanno a che fare ogni giorno con l'Alzheimer e la demenza. L'idea è nata dal giornalista Michele Farina, che ne è il presidente. Il Vicepresidente è il Prof. Marco Trabucchi, presidente dell'AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatria). La base è a Milano, ma i soci e i partecipanti provengono da tutta Italia. Sono persone affette da demenza, ma anche familiari, terapisti, badanti, giornalisti, ricercatori, altre associazioni. E operatori e medici “senza camici”, pronti ad ascoltare e a mettere a disposizione competenze e conoscenze a chi ne ha bisogno. Il Corriere della Sera è il media partner, e l'AIP è il partner scientifico. L'obiettivo dell'Alzheimer Fest è riunire persone che possano condividere esperienze, risorse, saperi, e creare uno scambio anche nella lunga durata. È una festa aperta a tutti, per incontrarsi, essere sé stessi, non sentirsi soli nelle difficoltà. Ciascuno è protagonista delle attività proposte ogni anno, di cui fanno parte integrante la musica, l'arte, il teatro, il cinema, l'attività fisica, in piedi o in carrozzina. E vi sono momenti di confronto su temi cruciali, come l'assistenza, il sostegno ai familiari, la situazione dei Centri diurni e delle Rsa. Ma l'evento è anche per chi vuole semplicemente stare insieme, per alleggerire il carico di sofferenza e fatica. L'Alzheimer Fest è “itinerante”: quest'anno, dal 10 al 12 settembre, ha avuto luogo la quinta edizione, a Cesenatico. Le precedenti si sono svolte a Gvirate, Levico Terme, Treviso e Orvieto. Ogni anno i soci propongono un tema, che si articola nelle varie iniziative contenute nel programma. Nel 2021 è stato “Inimitabili”, per riscoprire l'unicità di ogni persona anche nella fragilità. Gli organizzatori e i volontari fanno sì che numerosi incontri vengano trasmessi in diretta sulla pagina Facebook, in modo che siano visibili anche da chi non può partecipare fisicamente; il materiale video e fotografico resta poi disponibile tutto l'anno. Durante la pandemia l'Alzheimer Fest ha avuto una valenza ancora più preziosa: costruire un ponte tra chi ha sofferto la distanza da un proprio caro, sia come familiare che come ospite di RSA, e creare occasioni di confronto su strategie d'intervento che possano migliorare le varie criticità già presenti prima del Coronavirus, e potenziare le nuove esperienze acquisite sul campo. Sono state realizzate numerose iniziative, tra cui:

- la mostra itinerante “Chi non c'è, c'è”, dedicata alle persone nelle case di cura al tempo del Coronavirus. Dodici grandi fotografi italiani hanno viaggiato per cogliere i volti e le storie di 35 comunità: residenti e operatori insieme, in un abbraccio che comprende anche quanti se ne sono andati;
- incontri in cui sono state presentate le “Memorie del *lockdown*”, testimonianze di emozioni e problematiche scritte e raccontate da familiari, operatori sanitari, volontari; iniziativa che quest'anno ha avuto il titolo “Un raccolto di voci”, alla luce delle progressive riaperture in cui anziani e familiari hanno potuto riabbracciarsi.

Sito Internet: [www.alzheimerfest.it](http://www.alzheimerfest.it)

## **PROGETTO WE CARE: DALLA VISIONE PARZIALE ALLA VISIONE GLOBALE DEL PAZIENTE NEL CDCD TERRITORIALE**

Falanga Angelamaria, Montalto Federica, Avolio Maria Nunzia, Fasoli Dario  
*Centro Territoriale Disturbi Cognitivi e Demenze, Santa Maria della Pietà, ASL RMI, Roma*

**Introduzione.** Il nostro Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) come tutti gli ambulatori è rimasto chiuso da marzo a giugno 2020. Alla riapertura dopo il *lockdown* siamo venuti a contatto con drammatiche esperienze di solitudine e sofferenza dei familiari dei pazienti. Nel contempo il team del CDCD, composto da Medici specialisti e Assistente sociale, si era arricchito della presenza di infermiere, educatrice professionale e psicologa, provenienti dai Centri Diurni Alzheimer (CDA) a loro volta chiusi fino a luglio 2021. Questi apporti ci hanno permesso di allargare l'orizzonte dei nostri interventi, passando dalla valutazione del paziente all'analisi domiciliare del loro contesto di vita, utilizzando il modello BioPsicoSociale. Abbiamo definito questo approccio "Progetto *We Care*".

**Metodi.** Il team ha costruito una Scheda di Osservazione Domiciliare, con la quale raccogliere dati e notizie circa le caratteristiche del paziente, la sua storia, l'ambiente, le modalità di relazione, le situazioni scatenanti di eventuali *Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia* (BPSD). A partire da questi dati veniva elaborato un Progetto Assistenziale Individuale (PAI), costruito su 3 dimensioni integrate: utente, conviventi, supporto sociale. Nell'ambito di queste 3 dimensioni venivano descritti gli obiettivi e gli interventi concreti sugli aspetti suscettibili di cambiamento. Solitamente gli incontri erano di 2 ore, 2-3 volte/settimana, con una verifica a 3-4 settimane.

**Risultati.** Da luglio 2020 a luglio 2021 abbiamo seguito 52 pazienti e relativi conviventi. L'alto numero di interventi effettuati in tutte le 3 dimensioni del PAI ci ha confermato la validità dell'intuizione iniziale di includere negli obiettivi il lavoro sulle criticità rilevate nel contesto ambientale e relazionale. Abbiamo considerato come Indicatori di risultato l'andamento dei BPSD tramite la *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) e le variazioni della qualità di vita dei familiari tramite la *Caregiver Burden Inventory* (CBI), risultate significativamente migliorate. A nostro parere la riduzione dei BPSD è conseguente al coinvolgimento dei pazienti in attività finalizzate e gratificanti, congiuntamente agli interventi psicoeducativi verso il caregiver. La diminuzione del carico assistenziale deriva sia dagli interventi psicologici, centrati spesso sull'accettazione della malattia, sia dagli interventi di stimolazione con l'utente che hanno permesso ai familiari di osservare direttamente le capacità funzionali ancora attivabili e riconsiderare i loro cari come persone in grado di assumere un ruolo nella vita domestica.

**Conclusioni.** I buoni risultati ottenuti ci convincono che questa modalità, che abbiamo potuto sperimentare grazie all'apporto "fortuito" delle figure professionali del CDA, dovrebbe essere l'approccio con cui attuare la presa in carico di tutti i pazienti che afferiscono ai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze territoriali. È evidente infatti che la complessità degli interventi necessita della disponibilità di diverse figure professionali, opportunamente competenti. Abbiamo intenzione di chiedere alla Direzione della ASL l'approvazione di questo progetto e

le indispensabili risorse professionali, per rendere sistemico il modello "*we care*" nell'ambito della rete assistenziale per le Demenze. Contiamo per questo sulle indicazioni del PNRR sull'organizzazione territoriale, che proprio la pandemia ha evidenziato come pilastro fondamentale di tutela dei pazienti più fragili.



## **PO** PROGETTO VALUECARE, METODOLOGIA BASATA SUI VALORI PER L'ASSISTENZA INTEGRATA SUPPORTATA DA TECNOLOGIE DI COMUNICAZIONE INFORMATICA (ICT): IL TREVISO PILOT A FAVORE DELLE PERSONE CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Gallucci Maurizio (a), Procaccini Elena (b), Macchione Stefania (c), Ceron Sara (c), Da Ronch Chiara (a), Da Dalt Roberto (d), Zanutto Oscar (c) a nome del *Project ValueCare Consortium*

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso*

(b) *Controllo di Gestione, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso*

(c) *Istituto per Servizi di Ricovero ed Assistenza agli Anziani, Treviso*

(d) *Servizio per l'Informatica, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso*

**Introduzione.** L'invecchiamento sano e attivo e l'autonomia degli anziani sono diventati fattori chiave in Europa. Numerose organizzazioni internazionali hanno sottolineato l'importanza dell'indipendenza, della partecipazione e dell'autonomia degli anziani per rimanere in salute, e per una migliore qualità di vita. *ValueCare* è un progetto europeo Horizon 2020 (<https://projectvaluecare.eu/>) che intende fornire cure sociosanitarie integrate e basate sui risultati a persone anziane che affrontano il decadimento cognitivo, la fragilità e la multi-cronicità al fine di migliorare la loro qualità della vita e quella dei loro familiari, così come la sostenibilità dei sistemi socio-sanitari in Europa. Il modello di cura “*value based*” intende co-definire le scelte assistenziali sulla base di ciò che conta per i fruitori dei servizi cioè per i pazienti. L'approccio “*value based*” consiste nella condivisione delle decisioni con il fruitore dei servizi. Il Progetto Valuecare coinvolge 18 Enti partner ai quali corrispondono sette *Pilot Site* (Atene, Coimbra, Cork/Kerry, Rijeka, Rotterdam, Treviso, Valencia).

**Metodi.** Il progetto, iniziato nel novembre 2019, utilizzando la metodologia “*value based*”, ha individuato “ciò che conta” per i fruitori di servizi, attraverso attività di “*co-design*” condotte insieme a pazienti, familiari, professionisti e altri *stakeholder*. Il progetto è supportato da soluzioni digitali quali applicazioni per smartphone e tecnologia “indossabile”, sviluppate dai partner di progetto e adattate alle esigenze di pazienti e dei loro familiari. Le applicazioni informatiche consentono il monitoraggio continuo (*virtual coach*) dei pazienti aderenti al progetto. I sette centri pilota arruolano pazienti ultrasessantacinquenni con tipologie diverse da centro a centro: pazienti con fragilità, con *Mild Cognitive Impairment* (MCI), con patologie cardiovascolari, con diabete mellito. In particolare il Pilot Treviso arruola soggetti con MCI in virtù di varie progettualità portate a termine nell'ambito delle demenze, della prevenzione e degli anziani. Il progetto prevede anche gruppi di controllo cioè pazienti trattati con le consuete metodologie classiche di cura e assistenza.

**Risultati.** Il progetto *ValueCare* è in corso di svolgimento. I risultati attesi sono migliorare l'esperienza delle persone anziane attraverso soluzioni digitali innovative, migliorare la soddisfazione delle equipe multidisciplinari di cura, utilizzare le risorse in

modo più efficiente attraverso un più efficace coordinamento, raggiungere sempre migliori standard di qualità di vita delle persone anziane.

**Conclusioni.** Il progetto europeo *ValueCare* si pone come una opportunità di cambiare il modo di pensare la cura e l'assistenza agli anziani attraverso una metodologia innovativa ed inclusiva dove le scelte operative sono condivise con i fruitori dei servizi. Tale approccio rende partecipi e responsabili gli utenti migliorando l'efficacia degli interventi socio sanitari.

## INDAGINE SUI SINTOMI DA STRESS POST EMERGENZA COVID-19

Garbo Paola

*Azienda Speciale Don Moschetta, Caorle, Venezia*

**Introduzione.** A seguito dell'esperienza vissuta dal personale durante la pandemia COVID-19, e in particolare nel periodo immediatamente successivo alla risoluzione di un focolaio interno alla Casa di Riposo, si è ritenuto opportuno valutare l'impatto dell'evento traumatico sul personale impegnato.

**Metodi.** Somministrazione di un questionario anonimo proposto a tutto il personale socio sanitario presente in struttura. Le domande sono state tratte da due strumenti standardizzati finalizzati ad indagini sullo stress post traumatico e quindi costruiti sui criteri diagnostici del DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Sono stati raccolti 44 questionari. Gli esiti della ricerca non hanno alcun fine diagnostico ma servono esclusivamente per un'analisi del contesto e proporre interventi utili e adeguati a sostegno del personale della struttura.

**Risultati.** Il primo dato che emerge è la tutela percepita dal personale impegnato offerta dai Dispositivi di Protezione Individuale: la quasi totalità del personale riferisce di sentirsi protetto dagli strumenti forniti dall'azienda. Emerge come siano i sintomi di iperattivazione quelli maggiormente presenti nel campione: irritabilità e allerta sono dichiarati in gran parte dei questionari raccolti con valori da "qualche volta" a "sempre" (complessivamente 81,5%) e spesso, ai colloqui informali, interpretati come stanchezza fisica e/o preoccupazione per gli ospiti o altri congiunti, sinonimo di difese di tipo proiettivo, coerenti con il *Post Traumatic Stress Disorder*. Percentuali simili si riscontrano per i sintomi di evitamento (52%) e intrusivi (51%) riferiti come tentativi di non parlare di quanto accaduto o non ricercare notizie/informazioni sul tema poiché considerate disturbanti.

**Conclusioni.** Il personale socio sanitario esposto alla gestione della pandemia e del focolaio interno ha dovuto fronteggiare una situazione altamente stressante. I risultati dell'indagine hanno evidenziato le aree di criticità emotiva e psicologica a cui l'ente ha cercato di offrire risposte con supporto psicologico con il personale interno e, nei mesi successivi, con percorsi formativi mirati.

## COMUNI-CARE CON IL NOSTRO CARO: GRUPPO DI SOSTEGNO PER I CAREGIVER DEI MALATI DI DEMENZA

Gervasi Jessica (a), Eleuteri Stefano (b), Giordano Stefania (b)

(a) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Residenza Sanitaria Assistenziale Salus, Roma*

**Introduzione.** La demenza non colpisce solo la persona malata ma coinvolge profondamente la vita sociale, finanziaria e relazionale di tutto il nucleo familiare, impattando sul benessere psicologico. Spesso l'esperienza di cura è accompagnata da sentimenti di impotenza e di colpa rispetto la gestione del malato e della patologia dovuti anche alla scarsa conoscenza della diagnosi e dell'evoluzione della malattia compromettendo la relazione col proprio caro.

**Metodi.** Studio multicentrico con confronto pre-post trattamento di due gruppi di caregiver di pazienti affetti da demenza con MMSE<23, afferenti a due Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA Salus e RSA Villa Linda). La raccolta dati è avvenuta attraverso un colloquio telefonico durante il quale sono stati somministrati: *Caregiver Burden Inventory* (CBI); questionario *ad hoc* per la conoscenza della diagnosi di demenza e *Sense of Competence Questionnaire Short Version* (SSCQ). Il gruppo prevede cinque incontri, a cadenza settimanale, della durata di circa un'ora e mezza. L'obiettivo è quello di migliorare la relazione tra il malato e il caregiver attraverso la psicoeducazione che mira ad aumentare la consapevolezza dei familiari circa la natura della patologia e aiuta a individuare i mezzi per poterla fronteggiare. La lunga durata della malattia e la sua evoluzione pone i familiari ad adeguare costantemente il proprio atteggiamento e le proprie aspettative alle condizioni cliniche del malato.

**Risultati.** Il gruppo di caregiver (n=6) afferente a RSA Salus (RM) era composto prevalentemente da donne (84%) di cui l'80% erano figlie. L'età era compresa tra 36 e 67; età media 53 anni (DS 10,60). Il 67% del campione presentava un livello di istruzione al diploma di scuola superiore. Il 50% dei caregiver era lavoratore dipendente. Il gruppo di caregiver (n=7) afferente a RSA Villa Linda Nettuno (RM) era composto prevalentemente da donne (85%) di cui il 67% erano figlie. L'età era compresa tra 43 e 75; età media 55,57 (DS 11,37). Il 71% del campione presentava diploma di laurea. Il 43% dei caregiver era lavoratore dipendente mentre il 14% pensionato.

**Conclusioni.** Durante la relazione verranno mostrati i risultati del progetto che sarà portato avanti tra la fine di settembre e ottobre 2021. Il punteggio post-test delle stesse misurazioni sarà utilizzato per valutare l'efficacia dell'intervento.

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI DEL CAVO ORALE NEI PAZIENTI CON DEMENZA

Ghezzi Mario (a), Pomati Simone (b), Arighi Andrea (c), Pantoni Leonardo (d), Sparaco Antonella (a), Busa Alberto (e), Spadari Francesco (f,g)

(a) *Unità Operativa di Odontoiatria, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(b) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Unità Operativa di Neurologia, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(c) *Unità Operativa di Neurologia, Malattie Neurodegenerative, Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

(d) *Stroke and Dementia, Dipartimento Universitario di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

(e) *Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia, Fondazione Ca' Granda, Ospedale Policlinico, Milano*

(f) *Direttore Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, Università degli Studi, Milano*

(g) *Ambulatorio di Patologia e Medicina Orale, Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale e di Odontostomatologia, Fondazione Ca' Granda, Ospedale Policlinico, Milano*

**Introduzione.** Nella gestione del paziente con demenza le cure odontoiatriche sono spesso trascurate con il rischio di un peggioramento dello stato di nutrizione, della comparsa di dolore e agitazione (e conseguente abuso di farmaci antidolorifici e antipsicotici). Lo studio vuole esplorare la conoscenza e la percezione che il familiare/caregiver ha della salute orale del paziente.

**Metodi.** Un questionario realizzato *ad hoc* è stato somministrato ad un campione di familiari/caregivers di pazienti con demenza visitati consecutivamente presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze dell'Ospedale Sacco e del Policlinico di Milano, nella primavera 2019.

**Risultati.** Nel periodo in esame sono state raccolte informazioni su 97 pazienti. In oltre la metà dei casi (56,7%) l'ultima visita odontoiatrica risaliva a più di un anno dalla compilazione del questionario; per il 52,6% vi era un odontoiatra di riferimento, mentre nel 5,2% dei casi vi erano state difficoltà di accesso alle cure. Nella maggior parte dei casi vi era consapevolezza di problemi di deglutizione (95,9%), masticazione (91,8%) e della eventuale perdita di peso (95,9%), mentre in circa un quarto dei casi (24,7%) non si sapeva se il malato soffriva di dolore a livello della bocca. La maggioranza dei pazienti (91,7%) era in grado di lavarsi i denti. In seguito alla compilazione del questionario vi è stata una richiesta di visita in 13 casi (13,4%), soprattutto legata alla presenza di rottura di denti o protesi ( $\chi^2=19,5$ ,  $p<0,001$ ), gonfiore ( $\chi^2=14$ ,  $p<0,001$ ), o dolore ( $\chi^2=8,1$ ,  $p=0,043$ ); la difficoltà di accesso alle cure è risultata anch'essa un fattore importante ( $\chi^2=11,1$ ,  $p=0,004$ ).

**Conclusioni.** Il riconoscimento dei bisogni odontoiatrici del paziente con demenza può facilitarne l'accesso alle cure. Il nostro lavoro, che costituisce una fase preliminare per la

messa a punto di uno strumento più articolato, ha consentito di individuare alcune necessità su cui si è poi potuto intervenire in tempi rapidi. È emerso che effettivamente le cure odontoiatriche non sono percepite come una priorità, visto che in oltre la metà dei casi l'ultima valutazione specialistica risaliva a più di un anno prima; la salute del cavo orale passa infatti spesso in secondo piano rispetto all'impegno nella gestione assistenziale di queste persone. Abbiamo inoltre messo in evidenza come vi siano alcuni aspetti, come il dolore, su cui la percezione del familiare potrebbe avere una maggiore attenzione, con tutte le possibili ricadute (dall'agitazione, all'alimentazione, alla qualità di vita).

## EFFICACIA E SICUREZZA DEI VACCINI ANTI-COVID: DAI RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL AGLI STUDI POST-MARKETING

Goletti Delia

Unità Operativa Ricerca Traslazionale, Istituto Nazionale Malattie Infettive Spallanzani, Roma

**Introduzione.** I vaccini sono la principale misura di sanità pubblica per il contenimento della pandemia da Coronavirus 2019 (COVID-19). L'evidenza degli studi di registrazione e *post-marketing* sono numerosi. L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia e la sicurezza dei principali vaccini utilizzati.

**Metodi.** Sono stati valutati i lavori originali registrativi e *post-marketing* dei vari vaccini contro COVID-19 e le metanalisi a disposizione per valutarne l'efficacia e la sicurezza.

**Risultati.** Abbiamo eseguito un'analisi completa dei lavori sui vaccini COVID-19 in termini di sicurezza ed efficacia. Globalmente, si è rilevato che l'efficacia di tutti i vaccini superava il 70% e i vaccini a base di RNA mostravano la massima efficacia di 94,29%. Stratificando i risultati per origine e sesso si rilevava che i vaccini erano più efficaci nelle persone africane o afroamericane, giovani, di sesso maschile. Lo spettro delle reazioni avverse al vaccino (*Adverse Drug Reaction* - ADR) è estremamente ampio e le ADR più frequenti sono dolore, stanchezza e cefalea. La maggior parte delle ADR sono tollerabili e sono principalmente di grado 1 o 2 di gravità. Alcune ADR gravi sono state identificate (eventi tromboembolici, 21-75 casi per milione dosi; miocardite/pericardite, 2-3 casi per milione di dosi). La maggior parte delle ADR compaiono entro una settimana dalla somministrazione del vaccino.

**Conclusioni.** In sintesi, i vaccini sono uno strumento potente che può essere utilizzato per controllare la pandemia di COVID-19, con elevata efficacia e sicurezza. Inoltre, lo spettro delle ADR associate ai vaccini è ampio e la maggior parte delle reazioni compaiono entro una settimana, anche se alcune reazioni potrebbero essere ritardate.

## LOGOPEDIA E DISTURBO NEUROCOGNITIVO NELLA MAPPA WEB DELLA REGIONE VENETO

Gollin Donata (a), Simoni Marco (a), Dellai Angela (b), D’Incau Maria Grazia (c), Gaio Fabiola (d), Salvatori Andrea (e), Vallese Francesca (f), Gabelli Carlo (a), Basso Cristina (g)

(a) *Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedale Università degli Studi, Padova*

(b) *Unità Operativa Complessa Medicina Fisica e Riabilitazione, ULSS 6 Euganea, Conselve, Padova*

(c) *Casa Breda, AULSS 6 Unità Operativa Complessa Disabilità e non Autosufficienza, Padova*

(d) *Altavita Istituzioni Riunite di Assistenza, Padova*

(e) *Ser.S.A. s.r.l., Belluno*

(f) *Unità Operativa Complessa Medicina Fisica e Riabilitazione, ULSS 5 Polesana, Rovigo*

(g) *Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero, Padova*

**Introduzione.** Le difficoltà comunicativo-linguistiche si manifestano con modalità differenti in tutte le forme di disturbo neurocognitivo già nelle fasi iniziali. L’individuazione precoce ed il tempestivo trattamento del disturbo comunicativo-linguistico, garantiscono alla persona di rimanere il più a lungo possibile, attivamente inclusa nei diversi contesti sociali, migliorando la qualità di vita propria e di coloro che se ne prendono cura. Numerose evidenze riportano la presenza di barriere culturali che ostacolano l’invio o la presa in carico della persona al servizio di logopedia. Il presente lavoro riporta l’esperienza della Regione Veneto che dimostra l’importanza di realizzare strumenti comunicativi efficaci ed innovativi per promuovere e divulgare cultura al fine di orientare pazienti, familiari e professionisti al più appropriato percorso di cura.

**Metodi.** Nel 2019, a supporto del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale Regionale per le demenze è stato adottato lo strumento web: “Una mappa per le demenze” (<https://demenze.regione.veneto.it/>). La Mappa è un network dove pazienti, familiari e professionisti trovano informazioni aggiornate sui percorsi più appropriati di prevenzione, cura e continuità delle cure. Nel 2021, in collegamento con il tavolo regionale per le demenze e il declino cognitivo, è stato costituito un gruppo di lavoro permanente composto da logopedisti provenienti da diverse realtà professionali distribuite sul territorio. Il gruppo di lavoro sistematizza e rende fruibili, mediante la Mappa, informazioni teorico-pratiche riguardanti l’intervento del logopedista nelle diverse aree di competenza: ipoacusia, afasia, disturbi cognitivo-comunicativi, disfonia, disartria, disfagia. Per favorire la maggiore accessibilità ai contenuti, i logopedisti, esperti della comunicazione, scelgono e curano differenti modalità comunicative (testo, video, grafica).

**Risultati.** L’istituzione del gruppo di lavoro ha prodotto collaborazione, sinergia e consenso tra logopedisti che operano in contesti sanitari diversi (Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, Residenze Sanitarie Assistenziali, Medicina Riabilitativa) per identificare e uniformare i contenuti più utili agli utenti. Inoltre è stata promossa consapevolezza fra i professionisti della rete sulle potenzialità della valutazione e riabilitazione logopedica precoce nella persona con disturbo neurocognitivo e attivato un dialogo diretto con l’utenza



della Mappa (paziente, familiare, professionista). La pagina della Mappa “Io sono il logopedista” ha ricevuto l’attenzione della Federazione Nazionale degli Ordini che ha valorizzato il contributo come *best practice* innovativa in questo ambito.

**Conclusioni.** La Mappa è uno strumento innovativo e strategico per:

- promuovere cultura sul valore aggiunto dell’intervento logopedico;
- orientare costantemente pazienti, familiari e professionisti ai percorsi più appropriati di riabilitazione logopedica;
- connettere, ampliare, consolidare la rete dei professionisti;
- valorizzare il ruolo di ciascun professionista;
- consentire l’impiego di modalità comunicative studiate ad hoc per raggiungere ogni utenza.

## **VADEMECUM MULTILINGUE: INDICAZIONI E SPUNTI PER VIVERE ACCANTO ALLA PERSONA CON DEMENZA**

Caldini Giorgia (a), Mant Federica (a), Taufer Paola (a), Bagozzi Bruna (a), Garbari Deborah (a), Dalmonego Lorenzo (a), Gomiero Tiziano (a), Dori Renzo (a), Gilli Micaela (b), Lombardi Alessandra (c)

(a) *Associazione Alzheimer, Trento*

(b) *Servizio Politiche Sanitarie e per la non Autosufficienza, Provincia Autonoma di Trento, Trento*

(c) *CDCD, Unità Operativa Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento*

**Introduzione.** Il *Vademecum* nasce dalla volontà dell'Associazione Alzheimer Trento di far fronte ad una doppia sfida: quella di trovare percorsi di accompagnamento e di cura per le persone con demenza, che ne salvaguardino pienamente la dignità e ne valorizzino le capacità residue, ma anche quella di affiancare le famiglie che affrontano quotidianamente la fatica della convivenza con questa condizione. Nasce quindi per aiutare i familiari e grazie all'edizione del 2016, pubblicata in multilingue, si propone anche di facilitare il lavoro delle persone straniere occupate nelle attività di assistenza.

**Metodi.** Per sostenere il caregiver nel suo lavoro di cura e raggiungerlo con un linguaggio accessibile e corredato da semplici immagini, l'Associazione ha costruito uno strumento agile e schematico con le informazioni salienti. Grazie al coordinamento del tavolo Provinciale per le demenze e con la collaborazione del Centro informativo per l'immigrazione della Provincia di Trento (CInforMi), che ha condotto l'analisi dei dati demografici forniti dall'Agenzia del lavoro trentina, facendo particolare riferimento alle cittadinanze delle persone con un contratto di collaborazione domestica, sono state identificate le lingue in cui tradurre il documento e il numero delle copie da predisporre. È stato quindi articolato un piano di distribuzione del *Vademecum* sul territorio Provinciale, coinvolgendo le altre associazioni Alzheimer, gli sportelli di ascolto, i servizi sociali, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS).

**Risultati.** Il *Vademecum* è stato strutturato in tre sezioni: la prima per spiegare le principali manifestazioni cliniche della demenza, la seconda per descrivere le complicanze e le sfide ad esse correlate, la terza per illustrare i servizi disponibili sul territorio. Per promuoverlo sono state stampate circa 1.700 locandine, distribuite ad ambulatori dei medici di medicina generale, Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, ospedali, farmacie, biblioteche comunali, sedi dei patronati e dei sindacati, circoli anziani, parrocchie, sedi dell'Università per la terza età, strutture che erogano servizi residenziali e semiresidenziali per anziani di tutto il territorio provinciale. Sono state realizzate e distribuite più di 5.000 copie del *Vademecum* nelle diverse lingue: rumeno, ucraino, russo, spagnolo, francese, inglese e altrettante della nuova edizione italiana.

**Conclusioni.** Rendere fruibili informazioni e suggerimenti è un modo indispensabile per "aiutare chi aiuta", creare cultura nella materia, costruire competenze, aiutare a combattere lo stigma e offrire solidarietà. Il lavoro di rete tra associazioni, istituzioni provinciali e APSS si ritiene abbia dato un reale contributo in tale direzione.

## SCENARIO DEI NUOVI FARMACI

Govoni Stefano

*Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Pavia*

Quale è lo stato della farmacoterapia delle demenze? Dire povero e controverso sarebbe ingeneroso, ma realistico. Per disegnare uno scenario futuro serve capire perché da vent'anni in Europa non vengono approvati nuovi farmaci in questo ambito. Come mai le ricerche non sono esitate in terapie di successo condivise e applicabili a molti pazienti, così come è stato in altri campi della medicina? Il riconoscere la complessità, che è bene emersa in queste due decadi con un accumularsi di nuove e importanti informazioni sulla biologia delle demenze, non è un'ambigua giustificazione dell'insuccesso, ma l'oggettivo riconoscimento che serve adottare un *framework* concettuale diverso dal passato, che tendeva a individuare in pochi elementi le cause della malattia. Gli esiti modesti degli interventi anti-amiloide sviluppati nel caso della malattia di Alzheimer (AD) sono esempio di questa eccessiva fiducia di riuscire a trovare “*the smoking gun*” per ottenere effetti risolutivi. La previsione è che nelle demenze, come è accaduto nella malattia cancerosa, si debba arrivare a una tipizzazione approfondita della malattia e del paziente clinicamente e mediante biomarcatori e a una maggiore conoscenza dei processi inter e intracellulari in gioco. La costruzione di questo quadro di riferimento è in atto e la consapevolezza della sua importanza in crescita. In questo contesto anche i risultati limitati delle nuove terapie anti-amiloide da poco approvate (2021) o in esame alla FDA, e sotto scrutinio in Europa, acquisiscono rilievo e importanza nel riaprire un dibattito e una discussione che languiva da tempo. Il nuovo quadro di riferimento per la farmacoterapia delle demenze, per il momento prevalentemente centrata sulla AD, creerà sviluppo. L'intero ambito degli studi sulle demenze è pervaso da un'altra variabile formidabile molto difficile da studiare e da riprodurre nei modelli in laboratorio: il tempo. L'esatta sequenza temporale e gerarchica, l'organizzazione in serie o parallela dei diversi eventi che portano all'esito patologico sono ritenute da tutti importanti, ma non sono ancora sufficientemente conosciute da permettere di individuare il corretto arco temporale per la messa in atto degli interventi terapeutici. Questo nuovo pensare è solo un esercizio teorico? No, la *pipeline* dei prodotti in sviluppo nel 2021 mostra che le 126 molecole in studio (per la sola AD) sono dirette a bersagli più diversificati che nel passato, che vengono utilizzati di più e meglio i biomarcatori e che sono molti i farmaci reindirizzati da altre terapie verso un possibile impiego nella AD. Questi sono i prodromi di un cambiamento.

## LA SFIDA DELLA RESIDENZIALITÀ

Guaita Antonio

*Dipartimento di Neurologia-Neuropatologia e Brain Bank, Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano*

**Introduzione.** L'immagine delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nella pandemia è stata quella di “castelli assediati”. Nelle residenze vi è stata una mortalità dieci volte più alte rispetto a quella del territorio che comunque ha rispecchiato, e che resta, il più importante fattore di spiegazione. Non si può per altro ignorare come nella prima fase la gran parte delle residenze sia rimasta sola, con scarso o nullo supporto da parte della sanità sia territoriale che ospedaliera.

**Metodi.** È stata condotta una revisione della letteratura sul tema.

**Risultati.** Altri fattori si sono sommati: 1) La tipologia dei residenti: aumento delle età medie (la moda statistica sono gli ultra 85enni), aumento della intensità sanitaria (dal 21,7 al 30,8% dal 2009 al 2016) aumento rilevante delle persone con demenza, divenute la maggioranza dei residenti, per i quali la mortalità, anche nel domicilio è stata 2,6 volte più alta. 2) La scarsa dotazione di personale: i dati dimostrano una relazione inversa fra il numero e la qualificazione degli addetti e il numero di infezioni e di morti. Oltre alla carenza cronica di personale, si sono aggiunte le assenze per malattie e circa 800 fra infermiere/i, secondo l'IPASVI, che hanno lasciato le RSA per servizi della sanità. 3) La carenza di spazi privati: dalla *survey* dell'Istituto Superiore di Sanità del 2020 si registra che solo il 48% delle strutture ha potuto isolare le persone contagiate. I dati internazionali dimostrano come l'indice di affollamento delle residenze (rapporto numero residenti/numero di stanze) passando da 1,5 a 3 fa aumentare di 2,08 volte le infezioni e 2,01 i decessi. 4) I parenti: la loro esclusione, anche se necessaria, ha causato diffusa e grave sofferenza, tradottasi spesso in ostilità e contenziosi verso le strutture. Occorre ripensare ai famigliari come ad una componente essenziale delle strutture di ricovero, sia sul piano strutturale (spazi dedicati) sia su quello delle relazioni.

**Conclusioni.** Le RSA hanno imparato molto dalla lezione impartita dalla prima ondata pandemica, poiché i dati dimostrano una riduzione del 36% medio del numero dei deceduti nelle strutture italiane nel corso della seconda ondata. Le RSA in Italia, secondo dati ISTAT del 2015, hanno 285.000 posti letto, mentre gli ospedali 192.000. Rappresentano quindi un campo di sfida molto rilevante sia per la sanità che per tutto il paese. Dopo la pandemia non ci si augura il ritorno alla normalità, perché il problema è stata la normalità.

## TELEVISITE GERIATRICHE DURANTE LA PANDEMIA (EMERGENZA COVID-19)

Ingegni Tiziana

*Unità Operativa Complessa Geriatria, USL Sud Est Toscana, Arezzo*

**Introduzione.** Per telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente oppure due o più professionisti non si trovano nella stessa sede. A questo scopo la Regione Toscana ha individuato nei servizi di televisita e teleconsulto gli strumenti in grado di perseguire questi obiettivi e di dare risposte efficaci.

**Metodi.** Tramite la televisita possono essere controllati pazienti con diagnosi nota (in questo caso con diagnosi di Demenza), pazienti per i quali non è necessario acquisire informazioni dall'esecuzione di prestazioni strumentali, diagnostiche o terapeutiche contestuali, pazienti che necessitano solo di riconferma o rivalutazione del piano terapeutico. Nel periodo dal 1/3/2020 al 30/6/21 (22 mesi) nell'ambito del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze della Valdichiana aretina gestito dalla Unità Operativa Complessa di Geriatria dell'Azienda USL Toscana sud est, sono state effettuati 467 controlli, (rispetto ai 440 controlli previsti tramite CUP) di cui 241 in presenza e 226 in televisita.

**Risultati.** Con la televisita durante il periodo della pandemia è stato possibile contenere gli spostamenti dei pazienti e dei loro accompagnatori e quindi ridurre le visite in presenza negli ambulatori specialistici. È stato inoltre possibile offrire la possibilità al medico di familiarizzare con una modalità di lavoro, suscettibile di implementazioni future, mediata dalla tecnologia. La televisita è una modalità di contatto con il paziente che poi non esclude una successiva visita in presenza nel caso ci sia questa ulteriore necessità. Durante il periodo dell'emergenza preso in considerazione (22 mesi), nel Centro Disturbi Cognitivi e Demenze della Valdichiana Aretina, quasi la metà dei controlli sono stati effettuati in televisita e rispetto ai controlli previsti, tramite la televisita sono stati effettuati 27 controlli in più rispetto ai previsti, grazie alla televisita.

**Conclusioni.** La telemedicina ed in particolare la televisita potrà essere utilizzata solo in determinati setting della medicina geriatrica. Vantaggi della televisita: ridurre gli spostamenti dei pazienti ed i disagi ambientali ed economici ad essi connessi. Limiti della televisita nelle visite di controllo del soggetto anziano:

- deve essere presente un caregiver in grado di utilizzare le strumentazioni necessarie;
- la televisita limita il rapporto tra medico e paziente che si instaura in un colloquio in presenza (pensare anche ai deficit neurosensoriali in un paziente affetto anche da deterioramento cognitivo).

# **ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE GENERALE PREVENZIONE SANITARIA DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN RELAZIONE AL FONDO DEMENZE ISTITUITO DALLA LEGGE FINANZIARIA 2021**

Landoni Fiammetta, La Sala Liliana

*Prevenzione delle Dipendenze, Doping e Salute Mentale, Ministero della Salute, Roma*

All'articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023" si prevede che "Al fine di migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e di garantire la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo, denominato « Fondo per l'Alzheimer e le demenze », con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023". Il successivo comma 331, dispone che "Il Fondo di cui al comma 330 è destinato al finanziamento delle linee di azione previste dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano in applicazione del Piano nazionale demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, approvato con accordo del 30/10/2014 dalla Conferenza unificata, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13/1/2015, nonché al finanziamento di investimenti effettuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, anche mediante l'acquisto di apparecchiature sanitarie, volti al potenziamento della diagnosi precoce, del trattamento e del monitoraggio dei pazienti con malattia di Alzheimer, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti stessi". Il successivo comma 332, stabilisce che "Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri e le modalità di riparto del Fondo di cui al comma 330, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme". Tale Decreto, che ha percorso il suo iter costitutivo presso gli Uffici di gabinetto, Legislativo e Centrale di Bilancio e firmato dal Ministro della Salute e da Ministro dell'Economia e Finanze, si è avvalso del contributo del Tavolo permanente sulle demenze. Com'è noto, Il "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura. L'obiettivo 1, azione 1.6, del Piano Nazionale Demenze (PND), prevede l'attivazione di un tavolo di confronto permanente tra il Ministero della Salute e le Regioni, che si avvale del contributo scientifico dell'Istituto

Superiore di Sanità (ISS) nonché di quello delle Associazioni nazionali dei familiari dei pazienti, e che sia integrato dalle rappresentanze della componente sociale, nelle sue articolazioni nazionale, regionale, e locale. Non ancora formalizzato da decreto, il Tavolo per il monitoraggio e l'implementazione del PND (di seguito nominato come Tavolo permanente sulle demenze) è stato operativo già dal 2015 con il coordinamento del Ministero della Salute ed in collaborazione con l'ISS. Su indicazione dell'Ufficio di Gabinetto, con decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria dell'11/2/2021 è stato formalmente costituito il predetto Tavolo permanente sulle demenze. Tra gli obiettivi del Tavolo, l'aggiornamento del PND del 2015. Dal 2015 il Tavolo ha prodotto numerosi Accordi. Quello sul documento concernente "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze" e sul documento concernente "Linee di indirizzo Nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" sanciti dalla Conferenza Unificata nella seduta il 26/10/2017 (Rep. Atti n. 130/CU), l'Accordo sul documento "Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze" approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nella seduta del 6/8/2020, quello sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di Comunità amiche delle persone con demenza" sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20/2/2020, oltre al documento "Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19", pubblicato dall'ISS il 28/10/2020. Il Tavolo terrà altresì conto delle risultanze del progetto finanziato, nel 2019, dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie - CCM denominato "Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione e nella gestione del paziente con demenza", che si concluderà nel 2021 e che è coordinato dall'ISS. Il Tavolo avrà un ruolo determinante nello svolgimento delle attività relative al Fondo, potendosi caratterizzare così come un organo sempre più capace di gestione ed indirizzo del complesso tema delle demenze.

## **PO ACG® - ADJUSTED CLINICAL GROUPS PER L'ANALISI DELLA POPOLAZIONE AFFETTA DA DEMENZA IN PROVINCIA DI TRENTO**

Lombardi Alessandra (a), Gentilini Maria Adalgisa (b), Giovanazzi Giulia (c), Valent Francesca (b), Brugnolli Novella (d), Benetollo Pier Paolo (e), Girardello Renzo (f)

(a) CDCD, Unità Operativa Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(b) Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(c) Direzione Sanitaria, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(d) Servizio Analisi e Integrazione Dati, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(e) Direzione Servizio Sanitario Ospedaliero, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(f) Unità Operativa Geriatria Rovereto e Trento, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

**Introduzione.** ACG® - *Adjusted Clinical Groups* è uno strumento efficace per l'analisi epidemiologica delle patologie croniche. In Trentino è stato adottato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) anche per studiare le demenze: per stimare il numero di soggetti affetti da tale patologia, per misurare le prevalenze nei diversi territori, per valutare le comorbidità e per quantificare il consumo di risorse.

**Metodi.** ACG elabora i flussi sanitari correnti alimentati in occasione delle attività cliniche, assistenziali e amministrative e stratifica la popolazione in categorie. Le fonti utilizzate dal sistema anche per individuare i soggetti affetti da demenza in Trentino sono state:

- l'Anagrafe Unica Sanitaria Provinciale per l'identificazione della popolazione in analisi;
- i flussi informativi sanitari correnti dell'anno 2019 per intercettare i codici delle diagnosi (codici ICD ed ICPC) delle persone in anagrafe. Questi includono i dati dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), tracciati nello specifico applicativo del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO-CDCD);
- le prescrizioni farmaceutiche dell'anno 2019 per l'identificazione dei codici ATC dei farmaci relativi ai soggetti in anagrafe.

Per l'analisi è stata considerata prima l'intera popolazione trentina residente nel 2019, poi solo quella con età maggiore o uguale a 65 anni. L'identificazione dei soggetti con demenza è stata realizzata utilizzando le categorie diagnostiche prodotte dall'algoritmo del Sistema ACG nella sua versione 11.

**Risultati.** Le persone affette da demenza assistite in Provincia nel 2019 risultano essere 6.162, con prevalenza grezza e standardizzata rispettivamente del 1,1% e 1,2% nella popolazione generale, del 5,1% e del 5,0% per gli over 65. Tali pazienti presentano una



elevata comorbidità; le patologie più frequenti sono: l'ipertensione (39%), la malattia cerebrovascolare (24%), le aritmie (20%), lo scompenso cardiaco (16%) e la cardiopatia ischemica cronica (14%). Tra le patologie più rappresentate compaiono anche alcune condizioni ortopediche acute o subacute, malattie infettive delle vie respiratorie e stati carenziali. Il peso locale dei soggetti affetti da demenza risulta mediamente 6,8 volte maggiore rispetto a quello della popolazione generale trentina. Tale dato restituisce una misura del "peso assistenziale" di tali pazienti rispetto alla media della popolazione generale.

**Conclusioni.** ACG permette in Trentino analisi e misurazioni anche nell'ambito delle demenze. Poiché il sistema è alimentato dai flussi correnti, le elaborazioni risultano precise e corrette nella misura in cui le fonti rispondono a criteri di completezza ed accuratezza.

## CARTELLA DEI CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE INFORMATIZZATA E INTEGRATA CON IL SISTEMA INFORMATIVO PROVINCIALE TRENTO

Lombardi Alessandra (a), Minervini Sergio (b), Manica Angela (a), Fasanelli Andrea (c), Girardello Renzo (d)

(a) CDCD, Unità Operativa Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(b) Unità Operativa Geriatria, Rovereto, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(c) Unità Operativa Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

(d) Unità Operativa Geriatria Rovereto e Trento, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Trento

**Introduzione.** Per la refertazione delle visite specialistiche dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del Trentino, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) ha realizzato un modulo integrato col sistema web based già esteso a tutta la rete ospedaliera e territoriale provinciale (SIO), che include le attività degli specialisti, della diagnostica, dell'igiene e sanità pubblica, dell'urgenza-emergenza, della salute mentale, dell'assistenza territoriale. Il software per le demenze SIO-CDCD, introdotto dal 2017 presso i CDCD di tutta la Provincia, permette di documentare il percorso diagnostico e di cura dei pazienti.

**Metodi.** SIO-CDCD è strutturato per sostenere l'informatizzazione delle attività cliniche contestualmente alla valutazione del paziente presso il CDCD: permette l'inserimento dei dati clinici anamnestici (campi liberi), degli esiti delle scale e dei test (campi chiusi), la codifica della diagnosi, la segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA) di competenza territoriale, per l'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) o il collegamento con la rete dei servizi. Sostiene la generazione del referto, che sintetizza tutto il processo. Il modello documenta i diversi ambiti indagati, necessari ad indirizzare la diagnosi differenziale. Il sistema alimenta così un flusso corrente e la creazione di un data base aggiornato. SIO-CDCD comunica con AMPERE, definendo una soluzione d'interoperabilità per la trasmissione tempestiva delle informazioni alla medicina generale. È inoltre collegato ad Atlante@, software delle équipes dei servizi territoriali, che documenta il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

**Risultati.** Nel triennio 2018-2020 in Trentino presso i CDCD sono state effettuate 10.654 valutazioni, 4.124 prime visite e 6.530 controlli. Il 64% delle persone erano donne; la fascia di età maggiormente rappresentata era quella tra gli 82 e gli 85 anni. Le segnalazioni al PUA in alcuni territori hanno superato il 18% delle valutazioni.

**Conclusioni.** La disponibilità in rete per tutti gli operatori sanitari della cartella informatizzata costituisce un supporto fondamentale alla continuità e all'appropriatezza delle cure per le demenze. Tale sistema appare utile per fini clinici, organizzativi ed epidemiologici.

## STUDIO INTERCEPTOR: IL PIANO STATISTICO DI ANALISI

Lombardo Flavia (a), Massari Marco (b), Bacigalupo Ilaria (a), Piscopo Paola (c), Remoli Giulia (a), Ancidoni Antonio (a), Sciancalepore Francesco (a), Canevelli Marco (a,d), Cappa Stefano (e), Lattanzio Fabrizia (f), Perani Daniela (g), Tagliavini Fabrizio (h), Marra Camillo (i,l), Rossini Paolo Maria (i,l), Vanacore Nicola (a) a nome del Gruppo di Studio INTERCEPTOR

- (a) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- (b) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- (c) *Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- (d) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*
- (e) *Scuola Universitaria Superiore IUSS, Pavia*
- (f) *Direzione Scientifica IRCCS INRCA, Ancona*
- (g) *Unità di Medicina Nucleare, IRCCS San Raffaele, Università degli Studi Vita-Salute San Raffaele, Milano*
- (h) *Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*
- (i) *Istituto di Neurologia, Università Cattolica, Roma*
- (l) *Area Neuroscienze, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

**Introduzione.** Diversi studi clinici su farmaci che potenzialmente modificano la storia naturale della malattia, sono focalizzati sulla conversione dei soggetti con declino cognitivo lieve (MCI) a demenza di Alzheimer. La popolazione MCI è una popolazione a più alto rischio di progressione a demenza. Si stima che fino al 50% di questi soggetti progredisce a una forma di demenza entro 3-5 anni dalla diagnosi. Poiché nuove terapie saranno presto disponibili a fronte di elevati costi e non trascurabili eventi avversi, è indispensabile somministrare questi trattamenti in maniera selettiva nei soggetti a più alto rischio di demenza. In questo contesto, l'Agenzia Italiana del Farmaco assieme al Ministero della Salute, hanno promosso il progetto Interceptor con l'obiettivo di condurre uno studio longitudinale multicentrico su base nazionale, non terapeutico, in una coorte di soggetti con MCI per identificare i biomarcatori che meglio predicono la conversione a demenza a 3 anni di *follow-up*.

**Metodi.** L'obiettivo primario dello studio è valutare la capacità prognostica di conversione a demenza di Alzheimer dei biomarcatori e combinazione di essi. Un campione di 500 soggetti è stato pianificato per l'arruolamento. I biomarcatori in studio sono: MMSE, CSF, FDG-PET, FCRST, APOE4, EEG, MRI volumetrica. Per ogni biomarcatore saranno calcolati i valori di accuratezza fra cui sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo. Dei modelli multivariati saranno implementati per valutare la capacità predittiva dei biomarcatori e combinazioni di essi, considerando fattori di rischio selezionati a priori in base a una revisione della letteratura. Per questi modelli, il C-index verrà fornito come misura di capacità predittiva. I modelli verranno internamente validati. Le analisi saranno

condotte secondo tre scenari: 1) l'uso di *cutoffs* indicati dagli esperti; 2) definizione di nuovi *cutoffs*, per i biomarcatori basati su parametri continui, specifici per la popolazione in studio; 3) uso dei parametri dei biomarcatori in forma continua, laddove possibile, in modo da sfruttare tutta l'informazione predittiva. Infine, verrà prodotto un nomogramma per l'uso clinico basato sul modello con migliore performance.

**Risultati.** Nonostante l'estensione del tempo di reclutamento, a causa del COVID-19, non è stato raggiunto il numero di soggetti previsto. L'arruolamento è stato chiuso il 31 ottobre 2020. Complessivamente, 498 pazienti sono stati soggetti a screening, dei quali 355 eleggibili e con le informazioni complete al *baseline*.

**Conclusioni.** I risultati dello studio contribuiranno alla ridefinizione diagnostica per l'identificazione dei pazienti nelle fasi iniziali della malattia eleggibili al trattamento dei farmaci in grado di rallentare e modificare la progressione della malattia.

# SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA DI FRONTE ALL'EMERGENZA-URGENZA PSICHIATRICA IN ETÀ EVOLUTIVA

Luzi Eleonora, Carletti Chiara, Carletti Emanuele  
*Sapienza Università di Roma, Roma*

**Introduzione.** L'ampio gruppo di disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza rappresenta, per la sua frequenza, un problema particolarmente rilevante per la salute pubblica, coinvolgono infatti complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni. Sono spesso cronici e rappresentano la prima causa di *Years Lived with Disability*. Includono i disturbi neurologici, i disturbi di sviluppo ed i disturbi psichiatrici. Durante questi mesi di pandemia, diverse strutture ospedaliere con posti letto dedicati alla gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica in età adolescenziale, hanno segnalato un preoccupante incremento delle richieste di aiuto in tutte le età infanto-giovanili ed il maggior ricorso a interventi di Pronto Soccorso e di ricovero per problematiche legate al disagio psichico e alle patologie distruttive in tutte le sue forme, aumentate indicativamente da 3 a 5 volte per gli effetti sociali della pandemia.

**Metodi.** Analisi e confronto dei dati raccolti dai documenti:

- linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza. Intesa Stato Regioni 25 luglio 2019;
- linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 15 febbraio 2018;
- appello dei medici Neuropsichiatri Infantili delle Regioni Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria sull'emergenza adolescenza. Lettera aperta 18 aprile 2021.

**Risultati.** Il confronto dei dati raccolti ha evidenziato come a fronte del continuo aumento della domanda, sia dato rilevare una significativa disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi nelle diverse Regioni italiane. In particolare, è stato evidenziato che una percentuale variabile tra il 45 e il 65% delle Regioni italiane non ha ancora sviluppato strutture per una assistenza appropriata nelle situazioni di urgenza psichiatrica, ma soprattutto che nel 65% delle Regioni mancano percorsi condivisi e protocolli per la gestione dei quadri clinici di urgenza psichiatrica in età evolutiva. Dai documenti dei gruppi di lavoro di alcune Regioni (Lombardia, Piemonte e Toscana), emerge che l'accesso ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza interessa il 6-8% delle persone di età minore residenti, a fronte di una richiesta stimata di oltre il doppio. Solo in una minoranza di casi i minori riescono ad essere accolti in un reparto, mentre nella quasi totalità dei casi per i ricoveri con caratteristiche d'urgenza si ricorre alle strutture pediatriche e ai servizi psichiatrici per adulti.

**Conclusioni.** Si conferma, in accordo con quanto recentemente segnalato dalla comunità scientifica, l'urgenza di ridefinizione delle reti di Neuropsichiatria Infantile regionali; di costruzione di Protocolli di collaborazione con i Pronto Soccorsi; di adeguamento dell'organico dei reparti.

## **PO INFLUENZE CULTURALI SULLA PRESTAZIONE AL CLOCK DRAWING TEST: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Maestri Giorgia (a), Nicotra Alessia (a), Cova Ilaria (a), Canevelli Marco (b,c), Pantoni Leonardo (d), Pomati Simone (a)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Sacco, Milano*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Stroke and Dementia Lab, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

**Introduzione.** Il *Clock Drawing Test* (CDT) è uno degli strumenti di screening maggiormente utilizzati ai fini della valutazione neuropsicologica delle demenze. Data l'agevolezza della somministrazione e la ridotta necessità di ricorrere alle competenze linguistiche durante l'esecuzione, si potrebbe considerare l'utilizzo di tale test in un contesto multi-culturale. L'obiettivo di questo studio è indagare la possibile influenza di variabili culturali (etnia, lingua e scolarità) sulla *performance* al test.

**Metodi.** Abbiamo quindi condotto una revisione della letteratura attraverso il motore di ricerca PubMed utilizzando come parole chiave: "clock", "CDT", "*Clock drawing test*", "cultur\*", "educat\*" e "norm\*".

**Risultati.** Sono state estrapolate 130 analisi effettuate in 73 studi condotti in 30 differenti Nazioni, la maggior parte dei quali negli Stati Uniti (27,4%) e in Brasile (17,8%); 13 tra questi studi (17,8%) hanno coinvolto campioni multi-culturali. Abbiamo individuato 39 modalità di attribuzione del punteggio (le più comuni si sono rivelate essere: Shulman, 1993 - 15,4% -; Freedman 1994 - 11,5% - e Sunderland, 1989 - 10,8%), la maggior parte delle quali di tipo quantitativo (85,4%). L'etnia è emersa influenzare il punteggio al CDT in 12 casi su 19 (63,2%), la lingua utilizzata per la somministrazione ha rivelato un effetto sul punteggio in un caso su 6 (16,7%). La scolarità ha inciso sulla prestazione al test in 92 analisi su 128 (71,9%); sono stati considerati soggetti analfabeti all'interno di 6 analisi di 4 studi, che hanno tutte mostrato un'influenza dell'alfabetizzazione sulla performance al CDT. Nessuno dei metodi di assegnazione del punteggio analizzati si è rivelato esente dall'influenza della scolarità. 18 analisi provenienti da 8 studi hanno considerato sia l'effetto dell'etnia che della scolarità: l'etnia ha mantenuto un'influenza sul punteggio al test nella metà dei casi in cui la scolarità non ha condizionato la prestazione (6 su 12).

**Conclusioni.** I metodi di attribuzione del punteggio del CDT utilizzati nei vari studi sono risultati eterogenei. Indipendentemente dal metodo utilizzato, l'etnia, la scolarità e il livello di alfabetizzazione dei soggetti hanno mostrato un'influenza sulla prestazione al test, la quale non sembra invece condizionata dalla lingua utilizzata. Concludendo, quando si valuta l'effetto degli aspetti culturali sulla prestazione al CDT, è necessario prendere in esame molteplici elementi considerando che possono essere tra loro legati o indipendenti.

## NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Marra Camillo

*Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Roma*

Con l'entrata in commercio dei primi farmaci specifici per la malattia di Alzheimer alla fine degli anni 90, il SSN organizzò una rete di centri specialistici, le cosiddette UVA (Unità di Valutazione Alzheimer), e promosse il progetto "CRONOS" teso a monitorare la gestione e la somministrazione di tali farmaci. Tale iniziativa ha permesso di creare una rete diagnostica specialistica e di far crescere un'educazione specifica negli specialisti alla diagnosi e al trattamento della demenza. A distanza di circa 25 anni l'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura non si è molto evoluta ed è basata ancora in gran parte sulla rete dei servizi e dei centri nati intorno al progetto CRONOS. Anche le competenze e le *facilities* disponibili presso le UVA non sono cambiate e sono per lo più basate sulla necessità di fornire una diagnosi clinica di base che permetta la somministrazione dei farmaci specifici per ogni forma di demenza. L'affinamento dei criteri diagnostici, sempre più specifici per le varie demenze, e l'evoluzione parallela delle tecniche strumentali e di laboratorio dedicate a supportare tali criteri diagnostici, ha determinato un ripensamento nella organizzazione delle UVA. Il piano nazionale demenze ha ridefinito per tale motivo la specificità delle originali UVA nell'attuale divisione tra CDCD territoriali esperti e CDCD diagnostici specialistici. Negli ultimi 10 anni il quadro generale del mondo delle demenze è ulteriormente cambiato. L'aumento della consapevolezza del problema demenza nell'opinione pubblica, l'incremento del carico assistenziale e l'aumentato burden emozionale nei caregivers ha determinato un progressivo incremento delle richieste a livello sociosanitario. Inoltre, la riconosciuta possibilità di attuare programmi di prevenzione e, più recentemente, la prospettiva di disponibilità di farmaci *disease modifying* ha modificato le prospettive diagnostiche e terapeutiche rendendo necessaria la possibilità di arrivare in maniera tempestiva ad una diagnosi eziologica di tipo di demenza. L'attuale organizzazione dei servizi per le demenze appare al momento poco adeguata in quanto non garantisce l'accesso rapido ai centri per tutti i pazienti in relazione alla localizzazione geografica. I centri non possono essere egualmente in grado di effettuare tutte le procedure diagnostiche che attualmente sono richieste per una diagnosi eziopatogenetica. Non esistono ancora sistemi che permettano di regolare i flussi tra centri esperti e centri diagnostici che permetta di far accedere i pazienti alle cure territoriali o alle visite in ospedale in una ottica di divisione e specializzazione delle competenze tra centri. Le tecniche di telemedicina e teleconsulto tra i centri sono un argomento promettente ma ancora lontano da un'applicazione pratica. Inoltre, il ruolo del MMG, i cui compiti gestionali sono ben definiti nel PND, è ancora marginale. Il MMG è attualmente spesso escluso dalle scelte terapeutiche e dalla gestione complessiva del paziente.

In conclusione, la gestione della patologia è ancora troppo monocentrica, e operatore dipendente. Un ulteriore motivo di frammentazione dell'intervento deriva dalla indisponibilità di PDTA per le demenze in grado di definire le modalità di gestione del paziente nei vari momenti della storia di malattia in grado di descrivere un percorso preciso e di identificare i vari passaggi diagnostici, terapeutici e assistenziali necessari nelle varie

fasi. I modelli di riferimento che hanno permesso un approccio nuovo sono quelli prodotti in Emilia Romagna, più focalizzato sui modelli della gestione integrata nelle fasi conclamate, e il modello del Veneto che ha incluso nel modello anche una modalità per permettere l'accesso alla diagnostica di 2° livello in fase precoce a tutti. Al momento il modello assistenziale per le demenze deve essere ripensato allo scopo di perseguire tre obiettivi principali:

- incrementare le possibilità di intercettare la malattia in fase precoce già a livello della sanità territoriale aumentando la segnalazione di soggetti a rischio da sottoporre a programmi di screening precoce e da sottoporre tempestivamente a un iter diagnostico;
- definire le reti per la fase diagnostica. Tranne alcune realtà ospedaliere non sarà possibile per i CDCD diagnostici specialistici effettuare tutte le procedure diagnostiche disponibili e necessarie per formulare correttamente la diagnosi di demenza secondo i criteri diagnostici internazionali. Ne consegue la necessità di riorganizzare i servizi dei CDCD diagnostici in una rete di servizi distribuita e riconoscibile territorialmente;
- definire le reti per l'assistenza territoriale. Infatti, i bisogni nella fase conclamata e nelle fasi più avanzate necessitano anche in questo caso di servizi organizzati in rete che comprendano CDCD territoriali esperti, centrali per la cronicità, servizi di cure palliative, Centri diurni e non ultime RSA secondo il modello della gestione integrata.

I *frame* del percorso descritti dovranno essere integrati in un PDTA univoco in grado di descrivere per ogni paziente un percorso assistenziale definito in carico ad un case manager che vada dalla diagnosi fino alla gestione sul territorio nelle fasi avanzate e in cui le comunicazioni tra le varie componenti del percorso possa essere garantita in modo efficace ed economicamente vantaggioso per il paziente e la comunità.



## **PO LOCKDOWN E ISOLAMENTO. RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ ONLINE NEI CENTRI DIURNI ALZHEIMER DI MONZA**

Mastroianni Silvia (a), Rizzi Ezia (a,b), Boccolieri Giovanna (a), Boccolieri Alfonsa (a)

(a) *Cooperativa Sociale Nuovo Solco, Monza*

(b) *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Milano*

**Introduzione.** L'attuale emergenza causata dalla pandemia di COVID-19 ha determinato alcuni cambiamenti nella vita quotidiana e nello stile di vita della popolazione anziana. Questa situazione ha portato alla riorganizzazione del *setting*, del lavoro e dell'ambiente di Centri Diurni Alzheimer, portando all'implementazione e all'utilizzo di metodi alternativi per la valutazione e interventi multidisciplinari con gli ospiti delle strutture per prevenire un peggioramento del quadro dementigeno. Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di mantenere una continuità d'intervento e di accesso ai servizi base offerti dai Centri, creando un nuovo *setting* online, cercando di mantenere l'interesse e la motivazione degli ospiti verso le attività di stimolazione, tenendo vivo il ricordo della realtà dei Centri, la *routine* quotidiana.

**Metodi.** Sessanta ospiti e i loro familiari (in carico presso il Centro Diurno di via Molise e il Centro Diurno di via Gallarana, Monza) hanno usufruito di materiale videoregistrato e di servizi online. Tra le tematiche trattate rientrano esercizi di:

- stimolazione cognitiva (es. orientamento spazio-temporale, denominazione di oggetti);
- esercizi fisioterapici di base (es. risveglio, stretching, coordinazione e potenziamento muscolare);
- attività educative (es. giochi linguistici, musicali, numerici; indovinelli verbali e visivi, rievocazione di eventi e festività, viaggi immaginativi o virtuali in giro per l'Italia e per il mondo).

Il materiale creato dai professionisti dell'équipe multidisciplinare è stato condiviso sulla piattaforma di Google Drive e accessibile mediante link, sulla pagina Facebook dei Centri e su gruppi WhatsApp appositamente creati. Per il sostegno ai caregiver sono stati inseriti sulla piattaforma Drive contributi di:

- tipo socio-sanitario (es. buone prassi di prevenzione del contagio da COVID-19 e informazioni utili e concrete sulla pandemia da COVID-19);
- materiali riguardanti attività occupazionali e di cura della persona;
- infermieristico (es. controllo nutrizionale ed importanza dell'idratazione, supporto alla somministrazione dei farmaci, importanza di adeguati stili di vita).

Tra i servizi è stato incluso anche servizio di Teleneuropsicologia (es. stimolazione cognitiva per gli ospiti in carico presso i nostri Centri, interventi psicologici e di psicoeducazione dedicati ai caregiver su tematiche quali contagio emotivo, comunicazione non verbale, apatia, affaccendamento, rispetto dei tempi, riorientamento, adattamento ambienti di vita) utilizzando piattaforme quali Skype, Meet e WhatsApp.

**Risultati.** Il lavoro da noi svolto durante il *lockdown* ha fornito una continuità assistenziale, un miglioramento del benessere soggettivo, un effetto protettivo della

performance cognitiva e degli aspetti comportamentali negli ospiti. Grazie all'intervento di supporto e psicoeducazione continuo, i caregiver hanno attuato migliori strategie di *coping* e una gestione del familiare più adattiva.

**Conclusioni.** Una riorganizzazione dei servizi, in situazioni emergenziali, secondo tali modalità può essere una soluzione alternativa valida quando non è possibile accedere alle strutture. In questo modo, è possibile evitare la sospensione del servizio, indispensabile non solo per gli ospiti della struttura, ma anche per i loro caregiver.

## DISTURBO NEURO COGNITIVO DOVUTO A COVID-19: LE SEQUELE COGNITIVE DEL CORONAVIRUS

Minniti Davide (a), Bonansea Alessandro (b), Labate Carmelo Roberto (c), Ramonda Evelin (d), Gallo Federica (d)

(a) Direzione Sanitaria ASL TO 3 Regione Piemonte, Collegno, Torino

(b) Struttura Complessa Psicologia, ASL TO 3 Regione Piemonte, Pinerolo, Torino

(c) Struttura Complessa Neurologia, Ospedale Agnelli di Pinerolo, ASL TO 3, Pinerolo, Torino

(d) Struttura Semplice Psicologia, Clinica Area Funzionale Psicogeriatría, ASL TO 3 Regione Piemonte, Grugliasco, Torino

**Introduzione.** La natura e la sintomatologia della SARS-CoV-2 è sotto esame in tutto il mondo, così come le sue complicanze cliniche e le differenti risposte immunitarie. Oltre ad influenzare il sistema respiratorio, cardiovascolare e metabolico, nel 36,4% sono presenti sintomi inerenti il Sistema Nervoso Centrale: a) sintomi di base (cefalea, vertigini, disturbi dello stato di coscienza, atassia, manifestazioni epilettiche, *stroke*); b) nel 40%-60%, sintomi di origine neuro-periferica (ipo/ageusia, ipo/anosmia, neuralgia); c) sintomi da danno muscolare scheletrico, con danno epatico e renale. L'infezione nasale e l'iposmia potrebbero avere un accesso diretto al Sistema Nervoso Centrale, con manifestazioni di tipo neurologico. La prevalenza, l'incidenza e il decorso clinico saranno più chiari nel tempo, attraverso studi di natura epidemiologica, così come le conseguenze neurologiche e cognitive, di cui ad oggi abbiamo ancora pochissime informazioni. Il progetto verrà svolto presso l'ASL TO3 Struttura Complessa Psicologia Struttura Semplice Psicologia Clinica Area Funzionale Psicogeriatría e Neuropsicologia, nelle rispettive sedi di Pinerolo e Grugliasco.

**Metodi.** I soggetti con deficit di tipo cognitivo, verranno individuati e reclutati presso l'ASL TO3, Ospedali di Pinerolo e Rivoli, in collaborazione con Struttura Semplice Neurologia di Pinerolo e di Rivoli e Struttura Complessa Fisiatria. Verranno inoltre inclusi i pazienti seguiti presso il domicilio, segnalati dal medico di famiglia per alterazioni neuropsicologiche. I criteri di esclusioni previsti sono: età inferiore ai 18 anni, disturbi psichiatrici, disabilità intellettiva. Al fine di avere un profilo cognitivo completo, i pazienti verranno sottoposti a valutazioni neuropsicologiche, con *follow-up* programmati nel tempo: baseline ( $t_0$ ), 3 mesi ( $t_1$ ), 6 mesi ( $t_2$ ) e 12 mesi ( $t_3$ ); verranno effettuati il colloquio clinico anamnestico e valutazione neuropsicologica formale composta come segue:

- apprendimento e memoria (*Digit Span forward and backward*, Apprendimento parole non correlate semanticamente);
- abilità attentive complesse (TMT A e B, Test di Stroop);
- funzioni esecutive (*Frontal Battery Assessment*);
- linguaggio (Fluenza fonemica e semantica).

Contestualmente, verrà valutato lo stato emotivo del soggetto, con particolare attenzione all'asse timico e ai correlati di natura post-traumatica, attraverso: colloquio clinico, *Zung Rating Scale*, SF-12 e ITQ per valutazione PTSD.

**Risultati.** La valutazione e il monitoraggio neuropsicologico permetteranno di determinare e quantificare le eventuali sequele neuropsicologiche e psicologiche a breve e a lungo termine; inoltre, consentiranno il supporto psicologico e neuropsicologico per eventuali sintomi persistenti nella fase post-dimissione.

**Conclusioni.** Lo studio consentirà di valutare e monitorare la quantità e la tipologia di decadimento cognitivo causato dal COVID-19. I dati emersi potranno fornirci con maggiore esattezza l'andamento dei sintomi cognitivi e l'impatto sulla qualità di vita, nonché i possibili costi che potrebbero ricadere sul Sistema Sanitario Nazionale. Inoltre, potrebbero fornire dati sull'eziologia dei disturbi, per strutturare un'eventuale protocollo preventivo.

## **TELE-NEUROPSICOLOGIA. VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA IN UN CONTESTO DI SMARTWORKING, DURANTE L'EMERGENZA COVID-19. L'ESPERIENZA DELLA ASL TO3**

Minniti Davide (a), Bonansea Alessandro (b), Ramonda Evelin (c), Gallo Federica (c)

(a) *Direzione Sanitaria ASL TO3 Regione Piemonte, Collegno, Torino*

(b) *Struttura Complessa Psicologia, ASL TO 3 Regione Piemonte, Pinerolo, Torino*

(c) *Struttura Semplice Psicologia, Clinica Area Funzionale Psicogeriatra, ASL TO 3 Regione Piemonte, Grugliasco, Torino*

**Introduzione.** Il progetto di tele-neuropsicologia è stato avviato durante l'emergenza sanitaria da COVID-19, presso la ASL TO3 Struttura Complessa Psicologia, Struttura Semplice Psicologia Clinica, Area Funzionale Psicogeriatra e Neuropsicologia, nelle rispettive sedi di Pinerolo e Grugliasco. Nello specifico, la valutazione neuropsicologica rivolta a pazienti affetti da Disturbo Neuro Cognitivo (DNC) Maggiore e Lieve e il sostegno psicologico rivolto ai caregiver, sono stati effettuati tramite modalità telematica. Questa procedura è stata pensata all'interno di un contesto di *smartworking*, per ridurre le limitazioni date dal distanziamento e dalla sospensione delle visite in presenza. Il sostegno psicologico ai familiari ha permesso di contenere l'aumento dei disturbi comportamentali dovuti alla solitudine. E inoltre, ha consentito di mantenere una buona collaborazione con gli altri specialisti e di ridurre le liste di attesa.

**Metodi.** La valutazione neuropsicologica e il sostegno psicologico sono stati effettuati tramite video-chiamata o telefonata. La valutazione neuropsicologica è avvenuta tramite strumenti testistici selezionati in modo da conservare le loro caratteristiche di affidabilità e validità. È stato inoltre ideato *ad hoc* un modulo per l'autorizzazione ed il trattamento dei dati sensibili.

**Risultati.** Il campione è costituito da 51 pazienti, affetti da DNC Lieve e Maggiore, da disturbi del neurosviluppo e dai loro caregiver. Il campione è così distribuito: (22 uomini e 11 donne), età media  $56 \pm 23$  anni e scolarità pari a 10.7 anni ( $\pm 4,20$ ). Sono state effettuate 33 valutazioni neuropsicologiche e sono stati presi in carico 18 caregivers. Il trattamento effettuato ha portato, nella maggior parte dei casi, ad un miglioramento soggettivo e qualitativo del quadro psichico e comportamentale.

**Conclusioni.** In base all'esperienza clinica maturata, in accordo a quanto descritto in letteratura, l'indagine cognitiva in video-chiamata è efficace ed attendibile. Tale modalità ha consentito di sostenere le persone trattate migliorandone il benessere soggettivamente percepito e ha rappresentato una modalità per contenere le liste di attesa. Nei limiti della ristretta numerosità del campione l'esito positivo permette di ipotizzare un'eventuale esperienza pilota al termine dell'emergenza sanitaria, per i pazienti non trasportabili o con difficoltà di accesso alle cure.

## TRADUZIONI E ADATTAMENTI CULTURALI DEL MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT: REVISIONE SISTEMATICA E QUALITATIVA

Nicotra Alessia (a), Cova Ilaria (a), Maestri Giorgia (a), Canevelli Marco (b,c), Pantoni Leonardo (d), Pomati Simone (a)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Sacco, Milano*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Stroke and Dementia Lab, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi, Milano*

**Introduzione.** Il *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) è uno degli strumenti di screening maggiormente utilizzati e tradotti ai fini della valutazione neuropsicologica del decadimento cognitivo lieve. Gli obiettivi dello studio sono stati quelli di indagare: 1) la numerosità delle traduzioni/adattamenti culturali disponibili del MoCA; 2) la qualità del processo di adattamento di tali versioni; 3) la distribuzione geografica delle differenti versioni; 4) la tipologia degli adattamenti prodotti e la frequenza degli stessi.

**Metodi.** Abbiamo quindi condotto una revisione sistematica della letteratura su tre banche dati (PubMed, *Web of Science* e Psycinfo), ricercando gli studi in cui il test è stato tradotto ed adattato a lingue/culture diverse dall'originale per estrapolare le differenti versioni disponibili; a queste sono state aggiunte le ulteriori versioni presenti sul sito web ufficiale ([www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)).

**Risultati.** Complessivamente abbiamo individuato 86 versioni culturalmente differenti del MoCA: 74 presenti sul sito web (per 25 delle quali è presente un corrispondente articolo emerso dalla ricerca sistematica che descrive la traduzione/adattamento culturale) e 12 versioni aggiuntive identificate unicamente attraverso la ricerca nelle banche dati biomediche. Un numero esiguo di versioni è stato sviluppato in Africa, Oceania e Nord America, mentre assai più numerose sono risultate le versioni prodotte in Sud America, Europa e Asia (in particolare in India e in Cina, nazioni all'interno delle quali è presente una grande diversità culturale e linguistica). La qualità del processo di adattamento è risultata differire notevolmente tra le varie versioni disponibili. Le prove maggiormente adattate del MoCA sono state la fluenza fonemica, la ripetizione di frasi e la rievocazione differita di parole; la copia di un cubo e il disegno di un orologio sono rimasti invariati nella maggior parte delle versioni disponibili, nessun cambiamento è stato apportato in alcuna versione al *digit span* e nella sottrazione seriale.

**Conclusioni.** Esistono molteplici traduzioni/adattamenti del MoCA nel mondo, la cui distribuzione geografica è apparsa tuttavia estremamente disomogenea così come la qualità del processo di adattamento culturale adottato. I compiti di memoria e di linguaggio del MoCA sono risultati essere i più modificati all'interno delle varie versioni disponibili, mentre le prove visuo-spaziali ed attentive si sono dimostrate le più conservate, poiché meno influenzate dalla cultura.

# STUDIO DI INTERVENTO CON *VALIDATION THERAPY* IN UN CAMPIONE DI 50 PAZIENTI CON DECLINO COGNITIVO: ESPERIENZA IN UNA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Nicotra Rosario, Fernandez Paola

*Unità Operativa Semplice RSA Piana degli Albanesi, Distretto Sanitario n. 42, Azienda Sanitaria Provinciale, Palermo*

**Introduzione.** La *Validation Therapy*, ideata da Naomi Feil, è una tecnica di comunicazione in rapporto ai 4 gradi del disorientamento, che riduce ansia e sofferenza e mira a salvaguardare, legittimare e difendere la dignità e il benessere dell'anziano e aiuta a relazionarsi con anziani dementi e disorientati.

**Metodi.** Nel periodo gennaio-dicembre 2019 è stata valutata l'efficacia della *Validation Therapy* a 50 ospiti di una Residenza Sanitaria Assistenziale con diverso grado di deterioramento cognitivo, attraverso la misura delle scale più comunemente utilizzate, ad inizio e a fine studio.

**Risultati.** Sui disturbi psicocomportamentali e funzionali venivano registrati: guadagno medio sul grado dell'orientamento spazio temporale e della percezione del sé del 13% della scala di Feil; guadagno medio del 58% dei disturbi comportamentali degli ospiti e guadagno medio del 66% dello stress dei rispettivi caregivers nella scala UCLA della NPI; guadagno medio del 59% dei disturbi dell'affettività misurati con la scala di Cornell; guadagno medio del 55% delle funzioni cognitive misurate attraverso il *Mini-Mental State Examination* (MMSE); guadagno medio delle autonomie funzionali del 6% nelle VADL e del 8% nel VMOB del Barthel Index e del 13,7% con il BANNIS; riduzione del 94% del rischio cadute misurato attraverso la Scala di Tinetti. Sul consumo dei farmaci antipsicotici veniva registrata una riduzione media complessiva del consumo del 29,7% che veniva anche diversificata nei principi attivi più spesso utilizzati. Riguardo all'impiego temporaneo, autorizzato e sotto osservazione dei mezzi di contenzione fisica veniva registrata una riduzione complessiva del 28,5%, che veniva anche diversificata per le varie tipologie.

**Conclusioni.** La *Validation Therapy* attraverso azioni strutturate e non, formali e informali e con la partecipazione di tutto il personale ad ogni titolo operante, ha contribuito a migliorare, negli ospiti con vari livelli di demenza, i punteggi nelle scale più comunemente utilizzate, globalmente e nei singoli item che le compongono. È auspicabile che il suo utilizzo, integrato nei percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti con demenza venga sempre più incentivato ed esteso anche in pazienti con grave deterioramento cognitivo.

## IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SUI CAREGIVER DI PAZIENTI CON DEMENZA

Occhiuto Roberta (a), Monopoli Silvia (a), Passoni Serena (a), Di Lello Nicolò (a),  
Capacchione Annalisa (a), Bottini Gabriella (a,b,c)

(a) *Centro di Neuropsicologia Cognitiva, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Grande  
Ospedale Metropolitan di Niguarda, Milano*

(b) *Department of Brain and Behavioural Sciences, Università degli Studi, Pavia*

(c) *NeuroMI, Milan Center for Neuroscience, Milano*

**Introduzione.** Per ridurre la diffusione del virus SARS-CoV-2, sono state messe in atto diverse forme di restrizione, con conseguenti limitazioni relazionali e sociali che hanno causato disagi psicologici soprattutto nelle persone fragili o malate come i pazienti con demenza e i loro familiari (caregiver). Inoltre, a causa della sospensione dei servizi di assistenza dedicati, i caregiver si sono spesso trovati soli nel fronteggiare tutto il carico assistenziale. Come già evidenziato tale isolamento ha comportato un peggioramento cognitivo e motorio nei pazienti con demenza, determinando di riflesso nei caregiver maggiori livelli di ansia, depressione e stress. Abbiamo voluto indagare quali fattori socio-demografici, tra cui la mancanza di un supporto concreto e l'isolamento, oltre alla percezione di progressione della sintomatologia, abbiano influito sullo stato psico-emozionale del caregiver.

**Metodi.** Presso il CDCD dell'ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, tra dicembre 2020 e luglio 2021 sono stati reclutati 26 caregivers di pazienti con demenza, ai quali sono state somministrate: a) una scala clinica per l'ansia e la depressione (*Anxiety and Depression Scale-Reduced*, AD-R); b) una scala clinica per la frequenza dei sintomi psico-comportamentali del paziente e la conseguente reazione di stress del caregiver (*Italian-Revised Memory and Behavior Problems Checklist*, It-RMBPC); c) due scale *Visual Analogue Scale* (VAS) per valutare la percezione soggettiva circa la severità di malattia del paziente e la velocità di evoluzione della stessa; d) un questionario socio-demografico *ad hoc* e per indagare gli effetti psico-comportamentali dell'isolamento imposto dal COVID-19.

**Risultati.** I caregiver che non hanno potuto avvalersi di alcuna forma di aiuto (altri parenti o un badante) hanno riportato problemi di insonnia ( $p < 0,001$ ) e senso di solitudine ( $p = 0,055$ ) significativamente più rilevanti rispetto a coloro che hanno ricevuto un supporto. Tale risultato è analogamente emerso nel campione dei caregiver (16 soggetti) che ha percepito un accelerato peggioramento della malattia del proprio assistito (solitudine,  $p = 0,035$ ; insonnia,  $p = 0,073$ ). Si osserva infine una correlazione positiva tra livello di depressione del caregiver e frequenza dei sintomi psico-comportamentali del paziente al *Revised Memory and Behavior Problems Checklist* (RMBPC) ( $p = 0,003$ ), e la relativa reazione di stress del caregiver ( $p = 0,001$ ).

**Conclusioni.** I dati di questo studio che riguardano l'assistenza del caregiver al paziente con demenza durante il *lockdown* a causa della pandemia COVID-19, individuano nella mancanza di un supporto concreto, in assenza del consueto servizio pubblico, uno dei fattori principali di aumento significativo del *burden* dei caregiver.



## PERSONE E DEMENZA: UNA VISIONE SENZA CONFINI

Pacassoni Fabiola

*Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA), Fano, Pesaro e Urbino*

È nella relazione con l'altro che diamo alla luce il primo atto di cura. La medicina basata sull'evidenza da sola non è più sufficiente nel trattamento delle malattie neurocroniche degenerative. Il tema dell'immigrazione ormai presente in ogni ambito socio sanitario e culturale incontra sempre più frequentemente nella demenza una serie di ostacoli dati in gran parte dalla difficoltà di comunicazione, dall'impossibilità di ricercare nei diversi setting di cura l'elemento chiave necessario per creare quel rapporto di fiducia tra curante e malato chiamato *brindging*. Il tema della transculturalità ci offre la possibilità di osservare ciò che accade nel mondo, incontrare e conoscere diversi modi di concepire la salute, la malattia e le matrici culturali attraverso le quali diamo significato agli eventi legati al tema della cura. L'esplorazione dello stato di salute, dato dell'incontro di variabili eco psico-sociali- culturali e neuropsicologiche, di persone immigrate con la malattia cronica richiede un grande cambio di visione da parte dei professionisti della salute, soprattutto per quanto riguarda l'assessment nei luoghi di cura. Quello che si evince possiamo tradurlo in attitudine potenziale e competenza che sicuramente non sono abbastanza sviluppate in questa direzione e ci pone di fronte alla necessità di riflettere sullo stato dell'arte della presa in carico della persona immigrata con demenza, attraverso la consapevolezza che il fenomeno sarà sempre più diffuso e necessita l'apertura ad una conoscenza multiculturale del tema acquisibile attraverso gli strumenti dal dialogo alla narrazione e dell'empatia.

## **PO TRAINING DI REALTÀ VIRTUALE NON IMMERSIVA PER LA RIABILITAZIONE DELLE ABILITÀ STRUMENTALI DI VITA QUOTIDIANA IN PERSONE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE**

Panerai Simonetta (a), Gelardi Donatella (a), Catania Valentina (a), Rundo Francesco (b), Tasca Domenica (a), Musso Sabrina (a), Prestianni Giuseppina (a), Muratore Stefano (a), Babiloni Claudio (c,d), Ferri Raffaele (e)

(a) *Unità di Psicologia per l'Involuzione Cerebrale, Associazione Oasi Maria SS, IRCCS, Troina, Enna*

(b) *Unità di Bioinformatica e Statistica, Associazione Oasi Maria SS, IRCCS, Troina, Enna*

(c) *Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia V. Erspamer, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Ospedale San Raffaele, Cassino, Frosinone*

(e) *Unità di Neurologia per l'Involuzione Cerebrale, Associazione Oasi Maria SS, IRCCS, Troina, Enna*

**Introduzione.** I deficit cognitivi indicativi di un declino da un precedente livello di funzionamento, unitamente alla perdita di abilità nello svolgimento delle attività strumentali di vita quotidiana (*Instrumental Activities Daily Living* - IADL) sono i sintomi principali del disturbo neurocognitivo maggiore (*Mild Neurocognitive Disorders* - MNCD) o demenza; i *training* di realtà virtuale (*Virtual Reality Therapy* - VRT) offrono molte possibilità per migliorare le IADL nelle persone con M-NCD. Lo scopo del presente studio è di verificare l'efficacia di un *training* di realtà virtuale non immersiva sulle abilità strumentali di vita quotidiana in pazienti con M-NCD valutando sia l'apprendimento durante le diverse sessioni di VRT che la sua validità ecologica in ambienti di vita naturali.

**Metodi.** Hanno partecipato allo studio 42 pazienti con M-NCD divisi in due gruppi: 24 del gruppo sperimentale (EG) e 18 del gruppo di controllo (CG). Il disegno di ricerca prevedeva: per tutti i partecipanti, due prove *in vivo* (in specifici luoghi dell'istituto in cui sono stati ricreati degli ambienti naturali) al T<sub>1</sub> (*pre-training*) e T<sub>3</sub> (*post-training*); per il gruppo sperimentale, al T<sub>2</sub>, da 10 a 20 sedute di VRT con 4 applicazioni 3D (informazioni, medicine, supermercato e valigia) sviluppate nel nostro Istituto e installate su una TV *touch screen*.

**Risultati.** I risultati ottenuti indicano delle differenze statisticamente significative tra EG e CG riguardo al numero di risposte corrette date nelle prove *in vivo*; durante il VRT, il numero di risposte corrette aumentava, mentre il tempo di esecuzione e il numero di aiuti diminuiva. I miglioramenti nelle prove *in vivo* sembrano essere correlati allo specifico VRT applicato. Il livello di gradimento dei partecipanti al VRT è stato da moderato ad alto.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti nel nostro studio sull'efficacia di un VRT non immersivo sul ri-apprendimento delle IADL sembra incoraggiante, specialmente per la generalizzazione spontanea della abilità ri-apprese nell'ambiente naturale. *Training* specifici appaiono efficaci per promuovere miglioramenti nelle IADL con ricadute positive per il senso di autostima e benessere delle persone con demenza. I risultati dello studio sembrano dunque promettenti sia perché i *training* condotti attraverso la realtà virtuale

offrono la possibilità di apprendere in ambiente sicuro e controllato, in modo gradevole e indipendente, sia per la possibilità di essere facilmente trasferibili a casa del paziente in modo da poter continuare la riabilitazione con un controllo da remoto.

## **EFFICACIA DELL' EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING DI GRUPPO SUI CAREGIVER DI PAZIENTI CON DEMENZA**

Passoni Serena (a), Toraldo Alessio (b,c), Berlingeri Manuela (c,d), Curinga Teresa (a), Fernandez Isabel (e), Bottini Gabriella (a,b,c)

(a) *Centro di Neuropsicologia Cognitiva, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, Milano*

(b) *Department of Brain and Behavioral Sciences, Università degli Studi, Pavia*

(c) *NeuroMI, Milan Center for Neuroscience, Milano*

(d) *Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Urbino Carlo Bo, Urbino*

(e) *Associazione Italiana Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Bovisio Masciago, Monza e Brianza*

**Introduzione.** L'assistenza cronica a pazienti con demenza induce nei caregiver sintomi psicologici e somatici, connotati da elevati livelli di stress, ansia, depressione e burden. In particolare, la progressiva riduzione delle autonomie nei pazienti causata dai complessi sintomi cognitivi e psico-comportamentali, costituisce un vero e proprio evento traumatico per il caregiver. La terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è efficace nel ristabilire strategie di regolazione emotiva in pazienti con disturbo da stress post-traumatico. Scopo di questo studio è valutare la sua efficacia nel ridurre i livelli di stress nei caregiver, attraverso uno specifico protocollo di gruppo (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol, EMDR-IGTP*), rispetto a un gruppo di controllo.

**Metodi.** Presso il CDCD dell'Azienda socio sanitaria territoriale Grande Ospedale Metropolitan Niguarda sono stati arruolati 44 caregiver primari di pazienti con demenza, randomizzati in due gruppi: il "gruppo immediato", che ha ricevuto il trattamento subito dopo l'arruolamento, e il "gruppo differito", che ha ricevuto il medesimo trattamento a due mesi di distanza, fungendo da gruppo di controllo per il precedente periodo. Il protocollo EMDR-IGTP è stato somministrato a gruppi di massimo 8 partecipanti, per un totale di 8 sessioni, a cadenza settimanale. I caregiver sono stati valutati prima, dopo e a distanza di 2 mesi dall'intervento, previa la raccolta di informazioni socio-demografiche, con le seguenti scale: per la quantificazione dello stress correlato a eventi traumatici *Impact of Event Scale-Revised*, per l'identificazione dei bisogni il *Caregiver Needs Assessment*, per la quantificazione del burden il *Caregiver Burden Inventory*, e per la definizione degli indici emotivi quali ansia e depressione *Anxiety and Depression Scale-Reduced Form*.

**Risultati.** Il gruppo "immediato", dopo il trattamento con EMDR, ha mostrato una riduzione significativa nei livelli di stress ( $\text{Chi}^2=18,61$ ,  $p<,001$ ), ansia ( $\text{Chi}^2=8,26$ ,  $p=,01$ ) e depressione ( $\text{Chi}^2=11,9$ ,  $p=,002$ ) rispetto al gruppo di controllo, che nel medesimo periodo non ha mostrato alcuna variazione significativa. Tuttavia, al follow-up a due mesi tale miglioramento viene mantenuto solo nella prima di tali scale ( $\text{Chi}^2=,09$ ,  $p=,76$ ). Nel gruppo differito, che ha ricevuto il trattamento due mesi dopo, solo il livello della depressione è diminuito ( $\text{Chi}^2=5,55$ ,  $p=,05$ ), ma tale risultato non si è mantenuto al follow-up ( $\text{Chi}^2=1,82$ ,  $p=,179$ ).

**Conclusioni.** I risultati mostrano per la prima volta come un intervento con EMDR di gruppo possa ridurre i sintomi legati allo stress, all'ansia e alla depressione nei caregiver di pazienti con demenza, in presenza di un intervento tempestivo, pur non mantenendosi tutti gli effetti costanti nel tempo. Ritardando l'inizio dell'intervento, i benefici tendono a diminuire.

## **INDAGINE RETROSPETTIVA SULL'IMPATTO RISCONTRATO DA INFEZIONE DA COVID-19 NEGLI OSPITI DEL NUCLEO ALZHEIMER DELLA RSA "SANDRO PERTINI" GARBAGNATE MILANESE**

Pelucchi Loris, Grassi Vanna, Gallo Stefania, Cattaneo Nicoletta, Clerici Danila,  
Guglielmo Mauro, Durante Rocco, Vignati Marco  
*Residenza Sanitaria Assistenziale Sandro Pertini, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese,  
Milano*

**Introduzione.** L'epidemia da Coronavirus all'interno delle RSA ha determinato un aumento degli eventi clinici avversi con incremento di ricoveri ospedalieri e della mortalità. Lo scopo dello studio è stato analizzare l'impatto delle infezioni da COVID-19 nel periodo marzo-dicembre 2020 nei soggetti del Nucleo Alzheimer (NA) della Residenza Sanitaria Assistenziale "S. Pertini", individuarne le ricadute e confrontare i dati con gli altri ospiti dell'RSA.

**Metodi.** La presenza degli ospiti nel NA era, in data 01/03/2020, di 21 persone [17 donne (80,95%) e 4 uomini (19,05%)] su un totale di 221 residenti nei nostri nuclei. Il campione dei soggetti presentava le seguenti caratteristiche: età media 83,93±5,17 nel NA (84,07±6,78 del totale degli ospiti; Classificazione media S.OS.I.A.: 3,17±1,48 (3,85±1,28 del totale degli ospiti).

**Risultati.** Durante il periodo osservazionale gli ospiti totali nel NA che non hanno contratto l'infezione, con esecuzione di ripetuti tamponi rino-faringei con esito negativo, è stato di 16, pari al 76,19% dei soggetti (14 donne e 2 uomini); il 39,82% (88 anziani) sono i residenti totali che non hanno contratto l'infezione. 5 soggetti del NA, pari al 23,81% (3 donne e 2 uomini), hanno contratto l'infezione, rispetto al 60,18% (133) degli ospiti totali. Per nessun ospite del NA che ha contratto l'infezione è stato necessario il ricovero ospedaliero per COVID-19; invece il totale degli ospiti con ricovero è stato di 52, pari al 39,09% sui residenti totali contagiati (36 donne, pari al 33,96% e 16 uomini, pari al 59,26%). Gli ospiti del NA contagiati senza un ricovero, ma è stato necessario intraprendere terapie specifiche, è stato di 1 (1 uomo), contro un numero di 26 (22 donne e 4 uomini) sul totale anziani contagiati. I soggetti del NA che hanno contratto l'infezione, senza alcuna sintomatologia, rilevato dall'esecuzione dei tamponi rino-faringei, è stato di 4 (3 donne e 1 uomo); il totale dei residenti che hanno contratto l'infezione, senza alcuna sintomatologia, è stato di 55 (pari al 45,28% delle anziane contagiate e 7 uomini, pari al 25,92% degli anziani contagiati). Nessun ospite del NA è deceduto per COVID-19. I residenti totali deceduti a causa del COVID-19 sono stati di 42 (28 donne, pari al 26,41% delle anziane contagiate e 14 uomini, pari al 51,85% degli anziani contagiati). La mortalità per COVID-19, dall'inizio dell'epidemia, è stata il 19% sugli ospiti totali presenti alla fine di febbraio 2020.

**Conclusioni.** Dalla nostra analisi, anche se in un piccolo campione di ospiti di un NA, è emerso da un lato l'isolamento di un nucleo protetto con riduzioni dei contatti tra le persone, e dall'altro l'applicazione di strategie ed opportunità preventive a livello sanitario ed assistenziale, ha permesso di contenere un evento clinico così esteso.

## STUDIO SIVAX-RSA

Pilotto Alberto

*Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione, E.O. Ospedali Galliera, Genova & Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi Aldo Moro, Bari*

I dati di efficacia e di sicurezza dei vaccini anti COVID-19 riguardanti i soggetti anziani residenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono ancora molto scarsi. In particolare, non sono ancora definite le percentuali ed il grado di efficacia di risposta al vaccino negli anziani con diverso grado di fragilità ed in quelli compromessi cognitivamente e/o affetti da demenza. Gli anziani più fragili, infatti, mostrano spesso una presentazione atipica di malattia COVID-19 e sono caratterizzati maggiormente dal fenomeno di immunosenescenza che può comportare una modificata risposta clinica allo stimolo antigenico indotto dalla vaccinazione. Lo studio “Monitoraggio della Vaccinazione COVID-19 in RSA: studio di coorte, prospettico, multicentrico, nazionale è uno studio di coorte, osservazionale, prospettico, multicentrico, nazionale (SIVAX-RSA)” è stato promosso dalla Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) con lo scopo di valutare in soggetti anziani residenti in RSA sottoposti a vaccinazione anti COVID-19: 1) il grado di efficacia, in termini di riduzione di severità della malattia COVID-19, ricoveri ospedalieri e mortalità e 2) il grado di sicurezza, in termini di comparsa di eventi avversi a breve e lungo termine. I soggetti anziani inclusi nello studio sono stratificati per grado di fragilità attraverso il Multidimensional Prognostic Index (MPI), strumento prognostico multidimensionale derivato da una Valutazione Multidimensionale (VMD) standard, validato in anziani residenti in RSA e ampiamente impiegato nella pratica clinica per definire in termini clinimetrici le caratteristiche di fragilità multidimensionale e favorire la gestione clinica dell’anziano nei diversi setting di ospedale, istituzionalizzazione e cure primarie. Nei soggetti con disturbi cognitivi e/o comportamentali è previsto un approfondimento diagnostico specifico al fine di definire gli aspetti neuro-cognitivi che possono influenzare direttamente o indirettamente gli outcome degli interventi sanitari negli anziani residenti in RSA. Nello studio sono inclusi soggetti residenti in RSA di entrambi i sessi e con età  $\geq 65$  anni che 1) vengono sottoposti a vaccinazione anti COVID-19 al momento dell’inclusione nello studio; 2) sono già stati vaccinati con vaccino anti-COVID-19; 3) non sono stati sottoposti a vaccinazione anti COVID-19 per qualsiasi motivo; 4) abbiano sottoscritto il consenso informato alla partecipazione allo studio. Sulla base dei dati della letteratura e sul calcolo della potenza dello studio è previsto l’arruolamento di circa 1.519 soggetti vaccinati e 168 non vaccinati, per un totale di 1.687 soggetti reclutati presso circa 70 RSA distribuite su tutto il territorio nazionale. In tutti i soggetti vengono raccolte informazioni anagrafiche (sesso, età), l’anamnesi clinica e farmacologica; la presenza di pregresso contagio da COVID-19 e lo stato vaccinale anti-COVID-19. La Valutazione Multidimensionale per il calcolo automatico del *Multidimensional Prognostic Index* (mediante software dedicato) prevede la raccolta dei seguenti parametri: 1) attività basali e strumentali della vita quotidiana (*Activities of Daily Living, Instrumental Activity of Daily Living*); 2) motilità mediante *Barthel Motility test*; 3) stato cognitivo mediante *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ); 4) stato nutrizionale mediante *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-

SF); 5) rischio di lesioni da decubito mediante scala di Exton-Smith; 6) numero farmaci assunti; 7) comorbidità mediante *Cumulative Index Rating Scale* (CIRS). Dai parametri sopra descritti che esplorano i domini 1-7 viene calcolato automaticamente dalla applicazione “calcolaMPI” inclusa nella eCRF il valore del *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) che presenta uno score da 0,0 a 1,0, i più alti valori indicanti un rischio più elevato di mortalità e fragilità. Inoltre nei soggetti che presentano alla valutazione cognitiva un punteggio di SPMSQ>3 (deficit cognitivo moderato o severo) sarà condotto un approfondimento diagnostico della sfera cognitivo-comportamentale mediante l’esecuzione di: 1) MMSE (*Mini Mental State Examination*); 2) UCLA NPI (*NeuroPsychiatry Inventory*-Università della California di Los Angeles); 3) 4AT (*Four “A” Test: alertness, abbreviated mental test, attention, acute change*); 4) utilizzo di AchEI, memantina o antipsicotici con necessità di Piano Terapeutico individuale. Il *follow-up* prevede la valutazione clinica di: a) diagnosi di COVID-19 (asintomatica o sintomatica) confermata con tampone molecolare o antigenico di 3<sup>a</sup> generazione); b) eventi avversi (relativi alla somministrazione del vaccino) e/o variazioni rilevanti dello stato di malattia; c) ospedalizzazione; d) mortalità dopo 1 mese, 6 mesi e 12 mesi dalla inclusione. Si prevede che lo studio sia concluso entro l’anno 2022.



## **◻ FONDO DEMENZE: UNA NUOVA SFIDA PER LA SANITÀ PUBBLICA. IL RUOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE**

Pirani Alessandro

(a) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AUSL Ferrara, Cento, Ferrara

(b) Associazione Alzheimer Francesco Mazzuca Onlus, Cento, Ferrara

Il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze hanno di recente istituito con Decreto Ministeriale il "Fondo per l'Alzheimer e le demenze" per "... migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e garantire la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer..." "... in applicazione al Piano Nazionale Demenze (PND) (GU n. 9, 2015)". La soddisfazione delle problematiche della demenza è particolarmente complessa in quanto patologia che esula dall'area strettamente biologica, clinico-terapeutica, della salute come ad es. l'ipertensione, il diabete, la BPCO, le cardiopatie, ecc ..., ma coinvolge nel contempo l'area psico-cognitiva e sociale del paziente e dura mediamente oltre 15-20 anni. Inoltre, a differenza di molte patologie croniche, la demenza non beneficia di farmaci *disease modifyng* per cui gli aspetti progressivamente invalidanti e le plurime problematiche assistenziali correlate si trasferiscono alla sfera familiare e socio-sanitaria. Le risposte a queste problematiche sono estremamente variegata a livello nazionale con marcate differenze, sia inter che intra regionali tra le AUSL, che generano molteplici *unmet needs* nelle persone con demenza e nei loro familiari, raccolti e denunciati dalle Associazioni dei pazienti e dei familiari. Sostanzialmente il DM ha l'obiettivo di dare risposte agli *unmet needs* e il Fondo mette a disposizione risorse per 4 riparti:

1. la redazione di Linee Guida sulla diagnosi e trattamento della demenza (SNLG); attori: ISS, Associazioni di pazienti e familiari, Società Scientifiche;
2. aggiornamento del PND; attori: ISS;
3. monitoraggio recepimento PND, aggiornamento mappa dei servizi dedicati, promozione prevenzione primaria e secondaria, iniziative di formazione in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale in particolare i familiari; attori: ISS, Tavolo Tecnico Demenze;
4. predisposizione ed attuazione da parte delle regioni e province autonome di piani triennali per specifiche aree di criticità nella diagnosi e presa in carico delle persone con demenza: 4.1) potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neuro-Cognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo; 4.2) diagnosi tempestiva del DNC maggiore; 4.3) sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali; 4.4) sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato, con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità della vita del paziente; 4.5) sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali,

cognitivi e psicosociali; attori: Regioni e PA. La valutazione e monitoraggio dei piani è affidata al Tavolo Tecnico Demenze.

Attualmente hanno aderito alla progettualità del punto 4) 10 regioni: Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Piemonte, PA Trento, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto. Il DM chiama esplicitamente in causa le Società Scientifiche al riparto 1) e, indirettamente, al riparto 3) e 4) in quanto componenti del Tavolo Tecnico Demenze (SINdem, SIMG, AIP). Il ruolo strategico delle Società Scientifiche è di collaborare assieme (*team working* intersocietario?), raccordandosi con le Associazioni dei pazienti e dei famigliari, per dare risposte agli *unmet needs*, già a partire dal riparto 3) (prevenzione e formazione). Questo ruolo diventa ancora più rilevante nel riparto 4) in quanto il DM assegna al Tavolo Tecnico:

- valutazione: coerenza organizzativa, fattibilità tecnica e finanziaria, appropriatezza interventi in base alle evidenze scientifiche, innovatività soluzioni proposte;
- monitoraggio semestrale: punti di forza trasferibili ad altre realtà regionali, criticità, ripianificazioni delle attività, obiettivi raggiunti/obiettivi riparametrati.

Le Società Scientifiche sono chiamate a fornire un contributo essenziale nel processo per la valutazione ed il monitoraggio del riparto 4, in particolare nei primi 3 punti che sono strutturali. Lo standard operativo di riferimento delle Società Scientifiche dovrà essere l'accurata armonizzazione dei percorsi operativi del riparto 4 in modelli basali di riferimento, efficaci ed efficienti, ubiquitariamente applicabili sul territorio nazionale, anche nelle Regioni che non hanno aderito al PND. Le Società Scientifiche, avendo il ruolo di presidiare e diffondere cultura ed innovazione scientifica a partire dalla revisione critica dei dogmi, devono operare, nell'ambito del Fondo Demenze, per eliminare il debito sanitario, assistenziale e sociale che le persone con demenza ed i loro famigliari spesso pagano nelle diverse realtà organizzative dei SSR per includerli tutti nel SSN, dall'Alpi al Manzanarre.

## COVID-19: MONITORAGGIO REMOTO DEI PAZIENTI CON DEMENZA CON QUICK DEMENTIA RATING SYSTEM

Pirani Alessandro (a,b), Tulipani Cristina (a), Tinarelli Valeria (b), Romagnoni Franco (c),  
Milani Paola (d), Gragnaniello Daniela (d)

(a) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AUSL Ferrara, Cento, Ferrara

(b) Associazione Alzheimer Francesco Mazzuca Onlus, Cento, Ferrara

(c) Progetto Demenze, AUSL, Ferrara

(d) Unità Operativa Neurologia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda  
Ospedaliero-Universitaria, Ferrara

**Introduzione.** Nel 2020, i Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze hanno chiuso al pubblico per mesi per pandemia COVID-19. Dovendo svolgere i controlli dei pazienti (pz) anche durante la chiusura senza i test previsti (*Mini-Mental State Examination, Activities of Daily Living, Instrumental Activity of Daily Living*), sono stati utilizzati strumenti alternativi quali il *Quick Dementia Rating System* (QDRS). Il QDRS oggettiva le sensazioni soggettive dei familiari trasformandole in valori numerici confrontabili da terzi e nel tempo. Lo studio ha valutato la capacità del QDRS di esaminare adeguatamente da remoto i pazienti.

**Metodi.** Il QDRS, questionario strutturato di 10 item compilato dal caregiver nella prima visita, raccoglie le problematiche cognitive, funzionali e comportamentali dei pazienti. È strutturalmente correlato alla *Clinical Dementia Rating scale* (CDR) e fornisce i medesimi indicatori: somma celle e stadio. Il controllo da remoto è stato eseguito due volte. Nella data programmata per controllo in presenza in periodo pre COVID, la neuropsicologa somministrava telefonicamente il QDRS al caregiver. Sono stati confrontati i valori della CDR da QDRS con la CDR rilevata nella visita in presenza pre e post COVID.

**Risultati.** Casistica: 26 pazienti (M: 28%). Caregiver. Coniugi: 8 (età media 75,9+6,3, mogli: 6); figli: 18 (età media 57,1+5,9, figlie: 14). Visita pre COVID. MMSE: 19,2+4,6; CDR: 1,5+0,62; Disturbo NeuroCognitivo (DNC) minore (CDR0,5): 4 pz; DNC maggiore Alzheimer: 9 pz (CDR1: 3; CDR2: 6); vascolare: 7 pz (CDR1: 2; CDR2: 5); fronto-temporale: 6 pz (CDR1: 2; CDR2: 4). 1° controllo da remoto. CDR: 1,52+0,65; DNC minore (CDR 0,5): 4 pz.; DNC Alzheimer: 9 pz (CDR1: 2; CDR2: 7); vascolare: 7 pz (CDR1: 2; CDR2: 5); fronto-temporale: 6 pz (CDR0,5: 1; CDR1: 2; CDR2: 3). 2° controllo da remoto. CDR: 1,74+0,57; DNC minore (CDR0,5): 2 pz; DNC Alzheimer: 10 pz (CDR1: 2; CDR2: 6; CDR3: 2); vascolare: 8 pz (CDR1: 2; CDR2: 6); fronto-temporale: 6 pz (CDR1: 2; CDR2: 4). Visita post COVID. MMSE: 17+5,6; CDR: 1,91+0,69; Disturbo NeuroCognitivo (DNC) minore (CDR0,5): 2 pz; DNC Alzheimer: 10 pz (CDR1: 2; CDR2: 6; CDR3: 2); vascolare: 8 pz (CDR1: 2; CDR2: 4; CDR3: 2); fronto-temporale: 6 pz (CDR1: 2; CDR2: 3; CDR3: 1). I dati indicano che i valori di CDR, extrapolati dal QDRS da remoto e confrontati con i valori pre e post COVID, restituiscono adeguatamente l'evoluzione clinico-funzionale della casistica.

**Conclusioni.** Le prime risultanze supportano l'uso del QDRS per monitorare da remoto i pazienti con DNC. Questo riscontro dovrà trovare conferma in una casistica consistente.

## **“CONOSCI E AFFRONTA”: PROGETTO PER LA DIADE PAZIENTE-CAREGIVER PER CONOSCERE LA DEMENZA**

Pirani Alessandro (a, b), Tulipani Cristina (a), Tinarelli Valeria (b), Romagnoni Franco (c),  
Milani Paola (d), Gragnaniello Daniela (d)

(a) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AUSL Ferrara, Cento, Ferrara*

(b) *Associazione Alzheimer Francesco Mazzuca Onlus, Cento, Ferrara*

(c) *Progetto Demenze, AUSL, Ferrara*

(d) *Unità Operativa Neurologia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara*

**Introduzione.** Nell’ambito del “Protocollo d’Intesa per il potenziamento della rete di servizi per le malattie dementigene provincia di Ferrara 2019-2021” è stato avviato il progetto “Conosci ed Affronta”. Il progetto ha come riferimento il primo dei 4 punti cardine del Piano Nazionale Demenze: “Aumentare le conoscenze sulla demenza della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari.”. “Conosci ed Affronta” è finalizzato ad ampliare la conoscenza della demenza integrando la comune percezione delle amnesie come sintomo cardine della demenza con i meno noti aspetti funzionali e comportamentali correlati, spesso destruenti per i famigliari-caregiver. Il progetto si basa sulla somministrazione del questionario strutturato *Quick Dementia Rating System* (QDRS). Lo studio ha valutato se il QDRS migliora la comprensione complessiva nella diade paziente-caregiver della comunicazione della diagnosi.

**Metodi.** Il QDRS è composto da 10 item che indagano le problematiche cognitive, funzionali e comportamentali del paziente. Alla prima visita nel Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), il famigliare viene istruito a compilare il QDRS, una copia del quale viene poi consegnata al caregiver per monitorare il decorso clinico del paziente al domicilio. Prima di compilare il QDRS, i caregiver rispondevano alla domanda: “Ritiene di avere necessità di una più ampia conoscenza dei disturbi della memoria del suo famigliare anche per una migliore gestione domiciliare: sì, no?”. Anche ai caregiver che rispondevano “no” è stato chiesto di collaborare compilando il QDRS. Dopo la comunicazione della diagnosi alla diade, ai caregiver è stata formulata la domanda: “Ritiene che il QDRS sia stato utile per conoscere in modo più dettagliato i disturbi e le problematiche causate dalla demenza nel vostro famigliare e controllarne la gestione a casa: sì, no, non saprei?”.

**Risultati.** Casistica diadi: 17 pazienti (età media 80+4,6; F 59%; CDR 2+0,8), caregiver: coniugi: 3; figli 12; nipoti 2 (età media 54,4+12,1, F 65%). Alla domanda preliminare al QDRS sulla necessità di avere una più ampia conoscenza della demenza l’82% ha risposto “sì”, mentre il 18 % “no”. Alla domanda finale sull’utilità del QDRS nel migliorare la conoscenza della demenza le risposte sono state: “sì” 94%; “no” 0; “non saprei”: 6 %.

**Conclusioni.** I dati preliminari, su una casistica ridotta, sembrano indicare che la compilazione del QDRS da parte del caregiver alla prima visita nel CDCD, sia utile a migliorare la comprensione complessiva di tutti i disturbi causati dalla demenza. Questo riscontro dovrà trovare conferma in una casistica consistente ed in altre ricerche.

## ◉ IMPLICAZIONI NEURO-PSICO-SOCIALI DELLA PANDEMIA E LONG-COVID NEI SOGGETTI ANZIANI

Poloni Tino Emanuele (a,b), Medici Valentina (a), Moretti Matteo (c), Visonà Silvia Damiana (c), Rolandi Elena (d), Gagliardi Stella (e), Pansarasa Orietta (e), Cereda Cristina (f), Colombo Mauro (a), Ceretti Arcangelo (a), Ceroni Mauro (g,h), Guaita Antonio (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia-Neuropatologia e Brain Bank, Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(b) *Dipartimento di Riabilitazione, ASP Golgi Redaelli, Abbiategrasso, Milano*

(c) *Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi, Pavia*

(d) *Dipartimento di Neuropsicologia, Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(e) *Unità di Genomica e Post-Genomica, IRCCS Fondazione Mondino, Pavia*

(f) *Dipartimento Screening Neonatale e Malattie Metaboliche, Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi, Milano*

(g) *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Fondazione Mondino, Pavia*

(h) *Dipartimento di Malattie Neurologiche e del Comportamento, Università degli Studi, Pavia*

**Introduzione.** COVID-19 ha notevolmente influenzato la salute generale degli anziani attraverso effetti biologici e psicosociali; è probabile che le sequele a lungo termine della malattia (*long-COVID*) saranno prevalenti nelle persone in età senile. Per scoprire le conseguenze neurologiche psico-comportamentali di COVID-19, e le possibili implicazioni nella genesi del *long-COVID* presentiamo i dati di 4 diversi studi.

**Metodi.** Studio 1: studio retrospettivo su 59 soggetti con demenza e COVID-19, condotto durante il picco pandemico del 2020, mirato a identificare prevalenza e significato prognostico del delirium come sintomo di esordio di COVID-19. Studio 2: confronto neuropatologico tra 9 casi COVID-19 (con e senza demenza) e 6 controlli non-COVID abbinati. I cervelli sono stati analizzati per determinare la presenza di SARS-CoV-2, linfociti, astrociti, endotelio, microglia, patologia Alzheimer e presenza di malattia dei piccoli vasi (SVD). Studio 3: analisi della corteccia fronto-basale degli stessi casi COVID-19 alla ricerca del genoma di SARS-CoV-2, mediante qRT-PCR e ddPCR, e analisi RNA-seq per evidenziare la firma trascrizionale dei casi COVID-19. Studio 4: indagine telefonica durante il *lockdown*, condotta su 204 anziani già valutati cognitivamente; è stato usato un questionario strutturato per variabili psico-socio-comportamentali, analizzate con regressione logistica per accertare i loro effetti su umore e memoria.

**Risultati.** Studio 1: *delirium* come sintomo di esordio (ipoattivo o iperattivo) è stato osservato nel 37% dei casi. L'esordio con *delirium* era fortemente associato a una mortalità più elevata ( $p < 0,001$ ) con aumento del rischio di mortalità (OR:17,0 - 95%CI:2,8-102,7;  $p = 0,002$ ). Studio 2: i cervelli COVID-19 mostravano alterazioni ipossico-agoniche aspecifiche, e un grado variabile di patologia Alzheimer/SVD preesistente. Il quadro era dominato da iperattivazione dell'immunità innata (noduli di microglia ameboidi CD68-positiva), con scarsità di linfociti e minime tracce antigeniche di SARS-CoV-2 solo nel

tronco encefalico ove l'attivazione microgliale era predominante ( $p=0,046$ ). Nei casi di COVID-19 con *delirium* vi era un incremento della microglia nell'ippocampo ( $p=0,048$ ). Studio 3: la quantità di RNA virale nella corteccia frontale era minima (qRT-PCR+ in 1/9), rilevabile solo con metodica molto sensibile (ddPCR+ in 8/9: 88% dei casi). La firma trascrizionale COVID-19 nel cervello mostrava deregolazione delle vie metaboliche legate all'ipossia e aumento del modulatore microgliale lncRNA CTB-3601.7. Studio 4: i soggetti con demenza erano meno in grado di adattarsi e più depressi. Il peggioramento della memoria si è verificato nei pazienti con demenza ( $p=0,006$ ).

**Conclusioni.** Il *long*-COVID negli anziani non sembra essere dovuto a invasione cerebrale diretta da parte di SARS-CoV-2 ma derivare da complesse interazioni tra fattori biologici e psicosociali.

## ELABORAZIONE DEL LUTTO AL TEMPO DEL COVID-19

Provenzano Giuseppe (a), Gucciardino Liana (a), Sgarito Claudia (a), La Sala Paola (a), Rizzo Anita (b), Militello Eva (a)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale 1, Agrigento

(b) Unità Operativa Complessa Psicogeriatria, Azienda Sanitaria Provinciale 1, Agrigento

**Introduzione.** La pandemia COVID-19 ha rappresentato una delle peggiori crisi di salute pubblica del secolo; in questo anno e mezzo abbiamo assistito, come spettatori passivi e attoniti, al susseguirsi di morti silenziose e solitarie tra le mura di una terapia intensiva o in strutture residenziali che non permettevano più l'accesso agli esterni. I pazienti, in particolare anziani, venivano convulsamente trasportati in Ospedale con la paura che quello fosse l'ultimo viaggio, l'ansia e l'angoscia dei parenti di non poterli rivedere, di non poterli assistere, di non poterli accompagnare in questa ultima fase della vita, ha creato un stato di angoscia e manifestazioni di depressione tra numerosi caregiver per mancata elaborazione del lutto. L'Unità Operativa Complessa Malattie Degenerative ed Involutive dell'Azienda Sanitaria Provinciale 1 Agrigento, raccogliendo questo bisogno e rilevando l'acuirsi di forme depressive nei caregiver ha istituito uno sportello di supporto psicologico dedicato all'elaborazione del lutto.

**Metodi.** Lo sportello di supporto proattivo e qualificato in modalità telematica è stato pensato per rispondere al bisogno delle persone in stato di fragilità e vulnerabilità alle prese con le conseguenze psicologiche ed emotive dovute alla mancata elaborazione del lutto. Le principali finalità: 1) offrire aiuto e strumenti per gestire il disagio psicologico legato ad un lutto da COVID-19; 2) prevenire esiti di cronicità del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) e del Lutto Complicato. Interventi: informazioni, contenimento emotivo, riorientamento esperienziale dell'evento luttuoso, supporto psico-sociale, monitoraggio telefonico attraverso l'utilizzo di questionari per raccogliere il *feedback*.

**Risultati.** Già nelle prime settimane di attività il servizio si è occupato di 164 caregiver del servizio Alzheimer, nei quali è stata riscontrata la presenza di una sintomatologia assimilabile al DPTS. Le consultazioni con gli esperti, attraverso un ascolto empatico del dolore e dell'angoscia connessa alla perdita, hanno favorito l'attivazione, in molti di loro, di un processo di ri-elaborazione del lutto. Tutto ciò ha consentito l'acquisizione di competenze emotive e cognitive utili per affrontare non solo l'evento traumatico, ma anche il periodo di post-emergenza.

**Conclusioni.** L'emergenza ci ha catapultato in una dimensione che difficilmente avremmo potuto immaginare, con una perdita improvvisa ed impensata delle persone care e particolarmente fragili, questo sportello, sperimentato come risposta ad un nuovo bisogno, ha riscontrato un'ottima risposta. La partecipazione dei caregiver, ha messo in evidenza, oltre che la necessità di voler condividere i propri vissuti legati al lutto e all'emergenza, anche il desiderio di approfondire tematiche riguardanti le misure a sostegno delle famiglie.

## NON DA SOLI. UN MODELLO DI CURA A DISTANZA PER PAZIENTI E CAREGIVER DURANTE LA PANDEMIA

Provenzano Giuseppe (a), Gucciardino Liana (a), Sgarito Claudia (a), La Sala Paola (a), Mantia Vania (b), Mancuso Danielle (b), Infantino Daria (c)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale 1, Agrigento

(b) Azienda Sanitaria Provinciale 1, Centro Diurno Sciacca, Agrigento

(c) Azienda Sanitaria Provinciale 1, Unità Operativa Complessa Psicogeriatrica, Centro Diurno Sciacca, Agrigento

**Introduzione.** In conseguenza delle misure di contrasto alla diffusione del COVID-19, la sospensione delle attività presso il servizio di semiresidenzialità del Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di Sciacca ha comportato una riprogrammazione del lavoro di cura rivolto a pazienti e famiglie. Essere caregiver di un malato di Alzheimer durante la pandemia significava risentire della propria condizione di isolamento forzato e contestualmente farsi carico degli effetti che un prolungato isolamento provoca sulle condizioni fisiche e cognitive di una persona con demenza.

**Metodi.** Il Servizio ha sperimentato un nuovo modello di intervento riabilitativo e di socialità, che ha permesso il mantenimento di una rete di supporto, una comunità alternativa, proponendo attività tramite due canali, telefonico e digitale, anche in base alle diverse familiarità coi mezzi di comunicazione:

- un gruppo WhatsApp fra caregiver, operatori, volontari Avulss e Cittadinanza Attiva, in cui proporre attività ricreative e stimolanti da svolgere insieme ai familiari con demenza, condividendo materiale da scaricare e video tutorial;
- contatti telefonici per garantire spazi di sostegno psicologico e accogliere i bisogni emersi attraverso questionari;
- gruppi psicoeducativi in videoconferenza per fornire un decalogo di consigli e buone prassi da seguire nella pianificazione della routine quotidiana;
- attività di socialità e condivisione di eventi personali (compleanni, ricorrenze, preghiere) realizzate con i volontari;
- monitoraggio telefonico per raccogliere feedback rispetto alle risorse erogate.

**Risultati.** Dalle restituzioni dei caregiver, sembra che aver programmato le attività quotidiane, mantenendo una scansione temporale simile di tutte le giornate, abbia contribuito ad evitare una eccessiva condizione di apatia e a ridurre la comparsa di quei sintomi che, nelle persone con demenza, spesso si manifestano dall'ora del tramonto in poi (stato confusionale, agitazione, deliri). Nel rispetto delle possibilità di ciascuno, il coinvolgimento nelle attività domestiche come cucinare insieme o riordinare vecchi libri e foto, stimola diversi domini cognitivi, funzioni esecutive, attenzione e memoria, e trasversalmente agisce sul tono dell'umore dei pazienti.

**Conclusioni.** Trasformare il tempo da trascorrere in casa forzatamente nell'occasione di sperimentare un modo diverso di vivere accanto ad una persona con demenza, facendo attenzione ai suoi limiti e alle sue risorse, offre agli anziani la possibilità di sentirsi ancora capaci e utili, contribuendo a migliorarne l'autostima, e guida il familiare alla scoperta di un nuovo ruolo di caregiver, che non si limita ad assistere, piuttosto accompagna con cura.



**PO** “OLD DOGS NEW TRICKS”:  
**DATI NORMATIVI ITALIANI AGGIORNATI  
DEL REY AUDITORY VERBAL LEARNING TEST**

Ricci Monica (a), Ruggeri Massimiliano (a,b), Gnisci Cristina (a), Pizzoni Luca (a), Gerace Carmela (a), Blundo Carlo (a)

(a) Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

(b) Centro Riabilitazione, Cooperativa sociale di Azione Riabilitativa (CAR), Roma

**Introduzione.** Il *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) è un test largamente utilizzato e tradotto in moltissime lingue; è di facile utilizzo e fornisce diversi indici. L’analisi dei suoi punteggi consente di identificare diversi profili di compromissione della memoria: apprendimento/codifica (*encoding*), recupero spontaneo (*retrieval*) e consolidamento/immagazzinamento. C’è evidenza che diversi pazienti (epilettici, con disturbi soggettivi di memoria, soggetti sani familiari di pazienti affetti da malattia di Alzheimer ereditaria) presentano un fenomeno di compromissione della memoria che non si evidenzia durante valutazioni neuropsicologiche standard (in genere ad intervalli di 15-30 minuti), ma diventa evidente a distanza di giorni o settimane (ALF: *Accelerated Long Term Forgetting*). È nata quindi la necessità di avere strumenti di valutazione con dati normativi in grado di migliorare la diagnosi clinica. Lo scopo di questo studio è quello di ottenere dati normativi aggiornati del RAVLT completi di tutti i *trials* del test a cui si aggiungono ulteriori Indici Compositi in grado di migliorare l’accuratezza diagnostica.

**Metodi.** Sono stati arruolati 440 soggetti sani provenienti da diverse regioni italiane e di età compresa fra i 20 e i 91 anni. La procedura di somministrazione del RAVLT consiste nella lettura di una lista di 15 parole (Lista A) per 5 volte consecutive (*trial* di apprendimento); subito dopo viene presentata la lista di interferenza (Lista B) a cui segue la rievocazione spontanea della lista A; dopo 15 minuti viene testato il recupero spontaneo ed il riconoscimento della lista A. A distanza di una settimana il recupero spontaneo e la prova di riconoscimento della lista A fra distrattori viene nuovamente testata.

**Risultati.** Sono stati calcolati i limiti di tolleranza al 95% per il 95% di intervallo di confidenza di ogni Punteggio e Indice Composito del RAVLT, usando procedure parametriche e non parametriche, in base alla distribuzione dei punteggi. I valori al di sotto del limite di tolleranza (o al di sopra a seconda dei casi) sono stati considerati non normali. Sono state costruite griglie di correzione per ogni combinazione di età, scolarità ed in alcuni casi sesso in base al miglior modello di regressione lineare.

**Conclusioni.** Il RAVLT è uno strumento particolarmente efficace nonostante la sua semplicità. Questo è il primo studio che fornisce dati normativi su popolazione italiana di tutti i singoli punteggi e dei suoi Indici Compositi sia per intervalli brevi (i.e. 15 minuti) che lunghi (i.e. 1 settimana).

## **CARO CAREGIVER: ANDAMENTO NEL TEMPO DELLO STRESS NEI FAMILIARI DI PERSONE CON DEMENZA. UNA VALUTAZIONE DA DIFFERENTI PUNTI DI OSSERVAZIONE**

Riolo Antonio (a), De Vanna Floriana (b), Lussignoli Giulia (c), Bove Raffaele (d), Di Natale Rosa (e)

(a) Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, CDCD, Trieste

(b) Centro Diurno per il Supporto Cognitivo e Comportamentale delle Persone Affette da Demenza, Gocce di Memoria, Anthropos Società Cooperativa Sociale, Giovinazzo, Bari

(c) Fondazione Brescia Solidale Onlus, RSA Aperta, Brescia

(d) Unità Operativa Complessa Neurologia, Ospedale S. Eugenio, ASL ROMA 2, Roma

(e) RSA Fondazione Santa Maria del Castello, Carpenedolo, Brescia

**Introduzione.** La demenza può essere considerata una malattia sociale, devastante per chi ne è affetto e con pesanti ripercussioni per tutto il nucleo familiare. Essere un caregiver rappresenta una sfida complessa in cui il peso emotivo si interseca con questioni sanitarie, legali, organizzative, psicosociali e non solo, che interferiscono con la qualità della propria vita. Malgrado si riconosca il caregiver come risorsa fondamentale per il benessere del paziente, occorre sottolineare che tale risorsa non è infinita. Sottovalutare erroneamente l'importanza di prendersi cura del benessere anche del caregiver può produrre infatti notevoli conseguenze in termini di salute psicofisica.

**Metodi.** La presente ricerca valutativa si propone di monitorare nel tempo potenziali livelli di *burden* nei caregiver di persone con demenza, in cinque differenti ambiti di osservazione (Ospedale, Centro Diurno, Residenzialità, RSA Aperta, Distretto), distribuiti diversamente in Italia (Trieste, Roma, Brescia, Giovinazzo). Per misurare il carico di stress, sono stati utilizzati 2 strumenti *self-report* (*Zarit Burden Interview - ZBI* e *Caregiver Burden Inventory - CBI*), proposti ad una coorte di caregiver entrati in contatto con i vari servizi. I caregiver esaminati nel mese di aprile (T<sub>0</sub>), sono stati successivamente rivalutati a giugno (T<sub>1</sub>) e ad agosto (T<sub>2</sub>). I caregiver esaminati nel mese di maggio (T<sub>0</sub>) sono stati rivalutati a luglio (T<sub>1</sub>) e a settembre (T<sub>2</sub>). I dati raccolti saranno incrociati con età dei caregiver, genere, grado di parentela, stadio di malattia.

**Risultati.** In totale è stato esaminato un campione di circa 118 caregiver. All'interno dei singoli ambiti di osservazione sono stati raccolti: 3 questionari in Ospedale, 28 questionari all'interno di un Centro Diurno, 24 questionari all'interno di Residenzialità, 25 questionari all'interno di una RSA Aperta e 38 questionari all'interno di un Distretto. Si precisa che l'ultima rilevazione (T<sub>2</sub>) è attualmente ancora in corso. Pertanto per la stesura definitiva dei risultati e loro interpretazioni bisognerà attendere il termine della mensilità in corso. Tutti i dati raccolti saranno analizzati complessivamente e dettagliatamente, incrociando i risultati rispetto alle seguenti variabili: età media dei caregiver, genere dei caregiver, grado di parentela con l'assistito, stadio della malattia dell'assistito e tipologia di demenza. Sarà altresì

effettuata un'analisi dettagliata della CBI e della ZBI, valutando eventuali cambiamenti nei tre tempi di somministrazione e a seconda di ogni singolo ambito di osservazione.

**Conclusioni.** Tale progetto è da collocare nel perimetro della ricerca-azione finalizzata nello specifico alla prevenzione di alti livelli di burden nei caregiver e alla creazione di una rete di sostegno. Dato emergente è stato rappresentato dalla constatazione che in alcuni ambiti di osservazione, in questo particolare periodo pandemico, la rilevazione è stata resa più difficoltosa per l'inaccessibilità dei caregiver. Si precisa inoltre che per la stesura delle conclusioni bisognerà attendere il termine della mensilità in corso e l'analisi approfondita dei risultati emersi.

## **PO** DEMENZA NETWORK SURVEY-DNS-21. INDAGINE ONLINE SULL'ATTIVITÀ DEI CDCD DI PUGLIA E BASILICATA. MAPPATURA DEI SERVIZI E DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI

Rizzi Ezia (a,b), Iaia Marika (a), Chiarello Ylenia (a), Giaquinto Francesco (a), Macchitella Luigi (a), Tosi Giorgia (a,b), Angelelli Paola (a), Romano Daniele Luigi (a,b)  
(a) Dipartimento di Storia, Società e Studi sull'Uomo, Università del Salento, Lecce  
(b) Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, Milano

**Introduzione.** *Dementia Network* è un ampio progetto finanziato da Fondazione con il Sud che ha due grandi obiettivi: 1) indagare l'attività dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) in due regioni italiane (Puglia e Basilicata); 2) indagare la complessità del funzionamento cognitivo attraverso tecniche di analisi multivariata. Il secondo obiettivo è subordinato al primo, solo dopo avere mappato gli strumenti e i test neuropsicologici utilizzati per la diagnosi delle demenze sarà possibile studiare le performance ai test dei pazienti. In questa sede presentiamo il lavoro di mappatura dei CDCD di Puglia e Basilicata.

**Metodi.** Operatori della sanità pubblica (es. neurologi, psicologi, geriatri) hanno preso parte ad un questionario online tra giugno e settembre 2021. Il questionario comprendeva due sezioni. La prima, mirava a determinare le caratteristiche del CDCD (es. il personale, le attrezzature e strumenti diagnostici utilizzati) e i pazienti che beneficiano del servizio sanitario (es. genere, età e scolarità). La seconda indagava le procedure di valutazione neuropsicologica utilizzate nel servizio.

**Risultati.** Siamo stati in grado di individuare 2 CDCD in Basilicata e 26 in Puglia. La distribuzione sul territorio risulta relativamente omogenea in base alle provincie. Allo stato attuale hanno risposto al questionario 8 su un totale di 28 centri contattati (28%). Le analisi preliminari mostrano che i neurologi sono principalmente coinvolti nel processo diagnostico. I pazienti che accedono al servizio hanno più frequentemente un'età compresa tra i 65 e gli 80 anni e sono principalmente di genere femminile, con un livello di istruzione più frequentemente di livello medio o elementare. Accedono al servizio su invio di un neurologo e del medico di medicina generale. Il supporto di esami strumentali è limitato alle neuroimmagini strutturali e solo raramente sono disponibili altre tecniche. Le diagnosi più frequenti sono la malattia di Alzheimer e demenza vascolare. Rispetto alla valutazione neuropsicologica emerge un quadro molto eterogeneo, con alcuni test usati presso tutti i centri rispondenti. I centri riportano di usare prevalentemente protocolli standard, ma sono presenti anche casi di centri che usino protocolli costruiti *ad hoc* in base all'invio del paziente. Oltre alla valutazione dello stato cognitivo, tutti i centri valutano l'autonomia di base e funzionale del paziente, oltre a misurarne lo stato dell'umore con strumenti specifici.

**Conclusioni.** Lo studio ha permesso di rilevare le diverse figure responsabili della diagnosi di demenza nei CDCD (in prevalenza neurologi), la tipologia di pazienti che accedono ai servizi, le persone incaricate della valutazione neuropsicologica e la

tipologia di test utilizzati. Al momento della scrittura di questo abstract i dati sono ancora in fase di raccolta. Il quadro, parziale, che ne risulta è sicuramente eterogeneo rispetto agli strumenti usati, mentre è più omogeneo per quanto riguarda le caratteristiche dei centri e i pazienti che ne necessitano i servizi.

## **CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE E RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE: INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA PER IL TELEMONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN EPOCA COVID**

Rosso Mara (a), Papurello Martina (b), Rosso Silvia (c), Bongioanni Maria Roberta (a)  
(a) *Struttura Complessa Neurologia, Ospedale SS Annunziata, CDCD ASL CN 1, Savigliano, Cuneo*  
(b) *Specialistica Ambulatoriale Territoriale, CDCD ASL CN 1, Savigliano-Fossano-Mondovì, Cuneo*  
(c) *Struttura Semplice Neuropsicologia Clinica, CDCD ASL CN 1, Cuneo*

**Introduzione.** L'Istituto Superiore di Sanità raccomanda la strutturazione di interventi da remoto per garantire la multidisciplinarietà e la tempistica corretta di *follow-up* per pazienti in carico ai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), sia che vivano al proprio domicilio sia che siano ospiti di strutture residenziali. Il CDCD ASL CN 1, fin dall'inizio della pandemia, ha garantito la possibilità di contatto mail e telefonico per i suoi pazienti/caregiver per fornire informazioni puntuali e gestire al meglio situazioni urgenti (in genere psico-comportamentali). Inoltre, fin dall'inizio delle restrizioni, sono stati elaborati ed attivati in emergenza vari interventi da remoto, tra cui la tele-cooperazione con le Residenze Sanitarie Assistite (RSA), attraverso la predisposizione di un'intervista semistrutturata.

**Metodi.** Il format, compilato dal personale sanitario delle RSA, prevede una sezione relativa alle condizioni generali di salute del soggetto (raccordo anamnestico dall'ultima visita CDCD, terapia in corso, trend medio parametri vitali, situazione nutrizionale/peso/disfagia, continenza/alvo, decubiti e sonno) ed una sezione relativa al funzionamento ambientale (*Activities Daily Living/Instrumental Activities Daily Living* o *Barthel Index*) e cognitivo (*Mini Mental State Examination* -obbligatorio per pazienti con farmaci in nota 85- o *Short Portable Mental Status Questionnaire*) e alla presenza di *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (obbligatorio in caso di neurolettici *off-label NeuroPsychiatric Inventory Questionnaire* o scheda Area Disturbi Comportamentali, derivata da Cartella Unità Valutativa Geriatrica Regione Piemonte).

**Risultati.** Tra il 15/06/2020 e il 15/07/2021 sono stati monitorati 40 pazienti in struttura (di cui 8 deceduti per varia causa in tale periodo); l'intervista semistrutturata, è stata accompagnata da contatto telefonico con persona di fiducia del paziente e seguita da redazione di relazione clinica ed eventuali piani terapeutici (farmaci in nota 85) e/o fogli di monitoraggio per neurolettici *off-label*, inviati in forma criptata via mail. La collaborazione ha coinvolto 24 RSA, di cui 3 Nuclei Alzheimer Temporanei. Le prestazioni erogate dal Servizio sono state in totale 82.

**Conclusioni.** L'utilizzo di intervista semistrutturata ad integrazione delle telefonate tra CDCD-RSA e tra CDCD-persona di fiducia, hanno permesso di monitorare in modo agevole ed adeguato l'andamento clinico dei pazienti già in carico. In considerazione della

possibilità di nuove restrizioni correlate alla pandemia, del trend incrementale delle persone con demenza non residenti a domicilio, delle difficoltà organizzative/strutturali nel garantire tempi e spazi adeguati per le visite in presenza, si ritiene utile proseguire con la proposta da parte del CDCD di questa attività da remoto, in alternativa alle visite di controllo ambulatoriali.

# **PO** INDAGINI NEUROPSICOLOGICHE NELLA SINDROME POST-COVID-19: UNA CASE-SERIES DI 15 PAZIENTI CON DISTURBO COGNITIVO SOGGETTIVO, SINDROME FRONTO- TEMPORALE E *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Ruggeri Massimiliano (a,b), Pagliaro Michela (b), Ricci Monica (a), Gerace Carmela (a)  
(a) Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma  
(b) Centro Riabilitazione, Cooperativa sociale di Azione Riabilitativa (CAR), Roma

**Introduzione.** Molti pazienti dopo la guarigione da COVID-19 lamentano il cosiddetto *brain-fog*, con disturbi aspecifici nell'attenzione, memoria, linguaggio e funzioni esecutive. Tuttavia, la maggior parte degli studi precedenti non è riuscita a delinearne chiaramente le caratteristiche, e la loro eziopatogenesi è ancora indefinita. Lo scopo di questo studio osservazionale è di contribuire all'identificazione dei disturbi neuropsicologici nella sindrome *post-COVID-19* e relative ipotesi eziopatogenetiche.

**Metodi.** 15 pazienti (11 adulti, 4 anziani) che riferivano difficoltà cognitive dopo la guarigione da infezione da SARS-Cov-2, hanno effettuato una valutazione neuropsicologica approfondita circa 3-6 mesi dopo la guarigione. Il quadro clinico dei soggetti era molto eterogeneo per età, comorbidità, gravità della SARS, e intensità dell'ossigenoterapia. Sono stati somministrati test per l'attenzione, memoria a breve e lungo termine, funzioni esecutive e linguaggio. I 4 pazienti anziani hanno effettuato una valutazione cognitiva anche per lo screening del deterioramento cognitivo. Il quadro emotivo e cognitivo *post-COVID* è stato valutato con il questionario *ad hoc* Neuro-COVID e la *Depression Anxiety Stress Scale*.

**Risultati.** Gli 11 pazienti adulti presentavano un profilo cognitivo eterogeneo per gravità, con prestazioni globalmente inferiori alla media o ai limiti inferiori, ed in 7 su 11 casi deficitari, nella *working memory*, memoria episodica, recupero del lessico e *problem-solving/organizzazione*. In 5 casi abbiamo osservato il fenomeno dell'*accelerated long-term forgetting* nel *1-week delay Recall* del *Rey Auditory Verbal Learning Test*. I 4 soggetti anziani invece presentavano un quadro di deterioramento cognitivo insorto dopo il COVID-19. Tutti i pazienti mostravano disturbi ansioso-depressivi da lievi a gravi e in 4 pazienti lievi disturbi neuropsichiatrici (*delirium*, disturbi ossessivo-compulsivi e dissociativi, disturbo post traumatico da stress, disturbo comportamentale del sonno REM); 3 casi hanno evidenziato anche complicazioni motorie (mielite, parkinsonismo, demielinizzazione). Le poche risonanze magnetiche cerebrali effettuate non mostravano alterazioni riconducibili all'infezione SARS-Cov-2, tranne un caso di sospetta demielinizzazione.

**Conclusioni.** I pazienti presentavano un quadro neuropsicologico eterogeneo e di difficile inquadramento, compatibili in alcuni casi con un disturbo cognitivo soggettivo, in altri con una sindrome cognitiva fronto-temporale, e sporadici disturbi neuropsichiatrici. La gravità degli esiti neuropsicologici era associata principalmente alla gravità della SARS e non ai disturbi dell'umore. I pazienti anziani hanno invece evidenziato un quadro di *Mild Cognitive Impairment* *post-COVID-19*, in cui l'infezione potrebbe aver slentizzato o



peggiore una sospetta pregressa iniziale condizione neurodegenerativa. Questi risultati indicano un interessamento delle regioni prefrontali e temporali, sia corticali che delle aree limbiche, suggestivi di una sospetta sofferenza cerebrale ipossica subclinica e/o *neuroinvasion* diretta delle aree limbiche attraverso la via olfattoria e del tronco encefalico.

## RIABILITAZIONE DI PAZIENTI CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE DI TIPO MODERATO

Salotti Paolo (a), Priori Francesca (a), Bellucci Nathalie (a), Milioni Noemi (a), Capati Elisa (b), Barberi Silvia (b), De Sanctis Brunetto (a)

(a) Rete Territoriale Disturbi Cognitivi e Demenza, Azienda Unità Sanitaria Locale, Viterbo

(b) AUSER – Associazione per l’Invecchiamento Attivo, Tuscia, Viterbo

**Introduzione.** Tale lavoro è frutto di un’integrazione tra Servizio pubblico e l’associazione di volontariato Auser Tuscia con cui la ASL Viterbo ha stabilito un protocollo di intesa e collaborazione. L’attività riabilitativa è stata svolta su 7 pazienti di età compresa tra 75 e 85 anni con una diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore di tipo moderato in carico presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze territoriale di Soriano nel Cimino (Viterbo).

**Metodi.** Il percorso di stimolazione cognitiva ambulatoriale ha avuto la durata di tre mesi con due sedute settimanali di un’ora e mezza (per un totale di 24 incontri). È stato utilizzato del materiale strutturato appositamente costruito sulla base del modello teorico di Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST) di Aimée Spector, esercitando le abilità di orientamento, memoria, linguaggio, attenzione, calcolo ed anche quelle affettive e relazionali. Tutti i pazienti prima e dopo l’intero ciclo di stimolazione cognitiva hanno effettuato una valutazione con test cognitivi (MMSE -*Mini Mental State Examination* e MODA - *Milan Overall Dementia Assesment*) e test affettivi (GDS - *Geriatric Depression Scale*). Alla fine del trattamento è stata condotta un’analisi statistica per verificare la significatività delle differenze sui punteggi ottenuti prima e dopo l’intervento utilizzando il test di Wilcoxon, basato sulla media per dati non parametrici.

**Risultati.** Un’analisi qualitativa globale dei risultati mostra che i punteggi dei test MMSE e MODA, conformemente alle attese, presentano un andamento crescente, mentre al contrario quelli del test GDS un andamento decrescente. Il gruppo ha mostrato tra la seconda e la prima valutazione per il MMSE differenze positive (3,21) e per il GDS differenze negative (-5,00) risultate essere entrambe statisticamente significative ( $p < ,05$ ), mentre per il MODA si sono ottenute differenze positive (7,72) che però non hanno raggiunto il livello di significatività statistica.

**Conclusioni.** I pazienti con demenza moderata trattati per tre mesi hanno mostrato al post-test un miglioramento sia nel funzionamento cognitivo globale che nel tono dell’umore, in linea con le evidenze della letteratura relativa all’efficacia della terapia di stimolazione cognitiva. Il risultato non significativo al MODA, pur se tendenzialmente positivo, potrebbe spiegarsi per la sua diversa sensibilità rispetto al MMSE a rilevare i cambiamenti negli stadi più avanzati della malattia e anche per gli aspetti comportamentali quotidiani oltre che cognitivi rilevati che non sono oggetto del trattamento. Complessivamente i dati indicano una tendenza al miglioramento, o comunque un mantenimento, della competenza cognitiva ed affettiva dei pazienti trattati.

## **FONDO DEMENZE: UNA NUOVA SFIDA PER LA SANITÀ PUBBLICA. IL RUOLO DELLE REGIONI**

Scalmana Silvia, Mastromattei Antonio

*Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area Rete Integrata del Territorio, Regione Lazio, Roma*

Il Fondo per l'Alzheimer e le Demenze, istituito dalla L. 30 dicembre 2020 n. 178 con l'obiettivo di "migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e di garantire la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da Malattia di Alzheimer .... con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023". Il Fondo è destinato al finanziamento delle linee di azione previste per le Regioni e Province Autonome in applicazione del Piano Nazionale Demenze (PND) – strategie per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze (2015). Nel Piano era prevista l'attivazione di un Tavolo di confronto permanente tra il Ministero della Salute e le Regioni, che si avvale del contributo scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Associazioni nazionali dei familiari dei pazienti, integrato dalle rappresentanze sociali. Il Tavolo di monitoraggio, operativo già dal 2015, ha prodotto diversi documenti approvati in Conferenza Stato Regioni ed è stato formalizzato dal Ministero della Salute nel febbraio 2021. Il compito delle Regioni, congiuntamente al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e al Tavolo di monitoraggio, di cui rappresentano parte attiva, riguarderà:

- monitoraggio del recepimento del PND e dei documenti successivamente elaborati dal Tavolo;
- aggiornamento della mappa dei servizi esistenti dedicati alla diagnosi e alla presa in carico (*survey* sui Servizi attivi);
- promozione di strategie e programmi per la prevenzione primaria e secondaria;
- definizione ed attuazione di iniziative di Formazione integrata, in ambito sanitario, sociosanitario e sociale.

Compito specifico delle Regioni sarà la predisposizione di linee di azione mediante Piani triennali di attività volti ad affrontare specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie, quali:

- potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/*Mild Cognitive Impairment* (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie;
- diagnosi tempestiva del DNC maggiore;
- sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali;

- sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato, con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità della vita del paziente;
- sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

## **INNOVAZIONE FARMACOTERAPEUTICA NECESSARIA NELLA GESTIONE DEI *BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS* IN DEMENTIA NELLA DEMENZA**

Scuteri Damiana (a,b), Vulnera Marilù (c), Piro Brunella (c), Bossio Roberto Bruno (d), Tonin Paolo (b), Bagetta Giacinto (a), Corasaniti Maria Tiziana (e)

(a) *Unità di Farmacodocumentazione e Trasferimento, Sezione di Farmacologia Preclinica e Traslazionale, Dipartimento di Farmacia e Scienze della Salute e della Nutrizione, Università della Calabria, Rende, Cosenza*

(b) *Centro Regionale per le Gravi Cerebrolesioni, Istituto S. Anna, Crotone*

(c) *Servizio di Farmacovigilanza Territoriale, Distretto Farmaceutico, Autorità Sanitaria Provinciale, Cosenza*

(d) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Servizio di Neurologia del Distretto Sanitario di Cosenza, Autorità Sanitaria Provinciale, Cosenza*

(e) *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro*

**Introduzione.** La gestione dei pazienti con demenza è estremamente variabile in Italia anche per la mancata produzione ed adozione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (PDTA) da parte di molte regioni. Tale condizione si riflette nel controllo dei sintomi psicologici e comportamentali della demenza (*Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia* - BPSD), il cui inappropriato trattamento spesso porta ad istituzionalizzazione precoce ed incrementata mortalità. Qui vengono riportate evidenze ottenute in un *real-world setting* rappresentativo di circa 300.000 abitanti della regione Calabria, che suggeriscono la necessità di un'innovazione diagnostico-terapeutica in questo ambito.

**Metodi.** Questo studio osservazionale include una popolazione di 298.000 abitanti, fra i quali 84.235 di età superiore ai 60 anni. Il modello di prescrizione di antipsicotici, antidepressivi e farmaci per il trattamento del dolore viene studiato nei pazienti che trattati con inibitori dell'acetilcolinesterasi e memantina ed analizzato per aderenza alla farmacoterapia dei sintomi cognitivi. La percentuale di diagnosi viene paragonata ai dati nazionali e lo stadio della demenza alla diagnosi viene determinato attraverso i dati del Centro per i disturbi cognitivi e le demenze. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Regione Calabria n. 31/2017. I dati di farmacoutilizzazione sono estratti al database delle prescrizioni provinciali ed i risultati sono valutati statisticamente tramite test  $\chi^2$  per variabili categoriche considerando  $p < 0,05$  significativo.

**Risultati.** Nel setting di studio 859 pazienti ricevono inibitori dell'acetilcolinesterasi e/o memantina e 420 pazienti (48,89%) sono aderenti, rispettando almeno l'80% delle prescrizioni. I dati del Centro per i disturbi cognitivi e le demenze indicano un ritardo nella diagnosi di demenza. Infatti, il 62,14% dei pazienti giunge all'osservazione clinica con un *Mini-Mental State Examination*  $\leq 20$  che evidenzia una condizione clinica di demenza da moderata a grave. Gli antipsicotici e gli antidepressivi sono frequentemente utilizzati (rispettivamente 20,61-20,71% e 42,37-51,43%) ed il 16,43% dei pazienti riceve

antipsicotici per più delle 6-12 settimane previste. Si osserva un sottotrattamento del dolore cronico con gli oppioidi prescritti nel 4,76% e nel 12,46% dei pazienti aderenti e non aderenti e gabapentin e pregabalin utilizzati nel 4,29% e 4,07% dei pazienti aderenti e non aderenti, rispettivamente. L'aderenza non influenza il modello prescrittivo, ma l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei è stato maggiore nei pazienti non aderenti. I pazienti afferenti al Centro per i disturbi cognitivi e le demenze ricevono meno prescrizioni di farmaci psicotropi. Inoltre, a causa dell'emergenza sanitaria pandemica sono state individuate scale di valutazione del dolore nel paziente non comunicativo ed intubato per fornire supporto alla gestione di tali pazienti fragili anche tramite telemedicina.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti dimostrano che la demenza di Alzheimer viene sottodiagnosticata e sottotrattata e confermano un accesso limitato alla terapia del dolore neuropatico e cronico per la prima volta in un'ampia coorte di pazienti di comunità correlato ai sintomi comportamentali (BPSD). Inoltre, il tasso di prescrizione di antipsicotici ed antidepressivi potenzialmente dannosi è elevato e non influenzato dall'aderenza alla terapia dei sintomi cognitivi. Questi risultati supportano lo sviluppo di strategie per migliorare la gestione dei BPSD nella demenza.

## **RAPPORTO COVID-19 SULLA DEMENZA NEI CDCD**

Secreto Piero

*Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino*

L'epidemia di COVID-19 ha avuto un profondo impatto sull'organizzazione delle attività clinico-assistenziali dei CDCD e sulle persone con demenza e le loro famiglie che vi afferiscono. La chiusura della maggior parte degli ambulatori CDCD e dei servizi ad essi connessi con le limitazioni imposte ai servizi di assistenza domiciliare è stato per i pazienti e le loro famiglie un venir meno di un punto di riferimento che ha creato un "eccesso di disabilità" in pochissimo tempo. Per mantenere un accettabile livello di continuità assistenziale, è stato necessario riproporre in pochissimo tempo, e con personale spesso ridotto, nuove modalità di intervento, come anche indicato dal Rapporto ISS COVID-19 n 61/2020. La riorganizzazione delle attività cliniche ed assistenziali in un primo tempo si è limitata a consulti telefonici a distanza, utilizzando anche video chiamate mediante smartphone, pc, tablet, che hanno permesso, attraverso un "triage telefonico" di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti a domicilio, identificando in tempo reale le situazioni di emergenza, e permettendo un continuo *counselling* al caregiver per la corretta gestione a domicilio del paziente. In un secondo tempo il supporto da remoto si è arricchito di interventi "tele riabilitativi" in grado di offrire cicli di stimolazione cognitiva utilizzando, quando possibile, software dedicati, insieme alla possibilità di offrire supporto psicologico per pazienti e familiari per attenuare i disagi della restrizione di libertà e di contatti interpersonali. Gli interventi da remoto sono stati spesso caratterizzati da una difficoltà di utilizzo e/o di accesso alle tecnologie specialistiche da parte delle famiglie, con un supporto considerato spesso insufficiente per una idonea continuità assistenziale (vedi anche "Rapporto ISS COVID-19 n. 14/2021). D'altra parte l'intervento da remoto non può mai sostituire interamente il rapporto col paziente e col familiare. Per molti pazienti la valutazione da remoto ha messo in evidenza la necessità di un approccio tradizionale per motivi clinici non gestibili a distanza (disturbi comportamentali improvvisi e gravi con necessità di inquadramento diagnostico e terapeutico; improvviso aggravamento dei disturbi cognitivi; riacutizzazioni di comorbilità cliniche con perdita della autonomia nelle ADL) o per l'impossibilità di usufruire degli interventi da remoto proposti. La ripresa delle visite (seppur inizialmente limitate alle situazioni di urgenza non differibile) e degli interventi in presenza ha reso necessaria la riorganizzazione delle attività e degli spazi seguendo le indicazioni per limitare al massimo il rischio di contagio paziente-paziente e operatore-paziente: riduzione del numero dei partecipanti ai gruppi di riattivazione cognitiva per mantenere un adeguato distanziamento fisico; utilizzo di DPI per il personale e per i pazienti, consoni al quadro cognitivo degli stessi, con possibilità di deroga se non tollerati; adeguato ricambio d'aria nei locali; definizione di chiari percorsi all'interno dei locali per evitare affollamenti, attenzione all'igiene del personale e dei pazienti con corretto utilizzo delle soluzioni igieniche e delle modalità di sanificazione ambientale, degli ambulatori e delle aree comuni, degli oggetti e delle superfici; monitoraggio dello stato di salute all'ingresso di pazienti e operatori. Numerosi pazienti seguiti dai CDCD hanno

contratto l'infezione COVID-19, caratterizzata dalla più ampia gamma di gravità di sintomatologia, spesso atipica rispetto al resto della popolazione. La presa in carico da parte dei CDCD dei pazienti positivi a domicilio, sintomatici e non, ha reso necessario un *follow-up* a distanza (vedi Rapporto ISS COVID-19 n. 61/2020) per la verifica della comparsa ed eventualmente dell'evoluzione dei sintomi legati a COVID-19 per tutto il periodo necessario. L'infezione, dopo il termine della fase acuta, ha comunque determinato in molti pazienti afferenti ai CDCD un eterogeneo complesso di manifestazioni cliniche subacute e croniche (astenia, disturbi cognitivi, sintomi psicotici) che possono precludere un pieno ritorno al precedente stato di salute "Long-COVID". Tale condizione ha richiesto la creazione in diverse sedi di CDCD di ambulatori "post-COVID" con percorsi specifici di diagnosi e assistenza (Rapporto ISS COVID-19 n. 15/2021). La vaccinazione contro COVID-19 della maggior parte dei pazienti afferenti ai CDCD e dei loro familiari ha permesso la riduzione del rischio di contagio o di presentazione di malattia grave o di decesso a seguito dell'infezione da SARS-CoV-2 e ha permesso un più facile mantenimento o riattivazione della presa in carico nell'ambito delle diverse attività offerte. (Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2021).



## **📌 FONDO DEMENZE: UNA NUOVA SFIDA PER LA SANITÀ PUBBLICA - IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI**

Spadin Patrizia

*Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Milano*

Il Fondo Alzheimer e Demenze istituito dalla Legge di Bilancio 2021 ha rappresentato un segnale, dopo tanti anni nei quali è mancata nel bilancio pubblico un'allocatione specifica. Dal punto di vista di un'associazione immersa nella realtà quotidiana dei pazienti, emergono tre priorità in grado di rendere una semplice voce di bilancio un catalizzatore di politiche tangibili:

- a) un ruolo forte della rappresentanza dei pazienti e delle famiglie nella definizione degli obiettivi e nel monitoraggio degli interventi, in modo da applicare il punto di vista di chi l'Alzheimer lo vive in prima linea, come inderogabile parametro di programmazione e valutazione del fondo;
- b) un piano di interventi coerente e non fondato su azioni "spot". Se il fondo sarà confermato negli anni dovrà essere adattabile alle priorità che cambiano e guardare alle nuove esigenze di programmazione sanitaria;
- c) capacità di attirare nuovi investimenti pubblici a livello nazionale e regionale in grado di mobilitare risorse adeguate alla messa in opera delle attività più onerose e di lungo periodo.

Tre priorità per un fondo, quindi, che guardi alle necessità del futuro in sinergia con i perimetri del PNRR, capace di fare da magnete a investimenti e in grado di definire obiettivi concreti al servizio di pazienti e famiglie: un fondo efficace e non soltanto spesa corrente, ci si augura.

## CONTRIBUTO DELL'INFERMIERE NEI CENTRI PER IL DECADIMENTO COGNITIVO E LE DEMENZE

Tiozzo Silvia Netti (a), Basso Cristina (a), Pigozzo Chiara (b), Amatori Bruna (c), Chisin Gloria (c), Perli Cristina (d), Fent Lorella (e), Bulbarelli Beatrice (f) Amidei Claudio (g)

(a) Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero, Padova

(b) Centro per il Decadimento Cognitivo e le Demenze 2, Distretto 2 Terme Colli Padova, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 6 Euganea, Padova

(c) Unità Operativa Neurologia, Ospedale di Vicenza, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 8 Berica, Vicenza

(d) Ambulatorio Centro per il Decadimento Cognitivo e le Demenze, Distretto 1, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza

(e) Assistenza Domiciliare Infermieristica Distretto 2, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti, Feltre, Belluno

(f) Centro Decadimento Cognitivo e Disturbi del Movimento Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 9 Scaligera, Verona

(g) Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi, Padova

**Introduzione.** La pandemia da COVID-19 ha messo in evidenza il ruolo fondamentale degli infermieri nella tutela della salute dei cittadini, tanto che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede, nel potenziamento della rete territoriale, la sua valorizzazione nella presa in carico dei pazienti cronici. Il suo contributo risulta essenziale anche nell'ambito delle demenze, la cui complessità richiede di applicare modelli di presa in carico integrati e multidisciplinari. L'obiettivo del nostro lavoro è quello di rendere uniformi le modalità di presa in carico infermieristiche all'interno dei Centri per il Decadimento Cognitivo e le Demenze anche nel periodo di emergenza pandemica, avvalendosi di strumenti innovativi.

**Metodi.** È stato creato un gruppo di lavoro satellite al Tavolo Regionale Demenze che ha coinvolto il personale infermieristico per condividere le specificità infermieristiche di presa in carico degli assistiti dei Centri per il Decadimento Cognitivo e le Demenze e dare uniformità di contenuti nel territorio regionale. Il sito web della Regione Veneto "Una Mappa per le demenze" (<https://demenze.regione.veneto.it>), strumento informatico innovativo a supporto del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (DGR n. 570 del 9 maggio 2019), ha permesso di rendere capillari e facilmente accessibili i contenuti consensuali e condivisi dal gruppo di lavoro.

**Risultati.** Il gruppo di lavoro ha definito le priorità della presa in carico per gli assistiti con declino cognitivo dalla diagnosi lungo tutto il decorso della malattia. Tra queste: valutare i bisogni assistenziali della persona con demenza anche in relazione al contesto familiare e sociale; facilitare l'orientamento, il percorso e l'integrazione nella rete dei servizi; sostenere le capacità residue attraverso educazione terapeutica, *empowerment* ed *engagement*; fornire indicazioni per un corretto stile di vita e suggerire strategie per ridurre eventuali fattori di rischio modificabili. È stata inoltre definita l'importanza di offrire un *triage* telefonico nel periodo in cui l'accesso all'ambulatorio era contingentato e fornire supporto e consigli telefonici. Il materiale condiviso dal gruppo di lavoro è stato inserito

nella Mappa nella sezione dedicata “Io sono l’infermiere” per diffondere consapevolezza in merito alle competenze specifiche dell’infermiere nel declino cognitivo fra gli infermieri stessi e fra gli altri professionisti della rete delle demenze rinforzando la collaborazione e la sinergia del team.

**Conclusioni.** Grazie al supporto del sito “Una Mappa per le demenze” è stato possibile diffondere consapevolezza del valore aggiunto della professione infermieristica condividendo una nuova visione di presa in carico in grado di privilegiare la valorizzazione dei bisogni complessivi della persona.

## **PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DECADIMENTO COGNITIVO E DELLA FAMIGLIA: UN CONTINUUM DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO**

Tudor Florina (a), Tessari Annalisa (b), Durante Giorgia (b), Leotta Maria Rosa (b), Masato Maela (b), De Zanche Andrea (b), Baggio Maria Beatrice (a), Bollini Maria Cristina (a), De Zottis Giorgia (a), Tiozzo Francesca (a), Noventa Vania (a), Bartolomei Luigi (b)

(a) *Dipartimento di Cure Primarie, Geriatria territoriale, Ambulatorio CDCD, ULSS 3 Serenissima, Distretti 3 Dolo-Mirano, Venezia*

(b) *Unità Operativa Complessa Neurologia, Ambulatorio CDCD, ULSS 3 Serenissima, Mirano, Venezia*

**Introduzione.** Gli ambulatori ospedalieri CDCD, gli ambulatori CDCD della geriatria territoriale del Distretto 3 ed i Servizi Sociali dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, in accordo con il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze della Regione Veneto, si occupano della presa in carico globale, condivisa e multi-disciplinare del paziente con decadimento cognitivo e della sua famiglia con l'obiettivo di garantire un continuum diagnostico/terapeutico/assistenziale dall'ospedale al territorio.

**Metodi.** Modalità di presa in carico del paziente:

- invio al CDCD Ospedaliero tramite il medico di medicina generale;
- il CDCD Ospedaliero effettua una valutazione multidimensionale con prescrizione di accertamenti di approfondimento, compresa la valutazione neuropsicologica, per la definizione diagnostica;
- presa in carico del CDCD Ospedaliero con monitoraggio nel tempo del quadro clinico da un punto di vista terapeutico, neuropsicologico, e riabilitativo;
- in presenza di aggravamento del quadro dementigeno e/o presenza di severe difficoltà motorie e/o disturbi comportamentali, passaggio del paziente e della famiglia al CDCD Territoriale;
- monitoraggio terapeutico-clinico del paziente a domicilio dallo specialista territoriale con presa in carico della famiglia anche dal punto di vista psicologico;
- accesso alla Rete dei Servizi in risposta ai bisogni assistenziali della famiglia.

**Risultati.** Il *continuum* dall'Ospedale al Territorio consente di orientare gli interventi “*to cure*” e “*to care*” in base ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La presa in carico multidisciplinare (medica, psicologica, infermieristica e sociale) ha permesso la creazione e la condivisione di percorsi individualizzati ed adattati ad ogni step nel decorso di malattia, migliorando la qualità di vita ed il benessere psicologico percepito, nonché la riduzione della sensazione di “vuoto assistenziale” e di “abbandono sanitario”.

**Conclusioni.** Una presa di cura integrata e continuativa della persona affetta da demenza e della famiglia nelle varie fasi di malattia ed il *continuum* assistenzialistico dall'ospedale al territorio sono risultati possibili grazie alla presenza di un team multi-

professionale ospedaliero e territoriale che lavora in sinergia continua nella gestione globale del paziente con declino cognitivo e della sua famiglia. L'auspicio futuro è che si possa diffondere in tutte le realtà territoriali un modello di globale e multiprofessionale presa in carico di tutti i pazienti affetti da patologia neurodegenerativa.

## **DEMENZA E COVID-19: GLI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E CLINICI. UNA SINTESI DELLE EVIDENZE**

Vanacore Nicola

*Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

La pandemia di COVID-19 ha avuto e sta tuttora esercitando un profondo impatto sulla salute e sul benessere delle persone con demenza. Un'elevata percentuale di decessi legati all'infezione da SARS-CoV-2, circa il 20-25% in alcuni Paesi del mondo, si è verificata in persone con demenza. In Italia, sulla base delle informazioni estrapolate dalle cartelle cliniche di un campione rappresentativo di più di 5.000 pazienti deceduti in ospedale tra febbraio e novembre 2020, il 31,4% delle donne e il 16,5% degli uomini morti per COVID-19 aveva una storia di demenza. Inoltre, dalla metanalisi delle stime di rischio di mortalità disponibili è emerso come la presenza di demenza aumenti di circa 4 volte la probabilità di morire dopo aver contratto l'infezione da SARS-CoV-2 (OR: 3,75; 95% IC: 2,54-5,54). La pandemia da SARS-CoV-2 mostra che il setting assistenziale residenziale, dove sono ospiti soprattutto gli anziani, rappresenta, in Italia e nel mondo, l'epicentro di questa tragedia. Il Sistema di sorveglianza ISS ha documentato che ben il 44% dei contagiati identificati nel mese di aprile 2020 aveva contratto la malattia in una residenza sanitaria assistenziale o comunità per disabili. In queste strutture, dove la circolazione del virus è più diffusa, si stima che la prevalenza per la demenza è pari a circa il 58% e tra le persone con demenza circa il 78% presenta disturbi comportamentali. Tra gli anziani che sono ospiti nelle RSA le persone con demenza rappresentano una categoria a maggior rischio, sia per la difficoltà che incontrano nel seguire fedelmente le norme sull'igiene e la prevenzione delle infezioni, sia perché presentano un rischio aumentato di esiti sfavorevoli, compresa la mortalità, anche per effetto della frequente presenza di patologie croniche concomitanti; la presenza di queste ultime costituisce infatti il principale fattore di rischio associato in generale alla mortalità per COVID-19.



## INDICE DEGLI AUTORI

Agabiti Nera .....	4	Canevelli Marco 4; 10; 25; 30; 54; 57; 65	
Allegri Nicola.....	22	Capacchione Annalisa.....	67
Amatori Bruna.....	16; 101	Capati Elisa .....	93
Amidei Claudio .....	101	Cappa Stefano .....	54
Amidei Stefano.....	24	Carletti Chiara .....	56
Anceschi Elisa.....	7	Carletti Emanuele.....	56
Ancidoni Antonio .....	4; 10; 25; 54	Cascini Silvia .....	4; 10; 25
Angelelli Paola .....	87	Castiglioni Stefania.....	12
Angelici Laura.....	4	Catania Valentina.....	69
Arighi Andrea .....	40	Cattaneo Nicoletta.....	73
Avolio Maria Nunzia.....	34	Cembrani Fabio.....	13
Babiloni Claudio .....	69	Cereda Cristina .....	80
Bacigalupo Ilaria .....	3; 4; 10; 25; 54	Ceretti Arcangelo .....	80
Bagetta Giacinto.....	96	Ceron Sara.....	36
Baggio Maria Beatrice .....	103	Ceroni Mauro .....	80
Bagozzi Bruna.....	45	Cesari Matteo .....	14
Barberi Silvia .....	93	Chattat Rabih .....	15
Bargagli Anna Maria.....	4; 10; 25; 30	Chiarello Ylenia .....	87
Bartolomei Luigi .....	103	Chisin Gloria.....	16; 101
Basso Cristina .....	28; 43; 101	Ciccarone Antonio .....	22
Bellucci Nathalie.....	93	Cimbelli Paola.....	18
Benetollo Pier Paolo.....	51	Ciuffoli Alessandro .....	19
Berlingeri Manuela.....	71	Clerici Danil.....	73
Biagioli Laura .....	6	Collini Francesca .....	21
Blundo Carlo .....	84	Colombo Giorgio Lorenzo .....	22
Boccolieri Alfonsa .....	60	Colombo Mauro .....	80
Boccolieri Giovanna.....	60	Corasaniti Maria Tiziana.....	96
Boiardi Roberta .....	7	Costa Manuela.....	24
Bollini Maria Cristina .....	103	Cova Ilaria.....	4; 10; 25; 30; 57; 65
Bonaccorsi Guglielmo.....	21	Croci Luca.....	27
Bonanseà Alessandro .....	19; 62; 64	Curinga Teresa.....	71
Bongioanni Maria Roberta .....	89	D’Incau Maria Grazia .....	43
Bortolamei Sandra.....	16	Da Dalt Roberto .....	36
Bossio Roberto Bruno .....	96	Da Ronch Chiara.....	36
Bottini Gabriella.....	67; 71	Dalmonego Lorenzo .....	45
Bresin Martino .....	3	Davoli Marina .....	4
Brugnolli Novella.....	51	De Bernardi Roberta .....	12
Bulbarelli Beatrice .....	101	De Biasi Francesca.....	28
Busa Alberto .....	40	De Cecco Annalisa.....	6
Calandrini Enrico .....	4	De Pasqua Silvia .....	24
Caldini Giorgia.....	45	De Sanctis Brunetto .....	93
Calia Clara.....	9	De Vanna Floriana .....	85



De Zanche Andrea.....	103	Goletti Delia.....	42
De Zottis Giorgia.....	103	Gollin Donata.....	43
Dellai Angela .....	43	Gomiero Tiziano.....	45
Devetak Massimiliano .....	24	Govoni Stefano .....	22; 46
Di Blasio Norina Wendy.....	30	Graganiello Daniela .....	78; 79
Di Giacomo Sara .....	6	Grassi Vanna.....	73
Di Giacomo Raffaella.....	32	Guaita Antonio.....	47; 80
Di Lello Nicolò .....	67	Gualtieri Sonia .....	7
di Mattia Francesca .....	33	Gucciardino Liana.....	82; 83
Dori Renzo.....	45	Guglielmo Mauro.....	73
Durante Giorgia.....	103	Iaia Marika .....	87
Durante Rocco.....	73	Infantino Daria .....	83
Eleuteri Stefano.....	39	Ingegni Tiziana .....	48
Falanga Angelamaria .....	34	La Sala Liliana .....	49
Fasanelli Andrea.....	32; 53	La Sala Paola .....	82; 83
Fasoli Dario.....	34	Labate Carmelo Roberto .....	19; 62
Fatturini Sara.....	32	Lamanna Dominique.....	3
Fent Lorella .....	101	Lamecchi Lucia.....	7
Fernandez Isabel.....	71	Landoni Fiammetta .....	49
Fernandez Paola .....	66	Lattanzio Fabrizia .....	54
Ferrari Gianluca .....	3	Leonardi Francesca .....	32
Ferri Raffaele .....	69	Leotta Maria Rosa.....	103
Fileccia Enrico .....	24	Lombardi Alessandra.....	45; 51; 53
Forni Silvia.....	21	Lombardo Flavia .....	54
Gabelli Carlo.....	43	Lussignoli Giulia.....	85
Gagliardi Stella .....	80	Luzi Eleonora.....	56
Gaio Fabiola .....	43	Macchione Stefania.....	36
Gallo Federica .....	62; 64	Macchitella Luigi .....	87
Gallo Stefania.....	73	Maestri Giorgia .....	4; 10; 25; 30; 57; 65
Gallucci Maurizio.....	36	Mancuso Danielle .....	83
Garbari Deborah .....	45	Manica Angela .....	53
Garbo Paola.....	38	Mant Federica .....	45
Gelardi Donatella .....	69	Mantia Vania.....	83
Gemmi Fabrizio .....	21	Marcon Michela .....	16
Gentilini Maria Adalgisa.....	32; 51	Marino Claudia .....	4
Gerace Carmela.....	84; 91	Marra Camillo .....	54; 58
Gervasi Jessica .....	39	Masato Maela.....	103
Gesundo Laura .....	7	Massari Marco .....	54
Ghezzi Mario.....	40	Mastroianni Silvia.....	60
Giaquinto Francesco.....	87	Mastromattei Antonio .....	94
Gilli Micaela .....	45	Mazzilli Sara .....	21
Giometto Bruno.....	32	Mazzoleni Luciano.....	24
Giordano Stefania.....	39	Mazzone Daniela .....	7
Giovanazzi Giulia.....	51	Medici Valentina.....	80
Girardello Renzo .....	51; 53	Melendugno Andrea.....	28
Gnisci Cristina.....	84	Milani Paola.....	78; 79

Milioni Noemi.....	93	Ricci Monica.....	84; 91
Militello Eva .....	82	Riolo Antonio .....	85
Minelli Patrizia.....	6	Rizzi Ezia.....	60; 87
Minervini Sergio .....	53	Rizzo Anita .....	82
Minniti Davide .....	62; 64	Rodighiero Cecilia.....	24
Molina Federico .....	12	Rolandi Elena .....	80
Monopoli Silvia.....	67	Romagnoni Franco.....	78; 79
Montalto Federica .....	34	Romano Daniele Luigi.....	87
Monti Giulia .....	24	Rosi Alessia .....	22
Moretti Matteo .....	80	Rossini Paolo Maria.....	54
Morotti Angela.....	7	Rosso Mara .....	89
Muratore Stefano.....	69	Rosso Silvia .....	89
Musso Sabrina.....	69	Ruaro Cristina.....	28
Nicotra Alessia.....	4; 10; 25; 30; 57; 65	Ruggeri Massimiliano.....	84; 91
Nicotra Rosario .....	66	Rundo Francesco.....	69
Noventa Vania.....	103	Saccaggi Laura.....	7
Occhiuto Roberta .....	67	Salotti Paolo.....	93
Pacassoni Fabiola.....	68	Salvatori Andrea.....	43
Pagliaro Michela .....	91	Salvi Emanuela .....	3; 4; 10; 25
Palazzesi Ilaria .....	3	Sanfelici Cristina.....	32
Pane Adelina .....	12	Santangelo Mario .....	24
Panerai Simonetta.....	69	Scalmana Silvia.....	94
Pansarasa Orietta.....	80	Scardina Giuditta .....	21
Pantoni Leonardo ....	4; 10; 25; 40; 57; 65	Sciacca Alessandra .....	24
Papurello Martina.....	89	Sciancalepore Francesco.....	4; 10; 54
Passoni Serena.....	67; 71	Scottini Morena.....	32
Pelucchi Loris .....	73	Scuteri Damiana.....	96
Perani Daniela .....	54	Secreto Piero .....	98
Perli Cristina .....	101	Sgarito Claudia .....	82; 83
Pigozzo Chiara .....	101	Simone Annamaria.....	24
Pilotto Alberto .....	74	Simoni Marco .....	43
Pirani Alessandro .....	76; 78; 79	Spadari Francesco .....	40
Piro Brunella .....	96	Spadin Patrizia .....	100
Piscopo Paola .....	54	Sparaco Antonella.....	40
Pizzoni Luca.....	84	Tagliavini Fabrizio.....	54
Poloni Tino Emanuele.....	80	Tasca Domenica.....	69
Pomati Simone ..	4; 10; 25; 30; 40; 57; 65	Taufer Paola.....	45
Pradelli Samantha.....	28	Tavoschi Lara .....	21
Prestianni Giuseppina.....	69	Tessari Annalisa.....	28; 103
Priori Francesca.....	93	Tinarelli Valeria.....	78; 79
Privitera Gaetano Pierpaolo .....	21	Tiozzo Francesca .....	103
Procaccini Elena.....	36	Tiozzo Silvia Netti .....	101
Provenzano Giuseppe.....	82; 83	Tonin Paolo.....	96
Ramonda Evelin.....	62; 64	Toraldo Alessio .....	71
Re Filippo.....	32	Tosi Giorgia .....	87
Remoli Giulia.....	4; 10; 25; 30; 54	Tudor Florina .....	103

Tulipani Cristina.....	78; 79	Vannini Eleonora .....	19
Vaghi Luca .....	24	Vignati Marco .....	73
Valcavi Luca .....	7	Visco Caterina .....	30
Valent Francesca .....	51	Visonà Silvia Damiana .....	80
Vallese Francesca .....	43	Vulnera Marilù.....	96
Valletta Martina .....	4; 10; 25	Zanutto Oscar.....	36
Vanacore Nicola 3; 4; 10; 25; 30; 54; 105		Zuffi Marta.....	12

*Serie ISTISAN Congressi  
ottobre-dicembre 2021 (n. 4)*

*Stampato in proprio  
Servizio Comunicazione Scientifica - Istituto Superiore di Sanità, Roma*