



ISTISAN CONGRESSI 15 | C6

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

9° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 13 novembre 2015

RIASSUNTI

A cura di
A. Di Pucchio, E. Lacorte, P. Ruggeri e N. Vanacore



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

9° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 13 novembre 2015

RIASSUNTI

A cura di
Alessandra Di Pucchio, Eleonora Lacorte,
Paola Ruggeri e Nicola Vanacore

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
15/C6

Istituto Superiore di Sanità

9° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 novembre 2015. Riassunti.

A cura di Alessandra Di Pucchio, Eleonora Lacorte, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore
2015, v, 106 p. ISTISAN Congressi 15/C6

Le demenze rappresentano una priorità di sanità pubblica a livello mondiale. L'Italia, il 30 ottobre 2014, ha approvato, nell'ambito della Conferenza Unificata, il Piano Nazionale Demenze (PND), e si è dotata così di una strategia nazionale di indirizzo per la promozione e il miglioramento degli interventi in questo settore. Il PND ha ridenominato le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), identificate con il progetto CRONOS nel 2000, come "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)" ed ha sottolineato la necessità di organizzarli insieme agli altri Servizi, nella logica della gestione integrata e della costruzione di percorsi assistenziali dedicati. Il Convegno si propone di documentare quali attività assistenziali e di ricerca vengono effettuate, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, dalle strutture deputate all'assistenza dei pazienti con demenza e ai loro familiari, nel contesto del PND.

Parole chiave: Demenza, Malattia di Alzheimer, Gestione integrata, Piano Nazionale Demenze, Farmaci, Trattamento non farmacologico.

Istituto Superiore di Sanità

9. Congress. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 13, 2015. Abstract book.

Edited by Alessandra Di Pucchio, Eleonora Lacorte, Paola Ruggeri and Nicola Vanacore
2015, v, 106 p. ISTISAN Congressi 15/C6 (in Italian)

Dementias are a public health priority worldwide. Italy on October 30, 2014 approved, within the Unified Conference, the National Dementia Plan (NPD), thus adopting a national strategy to address the endorsement and improvement of interventions in this field. The PND renamed the Alzheimer Evaluation Units (Unità Valutative Alzheimer - UVA) defined by the CRONOS project in 2000, as "Centers for Cognitive Disorders and Dementias (Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD)" and underlined the need of organizing them taking into due consideration both integrated management and the definition of dedicated clinical pathways. The Congress aims at gathering and reporting both clinical and research activities carried out in the framework of the NPD by the structures that, within the National Health System, are dedicate to the management of patients with dementia and their families.

Key words: Dementia, Alzheimer's disease, Integrated management, National Dementia Plan, Drugs, Non-pharmacological treatment.

Per informazioni su questo documento scrivere a: nicola.vanacore@iss.it

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM

Ringraziamenti: Monica Bolli ed Enrica Tavella per la gestione amministrativa; Fabrizio Marzolini, Luana Penna, Valerio Occhiodono, Patrizia Carbonari per il supporto tecnico alla segreteria scientifica.

Citare questo documento come segue:

Di Pucchio A, Lacorte E, Ruggeri P, Vanacore N (Ed.). 9° Convegno. *Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 novembre 2015. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2015 (ISTISAN Congressi 15/C6).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

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: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2015

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	v
Riassunti	1
Indice degli autori	101

PROGRAMMA

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 9.00 Saluto di benvenuto
G. Ricciardi
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
S. Salmaso
Direttore Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute
- 9.30 Presentazione del Convegno
N. Vanacore

Prima sessione

POLITICHE SOCIO SANITARIE

Coordinatore: C. Mariani

- 9.45 *Implementazione del Piano Nazionale Demenze e strategie internazionali*
T. Di Fiandra
- 10.15 *Survey dei servizi per le demenze*
A. Di Pucchio
- 10.45 *La REte Milanese INtegrata per le Demenze: studio REMIND*
G. Filippini
- 11.15 *Demenze: complessità e multidisciplinarietà. Dati della medicina generale*
F. Mazzoleni
- 11.35 *Demenza in pronto soccorso: un indicatore di qualità dell'assistenza territoriale*
R. Di Lorenzo
- 11.55 *Efficacia di un intervento multicomponente per le persone con Alzheimer e i loro caregiver familiari. Risultati del trial up-tech nella Regione Marche*
C. Chiatti
- 12.15 *Uso di farmaci con proprietà anticolinergiche e limitazione funzionale in soggetti anziani con mild cognitive impairment e AD lieve: risultati dello studio REGAL*
L. Perretti
- 12.35 Discussione
- 13.00 Lunch e visione poster

Seconda sessione

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI

Coordinatore: F. Giubilei

- 14.05 *Costrutto teorico della diagnosi clinica di demenza*
G. Logroscino
- 14.35 *Il ruolo dei biomarcatori liquorali nella progressione da compromissione cognitiva lieve a demenza di Alzheimer*
G. Magnani
- 14.55 *Reversione alla normalità del mild cognitive impairment: revisione sistematica della letteratura e metanalisi*
M. Canevelli
- 15.15 *Multidimensional prognostic index applicato in un CDCD: mortalità e ospedalizzazioni. Il Treviso dementia study*
M. Gallucci

Terza sessione

APPROCCIO CLINICO E TERAPEUTICO

Coordinatore: G. Bruno

- 15.40 *Valutazione dell'efficacia di un trattamento nella demenza*
N. Vanacore
- 16.00 *Ruolo dell'apatia e della sintomatologia depressiva nell'evoluzione del deterioramento cognitivo in pazienti affetti da MCI secondario a malattia di Alzheimer beta amiloide positivi*
L. Rozzini
- 16.20 *Pseudodemenza depressiva: araba fenice dei disturbi neuro cognitivi in età geriatrica*
G. Cuzzoni
- 16.40 *Efficacia della terapia occupazionale a domicilio per le persone con demenza e i loro caregiver*
L. Bergamini
- 17.00 *Stimolazione cognitiva computerizzata: uno studio randomizzato controllato su MCI*
C. Zaccarelli
- 17.20 *Discussione generale*
- 17.30 *Chiusura del Convegno*

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 9° Convegno “Il contributo dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze nella gestione integrata dei pazienti”. Alcuni di questi, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale e sono indicati con una O, altri per la presentazione come poster e sono indicati con una P.

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

P DALL'ASSENZA ALLA PRESENZA: ESPERIENZA DEL CENTRO NEUROPSICOLOGICO DI VIGEVANO

Allegrì Nicola (a,b), Cuzzoni Maria Giovanna (a,b), Rossi Federica (a), Vecchi Tomaso (b), Sandrini Giorgio (b,c)

(a) *Centro Neuropsicologico, Vigevano, Pavia*

(b) *Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi, Pavia*

(c) *Istituto Neurologico Casimiro Mondino, Pavia*

Introduzione. Il recente Piano Nazionale Demenze (PND, 2014) individua nel modello della gestione integrata l'approccio più indicato per assistere le persone con patologie dementigene. Come afferma il PND: "La gestione del problema Demenze è ancora affrontata in momenti e, spesso, con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato, a tutti i livelli, può rappresentare una efficace risposta alle complesse istanze che la patologia porta con sé". Nonostante tali raccomandazioni, alcune zone Italiane, come Vigevano, sono sprovviste di unità specialistiche di diagnosi e cura. Scopo della presente analisi è evidenziare come il Centro Neuropsicologico Pavia-Vigevano (CNP), costituito nel luglio 2012, abbia colmato una carenza territoriale, assumendo le indicazioni del PND a riferimento della propria strutturazione.

Metodi. Attraverso un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, sono state studiate le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti afferenti al CNP dalla sua apertura fino a luglio 2015.

Risultati. Il CNP offre ai propri pazienti consulenze specialistiche neurologiche e neuropsicologiche e un servizio di supporto ai *caregiver*, che si concretizza in incontri clinici individuali e gruppi psicoeducazionali. Nel periodo in oggetto sono stati valutati 1.071 pazienti, con un range di età tra i 41-99 anni (età media: 79,81 SD: 8,2). Il 57,2% del campione non era in possesso di una diagnosi pregressa, nonostante nel 45% di questi si sia poi riscontrata una forma di decadimento cognitivo, anche di grado moderato-severo (17,4% dei casi). Sebbene il numero di diagnosi precoci non sia aumentato nel corso del tempo, nell'ultimo anno si è osservato un abbassamento statisticamente significativo dell'età media al momento del primo accesso. Tale dato è interpretabile come una maggiore sensibilità della popolazione verso la necessità di una diagnosi tempestiva. Le patologie più frequentemente riscontrate nel campione totale si sono rivelate quelle di Alzheimer e Demenza vascolare (rispettivamente 204 e 137 pazienti). Il servizio per i *caregiver*, attivo da gennaio 2014, ha visto la partecipazione in media di 30 *caregiver* ai gruppi psicoeducazionali e di 15 ai colloqui individuali.

Conclusioni. I dati raccolti dimostrano la necessità della presenza del CNP sul territorio Vigevanese anche per sensibilizzare la popolazione verso la tematica della diagnosi precoce. Sebbene l'apertura del servizio abbia portato a una migliore presa a carico dei pazienti e delle loro famiglie, permangono grossi margini di miglioramento e ampliamento: sarebbe infatti auspicabile la strutturazione definitiva dei servizi e l'implementazione di ulteriori iniziative post-diagnostiche per una presa in carico globale.

DATI DI UTILIZZO FARMACI E VALUTAZIONI DI STRATEGIE ASSISTENZIALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Antifora Rosa Maria Paola, Ancona Domenica

Area Farmaceutica Territoriale, Azienda Sanitaria Locale Barletta-Trani, Barletta-Andria-Trani

Introduzione. Nel nostro Paese non sono disponibili dati ufficiali e aggiornati sull'epidemiologia del morbo di Alzheimer determinando così una possibile carenza di informazioni, riferita anche alla differente incidenza territoriale della patologia e alla possibile disomogeneità nella qualità e nell'efficacia dell'offerta di prestazioni erogate da ciascuna Regione. Vi è una stima in Italia di oltre un milione di pazienti con un aumento annuale di circa 150.000 nuovi casi. Analizzare i dati di consumo dei farmaci a carico del SSN, ossia gli inibitori reversibili della acetilcolinesterasi e la memantina, prescritti secondo quanto indicato dalla nota Aifa 85, può dare una indicazione sulla modalità di gestione sul territorio di tale patologia.

Metodi. I dati relativi alla dispensazione dei farmaci in regime SSN sono forniti dal database SFERA-IMS Health Ministero della Salute. Il consumo è stato espresso in DDD/1.000 abitanti residenti *die*. L'analisi confronta dati riguardanti Asl BT, Regione Puglia e Italia negli anni 2013 e 2014.

Risultati. Nel biennio considerato il consumo in DDD dei farmaci nota Aifa 85 ha un andamento differente nelle tre realtà geografiche considerate: nel 2013 Asl BT 5,31, Puglia 5,71, Italia 5,12; nel 2014 Asl BT 8,06, Puglia 7,71, Italia 4,49. Nella Asl BT si registra un incremento 2014 *vs* 2013 del 51,89%, nella Puglia del 35,01%, contrapposto ad un decremento in Italia del 12,37%.

Conclusioni. Non esistono terapie farmacologiche incisive per controllare la malattia ed è, quindi, opportuno interrogarsi sul perché del trend positivo nella prescrizione registrato nel territorio pugliese e ancor più aziendale, in netta controtendenza all'andamento nazionale. In un territorio regionale e ancor più aziendale caratterizzato da un indice di vecchiaia al di sotto della media nazionale, è verosimile ipotizzare una inadeguatezza del sistema sociosanitario nel prendere in carico il paziente Alzheimer? Il decorso della malattia è lungo ed eterogeneo, per cui non può esistere il solo approccio farmacologico al paziente demente e proprio per questo motivo è opportuno valorizzare al massimo il ruolo dell'assistenza. Garantire la risposta assistenziale al paziente Alzheimer significa assicurare la presenza nel territorio di Centri Alzheimer "di eccellenza", di attivare una rete integrata di servizi e di strutture in grado di fornire prestazioni in modo non discontinuo al paziente, di formare adeguatamente il personale sanitario che opera all'interno della rete, di educare i *caregiver*. Ritardare il più possibile la perdita dell'autosufficienza e, data la lunga sopravvivenza del malato, riuscire a mantenerlo in discrete condizioni per il maggior tempo possibile si può considerare un successo etico, economico e sociale.

P RISCHIO ANTICOLINERGICO: INTERVENTI DI RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA NELLE DEMENZE

Avataneo Maria Margherita, D'Anna Stefano
Azienda Sanitaria Locale CN 2 Alba-Bra, Cuneo

Introduzione. Nella popolazione anziana spesso gli effetti collaterali dei farmaci ad attività anticolinergica vengono erroneamente attribuiti all'avanzare dell'età o all'aggravamento delle condizioni cliniche comportando l'introduzione di nuovi farmaci, riducendo la qualità di vita. I farmaci ad attività anticolinergica sono stati associati ad effetti collaterali clinicamente significativi quali vertigini, cadute, decadimento cognitivo, confusione, delirio, ritenzione urinaria. La letteratura evidenzia inoltre come l'incremento del rischio anticolinergico di un punto comporti un aumento del rischio di mortalità del 26%. Con questo lavoro abbiamo inteso valutare le possibilità di riduzione di rischio anticolinergico mediante la rivalutazione delle terapie da parte del farmacista.

Metodi. Per i pazienti esposti ad antidemenza nel 2014 sono stati estrapolati dai database aziendali tutti i farmaci concomitanti. Utilizzando la scala di rischio anticolinergico (ACB *Anticholinergic Cognitive Burden scale*) è stata calcolata per ogni paziente l'attività anticolinergica della terapia in corso. I farmaci a maggior attività anticolinergica sono stati sostituiti con altri farmaci a minor attività anticolinergica, il rischio anticolinergico ricalcolato.

Risultati. Nel 2014 sono stati individuati 565 pazienti (368 femmine, età media 79,7 anni e 197 maschi, età media 80,8 anni) esposti a farmaci antidemenza. Di essi 137 hanno presentato un rischio anticolinergico nullo (103, età media 79 anni), 207 (131 femmine, età media 81 anni) un rischio compreso tra 1 e 2. Sono risultati 221 i pazienti esposti a rischio anticolinergico elevato (3 o superiore) di cui 134 femmine, età media 81 anni. L'esposizione a farmaci ad elevata attività anticolinergica ha coinvolto 202 prescrizioni, prevalentemente antipsicotici, antispastici, farmaci per l'incontinenza urinaria, antidepressivi, antiepilettici. Questi sono stati sostituiti con farmaci ad analoga indicazione ma minor attività anticolinergica, considerate le proprietà farmacodinamiche. La rivalutazione della terapia da parte del farmacista ha garantito la riduzione dei pazienti esposti al rischio di gravi reazioni avverse per via dell'elevato rischio anticolinergico (3 o superiore) del 32% e, complessivamente, una diminuzione del rischio del 66%.

Conclusioni. La ricognizione e la riconciliazione terapeutica da parte del farmacista può individuare i pazienti maggiormente esposti a rischio anticolinergico, riducendo l'esposizione ai farmaci ed al rischio di eventi avversi. Considerato che molti pazienti con deterioramento cognitivo giungono all'osservazione dell'UVA per confusione, agitazione psicomotoria ed insonnia ed all'anamnesi si evidenzia sovente una storia di cadute, vertigini, allucinazioni, incontinenza urinaria con esposizione a farmaci ad azione anticolinergica secondaria, spesso è sufficiente la sospensione di questi ultimi per migliorare il quadro cognitivo-comportamentale anziché impostare la terapia neurolettica per BPSD.

L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI NEUROPSICOLOGICA NELLA DEMENZA FRONTO-TEMPORALE: CASE REPORT

Bagoj Eriola, Penna Debora, Robusto Carlo, Mundi Ciro

*Struttura Complessa Ospedaliera di Neurologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria
Oo.Rr., Ospedali Riuniti, Foggia*

Introduzione. La demenza fronto-temporale (FTD) è una malattia neurodegenerativa la cui diagnosi precoce è fondamentale per l'inquadramento diagnostico, l'intervento farmacologico e l'intervento cognitivo-comportamentale. L'importanza della valutazione neuropsicologica è ben nota nell'iter diagnostico delle demenze, non solo come strumento capace di inquadrare l'efficienza cognitiva, ma anche di differenziare tra le varie forme degenerative e/o la pseudodemenza depressiva. Il disturbo depressivo può caratterizzare il quadro di esordio della FTD e, pertanto, può indurre il clinico ad una errata valutazione iniziale se non viene effettuata una valutazione mirata delle funzioni esecutive di controllo e della depressione/apatia.

Metodi. R.A., donna, 61 anni, destrimane, 13 anni di scolarità. Si rivolge al nostro centro UVA per un iniziale cambiamento di personalità riferito dal consorte. Si presenta con una pregressa valutazione clinica e neuropsicologica in cui non emergevano modificazioni a livello cognitivo ad eccezione di una lieve depressione del tono dell'umore. Veniva consigliata terapia antidepressiva. Vista la precedente diagnosi e le continue modificazioni comportamentali riferite dai familiari, la valutazione effettuata, dopo pochi mesi, presso il nostro centro, si focalizza sull'indagine delle funzioni esecutive di controllo e sullo stato emotivo, non esplorati nella precedente valutazione.

Risultati. Valutazione NPS novembre 2010: effettuata presso un altro centro non evidenziava nessun deficit a livello cognitivo. Valutazione NPS gennaio 2011: effettuata presso il nostro centro UVA: MMSE 28,49; WCST: P.G. 0/4; Errori Perseverativi 0/4; Fallimento nel mantenere il set 1/4; errori non perseverativi 3/4. Torre di Londra 11/32 (deficitario); Test di Memoria Comportamentale di Rivermead: deficit nella memoria prospettica; GDS 5/11; Test per la valutazione dell'apatia 55 (deficitario). ADL 6/6; IADL 8/8. Valutazione NPS luglio 2012: effettuata presso il nostro centro U.V.A: MMSE 24,49; Memoria di Prosa 0/4; F.A.S 2/4; Fluenze animali 0/4; Figura di Rey-copia 0/4- differita 0/4; TMT- A 0/4; TMT-B. Non valutabile; TMT-B-A Non valutabile; ADL 3/6; IADL 0/8.

Conclusioni. L'importanza della valutazione mirata nella diagnosi differenziale delle demenze è sottolineata dal case report qui esposto. La valutazione globale, infatti, della paziente non aveva fatto emergere i deficit specifici e subdoli che nella vita quotidiana i familiari riferivano. L'esplorazione delle funzioni esecutive di controllo nella pianificazione del comportamento, nella messa in atto di strategie efficaci, nella gestione della frustrazione cognitiva così come l'esplorazione dell'apatia attraverso scale specifiche è risultato fondamentale per cogliere al meglio le modificazioni cognitive e comportamentali e orientare in maniera corretta l'evoluzione nella FDT già dalle prime fasi.

PREDICTND TOOL - UN DISPOSITIVO INFORMATICO DI SUPPORTO DIAGNOSTICO

Baroni Marta (a), Bruun Marie (b), Frederiksen Kristian Steen (b), Waldemar Gunhild (b), Hasselbalch Steen Gregor (b), van der Flier Wisje (c), Rhodius-Meester Hanneke (c), Soininen Hilka (d), Herukka Sanna Kaisa (d), Remes Anne (d), Urhema Timo (e), Mattila Jussi (f), Lötjönen Jyrki (e,f), Antila Kari (e), Mecocci Patrizia (a)

(a) *Sezione di Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi, Perugia*

(b) *Danish Dementia Research Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Danimarca*

(c) *VU University Medical Centre, Amsterdam, Olanda*

(d) *The University of Eastern Finland, Kuopio, Finlandia*

(e) *VTT Technical Research Centre of Finland, Tampere, Finlandia*

(f) *Combinostics, Tampere, Finlandia*

Introduzione. Il PredictND tool è un dispositivo informatico, che unendo i dati clinici e strumentali, ad esempio *neuroimaging*, test neuropsicologici e biomarcatori plasmatici, consente di avere una visione globale del soggetto e di poter porre una diagnosi di demenza più precoce e più accurata. Inoltre consente di monitorizzare la progressione della malattia nel tempo. L'obiettivo dello studio è, pertanto, di valutare l'accuratezza diagnostica del PredictND tool in soggetti cognitivamente integri, con *Mild Cognitive Impairment* o demenza di grado lieve.

Metodi. Il PredictND è uno studio di coorte prospettico multicentrico che prevede l'arruolamento di 800 soggetti con sospetta malattia neurodegenerativa in quattro centri clinici europei, la Sezione di Geriatria, Università degli Studi di Perugia- Italia, l'Università della Finlandia Orientale, il Rigshospitalet di Copenhagen- Danimarca, il VU *University Medical Centre*, Amsterdam- Olanda. Ciascun soggetto viene sottoposto a visita clinica, valutazione neuropsicologica e risonanza magnetica cerebrale, se necessario anche ulteriori indagini come la PET encefalo. I risultati delle indagini eseguite vengono inseriti nel PredictND tool, il quale elaborando tutte le informazioni ricevute, consente di visualizzarle sotto forma di dati. Il clinico indicherà quindi la diagnosi ed il livello di fiducia nella diagnosi sia con l'utilizzo del PredictND tool che senza. Dopo 12 mesi viene effettuata la visita di controllo che consentirà di confermare o meno la diagnosi. Per tutti i soggetti cognitivamente integri o con predizione di progressione ad MCI la diagnosi verrà posta dopo un *follow-up* di 18-24 mesi.

Risultati. L'*outcome* primario è di ottenere una maggiore accuratezza diagnostica con il PredictND tool alla valutazione basale rispetto alla diagnosi a 12 mesi. Gli *outcomes* secondari sono una maggiore precisione nel prevedere il decorso della malattia dalla visita basale e nel livello di fiducia nella diagnosi con il PredictND *tool* rispetto alla diagnosi senza il suo utilizzo.

Conclusione. L'impiego del PredictND tool dovrebbe migliorare il livello di fiducia e l'accuratezza nella diagnosi delle malattie neurodegenerative.

STUDIO PROSPETTICO CASO-CONTROLLO PER L'ELABORAZIONE DI UN NUOVO MODELLO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA NEL PAZIENTE ANZIANO CON DEMENZA: MODELLO ARD

Barra Davide (a), Ettore Evaristo (b), De Angelis Roberta (c)

(a) Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Residenza Valle dei Laghi, Cavedine, Trento

(b) I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola Specializzazione Geriatria, Sapienza
Università di Roma, Roma

(c) Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Roma

Introduzione. Lo studio, della durata di 12 mesi, si propone di dimostrare l'efficacia di un nuovo modello di riabilitazione sulla *performance* cognitiva e riduzione della disabilità, in un gruppo di pazienti istituzionalizzati, rispetto ad un gruppo controllo trattato con un metodo di riabilitazione tradizionale.

Metodi. Abbiamo arruolato nello studio un gruppo sperimentale di 30 pazienti ricoverati presso la Residenza "Valle dei Laghi" e un gruppo controllo di 30 pazienti ricoverati presso RSA "San Germano". Numero complessivo di arruolati è 60: il gruppo sperimentale di pazienti con CDR1 è stato sottoposto a sedute di esercizi di riabilitazione neurocognitiva così articolati: musicoterapia, stimolazione cognitiva multimediale, ROT formale, pet therapy memory training, ROT informale. Il gruppo sperimentale di pazienti con CDR2 è stato sottoposto ai seguenti esercizi di riabilitazione neurocognitiva: musicoterapia, terapia occupazionale, *pet therapy*, reminiscenza, ROT formale ed informale. Il gruppo sperimentale di pazienti CDR3 è stato sottoposto ai seguenti esercizi di riabilitazione neurocognitiva: musicoterapia, stimolazione neurosensoriale in snoezelen room e pet therapy. Tutti i pazienti appartenenti al campione di controllo CDR1 e CDR2, sono stati sottoposti a esercizi di riabilitazione neuro cognitiva così articolati: pet therapy e terapia occupazionale. I pazienti CDR3 del gruppo controllo, sono stati esclusi dalle sedute di riabilitazione neurocognitiva. Per entrambi i gruppi è stato programmato un *follow-up* a 4, 8 e 12 mesi con completa rivalutazione clinica, cognitiva, comportamentale e funzionale.

Conclusioni. Questo studio clinico ci ha permesso di dimostrare la reale efficacia di un nuovo programma di riabilitazione cognitiva nei pazienti affetti da demenza, il cui valore è da ricercare nel fatto di aver utilizzato metodiche tradizionali integrate in modo organizzato a metodiche innovative e di aver applicato un programma di riabilitazione specifico per gravità di deficit cognitivo. I pazienti sottoposti al metodo riabilitativo sperimentale, hanno conservato un discreto grado di autosufficienza nelle attività basilari della vita quotidiana, che invece si è ridotto significativamente in tutti i controlli. Nei pazienti con deficit cognitivo di grado moderato e severo si è addirittura verificata dopo 12 mesi una riduzione della disabilità. Si è osservato infine come i pazienti del gruppo dei casi per la totalità dei soggetti, dopo 12 mesi, abbia mostrato una netta riduzione dei disturbi comportamentali e per i pazienti con deficit cognitivo di grado severo anche degli episodi depressivi minori, che ha portato alla riduzione del 30% del dosaggio di

psicofarmaci somministrati; per i controlli, al contrario, specialmente per un grado di deficit cognitivo moderato-grave, i disturbi del comportamento sono risultati aumentati nel tempo.

EFFICACIA DELLA TERAPIA OCCUPAZIONE A DOMICILIO PER LE PERSONE CON DEMENZA E I LORO CAREGIVERS

Bergamini Lucia (a), Garzetta Glenda (b), Turci Marina (a), Bevilacqua Petra (b), Veschi Mara (a), Barbieri Sara (a), Lanzoni Alessandro (b), Malavasi Sana (b), De Vreese Luc Pieter (c), Fabbo Andrea (c)

(a) Centro Disturbi Cognitivi di Mirandola, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

(b) Associazione Sostegno Demenze, Mirandola, Modena

(c) Programma Aziendale Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

Introduzione. Il programma di terapia occupazionale olandese *Community Occupational Therapy in Dementia* (COTiD) ha dimostrato un miglioramento nei pazienti con demenza delle capacità motorie, nell'auto-percezione della *performance* occupazionale, con diminuzione del bisogno di aiuto e miglioramento del senso di competenza dei *caregivers*. L'obiettivo dello studio è di osservare gli effetti del trattamento di terapia occupazionale a domicilio sui pazienti ed i loro *caregivers*.

Metodi. Sono stati selezionati dal Centro Disturbi Cognitivi 39 pazienti in fase lieve-moderata (CDR 1-2), residenti a domicilio, con *caregiver* formale e/o informale motivato alla partecipazione al progetto. La presenza di *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) non è stato criterio di esclusione. Il geriatra del CDC propone allo psicologo l'attivazione del progetto di terapia occupazionale, che effettuato il colloquio motivazionale sottopone il paziente e il *caregiver* coinvolto, alla valutazione cognitiva, funzionale e affettiva-relazionale. L'intervento di terapia occupazionale consiste di 10 sedute; vengono somministrate scale conoscitive rispetto alla storia di vita e all'ambiente (OPHI-II, *Etnographic Interview*), osservata l'attività a domicilio e definiti gli obiettivi del trattamento, mediante la *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM). Il terapeuta occupazionale interviene proponendo modifiche ambientali e suggerendo strategie comportamentali per lo svolgimento delle attività.

Risultati. Sono stati trattati 32 pazienti (donne: 59,4%) età media $80,7 \pm 5,8$ anni. Lo score medio basale al *Mini Mental State Examination* e al *Neuropsychiatric Inventory* erano $19,1 \pm 5,1$ e $15,8 \pm 12,6$, rispettivamente. I 32 *caregivers* (donne: 62,5%) avevano un'età media di $61,8 \pm 12,5$ anni con un punteggio medio alle scale sullo stress e depressione, rispettivamente pari a $25,3 \pm 12$ e $13,1 \pm 7,5$. Si osserva un miglioramento significativo per le donne nella *Performance* e nella Soddisfazione alla COPM. Il COTiD-I è in grado di migliorare il senso di competenza dei *caregivers* di sesso maschile. Per quanto riguarda i pazienti, l'intervento non impatta né sul loro stato cognitivo globale né sulla loro efficienza quotidiana. Per contro, si evidenzia una riduzione dei BPSD e un miglioramento della qualità di vita dei pazienti come percepita dai loro *caregivers*.

Conclusioni. L'analisi preliminare dello studio pilota, in corso, ha permesso di ottenere risultati positivi e utili all'implementazione del programma COTiD in Italia. Offre un punto di partenza per uno studio clinico randomizzato controllato in grado di dimostrarne la sua efficacia.

PROGETTO “MONTESSORI INCONTRA ALZHEIMER” AL CENTRO DELLA MEMORIA DI BIELLA

Bertone Paola (a), Perino Annalisa (b), Debernardi Bernardino (a), Marinoni Vito (a), Amati Dario (a), Ortone Elena (a), Guerra Enzo (a), Rasario Alessandra (a)

(a) *Geriatría Post-Acuzie e Centro della Memoria, Ospedale degli Infermi, Ponderano, Biella*

(b) *Fondazione Montessori Italia, Biella*

Introduzione. Numerosi studi hanno dimostrato che i principi del Metodo Montessori, metodo educativo nato per i bambini, si adattano bene al paziente anziano con demenza in quanto le attività mirano ad aumentare l'autonomia del paziente, hanno come caratteristiche fondamentali la struttura e l'ordine, utilizzano tecniche della riabilitazione, e stimolano la memoria procedurale e non dichiarativa. Gli studi finora svolti e pubblicati in letteratura hanno visto applicato tale metodo ai pazienti con demenza per migliorare diverse problematiche: il ruolo sociale che viene perso in tali pazienti, i disturbi comportamentali e la nutrizione. Sono inoltre stati eseguiti studi intergenerazionali che coinvolgevano anziani e bambini insieme.

Metodi. A Biella è nata una collaborazione tra la Fondazione Montessori ed il Centro della Memoria ed è stato sviluppato un progetto, i cui obiettivi erano quelli di valutare la fattibilità delle attività del Metodo Montessori in pazienti anziani con demenza in un setting ambulatoriale. I pazienti ricevevano 2 volte alla settimana per 90 minuti l'attività montessoriana, per 3 mesi consecutivi. Venivano inclusi pazienti con diagnosi di demenza di qualsiasi tipo e grado; erano esclusi pazienti con gravi deficit uditivi e/o visivi. Alla valutazione basale venivano rilevati: età, scolarità, sesso, interessi del paziente; farmaci assunti; comorbidità; ematochimici; Tc cranio; scale per valutare le funzioni cognitive (MMSE), l'autonomia nella attività della vita quotidiana (Barthel Index), il tono dell'umore (GDS), la presenza di disturbi comportamentali (*Neuropsychiatric Inventory*), e il grado di stress del caregiver (*Caregiver Burden Inventory*).

Risultati. Su 9 pazienti che hanno accettato di partecipare al progetto, 6 hanno completato i 3 mesi previsti. Gli interessi dei pazienti includevano: lettura, musica; orto, carte; sport, lavori manuali; tombola. In base a tali interessi sono state studiate le attività da proporre. L'età media era 83 anni, la scolarità media 7.8 anni. Tre pazienti utilizzavano rivastigmina, 2 donepezil, 1 nessun farmaco. La TC evidenziava in 2 pazienti atrofia, in 2 vasculopatia e in 2 un quadro misto. I pazienti risultavano discretamente autonomi nella attività di base della vita quotidiana (Barthel: punteggio medio 86), con un deterioramento cognitivo da lieve a moderato (MMSE medio di 18). I disturbi comportamentali più frequenti erano apatia, ansia e irritabilità, attività motoria, e infine deliri, allucinazioni, agitazione e insonnia. 1/3 dei pazienti mostrava depressione (punteggio >7 alla GDS). I caregivers mostravano in media un basso livello di stress (CBI: punteggio medio 33).

Conclusioni. Il Metodo Montessori è applicabile a pazienti anziani con demenza con risultati positivi sulla socialità e gradibilità. Nello specifico delle attività tutti hanno mostrato progressi; dato il piccolo numero di pazienti non è stato possibile eseguire un confronto delle scale di valutazione tra l'inizio e la fine dell'attività.

INTERVENTI PSICO-SOCIALI E DI SOCIALIZZAZIONE DELLA CURA DELLA PERSONA CON DEMENZA E DEL SUO CAREGIVER: UN APPROCCIO INTEGRATO VINCENTE TRA C.D.C.D ED ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO

Bevilacqua Petra (a), Bergamini Lucia (b), Turci Marina (b), Veschi Mara (b), Scarano Maria (b), Fabbo Andrea (c)

(a) ASDAM Onlus, Associazione Sostegno Demenze Alzheimer Mirandola, Modena

(b) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze di Mirandola, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

(c) Programma Aziendale Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

Introduzione. L'Associazione Sostegno Demenze Alzheimer Mirandola (ASDAM onlus), nata dalla volontà di 5 *caregiver* di persone con demenza, è presente dal 2002 su tutto il territorio dei 9 Comuni dell'Area Nord della provincia modenese. La missione principale è quella di sensibilizzare la cittadinanza e aiutare le persone malate ed i loro familiari, in stretta collaborazione con il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) presente nella stessa area dal 2000.

Metodi. Per la realizzazione delle numerose iniziative, delle attività di sensibilizzazione ed informazione e dei progetti psico-sociali, ASDAM onlus si avvale della collaborazione di personale tecnico (psicologo, responsabile assistenza anziani, terapeuta occupazionale, operatore socio-sanitario, musicoterapista, istruttore di ginnastica per anziani), coadiuvato dall'attività dei professionisti del CDCD e da quella dei volontari. Per raggiungere tale scopo il geriatra o l'infermiere del Centro, che ha in carico il paziente, propone l'attivazione di uno o più progetti sulla base di una prima valutazione del bisogno: stimolazione e mantenimento delle funzioni cognitive e funzionali, interventi psico-educativi e formativi al *caregiver*, socializzazione, supporto ed informazione. A seguito di tale invio il *caregiver* viene contattato dallo psicologo che, mediante un colloquio conclude l'analisi del bisogno ed effettua una valutazione affettivo-emozionale e di tipo cognitivo-funzionale alla persona con demenza sulla base del progetto in cui verrà inserito. Ogni anno l'associazione conta circa 350 presenze al consueto "Caffè Alzheimer", appuntamento mensile di informazione, socializzazione e formazione; 75 persone invece usufruiscono della Terapia di Stimolazione Cognitiva e *Memory Training*, e 60 circa al progetto di Musicoterapia; circa 70 persone beneficiano delle ore di supporto del progetto "Ore di Sollievo" o di consulenza di un terapeuta occupazionale a domicilio; circa 30 persone effettuano colloqui di primo livello con lo psicologo dell'associazione; infine circa 250 sono le presenze alle iniziative della Giornata Mondiale Alzheimer del 21 settembre, alla "Festa d'estate" in giugno e alla "Cocomerata" prevista ad agosto di ogni anno.

Conclusioni. Questo modello permette di ottenere un approccio integrato, sia farmacologico sia non farmacologico, risultato essere il migliore intervento per la persona con demenza e i loro *caregiver*, come dimostrato da numerosi studi e raccomandato dal NICE.

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA DEMENZA DI ALZHEIMER E RIPERCUSSIONI SUI DISTURBI PSICO-COMPORTAMENTALI IN FASE AVANZATA DI MALATTIA

Bisogno Alfredo, Giordano Bernardo, Gentile Salvatore

Unità Operativa Salute Mentale Cava de' Tirreni, Costa d'Amalfi, Dipartimento di Salute Mentale Area Nord, Unità di Valutazione Alzheimer codice 76 Campania, Azienda Sanitaria, Salerno

Introduzione. Il peggioramento delle *performance* cognitive oltre un determinato limite è accompagnato, in alcune forme di Demenza, da un accentuazione dei BPSD. Questi restano ancora tra i motivi prevalenti per cui l'anziano con Demenza giunge all'osservazione presso gli ambulatori UVA, quando cioè l'impiego degli anticolinesterasici diventa relativamente efficace e spesso è necessario anche l'uso degli antipsicotici per mitigare condotte aggressive e disturbi psico-comportamentali. Ciò accade perché il contesto familiare diviene intollerante verso tali manifestazioni e si solleva, pertanto, una seria problematica di gestione.

Metodi. Presso la nostra UVA sono stati posti in osservazione 112 pazienti arruolati dal 2008 al 2015, seguiti per l'evoluzione sul piano cognitivo in rapporto ai punteggi del MMSE, ottenuti al primo contatto e nelle fasi successive, nonché per il successivo sviluppo dei disturbi comportamentali in rapporto alla progressione della malattia. Sono stati valutati congiuntamente i dosaggi iniziali degli anticolinesterasici ed anche quelli degli antipsicotici eventualmente impiegati nelle fasi successive. Dall'osservazione sono stati esclusi i pazienti con iniziali disturbi della condotta o con malattie intercorrenti che potevano determinarli.

Risultati. Il gruppo di pazienti arrivati alla prima osservazione con un MMSE di almeno 20/30 (n. 58), posto in trattamento con anticolinesterasico al dosaggio massimo consentito e associando in alcuni soggetti, che vi aderivano a proprio carico (n. 12), anche trattamento con memantina alla dose usuale di 20 mg, oltre a presentare un decadimento più lento sul piano cognitivo, è giunto dopo alcuni anni dalla prima diagnosi a conservare MMSE compresi tra 8/30 e 14/30, senza che si segnalassero difficoltà di *caregiving* per turbe psico-comportamentali (53%), o comunque quando presenti, queste risultavano emendabili con antipsicotici atipici e tipici, a bassi dosaggi, o con semplici provvedimenti domiciliari del caso (valori molto bassi o nulli alla scala di Cumming) (31%). Il gruppo di pazienti (n. 54) pervenuto, invece, già alla prima osservazione con MMSE inferiori a 15/30 (comunque esenti da BPSD), pur in trattamento antiacetilcolinesterasico e memantina praticati alle dosi massime consentite, dopo temporanea stabilizzazione del deficit cognitivo, manifestava poi turbe psico-comportamentali che richiedevano terapia antipsicotica atipica o non, a dosi più elevate, per contenerne l'aggressività, o persino l'accoglienza in RSA (84%).

Conclusioni. Quanto rilevato suggerisce che diagnosi e trattamenti precoci, a dosi congrue, possono determinare una migliore gestione del paziente, grazie ad un'attenuazione della sintomatologia psichiatrica nell'Alzheimer in fase avanzata. Si

potrebbe ipotizzare che una stimolazione recettoriale colinergica costante equilibrerebbe ed assesterebbe il rapporto della neurotrasmissione colinergica e dopaminergica, con conseguente attenuazione dei BPSD.

DISARTRIA LENTAMENTE PROGRESSIVA: STUDIO SU UN CASO CLINICO

Blundo Carlo (a), Ruggeri Massimiliano (b), Centioni Viola (a)

(a) *Unità Operativa Semplice Neurologia Cognitiva e Comportamentale, Ospedale San Camillo-Forlanini, Roma*

(b) *Centro Riabilitazione CAR, Roma*

Introduzione. Una disartria lentamente ingravescente è stata descritta raramente come disturbo isolato. La maggior parte dei casi aveva sviluppato in seguito Afasia Primaria Progressiva (APP), Demenza FrontoTemporale (DFT) o degenerazione corticobasale. La disartria era di solito associata con Aprassia Verbale (AV), lievi deficit del linguaggio, aprassia bucco-facciale e disfagia, ma in alcuni pazienti è rimasta un disturbo isolato per molti anni. Il *neuroimaging* aveva evidenziato atrofia e ipometabolismo nelle aree perisilviane e insulari, nell'opercolo anteriore, e nelle regioni frontali postero-inferiori, maggiormente nell'emisfero sinistro. Alcuni autori hanno ipotizzato che la disartria progressiva rappresenti una variante delle sindromi degenerative frontotemporali, come la DFT o l'APP. Nella pratica clinica e nei casi descritti la differenziazione tra disartria ed altri disturbi articolatori acquisiti, specialmente l'AV, può essere difficoltosa. Nei casi descritti finora mancavano adeguate valutazioni neuropsicologiche e del disturbo articolatorio, che spesso ricordava un'AV piuttosto che una disartria "pura". Presentiamo un caso clinico di disartria lentamente progressiva con funzioni neurologiche, cognitive e linguistiche normali.

Case Report. Donna di 74 anni, destrimane, con esame neurologico ed anamnesi negativa, ben orientata, con adeguata consapevolezza del disturbo ed autonomia conservata. La sfera emotivo-comportamentale era nella norma. La paziente riferiva un progressivo peggioramento nell'articolazione del linguaggio da più di un anno. La risonanza magnetica dell'encefalo mostrava un reperto aspecifico ed età-compatibile di cerebropatia vascolare ischemico-cronica, con minuti loci ischemici multipli nella sostanza bianca fronto-parietale bilateralmente, con risparmio dei nuclei della base e del tronco encefalico. L'eloquio spontaneo era non fluente, con ritmo lento del linguaggio, timbro monotono e disprosodia; i movimenti articolatori erano ridotti e lenti ma non distorti. Il linguaggio era comprensibile e privo di parafasie ed anomalie. La valutazione neuropsicologica del linguaggio e delle funzioni cognitive era nella norma.

Conclusioni. Nei rari casi descritti di disartria lentamente progressiva, essa rappresentava il sintomo iniziale di malattie neurodegenerative, solo raramente rimanendo un disturbo isolato per molti anni. Sebbene la disartria e l'AV abbiano molte caratteristiche comuni, il deficit articolatorio della paziente può essere differenziato dall'AV per l'assenza di inceppo pseudo-balbuziente e di distorsioni fonologiche, e per la presenza di un pattern disarticolatorio costante. La diagnosi della nostra paziente è ancora incerta e l'eziologia è sconosciuta, ma ad oggi può essere descritta come una Disartria Lentamente Progressiva, nonostante sia ancora dibattuto se essa sia un'entità nosologica distinta, e può essere probabilmente associata alle sindromi degenerative frontali come l'APP e la DFT, suggerendo, anche sulla base di studi precedenti, che essa possa essere un'espressione clinica distinta dell'APP o della DFT. La paziente è ancora in studio e dovrà effettuare esame SPECT cerebrale.

PROGETTO SOLLIEVO: UN'ESPERIENZA DI PERCORSO FORMATIVO DEL TERZO SETTORE

Boccardi Daniela (a), Menini Sarah (a), Sandri Giulia (a), Buffone Ebba (a), Rensi Clara (b), Bodo Valerio (c)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, Centro Decadimento Cognitivo e Demenze, ULSS 22, Ospedale Orlandi di Bussolengo, Verona*

(b) *Fondazione Historie Onlus, Villafranca di Verona, Verona*

(c) *Servizio Sociale di Base, ULSS 22, Veneto*

Introduzione. La Regione Veneto con la DGR 1873/2013 ha approvato il Progetto regionale "Sollievo" a favore delle persone affette da demenza e dei loro familiari, in attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 2561 del 11.12.2012. Il Progetto Sollievo realizzato nel territorio dell'ULSS 22 ha visto la collaborazione di 7 enti appartenenti al terzo settore, operanti nei 4 comuni nei quali sono stati istituiti i centri sollievo. I volontari messi a disposizione dalle Associazioni hanno affiancato gli educatori nelle attività ludico-ricreative con i pazienti e hanno partecipato attivamente al percorso formativo previsto dal progetto, con l'obiettivo di acquisire conoscenze e competenze teorico-pratiche in materia di demenza, per fornire un adeguato supporto agli operatori nelle attività con i malati.

Metodi. L'attività di formazione prevista per i volontari si è articolata sia in incontri in aula che prevedevano l'utilizzo di diverse metodologie didattiche (lezioni frontali, esercitazioni e dimostrazioni pratiche, lezioni integrate con filmati, questionari, casi didattici), sia in incontri di monitoraggio caratterizzati dalla presenza dello psicologo formatore durante le attività. Al fine di indagare il grado di soddisfazione dei volontari rispetto all'esperienza del Progetto Sollievo e, nello specifico, in riferimento al percorso formativo, è stato predisposto un questionario di gradimento che è stato somministrato ai volontari alla fine del progetto.

Risultati. Il numero complessivo di volontari che ha partecipato al progetto è stato di 60, con una frequenza media di partecipazione al percorso formativo di circa 7/8 volontari per centro. Nel corso del progetto si sono registrati nuovi inserimenti e si sono verificate alcune fisiologiche defezioni principalmente per motivi di lavoro o di salute. La maggior parte dei volontari ha espresso un giudizio positivo rispetto all'esperienza del Progetto Sollievo sia in termini di crescita personale che di utilità del progetto per gli utenti. I volontari si sono sentiti partecipi e coinvolti dagli operatori nelle attività del centro ed hanno instaurato relazioni positive con gli utenti, gli operatori e gli altri volontari. È stata inoltre sottolineata l'utilità del percorso formativo sia per l'acquisizione di conoscenze e competenze relative alla demenza, sia per la possibilità di confronto e condivisione con gli altri volontari.

Conclusioni. L'esperienza del Progetto Sollievo è stata per i volontari un'importante occasione di crescita personale, associata alla possibilità di incrementare le proprie conoscenze e competenze teorico-pratiche in materia di demenza, di favorire un miglioramento delle modalità relazionali e di sviluppare una maggiore capacità autoriflessiva e di automonitoraggio.

PAR GARANTIRE LA CONTINUITÀ DI CURA DELLA PERSONA CON DEMENZA NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Boiardi Roberta (a,b), Aleotti Federica (a), Ferrari Patrizia (b), Finelli Chiara (b), Valcavi Rita (b), Ugolotti Angela (c), Giampellegrini Angela (c), Jacopetti Francesca (d), Riccò Daniela (e)

(a) *Programma Demenze, AUSL, Reggio Emilia*

(b) *Centro Disturbi Cognitivi, AUSL, Reggio Emilia*

(c) *Nucleo Demenze, Coopselios, Reggio Emilia*

(d) *Servizio Assistenza Anziani, AUSL, Reggio Emilia*

(e) *Direzione Sanitaria, AUSL, Reggio Emilia*

Introduzione. Come da D.Reg. n. 2.581 del 30/12/99 l'approccio globale ed integrato alla cure del paziente affetto da demenza e alla sua famiglia è la prima tra le opzioni di fondo, e richiama alla implementazione, a livello distrettuale, di un chiaro e condiviso percorso assistenziale che dal MMG passa al Centro Disturbi Cognitivi (CDC) e alla rete dei Servizi territoriali, con il contributo delle associazioni di volontariato. È necessario infatti un continuo monitoraggio dei cambiamenti dovuti alla malattia che nelle varie fasi modifica i bisogni del paziente e di chi se ne prende cura, richiedendo interventi flessibili e percorsi che delineino una buona comunicazione tra servizi. Il CDC ha un ruolo fondamentale in questo processo e, per garantire la continuità assistenziale al paziente con demenza, i servizi debbono porsi in un'ottica di lavoro in rete. Il Nucleo Demenze (ND) di Villa Minozzo, provincia di Reggio Emilia, è un Servizio residenziale, che prevede ricoveri a tempo determinato definiti sulla base di obiettivi personalizzati condivisi con la famiglia. Gli interventi sono di tipo farmacologico e psicosociale. Tra i criteri per l'accesso ci sono la frequenza e la gravità dei disturbi del comportamento ($NPI \geq 28$). Il CDC presso cui è in carico il paziente si mantiene costantemente aggiornato.

Metodi. Studio longitudinale con monitoraggio dei percorsi assistenziali intrapresi dai pazienti dopo la dimissione dal ND, rilevati nel periodo 2004-2015, così da verificare ed eventualmente migliorare gli effetti del lavoro di rete rispetto alle risposte fornite ai bisogni dell'ammalato e della sua famiglia.

Risultati. Dei 313 pazienti ricoverati dal 1/11/2004, al 30/6/2015: 144 sono stati dimessi a domicilio, 153 in CRA, 1 in Residenza Sanitaria Assistenziale, 8 sono stati i ricoveri ospedalieri, 7 sono deceduti. Solo 19 pazienti hanno avuto bisogno di un nuovo ingresso al nucleo. Nessun paziente si è rivolto al Pronto Soccorso per scompenso psico-comportamentale nei 6 mesi successivi alla dimissione.

Conclusioni. L'intervento specialistico del ND non viene vanificato ed il progetto assistenziale di ciascun paziente è duraturo quando le diverse competenze clinico-assistenziali-organizzative del ND si integrano con quelle dei CDC, dei Medici di Medicina Generale, dei servizi sociali e socio-sanitari presenti sul territorio a garanzia della continuità di cura. Ciò consente la dimissione del paziente e il reinserimento nell'abituale contesto di vita o, in ogni caso, in un punto della rete territoriale adeguato all'assistenza.

P PROGETTO REGIONALE “DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE”: DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEI DISTURBI NEURO COGNITIVI. VALUTAZIONE DEI SINTOMI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI E FUNZIONALI

Bonansea Alessandro (a), Fantò Fausto (b), Farri Marina (c), Leotta Daniela (d), Lopiano Leonardo (e), Rocca Paola (f), Venuti Silvio (g), Cappellero Barbara (d), Criscuolo Vittoria (b), Gallo Federica (h), Montanaro Elisa (e), Muzio Matteo (i), Onorato Valentina (c), Ramonda Evelin (h), Scalese Mara (f), Zanalda Enrico (j)

(a) *Ambulatorio di Neuropsicologia, Dipartimento Salute Mentale ASL TO3, Torino*

(b) *Struttura Complessa Geriatria, Azienda Ospedaliera S. Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino*

(c) *Struttura Complessa Psicologia, Struttura Complessa Neurologia, SC Geriatria, ASL TO5, Chieri, Torino*

(d) *Struttura Complessa Neurologia, Ospedale Martini, ASLTO1, Torino*

(e) *Divisione Universitaria Neurologia, Struttura Complessa Neurologia 2U, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Torino*

(f) *SSC a Valenza Dipartimentale, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Torino*

(g) *Servizio Territoriale di Continuità delle Cure ASL TO3, Collegno, Torino*

(h) *Struttura Complessa Psichiatria, Ambulatori Neuropsicologia ASL TO3, Pinerolo, Torino*

(i) *Ambulatorio Neuropsicologia, ASL, Alessandria*

(j) *Dipartimento Funzionale Salute Mentale ASL TO 3, Collegno, Torino*

Introduzione. Lo scopo del lavoro è quello di analizzare i dati raccolti nel corso del Progetto “Diagnosi precoce della patologia di Alzheimer e delle demenze attraverso la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica” della Regione Piemonte. Dopo una prima fase sperimentale iniziata nel 2008, dove era interessata la sola ASLTO3, si è passati, nel settembre 2014 (in seguito alla Determinazione 102, Legislatura 9, Codice settore DB2017, anno 2013), alla fase di Implementazione, in cui il Progetto è stato ampliato fino a coinvolgere ad oggi l’ASLTO1, l’ASLTO3, l’ASLTO5, l’ASLAL, l’ASO San Luigi Gonzaga e l’AOU Città della Salute e della Scienza. La modalità di approccio alla patologia è la medesima in ogni sede ambulatoriale: l’identificazione di un’entità causativa e dei sintomi cognitivi, comportamentali e funzionali, in linea con la nuova tassonomia introdotta dal DSM-5 in cui i Disturbi Neuro Cognitivi (DNC) maggiore e lieve sono classificati in sottotipi basati sull’entità patologica/eziologica sottostante al declino cognitivo.

Metodi. I dati sono stati raccolti seguendo il percorso di presa in carico del paziente raccomandato dal PDTA della Regione Piemonte (DGR n. 15-7071 del 04/02/2014): in seguito a screening attraverso Symptoms Dementia Screener presso il MMG di un sospetto diagnostico e invio presso CDCD di competenza, gli Ambulatori di Neuropsicologia eseguono una valutazione *baseline* e *follow-up*, attraverso colloquio clinico rivolto ai

caregiver e al paziente, screening delle funzioni cognitive (MoCA), test dominio specifici (FAB), valutazione delle attività strumentali e dell'autonomia di base (IADL), valutazione BPSD (NPI), Scala Stadiazione Demenza (CDR).

Risultati. Il numero complessivo di soggetti valutati dal 2008 ad oggi è di 10.013, di cui 6.232 pazienti e 3.781 *caregiver*. Il 55,8% dei pazienti sono donne e il 46,7% hanno un'età compresa tra i 66 e gli 80 anni. Per quel che concerne le ipotesi diagnostiche formulate il 50,5% presenta un DNC lieve e il 31,4% ha un DNC maggiore, il restante 18,1% è suddiviso tra coloro che mostrano un disturbo diverso da un DNC (4,9%) e coloro che rientrano in parametri di norma (13,2%). I DNC sono così suddivisi: DNC dovuto a Malattia di Alzheimer 49,4%, DNC dovuto a malattia vascolare 24,5%, DNC dovuto a degenerazione frontotemporale 6,8%, DNC dovuto a Morbo di Parkinson 4,5%, altri DNC 14,8%.

Conclusioni. I dati descritti mostrano un elevato grado di accordo con ciò che evidenzia la letteratura sull'epidemiologia della patologia dementigena e sulle previsioni circa la futura diffusione. I dati confermano inoltre la natura del Progetto in quanto orientato ad una diagnosi tempestiva del DNC: è osservabile infatti una percentuale più elevata di DNC lievi rispetto ai DNC maggiori.

VALUTAZIONE TESTISTICA ATTRAVERSO POMS E MOCA IN PAZIENTI IMPLANTABLE CARDIOVERTER- DEFIBRILLATOR (DEFIBRILLATORE CARDIACO IMPIANTABILE) CON DISTURBO SOGGETTIVO DI MEMORIA

Bonansea Alessandro (a), Criscuolo Vittoria (a), Gallo Federica (a), Ramonda Evelin (a), Riccardi Riccardo (a)

(a) *Ambulatorio di Neuropsicologia, Dipartimento Salute Mentale, ASL TO3, Torino*

(b) *Struttura Complessa Cardiologia, Ospedali Riuniti di Pinerolo, Torino*

Introduzione. Il lavoro coinvolge i pazienti ricoverati e in carico ambulatoriale presso l'Unità Coronarica Cardiologia dell'Ospedale di Pinerolo. Scopo: indagare una specifica porzione di pazienti valutandone il profilo cognitivo in relazione alle alterazioni comportamentali presentate.

Metodi. È stato preso in considerazione un gruppo di pazienti composto da 97 individui affetti da cardiopatie a rischio aritmico (ischemici, ipocinetici, ipertrofici e affetti da sindromi ereditarie), valutati in attività di consulenza. A questi è stato somministrato un test di screening cognitivo, il MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) e un questionario multidimensionale per la valutazione delle alterazioni comportamentali, il *Profile of Mood State* (POMS), che misura sei fattori e altrettanti stati dell'umore, dalla tensione ansiosa alla depressione e al senso di disorientamento.

Osservazioni. Il 33% del campione presenta un funzionamento cognitivo nella norma ($MoCA \geq 26$), il 67% risulta deficitario; il 44,3% della popolazione considerata presenta alterazioni comportamentali, il restante 55,7% risulta nella norma. Rispetto ai disturbi comportamentali il POMS rileva: 14 soggetti con stato ansioso (Fattore T: tensione-ansia), 13 con stato depressivo (Fattore D: depressione-avvilimento), 5 mostrano sentimenti di rabbia intensa verso gli altri (Fattore A: aggressività-rabbia), 34 presentano alterati livelli di vigore ed energia (Fattore V: vigore-attività), in 9 emerge uno stato di indolenza e di stanchezza fisica (Fattore S: stanchezza-indolenza) e in 5 è presente un senso di sconcerto e turbamento (Fattore C: confusione-sconcerto).

Riflessioni. Emerge come variabile più critica il Fattore V che rappresenta i livelli di energia a disposizione. Questa alterazione genera due ipotesi possibili: la prima è una motivazione organica, in quanto in pazienti di questo genere la FE (Frazione di Eiezione, ossia l'efficacia di pompa del cuore) è ridotta (sotto il 30%) e quindi fisicamente si avverte maggiore stanchezza e apatia; la seconda potrebbe derivare dal deficit cognitivo iniziale, spesso associato ad alterazioni comportamentali quali il ritiro sociale, l'apatia e l'abulia. Si rileva inoltre una relazione tra valori deficitari al test MoCA e alterazioni nelle variabili del POMS, in maniera predominante al Fattore V rispetto alle altre variabili prese in considerazione. In relazione a queste riflessioni ad oggi ancora parziali ci proponiamo di approfondire in modo sistematico i risultati ampliando il campione di riferimento al fine di trarre conclusioni scientificamente sostenibili.

INTERVENTI DOMICILIARI PROGRAMMATI, INCENTRATI SULLA TERAPIA OCCUPAZIONALE, COME METODICA DI RECUPERO E SOSTEGNO DEL MALATO DI ALZHEIMER E DEL CAREGIVER

Bruno Patrizia, Capasso Andrea, Napolano Stanislao, Femiano Maria
Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, Napoli

La ASL Napoli 2 Nord ha una popolazione di ultrasessantacinquenni di 138.575 persone (al 01/01/14) e oltre 2.000 pazienti in carico presso i Centri per le Demenze ex UVA (oggi ridefiniti come CDCD). La pubblicazione del Decreto 52 del 29/05/15 della Regione Campania, in linea con il Piano Nazionale per le Demenze, ha reso possibile l'implementazione di una serie di misure finalizzate al potenziamento della rete di assistenza al malato di Alzheimer ed alla sua famiglia/*caregiver*. In tale ottica si colloca una progettualità, in corso di realizzazione, che vede al centro di un programma assistenziale la Terapia Occupazionale (TO), rivolta a pazienti selezionati e svolta a domicilio del malato. La TO è un trattamento medico-riabilitativo ed educativo che riguarda coloro che soffrono di deficit fisici o mentali, siano essi momentanei o permanenti. Allo stesso modo tali interventi applicati a domicilio mostrano effetti benefici sia per la riduzione dei disturbi del comportamento nel paziente che il senso di efficacia ed una riduzione dello stress nel *caregiver*. L'intervento di TO domiciliare proposto è caratterizzato da tre fasi di lavoro verso l'autonomia motivazionale: esplorazione; competenza; autonomia. Nelle tre fasi del processo ri-motivazionale l'operatore non deve mai perdere di vista le caratteristiche evolutive della patologia e deve essere consapevole del fatto che l'intervento riabilitativo non è volto al ripristino delle funzioni perdute ma delle attività e della partecipazione del paziente nella vita quotidiana (OMS, 2002). Spesso le attività oggetto e mezzo dell'intervento con il paziente affetto da Alzheimer non possono essere svolte senza una stretta supervisione o anche assistenza da parte dei familiari o di un *caregiver*, che sono parte attiva dell'intervento occupazionale. Nella nostra progettualità sono state coinvolti tutti i CDCD aziendali, che inizieranno a reclutare i pazienti e le loro famiglie secondo i requisiti stabiliti, ed a seguire le varie fasi dello sviluppo del progetto. Ci si avvalerà di figure professionali specifiche: psicologi con esperienza di patologie psico-geriatriche e di terapisti occupazionali. Un corso di formazione specifico precederà l'impegno dei vari professionisti nel progetto. La finalità principale dell'intervento di T presso il domicilio è quindi il miglioramento della qualità della vita e del benessere della persona ammalata di demenza e dei familiari che si prendono cura di lui attraverso la pianificazione degli interventi estremamente personalizzati e individualizzati in funzione delle abilità conservate e dei bisogni manifestati dalla famiglia. Allo scopo di progettare gli interventi occupazionali e valutare l'efficacia del progetto, verranno impiegati e somministrati strumenti standardizzati (questionari e scale) che saranno rivolti sia alla persona ammalata di demenza che al suo *caregiver* e che indagheranno diversi domini. I primi risultati, disponibili nel giugno 2016, potranno confermarci l'efficacia di tali interventi nei confronti del paziente stesso e l'utilità in termini di qualità di vita, rispetto alla famiglia del malato ed in particolare al *caregiver*.

REVERSIONE ALLA NORMALITÀ DEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E METANALISI

Canevelli Marco (a), Grande Giulia (b), Lacorte Eleonora (c), Mariani Claudio (b), Bruno Giuseppe (a), Vanacore Nicola (c)

(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

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

(c) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è comunemente considerato come uno stato intermedio tra il normale funzionamento cognitivo e la demenza, e rappresenta l'oggetto di un crescente interesse nella comunità scientifica. Tuttavia, alcuni aspetti clinici ed epidemiologici di tale costrutto sono stati finora scarsamente tenuti in considerazione, risultando in uso probabilmente parziale e sbilanciato di tale entità. In particolare, gli studi longitudinali stanno sempre più documentando che una percentuale significativa di soggetti con MCI (ampiamente variabile tra il 4,5% e il 53% a seconda degli studi) presenta una completa remissione dei disturbi cognitivi ritornando ad una sostanziale normalità del quadro cognitivo. L'obiettivo del presente studio è quello di ottenere informazioni conclusive sulla percentuale di soggetti con MCI che presentano una reversione alla normalità cognitiva attraverso una revisione sistematica della letteratura.

Metodi. La revisione della letteratura è stata eseguita utilizzando i database PubMed e SciSearch, e ha riguardato gli articoli in lingua inglese pubblicati a partire dal 1999 (anno di pubblicazione dei primi criteri per l'operazionalizzazione del MCI). Attraverso uno screening preliminare di titoli e abstract sono stati esclusi gli articoli chiaramente non pertinenti alla tematica di interesse. Successivamente, due autori (MC e GG) hanno indipendentemente selezionato gli articoli potenzialmente includibili nella review in accordo ai seguenti criteri di inclusione: 1) studi longitudinali con almeno 2 anni di *follow-up*; 2) reclutamento di soggetti con MCI definito in accordo ai criteri proposti da Petersen nel 1999 o alle loro successive modifiche; 3) descrizione del numero di soggetti che ha presentato una reversione alla normalità cognitiva.

Risultati. Sono stati complessivamente valutati 3.664 articoli di potenziale interesse. L'adozione dei criteri di inclusione è risultata nella selezione di 60 articoli in cui veniva esplicitamente riportata la percentuale di soggetti con MCI che esibiva una reversione alla normalità. La qualità degli studi selezionati è stata valutata attraverso la *Newcastle-Ottawa Assessment Scale Cohort Study*.

Conclusioni. La reversione del MCI alla normalità cognitiva rappresenta un aspetto fondamentale ai fini della comprensione della reale natura di tale entità. La presente revisione sistematica ha consentito di fornire una stima conclusiva della proporzione di soggetti che presentano tale specifica traiettoria cognitiva.

P CAMBIAMENTO NEL TEMPO DELLE CARATTERISTICHE CLINICHE E SOCIODEMOGRAFICHE DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A VALUTAZIONE COGNITIVA

Canevelli Marco (a), Cesari Matteo (b), Trobia Federico (a), Talarico Giuseppina (a), Tosto Giuseppe (a), Letteri Federica (a), Ruocco Ciro (a), Reniè Roberta (a), Troili Fernanda (a), Lucchini Flaminia (a), Pupo Simone (a), Russo Alfonso (a), Scopelliti Annalisa (a), Quarata Federica (a), Salati Emanuela (a), Gasparini Marina (a), Bruno Giuseppe (a)

(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *INSERM UMR 1027, Université Paul Sabatier, Toulouse III, France; Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France*

Introduzione. L'adozione di strategie preventive finalizzate a contrastare la diffusione delle patologie età-correlate è sempre più invocata. Allo stesso tempo, tale crescente attenzione verso la "prevenzione" potrebbe generare conseguenze e problematiche (come l'uso eccessivo di risorse mediche e diagnostiche) che devono essere riconosciute e considerate dai sistemi sanitari. Negli ultimi anni un grande interesse è stato, in particolare, rivolto alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei disturbi cognitivi. L'obiettivo del presente studio è stato quello di esplorare le modificazioni delle caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei soggetti che sono afferiti presso la nostra Clinica della Memoria, nel periodo compreso tra il 2002 e il 2014.

Metodi. Sono state retrospettivamente esaminate le cartelle cliniche di tutti i soggetti sottoposti a valutazione cognitiva/neuropsicologica presso la Clinica della Memoria del Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università Sapienza di Roma, tra il 2002 e il 2014. È stata inoltre stimata l'incidenza dei disturbi cognitivi soggettivi (*Subjective Cognitive Complaints* - SCC), definiti operativamente come i disturbi della sfera cognitiva che si associavano a una normale *performance* ad una valutazione neuropsicologica estesa.

Risultati. Nelle analisi sono stati complessivamente considerati 3.856 soggetti, dei quali il 13,9% presentava SCC. Nel periodo temporale considerato è stato osservato un marcato aumento dell'incidenza dei SCC (dal 2,1% nel 2002 al 22,8% nel 2014). Inoltre, tra il 2002 e il 2014, sono stati documentati una significativa diminuzione dell'età dei soggetti afferenti al nostro centro ed un rilevante incremento del loro livello di istruzione, dei punteggi al MMSE, e dell'autonomia funzionale (misurata tramite le scale ADL e IADL). Infine, è stata registrata una diminuzione dei casi di demenza severa ($MMSE \leq 10$) e un concomitante aumento dei soggetti con una normale *performance* cognitiva globale ($MMSE \geq 24$).

Conclusioni. Nel corso degli ultimi anni i soggetti afferenti al nostro centro sono gradualmente diventati più giovani, istruiti, e meno compromessi sotto il profilo cognitivo e funzionale. Ad oggi, circa un soggetto su 4 non presenta alcuna alterazione alla valutazione neuropsicologica (vale a dire, presenta SCC). Alla luce di tali risultati, appare urgente sviluppare strategie per migliorare l'invio alle *memory clinics* e dedicare risorse specifiche all'inquadramento dei soggetti con disturbi cognitivi lievi.

P **ARTERIAL STIFFNESS E VITAMINA D NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER**

Castagna Alberto (a), Attisani Giuseppe (b), Ruberto Carmen (a), Cotroneo Antonino Maria (c), Gareri Pietro (a)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro

(b) Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Rimini

(c) Azienda Sanitaria Locale 2, Torino

Introduzione. La *Pulse Pressure* (PP), misura indiretta della *Stiffness* Arteriosa, è semplicemente la differenza tra pressione arteriosa sistolica e diastolica, dipende dalla gittata cardiaca, dalla rigidità delle grandi arterie e dall'onda riflessa. Recenti studi suggeriscono che la vitamina D, ormone il cui recettore è presente in numerose cellule e tessuti, sia, in caso di ipovitaminosi, associato ad un aumento di malattie cardiovascolari. Abbiamo indagato la relazione tra 25-OH vitamina D sierica (25 (OH) D) e *pulse pressure* in una popolazione di pazienti anziani affetti da Demenza di Alzheimer.

Metodi. Abbiamo arruolato 122 pazienti consecutivi (donne 77%, età 78,8±5,21 anni) afferenti ai nostri ambulatori.

Risultati. Il 100% della popolazione era in ipovitaminosi D; 96 pazienti (78,7%) avevano livelli sierici di 25 (OH) D inferiori a 20 ng/ml; 26 pazienti (21,3%) tra 20 e 30 ng/ml. Nel nostro studio la PP è stata inversamente correlata con la 25 (OH) D ($r=-0,553$, $P=0,000$). Dopo correzione per età, sesso, pressione sistolica, pressione arteriosa media, malattie cardiovascolari e terapia antiipertensiva, rimaneva una correlazione inversa, statisticamente significativa tra PP e 25 (OH) D ($\beta=-0,524$; $p=0,000$).

Conclusioni. I nostri dati evidenziano una correlazione inversa tra PP e 25 (OH) D, suggerendo l'ipotesi che la 25 (OH) D, possa essere coinvolta nel rimodellamento vascolare anche nella Demenza di Alzheimer. Il nostro risultato va confermato con studi prospettici, ma evidenzia un possibile ruolo dell'"Ormone D" sul rimodellamento vascolare.

P PROPOSTA DI PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LE DEMENZE NEL PRESIDIO SANTA CATERINA DELLA ROSA ASL RMC

Catarci Teresa (a,b), Cemmi Laura (b,c), Marchini Chiara (b), Monini Patrizia (d)

(a) Azienda Sanitaria Locale RMA, Roma

(b) Azienda Sanitaria Locale RMC, Roma

(c) Azienda Sanitaria Locale RME, Roma

(d) Geriatria per Acuti, Ospedale S. Eugenio, Roma

Dalle ultime stime effettuate, nel territorio del VI Distretto della ASL RMC, vivono attualmente 13.595 anziani tra i 65 e i 75 anni e 11.818 tra i 75 e gli 85 anni, con ben 4.581 persone al di sopra degli 85 anni, per un totale di 29.994 anziani sopra i 65 anni. Secondo i dati forniti dall'ISS la malattia di Alzheimer colpisce circa il 5% delle persone con più di 60 anni, pertanto possiamo stimare (per difetto) la presenza di circa 1.500 persone (e le loro famiglie) affette nel distretto, senza considerare le altre forme di demenza. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) del presidio Santa Caterina della Rosa fornisce da anni assistenza sia ambulatoriale che domiciliare, neurologica e geriatrica, ai pazienti con demenza, in collaborazione con il reparto di Geriatria per acuti dell'ospedale S. Eugenio. La collaborazione con il Medico di Medicina Generale è di fondamentale importanza per la corretta presa in carico del paziente, per cui vengono annualmente organizzati degli incontri tematici. Pertanto, è stato proposto un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) che prevede una *flow-chart* per il Medico di Medicina Generale allo scopo di individuare tempi e modalità di invio al CDCD ritenute più appropriate per ogni singolo paziente. Il percorso prevede un coordinatore (*case manager*) il cui compito sarà di accogliere i casi ritenuti prioritari, da inserire successivamente nei vari percorsi interni sia di tipo diagnostico strumentale che di specialistica ambulatoriale, con eventuale attivazione dei servizi socio-sanitari o di assistenza domiciliare. Sono inoltre previsti ulteriori percorsi preferenziali per ricovero ordinario o in regime *day hospital* nel reparto di geriatria per acuti del S. Eugenio. Il case manager sarà anche responsabile del *follow-up* dei pazienti presi in carico, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, nei casi in cui siano necessarie visite di controllo non programmate. Gli indicatori di processo individuati saranno: rilevazione numero pazienti inviati e ricevuti tramite apposite tabelle (ricettori e invianti); rilevazione appropriatezza degli invii tramite controllo delle flowchart (*case manager*); numero di pazienti presi in carico (*case manager* + CUP). Gli indicatori di esito individuati saranno: tasso di ricovero presso Ospedali dei pazienti in carico; numero accessi al Pronto Soccorso; tasso di istituzionalizzazione dei pazienti in carico; ore di lavoro perse dai *caregiver*.

EFFICACIA DI UN INTERVENTO MULTICOMPONENTE PER LE PERSONE CON ALZHEIMER ED I LORO CAREGIVER FAMILIARI. RISULTATI DEL TRIAL UP-TECH NELLA REGIONE MARCHE

Chiatti Carlos (a), Tonelli Tiziana (b), Bonfranceschi Franco (a), Olivetti Paolo (a), Rimland Joseph (a), Masera Filippo (a), Lattanzio Fabrizia (a) Gruppo di ricerca *Up-Tech*
(a) Istituto Nazionale di Riposo e Cura per gli Anziani, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ancona
(b) Azienda Sanitaria Unica Regionale, Regione Marche, Ancona

Introduzione. *Up-Tech* è un progetto di ricerca-intervento, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il Fondo per le non Autosufficienze 2010 e co-finanziato dalla Regione Marche e dall'IRCCS-INRCA che ne ha coordinato l'implementazione. Finalità del progetto è stata innovare i percorsi di assistenza per le persone affette da malattia di Alzheimer ed i loro *caregiver* che vivono presso il proprio domicilio. Ha previsto l'erogazione di un servizio sperimentale su una vasta popolazione di utenti in cinque territori delle Marche con la collaborazione dei distretti sanitari e degli ambiti territoriali sociali (Pesaro, Ancona, Macerata, Fermo e San Benedetto del Tronto).

Metodi. *Up-Tech* ha il disegno di un *trial* clinico randomizzato in aperto. Ha coinvolto 438 diadi composte da persone con Alzheimer (MMSE 10-20) ed i loro *caregiver* familiari primari, randomizzate in tre gruppi di trattamento:

1. Up (n=148), seguite da un assistente sociale case-manager formato sulle problematiche della malattia di Alzheimer;
2. *Up-tech* (n=144) riceventi, oltre a quanto ricevuto dal gruppo UP, un kit tecnologico avanzato per la sicurezza del paziente;
3. Controlli (n=146), riceventi solo materiale informativo cartaceo sulla patologia.

Outcome primari dello studio sono stati il carico del *caregiver*, misurato attraverso lo strumento *Caregiver Burden Inventory* e l'istituzionalizzazione della persona con Demenza. Ogni diade ha ricevuto tre visite infermieristiche (*baseline*, mese 8 e mese 14) finalizzate alla rilevazione dei dati clinici.

Risultati. Al primo *follow-up*, il programma di *case-management* è risultato efficace nel ridurre il burden del *caregiver* in un solo distretto, dove maggiore è stata l'aderenza al protocollo sperimentale. Al secondo *follow-up*, le tecnologie hanno avuto un significativo impatto sullo stress, se analizzando i dati del *trial* "per *protocol*". Non sono stati rilevati effetti significativi dell'intervento sull'istituzionalizzazione dell'intervento.

Discussione. Il *trial Up-Tech* fornisce importanti indicazioni sulla potenziale efficacia di nuovi interventi di supporto delle famiglie delle persone con Alzheimer. Ulteriori *follow-up* verranno effettuati nel prossimo anno, per valutare l'effetto nel medio periodo degli interventi testati.

P PERCORSO ALZHEIMER E DEMENZE: STUDIO RELAZIONALE TRA TEST DI DISABILITÀ PER VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTE IN UNA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Clementi Carlo, Bonanni Maurizio, Campolungo Michela, Devasykuty Vailikudam Shiji, Fanisio Lorella, Guidara Sandra, Vadassery Itterah Jancy, Lo Jacono Sandra, Panatuparambil Jenny, Paravani Carlo, Pellecchia Claudia, Polcari Concetta, Porcari Elisa, Quaciaro Marco, Parisi Francesca

Casa di Cura Santo Volto, S. Marinella, Roma

Introduzione. Nei disturbi cognitivi della malattia di Alzheimer e nelle demenze in genere, stanno emergendo segnalazioni sempre più consistenti sull'importanza dell'approccio non farmacologico per controllare la sintomatologia dei pazienti dementi e nel migliorare le condizioni di vita del *caregiver* (circa 3.000.000 in Italia).

Obiettivo. Gli autori hanno seguito per 14 mesi una piccola Residenza Sanitaria Assistenziale della provincia di Roma, per valutare l'incidenza del rischio cadute in una popolazione anziana over 65 anni affetta da multi patologie invalidanti.

Metodi. Tutti i pazienti (57 di sesso femminile) sono stati sottoposti a test: cognitivi (*Mini Mental State Examination* - MMSE), di autonomia quotidiana (*Activities of Daily Living* - ADL / *Instrumental Activities of Daily Living* - IADL) e di equilibrio e andatura (Tinetti-test). Per i test statistici sono usati: *Chi-squares/Fischer Exact test*; *Student-test* e il *Pearson's Correlation Test*.

Risultati. I risultati ottenuti sono significativi nella correlazione tra deficit autonomo (ADL/IADL) e equilibrio/andatura $p=0,04$, non esiste nessuna correlazione tra attività cognitiva e equilibrio/andatura $p=ns$. Esiste una relazione tra deficit cognitivo (MMSE) e deficit di autonomia quotidiana (ADL/IADL). Allo Student-test esiste una significatività tra deficit cognitivo (MMSE) e deficit dell'autonomia (ADL/IADL) $p=0,001$ a conferma della indipendenza dei test. L'indipendenza dei test statistici tra loro è indicativa di: che ha bassi valori di ADL/IADL con elevati valori di Tinetti-test corrisponde un aumento di rischio cadute.

Conclusioni. I test statistici applicati indicano che anche in presenza di deficit cognitivo grave, il paziente, con opportune cautele, può deambulare e/o essere mobilizzato senza timore, a patto che il controllo e l'osservazione di eventuali cambiamenti sia accurata. I test applicati (MMSE-ADL/IADL-Tinetti-Test) sono prevalentemente indicativi della disabilità del paziente ma non indicano un rischio significativo di cadute, ma solo una maggior o minor disabilità. Maggior disabilità non significata necessariamente maggior rischi di caduta. Sono utili anche perché i pazienti non allettati, con disabilità autonoma grave non correlata alla disabilità cognitiva sembrano essere i più esposti alla caduta.

P FATTORI ASSOCIATI AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO NEL PAZIENTE ANZIANO CON DETERIORAMENTO COGNITIVO: RISULTATI DELLO STUDIO REGAL

Conestabile della Staffa Manuela, Paolacci Lucia, Cerenzia Annarita, Penzo Jacopo, Ruggiero Carmelinda, Ercolani Sara, Boccardi Virginia, Mecocci Patrizia
Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi, Perugia

Introduzione. I disturbi del comportamento (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSD) nei pazienti con deterioramento cognitivo si associano a più alto grado di disabilità, più rapido declino cognitivo, peggioramento della qualità di vita, precoce istituzionalizzazione, nonché dei costi sanitari. Pochi studi hanno valutato i principali fattori ad essi associati. A tale scopo abbiamo valutato, in un'ampia popolazione ambulatoriale di soggetti con deterioramento cognitivo a diversa severità, l'associazione tra i principali fattori demografici, clinici e socio-ambientali e BPSD.

Metodi. Sono stati analizzati i dati di 4.157 soggetti provenienti dal progetto ReGAL. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione dello stato cognitivo (MMSE), psico-affettivo (GDS), funzionale (ADL, IADL), socio-ambientale (stato civile, stato sociale ed attività lavorativa pregressa), delle condizioni economiche e la scolarità. La presenza e la severità dei BPSD è stata valutata mediante la scala NPI.

Risultati. I soggetti, per lo più donne, avevano un'età media di 79 anni. L'85% riportava almeno un BPSD. Tale presenza si associava a più bassa scolarità, più bassi valori di MMSE, più bassi punteggi di GDS, ADL ed IADL e più elevata comorbidità. L'età ($p < 0,0001$), la severità di demenza ($p < 0,0001$), l'utilizzo di farmaci psicoattivi ($p < 0,0001$), lo stato sociale ($p < 0,0001$) e la scolarità ($p = 0,018$) si associano indipendentemente ad una più elevata gravità dei BPSD. Solo la severità della demenza (OR: 1,624 IC95% 1,451-1,816, $p < 0,0001$) e l'assunzione di almeno un farmaco psicoattivo (OR: 1,959 IC95% 1,1616-2,374, $p < 0,0001$) si associava a BPSD indipendentemente da età, sesso e dalle variabili socio-ambientali. Raggruppando i BPSD in disturbi dell'affettività, disturbi della condotta, psicosi ed euforia, la severità di demenza si associava a: euforia (OR: 1.590 IC95% 1.361-1.858, $p < 0,0001$), condotta (OR: 1,505 IC95% 1,375-1,647, $p < 0,0001$) e psicosi (OR: 1,699 IC95% 1,550-1,863, $p < 0,0001$), indipendentemente da età, sesso, utilizzo di farmaci psicoattivi e fattori socio-ambientali. Invece, l'affettività non era influenzata dalla severità di demenza ma dalla bassa scolarità (OR: 0,935 IC95% 0,899-0,973, $p = 0,001$). L'attività pregressa di operaio e casalinga si associava alla presenza di psicosi (OR: 0,934 IC95% 0,0886-0,954, $p = 0,010$) e disturbi della condotta (OR: 0,932 IC95% 0,0887-0,979, $p = 0,005$). Coloro che vivevano con assistenza o in struttura (OR: 1,110 IC95% 1,014-1,215, $p = 0,023$) presentavano più frequenti e gravi disturbi della condotta.

Conclusioni. In conclusione, i nostri dati suggeriscono che la severità di demenza, l'utilizzo di farmaci psicoattivi, la scolarità, l'attività lavorativa pregressa e lo stato sociale influiscono sulla presenza e severità dei BPSD.

GESTIONE INTEGRATA DI PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA FRONTO-TEMPORALE E DEL FIGLIO DI QUESTI (CAREGIVER)

Costa Manuela, Santangelo Mario, Vaghi Luca, Stucchi Carlo Maria, Devetak Massimiliano, Amidei Stefano, Baratti Mario, Fabbo Andrea, Menon Vanda, Maccarone Roberta, Ragazzoni Annalena

Presidio Ospedaliero Carpi e Distretto di Carpi, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

Introduzione. Dal 2010 nella Provincia di Modena è in atto la creazione di una “rete” Ospedale-Territorio- Servizi Sociali e Associazioni di Volontariato al fine di affrontare al meglio e in collaborazione la gestione della problematica delle demenze. Ecco un esempio del modo di procedere.

Metodi. L.G. di anni 60 era seguito da anni per “depressione” in ambiente psichiatrico. Vista l’inefficacia di qualunque terapia antidepressiva sorgono i primi dubbi diagnostici e il paziente giunge alla nostra Unità Operativa Neurologica (CDC II livello Ospedale di Carpi, Modena) per una valutazione neuropsicologica. Si evidenziano disturbi di linguaggio e alterazioni visuo-spaziali. Si propone l’esecuzione di SPECT di flusso, che conferma il sospetto clinico di demenza fronto-temporale. Viene informato il figlio, che si occupa della gestione di L.G. essendo il paziente divorziato. Si prova terapia con Memantina, presto sospesa perchè inefficace. Quando al paziente viene impedito di guidare e di andare in bicicletta compaiono i primi disturbi comportamentali. Per stabilizzare clinicamente tali disturbi si invia il paziente al DHO del CDC II livello Geriatrico del NOCSAE di Baggiovara (MO) e si consiglia il figlio, care-giver, di avviare le pratiche per il riconoscimento di invalidità e di attivazione dell’Amministratore di sostegno. Inizialmente con l’aiuto dei Servizi Sociali Territoriali, L.G. continua la sua routine quotidiana a domicilio supportato nella gestione della casa e della preparazione dei pasti da una persona ad ore. Gradatamente il paziente non accudisce più a se stesso e non mangia neppure il cibo già pronto per cui viene provata la soluzione di un Centro Diurno convenzionato (Cooperativa di servizi) dove il paziente rimane dalle 8.00 fino alle 18.00. Per qualche tempo le cose vanno bene poi compaiono aspetti aggressivi nei confronti degli operatori e alterazioni del ritmo sonno-veglia. Si prepara quindi la collocazione presso la Struttura Residenziale di Suzzara (MN) nel Nucleo Alzheimer nonostante la giovane età, per le complesse problematiche cliniche. Il figlio consapevole dell’impossibilità di affrontare ancora al domicilio la situazione, ma frustrato di dovere decidere in modo così drastico della sorte del padre, viene affidato alla Psicologia Clinica dei CDC per i *caregivers*.

Risultati. Nei vari stadi della malattia si cerca di offrire la soluzione migliore ai pazienti e ai familiari

Conclusioni. La possibilità di parlarsi fra operatori dei vari servizi della “rete” permette di affrontare di volta in volta tutti gli aspetti clinici e sociali dei vari pazienti senza perdite di tempo o spreco di risorse.

EFFICACIA DIAGNOSTICA DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E DELLE SPECT DI FLUSSO O PET DI METABOLISMO NELLA DIAGNOSI DI AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA

Costa Manuela, Santangelo Mario, Vaghi Luca, Stucchi Carlo Maria, Devetak Massimiliano, Amidei Stefano, Baratti Mario
Presidio Ospedaliero Carpi e Distretto di Carpi, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

Introduzione. Le Afasie Primarie Progressive (APP) rappresentano un sintomo iniziale di demenza ad insorgenza in età giovanile. La loro evoluzione è variabile in quanto, a seconda del territorio cerebrale interessato, possiamo osservare clinicamente o una forma di Demenza di Alzheimer (AD) o una forma di Demenza Fronto-Temporale (DFT). I soli test neuropsicologici non sono sufficienti a dirimere tra afasia primaria progressiva e pseudo demenza depressiva per cui nella nostra esperienza abbiamo osservato che l'utilizzo di SPECT/PET rappresenta un valido strumento di associazione per confermare, prima dell'evoluzione clinica, il sospetto diagnostico.

Metodi. Seguiamo 9 pazienti con APP da un paio d'anni. Sono state applicate valutazioni neuropsicologiche successive (ogni 6 mesi). Alla prima valutazione tutti i pazienti presentavano deficit solo nelle prove di linguaggio. Il tipo di afasia osservata o era logopenica o agrammatica (PNFA), non vi era nessuna forma semantica. Alla prima seduta è stata somministrata anche la scala BDI e in tutti si è misurato tono dell'umore deflesso a livello medio-grave. I pazienti sono poi stati sottoposti ad esecuzione di SPECT. Tale esame in tre casi ha mostrato ipometabolismo fronto-temporale sinistro e la clinica era di PNFA con rapida evoluzione verso DFT. In due casi alla SPECT l'ipometabolismo era temporo-parietale bilaterale, la clinica indicava APP logopenica e l'evoluzione è stata verso AD. La SPECT nei rimanenti quattro casi mostra interessamento parieto-temporale sinistro ed i pazienti presentano APP logopenica. Al momento in questi quattro casi vi è stabilità clinica con l'utilizzo di memantina, di stimolazione cognitiva e di terapia antidepressiva.

Risultati. L'associazione di test neuropsicologici e SPECT di flusso o PET di metabolismo si è rivelata efficace per confermare il sospetto diagnostico di APP consentendo, in fase iniziale di malattia, di mettere in campo tutte le possibilità terapeutiche per rallentare l'evoluzione clinica di malattia. Si sottolinea che, nonostante gli approcci terapeutici siano stati precoci in tutte le condizioni cliniche in esame, per le forme che evolvono verso DFT, la progressione di malattia è molto più rapida e nessuna delle terapie avviate sembra dimostrare efficacia.

Conclusioni. Utilizzare strumenti giusti per pervenire ad una diagnosi precoce di demenza consente di limitare il numero di esami da effettuare al paziente e permette di avere idee chiare il prima possibile sulle strategie da mettere in campo per cercare di contenere una malattia che ancora ha troppo pochi approcci terapeutici validi.

P CONSAPEVOLEZZA DEL DEFICIT MNESICO NEI SOGGETTI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*: STUDIO DI COORTE PROSPETTICO

Cova Ilaria, Grande Giulia, Cucumo Valentina, Ghiretti Roberta, Sartorio Elena, Maggiore Laura, Pomati Simone, Mariani Claudio
Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Clinica Neurologica, Ospedale Luigi Sacco, Milano

Introduzione. Il grado di consapevolezza del disturbo mnesico può variare nei soggetti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI): non è chiaro infatti se questo fattore possa avere un ruolo predittivo di successiva progressione a demenza e, in particolar modo, a malattia di Alzheimer (AD) e, per indagarlo, abbiamo seguito prospetticamente una coorte di MCI.

Metodi. Tra gennaio 2003 e maggio 2014, 324 MCI amnestici (sia singolo che multiplo dominio), afferenti al Centro per i Disturbi Cognitivi dell'Ospedale Sacco di Milano, sono stati consecutivamente inclusi nello studio e seguiti con *follow-up* annuali. La consapevolezza del deficit mnesico è stata valutata attraverso la risposta al seguente item della *Geriatric Depression Scale* (GDS): "Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?". L'*outcome* del nostro studio era la progressione a demenza e AD. Per verificare se la consapevolezza del disturbo mnesico fosse associata al rischio di progressione di MCI a demenza e AD abbiamo utilizzato un modello di regressione di Cox. Le covariate incluse nel modello sono state: età, sesso, scolarità, sottotipi di MCI (amnesico singolo o multi-dominio), punteggio al MMSE, indice di severità alla Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), genotipo APOE.

Risultati. Durante un *follow-up* complessivo di $27,7 \pm 20,8$ mesi, 205 (63,3%) soggetti MCI su 324 sono progrediti a demenza, tra cui 141 (43,5%) ad AD. Le informazioni riguardo la GDS erano presenti per 282 soggetti (87%). L'analisi univariata ha mostrato che i soggetti MCI che sviluppavano demenza erano più anziani ($75,88 \pm 6,34$ vs $74,35 \pm 7,48$; $p=0,05$), erano più frequentemente di sesso femminile (60% vs 47,1%; $p=0,01$), avevano un minor punteggio di MMSE ($24,39 \pm 2,85$ vs $25,76 \pm 2,39$; $p<0,001$) e minor numero di comorbidità (indice di severità alla CIRS $0,49 \pm 0,26$ vs $0,60 \pm 0,28$; $p<0,001$); non è stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa per quanto riguarda la consapevolezza del disturbo mnesico. L'analisi di Cox multivariata, costruita per aggiustare per le covariate confondenti, non ha dimostrato alcuna associazione tra la consapevolezza del disturbo e il rischio di evoluzione a demenza (HR 0,76, 95% CI 0,52-1,11; $p=0,16$) e AD (HR 0,84, 95% CI 0,78-0,91; $p<0,001$).

Conclusione. I risultati riportati indicano che nella nostra coorte di soggetti con MCI amnesico, la consapevolezza del disturbo mnesico non è associata al rischio di sviluppare demenza, incluso l'AD.

P **DEMENTIA E SPORTELLI PER L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN PROVINCIA DI VARESE**

Croci Luca, Oblatore Lucia

Società di Mutuo Soccorso di Malnate e dell'Insubria, Malnate, Varese

Introduzione. L'Amministratore di Sostegno si pone come figura di tutela e protezione a fianco di persone non in grado di prendersi cura di se stesse e dei propri interessi in modo adeguato ed accompagna i beneficiari nelle attività quotidiane difficili da gestire o che, a causa dell'età o di patologie presenti, non possono essere svolte in autonomia e con una capacità di giudizio e riflessione adeguate. La Società di Mutuo Soccorso di Malnate e dell'Insubria, che si occupa di persone in condizioni di fragilità, per la maggior parte anziani affetti da demenza, da alcuni anni ha aderito all'organizzazione formata da diversi enti che, nel 2013, hanno costituito il Comitato "Varese AdS". Tale comitato, per promuovere lo studio, la valorizzazione e la diffusione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno in provincia di Varese, operando in collaborazione con diverse organizzazioni operanti sul territorio varesino e con la ASL, si avvale di una rete di sportelli che offrono informazioni (anche solo di carattere generale) ed assistenza a coloro che vi si rivolgono (beneficiari, familiari, Amministratori di Sostegno in carica, Enti) mediante servizi di consulenza, nelle varie fasi del procedimento.

Metodi. I dati relativi agli accessi effettuati dagli utenti sono raccolti a cura di "Varese AdS" dal 2012 semestralmente, tramite compilazione ed invio di un foglio di lavoro Excel appositamente predisposto. A partire dall'indagine 2014, oggetto del presente lavoro, le modalità di rilevazione vengono modificate; un cambiamento nelle voci da inserire ha lo scopo rendere più uniforme l'interpretazione da parte dei responsabili dei 21 sportelli coinvolti.

Risultati. Nel 2014 il totale dei contatti (utenti che si rivolgono agli sportelli di Varese AdS) è 536, in costante crescita rispetto agli anni precedenti. Lo sportello di SMS di Malnate e dell'Insubria nel 2014 rileva 128 contatti totali; concordemente a quanto constatato a livello provinciale, l'area prevalente di fragilità è la terza età. Nella nostra struttura tutti i contatti nel settore riguardano beneficiari con demenza (88,28% del totale); in questi casi il contatto avviene per orientamento (30,09%), richiesta informazioni (30,09%), aiuto nella presentazione del ricorso (26,55%), sostegno nel compito di Amministratore di Sostegno (12,39%), ricerca di Amministratore di Sostegno volontario (0,88%).

Conclusioni. La raccolta dati rappresenta un'iniziativa recente, un'esperienza nuova che al momento è l'unica attiva in provincia di Varese. Una conoscenza più approfondita della diffusione dell'Amministrazione di Sostegno consentirà al Comitato ed ai singoli enti di migliorare i servizi offerti all'utenza.

PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA: ARABA FENICE DEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI IN ETÀ GERIATRICA

Cuzzoni Giovanni (a), Zambianchi Valentina (b), Taratynova Elena (c), Mameli Vittoria (a), Ricevuti Giovanni (b)

(a) Azienda di Servizi alla Persona, Istituto di Riabilitazione Geriatrica Santa Margherita, Nucleo Alzheimer e Unità Valutazione Alzheimer, Pavia

(b) Dipartimento di Medicina Interna, Cattedra di Geriatria, Università degli Studi, Pavia

(c) Dipartimento di Medicina Interna, Sezione di Emergenze-Urgenze, Università degli Studi, Pavia

Introduzione. La Pseudodemenza Depressiva (PD), costituisce un'entità nosografica che, contemplata nel DSM IV, entra in una fase di parziale offuscamento diagnostico con il DSM IV-TR. Per tale motivo, nonostante torni ad essere annoverata nel DSM V, è da tempo al centro di un vivace dibattito che riguarda l'appropriatezza dell'uso del termine "pseudodemenza" e le problematiche inerenti la diagnostica differenziale con altri disturbi neurocognitivi. La pratica clinica non si è certo giovata della fase di eclissi diagnostica determinata dal DSM IV-TR. Pertanto si è ritenuto utile procedere a una revisione della casistica relativa alle diagnosi di PD all'interno della nostra Unità Operativa. Si è inoltre valutato quanti dei pazienti con diagnosi di PD monitorati dal nostro ambulatorio UVA abbiano mantenuto la piena competenza cognitiva nell'arco dei successivi due anni.

Metodi. La popolazione studiata è costituita da 851 pazienti che sono stati ricoverati presso la nostra Unità Operativa nel periodo gennaio 2006 - giugno 2015, a seguito della comparsa di disturbi cognitivo-comportamentali. I criteri diagnostici adottati sono stati: il DSM-5 per la diagnosi di demenza, i singoli protocolli previsti per le specifiche forme di Demenza, i criteri di Caine per la PD. Le comorbilità internistiche sono state riportate secondo la scala *Cumulative Illness Rating Scale* (G e C). La testistica neuropsicologica si è avvalsa dei seguenti strumenti: MMSE, BDM, NPI, GDS. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a indagini diagnostiche generali comprendenti: EEG con profilo tioroideo e dosaggio di Vitamina B12 e acido folico, TC encefalo senza mezzo di contrasto, ECG, RX torace, DEXA. I pazienti con diagnosi di PD sono stati sottoposti a terapia antidepressiva (SSRI, NASSA).

Risultati. Abbiamo formulato diagnosi di PD in 26 pazienti (4 uomini e 22 donne, età media 76 anni), corrispondenti al 3,6% del totale. Di questi pazienti, 9 (33%), sono stati seguiti presso il nostro Ambulatorio UVA nei due anni successivi; nessuno di loro ha sviluppato una demenza, pur evidenziando una deflessione media di 2 punti allo score del MMSE. Il tono dell'umore si è mantenuto stabile, la terapia antidepressiva non è stata sospesa.

Conclusioni. Tali risultati richiamano alla necessità di procedere sempre, nei pazienti con disturbo cognitivo-comportamentale, a un'accurata diagnosi differenziale che tenga in considerazione la possibilità della PD, che sembra costituire un'entità nosografica non rara e reversibile, purchè diagnosticata e adeguatamente trattata. Futuri studi potranno stressare il ruolo della PD nella popolazione di interesse geriatrico quale possibile fattori di rischio per il successivo insorgere di una demenza organica.

P ARCHITETTURE DEI SERVIZI PER LA DEMENZA: STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DEGLI SPAZI

Darvo Gianluca

Dipartimento di Architettura, Università degli Studi, Firenze

Introduzione. Nell'ambito del processo di riorganizzazione dei servizi in atto a livello centrale e di recepimento del Piano Nazionale Demenze da parte delle Regioni, è necessario mettere a punto e attivare procedure di valutazione delle attuali architetture della rete, anche sulla base delle recenti conoscenze scientifiche e delle trasformazioni nelle attività assistenziali. Numerose ricerche internazionali evidenziano gli effetti che alcune connotazioni ambientali e spaziali determinano sul comportamento e sul benessere delle persone con demenza. All'interno di questo settore di indagine, è in corso di sviluppo una ricerca che ha come obiettivo di valutare se e in che modo alcune caratteristiche ambientali e architettoniche contribuiscano a ridurre, prevenire o controllare l'insorgenza dei BPSD nell'attuale rete delle architetture per la demenza presenti sul territorio nazionale.

Metodi. Le indagini saranno condotte utilizzando i metodi di *Post Occupancy Evaluation* (POE) su un campione significativo ed esemplificativo delle strutture della rete (Domicilio, CDCD, Centri Diurni, Residenze Protette, Residenza Sanitaria Assistenziale, Ospedali) su Regioni selezionate. Le indagini saranno finalizzate a rilevare ed individuare la correlazione tra: attività svolte dagli ospiti, caratteristiche ambientali degli spazi e insorgenza dei BPSD. Per misurare e valutare la relazione tra questi tre aspetti verranno utilizzati strumenti specifici sviluppati *ad hoc* e strutturati su domini ambientali significativi, con i relativi indicatori per la gerarchizzazione dell'impatto.

Risultati. L'elaborazione dei risultati delle rilevazioni consentirà di definire il sistema dei fattori che correlano le caratteristiche ambientali e architettoniche con i BPSD. Sulla base di questo saranno messi a punto strumenti specifici per la valutazione *ex-ante* ed *ex-post* delle strutture della rete e raccomandazioni per orientare le fasi di programmazione e progettazione dei successivi interventi.

Conclusioni. Analizzare e valutare i fattori in grado di influenzare l'insorgenza o, all'opposto, la riduzione e il controllo dei BPSD consente da una parte di rilevare in maniera sistematica e condivisa il livello qualitativo delle architetture afferenti alla rete e la loro efficacia per questa specifica categoria di utenti e, dall'altra, di orientare progetti finalizzati all'aumento del benessere e della qualità dello spazio di vita delle persone con demenza.

VALUTAZIONE DEI *CLINICAL TRIALS* CONDOTTI IN ITALIA PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER

De Fina Mariarosanna (a), Zito Maria Cristina (b), De Francesco Adele Emanuela (b), Esposito Stefania (b), Naturale Maria Diana (c)

(a) *Università Magna Graecia, Catanzaro*

(b) *Farmacia, Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini, Catanzaro*

(c) *Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma*

Introduzione. Oggi nel mondo più di 36 milioni di persone sono affette da malattia di Alzheimer (AD), con una prevalenza attesa di circa il triplo nel 2050. Attualmente, non esistono composti in grado di rallentare o bloccare tale patologia neurodegenerativa. L'urgenza di identificare terapie efficaci ha indotto la comunità scientifica a ricercare innovazioni metodologiche nella conduzione delle sperimentazioni con le finalità di abbreviare il ciclo di sviluppo di nuovi farmaci e fornire indicazioni più complete sull'efficacia dei trattamenti. In Italia, la Legge Balduzzi (189/2012), il DM 08/02/2013 (GU n. 96 del 24/04/2013) e la Legge 57/2013 (GU n. 121 del 25/05/2013) introducono numerose novità per i Comitati Etici (riorganizzazione, snellimento burocratico, inserimento di nuove figure professionali, ecc.). Delle 583 Sperimentazioni Cliniche autorizzate in Italia nel 2013, il 25% è risultato essere uno *Scientific Advice* sul prodotto medicinale in studio, di questi il 78,8% è stato di FASE III e solo il 5,5% di Fase I. Dal XIII *National Report 2014-Clinical trials of drugs in Italy* si evince un decremento delle sperimentazioni cliniche ($\Delta 13-09 = -23,04\%$).

Metodi. Obiettivo del presente lavoro è analizzare e raffrontare database internazionali sui *clinical trials* riguardanti la AD. La ricerca si è concentrata sulla popolazione affetta da AD e sui *trials* condotti in Italia dal 01-01-2010 al 31-08-2015, raffrontando i dati presenti in Clinical-Trials.gov, principale *database on-line* sui *trials* clinici condotti in tutto il mondo sull'uomo, e quelli inseriti nell'*European Clinical Trials Register (EU-Clinical-Trials-Register)*.

Risultati. La ricerca condotta utilizzando come termini chiave *Alzheimer's Disease* in Clinical-Trials.gov ha rivelato nel mondo 887 *clinical trials*, di cui l'81% di tipo interventistico (11% Phase IV; 18% Phase III; 40% Phase II; 31% Phase 0-I) e il 19% di tipo osservazionale. 64 si sono svolti anche in Italia e di questi solo 6 hanno dato risultati considerati attendibili. La ricerca si è focalizzata sul Donepezil HCL, inibitore reversibile dell'acetilcolinesterasi per AD di grado lieve/moderato, con MMSE 21-26. Su Clinical-Trial.gov esso risulta oggetto di 11 *clinical trials* registrati con l'obiettivo di valutarne efficacia e sicurezza/tollerabilità delle diverse forme farmaceutiche, mentre risultano registrati sull'*European Clinical Trials Register*, 39 *clinical trials* per AD condotti in Italia. Solo 2 hanno come oggetto lo studio dell'efficacia del Donepezil-HCL.

Conclusioni. Le sperimentazioni su farmaci e dispositivi negli ultimi anni hanno raggiunto importanti risultati, acquisiti attraverso metodologie sempre più rigorose e riproducibili, e che sono divenuti il fondamento della medicina basata sulle evidenze. La scarsa presenza di dati di efficacia e la conseguente difficoltà nell'identificazione dell'innovazione documentano alcune delle note criticità di questo settore.

QUALIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI DI ANIMAZIONE PER PERSONE DEMENTI ISTITUZIONALIZZATE

Dieci Francesca (a), Bonati Piero Angelo (a), Copelli Sandra (a), Falzoi Chiara (a), Ferrari Pellegrini Francesca (b), Messa Giovanni (a), Pagliara Salvatrice (b), Pelliccioni Pio (c), Spaggiari Sabrina (b), Caffarra Paolo (d)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

(b) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Parma

(c) Azienda Ospedaliero-Universitaria, Parma

(d) Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi, Parma

Introduzione. Nella provincia di Parma il 70% circa degli ospiti di Case Residenza Anziani (CRA) è affetto da deterioramento cerebrale. Il Centro Disturbi Cognitivi insieme all'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer ed al Comune di Parma ha progettato un percorso di qualificazione degli interventi di animazione per incrementare la specificità delle attività rivolte a persone affette da demenza con lo scopo di migliorarne la qualità di vita.

Metodi. Il percorso è stato strutturato in una prima parte teorica di formazione di 5 incontri di 3 ore ciascuno rivolta a tutti gli animatori delle CRA del distretto di Parma ed in una seconda fase pratica di implementazione e supervisione che prevede: la valutazione degli ospiti affetti da demenza sul piano cognitivo e comportamentale mediante la somministrazione del MMSE ed NPI; la progettazione dell'intervento psicosociale maggiormente idoneo per le caratteristiche dei soggetti, prevedendo per i soggetti lievi un intervento di gruppo di stimolazione cognitiva, per i soggetti moderati un'attività di reminescenza di gruppo e per i soggetti affetti da deterioramento grave interventi individuali personalizzati. Gli incontri hanno una durata di 1 ora e si svolgono 1 volta a settimana; all'inizio ed al termine dei 3 mesi di intervento valutazione delle misure di efficacia mediante somministrazione della scala per la valutazione della qualità di vita (QUALID) e ripetizione di MMSE ed NPI.

Risultati. La fase teorica ha coinvolto 27 animatori e 23 operatori. È stato valutato il livello di gradimento e soddisfazione risultato complessivamente elevato (soddisfazione complessiva=9,2 su una scala da 1 a 10). La fase pratica è tuttora in corso e fino ad oggi sono stati inseriti nel percorso 37 persone con deterioramento lieve e moderato. Età media=83,6, MMSE=20,03, NPI=6,66, QUALID=18,58. Sono coinvolte 3 strutture dove sono attivi 3 gruppi di stimolazione cognitiva e 2 gruppi di reminescenza. Ad ottobre saranno disponibili per l'elaborazione i dati di efficacia dopo 3 mesi di intervento ma ad una valutazione preliminare emerge un elevato livello di partecipazione e gradimento delle attività da parte dei soggetti coinvolti (valutazione su una scala Likert a 5 punti 0-4, partecipazione complessiva=3,7 e gradimento=3,8).

Conclusioni. La conoscenza e la realizzazione di interventi psicosociali per persone affette da demenza può rappresentare un valido strumento di qualificazione del lavoro di animazione nelle CRA ed è gradito e ben partecipato dai soggetti coinvolti. Ulteriori indicazioni potranno essere fornite al termine dei primi 3 mesi di intervento.

IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DEMENTE E STRATEGIE INTERNAZIONALI

Di Fiandra Teresa

Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Il Ministero della Salute ha formulato una strategia globale per le demenze ed ha definito, il “Piano di azioni nazionale demenze” in stretta collaborazione con le Regioni, portandolo all’approvazione sotto forma di Accordo in Conferenza Unificata il 30 ottobre 2014 (pubblicato in GU n. 9 del 13/1/2015). Il Piano Nazionale Demenze (PND) indica le strategie globali di sanità pubblica nonché le azioni prioritarie che dovranno poi essere riprese e attuate da parte regionale, in un insieme integrato di competenze sanitarie, sociali e assistenziali ed è articolato in 4 obiettivi e 21 azioni. A tal fine è stato avviato il monitoraggio dell’implementazione del PND attraverso un gruppo di lavoro istituito e coordinato dal Ministero, che coinvolge tutte le Regioni, il Ministero del Welfare, l’Istituto Superiore di Sanità, le Associazioni nazionali dei familiari/pazienti e le principali società scientifiche di settore. Anche sul piano internazionale il Ministero ha cercato di mantenere viva l’attenzione al tema delle demenze nell’ambito delle attività del semestre italiano di presidenza UE. È stata infatti realizzata, il 14 novembre 2014 a Roma una Conferenza Internazionale sulle demenze. Un documento di *Conference conclusions* è stato perfezionato, condividendolo con le successive presidenze lituana e lussemburghese, e consegnandolo quindi alla Commissione Europea come proposta di future attività congiunte. L’Italia ha partecipato poi alla prima Conferenza ministeriale dell’OMS organizzata a supporto della *Global Action against Dementia* e tenutasi a Ginevra il 17 e 18 marzo del 2015, che ha visto la partecipazione di circa 400 persone in rappresentanza di 80 paesi, 45 agenzie non governative e più di 80 fondazioni ed istituti di ricerca. La conferenza ha ribadito la rilevanza per la sanità pubblica del tema delle demenze. L’Italia sta inoltre definendo la partecipazione alla prossima *Joint Action (JA)* europea sulla demenza che rappresenta la prosecuzione del precedente progetto ALCOVE. Si ricorda come ALCOVE abbia coinvolto 30 partner provenienti da 19 Paesi ed abbia contribuito al miglioramento delle conoscenze sulla patologia e sulle sue conseguenze, stimolando una riflessione sulla qualità della vita, sul concetto di autonomia e sui diritti delle persone con demenza e le loro famiglie. La nuova JA europea proseguirà nella direzione già tracciata da ALCOVE al fine di sostenere gli Stati membri nei loro sforzi per sviluppare politiche e sistemi di prevenzione, cura e assistenza ad alto profilo qualitativo. L’attuale presidenza semestrale UE, il Lussemburgo, ne ha già fatto una delle sue priorità.

DEMENTIA IN PRONTO SOCCORSO: UN INDICATORE DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Di Lorenzo Raffaele (a), Dell'Isola Carmine (a), Vanacore Nicola (b), Bruni Amalia Cecilia (a)
(a) Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro
(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto
Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Le principali criticità nell'assistenza al paziente con demenza sono dovute alla incapacità di riferire correttamente i sintomi, a gestire la propria cura, all'eccessivo stress del *caregiver*, alla difficoltà del medico di affrontare situazioni critiche diverse. Frequentemente i ricoveri ospedalieri di questi pazienti sono dovuti a cadute accidentali, disturbi gastrointestinali per disordini alimentari, stati confusionali per disidratazione, stati di agitazione/aggressività per terapie improprie. Molte di queste acuzie potrebbero essere evitate o ridotte se trattate a domicilio. Questo studio intende: a) descrivere ed analizzare gli accessi al Pronto Soccorso (PS) dell'ospedale di Lamezia Terme (2007-2014), da parte di soggetti affetti da demenza; b) conoscere le cause più frequenti di ospedalizzazione; c) valutare il fenomeno dei ricoveri evitabili o potenzialmente evitabili; d) stimolare l'azienda sanitaria a elaborare/adottare linee guida per l'assistenza ai pazienti affetti da demenza; e) fornire alle strutture residenziali e alla famiglia strumenti informativi idonei a ridurre i rischi e migliorare la qualità dell'assistenza.

Metodi. È stata creata una tabella contenente i dati di pazienti affetti da demenza derivata da: a) database del Centro Regionale di Neurogenetica; b) tabella prescrizioni farmaceutiche anticolinesterasici e memantina; c) tabella pazienti con codice esenzione per demenza/Alzheimer; d) anamnesi per demenza dal database Accessi PS. Successivamente si è effettuato un link con la tabella dati di accesso al PS. Sono stati così identificati 4.656 accessi al PS da parte di 1.243 pazienti con demenza, negli anni 2007/2014.

Risultati. I soggetti con demenza hanno una frequenza di accessi ripetuti (68,5%) maggiore rispetto alla popolazione 65+ (40%); hanno anche una frequenza maggiore di episodi traumatici (26%) rispetto alla popolazione 65+ (21,2%). Le lesioni traumatiche accidentali sono più frequenti nel sesso femminile, mentre gli episodi di malattia sono più frequenti in quello maschile. Circa il 28% degli accessi è riconducibile a situazioni che potevano essere risolte al domicilio. Il 30% degli accessi evitabili è proseguito con il ricovero ospedaliero. Le condizioni evitabili più frequenti sono state: scompenso metabolico e glicemico, disidratazione, rialzi febbrili, delirium, alterazioni *Behavioural and psychological symptoms of dementia*, stati ipertensivi, broncopolmoniti riacutizzate, infezioni vescicali e alterazioni legate alla patologia di base.

Conclusioni. Più di un ricovero acuto su 3, nei pazienti affetti da demenza, è potenzialmente evitabile, sintomo di un'assistenza territoriale carente. Una gestione più accurata del paziente a livello domiciliare può ridurre l'entità del fenomeno. L'assistenza domiciliare di questi pazienti richiede una maggiore attenzione nelle attività come il controllo delle comorbidità, dei valori vitali, l'assunzione di cibo, liquidi, farmaci.

OSSESSORIO DEMENZE. IL SITO TEMATICO DEDICATO ALLE DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Di Pucchio Alessandra (a), Marzolini Fabrizio (a), Lacorte Eleonora (a), Penna Luana (a), Di Fiandra Teresa (b), Vanacore Nicola (a)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Direzione Generale Prevenzione, Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. La disponibilità e diffusione di informazioni sanitarie scientificamente corrette attraverso il web ha grande rilevanza considerando che il numero di persone che cerca informazioni sanitarie su internet ha raggiunto e, in alcuni paesi supera, il numero di persone che richiedono assistenza medica. Il Piano Nazionale Demenze (PND), approvato il 30 ottobre 2014 in Conferenza Unificata, ha individuato fra i suoi obiettivi “l’aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma”, da perseguire attraverso azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale, alle persone con demenza e ai loro familiari, fornendo corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili, anche attraverso sistemi di comunicazione via web. In tale direzione, il Ministero della Salute, nell’ambito delle azioni centrali del 2013 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, ha affidato all’Istituto Superiore di Sanità (ISS) un progetto, del quale si presentano i risultati, per la costruzione di un sito istituzionale di qualità, dedicato alle demenze, denominato “Osservatorio Demenze”.

Metodi. Il sito “Osservatorio Demenze” è stato realizzato come sito tematico dell’ISS, in collaborazione con il Servizio informatico, documentazione, biblioteca ed attività editoriali (SIDBAE). Al sito è stato assegnato il dominio www.iss.it/demenze che ha un riferimento esplicito al tema trattato. L’inserimento e l’aggiornamento dei contenuti avviene attraverso un CMS (*Content Management System*), un’applicazione che consente di gestire e pubblicare autonomamente i contenuti in rete. È stata costituita una redazione per la gestione dei contenuti, la cui pubblicazione è autorizzata dal “responsabile scientifico”; un “referente web” si occupa di gestire e inserire i contenuti tramite *back office*. Il sito è strutturato in una sezione in italiano e una in inglese, organizzate in aree tematiche/menu.

Risultati. È stato costruito il sito tematico “Osservatorio demenze” rivolto ad operatori socio-sanitari, persone con demenza, familiari, Istituzioni, *stakeholder* e cittadini. I temi trattati, consultabili accedendo attraverso un menu di navigazione principale, forniscono complessivamente un insieme di informazioni sulle *policy*, sulla prevenzione, diagnosi e gestione integrata delle demenze. Una sezione è dedicata al Piano Nazionale Demenze e allo stato di recepimento ed implementazione a livello regionale. Di particolare interesse la voce «Servizi per le demenze» in cui per la prima volta vengono forniti gli elenchi, ragionati e aggiornati, dell’insieme dei servizi sanitari e socio sanitari dedicati alle demenze in Italia, censiti dall’ISS nell’ambito del medesimo progetto CCM 2013. Attraverso la sezione in inglese si intende contribuire al confronto su questo tema a livello internazionale.

Conclusioni. Il sito tematico www.iss.it/demenze fornisce informazioni e strumenti fruibili dai cittadini, dai familiari, dai *policy makers* e da quanti operano nell'ambito delle demenze. La comunicazione riveste un ruolo di primaria importanza in termini di informazione, e un sito istituzionale nell'ambito delle demenze è di particolare rilevanza sia per fornire una comunicazione mirata su questo argomento, sia per contrastare il rischio che, l'eccessiva disseminazione di informazioni nella rete, renda poi difficile recuperare informazioni corrette e significative (*information pollution*). L'Osservatorio Demenze rispetta i requisiti tecnici in materia di accessibilità dei siti web della pubblica amministrazione previsti dalla Legge Stanca per permettere una maggiore fruibilità e reperibilità dei contenuti per tutti gli utenti, anche per le categorie svantaggiate.

SURVEY DEI SERVIZI PER LE DEMENZE IN ITALIA

Di Pucchio Alessandra (a), Marzolini Fabrizio (a), Lacorte Eleonora (a), Ferrigno Luigina (a),
Di Fiandra Teresa (b), Vanacore Nicola (a)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto
Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Direzione Generale Prevenzione, Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. Il Piano Nazionale Demenze (PND) ha indicato nella creazione di una rete integrata di servizi per le demenze, uno degli obiettivi di una strategia nazionale di indirizzo per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore delle demenze. In Italia è tuttavia presente una organizzazione differenziata tra le diverse Regioni e talora anche all'interno delle singole Regioni ed una marcata variabilità nell'offerta qualitativa di servizi di diagnosi e cura; mancano, inoltre, informazioni aggiornate sull'offerta dei servizi socio sanitari in questo settore. Il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un progetto, per effettuare una ricognizione della situazione, a livello nazionale, dell'offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per le demenze e per realizzare una mappa dinamica periodicamente aggiornata di tali servizi da rendere disponibile attraverso il portale "Osservatorio delle Demenze".

Metodi. La *survey*, condotta a livello nazionale tra febbraio 2014 e agosto 2015, ha riguardato i Servizi di Valutazione Demenze (Servizi destinatari della Nota 85 AIFA - denominati nell'ambito del PND "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD" rispetto alla precedente denominazione "Unità di Valutazione Alzheimer - UVA"), i Centri Diurni e le Strutture Residenziali che accolgono persone affette da demenza. Nell'ambito di un gruppo di lavoro multidisciplinare, sono state organizzate tre schede standard con indicatori di struttura, processo ed esito. Una piattaforma *online* è stata appositamente costruita per la gestione del database dei servizi censiti.

Risultati. Attraverso contatti formali con i referenti regionali sono stati identificati 587 CDCD, 638 Centri diurni e 866 Strutture e residenziali su tutto il territorio nazionale. Oltre il 90% dei servizi identificati è stato contattato ed il tasso di risposta, al 15 settembre 2015, è per i CDCD del 96,4%, e del 53,3% e 33,5% rispettivamente per i Centri Diurni e per le Strutture residenziali. Saranno presentati i dati raccolti e fornite le informazioni per consultare on-line, attraverso il sito tematico dedicato nell'ambito del portale dell'ISS, gli elenchi dei servizi censiti, per tipologia, regione e provincia e con informazioni sulle modalità d'accesso.

Conclusioni. Con la *survey* si è proceduto per la prima volta ad un censimento nazionale dell'insieme dei servizi sanitari e socio sanitari per le demenze. Le principali criticità nella conduzione della *survey* sono legate a difficoltà di reperire indirizzi dei servizi ufficiali ed utilizzabili e che, per la loro incompletezza, difformità di aggiornamento, eterogeneità e disomogeneità infra e interregionale, testimoniano la necessità di avviare e mantenere nel tempo un efficace e reale attività di raccordo e di aggiornamento. L'Osservatorio Demenze attraverso il sito istituzionale www.iss.it/demenze potrà porsi come strumento a supporto delle Regioni per fornire informazioni e strumenti fruibili dai cittadini, dai familiari, dai *policy makers* e da quanti operano nell'ambito delle demenze.

UN GIARDINO ALZHEIMER PER LA SALUTE PSICOFISICA: SUPPORTO FISIOTERAPICO

Di Spigno Crescenzo, Mormile Maria Teresa
Asl Napoli 2 Nord, Napoli

Introduzione. Nella nostra Residenza Sanitaria Assistenziale che si trova nell'isola d'Ischia ed ha un nucleo Alzheimer di 10 posti letto abbiamo realizzato un Giardino Alzheimer e un piccolo orto.

Metodi. Studio osservazionale. Dal mese di maggio dopo la sua inaugurazione abbiamo cominciato ad utilizzare questi spazi per scopo riabilitativo e per verificare l'efficacia terapeutica sui nostri ospiti dementi. Nei tre mesi di osservazione (23 maggio - 31 agosto) abbiamo potuto notare notevoli miglioramenti nelle attività partecipate di gruppo ed una felicità espressa dagli ospiti prima assente. Il concetto di base del giardino Alzheimer è che esso deve rappresentare un percorso guidato, all'interno del quale le persone affette da questa malattia possono muoversi liberamente, senza pericoli guidati dalla natura. Il fisioterapista grazie al giardino può creare un ambiente rilassante per facilitare l'orientamento, per infondere sicurezza, sperimentare terapie motorie, sensitive e cognitive per un progetto terapeutico globale. mentre nell'orto si riscopre il ciclo della coltivazione che va dall'aratura alla semina alla cura e pulizia delle piante di ortaggio fatta direttamente dagli ospiti sempre con l'aiuto degli animatori.

Risultati. Il giardino e l'orto con i loro profumi, visioni e fioriture variopinte hanno fatto affiorare ricordi e quindi risorse mnestiche residue e recuperare esperienze emotivamente piacevoli. I ricordi passati si sono integrati con quelli recenti ampliando così la memoria recente.

Conclusioni. Ricercare nel mondo interiore del paziente affetto da demenza sentimenti ed emozioni che possano in un ambiente rilassante quale il giardino Alzheimer far rivivere le esperienze passate migliora la comunicazione verbale e riduce la tensione emotiva con riduzione del dosaggio della terapia farmacologica anti psicotica.

P VALUTAZIONE DI UN PERCORSO DI SOSTEGNO PSICO-SOCIALE PER FAMIGLIARI DI PERSONE CON DEMENZA

Dodi Anna, Ludovico Livia, Montanari Enrico
Consultorio Disturbi Cognitivi Fidenza, Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

Introduzione. Assistere una persona che soffre di demenza può risultare un'esperienza faticosa e comportare cambiamenti nei ritmi della vita quotidiana, nel lavoro, sulla vita socio-relazionale e sulla sfera psico-emotiva. Occorre pertanto considerare la famiglia come oggetto di cure-supporto e di informazione affinché possa conservare un ruolo terapeutico-assistenziale e possa essere salvaguardata la qualità della vita della famiglia accanto a quella del paziente. Il Consultorio Disturbi Cognitivi di Fidenza ogni anno organizza una serie di incontri di natura informativa per i famigliari di persone affette da demenza ed incontri organizzati con il metodo del gruppo di sostegno. Il presente lavoro si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia di tali interventi.

Metodi. Si è così deciso di confrontare due gruppi, un gruppo sperimentale composto dai *caregivers* che hanno partecipato agli incontri informativi e agli incontri del gruppo di sostegno (n=28), e un gruppo di controllo formato da *caregivers* che hanno partecipato soltanto agli incontri informativi (n=59). Ai soggetti di entrambi i campioni sono stati somministrati due questionari ed una scheda per la raccolta di dati anagrafici e sociali. I questionari somministrati sono il GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) e lo ZBI-22 (*Zarit Burden Interview*). I questionari sono stati somministrati in tre momenti diversi: prima dell'intervento, alla fine del programma relativo ai gruppi di sostegno e in un *follow-up* a distanza di otto mesi.

Risultati. I questionari sono stati somministrati ad un numero complessivo di 87 *caregivers*, di questi soggetti 16 hanno manifestato un livello di burden al di sotto del cut-off (18%), 42 hanno manifestato un livello di logoramento lieve (48%), 22 soggetti un livello di logoramento medio (25%) e 7 soggetti un livello di burden elevato (8%). Alla fine degli interventi (T₁) si è assistito ad un particolare miglioramento dello stato di salute generale dei soggetti che avevano partecipato all'intero percorso (GHQ medie: da 6 a 4,8). La rilevazione effettuata dopo 8 mesi dalla fine degli incontri (T₂) ha messo in evidenza una sostanziale stabilità dei punteggi ottenuti dai soggetti che avevano partecipato agli incontri informativi e un incremento dei punteggi ottenuti dai soggetti che avevano partecipato anche al gruppo di sostegno (Zarit media: 48) (GHQ media: 6,9).

Conclusioni. I dati del presente lavoro dimostrano una sostanziale utilità degli interventi psico-educazionali rivolti ai *caregivers* e le potenzialità del gruppo di sostegno come metodo di intervento per intercettare ed aiutare i famigliari che percepiscono un carico assistenziale più elevato.

LA RETE MILANESE INTEGRATA PER LE DEMENZE: STUDIO REMIND

Filippini Graziella*

Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Introduzione. Il progetto è in continuità con il Decreto della Regione Lombardia n. 9.942 del 5/10/2009 “Determinazioni in merito all’organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle strutture dedicate alle demenze” a cui hanno fatto seguito il Percorso-Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale-Riabilitativo (PDTAR) per le demenze di ASL Milano (20/10/2011) e Corsi di formazione di Governo Clinico per circa 1.200 Medici di Medicina Generale (MMG), ripetuti in più edizioni negli anni 2011-14.

Obiettivo. Sperimentare l’applicabilità del PDTAR in una rete integrata MMG-ospedale-territorio nei 7 Distretti della ASL, con un approccio interdisciplinare improntato alla collaborazione e alla continuità dell’assistenza. Aspetti chiave del PDTAR:

- MMG: porta di ingresso nel PDTAR;
- chi deve fare che cosa e quando: (i) diagnosi tempestiva; (ii) presa in carico nelle diverse fasi della malattia; (iii) emergenza;
- barriere e facilitazioni alla implementazione del PDTAR in rete;
- regole di sistema;
- misure di risultato.

Metodi. Disegno di studio: coorte prospettica. Collaborano 352 MMG, una rete territoriale di 7 Ambulatori Neurologici e 6 Geriatrici coordinati dagli Istituti Clinici di Perfezionamento, 10 CDCD Neurologici e 5 Geriatrici, 3 Riabilitazioni extra ospedaliere, 6 Servizi di Neuropsicologia presso i CDCD, Dipartimento Cure Primarie, Direttori di distretto, SC Residenzialità, ADI, e una struttura di coordinamento.

- Criteri di inclusione: adulti che si rivolgono al MMG per un sospetto decadimento cognitivo di qualsiasi tipo, o per un disturbo del comportamento, riportato dalla persona stessa, da un familiare o sospettato dal MMG, in assenza di diagnosi. Non limiti di età. Residenza/domicilio nella ASL Milano. Consenso informato scritto.
- Intervento: formazione dei MMG (13 corsi distrettuali). MMSE somministrato dal MMG (formazione diretta). Decisione di invio allo specialista. Presa in carico del paziente (rete MMG-specialista-struttura territoriale). Schede cliniche condivise su sistema web tra MMG e specialista.

Risultati. 4.249 persone con sospetto declino cognitivo incluse nel database. 95% aderenza al PDTAR. 70% tenute in carico dal MMG. 58% concordanza MMSE tra MMG e specialista. 5% visite specialistiche negative (rinvio al MMG). 63% in *follow-up*. 78% con comorbidità. 91% in terapia farmacologica (24% \geq 5 farmaci al giorno).

Conclusioni. PDTAR; collaborazione e condivisione di obiettivi e procedure tra strutture e operatori sanitari; migliorato l’invio dei pazienti allo specialista e riduzione degli invii inappropriati; riduzione delle liste di attesa per le visite specialistiche; documenti condivisi prodotti da tre gruppi di lavoro; Progetto di Rete Alzheimer (NET-2011-02346784): confronto e condivisione del PDTAR in 5 Regioni.

*partecipanti al REMIND Study Group

USO DEL *FORTASYN CONNECT* NEL TRATTAMENTO DELLE FASI PRECLINICHE DELLA DEMENZA

Francone Caterina

Associazione Malattie Neurodegenerative e Sindromi Alzheimer, Giugliano, Napoli

Introduzione. Negli ultimi anni, accanto ai trattamenti farmacologici composti dai tradizionali farmaci anticolinesterasici e dalla memantina, la ricerca scientifica ha associato la presenza di integratori alimentari, tra cui il *Fortasyn Connect*, il cui scopo è quello di stimolare la formazione, il mantenimento e il funzionamento delle sinapsi tra i neuroni. Tale necessità deriva dalla sempre maggiore evidenza di casi di demenza in forma pre-clinica, che non presentano quadri sintomatologici conclamati, tali da giustificare la somministrazione dei suddetti farmaci.

Scopo. Presentiamo il caso di F. e C., soggetti con disturbo soggettivo di memoria e buon compenso nelle capacità di autonomia quotidiana. La TAC cerebrale evidenzia un aumento degli spazi periencefalici correlati ad atrofia. Entrambi sono stati sottoposti ad una valutazione geriatrica e neuropsicologica complete, in fase di pre e post assunzione del *Fortasyn Connect*, in tre intervalli di tempo: T₀ *baseline*, T₂ a 6 mesi e T₃ a 1 anno. Il nostro obiettivo è quello di dimostrare come l'assunzione di tale integratore, in pazienti in fase pre-clinica di demenza e quindi a-sintomatici, possa contribuire a stabilizzare il quadro cognitivo e a migliorare in generale la qualità di vita.

Metodi. La valutazione neuropsicologica formalizzata è stata strutturata in modo da indagare singolarmente tutti i domini cognitivi (memoria, linguaggio, attenzione, prassie e funzioni esecutive) ed effettuata da un neuropsicologo esperto. Entrambi i soggetti hanno completato la batteria di test psicometrici nei tre intervalli di tempo indicati.

Risultati e Conclusioni. Il confronto test-retest tra T₀ (*baseline*) e T₂ (a 6 mesi), ha mostrato una sostanziale stabilizzazione delle prestazioni di entrambi i soggetti analizzati. In particolare, sono emersi significativi miglioramenti a carico delle capacità attentive, della memoria a breve termine spaziale e delle capacità di ricerca lessicale ordinata per fonemi, indice di buona flessibilità cognitiva. Per quanto riguarda la valutazione delle prestazioni al tempo T₃, i dati sono in fase di elaborazione. Nonostante ciò, è possibile affermare come l'utilizzo di nuove opzioni di trattamento come gli integratori alimentari, sia necessario e utile per colmare un vuoto terapeutico, *in primis* per coloro i quali si trovano in fasi a-sintomatiche di malattia.

© MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX APPLICATO IN UN CDCD: MORTALITÀ E OSPEDALIZZAZIONI. IL TREVISO DEMENTIA STUDY

Gallucci Maurizio (a,b), Battistella Giuseppe (c), Bergamelli Cristina (a,b), Spagnolo Pierpaolo (a,b), Mazzuco Stefano (d), Carlini Antonio (c), Di Giorgi Enrico (e), Boldrini Paolo (a,b), Pilotto Alberto (f)

(a) Centro per il Decadimento Cognitivo e le Demenze, Azienda ULSS 9, Treviso

(b) Dipartimento di Medicina Riabilitativa, Azienda ULSS 9, Treviso

(c) Servizio di Epidemiologia e Statistica, Azienda ULSS 9, Treviso

(d) Dipartimento di Statistica, Università degli Studi, Padova

(e) Distretto Socio Sanitario Sud, Azienda ULSS 9, Treviso

(f) Unità Operativa di Geriatria, Azienda ULSS 16, Padova

Introduzione. Il "Multidimensional Prognostic Index (MPI)" è uno strumento basato su una valutazione geriatrica multidimensionale, realizzato nel 2008 per predire il rischio di morte in pazienti anziani ospedalizzati in unità operative di geriatria per acuti; il suo punteggio varia da un minimo pari a 0 ad un massimo pari a 1. Il "Treviso Dementia (TREDDEM) Study" è uno studio osservazionale che utilizza un campione di 1.364 pazienti valutati ambulatorialmente presso l'Unità Operativa Disturbi Cognitivi e della Memoria (CDCD) dell'Azienda Ulss 9 di Treviso, dal 2000 fino al gennaio 2010. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di applicare per la prima volta l'MPI in un *setting* ambulatoriale di soggetti con decadimento cognitivo, per valutare se l'MPI ha un valore prognostico nei riguardi della mortalità anche in questo contesto e se esiste una correlazione con i ricoveri ospedalieri successivi alla data della sua somministrazione.

Metodi. L'MPI è stato somministrato agli ultimi 340 pazienti, in ordine cronologico, dei 1.364, e che sono stati valutati presso il nostro CDCD dal 2008 fino a gennaio 2010, dopo la prima pubblicazione dell'MPI avvenuta appunto nel 2008. I dati relativi alla mortalità dei soggetti del campione sono stati reperiti attraverso i Registri anagrafici comunali, il Registro Nazionale dell'Agenzia delle Entrate e il Registro Nominale delle Cause di Decesso. I dati relativi ai ricoveri ospedalieri per acuti verificatisi entro i 12 mesi successivi alla valutazione clinica, sono stati ottenuti dalle banche dati di tutti gli ospedali italiani. Per valutare l'effetto del punteggio MPI su ospedalizzazioni e decessi si è fatto ricorso al metodo della regressione di Cox, considerando quali fattori confondenti età e genere.

Risultati. Il campione, composto da 114 uomini e 226 donne, presentava un'età compresa tra 52,1 e 99 anni (media =80,4) ed un punteggio medio MPI pari a 0,41. Alla data del 15 febbraio 2013, 100 soggetti erano deceduti. La media dei ricoveri per casi acuti era 0,3 e la media dei giorni di degenza era pari a 3,8 giorni. Per punteggi di MPI tra 0 e 1, l'incremento nella probabilità di morte era maggiore di 9 volte (*odds*: 9,53; $p=0,0002$) e l'incremento nella probabilità di ricovero era maggiore di 6 volte (*odds*: 6,50; $p=0,0079$).

Conclusioni. Questi dati suggeriscono che il punteggio MPI consente di stimare il rischio di morte e di ospedalizzazione per casi acuti in un campione di pazienti ambulatoriali affetti da decadimento cognitivo.

COGNITIVE FRAILTY E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI): DALLA TEORIA AGLI INTERVENTI PRATICI. "CAMMINANDO E LEGGENDO... RICORDO"

Gallucci Maurizio (a,b), Mazzetto Manuela (c), Spagnolo Pierpaolo (a,b), Aricò Maria (a,b), Bergamelli Cristina (a,b), Oddo Maria Grazia (a,b), Gallo Giovanni (c), Astolfo Paola (d), Di Giorgi Enrico (b), Vanacore Nicola (e)

(a) *Centro per il Decadimento Cognitivo e le Demenze, Azienda Socio Sanitaria 9, Treviso*

(b) *Distretto Socio Sanitario Sud, Azienda Socio Sanitaria 9, Treviso*

(c) *Servizio di Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Socio Sanitaria 9, Treviso*

(d) *Unità Operativa di Medicina dello Sport Azienda Socio Sanitaria 9, Treviso*

(e) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. La demenza è una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione anziana. Attualmente una crescente attenzione è dedicata alla fase preclinica della demenza e ai programmi di intervento rivolti a ridurre il numero dei pazienti di domani. Gli obiettivi di questo studio sono: a) chiarire le relazioni tra i concetti di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e Fragilità Cognitiva alla luce della letteratura recente; b) presentare un modello di intervento, chiamato "Camminando e Leggendo... Ricordo" (CLR), quale esperienza pratica di prevenzione secondaria rivolta ai soggetti con diagnosi di MCI.

Metodi. Il modello CLR consiste di un programma di attività fisica e di lettura condotte in gruppo per promuovere migliori e più sani stili di vita. L'attività fisica si compone di una camminata veloce all'aperto quale attività aerobica e di esercizi di potenziamento muscolare e dell'equilibrio in palestra. Un istruttore segue personalmente ciascun partecipante. Gli incontri di attività fisica sono bisettimanali. Gli incontri di lettura sono bimensili e sono condotti da lettrici teatrali che sollecitano i partecipanti alla lettura personale di testi condivisi. Tutti i soggetti sono sottoposti ad una valutazione geriatrica multidimensionale. Sono utilizzati questionari per la rilevazione della fragilità, della disabilità e della aderenza alla dieta mediterranea. Lo *Psychological General Well-Being Index* (PGWBI) è utilizzato per valutare il benessere psicologico e la qualità di vita dei soggetti partecipanti. Il modello CLR favorisce la socializzazione in quanto propone attività di gruppo. Nel corso delle attività di CLR i partecipanti sono sensibilizzati ad adottare più sani stili di vita anche circa l'adesione alla dieta mediterranea, l'astensione dal fumo e dagli alcolici. È previsto un gruppo di controllo di soggetti MCI che non aderiscono alla proposta CLR.

Risultati. L'arruolamento dei soggetti MCI è in corso e quindi non sono attualmente disponibili risultati di confronto tra i due gruppi.

Conclusioni. "Camminando e Leggendo... Ricordo" è un intervento di prevenzione secondaria rivolto a soggetti MCI. Il presente abstract riassume la descrizione di una proposta pratica volta a promuovere sani stili di vita e a prevenire la conversione a demenza.

SCEGLIERE DI OCCUPARSI DI PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER: DA STATUTO A MISSIONE

Garbella Paola, Rivadossi Gian Andrea
Opera Pia Antonio Emma Cerino Zegna Onlus, Biella

L'Opera Pia Cerino Zegna Onlus ha la missione di assistere anziani non in grado di vivere al proprio domicilio. Questa centenaria istituzione opera considerando importante, la diffusione e la sensibilizzazione di una moderna cultura di anzianità e invecchiamento, attraverso:

- erogazione prestazioni in un ambiente fisico e relazionale adatto alle esigenze delle persone;
- gestione efficiente ed efficace dei processi di salute come: promozione/recupero, tutela/mantenimento delle autonomie, rallentamento della loro perdita nei processi involutivi;
- incoraggiamento di ogni forma di solidarietà sociale e di volontariato nello spirito del Fondatore, ovvero "coi criteri e norme della Piccola Casa di Provvidenza il Cottolengo di Torino.

La demenza, nel cui ambito la malattia di Alzheimer è la forma più frequente, rappresenta una causa di disabilità e di disagio per il mondo occidentale, una priorità assistenziale la cui rilevanza è destinata ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione, associato all'aumento della aspettativa di vita. Le cifre di questa malattia sono notevoli, recenti studi stimano che in Italia, i casi di Alzheimer sono più di 600.000. Nel Biellese le persone affette da demenza sono almeno 4.000 (di queste il 60% soffre della malattia di Alzheimer), con 350-400 nuovi casi l'anno. L'assistenza ad una persona con demenza è compito difficile, impegnativo e contestualizzato in un momento politico che promuove la domiciliarità, perciò il nostro Ente ha messo la sua esperienza nel settore a disposizione dell'utenza proponendo servizi specifici: Nucleo Temporaneo Alzheimer e Centro Diurno Alzheimer Integrato (CDAI), convenzionati con ASL BI. Il CDAI mette inoltre a disposizione per utenti privati un servizio trasporto, la possibilità di un letto di sollievo, di permanenze in Struttura per weekend o per periodo estivo, eventualmente la disponibilità di un'assistenza al domicilio. Dal 2004 abbiamo accolto circa 642 utenti tra Diurnato e Residenzialità Temporanea con rientro al domicilio per circa 50. Dal 2009 è attivo, presso un bar del centro città, un Caffè Alzheimer bimensile con un coinvolgimento di 30 famiglie, di cui 10 nel solo 2014. La suddetta metodologia di offerta diversificata di servizi ha portato la struttura, sia, ad essere parte integrante nella rete di servizi che vede coinvolti ASL, Consorzi Comunali, associazioni quali AIMA e privati, sia ad essere un tassello fondamentale nella gestione al domicilio dei malati di Alzheimer con conseguente ritardo dell'istituzionalizzazione e dei suoi costi. I risultati porteranno sul territorio, con il contributo di Fondazioni Bancarie locali, la nascita di "Strutture leggere" dedicate all'Alzheimer.

UN SORRISO PER RICORDARE

Garbella Paola, Rivadossi Gian Andrea
Opera Pia Antonio Emma Cerino Zegna Onlus, Biella

L'Opera Pia Cerino Zegna ha la missione di assistere persone anziane non in grado di vivere al proprio domicilio. Questa centenaria istituzione opera considerando importante, la diffusione e la sensibilizzazione di una moderna cultura di anzianità e invecchiamento, attraverso:

- erogazione prestazioni in un ambiente fisico e relazionale adatto alle esigenze delle persone;
- gestione efficiente/efficace dei processi di salute: promozione/recupero, tutela/mantenimento delle autonomie e rallentamento della loro perdita nei processi involutivi;
- incoraggiamento di ogni forma di solidarietà sociale, di volontariato nello spirito del Fondatore, ovvero "coi criteri e norme della Piccola Casa di Provvidenza il Cottolengo di Torino.

L'Ente nel percorso di specializzazione per l'Alzheimer, soprattutto dal 2013 ha approfondito l'utilizzo di terapie non farmacologiche. Dalla proposta dell'Associazione clown dottori "Il naso in tasca" di Biella è nata una sperimentazione per un approccio non farmacologico all'anziano malato di Alzheimer attraverso la comico-terapia. Tale progetto co-finanziato dal Centro Servizi Volontariato - Biella, ha realizzato momenti di incontro, tra ospiti del settore Alzheimer e Clown dottori dell'Associazione, mirati alla stimolazione del ricordo per gli anziani partecipanti. Tale sperimentazione si proponeva un accrescimento del benessere, sia degli operatori che soprattutto degli anziani attraverso: stimolazione alla relazione tra ospiti e con persone "esterne", acquisizione di nuovi strumenti per gli operatori per entrare in contatto con gli ospiti, creazione di legami. Questi interventi si proponevano di stimolare piacere ed interesse negli utenti diminuendone stati emotivi quali rabbia, ansia depressione, senza l'utilizzo di farmaci. La raccolta dati attraverso schede AARS (a cura Responsabile e Psicomotricista), prima, durante e dopo ogni incontro per utente partecipante. Una prima elaborazione ha fatto notare, una notevole presenza di segnali di interesse e piacere durante l'osservazione di svolgimento attività. Piacere rilevabile nel 75% dei casi con il punteggio massimo 5 e riconducibile a segnali forti e prolungati quali sorriso, relazione calorosa/partecipe con l'altro, desiderio di comunicare verbalmente l'esperienza. L'interesse al punteggio massimo 5 per l'attività svolta è presente nella percentuale del 68% ed è stato monitorato con segnali quali la spontanea partecipazione al compito, il mantenimento del contatto oculare sugli oggetti ed elementi proposti. Il dato rispetto all'interesse è particolarmente significativo per le persone affette da demenza in cui spesso riscontriamo gravi problemi di attenzione e motivazione. Il risultato finale auspicato è il concretizzarsi di un progetto/intervento continuativo da parte dei Clown dottori per malati di Alzheimer ed un'esportazione del modello progettuale ad altre realtà analoghe.

P CARICO COGNITIVO DELLE BENZODIAZEPINE NELLA COORTE DELLO STUDIO REMIND (RETE MILANESE INTEGRATA PER LE DEMENZE): STUDIO TRASVERSALE IN SOGGETTI ANZIANI CON SINTOMI COGNITIVI

Grande Giulia* (a), Pomati Simone* (a), Tramacere Irene* (b), Mariani Claudio* (a),
Filippini Graziella* (c)

(a) *Centro per la Ricerca e il Trattamento dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco,
Università degli Studi, Milano*

(b) *Unità Neuroepidemiologia, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*

(c) *Direzione Scientifica, Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*

Introduzione. L'Assessorato alla Salute della Regione Lombardia (DR 9942; 5/10/2009) e la ASL di Milano hanno reso operativo un "Percorso Preventivo - Diagnostico - Assistenziale - Riabilitativo per la popolazione e i pazienti con demenza" (PDTAR ASL Milano 2011). REMIND (REte Milanese INtegrata per le Demenze) è uno studio prospettico della durata di 3 anni, finalizzato all'implementazione del PDTAR. Il presente studio, che nasce nel contesto dello studio REMIND, è uno studio di trasversale che ha lo scopo di valutare il carico cognitivo delle benzodiazepine (BDZ) nella coorte dello studio REMIND.

Metodi. Da aprile 2013 a marzo 2014, 4.249 soggetti che lamentavano disturbi cognitivi venivano valutati da 353 Medici di Medicina Generale (MMG). I MMG somministravano ai soggetti inclusi il *Mini Mental State Examination* (MMSE), e raccoglievano l'anamnesi farmacologica. Veniva quindi calcolato lo score BDZ in base al fatto che i soggetti arruolati assumessero (BDZ=1) o non assumessero (BDZ=0) BDZ. L'*outcome* del presente studio era il disturbo cognitivo inteso come un punteggio minore di 24 al MMSE.

Risultati. Dei 4.249 soggetti inclusi, 782 (18,4%) ricevevano almeno una BDZ (BDZ=1). I soggetti che assumevano BDZ erano più anziani ($78,2 \pm 7,6$ vs $76,7 \pm 8,3$; $p < 0,001$) e più frequentemente di sesso femminile ($p < 0,001$). Non sono state osservate differenze statisticamente significative per quanto riguarda il livello di istruzione e il punteggio di MMSE. Per indagare l'associazione tra disturbo cognitivo e assunzione di BDZ e per aggiustare per le covariate confondenti, è stata costruita quindi una analisi multivariata. Nell'analisi multivariata, non sono state osservate differenze statisticamente significative tra i soggetti che assumevano BDZ (BDZ =1) e il rischio di disturbo cognitivo (MMSE < 24) (OR= 0,90; 95% CI 0,73-1,11).

Conclusione. Circa un quinto della popolazione inclusa dai MMG nello studio in oggetto e che accusava sintomi cognitivi, assumeva BDZ. In questo studio non abbiamo osservato alcuna associazione tra l'assunzione di BDZ e il disturbo cognitivo indagato con il MMSE. I risultati contrastanti derivanti dai numerosi studi osservazionali, trasversali o longitudinali, presenti in letteratura suggeriscono la necessità di condurre ulteriori indagini per meglio comprendere il ruolo delle BDZ nel peggioramento delle *performance* cognitive.

*partecipanti al REMIND Study Group

P NEUROSTIMOLAZIONE COGNITIVA DEL PAZIENTE CON DISTURBI NEURO COGNITIVI ATTRAVERSO IL PROGRAMMA BRAINER

Griso Luciano (a), Rossi Graziella (a), Bonansea Alessandro (a,b), Paschetto Paola (a), Cirigliano Mara (a), Mardegan Sara (b), Ricucci Michaela (b)

(a) *Strutture Diaconia Valdese, Torre Pellice, Torino*

(b) *Ambulatorio di Neuropsicologia, Dipartimento Salute Mentale ASL TO3, Pinerolo, Torino*

A marzo 2014, ad opera della Diaconia Valdese, nasce il progetto pilota di neurostimolazione delle funzioni cognitive. Attivato inizialmente in diverse strutture dedicate a DNC maggiore, DNC lieve, disabilità, normale invecchiamento cerebrale e disturbo post-concussivo, si muove oggi anche a livello domiciliare. Il progetto verte su obiettivi specifici al tipo di utenza: mantenimento delle capacità residuali nei casi di DNC; miglioramento delle abilità comunicative e del livello attentivo nei casi di insufficienza mentale grave. Il training cognitivo consente, inoltre, al soggetto un miglior adattamento ambientale. Attualmente i pazienti inseriti nel programma riabilitativo sono 30, uomini e donne con un'età media di 70 anni. Il progetto è supportato da un'azienda professionale e da un software specifico per la somministrazione di esercizi di stimolazione cognitiva, ritenuti potenzialmente validi ed efficaci dalla Neurologia. Il lavoro prevede diverse fasi. Una prima fase consiste nella creazione di un gruppo di lavoro composto da: un comitato scientifico, una responsabile di progetto, un referente per ogni struttura/servizio, due neuropsicologhe. La seconda fase ha visto la valutazione neuropsicologica grazie a cui sono stati individuati, per ciascun paziente, i domini di riferimento in base al progetto brainier. Successivamente, in relazione a tali domini, sono stati scelti esercizi che andassero a stimolare le suddette aree cognitive, risultate deficitarie alla prima valutazione di screening. Da giugno ad ottobre sono state svolte stimolazioni a cadenza settimanale e da ottobre in avanti si sono effettuate due/tre stimolazioni settimanali per un periodo di ricerca che ha visto coinvolti gruppo sperimentale e gruppo di controllo con DNC maggiore. Il tempo massimo stimato entro cui svolgere una stimolazione cognitiva efficace è di 30 minuti. Sono previsti, inoltre, dei *follow-up* di monitoraggio neuropsicologici ogni tre mesi come tempistica standard da adeguare alla condizione clinica del paziente. Il progetto viene, infine, monitorato costantemente dal gruppo di lavoro con riunioni periodiche e si sta dotando di un protocollo di funzionamento. È risultato un efficace strumento di promozione della plasticità cerebrale nella persona adulta e anziana e utile al mantenimento/potenziamento di abilità residuali, in evidenza ai test neuropsicologici con quadri cognitivi stabili ai *follow-up* e in alcuni casi in miglioramento relativamente al recupero di alcune funzioni cognitive. In particolar modo sono stati rilevati punteggi più elevati nell'area attentiva e, contrariamente a quanto aspettato, un miglioramento del quadro adattivo-comportamentale, nello specifico per ciò che riguarda l'irritabilità e l'oppositività presenti durante la stimolazione cognitiva.

P INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI PER FAMILIARI NELLA FASE INIZIALE DELLA DEMENZA

Iannizzi Pamela, Borgia Lucia, Vignali Emanuele
*Opera della Provvidenza S. Antonio, Casa Madre Teresa di Calcutta, Sarmeola di Rubano,
Padova*

Introduzione. Scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia di un modello integrato di educazione e sostegno rivolto familiari *caregiver* divisi per tipologia di parentela (coniugi e figli). I programmi psicoeducazionali sono raccomandati come interventi di primo livello per la prevenzione e la gestione dei *Behavioral and psychological symptoms of dementia*. Può risultare utile, già nelle prime fasi della malattia, formare i familiari all'utilizzo di strategie per far fronte al progredire dei deficit cognitivi e comportamentali. Attraverso l'approccio psicoeducazionale di gruppo è possibile "aiutare il familiare a prendersi cura" in modo competente del malato e di se stesso. Nel contempo, la condivisione reciproca con gli altri partecipanti in un *setting* protetto agevola il percorso di accettazione della malattia e aiuta a affrontare il senso di disorientamento e incapacità che segue spesso la diagnosi.

Metodi. Nel presente lavoro vengono presentati i dati relativi a 11 gruppi psicoeducazionali (5 gruppi coniugi e 6 gruppi figli) effettuati dal 2011 al 2015 per un totale di 122 *caregiver*. L'intervento psicoeducazionale prevede per ogni incontro una prima parte dedicata ai vissuti dei familiari e una seconda parte dedicata alla formazione. Ogni gruppo effettua 8 incontri a cadenza quindicinale della durata di 2 ore ciascuno, in cui si affrontano argomenti prestabiliti: tipologie di demenze, disturbi di memoria, disturbi del comportamento, comunicazione, emozioni del *caregiver*, agnosie e aprassie. Ogni gruppo è costituito da un numero ristretto di *caregiver*, selezionati tramite colloquio, con difficoltà ricollegabili alla prima fase della malattia. Ai partecipanti è chiesto di completare, prima e dopo l'intervento, questionari per la valutazione del carico assistenziale (*Caregiver Burden Inventory* - CBI) e delle strategie di *coping* (COPE). Gli interventi, sono svolti presso il Centro Ascolto Alzheimer-Padova e coordinati da due psicologhe.

Risultati. Settantacinque partecipanti hanno completato i questionari, 30 coniugi (51% donne; età $69 \pm 5,6$; scolarità 9 ± 5), 45 figli (75% donne; età $44 \pm 6,2$; scolarità $14 \pm 2,8$). La media dall'inizio della malattia è di due anni. I risultati evidenziano per tutti i gruppi esiti positivi di efficacia dell'intervento sia in termini di stress percepito che di utilizzo di strategie di coping. In particolare tutti i partecipanti mostrano miglioramenti in tutte le sottoscale del COPE ($p < 0,001$) e in tutte le sottoscale del CBI ($p < 0,001$) ad eccezione della sottoscala carico oggettivo per i coniugi.

Conclusioni. La valutazione pre-post degli interventi suggerisce l'efficacia dell'approccio psicoeducazionale nei familiari già nella fase iniziale della malattia. Tempestivi interventi psicoeducazionali associati a diagnosi precoci potrebbero garantire una migliore gestione della malattia sin dal suo esordio.

P GESTIONE DELLA DEMENZA FUORI DALL'OSPEDALE: DIVULGAZIONE, CONDIVISIONE, INCLUSIONE

Laganà Valentina, Dattilo Teresa, Frangipane Francesca, Mirabelli Maria, Colao Rosanna, Puccio Gianfranco, Curcio Sabrina, Di Lorenzo Raffaele, Cupidi Chiara, De Vito Ornella, Puccio Vincenzo, Bruni Amalia Cecilia
Centro Regionale di Neurogenetica, Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro

Introduzione. Il "modello della gestione integrata" è considerato l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con demenza (Piano Nazionale Demenze, 2014). Queste persone, infatti, necessitano, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile. L'impegno di un CDCD quindi, oltre alla gestione clinica della malattia, dovrebbe ampliarsi ad attività di divulgazione, condivisione e inclusione per combattere lo stigma.

Metodi. Attività sviluppate dal Centro Regionale di Neurogenetica (CRN) con l'Associazione per la Ricerca Neurogenetica (ARN) negli anni 2014-2015: Alzheimer Cafè "Teneramente", gestito dal personale del CRN, nasce nell'aprile 2014 all'interno di un parco pubblico. Il programma di incontri (a cadenza quindicinale fino a dicembre, settimanale da gennaio) comprende diverse attività, tra cui: stimolazione cognitiva e sostegno psicologico ai *caregiver* una volta ogni 4 incontri, laboratori espressivi, gite, incontri ludico-ricreativi musicali e di ballo. Cineforum: Proiezione di 3 film che raccontano storie di demenza in un auditorium comunale. Presentazione di un libro con il coinvolgimento di una compagnia teatrale che ha interpretato alcune delle storie raccontate nel libro.

Risultati. Una media di 8 pazienti hanno preso parte agli incontri dell'Alzheimer Cafè (3 di questi hanno iniziato a frequentare il Centro Diurno, fino a quel momento rifiutato). Una media di 45 spettatori ha partecipato al cineforum. Circa 600 spettatori hanno partecipato alla manifestazione in teatro; sono state vendute più di 800 copie del libro.

Conclusioni. Sono state proposte diverse attività culturali e sociali al di fuori dell'ambiente clinico partendo dal presupposto che, per combattere la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie, e cambiare l'idea comune della malattia, bisogna combattere lo stigma ad essa associato, uscendo dall'ospedale. Mettere in atto strategie e attività di inclusione delle persone con demenza e, contemporaneamente, preparare e coinvolgere la società civile, permette di promuovere la piena integrazione sociale, aumentando la consapevolezza e l'autoefficacia personale del paziente, combattendo l'isolamento attraverso il recupero dei contatti e degli scambi interpersonali, incoraggiando il recupero del rapporto con gli altri, uscendo dal ruolo di "ammalato". La partecipazione del territorio (comune di Lamezia Terme, ARN, associazione TALIA, Servizio Civile Nazionale, Sistema Bibliotecario) ha favorito la sensibilizzazione dei cittadini alle tematiche della demenza, permettendo una diffusione e una fruizione maggiore degli eventi, e pone le basi per la costruzione di una vera e propria *dementia-friendly community*.

P PROGETTO A.CRO.POLI.S. NELLA GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Laudisio Carolina (a), Dotti Maria Teresa (b), Mazzocchio Riccardo (c), Bellini Marco Antonio (d), Bianco Maria Teresa (a)

(a) *Farmacia Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(b) *UOS Autonoma Malattie Neurodegenerative, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(c) *Neurologia e Neurofisiologia Clinica, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(d) *UOS Autonoma ACROPOLIS, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

Introduzione. In seguito al crescente aumento di ricoveri ripetuti di pazienti ultra sessantenni al Pronto Soccorso o con periodi di degenza prolungati, e la sempre più frequente presenza di polipatologie e politerapie, è emersa la necessità della creazione di un percorso basato sul trattamento dei malati cronici, in modo da migliorare la qualità di assistenza verso questa popolazione fragile. Sulla base di tale necessità nel 2011 nasce all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) il progetto A.CRO.POLI.S. "Assistenza nella Cronicità nella Polipatologia a Siena", che fornisce un servizio assistenziale del paziente polipatologico cronico, principalmente geriatrico, per la valutazione e l'eventuale inserimento all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati tramite canali preferenziali.

Metodi. Al servizio A.CRO.POLI.S. afferisce uno dei tre Centri UVA identificati all'interno dell'AOUS, insieme alla Neurologia e Neurofisiologia Clinica con il coordinamento della UOS Autonoma Malattie Neurodegenerative. Secondo un modello di recente istituzione in AOUS il ruolo di tale struttura assume, oltre alle competenze specifiche in ambito clinico-diagnostico e terapeutico, il coordinamento delle realtà ambulatoriali dedicate alla demenza e il collegamento con le diverse competenze specialistiche coinvolte oltre che con le strutture territoriali, ambulatoriali e residenziali. Ciò consentirà di assegnare al paziente con demenza una centralità in ambito assistenziale e scientifico che tenga conto della complessità dell'approccio diagnostico anche nelle forme meno comuni e della possibilità di partecipazione a progetti di ricerca e *trials* farmacologici. Obiettivo finale è quello di generare continuità nella presa in carico del paziente con disabilità cognitiva e della sua famiglia attraverso il miglior percorso praticabile.

Risultati. Nel corso del periodo di riferimento (2011-2015), l'attività ambulatoriale svolta all'interno della UOS Autonoma A.CRO.POLI.S. è risultata essere particolarmente gradita dall'utenza e soprattutto in continuo aumento, con un tasso medio di incremento dei soggetti presi in carico del 25%. I risultati del primo anno di attività avevano anche dimostrato l'elevata significatività statistica relativa alla riduzione di oltre il 50% della durata media di un eventuale ricovero successivo alla presa in carico, con riduzione rispetto all'anno precedente anche del numero totale delle giornate degenza.

Conclusioni. In base alla rilevazione del trend di ospedalizzazione per patologie croniche per valutare l'efficacia della presa in carico dei pazienti cronici dopo l'attivazione della UOS Autonoma A.CRO.POLI.S., è emersa nella AUSL7 una riduzione del tasso di ospedalizzazione per numerose patologie croniche, quali ATS generalizzata e cerebrale, decadimento cognitivo, diabete mellito, malnutrizione, fibrillazione atriale cronica.

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI CENTRO-UVA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

Laudisio Carolina (a), Dotti Maria Teresa (b), Bellini Marco Antonio (c), Bianco Maria Teresa (a)

(a) *Farmacia Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(b) *Unità Operativa Semplice Autonoma Malattie Neurodegenerative, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

(c) *Unità Operativa Semplice Autonoma ACROPOLIS, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

Introduzione. Gli inibitori reversibili dell'Acetilcolinesterasi (AChE) e la memantina sono gli unici farmaci approvati in Italia per il trattamento della malattia di Alzheimer (DA). Attualmente gli inibitori dell'AChE presenti in commercio sono donepezil, rivastigmina e galantamina, con indicazione registrata nella DA di grado lieve-moderato. La memantina è registrata per il trattamento della DA "da moderata a grave". I pazienti affetti da demenza presentano frequentemente allucinazioni, delirio, aggressività e altri sintomi psicotici e comportamentali definiti come *Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia* (BPSD). Oltre ad aumentare la sofferenza del paziente, i BPSD rappresentano un complesso problema assistenziale per chi lo assiste, spesso di gravità tale da rendere necessario il ricorso ai farmaci, in primo luogo antipsicotici.

Metodi. È stata effettuata l'analisi delle prescrizioni redatte da uno dei Centri UVA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) pervenute al Punto di Distribuzione Diretta dei Farmaci (PDD) dell'AOUS.

Risultati. Per l'anno 2014 risultano pervenute al PDD prescrizioni relative a 117 pazienti, di cui 47 trattati con almeno una terapia per la AD tra Memantina, Donepezil e Rivastigmina. Di questi 47 pazienti 33 hanno effettuato una monoterapia con un AChE, 10 pazienti sono stati trattati con un AChE più un farmaco antipsicotico atipico, tra cui Clozapina, Quetiapina e Olanzapina, 4 pazienti con l'associazione tra due AChE. Tra i pazienti trattati con AChE ne risultano 17 trattati con Donepezil o Rivastigmina, quindi con malattia di Alzheimer di grado lieve moderato, come da indicazione registrata e Nota AIFA 48, e 30 pazienti con Memantina, quindi con AD di grado moderato-grave.

Conclusioni. Grazie alla creazione di percorsi diagnostico-terapeutici che mirano a centralizzare la gestione del paziente fragile con polipatologie ed affetti da malattia di Alzheimer, è stato possibile facilitare l'accesso alla diagnosi e alla cura nel territorio senese. I pazienti residenti nella zona Senese hanno ritirato puntualmente tale terapia dal PDD dell'AOUS, mostrando un buon indice di aderenza alla terapia. La possibilità di erogazione della terapia, direttamente nella stessa struttura che segue il paziente, favorisce l'accesso alla terapia farmacologica, il monitoraggio e una migliore aderenza alla stessa. Tramite questo percorso si tende ad agevolare il paziente e la delicata gestione di tale malattia da parte dei familiari e *caregivers*.

COSTRUTTO TEORICO DELLA DIAGNOSI CLINICA DI DEMENZA

Logroscino Giancarlo

Università degli Studi di Bari, Azienda Autonoma Ospedale Giovanni Panico Tricase, Lecce

Introduzione. La distinzione tra normale e patologico è parte del processo diagnostico proprio della medicina clinica. La diagnosi in medicina è basata in genere su due approcci possibili: a) riconoscimento di un pattern; b) un processo ipotetico-deduttivo. La diagnosi di demenza è basata sulla seconda procedura mentre la diagnosi di Parkinson motorio è un esempio della prima. La diagnosi tende a individuare fenotipi omogenei in maniera tale da raggruppare casi che abbiano simili caratteristiche simili all'esordio di malattia, un decorso clinico simile, e abbiano risposte omogenee ai trattamenti quando disponibili. La diagnosi (definizione di fenotipo) è alla base del lavoro epidemiologico/clinico sia in *setting* clinici che di popolazione.

Metodi/Risultati/Discussione. La diagnosi di demenza e di malattia di Alzheimer è particolarmente impegnativa perché come in tutte le patologie correlate all'età o all'*aging* la distinzione tra normale e patologico è difficile e diviene sempre più difficile nei gruppi di età avanzata. La distinzione è difficile in ambito clinico e in ambito neuropatologico. Questo pone problemi quando si vuole andare a testare la validità della diagnosi stessa. Il modello con neuropatologia come gold standard pone problemi poiché molti normali all'ultimo esame prima della neuropatologia *post exitus* hanno quadri compatibili con diagnosi neuropatologica di demenza. Il secondo problema è che i *biomarkers* (biomateriali e *imaging*) che sono un surrogato del reperto neuropatologico hanno un valore limitato per l'elevato numero di normali che hanno dosaggi o *imaging* patologico. I nuovi sistemi di classificazione che introducono l'utilizzo di *biomarker* hanno importanti limiti derivanti dalla bassa specificità delle metodiche in età avanzate. Questo è vero sia per la parte espressione dell'accumulo amiloideo sia per quella espressione del danno neuronale. Due terzi dei malati con malattia di Alzheimer saranno nel giro di vent'anni circa di età superiore agli 85 anni.

Conclusioni. Il costrutto diagnostico di malattia di Alzheimer avrà bisogno di processi di validazione e di applicazione nel mondo reale che tengano conto dello *shifting* epidemiologico della malattia nelle popolazioni.

P DIFFERENZE DI GENERE NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DEMENZA

Lo Monaco Tiziana Salvatrice (a), Dipasquale Salvatore (b), Tribastone Giancarlo (b), Baglieri Annalisa (a), Criscione Cristina (a), Rollo Antonella (a), Vaccaro Valentina (a), Virzì Antonio (c)

(a) *Centro Diurno Alzheimer Azienda Sanitaria Provinciale, Ragusa*

(b) *Unità Valutativa Alzheimer Azienda Sanitaria Provinciale, Ragusa*

(c) *Dipartimento di Salute Mentale, Vittoria, Ragusa*

Introduzione. Negli ultimi anni è aumentata l'esigenza di personalizzare il più possibile la programmazione degli interventi per i pazienti Alzheimer e per le loro famiglie. Tale importante obiettivo si scontra con i limiti di una prassi che parte dall'attribuire uguali bisogni a condizioni diverse. Le differenze di genere rappresentano un elemento sottovalutato ed i tradizionali strumenti di rilevazione si mostrano carenti per la specifica analisi che è necessaria. Per superare questa difficoltà, all'interno dell'attività del Centro Diurno, è stata utilizzata la Medicina Narrativa, orientamento culturale che pone al centro della relazione la Narrazione.

Metodi. Il modello utilizzato nel progetto è la Medicina Narrativa basata sulla raccolta e analisi delle storie dei pazienti e *caregiver* che sperimentano l'opportunità di dare visibilità a ricordi, emozioni, bisogni, aspettative, con la possibilità di rivedere i contenuti della presa in carico. Ai 30 pazienti oggetto dello studio, 18 donne e 12 uomini, con demenza di vario genere, è stata somministrata un'intervista narrativa semi-strutturata con domande semplici volte ad esplorare: abitudini di vita, relazioni familiari, esperienze lavorative, autonomia nell'ambiente esterno ed interno, socializzazione, sessualità, rapporto con *caregiver* e/o badante. Le narrazioni raccolte sono state analizzate in rapporto alle differenze di genere.

Risultati. I principali bisogni dell'anziano con demenza riguardano la cura della persona, la gestione della casa e l'autonomia nell'ambiente esterno. Le differenze maggiori non riguardano tanto la tipologia del deficit quanto le conseguenze e la risposta all'aiuto offerto. Gli uomini accettano l'aiuto con più facilità rispetto alle donne, sia nella cura personale che per la casa. Al contrario, le donne accettano più facilmente l'aiuto per l'autonomia nell'ambiente esterno. Altro dato significativo è rappresentato dal sesso del *caregiver*: il paziente maschio con demenza ha spesso come *caregiver* la moglie che fornisce un supporto adeguato per cura della persona e casa; la paziente con demenza spesso si trova in condizioni di vedovanza e anche quando è ancora presente il marito non riceve il supporto adeguato; il figlio si occupa dei rapporti con l'esterno; la figlia svolge mansioni domestiche.

Conclusioni. Dalle narrazioni emergono delle chiare differenze di genere nei bisogni e quindi emerge la necessità di una presa in carico che offra supporti differenziati. Le differenze riscontrate sono frutto dei modelli culturali che attribuivano capacità e compiti ben differenziati tra maschi e femmine. Questo fa prevedere che i cambiamenti culturali in atto nella nostra società verso la parificazione dei sessi, potrebbero portare alla necessità di nuovi adattamenti nel tempo.

P CARATTERIZZAZIONE CLINICA E NEUROPSICHIATRICA DEI COMPORAMENTI SESSUALI INAPPROPRIATI IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Lucchini Flaminia, Canevelli Marco, Talarico Giuseppina, Letteri Federica, Troili Fernanda, Ruocco Ciro, Reniè Roberta, Quarata Federica, Gasparini Marina, Bruno Giuseppe
Clinica della Memoria, Dipartimento Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. I comportamenti sessuali inappropriati (*Innapropriate Sexual Behaviour - ISB*) sono sempre più riconosciuti tra i sintomi psicologici e comportamentali della demenza (*Behavioural and psychological symptoms of dementia - BPSD*). Tuttavia, a differenza di altri specifici disturbi neuropsichiatrici, gli ISB hanno fino ad oggi richiamato un limitato interesse nella comunità scientifica. Gli obiettivi del nostro studio sono stati: a) indagare la prevalenza degli ISB in soggetti affetti da demenza, non istituzionalizzati; b) investigarne le principali caratteristiche cliniche; e c) ricercare eventuali associazioni degli ISB con le altre manifestazioni cliniche delle demenze e con le caratteristiche socio-demografiche dei *caregiver* principali coinvolti nell'assistenza.

Metodi. Presso la nostra Clinica della Memoria, sono stati reclutati consecutivamente soggetti con diagnosi di demenza, residenti a domicilio, che non assumevano farmaci noti per influenzare il comportamento sessuale (se non a dosaggio stabile nei 3 mesi precedenti). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a: valutazione cognitiva, effettuata tramite *Mini Mental State Examination (MMSE)* e *Clinical Dementia Rating Scale (CDR)*; valutazione delle autonomie funzionali tramite *Activities of Daily Living Scale (ADL)* e *Instrumental ADL Scale (IADL)*; valutazione neuropsichiatrica tramite il *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*. La presenza degli ISB è stata indagata mediante il NPI-ISB, questionario *ad hoc*, sviluppato prendendo come riferimento il NPI, che è stato somministrato ai familiari/*caregiver* dei partecipanti. Sono state quindi confrontate le caratteristiche cliniche dei soggetti che esibivano o meno gli ISB.

Risultati. Nello studio sono stati reclutati 142 soggetti. Gli ISB sono stati osservati in 24 pazienti (16,9%). È stata evidenziata una maggior gravità dei BPSD nei soggetti con ISB. Negli uomini sono risultati più frequenti i comportamenti fisici, nelle donne i comportamenti esibizionistici. Una regressione logistica bivariata ha mostrato un'associazione diretta tra sesso maschile, ansia e ISB. In particolare, il rischio di presentare ISB è risultato 7 volte maggiore nei soggetti di sesso maschile (OR: 7,52; 95% CI: 1,61, 35,04) e 15 volte superiore nei partecipanti con ansia al NPI (OR: 15,55; 95% CI: 2,34, 103,49). Al contrario, è stata riscontrata una relazione inversa tra ADL e ISB (OR: 0,53; 95% CI: 0,32, 0,87).

Conclusione. Lo studio costituisce il primo tentativo di descrivere in modo specifico gli ISB in soggetti dementi ambulatoriali. Tali disturbi sono stati frequentemente riscontrati nella nostra popolazione, con una prevalenza simile a quella di altri disturbi del comportamento (allucinazioni, deliri, euforia). A fronte dell'elevata prevalenza e dell'impatto socio-assistenziale, appare necessaria una maggiore attenzione verso questi disturbi e si ritiene opportuno sviluppare strumenti di valutazione dedicati.

P LA 18-FDG-PET NEL PROCESSO DIAGNOSTICO PER LE DEMENZE NELLA *MEMORY CLINIC* DI BOLZANO

Lubian Francesca, Ebner Franziska, Valzolgher Laura, March Albert
Memory Clinic Comprensorio Sanitario, Bolzano

Introduzione. La 18F-FDG-PET è un'indagine funzionale di secondo livello utilizzata nel processo diagnostico per le demenze. I criteri NIA-AA (2011) annoverano la PET come biomarcatore tra i Criteri Clinici di Ricerca in quanto ancora lontano dall'assicurare una validità clinica in termini di riproducibilità e accuratezza nella progressione da *Mild Cognitive Impairment* (MCI) a demenza.

Metodi. Lo scopo del nostro lavoro è quello di analizzare le caratteristiche di tutti i soggetti valutati presso la *Memory Clinic* di Bolzano nell'anno 2014 che sono stati sottoposti a 18-FDG-PET, prendendo in considerazione i soggetti con ipometabolismo tipico per malattia di Alzheimer (AD), ovvero regioni temporo-parietali, inclusi il precuneo e la corteccia cingolata posteriore, e quelli con ipometabolismo assente, in relazione alla diagnosi di demenza. È stato creato un database ed i dati analizzati tramite il Software SPSS versione 19. Tutti i soggetti con diagnosi di MCI nel 2014 sono stati rivalutati nel 2015 clinicamente e con batteria neuropsicologica validata. Per la diagnosi di Demenza di Alzheimer (DA) e per la diagnosi di MCI sono stati utilizzati i criteri clinici NIA-AA.

Risultati. Nel 2014 abbiamo sottoposto a 18-FDG-PET 120 soggetti (18,6% dei 644 afferiti); di questi 69 (57,5%) presentavano aree di ipometabolismo tipiche per AD, 30 (25%) non presentavano aree di ipometabolismo, mentre i restanti soggetti presentavano ipometabolismo in regioni non tipiche o ipometabolismo diffuso. Dei soggetti con ipometabolismo tipico 33 (il 47,83%) ricevevano diagnosi di DA, 20 (28,9%) di MCI, 3 (4,35%) di demenza vascolare, 3 (4,35%) di demenza mista, 1 (1,44%) di Malattia a Corpi di Lewy e 1 (1,44%) di demenza frontotemporale; 8 soggetti (11,60%) non presentavano deficit cognitivi significativi. Dei 20 soggetti MCI rivalutati nel 2015 9 (45%) mantenevano una diagnosi di MCI, 5 (25%) convertivano in DA, 5 (25%) erano in attesa di rivalutazione, mentre 1 (5%) risultava deceduto. Dei 16 soggetti con diagnosi di MCI e aree assenti di ipometabolismo alla PET (34,04%) dopo un anno 11 (68,67%) mantenevano una diagnosi di MCI, 2 (12,5%) erano in attesa di rivalutazione, 1 (6,25%) convertiva in demenza vascolare, 1 (6,25%) in DA e 1 (6,25%) in demenza in malattia psichiatrica.

Conclusioni. Secondo la casistica della *Memory Clinic* di Bolzano la maggioranza dei soggetti con ipometabolismo tipico per AD alla PET cerebrale ha ricevuto negli anni 2014 e 2015 la diagnosi di Demenza di Alzheimer secondo i criteri clinici diagnostici NIA-AA.

RUOLO DEI BIOMARCATORI LIQUORALI NELL'IDROCEFALO NORMOTESO

Magnani Giuseppe (a), Santangelo Roberto (a), Mazzeo Salvatore (a), Pinto Patrizia (b), Passerini Gabriella (c), Franzin Alberto (d), Comi Giancarlo (a)

(a) Dipartimento di Neurologia, Ospedale San Raffaele, Milano

(b) Dipartimento di Neurologia, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

(c) Laboraf, Ospedale San Raffaele, Milano

(d) Dipartimento di Neurochirurgia, Ospedale San Raffaele, Milano

Introduzione. Il ruolo dei biomarcatori liquorali (amiloide beta42 o A β 42; proteina tau o tau e tau fosforilata o p-tau) nella malattia di Alzheimer (AD) è stato ampiamente dimostrato. L'idrocefalo normoteso (NPH) costituisce ad oggi l'unica forma di demenza curabile. Nei casi in cui vi è co-esistenza di AD e NPH, il beneficio atteso da una eventuale derivazione ventricolo-peritoneale può essere scarso. Alcuni studi, inoltre, hanno postulato l'ipotesi che nei pazienti con NPH vi possa essere un accumulo di beta amiloide legato all'alterato drenaggio liquorale con conseguente riduzione della clearance di beta amiloide.

Metodi. Al fine di analizzare il ruolo dei biomarcatori liquorali nel NPH, ne abbiamo analizzato le concentrazioni (ELISA kits, Innogenetics) in un campione costituito da 344 soggetti di cui 170 con AD, 34 con NPH, 34 controlli non affetti da processo neurodegenerativo, 106 affetti da altro tipo di demenza.

Risultati. Le concentrazioni medie di A β 42 sono significativamente più basse nei soggetti con AD e con NPH rispetto ai controlli, mentre non vi è differenza statisticamente significativa tra AD e NPH. Inoltre nei gruppi AD e NPH il numero di pazienti con beta amiloide patologica è significativamente più alto rispetto ai controlli ed ai pazienti con altro tipo di demenza. Le concentrazioni di tau e p-tau sono significativamente più basse nei soggetti NPH rispetto ai pazienti con AD e con altro tipo di demenza, mentre non vi è differenza statisticamente significativa tra NPH e controlli.

Conclusioni. I marcatori liquorali garantiscono una buona affidabilità nella diagnosi differenziale tra AD e NPH. Le concentrazioni di beta amiloide non sono tuttavia significativamente diverse tra i due gruppi. Nei gruppi AD e NPH i soggetti con livelli di A β 42 patologici sono significativamente più numerosi rispetto ai controlli e agli altri tipi di demenza. Ciò potrebbe indicare un possibile accumulo di beta amiloide anche nei soggetti con NPH. Inoltre le concentrazioni di tau e p-tau in NPH sono sovrapponibili a quelle dei controlli ed inferiori a quelle dei soggetti con altro tipo di demenza, lasciando supporre un'assenza di marcato danno neuronale. Ulteriori studi si rendono tuttavia necessari per confermare questi dati preliminari e meglio indagare il ruolo della beta amiloide nell'idrocefalo normoteso.

📄 RUOLO DEI BIOMARCATORI LIQUORALI NELLA PROGRESSIONE DA COMPROMISSIONE COGNITIVA LIEVE A DEMENZA DI ALZHEIMER

Magnani Giuseppe (a), Santangelo Roberto (a), Mazzeo Salvatore (a), Falautano Monica (a), Bernasconi Maria Paola (a), Pinto Patrizia (b), Passerini Gabriella (c), Comi Giancarlo (a)
(a) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale San Raffaele, Milano*
(b) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo*
(c) *Servizio di Medicina di Laboratorio, Ospedale San Raffaele, Milano*

Introduzione. L'utilità dei biomarcatori liquorali (amiloide beta42 o A β 42; proteina tau o t-tau e tau fosforilata o p-tau) nella diagnosi della malattia di Alzheimer (AD) è stato ampiamente descritto. La Compromissione Cognitiva Lieve (MCI) rappresenta una condizione a cavallo fra i fisiologici cambiamenti cognitivi dell'invecchiamento e la fase iniziale della demenza. Il dosaggio dei biomarcatori liquorali dell'AD nei soggetti affetti da MCI si sta rivelando particolarmente utile nell'identificare i soggetti portatori di Alzheimer in fase prodromica, permettendo così una diagnosi precoce. Sono, tuttavia, necessari dati ulteriori per valutarne l'utilità e consentirne l'introduzione nella pratica clinica.

Metodi. Al fine di analizzare il ruolo dei biomarcatori liquorali nella progressione da MCI ad AD, ne abbiamo analizzato le concentrazioni (ELISA kits, *Innogenetics*) in un campione costituito da 115 soggetti di cui 35 evoluti verso l'AD (MCI *converters*, MCI-c) e 80 rimasti stabili o evoluti verso altro tipo di demenza (MCI non *converters*, MCI-nc), calcolandone affidabilità diagnostica e valore predittivo. Abbiamo condotto il *follow-up* tramite valutazione neurologica e neuropsicologica o contattato telefonico.

Risultati. Le concentrazioni medie di A β 42 sono significativamente inferiori nei soggetti MCI-c rispetto ai soggetti MCI-nc. Le concentrazioni di t-tau e p-tau sono significativamente più elevate nei soggetti MCI-c rispetto ai soggetti MCI-nc. Sia i singoli biomarcatori che i loro rapporti hanno dimostrato un'ottima accuratezza nel distinguere fra MCI-c e MCI-nc. Il profilo liquorale tipico per AD secondo Dubois e il rapporto p-tau/A \cdot 42 hanno dimostrato i migliori livelli di accuratezza. I livelli liquorali dei biomarcatori non si sono dimostrati correlati col tempo di progressione. L'associazione dei biomarcatori liquorali e dei test neuropsicologici garantisce una migliore accuratezza diagnostica.

Conclusioni. La possibilità di identificare l'AD in fase prodromica potrebbe permettere di selezionare i soggetti verso cui rivolgere future strategie terapeutiche mirate con l'obiettivo di modificare il decorso della malattia agendo direttamente sul processo patogenetico. In tal senso, l'analisi dei biomarcatori liquorali ha mostrato una buona accuratezza diagnostica nel distinguere i soggetti MCI che evolveranno verso AD da quelli che non svilupperanno AD. Inoltre, i costi relativamente contenuti e l'accessibilità della metodiche, fanno del dosaggio dei biomarcatori liquorali uno strumento utile nella diagnosi precoce di malattia di Alzheimer.

P URGENZE COMPORTAMENTALI NELLE PERSONE CON DEMENZA: LA RISPOSTA DEL CDCD DISTRETTUALE DI MODENA

Manni Barbara (a), Zucchi Patrizia (a), Fabbo Andrea (b), De Vreese Luc Pieter (b)
(a) *Dipartimento Cure Primarie, Centro per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze, Distretto di Modena, Modena*
(b) *Programma Demenze Aziendale, AUSL, Modena*

Introduzione. Secondo le raccomandazioni di *ALzheimer COoperative Valuation in Europe* una rete di servizi territoriale dedicata alle demenze deve essere organizzata in maniera da poter affrontare tempestivamente e adeguatamente i BPSD qualunque sia la fase di malattia o la causa scatenante, anche in acuto. Dal 2014 si è formalizzato in accordo con la Medicina Generale, un percorso per le visite “urgenti” (entro 10 giorni lavorative dalla domanda) per BPSD gravi e persistenti tali da compromettere significativamente la qualità dell’assistenza e della vita del malato e del suo ambiente di vita.

Metodi. Il MMG contatta telefonicamente il CDCD in determinate fasce orarie per specificare il motivo dell’urgenza. Riportiamo un’analisi delle richieste pervenute tra agosto 2014 e settembre 2015 in termini di appropriatezza (tipi di richieste e di risposta del CDCD) e di attivazione di altri servizi conseguente alla visita.

Risultati. Sono pervenute 130 chiamate di cui 73 (53%; 8 a domicilio, 73 in ambulatorio) sono esitate in una visita urgente effettuate in media (\pm DS) entro 5,65 (\pm 3,96) giorni dalla telefonata del MMG. Delle altre richieste, l’urgenza di 24 richieste (14,8%) è stata risolta con il colloquio telefonico (nessuna visita), mentre le rimanenti richieste (n=33) sono state trasformate in una visita domiciliare o ambulatoriale programmata. Le motivazioni dell’urgenza sono risultate durante le visite: 11 *delirium*; 37 BPSD (insonnia, aggressività e deliri nel 44% dei casi); una malattia psichiatrica; 24 per altri motivi (es. decadimento organico, fragilità sociale). In 21 casi (28,8%) è stato necessario l’attivazione di altri servizi: ricovero nel Nucleo Ospedaliero per le Demenze di Villa Igea (ospedale territoriale privato convenzionato, n=9); *Day Service* per i Disturbi Cognitivo-Comportamentali (UO Geriatria p/c NOCSAE di Baggiovara, n=4); Nucleo Alzheimer della RSA 9 gennaio (n=3); due ricoveri in un reparto per acuti (n=2); istituzionalizzazione (n=2). Le visite programmate, per contro, sono esitate in 5 istituzionalizzazioni e 2 invii al Centro di Salute Mentale. Complessivamente, su 130 richieste per un intervento urgente, 119 pazienti (91,5%) sono rimasti al proprio domicilio, evitando ricoveri ospedalieri (anche mediante il *Day Service*), una degenza temporanea in un Nucleo Alzheimer o un’istituzionalizzazione.

Conclusioni. Questi dati promettenti sono in linea con le raccomandazioni ALCOVE e dimostrano che un *collaborative approach* implementato all’interno di una rete di servizi per le demenze è vincente nel gestire in modo tempestivo ed efficace i BPSD anche in fase di scompenso, evitando nella stragrande maggioranza dei casi invii al PS con ricoveri in reparti per acuti.

📄 DEMENZE: COMPLESSITÀ E MULTIDISCIPLINARIETÀ. DATI DELLA MEDICINA GENERALE

Mazzoleni Francesco

SIMG, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Introduzione. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è spesso la prima figura professionale a essere coinvolta nel riconoscimento e nella valutazione dei pazienti con deficit cognitivi. Una buona organizzazione dei processi di cura implica la misura dell'appropriatezza che contribuisce fortemente a determinare la struttura complessiva della *performance*.

Metodi. È stata eseguita un'estrazione dati tramite il database di *Health Search* (HS), Istituto di Ricerca della SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, per indagare il dato di registrazione delle diagnosi di demenza, oltre che di visite specialistiche (visita geriatrica e/o visita neurologica), di *imaging* strutturale (TAC-RM encefalo) e di alcuni esami di laboratorio (emocromo, glicemia; TSH; Na; K; Cl; Ca; vitamina B12), nei pazienti con diagnosi di demenza, secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida, con l'obiettivo di verificare l'aderenza alle raccomandazioni da parte dei MMG. Inoltre, è stata eseguita un'estrazione finalizzata a quantificare le comorbidità delle patologie di maggior impatto in MG nei pazienti con diagnosi di demenza. Le estrazioni hanno riguardato circa 970.000 soggetti di età ≥ 14 anni uniformemente distribuiti in tutto il territorio nazionale; periodo di osservazione anno 2014; codifica delle patologie ICD-9 CM.

Risultati. Prevalenza demenze: 2,9% (F 3,7%-M 2%). Indagini di laboratorio: 0,9% tutti gli esami previsti; 37,3% nessuno degli esami previsti. *Imaging* strutturale: 25,6% (TC:19,03; RM: 7,64; TC+RM: 1,01%). Visite specialistiche: 54,6% (visita neurologica: 35,6%; visita geriatrica: 23,3%; visita geriatrica + visita neurologica: 4,3%). Riguardo alle comorbidità, la prevalenza di tutte le patologie indagate è risultata superiore di 2-3-4 volte nei pazienti con demenza.

Conclusioni. I dati di HS evidenziano un buon riconoscimento del problema demenze in MG con dati di prevalenza in linea con quelli di letteratura, ma una scarsa aderenza alle raccomandazioni delle LG per una gestione appropriata dei pazienti. La scarsa aderenza potrebbe in parte essere correlata all'"obbligatorietà" di delega allo specialista, evento che può rappresentare un fattore disincentivante per il MMG. Infatti, oltre che per conferma diagnostica e diagnosi differenziale, l'invio del paziente allo specialista si rende necessaria per la prescrizione di farmaci specifici e/o di antipsicotici atipici, nonché per le richieste di invalidità alle commissioni. La maggiore prevalenza di varie patologie nei pazienti con diagnosi di demenza, oltre a quantificare con dati oggettivi la reale portata del problema, conferma la necessità di definire al meglio le strategie di gestione integrata.

CONTRIBUTO DEL COUNSELLING GENETICO-GENEALOGICO NELLA DIAGNOSI DELLE DEMENZE FRONTO-TEMPORALI: LUCI ED OMBRE

Milan Graziella (a), Napolitano Sabrina (b), Acito Rosalia (a), Tripodi Francesca Saveria (a), Pisano Dolindo (a), Della Rocca Gennaro (c), Grossi Dario (d), Marfella Raffaella (a), Toscano Armando (a), Marfella Agostino (a), De Gregorio Alessandro (a), Postiglione Alfredo (e), Vitale Emilia (b)

(a) *Centro Geriatrico Frullone, Distretto Sanitario 28, Azienda Sanitaria Locale Napoli I Centro, Napoli*

(b) *Istituto di Biochimica delle Proteine, Biobanca Demenza, CNR, Napoli*

(c) *Alma Mater Spa, Clinica Villa Camaldoli, Napoli*

(d) *Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, Caserta*

(e) *Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università degli Studi Federico II, Napoli*

Introduzione. Le demenze fronto-temporali (FTD) sono un gruppo eterogeneo di malattie neurodegenerative con disturbi psico-comportamentali e cognitivi ad elevata familiarità (30-50%). L'analisi di mutazioni per geni potenzialmente responsabili di FTD è ad oggi utilizzata nella ricerca scientifica, tuttavia sempre più frequenti sono le richieste in tal senso formulate dai pazienti e dai loro familiari.

Metodi. Tra il 2010 ed il 2014 è stato introdotto nel percorso diagnostico di valutazione dei pazienti con diagnosi di FTD un questionario per la raccolta anamnestica familiare e per l'analisi e la ricostruzione genealogica territoriale. I pazienti, per i quali la familiarità è risultata più significativa, sono stati invitati a partecipare al progetto di "Donazione di cellule e DNA" ed il materiale raccolto è stato successivamente inviato ed analizzato nella Biobanca per demenza.

Risultati. La donazione è stata effettuata, dopo un percorso di *counselling*, da tutti i soggetti ai quali è stata proposta, con una raccolta di circa 70 campioni ed una partecipazione del 100%. Il progetto non prevedeva risposta al test, e circa il 70% dei soggetti ha approvato tale scelta. Oltre alle varie mutazioni genetiche note per essere causa di FTD, lo *screening* genetico ha consentito l'identificazione di tre famiglie portatrici di una rara delezione nell'esone sei del gene della progranulina (g.101349_101355delCTGCTGT) causa di una mutazione frameshift riscontrata fino ad ora solo in due casi sporadici. Le tre famiglie sono originarie di uno specifico e limitato territorio, suggerendo l'ipotesi di un effetto fondatore, ancora in corso di valutazione. L'analisi fenotipica dei pazienti portatori della mutazione, sia mediante osservazione diretta che dai dati raccolti, mostrerebbe differenze collegate al sesso, con quadri clinici di afasia nelle donne (*Primary Progressive Aphasia*) e prevalenti disturbi psico-comportamentali negli uomini (*Behavioral variant-FTD*).

Conclusioni. la valutazione del rischio familiare nella diagnosi di demenza attraverso strumenti standardizzati rappresenta un grande contributo alla ricerca scientifica. È però, anche una esigenza sempre più sentita ed espressa dai pazienti, dai familiari e dagli operatori medici, con la necessità sempre più impellente di nuove ed adeguate linee guida.

P ANALISI DEI RITMI ELETTROENCEFALOGRAFICI IN PAZIENTI CON DEMENZA

Minardi Valentina, Razza Grazia, Spadaro Daniela, Frasca Viola, Campo Emanuela, D'Asta Gabriele, Iemolo Francesco

Unità Operativa Complessa di Neurologia, Ospedale Guzzardi di Vittoria, Azienda Sanitaria Provinciale, Ragusa

Introduzione. La revisione dei criteri diagnostici della demenza ha introdotto come criterio di supporto alla diagnosi della patologia anche la presenza di alterazioni elettroencefalografiche. Generalmente nelle fasi precoci della malattia si osserva una riduzione aspecifica del ritmo di fondo (alfa), con evoluzione verso un incremento dell'attività lenta diffusa e un decremento dell'attività beta. Con il progredire della patologia compaiono burst di potenziali lenti bilaterali prevalenti sulle regioni anteriori. È ormai accertato che nei pazienti con demenza il rallentamento dell'attività elettrica si correla in modo direttamente proporzionale con il grado di deterioramento cognitivo, anche se un elettroencefalogramma normale non è infrequente in pazienti con demenza iniziale. Lo scopo dello studio è stato quello di verificare se ci fossero delle caratteristiche elettroencefalografiche proprie dei pazienti con Alzheimer Disease (AD) rispetto ai pazienti con Demenza Mista (demenza vascolare e AD).

Metodi. È stato analizzato un campione di 51 pazienti di età media pari, al momento di esecuzione dell'EEG, di $77,1 \pm 5,9$ anni (54-91). Dei 51 pazienti, 14 appartengono al gruppo con Demenza Mista e 37 al gruppo con AD. Il gruppo di pazienti con demenza mista ha presentato un *Mini Mental State Examination* (MMSE) media pari a $19,81 \pm 5,5$, rispetto alla media pari a $15,22 \pm 5,2$ del gruppo di pazienti con AD. I pazienti sono stati sottoposti ad esame elettroencefalografico e i tracciati sono stati analizzati considerando la variabile dicotomica EEG normale/patologico; nel tracciato EEG patologico sono state individuate le alterazioni EEGgrafiche del ritmo di fondo (banda theta-delta) e la presenza del ritmo è stata poi classificata in focale e/o diffusa. Analisi Statistica: per i dati a distribuzione normale è stato utilizzato il test T di Student, invece l'analisi della varianza è stata impiegata per testare eventuali effetti di interazioni tra gruppi.

Risultati. I pazienti con demenza mista hanno presentato una percentuale di EEG patologico (16,5%) inferiore di quella presentata dal gruppo con pazienti AD (27%). Inoltre la presenza di attività lenta (theta-delta) è stata riscontrata in 15 su 37 pazienti con AD e in 4 su 14 pazienti con demenza mista.

Conclusioni. L'analisi qualitativa dei tracciati EEGgrafici ha rilevato risultati congrui a quelli della letteratura, la quale dimostra una maggiore presenza di attività lenta diffusa nei pazienti con AD e nei pazienti con demenza mista, evidenziando la non sofferenza delle strutture profonde. Emerge così la necessità di ulteriori studi che possano approfondire le alterazioni focali del tracciato EEGgrafico nei pazienti con disturbi cognitivi.

ASSISTENZA DOMICILIARE PER L'ALZHEIMER: MALATI, FAMILIARI, AMBIENTE. ESPERIENZA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO ALTO TEVERE USL UMBRIA 1. DATI PRELIMINARI

Morini Goretta (a), Spadoni Laura (a), Trequattrini Alberto (b), Felicioni Daniela (b)

(a) Associazione Malattia di Alzheimer Umbria, Perugia

(b) Distretto Alto Tevere USL Umbria 1, Perugia

Introduzione. La malattia di Alzheimer compromette progressivamente la qualità di vita sia del paziente, sia della famiglia e diventa, quindi, indispensabile cercare di offrire loro una rete di servizi diversificati per far fronte alle diverse problematiche che la malattia comporta. Il progetto di Assistenza Domiciliare Dedicata è rivolto al malato e ai propri familiari, le finalità sono di tipo riabilitativo, socio-assistenziale e di formazione:

- assicurare interventi riabilitativi e socio-assistenziali idonei a mantenere il paziente al proprio domicilio;
- affiancare e sostenere il familiare (*caregiver*) nell'assistenza al proprio caro fornendogli la possibilità di momenti di sollievo e di recupero di spazi personali;
- fornire alla famiglia gli strumenti per gestire in modo adeguato i disturbi comportamentali, un aiuto alla costruzione di un ambiente protesico.

Metodi. Il progetto ha riguardato 5 soggetti e i loro familiari con diagnosi di demenza tipo Alzheimer probabile di grado lieve-moderato, senza limiti di età, che afferiscono al Servizio Interdistrettuale dei Disturbi Cognitivi USL Umbria 1 e residenti nel Comune di Città di Castello. I test somministrati includono: il *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental of Daily Living* (IADL), *Barthel Index e Neuropsychiatric Inventory* (NPI) al paziente e al familiare la *Caregiver Burden Inventory* (CBI) e *Euroqol Questionnaire*, somministrati a T₀, T₃ e T₆. Inoltre sono state introdotte due schede di monitoraggio: settimanale per la ROT e mensile per NPI. Gli interventi sul paziente sono stati: training cognitivi, autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana, stimolare o rinforzare le attività motorie; sui familiari: ascolto, sollievo, formazione e aiuto alla costruzione di un ambiente protesico.

Risultati. Tutti i pazienti che hanno partecipato al progetto hanno ottenuto dei miglioramenti: in ambito cognitivo, nelle autonomie funzionali e strumentali della vita quotidiana e una riduzione nei disturbi psico-comportamentali. Gli interventi rivolti ai familiari e le strategie ambientali suggerite hanno contribuito, in modo significativo, a ridurre lo stress e migliorare la qualità di vita di entrambi.

Conclusioni. I risultati incoraggianti ottenuti da questo progetto sperimentale hanno fatto sì che il Distretto Alto Tevere USL Umbria 1 abbia inserito l'Assistenza Domiciliare Dedicata nel proprio budget aziendale, aggiungendo un anello importante nella Rete dei Servizi per le Demenze dell'attuale Piano Sanitario della Regione Umbria. Su richiesta dei familiari è nata l'esigenza di pubblicare la guida "L'AMBIENTE CHE CURA: strategie ambientali a casa della persona con demenza", che è attualmente in corso d'opera.

P DEFICIT COGNITIVI SOGGETTIVI IN AMBITO DI MEDICINA DI BASE: RISULTATI IN *FOLLOW-UP*

Musella Caterina (a,b), Iavarone Alessandro (b,c), Guillaro Bruno (b,d), Laringe Matteo (b,d), Chiavazzo Angela (b,c), Carnevale Gabriele (b,c), Cutolo Serena (b), Piccinocchi Gaetano (d)

(a) Servizio Umanizzazione, ASL Napoli 1, Napoli

(b) Comitato Tecnico Scientifico, AIMA Napoli Onlus, Napoli

(c) Unità Operativa Complessa Neurologia, Unità STROKE, Presidio Ospedaliero CTO, ASL Napoli 1, Napoli

(d) Società Italiana di Medicina Generale, Napoli

Introduzione. Sovente, pazienti afferenti allo studio del Medico di Medicina Generale (MMG) riferiscono Disturbi Cognitivi Subiettivi (DCS), che possono precedere l'esordio di un declino cognitivo ed esprimersi in demenza. L'obiettivo dello studio è verificare la presenza di decadimento cognitivo di un campione in *follow-up* nel quale in precedenza furono valutati 497 soggetti, afferenti a 20 ambulatori di MMG, di cui 108 mostrarono la presenza di DCS, come evidenziato dal CAST-c.

Metodi. Sono stati testati 26 soggetti positivi al CAST-c. Il campione (8 uomini e 18 donne) presentava un'età media di 74,62 anni (deviazione standard=5,5) e una scolarità media di 7,30 (deviazione standard=5,18). In seguito alla raccolta anamnestica, a tutti i soggetti è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici costituita da: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Frontal Assessment Battery* (FAB), Test Delle 15 Parole di Rey, Aprassia Costruttiva di Milano, *Clock Drawing Test* (CDT), *Geriatric Depression Scale*-forma breve (GDS), test di Fluency Verbale per Categoria. I soggetti sono stati classificati successivamente in: soggetti sani, soggetti con MCI singolo dominio non-amnestico (na-MCI singolo dominio), soggetti con MCI domini multipli non-amnestico (na-MCI domini multipli), soggetti con demenza, tutti con o senza comorbidità depressiva.

Risultati. I punteggi sono stati corretti per età e scolarità, in base ai valori normativi. I punteggi, espressi in percentuale, mostrano che il 15,4% risulta deficitario al MMSE, il 19,2% è deficitario alla FAB, il 34,6% è deficitario al CDT e il 53,8% risulta positivo al GDS, mentre agli altri test le percentuali sono minori. Il 50% del campione risulta patologico, di cui il 23,1% risulta classificabile come "na-MCI singolo dominio", il 7,7% come "na-MCI domini multipli" e il 19,2% come "demenza franca". Dai soggetti sani si evince una percentuale significativa di punteggi positivi per la depressione (61,5%).

Conclusioni. Il presente rappresenta un lavoro in progress. Il numero di pazienti valutati riflette solo una piccola percentuale dei soggetti candidati al *follow-up*. Inoltre, vi è un numero consistente di *drop-out* riconducibile a: cambio di residenza/MMG, decesso; rifiuto o impossibilità alla valutazione (soggetti non in grado di recarsi all'ambulatorio del MMG, stato di sofferenza diffusa). In conclusione possiamo dire che risulta fondamentale il ruolo del MMG per la collaborazione all'individuazione dei pazienti a rischio di deterioramento cognitivo. Nel contesto di questo lavoro possono essere utili strumenti di rapida somministrazione *self-report* perché questi possono permettere di individuare non meno del 50% di soggetti che in seguito svilupperanno disturbi cognitivi ed emotivi.

CONTRIBUTO DEI CENTRI DIURNI ANZIANI DEL DISTRETTO DI ORTONA PER LA PREVENZIONE DEI DISTURBI COGNITIVI E PER UN INVECCHIAMENTO DI SUCCESSO

Nuccetelli Francesco (a), Ferretti Sandra (b), Antenucci Sara (b), Sensi Francesca (a), Coccione Antonella (c), Pennatini Miriam (c)

(a) Centro Salute Mentale Ortona e Ambulatorio Psicogeriatrico, ASL 2, Lanciano-Vasto-Chieti

(b) Distretto Sanitario Ortona e Ambulatorio Psicogeriatrico, ASL 2, Lanciano-Vasto-Chieti

(c) Ente di Ambito Sociale n. 28 Ortonese, Comune di Ortona, Chieti

Introduzione. L'Ambulatorio Psicogeriatrico, servizio integrato tra Distretto Sanitario e CSM di Ortona, in collaborazione con l'Ambito Sociale, ha realizzato la valutazione neuropsicologica degli utenti dei Centri Diurni per Anziani (CDA) dell'Ambito Ortonese. Gli obiettivi erano: conoscere il livello neurocognitivo degli utenti; programmare una metodologia integrata di interventi finalizzati ad attuare politiche socio-sanitarie di prevenzione primaria e secondaria dei disturbi cognitivi; promuovere misure per un invecchiamento di successo. Tale esperienza è frutto del raccordo operativo dei diversi profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale tra i servizi sanitari e sociali come sottoscritto nell'Accordo di Programma tra l'ASL 2 e l'Ambito Sociale "Ortonese".

Metodi. Lo studio ha coinvolto tre CDA dei comuni di Ortona, Arielli e Filetto ed è stata effettuata la valutazione neuropsicologica di 62 utenti che hanno accettato di partecipare su un totale di 158 (39,2%) anziani iscritti. Gli strumenti utilizzati: il *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), il *Wais Digit Span*, il test di Memoria di Prosa, le Matrici attentive e il *Frontal Assessment Battery* (FAB). Per gli interventi sono stati realizzati *training* motori, emotivi e cognitivi.

Risultati. Il 71% degli utenti che si sono sottoposti alla valutazione sono femmine e il 29% sono maschi con un'età media di 71,6 anni e una istruzione di 7,1 anni. Il 67,7% frequenta il CDA di Ortona, il 17,7% di Filetto e il 14,5% di Arielli. La valutazione neuropsicologica ha permesso di conoscere il livello generale di funzionamento degli utenti dei CDA quali: Test MoCA media $21,73 \pm 4,08$; *Wais Digit Span* $3,58 \pm 0,90$; test di memoria di prosa $10,27 \pm 2,36$; matrici attentive $39,08 \pm 12,40$; FAB $12,21 \pm 2,31$. Sulla base di questo quadro sono stati quindi programmati interventi di potenziamento delle attività motorie; *training* emotivi di potenziamento della socializzazione; *training* cognitivi per il miglioramento delle capacità attentive, di processione dell'informazione e mnemoniche. Inoltre sono stati realizzati interventi informativi per un invecchiamento di successo aperti anche ai familiari e una campagna di sensibilizzazione e informazione sulla demenza. Al termine dei dodici mesi di attività si vuole procedere alla rivalutazione cognitiva degli stessi utenti.

Conclusioni. Questa esperienza mostra come un servizio di natura principalmente sociale, i CDA, possa assumere una forte connotazione socio-sanitaria sia per la prevenzione dei disturbi cognitivi che per la realizzazione di interventi per il mantenimento delle funzioni neurocognitive, emotive e motorie soprattutto in ottica della prevenzione secondaria.

REGAL 2.0: VALUTAZIONE, RACCOLTA E CONDIVISIONE DEI DATI NEL PAZIENTE CON DEMENZA

Paolacci Lucia, Baroni Marta, Ercolani Sara, Corradi Samanta, Cupido Maria Grazia,
Longo Annalisa, Boccardi Virginia, Mecocci Patrizia
*Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi,
Perugia*

Introduzione. Il progetto ReGAl 2.0 nasce come evoluzione del precedente progetto ReGAl (Rete Geriatrica Alzheimer) della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) per una valutazione sistematica multidimensionale del soggetto che affersce ai Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Lo strumento risulta innovativo per la definizione di una cartella informatizzata su web e di grande utilità per la ricerca scientifica in quanto in grado di raccogliere e condividere dati epidemiologici, laboratoristici, strumentali e clinici fra i Centri partecipanti.

Metodi. La cartella informatizzata ReGAl 2.0 è uno strumento compilabile *online* ed è composta da diverse schede. Una prima parte raccoglie dati epidemiologici/anamnestici (anagrafica, demografica, anamnesi fisiologica, familiare, patologica e farmacologica), un'altra sezione riporta le informazioni relative ad esame obiettivo, esami di laboratorio, strumentali, di *performance* fisica, un ulteriore gruppo di schede registra i test neuropsicologici, una quarta sezione è dedicata al *caregiver* ed infine vi è una scheda conclusiva in cui riportare la diagnosi desunta con riferimenti ai criteri diagnostici più recenti e condivisi. È prevista una fase di arruolamento dei Centri aderenti e l'individuazione di una équipe di riferimento per ogni sede; un secondo momento sarà dedicato al training dei partecipanti per il corretto utilizzo della cartella. I dati raccolti potranno confluire, qualora più partecipanti lo desiderino, in un più ampio dataset dal quale analizzare ed estrapolare risultati significativi secondo quesiti mirati.

Risultati. In ambito clinico la cartella ReGAl 2.0 permette un approccio sistematico multidimensionale al paziente con demenza mediante l'utilizzo di schede create secondo i criteri della letteratura più recente; garantisce inoltre il coinvolgimento di più figure professionali per condividere le specifiche conoscenze ed ottimizzare gli interventi di cura; favorisce infine la creazione di un "profilo informatizzato" del paziente stampabile in una sinossi cartacea. Ai fini della ricerca scientifica permette la creazione di un dataset dal quale condividere ed estrarre dati (integrabili con quelli già presenti ricavati dalla precedente versione ReGAl e già pubblicati in molteplici lavori scientifici) per studi osservazionali trasversali o longitudinali o per una rapida selezione di soggetti candidabili a studi clinici di intervento farmacologico.

Conclusioni. La cartella informatizzata del progetto ReGAl 2.0 è uno strumento poliedrico, di facile accesso ed utilizzo, utile sia all'accurata conoscenza del singolo paziente che alla raccolta di dati demografici e strumentali utilizzabili in ambito di ricerca.

📄 USO DI FARMACI CON PROPRIETÀ ANTICOLINERGICHE E LIMITAZIONE FUNZIONALE IN SOGGETTI ANZIANI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E AD LIEVE: RISULTATI DELLO STUDIO REGAL

Parretti Luca, Cozza Mariagiovanna, Radicchi Roberta, Ercolani Sara, Ruggiero Carmelinda, Boccardi Virginia, Mecocci Patrizia
Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi, Perugia

Introduzione. Numerosi studi hanno dimostrato l'associazione tra l'utilizzo di farmaci con proprietà anticolinergiche e rischio di delirium, cadute e mortalità nella popolazione anziana. Pochi, invece, sono gli studi che hanno valutato l'associazione tra carico anticolinergico e stato funzionale, ed in particolare nell'anziano con deterioramento cognitivo iniziale. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare in un'ampia popolazione di soggetti anziani con integre funzione cognitive (NCI), *Mild Cognitive Impairment* (MCI) o malattia di Alzheimer (AD) lieve, la relazione tra l'uso di tali farmaci e stato funzionale mediante l'analisi delle attività della vita quotidiana con l'utilizzo delle scale ADL ed IADL.

Metodi. Sono stati analizzati i dati dal Progetto ReGAl (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 2.359 soggetti. Ciascun paziente è stato valutato secondo un protocollo standardizzato. L'analisi dei farmaci è stata eseguita assegnando un punteggio di rischio anticolinergico in base alla *Anticholinergic Risk Scale* (ARS) per ciascun farmaco assunto dal soggetto al momento della visita da più di un mese.

Risultati. Dei 2.359 soggetti ambulatoriali (1.492F/867M con età media di 77 anni, di cui 541 con MCI e 1.127 con *mild AD*, 375 (15,9%) soggetti facevano uso di almeno un farmaco con proprietà anticolinergiche. Tali soggetti presentavano maggiore comorbilità, assumevano un maggior numero di farmaci, erano maggiormente disabili e cognitivamente compromessi. L'utilizzo di tali farmaci si associava a limitazione funzionale in tutte le attività di base della vita quotidiana (OR: 1.503, IC95%: 1.175-1.921; $p < 0,0001$) indipendentemente da età, sesso, numero di farmaci, numero di malattie, presenza di disturbi del comportamento e severità di deterioramento cognitivo. Le stesse analisi condotte separatamente nei diversi gruppi ha mostrato che l'utilizzo di tali farmaci si associa a disabilità nelle ADL nei MCI e *mild AD*. L'assunzione di almeno un farmaco con proprietà anticolinergica si associava ad un significativo aumentato rischio di disabilità nelle IADL solo nei soggetti di sesso maschile con MCI, con compromissione significativa nello *shopping* (OR: 3.076, IC95%: 1.298-2.196; $p = 0,011$), utilizzo dei mezzi di trasporto (OR: 1.718, IC95%: 2.747-1.072; $p = 0,024$) e gestione economica (OR: 1.785, IC95%: 2.915-1.082; $p = 0,020$).

Conclusioni. È necessaria una maggior cultura riguardo al potenziale rischio associato all'uso di farmaci con proprietà anticolinergiche, soprattutto nell'anziano con iniziale deterioramento cognitivo. La prescrizione di farmaci con secondario effetto anticolinergico dovrebbe essere limitata ai soli casi in cui non ci siano valide alternative possibili.

P PROGETTO SPERIMENTALE “PERCORSO PER RICOVERI DI STABILIZZAZIONE” PER PAZIENTI CON DEMENZA CON BPSD PROVENIENTI DAL DOMICILIO. DATI PRELIMINARI

Pelucchi Loris, Engaddi Ilaria, Farina Simona, Negri Chinaglia Cinzia
Terza Unità Operativa Complessa Riabilitazione Alzheimer, Nucleo Alzheimer, Istituto di Riabilitazione San Carlo e Centro UVA, ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano

Introduzione. Il Progetto “Percorso per ricoveri stabilizzazione per persone con demenza provenienti dal domicilio in Strutture di Riabilitazione Extra Ospedaliere (SRE) si iscrive in una serie di interventi a sostegno della Persona con demenza e della sua famiglia che ASL Milano ha attivato in collaborazione con 3 Strutture Geriatriche di SRE di Milano ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stelline (IMMeS) e Pio Albergo Trivulzio (PAT) - ASP “Golgi-Redaelli” - Fondazione Don Gnocchi Istituto Palazzolo. La finalità del Progetto è la creazione di un percorso facilitato e in tempi certi (5 giorni lavorativi) per il ricovero di persone affette da demenza di grado moderato/severo (CDR2-3) che presentano *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) in fase di scompenso. Obiettivi del ricovero sono: la stabilizzazione clinica e dei BPSD, la revisione/ottimizzazione della terapia farmacologica, il recupero/miglioramento dell'autonomia motoria e nelle Attività di Vita Quotidiana, il supporto/addestramento *caregiver* oltre a sostenere il MMG nella gestione della malattia. Lo scopo è presentare le caratteristiche dei pazienti ricoverati nel Nucleo Alzheimer Riabilitativo del PAT all'interno del Percorso Sperimentale.

Metodi. È stata condotta un'analisi retrospettiva relativa ai pazienti ricoverati nel periodo ottobre 2013 - luglio 2015 per quanto riguarda la presenza di BPSD all'ingresso e alla dimissione, tipo di demenza gravità, comorbilità associate e terapia farmacologica. La gravità dei BPSD è stata valutata con il questionario *Neuropsychiatric Inventory* (NPI).

Risultati. Nel periodo considerato sono stati ricoverati all'interno del Percorso Stabilizzazione (STAB) 50 pazienti (pari al 32% dei 158 pazienti provenienti dal domicilio) 27 donne (54%) e 23 uomini (46%) con età media $80,74 \pm 5,8$, con degenza media è stata di $49,51 \pm 18,04$ giorni. Alla dimissione (STAB): domicilio 62% (vs 72% degli altri pazienti di provenienza domiciliare); RSA 22% (vs 17%); Exitus 4% (vs 6,33%); ospedale 4% (vs 6%). Disturbi comportamentali (STAB): *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) medio ingresso $32,81 \pm 14,64$ (vs $27,64 \pm 17,02$), medio dimissione $13,68 \pm 7,68$ (vs $27,64 \pm 17,02$). In entrambi i gruppi la riduzione del punteggio NPI ingresso e dimissione era statisticamente significativa.

Conclusione. Il *setting* specializzato nella cura del malato affetto da demenza e le attività ad esso collegate sempre di più rappresentano uno strumento di intervento specifico e sinergico con le strategie terapeutiche attualmente disponibili, finalizzato a garantire un'adeguata qualità di cure ed una risposta appropriata nei momenti di maggiore criticità, quali lo scompenso comportamentale e/o la presenza di BPSD di difficile gestione familiare.

P MUSICALMENTE: SVILUPPO DI UN PARADIGMA PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA MUSICOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA

Pigliautile Martina (a), Federici Stefano (b), Delicati Francesco (c), Cecchetti Roberta (a), Bastiani Patrizia (a), Scamosci Michela (a), Cesarini Simonetta (d), Menculini Giuseppe (e), Passeri Catia (d), Marcacci Maria Grazia (e), Longo Annalisa (a,c), Mecocci Patrizia (a)

(a) *Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi, Perugia*

(b) *Dipartimento di Filosofia, Scienze Umani, Sociali e dell'Educazione, Università degli Studi, Perugia*

(c) *Associazione Malattia di Alzheimer e Telefono Alzheimer Umbria, Perugia*

(d) *Residenza Protetta Fontenuovo, Perugia*

(e) *Residenza Protetta Creusa Brizi Bittoni, Città della Pieve, Perugia*

Il presente studio nasce dall'esigenza di individuare un paradigma di valutazione dell'efficacia della Musicoterapia (MT) sulla salute delle persone affette da demenza. In un'ottica biopsicosociale, la metodologia utilizzata consente di raccogliere indicatori di variazioni del benessere a livello biologico (concentrazione di cortisolo salivare), a livello psicologico e comportamentale (test e scale) e a livello sociale e relazionale (analisi di sessioni video di MT).

Trenta soggetti con età media $83,6 \pm 9,2$ affetti da demenza di grado moderato (MMSE $13,5 \pm 5,5$; CDR $2,3 \pm 0,6$) sono stati reclutati presso due residenze protette e randomizzati in un gruppo sperimentale (20 sessioni MT da 60 minuti a cadenza settimanale) e un gruppo di controllo (attività previste dalla struttura). Trattandosi di una tipologia di soggetti caratterizzata da elevata eterogeneità, fluttuazione della prestazione, elevata comorbilità, il metodo prevede la possibilità di condurre l'analisi su coppie di soggetti caso/controllo omogenee sul piano clinico.

Nel corso delle sessioni 1, 10 e 20, sono stati effettuati i prelievi di saliva pre e post trattamento (MT vs altre attività). Per ogni partecipante sono stati raccolti i principali dati clinici ed è stato calcolato l'indice di riserva cognitiva (*Cognitive Reserve Index*). Tutti i soggetti sono stati monitorati per 10 mesi (4 *follow-up*) rispetto a: terapia farmacologica, comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale*), funzionamento (*Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living*), funzionamento autopercepito (WHO *Disability Assessment Schedule 2.0*), disturbi comportamentali (NPI), agitazione (*Cohen-Mansfield Agitation Inventory*), depressione (*Cornell Scale for Depression in Dementia*), deficit cognitivi (MMSE e/o *Severe Impairment Battery*) e qualità della vita (*Quality of Life Alzheimer Disease*).

Gli strumenti individuati permettono di integrare le risposte del soggetto con il punto di vista di un *caregiver* (operatore della struttura). Dieci sessioni sono state videoregistrate. In linea col metodo di Ridder et al, per ciascun soggetto è stato costruito un grafico della singola sessione, in cui è stato codificato ciò che avviene tra soggetto e terapeuta nei singoli

minuti. A partire da tali grafici, il terapeuta seleziona le sequenze video più significative che sono poi sottoposte ad un'analisi più approfondita (microanalisi) del percorso effettuato. La presente metodologia appare innovativa nel tenere in considerazione una valutazione del benessere multidimensionale, senza trascurare ciò che spesso è tralasciato: la relazione tra il musicoterapeuta e il soggetto.

P CENTRO SPERIMENTALE ALZHEIMER: RESOCONTO DI 10 ANNI DI ATTIVITÀ

Pinna Silvia, Venuti Angelo, Cardarelli Maria, Marianetti Massimo
Istituto San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Centro Sperimentale Alzheimer, Genzano di Roma, Roma

Introduzione. Il concetto di nuclei residenziali estensivi per disturbi cognitivo-comportamentali gravi nasce dall'evidenza di quanto urgente sia per le famiglie avere dei supporti significativi, specialmente inseriti in una rete di servizi territoriali. I dati in letteratura sull'efficacia di queste strutture nella gestione della patologia dementigena sono attualmente parziali, soprattutto nel panorama italiano.

Metodi. Abbiamo effettuato una analisi retrospettiva dell'attività del Centro Sperimentale Alzheimer, struttura residenziale dedicata al trattamento delle patologie dementigene, attivo da aprile 2004 a dicembre 2013 presso l'Istituto San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli di Genzano di Roma (RM). Il centro, con una capienza di 20 posti letto, ha assistito pazienti affetti da varie tipologie di demenza senile e pre-senile di grado lieve, moderato e severo. Gli utenti e i familiari sono stati inseriti in un progetto riabilitativo residenziale della durata di circa 60 gg. caratterizzato principalmente da Terapia Cognitiva (3R Therapy), Pet-therapy, Memo-film, Musicoterapia, Arte-terapia, Ginnastica dolce, giardino Alzheimer, gruppi di sostegno e psicoeducazione per i *caregiver*. Nel corso di questo periodo di tempo sono stati ricoverati 824 pazienti (50% AD, 20% VD, 12% MD%, 7% FTD, 5% LBD/PD, 6% OTHERS; età media: $73 \pm 10,5$; scolarità $7 \pm 4,9$). Abbiamo confrontato i risultati delle scale MMSE, ADL, IADL, NPI, CBI iniziali e finali ed è stata effettuata un'analisi statistica con correlazione r di Pearson e ANOVA - *one way*.

Risultati. Il ricovero ha mostrato effetti positivi significativi sullo *status* cognitivo e comportamentale dei pazienti ($p < 0,01$ per MMSE e NPI) e i *caregivers* hanno significativamente ridotto il loro Burden ($p < 0,01$).

Conclusioni. L'intervento residenziale ha mostrato di avere effetti benefici dal punto di vista cognitivo e comportamentale su pazienti affetti da demenza e relativi *caregivers*.

DAL CDCD DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO AL TERRITORIO: INTEGRAZIONE TRA ENTI

Pinto Patrizia (a), Pasinelli Maria Francesca (b), Biffi Ave Maria (c), Bologna Fabiola (a), Riva Riccardo (a), Spada Maria Simonetta (c), Rottoli Maria Rosa (a)

(a) USC Neurologia, Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

(b) Associazione Alzheimer, Bergamo

(c) USSD Psicologia Clinica, Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Introduzione. La famiglia rappresenta il cardine dell'assistenza ai pazienti con demenza, la maggior parte dei quali rimane a casa per tutta la durata della malattia. Per evitare che la famiglia affronti in solitudine la complessa assistenza sono necessari molteplici sostegni provenienti da varie fonti, quali istituzioni pubbliche e associazioni di volontariato. Durante la visita specialistica in Ospedale emergono le problematiche della famiglia e diventa pertanto necessario pianificare anche il percorso assistenziale del paziente, fornendo al *caregiver* indicazioni individualizzate (Ospedale, Associazione, ASL). A tale scopo si è sviluppata la collaborazione tra il CDCD dell'AO Papa Giovanni XXIII di Bergamo e l'Associazione Alzheimer Bergamo (AAB) che si somma alla consolidata collaborazione intraospedaliera tra il suddetto ambulatorio e l'Unità di Psicologia. Per l'erogazione dei supporti assistenziali al paziente e alla famiglia il ruolo fondamentale è svolto dall'ASL di Bergamo.

Metodi. La collaborazione tra i soggetti sopracitati si esplica nel rispetto dei ruoli istituzionali: Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII (diagnosi, cura e monitoraggio clinico del paziente; percorsi psicologici supportivi individuali rivolti al *caregiver*; invio del *caregiver* all'AAB e/o allo sportello ASL); AAB (incontri informativi e psico-educazionali per la famiglia tenuti da specialisti; orientamento sui servizi socio-sanitari del territorio; consulenze legali); ASL. La Regione Lombardia dal 2013 ha favorito lo sviluppo di servizi e di interventi destinati alle persone fragili e alle loro famiglie, istituendo un apposito fondo regionale (DRG 116/2013) che consente di ottenere interventi economici per assicurare la permanenza del paziente nel contesto familiare e Voucher Sociosanitari per l'accesso alla rete dei servizi. L'ASL tramite una valutazione multidimensionale effettuata con il Comune di residenza predispone un progetto individuale. In particolare gli "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili" (DGR 2942/2014) sono dedicati alle famiglie di anziani affetti da demenza assistiti al domicilio il cui contesto familiare mostra segni di stress o debolezza oppure ad anziani necessitanti di alloggio con protezione sociosanitaria, tramite rispettivamente le misure della Residenza Sanitaria Assistenziale Aperta e della Residenza Leggera.

Risultati. La collaborazione tra enti ha prodotto, secondo quanto rilevato dai familiari, miglioramento nella gestione dell'assistenza del malato e superamento della solitudine presente prima di disporre delle opportunità offerte.

Conclusioni. L'accordo di programma avviato e i rimandi positivi delle famiglie coinvolte indicano che è fondamentale l'integrazione dei supporti forniti dai diversi Enti per migliorare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

WWW.DEMENZEMEDICINAGENERALE.NET: WEBSITE SULLE DEMENZE PER MEDICI MEDICINA GENERALE

Pirani Alessandro (a,b), Benini Lucia (b), Marchi Rita (b), Novelletto Bruno Franco (c), De Gobbi Riccardo (c), Seeher Katrin (d), Brodaty Henry (d)

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi, Distretto Ovest, Ausl, Ferrara*

(b) *Società Italiana Medicina Generale, Ferrara*

(c) *Società Italiana Medicina Generale, Padova*

(d) *Dementia Collaborative Research Centre, University New South Wales, Sydney, Australia*

Introduzione. Le demenze costituiscono la più devastante epidemia non infettiva mondiale: nel 2010 ha colpito circa 35 milioni di persone che saliranno a 65 nel 2030 di cui 2/3 nelle economie emergenti (BRIC). Questa epidemia costituisce difficile sfida per i Medici di Medicina Generale (MMG), prima linea sanitaria a cui si rivolgono pazienti e familiari a partire dalla subdola insorgenza (*Mild Cognitive Impairment*) attraverso l'evoluzione conclamata e la progressione alla fase terminale. Perciò abbiamo sviluppato nei nostri Paesi siti web per fornire ai MMG strumenti per la gestione delle demenze (www.gpcog.com.au, www.dementiaresearch.org.au/general-practice.html, www.demenzemedicinagenerale.net). Presentiamo il sito sviluppato per i MMG Italiani: www.demenzemedicinagenerale.net: l'obiettivo è creare una piattaforma con valenza anche internazionale, adottabile dalle Società di Medicina Generale dei vari paesi ed adattabile ai rispettivi Piani Sanitari Nazionali.

Metodi. Tre i punti cardine delle demenze: 1) diagnosi; 2) trattamento; 3) pianificazione assistenziale, sviluppati in 6 sezioni. 1) Strumenti diagnostici: contiene algoritmo diagnostico *case-finding* basato sul DSM V e test psicometrici specifici per MMG (GPCog, *Geriatric Depression Scale 5 Item*, *Symptom Dementia Screener*) per intercettazione deterioramento cognitivo ed invio alle UVA; gli strumenti sono scaricabili (il GPCog anche in excel); questa sezione è bilingue: italiano-inglese; 2) bibliografia: contiene linee guida, pubblicazioni per prevenzione, diagnosi e gestione demenze; 3) casi clinici: raccoglie casi clinici; i MMG possono inviare caso clinico sia per consulenza che pubblicazione; 4) la stanza del familiare: fornisce manuali e filmati per aiutare i familiari nella gestione del paziente; 5) intrattenimento culturale. L'isola: sezione dedicata all'arte, storia, cinema; *Mens sana*: cultura generale; 6) links, contatti. Il sito, inaugurato il 5/5/2014, è corredato di pubblicazione sulla Rivista della Società Italiana di Medicina Generale (dicembre 2014 - gennaio 2015).

Risultati. È stato considerato come indicatore di gradimento del sito il numero visitatori e link richiesti al 12/9/2015. Visitatori: 1) strumenti diagnostici: 3.015; 2) bibliografia: 779; 3) casi clinici: 954; 4) la stanza del familiare: 1.420; 5) L'isola/*Mens Sana*: 1.283/914. Link: 1) Associazione Italiana Psicogeriatria; 2) AUSL Ferrara e Modena: programma demenze.

Conclusioni. I dati raccolti indicano che il sito è considerato risorsa dai MMG e anche dai geriatri e quindi cerniera di selezione per invio mirato dei pazienti alle UVA. Tramite

smartphones è possibile accedervi dovunque favorendo l'intercettazione diagnostica e la diffusione di strumenti formativi per i familiari. Per questi riscontri il sito può costituire una base per sviluppare una piattaforma internazionale per MMG.

UNA RETE PER L'ALZHEIMER: MODELLO *NETWORK* SOCIO/SANITARIO

Provenzano Giuseppe, La Sala Paola, Principato Pietro, Provenzano Sandra, Rizzo Anita
Unità Operativa Complessa Malattie Psichiatriche, Degenerative ed Involutive, Azienda Sanitaria Provinciale 1, Agrigento

Introduzione. La malattia di Alzheimer, tra le demenze, per dimensione epidemiologica e lunga durata della malattia, rappresenta un'importante sfida per la società, la famiglia e il sistema assistenziale Socio Sanitario. Circa l'80% è curato a casa. Il dato è significativo di quanto il problema "demenza" pesi sulle famiglie e sul sistema sanitario. L'Unità Operativa Complessa di Psicogeriatrica dell'ASP 1 di Agrigento, ha realizzato un progetto di sviluppo di RETE in collaborazione con i Centri Diurni Alzheimer di Sciacca ed Agrigento, i Medici di Medicina Generale ed i 2 Distretti Socio Sanitario *Chronic care model* per fornire la migliore assistenza alla persona affetta da demenza ottimizzando le risorse Sanitarie. Lo studio sperimentale ha previsto il collegamento, dei punti cardine della rete dei servizi sanitari territoriali: l'Unità Valutativa Alzheimer, i servizi semiresidenziali, il medico (MMG), il Distretto Socio Sanitario e la famiglia.

Metodi. Nello studio sono stati coinvolti 20 pazienti con demenza medio-grave con età compresa tra i 56-72 anni in carico all'UVA, che frequentano i Centri Diurni dell'ASP 1 e che presentano nuclei familiari in grado di collaborare. Si è proceduto alla costruzione di un percorso di "presa in carico e cura" in modo integrato ed adeguato. Si è predisposto un Piano Assistenziale Individuale (PAI), elaborato dall'Unità Valutativa Integrata e dall'UVA che svolge la funzione di coordinamento clinico e che diventa il polo centrale per assicurare la continuità dell'assistenza ed il collegamento con i MMG. Attraverso un protocollo condiviso, la RETE assistenziale ha creato un raccordo funzionale alla complessità delle cure a seconda dei vari bisogni dei pazienti.

Risultati. Un "sistema Alzheimer" ben organizzato ha permesso di legare in un *unicum* assistenziale i vari passaggi dalla diagnosi, al monitoraggio della malattia nelle varie fasi di gravità, all'assistenza sanitaria e sociale, al supporto alle famiglie per una presa in carico del malato "consapevole" ed "efficace".

Conclusioni. Questo modello, realizza una risposta assistenziale adeguata, consentendo una migliorare la qualità di vita dell'assistito al proprio domicilio. Evitando o riducendo i ricoveri impropri abbattendo elevati, costi sanitari.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLA DEMENZA TRA OSPEDALE E TERRITORIO: UNA ESPERIENZA

Questa Michele, Tognetti Alessandra, Capobianco Giovanni
Ospedale S. Eugenio, Roma

Introduzione. La gestione di un malato di demenza è lunga e complessa e la presenza di disturbi comportamentali è disorientante per *caregiver* informali che, in assenza di adeguata preparazione, rischiano il ricorso improprio a strutture, quali il Pronto Soccorso. Scopo di questo lavoro è stata l'intercettazione di situazioni di criticità, con intervento psicoeducativo e di supporto psicologico domiciliare per familiari di malati con demenza, ricoverati nella Unità Operativa Complessa di Geriatria per acuti dell'Ospedale S. Eugenio, ad alto rischio di riospedalizzazione (*revolving door*).

Metodi. Sono stati identificati 15 pazienti con diagnosi primaria o secondaria di deterioramento cognitivo misto (53,3%), AD (26,7%) o FTD (20%), di età compresa tra i 70 e i 90 anni, ricoverati tra giugno 2014 e aprile 2015, per disturbi del comportamento (40%), *delirium* (20%) e disturbi internistici (26,7%) Criteri di inclusione sono stati: elevato *burden* del *caregiver*, assenza di supporti sociali, inadeguati comportamenti di gestione del quotidiano. Un colloquio alla dimissione, ha permesso di identificare 8 soggetti (EM: 81,1±5,5; MMSE: 18,8±5,1) rispondenti ai criteri sopra indicati, con somministrazione ai familiari di scale di valutazione strutturate (CBI, NPS, Ces-D o GDS) e di un questionario costruito per identificare alcune criticità. Sono stati successivamente definiti programmi di intervento domiciliari individualizzati, con disponibilità telefonica in caso di emergenza e, per i 6 soggetti non inclusi, un *follow-up* telefonico mensile di monitoraggio.

Risultati. L'arruolamento, dilazionato nel tempo, non ha reso ancora possibile la risomministrazione dei test e il confronto con un gruppo di controllo. Sono stati però considerati i dati qualitativi emersi dal confronto *pre-post* del questionario, ossia: elevata soddisfazione relativa all'intervento (62,5%), elevata percezione di continuità assistenziale (62,5%), maggiore conoscenza e competenza assistenziale (t di Student; $p \leq 0,05$) con strategie più funzionali e ricorso corretto a servizi disponibili (supporto di gruppo: 62,5%, assistenza domiciliare: 25%), evitamento di accessi al Pronto Soccorso per *Behavioral and psychological symptoms of dementia* (25%), introduzione di personale di assistenza (25%).

Conclusioni. Un simile intervento, non rilevato precedentemente nella letteratura, ha spesso colmato il gap temporale tra dimissione e attivazione di servizi territoriali ed ha agito su di una fascia di popolazione poco intercettabile per età, gravità della situazione, riduzione di supporti sociali. Sono stati elementi di riflessione: talora la diagnosi tardiva e, nella totalità dei casi seguiti a domicilio, una marcata discrepanza tra conoscenza della diagnosi e comprensione della stessa, causa di comportamenti disfunzionali e ricadute negative su costi individuali e sociali e sulla qualità di vita.

INCONSUETO PROGETTO DI MUSICOTERAPIA PER PERSONE CON DEMENZA

Ragni Silvia (a), Pacetto Giulia (a), Nagasawa Machico (a), Brutti Edoardo (a), Consolo Rosanna (a), Attaianese Fulvia (a), Boccardo Mauro (a), Giubilei Annalisa (a), Santoro Michaela (a), Fiandra Alessia (a), Vanacore Nicola (b), Bartorelli Luisa (a)

(a) Centro Alzheimer Fondazione Roma Sanità, Roma

(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Diverse evidenze suggeriscono che l'uso della musica per persone con demenza, migliori le funzioni cognitive ed incida positivamente sui disturbi del comportamento. La musicoterapia di gruppo rafforza inoltre motivazione, tono dell'umore, mantenimento dell'identità, in definitiva l'espressione del vissuto emotivo. Nella sperimentazione del nostro Centro diurno Alzheimer, mediante l'utilizzo del violino, ipotizziamo di ottenere maggiori risultati in termini di riattivazione globale attraverso la sollecitazione multimodale propria della musica strumentale. Perché il violino? Strumento della nostra tradizione, parte del patrimonio culturale, è già stato utilizzato con efficacia in un progetto precedente del quale questo costituisce una più strutturata continuazione.

Metodi. A dieci persone con demenza lieve-moderata, divise in due gruppi, viene proposto l'utilizzo del violino in forma recettiva (ascolto dal vivo) ed attiva (utilizzo diretto) in un programma di 12 incontri di 50 minuti ciascuno con cadenza bisettimanale, ed un *follow-up* a 5 settimane, sotto la guida di una psicologa musicoterapeuta e una violinista professionista, in presenza di un osservatore. Scopo principale: valutare capacità di apprendimento cognitivo e motorio, variazioni sul tono dell'umore e sulle relazioni ambientali. Obiettivo secondario: valorizzare capacità inespresse attraverso la stimolazione verbale e non verbale propria della musica. Al base-line (T₀): somministrazione di scheda musicoterapica per la valutazione delle competenze musicali esistenti, NPI, MMSE, NPI, Cornell-Scale, ADL, scala di Tinetti, *Physical Performance Test* e test dei pioli, test delle matrici attentive, di fluenza verbale, di valutazione della prassia motoria. Tali test vengono ripetuti dopo le 12 sedute (T₁) e al *follow-up* (T₂). Inoltre, in ogni seduta, viene eseguita: valutazione qualitativa con la compilazione di due griglie di osservazione: una su aspetti cognitivo-comportamentali (umore, verbalizzazioni ed interazioni, attenzione, memoria a breve e lungo termine) rispetto alle specifiche proposte musicali realizzate nelle sedute e una seconda inerente la modalità di approccio allo strumento e le competenze acquisite nella relazione con lo stesso.

Risultati e conclusioni. L'elaborazione dei risultati dei test è tuttora in corso. Le osservazioni sullo specifico protocollo, evidenziano come un'analisi qualitativa e suddivisa per aree (comportamentale, cognitiva, motoria e del tono dell'umore, con verbalizzazioni e interazioni) focalizzato sulla persona, completi ed arricchisca i dati quantitativi. L'esperienza di suonare in gruppo e con violiniste professioniste, producendo "vera musica", promuove alta motivazione e senso di autoefficacia, innalzando il tono dell'umore, favorendo l'integrazione di funzioni cognitive e di motricità fine. Dall'esperienza emerge inoltre una fluenza verbale di tipo narrativo ed autobiografico particolarmente competente nella scelta delle parole.

MENTE IN MOVIMENTO: PROTOCOLLO SPERIMENTALE DI VALUTAZIONE COGNITIVO- COMPORIMENTALE IN PAZIENTI CON MALATTIA DI ALZHEIMER SOTTOPOSTI AD ATTIVITÀ MOTORIA CONTROLLATA

Rea Giovanni (a), Gallo Ciro (b)

(a) Servizio Unità Valutazione Alzheimer, Distretto Sanitario 60 di Nocera Inferiore, ASL, Salerno

(b) Servizio Fisiokinesiterapia, Distretto Sanitario 60 di Nocera Inferiore, ASL, Salerno

Introduzione. L'attività fisica specifica e mirata può rappresentare un efficace strumento nel trattamento della Malattia di Alzheimer (MA). Negli ultimi venti anni sono stati condotti studi internazionali volti ad indagare la benevola correlazione tra attività fisica ed invecchiamento cognitivo, inoltre negli ultimi dieci anni il muscolo scheletrico è stato identificato come particolare organo endocrino-secretorio durante l'attività motoria, in cui sono prodotte, espresse, e secrete specifiche sostanze denominate Miochine, capaci di agire su organi e tessuti, compresi i neuroni con meccanismi neuroprotettivi e neurotrofici.

Metodi. A giugno 2014 sono stati presi in carico 10 pazienti con MA di grado lieve/medio; nel corso dell'anno ci sono stati dei pazienti che hanno lasciato e dei nuovi inserimenti portando il totale delle persone trattate a 13. Per tutti (età compresa fra 58 e 72 anni, 9 maschi e 3 femmine) è stata effettuata una valutazione neuropsicologica con l'utilizzo di scale di valutazione internazionalmente riconosciute ed una risonanza magnetica volumetrica ipocampale. Ad ognuno è stato somministrato un programma kinesiterapico basato su: 1) esercizi aerobici con controllo in tempo reale della frequenza cardiaca (mantenuta a valori personalizzati indicativi di un livello di attività muscolare ideale per la produzione di miochine "neurotrofiche"); 2) stimolazione della percezione e conoscenza del proprio corpo per una migliore strutturazione dello schema corporeo; 3) stimolazione segmentaria della motilità, elasticità e tono muscolare, esercizi di equilibrio e coordinazione con coinvolgimento costante delle capacità cognitive residue come attenzione, organizzazione spazio-temporale e memoria. Le sedute hanno avuto frequenza bisettimanale.

Risultati. A giugno 2015 la revisione dei dati dei 13 pazienti trattati (mancano le RM ipocampali che saranno inserite in seguito) ha delineato un insieme di tre tipologie di risultati:

- 1° gruppo) usciti precocemente dal progetto per loro volontà o subentrate motivazioni contingenti, totale 3 persone;
- 2° gruppo) stabilizzati nel quadro clinico-cognitivo e comportamentale, totale 7 persone;
- 3° gruppo) peggiorati pur continuando la terapia fisica e farmacologica, totale 3 pazienti.

Conclusioni. Studi internazionali sostengono in modo sempre più evidente che l'attività fisica aerobica specifica e controllata ha un impatto positivo sulla storia naturale della MA. Il nostro lavoro ha evidenziato dati che vanno in questa direzione: la maggior parte dei pazienti non ha presentato segni di peggioramento risultando in una fase di stabilizzazione neuro-cognitiva.

P UTILIZZO DI UN DATABASE INFORMATICO IN UNA UVA DI GERIATRIA

Rossi Paolo Dionigi (a), Mari Daniela (a,b)

(a) *Unità Operativa Complessa Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

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

Introduzione. La UVA di Geriatria della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico fa parte integrante dell'ambulatorio di Geriatria; per consentire una gestione migliore degli aspetti inerenti la sfera cognitiva, dal 2011 è stato implementato un database informatico in excell in cui vengono registrati: i dati anagrafici, le indagini diagnostiche, le scale cognitive, i farmaci e infine la diagnosi, dal deficit cognitivo lieve (MCI) sino alla demenza conclamata nelle sue varie tipologie. Scopo del presente studio è stato quello di utilizzare i dati raccolti nel database al fine di valutare il consumo di risorse e il grado di accuratezza diagnostica nelle varie classi di età.

Metodi. La raccolta dei dati è iniziata in febbraio 2011 e sono stati inclusi i pazienti che presentavano una diagnosi ancora da definire o una patologia in evoluzione (es MCI), sono invece stati esclusi i pazienti con compromissione cognitiva già avanzata. Per l'analisi dei dati il campione è stato suddiviso in 3 classi di età: *young old* (tra 65 e 74 anni), *old* (tra 75 e 84 anni), *old old* (≥ 85 anni). Il grado di approfondimento diagnostico è stato classificato in tre gradi: 1) esami ematici, TC encefalo; 2) grado 1 + test neuropsicologici, RMN o PET; 3) grado 2 + rachicentesi (o se controindicata RMN + PET). L'analisi dei dati è stata effettuata mediante il programma SPSS 20.0, utilizzando il test Chi quadrato.

Risultati. Da febbraio 2011 a settembre 2015 sono stati inseriti nel database 818 pazienti. L'analisi dei dati è stata effettuata su 600 pazienti di cui era già disponibile un'ipotesi diagnostica. L'età media del campione è risultata pari a 79,4 anni (range 63-101, $\pm 5,4$ DS), di cui 396 donne e 204 uomini. Il 14,5% dei soggetti era cognitivamente integro, il 28,2% è risultato affetto da MCI mentre il 57,3% da demenza conclamata. Il grado di approfondimento diagnostico è stato inversamente proporzionale all'età, si è infatti arrivati ad un grado 3 nel 31,2% degli *young old*, nel 15,6% degli *old* e nel 2,7% degli *old old* ($p < 0,01$). Le diagnosi più vaghe (demenza mista e demenza mal definita) sono state attribuite nel 35,9% degli *young old*, nel 53,9% degli *old* e nel 60,0% degli *old old* ($p < 0,05$). Ciò si è confermato anche considerando solo i casi in cui è stato effettuato un approfondimento diagnostico maggiore (grado 2 e 3) dove una diagnosi vaga è stata effettuata nel 30% dei casi negli *young old*, nel 47,7% negli *old*, 43,8% degli *old old*, confermando la prevalenza di una genesi mista del decadimento cognitivo nei grandi anziani.

Conclusioni. L'utilizzo di una data base informatico può essere utile sia per la gestione della pratica clinica quotidiana che per altri scopi, quali l'analisi del consumo di risorse, l'accuratezza diagnostica e di molte altre variabili utili alla cura del paziente.

📄 RUOLO DELL'APATIA E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NELL'EVOLUZIONE DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO IN PAZIENTI AFFETTI DA MCI SECONDARIO A MALATTIA DI ALZHEIMER BETA AMILOIDE POSITIVI

Rozzini Luca, Caratozzolo Salvatore, Cocchi Simona, Pelizzari Silvia, Accardo Vivian, Padovani Alessandro
Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi, Brescia

Introduzione. L'apatia è considerata tra i più frequenti disturbi neuropsichiatrici propri della demenza in particolare i pazienti affetti da Demenza di Alzheimer sembrano avere un più veloce declino funzionale e cognitivo. L'apatia sembrerebbe essere presente in tutte le fasi della demenza contrariamente alla sintomatologia depressiva che parrebbe ridursi con il progredire della malattia neurodegenerativa. L'obiettivo è valutare il ruolo dell'apatia e della sintomatologia depressiva nella progressione della malattia in un gruppo di pazienti affetti da *Mild Cognitive Impairment* (MCI) beta amiloide positivi.

Metodi. Ventisette pazienti affetti da MCI secondario a Malattia di Alzheimer (NIA-AA) sono stati consecutivamente reclutati presso il Centro per le Demenze della Clinica Neurologica degli Spedali Civili di Brescia. Tutti i pazienti sono stati studiati mediante valutazione multidimensionale cognitiva, funzionale e psicocomportamentale. La presenza di deposito di beta amiloide cerebrale è stato confermato per 10 pazienti attraverso prelievo liquorale con misurazione della concentrazione beta amiloide ($A\beta_{42} < 600$ ng/L) mentre per diciassette pazienti attraverso la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) cerebrale con florbertapir (18 F), tracciante radioattivo che consente di individuare i depositi di beta amiloide nel cervello. I 27 pazienti, che sono stati sottoposti alla *baseline* a scale di valutazione per l'apatia (*Apathy evaluation scale* di Marin) e per la sintomatologia depressiva (GDS, Yesavage), sono stati rivalutati ad un anno di distanza.

Risultati. Attraverso un modello di regressione lineare è emerso che l'apatia ($p=0,04$) ma non la sintomatologia depressiva ($p=0,52$), corrette per età e scolarità, si associa indipendentemente al peggioramento cognitivo codificato come variazione del *Mini Mental State Examination* ad un anno dalla *baseline*.

Conclusioni. I dati confermano risultati di precedenti lavori che palesano la netta separazione tra apatia e depressione in pazienti affetti da MCI dovuto a malattia di Alzheimer beta amiloide positivi confermando l'importanza che riveste lo studio oggettivo dell'apatia come predittore indipendente di peggioramento cognitivo.

P ESEMPIO DI BUONE PRATICHE TRA AZIENDA SANITARIA E TERZO SETTORE: PROGETTO SOLLIEVO

Sandri Giulia (a), Boccardi Daniela (a), Menini Sarah (a), Buffone Ebba (a), Bertinato Luigi (b), Lonardi Gianni (c), Bodo Valerio (c)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, Centro Decadimento Cognitivo e Demenze, Ospedale Orlandi, ULSS 22 Veneto, Bussolengo, Verona*

(b) *Direzione Sanitaria, ULSS 22 Veneto, Bussolengo, Verona*

(c) *Servizio Sociale di Base, ULSS 22 Veneto Bussolengo, Verona*

Introduzione. La Regione Veneto con la DGR 1873/2013 ha approvato il Progetto Regionale “SOLLIEVO” a favore delle persone affette da demenza e dei loro familiari, in attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 2561 del 11.12.2012. Mission: dare sollievo alle famiglie che assistono a domicilio persone affette da demenza in fase non avanzata attivando una rete di sostegno da parte del volontariato nella comunità di residenza. L'Azienda ULSS 22 ha strutturato il Progetto Sollievo presso 4 Centri coinvolgendo 7 Associazioni di Volontariato, prevedendo incontri settimanali: gruppi di auto-mutuo aiuto per i famigliari e attività ludico-ricreative per i pazienti.

Metodi. I referenti del progetto hanno partecipato agli incontri del gruppo di lavoro previsti dalla Regione per la stesura di un Vademecum sui Centri Sollievo. Sono state effettuate riunioni organizzative tra il CDCD, il Servizio Sociale di Base, le Amministrazione Comunali e le Associazioni di Volontariato. Sono state individuate le sedi e ne è stata verificata l'adeguatezza, sono stati selezionati i professionisti (psicologi ed educatori) e pianificati gli interventi di sensibilizzazione e informazione dell'iniziativa sul territorio. Sono stati messi a punto ed utilizzati indicatori per valutare e monitorare la qualità e l'efficacia del progetto. Ogni Centro Sollievo è stato gestito, con la supervisione dell'Ulss, da un'Associazione di riferimento. Sono stati effettuati incontri di formazione e supervisione riservati ai professionisti e ai volontari, al fine di coordinare e valutare le attività intraprese. Il CDCD ha provveduto alla selezione e al reclutamento dei pazienti idonei per la frequenza ai Centri Sollievo.

Risultati. È stato proposto di partecipare al Progetto Sollievo a 162 nuclei famigliari, 70 non sono stati inseriti per sopraggiunto aggravamento/morte, o rinuncia dell'utente o in quanto non rispettavano i criteri d'inclusione. Gli utenti che hanno avuto almeno un accesso ai Centri Sollievo sono 144. La percentuale complessiva di partecipazione è risultata dell'80% (donne: 60%; uomini: 40%), dei *caregiver*/familiari del 70% (donne: 90%; uomini: 10%).

Conclusioni. Gli utenti hanno espresso la loro significativa soddisfazione in merito al Progetto Sollievo, esso si è rivelato per i malati un'occasione per affrontare attivamente la malattia e per i familiari uno spazio prezioso di ascolto, condivisione e supporto reciproco. Un ulteriore punto di forza è stata la sensibilizzazione nell'ambito delle demenze sul territorio e la formazione specifica di volontari fino a quel momento inesperti. Infine questo progetto ha rappresentato il consolidamento di buone pratiche tra l'Ulss, il Terzo Settore e le Amministrazioni Comunali.

APPROCCIO ASSISTENZIALE AL MALATO DI ALZHEIMER NEL TERRITORIO

Scala Giovanni (a), Puzio Gianfranco (a), Nedi Gianluca (b), Magro Valerio Massimo (c)

(a) *Geriatra, Distretto 9 ASL RMC, Roma*

(b) *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma*

(c) *Scuola di Specializzazione in Geriatria, Seconda Università, Napoli*

Introduzione. Le problematiche dei pazienti affetti da demenza sono molteplici e talora complesse per l'associarsi di disagi che riguardano non solo la sfera sanitaria ma anche quella psicologica e sociale, con necessità di una valutazione multidimensionale, di un monitoraggio clinico, e di una personalizzazione dell'intervento, che richiede spesso una compartecipazione attiva di una serie di professionisti e attori, anche esterni al mondo sanitario.

Metodi. Il Centro Assistenza Domiciliare (CAD) del 9 Distretto ASL RMC, dedica particolare attenzione alla fragilità e ai disturbi psicogeriatrici. In esso si integrano diverse figure professionali (medici di continuità assistenziale, geriatri, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale, ecc.) e si considera la valutazione multidimensionale come punto di partenza per una corretta lettura dei bisogni del soggetto, ai fini della definizione di appropriati percorsi di cura e di assistenza.

Risultati. Nel 2014 sono stati seguiti dal CAD 1.535 pazienti, di cui 306 affetti da disturbi mentali e del sistema nervoso. L'analisi dei dati indica che i disturbi psicogeriatrici rappresentano una parte importante nell'attività dell'assistenza domiciliare, tanto che in particolare risultano essere stati seguiti 47 malati di Alzheimer, 41 con Degenerazione senile dell'encefalo, 31 con Demenza senile, 11 con Demenza vascolare, 10 con esiti Degenerazioni cerebrali congenite o perinatali, 11 con Psicosi schizofreniche o NAS, 8 con Disturbo Depressivo (maggiore, episodico o ricorrente, bipolare, ecc). Altri soggetti sono affetti da morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali, sla e malattie demielizzanti, emiplegia, emiparesi, polineuropatie, epilessia, tutte patologie nelle quali vi sono rilevanti aspetti psicogeriatrici. Inoltre sono stati effettuati 10 accessi con valutazione di 53 soggetti presso il Centro Diurno Alzheimer Attivamente.

Conclusioni. L'organizzazione del CAD permette di fornire un adeguato livello di cure ai pazienti affetti da demenza con difficoltà nella deambulazione o nell'uscire dal proprio domicilio (diagnosi e valutazione, trattamento farmacologico del disturbo cognitivo, terapia sintomi non cognitivi e patologie concorrenti, terapie non farmacologiche, prevenzione complicanze), senza trascurare le informazioni al paziente e alla famiglia, anche sui possibili supporti socio-assistenziali (servizi territoriali e residenziali). La presenza di un CAD e di un Centro Territoriale per la malattia di Alzheimer e le altre demenze nel 9 Distretto ASL RMC rappresenta un punto di riferimento per la popolazione, potendo contribuire anche alla significativa riduzione del decadimento funzionale-psicologico e della mortalità dei soggetti presi in carico, ad una loro minore istituzionalizzazione, oltre che a minori costi assistenziali nel lungo periodo.

CENTRO DEMENZE TERRITORIALE DEL DISTRETTO 9 ASL RMC

Scala Giovanni (a), Puzio Gianfranco (a), Nedi Gianluca (b), Magro Valerio Massimo (c)

(a) *Geriatra, Distretto 9 ASL RMC, Roma*

(b) *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma*

(c) *Scuola di Specializzazione in Geriatria, Seconda Università, Napoli*

Introduzione. Le demenze comprendono un insieme di patologie che sono fonte di grave disabilità incidendo sull'autonomia e sulla qualità di vita del paziente e dei suoi familiari. Rappresentano un esempio di malattia cronica che necessita di un approccio multidisciplinare e di una forte integrazione sociosanitaria in quanto le diverse fasi di malattia richiedono interventi personalizzati e diversificati, sia sul versante sanitario che sociale.

Metodi. Le UVA istituite nel 2000 dal Ministero della Salute hanno permesso di creare un insieme di strutture dedicate, ma nel tempo si è rilevato un limite nella presa in carico per la distribuzione non sempre uniforme e per le difficoltà di accesso. Si è effettuata quindi una riorganizzazione dei servizi, estendendo l'assistenza anche alle altre forme di demenza e riorganizzando le UVA in Centri Diagnostico Specialistici e Centri Territoriali Esperti per le Demenze. Nella regione Lazio circa 70.000 persone risultano affette da demenza, di cui 28.000 riferibile alla malattia di Alzheimer. Nell'ASL RMC vi sono circa 8.000 pazienti affetti da demenza, di cui 2.386 grave.

Risultati. Il Centro Territoriale Esperto per le Demenze è una struttura sanitaria di territorio, inserita nella rete dei servizi distrettuali, con la finalità di rispondere in modo appropriato ai bisogni sanitari e sociali dei soggetti affetti da tali patologie. I suoi obiettivi sono di fornire ai soggetti affetti da demenza le competenze necessarie a raggiungere una diagnosi corretta e a sviluppare un efficace progetto terapeutico nel contesto di una efficiente ed efficace organizzazione. Fornisce inoltre supporto informativo, formativo e psicologico ai familiari; migliora il percorso assistenziale diagnostico attivando una gestione integrata dei pazienti; verifica l'appropriatezza delle cure e dell'assistenza socio-sanitaria, con ottimizzazione della gestione delle risorse umane, tecnologiche e strutturali al fine del raggiungimento dell'efficienza.

Conclusioni. La realizzazione di Centri Territoriali Esperti per le Demenze rappresenta un intervento appropriato che risponde ai bisogni di una patologia caratterizzata da un elevato carico familiare e sociale. Viene offerto un importante tassello per un cammino integrato e di qualità per la presa in carico del paziente, con creazione di una organizzazione coerente con i nuovi orientamenti programmatici e legislativi, con miglioramento nella continuità dell'assistenza, e con una ottimizzazione dei livelli di qualità delle cure, allo scopo di fornire risposte appropriate sul piano assistenziale dall'ospedale al territorio. Criticità da superare sono il collegamento con la rete dei servizi e con gli ospedali; il coordinamento delle risorse umane già in carico; il reperimento di ulteriori risorse umane; e la realizzazione di procedure di organizzazione interna e con gli altri servizi.

P STRATEGIE APPLICATIVE DEL PDTA DEMENZE NEL DISTRETTO SANITARIO ANCONA ASUR MARCHE AV2

Scarpino Osvaldo (a), Balzani Patrizia (b), Di Emidio Patrizia (b), Civerchia Patrizia (c), Deales Alberto (d), Del Pesce Maria (e)

(a) UVA Distretto di Ancona, ASUR Marche Area Vasta 2, Ancona

(b) Distretto di Ancona ASUR Marche Area Vasta 2, Ancona

(c) Unità di Neurologia INRCA, Ancona

(d) Direzione Sanitaria Azienda, Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, Ancona

(e) Unità di Neurologia, ASUR Marche Area Vasta 2, Senigallia, Ancona

Introduzione. In linea con gli indirizzi del PND e con la Delibera di Giunta Regionale Marche 107/2015 di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 30 ottobre 2014, l'Area Vasta 2 (AV2) dell'ASUR Marche si è dotata di un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) come strumento per realizzare una rete che garantisca risposte tempestive, complessive, e omogenee nei distretti sanitari dell'AV2, secondo le evidenze scientifiche. Un elemento di complessità aggiuntiva per il Distretto di Ancona è rappresentato dalla presenza di tre CDCD che derivano dalla trasformazione delle attuali UVA, di cui una dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria degli Ospedali Riuniti (AOU OORR) di Ancona, l'altra dell'INRCA di Ancona. Obiettivo della comunicazione è la presentazione del PDTA dell'AV2 e le strategie di implementazione seguite nel Distretto di Ancona.

Metodi. Nel maggio 2014 è stato costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale composto da 34 partecipanti dei quattro distretti dell'AV2. Nella costruzione del PDTA si è seguita la metodologia seguente: 1) ricostruzione dell'attuale percorso; 2) selezione, analisi e condivisione delle evidenze; 3) identificazione di fasi, obiettivi, attività, attori e strumenti; 4) definizione degli indicatori per il monitoraggio del PDTA. Successivamente alla approvazione della Direzione AV2, nel maggio 2015 il Distretto sanitario di Ancona ha avviato la implementazione iniziando un percorso di intese con i principali responsabili dei diversi interventi (AOU OORR, INRCA, medici di medicina generale, comune capofila).

Risultati. Il PDTA del Distretto di Ancona si sviluppa in 7 fasi principali a loro volta articolate in sottofasi. Per ciascuna sono stati definiti gli obiettivi da raggiungere suddivisi in 5 domini: obiettivi clinico-assistenziali, obiettivi per il servizio, obiettivi di lavoro in team, obiettivi di processo, obiettivi di efficienza. Le fasi clinico-diagnostiche vedono il coinvolgimento prioritario delle tre UVA/CDCD, che ciascuna per la sua specificità (clinico-assistenziale quella del Distretto sanitario; clinica e di ricerca per AOU OORR; clinica, di ricerca e anche assistenziale per INRCA) si raccorderanno per realizzare funzionalmente un sistema unico. Nel PDTA sono previsti indicatori di tempestività, appropriatezza ed economicità da utilizzare per il monitoraggio dell'applicazione. Uno specifico software sviluppato in ambito ASUR assicurerà la raccolta dati e la loro condivisione.

Conclusioni. Un sistema efficiente ed integrato di risposta ai bisogni complessi delle persone con demenza e delle loro famiglie può essere standardizzato attraverso la adozione di un PDTA che tenga conto del principio di equità. La tipologia differente di CDCD nello stesso territorio deve trovare una ricomposizione a partire dalla loro diversa vocazione sanitaria, assistenziale e di ricerca.

P GENERAL PRACTITIONER STUDY OF DEMENTIA (GPDSTUDY): UNA ESPERIENZA DI CONDIVISIONE

Simonetti Marco (a), Colao Rosanna (a), Di Lorenzo Raffaele (a), Puccio Gianfranco (a), D'Ingianna Antonio Pio (b), Smirne Nicoletta (a), Laganà Valentina (a), Bruni Amalia Cecilia (a)

(a) Centro Regionale Neurogenetica, ASP Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro

(b) Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza

Il Centro Regionale di Neurogenetica (CRN), individuato dall'Assessorato Regionale quale struttura di coordinamento per la realizzazione del Piano Nazionale Demenze nella Regione Calabria, ha collaborato a numerosi progetti di ricerca, sperimentazioni cliniche ed organizzative/riorganizzative sotto il profilo logistico/informativo nell'ambito delle patologie neurodegenerative e demenze. La creazione di modelli assistenziali *network-oriented* con il supporto dell'ICT, che interconnette ed integra il coinvolgimento multiprofessionale (specialista, MMG, neuropsicologo, assistente sociale, ingegnere clinico, ecc), può essere una strategia appropriata per garantire un'efficiente ed equa risposta ai bisogni assistenziali di pazienti e *caregiver* contenendo, non in ultimo, i costi socio sanitari. Il MMG svolge un ruolo importante in tutto il percorso assistenziale: dal momento del sospetto diagnostico, alle fasi più severe della malattia. La fase del sospetto diagnostico è ancora la fase più delicata. È stato implementato un percorso formativo sulle demenze proponendo un questionario, già utilizzato nel PDTA di Brescia, atto a supportare l'attività del medico di assistenza primaria nel sospetto diagnostico. La piattaforma informatica, <http://www.univacalabria.it>, ha permesso, attraverso l'implementazione di un'apposita area protetta, l'inserimento dei dati clinici necessari e la digitalizzazione della somministrazione dei questionari ai pazienti. Nel GPD study (*General Practitioner study of Dementia*), 33 MMG sono stati formati sulle demenze, sui fattori di rischio (età, genere, fattori di rischio cardio - cerebro-vascolari, sindrome metabolica) nonché sulla modalità di somministrazione del questionario (punteggio da 0 a 13; 0=nessun deterioramento cognitivo; 1=controllo a 3 mesi dal MMG; 2=paziente da inviare alle UVA). Sono stati inclusi nello studio 1.015 pazienti (età media: 73,8±6,8) selezionati dai MMG tra la popolazione degli assistiti ultra sessantacinquenni e con almeno un fattore di rischio. Di questi, 528 (51,6%), presentavano uno score maggiore di 1 e 289 (28,5%) erano pazienti con score ≥5 (quindi gravemente compromessi). Fattori di rischio quali: "pregressi disturbi psichiatrici" (p=0,000), "ipertrigliceridemia" (p=0,021), "malattie cerebrovascolari" (p=0,000), "abuso di alcool" (p=0,030) ed "anestesi generali" (p=0,004), sono risultati correlare con gli score più elevati. È stata, inoltre, evidenziata un'associazione positiva fra score ed età (p=0,000) e fra score e numerosità dei fattori di rischio (p=0,000). Non è stata, invece, evidenziata correlazione tra età e numerosità dei fattori di rischio. Strumenti semplici, quali il questionario utilizzato associato ad e-Health possono concorrere ad una migliore l'identificazione dei soggetti con deterioramento cognitivo da parte dei MMG. L'esperienza infatti mette in evidenza la grande numerosità di pazienti in precedenza misconosciuti e rende ragione della necessità di intervenire sui fattori di rischio. I MMG hanno imparato facilmente ad usare correttamente lo strumento proposto che necessita, tuttavia, di validazione per meglio facilitarne la diffusione.

RETE REGIONALE PER LE DEMENZE IN CALABRIA

Simonetti Marco (a), Di Lorenzo Raffaele (a), Puccio Gianfranco (a), Colao Rosanna (a), Maletta Raffaele (a), Rocca Maurizio (b), Gareri Pietro (a), Curcio Sabrina (a), De Vito Ornella (a), Plastino Massimiliano (c), Nociti Vincenzo (d), Nucera Antonio (e), Battaglia Giuseppe (f), Ruotolo Giovanni (g), Sacco Natalina (c), Bosco Domenico (c), Bruno Bossio Roberto (h), Stancati Furio (i), Buccomino Domenico (h), Caputo Anna (c), Nasso Carolina (e), Privitera Anna (d), Consoli Domenico (f), Franco Giovanni (f), Frontera Giovanni (g), Insardà Pasqualina (e), Russo Gaetano (g), Mazzei Bruno (j), Manciola Camillo (h), Romano Francesca (f), Barese Emilia (i), Vinci Angela (d), Megna Franco (c), Campolo Fortunato (e), Marchese Gaetano (h), Cenisio Francesca (h), Cimino Rosetta (c), Mangiola Lorenzina (e), Pelaggi Maria Isabella (d), Rotella Matilde (g), Segreto Silvana (i), Teti Maria (f), Brancati Giacomino (k), Bruni Amalia Cecilia (a)

(a) *Centro Regionale di Neurogenetica, Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro-Lamezia Terme, Catanzaro*

(b) *Distretto di Catanzaro Lido, Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro*

(c) *Azienda Sanitaria Provinciale, Crotone*

(d) *Azienda Ospedaliera, Reggio Calabria*

(e) *Azienda Sanitaria Provinciale, Reggio Calabria*

(f) *Azienda Sanitaria Provinciale, Vibo Valentia*

(g) *Azienda Ospedaliera, Catanzaro*

(h) *Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza*

(i) *Azienda Ospedaliera, Cosenza*

(j) *Istituto Nazionale di Riposo e Cura Anziani, Cosenza*

(k) *Dipartimento Salute Regione Calabria, Catanzaro*

Si stima che oggi nel mondo, quasi 47 milioni di persone siano affette da demenza con un costo globale di circa 818 miliardi di dollari. Tale impatto, che impone la sua pressione anche sul SSN italiano, ha bisogno di strategie integrate di servizi che supportino paziente e famiglie nella gestione delle quotidiane criticità. Risale al 30 ottobre 2014 l'approvazione, in Italia, del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" con il quale il Ministero della Salute vuole promuovere interventi appropriati nella gestione integrata delle demenze. Il Centro Regionale di Neurogenetica (CRN), nell'ottica della costruzione della rete regionale calabrese, ha aderito, in qualità di coordinatore, alla sperimentazione di percorsi assistenziali integrati, promossi dal Ministero della Salute, nell'ambito dei progetti "Obiettivi di Piano Sanitario 2010, 2011 e 2012" (ODP), tutt'ora in corso. Obiettivi della rete regionale delle demenze sono: la riorganizzazione/trasformazione delle "Unità di Valutazione Alzheimer" (UVA) in "Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenza" (CDCD) (come da indicazione del piano nazionale per le demenze), il collegamento in rete attraverso il portale www.univacalabria.it (che integra l'attività assistenziale degli specialisti coinvolti a vario titolo) e la formazione continua. Numerose riunioni ed incontri con il gruppo di lavoro multidisciplinare regionale hanno permesso l'adozione di strumenti clinici e diagnostici

comuni da includere nella cartella clinica informatizzata condivisa, oggi implementati sul sistema informatico web integrato. La proposta elaborata ha come fondamento la rappresentazione di una moderna concezione di assistenza, collegata alla ricerca e fortemente decentrata sul territorio, mirata al coinvolgimento della comunità, nella consapevolezza che questo possa qualificare gli interventi, e ottimizzare le risorse a disposizione. Contiene, inoltre, una visione dinamica dei modelli assistenziali che, grazie ai benefici dell'informatica, possono essere tempestivamente rimodulati ed adeguati alle necessità emergenti. Risulta in continua evoluzione un ulteriore sistema informatico home-made orientato alla ricerca ed interno al CRN che centralizza, per l'alta specializzazione presente nel centro, *tools* (quali, ad esempio, PACS e relativi *tool* di analisi delle bio-immagini, misurazioni volumetriche, ecc.) con un indiscutibile valore aggiunto ed importante impatto/ricaduta sul supporto alle decisioni dell'intero personale clinico coinvolto a vario titolo. Il modello proposto rappresenta garanzia per un'assistenza personalizzata grazie alla sperimentazione di modelli *e-healthcare oriented*, sempre più vicini al contesto abitativo e che, nel contempo, supporta gli specialisti garantendo un'efficacia operativa all'insegna dell'*e-governance* e di un miglioramento continuo.

QUALE POSSIBILE RUOLO DELL'UMORISMO NEI PAZIENTI CON DEMENZE: EVIDENZE SU TRE CASI

Sodani Elena, Fatica Luana, Carbone Gabriele
Italian Hospital Group, Guidonia, Roma

Introduzione. La letteratura evidenzia i meccanismi dell'umorismo come meno conosciuti rispetto al linguaggio, di cui è però una componente. Le batterie del linguaggio solitamente sono rivolte a valutare le capacità di comprensione, produzione, ripetizione, lettura, scrittura. Manca una valutazione più pragmatica di come riconoscere i meccanismi dell'umorismo.

Metodi. Abbiamo analizzato tre pazienti con deterioramento cognitivo di grado moderato-lieve, in un caso di AD, un demenza associata a malattia di Parkinson (*Parkinson's Disease Dementia - PDD*), una demenza vascolare (*Vascular Dementia - VaD*), valutati con batteria neuropsicologica completa delle funzioni cognitive e con sub-test dell'umorismo della Batteria sul Linguaggio dell'emisfero Destro Santa Lucia.

Risultati. I pazienti valutati con la Batteria sul Linguaggio dell'emisfero Destro Santa Lucia risultano deficitari nella comprensione dell'umorismo.

Conclusioni. Abbiamo descritto questi casi perchè *l'humor therapy* rientra nei trattamenti non farmacologici della demenza e questo ci consentirà in futuro di valutare meglio i risultati di quei progetti che prevedono anche questo tipo di approccio riabilitativo.

RUOLO DEL COLORE NELLA PROTESI AMBIENTALE: STUDIO SULLA PERCEZIONE DEI CONTRASTI CROMATICI IN SOGGETTI CON DEMENZA

Tessari Annalisa (a), Altafini Greta (b), Michielin Paolo (b), Formilan Marino (a), Busonera Flavio (a), Albanese Paolo (a), Russo Gaetano Alessandro (b), Cester Alberto (a)
(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Dipartimento Medico, UOC di Geriatria, ULSS 13 di Mirano, Presidio Ospedaliero di Dolo, Venezia*
(b) *Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi, Padova*

Introduzione. Ruolo fondamentale nella progettazione degli ambienti residenziali e semi-residenziali destinati a pazienti con demenza è la scelta dei “corretti” contrasti cromatici, decisione che assai spesso ignora le difficoltà percettive che contraddistinguono la patologia dementigena, quali il deficit nella percezione del colore e la riduzione della sensibilità al contrasto. L’appropriato utilizzo degli accostamenti cromatici assume quindi una valenza protesica fornendo rassicurazione, stimolazione e prolungamento del mantenimento delle autonomie residue e diminuzione delle difficoltà derivanti dai deficit cognitivi, comportamentali e funzionali caratteristici delle demenze. Lo studio è stato organizzato sulla base di due obiettivi principali: 1) verificare che la percezione dei contrasti dei colori peggiori con la progressione del deterioramento cognitivo; 2) individuare quali siano gli specifici accostamenti cromatici che ostacolano il riconoscimento di semplici *gestalt* (cerchio, freccia, quadrato, stella e triangolo) nei pazienti con demenza.

Metodi. Hanno preso parte alla ricerca 204 partecipanti: 51 controlli (pazienti cognitivamente integri) e 132 pazienti con deterioramento cognitivo suddivisi in lievi, moderati e gravi sulla base del punteggio corretto ottenuto al *Mini Mental State Examination* privi di gravi patologie oculari tali da inficiarne la visione. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad un test ideato *ad hoc* per la valutazione della percezione del contrasto del colore, composto da un totale di 210 stimoli cromatici (suddivisi in 3 set da 70, ogni paziente veniva sottoposto a 70 stimoli).

Risultati. Dall’analisi dei dati emergono differenze statisticamente significative tra le prestazioni fornite dai diversi gruppi di partecipanti. Emerge che la progressione della patologia è direttamente correlata al numero di errori commessi dai pazienti nel riconoscimento dei contrasti cromatici. Inoltre è possibile confermare l’esistenza di deficit nella percezione di specifici accostamenti cromatici nei pazienti con demenza, quali: “viola-blu”, “blu-viola”, “verde-giallo”, “blu-giallo”, “bianco-giallo”, “rosso-blu”, “blu-rosso” e “viola-arancione”.

Conclusioni. I risultati di questo studio sembrerebbero ipotizzare l’esistenza di deficit di percezione di specifici contrasti cromatici nei pazienti con demenza allo stadio moderato-grave. Grazie dunque a semplici manipolazioni ambientali sarebbe possibile incidere positivamente sul potenziamento dell’autonomia residua e sulle capacità di orientamento dei pazienti con deterioramento cognitivo allo stadio avanzato che vivono all’interno di strutture residenziali, semi-residenziali, ospedaliere o a domicilio.

P REALIZZAZIONE DEL CENTRI PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE DELL'ASL2 SAVONESE E RUOLO DELL'INFORMATIZZAZIONE

Tonini Stefano (a), Bonissoni Sara (a), Lillini Roberto (b), Vercelli Marina (c), Sacchi Ermanno (d), Servetto Giuseppe (e), Caorsi Giovanna (f), Modenesi Maurizio (f), Tassinari Tiziana (a)

(a) *Centro UVA, Ospedale S. Corona, PO Pietra Ligure e Albenga, ASL2 Savonese, Pietra Ligure, Savona*

(b) *Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi Milano Bicocca, Milano*

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

(d) *ICT ASL2 Savonese, Savona*

(e) *Centro UVA, Psichiatria, Ospedale S. Paolo, PO Levante, ASL2 Savonese, Savona*

(f) *Centro UVA, Geriatria, ASL2 Savonese, Savona*

Introduzione. I CDCD hanno lo scopo di favorire l'integrazione tra tutti gli specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da Demenza. Presso il Centro UVA della SC Neurologia dell'Ospedale S. Corona è stata fatta elaborare una scheda informatizzata attraverso il Sistema Onesys che recentemente è stata condivisa anche dagli altri Centri UVA della ASL2 Savonese. Scopo: condividere i dati dei pazienti nell'ottica di una gestione globale del paziente e del *caregiver*.

Metodi. Per lo studio sono stati presi in considerazione 1.110 pazienti dell'Ospedale S. Corona. Di essi sono stati rilevati data di nascita, sesso, data delle prime sei visite, punteggio grezzo e normalizzato ottenuti nelle prime sei visite, farmaci somministrati e data di inizio somministrazione. La significatività statistica della differenza di numerosità nei due sessi è stata testata tramite test del chi-quadrato (significatività statistica $p < 0,05$). Le differenze di punteggio MMSE fra i sessi sono state valutate tramite analisi della varianza e test F (significatività statistica $p < 0,05$). Per verificare l'efficacia dei farmaci e la dannosità potenziale dei neurolettici sul punteggio MMSE è in corso di utilizzo un modello a misure ripetute, che cerca di tenere conto dell'assunzione progressiva di nuovi farmaci al progredire delle visite.

Risultati. I pazienti considerati risultano essere marcatamente più donne che uomini (693 vs 417, ossia 62,4% vs 37,6%) con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$). Le donne proseguono le visite per un periodo mediamente appena più lungo (12 mesi vs 11 mesi), ma tale differenza non sembra essere significativa ($p = 0,300$). Il punteggio MMSE grezzo medio alla prima visita è leggermente più alto negli uomini ($M = 20,33$ vs $F = 19,30$; totale = 19,69) e tale differenza risulta essere statisticamente significativa ($p = 0,05$). Se però si considera il punteggio normalizzato medio, tale differenza si annulla ($M = 19,91$ vs $F = 19,28$; totale = 19,50; $p = 0,320$). Sono attualmente in corso, e verranno presentate nel corso del convegno, le analisi relative all'efficacia dei farmaci e all'eventuale ruolo della terapia neurolettica sul profilo cognitivo.

Conclusioni. L'informatizzazione e il collegamento in rete è fondamentale sia per gestire in maniera globale ed adeguata i "casi clinici" che per valutare l'evoluzione degli stessi e le diverse strategie utilizzate.

ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE PER IL PAZIENTE CON DEMENZA: ESPERIENZA DELL'ASP DI TRAPANI

Urso Giulia, Cilia Sabina, D'Aguanno Vita Alba, Gulotta Lina, Tripi Gabriele
Unità Operativa di Psicogeriatrica, ASP 9, Trapani

Introduzione. I Centri Diurni per soggetti con Demenza (CDD), rivestono un ruolo fondamentale nella rete dei servizi territoriali. Prendere in carico il paziente e la sua famiglia, soprattutto in fasi di malattia con importanti disturbi del comportamento, significa mantenere le capacità residue di adattamento in ambiti diversi da quello domestico, ritardando l'istituzionalizzazione ed evitando i ricoveri ospedalieri. L'osservazione del paziente nelle attività quotidiane, permette anche di adattare costantemente i trattamenti farmacologici e psicosociali gestendo meglio i *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Oggi è necessario sperimentare soluzioni creative che coniughino esiguità delle risorse e assistenza efficace. L'ASP di Trapani, nonostante le carenze di personale, ha realizzato un servizio semiresidenziale per pazienti moderato-gravi. La terapia occupazionale utilizzata nella nostra esperienza, si è basata sul presupposto che l'inattività conduca a perdita della funzione.

Metodi. È stato possibile perseguire i seguenti obiettivi: recuperare e mantenere le capacità motorie e cognitive, incrementare la dimensione del *self-care*, l'igiene, l'abbigliamento, l'alimentazione, facilitare la mobilità, ridefinire aspetti della vita sociale e consolidare l'autostima. La scelta di ogni intervento è stata modulata costantemente in funzione dei bisogni, delle caratteristiche individuali del paziente e delle variazioni del quadro clinico dello stesso. Gli operatori coinvolti (medico, psicologo, assistente sociale, coordinatrice infermieristica, 6 infermieri professionali e 4 Operatori Socio Sanitari), hanno svolto l'attività prevista dai Piani Assistenziali Individuali, per 20 pazienti in 6 mesi ed un totale di 454 accessi. Hanno inoltre garantito la residenzialità per 5 pazienti per un totale di 158 accessi. L'attività ha previsto lo svolgimento di attività domestiche (preparazione della tavola, cucina di semplici piatti locali, giardinaggio ed aromaterapia, stimolazione musicale, utilizzo di tavole tattili, riconoscimento di oggetti e situazioni di vita quotidiana, stimolazione della motricità fine attraverso realizzazione di manufatti artigianali e delle abilità grosso-motorie, della coordinazione e dell'orientamento spaziale in palestra. Si sono svolti incontri tra équipe e familiari per incrementare lo scambio di informazioni ed il confronto su alcune tematiche relative a garantire il prosieguo della stimolazione cognitiva anche presso il domicilio dei pazienti. I pazienti si sono alternati in due gruppi con frequenza a giorni alterni e sono valutati al *baseline* ed a 6 mesi.

Risultati e conclusioni. Il *Neuropsychiatric Inventory*, il *Caregiver Burden Inventory* somministrati al *baseline* e a 6 mesi ed i dati rilevati nei colloqui con i familiari dimostrano un miglioramento dei disturbi comportamentali dei pazienti ed una riduzione dello stress dei *caregivers*.

📍 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN TRATTAMENTO NELLA DEMENZA

Vanacore Nicola

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In un contesto nazionale ed internazionale di grande attenzione verso l'impatto per la sanità pubblica delle demenza si evidenzia come il tema dell'appropriatezza delle cure riveste un ruolo cruciale per poter identificare trattamenti efficaci nella gestione di un paziente affetto da demenza o a rischio di svilupparla. Alla fine del 2016 saranno disponibili i primi dati provenienti dagli RCT sull'uso degli anticorpi monoclonali nel trattamento della demenza. Nel frattempo la *European Medicines Agency* (EMA) sta preparando una modifica delle *Guidelines* del 24 luglio del 2008 per valutare l'efficacia di un trattamento farmacologico nella demenza di Alzheimer e nelle altre forme di demenza. Nel mese di novembre del 2014 l'EMA ha organizzato un meeting a Londra durante il quale si è discusso con i rappresentanti dell'industria, dell'accademia, delle istituzioni regolatorie e dei pazienti di questi rilevanti temi. Dal punto di vista metodologico si individuano alcuni elementi di riflessione che verranno trattati nella presentazione:

- la scelta dell'*end-point* principale in un *clinical trial* dovrà essere ancora clinico o si potranno utilizzare *end-point* surrogati come i biomarcatori in soggetti con deficit cognitivo isolato o con demenza?
- I biomarcatori sono validati per l'uso clinico? E come potranno essere utilizzati nella pratica clinica i risultati provenienti dalla ricerca clinica in corso?
- Quali criteri clinici per la diagnosi di demenza dovranno essere presi in considerazione?
- Verrà perseguito l'approccio di documentare un risultato clinicamente efficace o solo quello di statisticamente significativo?
- Quale sarà la validità esterna dei *trial* in corso?

Appare evidente che il cambiamento di paradigma in atto nel passaggio da farmaci sintomatici a prodotti con una possibile azione *disease-modifying* implica una maggiore discussione sul rigore metodologico della ricerca clinica in corso al fine di poter perseguire nella prospettiva di sanità pubblica, caratterizzata ormai da risorse limitate, i maggiori benefici per i pazienti, i familiari e i sistemi socio-sanitari.

DALLE DEMENZE AI DISTURBI NEUROCOGNITIVI: RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA SECONDO IL DSM V

Villella Angela, De Sensi Giovanna, Garo Michele, Malara Alba
Coordinamento Scientifico, Associazione Nazionale Strutture Terza Età Calabria, Lamezia Terme, Catanzaro

Introduzione. Nell'ultima edizione del *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders V (DSM V)* il termine Demenza viene sostituito con il termine Disturbo Neurocognitivo *Major* e *Minor*. Questa nuova definizione si concentra più sulla prestazione che sulla disabilità. Vengono classificati tre categorie di disturbi neurocognitivi (NCD): il *Delirium*, i *NCD Major* e *Minor*. L'obiettivo di questo studio è stato quello di procedere alla rivalutazione diagnostica dei pazienti affetti da demenza alla luce dei nuovi criteri del DSM V e verificare l'associazione con il grado di disabilità valutato con i comuni test di valutazione multidimensionale geriatrica.

Metodi. Sono stati selezionati 37 soggetti di età media $83,18 \pm 10,373$ (donne 64,86%; uomini 34,14%), ospitati nella RSA "San Domenico" e nella "Casa Protetta Madonna del Rosario" a Lamezia Terme, che presentavano all'ingresso diagnosi di demenza. Tutti i pazienti sono stati rivalutati secondo i nuovi criteri diagnostici del DSM V, distinguendo i pazienti con NCD maggiore da quelli NCD minore. Tutti i pazienti sono stati valutati con il *Mini Mental State Examination (MMSE)*, il *Clinical Dementia Rating Scale (CDR)*, con la *Cornell Scale For Depression in Dementia (CNDD)*, con *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, con *Activities of Daily Living (ADL)*. Sono state indagate le seguenti aree cognitive previste dai criteri del DSM V: attenzione complessa, abilità esecutive, apprendimento e memoria, linguaggio, abilità percettive e cognizione sociale

Risultati. Applicando i criteri del DSM V il 16,21% risulta corrispondere ai criteri per il Declino Cognitivo Minore e il 83,78% per i criteri del Declino Cognitivo Maggiore. La valutazione multidimensionale ha permesso di evidenziare una diversa *performance* funzionale e psico-comportamentale tra i due gruppi: lo stato funzionale valutato con ADL risulta più compromesso nei pazienti con NCD maggiore (ADL 0-1/6: 90,3%) rispetto a quelli con NCD minor (ADL 0-1: 50%). I disturbi del comportamento valutati con NPI risultano più frequenti nei NCD maggiore (NPI moderato grave 22,27% circa) rispetto a quelli con NCD *Minor*. Anche la classificazione con la CDR sembra corrispondere alla gravità dei NCD.

Conclusioni. La classificazione dei disturbi neurocognitivi secondo i criteri del DSMV consente di identificare in modo più netto i domini funzionali e di inquadrare il paziente dal punto di vista della prestazione. Sebbene la linea di demarcazione tra i disturbi maggiori e i minori rimanga arbitraria e i disturbi si pongano su un *continuum*, l'opportunità di separare questi due cluster di disturbi risiede nelle diverse implicazioni che essi hanno sul funzionamento individuale, sulla prognosi e sulla terapia.

STIMOLAZIONE COGNITIVA COMPUTERIZZATA: UNO STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO SU MCI

Zaccarelli Chiara, Boschi Federica, Mambelli Laura, Benati Giuseppe
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Unità Operativa di Geriatria, Ospedale Morgagni Pierantoni, Forlì

Introduzione. Il progressivo invecchiamento della popolazione è correlato ad un incremento dell'incidenza di patologie legate all'età, incluso il decadimento cognitivo e il conseguente maggiore rischio di sviluppare demenza. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è definito come una condizione in cui è oggettivamente identificabile la presenza di un disturbo cognitivo circoscritto in assenza dei criteri per diagnosi di demenza, ed è considerata una fase di transizione tra invecchiamento fisiologico e sviluppo di demenza di Alzheimer (AD) in più del 50% dei casi entro 2 anni. Il presente lavoro ha esaminato l'efficacia di un programma combinato di training cognitivo specifico (pb-CT) e terapia della reminiscenza (RT), su un ampio campione di soggetti anziani con MCI, demenza di Alzheimer di grado lieve (mAD), e anziani cognitivamente sani (HE).

Metodi. Lo studio multicentrico, randomizzato, controllato ha coinvolto 348 partecipanti, selezionati fra soggetti anziani con mAD, MCI, e HE provenienti da quattro paesi europei. I soggetti partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a due bracci di un disegno crossover con controlli incrociati: i soggetti nel braccio A sono stati sottoposti a tre mesi di trattamento consistente in un training cognitivo computerizzato specifico (pb-CT) per le funzioni di memoria e funzioni esecutive combinato con Terapia della Reminiscenza (RT), seguiti da tre mesi di riposo; quelli nel braccio B ha subito il contrario. Il risultato primario dello studio consiste nell'effetto del trattamento sulla *performance* di memoria e funzioni esecutive. Il risultato secondario è rappresentato dall'effetto del trattamento sulle abilità funzionali nei soggetti con mAD valutate attraverso la scala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*).

Risultati. Abbiamo rilevato un effetto significativo del trattamento sulle abilità di memoria in tutti e tre i gruppi in particolare al richiamo del *Rey Auditory Verbal Learning Test* e per le funzioni esecutive nei soggetti cognitivamente sani (HE) al Test di fluenza fonologica. I soggetti MCI e HE hanno mantenuto l'effetto al *follow-up*. Soggetti MCI e mAD hanno mostrato un effetto significativo del trattamento al *Mini Mental State Examination*. Soggetti mAD hanno mostrato effetti più stabili sulle IADL durante il trattamento rispetto al periodo di riposo.

Conclusioni. I risultati emersi dal presente studio confermano l'effetto positivo di un training cognitivo specifico (pb-CT) e il suo mantenimento principalmente sulle abilità di memoria nei partecipanti sani (HE) e MCI, che non sembrano essere potenziati mediante la combinazione con Terapia della Reminiscenza (RT). Inoltre, i risultati sembrano molto promettenti per i partecipanti con mAD.

PAZIENTE ANZIANO E IDONEITÀ DI GUIDA: PROPOSTA DI UN PERCORSO INTEGRATO DI VALUTAZIONE

Zaccarelli Chiara, Mambelli Laura, Boschi Federica, Bissi Glora, Benati Giuseppe
*Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Unità Operativa di Geriatria, Servizio di
Medicina Legale, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì*

Introduzione. Gli ultra 75enni con patente di guida nel 2008 sono risultati in Italia 1.334.427. Nello stesso anno gli incidenti stradali erano 218.963, i conducenti morti 3.303, di cui il 18,3% anziani. Nel 2014 gli ultra 80enni valutati dalla Commissione per l'idoneità alla guida del territorio di Forlì sono risultati 516; di questi 10 sono risultati non idonei e 150 mostravano una patologia neurologica o i suoi esiti. È pur vero che la guida rappresenta un indice di autonomia funzionale, e come tale, va conservata ove possibile ma una guida sicura richiede una adeguata integrazione di attività motorie, visive, uditive e cognitive, che mal si adattano a frequenti patologie croniche e assunzione di polifarmacoterapie in grado di interferire fortemente con le abilità cognitive. Un giudizio appropriato sull'idoneità di guida può essere fornito solo attraverso una valutazione multidimensionale che esplori forza, mobilità, funzione uditiva, visiva e cognitiva. Il progetto consiste in un percorso standardizzato di valutazione di pazienti anziani con fattori di rischio specifici.

Metodi. Vengono considerati ultra 75enni con almeno uno fra i diversi fattori di rischio: presenza di 2/più patologie con rischio per l'autonomia funzionale, presenza di 1/più patologie neurologiche degenerative, assunzione di 4/più farmaci, di cui almeno 1 agente sul sistema nervoso. Il paziente viene sottoposto ad una valutazione multidimensionale: visita geriatrica completa, valutazione neuropsicologica attraverso la somministrazione di test cognitivi specifici. Al termine del percorso viene compilato un referto con giudizio di idoneità/non idoneità alla guida. La verifica dei risultati del percorso viene effettuata confrontando, tramite analisi statistica, il gruppo di soggetti valutati con metodologia multidimensionale geriatrica a un gruppo di soggetti valutati per l'idoneità alla guida in modo tradizionale.

Risultati. Dai dati relativi al campione, con età media di 81 anni, in prevalenza uomini, sottoposto a valutazione multidimensionale, emerge che il 31,25 % ha ottenuto un giudizio favorevole di idoneità alla guida. Tali soggetti mostrano un indice di sinistrosità inferiore al gruppo di soggetti giudicati idonei alla guida e valutati in modo tradizionale.

Conclusioni. Emerge una correlazione tra valore del MMS-E, valore del *Clock Drawing Test* e idoneità alla guida. La valutazione neuropsicologica e geriatrica multidimensionale influiscono in modo significativo sul giudizio di idoneità alla guida, riducendo l'indice di sinistrosità. Non emerge invece alcuna correlazione tra età e idoneità alla guida.

INDICE DEGLI AUTORI

Accardo Vivian	83	Blundo Carlo.....	15
Acito Rosalia	64	Boccardi Daniela	16; 84
Albanese Paolo.....	93	Boccardi Virginia.....	28; 69; 70
Aleotti Federica.....	17	Boccardo Mauro.....	80
Allegri Nicola.....	3	Bodo Valerio.....	16; 84
Altadini Greta	93	Boiardi Roberta.....	17
Amati Dario.....	11	Boldrini Paolo	46
Amidei Stefano.....	29; 30	Bologna Fabiola	75
Ancona Domenica.....	4	Bonanni Maurizio	27
Antenucci Sara	68	Bonansega Alessandro.....	18; 20; 51
Antifora Rosa Maria Paola.....	4	Bonati Piero Angelo.....	36
Antila Kari.....	7	Bonfranceschi Franco	26
Aricò Maria	47	Bonissoni Sara.....	94
Astolfo Paola.....	47	Borgia Lucia	52
Attaianesse Fulvia.....	80	Boschi Federica.....	99; 100
Attisani Giuseppe	24	Bosco Domenico.....	90
Avataneo Maria Margherita	5	Brancati Giacomino	90
Baglieri Annalisa.....	57	Brodsky Henry.....	76
Bagoj Eriola	6	Bruni Amalia Cecilia.....	38; 53; 89; 90
Balzani Patrizia	87	Bruno Bossio Roberto	90
Baratti Mario	29; 30	Bruno Giuseppe	22; 23; 58
Barbieri Sara	10	Bruno Patrizia	21
Barese Emilia	90	Brutti Edoardo.....	80
Baroni Marta	7; 69	Bruun Marie.....	7
Barra Davide	8	Buccomino Domenico.....	90
Bartorelli Luisa.....	80	Buffone Ebba.....	16; 84
Bastiani Patrizia	72	Busonera Flavio	93
Battaglia Giuseppe	90	Caffarra Paolo	36
Battistella Giuseppe	46	Campo Emanuela.....	65
Bellini Marco Antonio	54; 55	Campolo Fortunato	90
Benati Giuseppe	99; 100	Campolungo Michela.....	27
Benini Lucia	76	Canevelli Marco.....	22; 23; 58
Bergamelli Cristina	46; 47	Caorsi Giovanna.....	94
Bergamini Lucia.....	10; 12	Capasso Andrea	21
Bernasconi Maria Paola	61	Capobianco Giovanni.....	79
Bertinato Luigi	84	Cappellero Barbara.....	18
Bertone Paola	11	Caputo Anna	90
Bevilacqua Petra.....	10; 12	Caratozzolo Salvatore	83
Bianco Maria Teresa	54; 55	Carbone Gabriele	92
Biffi Ave Maria.....	75	Cardarelli Maria	74
Bisogno Alfredo.....	13	Carlini Antonio	46
Bissi Glora.....	100	Carnevale Gabriele	67

Castagna Alberto	24	De Fina Mariarosanna.....	35
Catarci Teresa	25	De Francesco Adele Emanuela	35
Cecchetti Roberta.....	72	De Gobbi Riccardo	76
Cemmi Laura.....	25	De Gregorio Alessandro	64
Cenisio Francesca.....	90	De Sensi Giovanna.....	98
Centioni Viola	15	De Vito Ornella.....	53; 90
Cerenzia Annarita.....	28	De Vreese Luc Pieter	10; 62
Cesari Matteo	23	Deales Alberto	87
Cesarini Simonetta.....	72	Debernardi Bernardino.....	11
Cester Alberto	93	Del Pesce Maria	87
Chiatti Carlos	26	Delicati Francesco	72
Chiavazzo Angela.....	67	Della Rocca Gennaro	64
Cilia Sabina	96	Dell'Isola Carmine.....	38
Cimino Rosetta.....	90	Devasykutty Vailikudam Shiji	27
Cirigliano Mara	51	Devetak Massimiliano	29; 30
Civerchia Patrizia	87	Di Emidio Patrizia.....	87
Clementi Carlo	27	Di Fiandra Teresa.....	37; 39; 41
Cocchi Simona	83	Di Giorgi Enrico	46; 47
Coccione Antonella.....	68	Di Lorenzo Raffaele	38; 53; 89; 90
Colao Rosanna	53; 89; 90	Di Pucchio Alessandra.....	39; 41
Comi Giancarlo	60; 61	Di Spigno Crescenzo.....	42
Conestabile della Staffa Manuela.....	28	Dieci Francesca	36
Consoli Domenico.....	90	D'Ingianna Antonio Pio.....	89
Consolo Rosanna.....	80	Dipasquale Salvatore	57
Copelli Sandra.....	36	Dodi Anna	43
Corradi Samanta.....	69	Dotti Maria Teresa	54; 55
Costa Manuela.....	29; 30	Ebner Franziska	59
Cotroneo Antonino Maria	24	Engaddi Ilaria.....	71
Cova Ilaria.....	31	Ercolani Sara.....	28; 69; 70
Cozza Mariagiovanna.....	70	Esposito Stefania.....	35
Criscione Cristina.....	57	Ettore Evaristo	8
Criscuolo Vittoria	18; 20	Fabbo Andrea.....	10; 12; 29; 62
Croci Luca.....	32	Falautano Monica	61
Cucumo Valentina.....	31	Falzoi Chiara.....	36
Cupidi Chiara	53	Fanisio Lorella	27
Cupido Maria Grazia.....	69	Fantò Fausto.....	18
Curcio Sabrina.....	53; 90	Farina Simona	71
Cutolo Serena	67	Farri Marina	18
Cuzzoni Giovanni	33	Fatica Luana.....	92
Cuzzoni Maria Giovanna	3	Federici Stefano.....	72
D'Aguanno Vita Alba	96	Felicioni Daniela	66
D'Anna Stefano	5	Femiano Maria	21
Darvo Gianluca	34	Ferrari Patrizia	17
D'Asta Gabriele.....	65	Ferrari Pellegrini Francesca	36
Dattilo Teresa.....	53	Ferretti Sandra.....	68
De Angelis Roberta	8	Ferrigno Luigina.....	41

Fiandra Alessia.....	80	Laudisio Carolina.....	54; 55
Filippini Graziella	44; 50	Leotta Daniela.....	18
Finelli Chiara	17	Letteri Federica	23; 58
Formilan Marino	93	Lillini Roberto	94
Franco Giovanni.....	90	Lo Jacono Sandra.....	27
Francone Caterina	45	Lo Monaco Tiziana Salvatrice	57
Frangipane Francesca.....	53	Logroscino Giancarlo.....	56
Franzin Alberto	60	Lonardi Gianni	84
Frasca Viola	65	Longo Annalisa.....	69; 72
Frederiksen Kristian Steen	7	Lopiano Leonardo	18
Frontera Giovanni	90	Lötjönen Jyrki	7
Gallo Ciro.....	81	Lubian Francesca	59
Gallo Federica	18; 20	Lucchini Flaminia	23; 58
Gallo Giovanni	47	Ludovico Livia.....	43
Gallucci Maurizio.....	46; 47	Maccarone Roberta	29
Garbella Paola	48; 49	Maggiore Laura.....	31
Gareri Pietro.....	24; 90	Magnani Giuseppe	60; 61
Garò Michele.....	98	Magro Valerio Massimo	85; 86
Garzetta Glenda.....	10	Malara Alba	98
Gasparini Marina.....	23; 58	Malavasi Sana	10
Gentile Salvatore	13	Maletta Raffaele.....	90
Ghiretti Roberta.....	31	Mambelli Laura.....	99; 100
Giampellegrini Angela.....	17	Mameli Vittoria	33
Giordano Bernardo.....	13	Mancioli Camillo	90
Giubilei Annalisa	80	Mangiola Lorenzina	90
Grande Giulia	22; 31; 50	Manni Barbara	62
Griso Luciano.....	51	Marcacci Maria Grazia	72
Grossi Dario	64	March Albert.....	59
Gruppo di ricerca <i>Up-Tech</i>	26	Marchese Gaetano.....	90
Guerra Enzo	11	Marchi Rita	76
Guidara Sandra.....	27	Marchini Chiara	25
Guillaro Bruno	67	Mardegan Sara	51
Gulotta Lina	96	Marfella Agostino	64
Hasselbalch Steen Gregor	7	Marfella Raffaella	64
Herukka Sanna Kaisa	7	Mari Daniela	82
Iannizzi Pamela	52	Marianetti Massimo	74
Iavarone Alessandro.....	67	Mariani Claudio	22; 31; 50
Iemolo Francesco	65	Marinoni Vito	11
Insardà Pasqualina.....	90	Marzolini Fabrizio	39; 41
Jacopetti Francesca	17	Masera Filippo	26
La Sala Paola.....	78	Mattila Jussi	7
Lacorte Eleonora	22; 39; 41	Mazzei Bruno.....	90
Laganà Valentina	53; 89	Mazzeo Salvatore.....	60; 61
Lanzoni Alessandro.....	10	Mazzetto Manuela	47
Laringe Matteo.....	67	Mazzocchio Riccardo.....	54
Lattanzio Fabrizia.....	26	Mazzoleni Francesco	63

Mazzuco Stefano.....	46	Passeri Catia.....	72
Mecocci Patrizia.....	7; 28; 69; 70; 72	Passerini Gabriella.....	60; 61
Megna Franco.....	90	Pelaggi Maria Isabella.....	90
Menculini Giuseppe.....	72	Pelizzari Silvia.....	83
Menini Sarah.....	16; 84	Pellecchia Claudia.....	27
Menon Vanda.....	29	Pelliccioni Pio.....	36
Messa Giovanni.....	36	Pelucchi Loris.....	71
Michielin Paolo.....	93	Penna Debora.....	6
Milan Graziella.....	64	Penna Luana.....	39
Minardi Valentina.....	65	Pennatini Miriam.....	68
Mirabelli Maria.....	53	Penzo Jacopo.....	28
Modenesi Maurizio.....	94	Perino Annalisa.....	11
Monini Patrizia.....	25	Piccinocchi Gaetano.....	67
Montanari Enrico.....	43	Pigliautile Martina.....	72
Montanaro Elisa.....	18	Pilotto Alberto.....	46
Morini Goretta.....	66	Pinna Silvia.....	74
Mormile Maria Teresa.....	42	Pinto Patrizia.....	61
Mundi Ciro.....	6	Pinto Patrizia.....	60
Musella Caterina.....	67	Pinto Patrizia.....	75
Muzio Matteo.....	18	Pirani Alessandro.....	76
Nagasawa Machico.....	80	Pisano Dolindo.....	64
Napolano Stanislao.....	21	Plastino Massimiliano.....	90
Napolitano Sabrina.....	64	Polcari Concetta.....	27
Nasso Carolina.....	90	Pomati Simone.....	31; 50
Naturale Maria Diana.....	35	Porcari Elisa.....	27
Nedi Gianluca.....	85; 86	Postiglione Alfredo.....	64
Negri Chinaglia Cinzia.....	71	Principato Pietro.....	78
Nociti Vincenzo.....	90	Privitera Anna.....	90
Novelletto Bruno Franco.....	76	Provenzano Giuseppe.....	78
Nuccetelli Francesco.....	68	Provenzano Sandra.....	78
Nucera Antonio.....	90	Puccio Gianfranco.....	53; 89; 90
Oblatore Lucia.....	32	Puccio Vincenzo.....	53
Oddo Maria Grazia.....	47	Pupo Simone.....	23
Olivetti Paolo.....	26	Puzio Gianfranco.....	85; 86
Onorato Valentina.....	18	Quaciari Marco.....	27
Ortone Elena.....	11	Quarata Federica.....	23; 58
Pacetto Giulia.....	80	Questa Michele.....	79
Padovani Alessandro.....	83	Radicchi Roberta.....	70
Pagliara Salvatrice.....	36	Ragazzoni Annalena.....	29
Panatuparambil Jenny.....	27	Ragni Silvia.....	80
Paolacci Lucia.....	28; 69	Ramonda Evelin.....	18; 20
Paravani Carlo.....	27	Rasario Alessandra.....	11
Parisi Francesca.....	27	Razza Grazia.....	65
Parretti Luca.....	70	Rea Giovanni.....	81
Paschetto Paola.....	51	Remes Anne.....	7
Pasinelli Maria Francesca.....	75	Reniè Roberta.....	23; 58

Rensi Clara	16	Sensi Francesca	68
Rhodus-Meester Hanneke	7	Servetto Giuseppe	94
Riccardi Riccardo	20	Simonetti Marco	89; 90
Riccò Daniela	17	Smirne Nicoletta	89
Ricevuti Giovanni	33	Sodani Elena	92
Ricucci Michaela	51	Soininen Hilikka	7
Rimland Joseph	26	Spada Maria Simonetta	75
Riva Riccardo	75	Spadaro Daniela	65
Rivadossi Gian Andrea	48; 49	Spadoni Laura	66
Rizzo Anita	78	Spaggiari Sabrina	36
Robusto Carlo	6	Spagnolo Pierpaolo	46; 47
Rocca Maurizio	90	Stancati Furio	90
Rocca Paola	18	Stucchi Carlo Maria	29; 30
Rollo Antonella	57	Talarico Giuseppina	23; 58
Romano Francesca	90	Taratynova Elena	33
Rossi Federica	3	Tassinari Tiziana	94
Rossi Graziella	51	Tessari Annalisa	93
Rossi Paolo Dionigi	82	Teti Maria	90
Rotella Matilde	90	Tognetti Alessandra	79
Rottoli Maria Rosa	75	Tonelli Tiziana	26
Rozzini Luca	83	Tonini Stefano	94
Ruberto Carmen	24	Toscano Armando	64
Ruggeri Massimiliano	15	Tosto Giuseppe	23
Ruggiero Carmelinda	28; 70	Tramacere Irene	50
Ruocco Ciro	23; 58	Trequattrini Alberto	66
Ruotolo Giovanni	90	Tribastone Giancarlo	57
Russo Alfonso	23	Tripi Gabriele	96
Russo Gaetano	90	Tripodi Francesca Saveria	64
Russo Gaetano Alessandro	93	Trobia Federico	23
Sacchi Ermanno	94	Troili Fernanda	23; 58
Sacco Natalina	90	Turci Marina	10; 12
Salati Emanuela	23	Ugolotti Angela	17
Sandri Giulia	16; 84	Urhemaa Timo	7
Sandrini Giorgio	3	Urso Giulia	96
Santangelo Mario	29; 30	Vaccaro Valentina	57
Santangelo Roberto	60; 61	Vadassery Itterah Jancy	27
Santoro Michaela	80	Vaghi Luca	29; 30
Sartorio Elena	31	Valcavi Rita	17
Scala Giovanni	85; 86	Valzolgher Laura	59
Scalese Mara	18	van der Flier Wisje	7
Scamosci Michela	72	Vanacore Nicola	22; 38; 39; 41; 47; 80; 97
Scarano Maria	12	Vecchi Tomaso	3
Scarpino Osvaldo	87	Venuti Angelo	74
Scopelliti Annalisa	23	Venuti Silvio	18
Seeher Katrin	76	Vercelli Marina	94
Segreto Silvana	90		

Veschi Mara	10; 12	Waldemar Gunhild.....	7
Vignali Emanuele.....	52	Zaccarelli Chiara.....	99; 100
Villella Angela	98	Zambianchi Valentina.....	33
Vinci Angela	90	Zanalda Enrico	18
Virzì Antonio	57	Zito Maria Cristina.....	35
Vitale Emilia	64	Zucchi Patrizia	62

*Stampato da De Vittoria srl
Via degli Aurunci 19, 00185 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2015 (n.4) 1° Suppl.