



ISTISAN CONGRESSI 18 | C4

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

12° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 15-16 novembre 2018

RIASSUNTI

A cura di
I. Bacigalupo, E. Lacorte, M. Canevelli,
P. Ruggeri e N. Vanacore



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

12° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 15-16 novembre 2018

RIASSUNTI

A cura di

Ilaria Bacigalupo (a), Eleonora Lacorte (a), Marco Canevelli (b),
Paola Ruggeri (c) e Nicola Vanacore (a)

(a) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, ISS

(b) Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma

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

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
18/C74

Istituto Superiore di Sanità

12° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 15-16 novembre 2018. Riassunti.

A cura di Ilaria Bacigalupo, Eleonora Lacorte, Marco Canevelli, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore 2018, vii, 104 p. ISTISAN Congressi 18/C4

Le demenze rappresentano una priorità di sanità pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità a maggio 2017 ha presentato il Piano Mondiale delle Demenze. Dal 2014 l'Italia si è dotata del Piano Nazionale Demenze (PND) che ha ridenominato le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) come "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)" ed ha sottolineato la necessità di organizzarli insieme agli altri Servizi sanitari e socio-sanitari, nella logica della gestione integrata e della costruzione di percorsi assistenziali dedicati. Il Convegno si propone di documentare alcune attività di prevenzione, trattamento, assistenza e ricerca condotte a livello nazionale presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale deputate all'assistenza dei pazienti con demenza e dei loro familiari.

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

Istituto Superiore di Sanità

12. Congress. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 15-16, 2018. Abstract book.

Edited by Ilaria Bacigalupo, Eleonora Lacorte, Marco Canevelli, Paola Ruggeri and Nicola Vanacore 2018, vii, 104 p. ISTISAN Congressi 18/C4 (in Italian)

Dementias are a public health priority and the World Health Organization presented, in May 2017, the Global Dementia Plan. Italy has a National Dementia Plan (NPD) since 2014, renamed the Alzheimer Evaluation Units (Unità Valutative Alzheimer) as Centers for Cognitive Disorders and Dementias 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 prevention, clinical and research activities carried out by the structures that, within the Italian National Health System, are dedicated to the management of patients with dementia and their families.

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

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

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

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

Citare questo documento come segue:

Bacigalupo I, Lacorte E, Canevelli M, Ruggeri P, Vanacore N. (Ed.). *12° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 15-16 novembre 2018. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2018 (ISTISAN Congressi 18/C4).

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: *Patrizia Mochi, Katia Colombo e Cristina Gasparrini*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2018

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

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

PROGRAMMA

Giovedì 15 novembre

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 8.50 Saluto di benvenuto
W. Ricciardi
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
- A. Spinelli**
Direttore Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie
e Promozione della Salute
- 9.05 Presentazione del Convegno e dell'attività
dell'Osservatorio Demenze
N. Vanacore

Prima sessione

POLITICHE SOCIO SANITARIE

Moderatore: G. Carbone

- 9.20 *Un update delle politiche internazionali e nazionali*
T. Di Fiandra
- 9.50 *Demenza e Immigrazione*
M. Canevelli
- 10.20 *Disturbi cognitivi nella popolazione immigrata: analisi retrospettiva
(2001-2017) in un centro per i disturbi cognitivi e le demenze a Milano*
S. Pomati
- 10.40 *Accessi in pronto soccorso nelle persone con demenza:
uno studio caso controllo all'interno della coorte remind*
C. Negri Chinaglia
- 11.00 *Studio osservazionale sul ricovero dei pazienti affetti da demenza
nel Policlinico Umberto I di Roma*
M.L. Summa
- 11.20 Coffee break

Seconda sessione

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI

Moderatore: C. Mariani

- 11.40 *Il costrutto della capacità intrinseca*
M. Cesari
- 12.10 *Il rapporto tra cancerogenesi e neurodegenerazione: quali implicazioni per la ricerca in sanità pubblica*
N. Vanacore
- 12.40 *Studio "Invece.AB" nella popolazione 70-75enne di Abbiategrasso: 2009-2014*
T.E. Poloni
- 13.00 *Ripensare la diagnosi di demenza a corpi di Lewy alla luce dei nuovi criteri diagnostici*
L. Bonanni
- 13.20 *Studio dei biomarcatori nelle "demenze atipiche": proposta di un percorso diagnostico*
G. Lombardi
- 13.40 Lunch e discussione poster
Moderatori: E. Lacorte, G. Gervasi
- 14.40 Discussione poster in aula
Moderatrice: I. Bacigalupo

Terza sessione

ASPETTI ETICI

Moderatore: F. Izzicupo

- 15.40 *Aspetti etici delle indagini genetiche*
A. Bruni
- 16.10 *La tutela del paziente con demenza*
P. Spadin
- 16.30 *Respectful Caring for the Agitated Elderly (RECAGE). un progetto finanziato dall'Unione Europea (h2020)*
F. Barocco

- 16.50 *Disturbi motori precoci nella demenza: uno strumento per la diagnosi e l'intervento precoci*
E. Facci
- 17.10 *Dementia community friendly: quando la condivisione dei saperi parte dalla comunità dei professionisti che si dedicano ai pazienti con demenza (studio pilota)*
C. Basso
- 17.30 Chiusura della giornata

Venerdì 16 novembre

Quarta sessione

APPROCCI TERAPEUTICI

Moderatore: N. Vanacore

- 9.00 *Lo studio Interceptor*
P.M. Rossini
- 9.30 *Evidenze sui nuovi farmaci nella demenza*
A. Padovani
- 10.00 *Terapia farmacologica delle demenze osservata nel mondo reale della medicina generale: audit di 155 pazienti in 23 Paesi*
A. Pirani
- 10.20 *Indagine farmacoepidemiologica sul trattamento antidolorifico dei pazienti affetti da demenza in Calabria*
D. Scuteri
- 10.40 *La malattia di Alzheimer, farmacoepidemiologia e farmacoutilizzazione nella ASL di Brindisi*
G. Mingolla
- 11.00 Coffee break
- 11.20 *Progetto di stimolazione cognitiva in pazienti con disturbo neurocognitivo lieve nella ASL TO3*
A. Bonansea
- 11.40 *Invecchiare attivamente*
A. Bove

Quinta sessione

STRATEGIE DI PREVENZIONE

Moderatrice: M. Gasparini

- 12.10 *La dieta mediterranea nella malattia di Alzheimer*
G. Bruno
- 12.40 *Inquinamento atmosferico e incidenza di demenza; una revisione sistematica*
G. Grande
- 13.10 *Impatto economico della prevenzione primaria della malattia di Alzheimer e della demenza vascolare*
F. Mayer
- 13.30 Lunch e discussione poster
Moderatori: G. Gervasi, M. Canevelli
- 14.35 Discussione poster in aula
Moderatrice: P. Piscopo

Sesta sessione

DEMENTIA FRIENDLY COMMUNITIES

Moderatrice: T. Di Fiandra

- 15.40 *Abbiategrasso: la voce delle persone con demenza*
M. Possenti
- 16.10 *Nuove modalità residenziali: il "Villaggio Emanuele"*
L. Bartorelli
- 16.40 Discussione generale
- 17.00 Chiusura del Convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 12° 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.

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

STANDARDIZZAZIONE DEL MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO DELLE DEMENZE: DEFINIZIONE E VALIDAZIONE DI UN ALGORITMO PER L'IDENTIFICAZIONE DEI CASI

Agabiti Nerina (a), Bargagli Anna Maria (a), Scalmana Silvia (b), Cascini Silvia (a), Di Fiandra Teresa (c), Vanacore Nicola (d), Bacigalupo Ilaria (d), Di Palma Annalisa (e), Rinaldi Marina (f), Imperiale Daniele (g), Secreto Piero (h), Gnavi Roberto (h), Francesconi Paolo (i), Biagini Carlo (j)

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

(b) *Regione Lazio, Roma*

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

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

(e) *ASL Napoli 1 Centro, Napoli*

(f) *Regione Campania, Napoli*

(g) *ASL Città di Torino, Torino*

(h) *ASL TO 3, Torino*

(i) *ARS Toscana, Firenze*

(j) *USL Centro Toscana, Firenze*

Introduzione. Dopo l'approvazione del Piano Nazionale Demenza (PND) nell'ottobre del 2014 e delle Linee di indirizzo a supporto dell'implementazione e del monitoraggio del piano a livello regionale, il Ministero della Salute ha finanziato, nell'ambito del programma CCM 2017, un progetto finalizzato allo sviluppo e validazione di un sistema di monitoraggio epidemiologico delle demenze basato sui dati dei Sistemi Informativi Sanitari (SIS). Il progetto include l'ISS, le regioni Piemonte, Toscana, Lazio e Campania, quest'ultima ha la responsabilità del coordinamento delle attività. Nel corso della prima fase del progetto è stato prodotto un protocollo e avviata la fase pilota per uno studio di validazione, con dati clinici, di un algoritmo per l'identificazione dei casi di demenza basato sui dati del SIS. Questo contributo ha l'obiettivo di presentare i metodi e i primi risultati per la definizione e standardizzazione dell'algoritmo per lo studio di validazione.

Metodi. Lo studio prevede il confronto della popolazione identificata dai SIS attraverso un algoritmo basato su esperienze locali e dati della letteratura scientifica e la popolazione affetta e non affetta da demenza reclutata presso centri clinici. In ogni regione sono stati identificati almeno 1 CDCD geriatrico e almeno 1 neurologico per l'arruolamento dei casi di demenza e almeno 1 ambulatorio di geriatria e almeno 1 di neurologia per l'arruolamento dei pazienti non affetti da demenza (controlli). Casi e controlli saranno appaiati per età e genere.

Risultati. Lo studio di validazione copre il periodo di cinque anni (1/1/2012-31/12/2016) e prevede l'arruolamento in totale di 2.000 pazienti (1.800 con demenza e 200 con *Mild Cognitive Impairment*) residenti nelle regioni partecipanti e assistiti dai CDCD individuati per il progetto. È stata preparata una scheda *ad hoc* per la rilevazione dei dati socio-demografici e clinici dei casi reclutati presso i CDCD e di quelli dei controlli reclutati

presso gli ambulatori geriatrici/neurologici. È stato messo a punto l'algoritmo che si basa sui dati del flusso delle Prescrizioni Farmaceutiche (almeno due prescrizioni di farmaci anti-demenza in date diverse) e su quelli del Sistema Informativo Ospedaliero (almeno 1 ricovero con diagnosi principale o secondaria di demenza nel periodo in studio, secondo specifici codici ICD 9 CM). Viene identificato come caso ogni individuo presente in almeno uno dei flussi informativi. È stata avviata la fase pilota dello studio di validazione che prevede l'arruolamento di 10 pazienti e 10 controlli in ogni regione al fine di testare e perfezionare le schede di rilevazione dati.

Conclusioni. Il progetto CCM consentirà di standardizzare e diffondere metodologie utili al monitoraggio epidemiologico della demenza. In particolare, lo studio di validazione permetterà di valutare l'utilizzo dei dati dei SIS per stimare la prevalenza e migliorare la confrontabilità interregionale delle stime prodotte.

ESAME GERONTO-PSICOMOTORIO: VALIDAZIONE DI UNO STRUMENTO DI OSSERVAZIONE DEL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO COGNITIVO E MOTORIO

Amato Stefania (a), Facci Elena (a), Bertagnoli Sara (b), Gobetto Valeria (a), Fontana Giorgia (c), Di Francesco Vincenzo (c), Gambina Giuseppe (a), Moro Valentina (b)
(a) Verona Memory Center, Centro Medico Sanitario, Verona
(b) Università degli Studi, Verona
(c) Geriatria A, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

Introduzione. L'invecchiamento è un processo riguardante le funzioni cognitive e motorie, che sono oggi riconosciute come fortemente integrate nel determinare lo stato di benessere dell'individuo. È oggi noto come l'attività motoria partecipi alla costituzione e mantenimento della Riserva Cognitiva individuale. Tuttavia strumenti specifici per misurare in modo integrato l'invecchiamento cognitivo e motorio sono scarsi. Scopo di questo studio è la validazione italiana dell'*Exam Géronto Psychomoteur* (EGP), una batteria francese che attraverso la somministrazione di alcune brevi prove testistiche, restituisce un profilo individuale di funzionalità cognitiva e motoria.

Metodi. L'EGP è stato somministrato a 241 soggetti (71 M, età=60-96) neurologicamente sani, divisi per fasce di età (60-65: 31; 66-70: 50; 71-75: 49; 76-80: 46; 81-85: 32; 86-90: 25; >90: 8). Le prove motorie riguardano: coordinazione statica, coordinazione dinamica, mobilità articolare, motricità fine. Le funzioni cognitive investigate sono: orientamento, vigilanza/attenzione, comunicazione, funzioni percettive, memoria, prassie e rappresentazione corporea. I punteggi dei diversi gruppi (punteggio totale, totale motorio, totale cognitivo e specifico per ogni funzione) sono stati confrontati attraverso ANOVA e t-test. Inoltre sono state effettuate analisi di correlazione con il punteggio al MMSE e con età e scolarità.

Risultati. Nel punteggio globale e nei vari *subtest* della batteria, le prestazioni peggiorano con l'avanzare dell'età, mentre non è evidente differenza di genere. Le prime differenze significative nelle funzioni cognitive si registrano nel confronto tra i 66-70 e i 76-80 anni ($p=0,054$) mentre le capacità motorie vengono mantenute più a lungo (differenza significativa tra gli 81-85 e i 86-90, $p<0,01$). La coordinazione statica è sensibile all'invecchiamento già dai 65 anni, mentre la motricità fine comincia a ridursi dai 75 circa. Tra le funzioni cognitive, la memoria è la prima ad invecchiare (65-70 vs 76-80, $p<0,01$) insieme all'orientamento e alle funzioni percettive (71-75 vs 81-85, $p<0,01$, $p=0,036$). Prassie e rappresentazione corporea declinano ma senza differenze significative tra i gruppi.

Conclusioni. L'EGP si dimostra un utile strumento per lo *screening* e il monitoraggio dei processi di invecchiamento nella popolazione anziana, capace di mettere in luce i punti di forza e di debolezza del singolo ed evidenziare eventuali abilità che possano beneficiare di interventi specifici di stimolazione. Il Centro Medico Sanitario di Verona è ente finanziatore della ricerca del Verona Memory Center, ma non entra in alcun modo nelle scelte degli argomenti di ricerca né nelle decisioni circa la pubblicazione dei risultati.

IPOTESI DI TRATTAMENTO DI DISFAGIA IN PAZIENTI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO ATTRAVERSO TECNICHE DI APPRENDIMENTO IMPLICITO

Angelucci Giulia, La Cara Alfredo, Mancini Giuseppe
Università degli Studi Tor Vergata, Roma

Introduzione. La disfagia è una condizione clinica nella quale si ha un'alterazione della Funzione Deglutitoria (FD) legata al *deficit* di transito e/o alla penetrazione di parte del bolo nell'albero bronchiale. Può insorgere in una molteplicità di patologie che colpiscono i sistemi che sottostanno alla deglutizione come quello neuronale, motorio e sensoriale. Tra queste si considerano le patologie neurologiche (es. malattia di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, demenze). È dunque possibile inserire la disfagia all'interno di quadri neurologici che danno luogo anche a disturbi cognitivi. Il trattamento logopedico in pazienti disfagici in età adulta si orienta verso l'uso di tecniche rimediative e/o riabilitative che prevedono l'utilizzo di compensi e metodiche per ripristinare completamente o parzialmente la FD. Nei pazienti con deterioramento cognitivo e difficoltà deglutitorie, invece, il trattamento si limita spesso alla modifica delle consistenze alimentari in funzione della gravità della disfagia. Ciò accade perché i pazienti con *deficit* cognitivi non sono ritenuti idonei per apprendere nuove informazioni. Ad ogni modo, una recente analisi della letteratura, ha evidenziato che pazienti con *deficit* cognitivi possono apprendere nuove informazioni come memorie associative (es. facce con il relativo nome) mediante tecniche di apprendimento implicito. Date tali premesse, in questo studio si è voluto indagare se l'utilizzo di tecniche implicite come *spaced retrieval*, *errorless learning*, *vanishing cues* possa consentire l'apprendimento di posture di compenso in pazienti con deterioramento cognitivo e disfagia. È stata inoltre valutata la capacità dei pazienti di mantenere tali abilità a breve e a medio termine oltre che di generalizzare le informazioni acquisite in contesti di vita quotidiana.

Metodi. È stato realizzato un disegno di studio osservazionale longitudinale descrittivo su sei pazienti, con encefalopatia atrofica e atrofica vascolare con deterioramento cognitivo e disfagia orofaringea, proponendo loro valutazioni pretrattamento; trattamenti individuali; sessioni di mantenimento e valutazioni di *follow-up*.

Risultati. Tutti i pazienti selezionati hanno appreso la postura di compenso proposta e hanno mantenuto tale informazione in ogni valutazione di *follow-up*. Ad ogni modo la generalizzazione in contesti quotidiani è avvenuta in specifiche condizioni e con variabilità interindividuale e intra-individuale.

Conclusioni. Tale studio può essere considerato come un lavoro pilota per confermare che pazienti con difficoltà cognitive possono apprendere informazioni attraverso tecniche implicite. Può dunque essere utilizzato come un punto di partenza per la realizzazione di altre ricerche allo scopo di avvalorare i risultati ottenuti per mezzo di un campione numericamente più ampio. Inoltre, nel presente lavoro si propongono strategie per migliorare la generalizzazione delle abilità acquisite.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO NELLE PERSONE CON DEMENZA: UNO STUDIO CASO CONTROLLO ALL'INTERNO DELLA COORTE *REMIN*D

Arenella Domenico (a), Bilotta Claudio (b), Bottini Gabriella (c), Bressi Sergio (b), Farina Elisabetta (d), Negri Chinaglia Cinzia (e), Tagliavini Fabrizio (a), Tiraboschi Pietro (a), Filippini Graziella (a)

(a) *Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*

(b) *Presidio Territoriale Poliambulatori ASST Nord Milano, Milano*

(c) *Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

(d) *IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano*

(e) *Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanese Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano*

Le persone affette da demenza sono ad alto rischio di accedere in Pronto Soccorso (PS). Un intervento integrato può rappresentare una strategia per ridurre tali accessi. È stato effettuato un studio di coorte su 4.249 pazienti che hanno consultato il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) per sintomatologia cognitiva o comportamentale; questi sono stati arruolati in un progetto di cura integrato dell'ASL di Milano, tra il 2013 e 2014. Da questa coorte, durante il *follow-up*, durato fino al 31 dicembre 2016, è stato sviluppato uno studio caso-controllo che include 916 pazienti, cui è stata posta diagnosi di demenza (caso), e 2.355 controlli, non noti per demenza; 978 pazienti, cui era stata posta diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (MCI), sono stati esclusi dallo studio. Il tasso di accessi in PS da parte dei soggetti con demenza è stata di 81 ricoveri/100 persone/anno, a fronte di 47 ricoveri/100 persone/ anno da parte dei soggetti senza diagnosi di demenza ($p < 0,001$). Gli accessi in PS erano associati alla presenza di demenza (*odds ratio* - OR 1,38; intervallo di confidenza - CI 95%, 1,26-1,51). Altre correlazioni significative sono state: presenza di comorbidità, utilizzo di neurolettici, età, bassa scolarità. L'ospedalizzazione per traumi e sovradosaggi farmacologici dopo l'accesso in PS era significativamente maggiore nei soggetti. Le prevalenze di accessi in PS e di ospedalizzazione sono alte e non riducibili attraverso l'implementazione di un approccio di cura integrato. Maggiori studi sono necessari per migliorare la conoscenza e sviluppare strategie di cura domiciliari ed interventi integrati sul territorio per prevenire accessi in PS impropri nei pazienti con demenza.

ASPETTI METODOLOGICI DELL'USO DEI BIOMARCATORI NELLA CONVERSIONE DA MCI A DEMENZA

Bacigalupo Ilaria (a), Gervasi Giuseppe (a,b), Lacorte Eleonora (a), Mayer Flavia (a), Piscopo Paola (c), Vanacore Nicola (a)

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

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

(c) *Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ha recentemente promosso il progetto INTERCEPTOR con l'obiettivo di identificare biomarker o set di biomarker in grado di prevedere la conversione della diagnosi da *deficit* cognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment* - MCI) in malattia di Alzheimer (*Alzheimer's Disease* - AD). Il disegno dello studio prevede l'identificazione di una coorte di soggetti MCI, le cui caratteristiche anagrafiche, cliniche e le determinazioni dei biomarcatori saranno valutate, dopo 3 anni di *follow-up* in relazione alla conversione ad AD". In particolare lo studio prevede la determinazione di 7 biomarcatori (MMSE - *Mini-Mental State Examination*; FCSRT - *Free & Cued Selective Reminding Test*; CSF-*Cerebrospinal fluid* AB42, total tau, p-tau; ¹⁸F-FDG-PET- ¹⁸F-*Fludeoxyglucose Positron Emission Tomography*; ApoE4-apolipoprotein E; EEG-elettroencefalografia, MRI - *Magnetic Resonance Imaging*). I parametri epidemiologici che verranno elaborati, in relazione alla conversione in AD, saranno sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo e accuratezza complessiva. Saranno anche analizzati i rapporti di verosimiglianza positivi e negativi (LR). I risultati saranno confrontati con i valori LR positivi e negativi, che sono considerati il *gold standard* per la pratica clinica corrente (LRpos >10 e LR neg <0,1). Per i due biomarcatori con il più alto valore di sensibilità si procederà con una valutazione in parallelo per migliorare la specificità complessiva rispetto all'uso di ogni singolo biomarcatore. La valutazione in parallelo prevede due tipi di interpretazione "OR" e "AND". Poiché, lo scopo dello studio è quello di sviluppare un modello organizzativo in grado di identificare quei soggetti con MCI con il più alto rischio di conversione alla malattia di Alzheimer (bassa percentuale di falsi negativi) verrà utilizzata la modalità "OR". Inoltre per ciascun paziente incluso nello studio verranno raccolte informazioni anagrafiche e cliniche che verranno utilizzate per eseguire modelli multivariati che consentiranno di identificare il miglior modello predittivo della conversione ad Alzheimer in un soggetto con MCI.

RESPECTFUL CARING FOR THE AGITATED ELDERLY (RECAGE). UN PROGETTO FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA (H2020)

Barocco Federica, Fascendini Sara, Zanni Mara, Sangiovanni Cosetta, Defanti Carlo
Centro Eccellenza Alzheimer, Fondazione Europea Ricerca Biomedica Onlus, Gazzaniga, Bergamo

Le demenze attualmente rappresentano uno dei principali problemi di sanità pubblica. Da alcuni anni l'orientamento della comunità scientifica non si limita alla ricerca di nuovi farmaci *disease-modifying* ma anche all'identificare approcci finalizzati a garantire il benessere dei pazienti e delle loro famiglie; a tale scopo è fondamentale concentrarsi su uno dei principali problemi che possono emergere durante il decorso di queste patologie: i cosiddetti BPSD (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*), per la gestione dei quali non esistono ad oggi strategie univoche da adottare. È questo il tema del progetto RECAGE, finanziato dall'unione europea nell'ambito dei progetti di ricerca Horizon 2020 e condotto da un consorzio di diciotto partner, provenienti da diversi paesi europei (Italia, Francia, Germania, Belgio, Grecia, Olanda) ed extraeuropei (Norvegia e Svizzera) e coordinato dalla Fondazione Europea di Ricerca Biomedica (FERB Onlus). L'obiettivo principale di RECAGE è quello di validare, adattare e promuovere lo sviluppo di un particolare intervento volto a controllare i BPSD: le cosiddette Unità di Assistenza Speciale per le persone con demenza e BPSD (SCU-B: *Special Care Unit - Behavior*). Una SCU-B è: "una struttura medica residenziale situata al di fuori da una Nursing Home, in un ospedale generale o altrove, dove le persone con demenza e BPSD sono temporaneamente ricoverate quando i loro disturbi comportamentali non sono controllabili a domicilio". L'obiettivo principale delle SCU-B è quello di migliorare, con un approccio non solo farmacologico ma costituito in prevalenza da terapie riabilitative e non farmacologiche, il comportamento del paziente e di consentire, quando possibile, il suo ritorno a casa. RECAGE è articolato in 3 fasi. La prima fase è uno studio di coorte prospettico, multicentrico, osservazionale della durata di tre anni, nel quale saranno confrontate due coorti di pazienti con demenza e BPSD; la prima coorte verrà seguita da centri clinici dotati di SCU-B, l'altra verrà seguita da centri che ne sono privi. L'obiettivo primario è quello di dimostrare l'efficacia delle SCU-B in termini di riduzione dei disturbi comportamentali. Obiettivi secondari riguardano l'effetto sulla qualità della vita delle persone affette da demenza e dei loro *caregiver* ed il rapporto costi-benefici delle SCU-B. L'obiettivo terziario si propone di valutare la presenza di un'eventuale effetto sui tempi di istituzionalizzazione. La seconda fase si propone di diffondere ed adattare il modello in base ai risultati dello studio di coorte. La terza fase prevede lo sviluppo di nuove SCU-B nei paesi europei che ne sono privi.

NUOVE MODALITÀ RESIDENZIALI: IL VILLAGGIO EMANUELE

Bartorelli Luisa
Fondazione Roma, Alzheimer Uniti Roma Onlus, Roma

Introduzione. Il primo Villaggio Alzheimer italiano è stato costruito a Roma ed è attivo dai primi di giugno 2018: questo nuovo modello vuole essere un luogo di cure che offra una vita più normale possibile alle persone con demenza; fa parte di quelle strategie psicosociali che creano benessere, stabilità e sicurezza, coinvolgendo anche le loro famiglie. L'idea è di gestire residenze in cui lo spazio sia rilevante, piacevole e stimolante: spazi di "libertà".

Metodi. Ognuna delle 14 case che formano il Villaggio è indipendente e ospita un piccolo gruppo di 6 residenti, ognuno con la propria camera; la loro coabitazione è basata sui precedenti stili di vita: cosmopolita, tradizionale, urbano. I differenti stili di vita influenzano la gestione delle case negli arredi e altri elementi ambientali, ma anche per i pasti, orari, *hobbies* e attività. I requisiti per entrare nel Villaggio sono una diagnosi di demenza effettuata da un CDCD allo stadio lieve o moderato. Il *team* multiprofessionale del Villaggio (geriatra, infermiere, psicologo, terapeuta occupazionale, assistente sociale e operatore socio sanitario - OSS) facilita la transizione, accompagnando le persone in un normale percorso giornaliero di vita. L'assistenza continuativa è assicurata dalla presenza di due OSS di mattina, due di pomeriggio e uno di notte. Tutto il personale effettua prima dell'assunzione un corso di formazione mirato all'acquisizione di tale modello assistenziale. Le famiglie possono frequentare gruppi di sostegno e accedere al Villaggio ogni qualvolta lo desiderano. Al centro del Villaggio vi è la Galleria delle Arti e Mestieri, dove i residenti possono effettuare attività a loro scelta: ascolto di musica con canto e ballo, pittura, lettura, attività motorie e altri tipi di socializzazione, considerati come espressioni di "club" che sono affiancati anche da un bar, un ristorante e persino un parrucchiere, aperti anche all'esterno. Un mini market invece è frequentato solo dai residenti. Il Villaggio si apre al territorio anche con un Centro Diurno che ospita 15-20 persone al giorno, che hanno una loro prima giornata tipo, ma che si integrano spesso con le attività dei residenti.

Risultati e conclusioni. Sono state aperte finora 3 case, oltre al Centro Diurno. Nel mese di ottobre se ne apriranno altre due. È in corso in via sperimentale una analisi quantitativa e qualitativa, che ha dato per i primi tre mesi un aumento delle autonomie nel gruppo del Centro Diurno, ma ancor più nei riguardi dei residenti, mentre la diminuzione dell'uso di psicofarmaci verificata nel gruppo del Centro Diurno non è stata riscontrata tra residenti. Si continua a lavorare e osservare, convinti che il modello funzioni.

DEMENTIA COMMUNITY FRIENDLY: QUANDO LA CONDIVISIONE DEI SAPERI PARTE DALLA COMUNITÀ DEI PROFESSIONISTI CHE SI DEDICANO AI PAZIENTI CON DEMENZA (STUDIO PILOTA)

Basso Cristina (a), Zapparoli Alessandra (b), Ferrari Arianna (c), Urbani Alessandro (d), Goffo Giorgia (e), Noventa Vania (f), Cester Alberto (f), Pozzobon Gianfranco (f)

(a) Azienda Zero, Unità Operativa Complessa Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Regione Veneto, Padova

(b) Comune di Vigonovo, Venezia

(c) Associazione Rindola Impresa Sociale, Vicenza

(d) Cartesio Solutions Srl, Mirano, Venezia

(e) Comune di Santa Maria di Sala, Venezia

(f) Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia

Introduzione. Dai 4 anni di esperienza del progetto In.Te.S.E. (Integrazione Territoriale Servizi Socio-Educativi), è emerso quanto il paziente con demenza si senta poco accolto e accompagnato lungo il percorso nei servizi socio-sanitari.

Metodi. La tecnica dei *focus group* ha consentito di avviare confronti e riflessioni, con modalità interattive e tecniche di *decision making*, sulla gestione del paziente rafforzando il ruolo di presa in carico multiprofessionale centrata sulla persona. Sono stati messi a confronto professionisti direttamente coinvolti nel percorso di malattia: 13 Medici di Medicina Generale, 4 specialisti (neurologi, geriatri) dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) ospedalieri, 2 neuropsicologi (CDCD), 4 geriatri CDCD territoriale, 8 assistenti sociali, 8 infermieri Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e 2 operatori Centrale Operativa Territoriale (COT). All'inizio e alla fine del percorso è stato somministrato ai partecipanti un questionario per rilevare il grado di comunicazione e condivisione delle problematiche legate alla malattia tra gli operatori e il ruolo della rete a supporto dei pazienti. Con la matrice di assegnazione delle responsabilità RACI sono stati definiti e condivisi i ruoli di ogni professionista.

Risultati. Sono stati effettuati 4 *focus group* coincidenti con 4 realtà territoriali coinvolte nel progetto. Dall'analisi di 45 questionari è emerso che l'89% dei professionisti ha la percezione di condividere informazioni con gli altri attori della rete relativamente ai pazienti. L'asse comunicativo più efficace è quello tra assistenti sociali, Medici di Medicina Generale e CDCD territoriale che evidenzia un buon scambio relazionale (79%). L'assistente sociale è la figura che risulta interfacciarsi maggiormente con le altre figure coinvolte. Per quanto riguarda la qualità della collaborazione il 63% dei professionisti la ritiene poco soddisfacente e nel processo di presa in carico il 52% si ritiene poco riconosciuto dagli altri. I professionisti hanno la percezione che il CDCD territoriale e l'assistente sociale siano le figure maggiormente coinvolte nella presa in carico post diagnosi, ed auspicano una presenza più attiva del MMG, del CDCD ospedaliero e dell'ADI.

Conclusioni. Dal confronto della comunità dei professionisti che si dedicano ai pazienti con demenza nel territorio del Distretto 3-Azienda Ulss3 si rilevano alcune criticità nella presa in carico multiprofessionale integrata, differenziata e continuativa. Quantità e qualità delle prestazioni, spesso faticano a creare un dialogo collaborativo e una qualità percepita. I professionisti nel loro contesto specifico vedono esaurire il proprio mandato all'interno della propria professionalità. Tuttavia si rileva la consapevolezza della necessità di superare il ruolo a favore della sinergia delle competenze per una presa in carico globale continuativa ed efficace. Riteniamo che questo sia la base per la creazione di una comunità accogliente strutturata e solida.

FAR FARE E FARE INSIEME. FOTOGRAFIE DEL QUOTIDIANO

Boiardi Roberta (a), Aleotti Federica (a), Pastore Agostino (a), Becchi Maura (b), Gaspari Giuliana (b), Ugolotti Angela (c), Giampellegrini Angela (c), Cervi Gianna (d), Garuti Silvia (c), Valcavi Luca (b), Guidi Pamela (b), Pellati Morena (a)

(a) AUSL, Reggio nell'Emilia

(b) ASP Reggio Emilia Città delle Persone, Reggio nell'Emilia

(c) Cooperativa Sociale Coopselios, Reggio nell'Emilia

(d) Residenza per Anziani La Villa Spa, Reggio nell'Emilia

Introduzione. Il Progetto Demenze della Regione Emilia-Romagna (DGR 2581/99) conteneva indicazioni per la sperimentazione di servizi specifici per soggetti con demenza (centri diurni demenza e nuclei demenza), l'aggiornamento del Progetto regionale del 2016 contiene i requisiti per il loro funzionamento. Dalla fase sperimentale i servizi dedicati alla cura delle persone con demenza e disturbi del comportamento sono diventati rapidamente parte integrante della rete dei servizi, punti specialistici necessari per la gestione dello scompenso psico-comportamentale. Il Progetto Regionale Demenze ha recepito infatti le raccomandazioni di ALCOVE (2013) e il Piano Nazionale Demenze. La Regione Emilia-Romagna "riconosce e valorizza la figura del *caregiver* familiare in quanto componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari" (L.R. 2/14). Il *caregiver* è un attore indispensabile nel percorso di vita e di cura delle persone con demenza, ha bisogno di sostegno, competenze, di coinvolgimento attivo.

Metodi. Nei nostri servizi dedicati alla demenza, 3 Nuclei e 1 Centro Diurno, in provincia di Reggio Emilia abbiamo realizzato una mostra fotografica dal titolo FAR FARE e FARE INSIEME. Nelle foto è rappresentato il quotidiano. I nostri obiettivi: 1) fare acquisire e/o potenziare le competenze nella cura quotidiana della persona con demenza; 2) far conoscere i servizi dedicati alla demenza e le loro modalità operative; 3) valorizzare l'attività e le competenze acquisite dagli operatori.

Risultati. Grazie alla mostra fotografica i professionisti dei Nuclei e del Centro Diurno demenze hanno incontrato 188 *caregiver* formali e informali nei 6 Distretti della provincia. Il contenuto del messaggio sottolineava che le attività, ricreative o compiti domestici, aiutano a strutturare la giornata, favoriscono la relazione e danno la misura di quello che si può fare anche in una fase avanzata di malattia. L'inattività porta alla noia. Se incoraggiamo le persone a svolgere delle attività le aiutiamo a condurre una vita il più normale possibile e preveniamo/riduciamo i disturbi del comportamento migliorando la qualità di vita sia della persona con demenza sia del *caregiver*. Questa è la nostra esperienza quotidiana.

Conclusioni. La mostra fotografica si è rivelata uno strumento efficace di lavoro e di comunicazione di esperienze positive da condividere. In particolare, la visione delle fotografie e il momento informativo/di confronto previsto, hanno permesso di entrare nel merito di situazioni specifiche fra i presenti: il contesto di ascolto attivo, in più di un caso, ha svelato la richiesta di aiuto per situazioni particolarmente critiche e l'imminente attivazione dei servizi in aiuto.

RIPENSARE LA DIAGNOSI DI DEMENZA A CORPI DI LEWY ALLA LUCE DEI NUOVI CRITERI DIAGNOSTICI

Bonanni Laura (a), Padovani Alessandro (b), Cagnin Annachiara (c)

(a) *Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara, Chieti*

(b) *Università degli Studi, Brescia*

(c) *Università degli Studi, Padova*

La demenza a corpi di Lewy (DLB) è la seconda più comune forma di demenza neurodegenerativa dopo la malattia di Alzheimer (AD) (15% di tutte le demenze). Nonostante questo, la DLB è sottodiagnosticata e spesso misdiagnosticata come AD. È importante differenziare le due malattie poiché la prognosi della DLB è più severa, gravata dal possibile sviluppo di effetti avversi da neurolettici e da una progressione più rapida. La DLB presenta elevati costi per il SSN, una scarsa qualità della vita e elevate tassi di istituzionalizzazione e mortalità. La DLB può presentarsi anche con sintomi comportamentali gravi il cui trattamento è lontano dall'essere ottimizzato. I pazienti con DLB mostrano un'elevata incidenza di delirium, condizione di emergenza nei pazienti ospedalizzati. Oltre agli aspetti citati, una diagnosi errata può condurre alla inappropriata randomizzazione e inclusione di pazienti con DLB in *trial* farmacologici focalizzati sull'AD. L'attenzione della comunità scientifica e sociale internazionale sulla DLB è aumentata e ora la malattia è riconosciuta come entità clinica specifica nel DSM-5. Nuovi criteri diagnostici internazionali sono stati pubblicati nel 2017 e la comunità scientifica europea ha costituito un Consorzio europeo sulla DLB al fine di designare linee guida di *best practice* per la conduzione di studi multicentrici di coorte e longitudinali sulla DLB. Recentemente sono state proposte ai CDCD italiani due *survey* che hanno messo in evidenza che in Italia le stime di prevalenza di DLB variano considerevolmente, probabilmente a causa della variabilità e della complessità dei profili clinici dei pazienti con DLB. Specificamente, una prima *survey* sull'incidenza/prevalenza di DLB proposta a CDCD neurologici, ha mostrato un tasso sorprendentemente elevato di diagnosi di DLB, più elevato di quello riportato negli studi internazionali. Questi risultati non sono stati confermati da una *survey* più recente, in cui i Centri coinvolti erano sia neurologici sia geriatrici. In questo caso la prevalenza e l'incidenza erano più vicine a quelle riportate in letteratura, tuttavia con differenze significative tra neurologi e geriatri. Questi dati evidenziano la necessità di una standardizzazione diagnostica tra i CDCD disseminati nel territorio italiano. Abbiamo pertanto deciso di promuovere una nuova *survey*, in cui abbiamo inviato ai CDCD due strumenti di diagnosi clinica validati e pubblicati standardizzati e alla luce dei nuovi criteri diagnostici per la DLB.

PROGETTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA IN PAZIENTI CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO LIEVE NELLA ASL TO3

Bonansega Alessandro (a), Barisone Maria Giorgia (b), Criscuolo Vittoria (c), Gallo Federica (d), Onorato Valentina (d), Ramonda Evelin (d), Mardegan Sara (e), Cirigliano Mara (f)
(a) *Direzione Struttura Complessa Psicologia, ASL TO3, Collegno, Torino*
(b) *Ambulatorio Neuropsicologia Azienda Sanitaria Locale TO3, Collegno, Torino*
(c) *Area Funzionale Patologie Elevato Carico Emotivo, ASL TO3, Collegno, Torino*
(d) *Area Funzionale Psicogeriatrics, ASL TO3, Collegno, Torino*
(e) *Azienda Sanitaria Locale TO3, Collegno, Torino*
(f) *Centro Diurno Alzheimer RCA Diaconia Valdese, Luserna San Giovanni, Torino*

Introduzione. Il progetto di stimolazione cognitiva ha coinvolto 80 pazienti affetti da demenza di grado medio-lieve, trattati all'interno dell'ambulatorio CDCD (ex UVA) della Struttura Complessa di Neurologia, sede Ospedaliera di Rivoli e presso le Strutture COV Diaconia Valdese della Val Chisone e Val Pellice. Si è sviluppato a partire dalla letteratura inerente la neuroplasticità, i modelli di riabilitazione neurocognitiva, il trattamento dei disturbi dell'umore concomitanti alle patologie neurologiche e l'Alzheimer's caregiving.

Obiettivo. Sperimentazione di un'innovativa modalità di trattamento del deterioramento cognitivo, al fine di migliorare la qualità della vita e lo stato di benessere dei pazienti e delle loro famiglie, in un'ottica di promozione secondaria e terziaria della salute. Gli aspetti innovativi sono la presa in carico di tipo olistico dei pazienti, l'aumento della cosiddetta "riserva cognitiva", la riduzione del peso assistenziale delle famiglie.

Metodi. I pazienti coinvolti nello studio, al fine di valutare gli effettivi esiti della riabilitazione neuropsicologica, sono stati sottoposti ad una prima valutazione neurocognitiva (T_0) dalla quale è stato possibile evincere il profilo cognitivo-comportamentale di ciascun soggetto prima di cominciare il trattamento riabilitativo e ad una seconda valutazione neurocognitiva (T_1) dopo sei mesi. Il protocollo utilizzato nel corso delle due valutazioni effettuate è costituito da una serie di questionari e *rating scale*: *Activities of Daily Living*, *Instrumental Activities of Daily Living*, *Cornell Scale for Depression in Dementia*, SF-12, S.T.A.I Y1 e Y2, *Awareness Questionnaire* e da una batteria di test neuropsicologici: *Montreal Cognitive Assessment*, *Mini-Mental State Examination*, *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised* (ACE-R), *Matrici Attentive*, *Trail-Making Test A e B*, memoria di prosa, *Fluenza Verbale per Categorie Semantiche e Fonemiche*, *Test dell'Orologio*, *Free and Cued Selective Reminding test*.

Strumenti. Stimolazione cognitiva carta e matita e programmi informatici utilizzati in sessioni individuali e/o di gruppo: *Esercizi Per La Mente (EPLM-2)*; *Brainer*, *Professional Brain Trainer*; *Smart Brain Training* (collezione Smart Educational Game); *Brain Trainer Mindscape*; Una palestra per la mente 1 e 2; Il laboratorio della memoria.

Conclusioni. I dati preliminari indicano un significativo recupero delle principali funzioni cognitive riabilite, con effetti duraturi (oltre 6 mesi di stabilizzazione dei sintomi) sia rispetto alla cura di sé, che alle attività strumentali del quotidiano. Si rileva

inoltre, una buona ricaduta sul tono dell'umore, sull'autostima e sulla consapevolezza dei soggetti trattati, con ricadute positive anche sul *caregiver* e di conseguenza sulla riduzione dei costi assistenziali.

RUOLO DELLO PSICOLOGO NEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE: ESPERIENZA DELLA ASL TO3

Bonansea Alessandro (a), Barisone Maria Giorgia (b), Criscuolo Vittoria (c), Gallo Federica (d), Onorato Valentina (d), Ramonda Evelin (d), Cirigliano Mara (e), Mardegan Sara (f)

(a) Direzione Struttura Complessa Psicologia, ASL TO3, Collegno, Torino

(b) Area Funzionale Neuropsicologia, ASL TO3, Collegno, Torino

(c) Clinica Area Funzionale Patologie ECE, ASL TO3, Collegno, Torino

(d) Area Funzionale Psicogeriatrics, ASL TO3, Collegno, Torino

(e) Centro Diurno Alzheimer RCA Diaconia Valdese ASL TO3, Luserna San Giovanni, Torino

(f) ASL TO3, Collegno, Torino

Introduzione. Oltre 500.000 persone in Italia sono colpite da varie forme di demenza e si prevede che il loro numero raddoppierà entro il 2050. Questi numeri ben testimoniano l'importanza di un riferimento organizzativo nell'ambito dei disturbi cognitivi e della demenza, in linea con le indicazioni dettate dal Piano Nazionale Demenze, che prevede la creazione dei CDCD quali sistemi integrati che garantiscano diagnosi e presa in carico tempestiva, continuità assistenziale e corretto approccio alla persona/famiglia nelle fasi di malattia, con particolare attenzione alla multidisciplinarietà, assicurando la disponibilità delle figure professionali indispensabili (MMG, neurologo, geriatra, psichiatra, psicologo, ecc. ...). La recente DGR Piemonte 37-4207 del 14/11/2016 ha sottolineato la necessità del neuropsicologo/psicologo clinico per un tempo sufficiente a garantire che la valutazione neurocognitiva, la presa in carico ed il supporto psicologico di pazienti e *caregiver* avvengano in tempi brevi.

Metodi. Dal 01/06/2018 sono stati attivati nelle due sedi ospedaliere di Rivoli e Pinerolo, i CDCD, che coinvolgono numerose professionalità: neurologi, geriatri, psichiatri, psicologi, infermieri ed assistenti sociali. In seguito ad una prima visita neurogeriatrica i pazienti vengono sottoposti agli accertamenti necessari: esami ematochimici, ECG, EEG, *neuroimaging* e valutazione neuropsicologica. Al termine della fase valutativa si prevede la possibilità (con priorità per i pazienti in età precoce) di cicli di stimolazione cognitiva individuale o di gruppo unitamente all'accoglienza e al sostegno dei famigliari in sinergia con i Servizi Sociali. La valutazione neuropsicologica prevede un primo colloquio anamnestico e una valutazione testistica formale di base (ADL, IADL, MoCA) con successivo approfondimento (ACE-R, MODA, RBMT-3, RBANS). Riveste un ruolo rilevante nella definizione diagnostica e nel processo di presa in carico, permette di distinguere pazienti affetti da demenza rispetto a soggetti con invecchiamento naturale o declino cognitivo a diversa eziologia, fornisce una stadiazione della severità della demenza e garantisce una valutazione longitudinale dello stato cognitivo nel paziente. Nel colloquio di restituzione finale, il paziente e il *caregiver* vengono informati di quanto emerso dalla valutazione e dell'ipotesi diagnostica effettuata.

Conclusioni. L'ASL TO3 ha dedicato nel tempo grande attenzione al Disturbo Neurocognitivo: dal 2008 sono presenti ambulatori di diagnosi precoce sul territorio che hanno condotto alla stesura del PDTA Regionale Demenza, passo fondamentale per la

creazione di prassi operative condivise nella gestione della patologia neurodegenerativa. Ad oggi nella nostra ASL sono stati stabilizzati 5 Ambulatori (a Pinerolo, Rivoli e Grugliasco), che seguono le linee di indirizzo indicate del Piano Nazionale Demenze e che ad oggi contano all'incirca 1.000 pazienti in carico.

GRUPPI DI SOSTEGNO AL CAREGIVER PRESSO L'ASL TO3

Bonansea Alessandro (a), Barisone Maria Giorgia (b), Criscuolo Vittoria (c), Gallo Federica (d), Onorato Valentina (d), Ramonda Evelin (d), Mardegan Sara (e), Cirigliano Mara (f)

(a) *Direzione Struttura Complessa Psicologia, ASL TO3, Collegno, Torino*

(b) *Area Funzionale Neuropsicologia, ASL TO3, Collegno, Torino*

(c) *Area Funzionale Patologie ECE, ASL TO3, Collegno, Torino*

(d) *Area Funzionale Psicogeriatría, ASL TO3, Collegno, Torino*

(e) *ASL TO3, Collegno, Torino*

(f) *Centro Diurno Alzheimer RCA Diaconia Valdese, Luserna San Giovanni, Torino*

Introduzione. I soggetti con deterioramento cognitivo richiedono un'attenzione da parte dei loro famigliari per molte ore al giorno con conseguente affaticamento psico-fisico.

Metodi. Al fine di valutare le esigenze e reali difficoltà affrontate dal *caregiver* dei pazienti degli ambulatori CDCD dell'ASLTO3 si è avviata, da circa un anno, una fase preliminare in cui è stata somministrata la scala per la valutazione del carico assistenziale, sociale ed emotivo nel *caregiver* (CBI). Dai dati preliminari raccolti è apparso importante poter disporre di risorse per attivare un sostegno al *caregiver* da integrare al progetto già attivo di valutazione neuropsicologica precoce. Da alcuni mesi sono pertanto stati attivati, anche grazie ad un ambulatorio dedicato, percorsi di gruppo o individuali come spazio di sostegno, confronto e condivisione. Per quantificare il gradimento ed eventuali effetti positivi del trattamento sono state somministrate le scale CORE-OM ed il *Family Assessment Device* prima dell'inizio della terapia e dopo 3 mesi.

Risultati. Le difficoltà assistenziali ed il carico fisico (unite alla riduzione di tempo che il *caregiver* mantiene per sé) sono, a parità di gravità dei soggetti seguiti, i fattori di stress maggiormente percepiti. Le problematiche emotive (legate a conflitti di ruolo con il paziente e a sentimenti negativi o di ridotta comprensione nei suoi confronti) sono poco influenti per i *caregiver* di pazienti con patologia medio-grave, mentre appaiono rilevanti per chi ha in carico soggetti con disturbi cognitivi e comportamentali di grado iniziale. Ad oggi sono stati coinvolti 23 famigliari di soggetti affetti da demenza trattati, con incontri quindicinali, presso gli ambulatori di psicogeriatría e di neuropsicologia di Grugliasco e Rivoli.

Conclusioni. I dati preliminari mostrano una buona soddisfazione generale ed una riduzione di alcuni fattori di rischio (ansia, depressione e carico emotivo). Le impressioni che i *caregiver* hanno sul funzionamento della famiglia, dopo alcuni mesi di trattamento, sono migliorate, in particolare nelle scale che riguardano *problem solving*, comunicazione, e risposta affettiva. L'approccio di sostegno alle famiglie dei soggetti con Patologie Neurodegenerative (PN) descritto ha pertanto la finalità di supportare le problematiche comportamentali e psichiche dei soggetti con PN fornendo strumenti comportamentali per potervi far fronte unitamente ad un potere protettivo dal logoramento riducendo il livello di isolamento ed impotenza spesso percepiti.

ACCOMPAGNARE I CAMBIAMENTI NELLE RELAZIONI FAMILIARI DI CASI CON PAZIENTI CON DEMENZA: UNA IPOTESI PSICOLOGICO-CLINICA

Brescia Filomena, Sacchi Simona
Gradi di Libertà, Roma

Introduzione. Presenteremo una ipotesi di intervento psicologico-clinica sviluppata nel lavoro con persone anziane con problemi di demenza e loro familiari; la famiglia nel nostro Paese resta centrale nella presa in carico delle conseguenze dei cambiamenti dell'anzianità, anche nei casi di demenza. La domanda di intervento psicologico, nella maggior parte dei casi, è posta dalle famiglie dei malati per essere supportate nell'elaborazione di vissuti di isolamento, impotenza, colpa che spesso organizzano la relazione.

Metodi. La consulenza psicologica può avere come obiettivo quello di occuparsi non solo della diagnosi, ma di analizzare la domanda degli anziani da un lato e degli altri membri della famiglia dall'altro. Questo permette un'articolazione del problema portato e la costruzione di *setting* e azioni di intervento dedicati e inoltre, formulare ipotesi sulle modalità relazionali più adeguate per affrontare l'invecchiamento dei genitori che comporta spesso un vissuto di inversione dei ruoli, che può organizzare azioni di assistenza non sempre accettate.

Risultati. Resoconteremo casi di consulenza psicologica con donne che chiedono supporto quando vedono le proprie madri ammalarsi, dimenticare ricette, nomi dei parenti, degli oggetti, avere allucinazioni, confondere i ruoli familiari. Attraverso la consulenza è stato possibile il passaggio da una posizione relazionale fondata sulla preoccupazione per qualcuno all'occuparsi di capire i propri vissuti in quella relazione. Accedere alla consapevolezza e ad un atteggiamento ironico sulla propria complessità emozionale: difficoltà nel non riconoscere più la propria madre e di accettare i propri sentimenti di rabbia e tenerezza, ha rappresentato un passaggio centrale per gli sviluppi personali e familiari. La consulenza ha consentito di riflettere sulla fantasia onnipotente di poter rallentare la malattia e di sui vissuti di impotenza, accedendo con fatica al potere di stare accanto, ricostruendo quotidianamente una conoscenza e una condivisione nella relazione con il familiare ammalato incuriosendosi ai suoi cambiamenti e desideri.

Conclusioni. Spesso le domanda di supporto, di prevenzione, di cura delle famiglie trova risposte nei servizi sentite come non aderenti alle risorse/limiti del proprio genitore/nucleo familiare: ad esempio prematuri, frustranti la vita comunque ricca e piena di relazioni dei propri genitori. Si recupera in particolare nelle fasi iniziali della demenza che l'anziano non è scontatamente privo di progetti e desideri, prospettiva questa alternativa alle dimensioni del riposo, della sicurezza, dell'essere accuditi. In tale senso l'esplorazione dei vissuti sia dei familiari che delle persone assistite consente di utilizzare la meglio le risorse interne alla famiglia ed esterne ad essa.

ASPETTI ETICI DELLE INDAGINI GENETICHE

Bruni Amalia Cecilia

Centro Regionale di Neurogenetica, Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro, Lamezia Terme, Catanzaro

L'evoluzione delle tecnologie per lo studio del DNA ha consentito alla medicina attuale di identificare geni/malattia già da molti anni ma solo a partire dal sequenziamento dell'intero genoma umano, la genomica e la genetica molecolare si sono sviluppate rapidamente assumendo un ruolo cruciale per il progresso della medicina e dell'assistenza sanitaria. Nell'ultimo decennio si è assistito ad una crescente (e spesso incontrollata) disponibilità di test genetici per patologie non solo monogeniche, ma anche complesse. La posizione delle maggiori organizzazioni internazionali asserisce che qualunque test genetico debba essere offerto dentro un percorso di *counseling* genetico appropriato. La prima patologia dementigena per la quale è stato possibile porre diagnosi genetica è la malattia di Huntington, modello al quale la collettività scientifica internazionale si è ispirata per disegnare i comportamenti operativi e le linee guida per altre malattie dominanti quali la malattia di Alzheimer dominante (ADAD) e le demenze frontotemporali. In Italia un progetto di ricerca ha riunito sei gruppi con expertise sulle demenze genetiche e ha prodotto un protocollo di consenso che prevede una modalità pluridisciplinare di affrontare la problematica con una attentissima presa in carico del soggetto e/o del paziente. Nel campo della malattia di Alzheimer sporadica, più frequentemente *late onset*, è ricorrente la richiesta di esecuzione dei fattori di rischio quali le APOE. Le società e gli istituti scientifici internazionali valorizzano la consulenza genetica anche per l'esecuzione di questo test. Non si può non tenere in considerazione tuttavia l'interesse sempre crescente (economicamente web mediato) alla esecuzione "libera" di test genetici offerti senza alcuna cautela. L'evoluzione delle conoscenze teoriche e delle tecnologie applicate al genoma hanno offerto opportunità ma anche sollevato problemi etici che non hanno precedenti nella storia dell'uomo e che coinvolgono non solo il singolo ma l'intera società. La ricerca e il progresso sono valori fondamentali, specialmente se finalizzati alla salute, e se i relativi problemi etici sono affrontati nelle sedi opportune, con dibattiti multidisciplinari e pluralistici. Allo scopo di garantire che le ricadute traslazionali delle ricerche siano vantaggiose per l'uomo, è necessario che siano rispettati alcuni principi fondamentali: il diritto all'informazione, la libertà di scelta, il rispetto della dignità e della vita d'ogni persona, il rispetto per le convinzioni personali e religiose, la riservatezza dei dati, il raggiungimento dell'equità per ciascuno. Solo su una base di valori forti e condivisi potranno essere costruite regole di comportamento giuste ed efficaci per tutti, specie per le generazioni future.

DIETA MEDITERRANEA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Bruno Giuseppe, Canevelli Marco, Valletta Martina
Sapienza Università di Roma, Roma

Negli ultimi decenni diversi studi osservazionali hanno evidenziato l'esistenza di un ampio numero di fattori di rischio per lo sviluppo di demenza potenzialmente modificabili e quindi in grado di costituire obiettivi per strategie di prevenzione. In particolare appare sempre più evidente l'associazione tra abitudini alimentari e *performance* cognitive ovvero demenza. Recenti studi di metanalisi, infatti, indicano come diversi *patterns* dietetici e componenti nutrizionali (es. dieta mediterranea, acidi grassi insaturi, elementi a documentata attività antiossidante vitamina E, vitamina C, vitamine del gruppo B, flavonoidi) siano associati a un rischio significativamente ridotto di sviluppare demenza. Inoltre, bassi livelli ematici di vitamina D sono stati correlati a un aumentato rischio di sviluppare disturbi cognitivi. I pattern nutrizionali e i loro componenti costitutivi possono esercitare funzioni protettive in modo multiplo e convergente. È stato dimostrato come siano in grado di esercitare un effetto di *down regulation* sui principali meccanismi fisiopatogenetici e sui processi che sottendono lo sviluppo di demenza e in particolare della malattia di Alzheimer, includendo tra questi la deposizione amiloidea, la degenerazione neurofibrillare, la perdita sinaptica, i processi infiammatori, i livelli di stress ossidativo, i difetti delle funzioni mitocondriali e la produzione dell'energia cellulare, la perdita dell'integrità vascolare, il danno neuronale. Sulla base di queste considerazioni, quindi, si è sviluppato in maniera crescente l'interesse a promuovere l'adozione di stili nutrizionali che possano favorevolmente influenzare le traiettorie cognitive. La dieta mediterranea sembra rappresentare il più favorevole esempio di stile nutrizionale al momento presente in letteratura. Una *review* delle attuali evidenze a sostegno dell'adozione di questo *pattern* dietetico verranno illustrate.

DEMENTIA FRIENDLY COMMUNITY DI VILLARICCA

Bruno Patrizia (a), Santagada Vincenzo (b), Punzo Maria Rosaria (c)

(a) Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, Napoli

(b) Ordine Farmacisti, Napoli

(c) Comune Villaricca, Napoli

Introduzione. La città di Villaricca, piccolo comune a Nord di Napoli, sta costruendo una comunità amica della demenza, con l'obiettivo di aumentare la conoscenza della malattia in tutti i cittadini e costituire un ambiente favorevole alle persone che vivono la demenza così come deciso dall'Assemblea Mondiale della Sanità lo scorso 29 maggio, nel Piano Globale di Azione dell'OMS sulla Risposta di Salute Pubblica alla Demenza 2017-2025, nella seconda area di intervento.

Metodi. La presenza in Villaricca del Centro d'Incontro, coordinato dall'associazione Amnesia, un luogo caldo, comodo ed accogliente per ospitare le persone con demenza e i loro familiari, nato in un immobile confiscato alla criminalità organizzata, ha reso più facile l'inizio del processo di cambiamento culturale. La Comunità *Friendly* è stata ufficializzata con un atto formale di delibera comunale e con la creazione di un tavolo tecnico di lavoro. Gli enti promotori, Comune di Villaricca, Associazione Amnesia e Ordine dei farmacisti di Napoli e Provincia, si sono riuniti più volte per capire quali fossero gli interventi necessari da svolgere per coinvolgere, *in primis*, tutta la popolazione e in seguito le Persone con Demenza. Dopo attenta valutazione delle condizioni antropologiche, storiche e culturali della cittadinanza di Villaricca, si è rilevato che la malattia decorre in modo inosservato nelle fasi precoci ed intermedie, pertanto si è deciso come primo atto di sensibilizzare la popolazione con vari eventi di coinvolgimento:

- inserimento del progetto sul sito del Comune di Villaricca;
- distribuzione di volantini con i dieci segni precoci di Alzheimer in tutti gli enti commerciali;
- convegno pubblico nella sala consiliare aperto a tutta la popolazione di presentazione del progetto svolto il 24 gennaio 2018;
- corso di formazione rivolto ai vigili urbani da estendere poi a tutte le categorie di lavoratori che hanno contatto con il pubblico;
- passeggiata/maratona nel centro di Villaricca in un percorso di 4 km programmata per il 27 settembre 2018;
- 21 settembre 2018 “Casa aperta”: evento di aggregazione con momenti teatrali, musicali e di preparazione culinarie, nel Centro d'Incontro che nell'occasione si trasformerà in un grosso luogo di aggregazione.

Conclusioni. I risultati che ci attendiamo sono di un maggior coinvolgimento delle persone con demenza nelle attività di vita della comunità, a partire dalla partecipazione diretta alle modifiche culturali ed ambientali più congrue, ad un maggior rispetto della persona e degli inevitabili limiti legati alla malattia, abbattendo lo stigma e sviluppando la giusta educazione per farne fronte.

VALUTAZIONE DELL'APATIA NEL MALATO AFFETTO DA DISTURBO NEUROCOGNITIVO

Camellini Cinzia (a), Summa Maria Luna (a), Vanacore Nicola (b), Ettore Evaristo (a)
(a) Scuola di Specializzazione in Geriatria, Sapienza Università di Roma, Roma
(b) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Il decorso clinico delle demenze è spesso accompagnato dalla comparsa di sintomi neuropsichiatrici (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*, BPSD). Dalla letteratura emerge come uno dei BPSD meno studiati, ovvero l'apatia, sia in realtà quello con maggiore prevalenza al *baseline* (circa 40%), persistenza ed incidenza a prescindere dal tipo di demenza. La mancanza di definizioni, scale di misura e schemi di trattamento condivisi rendono difficile la diagnosi e la gestione di tali sintomi. L'obiettivo di questo studio prospettico di coorte è stato quello di caratterizzare una popolazione di pazienti con deterioramento cognitivo ponendo particolare attenzione al sintomo apatia.

Metodi. Nel presente studio, ottenuta l'approvazione del Comitato Etico aziendale, sono stati inclusi 100 soggetti afferenti per una prima visita specialistica al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze della I Clinica Medica del Policlinico Umberto I di Roma. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a: caratterizzazione anagrafica, clinica e anamnestica; valutazione neuro-cognitiva mediante *Mini Mental State Examination*, *Geriatric Depression Scale*, *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), *Apathy Evaluation Scale-I* (AES), *Pittsburgh Sleep Quality Index*, *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale* (Behave-AD); valutazione dell'autonomia personale; valutazione del grado di distress del caregiver mediante *Caregiver Burden Inventory*. Sono stati selezionati come apatici i soggetti che presentavano un punteggio superiore alla mediana in entrambe le scale NPI-subscale Apatia e AES. Ogni soggetto è stato rivalutato mediante intervista telefonica dopo due mesi attraverso la somministrazione ai caregiver delle scale NPI e Behave-AD.

Risultati. La presenza di apatia ha interessato il 30% del campione. Dall'analisi multivariata dei dati è emerso come la presenza di depressione e l'utilizzo di farmaci antipertensivi siano associati ad un aumento del rischio di apatia, mentre la presenza di insonnia ad una riduzione di tale rischio. La rivalutazione a due mesi tramite intervista telefonica ha mostrato una risposta al trattamento clinicamente significativa nel 36% del campione. Seppur ai limiti della significatività statistica, è emerso come l'utilizzo di farmaci antipsicotici atipici, rispetto ai tipici, aumenti di sei volte la probabilità di avere un fenotipo *responder*.

Conclusioni. L'utilizzo combinato di strumenti di valutazione differenti può migliorare l'accuratezza diagnostica dei BPSD, di cui appare sempre più evidente l'accezione sindromica. Il sintomo apatia è risultato essere associato alla presenza di depressione e all'utilizzo di farmaci antipertensivi. I dati sulla risposta al trattamento evidenziano come le terapie farmacologiche disponibili siano solo parzialmente sufficienti nella gestione dei BPSD che necessitano di un trattamento olistico essendo la loro genesi multifattoriale.

DEMENZA E IMMIGRAZIONE

Canevelli Marco

Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma

Lo scenario globale della demenza sta gradualmente cambiando in tutto il Mondo come risultato dei fenomeni sociodemografici in atto. L'allungamento dell'aspettativa di vita sta, infatti, conducendo a un drammatico incremento dei casi nei paesi a basso e medio reddito. Parallelamente, le nazioni occidentali si stanno sempre più confrontando con disturbi cognitivi insorgenti in soggetti migranti e appartenenti a minoranze etniche. L'occorrenza della demenza in tali categorie di individui presenta delle complessità aggiuntive, sia in termini clinici che di sanità pubblica. L'inquadramento diagnostico può essere ostacolato dalla carenza (e/o dalla scarsa adozione) di strumenti che consentano di attuare una valutazione cognitiva e neuropsicologica cross-culturali. Le manifestazioni e le traiettorie cliniche possono essere influenzate da molteplici determinanti etnoculturali e da fattori legati all'esperienza migratoria. Diverse barriere sociali, spirituali ed economiche possono limitare e posticipare la ricerca di aiuto medico e l'accesso ai servizi sanitari, contribuendo quindi alla sottodiagnosi della demenza o a una diagnosi tardiva di casi per lo più già conclamati e avanzati. Infine, i soggetti affetti hanno probabilmente un accesso ridotto ai trattamenti, alle risorse sanitarie e al supporto sociale. In aggiunta a tali elementi di problematicità, il fenomeno sta già assumendo delle dimensioni non trascurabili. Applicando i tassi di prevalenza età, e sesso, specifici alla popolazione migrante è, infatti, possibile stimare la presenza, nel 2017, di circa otto mila casi di demenza negli immigrati e nelle minoranze etniche in Italia e di circa 450 mila casi in Europa. In tale scenario si colloca il progetto "*Dementia in immigrants and ethnic minorities living in Italy: clinical-epidemiological aspects and public health perspectives*" (ImmiDem), recentemente finanziato dal Ministero della Salute, che perseguirà gli obiettivi di caratterizzare e quantificare il fenomeno della demenza nei migranti in Italia, esplorare gli approcci diagnostici e assistenziali adottati nei servizi sanitari italiani, e identificare e promuovere percorsi di cura o buone pratiche, a coordinamento nazionale e locale, dedicati.

PROTOCOLLO DI ATTIVITÀ SOCIALIZZANTI E DI STIMOLAZIONE COGNITIVA IN PERSONE CON DEMENZA: EFFETTI SUL DOMINIO AFFETTIVO E COMPORTAMENTALE

Carpinelli Mazzi Michele (a), Caputo Serena (b), Scarpa Rosa (b), Albano Giancarlo (b), Iavarone Alessandro (c), Musella Caterina (d)

(a) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli Onlus Sezione Campana, Napoli

(b) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli Onlus Sezione Campana, Salerno

(c) UOC di Neurologia, Ospedale CTO, AORN Ospedali Dei Colli, Associazione Italiana Malattia Alzheimer Napoli Onlus, Napoli

(d) Azienda Sanitaria Locale Napoli I Centro, Associazione Italiana Malattia Alzheimer Napoli Onlus Sezione Campana, Napoli

Introduzione. Le attività socializzanti, ludico ricreative e occupazionali quali musicoterapia, arteterapia, narrazione creativa, giardinaggio, associate a programmi di stimolazione cognitiva e all'inclusione sociale, rivolte a persone con demenza, mirano ad un rafforzamento delle capacità cognitive e funzionali residue e al controllo di eventuali alterazioni comportamentali e del tono dell'umore. Tali attività inoltre consentono di alleviare il carico assistenziale dei *caregiver*, lasciando ipotizzare un'ulteriore influenza (indiretta) sul dominio affettivo dell'utente stesso. Il presente studio, in continuità con un precedente studio pilota, ha avuto lo scopo di analizzare gli effetti dell'inserimento di persone con demenza in protocolli di attività socializzanti, ricreative e di stimolazione cognitiva, sul dominio affettivo e comportamentale.

Metodi. La valutazione del quadro affettivo-comportamentale, in continuità con un precedente studio pilota, è avvenuta mediante la *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD) opportunamente modificata escludendo la sezione "funzioni cicliche" in quanto in parte indagante la sfera dei ritmi sonno-veglia non direttamente osservabili dagli operatori. È stato osservato un gruppo composto da 40 soggetti affetti da demenza inseriti in un protocollo riabilitativo, socializzante e ricreativo presso le sedi operative di Napoli e Battipaglia dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Sezione Campana. È stato valutato il quadro affettivo e comportamentale dei soggetti relativo al momento dell'inserimento nel protocollo (T_0) e dopo 4 mesi (T_1), periodo entro il quale hanno svolto attività incluse tra i 2 e i 5 giorni a settimana dalle 3.30 ore e 7 ore al giorno.

Risultati. È stata analizzata la differenza dei punteggi in T_0 e T_1 mediante test di Wilcoxon e T di Student per campioni appaiati. La differenza è risultata significativa ($p=0,002$; $p<0,001$); la media del punteggio totale CSDD relativamente allo stato affettivo-comportamentale prima dell'inserimento è risultata uguale a 8,90 (DS=6,67), successivamente 5,42 (DS=4,10). È risultata significativa altresì la differenza dei punteggi del dominio umore ($p=0,013$), comportamento ($p<0,001$) e disturbi ideativi ($p=0,007$).

Conclusioni. L'inserimento di persone con demenza in protocolli di attività socializzanti, ricreative e cognitivamente stimolanti ha esercitato una significativa influenza sul dominio affettivo e comportamentale. È ipotizzabile che la stimolazione delle qualità

relazionali, l'inclusione sociale, lo svolgimento di attività ricreative e di interesse per la persona e (in via indiretta) la diminuzione del carico assistenziale del *caregiver* possano essere stati alcuni degli aspetti rilevanti alla base del risultato appreso. I risultati stessi orientano inoltre verso una prosecuzione ed espansione delle attività proposte oltre che ad analisi future sugli effetti nel lungo termine.

COSTRUTTO DELLA CAPACITÀ INTRINSECA

Cesari Matteo
Università degli Studi, Milano

Il concetto di capacità intrinseca è stato introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel *World Report on Ageing and Health* pubblicato nel 2015. La capacità intrinseca è definita dalla somma della capacità fisiche e cognitive dell'individuo. L'interazione della capacità intrinseca dell'individuo con l'ambiente circostante determina l'abilità funzionale della persona. Quest'ultima è determinata dagli attributi funzionali che permettono alle persone di essere e fare ciò che ha valore per loro. Questo modello teorico è sviluppato allo scopo di promuovere l'*healthy ageing* (il processo di sviluppo e mantenimento dell'abilità funzionale che permette il benessere in età avanzata). Negli ultimi mesi, l'OMS ha lavorato alla traduzione pratica di questa teoria. Partendo dalle basi poste dall'*International Classification of Functioning, Disability, and Health* e sui risultati di revisioni sistematiche della letteratura, l'OMS ha identificato i domini clinico-biologici costituenti il concetto di capacità intrinseca. La misurazione dei cinque domini risultanti (mobilità, cognizione, capacità sensoriale, capacità psicologica, vitalità) potrà permettere in futuro di oggettivare lo stato delle riserve biologiche dell'individuo, dando così la possibilità di misurare l'età biologica della persona (aldilà delle sue patologie ed anni di vita vissuta). Questo approccio, oggetto della presente presentazione, ha il potenziale di poter drasticamente modificare il modo in cui si approccia alla persona anziana, privilegiando una visione positiva delle sue funzioni (piuttosto che dei suoi *deficit*) e ponendo i presupposti per reinserire quanto più possibile l'individuo nella società.

ALTERAZIONI DELLA VASOREATTIVITÀ CEREBRALE E DEPOSITO DI AMILOIDE A LIVELLO CEREBRALE NEI PAZIENTI CON DECADIMENTO COGNITIVO: QUALE RELAZIONE?

Cipollini Virginia, Sette Giuliano, Troili Fernanda, Orzi Francesco, Giubilei Franco
Unità Operativa Complessa Neurologia, Sapienza Università di Roma, Ospedale S. Andrea, Roma

Introduzione. Il peptide β -Amiloide ($A\beta$), fattore patogenetico principale nella malattia di Alzheimer (AD), ha potenti effetti cerebrovascolari, che alterano la regolazione della circolazione cerebrale e può essere responsabile della disregolazione cerebrovascolare osservata nei pazienti con Decadimento Cognitivo (DC). Questo studio ha come obiettivo identificare alterazioni della Vasoreattività Cerebrale (VRC) in pazienti con DC, in relazione al deposito di amiloide ed al profilo neuro-cognitivo e neuro-radiologico. Inoltre, abbiamo confrontato gli indici di VRC nei soggetti con DC rispetto a soggetti sani di controllo.

Metodi. Nello studio sono stati inclusi diciassette soggetti con decadimento cognitivo, abbinati per età, sesso ed educazione a diciassette soggetti sani di controllo. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a Risonanza Magnetica (RMN) cerebrale, valutazione neuropsicologica, ecocolor doppler carotideo e valutazione con Doppler Transcranico (TCD). I fattori di rischio vascolari considerati sono stati: indice di massa corporea, ipertensione arteriosa, abitudine tabagica, dislipidemia mista e diabete. Le lesioni della sostanza bianca sono state valutate utilizzando il punteggio semiquantitativo di Fazekas, mentre la tomografia a emissione di positroni con 18F-florbetapir (PET amiloide) è stata utilizzata per quantificare il deposito di amiloide. La reattività vasomotoria cerebrale è stata valutata utilizzando il test dell'indice di apnea (BHI) tramite doppler transcranico.

Risultati. La velocità media del flusso cerebrale a livello dell'arteria cerebrale media in condizioni normali (MCFV) è risultata significativamente più bassa nei pazienti con DC e con un esame PET positivo per deposito di amiloide, rispetto a soggetti sani di controllo ($41,2\pm 3,38$ cm/s contro $52,03\pm 2,733$ cm/s, $p=0,04$), ugualmente è stato riscontrato un valore ridotto del BHI, seppur non significativo ($0,95\pm 0,29$ vs $1,35\pm 0,06$, $p=0,07$). Due pazienti con DC hanno mostrato un esame PET negativo per presenza di amiloide e i loro valori di vasoreattività (MCFV e BHI) sono risultati più alti, anche se in modo non significativo, rispetto ai pazienti con PET positiva per presenza di amiloide ($49,9\pm 0,2$ vs $41,2\pm 3,382$, $p=0,18$ e $2,12\pm 0,32$ vs $0,95\pm 0,2965$, $p=0,07$).

Conclusioni. I nostri risultati suggeriscono che l'aumento della resistenza cerebrovascolare, dimostrato da valori inferiori del BHI, può contribuire alla patogenesi dell'AD, agendo in sinergia con la cascata indotta dall'amiloide nel determinare il deficit cognitivo, specialmente nelle fasi iniziali. Infatti, nonostante il limitato campione di soggetti esaminati, la differenza tra i due gruppi di soggetti con deficit cognitivo, amiloide-positivi e amiloide-negativi, collega l'aumento della resistenza cerebrovascolare alla patologia che sottende l'AD (aumento del carico di amiloide).

PERCORSO ALZHEIMER E DEMENZE: STUDI DI RISCHIO VASCOLARE IN UNA POPOLAZIONE ANZIANA ISTITUZIONALIZZATA, MEDIANTE *PADUA PREDICTION SCORE*, *FRAMINGHAM SCORE* E *CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE*

Clementi Carlo, Di Persia Angela
Casa di Cura Santo Volto, Santa Marinella, Roma

Introduzione. Gli aspetti vascolari sono una causa importante di disabilità e di comorbidità nella gestione della persona anziana. Oggi le malattie vascolari rappresentano, la prima causa di morte: il 28% per cardiopatia ischemica e 13% per accidenti cerebrovascolari, raggiungono il 41% dei decessi per cause vascolari. Secondo i dati ISTAT/ISS i cittadini affetti da invalidità per patologie cardiovascolari è pari al 4,4‰ e il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34% del PIL) è destinata a farmaci per patologie cardiovascolari (Relazione sullo Stato di Salute del Paese, 2000).

Obiettivo. In questo studio abbiamo valutato, nella nostra Casa di Cura con RSA ad alto mantenimento e lungo degenza medica post acuzie, qual è il rischio vascolare delle nostre ospiti in associazione alle comorbidità presenti.

Metodi. Sono stati studiati 56 pazienti di RSA e 40 di LDM, tutte donne di età media di 81,15 anni (*range* 44-100 anni) transitati tra agosto 2017 e agosto 2018, affetti da multi patologie. Tutti presentavano disturbi cognitivi, più o meno gravi e altre patologie croniche. I rischi vascolari sono stati indagati mediante il Rischio Tromboembolico (*Padua Prediction Score*), il Rischio di Evento Cardiaco (*Framingham Score*), l'Indice di Severità Patologica e l'Indice di Comorbidità (*Cumulative Illness Rating Scale* - CIRS e Test di Charlons).

Risultati. Lo studio dell'evento del rischio cardiaco, mediante *Framingham Score*, è risultato elevato in entrambi i reparti, la differenza, è oscillante tra 0% e 30% nella RSA e tra il 10% e il 30% in LDM/post-acuzie e la significatività statistica è $p=0,02$. La complessità clinica, studiata mediante la CIRS (indice di severità e indice di comorbidità) rimane sopra la media ed è sovrapponibile: in particolare l'indice di comorbidità è sempre $>3,3/5$ (Indice di Charlons) in entrambi i casi $p=n.s.$ Il *Padua Prediction Score* è sovrapponibile in entrambi i casi $p=ns$.

Conclusioni. La lieve differenza statistica del *Framingham score*, tra RSA e LDM, è probabilmente dovuta al fatto che i pazienti della post/acuzie provengono da un reparto per acuti. Rimane significativo, che in entrambi i reparti di questa casa di cura, la presenza di comorbidità gioca un ruolo essenziale nell'evoluzione dei rischi vascolari, già pesantemente presenti al ricovero.

PROGETTO ALIMENTALAMENTE

Costa Manuela (a), Santangelo Mario (a), Corvese Maria (b), Bigarelli Massimo (b), Menon Vanda (c), Ragazzoni Annalena (d)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Unità Operativa Neurologia Ospedale di Carpi, Modena

(b) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Servizio Tossicodipendenze Ospedale di Carpi, Modena

(c) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Centro Disturbi Cognitivi Distretto di Carpi, Modena

(d) Associazione Volontariato Gruppo Autonomo Familiari Alzheimer, Carpi, Modena

Introduzione. La demenza non è un problema dei “vecchi”. Le alterazioni strutturali degenerative del sistema limbico iniziano in quella fase della vita dove più facilmente si ricorre a comportamenti d’abuso la cui pericolosità viene sottovalutata.

Materiali. il Progetto, rivolto agli adolescenti, si propone di mostrare, con immagini di risonanza magnetica nucleare funzionale fRNM e PET quanto noto in letteratura su cosa succede al cervello nelle sedi più vitali quando si persevera in stili di vita dannosi. L’Azienda Unità Sanitaria Locale di Carpi ha accettato e introdotto l’argomento in un percorso più ampio: *We Education* rivolto alle scuole medie superiori del Comune e condotto dal Servizio per le Tossicodipendenze (SERT). Il Progetto è iniziato nel 2017 ed è stato riproposto quest’anno. Dopo una lezione preliminare con gli insegnanti delle quattro scuole medie superiori di Carpi (3 istituti tecnici ed 1 liceo scientifico) sono state identificate le classi a cui proporre il materiale. Nel 2017 si sono svolti 4 incontri di 4 ore ciascuno, un incontro per ciascuna scuola che ha interessato un totale di 147 ragazzi. Nel 2018 si sono svolti 3 incontri di 4 ore ciascuno per un totale di 134 ragazzi. Al termine di ciascun incontro i ragazzi compilavano un questionario di quesiti a scelta multipla sugli argomenti trattati. Il messaggio si considerava appreso con un 80% di risposte esatte. Il test era anonimo e non valutativo.

Risultati. Nell’esperienza del 2017 il messaggio è stato recepito nei vari contesti scolastici da un 100% ad un 40%. Il gap fra le scuole si è ridotto nel 2018 ottenendo in tutte una percentuale superiore all’80%, probabilmente perché il materiale didattico è stato semplificato nella teoria e arricchito con esempi ricavati dalla realtà clinica. Inoltre quest’anno vi è stato un intenso lavoro preparatorio da parte degli insegnanti.

Conclusioni. Perché una persona sia consapevole di un problema le informazioni fornite debbono essere chiare e semplici. La consapevolezza rende responsabili di ciò che si fa. La scuola al momento è l’unica sede in cui si arriva direttamente agli adolescenti, ma gli argomenti che vengono proposti ai ragazzi sono talmente tanti e importanti che gli insegnanti possono decidere di proporre altri e non questo. Poiché la curiosità mostrata dai ragazzi nel corso degli incontri è stata reale e interattiva è necessario pensare a come implementare il progetto e/o a realizzare altri progetti simili in contesti diversi. Questa modalità comunicativa formativa è affidabile e controllata contrariamente ai *social network* a cui i ragazzi accedono solitamente.

INVECCHIARE ATTIVAMENTE

Costagliola Carmela, Bove Angela, Bove Antonietta, Di Ruocco Giovanni, Verniero Maria Rosaria, Minieri Francesca, Astarita Maria, Agliata Anna Maria
ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. È noto che uno stile di vita attivo influenza l'invecchiamento e migliora la salute fisica e cognitiva. Infatti l'attività fisica ritarda l'invecchiamento cerebrale mediante l'aumento della perfusione cerebrale e della neurogenesi ed esercita un'azione protettiva su stress e su fattori di rischio cardiovascolari. È possibile che la sinergia tra attività fisica e mentale attenui il declino cognitivo e rappresenti un'ottima strategia per la prevenzione e la cura della demenza. In quest'ottica si inserisce la nostra esperienza, un programma di attività motoria controllato rivolto agli anziani finalizzato ad uno stile di vita attivo e all'integrazione sociale.

Metodi. Il progetto si rivolge ad una popolazione >65enne autosufficiente o parzialmente e/o con declino cognitivo lieve (MMSE=24-30/30) sottoposta a visita geriatrica, fisiatrica, valutazione cognitiva, affettiva, funzionale (MMSE, GDS, ADL/IADL, Tinetti, 6' *walking test*, MI) ematochimica, ECG, Ecocardio, *neuroimaging*. Gli idonei hanno partecipato ad incontri su stile di vita, prevenzione di disabilità e a programmi di esercizi strutturati in palestra per migliorare forza muscolare, flessibilità articolare, andatura ed equilibrio. Sono stati arruolati 24 pazienti (20 femmine e 4 maschi) di età media 74 anni di cui 7 (6 femmine, 1 maschio) con MMSE <26 o con MCI. L'attività motoria si è svolta a gruppi di 8, 2 volte la settimana per 3 mesi. Gli incontri sono stati condotti privilegiando l'aspetto ludico per favorire integrazione sociale e condivisione del vissuto emotivo. È stato somministrato test di gradimento finale.

Risultati. Effetti positivi sono stati osservati su sonno, stress, attenzione, memoria episodica, prassie, percezione di sforzo, autostima. L'esercizio fisico, nella sua componente ludica, ha prodotto aumento del benessere psicologico come momento di relax e distrazione ed ha migliorato l'umore. In soggetti con declino cognitivo il progetto ha stimolato relazioni sociali e capacità attentive. Gli incontri educativi hanno interessato molto gli anziani; l'acquisire consapevolezza del proprio stato di salute ed apprendere strategie per migliorare se stessi ha rafforzato l'autostima e corretto stili di vita errati.

Conclusioni. Svolgere un'attività fisica regolare ha effetti benefici sulle capacità funzionali dell'individuo e risulta fondamentale nella prevenzione di patologie cronico-degenerative inclusa la demenza. In accordo con la comunità scientifica la nostra esperienza è stata positiva e di gradimento a tutti partecipanti per la sua azione di stimolazione globale, suggerendo che la cognitività deve essere vista all'interno del vissuto emozionale dell'individuo e far parte di un progetto di vita attiva

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DEI NUCLEI INTERNI DELL’RSA PER *SETTING* DI CURA OMOGENEI

Costantini Claudio (a), Secreto Piero (b), Ricucci Michaela (a)

(a) *Residenza Principe Oddone, Torino*

(b) *Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino*

Introduzione. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) svolgono un ruolo territoriale sempre più complesso nella gestione di ospiti con multipatologie e forme dementigene con vari gradi di riduzione complessiva della capacità intrinseca. Lo sviluppo dei CDCD determina una maggiore necessità di modelli organizzativi tra assistenza residenziale e domiciliare. Questo lavoro esplora la possibilità di sviluppare un modello residenziale alternativo per attuare *setting* di cura omogenei per le varie stratificazioni delle forme dementigene.

Metodi. Si è effettuata un’analisi delle caratteristiche degli ospiti in una struttura di 120 posti letto in riferimento a quattro possibili *setting* di cura personalizzati in base alle autonomie residue del quotidiano (ADL), all’analisi delle funzioni cognitive (MOCA e MODA) ed alla presenza o meno di disturbi comportamentali correlati alla presenza di patologia dementigena (NPI). Si sono eseguiti spostamenti interni di nucleo al fine di un’omogeneizzazione per patologie e conseguentemente *setting* di cura. Durante l’anno 2017 si sono analizzati sia l’andamento che l’organizzazione interna dei minutaggi previsti dalla normativa vigente in Piemonte per le varie figure professionali coinvolte nell’assistenza e per le varie fasce assistenziali degli ospiti ufficialmente riconosciute. Parallelamente sono state analizzate statisticamente l’uso di contenzioni, l’andamento nel tempo dei disturbi comportamentali attraverso l’analisi dei parametri del NPI (deliri, allucinazioni, agitazione, depressione/disforia, ansia, apatia indifferenza, irritabilità/labilità, attività motoria, sonno) e lo stress del *caregiver* dopo la strutturalizzazione.

Risultati. Lo spostamento interno ha coinvolto 33 ospiti (27,5% dei 120 posti letto della struttura). Per rientrare nella parametrizzazione richiesta dalla normativa piemontese dei tempi di lavoro delle varie figure professionali coinvolte, sono stati modificati i piani di lavoro interni con variazioni di fasce orarie e spostamenti parziali di operatori da un nucleo all’altro nei momenti critici rispetto alla al quadro clinico e assistenziale degli ospiti. Per la fisioterapia e socio-animazione si sono sviluppati progetti personalizzati con interventi più mirati e dedicati al *setting* di cura specifico. Nessuna variazione significativa nell’uso delle contenzioni con valori stabili nel tempo in quanto legate già in precedenza al rischio caduta e non alla presenza o meno di disturbo comportamentale. Significativa, invece, l’analisi dei parametri NPI considerati, con riduzioni variabili da meno 7,4% a meno 54,2% a seconda del disturbo indagato.

Conclusioni. In RSA è possibile strutturare un modello organizzativo e gestionale con nuclei separati con organizzazioni specifiche in base alle multipatologie presenti con quadri dementigeni associati tramite omogeneizzazione dei *setting* di cura.

PROGETTO DI COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI STUDIO DI DIRETTORI SANITARI DI RSA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Costantini Claudio (a), Secreto Piero (b), Fonte Gianfranco (c), De La Pierre Franz (d), Bianco Andrea (e), Rubiolo Angelo (f), Rapellino Marco (g)

(a) *Residenza Principe Oddone, Torino*

(b) *Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino*

(c) *Città Della Salute, Torino*

(d) *Struttura Complessa Geriatria, Ospedale Beauregard, Aosta*

(e) *Residenza Sanitaria Assistenziale Nuovo Baulino, Caselle Torinese, Torino*

(f) *Residenza Sanitaria Assistenziale Villa Anna Maria, Torino*

(g) *Residenza Sanitaria Assistenziale Opera Pia Lotteri, Torino*

Introduzione. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) hanno un ruolo territoriale sempre più complesso con pazienti complicati con multipatologie e forme dementi-gene associate con riduzione complessiva della capacità intrinseca. Il sistema organizzativo attuale determina competizione fra Ospedale e Territorio in ambiti prevalentemente economici con spesso mancata coordinazione fra i vari attori e mancanza di una strategia comune. Inoltre, lo sviluppo dei CDCD determinerà una sempre maggiore necessità di modelli organizzativi di interrelazione tra assistenza residenziale e domiciliare.

Progetto. La DGR 45_4248 del 30 luglio 2012 in Piemonte attribuisce precise e codificate responsabilità al Direttore Sanitario in RSA. Si è proposto, quindi, a tutti i colleghi operanti nelle RSA di partecipare ad un confronto per sviluppare modelli di collaborazione che permettano percorsi di salute più aderenti alle esigenze degli anziani.

Sviluppo del progetto. Si è organizzato un evento congressuale specificamente diretto ai Direttori Sanitari, alle figure di Coordinamento Infermieristico ed alle figure Istituzionali Territoriali interessate a partecipare con le seguenti sessioni: integrazione Ospedale, RSA e Territorio; modelli gestionali in RSA; linee guida e *risk-management* in RSA; aspetti medico-legali e responsabilità del Direttore Sanitario in RSA. I Gruppi di Lavoro attualmente sono costituiti da 108 Direttori Sanitari ed hanno per argomento: Il palliativismo ed il fine vita in RSA; il paziente psichiatrico in RSA; il rischio clinico coinvolgente gli aspetti della responsabilità e *risk-management*; RSA e demenze; rapporti RSA e Pronto Soccorso e, infine, i rapporti con i parenti/*cargivers* di ospiti in RSA. Si è implementata una scheda di raccolta dati che analizza le caratteristiche tecniche di ogni RSA organizzative e logistiche con lo scopo di completare i dati già presenti a livello Regionale e permettere una mappatura e stratificazione concreta delle possibilità operative delle varie Strutture Residenziali. Progetti già in corso di realizzazione, ad esempio, coinvolgono servizi di Pronto Soccorso ospedalieri per standardizzare procedure di ingresso e di rinvio in struttura in riferimento ai possibili accessi impropri (gruppo di 20 partecipanti) e contatti iniziali distrettuali per le verifiche delle scale di valutazione utilizzate nei percorsi di attribuzione di risorse territoriali (gruppo di 44 partecipanti).

Conclusioni. Il Direttore Sanitario di RSA comporta l'attribuzione sempre maggiore di compiti specifici spesso senza un riconoscimento operativo e propositivo soprattutto nei confronti delle figure istituzionali di riferimento. La costituzione di un Gruppo Regionale permetterebbe di sviluppare moduli operativi standardizzati a seconda delle potenzialità delle varie RSA e costituirebbe un gruppo tecnico con possibile valenza consultiva.

METODO MONTESSORI NELLA GESTIONE DELLE DEMENZE

Croci Luca
Residenza Villa Primule Gestioni Srl, Torino

Il metodo Montessori, sistema educativo rivolto tradizionalmente ai bambini, sembra essere una valida terapia non farmacologica della demenza dell'anziano, laddove per demenza si intende la degradazione delle funzioni cognitive, mnesiche, comportamentali e comunicative e la conseguente perdita di autonomia. La pedagogia Montessori si basa sul rispetto delle peculiarità individuali e dei ritmi di apprendimento, sull'autocostruzione, l'incoraggiamento all'indipendenza e l'eliminazione di valutazioni negative. Il bambino evolve in un ambiente adeguato, strutturato, ordinato e accogliente in cui viene utilizzato materiale pedagogico semplice, idoneo a fornire un feedback chiaro dell'errore e la possibilità di autocorrezione. Viene incoraggiata la manipolazione, la concentrazione e la libertà di scegliere quale attività effettuare, se effettuarla e quante volte reiterarla. Nell'adattamento del metodo Montessori alla demenza si esclude la nozione di infantilizzazione dell'anziano di cui si sottolinea invece la peculiarità di poter attingere alle competenze acquisite nel corso della vita per svolgere le attività proposte. Per sostenere l'autonomia e migliorare la qualità di vita del paziente con demenza, il metodo Montessori tende a rinforzare le abilità residue come il cervello emotivo e la memoria procedurale, piuttosto che recuperare le competenze cognitive perdute come la memoria esplicita. Vengono definiti ambienti strutturati con materiale idoneo allo svolgimento di attività che tengono conto degli interessi specifici del paziente e mostrano un nesso forte con il quotidiano. Le attività complesse sono scomposte in attività semplici, distinte in sensoriali, motorie (importanti quando la funzione verbale è compromessa), cognitive e sociali (adatte ai primi stadi demenza). Si segue una progressione orizzontale mediante la ripetizione dell'attività o la possibilità di scegliere attività diverse incentrate sulla stessa competenza, oppure una progressione verticale mediante attività che vanno dal semplice al complesso e dal concreto all'astratto, minimizzando l'insuccesso, favorendo l'autocorrezione e valorizzando il risultato positivo. Il ruolo dell'educatore, qui il *caregiver* o il familiare, è di agire come facilitatore e costruttore di occasioni, in grado di riprogettare e ottimizzare l'attività sulla base di un'attenta osservazione delle competenze dell'anziano. Le valutazioni cliniche indicano unanimemente che questo approccio, introdotto in Italia verso il 2013/2014, rinforza l'autostima, la motivazione e la concentrazione, mentre riduce il *wandering*, la frustrazione e l'aggressività. L'impatto positivo del metodo Montessori investe non solo la capacità di autonomia dell'anziano, ma anche la sfera emotiva migliorando in definitiva la qualità delle sue relazioni sociali e familiari e coadiuvando con successo l'approccio farmacologico della demenza e delle patologie correlate.

USO DELLE PREPARAZIONI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS IN PAZIENTI CON DEMENZA

Da Cas Roberto, Salvi Emanuela, Menniti Ippolito Francesca
*Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto
Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. In Italia dal 2006 è possibile prescrivere le preparazioni magistrali a base di cannabis secondo le modalità previste dalla Legge 94 del 1998. Il Decreto Ministeriale (DM) del 9/11/2015 ha autorizzato lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM) alla coltivazione e alla produzione di cannabis allo scopo di integrare l'importazione di infiorescenze dall'Olanda. Nel decreto è anche prevista, per specifiche esigenze di trattamento, la rimborsabilità a carico dell'SSN; tale possibilità è stata estesa dalla Legge finanziaria del 2018 a tutta la terapia contro il dolore ai sensi della Legge 38 del 2010. Il DM del 2015 prevede inoltre che l'Istituto Superiore di Sanità raccolga e analizzi i dati relativi alle prescrizioni e alle eventuali sospette reazioni avverse. Obiettivo di questa lavoro è quello di condurre un approfondimento sull'uso della cannabis nei pazienti con demenza.

Metodi. Per il monitoraggio delle prescrizioni di cannabis a uso medico è stata definita una scheda *ad hoc* e predisposta una piattaforma web ad accesso riservato per la registrazione delle schede che consente, a seconda delle modalità organizzative adottate dalle diverse regioni, l'accesso ai medici prescrittori, o ai referenti delle Aziende Sanitarie Locali, delle Regioni e Province autonome. Le informazioni raccolte riguardano il medico prescrittore, il paziente trattato (codice anonimo, età e sesso), il prodotto utilizzato, la durata di terapia, il dosaggio giornaliero, il numero di somministrazioni, la modalità di assunzione e la motivazione d'uso.

Risultati. Ad agosto 2018 sono state raccolte nel sistema di monitoraggio 18mila prescrizioni relative a circa 10 mila pazienti. Il motivo di uso prevalente è stato il dolore cronico da solo o associato a spasticità. Le prescrizioni a pazienti con demenza, che va ricordato non è tra le motivazioni d'uso previste a carico dell'SSN, sono risultate 55. I pazienti trattati sono stati 34 con un'età media di 78 anni (*range* 61-90 anni), le donne rappresentano il 61% del totale. Il 58% delle prescrizioni riguardano il Bedrocan di importazione olandese mentre il 25% il prodotto dello SCFM denominato FM2 (THC 5-8%, CBD 7,5-12%). La via di somministrazione prevalente è quella orale (decotto o olio). Va sottolineato che la cannabis è stata utilizzata in molti casi per sintomi, quali ad esempio dolore, cefalea, fibromialgia e disturbi del sonno.

Conclusioni. Vi sono pochi dati pubblicati sull'efficacia della cannabis nei pazienti con demenza, alcuni studi riguardano sperimentazioni precliniche. I dati finora raccolti evidenziano un limitato utilizzo della cannabis e per condizioni cliniche che sono spesso associate alla demenza.

PROGETTARE CITTÀ AMICHEVOLI

Darvo Gianluca (a), Serrani Virginia (b)

(a) Dipartimento di Architettura, Università degli Studi, Firenze

(b) Università degli Studi, Firenze

Introduzione. Lo spazio urbano influenza il benessere e la qualità di vita delle persone consentendo o impedendo loro di fruire in autonomia e sicurezza dei luoghi, provvedere autonomamente ai propri bisogni e avere interazioni sociali; alcune sue caratteristiche infatti possono accentuare o addirittura generare condizioni di disabilità. Esiste un filone di ricerca internazionale che si occupa delle tematiche connesse con le *demenza-friendly communities*, con numerosi studi di tipo qualitativo ed esplorativo. Sebbene manchino riferimenti quantitativi sull'impatto che queste hanno sulla salute e sulla qualità di vita delle persone con demenza, in molti paesi europei si stanno moltiplicando progetti e politiche a supporto di un obiettivo comune: rendere le città in cui viviamo più consapevoli, accoglienti, solidali e inclusive.

Metodi. Nonostante siano necessari ulteriori studi sulle caratteristiche peculiari e sulle ricadute specifiche, dal punto di vista dello spazio urbano questo obiettivo può essere declinato in alcuni precisi attributi:

- la leggibilità, intesa come capacità dello spazio urbano di supportare l'identificazione della destinazione: contesti urbani leggibili hanno sistemi di connessione (incroci, direttrici) di tipo semplice, sono dotati di una segnaletica chiara, comprensibile e ben visibile, sono privi di elementi ambigui e consentono alle persone di orientarsi e di spostarsi autonomamente;
- la riconoscibilità, che consiste nella capacità della città e dei suoi elementi costitutivi (strade, piazze, edifici rappresentativi) di comunicare l'identità e la vocazione dei luoghi: città riconoscibili hanno caratteri costruttivi, morfologici e configurazionali che riflettono la storia e l'evoluzione del contesto socio-culturale locale;
- l'accessibilità, nel suo senso più ampio, ovvero la capacità di rendere raggiungibili tutti i luoghi pubblici, interni ed esterni, indipendentemente dalla presenza di *deficit* di qualunque natura: spazi accessibili hanno un sistema di servizi comuni fruibili e interconnessi l'uno con l'altro;
- il comfort, inteso come capacità della città di fornire luoghi nei quali i cittadini possono star bene: luoghi confortevoli sono tranquilli, accoglienti, disponibili verso le necessità di soggetti fragili;
- la sicurezza, reale e percepita, che si traduce nell'assenza di barriere fisiche, psicologiche e sociali: spazi sicuri minimizzano o evitano situazioni ed elementi di pericolo, eliminando gli ostacoli visivi, fisici ed emotivi.

Conclusioni. In questa ottica globale, numerosi sono gli attori che devono lavorare in sinergia per raggiungere questi obiettivi: non solo ricercatori, ma architetti, urbanisti, istituzioni, amministratori locali e associazioni di categoria hanno un ruolo cruciale per far sì che i luoghi e i servizi della comunità possano diventare accoglienti e inclusivi nei confronti delle persone con demenza e di tutti i cittadini.

📄 DISTURBI COGNITIVI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA: ANALISI RETROSPETTIVA (2001-2017) IN UN CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE A MILANO

Del Tedesco Federica (a), Cova Ilaria (a), Maggiore Laura (a), Cucumo Valentina (a), Brambilla Michela (a), Pantoni Leonardo (b), Pomati Simone (a)

(a) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(b) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Università degli Studi, Milano*

Introduzione. Ad oggi, i soggetti immigrati (cioè i soggetti nati al di fuori del loro attuale paese di residenza) rappresentano circa l'8,3% della popolazione italiana totale (fonte: <http://demo.istat.it>). Quasi 7.750 casi di demenza sono stati stimati in questa popolazione, con una marcata variabilità interregionale (circa 1.500 casi stimati in Lombardia).

Scopo. Lo scopo del nostro lavoro attuale è quello di stimare la frequenza dei soggetti immigrati in un servizio ambulatoriale dedicato alla diagnosi e al trattamento delle persone con disabilità cognitive.

Metodi. È stata condotta un'analisi retrospettiva su tutti i soggetti valutati tra il 2001 e il 2017 in un ambulatorio ospedaliero universitario a Milano.

Risultati. Su un totale di 4.701 soggetti, sono stati identificati 61 immigrati (1,3%), con una lingua madre diversa dall'italiano. Una barriera linguistica era presente nel 26% dei casi, con l'impossibilità di una valutazione cognitiva nel 87,5% di tali pazienti. In questi casi l'iter diagnostico doveva basarsi solo sulla storia clinica e sull'esame obiettivo, con il supporto di indagini di laboratorio e radiologiche. L'età media e l'educazione erano rispettivamente di $67,5 \pm 14,2$ anni e di $11 \pm 5,2$ anni; le femmine erano il 62,3%. La maggior parte dei soggetti (circa il 65%) proveniva da un altro paese europeo; il 14,8% proveniva da paesi con uno stato economico basso o medio-basso. Una demenza degenerativa (malattia di Alzheimer nel 92% dei casi) è stata diagnosticata in 19 soggetti (31,1%). Una tendenza crescente nel numero di casi è stata osservata nel corso degli anni.

Discussione. A nostra conoscenza questo è il primo tentativo di quantificare e descrivere il fenomeno dei pazienti immigrati con disturbi cognitivi in un servizio ambulatoriale in Italia. A causa delle continue modifiche socio-demografiche, la caratterizzazione del deterioramento cognitivo e della demenza in questa popolazione, con le sue peculiarità e sfide, e l'attuazione di strategie e politiche dedicate costituiscono questioni emergenti e urgenti per il nostro sistema sanitario.

GIOVINAZZO - COMUNITÀ AMICA DELLE PERSONE CON DEMENZA: PERCORSO 2015-2018

De Vanna Floriana (a), Sollecito Michele (b), Tatulli Emanuela (a)

(a) *Anthropos Società Cooperativa Sociale, Giovinazzo, Bari*

(b) *Assessorato alle Politiche Sociali ed Educative, Giovinazzo, Bari*

Introduzione. Diventare un Comune AMICO delle persone con demenza significa impegnarsi verso la promozione di un nuovo modello culturale fondato sull'accoglienza e sulla comprensione dell'altro. Significa mettere al centro la persona e la sua famiglia, prima ancora della fragilità e promuovere una rete in cui respirare uno spirito di solidarietà e vicinanza. In questa ottica, dal 2015, il Centro Diurno Gocce di Memoria – Anthropos ha lavorato insieme al Comune di Giovinazzo (BA) e alle famiglie delle persone affette da demenza.

Metodi. Coinvolgimento degli *stakeholder* cittadini, informazione/formazione, partecipazione e attività di socializzazione, lotta allo stigma. Valutazione e monitoraggio annuale mediante: Focus Group (con il coinvolgimento diretto delle famiglie e degli *stakeholder*), svolgimento di interviste mirate e somministrazione di questionari appositamente predisposti. Tre Tavole Rotonde cittadine sul tema: "Comunità Solidale Amica della demenza"; Incontri di formazione/informazione per Vigili Urbani, personale scolastico, genitori, alunni, commercianti. Scuola delle famiglie sulle fragilità. Seminario ECM Interventi non farmacologici nelle demenze, per Medici di Medicina Generale. Incontri informativi dedicati alla comunità religiosa sulla malattia di Alzheimer. Progetto annuale Memory Check-Up - il mese della prevenzione. Preparazione e distribuzione dell'opuscolo "Informa Alzheimer" alle farmacie di Giovinazzo contenente informazioni generali e consigli pratici sulle demenze. Incontro cittadino in un ristorante locale: "Nutrizione KM Giusto - per non dimenticare di mangiare bene". Evento di sensibilizzazione cittadina "Cosa non vorresti mai dimenticare?", nella principale Piazza di Giovinazzo. Conferenze culturali e incontri con scrittori nazionali, rivolti a famiglie, operatori, scuole. Attuazione di Laboratori di Pasticceria dedicati alle famiglie con fragilità con associazione commercianti Giovinazzo. Eventi musicali quali: Concerto di Natale presso il Teatro Traetta di Bitonto e Saggio finale del coro VEGA composto da persone affette da Alzheimer e demenze. Alzheimer Cafè itinerante all'interno di caffè della città di Giovinazzo. Eventi religiosi quali Precetti Pasquali e natalizi, pensati per persone con Alzheimer e demenza. Eventi Artistici: "Progetto ABILITARTE", esposizione opere d'arte realizzate da pazienti, in collaborazione con la Galleria Nazionale della Puglia "Girolamo e Rosaria Devanna" di Bitonto. Visita guidata dedicata per persone affette da Alzheimer e demenze, presso stessa galleria. Eventi per la lotta allo stigma: Conferenza cittadina a tema "Giusta alimentazione e buoni stili di vita" con la partecipazione di Associazione sportive locali, esperti neurologi, medici dello sport e psichiatri. Maratona solidale cittadina *Fitwalking* del levante - camminare insieme per la demenza.

Conclusioni. Quanto realizzato rappresenta non un progetto a termine ma un continuum operativo di ricerca, coinvolgimento, di persone ed istituzioni pubbliche e private.

CENTRO DIAGNOSI E CURA PER LE DEMENZE - ASREM MOLISE. PRESA IN CARICO INTEGRATA DEL PAZIENTE CON DEMENZA CON MODELLO DI INTERVENTO SISTEMICO

Di Cesare Gabriela (a), Dentizzi Mino (b)

(a) *AsREm - Azienda Sanitaria Regionale del Molise, Campobasso*

(b) *AsREm - Azienda Sanitaria Regionale del Molise - CDCD, Campobasso*

Introduzione. Il Centro Diagnosi e Cura per le Demenze nasce nel 2002 a presso la ASL 3 di Campobasso come Unità Operativa del Progetto Alamo, sperimentazione del Ministero della Salute (programmi speciali D.lgs 229/99 comma 6 art. 12 bis). L'obiettivo dell'Unità Operativa denominata "Servizi innovativi per l'Alzheimer" era di implementare approcci assistenziali più efficaci rivolti alle persone con demenza e ai loro familiari garantendo un "continuum" assistenziale e risposte reali, attivando nuove strutture come i Centri Alzheimer, i Nuclei Alzheimer e i centri diurni dopo la conclusione della sperimentazione del "Progetto Cronos".

Metodi. Il CDCD si fonda su un modello sistemico di presa in carico integrata e definisce un progetto condiviso con paziente e famiglia, allo scopo di promuovere la partecipazione e le potenzialità di tutti i soggetti coinvolti. Tra gli obiettivi specifici: costruire un intervento congiunto non delegante con i MMG e familiari tramite un contratto formale di presa in carico; fornire supporto e diventare agente di cambiamento per la rete familiare, informale e istituzionale; creare una cultura di sistema per la presa in carico della malattia dementigena; diventare punto di riferimento regionale per MMG, malati, famiglia, Centri UVA, reti sociali ed Istituzioni. Il Centro con l'equipe di medici specialisti, psicoterapeuti, neuropsicologi, assistenti sociali accoglie l'utenza tramite una presa in carico che valuta la specificità soggettiva e familiare della patologia sul paziente. I protocolli diagnostici di base sono un momento di partenza per personalizzare la valutazione diagnostica e funzionale in base ad una lettura sistemica del contesto del paziente. Il modello di intervento sistemico consente di attivare servizi integrati, considerando la globalità della persona in cui i disturbi sono messi in relazione con la componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, con gli stili di vita e i fattori ambientali. Questa modalità si propone di collocare in un processo unitario i diversi apporti di natura sociale, sanitaria, riabilitativa.

Risultati. Il CDCD operando in una piccola regione come il Molise con poco più di 300.000 abitanti è divenuto riferimento stabile per la presa in carico delle demenze. Dal 2002 ha accolto oltre 6.000 persone, con una media di 700 pazienti all'anno. Gli stessi sono seguiti dal centro per 5/6 anni, con controlli programmati semestrali.

Conclusioni. Gli interventi integrati del CDCD rappresentano un processo di aiuto con e per i cittadini e la loro comunità; accoglie bisogni complessi che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale dei bisogni, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti.

UN UPDATE DELLE POLITICHE INTERNAZIONALI E NAZIONALI

Di Fiandra Teresa

Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Nel quadro dell'annuale aggiornamento relativo alle attività messe in campo sia a livello internazionale che nazionale, vengono illustrati gli ultimi progressi del lavoro promosso e monitorato dal Ministero della Salute. Sul versante internazionale, nell'ultimo anno sono proseguite le attività della *Joint Action (JA) Act on dementia* mirate a promuovere in tutti i paesi europei l'adozione delle *best practice* nei diversi ambiti di assistenza dei pazienti con demenza e dei loro familiari. L'Italia partecipa a questo progetto coordinando le attività del *Work Package 5* sul coordinamento delle cure, come *associated partner* al WP4 sulla diagnosi e supporto post diagnostico e come *collaborating partner* al WP7 sulle comunità amiche della demenza. Si è deciso di implementare le buone pratiche previste dai WP4 e 5 nel territorio dell'AUSL di Modena e quelle previste dal WP7 nel comune di Abbiategrasso. In particolare a Modena si sta lavorando per l'utilizzo di strumenti validati per l'invio dei soggetti con sospetto decadimento cognitivo dalla medicina generale ai centri specialistici e per sperimentare modalità congiunte di gestione dei disturbi comportamentali dei pazienti con demenza tra i MMG e gli specialisti dei Centri per disturbi cognitivi e le demenze. Per quanto riguarda il lavoro già in corso ad Abbiategrasso per la strutturazione di una comunità amica per la demenza si sta promuovendo il consolidamento del modello all'interno ed il proficuo confronto con le sperimentazioni in atto negli altri Paesi partecipanti al WP7. Di particolare rilievo, in ambito europeo, è lo stimolo che stiamo offrendo affinché il gruppo dei *Governmental experts on dementia* mantenga il suo ruolo nella promozione di specifiche attività strategiche condivise da parte della Commissione Europea. Sempre nell'ambito dei raccordi internazionali prosegue il supporto fornito all'OMS per l'implementazione del *Global Dementia Observatory* con la trasmissione di dati e informazioni sull'esperienza italiana. In Italia proseguono i lavori del Tavolo sul recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze (PND). Dopo l'approvazione in Conferenza Unificata nel mese di ottobre del 2017 dei due documenti sulle Linee di Indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze e sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze, il Tavolo ha deciso di attivare due nuovi sottogruppi, il primo sul tema degli aspetti etici ed il secondo su quello delle comunità amiche della demenza, in raccordo con l'esperienza della JA europea. Il sottogruppo sugli aspetti etici ha organizzato il proprio lavoro su quattro aspetti cruciali dell'etica, e precisamente: figure giuridiche nell'assistenza dei pazienti, comunicazione della diagnosi, competenza e strumenti per la sua valutazione, fine vita e disposizioni anticipate. L'obiettivo è di redigere altri due documenti (appunto etica e comunità amiche per la demenza) da portare, come prevede il PND, in approvazione alla Conferenza Unificata. Il Tavolo ha inoltre formulato una richiesta al responsabile del nuovo Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), sempre in applicazione del PND (obiettivo 3, azione 3.1), di inserire nella priorità delle attività del SNLG una Linea Guida pubblica sul tema dei trattamenti

psicosociali, educazionali e riabilitativi nella demenza. Infine, confermando il sostegno del Ministero al tema cruciale della formazione, è stato finanziato un corso nazionale sui PDTA organizzato dall'ISS, seguito da uno locale nell'ASL di Palermo, ed è stato avviato, attraverso il CCM, un progetto di validazione dei flussi informativi correnti con le cartelle cliniche dei CDCD, che vede coinvolte quattro Regioni (Campania come capofila, Lazio, Toscana, Piemonte) e l'Istituto Superiore di Sanità.

ATTIVITÀ E SPERIMENTAZIONE

Di Soccio Giovanna

Azienda Sanitaria Regionale del Molise, Campobasso

Il Centro Diurno Alzheimer di Campobasso, gestito dalla Cooperativa Sociale Ricerca & Progetto, nasce nel 2003 con l'obiettivo di realizzare un programma di intervento, interdisciplinare e integrato, che prevede una "attivazione cognitiva" finalizzata all'ottimizzazione delle riserve cognitive presenti nei pazienti affetti da demenza. Gli interventi proposti all'interno del nostro centro sono finalizzati ad una "attivazione globale": infatti le aree interessate sono diverse: area riabilitativa di tipo cognitivo, area socio-affettiva, attività motoria adattata, attività di animazione e socializzazione, attività trasversali. L'area riabilitativa di tipo cognitivo comprende le seguenti attività:

- ROT (*Reality Orientation Therapy*): il principale obiettivo della ROT consiste nel riorientare il paziente, per mezzo di stimolazioni ripetitive multimodali, rispetto alla propria storia personale, al sé, all'ambiente, allo spazio e al tempo.
- Terapia della Reminiscenza: consiste in un intervento riabilitativo psicosociale in cui grande importanza assumono "i ricordi", considerati spunto per stimolare le risorse mnestiche residue e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli.
- *Training* cognitivi carta e matita o computerizzati.

Attività motoria adattata: l'utente viene stimolato ad effettuare una regolare attività motoria, per aiutarlo a mantenere il suo stato di salute e allo stesso tempo migliorare le sue capacità di coordinazione. Le attività di animazione e socializzazione includono i laboratori ludico-ricreativi e manuali, cineforum, gite e laboratori di narrazione attraverso racconti terapeutici.

Musicoterapia: è una modalità di approccio alla persona che utilizza la musica o il suono come strumento di comunicazione non-verbale, per intervenire a livello educativo, riabilitativo o terapeutico.

Laboratorio di cucina: la cucina sembra essere un ambito privilegiato in cui memorie e saperi continuano a confluire per cui gli utenti vengono coinvolti in attività di preparazione, consumo dei pasti, riassetto della cucina.

Nota a parte meritano la *Pet-Therapy* e il *Nordic Walking*.

Il progetto "La mia zampa per te" prende spunto da una ricerca sulla *Pet-Therapy*, oggetto di tesi di una studentessa dell'Università degli Studi del Molise. Si realizza grazie alla collaborazione della FIDASC Molise e dell'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Campobasso. Terapia di supporto che integra le terapie tradizionali in grado di modulare lo stato psicoaffettivo, socio-comportamentale ed emotivo del paziente armonizzandosi con le condizioni socio-sanitarie già esistenti. In collaborazione con l'Università degli studi del Molise gli utenti del Centro Diurno partecipano ad un progetto sperimentale volto all'individuazione di una correlazione tra l'attività di *Nordic Walking* e il miglioramento dell'attività cognitiva nei pazienti affetti da Alzheimer.

DEMENTIA CARE MAPPING: STRUMENTO PER MIGLIORARE LA RELAZIONE DI CURA NEL NUCLEO ALZHEIMER CURE INTERMEDIE DEL PIO ALBERGO TRIVULZIO DI MILANO

Engaddi Ilaria, Pelucchi Loris, Salmoiraghi Fabrizio, Farina Simona, Farris Maria Antonietta, Negri Chinaglia Cinzia
Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanese Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano

Introduzione. Il *Dementia Care Mapping* è uno strumento per migliorare la relazione tra lo staff e le persone con demenza ricoverate presso un Nucleo Alzheimer Cure Intermedie del Pio Albergo Trivulzio di Milano. La cura della Persona Con Demenza (PCD) richiede di affiancare ad interventi clinico assistenziali e riabilitativi di tipo biomedico, anche approcci che individuino nella “relazione” il *target* prioritario di intervento, come promosso dai modelli psicosociali. Nel contesto delle Cure Intermedie (CI), il profilo 5 è dedicato a PCD provenienti da ospedale (55%) e domicilio (42%) per ricoveri temporanei a carico del SSN il cui *outcome* primario è il rientro a domicilio dopo una degenza media di $53,37 \pm 23,11$ giorni durante i quali vengono pianificati interventi finalizzati al migliore recupero funzionale possibile, compresa la stabilizzazione dei BPSD.

Metodi. Con la premessa che il contesto di cura rappresenta l’ambiente in cui si sviluppa la relazione tra PCD e lo staff, abbiamo deciso di sviluppare pratiche di *Person Centred Care* (PCC) secondo il modello proposto da Kitwood secondo il quale nella *care* della demenza obiettivo principale è mantenere la *personhood*. Il *Dementia Care Mapping* (DCM) è lo strumento di osservazione del comportamento e del benessere della PCD e consente, attraverso un *feedback* fornito all’*équipe* di effettuare una rivalutazione critica del proprio operato promuovendo le buone prassi relazionali. Per raggiungere tale obiettivo sono state effettuate mappature secondo DCM: la relativa durata media dei ricoveri ($53,37 \pm 23,1$) non consente la rivalutazione dei medesimi pazienti a distanza di tempo, per misurare l’efficacia degli interventi mirati attivati a seguito del *feedback*, ma può rilevare un miglioramento della qualità di cura obbliga a privilegiare l’impatto che la metodologia garantisce sul miglioramento della relazione di cura. A scopo esemplificativo: due mappature effettuate a distanza di 3 mesi hanno rilevato un sensibile miglioramento dei comportamenti che promuovono l’essere persona, i *personhood enhancers* - indicatori definiti dal metodo-, da parte dell’*équipe* di cura.

Risultati. Si è osservata una maggiore attenzione ai bisogni di inclusione e di occupazione dei pazienti osservati durante la seconda mappatura rispetto alla precedente.

Conclusioni. Il livello di interesse dell’*équipe* alle prime mappature eseguite appare incoraggiante e verranno effettuate ulteriori mappature DCM per consolidare l’adesione e la partecipazione al modello PCC proposto.

USO DEL GENERAL PRACTITIONER ASSESSMENT OF COGNITION (GP-COG) NELLA PRATICA DELLA MEDICINA GENERALE DI MODENA

Fabbo Andrea (a), Bergamini Lucia (a), De Salvatore Luigi (a), Grandi Fausto (a), Manni Barbara (a), Zaccherini Davide (a), Gervasi Giuseppe (b,d), Penna Luana (b), Mazzola Monica (b), Lacorte Eleonora (b), Mayer Flavia (b), Bacigalupo Ilaria (b), Di Fiandra Teresa (c), Vanacore Nicola (b)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

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

(c) Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

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

La *Joint Action Europea Act on dementia* si propone di implementare le raccomandazioni del precedente progetto europeo ALCOVE e di promuovere l'adozione delle *best practice* in tutti gli ambiti di assistenza dei pazienti con demenza e dei loro familiari. Queste attività comprendono l'identificazione di specifiche località, all'interno del territorio nazionale, dove implementare le migliori pratiche identificate. Nello specifico, l'attività del *Work Package 4 (WP4)* è mirata alla gestione della diagnosi precoce e del supporto post-diagnostico nei casi di sospetta demenza. L'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Modena è stata scelta come sede ottimale per l'implementazione delle procedure mirate all'ottimizzazione del percorso diagnostico. Il processo di implementazione prevede: il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'identificazione precoce e successivo monitoraggio dei casi di sospetta demenza; l'introduzione del test GP-Cog come strumento di *case finding* in sostituzione al questionario SDS (*Symptoms of Dementia Screener*) attualmente in uso e non validato nel contesto italiano; formazione di un nucleo di infermieri a supporto del lavoro del MMG. A tale scopo, è stato pianificato un programma formativo strutturato in un iniziale corso residenziale, seguito da un programma di Formazione a Distanza (FAD). Il corso residenziale è stato organizzato a Modena il 21 marzo 2018, al fine di illustrare finalità e applicabilità del GP-Cog ad un team selezionato di 146 MMG provenienti da vari distretti dell'AUSL di Modena e replicato il 3 giugno per un gruppo di 30 infermieri. Il corso FAD per i MMG è stato strutturato in modo da far acquisire le competenze tecniche necessarie all'uso del GP-Cog. L'obiettivo principale dell'intero programma formativo è rendere il MMG in grado di utilizzare in modo corretto il GP-Cog nella pratica clinica, identificare precocemente i soggetti con disturbi cognitivi e pianificare una adeguata presa in carico. La formazione si propone, inoltre, di implementare l'uso del GP-Cog come strumento di inquadramento pre-diagnostico in soggetti con sospetto deterioramento cognitivo, ottimizzare il processo decisionale che stabilisce se e quando il MMG deve indirizzare un soggetto con sospetto deterioramento cognitivo agli specialisti dei Centri per Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD),

aumentare l'adeguatezza dell'invio dei pazienti con sospetto deterioramento cognitivo ai CDCD. Il progetto si propone di valutare attraverso parametri epidemiologici e clinici (sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo), il passaggio dall'uso del SDS al GP-Cog.

GESTIONE DELLE EMERGENZE IN PAZIENTI CON DEMENZA: UN APPROCCIO INTEGRATO E MULTIDISCIPLINARE A MODENA

Fabbo Andrea (a), De Salvatore Luigi (a), Manni Barbara (a), Vezzosi Angelo (a), Gervasi Giuseppe (b,d), Penna Luana (b), Mazzola Monica (b), Lacorte Eleonora (b), Mayer Flavia (b), Bacigalupo Ilaria (b), Di Fiandra Teresa (c), Vanacore Nicola (b)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

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

(c) Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

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

La *Joint Action (JA) Act On Dementia*, cofinanziata dalla Commissione europea, ha come duplice obiettivo proseguire le attività iniziate nell'ambito della precedente JA ALCOVE e promuovere l'implementazione delle migliori pratiche per tutte le fasi assistenziali che coinvolgono i pazienti con demenza e i loro *caregiver*. Nell'ambito del *Work Package (WP) 5*, è prevista l'implementazione, all'interno della AUSL di Modena, delle migliori pratiche per la gestione delle crisi e per il coordinamento dell'assistenza. Il progetto di implementazione del WP5 ha coinvolto i Medici Di Medicina Generale (MMG) nella gestione terapeutico-assistenziale dei pazienti con demenza associata a disturbi comportamentali e psicologici (BPSD). L'obiettivo principale del progetto è incrementare l'interazione tra MMG e specialisti dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenza (CDCD) nella gestione delle emergenze comportamentali nei soggetti con demenza e ridurre la frequenza di accessi inappropriati di soggetti con BPSD al pronto soccorso (PS-DEA). Nel distretto di Modena è stato formalizzato dal 2014, in accordo con la Medicina Generale, il protocollo di presa in carico condivisa dell'anziano con demenza e un percorso dedicato di visite "urgenti" (entro 10 giorni) di anziani con demenza e BPSD severi, persistenti e non responsivi alle terapie di primo livello. Per le finalità del progetto di implementazione è stato somministrato ai MMG partecipanti al progetto un questionario mirato a valutare il grado di soddisfazione rispetto all'attuale sistema di gestione dei BPSD all'interno della AUSL di Modena ed è stato organizzato un programma formativo strutturato in un iniziale corso residenziale, seguito da un programma di Formazione a Distanza (FAD).

Il corso residenziale è stato organizzato a Modena il 12 maggio, con l'obiettivo di formare i 138 MMG partecipanti, provenienti dalla AUSL di Modena, su come identificare e gestire i pazienti con BPSD, mentre il successivo corso FAD è stato mirato all'acquisizione di specifiche competenze per la gestione dei pazienti con BPSD. L'obiettivo principale dell'intero programma formativo è rendere il MMG in grado di identificare i soggetti con demenza che mostrano un BPSD, discriminare lo specifico tipo di BPSD e pianificarne un'appropriata gestione. L'intero progetto di implementazione ha come scopo migliorare la presa in carico e la gestione in acuto delle crisi psicotiche e

comportamentali. In particolare, tra gli obiettivi specifici del progetto vi sono un aumento del numero di richieste attive da parte dei MMG agli specialisti dei CDCD e riduzione del numero di accessi inappropriati al PS.

NUOVI PASSI: L'IMPORTANZA DEI PERCORSI FORMATIVI

Flesia Luca, Rapattoni Monica, Ceron Davide, Piva Raffaella, Bolamperti Emanuela, Rigon Michela Fernanda

Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus, Padova

Introduzione. Numerosi studi evidenziano l'importanza di percorsi formativi rivolti al personale che si prende cura di persone affette da demenza. Tali percorsi possono consentire di apprendere strategie efficaci di gestione dei disturbi psico-comportamentali, riducendo ricorso a contenzioni, a terapie farmacologiche e migliorando salute, benessere e qualità di vita di pazienti e loro familiari. Tuttavia il solo insegnamento di specifiche terapie e tecniche psicologiche non è di per sé sufficiente al miglioramento degli *outcomes*. È necessario un più ampio cambiamento della cultura del gruppo di lavoro e del lavoro di gruppo.

Metodi. Per far fronte alle sempre maggiori richieste di famiglie con anziani affetti da demenza, è stato avviato "Nuovi Passi", all'interno della Fondazione Oic-Onlus, ampio percorso di riorganizzazione strutturale, per consentire un'adeguata presa in carico integrata di pazienti affetti da demenza. Oltre all'implementazione di dodici nuclei protetti dedicati, con specifiche caratteristiche ambientali, è stato avviato un progetto formativo in tre moduli, che coinvolgerà tutti i dipendenti della struttura, anche quelli non operanti in nuclei dedicati. Nella cura della demenza il gruppo è chiamato ad esserci non tanto attraverso le differenze dei ruoli, quanto attraverso l'integrazione delle competenze. Di fronte alle confuse "parti" identitarie del paziente, spesso frammentate e disgregate, il sistema di cura deve riuscire a farsi con-tenitore sicuro e flessibile delle complesse e spesso imprevedibili criticità emergenti. Il progetto formativo, anziché proporre un format predisposto sulla sola base della numerosa letteratura esistente, è partito sin dalla sua progettazione in ottica gruppale, prevedendo incontri settimanali da parte dello staff formativo (direttore di struttura, consulente esterno specialista in demenza, psicologo, educatore, fisioterapista), al fine di sperimentare e fare gruppo ancor prima che insegnare il gruppo stesso. Utilizzando il paradigma dell'isomorfismo istituzionale, il gruppo di formazione si è dinamicamente riorganizzato per farsi pronto a con-tenere i bisogni e le richieste dei discenti, così come, in maniera isomorfa, il gruppo di lavoro deve essere in grado di fare nella quotidianità operativa di presa in carico. All'interno del format è prevista anche la voce di un operatore socio-sanitario, attraverso una testimonianza in persona, piuttosto che attraverso un video.

Risultati e conclusioni. Ad oggi sono stati formati circa ottanta operatori socio-sanitari, venti infermieri, cinque educatori, tre fisioterapisti. I partecipanti hanno evidenziato l'utilità degli incontri formativi. Il format, così strutturato, ha consentito al gruppo di sentirsi gruppo e di far emergere costruttivamente criticità e ulteriori richieste di lavoro di gruppo. Nella quotidianità è aumentata l'integrazione delle competenze di fronte ai bisogni dei pazienti.

NUOVE FRONTIERE NELL'APPROCCIO ALLA DEMENZA. COSTRUZIONE DI UNA RETE NAZIONALE DI GRUPPI DI SUPPORTO ONLINE PER PERSONE CON DEMENZA

Flesia Luca, Leorin Cristian, Stella Eloisa
Associazione Novilunio Onlus, Padova

Introduzione. La demenza è una malattia colpita da forte stigma sociale, con importanti ricadute sul vissuto e sull'esperienza delle persone che ricevono diagnosi di demenza e sulle loro famiglie. Purtroppo tale stigma trova ancor oggi espressione anche nel mondo socio-sanitario e nei modelli di presa in carico: mancata comunicazione della diagnosi, focus prioritario sui *deficit* e sulla dimensione patologica e terapeutica in senso stretto, svalutazione dell'autoconsapevolezza, con effetti diretti e indiretti negativi su autostima, senso di autoefficacia e qualità di vita delle persone con demenza. La fase iniziale di malattia resta spesso uno spazio vuoto, per lo più dimenticato dalle istituzioni. E' necessario lavorare alla definizione di buone pratiche che contrastino lo stigma e restituiscano senso e dignità a chi convive con questa malattia. A tal fine organizzazioni internazionali come *Dementia Mentors* e *Dementia Alliance International* hanno avviato esperienze di gruppi di auto mutuo aiuto online per persone con demenza.

Metodi. Associazione "Novilunio Onlus" ha da tempo avviato con ottimi risultati numerosi gruppi di auto mutuo aiuto online per familiari di persone con demenza (esordio precoce, fronto-temporale, corpi di Lewy). La specificità del gruppo online consente di bypassare barriere fisiche o sociali e resistenze all'incontro in persona, riducendo il pesante senso di isolamento che spesso affligge i familiari. Con l'obiettivo di estendere l'esperienza a persone con demenza iniziale, è stata individuata una piattaforma online semplificata, accessibile da PC, tablet o smartphone. Principio orientativo del progetto è il concetto di "Salute Sociale", teso al raggiungimento del miglior equilibrio dinamico tra limiti ed opportunità.

Risultati. Per chi convive con una demenza, l'esperienza del gruppo online consente di mantenere autonomia e senso di autodeterminazione facendo leva sulla continuità con la propria storia ed esperienza personale e sul bisogno di contrastare il rischio di solitudine e isolamento. Stabilire legami di solidarietà in un ambiente non patologizzante consente inoltre di valorizzare il proprio senso di utilità e normalità con la prospettiva di una "ripartenza dopo la diagnosi". Grazie all'appoggio dei gruppi di familiari coinvolti e alla collaborazione con le reti territoriali, sta iniziando la sua attività il primo gruppo online per persone con demenza.

Conclusioni. Il dispositivo del gruppo online per persone con demenza può in molti modi contribuire a cambiare la cultura della demenza in Italia. Questo sarà il punto di partenza per elaborare le linee guida che consentiranno la costituzione di un network di gruppi provenienti da tutta Italia per affrontare insieme la vita oltre la diagnosi.

SCREENING DEI SINTOMI DEPRESSIVI NELLE DEMENZE: LA GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Galeoto Giovanni (a), Sansoni Julita (a), Valente Donatella (b), Tofani Marco (c)
(a) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*
(b) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*
(c) *Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. L'incidenza di depressione si attesta attorno al 30% nei casi di demenza vascolare o di Alzheimer e di oltre il 40% nelle demenze associate a malattia di Parkinson e di Huntington. Inoltre, recenti studi in una popolazione di adulti maturi, rivelano che i sintomi depressivi sono maggiormente correlabili alla demenza e potrebbero indicare stadi iniziali della malattia. Pertanto, il presente lavoro si pone come obiettivo la validazione italiana della *Geriatric Depression Scale* (GDS-IT) presentando i risultati nella popolazione anziana e nella malattia di Parkinson.

Metodi. Il campione è stato reclutato in diverse strutture universitarie e territoriali della Regione Lazio. Sono state valutate la consistenza interna, l'affidabilità test-retest, la validità concorrente e di costrutto. Infine, sono state valutate sensibilità e specificità.

Risultati. Le proprietà psicometriche per entrambi i gruppi di studio, si sono dimostrate valide ed affidabili in linea con le altre validazioni presenti in letteratura. La GDS-IT mostra inoltre una sensibilità dell'84% ed una specificità del 77,5% nella popolazione anziana, e dell'87% e 82% nella popolazione con malattia di Parkinson.

Conclusioni. La GDS-IT risulta uno strumento valido ed affidabile per un primo *screening* dei sintomi depressivi in entrambe le popolazioni di studio. Tuttavia, ulteriori ricerche dovranno valutarne l'utilità in popolazioni differenti, come nei casi di grave compromissione cognitiva.

PROFILO 5 DELLE CURE INTERMEDIE: QUALE CURA POSSIBILE? ESPERIENZA DELL'ISTITUTO GERIATRICO REDAELLI DI MILANO

Gandolfi Maria Carla, Arenare Francesca, De Domenico Donatella, Fabbrini Stefano, Paz Eraso Cynthia, Grillo Antonio

Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Milano

La Delibera Regionale 3383/2015 della Regione Lombardia definisce per i pazienti con demenza diagnosticata e disturbi psicocomportamentali un profilo assistenziale specifico, il Profilo 5, all'interno delle Cure Intermedie. Scopo dello studio è ricercare eventuali categorie di pazienti, all'interno del Profilo 5, con particolare rischio in termini di esito, alle quali destinare risorse specifiche per la prevenzione e la gestione degli esiti sfavorevoli, in modalità sostenibili in base agli obiettivi e all'organizzazione di reparto. Dal 01/01/2017 al 30/09/2017 sono stati consecutivamente ricoverati 125 pazienti, prevalentemente donne (62%), con età media di 84 anni, provenienti per lo più dal domicilio (80%), con familiari ad elevato livello di stress (mediana RSS 45/60) e con motivo prevalente di ricovero di tipo psicocomportamentale (55%). I pazienti esaminati presentano elevata comorbilità (53% con 4 patologie attive oltre alla principale), grave demenza (CDR 3/5 nel 43% dei pazienti, mediana MMSE 14/30), elevata dipendenza assistenziale (Indice di Complessità Assistenziale di 3 nel 58%, mediana Barthel 51/100) e funzionale (mediana Tinetti 15/28), associate a importanti disturbi psicocomportamentali (mediana NPI 42/144) all'ingresso, senza significativa differenza tra chi è ricoverato con motivazione funzionale vs psicocomportamentale. Tanto gli indicatori assistenziali e funzionali quanto quelli comportamentali hanno mostrato un esito favorevole ad un confronto tra i valori di mediana ingresso-dimissione. Con un valore di degenza media di 70 giornate, i pazienti rientrano al domicilio nel 58% dei casi, mentre nel 22% sono ricoverati in RSA, nel 6% sono trasferiti in ospedale e nell'11% decedono in struttura. L'ospedalizzazione e il decesso, considerati *outcome* sfavorevoli, sono correlati significativamente soltanto con l'entità dei disturbi comportamentali all'ingresso. Nessuna correlazione si rileva invece tra gli indicatori esaminati e l'elevato stress del *caregiver*, che si può presumere rappresenti il movente per la decisione al ricovero. I dati osservati nei pazienti con demenza del reparto di Cure Intermedie-Profilo 5 sembrano mostrare una forte relazione tra disturbi psicocomportamentali e *outcome* sfavorevoli, quali ospedalizzazione e mortalità. Visto l'elevato carico assistenziale e clinico, è verosimile che i disturbi psicocomportamentali siano espressione di "delirium", che emerge pertanto come sindrome geriatrica oggetto di prioritaria attenzione nel reparto. Un'elevata competenza professionale medica e infermieristica, deve adattarsi all'elevata sofferenza del paziente con incompetenza comunicativa e relazionale. Ciò richiede un'adeguata promozione delle attività della vita quotidiana e un'efficace stimolazione cognitiva multisensoriale, che si avvalgono di diverse professionalità riabilitative specifiche tra cui il terapeuta occupazionale e lo psicologo.

GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER: LA GOVERNANCE FARMACEUTICA

Garreffa Maria Roberta (a), Florio Luciana (b), Fersini Giuseppina (c), Urso Filippo (d), De Marco Giuseppe (d), Zito Cristina (a), Esposito Stefania (a), Monopoli Cristina (a), Naturale Maria Diana (e), De Francesco Adele Emanuela (a)

(a) *Unità Operativa Complessa di Farmacia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini, Catanzaro*

(b) *Ufficio Distribuzione per Conto, Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza*

(c) *Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro*

(d) *Unità Operativa Complessa di Farmacia, Azienda Ospedaliera di Cosenza, Cosenza*

(e) *Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università della Magna Graecia, Catanzaro*

Introduzione. La Demenza di Alzheimer (DA) è la più frequente tra le cause di demenza nella popolazione ultrasessantacinquenne. I farmaci approvati in Italia per il trattamento della DA sono gli inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi (donepezil, rivastigmina, galantamina) e la memantina, prescritti a carico del SSN su diagnosi e Piano Terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA). La nostra Regione nel 2015 ha individuato le UVA distribuite su tutto il territorio al fine di assicurare uniformità di accesso ai pazienti fragili. Dal novembre 2010 i medicinali per la DA vengono erogati mediante Distribuzione Per Conto (DPC). Il nostro obiettivo è di monitorare il consumo di tali farmaci nella nostra Regione al fine di valutarne l'andamento di spesa in rapporto all'utilizzo.

Metodi. Sono state analizzate, mediante l'utilizzo di un foglio Excel, le prescrizioni dei farmaci per il trattamento della DA (ATC N06D) erogate in DPC (7091 pazienti totali) nelle 5 ASP della Regione (circa 1.970.521 abitanti) nel periodo gennaio 2015 - dicembre 2016.

Risultati. Il consumo complessivo di medicinali anti-demenza è, nei due anni, pressoché sovrapponibile, pari a 10,19 DDD/1000ab/die nel 2015 e 9,93 nel 2016. Emerge, però, un notevole decremento della spesa, del 15,9% nel 2016 rispetto al 2015. Il principio attivo meno utilizzato è la galantamina (-13,2% nel periodo considerato), che incide sulla spesa totale per poco più del 2%. Per il donepezil si evidenzia un'importante riduzione in DDD/1000ab/die (-17,8%) a favore di rivastigmina (+2,1%) e di memantina (+5%). I dati di spesa rivelano un trend decrescente per ciascun principio attivo, particolarmente rilevante per donepezil e rivastigmina (con un risparmio rispettivamente del 26% e 19,7%), ma anche per la memantina (-7,4%). Solo in una delle 5 ASP si è verificata una riduzione della spesa pari all'8,7%, nonostante il consumo di farmaci per DA sia aumentato del 5,3%.

Conclusioni. Il monitoraggio dei consumi dei farmaci anti-demenza rientra in una strategia assistenziale integrata mirata all'ottimizzazione delle risorse pur garantendo l'appropriatezza delle terapie. La nostra Regione intende individuare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che vede protagonista il paziente con DA sin dalla sua presa in carico da parte del MMG. Il piano di *Governance* Farmaceutica adottato prevede la rinegoziazione dei prezzi dei farmaci erogati mediante DPC, tra cui quelli anti-demenza; si

ottiene, come evidenziato dal nostro studio, l'abbattimento dei costi a favore della salute del paziente. L'incremento dell'uso di memantina osservato potrebbe indicare un aumento dell'incidenza di DA grave ed una progressione della malattia nella popolazione colpita. Ci proponiamo, pertanto, di approfondire l'analisi al fine di verificare le motivazioni legate alle oscillazioni del consumo dei diversi principi attivi nel territorio della nostra Regione.

PRESENZA DI PRECOCE INTERESSAMENTO DELLE FUNZIONI FRONTALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER FAMILIARE: UNO STUDIO DESCRITTIVO

Gasparini Marina (a), Talarico Giuseppina (a), Tosto Giuseppe (b), Canevelli Marco (a), Salati Emanuela (a), Piscopo Paola (c), Confaloni Annamaria (c), Bruno Giuseppe (a)

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

(b) *Dipartimento di Neurologia, Columbia University, New York, NY, USA*

(c) *Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Negli ultimi anni, vari studi sono stati effettuati per differenziare pazienti con malattia di Alzheimer di tipo Familiare (FAD) e Sporadico (SAD), ma la maggior parte dei confronti clinici non hanno messo in evidenza differenze né sui disturbi comportamentali né sui disturbi cognitivi. In questo studio abbiamo comparato le performance cognitive sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo di pazienti FAD e SAD con esordio precoce.

Metodi. Sono stati arruolati 44 pazienti FAD (17 maschi e 27 femmine; età 50-84 anni) e 91 pazienti SAD (44 maschi e 47 femmine; età 56-84 anni) con una severità di malattia lieve (MMSE 20-28). Secondo i criteri NIA sono state identificate tre varianti: 1) esordio mnemonico (m-AD); 2) esordio visuo-spaziale (vs-AD) e 3) esordio frontale (f-AD). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a *screening* clinico, strumentale e neuropsicologico. Oltre agli score cognitivi, durante visita venivano raccolte anche informazioni sulla presenza di anosognosia, confabulazioni, perseverazioni e impulsività.

Risultati. L'analisi statistica non ha mostrato differenze significative tra i gruppi FAD e SAD, né sulle variabili demografiche né su quelle cliniche. Tuttavia, sono stati osservati score più bassi per l'*insight* ($F=7,18$; $p=0,0001$) e una maggiore tendenza alle perseverazioni ($x^2 8,38$; $p=0,004$) nei pazienti FAD rispetto al gruppo dei SAD. Inoltre, tale caratteristica era presente in tutti e tre i sottogruppi dei FAD ma anche nei pazienti f-SAD, ($F<1$; $x^2 3,77$, $p=0,15$).

Conclusioni. I risultati di questo studio suggeriscono che i pazienti FAD potrebbero essere affetti da precoci segni di interessamento frontale indipendentemente dalla presentazione tipica/atipica di malattia. I punteggi numerici grezzi dei test da soli non sono sufficienti a rilevare differenze sottili tra pazienti FAD e SAD, mentre l'integrazione dell'informazione tra fonti quantitative e qualitative potrebbe condurre ad una migliore comprensione dell'AD familiare.

ATTIVITÀ DI CUCINA E AUTONOMIA, STRUMENTI PER L'APPROVAZIONE DELLO SPAZIO FISICO E LA CRESCITA DI UNO SPAZIO INTERIORE IN RSA

Gentili Mirella (a), Baldini Manrica (b)

(a) Casa di Cura Villa Maria Immacolata, Roma

(b) Residenza Sanitaria Assistenziale San Raffaele Trevignano, Trevignano Romano, Roma

Introduzione. L'attività di cucina e la promozione dell'autonomia alimentare, influisce positivamente sui disturbi comportamentali e cognitivi? Contenere i disturbi comportamentali, determina una diminuzione dello stress lavoro correlato negli operatori sanitari? Due semplici domande ci hanno portato a condurre un *outcome research* in 2 diverse RSA, entrambe dotate di servizio di Terapia Occupazionale. Lo scopo del lavoro è dimostrare l'efficacia del trattamento occupazionale mediante attività di cucina e *training* per l'autonomia nell'alimentazione (*outcome* primario). Scopo ulteriore è verificare l'efficacia del trattamento nel diminuire lo stress dei *caregiver* correlato ai disturbi comportamentali (*outcome* secondario). *Outcome* Primario: si auspica un miglioramento non quantificato a priori dei punteggi a T_1 rispetto a quelli a T_0 nella scala MMSE, nella scala FIM (solo rispetto agli item cognitivi dal 14 al 18) con uno *score* da 7 a 35 e nella scala NPI (relativamente a gravità e frequenza della sintomatologia). *Outcome* Secondario: si auspica un miglioramento non quantificato a priori nella scala NPI per lo stress lavoro correlato dei *caregiver*. Si vuole dimostrare il raggiungimento dello scopo in termini di: contenimento dei disturbi comportamentali (con particolare riferimento all'autonomia relazionale, ad ansia, depressione, apatia e irrequietezza), contenimento del deterioramento cognitivo. Descrizione della Procedura: Lo studio si è svolto in 2 RSA, i 20 pazienti reclutati hanno effettuato un trattamento di terapia occupazionale, 5 giorni a settimana: attività di cucina e *training* per l'alimentazione. Criteri di inclusione: età ≥ 75 ; MMSE >15 e <25 ; diagnosi di ricovero: demenza diversa da Alzheimer. Criteri di esclusione: età <75 ; MMSE <15 e >25 ; diagnosi di ricovero: Alzheimer o patologia diversa da demenza.

Risultati. Dall'analisi dei dati ottenuti a T_0 e a T_1 , si osserva: una stabilità nei risultati del MMSE; un incremento della funzionalità negli item cognitivi della FIM; una stabilità dei risultati rispetto allo stress dei *caregiver*; una diminuzione dei punteggi relativi a gravità e frequenza dei disturbi comportamentali. L'esiguità del campione non permette una determinazione del p.

Conclusioni. Questo studio pilota, potrebbe costituire la base per la stesura di un protocollo di trattamento occupazionale dei pazienti affetti da demenza ricoverati in RSA. Poco o niente si trova in letteratura, ma la problematica del contenimento dei disturbi comportamentali in questi pazienti è molto attuale, in correlazione alla numerosità degli studi sul *burn-out* dei *caregiver*. La risposta quantitativa ai test somministrati può essere interpretata in senso qualitativo, ovvero come possibilità per il trattamento occupazionale di determinare un incremento della qualità della vita in RSA nei pazienti affetti da demenza.

USO DELLA CHECKLIST DELL'ALZHEIMER DISEASE INTERNATIONAL PER LA VALUTAZIONE DEI PIANI NAZIONALI DEMENZE DI 20 PAESI

Gervasi Giuseppe (a,b), Bacigalupo Ilaria (b), Lacorte Eleonora (b), Di Fiandra Teresa (c), Vanacore Nicola (b)

(a) Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi Tor Vergata, Roma

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

(c) Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Introduzione. L'elaborazione di un Piano Nazionale Demenza (PND) è stata indicata dalla *World Health Organization* (WHO) come un'urgenza in Sanità Pubblica. Nonostante le indicazioni di produrre un PND costruito su misura in base alle esigenze dell'utente finale, l'*Alzheimer's Disease International* (ADI) ha sottolineato come un PND di qualità deve contenere alcuni elementi fissi che sono stati raccolti in una *checklist*, strutturata in 3 domini, al fine di supportare l'elaborazione di un PND di alta qualità. Scopo dello studio è valutare l'aderenza alla *checklist* dell'ADI di una selezione di PND redatti da 20 Paesi.

Metodi. La valutazione di qualità è stata eseguita associando a ciascun *item* della *checklist* ADI una scala a 3 punti con un punteggio variabile da 1 (*item* assente), a 3 (*item* approfondito). Dalla somma del punteggio dei singoli *item* sono stati ottenuti i seguenti *score* complessivi: Dominio 1. Contenuti, formato da 10 *item* con uno *score* da 10 a 30; Dominio 2. Sviluppo, formato da 7 *item* con uno *score* da 7 a 21; Dominio 3. Implementazione, formato da 7 *item* con uno *score* da 7 a 21; Generale, formato dalla somma degli *score* dei singoli Domini, con *score* da 24 a 72. Dal sito web dell'ADI *group* sono stati selezionati i 20 PND pubblicati o tradotti in lingua inglese ai quali è stata somministrata la scala; un'analisi descrittiva degli *score* dei 20 PND è stata eseguita.

Risultati. Lo *score* generale medio dei 20 PND è di 58,65 ($\pm 7,31$), con uno *score* medio per i domini 1, 2 e 3 rispettivamente di 25,45 ($\pm 3,35$), 16,35 ($\pm 2,43$) e 16,85 ($\pm 2,32$). In particolare, la migliore aderenza è risultata negli *score* del Dominio 1, che oltre il 75% dei PND con uno *score* >24. Da un'analisi trasversale per singolo *item*, invece, è stato possibile identificare quali argomenti sono stati meno trattati nei 20 PND. In particolare si segnalano i seguenti *item* con scarsa aderenza: impegno nella ricerca (7/20), implementazione dei sistemi di monitoraggio (8/20) e finanziamento per la creazione e sviluppo del PND (8/20).

Conclusioni. L'analisi sui PND ha permesso di evidenziare una generale buona aderenza alla *checklist* dell'ADI da parte di tutti i PND selezionati, con una migliore aderenza ai Contenuti nella fase di stesura. Si vuole sottolineare come la maggior parte dei paesi esaminati (12/20) non ha ricevuto fondi di finanziamento per la stesura e creazione del proprio PND. Inoltre si segnala una scarsa attenzione ai temi relativi alla creazione, sviluppo ed implementazione dei sistemi di monitoraggio di un PND, così come nell'impegno nella ricerca.

📄 INQUINAMENTO ATMOSFERICO E INCIDENZA DI DEMENZA: UNA REVISIONE SISTEMATICA

Grande Giulia

*Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society,
Karolinska Institutet, Solna, Svezia*

Introduzione. L'inquinamento atmosferico è la maggiore causa ambientale di morbidità e mortalità al mondo. Tra gli svariati effetti deleteri sulla salute, il suo impatto negativo sulla funzione cerebrale è stato confermato in più studi. Numerosi studi hanno dimostrato che l'inquinamento atmosferico può indurre neurodegenerazione, stress ossidativo e neuroinfiammazione. Nuove evidenze sono state prodotte anche sul rischio di demenza associato ad elevati livelli di inquinanti atmosferici. Lo scopo di questa presentazione è quello di 1) riassumere le evidenze di letteratura riguardanti l'inquinamento atmosferico e il rischio di demenza, 2) esaminare l'associazione tra inquinamento atmosferico e rischio di demenza in uno studio longitudinale di popolazione.

Metodi. Al fine di raggiungere il primo scopo è stata condotta una ricerca sistematica di letteratura utilizzando i *databases PubMed, Web of Science* ed *Embase* per identificare gli articoli rilevanti (fino a settembre 2018). Sono stati inclusi solo studi longitudinali che indagassero il rischio di demenza in relazione all'inquinamento atmosferico. Per il secondo scopo abbiamo esaminato clinicamente 3.112 persone parte dello studio longitudinale svedese- *Swedish National study on Aging and Care in Kungsholmen*, a Stoccolma (SNAC-K). Quattro inquinamenti atmosferici (PM10, PM2.5, NOX, e SooT) sono stati valutati annualmente dal 1991 al 2011 utilizzando modelli di dispersione. Abbiamo valutato il rischio di demenza con modelli di regressione logistici multinomiali, considerando la morte come evento competitivo.

Risultati. 1) Per quanto riguarda la revisione sistematica di letteratura, dei 1.576 articoli individuati, 8 soddisfacevano i criteri di inclusione e sono stati inclusi nella sintesi qualitativa dei risultati. Nonostante l'elevata eterogeneità degli studi inclusi, è stato osservato un aumentato rischio di demenza in relazione ad elevati livelli di inquinanti atmosferici. 2) Per quanto riguarda in secondo scopo, in SNAC-K, durante 12 anni di *follow-up*, 468 persone hanno sviluppato demenza. Dopo aver controllato per variabili potenzialmente confondenti, alti livelli di PM10, PM2.5, NOX, e SooT erano associati a un rischio di demenza aumentato dal 40 al 65%.

Conclusioni. L'esposizione a inquinanti atmosferici è associata a un aumentato rischio di demenza. Nuovi studi sono necessari con lo scopo di indagare i possibili meccanismi che spieghino tale associazione.

ESPRESSIONE CLINICA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: PROSPETTIVA DI GENERE

Laganà Valentina, Addesi Desirée, Altomari Natalia, Smirne Nicoletta, Colao Rosanna, Frangipane Francesca, Puccio Gianfranco, Curcio Sabrina Anna Maria, Mirabelli Maria, Cupidi Chiara, Maletta Raffaele, Anfossi Maria, Bernardi Livia, Conidi Maria Elena, Gallo Maura, Vasso Franca, Di Lorenzo Raffaele, Torchia Giusy, Muraca Gabriella, De Vito Ornella
Centro Regionale di Neurogenetica, ASP CZ Lamezia Terme, Catanzaro

Introduzione. La demenza è una delle principali patologie connesse all'invecchiamento e una delle maggiori cause di disabilità. Tuttavia, gli studi sulle differenze di genere non sono stati ancora sviluppati in maniera completa sebbene esistano indicazioni di quadri clinici diversamente espressi nei due sessi. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di analizzare le differenze di genere in un'ampia coorte di pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

Metodi. Il campione è costituito da 1.925 pazienti affetti da malattia di Alzheimer (diagnosticata secondo i criteri NINCDS-ADRDA e NIA-AA) e seguiti presso il Centro Regionale di Neurogenetica di Lamezia Terme (Calabria, Sud Italia). Età media di 71,5+8,9 anni, *follow-up* medio è di 4 anni. Le variabili considerate sono state: prevalenza ed esordio della malattia, tempo intercorso tra esordio e prima visita, durata del *follow-up* e della malattia, scolarità, fattori di rischio cardiovascolari e metabolici oltre a un elenco di segni e sintomi che sono stati estratti dall'anamnesi cognitivo e comportamentale dei pazienti e suddivisi in 12 *cluster*. L'analisi statistica è stata effettuata mediante SPSS 20 ($p < 0,05$).

Risultati. Il sesso femminile è maggiormente rappresentato nel campione (67,1%). Non sono risultate differenze significative nel tempo intercorso tra l'esordio della malattia e la prima visita, nella durata del *follow-up* e nella durata della malattia. Le donne presentano una maggiore compromissione cognitiva sia alla valutazione basale che al termine del *follow-up* (*Mini-Mental State Examination* - MMSE 15,9+5,9 vs 17+6,5 nei maschi, i quali presentano un declino cognitivo più rapido alla fine del periodo di valutazione: MMSE 3,85+4,66 vs 2,93+4,39 nelle donne). Le donne della popolazione da noi studiata presentano una scolarità più bassa, un maggiore indice di comorbilità e una più alta prevalenza di ansia e depressione. Gli uomini si presentano con una prevalenza statisticamente più elevata di disturbi comportamentali, tra cui irritabilità e agitazione (0,041), e diversi disturbi cognitivi, tra cui *deficit* di linguaggio, aprassia, disorientamento spaziale e acalculia. I risultati relativi alla distribuzione dell'allele ε4 dell'APOE (Apolipoprotein E) non mostrano differenze significative in relazione al genere, sebbene confermino un possibile impatto di questo allele sul declino cognitivo.

Discussione. Oltre al classico *pattern* alzheimeriano caratterizzato dal disturbo di memoria e dal disorientamento temporale, presente in quasi tutto il campione senza differenza di genere, le donne presentano più bassa scolarità, più grave declino cognitivo e maggiore prevalenza di disturbi del tono dell'umore. Diversamente, gli uomini mostrano più rapido declino cognitivo e quadro comportamentale più aggressivo. L'identificazione di specifici aspetti di genere potrebbe essere un valido aiuto per un'identificazione più precoce della malattia di Alzheimer e una sua migliore gestione.

PROCESSO DI FORMAZIONE SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DEMENZE NEL CONTESTO LIGURE

Locatelli Walter (a), Orsi Enrica (a), Malagamba Elisa (a), Palummeri Ernesto (b)

(a) Azienda Ligure Sanitaria, Genova

(b) Commissione Demenze Regione Liguria, Genova

L'attuazione del Piano Demenze in Regione Liguria (DGR n. 55 del 2017) prevede di riorganizzare la rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD), con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia nella logica della continuità e circolarità ospedale-territorio. Nel 2018 sono entrati a pieno regime i due CDCD dell'area metropolitana genovese e il CDCD dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 4 ed entro la fine dell'annualità verrà avviato il terzo CDCD dell'area metropolitana. Il processo di realizzazione dell'organizzazione a rete dei CDCD rappresenta una rivoluzione organizzativo- gestionale relativa alla presa in carico della persona con demenza e della sua famiglia. Per tale ragione l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa) ha realizzato, parallelamente alla fase di monitoraggio della realizzazione, una fase di processo formativo, con la consapevolezza che il reale cambiamento può avvenire solo se avviene la condivisione con gli operatori che operano direttamente nel CDCD. Con deliberazione di A.Li.Sa n. 166/2017 "Indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Ligure per la realizzazione di percorsi formativi di interesse regionale per gli anni 2018-2019" tra le attività considerate di principale rilievo per le aziende e gli Enti del SSR, è stato individuato il filone Piano Regionale Demenze. Nelle indicazioni viene previsto un processo formativo che deve essere organizzato direttamente dagli Enti/Aziende caratterizzato da una prima parte di carattere generale per informare e formare i professionisti svolta dal livello regionale. Per tale ragione, in parallelo a quanto previsto per la programmazione dell'anno in corso, che vede le azioni utili alla realizzazione e consolidamento dei CDCD, è stato predisposto un piano formativo per il 2018 sui seguenti contenuti:

- Modulo I "Attuazione e Monitoraggio del Piano Regionale Demenze";
- Modulo II "Organizzazione della rete per i disturbi cognitivi e le demenze".

Operativamente le Aziende/Enti hanno organizzato delle giornate formative con il coinvolgimento degli esperti di A.Li.Sa per garantire uniformità nella divulgazione degli elementi fondanti il Piano Regionale Demenze. Le esperienze ad oggi effettuate hanno dimostrato un notevole interesse nella partecipazione da parte delle figure che costituiscono il CDCD, ma altresì delle figure che comprendono la rete dei servizi sociosanitari e sociali (Medici di Medicina Generale, Operatori distrettuali, Direttori Sanitari e Sociali di Distretto Sociosanitario, operatori dei servizi comunali, Associazioni dei Familiari dei Pazienti).

MODELLO MULTIPROFESSIONALE INTEGRATO DEL CDCD TERRITORIALE DI TRENTO: PRIMI DATI DELL'ANALISI LONGITUDINALE DEI PAZIENTI

Lombardi Alessandra (a), Gentilini Maria Adalgisa (b), Bravi Elena (c), Fasanelli Andrea (a), Nava Enrico (d), Piffer Silvano (b), Sforzin Simona (a), Dallabona Monica (c)

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

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

(c) *Unità Operativa Psicologia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

(d) *Direzione Integrazione Socio Sanitaria, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

Introduzione. La demenza, associata spesso ai disturbi del comportamento e dell'umore rappresenta una delle entità cliniche di competenza geriatrica, che più trae giovamento dalla presa in carico globale in ambito territoriale. Il CDCD afferente all'UO Cure Primarie di Trento, decentrato rispetto al contesto ospedaliero, opera in stretta collaborazione con i servizi per gli anziani ed in collegamento con i medici di medicina generale. L'equipe valuta il paziente nella sua globalità e comorbidità, effettua l'analisi multidimensionale dei bisogni, applicando strumenti validati e standardizzati. Include la famiglia già nella fase diagnostica e la coinvolge successivamente per indirizzare il paziente ad interventi appropriati, al fine di privilegiare la domiciliarità anche attraverso la segnalazione all'UVM per l'organizzazione di forme di supporto sociosanitario.

Metodi. Da maggio 2017 ad agosto 2018 presso il CDCD, 55 pazienti, 31 donne e 24 uomini, con 76 anni di età media e 9 di scolarità, sono stati sottoposti a valutazione geriatrica e successivamente indirizzati a testistica neuropsicologica di secondo livello. La gravità della compromissione cognitiva è stata stratificata in base al punteggio del *Mini Mental State Examination* (MMSE), il grado di autonomia funzionale è stato rilevato con le scale ADL e IADL e la presenza di un disturbo dell'umore identificato tramite la scala Cornell. A distanza di circa 6 mesi dalla prima valutazione i pazienti sono stati richiamati per il *follow-up*.

Risultati. Una prima analisi dei dati indica che i pazienti sottoposti ad approfondimento neuropsicologico presentano un quadro di deterioramento cognitivo lieve con un punteggio medio al MMSE di 23/30, ed un tono dell'umore solo lievemente deflesso, con un valore medio alla Scala Cornell di 6,5. I pazienti rivalutati a sei mesi rappresentano circa il 44%. Tra questi si rileva una correlazione positiva dei valori di MMSE, ADL e IADL tra prima visita e *follow-up* ed una diminuzione dei sintomi depressivi, confermata dalla riduzione del punteggio alla Scala Cornell da 6,5 a 3,9.

Conclusioni. In sottopopolazioni di pazienti selezionati, una valutazione neuropsicologica guida il clinico nell'inquadramento diagnostico e supporta l'equipe nella definizione dei profili dei pazienti ai fini della programmazione degli interventi e del *follow-up*. Ulteriori analisi di variabili come le prescrizioni di stabilizzatori dell'umore e l'attivazione di servizi di assistenza, possono spiegare il miglioramento dello stato emotivo ed il trend cognitivo dei pazienti al *follow-up*.

STUDIO DEI BIOMARCATORI NELLE “DEMENZE ATIPICHE”: PROPOSTA DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO

Lombardi Gemma, Berti Valentina, Polito Cristina, Sorbi Sandro
Università degli Studi, Firenze

Introduzione. Una diagnosi differenziale precoce nell’ambito delle demenze è fondamentale per una gestione adeguata del paziente, talvolta però può risultare difficile per la presenza di forme atipiche della malattia di Alzheimer (AD). I criteri diagnostici attuali riconoscono l’importanza dei biomarcatori per la diagnosi di AD, ma ad oggi non è ancora disponibile un percorso diagnostico ottimale. Obiettivi: Valutare se lo studio dei biomarcatori sia utile ad aumentare i livelli di accuratezza diagnostica nei casi di demenza atipica; proporre un percorso diagnostico ottimale.

Metodi. 1) selezione retrospettiva di casi di demenza atipica (n=45) con la disponibilità di una diagnosi clinica definitiva e di 2 biomarcatori: un marcatore indicativo di accumulo di amiloide cerebrale e un marcatore di neurodegenerazione; 2) ripetizione della valutazione diagnostica da parte di 2 neurologi in cieco tra di loro e rispetto alla diagnosi definitiva, eseguita seguendo due diversi percorsi diagnostici ognuno composto da step multipli: uno che prevede la PET amiloide e/o lo studio dei marcatori liquorali come secondo step dopo la valutazione neuropsicologica, l’altro che prevede l’esecuzione della PET cerebrale FDG come secondo step successivo alla valutazione neuropsicologica; 3) attribuzione di un punteggio di confidenza diagnostica per ogni diagnosi, da parte di ciascun neurologo; 4) per entrambi i neurologi, calcolo dell’accuratezza e della confidenza diagnostica raggiunta dopo ogni step e loro confronto; valutazione della concordanza diagnostica (K di Cohen) tra neurologi.

Risultati. Nella AD, indifferentemente dal percorso diagnostico intrapreso, per entrambi i neurologi il secondo step incrementa significativamente il livello di accuratezza, mentre per la Demenza Frontotemporale (FTD) aggiungere step diagnostici non è associato sempre ad un incremento significativo dell’accuratezza. Un aumento rilevante della confidenza diagnostica si ottiene per l’AD con la disponibilità del marcatore indicativo di accumulo di amiloide cerebrale e per l’FTD dopo lo studio del metabolismo cerebrale. La concordanza tra i due neurologi è massima per l’AD quando è noto il risultato del marcatore di accumulo di amiloide, per la FTD quando è noto il risultato della PET-FDG.

Conclusioni. Nei casi atipici di demenza, lo studio dei biomarcatori aumenta in modo significativo i livelli di accuratezza diagnostica, di confidenza diagnostica e la concordanza tra neurologi. Basandosi su questi risultati e su dati della letteratura viene suggerito un percorso diagnostico secondo il quale si dovrebbe procedere richiedendo accertamenti conformemente al maggior sospetto clinico ed effettuando ulteriori esami solo in caso di persistenza di incertezza diagnostica.

INCAPACITÀ AD ESPRIMERE IL CONSENSO IN AMBITO SANITARIO TRA NOVITA' LEGISLATIVE E APPLICAZIONI GIURISPRUDENZIALI

Luza Eleonora, Carletti Chiara, Carletti Emanuele
Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. La Legge 219 del 2017, all'art. 3, comma 3 statuisce "Il consenso informato della persona interdetta [...] è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità". Al successivo comma 4 aggiunge "Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata". Dopodiché puntualizza "Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere". Alla luce della norma in esame, la questione, tutt'altro che occasionale nella pratica clinica, è quella dell'acquisizione del consenso informato al trattamento medico-sanitario, da parte dei soggetti che sebbene non legalmente incapaci, si trovino tuttavia, in condizioni di limitata o addirittura assente capacità di intendere e di volere, perché affetti da demenza ovvero da un *deficit* cognitivo tale da renderli necessitanti di assistenza continua.

Metodi. Sono state confrontate le pronunce della giurisprudenza di merito in tema di valutazione di esigenze di natura sanitaria in soggetti con alterazioni psichiche, nel biennio 2016 - (inizio) 2018.

Risultati. L'analisi comparata delle pronunce considerate, ha evidenziato che seppure prevalga in giurisprudenza, l'indirizzo secondo cui spettano all'amministratore di sostegno poteri di rappresentanza al fine di esprimere il consenso informato in nome e per conto del beneficiario, quando l'interessato non è in grado di esprimere una volontà consapevole in tema di decisioni di natura sanitaria, permangono decisioni che individuano nella tutela l'unico strumento che, sul presupposto della incapacità assoluta del tutelato, possa legittimare "una sostituzione al paziente nel consenso a terapie e trattamenti sanitari ovvero nella scelta di modalità assistenziali". La Legge 219/2017 "validando e giuridificando" il prevalente orientamento giurisprudenziale, ha l'effetto di eliminare "ogni residua incertezza".

Conclusioni. La L. 219/2017 consacra il principio per cui la persona incapace, meglio fragile, ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione. Laddove quelle capacità risultino gravemente compromesse, spetta al rappresentante legale agire nell'interesse esclusivo dell'incapace, decidendo non "al posto" dell'incapace né "per" l'incapace, ma "con" l'incapace, in sostegno e non in sostituzione, facendosi comunque interprete della sua personalità, delle sue convinzioni, del suo modo di intendere, la dignità, la vita, la salute, la malattia.

MARCATORI LIQUORALI NEL DISTURBO COGNITIVO LIEVE: STUDIO LONGITUDINALE RETROSPETTIVO E CONFRONTO CON [18F] FDG-PET CEREBRALE

Magnani Giuseppe (a), Santangelo Roberto (a), Masserini Federico (a), Cecchetti Giordano (a), Caso Francesca (a), Falautano Monica (a), Passerini Gabriella (b), Comi Giancarlo (a)

(a) *Divisione di Neurologia, Ospedale San Raffaele, Milano*

(b) *Medicina di Laboratorio, Ospedale San Raffaele, Milano*

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) costituirà nei prossimi 30 anni una vera e propria pandemia. La mancanza, a oggi, di una diagnosi precoce certa rischia di compromettere lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche mirate a modificare il corso di malattia. Questo studio ha lo scopo di testare l'accuratezza diagnostica dei marcatori liquorali e della [18F]FDG-PET cerebrale nel predire l'evoluzione in AD, in un campione ampio di soggetti con disturbo cognitivo lieve (MCI) con un *follow-up* di almeno due anni.

Metodi. Nel presente studio abbiamo incluso 77 soggetti con MCI, con *follow-up* di almeno due anni e con disponibilità al *baseline* di [18F] FDG-PET cerebrale e dei marcatori liquorali A β 42, p-tau, and t-tau. I dati di [18F] FDG-PET sono stati analizzati attraverso un metodo SPM *voxel-based*, precedentemente validato, e classificati come "suggestivi di AD" o "non suggestivi di AD" da due medici nucleari esperti. Il valore predittivo dei marcatori liquorali è stato calcolato attraverso le *Receiver Operating Characteristics (ROC) curves*. Analisi Kaplan-Meier di sopravvivenza sono state effettuate per confrontare l'accuratezza di [18F] FDG-PET e marcatori liquorali.

Risultati. Il rapporto CSF p-tau/A β 42 si è rivelato come il miglior predittore di conversione da MCI ad AD (sia rispetto agli altri marcatori sia rispetto alla [18F] FDG-PET): un *cut-off* pari a 0,13, ha assicurato una sensibilità dell'82,9% ed una specificità del 90%, con un VPP del 90,6% ed un VPN del 81,8% (LR+ 8,29, LR- 0,19, OR 43,5) nell'individuare quegli MCI che hanno sviluppato AD al *follow-up*. La [18F] FDG-PET cerebrale, invece, ha mostrato una specificità più alta (96,7%) a fronte però di una sensibilità più bassa (31,4%), (VPN 91,7%, VPP 54,7%, LR+ 9,44, LR- 0,71), determinata dall'alto numero di falsi negativi (39% dei soggetti). La superiorità del CSF nel predire la conversione da MCI ad AD, soprattutto in quei soggetti che sono evoluti più tardi rispetto al *baseline*, è stata infine validata dalle analisi di sopravvivenza.

Conclusioni. Il rapporto p-tau/A β 42 si è rivelato come il miglior marcatore di predizione della conversione da MCI ad AD. In particolare l'elevata specificità (90%) ed il VPP (>90%) permetterebbero di arruolare nei futuri *trial* clinici, con non trascurabile affidabilità, pazienti MCI realmente portatori di una patologia AD, limitando fortemente quel rischio di errore diagnostico che ha rappresentato uno dei motivi principali dei fallimenti di tutti i *trials* clinici fino ad ora.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO DEMENZA NELLA ASL ROMA 3

Mancini Giovanni, De Bellis Giovanna, Di Iorio Francesco, Scoyni Raffaella Maria, Sgroi Daniela

ASL Roma 3, Roma

La malattia di Alzheimer sta assumendo un peso crescente tra le malattie anche per l'aumento della popolazione anziana, rappresentando uno dei maggiori problemi socio-sanitari attuali. Questa patologia influisce sulle capacità di una persona di portare a termine le più semplici attività quotidiane, andando a colpire aree cerebrali che controllano funzioni come la memoria, il pensiero, la parola. Il presente percorso è formulato in conformità con quanto indicato nel “Decreto del Commissario ad Acta Regione Lazio n. U00448 del 22/12/2014 “Recepimento dell’Accordo sancito nella Conferenza Unificata Stato Regioni” con il quale la Regione Lazio ha recepito il “Piano Nazionale Demenze”. È un macro processo che rappresenta l’intero iter gestionale di un problema di salute. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo (PDTAR) ASL Roma 3 è in quattro fasi. **Fase 1** prediagnostica: vede protagonista il Medico di Medicina Generale che visita il paziente e se riscontra un sospetto deterioramento cognitivo deve attuare il protocollo (secondo le Linee Guida della Società Italiana di Neurologia). Nel caso il paziente con sospetto deterioramento cognitivo venga intercettato durante una altra visita specialistica, lo specialista, geriatra o neurologo, è tenuto ad inserire il paziente nella propria agenda dedicata al PDTAR. **Fase 2** conferma diagnostica: avvio della diagnosi differenziale e della terapia; indirizzo del paziente alle attività ambulatoriali dei Centri per le Demenze della ASL Roma 3, Centri Diagnostico Specialistici ed Ambulatori di neurologia e di geriatria. La presa in carico del paziente demente presso uno degli ambulatori dopo la conferma della diagnosi, oltre alla prescrizione dei Piani terapeutici regionali per i farmaci per la demenza di Alzheimer e all’ascolto delle problematiche assistenziali dei familiari, prevede la compilazione di un documento sintetico denominato Scheda Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale. **Fase 3** integrazione degli interventi: garantire riferimenti al paziente e alla famiglia, fornire interventi appropriati per la fase di malattia e ai bisogni assistenziali, intervenire in modo integrato nella gestione dei problemi clinici intercorrenti se si rende necessario il coinvolgimento di altre figure professionali per l’accesso ai servizi della rete territoriale (PUA, Centri Diurni, Sadisma). In questi casi gli ambulatori possono attivare la rete dell’integrazione socio sanitaria attraverso la segnalazione del caso al PUA, l’attivazione del PDTA Fragilità aziendale. **Fase 4** *follow-up* controllo delle terapie farmacologiche, monitoraggio degli interventi e della adeguatezza ed efficienza della rete assistenziale per il demente e i suoi *caregiver* degli interventi ed integrazione ospedale-territorio: L’intento è quello di coinvolgere il paziente in attività utili che possano restituirgli dignità, rinforzare l’autostima e la fiducia nelle proprie capacità.

VIVERE CON LA DEMENZA: PRESA IN CARICO INTEGRATA NEL DESTINO DELLE PERSONE E DELLE LORO FAMIGLIE

Melendugno Andrea, Pomaro Maria Cristina
Opera Provvidenza Sant'Antonio, Centro Polifunzionale Casa Madre Teresa di Calcutta, Rubano, Pordenone

Nella Demenza la disgregazione progressiva della mente porta con sé il dissolvimento graduale dell'identità: col progredire della malattia si assottigliano sempre di più i confini tra il sé e l'Altro, in un processo in cui l'interazione col proprio mondo e le persone circostanti cambia costantemente e si assesta su livelli più regrediti. La famiglia, come sistema, viene travolta da questo processo, ed è chiamata a rinegoziare il patto di vita che ha costruito negli anni con la persona ammalata. È in un percorso di continuo lutto, di continua e costante perdita da elaborare all'interno del paradosso della morte in vita. Con questi drammi i nuclei familiari si affacciano nei modi più disparati e attraverso le porte più diverse alla Rete dei Servizi. Questa si ritrova a sua volta a fronteggiare la grande complessità con strumenti e organizzazioni spesso frammentarie e disomogenee, a discapito di chi chiede aiuto e di chi questo aiuto è chiamato a darlo. Il Piano Nazionale Demenze ha tracciato le linee guida per l'organizzazione dei Servizi, ma il lavoro di implementazione richiede ancora molto tempo. Nel mentre i professionisti che quotidianamente lavorano a stretto contatto con queste persone, dai momenti della diagnosi a quelli della stretta del patto di presa in carico fino all'accompagnamento nel fine vita, interpretano in base alle possibilità e alle sensibilità, il principio di integrazione in modo non uniforme e talvolta non sufficiente a rispondere alla grande complessità dei bisogni che queste famiglie portano loro. Da molti anni al Centro Polifunzionale Casa Madre Teresa di Calcutta si lavora all'implementazione di un modello di lavoro integrato, multiprofessionale e multidisciplinare. Partendo dalle normative di riferimento e integrandosi con la Rete dei Servizi, vengono definiti progetti di presa in carico capaci di modellarsi ai bisogni delle persone e delle loro famiglie per accompagnarle nei loro destini facendone parte. Lo scopo della presente relazione è quello di descrivere il modello di lavoro integrato di Casa Madre Teresa come possibile esempio di applicazione del principio di presa in carico integrata sancito dai percorsi normativi a partire dal Piano Nazionale Demenze.

MALATTIA DI ALZHEIMER, FARMACOEPIDEMIOLOGIA E FARMACOUTILIZZAZIONE NELLA ASL DI BRINDISI

Mingolla Grazia, Sgarangella Angelica, Caccavo Iolanda, Santoro Michela, Digiorgio Paola
Area Farmaceutica Territoriale ASL, Brindisi

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) è una forma di demenza caratterizzata da un esordio subdolo e da un decorso lento. Le strategie terapeutiche attualmente a disposizione non sono risolutive in quanto non rallentano la progressione della malattia ma si limitano al trattamento sintomatico e comprendono gli inibitori reversibili dell'Acetilcolinesterasi (ACHE) e la memantina. Il presente studio è una analisi di farmacoepidemiologia e farmacoutilizzazione.

Metodi. La coorte arruolata è rappresentata da pazienti afferenti alla ASL Brindisi che, da giugno 2015 a dicembre 2017, abbiano ricevuto, da un centro UVA (Unità Valutazione Alzheimer), un piano terapeutico con prima diagnosi di AD. Sono state analizzate, attraverso un *record-linkage* con il database regionale delle prescrizioni farmaceutiche, tutte le prescrizioni di questa classe di farmaci emesse dai medici di medicina generale per i pazienti selezionati. I *follow-up* sono stati eseguiti a 6, 12 e 18 mesi. La valutazione ha riguardato la tipologia di farmaci prescritti e l'aderenza alla terapia.

Risultati. Il campione selezionato è costituito da 187 soggetti, 116 donne e 71 uomini, con età media di 78,5 anni (mediana 79, *range* 50-96). Il 72,7% del campione è trattato con memantina, il 16% con donepezil e l'11,2% con rivastigmina. Non sono pervenuti piani terapeutici contenenti galantamina. Dall'analisi non risulta alcuno *switch* tra farmaci ma 9 soggetti sono stati trattati contemporaneamente con memantina e ACHE (2 con donepezil e 7 con rivastigmina). Solo il 9,6% dei pazienti ha ricevuto diagnosi di AD di grado lieve, per tutti gli altri la diagnosi è in fase moderata ($10 < \text{MMSE} < 20$). Il 46,5% dei soggetti ha sospeso il trattamento prima del *follow-up* a 18 mesi, il 34,2% aveva già sospeso il trattamento prima dei 12 mesi e il 23% prima dei 6 mesi. In tutti i *follow-up* è stata rilevata una maggiore percentuale di abbandono della terapia nel sesso femminile (18 mesi: 50,9%; 12 mesi: 38,8%; 6 mesi: 26,7%) rispetto a quello maschile (39,4%; 26,8%; 16,9%).

Conclusioni. L'analisi dei dati evidenzia che spesso la diagnosi della malattia avviene in fase avanzata. Il modesto profilo rischio/beneficio di questi farmaci, che sono in grado di stabilizzare la AD per circa un anno a fronte di una durata della malattia di molto maggiore, potrebbe essere causa dell'alta incidenza di sospensione del trattamento entro i 18 mesi. Si nota inoltre un uso limitato degli ACHE, autorizzati per il trattamento nello stadio lieve e moderato, rispetto alla memantina, indicata nella fase moderata e severa della malattia.

TRANDIFFERENZIAMENTO: UN MODELLO CELLULARE UMANO PAZIENTE-SPECIFICO PER LO STUDIO DELLE MALATTIE NEURODEGENERATIVE

Mollinari Cristiana (a,b), Merlo Daniela (a)

(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Istituto di Farmacologia Traslazionale, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma

È ormai noto che ogni cellula somatica conserva tutte le informazioni necessarie alla generazione di altri tipi cellulari senza bisogno di passare attraverso uno stadio staminale proliferativo, mediante un processo di riprogrammazione chiamato transdifferenziamento. Recentemente, un numero elevato di piccole molecole è stato identificato come in grado di riprogrammare cellule somatiche e determinarne il transdifferenziamento verso un determinato tipo cellulare, ad esempio neuronale. Queste piccole molecole, che permettono la regolazione temporale e flessibile di diversi segnali cellulari sia in vitro che in vivo, consentono il transdifferenziamento senza l'uso di transgeni e di vettori virali. La generazione di neuroni umani derivanti dalla diretta conversione di fibroblasti prelevati mediante una piccola biopsia della pelle di pazienti, senza l'uso di fattori genetici esogeni, rappresenta uno strumento essenziale per lo sviluppo di modelli alternativi di patologie neurologiche e per applicazioni rilevanti di medicina personalizzata, traslazionale e rigenerativa. Tali modelli cellulari paziente-specifici hanno enormi potenzialità per sperimentare nuovi approcci diagnostico-terapeutici e testare un alto numero di molecole direttamente su cellule neuronali umane di pazienti affetti da malattie neurodegenerative. In questo studio abbiamo caratterizzato Neuroni Chimicamente (ciNs) generati da fibroblasti umani provenienti da pazienti affetti da malattia di Alzheimer Familiare (FAD) e relativi soggetti di controllo, utilizzando marcatori neuronali specifici. In aggiunta abbiamo evidenziato che i ciNs generati da pazienti FAD presentano aggregati intracellulari di beta-amiloide solo quando transdifferenziati in neuroni e non allo stadio di fibroblasti, indicando che i ciNs potrebbero mantenere le caratteristiche patologiche dei neuroni del paziente da cui derivano.

📄 DISTURBI MOTORI PRECOCI NELLA DEMENZA: UNO STRUMENTO PER LA DIAGNOSI E L'INTERVENTO PRECOCE

Moro Valentina (a), Stefanescu Georgeta (b), Amato Stefania (b), Gobetto Valeria (b), Bonazzi Annachiara (b), Gambina Giuseppe (b)

(a) *Università degli Studi, Verona*

(b) *Verona Memory Center, Centro Medico Sanitario, Verona*

Introduzione. Sebbene la demenza sia essenzialmente caratterizzata dal progressivo declino delle funzioni cognitive, alcuni dati suggeriscono che la patologia interessi anche aspetti squisitamente motori, quali ad esempio la coordinazione o il cammino, e che la motricità influenzi le condizioni cliniche e lo stato generale di benessere del paziente. Ad oggi, tuttavia, i dati relativi ai tempi di insorgenza e all'entità delle difficoltà motorie nei pazienti con deterioramento cognitivo sono scarsi. Scopo di questo lavoro è l'analisi della presenza e della severità di disturbi motori nelle diverse fasi di gravità della malattia.

Metodi. L'Esame Geronto-Psicomotorio (EGP) è stato somministrato a 67 pazienti con diagnosi di demenza, raggruppati per le diverse classi di gravità (MMSE ≥ 24 : n. 14; 19-24: n. 19; 15-19 n. 20; < 15 n. 14). I gruppi sono stati confrontati con un gruppo di soggetti sani appaiati per età (81-85, n. 32, per MMSE ≥ 24 un gruppo di età 76-80 n. 46). La batteria (durata della somministrazione, 1 ora circa) consiste in brevi prove indaganti funzioni cognitive (attenzione, memoria visiva e spaziale, linguaggio e comunicazione, percezione visiva, rappresentazione corporea, prassie, orientamento) e capacità motorie (coordinazione statica e dinamica, equilibrio, motricità fine). I punteggi dei diversi gruppi di pazienti sono stati confrontati tramite ANOVA e t-test tra di loro e con i punteggi dei gruppi di anziani sani di pari età.

Risultati. Tre i risultati dello studio: 1) Il risultato principale è la dimostrazione della presenza di alterazioni del movimento già nelle fasi molto precoci della malattia (MMSE > 24 vs controlli, $p < 0,01$), con disturbi in particolare della coordinazione dinamica e della motilità articolare/tono muscolare. 2) Più in generale, i dati mostrano che l'EGP può rappresentare un utile strumento di *screening* per il deterioramento cognitivo, essendo in grado di evidenziare fin dalle prime fasi di malattia le aree di *deficit* (MMSE > 24 vs controlli: punteggio cognitivo totale, $p < 0,01$, prassie $p < 0,01$, memoria $p < 0,01$, orientamento $p < 0,01$, funzioni percettive $p = 0,015$ e comunicazione $p = 0,02$). 3) Nelle fasi successive, lo strumento mette in evidenza il declino dell'orientamento nel passaggio da MMSE ≥ 24 a 19-24 ($p < 0,01$). Tra i gruppi 19-24 e 15-19 il declino si registra nel punteggio totale, nel punteggio cognitivo generale (in particolare in orientamento, $p < 0,01$ e rappresentazione corporea, $p = 0,01$) ma anche nella motricità fine ($p < 0,01$). Infine nel passaggio 15-19 e < 15 diventano significative anche le differenze in memoria ($p < 0,01$), orientamento ($p < 0,01$) e vigilanza ($p = 0,01$).

Conclusioni. La demenza non si configura solo come un *deficit* delle funzioni cognitive ma è piuttosto una sindrome psico-motoria. Strumenti specifici di osservazione possono risultare di grande utilità per la diagnosi precoce, la definizione di profili specifici e gli interventi volti al mantenimento dell'autonomia.

EVIDENZE SUI NUOVI FARMACI NELLA DEMENZA

Padovani Alessandro
Università degli Studi, Brescia

Introduzione. A fronte del fallimento di numerosi *trial* clinici mirati alla cura della malattia di Alzheimer e delle altre demenze, sono in corso studi sperimentali di fase 2 e 3 mirati a contrastare l'azione patogenetica dell'accumulo di beta-amiloide. Sebbene per molti di questi non sono disponibili dati definitivi, alcuni risultati preliminari sembrano suggerire un potenziale effetto *disease-modifying* così come una cautela relativamente all'incidenza di eventi avversi.

Metodi. Revisione sistematica delle pubblicazioni *peer-reviewed* relative agli effetti di farmaci anti-amiloide nella malattia di Alzheimer.

Risultati. Attualmente sono in studio 112 farmaci, di questi 26 in 35 studi nella fase III, 63 in 75 studi nella fase II e 23 in 25 studi nella fase I. Una revisione dei meccanismi di azione mostra che il 63% delle terapie mirano ad un effetto *disease-modifying*, il 22% sono sintomatici sulle funzioni cognitive, e il 12% sono agenti sintomatici che affrontano disturbi neuropsichiatrici. Per quanto riguarda gli studi condotti mediante farmaci ad azione anti-amiloide, aducanumab e solanezumab sono risultati significativamente efficaci rispetto al placebo usando il punteggio MMSE. In termini di alterazioni dell'*imaging* correlate all'Amiloide (ARIA), il bapineuzumab e l'aducanumab sono risultati significativamente peggiori del placebo. Non ci sono state differenze significative relativamente al punteggio all'ADAS. Dati gli effetti terapeutici clinici delle immunoterapie anti-A β per AD, aducanumab e solanezumab sembrano migliorare la funzione cognitiva, mentre aducanumab e bapineuzumab sembrano essere associati ad una maggiore incidenza di ARIA.

Conclusioni. L'analisi dei dati pubblicati sino ad ora non permette di trarre indicazioni definitive. In attesa di nuovi dati, i risultati preliminari pongono la necessità di sviluppare paradigmi mirati alla diagnosi precoce e alla gestione degli eventi avversi.

ANALISI RETROSPETTIVA DELLE CADUTE NEI NUCLEI ALZHEIMER E PSICHIARTICI RESIDUALI DELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE “SANDRO PERTINI” - AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE

Pelucchi Loris, Cattaneo Nicoletta, Gallo Stefania, Zappalà Angelo, Durante Rocco, Clerici Danila, Bormolini Federica, Fabio Rosa, Bandirali Maria Pia, Boniforti Laura, Maiocchi Emanuela, Vignati Marco

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, Residenza Sanitaria Assistenziale Sandro Pertini, Garbagnate Milanese, Milano

Introduzione. La maggior fragilità della persona con demenza e i disturbi comportamentali, le frequenti alterazioni della marcia e dell'equilibrio e l'elevata esposizione a farmaci aumentano il rischio di cadute. Lo scopo dello studio è valutare nel corso di 5 anni le cadute accidentali insorte nel corso del ricovero in reparti dedicati quale Nucleo Alzheimer (NA) e Nucleo Psichiatrici Residuali (NP) della Residenza Sanitaria Assistenziale “Sandro Pertini” di Garbagnate Milanese (MI) – ASST e individuarne le possibili cause.

Metodi. Nei nostri nuclei, nel periodo gennaio 2012 - dicembre 2017, si sono verificate 303 cadute accidentali. Il campione dei soggetti presentava le seguenti caratteristiche: età media $81,0 \pm 9,1$ (NA $85,2 \pm 5,9$; NP $72,9 \pm 8,8$); Funzioni Cognitive MMSE (media): $8,0/3 \pm 1,2$ (NA $5,8 \pm 1,2$ - NP $10,8 \pm 2,1$); Gravità (CDR) (media): $3,0 \pm 0,8$ (NA $3,8 \pm 1,1$; NP $2,4 \pm 0,8$); NPI-UCLA (media): $13,1 \pm 11,5$ (NA $11,8 \pm 1,2$; NP $18,3 \pm 7,6$); Scala Tinetti (media): $15,7 \pm 5,9$ (NA $10,7 \pm 1,3$; NP $19 \pm 7,1$); Indice Barthel (BI) (media): $33,2 \pm 7,1$ (NA $21 \pm 1,2$; NP $49,7 \pm 6,7$).

Risultati. Durante il periodo di osservazione si sono verificate 303 cadute accidentali, con media di cadute annuali pari a $28,3 \pm 8,4$ (NA $33,8 \pm 7,5$; NP $22,8 \pm 5,2$). Delle 303 cadute 219 (71,7% del totale) si sono verificate mentre il paziente deambulava. Dei 303 pazienti caduti il 88,1% (NA 79,2%; NP 92,3%) stavano assumendo più di 4 farmaci. In particolare: 86,7% farmaci attivi sul SNC; 40,1% farmaci ipotensivi; diuretici 30,4%; farmaci antiaritmici 22,4%; farmaci anti-epilettici 19,9%; farmaci vasodilatatori 7,2%. Dei pazienti in terapia con farmaci attivi sul SNC si è rilevato che quetiapina è stata utilizzata nel 42,8% dei casi, olanzapina nel 20,5%, risperidone nel 12,2%, trazodone nel 17,6%, e Benzodiazepine nel 4,9% (usate da sole) e nel 47,4% (usate in associazione). Dopo gli episodi di caduta si è proceduto nel 29,6% a ridurre la terapia sedativa, nel 28,5% ad una modifica terapeutica, nel 23,9% ad una sospensione; nel 18% la terapia è rimasta invariata. Relativamente alla terapia cardiologica nel 39,5% dei casi si è provveduto ad una riduzione/modifica della terapia; nel 39,5% si è sospesa la terapia e nel 21,0% si è mantenuta invariata. Inoltre si è adottato per tutti i pazienti la prescrizione e l'introduzione dei Protettori di anca per attenuare gli effetti delle cadute. Si sono intrapresi programmi di riabilitazione motoria o finalizzata al miglioramento dell'equilibrio e della marcia, oltre agli interventi /misure preventive.

Conclusion. In considerazione della elevata esposizione ai farmaci attivi sul SNC (88,1% nella nostra casistica) nella persona con demenza e disturbi del comportamento, la gestione delle cadute richiede una attenta analisi dei fattori di rischio iatrogeni.

FORMAZIONE A DISTANZA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI MODENA: DALL'INDIVIDUAZIONE DEI CASI CON SOSPETTO DETERIORAMENTO COGNITIVO ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE DEI PAZIENTI CON DEMENZA

Penna Luana (a), Gervasi Giuseppe (a,d), Scardetta Paola (a), Mazzola Monica (a), Lacorte Eleonora (a), Mayer Flavia (a), Bacigalupo Ilaria a), Di Fiandra Teresa (b), Vanacore Nicola (a), Grandi Fausto (c), De Salvatore Luigi (c), Manni Barbara (c), Vezzosi Angelo (c), Fabbo Andrea (c)

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

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

(c) *Unità Operativa Complessa Disturbi Cognitivi e Demenze e Dipartimento Cure Primarie, AUSL, Modena*

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

Dal mese di luglio 2018 sono attivi due corsi di Formazione a Distanza (FAD) rivolti a Medici di Medicina Generale (MMG) dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena coinvolti nelle attività del progetto Europeo *Act on Dementia*. Gli elementi centrali del progetto prevedono la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e delle loro famiglie da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Tra le attività previste dal progetto sono state svolte tre giornate di formazione tra marzo e giugno del 2018 che hanno visto il coinvolgimento di circa 300 professionisti sanitari del distretto di Modena. Gli argomenti trattati sono stati relativi alle modalità di utilizzo del questionario *General Practitioner assessment of Cognition* (GP-Cog) per l'invio ai CDCD dei soggetti con un sospetto disturbo cognitivo e alle pratiche in uso per la gestione in emergenza dei Disturbi Comportamentali e Psicologici dei soggetti con Demenza (BPSD) allo scopo di garantire la collaborazione tra MMG e specialista del CDCD. Sono state quindi create due specifiche FAD con i seguenti specifici obiettivi: utilizzo del GPCog nella medicina generale: acquisire le adeguate conoscenze sull'uso del GPCog come strumento di diagnosi; utilizzare in modo corretto il GPCog nella pratica clinica; identificare attraverso l'uso del GPCog i soggetti con disturbi del cognitivo; programmare l'adeguata presa in carico dei soggetti con disturbi del cognitivo in base al GPCog. La gestione in emergenza dei disturbi comportamentali nelle demenze: acquisire le adeguate conoscenze sulla gestione dei disturbi comportamentali nella demenza; identificare i soggetti che presentano un disturbo comportamentale della demenza; identificare il tipo di disturbo comportamentale della demenza; programmare l'adeguata presa in carico dei soggetti con disturbi comportamentali della demenza. Lo strumento principale di riferimento è il web come piattaforma di lavoro e di apprendimento. La partecipazione alle attività del Corso/i *e-learning* sarà misurata in questa fase pilota utilizzando alcune statistiche attraverso un report che prevede un elenco attività, download

materiali/risorse, login effettuato, tempo di fruizione del corso, numero di visualizzazioni delle risorse/materiali, numero tentativi per concludere il questionario certificativo ECM. La piattaforma di erogazione è *moodle*, un *open source* applicativo usato principalmente per l'*e-learning* che rappresenta un ambiente di apprendimento virtuale (*Virtual Learning Environment*) agile per progettare, amministrare, supportare e distribuire contenuti formativi. La metodologia formativa didattica utilizzata è il *Problem Based Learning* (PBL). Architettura del percorso *e-learning* è stato strutturato con: testo di benvenuto; introduzione al modulo; obiettivi generali del modulo; unità didattiche; test per valutare il livello di conoscenza del partecipante in base all'ECM. L'unità didattica presente è stata strutturata con: introduzione; obiettivi specifici; problema; materiale di lettura selezionato sulla base della rilevanza rispetto agli obiettivi di apprendimento; materiali di supporto. Il percorso della FAD presentato evidenzia come sia possibile creare sinergie e ottimizzare gli sforzi, anche in tempi di crisi, per ottenere migliori risultati in termini di performance e di salute dei cittadini. La verifica della ricaduta in termini formativi di questo progetto pilota sarà il motore per l'ideazione progettazione e creazione di un Percorso formativo rivolto a professionisti sanitari a livello nazionale nell'ambito delle demenze.

📄 TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE DEMENZE OSSERVATA NEL MONDO REALE DELLA MEDICINA GENERALE: AUDIT DI 155 PAZIENTI IN 23 PAESI

Petrazzuoli Ferdinando (a), Pirani Alessandro (b), Thulesius Hans (a)

(a) *Centre for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences in Malmö,
Lund University, Lund, Svezia*

(b) *Medicina Generale, Distretto Ovest, Azienda USL, Ferrara*

Introduzione. L'inappropriato trattamento dei pazienti affetti dalla demenza è un problema emergente nella *real life* medicine. Scopo del nostro studio è indagare il trattamento reale della demenza in medicina generale usando un approccio induttivo basato sulla *Classical Grounded Theory* dove la domanda principale che il ricercatore si pone è: come sta andando in realtà questa cosa?

Metodi. Nel 2015-2016 è stata condotta un'indagine con un questionario a scelta multipla tra i medici di medicina generale (MMG) membri dell'*European General Practice Research Network*. Il questionario è stato esaminato con un'analisi induttiva basata sulla *Classical Grounded Theory*: i dati ottenuti sono stati prima analizzati con un'analisi dei *cluster* (*Two step cluster analysis* in SPSS 22) per identificare eventuali gruppi omogenei e, successivamente, la regressione logistica è stata condotta per valutare l'appropriatezza prescrittiva. La tecnica del *Directed acyclic graph* è stata utilizzata per identificare e selezionare possibili fattori confondenti nella regressione logistica. Gli *outcome* indagati sono stati: 1) la proporzione di casi trattati con inibitori Ache/memantina e l'appropriatezza rispetto alle linee guida; 2) la concordanza tra la diagnosi di demenza e l'inserimento dei pazienti nelle ricerche farmacologiche; 3) la tipologia dei trattamenti per la demenza.

Risultati. Abbiamo esaminato 155 casi di demenza (81 femmine, 74 maschi, età media 80 anni) seguiti da 106 MMG distribuiti in 23 paesi delle 4 regioni europee e paesi limitrofi: centro, est, sud e nord. 89 dei 155 casi (57%) erano in trattamento con inibitori Ache o memantina. Il trattamento è risultato appropriato nel 60% dei casi, discutibile o inappropriato nel restante 40%. A causa della comorbidità, 3 pazienti su 4 sarebbero stati esclusi dalla maggior parte degli studi clinici randomizzati sul trattamento farmacologico della demenza. L'analisi dei *cluster* ha incrociato le "regioni geografiche" con la "liberalità nella prescrizione di farmaci per la demenza" come indicatori della gestione della demenza: il Nord e Centro Europa hanno meno vincoli del Sud ed Est Europa nella prescrizione della terapia per la demenza.

Conclusioni. Il trattamento farmacologico della demenza è significativamente variabile tra i 23 Paesi dove è stata condotta l'indagine. I MMG del Nord e Centro Europa hanno evidenziato una maggiore tendenza ad iniziare in proprio la terapia farmacologica e la "presa in carico" della demenza rispetto ai colleghi dell'Est e Sud Europa. Di riscontro comune vi è una prescrizione di farmaci per la demenza che oltrepassa le indicazioni delle linee guida.

UN PONTE LEVATOIO CON IL PROGRAMMA A DISTANZA: TELEMEDICINA PER L'ALZHEIMER

Pinna Silvia, Venuti Angelo, Marianetti Massimo
Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

L'utilizzo della telemedicina è oramai consolidato per alcune patologie croniche come quelle cardiovascolari, respiratorie e del metabolismo. Aumentano anche in Italia, oramai, anche i programmi e le tecniche di assistenza medico/informatica specialistici per le demenze. Il nostro servizio PAD (Programma A Distanza) rappresenta una concreta risposta alle problematiche connesse alla gestione dei disturbi secondari delle patologie dementigene, quali consulenze al *caregiver* in tempo reale, monitoraggio dei programmi riabilitativi concordati, acquisizione di aggiornamenti clinici, scambio di materiali per la riabilitazione in sede, raccomandazioni sulle migliori prassi nella gestione a domicilio della malattia. La metodologia è quella di matrice anglosassone ed olandese, prevedendo un'assistenza *home care* a distanza, dopo un'iniziale presa in carico del paziente in sede, prerogativa dell'attivazione del PAD. Presso l'Istituto San Giovanni di Dio è, infatti, attiva da diversi anni un'équipe multiprofessionale (Neurologo, Psichiatra, Fisiatra, Terapista della Riabilitazione Cognitiva, Psicologo, Educatore, Fisioterapista) che, in regime ambulatoriale e residenziale, ha in carico oltre 200 persone affette da demenza. Con l'ausilio di un semplice PC è possibile proseguire con tutti il percorso iniziato in loco, sebbene l'utilizzo diretto da parte del paziente necessiti della mediazione del *caregiver*. I risultati lasciano ben sperare in quanto abbiamo visto nel corso dei tre anni un aumento raddoppiato del numero degli accessi e un maggior benessere del paziente, con riduzione dei disturbi comportamentali valutati con il NPI e il BEHAVE-AD. In conclusione lo studio, in via iniziale e con i limiti di un'impostazione non puramente sperimentale, lascia ipotizzare che, nello sbilanciato rapporto tra i bisogni di assistenza ed il personale dedicato, la telemedicina sia realmente un ponte levatoio per raggiungere il malato ed il *caregiver* nell'*hic et nunc* dell'urgenza o del quotidiano.

STUDIO "INVECE.AB" NELLA POPOLAZIONE 70- 75ENNE DI ABBIATEGRASSO: 2009-2014 (NIH- CLINICAL TRIALS.GOV: NCT01345110)

Poloni Tino Emanuele (a), Colombo Mauro (b), Ceretti Arcangelo (a), Zaccaria Daniele (a), Vaccaro Roberta (a), Marzagalli Valeria (a), Davin Annalisa (a), Guaita Antonio (a)

(a) *Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(b) *ASP Golgi Redaelli, Istituto Golgi, Abbiategrasso, Milano*

Introduzione. Gli studi longitudinali sulle funzioni cognitive dell'anziano possono fornire indicazioni insostituibili sui fattori che influenzano la comparsa del deterioramento cognitivo e della demenza. È stato messo in luce come siano importanti soprattutto gli studi di popolazione, rispetto a quelli campionari, anche se in questi la quota di reclutamento è un fattore cruciale per il successo dello studio. Inoltre possibili errori nei dati pubblicati possono derivare dall'utilizzo della valutazione *dual step* in cui una valutazione completa riguarda solo i casi che stanno al di sotto di una certa soglia di un test di *screening*, metodologia adottata dalla maggioranza degli studi longitudinali sulla demenza.

Metodi. Lo studio Invece.Ab è stato condotto come studio di popolazione e *single step* con l'obiettivo di condurre una valutazione cognitiva approfondita nell'ambito di un approccio multidimensionale sociale, medico e biologico, rivolto a tutti i residenti di Abbiategrasso, nati fra il 1935-1939. Per ogni persona la valutazione durava circa 4 ore, in due sedute distinte. Lo studio è iniziato nel novembre 2009 con due successivi *follow-up* nel 2012 e nel 2014. A partire dal 2012 si è chiesta la disponibilità a donare l'encefalo per consentirne lo studio e la realizzazione di una *brain bank*, aperta anche ad altri soggetti appartenenti al territorio.

Risultati. Al *baseline* sono stati reclutati 1.321 soggetti fra i 70 e 75 anni, sui 1.644 contattabili (80,2%). Al primo *follow-up* del 2012 sopravvivevano 1.245 residenti, con 1.114 partecipanti (89,5%). Al secondo *follow-up* del 2014 1.179 erano residenti contattabili, 1.010 i partecipanti (93,1%). Di questi 945 sono stati completamente valutati sia al *baseline* che ai due successivi *follow-up*. Pur essendo le donne in maggioranza fra i partecipanti, la percentuale di adesione è stata più alta fra i maschi. La adesione alla donazione del cervello *post mortem* è stata data da 288 persone (di cui il 54,51% appartenenti allo studio Invece.Ab). Attualmente la "banca" dispone di 22 encefali classificati e accuratamente analizzati, secondo un protocollo che prevede parti di encefalo fissate e altre, simmetriche, congelate. La biobanca contiene inoltre il DNA, il sangue intero, il plasma e i linfociti dei soggetti partecipanti alle tre valutazioni.

Conclusioni. L'alta quota di reclutamento e la bassa *attrition* nel tempo possono conferire una particolare qualità ai dati raccolti da questo studio. La presenza di dati neuropatologici può rappresentare un ulteriore fattore di specifico interesse di questo studio.

ABBIATEGRASSO: LA VOCE DELLE PERSONE CON DEMENZA

Possenti Mario
Federazione Alzheimer Italia, Milano

Introduzione. “Abbiategrosso Comunità Amica delle Persone con Demenza” è il progetto pilota che Federazione Alzheimer Italia ha avviato nel 2016 nell’ambito dell’iniziativa *Dementia Friendly Community* (DFC), la cui declinazione europea più importante è rappresentata dal programma di *Alzheimer’s Society Uk*.

Metodi. Un gruppo di *stakeholder* locali e non, coordinato dalla Federazione Alzheimer Italia, partendo dalla rilevazione dei bisogni delle persone con demenza e dei loro familiari, ha iniziato a programmare le prime iniziative di supporto all’interno della comunità. Dal 2016 ad oggi le attività sono state molteplici, rivolte a differenti categorie di persone (es. personale della biblioteca, polizia locale, scuole, URP, Associazioni di volontariato, persone con demenza, familiari ecc.) e hanno portato a sviluppare una modalità di lavoro che mutua indicazioni provenienti dalla *Joint Action DEM 2016-2019*. Da questa esperienza sono nati due documenti, una “Guida ufficiale” e una “Agenda degli impegni” che forniscono indicazioni teoriche e pratiche per la gestione di una Comunità che vuole lavorare per diventare maggiormente amica delle persone con demenza. Attualmente Abbiategrosso continua a portare avanti le proprie iniziative secondo quanto emerso dal modello internazionale, ovvero pensando ad ogni attività in termini di Persone, Luoghi, Processi e Risorse: ovvero stabilire quali Persone saranno coinvolte, quali Luoghi saranno oggetto del cambiamento che possa renderli maggiormente adatti alle persone con demenza, attraverso quali Processi (azioni) si raggiungerà l’obiettivo e con quali Risorse. L’utilizzo di questa metodologia volta a misurare i progressi durante il percorso per diventare DFC è utile al fine di dimostrare l’efficacia dell’impatto di queste Comunità sulla vita delle persone con demenza e dei loro familiari, chiarire meglio l’ambito, le responsabilità, le risorse e il percorso che ciascuna iniziativa deve avere e rendere tracciabile e replicabile quanto realizzato nel continuo e lungo processo di sostegno e mantenimento di una DFC.

Risultati. Tra gli obiettivi principali vi è la riduzione dello stigma sociale nei confronti delle persone con demenza, la conoscenza della malattia in tutta la popolazione attraverso il coinvolgimento delle istituzioni e degli operatori dei servizi pubblici e privati, e, non ultimo, la partecipazione al processo di mutamento sociale da parte delle persone con demenza e dei loro familiari in tutte le fasi di attuazione.

Conclusioni. Sulla scorta del lavoro fatto, la Comunità di Abbiategrosso, la Federazione Alzheimer Italia e il Ministero della Salute, sono coinvolti insieme a Grecia e Bulgaria nella *Joint Action Act on Dementia*, specificatamente nel Work Package 7 ovvero quello dedicato alle Comunità Amiche della persona con Demenza, con l’obiettivo di validare una serie di indicatori e fornire esempi concreti di *best practice* emerse nel corso del lavoro.

MODELLO DELL'ACCUMULO DI *DEFICIT* NELLA VALUTAZIONE DEGLI INDIVIDUI CON DISTURBI COGNITIVI

Raganato Riccardo, Canevelli Marco, Quarata Federica, Remiddi Francesca, Gasparini Marina, Salati Emanuela, Bruno Giuseppe
Policlinico Universitario Umberto I, Roma

Introduzione. Il modello dell'accumulo di *deficit* consente di condensare matematicamente la complessità del processo di invecchiamento in una variabile denominata *Frailty Index* (FI). Nell'ambito dei disturbi cognitivi, l'adozione di tale modello potrebbe avere importanti implicazioni cliniche e sperimentali. Il presente studio ha perseguito i seguenti obiettivi: 1) elaborare e calcolare un FI nei soggetti con disturbi cognitivi afferenti a un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD); 2) valutare il grado di concordanza tra i modelli dell'accumulo di *deficit* e di multimorbidità; 3) esplorare la relazione tra accumulo di *deficit* e prestazioni ai test neuropsicologici; 4) indagare il trend temporale dei punteggi di FI.

Metodi. Sono stati reclutati consecutivamente soggetti con disturbi cognitivi di qualsiasi natura, al primo accesso al CDCD, con una *performance* cognitiva globale sufficientemente conservata per consentire la somministrazione di un'esauritiva batteria di test neuropsicologici. I soggetti sono stati sottoposti a raccolta anamnestica, valutazione dell'autonomia funzionale e della *performance* cognitiva globale, valutazione neuropsicologica. Sulla base di tali informazioni, si è proceduto ad operationalizzare il costrutto di multimorbidità (compresenza di due o più patologie croniche) e alla computazione di un FI. Un sottogruppo di soggetti è stato sottoposto a rivalutazione clinica multidimensionale dopo 12 mesi, per calcolare le modificazioni nel tempo del punteggio del FI.

Risultati. Settantanove soggetti (donne 55,7%; età media 71,5 anni) sono stati considerati nelle analisi. Il valore medio di FI ammontava a 0,15 (SD 0,09). I costrutti categorici di fragilità (FI>0,25) e multimorbidità presentavano uno scarso *agreement* ($k=0,02$; $p=0,84$), essendo le due condizioni concordanti solo nel 18,2% dei casi. Nei modelli di regressione lineare è stata evidenziata un'associazione statisticamente significativa tra FI e punteggi dei test su *shifting* attentivo (*Trail Making Test b* [TMTb]) e fluenza semantica (*Animal Naming*). Il FI ha dimostrato un'elevata accuratezza nel predire un *deficit* al TMTb (AUC 0,75; $p<0,01$). Al *follow-up* è stato documentato un complessivo incremento dei punteggi di FI (+29,9% rispetto al *baseline*).

Conclusioni. Il presente studio dimostra come il progressivo accumulo di *deficit* si accompagni all'*impairment* selettivo di specifici domini cognitivi. Il FI potrebbe pertanto facilitare l'identificazione, nella pratica clinica, dei disturbi cognitivi sostenuti primariamente dal processo di invecchiamento. Inoltre, i risultati confermano che dai costrutti di fragilità e multimorbidità possono derivare informazioni discordanti per i processi di valutazione della complessità nell'anziano e di stratificazione dei profili di rischio individuali.

ANZIANI CON DEMENZA E DISTURBI COMPORTAMENTALI ALL'ASILO NIDO: PROGETTO "NUOVI PASSI INTERGENERAZIONALI" DELLA CIVITAS VITAE - FONDAZIONE OIC PADOVA

Rapattoni Monica (a), Copes Alessandro (a), Amà Monica (a), Mariggìo Anna Luisa (a), Sittoni Arianna (a), Papa Oriana (a), Pesola Lara (a), Brizzi Marco (a), Giacom Loredana (a), Misuraca Eloise (b), Fairsoni Giovanna (b), Bocchio Chiavetto Alessandra (a), Rigon Michela (a)

(a) *Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus, Padova*

(b) *L'isola che non c'è, Padova*

Introduzione. Da più di 10 anni la Fondazione Opera Immacolata Concezione (OIC) svolge in maniera sistematica e non estemporanea progetti e attività intergenerazionali all'interno delle proprie sedi. Per rendere questo un aspetto cardine dell'intendere la longevità tutte le Infrastrutture di Coesione Sociale *Civitas Vitae* create dalla Fondazione hanno al proprio interno un asilo.

Metodi. Il progetto "Nuovi Passi Intergenerazionali" ha sperimentato un innovativo approccio terapeutico tramite la stimolazione cognitiva bidirezionale tra anziani affetti da demenza di tre residenze della Fondazione OIC (*Civitas Vitae Nazareth*, Residenza PIO XII, Residenza S. Chiara) e bambini di tre anni degli asili nido "L'Isola che non c'è" e "Chiara e Guido Ferro". Nel progetto sono stati coinvolti 21 residenti (con deterioramento cognitivo moderato/grave e almeno un disturbo comportamentale) e 45 bambini dell'asilo nido. Gli incontri della durata di 1 ora e mezza si svolgevano settimanalmente a partire da gennaio a giugno 2018. Le attività strutturate prevedevano due esercizi di stimolazione cognitiva, ispirati all'applicazione *Lumosity*. Gli incontri terminavano con la lettura di una delle fiabe tratte dal libro di Emanuela Pasin "Salvarsi con una fiaba". La quantificazione dei risultati è avvenuta tramite la somministrazione all'inizio ed alla fine del Progetto di una breve batteria di test (MMSE e NPI). In due sedi (S. Chiara e Pio XII) sono stati creati dei gruppi di controllo. Particolare importanza hanno avuto anche le osservazioni qualitative registrate da un educatore come il coinvolgimento emotivo dei pazienti, i loro giudizi verbali e le identificazioni proiettive successive agli incontri.

Risultati. Dal confronto tra test e retest emerge che il profilo cognitivo migliora in 13 soggetti sperimentali su 21 e i disturbi del comportamento si riducono in 14 casi su 21. Analizzando i dati relativi ai diversi gruppi di controllo si osserva come il confronto tra punteggi al MMSE a T₀ e T₁ segni un peggioramento o al massimo stabilità della situazione cognitiva nel 90% dei casi del gruppo di controllo. Lo stesso peggioramento nel gruppo di controllo si osserva nei punteggi al NPI a T₀ e T₁. Dall'analisi delle schede di osservazione raccolte durante l'attività emerge che i disagi comportamentali prima durante e dopo gli interventi rappresentano appena il 4% del totale delle rilevazioni.

Conclusioni. La stimolazione cognitiva bidirezionale tra persone con demenza e disturbi del comportamento e bambini dell'asilo nido non solo non comporta un aumento dei disturbi del comportamento ma al contrario li diminuisce sia nel breve che nel lungo

periodo. Si osserva un effetto positivo anche sul quadro cognitivo. La strutturazione delle attività nonché la presenza di bambini rappresenta uno stimolo positivo per i dementi. L'esperienza ha avuto valore positivo anche per i bambini, sia tramite il gioco cognitivo stesso che permettendo loro una prima sperimentazione del concetto di "diversità".

TAI CHI COME INTERVENTO NON FARMACOLOGICO PER GLI OSPITI DI UN CENTRO DIURNO

Rapattoni Monica (a), Favaretti Michela (b), Rigon Michela (a)

(a) *Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus, Padova*

(b) *Wudang Fu Style Academy, Padova*

Il Tai Chi Chuan è una antica pratica di origine cinese, basata sulla ricerca di equilibrio mediante esercizi lenti e armonici, che non richiedono particolare forza muscolare e sono adattabili a tutti e a tutte le situazioni. Recentemente, la ricerca internazionale ha dimostrato una certa attenzione per questa pratica in relazione al suo potenziale utilizzo nella popolazione anziana sana e con deterioramento cognitivo nell'ambito delle terapie non farmacologiche, soprattutto negli Stati Uniti ed in Cina. Alcune meta-analisi ne hanno confermato i benefici a livello di funzioni cognitive (esecutive, linguaggio, apprendimento e memoria) identificando questa disciplina come ottima alternativa di esercizio fisico negli anziani. La sperimentazione di questo intervento in Italia è limitata, e gli autori non hanno reperito in letteratura studi specificatamente rivolti agli utenti di un centro diurno. L'intervento descrive il progetto e la metodologia di una sperimentazione della pratica del Tai Chi con pazienti affetti da demenza all'interno del centro diurno del *Civitas Vitae Nazareth* della Fondazione Opera Immacolata Concezione di Padova, prevista nel corso del 2019. L'attività è inquadrata all'interno delle altre terapie non farmacologiche del centro, con lo scopo di favorire la gestione dei disturbi comportamentali, supportare il mantenimento delle funzioni cognitive e dell'autonomia e promuovere la sfera emotiva e relazionale degli ospiti. La valutazione degli effetti di questo tipo di intervento sulla popolazione del centro diurno, divisa in tre gruppi di cui uno di controllo, verrà effettuata attraverso la somministrazione periodica di una batteria di test neuropsicologici.

INCONTRO DI RESIDENZE SOCIALI E SANITARIE CON L'APPROCCIOCAPACITANTE®: DALLA FORMAZIONE DEL PERSONALE ALLA GESTIONE DI UN ANZIANO CON ALZHEIMER

Rellini Erika (a), Vigorelli Pietro (b), Picinotti Claudia (c), Donati Cristina (c)
(a) *Residenze Sociali e Sanitarie Cooperativa Consortile Sociale Onlus, Arezzo*
(b) *Gruppo Anchise, Milano*
(c) *Residenze per Anziani Società Cooperativa Sociale Onlus, Arezzo*

Introduzione. La gestione integrata dell'anziano con un approccio centrato sull'ascolto della persona e dei familiari, utilizzato come metodologia trasversale a tutte le figure professionali operanti in RSA, può portare ad una felicità possibile. Raggiungere cioè una buona qualità di vita nella malattia di Alzheimer.

Metodi. Verrà presentata la procedura di gestione e intervento utilizzata nei confronti di un ospite con Alzheimer dal momento del suo ingresso in struttura ad oggi. Verranno sottolineati l'importanza della collaborazione tra tutte le figure professionali all'interno della RSA e con i medici dei servizi territoriali per una gestione in rete dell'ospite dal punto di vista clinico e assistenziale. Inoltre verrà sottolineata l'importanza all'ApproccioCapacitante® (Dr. P. Vigorelli) come metodologia per relazionarsi al caso presentato. L'Approccio Capacitante si basa sul Riconoscimento delle Competenze elementari (Competenza a parlare; Competenza a comunicare; Competenza emotiva; Competenza a contrattare; Competenza a decidere) attraverso le quali la persona può riscoprire la propria identità, possa sentirsi ancora soggetto consapevole, unico e diverso dagli altri, capace di relazionarsi con le altre persone e di influire sul mondo. L'obiettivo è quello di creare le condizioni, attraverso l'ascolto ed un approccio relazionale centrato sull'altro, affinché il soggetto possa svolgere le attività di cui è ancora capace avendo come scopo la felicità possibile del paziente, a prescindere dalla correttezza dell'azione che svolge.

Risultati. Facendo il confronto tra Il Progetto Assistenziale Individualizzato all'ingresso e l'ultimo effettuato si rileva: mantenimento del grave deterioramento cognitivo dovuto alla malattia di Alzheimer (MMSE non somministrabile); riduzione dell'aggressività, deliri, irritabilità, (valutato con scala NPI); netta riduzione del dosaggio degli antipsicotici; miglioramento delle capacità motorie residue: autonomia nei passaggi posturali e mantenimento della stazione eretta in sicurezza; miglioramento della gestione del *wandering*; aumento della quantità e qualità dell'alimentazione; aumento dell'autonomia nelle attività di base quotidiane (misurata con scala BARTHEL); aumento della quantità e qualità dell'interazione con l'ambiente; aumento della capacità espressiva attraverso il linguaggio; aumento di reazioni emotive adeguate in base al contesto; aumento della partecipazione alle attività educative; miglioramento della qualità della relazione con i familiari.

Conclusioni. All'interno di una RSA, l'Approccio Capacitante utilizzato sia in prima linea, come metodologia d'intervento, sia a livello organizzativo, attraverso una maggiore flessibilità e dinamicità dei processi di lavoro, può rivelarsi come vero valore aggiunto nel migliorare la gestione dei disturbi comportamentali legati alla malattia di Alzheimer.

STUDIO INTERCEPTOR

Rossini Paolo Maria*

Clinica Neurologica, Policlinico Gemelli, Roma

Si stima che nella popolazione italiana residente al 2016 i pazienti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) siano circa 735.000. Tale condizione progredisce verso un quadro francamente evidente e progressivo di demenza in circa la metà dei casi e la velocità di progressione verso la malattia non è uniforme. Attualmente, nei *trials* clinici su farmaci *disease modifying* per Alzheimer i pazienti reclutati vengono variamente definiti come “AD lieve-moderati, AD *early*, forme prodromiche (MCI + marcatori positivi per progressione), forme pre-sintomatiche in soggetti con mutazioni patogenetiche per forme famigliari di demenza”. INTERCEPTOR è un progetto strategico promosso da AIFA con il sostegno del Ministero della Salute che ha l’obiettivo di identificare un modello organizzativo metodi oggettivi per la diagnosi precoce di AMCI prodromico anche in vista dell’eventuale erogazione gratuita di eventuali farmaci per MCI prodromici ad AD. Studio di coorte multicentrico su un gruppo di pazienti con MCI che soddisfino i criteri *core* per MCI come definiti dai criteri del *National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease*. In 20 centri distribuiti sul territorio nazionale, verranno reclutati 500 soggetti che soddisfino i criteri *core* per MCI. Sono esclusi soggetti con storia di malattia cerebrovascolare; pregresso trauma cranico con perdita di coscienza; alcolismo; patologie internistiche associate a *deficit* cognitivo, farmaci interferenti. Lo studio ha durata complessiva 54 mesi. Entro 60 giorni dal reclutamento verrà eseguita in ogni Paziente una batteria di marcatori “standard”: 1) Test Neuropsicologici. 2) MRI con volumetria ippocampale. 3) PET-FDG. 4) Prelievo liquor per metaboliti Beta amiloide e Tau. 5) Estrazione DNA e tipizzazione ApoE. 6) EEG per lo studio della connettività cerebrale. Seguirà un *follow-up* neuropsicologico con visite ogni 6 mesi. Si valuterà come *Endpoint* primario la conversione a tre anni a demenza di Alzheimer. Inoltre si valuterà il biomarcatore l’insieme di biomarcatori in grado di prevedere con la migliore accuratezza tale progressione. *Endpoints* secondari sono la valutazione del rapporto costi/benefici del biomarcatore o dell’insieme di biomarcatori in termini di previsione di progressione e di loro sostenibilità finanziaria, disponibilità sul territorio nazionale e non-invasività per i pazienti.

**A nome del Tavolo di progetto Interceptor.*

DISTURBI NEUROPSICOLOGICI DEL PAZIENTE CON IPOVITAMINOSI B 12

Ruggeri Massimiliano, Gerace Carmela, Ricci Monica, Blundo Carlo
CDCD, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

Introduzione. La carenza di vitamina B12 è associata con vari disturbi ematologici, neurologici e psichiatrici, fino a determinare quadri di demenza. Livelli medio-bassi di vitamina B12 possono inficiare le funzioni cognitive attraverso meccanismi di aumento dell'omocisteina, neurotossicità diretta, danni alla sostanza bianca, e riduzione della neurogenesi ippocampale. Sono state riscontrate infatti specifiche lesioni microstrutturali delle aree CA4 e del Giro Dentato dell'ippocampo in soggetti con ipovitaminosi B12. Tuttavia, i risultati degli studi sul legame eziologico o di comorbidità tra ipovitaminosi B12 e *deficit* cognitivi, e sulla reversibilità del *deficit* dopo terapia suppletiva, sono ancora controversi. Le maggiori criticità riguardano il ruolo di potenziali altri cofattori, come l'omocisteina, la carenza di altri folati, e la non univoca definizione delle soglie di *cut-off* della B12. Inoltre, solo pochi studi finora hanno investigato il quadro neuropsicologico dei pazienti con ipovitaminosi B12. Lo scopo di questo studio è di delineare maggiormente il profilo cognitivo-comportamentale dei pazienti con disturbi cognitivi e ipovitaminosi B12.

Metodi. In questo studio osservazionale, abbiamo effettuato una valutazione neuropsicologica completa su un campione di nove pazienti anziani con storia di ipovitaminosi B12 e *deficit* di memoria. I soggetti non presentavano *deficit* sensomotori tranne due casi (polineuropatia; sindrome cerebello/extrapiramidale). Abbiamo inoltre valutato la presenza di eventuali disturbi emotivo-comportamentali. Gli esami di RM escludevano cause cerebrovascolari del *deficit*: gli EEG erano nella norma. Tutti i pazienti hanno assunto terapia suppletiva con cianocobalamina (dobetin).

Risultati. La valutazione neuropsicologica aveva evidenziato in sei pazienti dei *deficit* medio-lievi della memoria, più marcati nel recupero e riconoscimento, marginalmente delle funzioni esecutive, e alterazioni comportamentali lievi (irritabilità, instabilità dell'umore, ipomaniacalità, DOC, non depressione). Tre pazienti presentavano invece una demenza (due frontotemporale e una alzheimeriana). Il *follow-up* di tre pazienti non dementi due mesi dopo terapia suppletiva aveva mostrato un miglioramento delle funzioni cognitive e comportamentali, ma non una completa remissione dei *deficit*.

Discussioni. Il profilo cognitivo dei sei pazienti non dementi con ipovitaminosi B12 risultava compatibile con un *Mild Cognitive Impairment* multidominio di tipo amnesico/disesecutivo con alterazioni comportamentali. Questi risultati sembrano indicare che il disturbo neuropsicologico, probabilmente correlato a carenza di vitamina B12, possa essere maggiormente simile a quello di una demenza frontotemporale, così come descritto nei pochi casi riportati in letteratura. Inoltre, i dati suggeriscono anche che i pazienti con MCI amnesico/disesecutivo con ipovitaminosi B12 possano essere quelli maggiormente rispondenti a terapia suppletiva con cianocobalamina.

PREVALENZA DI INPH NELLA COORTE DI PAZIENTI IN CARICO NELL'ANNO 2017 E NEL PRIMO QUADRIMESTRE DEL 2018 PRESSO UN CDCD DELL'ULSS 9 SCALIGERA

Sala Francesca (a), Massironi Gloria (b), Accordini Cristina (b), Quaranta Maria Francesca (b), Melorio Nicoletta (b), Pimazzoni Fabiana (b), Renso Paola (b), Iurilli Biagio (b), Refatti Nicola (b), De Togni Laura (b)

(a) Centro Disturbi Cognitivi e Ambulatorio Disordini del Movimento, ULSS 9, Verona

(b) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze e Ambulatorio Disturbi del Movimento, ULSS 9, Verona

Scopo del lavoro. Quantificare la prevalenza di pazienti diagnosticati affetti da sospetto iNPH tra i 5.267 pazienti in carico presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dell'Ulss 9 Scaligera di Verona nell'anno 2017 e nel primo quadrimestre del 2018.

Metodi. La casistica è rappresentata dai 5.267 pazienti in carico presso il CDCD dell'ULSS 9 Scaligera nell'anno 2017 e nel primo quadrimestre del 2018. Si è proceduto con un'analisi dei dati relativi a: diagnosi clinica e neuroradiologica di sospetto iNPH, in accordo con le linee guida dell'*American Academy of Neurology* del 2015, età, sesso, cognitività (MMSE), livello di autonomia nella vita quotidiana (ADL) e gravità del declino cognitivo (CDR). La prevalenza di iNPH è stata calcolata dividendo il numero di pazienti con diagnosi di iNPH con il numero di pazienti in carico presso il CDCD. Si è poi analizzato quanti di questi pazienti diagnosticati affetti da sospetto iNPH sono stati trattati chirurgicamente.

Risultati. La prevalenza di diagnosi di sospetto iNPH presso il CDCD nell'anno 2017 e nel primo quadrimestre del 2018 è dello 0,3%. Nello specifico: tra i 5.267 pazienti in carico presso il CDCD, 2.809 sono risultati affetti da demenza. Di questi 16 (0,6%) sono stati diagnosticati affetti da sospetto iNPH di cui: 7 maschi e 11 femmine, età media: 79 anni, deviazione standard 5; MMSE media: 21/30, deviazione standard 6; ADL mediana: 4/6; IADL mediana: 2; CDR mediana: 2. Tutti e 16 sono stati inviati a consulenza neurochirurgica; 3 sono stati trattati chirurgicamente con buon esito.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che il numero di persone affette da iNPH è molto più alto rispetto al numero di pazienti trattati. È inoltre ipotizzabile che il numero di individui con iNPH aumenterà all'aumentare dell'aspettativa di vita nella popolazione generale. Considerando le conseguenze negative dell'iNPH non trattato, sia in termine di benessere del paziente sia per i costi sociali ed economici derivanti dal mantenimento di una patologia invalidante, è essenziale aumentare la consapevolezza di questa patologia e migliorare le possibilità di diagnosi e trattamento creando dei percorsi multidisciplinari.

PROGRAMMA ITALIANO PER LA STANDARDIZZAZIONE E ARMONIZZAZIONE DEI BIOMARCATORI DI MALATTIA DI ALZHEIMER

Sancesario Giulia (a), Bernardini Sergio (b)

(a) Policlinico Tor Vergata, Roma

(b) Università degli Studi Tor Vergata, Roma

Introduzione. In uno studio precedente abbiamo mostrato che in Italia, oltre 40 laboratori e Centri specializzati utilizzano l'esame liquorale dei biomarcatori amiloide β 1-42, tau e tau fosforilata nella diagnosi integrata della malattia di Alzheimer (AD) e altre demenze. Tuttavia, alcuni fattori ne limitano l'uso e la diffusione, tra cui la variabilità analitica e la mancanza di armonizzazione dei valori di riferimento.

Metodi. Abbiamo promosso un programma, Control-LIQUOR, attraverso una *survey* delle procedure dei Centri partecipanti e la comparazione con un controllo esterno di qualità (VEQ), per valutare: 1) le differenze nelle procedure pre- e post-analitiche; 2) la variabilità analitica dei biomarcatori. Lo studio è stato patrocinato dalla Società Italiana di Biochimica Clinica (SIBioC) e dalla Società Italiana di Neurologia per lo Studio delle Demenze (SINdem).

Risultati. Tra i laboratori coinvolti, solo il 62% utilizza procedure pre-analitiche standardizzate, mentre solo il 56% dei laboratori partecipa ad un programma di controllo di qualità. Le differenze nelle procedure pre-analitiche riguardano principalmente la temperatura di trasporto (refrigerata o ambiente) e durante centrifuga e conservazione (variabile tra -20 e -80°). Il risultato della VEQ effettuata su 15 laboratori, mostra differenze nei valori misurati tra i centri comprese tra 1 o 2 deviazioni standard (DS). Degni di nota i dati forniti da 4 laboratori che hanno introdotto metodiche di misura automatizzate: risultati ottenuti mostrano valori di normalità molto simili (amiloide β 1-42 >700 o 780 pg/ml); tau totale <400 o 420 pg/ml; p-tau <61 o 63 pg/ml).

Conclusioni. Le iniziative delle Società Scientifiche per la standardizzazione, armonizzazione e interpretazione dei biomarcatori sono essenziali per raggiungere delle misurazioni riproducibili e consistenti, e per risolvere il dibattito sul valore dei biomarcatori e il loro uso appropriato come strumento diagnostico nella pratica clinica. L'azione sinergica delle Società Scientifiche è inoltre necessaria per definire un consenso e delle linee guida nazionali.

1

RED FLAGS NELLE TAUPATIE

Sandri Giulia (a), Boccardi Daniela (a), Menini Sarah (a), Buffone Ebba (a), Costa Bruno (b)
(a) Centro Decadimento Cognitivo e Demenze, UOC Neurologia, Ospedale Orlandi di Bussolengo, AULSS 9 Veneto, Bussolengo, Verona
(b) Unità Operativa Complessa Neurologia, Ospedale Magalini di Villafranca, AULSS 9 Veneto, Villafranca di Verona, Verona

Introduzione. La classificazione neuropatologica delle demenze permette di distinguerle in tre diversi gruppi: amiloidopatie, sinucleinopatie e taupatie. Nel presente lavoro prendiamo in considerazione le taupatie, patologie neurodegenerative che presentano un anomalo metabolismo della proteina tau e che comprendono numerose forme cliniche tra cui la demenza frontotemporale (FTD), la paralisi sopranucleare progressiva (PSP), la degenerazione corticobasale (CBD) e la demenza semantica. Lo scopo del lavoro è quello di effettuare un'analisi della letteratura mirata ad individuare *red flag* cognitivi e comportamentali al fine di identificare quali test neuropsicologici siano più sensibili per un'accurata diagnosi precoce e differenziale.

Metodi. Abbiamo visionato lavori scientifici dell'ultima decade utilizzando i motori di ricerca PubMed e *Web of Science*.

Risultati. Secondo alcuni studi il *deficit* precoce più caratteristico nella CBD è quello linguistico, ed in particolare la fluenza fonemica. Altri *deficit* distintivi sono a carico delle abilità visuospatiali e della cognizione sociale. Nella PSP i *deficit* cognitivi preminenti riguardano le funzioni esecutive. I test più sensibili per indagarle sono i test di fluenza fonemica, la *Frontal Assessment Battery* (FAB), l'*Hayling test* e il *Brixton test*. Inoltre, sono presenti *deficit* di natura visuospatiali indagabili attraverso la *Visual Object and Space Perception Battery* (VOSP). L'apatia sembra essere il principale sintomo comportamentale d'esordio precoce. Nella FTD, uno studio multicentrico, rileva una maggior compromissione a carico della funzionalità esecutiva nei portatori di mutazioni genetiche rispetto ai non portatori anche 5 anni prima dell'insorgenza della malattia. In particolare, i portatori della mutazione genetica a carico della proteina tau (MAPT) mostrano differenze ampiamente significative anche al *Boston Naming Test* e alla *Cambridge Behavioural Revised* (CBI-R). Per quanto riguarda la Demenza Semantica, il principale sintomo cognitivo d'esordio è il *deficit* di memoria semantica. Tale *deficit* può sfuggire al colloquio clinico nelle fasi precoci di malattia e richiede particolare attenzione da parte del clinico. La letteratura consiglia di scegliere accuratamente il tipo di item da utilizzare, preferendo materiale con cui il soggetto ha poca familiarità per ovviare al fenomeno dell'egocentrismo cognitivo e di osservare durante la conversazione la presenza di circonlocuzioni, parafasie e termini generici e polisemici.

Conclusioni. Conoscere i sintomi cognitivi e comportamentali d'esordio delle diverse taupatie è fondamentale per orientare la scelta dei test neuropsicologici. Questi ultimi, congiuntamente ai reperti di *neuroimaging*, consentono una diagnosi precoce e differenziale, migliorando la presa in carico multidisciplinare del paziente.

FLUSSO EMATICO E METABOLISMO CEREBRALE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER E RAPPORTI CON LA PERFORMANCE COGNITIVA

Sarli Giuseppe (a), Tariciotti Leonardo (a), De Marco Matteo (b), Teh Kevin (b), Wilkinson Iain (b), Bruno Giuseppe (a), Venneri Annalena (b)

(a) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Università di Sheffield, Sheffield, Inghilterra*

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) è ormai riconosciuta essere una patologia multifattoriale. Le odierne tecniche di *neuroimaging* permettono di valutare cambiamenti nel metabolismo e nel flusso ematico e di coglierne gli aspetti più precoci, con la possibilità di traslarli nella pratica clinica analizzandoli insieme ai punteggi dei test neuropsicologici. Il presente studio ha l'obiettivo di fornire un approccio multidimensionale all'AD. Sono stati indagati i cambiamenti metabolici e di flusso ematico nelle prime fasi della AD; successivamente è stata studiata la relazione fra tali elementi e la *performance* cognitiva.

Metodi. Sono state analizzate le immagini in *Resting-State functional MRI* (RS-fMRI) ed in *Arterial Spin Labeling* (ASL) di 20 controlli sani, 20 pazienti con AD e 20 pazienti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Le *Cerebral Blood Flow* (CBF) *maps* sono state, prima, co-registrate con le immagini pesate in T₂ e, dopo, con quelle pesate in T₁. Successivamente, è stata applicata una *Partial Volume Correction* (PVC), assumendo che la perfusione della sostanza bianca sia del 40% di quella della sostanza grigia. Per quanto inerisce le immagini in RS-fMRI, si è adottato un approccio di tipo *Independent Component Analysis* (ICA).

Risultati. In relazione alle immagini in RS-fMRI, i pazienti con AD, nel confronto con gli MCI ed i controlli, hanno mostrato una riduzione di connettività a livello del precuneo e della corteccia del cingolo posteriore (PCC), entrambe aree facenti parte del *core* del *Default Mode Network* (DMN). Analogo riscontro, negli AD, si è evidenziato esaminando le immagini in ASL. Il gruppo con MCI, quando confrontato con i controlli, ha presentato un aumento di flusso ematico nelle aree di Brodmann 17, 18, 19, lobo occipitale e lobulo 6 del cervelletto. Nei pazienti con MCI si è ravvisata una correlazione negativa, statisticamente significativa, fra il punteggio al *Letter Fluency Test* ed il valore numerico di CBF nel lobulo 6 del cervelletto ($p=0,04$); nella stessa area cerebellare è emersa una correlazione positiva fra la *performance* al *Letter Fluency Test* ed il segnale BOLD (*Blood Oxygenation Level Dependent*) ($p=0,025$).

Conclusioni. Dal momento che il cervelletto ha connessioni ben rappresentate con la corteccia frontale, si è ipotizzato che l'aumento di CBF in loco rappresentasse il tentativo farsi carico della *performance* cognitiva residua negli MCI. Tuttavia, l'associazione negativa con il test di fluenza fonemica smentisce tale interpretazione facendo ipotizzare, invece, che possa essere il risultato di un processo maladattativo. L'aumento di connettività potrebbe, al contrario, rappresentare un vero e proprio compenso.

IMPATTO ECONOMICO DELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER E DELLA DEMENZA VASCOLARE

Sciattella Paolo (a,b), Mayer Flavia (c), Minelli Giada (d), Manno Valerio (d), Bacigalupo Ilaria (c), Lacorte Eleonora (c), Conti Susanna (d), Vanacore Nicola (c)

(a) *Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Economic Evaluation and HTA, EEHTA-CEIS, Facoltà di Economia, Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

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

(d) *Servizio Tecnico Scientifico di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Recenti evidenze documentano come strategie per la prevenzione primaria congiunta di sette fattori di rischio (diabete, ipertensione, fumo, obesità, inattività fisica, scarsità, depressione) produrrebbero una sostanziale riduzione del numero di casi di malattia di Alzheimer (AD) e Demenza Vascolare (VaD). La riduzione di casi comporterebbe, verosimilmente, una riduzione della domanda di assistenza sanitaria e conseguentemente della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo di questo studio è, pertanto, quello di stimare il potenziale risparmio per il SSN dovuto alla riduzione del numero di ospedalizzazioni in seguito alla prevenzione primaria congiunta dei sette fattori di rischio della AD e della VaD.

Metodi. Lo studio si basa su dati di letteratura e sull'analisi dei dati provenienti dal flusso della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), relativi all'anno 2016. La prevalenza di AD e VaD ed il numero di casi prevenibili verranno desunti da letteratura. Il numero di soggetti con AD e VaD che ricorrono ad assistenza ospedaliera verrà stimato selezionando dalla SDO tutti i ricoveri con diagnosi principale o secondaria di AD e VaD. Il consumo di risorse per i soggetti individuati, verrà stimato selezionando tutti i ricoveri per diagnosi di AD, VaD o diagnosi ad esse associate avvenuti nel periodo in studio, valorizzati sulla base della tariffa DRG specifica (tariffario nazionale per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere, Ministero della Salute). Il potenziale risparmio, verrà stimato applicando la spesa media per paziente al numero di pazienti prevalenti al netto dei casi evitabili stimati in letteratura.

Risultati. I risultati saranno presentati in termini di spesa evitabile per il SSR grazie agli effetti della prevenzione primaria per singola regione italiana.

Conclusioni. In un'ottica di ottimizzazione delle risorse, la valutazione dell'impatto economico della prevenzione primaria su patologie come la demenza, seppur con molti limiti, è uno strumento utile alla programmazione sanitaria.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, DUE SERVIZI NEL MUNICIPIO XII: CENTRO DIURNO ALZHEIMER “IL PIOPPO” E SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE “SADISMA”

Scoyni Raffaella Maria (a), Pascucci Luisiana (b), Soloperto Giuseppina (a), Vivencio Antonio (a)

(a) *ASL Roma 3, Roma*

(b) *Cooperativa Sociale Nuova Socialità Onlus, Roma*

Le demenze in quanto incurabili, ci mettono di fronte ad un nuovo concetto di cura, intesa, non come guarigione, ma come mantenimento e potenziamento della abilità residue. la ASL Roma 3 insieme alla Cooperativa Sociale Nuova Socialità Onlus, che gestisce i Servizi rivolti ai malati di Alzheimer quali: il “Sadisma” (Servizio Assistenza Domiciliare Integrata Specializzata Malati di Alzheimer) e il Centro Diurno Alzheimer “Il Pioppo”, grazie ad un protocollo d’intesa tra la ASL e il Municipio XII, per quel che riguarda l’assistenza domiciliare, e la ASL e il Dipartimento V del Comune di Roma, per quanto riguarda il centro diurno, si sono fatte artefici di una "rete territoriale" di servizi per un intervento globale e precoce, in maniera da poter intervenire diffusamente nel contesto organizzativo dei servizi d'aiuto alla persona. Il servizio “Sadisma” ha come destinatari gli anziani residenti nel Municipio XII, affetti da demenza degenerativa, con un livello di compromissione cognitiva lieve/media e risponde ad obiettivi quali il prolungamento ed il mantenimento del paziente nel proprio ambiente familiare, ritardando l’aggravarsi della malattia alleggerendo il carico assistenziale per la famiglia e per la società. Gli interventi si realizzano al domicilio. Le attività che vengono svolte sono orientate alla stimolazione cognitiva ed al mantenimento delle abilità della vita quotidiana. L’approccio è individualizzato e si avvale del piano assistenziale individualizzato. L’altro servizio semi-residenziale in cui si integrano interventi di natura socio-sanitaria è il Centro Diurno Alzheimer “Il Pioppo”. L’obiettivo del Centro è quello di prolungare la permanenza del malato presso il proprio nucleo familiare, evitando l’istituzionalizzazione e mantenendo quanto più possibile l’autonomia e le capacità conservate, attraverso una serie di attività di stimolazione cognitiva e di laboratori di terapia occupazionale. Altro obiettivo è quello di contenere e gestire i disturbi del comportamento. Grazie alla costruzione di una rete di servizi territoriale dove le varie figure professionali operano in sinergia tra di loro è possibile progettare interventi assistenziali specifici e mirati sulla reale necessità del paziente. L’integrazione socio-sanitaria costituisce un grande punto di forza facilitando il superamento della dicotomia degli interventi, sociali e sanitari. La famiglia si sente supportata avendo interlocutori tra di loro in contatto da cui avere risposte nella gestione della persona malata. Condividere lo stesso piano assistenziale individualizzato facilita l’integrazione di strategie farmacologiche creando anche con le famiglie alleanze proficue. L’integrazione socio-sanitaria facilita la gestione del malato al proprio domicilio, riducendo i rischi di una istituzionalizzazione precoce e conseguentemente riducendo la spesa pubblica.

INDAGINE FARMACOEPIDEMIOLOGICA SUL TRATTAMENTO ANTIDOLORIFICO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA IN CALABRIA

Scuteri Damiana (a), Garreffa Maria Roberta (b), Esposito Stefania (b), Bagegta Giacinto (a), Naturale Maria Diana (b), Corasaniti Maria Tiziana (c)

(a) *Farmacologia Preclinica e Traslazionale, Dipartimento di Farmacia e SSN, Università degli Studi della Calabria, Cosenza*

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

(c) *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi Magna Graecia, Campus di Germaneto, Catanzaro*

Introduzione. Uno dei compiti più complessi nella gestione clinica del paziente affetto da demenza è rappresentato dal controllo terapeutico dei sintomi neuropsichiatrici, che accompagnano il deterioramento cognitivo e la perdita della memoria; fra questi, l'agitazione è uno dei sintomi più resistenti al trattamento. Evidenze sperimentali dimostrano come la diagnosi ed il controllo terapeutico del dolore riducono la frequenza degli eventi acuti di agitazione, limitando il ricorso a farmaci neurolettici. Pertanto, un'indagine farmacoepidemiologica è stata condotta per valutare la frequenza del trattamento analgesico dei pazienti affetti da demenza nel contesto Calabrese.

Metodi. Lo studio è stato effettuato in collaborazione con il Servizio Farmaceutico Territoriale di Catanzaro. Sono state analizzate le prescrizioni di inibitori dell'acetilcolinesterasi e memantina (N06D, in base alla classificazione ATC) erogate del Sistema Sanitario Regionale attraverso la Farmacia Territoriale ed in distribuzione diretta nel periodo da luglio 2015 a giugno 2016. In particolare, è stata monitorata la percentuale di pazienti affetti da demenza trattati con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS; M01A), oppioidi (N02A) ed antiepilettici tra i quali i gabapentinoidi utilizzati per il trattamento del dolore (N03A). I risultati sono stati sottoposti ad analisi statistica (Chi-Square test) per la differenza fra la frequenza di trattamento prima e dopo che fosse stato instaurato il regime di trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi o memantina.

Risultati. I risultati ottenuti dimostrano che la frequenza di trattamento con farmaci antidolorifici è simile nei soggetti dementi di vecchia e nuova diagnosi. In particolare, dei 2.294 pazienti (età media=78,9 anni) studiati circa il 40% ha ricevuto un trattamento con FANS, il 14% con gabapentinoidi, il 7-8% con oppioidi.

Conclusioni. I risultati del presente studio dimostrano che le maggiori classi di farmaci antidolorifici vengono prescritte nei soggetti con demenza nella regione Calabria, supportando l'appropriatezza del trattamento del dolore in questa popolazione fragile.

TUTELA DEL PAZIENTE CON DEMENZA

Spadin Patrizia

Associazione Italiana Malattia Alzheimer, Milano

Si dibatte sui diritti dei pazienti con demenza da più di vent'anni, e cioè da quando è apparsa la prima molecola attiva sulla malattia e si è svegliato l'interesse anche economico sull'Alzheimer. Sfruttando l'onda lunga delle riflessioni sulla malattia mentale e sul paziente psichiatrico (riflessioni che portarono all'approvazione nel 2004 della legge n. 6 sull'istituto dell'amministrazione di sostegno), si comprese che i pazienti con demenza, diversi per anagrafica, responsabilità e ruolo sociale, rischiavano di essere (e probabilmente erano già) oggetto di abusi per amore, per interesse o per indifferenza. A chi comunicare la diagnosi? Chi autorizza terapie, sperimentazioni e interventi sanitari? Chi autorizza i ricoveri? Chi dispone del patrimonio? Chi impedisce la guida degli autoveicoli? E chi decide qual è il momento in cui finisce la capacità di autodeterminarsi? Sono interrogativi pesanti come macigni che ci obbligano ad avere come obiettivo quello di garantire ai malati, in tutte le fasi della malattia, il rispetto della dignità della persona; l'attenzione alla qualità della vita; la possibilità reale di esprimere la propria volontà e quindi di autodeterminarsi. Ma come? RSA, avvocati e notai, ASL e servizi sanitari, hanno risolto alla meglio il "problema" affidandosi all'istituto dell'amministrazione di sostegno, correttamente, da un punto di vista legale. È un'assunzione di responsabilità formale che tutela da qualsiasi conseguenza. Ma dal punto di vista etico? L'amministratore di sostegno è in grado di far rispettare la volontà del paziente? O necessariamente persegue altri interessi? Un aiuto per la chiarezza su questo tema ci viene dalla legge 219 del 22 dicembre 2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", che istituisce la figura del fiduciario, depositario delle volontà del paziente. Le criticità sono ancora molte sia per l'attuazione della legge 219 (l'istituzione dei registri è ancora oltremodo parziale) che per la determinazione dell'incapacità decisionale dei pazienti con demenza.

STUDIO OSSERVAZIONALE SUL RICOVERO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA NEL POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA

Summa Maria Luna (a), Camellini Cinzia (a), Scarpellini Maria Gabriella (b), Vanacore Nicola (c), Ettore Evaristo (a)

(a) *Scuola di Specializzazione in Geriatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *DAI, Emergenza e Accettazione, Anestesia ed Aree Critiche, Policlinico Umberto I, Roma*

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

Introduzione. Il progressivo invecchiamento della popolazione fa sì che sempre più pazienti affetti da demenza si rivolgano alle strutture del Pronto Soccorso (PS); ad oggi non esistono studi in Italia che abbiano analizzato l'intero percorso intraospedaliero di questi malati dall'ingresso in PS all'eventuale dimissione dai reparti. Lo studio osservazionale di coorte prospettico condotto ha lo scopo di analizzare i punti di forza e le criticità dell'attuale gestione territoriale e ospedaliera dei malati affetti da demenza.

Metodi. Dopo approvazione del Comitato Etico aziendale, sono stati inclusi nello studio tutti i soggetti con diagnosi di demenza afferenti per patologia medica acuta al PS medico di II livello del Policlinico Umberto I, tra gennaio e aprile 2018. Tutti i pazienti arruolati sono stati valutati entro 24 ore dall'ingresso in PS tramite raccolta di dati anagrafici, territoriali, clinici e gestionali e somministrazione di scale quali: CIRS, ADL, IADL, AMT-4, CAM; alla dimissione dal PS e/o dai reparti di degenza sono stati raccolti dati su destinazione, uso di contenzioni, tempi di degenza, tasso di decesso e/o diagnosi di dimissione con particolare attenzione alla segnalazione di diagnosi di demenza.

Risultati. Su 257 pazienti individuati (4% circa di tutti gli accessi) ne sono stati arruolati 209 dopo acquisizione di specifico consenso informato. La diagnosi di demenza non è risultata segnalata in circa 1/3 delle cartelle di PS; le percentuali è rimasta costante alla dimissione dai reparti. Dall'analisi descrittiva è emerso che, in più della metà dei casi, il Medico di Medicina Generale non era a conoscenza dell'accesso in PS. Le Ospedalizzazioni Evitabili (OE), valutate in base alla lista delle *Ambulatory or primary Care Sensitive Conditions* (ACSCs) sono risultate il 31,25%; l'analisi multivariata ha mostrato un rischio di ricovero improprio 25 volte maggiore all'aumentare di un punto dell'Indice di Severità della scala CIRS e >7% all'aumentare di un anno di età. L'accesso in PS per BPSD è risultato uno dei motivi di OE, connesso ad un rischio per il paziente 9 volte più alto di essere sottoposto a contenzioni.

Conclusioni. Le criticità emerse dallo studio includono la mancata segnalazione di diagnosi di demenza alla dimissione e la difficoltà dei servizi territoriali nel gestire le acuzie del malato con demenza con conseguente elevato numero di ospedalizzazioni evitabili soprattutto nei grandi anziani. Appare, dunque, evidente la necessità di creare percorsi extra e intraospedalieri dedicati per poter migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza per questi malati e le loro famiglie.

MISURAZIONE DEI VALORI LIQUORALI DI AB42, T-TAU, P-TAU E DELL'INDICE AB42/T-TAU PER LA VALUTAZIONE DI 1016 INDIVIDUI CON DEMENZA O SOSPETTO IDROCEFALO NORMOTESO

Tariciotti Leonardo (a), Sarli Giuseppe (a), Remoli Giulia (a), Tosto Giuseppe (b), Bruno Giuseppe (c), Mayeux Richard (b)

(a) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Departments of Neurology, College of Physicians and Surgeons of Columbia University
New York, USA*

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

Introduzione. Aumentati livelli di Tau totale (t-Tau), tau fosforilato in posizione 181 (181pTau o p-Tau) e bassi livelli di Amiloide beta-42 (Ab42) nel Liquor Cefalorachidiano (CSF) rappresentano un *biomarker* diagnostico per la diagnosi di malattia di Alzheimer (AD). L'obiettivo di questo studio è stato quello di determinare l'accuratezza complessiva dei *biomarker* liquorali Ab42, t-Tau, p-Tau e dell'indice Ab42/tTau (ATI) in una coorte rappresentativa di uno scenario clinico, non di ricerca, per la diagnosi di malattia di Alzheimer e per distinguere questa da altre forme di demenza e dall'Idrocefalo Normoteso (NPH).

Metodi. Dai dati clinici di 1.016 pazienti che sono stati sottoposti a puntura lombare e studio liquorale per l'accertamento dell'eziologia di un quadro di demenza o idrocefalo normoteso in un periodo di 12 anni (2005-2017) sono state calcolate le AUC (aree sotto la curva) delle curve ROC (*Receiver Operating Characteristic*) per ogni *biomarker*. Sensibilità e specificità di Amiloide beta 42(Ab42), Tau totale (t-Tau), Tau fosforilata (p-Tau) e dell'indice Ab42/t-Tau (ATI) sono infine state computate in relazione alla diagnosi finale.

Risultati. Comparando i valori misurati con quelli di pazienti non dementi o diagnosticati con altri tipi di demenza, la sensibilità e la specificità dei *cut-off* raccomandati per ATI e pTau (ATI <1,0 e pTau > 61 pg/ml) combinati per la diagnosi di AD erano 0,88 e 0,72 rispettivamente. Risultati simili sono stati ottenuti analizzando una coorte composta da pazienti con AD e pazienti non dementi (0,88 e 0,82) e AD con altri tipi di demenza (0,81 e 0,77). Un sottogruppo di pazienti con diagnosi clinica probabile di Idrocefalo Normoteso (NPH) (n=154) è stato sottoposto a biopsia corticale durante la procedura neurochirurgica di Shunt Ventricoloperitoneale (VPS): usando la manifestazione patologica della malattia di Alzheimer come standard, è stata testata la sensibilità e la specificità dei marker liquorali nell'identificare la co-presenza di AD in questo sottogruppo. La sensibilità era 0,83 e la specificità 0,72.

Conclusioni. In un'ambiente non di ricerca, ricreando una coorte che quanto più sia rappresentativa della popolazione clinica incontrata nei centri di valutazione Alzheimer, i *biomarker* liquorali per AD hanno dimostrato un'alta sensibilità, in accordo con quanto già riportato in letteratura, ma una modesta specificità nel differenziare l'AD da altre forme di demenza. Lo studio di pazienti non selezionati per specifici parametri offre una valida e realistica analisi dell'accuratezza diagnostica di questi *biomarker* liquorali nella realtà clinica.

SUNDOWNING IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: PREVALENZA E CARATTERISTICHE CLINICHE

Valletta Martina, Canevelli Marco, Salati Emanuela, Gasparini Marina, Bruno Giuseppe
Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Il termine *sundowning*, o *sundown syndrome*, è usato per indicare la comparsa o il peggioramento di sintomi neuropsichiatrici nel tardo pomeriggio o nelle ore serali nei pazienti affetti da demenza. Si tratta di un fenomeno comunemente descritto da parenti e *caregiver* nella pratica clinica, che tuttavia è stato scarsamente investigato in ambito scientifico. Questo studio è stato pertanto condotto con l'obiettivo di ottenere informazioni circa la sua prevalenza tra i pazienti con demenza e le sue caratteristiche cliniche.

Metodi. Lo studio è stato condotto nel periodo compreso tra giugno 2016 e maggio 2017, presso un CDCD del Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università "Sapienza" di Roma. Sono stati reclutati, in maniera consecutiva, pazienti con demenza, e tra questi è stata indagata la presenza di *sundown syndrome* attraverso un questionario dedicato somministrato ai *caregiver*. Per tutti i pazienti è stata inoltre raccolta una dettagliata anamnesi e sono state eseguite valutazioni cognitive, funzionali e neuropsichiatriche, in modo tale da confrontare le caratteristiche dei pazienti che mostravano o non mostravano il fenomeno oggetto di studio.

Risultati. È stato esaminato un totale di 100 pazienti, in 22 dei quali è stata riscontrata la presenza di *sundowning*, che si manifestava prevalentemente come ansia (17,5%), agitazione e irritabilità (15,9%) e deliri (14,3%). Tra i pazienti che mostravano la *sundown syndrome* è stata riscontrata una più marcata riduzione delle autonomie strumentali della vita quotidiana (IADL), una maggior severità dei NPS, una maggior assunzione di farmaci anticolinergici e antipsicotici e infine un maggior numero di risvegli notturni. Dall'analisi multivariata il punteggio nelle IADL è emerso come unico fattore associato in maniera significativa alla presenza di *sundowning*, essendo una maggior autonomia nelle attività strumentali associata ad un minor sviluppo della condizione.

Conclusioni. Il nostro studio conferma quindi come il *sundowning* sia un fenomeno di comune riscontro tra i pazienti con demenza, manifestandosi in circa un quinto di essi. Come nel caso degli altri NPS, la sua valutazione deve essere condotta attraverso un approccio multidimensionale, in modo da cogliere la maggior parte dei fattori capaci di contribuire alla sua comparsa e al suo andamento nel tempo.

📄 RAPPORTO TRA CANCEROGENESI E NEURODEGENERAZIONE: QUALI IMPLICAZIONI PER LA RICERCA IN SANITÀ PUBBLICA

Vanacore Nicola (a), Gervasi Giuseppe (a,d), Lacorte Eleonora (a), Mayer Flavia (a), Piscopo Paola (b), Bacigalupo Ilaria (a), Canevelli Marco (c)

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

(b) *Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

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

Negli ultimi decenni si sono consolidate le evidenze epidemiologiche che mostrano come i pazienti affetti da malattia di Alzheimer o da malattia di Parkinson abbiano un rischio ridotto di insorgenza di tumori rispetto alla popolazione generale. Questo dato non è completamente attribuibile al possibile ruolo protettivo dell'esposizione a fumo di sigaretta nella malattia di Alzheimer e di Parkinson in quanto anche tumori non associati al fumo sono significativamente ridotti in questi pazienti. Si discute se questa evidenza epidemiologica possa avere una base biologica in quanto i processi di neurodegenerazione e di oncogenesi hanno probabilmente una lunga fase di latenza prima dell'insorgenza dei segni e dei sintomi. In particolare il coinvolgimento di oncogeni quali p53 e Notch o la conoscenza di alcuni meccanismi biochimici, come quelli che coinvolgono la proteina TOR (*target of rapamycin kinase*), potrebbero esercitare un'azione nei meccanismi di proliferazione cellulare indirizzando una lunga storia naturale di malattia (biologica e clinica) in direzioni opposte. In questo contesto viene proposta una *umbrella review* delle revisioni sistematiche e meta-analisi pubblicate sul tema della frequenza dei tumori nelle persone affette da malattia di Alzheimer e Parkinson utilizzando specifiche *checklist* sulla valutazione di qualità quali il PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Le evidenze epidemiologiche verranno discusse in relazione ai possibili meccanismi biologici. Questo contributo si propone quindi di valutare se questo specifico ambito di conoscenza possa fornire nuovi elementi per la comprensione della neurodegenerazione stimolando un'adeguata ricerca in sanità pubblica con possibili finalità terapeutiche.

CIRCLE ACTIVITY & ALZHEIMER: PROGETTO SPERIMENTALE PRESSO IL CENTRO DIURNO ALZHEIMER DELLA CIVICA DI TRENTO APSP. L'ARTE DIALOGA CON LA CURA

Vichi Debora, Caldini Giorgia

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, Civica di Trento, Trento

Introduzione. Il progetto nasce dall'incontro con Albert Hera, musicista torinese che utilizza la metodologia del *circle singing* in ambito didattico-musicale e che ne ha promosso l'utilizzo in contesti diversi (lavorativi e di cura). Fondamento della sua ricerca è la convinzione che l'arte possa essere messa a servizio del benessere e della cura in un processo circolare di reciproca contaminazione. Il progetto ha coinvolto utenti, familiari e operatori. Le attività proposte hanno previsto esercizi motori e l'attivazione di *working memory*, attenzione, abilità prassiche, funzioni esecutive e di calcolo. Il tutto, realizzato a partire dall'uso della voce, utilizzando brani musicali, filastrocche, strumenti e altri supporti funzionali agli obiettivi.

Metodi. Sono stati realizzati 10 incontri a cui hanno partecipato utenti, familiari e operatori. Ciascun incontro è stato videoregistrato e monitorato da due osservatori esterni (neuropsicologa, maestro di canto). I video e i dati dell'osservazione sono stati analizzati in itinere per la progressiva ri-taratura delle sessioni successive. Sono stati valutati, prima e dopo il percorso, 5 utenti con demenza lieve-moderata, a cui sono stati somministrati la scala CMAI, il *Montreal Cognitive Assessment*, il *Trail Making Test A*, il Test di Fluenza Verbale per Categoria. In itinere sono state inserite altre 4 persone, di cui 2 hanno abbandonato (non valutati). L'osservazione della neuropsicologa si è focalizzata su 2 utenti con differenti *deficit* cognitivi e manifestazioni comportamentali, registrando lo stato emotivo-comportamentale prima e dopo l'attività e l'uso delle funzioni cognitive e sociali/emotive/comportamentali in itinere. Il primo incontro è servito come test per capire le dimensioni da inserire nella scheda osservativa. L'osservazione del maestro di canto si è focalizzata su empatia/carisma del facilitatore, mediatori artistici utilizzati, interazione individuo-gruppo, modalità comunicative attivate.

Risultati. Rispetto ai test, l'esiguità dei dati raccolti e l'incontrollabilità delle variabili interferenti non consentono una valutazione approfondita. Dall'osservazione emerge un diverso effetto sull'umore dei due partecipanti, probabilmente correlato alla diversa capacità di ricordare l'evento anche a distanza; le funzioni cognitive sembrano migliorare con il riproporsi degli incontri, così come le funzioni sociali/emotive/comportamentali, (miglioramento, questo, più evidente in uno dei due partecipanti).

Conclusioni. L'attività è stata apprezzata da tutti i partecipanti e ha favorito l'instaurarsi di una simmetria relazionale tra loro. Se dal punto di vista neuropsicologico non è possibile trarre esiti conclusivi, l'osservazione ha invece evidenziato una tendenza positiva sulla funzionalità cognitiva e sociale/emotiva/comportamentale, stimolandoci ad ulteriori approfondimenti delle sue possibili applicazioni con i malati di demenza.

DEMENTZA NEGLI IMMIGRATI E NELLE MINORANZE ETNICHE IN ITALIA

Zaccaria Valerio (a), Canevelli Marco (a), Lacorte Eleonora (b), Cova Ilaria (c), Valletta Martina (a), Agabiti Nerina (d), Bruno Giuseppe (a), Bargagli Anna Maria (d), Pomati Simone (c), Pantoni Leonardo (e), Vanacore Nicola (b)

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

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

(c) Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano

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

(e) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Milano

Introduzione. Gli attuali cambiamenti sociodemografici stanno modificando in maniera sostanziale lo scenario globale delle demenze, caratterizzato da un notevole aumento dei casi nei paesi a medio-basso reddito e nelle popolazioni immigrate nei paesi occidentali. A tal riguardo, stimare il fenomeno della demenza nei migranti e nelle minoranze etniche, caratterizzandone peculiarità e complessità, costituisce una questione emergente per il nostro sistema socio-sanitario. L'obiettivo del presente studio è stato quello di stimare i casi di demenza nei soggetti immigrati in Italia e di quantificare e caratterizzare tale fenomeno presso un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

Metodi. I casi di demenza negli immigrati in Italia sono stati stimati moltiplicando il numero dei soggetti immigrati ≥ 65 anni, derivato dai dati Istat, con i tassi di prevalenza età- e sesso-specifici, ottenuti dal *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group*. Nelle analisi dei dati ottenuti presso il CDCD del Dipartimento di Neuroscienze Umane del Policlinico Umberto I di Roma sono stati considerati tutti i soggetti sottoposti a una prima visita neurologica tra il 2001 e il 2017. I soggetti sono stati classificati in base al loro paese di origine in paesi ad alto reddito (HIC) e paesi a medio-basso reddito (LMIC). Il *Mini Mental State Examination* (MMSE) e le scale *Activities of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) sono stati usati rispettivamente per misurare la *performance* cognitiva globale e l'indipendenza funzionale dei partecipanti.

Risultati. Complessivamente, 186.373 immigrati anziani vivevano in Italia nel 2017. Circa 7.700 casi di demenza possono essere stimati in questa popolazione. Un totale di 2.851 individui è stato sottoposto a una prima visita neurologica presso il nostro CDCD tra il 2001 e il 2017. Tra questi, 2.809 erano nati in Italia, 28 erano immigrati da HIC e 14 da LMIC. La proporzione nata in LMIC è rimasta stabile nel periodo considerato, variando da 0% a 1,1% del totale dei pazienti. Gli immigrati da HIC e LMIC sono risultati simili per variabili cliniche e sociodemografiche nonché per severità della compromissione cognitiva e funzionale.

Conclusioni. Il fenomeno della demenza negli individui immigrati costituisce un problema di sanità pubblica emergente ma già rilevante per il nostro paese. Essendo ancora scarsamente caratterizzato nel "mondo reale", sono necessarie iniziative dedicate per giungere a una comprensione approfondita di tale problema e pianificare strategie mirate, sia a livello locale che nazionale.

INDICE DEGLI AUTORI

Accordini Cristina	85	Bormolini Federica	70
Addesi Desirèe	58	Bottini Gabriella	7
Agabiti Nerina	3; 98	Bove Angela	32
Agliata Anna Maria	32	Bove Antonietta	32
Albano Giancarlo	26	Brambilla Michela	39
Aleotti Federica	13	Bravi Elena	60
Altomari Natalia	58	Brescia Filomena	20
Amà Monica	79	Bressi Sergio	7
Amato Stefania	5; 68	Brizzi Marco	79
Anfossi Maria	58	Bruni Amalia Cecilia	21
Angelucci Giulia	6	Bruno Giuseppe	22; 78; 88; 94; 95; 98
Arenare Francesca	51	Bruno Patrizia	23
Arenella Domenico	7	Buffone Ebba	87
Astarita Maria	32	Caccavo Iolanda	66
Bacigalupo Ilaria 3; 8; 46; 47; 56; 72; 89; 96		Cagnin Annachiara	14
Bagetta Giacinto	91	Caldini Giorgia	97
Baldini Manrica	55	Camellini Cinzia	24; 93
Bandirali Maria Pia	70	Canevelli Marco	22; 25; 78; 95; 96; 98
Bargagli Anna Maria	3; 98	Caputo Serena	26
Barisone Maria Giorgia	15; 17; 19	Carletti Chiara	62
Barocco Federica	9	Carletti Emanuele	62
Bartorelli Luisa	10	Carpinelli Mazzi Michele	26
Basso Cristina	11	Cascini Silvia	3
Becchi Maura	13	Caso Francesca	63
Bergamini Lucia	46	Cattaneo Nicoletta	70
Bernardi Livia	58	Cecchetti Giordano	63
Bertagnoli Sara	5	Ceretti Arcangelo	76
Berti Valentina	61	Ceron Davide,	48
Biagini Carlo	3	Cervi Gianna	13
Bianco Andrea	34	Cesari Matteo	28
Bigarelli Massimo	31	Cester Alberto	11
Bilotta Claudio	7	Cipollini Virginia	29
Blundo Carlo	84	Cirigliano Mara	15; 17; 19
Boccardi Daniela	87	Clementi Carlo	30
Bocchio Chiavetto Alessandra	79	Clerici Danila	70
Boiardi Roberta	13	Colao Rosanna	58
Bolamperti Emanuela	48	Colombo Mauro	76
Bonanni Laura	14	Comi Giancarlo	63
Bonanseà Alessandro	15; 17; 19	Conidi Maria Elena	58
Bonazzi Annachiara	68	Conti Susanna	89
Boniforti Laura	70	Copes Alessandro	79
		Corasaniti Maria Tiziana	91

Corvese Maria.....	31	Facci Elena.....	5
Costa Bruno.....	87	Fairsoni Giovanna.....	79
Costa Manuela.....	31	Falautano Monica.....	63
Costagliola Carmela.....	32	Farina Elisabetta.....	7
Costantini Claudio.....	33; 34	Farina Simona.....	45
Cova Ilaria.....	39; 98	Farris Maria Antonietta.....	45
Criscuolo Vittoria.....	15; 17; 19	Fasanelli Andrea.....	60
Croci Luca.....	36	Fascendini Sara.....	9
Cucumo Valentina.....	39	Favaretti Michela.....	81
Cupidi Chiara.....	58	Ferrari Arianna.....	11
Curcio Sabrina Anna Maria.....	58	Fersini Giuseppina.....	52
Da Cas Roberto.....	37	Filippini Graziella.....	7
Dallabona Monica.....	60	Flesia Luca.....	48; 49
Darvo Gianluca.....	38	Florio Luciana.....	52
Davin Annalisa.....	76	Fontana Giorgia.....	5
De Bellis Giovanna.....	64	Fonte Gianfranco.....	34
De Domenico Donatella.....	51	Francesconi Paolo.....	3
De Francesco Adele Emanuela.....	52	Frangipane Francesca.....	58
De La Pierre Franz.....	34	Galeoto Giovanni.....	50
De Marco Giuseppe.....	52	Gallo Federica.....	15; 17; 19
De Marco Matteo.....	88	Gallo Maura.....	58
De Salvatore Luigi.....	46; 47	Gallo Stefania.....	70
De Togni Laura.....	85	Gambina Giuseppe.....	5; 68
De Vanna Floriana.....	40	Gandolfi Maria Carla.....	51
De Vito Ornella.....	58	Garreffa Maria Roberta.....	52; 91
Defanti Carlo.....	9	Garuti Silvia.....	13
Del Tedesco Federica.....	39	Gaspari Giuliana.....	13
Dentizzi Mino.....	41	Gasparini Marina.....	78; 95
Di Cesare Gabriella.....	41	Gentili Mirella.....	55
Di Fiandra Teresa.....	3; 42; 46; 47; 56; 72	Gentilini Maria Adalgisa.....	60
Di Francesco Vincenzo.....	5	Gerace Carmela.....	84
Di Iorio Francesco.....	64	Gervasi Giuseppe.....	8; 46; 47; 56; 72; 96
Di Lorenzo Raffaele.....	58	Giacon Loredana.....	79
Di Palma Annalisa.....	3	Giampellegrini Angela.....	13
Di Persia Angela.....	30	Giubilei Franco.....	29
Di Ruocco Giovanni.....	32	Gnavi Roberto.....	3
Di Soccio Giovanna.....	44	Gobbetto Valeria.....	5; 68
Digiorgio Paola.....	66	Goffo Giorgia.....	11
Donati Cristina.....	82	Grande Giulia.....	57
Durante Rocco.....	70	Grandi Fausto.....	46
Engaddi Ilaria.....	45	Grillo Antonio.....	51
Esposito Stefania.....	52; 91	Guaita Antonio.....	76
Ettorre Evaristo.....	24; 93	Guidi Pamela.....	13
Fabbo Andrea.....	46; 47; 72	Iavarone Alessandro.....	26
Fabbrini Stefano.....	51	Imperiale Daniele.....	3
Fabio Rosa.....	70	Iurilli Biagio.....	85

La Cara Alfredo.....	6	Noventa Vania	11
Lacorte Eleonora	8; 46; 47; 56; 72; 89; 96; 98	Onorato Valentina	15; 17; 19
Laganà Valentina.....	58	Orsi Enrica	59
Leorin Cristian	49	Orzi Francesco	29
Locatelli Walter.....	59	Padovani Alessandro.....	14; 69
Lombardi Alessandra	60	Palummeri Ernesto.....	59
Lombardi Gemma	61	Pantoni Leonardo	39; 98
Luzi Eleonora	62	Papa Oriana	79
Maggiore Laura.....	39	Pascucci Luisiana.....	90
Magnani Giuseppe.....	63	Passerini Gabriella	63
Maiocchi Emanuela.....	70	Pastore Agostino	13
Malagamba Elisa	59	Paz Eraso Cynthia.....	51
Maletta Raffaele	58	Pellati Morena.....	13
Mancini Giovanni.....	64	Pelucchi Loris	45; 70
Mancini Giuseppe	6	Penna Luana.....	46; 47; 72
Manni Barbara.....	46; 47	Pesola Lara	79
Manno Valerio	89	Petrazzuoli Ferdinando	74
Mardegan Sara.....	15; 17; 19	Picinotti Claudia	82
Marianetti Massimo	75	Piffer Silvano	60
Mariggìo Anna Luisa	79	Pimazzoni Fabiana.....	85
Marzagalli Valeria.....	76	Pinna Silvia	75
Masserini Federico	63	Pirani Alessandro	74
Massironi Gloria.....	85	Piscopo Paola.....	8; 96
Mayer Flavia	8; 46; 47; 72; 89; 96	Piva Raffaella.....	48
Mayeux Richard	94	Polito Cristina	61
Mazzola Monica.....	46; 47; 72	Poloni Tino Emanuele.....	76
Melendugno Andrea	65	Pomaro Maria Cristina.....	65
Melorio Nicoletta	85	Pomati Simone	39; 98
Menini Sarah	87	Possenti Mario	77
Menniti Ippolito Francesca.....	37	Pozzobon Gianfranco.....	11
Menon Vanda	31	Puccio Gianfranco.....	58
Merlo Daniela	67	Punzo Maria Rosaria.....	23
Minelli Giada	89	Quaranta Maria Francesca	85
Mingolla Grazia	66	Quarata Federica	78
Minieri Francesca	32	Raganato Riccardo	78
Mirabelli Maria	58	Ragazzoni Annalena.....	31
Misuraca Eloise	79	Ramonda Evelin	15; 17; 19
Mollinari Cristiana	67	Rapattoni Monica.....	48; 79; 81
Monopoli Cristina	52	Rapellino Marco	34
Moro Valentina	5; 68	Refatti Nicola	85
Muraca Gabriella.....	58	Rellini Erika.....	82
Musella Caterina	26	Remiddi Francesca.....	78
Naturale Maria Diana.....	52; 91	Remoli Giulia.....	94
Nava Enrico.....	60	Renso Paola.....	85
Negri Chinaglia Cinzia.....	7; 45	Ricci Monica.....	84
		Ricucci Michaela	33

Rigon Michela.....	79; 81	Stella Eloisa	49
Rigon Michela Fernanda.....	48	Summa Maria Luna.....	24; 93
Rinaldi Marina	3	Tagliavini Fabrizio.....	7
Rossini Paolo Maria	83	Tariciotti Leonardo	88; 94
Rubiolo Angelo	34	Tatulli Emanuela	40
Ruggeri Massimiliano	84	The Kevin	88
Sacchi Simona.....	20	Thulesius Hans.....	74
Sala Francesca.....	85	Tiraboschi Pietro.....	7
Salati Emanuela.....	78; 95	Tofani Marco	50
Salmoiraghi Fabrizio.....	45	Torchia Giusy	58
Salvi Emanuela	37	Tosto Giuseppe	94
Sandri Giulia.....	87	Troili Fernanda	29
Sangiovanni Cosetta.....	9	Ugolotti Angela.....	13
Sansoni Julita	50	Urbani Alessandro	11
Santagada Vincenzo.....	23	Urso Filippo	52
Santangelo Mario	31	Vaccaro Roberta	76
Santangelo Roberto.....	63	Valcavi Luca.....	13
Santoro Michela	66	Valente Donatella	50
Sarli Giuseppe	88; 94	Valletta Martina	22; 95; 98
Scalmana Silvia.....	3	Vanacore Nicola 3; 8; 24; 46; 47; 56; 89; 93; 96; 98	
Scardetta Paola.....	72	Vasso Franca.....	58
Scarpa Rosa.....	26	Venneri Annalena	88
Scarpellini Maria Gabriella.....	93	Venuti Angelo.....	75
Sciattella Paolo.....	89	Verniero Maria Rosaria.....	32
Scoyni Raffaella Maria	64; 90	Vezzosi Angelo.....	47; 72
Scuteri Damiana.....	91	Vichi Debora.....	97
Secreto Piero	3; 33; 34	Vignati Marco	70
Serrani Virginia.....	38	Vigorelli Pietro	82
Sette Giuliano.....	29	Vivencio Antonio.....	90
Sforzin Simona.....	60	Wilkinson Iain.....	88
Sgarangella Angelica	66	Zaccaria Daniele	76
Sgroi Daniela.....	64	Zaccaria Valerio.....	98
Sittoni Arianna.....	79	Zaccherini Davide.....	46
Smirne Nicoletta.....	58	Zanni Mara.....	9
Sollecito Michele	40	Zappalà Angelo.....	70
Soloperto Giuseppina.....	90	Zapparoli Alessandra	11
Sorbi Sandro.....	61	Zito Cristina	52
Spadin Patrizia	92		
Stefanescu Georgeta.....	68		

Serie ISTISAN Congressi
Roma, ottobre-dicembre 2018 (n.4)

Stampato da Tipografia Facciotti s.r.l.
Vicolo Pian due Torri, 74 - 00146 Roma
Roma, novembre 2018