



ISTISAN CONGRESSI 19 | C5

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

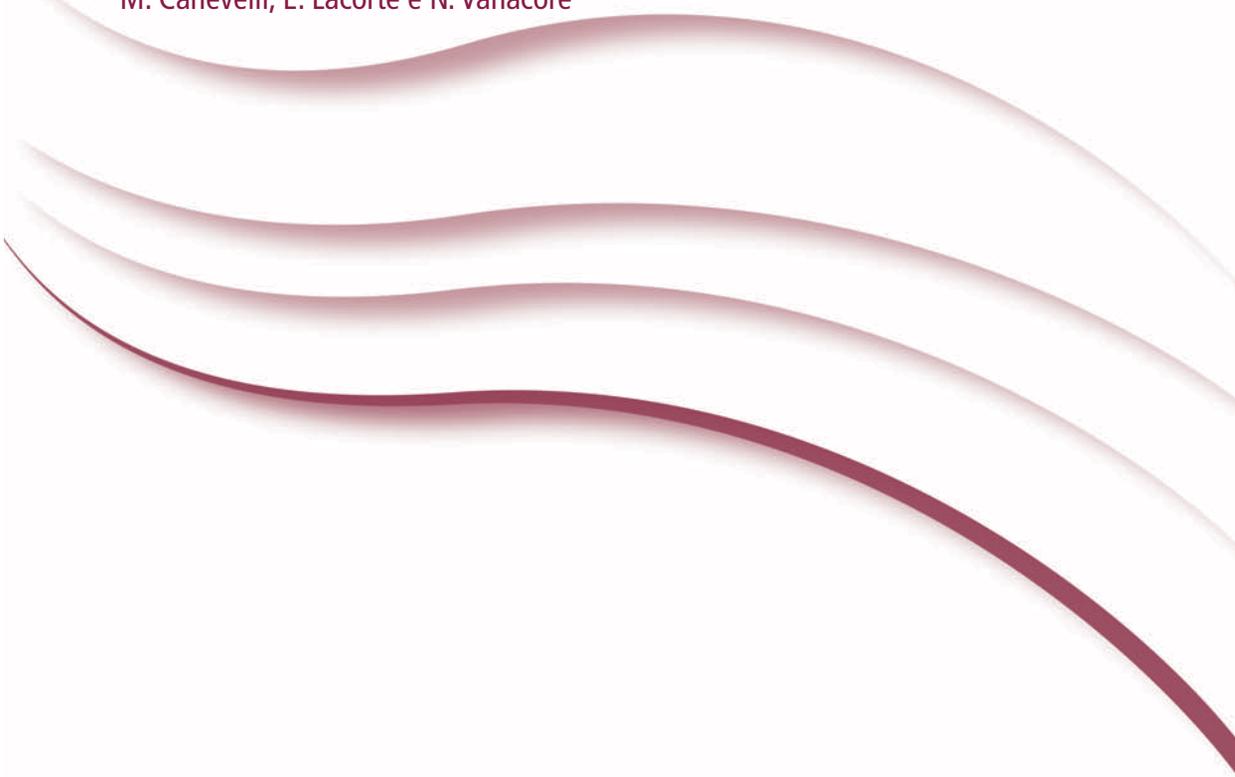
13° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 14-15 novembre 2019

RIASSUNTI

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



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

13° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 14-15 novembre 2019

RIASSUNTI

A cura di

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

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

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

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

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
19/C5

Istituto Superiore di Sanità

13° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 14-15 novembre 2019. Riassunti.

A cura di Monica Mazzola, Paola Ruggeri, Ilaria Bacigalupo, Marco Canevelli, Eleonora Lacorte, e Nicola Vanacore

2019, ix, 107 p. ISTISAN Congressi 19/C5

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

13th Congress. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 14-15, 2019. Abstract book.

Edited by Monica Mazzola, Paola Ruggeri, Ilaria Bacigalupo, Marco Canevelli, Eleonora Lacorte e Nicola Vanacore

2019, ix, 107 p. ISTISAN Congressi 19/C5 (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 dedicate 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

Ringraziamenti: Gabriella Martelli e Valerio Occhiodoro per la gestione amministrativa; Fabio Cacioni, Giuseppe Gervasi, Stefania Luzi, Ilaria Palazzesi, Mariacristina Porrello, Luana Penna, Paola Scardetta e Paola Tacchi Venturi per il supporto tecnico.

Citare questo documento come segue:

Mazzola M, Ruggeri P, Bacigalupo I, Canevelli M, Lacorte E, Vanacore N (Ed.). *13° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 14-15 novembre 2019. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2019 (ISTISAN Congressi 19/C5).

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

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

Direttore Responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Patrizia Mochi, Katia Colombo e Cristina Gasparri*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2019

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

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

PROGRAMMA

Giovedì 14 novembre

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 8.50 Saluto di benvenuto
Silvio Brusaferrò
Presidente Istituto Superiore di Sanità
- Angela Spinelli**
Direttore Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute
- 9.05 Presentazione del Convegno e dell'attività dell'Osservatorio Demenze
Nicola Vanacore

Prima Sessione

POLITICHE SOCIO SANITARIE

Moderatore: M. Canevelli

- 09.20 *Un update delle politiche internazionali e nazionali*
T. Di Fiandra
- 09.40 *Formazione dei MMG per i PDTA*
G. Filippini
- 10.00 *Considerazioni di Sanità Pubblica sull'invecchiamento degli immigrati in Italia*
M. Marceca
- 10.20 *La rete dei CDCD di ASL 3 Genovese: un tentativo di risposta ai bisogni dei pazienti*
C. Ivaldi
- 10.35 *Il Progetto "Comunità Amica delle Persone con Demenza" ed il network della Federazione Alzheimer Italia*
F. Arosio
- 10.50 *Survey sulla rete dei servizi in Italia*
N. Vanacore
- 11.05 Discussione
- 11.20 Coffee break

Seconda Sessione

ASPETTI DIAGNOSTICI – prima parte

Moderatore: C. Mariani

- 11.40 *Il progetto di Rete sulla demenza*
F. Tagliavini
- 12.00 *I test neuropsicologici nella diagnosi del disturbo cognitivo*
S. Cappa
- 12.20 *Prevalenza ed impatto sociale delle demenze ad esordio precoce nella Provincia di Modena*
A. Chiari
- 12.35 *Il Disturbo Soggettivo di Memoria come entità clinica: Accelerated Long-term of Forgetting*
M. Ruggeri
- 12.50 *Diagnosi precoce di Idrocefalo normoteso: utilità della clinica e della neuroradiologia nel corso dell'evoluzione fenomenica*
A. Bisogno, B. Giordano
- 13.05 *Discussione*
- 13.20 *Lunch e discussione poster*
Moderatori: G. Gervasi, E. Lacorte
- 14.40 *Discussione poster in Aula*
Moderatrice: I. Bacigalupo

Terza Sessione

COMUNICAZIONE E TECNOLOGIE DIGITALI

Moderatore: N. Vanacore

- 15.40 *L'informazione sulla demenza*
L. De Fiore
- 16.00 *Nuove tecnologie e demenza: sfide e opportunità*
C. Leorin
- 16.20 *Quando il web supporta: Il progetto Radio Alz*
C. Pagni

- 16.35 *Una mappa web per le demenze a supporto del PDTA regionale*
C. Basso
- 16.50 *Riduzione dell'uso di antipsicotici in pazienti con decadimento cognitivo grave e disturbi del comportamento con l'uso delle attività educative individualizzate*
G. Mancuso
- 17.05 Discussione
- 17.30 Chiusura della giornata

Venerdì 15 novembre

Quarta Sessione

STRATEGIE DI PREVENZIONE

Moderatrice: T. Di Fiandra

- 9.00 *Aspetti preventivi nella gestione dei disturbi del sonno*
B. Guarnieri
- 9.20 *Il progetto CoNSENSo: Il ruolo dell'infermiere di famiglia*
G. Salamina
- 9.40 *"Camminando e leggendo...ricordo": una proposta strutturata per la prevenzione della fragilità in soggetti con Mild Cognitive Impairment*
M. Gallucci
- 9.55 *Analisi retrospettiva delle cadute nei soggetti anziani istituzionalizzati nelle R.S.A. e presenti nel C.D.I. "Sandro Pertini" - A.S.S.T. RHODENSE*
L. Pelucchi
- 10.10 *In che modo l'attività fisica influenza le funzioni cognitive in una popolazione anziana con deficit cognitivo?*
V. Cipollini
- 10.25 *Memory: studio pilota sulla relazione tra engagement e propensione alla prevenzione dei disturbi della memoria nei soggetti anziani*
M. Corbo
- 10.40 Discussione
- 11.00 Coffee break

Quinta Sessione

ASPETTI DIAGNOSTICI – seconda parte

Moderatrice: A. Confaloni

- 11.20 *La classificazione AT(N) nei biomarker*
D. Galimberti
- 11.40 *Il processo di validazione dei biomarcatori*
I. Bacigalupo
- 12.00 *Il ruolo della beta amiloide 42 e degli altri biomarcatori nello spettro della malattia di Alzheimer: dalle fasi prodromiche a quelle conclamate di malattia*
G. Magnani
- 12.15 *Differenza di genere e malattia di Alzheimer: ruolo dell'espressione genica di STX1a*
E. Ferri
- 12.30 *Studio dei fattori predisponenti ai disturbi cognitivi in una popolazione di anziani istituzionalizzati*
C. Clementi
- 12.45 *Implementazione di due best practice sulla gestione della Demenza: l'esperienza dell'AUSL di Modena*
A. Fabbo
- 13.00 *Discussione*
- 13.20 *Lunch e discussione poster*
Moderatori: P. Piscopo, M. Canevelli
- 14.35 *Discussione poster in Aula*
Moderatore: G. Gervasi

Sesta Sessione

ASPETTI TERAPEUTICI

Moderatrice: G. Bruno

- 15.40 *Angiopatia amiloidea e il fenomeno ARIA*
F. Piazza
- 16.00 *Il trattamento odontoiatrico nei pazienti con demenza*
M. Ghezzi

- 16.20 *Evidenze di efficacia della terapia di stimolazione cognitiva nel contesto italiano:
l'importanza della sua diffusione*
S. Gardini
- 16.35 *Appropriatezza della prescrizione farmacologica nei malati di Alzheimer*
C. Piccaluga
- 16.50 *Sintomi depressivi e trattamento farmacologico in pazienti con disturbi cognitivi*
F. Bartesaghi
- 17.05 *Sicurezza nell'uso degli antipsicotici nei pazienti con demenza:
uno studio di popolazione nella Regione Lazio*
A. Bargagli
- 17.20 Discussione
- 17.30 Chiusura del convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 13° 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

PROGETTO DEM-CAREGIVER: EFFETTO DI DUE INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI SUI SINTOMI COMPORTAMENTALI E SULLO STRESS DEL CAREGIVER

Amici Serena (a), Ottoboni Giovanni (b), Trequatrini Alberto (a), Bianchini Filippo (a), Boccia Maddalena (c), Brugnami Melissa (a), Morini Goretta (d), Chattat Rabih (b), Vanacore Nicola (e)

(a) Azienda Sanitaria Locale N.1 Dell'Umbria, Italia, Perugia

(b) Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Bologna

(c) Sapienza Università di Roma, Roma

(d) Associazione Malati Alzheimer Umbria, Perugia

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

Introduzione. I sintomi comportamentali dei soggetti affetti da demenza (ScD) sono la prima causa di istituzionalizzazione in quanto aumentano lo stress del *caregiver* (CG) e possono indurli ansia e depressione. Interventi psicoeducazionali come quello proposto dalla NYU della Mittelman hanno dimostrato di essere efficaci nel ridurre lo stress del *caregiver* modificando la sua reazione ai disturbi comportamentali, anche se la frequenza degli stessi non si modificava. Obiettivo dello studio: verificare l'efficacia di un intervento di supporto/*counselling* in confronto ad un intervento tradizionale nei CG dei soggetti (PZ) affetti da malattia di Alzheimer (ScAD) nel ridurre i disturbi comportamentali del ScAD e lo stress del CG. Disegno studio randomizzato disegno PROBE (*Prospective Randomised Open Blinded End-point*).

Metodo. I CG di malati di Alzheimer afferenti agli ambulatori Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (ex-UVA) delle 2 Ausl dell'Umbria e della AO di Perugia venivano randomizzati centralmente: 1) Intervento sperimentale: *counselling* secondo New York University; 2) Intervento di controllo: formazione frontale su argomenti inerenti la malattia di Alzheimer. Alla visita basale i CG venivano sottoposti ai seguenti questionari: *Zarit Burden Interview* (ZBI, *outcome* primario); *Resource Utilization in Dementia, Hospital Anxiety and Depression Scale, Euro-Quality of Life e Revised Memory and Behavior Problems Checklist* (*outcome* secondari). I CG ed i ScAD sono stati valutati alla visita basale e seguiti longitudinalmente a 6 e 12 mesi.

Risultati. L'analisi di regressione logistica ha dimostrato come la riduzione dei disturbi comportamentali e la migliore gestione degli stessi da parte del *caregiver* sia direttamente proporzionalmente alle ore di intervento a cui i *caregiver* avevano partecipato. A tre mesi entrambi gli interventi non hanno ridotto lo stress del *caregiver*. Per tutti e due gli interventi, i *caregiver* che avevano partecipato a più ore di intervento avevano valori di stress più elevati rispetto a coloro che avevano partecipato a meno ore. Inoltre, è stata evidenziata una correlazione positiva tra severità del deterioramento cognitivo e lo stress del CG così come tra elevata disabilità e stress e/o ansia e depressione del CG

Conclusioni. Questi risultati evidenziano come, in un'epoca di risorse limitate, sia importante selezionare coloro che beneficiano maggiormente dell'intervento e di come sia importante completarlo affinché sia efficace. È possibile che l'effetto dell'intervento di *counseling* sia maggiormente efficace sullo stress del *caregiver* a lunga distanza, piuttosto che a tre mesi, in quanto il *caregiver* deve il cambiamento.

IL PROCESSO DI VALIDAZIONE DEI BIOMARCATORI

Bacigalupo Ilaria (a), Canevelli Marco (a, b), Gervasi Giuseppe (a, c), Lacorte Eleonora (a), Massari Marco (d), Mayer Flavia (a), Cesari Matteo (e), Vanacore Nicola (a)

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

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

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

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

(e) *Università degli Studi, Milano*

Un biomarcatore è una caratteristica che viene oggettivamente misurata ed è utilizzato come indicatore di processi biologici normali o patogenici, o di risposta ad un trattamento terapeutico. Può essere diagnostico, prognostico, e infine, può essere utilizzato anche come un surrogato di un esito clinico che si osserverà nel corso della storia naturale della malattia. Il processo dalla fase di identificazione di un nuovo biomarcatore all'uso nella pratica clinica è molto complesso e solo una piccola percentuale, stimabile tra il 4 e l'8%, riesce a completarlo. Per un biomarcatore diagnostico questo processo prevede prima una corretta standardizzazione metodologica per eliminare problematiche analitiche di variabilità intra e inter laboratorio e poi il completamento delle 5 fasi di seguito riportate secondo Haynes e Sackett; 1) esaminare se esista una differenza del biomarcatore tra pazienti e soggetti sani; 2) valutare mediante parametri clinico-epidemiologici (sensibilità, specificità, valore predittivo negativo e positivo) se pazienti con un determinato dosaggio abbiano più probabilità di avere la patologia rispetto ai pazienti che hanno un dosaggio differente; 3) accertare nella pratica clinica se il biomarcatore sia in grado di discriminare i soggetti con sospetta malattia dai sani; 4) analizzare se nei pazienti in cui è stato misurato il biomarcatore abbiano avuto un miglioramento nell'esito della patologia rispetto ai pazienti in cui non è stato valutato (efficacia); 5) ponderare i costi rispetto all'efficacia. Ad oggi i biomarcatori utilizzati con finalità diagnostiche nella demenza di Alzheimer non hanno ancora superato tutte e 5 le fasi. Nello specifico i criteri del *National Institute on Aging Alzheimer's Association* (NIA-AA) e dell'*International Working Group* (IWG) ne raccomandano, il loro uso solo per scopi di ricerca, e, per definire meglio la diagnosi in pazienti con probabile AD, con esordio precoce o con presentazione atipica o nei *trial* clinici per selezionare la popolazione da includere nello studio. Recentemente, per cercare di definire in modo semplice e riproducibile la diagnosi di demenza o *Mild Cognitive Impairment* (MCI) con i biomarcatori è stato sviluppato il sistema ATN dove, questi ultimi, sono stati classificati in 3 categorie in base a quale processo pato-fisiologico si vuole caratterizzare (A: deposizione di beta amiloide, T: deposizione di tau, N: neurodegenerazione). Negli ultimi criteri NIA AA del 2018 è stato indicato che questa classificazione (ATN) può essere utilizzata solo per effettuare le diagnosi nel *framework* della ricerca, ma non nella pratica clinica corrente. In conclusione, l'impiego dei

biomarcatori nella pratica clinica per la diagnosi della demenza di Alzheimer o MCI è molto dibattuto nella letteratura scientifica, al di là della discussione o meno sulle 5 fasi precedentemente riportata.

📄 SICUREZZA NELL'USO DEGLI ANTIPSIKOTICI NEI PAZIENTI CON DEMENZA: UNO STUDIO DI POPOLAZIONE NELLA REGIONE LAZIO

Bargagli Anna Maria (a), Cascini Silvia (a), Kirchmayer Ursula (a), Vanacore Nicola (b), Canevelli Marco (b c), Agabiti Nera (a), Davoli Marina (a)

(a) *Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, ASL Roma 1, Roma*

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

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

Introduzione. La maggior parte delle persone con demenza soffre nel corso della malattia sintomi di tipo comportamentale e psicologico (BPSD). Gli Antipsicotici (AP) sono spesso usati per trattare i BPSD. Le linee guida più accreditate raccomandano di limitare il periodo di trattamento, con una durata che non dovrebbe superare le 8-10 settimane. Numerosi studi hanno evidenziato che, sebbene gli AP possano essere efficaci nel ridurre i sintomi psicotici, sono associati ad eventi avversi gravi. L'obiettivo di questo studio è valutare l'associazione tra l'uso di AP e la mortalità per tutte le cause a 60, 180 e 365 giorni dal primo utilizzo. Sarà anche stimato il rischio associato all'uso di AP convenzionali vs AP atipici.

Metodi. Lo studio si basa sui dati dei Sistemi Informativi Sanitari del Lazio. È stata arruolata una coorte di persone con demenza che vive ed è residente nel Lazio al 31/12/2016 di età ≥ 65 anni. Il periodo in studio è compreso tra il 01/01/2017 e il 31/12/2018. L'esposizione è stata definita come primo uso di AP nel periodo in studio (*new user*= nessuna prescrizione nell'anno precedente la data di prima assunzione). L'esito considerato è la mortalità per tutte le cause. È stata effettuata una analisi preliminare con un approccio *Intention To Treat* (ITT) I rischi di mortalità degli utilizzatori di AP rispetto ai non utilizzatori, sono stati stimati con un modello di Cox, aggiustando per quintili del *propensity score*. Verrà successivamente sviluppata un'analisi *per protocol* per stimare il rischio associato all'uso di AP vs non uso e AP convenzionali vs AP atipici.

Risultati. Sono state arruolate 26.532 persone con demenza residenti nel Lazio al 31/12/2016. Il 66% dei pazienti è di genere femminile, l'età media in tutta la popolazione è di 82 anni. I nuovi utilizzatori nel primo anno di osservazione sono 4.217 (16%). L'analisi ITT evidenzia un incremento significativo della mortalità a 180 e 365 giorni dalla prima prescrizione tra i *new users* rispetto ai non utilizzatori (RR=1,52, $p<0,001$ e RR= 1,63, $p<0,001$, rispettivamente). L'eccesso di rischio a 60 giorni non risulta statisticamente significativo.

Conclusioni. I risultati di questa analisi preliminare concordano con quelli di studi precedenti che indicano un aumento della mortalità in pazienti che assumono AP. I risultati saranno confrontati con quelli ottenuti applicando un approccio *per protocol* per valutarne la coerenza.

SINTOMI DEPRESSIVI E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI

Bartesaghi Francesca (a), Rassiga Cecilia (b), Tomaselli Alice (c), Rosci Chiara (b), Priori Alberto (a)

(a) *Università degli Studi, Milano*

(b) *ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

(c) *Università degli Studi Milano Bicocca, Milano*

La relazione tra depressione e deficit cognitivi è nota sia perché è descritto un aumento di rischio di sviluppo di demenza in pazienti con storia di depressione, sia per la presenza frequente, in misura differente nelle diverse fasi di malattia, di sintomi depressivi in pazienti affetti da deterioramento cognitivo. Il trattamento dei disturbi depressivi in pazienti anziani, e ancor più se affetti da demenza, è un problema complesso. In una recente revisione *Cochrane* viene posta l'attenzione sull'incertezza di beneficio dei farmaci antidepressivi basandosi su scale di valutazione per la depressione e indicatori funzionali (efficienza nel quotidiano, test cognitivi) a fronte della probabilità di indesiderati effetti collaterali. Ciononostante, l'uso di farmaci antidepressivi in pazienti anziani che presentano deflessione del tono dell'umore, ansia o declino funzionale è diffuso. Abbiamo esaminato la prevalenza di sintomi depressivi e dell'uso di farmaci psicoattivi in un campione di 145 soggetti inviati alla valutazione neuropsicologica diagnostica per sospetto decadimento cognitivo. È stata raccolta una anamnesi farmacologica dettagliata distinguendo i soggetti tra chi non assumeva alcuna terapia antidepressiva e chi era in terapia con un singolo farmaco antidepressivo o una associazione di farmaci. I due gruppi sono risultati omogenei per età media e punteggio alla scala di screening MMSE. I sintomi depressivi sono stati quantificati mediante la *Geriatric Dementia Rating Scale* (GDS, 15 item) e i pazienti divisi in due gruppi: pazienti non affetti da depressione per punteggi di GDS tra 0 e 4 e pazienti probabilmente affetti da depressione per punteggi di GDS superiori a 5. I dati raccolti sul nostro campione mostrano che, risultando non indipendenti le variabili presenza/assenza di terapia e presenza/assenza di depressione ($F=0,0024$, $p<0,05$) su 82 pazienti classificati come depressi, il 43,9% non era in terapia, mentre una percentuale maggiore, superiore alla metà (56,1%) stava già assumendo uno o più farmaci antidepressivi. Tali dati, in linea con quanto descritto in letteratura, offrono spunti di riflessione riguardo le cause di mancata risposta ai farmaci in pazienti con disturbi cognitivi. Si può ipotizzare che parte dei pazienti abbia sintomi depressivi reattivi alla malattia, oppure che vengano interpretati come depressivi sintomi propri della demenza, come anedonia o abulia. La nostra esperienza ci porta a ritenere che sebbene le scale funzionali e di valutazione dei sintomi depressivi siano fondamentali esse siano da pesare con attenzione in pazienti con disturbi cognitivi per poter inquadrare correttamente il sintomo prima di trattarlo con farmaci. Si ritiene inoltre che l'efficacia della terapia sia da valutarsi con tempistiche precise per sospendere, sostituire o aggiungere terapia.

MAPPA WEB PER LE DEMENZE A SUPPORTO DEL PDTA REGIONALE

Basso Cristina (a), Tiozzo Netti Silvia (a), Fedeli Ugo (a), Corti Maria Chiara (b), Bellometti Simona (a), Simionato Patrizia (a), Garbin Fabrizio (c), Mantoan Domenico (c)

(a) Azienda Zero, Regione Veneto, Padova

(b) Agenas, Roma

(c) Regione Veneto, Venezia

Introduzione. Perseguire il miglioramento dello stato di salute del paziente affetto da demenza, ottimizzando l'utilizzo delle risorse umane ed economiche, proponendo strategie per allineare alle linee guida, alle buone pratiche e a percorsi diagnostico-terapeutici mirati i comportamenti di pazienti, familiari, medici e altri operatori in ambito sociale e socio-sanitario, rappresenta una delle finalità del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) delle demenze della Regione Veneto.

Metodi. La Regione Veneto, ha realizzato uno strumento che sfrutta le potenzialità del web (tempestività di accesso alle informazioni e diffusione capillare) per favorire la condivisione di contenuti fondamentali (clinici ed assistenziali) per un approccio integrato e continuativo alle cure e all'assistenza dei pazienti affetti da demenza. L'approccio di gestione integrata prevede un sistema organizzato, pro-attivo, che pone al centro dell'intero sistema un paziente ed un familiare informato ed educato ad avere un ruolo attivo nella gestione della patologia di cui è affetto. Anche la continuità assistenziale, requisito irrinunciabile del PDTA della Regione Veneto, richiede una maggiore integrazione interdisciplinare, il coordinamento tra i livelli di assistenza ed il coinvolgimento attivo del paziente e del familiare nel percorso di cura. Tale modello deve comprendere pertanto, non solo trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, ma anche strumenti e strategie per lo sviluppo dell'*empowerment*, dell'informazione, della formazione e del sostegno dei familiari e dei professionisti per raggiungere una maggiore appropriatezza delle cure e per garantire una migliore qualità dell'assistenza.

Risultati. La mappa web delle demenze a supporto del PDTA (<http://demenze.regione.veneto.it>) favorisce la condivisione partecipata e dinamica delle informazioni a tutte le categorie di utenti potenzialmente coinvolte, dai pazienti e loro familiari, ai professionisti, contrastando la frammentazione delle cure legata alla disinformazione.

Conclusioni. La mappa web faciliterà la diffusione di una cultura più consapevole, saldamente ancorata a buone pratiche e alla partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse, ma soprattutto supporterà la creazione di una rete ben collaudata che garantisca sia misure di prevenzione che continuità delle cure e dell'assistenza, dall'esordio dei primi sintomi, alla diagnosi, al fine vita.

PAROLA COME TERAPIA

Borri Roberta, Saviotti Nicoletta
RSA La tua Casa, Cigognola, Pavia

Introduzione. Parlare della demenza e con i soggetti affetti da demenza deve diventare una “buona pratica” sanitaria. Purtroppo, nei prossimi anni non sono previsti nuovi farmaci, per cui è necessario puntare su strategie terapeutiche alternative: la più difficile, ma allo stesso tempo la più alla portata di tutti, è la parola.

Metodi. Parola intesa come comunicazione istituzionale: l'importanza di parlare della demenza, a partire dalle definizioni, come si evidenzia nel “Progetto demenza: le parole che contano”, in cui i malati stessi hanno scelto le parole che giudicano migliori per definire la loro condizione. Comunicazione della diagnosi: in Italia molto difficile, molti vengono privati del diritto di sapere che hanno una malattia della memoria, etichettati e pertanto non più considerate persone. Il dialogo nella vita di tutti i giorni con la persona con decadimento cognitivo: solitamente il primo sintomo è la perdita della parola, la riduzione del lessico è evidente molti anni prima della diagnosi, vi è difficoltà ad esprimersi, a trovare le parole giuste, e la conversazione, anche quella quotidiana diventa difficile. Il conversazionalismo sottolinea come nelle persone con demenza la parola progressivamente perde la sua funzione comunicativa, resta solo la funzione conversazionale. L'Approccio capacitante®, sviluppato e promosso dal Dott. Vigorelli a Milano, insegna a tenere viva la conversazione, la relazione, mettendo sempre in primo piano la persona, a prescindere dalla malattia, evitando così lo stigma della demenza. Utilizzando le tecniche capacitanti® si impara a comunicare anche quando la malattia prende il sopravvento sulla persona, a comunicare meglio, di più, in modo felice. La conversazione nella relazione con i familiari/*caregivers*: all'interno dell'Approccio Capacitante® i gruppi ABC insegnano a comunicare in modo felice, mantenendo il più a lungo possibile le competenze elementari della persona, riconoscendola e accettandola, a diventare curanti esperti nell'uso della parola.

Risultati. Per quantificare i risultati bisogna usare strumenti che valutino la qualità di vita della persona e del *caregiver*, la riduzione o la modifica dei disturbi del comportamento, indicatori specifici per la capacità di produzione verbale della persona con decadimento cognitivo, la soddisfazione percepita dai *caregivers*, l'aumento dei dialoghi “felici”, strumenti che evidenziano sempre ottimi risultati.

Conclusioni. La parola, la comunicazione sono terapie fondamentali, dal momento della diagnosi alla relazione quotidiana con la persona con demenza e i suoi familiari, perché purtroppo la malattia fa la sua strada, ma con la parola possiamo renderla meno difficile da percorrere.

📄 DIAGNOSI PRECOCE DI IDROCEFALO NORMOTESO: UTILITÀ DELLA CLINICA E DELLA NEURORADIOLOGIA NEL CORSO DELL'EVOLUZIONE FENOMENICA

Bisogno Alfredo, Giordano Bernardo, Iannone Assunta, Di Lorenzo Roberto, Picaro Angela, Trotta Stefania

Azienda Sanitaria Locale Salerno, U.O. Salute Mentale, Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi-Centro UVA cod.74, Cava de' Tirreni, Salerno

Introduzione. L'idrocefalo normoteso si manifesta con una forma di demenza annoverabile tra quelle considerate nei limiti reversibili, la cui etiologia è connessa funzionalmente con fattori che ostacolano il regolare riassorbimento liquorale, anche attraverso l'aspetto idrodinamico. Spesso la causa resta oscura, ma talvolta è correlabile con altre affezioni neurologiche pregresse, anche sottese ad interventi neurochirurgici o traumi. La diagnosi precoce resta un cardine per il trattamento efficace della patologia.

Metodo. Tra i pazienti afferenti alla nostra UVA, ne sono stati selezionati 14, sottoposti a valutazione clinica, ad esame TAC e RMN e a test neuropsicologici. Nell'esperienza di confronto coi diversi quadri clinici di presentazione il riconoscimento diagnostico non è risultato semplice, in quanto la sintomatologia poteva essere confusa con quella della demenza vascolare o del parkinsonismo, laddove si è rivelato invece d'aiuto l'esame neuroradiologico, specie qualora sia stato possibile eseguire ulteriori test di valutazione idrodinamica del liquor. Ciononostante anche con le indagini neuroradiologiche l'individuazione risultava dubbia, specie nei casi ove l'indice di *Evans* è risultato superiore o addirittura ai limiti.

Risultati. In diversi casi (n. 10) giunti alla nostra osservazione con *triade di Hakim* completa (aprassia della marcia, incontinenza sfinterica, deficit cognitivo) o quasi completa, il soggetto presentava già una marcata compromissione deambulatoria e cognitiva, difficile da definire rispetto ad una pseudodemenza dell'anziano. Nei restanti casi (n. 4), con un indice di *Evans* $\geq 0,5$, il soggetto presentava un incostante deficit della postura e uno sfumato deficit neurocognitivo, con score MMSE rilevato tra 26-28/30, che non sembrava imporre necessariamente un approfondimento neuroradiologico.

Conclusioni. Tali osservazioni corroborano l'ipotesi che la patologia potrebbe essere rappresentata da una fase iniziale molto subdola, di durata non determinabile e di difficile inquadramento in mancanza degli specifici esami neuroradiologici. Questi ultimi possono, più precisamente, definire alcuni parametri (indice di *Evans*, grado di atrofia corticale) in grado di orientare verso il tipo di idrocefalo, di consentire di seguirne l'evoluzione nel tempo e verificarne la possibilità di derivazione neurochirurgica nei tempi utili a poter assicurare la reversibilità del quadro.

UTILITÀ DEL TEST MODA NELL'INQUADRAMENTO PRECOCE DELLE DEMENZE E CONFRONTO CON IL MMSE E CON GLI ESAMI NEURORADIOLOGICI

Bisogno Alfredo, Giordano Bernardo, Caldarese Immacolata, Di Lorenzo Roberto, Santangelo Teresa, Sollo Pierluigi

Azienda Sanitaria Locale Salerno, U.O. Salute Mentale, Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi-Centro UVA cod.74, Cava de' Tirreni, Salerno

Introduzione. Il test MODA (*Milan Overall Dementia Assessment*) rappresenta uno strumento diagnostico maneggevole e pluri-settoriale, in grado di rivelare con notevole sensibilità gli esordi dei disturbi cognitivi e di valutarne l'evoluzione.

Metodi. L'osservazione preliminare ha riguardato un campione di 12 pazienti valutati presso il Centro UVA cod. 74 della Regione Campania. In alcuni casi di deficit cognitivi iniziali, risultati quantitativamente molto dubbi con il MMSE-test (attestati su valori soglia di 28/30), è stata considerata l'opportunità di effettuare preferenzialmente il test MODA e gli esami diagnostici neuroradiologici.

Risultati. In circa l'80% dei casi esaminati con il MODA è stato rivelato un esistente deterioramento cognitivo da moderato a lieve, così come l'esecuzione preventiva o successiva di PET con FDG qualitativa, in tutti i casi osservati, ha rilevato comunque un deficit di captazione, dimostrando una marcata congruenza del test neuropsicologico con quello neuroradiologico funzionale e consentendo anche di escludere i falsi negativi. In tutti i casi osservati la somministrazione del MMSE ha fornito valori - non ricavati in maniera virtuale (conversione da MODA) - non sempre congruenti nella quantificazione del deficit cognitivo e con risultati tendenti a sottostimare l'entità.

Conclusioni. Se da un lato la somministrazione del MODA-test rappresenta sicuramente una scelta utile per l'individuazione precoce delle Demenze e in grado di orientare con maggiore razionalità l'impiego di esami neuroradiologici più costosi, dall'altro, confrontata con i risultati del MMSE pone alcune criticità nell'esatta quantificazione del deterioramento cognitivo, ad esempio, anche nell'area medico-legale per le richieste di riconoscimento del grado di invalidità civile che, in questi casi, dovrebbe avvalersi, a buona ragione, di ulteriori e diversi test neuropsicologici funzionali.

RIFLESSIONI SU UN CASO DI SINDROME DI COTARD: L'ORGANICO O IL FUNZIONALE E LE RECIPROCHE CORRELAZIONI

Bisogno Alfredo, Giordano Bernardo, Angrisani Luigi, Di Lorenzo Roberto, Picarella
Alessandra

*Azienda Sanitaria Locale Salerno, U.O. Salute Mentale, Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi-
Centro UVA cod.74, Cava de' Tirreni, Salerno*

Introduzione. La Sindrome fu descritta dal neurologo francese *Jules Cotard* che la descrisse in *Mademoiselle X*, consistente in un delirio di negazione di sé stesso, di insussistenza di alcuni organi e del sangue. Fondamentalmente si tratta di una forma di delirio che viene descritta in concomitanza di affezioni neurologiche, per la quale vengono ipotizzati danni alle fibre nervose di collegamento sensoriali coi centri delle emozioni o alterazioni a carico del lobo parietale o atrofie del lobo frontale.

Metodi. Il caso clinico pervenuto alla nostra osservazione è stato quello di una signora settantannenove sofferente nel passato di episodi depressivi ricorrenti stagionali, esorditi dopo un ricovero ospedaliero per un intervento chirurgico per briglie aderenziali intestinali. La sintomatologia era caratterizzata inizialmente da manifestazioni catatoniche con forte apprensione, timori immotivati e intolleranza alla solitudine. A tali sintomi si sarebbero aggiunti la difficoltà di deglutizione e, successivamente, la negazione dell'esistenza degli arti e del cavo orale, fino ad arrivare ad uno stato di catalessi periodica, con mancate risposte alla chiamata e di apertura degli occhi. Nonostante il trattamento precedente con antidepressivo a basse dosi (paroxetina cpr 10 mg) e con aloperidolo (soluzione 2 mg/die), non si sarebbe ottenuta alcuna risposta, se non addirittura il manifestarsi di un aggravamento del quadro, con la paziente diventata completamente mutacica, scarsamente collaborante, oltre che a tratti sonnolenta. L'esame neurologico poneva in luce un riflesso di Epstein e un *grasping* bilaterale, con prevalenza del riflesso bicipitale a dx. Il quadro TAC era caratterizzato da atrofia cerebrale diffusa ed encefalopatia vascolare sottocorticale.

Risultati. Dopo circa 30 giorni di trattamento con terapia farmacologica, costituita da aripiprazolo (soluzione 5 mg/die) e vortioxetina (cpr 10 mg/die), si otteneva un parziale miglioramento, con scomparsa del delirio di negazione e relativo miglioramento del tono dell'umore con la ripresa dell'alimentazione. Un MMSE praticato restituiva uno score di 19/30 grezzo compatibile con un quadro di demenza.

Conclusioni. L'ipotesi più plausibile è che eventi cerebrovascolari su zone trigger o fenomeni degenerativi o comunque di etiologia organica inducenti o non demenza in preesistenti condizioni depressive, ancorché ricorrenti, possano significativamente modificare il quadro sintomatologico con inusuali e rare manifestazioni di ordine psichiatrico, proprio come la sintomatologia cotardiana. Resta in tali casi significativa la scelta accurata della terapia, selezionando gli antipsicotici più appropriati ed efficaci.

“ARCATEMSE”: L'IMPEGNO DI UNA COMUNITÀ

Boiardi Roberta (a), Bonardi Aurora (b), Magnani Monia (c), Fiorentini Jacopo (c), Jacopetti Francesca (d), Curini Marzia (d), Morotti Angela (a), Gesmundo Laura (a), Baccini Fulvia (c)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio nell'Emilia

(b) UNIMORE, Reggio nell'Emilia

(c) Pubblica Assistenza Croce Verde, Reggio nell'Emilia

(d) Servizio Sociale, Castelnovo ne' Monti, Reggio nell'Emilia

Introduzione. Per alcuni anni al Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di Castelnovo ne' Monti abbiamo constatato che soprattutto nella seconda parte dell'inverno aumentavano le richieste di visita per sintomi depressivi o per disturbi riconducibili ai medesimi come cali attentivi e mnemonici. L'indagine anamnestica evidenziava il più delle volte scarse relazioni sociali e isolamento domestico. Nel 2015, dopo un confronto con i servizi sociali, abbiamo promosso una iniziativa rivolta a persone con difficoltà motoria e/o con decadimento cognitivo lieve-moderato. Al progetto, sostenuto dall'AUSL e dal Comune di Castelnovo ne' Monti, hanno aderito volontari della locale Pubblica Assistenza (P.A.) Croce Verde e del Centro Sociale "Insieme". Due cicli di incontri hanno permesso di individuare le attività idonee e di formare i volontari. Un anno fa i volontari della P.A. Croce Verde hanno rilanciato il progetto strutturandolo su tutto il territorio montano con il coinvolgimento di diverse associazioni di volontariato, dell'AUSL e dei Comuni. È stato ottenuto un finanziamento regionale. L'AUSL e l'Unione dei Comuni hanno previsto questa attività nei piani di zona per la salute e il benessere dei cittadini per il 2018-2020.

Metodo. Il CDCD e i servizi sociali dei Comuni individuano le persone che possono beneficiare di attività motoria e psicosociale. Il centro sociale "Insieme" è il luogo di ritrovo per un pomeriggio alla settimana. Si può contare sulla disponibilità, sull'iniziativa, sulla creatività di volontari affiancati dai professionisti del CDCD, dai servizi sociali, dai volontari del centro sociale e della locale P.A. Croce Verde per i trasporti. Il progetto prevede 2 cicli di 8 incontri ciascuno. Sono state organizzate 4 serate informative/formative con l'obiettivo di divulgare i contenuti del progetto e raccogliere adesioni di altri volontari per garantire la riproducibilità del progetto anche in altre sedi del distretto. Nei mesi di maggio e giugno 35 persone, con una media di 30 ad incontro, hanno partecipato ad attività di stimolazione cognitiva, occupazionale, sensoriale, ludica, narrativa, estetica. Il secondo ciclo inizierà in autunno.

Risultati. Dall'osservazione del primo ciclo di incontri è emerso quanto la relazione abbia aiutato a ridurre l'isolamento del singolo dal gruppo passando da un 31% di utenti appartati rispetto al 7% finale concorde con l'aumento delle abilità relazionali che partiva da un 10% fino ad arrivare all'83%. Si sono evidenziati benefici anche a livello comportamentale (ansia, *wandering*) con la riduzione dell'incidenza dal 12% al 3%.

Conclusione. I dati clinico-epidemiologici e le osservazioni sul campo hanno favorito la riflessione e la condivisione di un sentire comune che è diventato impegno per l'altro in una piccola comunità montana. Creare momenti di benessere, socializzazione, riattivazione sono l'obiettivo cardine, il resto sono condivisione, passione, modalità per raggiungerlo rinforzando le sinergie tra anziani fragili, servizi, mondo del volontariato, istituzioni.

DEMENZA E COSTI DELLA MALATTIA: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA IN CHE MODO IL PRODOTTO NUTRACEUTICO PUÒ AIUTARE L'SSN A SOSTENERE TALI COSTI

Bruno Giacomo Matteo
Università degli Studi, Bergamo

Introduzione. Il numero di persone con più di 60 anni ha raggiunto i 900 milioni in tutto il mondo, con una stima di 2,4 miliardi nel 2050. Molte di queste persone soffrono già di malattie degenerative croniche, la demenza è una delle forme più gravi e invalidanti. La forma più frequente di declino cognitivo è la malattia di Alzheimer (AD), con la presente ricerca, abbiamo mirato a quantificare il costo della malattia della patologia attraverso studi sul costo della malattia disponibili nella letteratura scientifica.

Metodi. La revisione è stata condotta seguendo i principi generali pubblicati nella guida del *Center for Reviews and Dissemination* (CRD) per lo svolgimento di revisioni sistematiche e la dichiarazione PRISMA, l'inclusione e la valutazione degli studi è stata fatta sulla base dei criteri PICOS. Nella revisione sistematica è stato considerato lo stato di gravità (lieve, moderato, grave) e se residente a domicilio o istituzionalizzato. Alla fine della ricerca sono stati inclusi 50 articoli. I costi diretti sono stati ottenuti dal consumo di risorse relative all'assistenza medica. I costi indiretti sono meno rilevanti nella demenza, dove la maggior parte delle persone colpite è costituita da persone anziane che sono spesso in pensione. I costi informali si riferiscono alla quantità di tempo dell'assistente informale non retribuito previsto per l'assistenza, il *caregiver* e sono molto impattanti.

Risultati. Numerosi studi sono stati pubblicati sulla demenza e sui relativi costi nel corso degli anni, tuttavia sembra esserci ancora scarsa consapevolezza dell'importanza di gestire la malattia nel modo migliore per evitare la progressione della malattia verso fasi più gravi e irreversibili, con un pesante aggravio per operatori sanitari e sistema sanitario. I risultati indicano una stima annuale media dei costi totali per paziente di € 26.027. Il costo totale medio annuo per paziente con demenza lieve è risultato di € 16.343 che è aumentato a € 26.289 per lo stadio moderato ed è risultato più del doppio per la demenza grave, raggiungendo un costo annuale di € 36.743. Per quanto riguarda l'impostazione dell'assistenza, identifichiamo un costo medio annuo di circa € 27.689 per i pazienti residenti in comunità e € 37.944 per i pazienti istituzionalizzati.

Conclusioni. Analisi recenti hanno dimostrato il ruolo potenziale della nutraceutica nella prevenzione dell'AD o come adiuvanti in altri trattamenti, tendendo a ritardare il declino cognitivo. Alla luce di queste prove e delle precedenti considerazioni sull'onere della demenza, i prodotti nutraceutici potrebbero avere un'importanza crescente data l'assenza di trattamenti efficaci. Oltre alla terapia farmacologica convenzionale, devono essere considerati il trattamento in fase iniziale con un effetto preventivo, come la nutraceutica, e efficaci interventi di supporto non medico per i pazienti affetti da demenza e gli operatori sanitari.

PROGETTO DI RETE PER LA RILEVAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE ED IL SOSTEGNO AL CAREGIVER INFORMALE

Caldini Giorgia (a), Dallaporta Federica (b), Dallabona Monica (c), Fontanari Anita (c), Pilati Milena (c), Pedica Anna (b), Brugnara Francesco (d), Bernardi Michela (e), Angheben Emma (f), Pedroni Sara (g), Sicilia Domenica (h), Lombardi Alessandra (i)

(a) APSP Civica, Trento

(b) Gruppo Spes, Trento

(c) Azienda Provinciale Servizi Sanitari, Trento

(d) Gruppo Spes, Cooperativa Kaleidoscopio, Trento

(e) APSP Margherita Grazioli, Trento

(f) Cooperativa Fai, Trento

(g) Cooperativa SAD, Trento

(h) Comune di Trento, Trento

(i) Azienda Provinciale Servizi Sanitari, Trento

Introduzione. Il caregiver gioca un ruolo fondamentale nella vita dell'anziano perché costituisce sia la figura di riferimento per l'assistenza, che quella quotidianamente impegnata nel sostegno emotivo del proprio caro. La percezione di un carico eccessivo, che è costituito dall'insieme di problemi fisici e cognitivi, psicologici ed emotivi, sociali e finanziari, che devono affrontare i familiari può comportare il peggioramento della qualità di vita del caregiver, l'insorgenza di sintomi depressivi, il maggior utilizzo di servizi sanitari, il consumo di farmaci. Sembra quindi necessario prevedere un *assessment* di base del caregiver per rilevare in maniera precoce il rischio potenziale di sviluppare disagio, malessere e *burden* al fine di adottare un approccio pro-attivo. La *Caregiver Burden Inventory* (CBI) è uno degli strumenti validati per l'approfondimento del carico assistenziale, in grado di analizzarne l'aspetto multidimensionale, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da demenza.

Metodi. Presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) di Trento è stato istituito un tavolo di lavoro multidisciplinare coinvolgente i servizi della rete per le demenze, con lo scopo di sperimentare un approccio omogeneo per il percorso di valutazione e di supporto ai caregiver di pazienti affetti da demenza, successivamente indirizzati ad un progetto di supporto assistenziale presso i Centri diurni o i Servizi domiciliari. Nell'aprile 2019 è stato avviato un programma di *assessment* con l'obiettivo di valutare il carico assistenziale percepito dai caregiver e di verificare successivamente l'impatto dell'attivazione di un servizio, nel contrastare tale malessere. A tale scopo è stato adottato un modello per la rilevazione di alcune variabili cliniche del paziente e di dati demografici del caregiver. Ad ognuno di questi è stata somministrata la CBI prima dell'accesso al servizio del paziente e successivamente alla presa in carico, con cadenza semestrale o ad ogni evento critico (es. ricovero ospedaliero dell'assistito; lutto ecc.).

Risultati. Al momento sono stati raccolti dati relativi a 30 caregiver familiari, con età media di 62 anni (81 anni del paziente), e scolarità di 12 anni. Nel 33% dei casi si tratta di

caregiver coniuge, nel 67% di figli non conviventi. Il carico medio calcolato è stato 45, con un indice tendenzialmente elevato per gli aspetti oggettivi dell'assistenza.

Conclusioni. Il progetto, della durata di due anni, si propone di ottenere un profilo del *burden* del *caregiver* nei diversi domini, per confrontare i diversi soggetti e per osservarne le variazioni nel tempo. Si prefigge inoltre di evidenziare l'impatto dell'attivazione dei servizi sul carico assistenziale percepito dal *caregiver*.

PROGETTO PIEMONTE: RISULTATI INERENTI AL TERRITORIO BIELLESE

Caneparo Stefania (a), De Martins Roberta (b), Marinoni Vito (c), Ortone Elena (c), Braggion Gabriella (c), Ferlisi Franco (b)

(a) CDCD ASL, Biella

(b) AIMA, Biella

(c) ASL, Biella

Il progetto ha previsto la collaborazione dell'Ordini dei Farmacisti, l'Ordini dei Medici, ASL, Organizzazioni di volontariato (Odg), le Amministrazioni comunali nei diversi territori del Piemonte. L'iniziativa ha lo scopo di coinvolgere la popolazione over 60 per la quale le attività di potenziamento cognitivo hanno dimostrato, secondo la letteratura, di poter ritardare l'insorgere di stadi dementigeni. Inoltre di prevenire l'isolamento nell'ottica di un invecchiamento attivo. al dicembre 2018-aprile 2019 ha previsto uno screening in 15 farmacie, da aprile a luglio 2019 ha visto l'attivazione per 20 persone, di 3 percorsi gratuiti di stimolazione cognitiva (12 incontri).

Metodo. La 1^a fase, nel territorio Biellese, ha coinvolto 189 persone: 32,8% maschi e 67,2% femmine con età media di 71 anni, il 45,8% con un titolo di studio di scuola superiore e di Laurea, il 38,6% medie inferiori e il 15,9% scuola elementare. Per la valutazione delle funzioni cognitive è stato utilizzato il GPCog (*General Practitioner assessment of Cognition*), il *Clock Test* ed un colloquio volto ad indagare le eventuali criticità rilevate in modo soggettivo. Pre e post laboratorio sono stati somministrati MMSE (*Mini Mentale State Examination*) e MOCA (*Montreal Cognitive Assessment*). In un'ottica di prevenzione rispetto alle patologie neurodegenerative si è deciso di scegliere, per la 2^a fase, persone con punteggi *borderline* (valore 5-8) al GPCog ed una persona con punteggio nella norma al GPCog ma non corretto il *Clock Test*.

Risultati. Il 61,4% presenterebbe un probabile deterioramento pre-clinico con possibile MCI, 12,2% ha ottenuto un punteggio di probabile decadimento cognitivo lieve e il 26,5% risulta nella norma. Al pre test del MMSE risulta il 15% con punteggio 30/30, il 75% compreso tra 29-25, un 10% compreso tra 24-20. Al pre test MOCA si evincono i seguenti Punteggi Equivalenti (PE): 35% nella norma, 35% al limite della norma, 30% ai limiti inferiori della norma. Al *retest*, effettuato dopo il percorso di stimolazione cognitiva, dal MMSE è emerso che il 60% ha mostrato un miglioramento ed il restante 40% ha un punteggio stabile. L'incremento medio è di 0,80. Nello specifico 80% del campione compreso tra il 29-25 ed un 20% con pieno punteggio 30. Il *retest* del Moca ha evidenziato un incremento nel punteggio nel 60% delle persone e un punteggio stabile nel restante 45%. Il miglioramento medio è pari ad un valore di 2,03. L'80% ha un PE pienamente nella norma, il 15% nella norma e il 5% ai limiti della norma.

Conclusioni. 12 persone hanno migliorato il punteggio al Moca e 9 un incremento nel MMSE. Inoltre si rileva che il laboratorio ha migliorato la prestazione delle diverse funzioni cognitive. A livello qualitativo in tutti i gruppi si è instaurato un clima positivo che ha portato momenti di condivisione e collaborazione tra i membri. Il gruppo è una buona risorsa perché permette di ampliare la rete sociale e di confrontarsi in uno spazio protetto.

IL FENOMENO DELLA DEMENZA NEI MIGRANTI NEI CDCD ITALIANI: RISULTATI DI UNA SURVEY PILOTA DELLO STUDIO IMMIDEM

Canevelli Marco (a,b), Salvi Emanuela (c), Zaccaria Valerio (a), Lacorte Eleonora (a), Cova Ilaria (d), Bargagli Anna Maria (e), Angelici Laura (e), Giusti Angela (a), Pomati Simone (d), Pantoni Leonardo (f), Vanacore Nicola (a), ImmiDem Network*, ImmiDem Study Group **

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

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

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

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

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

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

Introduzione. Alla luce dei cambiamenti demografici in atto, gli individui con storia di migrazione sono (e saranno) sempre più esposti all'occorrenza di patologie croniche ed età-related, con importanti ripercussioni in termini di sanità pubblica. In particolare, l'insorgenza di demenza e disturbi cognitivi in tale popolazione di soggetti può comportare delle complessità aggiuntive dal punto di vista clinico, sociale e assistenziale. Lo studio ImmiDem (GR-2016-02364975) è stato recentemente finanziato dal Ministero della Sanità al fine di caratterizzare il fenomeno della demenza nei migranti in Italia. Nel presente contributo vengono descritti i risultati di una *survey* pilota dedicata a tale problematica emergente, rivolta a un campione rappresentativo di CDCD italiani.

Metodi. È stato disegnato un questionario finalizzato a raccogliere informazioni su: i) numero di migranti afferenti ai CDCD selezionati e sottoposti a valutazione neuropsicologica nel 2018; ii) disponibilità di strumenti di valutazione cognitiva tradotti e/o cross-culturali; iii) servizi presenti o attivabili nei CDCD dedicati ai soggetti migranti con disturbi cognitivi (es. mediatore culturale, interprete, assistente sociale); iv) percezione delle eventuali complessità e criticità derivanti dall'approccio diagnostico e dalla presa in carico di migranti con disturbi cognitivi. Il questionario è stato inviato, attraverso la piattaforma dell'"Osservatorio Demenze", ai referenti di 24 CDCD Italiani rappresentativi per area geografica (Nord, Centro, e Sud Italia) specializzazione (neurologica vs. geriatrica) e localizzazione (università vs territorio).

Risultati. Al 30 settembre 2019, 21 dei 24 CDCD selezionati (87.5% del totale) hanno completato la *survey*. Il numero di migranti in carico nel 2018 nei CDCD variava tra 0 e 110 (mediana: 7; IQR: 1-14). La proporzione di migranti sul totale dei soggetti in carico oscillava tra 0% e 8,0% (mediana: 0,6%), mentre la percentuale di valutazioni neuropsicologiche rivolte a soggetti migranti era compresa tra 0% e 7,3% (mediana: 0,8%) del totale. Nella maggior parte dei CDCD considerati il numero di soggetti migranti in

carico al servizio è stato considerato stabile nel tempo (ultimi 5 anni). L'iter diagnostico per la diagnosi di demenza e disturbi cognitivi è stato ritenuto sovrapponibile a quello adottato nei confronti di soggetti nativi nella quasi totalità dei centri.

Conclusioni. La presente *survey* fornisce una caratterizzazione preliminare del fenomeno della demenza nei migranti dalla prospettiva dei CDCD Italiani. I risultati saranno discussi in dei *focus group* con gli stessi migranti e operatori sanitari esposti a tale problematica. La *survey* sarà quindi estesa a tutti i CDCD e, successivamente, ai centri diurni e alle strutture residenziali.

**ImmiDem Network: Paolo Barone, Laura Bonanni, Amalia Cecilia Bruni, Giovanni Capobianco, Gabriele Carbone, Annalisa Di Palma, Sabrina Esposito, Evaristo Ettore, Maurizio Gallucci, Marcello Giordano, Franco Giubilei, Maurizio Iazeolla, Daniele Imperiale, Fabio Izzicupo, Giovanni Mancini, Michela Marcon, Enrico Mossello, Morena Pellati, Alberto Pilotto, Valeria Putzu, Paolo Dionigi Rossi, Vincenzo Solfrizzi, Pietro Tiraboschi, Amedeo Zurlo.*

***ImmiDem Study Group: Ilaria Bacigalupo, Guido Bellomo, Giuseppe Bruno, Giuseppe Gervasi, Francesca Marchetti, Flavia Mayer, Monica Mazzola, Ilaria Palazzesi, Paola Piscopo, Mariacristina Porrello, Martina Valletta, Francesca Zambri.*

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT NELLA POPOLAZIONE DI MIGRANTI RESIDENTI IN EUROPA: UNA STIMA EPIDEMIOLOGICA DEL FENOMENO

Canevelli Marco (a,b), Zaccaria Valerio (a), Lacorte Eleonora (a), Cova Ilaria (c), Remoli Giulia (b), Bacigalupo Ilaria (a), Cascini Silvia (d), Bargagli Anna Maria (d), Pomati Simone (c), Pantoni Leonardo (e), Vanacore Nicola (a)

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

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

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

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

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

Introduzione. Il costrutto del *Mild Cognitive Impairment* (MCI) sta richiamando un crescente interesse clinico e scientifico. L'identificazione del MCI può risentire ed essere complicata da vari determinanti etnoculturali che possono influenzare la percezione personale e sociale del funzionamento cognitivo individuale nonché l'attendibilità della valutazione cognitiva. Tali riflessioni assumono oggi una particolare rilevanza alla luce dei cambiamenti sociodemografici in atto. Una proporzione crescente dei disturbi della sfera cognitiva interesserà, infatti, (e sta già probabilmente riguardando) persone con storia di migrazione e che compongono minoranze etniche. Il presente studio è finalizzato a fornire una stima dei casi di MCI occorrenti nella popolazione di migranti che vivevano in Europa nel 2018.

Metodi. Il numero di casi di MCI nei migranti anziani (≥ 60 anni) che risiedevano nei 28 Paesi dell'Unione Europea (UE), in Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera al gennaio 2018 è stato calcolato moltiplicando il numero di migranti, fornito da Eurostat e aggiornato al 2019, e i tassi di prevalenza età-specifici del MCI desunti dai dati armonizzati prodotti dalla *COSMIC collaboration*. Sono state calcolate diverse stime adottando operazionalizzazioni alternative del MCI.

Risultati. Un totale di 12.730.960 migranti, di età compresa tra 60 e 89 anni viveva nella UE estesa nel 2018. Circa 680.000 casi di MCI possono essere stimati in questa popolazione applicando tassi età-specifici basati sui criteri dell'*International Working Group* per la definizione del MCI. Numeri ancora maggiori si ottengono quando il MCI viene definito mediante *Clinical Dementia Rating* (CDR) e *Mini Mental State Examination* (MMSE). La proporzione di casi di MCI occorrenti nei migranti (rispetto al totale di casi nella popolazione residente) varia dall'1,1% (Romania) al 54,1% (Liechtenstein) (mediana: 8,4%; IQR: 4,7%-14,2%).

Conclusioni. Il MCI rappresenta, e costituirà sempre più, una problematica rilevante in termini di sanità pubblica nei migranti che vivono in Europa. Le presenti stime confermano la necessità di sviluppare e adottare modelli di cura e assistenza che siano sensibili alle diversità e inclusivi nei confronti di una popolazione estremamente variegata sotto il profilo etnoculturale.

📄 TEST NEUROPSICOLOGICI NELLA DIAGNOSI DEL DISTURBO COGNITIVO

Cappa Stefano
IUSS, Fondazione Mondino, Pavia

La valutazione neuropsicologica, che è lo strumento fondamentale per la determinazione oggettiva di un deficit cognitivo, costituisce una componente centrale nella definizione dei criteri diagnostici per le patologie dementigene. Lo sviluppo della ricerca clinica sulla malattia di Alzheimer ha negli ultimi due decenni portato ad una focalizzazione dell'attenzione sulla diagnosi precoce, attraverso l'introduzione del concetto di deficit cognitivo lieve e la successiva enfasi sul ruolo dei biomarcatori quali fattori predittivi dello sviluppo di malattia. La valutazione neuropsicologica ha quindi assunto un ruolo centrale come "cancello di ingresso" per la raccolta dei biomarcatori, o come strumento per la quantificazione della progressione tra fase preclinica e fasi prodromiche di malattia. Questi aspetti sono indubbiamente rilevanti, ma non esaustivi. Oltre alla sensibilità e al valore predittivo, un ruolo importante ha anche lo sviluppo e la standardizzazione di strumenti specifici per malattia, ai fini della diagnosi differenziale tra patologie degenerative; l'attenzione alla armonizzazione nella valutazione neuropsicologica, essenziale per gli studi collaborativi in ambito nazionale e internazionale; l'utilizzo razionale delle possibilità offerte dai progressi delle tecnologie per la realizzazione di sistemi di valutazione che consentano un uso frequente ed una minima invasività.

VALUTAZIONE DEL POSSIBILE EFFETTO DELLA DIETA MEDITERRANEA SU INDICATORI NUTRIZIONALI IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Carbone Gabriele (a), Teleman Adele (b), Vanacore Nicola (c), Miggiano Giacinto (b)

(a) Centro Demenza, Italian Hospital Group, Guidonia, Roma

(b) Centro Nutrizione Umana, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica, Unità Operativa Complessa di Nutrizione Clinica, Policlinico A. Gemelli IRCCS, Roma

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

Introduzione. Lo studio si pone lo scopo di osservare l'andamento di alcuni indicatori di salute (nutrizionali ma anche biochimici, funzionali, e metabolici) in una popolazione di pazienti geriatrici affetti da demenza che durante il percorso terapeutico-riabilitativo saranno esposti ad un piano alimentare fortemente aderente al modello Mediterraneo. In particolare, sulla base delle evidenze disponibili, lo studio si pone l'obiettivo di studiare il possibile effetto del regime alimentare in questione sui valori impedenziometrici di Rz/h dei soggetti affetti da demenza durante il loro ricovero/permanenza presso un Centro Diurno.

Metodo e risultati. Questo studio osservazionale prospettico longitudinale di coorte prevede l'arruolamento di un campione consecutivo di 30 pazienti eleggibili presso il Centro Demenze dell'*Italian Hospital Group* nel periodo fra settembre 2019 e marzo 2010. Lo studio è composto da 3 fasi: una valutazione multidimensionale di ciascun paziente al momento dell'ingresso presso l'Unità Degenza e il Centro Diurno; la permanenza per 3 mesi presso il Centro Demenze durante il quale il paziente riceverà le usuali terapie farmacologiche ed effettuerà le usuali attività di riabilitazione. Durante i 3 mesi di permanenza ai pazienti sarà offerto un menù certificato come Dieta Mediterranea attraverso il *Mediterranean Diet Score*; una finale valutazione multidimensionale che sarà effettuata prima della dimissione dall'Unità Degenza o Centro Diurno. Ai pazienti sarà chiesto di ripetere l'analisi solo di eventuali valori che alla prima valutazione risultavano alterati. In occasione della valutazione multidimensionale saranno effettuate le seguenti valutazioni: Valutazione Impedenziometrica: Valutazione Neurologica: MMSE, NPI; Valutazione Funzionale: Barthel Index Tinetti, CIRS; Valutazione Nutrizionale: glicemia, albumina, proteine totali del siero, Hb, Vit D, Vit B12, Acido Folico, Omocisteina; Valutazione Stato Infiammatorio: VES, PCR, angolo di fase standardizzato; Valutazione Fattori Rischio Cardiovascolare: Colesterolo, LDL, HDL, trigliceridi.

Conclusioni. Questo studio si pone un duplice obiettivo: a) valutare la possibile relazione tra la Dieta Mediterranea e i valori impedenziometrici di Rz/h dei soggetti affetti da demenza; b) verificare se l'introduzione della Dieta Mediterranea induce delle modifiche dei fattori di rischio cardiovascolari e dello stato nutrizionale ed infiammatorio dei pazienti in considerazione dello stato clinico e funzionale.

TRADUZIONE ITALIANA DELL'APRAXIA OF SPEECH RATING SCALE: UNO STRUMENTO UTILE PER LA DIAGNOSI E DESCRIZIONE DELL'APRASSIA VERBALE

Cavalletti Silvia (a), Ruggeri Massimiliano (b)
(a) ACISMOM, Ospedale S. Giovanni Battista, Roma
(b) CDCD, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Introduzione. L'Aprassia Verbale (AV) è un disturbo della programmazione motoria del linguaggio caratterizzato da un deficit della coordinazione, integrazione, ed esecuzione dei movimenti articolatori del linguaggio. L'eloquio presenta incertezze, inceppi e sforzi articolatori, disfluenze, disprosodia, distorsioni/sostituzioni/omissioni di suoni, pause anomale, e false partenze/ripartenze. L'AV è di solito conseguente a *strokes* frontali inferiori e parietali sinistri, e si manifesta spesso associata a disartria ed Afasia di Broca. Essa può essere presente anche nelle demenze, come la DCB, l'APPnfa e la DFT, per la compromissione di network corticali più estesi, che includono l'area premotoria, supplementare motoria e parietale posteriore di sinistra. L'AV talvolta costituisce il sintomo primario in demenze focali classificate come Aprassia Verbale Progressiva Primaria. Le caratteristiche dell'AV e la sovrapposizione con la disartria e l'afasia ne rendono difficile la diagnosi, pertanto la sua frequenza è sottostimata. Permane inoltre confusione terminologica tra AV, afemia e anartria. In questo lavoro presentiamo la traduzione italiana dell'*Apraxia of Speech Rating Scale* (ASRS), una scala di valutazione dell'AV, ed alcune considerazioni preliminari sulla sua utilità clinica.

Metodi. L'ASRS è una scala con 16 *items*, che identificano la presenza/assenza delle caratteristiche specifiche dell'AV e ne quantificano la preminenza e gravità mediante una scala 0-5 punti. I 16 *items* sono divisi in 4 sezioni relative alle caratteristiche specifiche dell'AV (1), e a quelle copresenti anche nella disartria (2), afasia (3) o entrambe (4). Le caratteristiche dell'AV riportate nella sezione 1 sono: inserzioni/sostituzioni di suoni distorti, che peggiorano con la lunghezza e complessità articolatoria, e imprecisioni nella diadococinesi. Lo *scoring* si effettua attraverso l'ascolto/osservazione del linguaggio del paziente durante la conversazione, descrizione di figure, ripetizione e diadococinesi. Il *range* del punteggio è 0-64, con *cut-off* proposto di >8. L'ASRS è stata somministrata a pazienti con *stroke* ed APPnfa.

Risultati. L'ASRS si è dimostrata un strumento descrittivo utile per la diagnosi dell'AV e per la diagnosi differenziale. Riteniamo che nella sezione AV (1) non siano presenti quelle caratteristiche di pseudo-balbuzie, tipiche, a nostro giudizio, dell'AV; inoltre andrebbero eliminati *items* ridondanti (1.1-1.4, 2.1, 2.2) e semplificati altri, per facilitarne la somministrazione.

Conclusioni. L'AV è un disturbo non infrequente, discriminativo nella diagnosi di alcune demenze. La ASRS rappresenta uno strumento clinico utile per evidenziare l'AV e per la diagnosi differenziale con disartria e afasia. Riteniamo comunque

preferibile integrare sempre la valutazione mediante ASRS con un giudizio clinico. In letteratura, gli studi di validità, sensibilità ed attendibilità *inter-rater* sembrano suggerirne l'utilizzo anche come strumento diagnostico.

PREVALENZA ED IMPATTO SOCIALE DELLE DEMENZE AD ESORDIO PRECOCE (EARLY ONSET DEMENTIA-EOD) NELLA PROVINCIA DI MODENA

Chiari Annalisa (a), Galli Chiara (b), Tondelli Manuela (c), Vinceti Giulia (d), Fiondella Luigi (d), Molinari Maria Angela (a), Costa Manuela (e), Garuti Caterina (d), Adani Giorgia (d), Filippini Tommaso (d), Zamboni Giovanna (d)

(a) *Unità Operativa di Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Modena*

(b) *Dipartimento Universitario di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino, Firenze*

(c) *Neurologia territoriale, Dipartimento di Cure Primarie, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena*

(d) *Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*

(e) *Neurologia Ospedale di Carpi, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena*

Introduzione. Le demenze in cui l'esordio dei sintomi si verifica prima dei 65 anni (*Early Onset Dementia-EOD*), hanno caratteristiche cliniche ed impatto socio-sanitario diversi rispetto alle demenze ad esordio tardivo. I dati epidemiologici disponibili sono scarsi, con stime di prevalenza variabili tra 15 e 150/100.000 soggetti appartenenti alla fascia di età 45-64 anni. Non sono attualmente disponibili dati di prevalenza in Italia.

Metodi. Abbiamo ricercato i casi di EOD in pazienti residenti in Provincia di Modena, esaminando i pazienti valutati presso i Centri per i Disturbi Cognitive e Demenze (CDCD) della provincia (2 neurologici, 8 geriatri dislocati in tutto il territorio provinciale) tra il 1/1/2006 e il 31/12/2018. I casi con esordio antecedente al 1/1/2017 sono stati identificati retrospettivamente, mentre i casi con esordio successivo sono stati accertati prospetticamente, mediante invio da parte dei Medici di Medicina Generale e dai Geriatri ai due CDCD neurologici della provincia. La diagnosi di EOD è stata posta da un Neurologo esperto in disturbi cognitivi. Abbiamo incluso nello studio i pazienti con diagnosi di EOD al 31/12/2018. Abbiamo esaminato diagnosi, età di insorgenza, età e gravità dei disturbi cognitivi alla diagnosi. Per un sottogruppo di pazienti abbiamo inoltre raccolto variabili socio-demografiche quali la composizione del nucleo familiare e la condizione occupazionale del paziente e del *caregiver* principale.

Risultati. Abbiamo identificato 248 pazienti con EOD al 31/12/2018, con una prevalenza di 116,5/100.000 soggetti a rischio nella fascia di età 45-64 anni e 71,8/100.000 nella fascia di età 30-64 anni. Il 41% dei pazienti ha ricevuto una diagnosi di malattia di Alzheimer (31% non amnesici), il 26% di demenza fronto-temporale, il 10% di demenza vascolare, il 7% demenza in parkinsonismo. L'età media all'esordio è stata di 58,9 anni (*range* 39-64), l'età media alla diagnosi è stata di 61,9 (*range* 40-72) con un significativo ritardo diagnostico. Il MMSE medio alla diagnosi è risultato pari a 22,2/30 (*range* 10-28). Il 22% dei pazienti svolgeva attività lavorativa alla diagnosi, mentre il 24% è stato costretto

a lasciare il lavoro a causa della malattia. Il 3,4% dei pazienti aveva figli minori al momento della diagnosi. I *caregivers*, aventi età media di 59 anni, per il 70% svolgevano attività lavorativa, sperimentando una perdita media di 2 giornate lavorative al mese a causa della malattia del familiare. Il 7,4% e 20,5% dei pazienti ha usufruito rispettivamente di un centro diurno o struttura protetta, che tuttavia in nessun caso era specificamente dedicata a pazienti con EOD.

Conclusioni. I dati raccolti permettono per la prima volta di valutare il numero e le caratteristiche dei pazienti con EOD nella Provincia di Modena. I risultati ottenuti saranno essenziali per organizzare servizi appropriati, dal punto di vista sanitario e socio-assistenziale, per pazienti con EOD ed i loro familiari.

📄 IN CHE MODO L'ATTIVITÀ FISICA INFLUENZA LE FUNZIONI COGNITIVE IN UNA POPOLAZIONE ANZIANA CON DEFICIT COGNITIVO?

Cipollini Virginia, Troili Fernanda, Narda Lavinia, De Carolis Antonella, Giubilei Franco
Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Andrea, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Numerosi studi hanno dimostrato che l'attività fisica può avere un ruolo sia nella prevenzione che nel rallentamento di malattie legate all'età, come la demenza e la malattia di Alzheimer. Lo scopo del nostro studio è stato quello di identificare la relazione tra attività fisica e performance cognitiva in un campione di soggetti ambulatoriali non selezionati con deficit cognitivo, rappresentativo del mondo reale. Inoltre, volevamo analizzare l'effetto di variabili, quali l'attività sociale, l'attività cognitiva lavorativa e l'educazione, nelle prestazioni cognitive di soggetti con deficit cognitivo.

Metodi. 117 soggetti con deficit cognitivo da lieve a moderato (*Mini Mental State Evaluation* > di 14) sono stati reclutati consecutivamente. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a una valutazione neuropsicologica completa. Per quantificare l'intensità, la durata e la frequenza dell'attività fisica, abbiamo utilizzato la scala di attività fisica per gli anziani (PASE). Inoltre, sono state raccolte altre misure riguardanti lo stato fisico dei soggetti, tra cui circonferenza media del braccio, circonferenza della vita, circonferenza del polpaccio, altezza, peso e indice di massa corporea. Infine, misure di stile di vita come la *Florida Cognitive Activity Scale* e la *Lubben Social Network Scale*, sono state completate da pazienti e *caregivers*.

Risultati. L'analisi di correlazione parziale ha mostrato che diversi domini cognitivi sono correlati in modo positivo e significativo ($p < 0,001$) con il livello di attività fisica abituale, in particolare l'intelligenza, l'attenzione selettiva e le funzioni esecutive, nonostante la correzione per variabili potenzialmente interferenti come età, istruzione, livello di attività cognitiva e livello delle relazioni sociali. Inoltre, l'analisi delle variabili dipendenti ha dimostrato che il livello di attività fisica abituale è un fattore predittivo significativo delle prestazioni cognitive in tutti i domini cognitivi studiati, in particolare l'intelligenza generale, la velocità di elaborazione, l'attenzione selettiva e le funzioni esecutive. Infine, secondo il punteggio PASE e considerando il valore medio, abbiamo identificato 2 gruppi di pazienti: gruppo "alta attività fisica" (gruppo 0) e gruppo "bassa attività fisica" (gruppo 1). I risultati ottenuti attraverso il t-test per campioni indipendenti hanno dimostrato che il gruppo 0 rispetto al gruppo 1 ha prestazioni significativamente migliori nella gran parte dei test neuropsicologici ($p < 0,05$).

Conclusioni. I nostri risultati supportano l'ipotesi che uno stile di vita sano e attivo possa rendere il cervello degli anziani più plastico e più funzionale in diversi domini cognitivi. Le possibili spiegazioni di questi risultati sono che l'esercizio fisico possa avere un'influenza nutritiva sulla funzione neuronale e che i soggetti ad "alta attività fisica" possono compensare meglio i deficit cognitivi causati dalla presenza di patologie neurodegenerative.

OPEN DAY - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ E MALATTIA DI ALZHEIMER: PREVENZIONE OLTRE LA DIAGNOSI

Confaloni Annamaria (a), Piscopo Paola (a), Crestini Alessio (a), Bacigalupo Ilaria (b),
Lacorte Eleonora (b), Vanacore Nicola (b)

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

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

Il 4 giugno 2019 il giardino dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha ospitato un *open day* dal titolo: "ISS e malattia di Alzheimer: prevenzione oltre la diagnosi" organizzato con la collaborazione di 11 tra Dipartimenti e Centri dell'ISS. L'evento, aperto al pubblico, ha coinvolto un folto gruppo di ricercatori dell'Istituto, oltre a medici, psicologi, terapisti, Associazioni Alzheimer di volontari, per presentare e diffondere, in modo semplice e comprensibile, le tematiche collegate alla diagnosi e alla prevenzione della Malattia di Alzheimer (MA). L'evento è stato rivolto a tutta la popolazione coinvolta nella patologia, ai pazienti e alle famiglie che accompagnano il percorso della malattia di un loro caro per fornire un servizio di informazione sulle risorse sociali e sanitarie offerte dal territorio e sulle modalità più appropriate per affrontare la patologia, valorizzando le capacità residue dell'individuo. La manifestazione ha avuto inizio con un dibattito moderato da un giornalista della RAI il quale, con gli ospiti invitati, ha cercato di fare il punto sulle tematiche più urgenti e attuali che interessano il variegato mondo di questa patologia, come lo stato dell'arte sul piano demenze, i fattori di rischio, i farmaci disponibili ad oggi e quelli in sperimentazione, ecc. L'ultimo intervento sul palco è stato relativo al "teatro come terapia" durante il quale è stata sottolineata l'importanza della rappresentazione teatrale per far riaffiorare quelle emozioni che ancora albergano nei malati, rendendoli nuovamente protagonisti sulla scena. Nel giardino dell'ISS il pubblico intervenuto ha potuto successivamente interagire liberamente con gli esperti presenti negli 11 stand allestiti con poster scientifici, video, supporti multimediali, questionari e materiali informativi sui temi dei fattori di rischio e prevenzione, terapie farmacologiche e non, biotecnologie e servizi per il cittadino. Lo stand dedicato ai più piccoli allestendo semplici esperimenti, modelli tridimensionali e giochi interattivi ha permesso ai ricercatori di introdurre i bambini nell'affascinante mondo del sistema nervoso e alle sue cellule, per comprendere come queste interagiscano tra loro e come, nel corso degli anni, possano svilupparsi le malattie neurodegenerative.

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA DEGLI ANZIANI IN CONTESTI RESIDENZIALI: L'ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE DI PADOVA

Copes Alessandro (a), Cantarella Alessandra (a), Guzzon Cristina (b), Platamone Giulio (b), Sabatelli Maria Teresa (b), Simovic Zorica (b), Rigon Michela Fernanda (a)

(a) *Civitas Vitae Research Centre, Fondazione Opera Immacolata Concezione ONLUS, Padova*

(b) *Università degli Studi, Padova*

Introduzione. Una delle *mission* che persegue la Fondazione Opera Immacolata Concezione è quella del miglioramento/mantenimento di una buona Qualità di Vita (QdV) dell'anziano residente (e dei familiari). Per fare questo è stato necessario “dare voce” ai longevi che vivono all'interno delle residenze della Fondazione attraverso uno strumento standardizzato e validato su un campione italiano che fornisce indicatori chiari sulla QdV nelle sue diverse dimensioni. La QoL è un costrutto dinamico e multidimensionale che riflette quello che un individuo sente in un determinato momento dell'esistenza e che varia al mutare delle circostanze di vita.

Metodo. Lo strumento utilizzato è l'intervista strutturata *Quality-VIA* messa a punto da Cantarella, De Beni e Borella dell'Università di Padova. L'intervista oltre a fornire un valore globale di QdV esplora 7 dimensioni: dalla qualità delle cure fino alla privacy, all'autorealizzazione e alla spiritualità. L'intervista, composta da 34 *item*, è somministrabile anche a persone con decadimento cognitivo lieve-moderato.

Per ridurre l'effetto della desiderabilità sociale gli intervistatori erano psicologi del Master di Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità dell'Università degli Studi di Padova. La ricerca ha coinvolto, ad oggi, 6 residenze della Fondazione OIC per un totale di 301 anziani residenti (M età:86aa; M MMSE:22,4; M permanenza:1.140gg). In ogni sede la raccolta dati è durata al massimo tre mesi.

Risultati. La QdV globale dei rispondenti si attesta sopra la media dello strumento: 6 scale su 7 mostrano punteggi al di sopra della media. Dalle analisi statistiche emerge che chi ha un miglior profilo cognitivo (MMSE >24) valuta più positivamente la propria QdV. Differenziando il gruppo per periodo di permanenza in struttura emerge come gli anziani residenti da un tempo tra 1 e 3 anni sono coloro che mostrano punteggi più alti nelle scale. Questa tendenza è significativa solo nella sottoscala attività che viene valutata come più bassa da chi è entrato di recente (meno di un anno). Le donne sono tendenzialmente più soddisfatte degli uomini: significativa però solo la differenza sulla dimensione delle attività. La variabile età appare influire sulla percezione di QdV: le persone più anziane (>85aa) valutano più positivamente la loro QdV rispetto ai residenti più giovani (65-75aa). La tendenza è significativa in tutte le dimensioni misurate.

Conclusioni. Complessivamente all'interno delle Residenze della Fondazione OIC le persone percepiscono di avere una buona QdV sia intesa globalmente che nelle sue dimensioni più pregnanti. Le variabili dell'età, della situazione cognitiva e della durata di

permanenza in struttura appaiono predittive di una variazione di percezione. L'intervista Q-Via si dimostra uno strumento sensibile e utile sia sul piano della ricerca che come supporto clinico per intercettare quegli aspetti che possono migliorare la permanenza di un anziano in struttura.

MEMORY: STUDIO PILOTA SULLA RELAZIONE TRA ENGAGEMENT E PROPENSIONE ALLA PREVENZIONE DEI DISTURBI DELLA MEMORIA NEI SOGGETTI ANZIANI

Corbo Massimo (a), Biscaro Verena (b), Ginex Valeria (c)

(a) *Dipartimento Scienze Neuroriabilitative, Casa Cura Policlinico; Fondazione Need Institute, Milano*

(b) *Fondazione Need Institute, Milano*

(c) *Dipartimento Scienze Neuroriabilitative, Casa Cura Policlinico; Fondazione Need Institute, Milano*

Introduzione. Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha sottolineato il problema della diagnosi precoce delle malattie neurodegenerative. *Memory* è un progetto finalizzato al coinvolgimento attivo e consapevole (*engagement*) dei soggetti anziani sul tema della memoria. In particolare, il progetto nasce con una triplice finalità: i) promuovere un'azione educativa, ii) attivare uno screening delle abilità mnestiche e iii) porre le basi per la creazione di un *network* operativo che metta in collegamento il cittadino, i medici di medicina generale e i medici specialisti nella diagnosi e cura delle patologie dementigene.

Metodi. Un team multidisciplinare costituito da neurologi, neuropsicologi, bioinformatici ed esperti della comunicazione ha sviluppato un *app* costituita da un percorso di breve durata (5-6 minuti) all'interno del quale il soggetto ha avuto la possibilità di: i) conoscere alcuni aspetti del funzionamento della memoria, ii) eseguire un semplice test di memoria (test dell'indirizzo), iii) discutere con il medico dei propri eventuali problemi cognitivi ed eventualmente accedere a esami di approfondimento. I *tablet* sono stati distribuiti presso la sala d'attesa dell'area delle visite ambulatoriali di un Centro di Neuroriabilitazione, di una RSA e di cinque studi di Medicina Generale a Milano. Lo studio esplorativo ha avuto la durata di 8 mesi.

Risultati. 837 soggetti hanno avuto accesso a *Memory* (60% donne; 27% <50 anni; 23% tra 50 e 60 anni; 23% tra 60 e 70 anni; 6% >80 anni; 43% con scolarità media superiore e 40% con laurea). 98 persone (16,25%) hanno lasciato un contatto e ad ognuno di loro è stata data la possibilità di incontrare gratuitamente un neurologo. I maschi rispetto alle femmine ($p=0,008$) e i soggetti meno scolarizzati rispetto a quelli più scolarizzati ($p<0,001$) hanno mostrato un punteggio medio significativamente inferiore riguardo all'attitudine all'*engagement*. Secondo le aspettative, i soggetti anziani ($p<0,001$) e meno scolarizzati ($p=0,002$) hanno eseguito in modo errato il test di memoria in percentuale statisticamente maggiore. I soggetti più giovani e quelli più scolarizzati hanno manifestato un'intenzione di parlare col medico significativamente minore ($p<0,001$) rispetto agli altri gruppi. L'attitudine all'*engagement* correla con il gradimento ($p<0,001$) e con l'intenzionalità a incontrare un medico ($p=0,002$). La prestazione al test di memoria correla con l'intenzionalità a comunicare con un medico ($p=0,007$).

Conclusioni. L'attitudine all'engagement e la prestazione a un semplice test di memoria sembrano essere fattori importanti nel processo di effettiva presa in carico della propria salute in un campione di soggetti anziani.

ACCERTAMENTO DISABILITÀ NELLE DEMENZE GIOVANILI (EOD)

Costa Manuela (a), Davolio Maria Cristina (b), Pelosi Sabino (b), Santangelo Mario (a), Chiari Annalisa (d)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Unità Operativa Neurologia, Presidio Ospedaliero, Carpi, Modena

(b) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Struttura Complessa di Medicina Legale e Risk Management, Modena

(c) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Unità Operativa Neurologia, Presidio Ospedaliero, Carpi, Modena

(d) Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena, U.O.C. di Neurologia, Ospedale Baggiovara, Modena

Introduzione. Per la valutazione dell'invalidità nelle demenze, si usano ancora le tabelle previste dal Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992, sistema inadeguato e superato. Nel 2016 la Commissione Medica Superiore dell'INPS, facendo riferimento a quanto previsto dal "Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", ha diffuso le linee di indirizzo per la valutazione medico legale delle demenze, attuate in collaborazione con l'AGE (Associazione Geriatri Extra ospedalieri - Geriatria Italiana Territoriale). Sono tre punti: 1) evidenza di declino cognitivo certificato da geriatri, neurologi e psichiatri; 2) evidenza di un corretto percorso diagnostico; 3) stratificazione di gravità della patologia utilizzando la scala CDR (da 0 a 3): a partire dallo stadio CDR 2 (moderato) il giudizio medico legale deve prevedere l'indennità di accompagnamento. La CDR non contempla però la valutazione specifica dei disturbi del comportamento (BPDS), che possono da soli creare importanti limitazioni all'autonomia dell'individuo. Le linee di indirizzo sono ancora formulate con criteri "geriatrici" e non prendono in considerazione le demenze giovanili (EOD). Nella Provincia di Modena sulle EOD è in corso un progetto di ricerca, della durata di 3 anni (termine previsto aprile 2020), che vede coinvolti i CDCD delle U.O.C. di Neurologia dell'Ospedale di Baggiovara e di Carpi. È uno studio epidemiologico di pazienti con esordio di demenza entro i 65 anni di età, valutando numerosità e bisogni clinico-assistenziali. Approssimativamente si parla di 250-300 persone.

Metodi. per fornire una "tutela sanitaria" che preveda, sia il percorso di cura, che la rapida assegnazione dei benefici spettanti, la Medicina Legale e le U.O. di Neurologia della provincia di Modena hanno attuato un Progetto, che prevede l'accertamento dell'inabilità con una Commissione Medica integrata, in cui è presente lo specialista Neurologo che si occupa di EOD. È il Neurologo, fornito del PIN di accesso all'INPS, che inoltra la domanda e la comunica con una mail alla Segreteria della Medicina Legale. Il paziente entro 90 giorni dalla data del certificato dovrà presentare la vera e propria domanda all'INPS, o direttamente o tramite le Associazioni di categoria. Le Commissioni valutative, organizzate dalla Segreteria disabilità dell'Azienda USL, sono fissate in base

al numero di domande presentate e nel rispetto dei termini di legge e si svolgono nei centri di riferimento provinciale (Modena e Carpi) dove i pazienti sono seguiti.

Conclusioni. Da gennaio 2019 il Progetto è partito e a fine anno sarà possibile valutare i primi dati.

CDA: CENTRI DIURNI ADEGUATI, ABILITANTI, AMICHEVOLI. UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLO SPAZIO PER LE PERSONE CON DEMENZA

Darvo Gianluca

Dipartimento di Architettura, Università degli Studi, Firenze

Introduzione. Numerose ricerche internazionali evidenziano come le connotazioni spaziali abbiano diretta influenza sul comportamento e sul benessere delle persone con demenza. Pertanto, analizzare e valutare la correlazione spazio e comportamento è fondamentale per migliorare la qualità della vita delle persone e contrastare l'insorgenza dei disturbi comportamentali. L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di valutare se e in quale misura alcune caratteristiche spaziali contribuiscano a migliorare la qualità di vita e, conseguentemente, ridurre il carico di lavoro dei *caregiver* professionali e informali. Solo attraverso la conoscenza, l'analisi e la gerarchizzazione dell'impatto di tali caratteristiche è possibile orientare le scelte verso interventi spaziali prioritari ed efficaci.

Metodi. La fase di analisi ha previsto lo svolgimento di indagini indirette e di attività dirette di rilevazione sul campo. La lettura critica delle prescrizioni del sistema autorizzativo nazionale ha consentito di costruire il programma edilizio di un Centro Diurno ideale. L'analisi degli studi scientifici di settore ha permesso di elaborare la matrice relazionale inerente il rapporto caratteristiche dello spazio/ricadute sulla persona con demenza che associa gli effetti di ciascuna categoria spaziale (Contesto e *layout*; Attributi ambientali, *Ambience*, Orientamento; Tecnologie e domotica) ai corrispondenti ambiti di ricaduta, (Aspetti comportamentali, Aspetti cognitivi, Aspetti funzionali, Abilità sociali, Benessere, Orientamento, *Care outcomes*). Un sistema di pesatura degli ambiti di ricaduta, elaborato con il supporto di un team multidisciplinare di esperti, ha consentito di individuare gli aspetti maggiormente determinanti rispetto al livello di qualità dello spazio. I contenuti della matrice, gerarchizzati e tradotti in item, hanno costituito la base per la messa a punto dello strumento. Gli esiti delle analisi indirette sulla pratica operativa di assistenza, cura e gestione della persona, sono stati validati mediante la sperimentazione su due casi campione, uno italiano e uno estero.

Risultati. Risultato della ricerca è uno strumento di valutazione delle caratteristiche ambientali e spaziali di Centri Diurni, che consente di determinare il loro livello di adeguatezza e qualità rispetto a tre *range* di riferimento: "Adeguate", "Abilitante", "Amichevole". Lo strumento, su piattaforma digitale e utilizzabile da *tablet* o *smartphone*, si compone di un manuale di utilizzo, una scheda anagrafica e 15 schede di rilevazione dello spazio, articolate in item a risposta binaria (si/no) collegati al sistema di pesatura.

Conclusioni. Oltre a rappresentare un valido supporto per i gestori, che potranno orientare gli interventi da attuare, e per i progettisti per effettuare scelte consapevoli, lo strumento contribuisce a migliorare la percezione dello spazio da parte degli ospiti, promuovendo l'eccellenza delle strutture deputate alla loro accoglienza e cura.

INFORMAZIONE SULLA DEMENZA

De Fiore Luca
Pensiero Scientifico Editore, Roma

Introduzione. L'informazione sulla demenza rispetta le stesse dinamiche di quella più generale sulla salute. La principale fonte di informazione sono i comunicati preparati dagli uffici stampa o di pubbliche relazioni di istituti di ricerca, istituzioni universitarie e industrie. Spesso recepiti dalle redazioni giornalistiche, i messaggi sono diffusi tramite i media tradizionali (prevalentemente online ma spesso anche sulle versioni a stampa) e successivamente discussi sui social media (prevalentemente su *Facebook*, *Twitter*, *LinkedIn*).

Metodi. Per tracciare il percorso dell'informazione e valutarne la qualità, abbiamo effettuato una ricerca online dei temi inerenti le demenze oggetto di pubblicazione dal gennaio all'agosto 2019 sui media in lingua inglese (poiché la stessa ricerca sui media italiani non proponeva risultati sufficientemente rappresentativi). I contenuti degli articoli sono stati osservati con un *software* per l'analisi testuale e sottoposti ad una valutazione qualitativa di forma e contenuto utilizzando la *checklist* messa a punto dalla redazione del sito della FNOMCeO <Dottore ma è vero che>.

Risultati. L'informazione sulle demenze proposta in rete riflette quanto proposto dai comunicati stampa istituzionali e aziendali. Raramente i contenuti sono integrati o arricchiti da un punto di vista critico dell'autore della "notizia". In generale quindi, la qualità e, quindi, l'affidabilità dell'informazione dipendono da qualità e affidabilità della ricerca.

Conclusioni. L'informazione sulle demenze è complessivamente di buona qualità, anche se condizionata dagli interessi di istituzioni e aziende, fonti primarie di contenuti. Per migliorare la qualità dell'informazione sarebbe necessaria una ricerca di maggiore qualità e libera da interessi che non siano quelli della migliore salute dei cittadini. Allo stesso tempo, possono rivelarsi utili nel medio periodo le iniziative di promozione della *health literacy* avviate dalle istituzioni anche nel nostro paese. Infine, una maggiore consapevolezza da parte dei professionisti sanitari e dei cittadini stessi delle opportunità offerte dai social media come strumenti di discussione potrebbe favorire la trasformazione di una informazione monodirezionale in una comunicazione multidirezionale, più partecipata e quindi più disponibile a recepire la voce di cittadini, pazienti e operatori sanitari.

UN ANNO DI ATTIVITA' ISTITUZIONALI A LIVELLO INTERNAZIONALE E NAZIONALE

Di Fiandra Teresa

Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Sulla scia di quanto presentato negli anni precedenti in questo stesso contesto, vengono illustrati gli ultimi progressi del lavoro promosso, svolto e monitorato dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni e le Associazioni, sia a livello internazionale che nazionale. Per quanto riguarda l'area internazionale europea si farà quindi un aggiornamento su quanto è stato prodotto nell'ultimo anno in relazione alla Joint Action (JA) *Act on dementia* che mirava a promuovere nei paesi dell'Unione europea l'adozione delle *best practices* in diversi ambiti di assistenza alle persone con demenza e di supporto ai loro familiari. La JA si è chiusa a ottobre e i risultati delle attività del triennio sono stati presentati nel corso di un convegno tenutosi nei Paesi Bassi, e sono accessibili sul sito dedicato. Oltre a quanto riportato in questa relazione, nelle due giornate di questo convegno sarà data anche l'opportunità di approfondire e discutere la specifica esperienza italiana, che ha visto la partecipazione a tre *Work Packages* (Coordinamento delle cure, Diagnosi e supporto post diagnostico, Comunità amiche delle persone con demenza). Sempre in ambito europeo sta proseguendo la collaborazione della maggior parte dei Paesi dell'Unione per cercare di mantenere attivo il ruolo del vecchio gruppo di *Governmental experts on dementia* finalizzato a promuovere strategie condivise. La prossima riunione è prevista per dicembre. Le attività di collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno visto l'aggiornamento dei dati italiani del *Global Dementia Observatory* che la direzione generale di Ginevra sta cercando di portare a regime in tutte le aree geografiche facenti parte dell'Organizzazione. Per quanto riguarda invece gli sviluppi in Italia, registriamo il costante impegno del Tavolo sul recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze (PND), nonostante le non poche difficoltà legate alla mancata formalizzazione con decreto delle sue attività. Come negli anni precedenti, che avevano visto la formulazione e l'approvazione in Conferenza Unificata (CU) dei primi due documenti di approfondimento (PDTA e Sistemi Informativi), si è proseguito il lavoro in due sottogruppi che hanno completato la stesura degli altri due documenti previsti di raccomandazioni, che hanno iniziato l'iter per l'Accordo presso la CU. Si tratta nello specifico del lavoro relativo alle "Comunità amiche delle persone con demenza" e di quello sui "Temi etici nelle demenze", di cui verranno brevemente presentati obiettivi e contenuti. Il supporto a queste attività, concretizzatosi attraverso il lavoro dell'ISS, delle Regioni, delle Associazioni nazionali e delle Società scientifiche, si è avvalso anche del finanziamento di alcuni progetti di ricerca nell'ambito del CCM, che stanno dando risultati interessanti, sui quali verrà proposta una riflessione, anche per stimolare un più ampio confronto sulle prospettive future.

PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLA PERSONA CON DEMENZA: NASCE IL “PERCORSO DEMENZE” AL PIO ALBERGO TRIVULZIO

Engaddi Ilaria, Gandelli Monica, Gattoni Maria Luisa, Salmoiraghi Fabrizio, Ubertis Anna
*ASP IMMeS, Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline, Pio
Albergo Trivulzio, Milano*

Introduzione. Il Pio Albergo Trivulzio (PAT) si è dotato da anni di una rete di servizi dedicati alla demenza (CDCD, Nucleo Alzheimer Riabilitativo CI, DH CI, NA RSA) per una efficace presa in carico della persona affetta da demenza e del proprio nucleo familiare all’insegna della multidisciplinarietà e della valutazione multidimensionale dei bisogni. Il CDCD rappresenta il nodo centrale della rete interna. Si è ritenuto inoltre necessario dotarsi di un percorso aziendale dedicato alla demenza che consentisse di intercettare pazienti che afferiscono ad altri servizi/UO aziendali non dedicati con l’obiettivo di definire le modalità di accesso, la presa in carico e la definizione del progetto individuale più appropriato. Infatti il paziente può essere segnalato al “Percorso Demenza” a seguito di visita specialistica (geriatrica, neurologica o altre) e inviato direttamente al CDCD secondo percorso dedicato, guadagnando tempo prezioso per la diagnosi, la presa in carico e l’invio al *setting* di cura più adeguato. Obiettivo del Percorso Alzheimer è di promuovere un Modello di gestione integrata della demenza attraverso l’assistenza multidisciplinare, frutto della collaborazione tra professionisti allo scopo di ridurre i tempi d’attesa, la variabilità assistenziale legata ai nodi critici e agli svincoli della rete aziendale (punti ingresso, tipologia utenza, motivi di accesso, punti uscita)

Metodi. Da aprile 2019 è stato adottato il percorso Alzheimer, condiviso con gli specialisti ambulatoriali CDCD, dell’ambulatorio geriatria, fisiatria e neurologia; sono stati definiti indicatori di struttura, di processo e di continuità assistenziale sottoposti a monitoraggio e definite le azioni migliorative da intraprendere.

Risultati. È stata istituita un’agenda di lavoro dedicata esclusivamente a pazienti visitati in ambulatorio geriatria-neurologia-fisiatria sottoposta a monitoraggio dei tempi d’attesa. Sono stati formalizzati protocolli di lavoro in essere con il servizio di Psicologia e Fisiatria ed è in via di adozione un Data base comune a tutti i *setting* di cura. Sono inoltre state istituite riunioni bimestrali degli specialisti CDCD.

Conclusioni. Vi sono state buona accoglienza ed adesione al percorso da parte dei colleghi specialisti non CDCD invianti, una riduzione del tempo di attesa per presa in carico CDCD da percorso interno (2 mesi vs 4 mesi) e vi è un progetto di estensione del percorso agli altri reparti di Cure Intermedie diversi dal Nucleo Alzheimer.

MODULAZIONE CEREBRALE NON INVASIVA IN PAZIENTI CON MCI: EFFETTI SULLE FUNZIONI ESECUTIVE OSSERVATI ATTRAVERSO UNO STUDIO RANDOMIZZATO-CONTROLLATO DI RTMS E FMRI

Esposito Sabrina (a, b), De Stefano Manuela (a), Ippolito Domenico (a), Ricciardi Dario (a), Cirillo Giovanni (c), Trojsi Francesca (a), Siciliano Mattia (d), Cirillo Mario (c), Tedeschi Gioacchino (a), Sorbi Sandro (b)

(a) *Prima Clinica Neurologica, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli*

(b) *Dipartimento Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino, Università degli Studi, Firenze*

(c) *Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli*

(d) *Laboratorio di Neuropsicologia, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta*

Introduzione. Il deterioramento delle funzioni esecutive, evidenziato nella Malattia di Alzheimer (AD) già in fase pre-clinica, in associazione al deficit della memoria episodica recente, risulta predittivo della conversione del *Mild Cognitive Impairment* (MCI) in demenza tipo AD e della progressione clinica nelle fasi conclamate di malattia. Il “controllo esecutivo” è sotteso dall’integrità di circuiti cortico-corticali fronto-temporo-parietali e cortico-sottocorticali frontali che, mostrando precoci alterazioni in Risonanza Magnetica funzionale (fMRI) nel MCI, ne rivelano i caratteri di una “sindrome da disconnessione”. La stimolazione magnetica trans-cranica ripetitiva (rTMS), tecnica di neuro-stimolazione cerebrale non invasiva, ha dato prova di modulare l’eccitabilità di *networks* cortico-corticali e cortico-sottocorticali, inducendo modifiche cumulative della plasticità sinaptica durature nel tempo, anche in sedi distanti dai siti stimolati.

Metodi. Nell’ambito della rete AIRAlzh-Coop®, è stato condotto uno studio clinico pilota in doppio cieco, randomizzato, controllato con sham, su 30 pazienti con neo-diagnosi di MCI degenerativo. Sono state praticate 20 sedute di rTMS (10Hz, 2000 impulsi, 80% della soglia motoria), stimolando la corteccia prefrontale dorsolaterale bilateralmente, precedute e seguite (subito dopo e a distanza di 6 mesi) da test neuropsicologici (NPS) e fMRI.

Risultati attesi. Rilevare nei pazienti trattati: 1. Eventuali miglioramenti NPS, in particolare delle funzioni esecutive, memoria episodica e attenzione (abilità necessarie alla preservazione del funzionamento ecologico). 2. Modifiche della connettività funzionale a riposo delle reti che sottendono il funzionamento cognitivo (specie esecutivo). 3. Persistenza a breve (subito dopo il ciclo di neurostimolazione) e medio termine (dopo 6 mesi) degli effetti della rTMS.

Conclusioni. Il progetto punta alla definizione di una strategia terapeutica non invasiva rivolta a pazienti affetti da MCI per i quali, attualmente, sussiste una carenza di strategie terapeutiche farmacologiche e/o riabilitative che agiscano efficacemente sulle prestazioni cognitive, arrestando e/o rallentando significativamente la progressione clinica e/o

preservando le abilità necessarie al mantenimento dell'autonomia. A fronte degli elevati costi individuali e sociali associati al deterioramento cognitivo, si configura la possibilità di traslare dal set di ricerca alla pratica clinica uno schema terapeutico sicuro ed efficace, nonché gestibile in termini di risorse umane e professionali, ad integrazione dei trattamenti ad oggi in uso.

IMPLEMENTAZIONE DI DUE BEST PRACTICE SULLA GESTIONE DELLA DEMENZA: L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI MODENA NELLA JA "ACT ON DEMENTIA"

Fabbo Andrea (a), Gervasi Giuseppe (b c), Manni Barbara (a), Penna Luana (c), Bergamini Lucia (a), Mayer Flavia (c), Bacigalupo Ilaria (c), Lacorte Eleonora (c), Bellomo Guido (c), Zaccaria Valerio (c), Canevelli Marco (c d), Di Fiandra Teresa (e), Vanacore Nicola (c)

(a) *Dipartimento di Cure Primarie, Azienda Unità Sanitaria Locale, AUSL, Modena*

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

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

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

(e) *Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. L'Italia ha partecipato alla Joint Action europea *Act On Dementia* in qualità di partner nel *Work Package (WP) 4 diagnosis and post-diagnosis support*, e in qualità di leader nel *WP5 crisis and care coordination*. Scopo dello studio è la valutazione complessiva del processo di implementazione delle due *best practices* scelte per i due WPs.

Metodi. Il processo di implementazione delle due *best practice* è stato eseguito nel periodo marzo 2018 - giugno 2019, attraverso l'offerta di un corso di alta formazione specialistica rivolta ai Medici di Medicina Generale (MMG) che operano nel territorio dell'AUSL di Modena. Il corso di formazione è stato costruito su due fasi consecutive: un corso residenziale, che forniva le informazioni di base sul processo di implementazione; seguito da un corso di formazione a distanza (secondo lo schema di un *e-learning* digitale), con lo scopo di migliorare le capacità di gestione dei soggetti con demenza come previsto da entrambi i WPs. Per il WP4 è stato scelto l'uso del questionario *General Practitioners Evaluation of Cognition (GPCog)*, come strumento di identificazione precoce dei soggetti con disturbi del cognitivo nella pratica clinica. Il corso di formazione è stato offerto a 142 MMG scelti tra i vari distretti dell'AUSL di Modena. Per il WP5 è stata scelta la gestione in acuto in caso dei disturbi comportamentali delle Demenze (BPSD), con l'obiettivo di migliorare la collaborazione tra MMG e lo specialista dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), al fine di migliorare la gestione in acuto di tali episodi evitando, in tal modo, ospedalizzazioni e accessi al Pronto Soccorso impropri. Il corso di formazione è stato offerto ai 138 MMG che operano esclusivamente nel distretto della città di Modena.

Risultati. L'aderenza dei MMG è risultata bassa per entrambi i WPs: 65/142 (45,7%) per il WP4 e 59/138 (42,8%) per il WP5. Dopo la fase di implementazione, gli *outcome* di entrambi i WPs sono stati raggiunti: nel WP4 105/142 (73,9%) MMG usano il GPCog, con un aumento netto in termini di Sensibilità e Specificità nel caso di MCI; nel WP5 è stato registrato un aumento di contatti tra MMG e specialista pari al 40%, con una riduzione di accessi al PS pari al 5,5%.

Conclusioni. Nonostante la bassa aderenza al programma di formazione, i due processi di implementazione hanno avuto degli ottimi risultati negli *outcome* specifici. In particolare: l'uso del GPCog ha determinato un miglioramento dell'inquadramento pre-diagnostico dei soggetti con sospetto di iniziale deterioramento cognitivo (MCI); mentre la gestione dei BPSD è assicurata dalla collaborazione tra MMG e specialisti, che ha determinato un ridotto accesso al Pronto Soccorso e/o di ospedalizzazione di tali soggetti. Al fine di migliorare l'aderenza, si sta programmando un corso di formazione su scala nazionale più mirato alle esigenze degli MMG; nella fattispecie un corso maggiormente focalizzato sugli aspetti pratici, e meno sulle nozioni tecniche.

BIBLIOTECA COME LUOGO DI CRESCITA DEL CAPITALE SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DEMENZA

Ferrari Arianna (a), Zapparoli Alessandra (b), Cosmo Chiara (a), Favaretto Elisa (c), Basso Cristina (d)

(a) Associazione Rindola Impresa Sociale, Vicenza

(b) Comune di Vigonovo, Vigonovo, Venezia

(c) Comune di Spinea, Spinea, Venezia

(d) Regione Veneto, Azienda Zero, Padova

Introduzione. Con la DGR n. 1873 del 15 ottobre 2013 e successive la Regione Veneto implementa il Progetto Sollievo, opportunità di integrazione socio-sanitaria a supporto della domiciliarità. Il Progetto In.Te.S.E. (Integrazione Territoriale Servizi Socio-Educativi), nell'ambito di questa progettualità, creato presso il distretto 3 dell'AULSS 3 Serenissima, punta alla presa in carico integrata e continuativa della persona con demenza in fase iniziale e allo sviluppo di una comunità inclusiva e resiliente in cui la persona con demenza svolge un ruolo pro-attivo nella comunità diventando risorsa per una progettazione partecipata delle politiche a favore della disabilità. Per avviare la costruzione di un significato nuovo di integrazione e di inclusività è stata scelta la biblioteca pubblica, ambiente accessibile da parte di tutti i cittadini, in cui verranno svolte attività specifiche agevolmente monitorabili.

Metodi. Il progetto coinvolge 8 comuni del Distretto 3 dell'AULSS 3 di cui 2 capofila, Spinea e Vigonovo. Dal punto di vista metodologico è stato istituito un tavolo di concertazione (progettazione partecipata) che contempla il coinvolgimento di persone con demenza, con la mediazione di un neuropsicologo, di assistenti sociali, di bibliotecari dell'ente locale, di assessori alle politiche sociali e del terzo settore. Al tavolo si affronteranno le tematiche relative a: ostacoli alla accessibilità dei servizi legati alla quotidianità e alle modalità di accesso, difficoltà nella diffusione del concetto di disabilità e non di malattia e difficoltà nella partecipazione alla vita sociale.

Risultati. Le attività implementate nel progetto puntano ad aumentare la fiducia della persona con declino cognitivo nei confronti della comunità territoriale che diventa garante e facilitatore dell'accesso alla rete dei servizi (capitale sociale). Il progetto accrescerà la conoscenza e la condivisione di responsabilità, cambiando il paradigma culturale dell'approccio alla malattia, intesa come una nuova dimensione in cui vanno valorizzate le capacità e il patrimonio interiore della persona.

Conclusioni. La fiducia dei cittadini affetti da declino cognitivo e la loro partecipazione attiva nella comunità rappresenterà la base per la costruzione di politiche di "welfare responsabili e condivise".

DIFFERENZA DI GENERE E MALATTIA DI ALZHEIMER: RUOLO DELL'ESPRESSIONE GENICA DI STX1A

Ferri Evelyn (a), Costa Andrea Saul (b), Rossi Paolo Dionigi (a), Guerini Franca Rosa (b), Clerici Mario (a), Cesari Matteo (a), Arosio Beatrice (a)
(a) *Geriatría, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*
(b) *IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano*

Introduzione. Un ruolo nel mantenimento della plasticità sinaptica viene svolto dal complesso proteico SNARE coinvolto nella fusione delle vescicole pre-sinaptiche e nel rilascio dei neurotrasmettitori. In particolare la Sintaxina (STX1a) regola il canale ionico preposto alla esocitosi dei neurotrasmettitori. Recenti studi hanno mostrato una diversa espressione di STX1a nel cervello di soggetti con malattie neurodegenerative e con disturbi comportamentali (Parkinson, schizofrenia e autismo). Lo scopo di questo studio è valutare l'espressione di STX1a: i) nelle cellule periferiche del sangue, ii) in pazienti con malattia di Alzheimer (AD) a confronto con soggetti cognitivamente integri, e iii) nelle donne e negli uomini separatamente, dal momento che variazioni associate al genere sono state descritte in alcuni meccanismi molecolari associati all'AD.

Metodi. Lo studio comprende 72 pazienti AD e 87 soggetti controllo (CT) paragonabili per età e sesso afferenti all'U.O.S.D. di Geriatría del Policlinico di Milano. Sono state isolate le cellule mononucleate periferiche del sangue (PBMC) ed estratto l'RNA per valutare l'espressione genica mediante QuantStudio 12K *Flex OpenArray Gene Expression*. L'analisi statistica è stata effettuata con il programma IBM SPSS versione 25. Età ed espressione genica sono espresse come media (Deviazione Standard (DS)) e confrontate mediante test t di *Student*. La regressione logistica corretta per età, sesso e presenza dell'allele $\epsilon 4$ dell'Apolipoproteina E, è stata utilizzata per valutare la relazione tra STX1a e presenza di AD.

Risultati. I pazienti AD avevano un'età media di 78,85 anni (DS 4,83) mentre i CT di 77,80 anni (DS 5,46). Nel gruppo AD le donne erano 49 mentre nel gruppo CT 60. L'espressione genica di STX1a era pari a 1,21 (DS 0,49) negli AD e 1,38 (DS 0,69) nei CT ($p=0,075$). La regressione logistica ha suggerito che l'espressione genica di STX1a sia un fattore protettivo per AD ($p=0,042$, OR 0,516, 95%CI 0,273-0,976). I risultati hanno evidenziato livelli di espressione genica di STX1a significativamente più elevati nelle donne rispetto agli uomini (1,39 (DS 0,56) e 1,11 (DS 0,67) ($p=0,006$) indipendentemente dalla diagnosi. Riguardo la patologia, le donne AD possedevano un'espressione genica di STX1a più bassa rispetto alle donne CT (1,27 (DS 0,47) e 1,49 (DS 0,61) ($p=0,048$). L'espressione nei maschi non differiva in modo significativo (1,07 (DS 0,53) negli AD e 1,14 (DS 0,79) nei CT.

Conclusioni. I risultati di questo studio indicano sia che il gene di STX1a è espresso nei PBMC, ad ulteriore dimostrazione che tali cellule possono essere utilizzate come fonte periferica per studiare l'AD, sia che una ridotta espressione di STX1a sembra caratterizzare le donne con AD. I dati di questo studio confermano il coinvolgimento del complesso SNARE e di STX1a nelle malattie neurodegenerative, e supportano l'ipotesi che esistano traiettorie differenti nella patogenesi dell'AD a seconda del sesso.

DALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER AI CENTRI PER LE DEMENZE

Ferrigno Salvatore
Azienda Sanitaria Locale, Maiori, Salerno

Introduzione. L'unità di Valutazione Alzheimer in Costa d'Amalfi ha costituito dal 2000 il punto di riferimento prevalentemente per la selezione dei pazienti con Alzheimer lieve - moderato suscettibili di trattamento con inibitori delle colinesterasi e dei recettori NMDA. Negli ultimi anni vi è stata una riduzione delle prescrizioni farmacologiche e un sensibile incremento delle certificazioni per fini medico legali.

Metodi. Osservazione delle valutazioni cliniche, delle prescrizioni e delle certificazioni emesse negli anni dal 2012 al 2019 dall'Unità di Valutazione Alzheimer Costa d'Amalfi.

Risultati. Dal gennaio 2012 al 31/8/2019 sono state effettuate circa 968 visite con un incremento progressivo negli anni (dalle 99 del 2012 alle 163 del 2018 - 105 sono già le visite fino al 31/8/2019). Di seguito il raffronto effettuato tra 2012 e il 2018. Quasi costanti le prescrizioni di memantina (da 17 a 19); riduzione delle prescrizioni di rivastigmina (da 36 a 24) e del donepezil (da 14 a 8). Ridotti pure gli screening (da 15 a 4). Incremento sensibile delle certificazioni con tendenza confermata nel 2019 (da 16 del 2012 a 102 del 2018).

Conclusioni. Dai dati in possesso degli anni dal 2012 al 2019 dell'Unità di valutazione Alzheimer in Costa d'Amalfi, emerge la necessità del superamento che l'Unità di Valutazione Alzheimer determini solo un approccio multidimensionale e multidisciplinare finalizzata alla prescrizione di farmaci e la trasformazione delle Unità in Centri per le Demenze per valutazione diagnostica e a supporto importante per certificazioni medico legali. La riduzione degli screening è dettata dal miglioramento delle conoscenze dei medici di base che indirizzano alle Unità di Valutazione Alzheimer pazienti che hanno già effettuato indagini strumentali e di laboratorio preliminari per la diagnosi e cura.

FORMAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER I PDTA

Filippini Graziella

Direzione Scientifica Fondazione Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Introduzione. In ottobre 2011 ASL Milano ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo (PDTAR) per le demenze, sviluppato da un gruppo multidisciplinare sulla base dei risultati ottenuti in sperimentazioni precedenti a partire dal 2009, coordinati dall'Istituto Besta. Il PDTAR è stato condiviso tra Medici di Medicina Generale (MMG), specialisti territoriali e ospedalieri (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD), e servizi sociosanitari. L'applicazione del PDTAR ha riguardato anche la formazione dei MMG. Dal 2016 l'esperienza di formazione dei MMG si è estesa a livello nazionale con la partecipazione dei MMG al progetto ministeriale NET 2011-02346784 nelle città di Brescia, Milano, Bologna, Firenze, Roma e Perugia.

Metodi. La forma e i contenuti dei corsi sono stati simili in tutte le aree interessate alla formazione dei MMG. Si sono costituiti gruppi di lavoro per la definizione delle agende e del materiale didattico. Sono stati organizzati incontri con i rappresentanti dei MMG per valutare i bisogni formativi della medicina di base e i risultati sono stati utilizzati per stabilire gli argomenti prioritari. I corsi sono stati articolati in lezioni frontali e esercitazioni interattive sull'utilizzo dei test per il decadimento cognitivo globale e discussione sulle criticità presentate dai MMG.

Risultati. Nel periodo 2011-15 sono stati realizzati corsi di formazione per più di 700 MMG in ex ASL Milano. Al progetto PDTAR di Milano hanno partecipato 4.126 pazienti con decadimento cognitivo o demenza, presi in carico e seguiti per quattro anni dai MMG e dagli specialisti che hanno condiviso le indicazioni del PDTAR, anche grazie ad un sistema informativo che ha permesso ai MMG e agli specialisti di condividere le decisioni e le informazioni dei loro pazienti. Nel progetto NET 283 MMG hanno partecipato ai corsi di formazione organizzati nelle rispettive città partecipanti. I risultati hanno evidenziato un miglioramento dei comportamenti dei MMG dopo l'intervento formativo, sia nella fase di diagnosi che in quella di presa in carico dei pazienti.

Conclusioni. Il MMG ha un ruolo decisivo nel promuovere la diagnosi tempestiva di decadimento cognitivo, un corretto invio allo specialista, consigliare ed educare il paziente e la famiglia ad interventi di prevenzione primaria, provvedere a ridurre gli effetti delle comorbidità e ridurre l'utilizzo dei neurolettici, aiutare i pazienti e i familiari a risolvere i problemi pratici correlati alla demenza. La formazione è risultata utile per sensibilizzare i MMG a raggiungere questi obiettivi. Molti MMG avevano espresso dubbi circa i vantaggi che una loro partecipazione a un PDTAR demenze avrebbe potuto dare ai loro assistiti, ma il giudizio è cambiato a favore nel corso del progetto e molti hanno riconosciuto anche il vantaggio di una loro riqualificazione professionale. L'efficacia dell'intervento formativo dei MMG nel medio e lungo tempo deve essere sostenuta da una formazione continua, che è responsabilità delle società scientifiche.

CLASSIFICAZIONE AT(N) NEI BIOMARKER

Galimberti Daniela, Carandini Tiziana, Scarpini Elio
Ospedale Policlinico, Università degli Studi, Milano

Introduzione. In base ai criteri NIA-AA del 2018, la malattia di Alzheimer (AD) non è definita in base ai sintomi ma alla patologia cerebrale, misurabile in termini di deposizione di proteina amiloide e di proteina tau, che è indice di danno neuronale. La misurazione della proteina amiloide può essere fatta sia con il dosaggio liquorale che con la PET con ligando specifico per questa proteina, mentre la tau, totale e fosforilata, può essere misurata nel liquido cefalorachidiano. L'obiettivo di questa ricerca è di applicare questi nuovi criteri in una coorte retrospettiva di pazienti e di confrontarli con le diagnosi cliniche.

Metodi. Abbiamo analizzato 628 soggetti riferiti al nostro CDCD in sospetto di demenza. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a visita neurologica, test neuropsicologici, risonanza magnetica e puntura lombare per i dosaggi liquorali dei biomarcatori. Alcuni di essi hanno anche effettuato la PET con ligando per amiloide a scopo di ricerca. Le diagnosi sono state effettuate secondo i criteri correnti, ed i soggetti classificati in base ai criteri NIA-AA in AD continuum-non AD- normali. Risultati: tra i pazienti con una diagnosi clinica di AD, il 94,1% aveva un profilo liquorale tipico del continuum AD (amiloide bassa con tau e fosfotau più o meno alte), mentre il 5,5% non aveva deposizione di amiloide ma solo aumento di tau e lo 0,4% aveva un profilo normale. Un profilo AD è stato anche osservato nel 26,2% dei pazienti con una diagnosi clinica di demenza frontotemporale, nel 48,6% di pazienti con diagnosi di demenza a corpi di Lewy, nel 25% di parkinsonismi atipici e nel 44,7 dei pazienti con demenza vascolare. La concordanza fra il dosaggio liquorale dell'amiloide e la PET è stata dell'89%.

Conclusioni: L'applicazione dei criteri NIA-AA in un *setting* clinico ha dimostrato una buona, ma non completa, corrispondenza fra le diagnosi cliniche e la patologia sottostante definita con i biomarcatori liquorali. L'AD continuum sembra essere una misura sensibile, ma non specifica, rispetto alla diagnosi clinica di AD.

📄 CAMMINANDO E LEGGENDO...RICORDO: UNA PROPOSTA STRUTTURATA PER LA PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ IN SOGGETTI CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)

Gallucci Maurizio (a), Mazzarolo Anna Paola (a), Focella Lucia (a), Piovesan Cinzia (b), Di Battista Maria Elena (a)

(a) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso*

(b) *Unità di Epidemiologia, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso*

Introduzione. La fragilità rappresenta un fattore di rischio per la demenza ed altre patologie croniche: diminuite forza, resistenza e funzionalità fisiologica accrescono la vulnerabilità agli agenti stressanti. Quando la fragilità si associa ad un decadimento cognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment*, MCI) si parla di fragilità cognitiva. L'obiettivo del presente studio è valutare se sia possibile prevenire la fragilità in persone con MCI tramite la promozione di attività fisica e lettura.

Metodi. Soggetti diagnosticati come MCI tramite una valutazione multidisciplinare sono invitati a partecipare ad attività fisica bi-settimanale e a gruppi di lettura bi-mensili. Sia chi partecipa alle attività nel gruppo sportivo (S, n=46) sia il gruppo di controllo (C, n=161) svolge quattro valutazioni nel corso di un anno (T0, T3, T6, T12). Esse comprendono una batteria di test neuropsicologici ed un questionario per la rilevazione della fragilità, scelto quale sintesi e semplificazione di altri strumenti accreditati per la misurazione della fragilità; esso inoltre è uno strumento di rapida somministrazione.

Risultati. La differenza delle percentuali di soggetti fragili/non fragili tra sportivi e controlli non è significativa al T0 ma lo diventa al T12 ($p=0,003$), quando i fragili aumentano nei controlli ($p=0,007$), ma non negli sportivi. Far parte del gruppo di controllo aumenta al T12 il rischio di fragilità del doppio rispetto ad appartenere al gruppo degli sportivi ($OR=2,25$; $p=0,03$). Inoltre, la scolarità risulta protettiva riguardo la fragilità ($OR=0,92$; $p=0,04$), mentre ogni punto in più della scala *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) aumenta il rischio di fragilità del 4% ($OR=1,04$; $p=0,01$). L'appartenenza al gruppo degli sportivi o dei controlli è l'unico fattore che predice il miglioramento dello stato di fragilità, con gli sportivi aventi una probabilità di miglioramento di tre volte maggiore rispetto ai controlli ($OR=3,25$; $p=0,04$). Fattori di rischio che favoriscono il peggioramento della condizione di fragilità sono invece il crescere di età ($OR=1,07$; $p=0,05$), danno cerebrovascolare valutato tramite la *Hierarchical Vascular Rating Scale* ($OR=1,35$; $p=0,05$) e punteggio NPI ($OR=1,07$; $p<0,001$), mentre l'aumentare della scolarità protegge del peggioramento ($OR=0,88$; $p=0,03$). Un'ANOVA a misure ripetute svolta sui partecipanti, inizialmente non fragili, rileva una diversa variazione nello stato di fragilità nel tempo, a seconda del gruppo di appartenenza ($p<0,001$).

Conclusioni. I risultati supportano il ruolo della promozione dell'attività fisica e lettura come strumenti efficaci di prevenzione della fragilità in persone con MCI.

ASSOCIAZIONI TRA *FRAILTY INDEX* E DANNO CEREBRALE VASCOLARE: IL *TREVISO DEMENTIA (TREDEM) REGISTRY*

Gallucci Maurizio (a), Focella Lucia (a), Piovesan Cinzia (b), Ramigni Mauro (b), Di Battista Maria Elena (a)

(a) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso*

(b) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale Servizio di Epidemiologia, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso*

Introduzione. La fragilità è una condizione caratterizzata da una riduzione delle riserve omeostatiche dell'individuo, che comporta un'accresciuta vulnerabilità verso agenti stressanti endogeni ed esogeni. Il *Frailty Index* (FI), proposto da *Rockwood*, è stato costruito secondo un modello cumulativo dei deficit: maggiore il numero di deficit in un dato individuo, maggiore è il suo grado di fragilità. Lo scopo di questo studio è di verificare l'esistenza di un'associazione tra FI e Danno Cerebrale Vascolare (DCV).

Metodi. Lo studio è stato condotto utilizzando dati retrospettivi osservazionali di 1.584 pazienti del *TREDEM (Treviso Dementia) Registry*. Il FI è stato calcolato sulla base di 50 variabili comprendenti malattie, disabilità, disturbi comportamentali e valori degli esami ematochimici. L'entità del DCV nelle regioni corticali e sottocorticali, comprendente leucoaraiosi, lacune, infarti e il punteggio della *Hierarchical Vascular Rating Scale* (HVRS) che va da 0 (assenza di lesioni vascolari) a 6 (il più alto livello di lesioni vascolari), è stata determinata tramite Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). Modelli di regressione logistica multipla eseguiti con il metodo *stepwise backward* sono stati utilizzati per analizzare possibili associazioni tra il FI e il DCV.

Risultati. Il numero medio di deficit è risultato essere $11,4 \pm 6,2$, corrispondente ad un FI di $0,228 \pm 0,124$, con *range* da 0 a 0,56. Per ciascun incremento di un centesimo del FI, la probabilità di leucoaraiosi aumenta del 2%; nel lobo frontale, in particolare, aumenta del 4%. Inoltre, per ciascun incremento di un centesimo del FI, la probabilità di leucoaraiosi di grado marcato aumenta del 4%. Per ciascun incremento di un centesimo del FI, la probabilità di lacune aumenta del 3%. In particolare, per ciascun incremento di un centesimo del FI, la probabilità di lacune aumenta del 2% nei nuclei della base, aumenta del 3% nei lobi parietale ed occipitale, del 4% nel talamo e nel lobo frontale; infine, aumenta del 5% nel lobo temporale. La relazione tra infarti e il FI non è risultata significativa. Tuttavia, la probabilità totale di presentare infarti o lacune aumenta del 3% per ciascun incremento di un centesimo del FI. Per ciascun incremento di un centesimo del FI, la probabilità di ottenere un punteggio HVRS uguale o superiore a 2 aumenta del 3%.

Conclusioni. Il FI è associato alla presenza, al grado e ad alcune localizzazioni anatomiche del DCV in una popolazione di pazienti con declino cognitivo.

© EVIDENZE DI EFFICACIA DELLA TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA NEL CONTESTO ITALIANO: IMPORTANZA DELLA SUA DIFFUSIONE

Gardini Simona (a), Samantha Pradelli (b), Borella Erika (a), Gruppo Italiano Terapia di Stimolazione Cognitiva*

(a) *Laboratorio di Psicologia dell'Invecchiamento, Università degli Studi, Padova*

(b) *CDCD, Azienda Ulss7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza*

Introduzione. La presa in carico della persona che riceve la diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore, richiede la messa in atto immediata di interventi che possano sostenere il suo funzionamento mentale globale e socio-relazionale, ridurre il senso di solitudine sociale e di abbandono così come i sintomi psicologici e comportamentali (principalmente depressione ed apatia), migliorando quindi la qualità di vita della persona con demenza e, indirettamente, della sua famiglia. Ad oggi, tra gli interventi con evidenze di efficacia per la persona con demenza lieve-moderata, vi sono quelli psico-sociali. Tra questi, la Terapia di Stimolazione Cognitiva (*Cognitive Stimulation Therapy - CST*), in particolare, è uno dei pochi protocolli per la persona con demenza lieve-moderata con chiare evidenze scientifiche - *evidence-based* - a livello internazionale. Tale intervento, sviluppato in Inghilterra e diffuso a livello internazionale, seguendo un approccio centrato sulla persona, è stato anche adattato in Italia dal gruppo Italiano di Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST-IT).

Metodi. Il gruppo CST-IT ne promuove l'utilizzo e la sua diffusione con la pubblicazione di due manuali teorico-pratici, sia per l'intervento di gruppo *evidence-based* e raccomandato dal *Nice 2006 (National Institute for Clinical Excellence)*, sia per l'intervento individuale ad opera del *caregiver*. Alcuni studi pilota condotti in Italia ne hanno anche fornito le prime evidenze di efficacia in accordo con le evidenze internazionali.

Risultati. L'obiettivo di questa presentazione è quello di mostrare i risultati di uno studio multi-centrico diretto dal gruppo CST-IT - no-profit - sull'efficacia della CST condotto nel contesto italiano e in via di conclusione. I risultati di questo studio, che ad oggi ha coinvolto un ampio campione di anziani con demenza residenti in strutture per anziani di varie regioni d'Italia (160 persone che hanno partecipato ai gruppi CST e 130 controlli attivi), confermano i benefici di questo specifico protocollo di stimolazione cognitiva sulle funzioni cognitive globali, i sintomi psicologici e comportamentali, e la qualità di vita, con effetti positivi di mantenimento dei benefici dopo tre mesi.

Conclusioni. La CST può essere quindi considerata un promettente protocollo di intervento di stimolazione cognitiva anche nel contesto italiano, che dovrebbe essere proposto, da personale esperto e formato, a tutte le persone con demenza. In alcune linee guida regionali italiane la CST è già raccomandata per le persone con demenza (ad esempio in Emilia Romagna ed in Veneto), tuttavia maggiori sforzi sono necessari per aumentare la diffusione di questo intervento psico-sociale efficace nel nostro Paese, e renderlo parte delle pratiche standard messe in atto nel post-diagnosi.

**Gruppo Italiano Terapia di Stimolazione Cognitiva: Alessandra Lobbia, Elisa Salvalaio, Emanuela Capotosto*

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI NELLA DEMENZA: VALUTAZIONE DELLA COMPLIANCE LE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI

Gervasi Giuseppe (a, b), Bellomo Guido (b), Mayer Flavia (b), Zaccaria Valerio (b), Bacigalupo Ilaria (b), Lacorte Eleonora (b), Canevelli Marco (b), Corbo Massimo (c), Di Fiandra Teresa (d), Vanacore Nicola (b)

(a) *Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma*

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

(c) *Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Casa di Cura Policlinico, Milano*

(d) *Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. Tra gli obiettivi del Piano Nazionale Demenza (PND) rientra anche la creazione di una adeguata rete dei servizi dedicata ai casi di demenza. Per perseguire tale obiettivo, nel 2017, il Ministero della Salute ha approvato le “Linee d’Indirizzo per i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle Demenze”, recante tutte le indicazioni su come produrre un PDTA per i soggetti con Demenza di elevata qualità.

Scopo dello studio è la valutazione della *compliance* dei PDTA sulle demenze, prodotti dalle Regioni o dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), con le linee di indirizzo nazionale.

Metodi. Sono stati valutati tutti i documenti ufficiali, pubblicamente prodotti dalle amministrazioni locali (Regioni o ASL) e sanciti con delibere o determina regionale. A ciascuno dei documenti è stata applicata una *checklist* composta da 43 *items* complessivi creata dall’indice del documento Nazionale “Linee d’Indirizzo per i PDTA nelle Demenze”. A ciascuno dei 43 *items* è stata assegnato punteggio 1 se presente, o punteggio 0 se assente nel documento del PDTA; successivamente i documenti ufficiali sono stati valutati secondo la seguente griglia di valutazione: 1. Dominio 1, Elementi Esecutivi (15 *items*), con punteggio 0-15; 2. Dominio 2, Elementi Costitutivi (14 *items*), con punteggio 0-14; 3. Dominio 3, Sviluppo ed Implementazione (14 *items*), con punteggio 0-14; 4. Generale, composto dall’insieme dei 43 *items* e punteggio 0-43

Risultati. La produzione di documenti ufficiali sui PDTA da parte delle amministrazioni locali risulta scarsa, in considerazione che 6/21 (28,6%) Regioni Italiana e 5/101 (4,9%) ASL hanno prodotto un proprio PDTA. La *compliance* dei PDTA con il documento nazionale è risultata moderata, con uno score generale medio di 25,7±2,8 con un *range* di valori che va da un minimo di 22 (Marche e Milano) a un massimo di 34 (Veneto). I 3 domini hanno mostrato una discreta variabilità, senza differenze particolari tra PDTA regionali ed aziendali tranne per il dominio 3, per il quale i PDTA regionali hanno mostrato una migliore *compliance* media (9,17) rispetto a quelli aziendali (8,0).

Conclusioni. I PDTA rappresentano il percorso che permette la creazione della rete dei Servizi; per tale motivo, il loro sviluppo ed implementazione necessitano di parametri di elevata qualità. Nonostante ciò, ulteriori sforzi devono essere implementati per garantire

una produzione di tali documenti sulla demenza a livello nazionale. In particolare, segnaliamo la necessità di migliorare la *compliance* con le linee di indirizzo nazionali, attualmente non elevata, soprattutto per quel che concerne gli aspetti della definizione dei ruoli, del coinvolgimento del medico di Medicina Generale e dei rappresentanti dei pazienti, del monitoraggio e la creazione degli indicatori.

TRATTAMENTO ODONTOIATRICO NEI PAZIENTI CON DEMENZA

Ghezzi Mario (a), Pomati Simona (a), Girolamo Donati (a), Busa Alberto (a), Maggiore Laura (a), Cova Ilaria (a), Sparaco Antonella (a), Mariani Claudio (b), Pantoni Leonardo (a)

(a) Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli, Sacco, Milano

(b) Università degli Studi, Milano

Introduzione. Negli ultimi anni si è avuto un progressivo aumento delle richieste di cure odontoiatriche in persone con demenza. Familiari e sanitari (medici di base e delle Residenze Sanitarie Assistenziali) non riescono a trovare risposte alle richieste di assistenza: di fatto questi pazienti sono esclusi dalle cure odontoiatriche. Si tratta di persone particolarmente bisognose, la malattia comporta un peggioramento dell'igiene orale domiciliare da cui conseguono patologie orali come carie, parodontopatia, mobilità di denti e protesi che riducono ulteriormente la qualità di vita di pazienti.

Metodi. Da gennaio 2016 ad agosto 2019 sono state visitate 238 persone con demenza e problematiche a livello del cavo orale residenti a Milano. Oltre la visita sono state effettuate prestazioni per risolvere i problemi orali. I dati dell'attività sono stati raccolti in un database creato *ad hoc*.

Risultati. Sono stati inseriti nel database 238 pazienti, 64 maschi e 174 femmine, con età media di 80 anni. Il tipo di demenza prevalente è la malattia di Alzheimer con 92 casi, seguita dalla demenza di origine vascolare con 61 persone, forme miste in 26 casi, 8 da ascrivere a demenza di Levy e 38 senza una diagnosi. La maggior parte dei pazienti presenta una compromissione medio-severa delle facoltà cognitive: 67 hanno *Mini-Mental State Examination* pari a 0 o non somministrabile, solo 26 hanno un punteggio tra 29 e 18, tutte le altre sotto i 18. 100 pazienti non sono collaboranti. Le terapie farmacologiche più utilizzate sono: antiipertensivi (103 pazienti), antiaggreganti piastrinici (86), antipsicotici (86), antidepressivi (49). Il numero di denti naturali superstiti in 75 persone va da 1 a 10, in 56 da 11 a 25, in 45 da 26 a 32. 30 persone sono completamente edentule. Il motivo della richiesta di intervento è così distribuita: controllo 53, dolore, 56, sanguinamento 4, carie dentali 7, mobilità denti 16, mobilità protesi 46, problemi di masticazione 29. 141 pazienti presentano parodontopatia cronica generalizzata, 103 carie dentarie, 135 residui radicolari. L'igiene orale domiciliare è buona in 6 persone, discreta in 61, insufficiente in 135 ed assente in 21.

Conclusioni. La presa in carico del paziente colpito da demenza è un'attività importante anche in ambito odontoiatrico per la sua ricaduta sulla qualità di vita di queste persone. Il dolore e la difficoltà di masticazione hanno pesanti effetti sulla qualità di vita, sulla relazione, sul riposo, sullo stato di nutrizione del paziente ed effetti negativi e stressanti anche sui familiari e *caregiver*.

STUDIO DEI FATTORI PREDISponentI AI DISTURBI COGNITIVI IN UNA POPOLAZIONE DI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI

Gimignani Giancarlo (a), Fanisio Lorella (b), Redi Giorgia (b), Clementi Carlo (c)

(a) UOC Medicina, Polo Ospedaliero, ASL RM4, Civitavecchia, Roma

(b) Casa di Cura Santo Volto, Santa Marinella, Roma

(c) Casa di Cura Villa delle Querce, Nemi, Roma

Introduzione. I comportamenti e i disordini cognitivi dell'anziano riconoscono varie cause. Le prevalenti sono; disordini di stili di vita (Fumo, Alcool, ecc.), patologie con danno endoteliale (Diabete, Dislipidemie, ecc.), influenze dell'ambiente fisico e sociale sul cervello e sull'organismo nel suo insieme. Obiettivo: Abbiamo studiato in anziani over 65 anni istituzionalizzati i fattori più presenti riconducibili allo sviluppo di disturbi cognitivi/demenziali. Pazienti e metodi: nel periodo 2013-2019 sono stati seguiti in RSA ad alto mantenimento 135 ospiti, tutti di sesso femminile, età media 77,7 aa (*range* 68-102aa) affetti da patologie varie e 487 pazienti di entrambi i sessi (72 F-415 M) transitati per una lungodegenza/postacuzie (LDM) di 71 posti letto (12 F-59 M) età media 70,4aa (*range* 47-100). Tutte le ospiti RSA presentavano disturbi cognitivi più o meno gravi associati a varie comorbidità, mentre in LDM sono stati esclusi i casi sociali (45) e oncologici (21). Tutti sono stati sottoposti ad esami ematochimici, mediante tecniche commerciali, profilo lipidico, marziale, epatico e renale. L'Indice di Severità (IS) delle patologie presenti e l'Indice di Comorbidità (IC) sono stati studiati mediante il CIRS: (I.S.vn<2,0 – I.C.vn<3,0). Analisi statistica mediante Epistat-test t di Student (o T-test) significatività statistica $p<0,05$. Risultati: L'incidenza generale delle patologie presenti è stato: diabete, 28%; Dislipidemie/obesità, 59%; cardiovascolari, 92%; BPCO, 42%; Anemie/ipperferritinemie, 52%; Osteoporosi, 59%; Epatopatie croniche non virali (steatosi/NAFLD/NASH, 47%. L'Indice di Severità delle ospiti RSA è mediamente di 2,3 (*range* 1,7-3,0), mentre l'indice di Comorbidità è >3 per tutte. In LDM gli indici: di Severità è mediamente di 1,8 (*range* 1,4-3,8); di comorbidità è di 2,8 (*range* 2,1-4,1). l'Indice di Severità della RSA è sovrapponibile a quello della lungodegenza medica/postacuzie $p=0,05$, mentre è significativo quello di Comorbidità tra la RSA e la LDM $p<0,02$. Ciò ad intendere che i pazienti della RSA ad alto mantenimento presentano una maggior comorbidità e di conseguenza una maggior fragilità e un rischio nettamente più alto di sviluppo e/o progressione di disturbo cognitivo.

Discussione e conclusioni. L'importanza dell'indice di comorbidità associato a quello di severità è significativo in quanto sembra correlato alla presenza di disturbi cognitivi. La comorbidità nell'anziano è caratterizzata dalla presenza di patologie croniche corrispondenti ad uno stato infiammatorio cronico. La comorbidità è responsabile di una sorta di "effetto domino" fra le patologie che la costituiscono e ciò comporta la perdita di autonomia. Lo stato infiammatorio cronico comporta dal punto di vista biochimico una produzione eccessiva di radicali liberi e quindi una disfunzione endoteliale elemento chiave nello sviluppo dell'aterosclerosi. Si ritiene infatti che sia il primo sintomo "patognomonico" di progressione aterosclerotica.

ASPETTI PREVENTIVI NELLA GESTIONE DEI DISTURBI DEL SONNO

Guarnieri Biancamaria

Centro di Medicina del Sonno, Casa di Cura Villa Serena, Fondazione Villa Serena per la Ricerca, Città Sant'Angelo, Pescara

I disturbi del sonno quali insonnia, Apnee Ostruttive in Sonno (OSA), disturbi del ritmo circadiano, Eccessiva Sonnolenza Diurna (EDS), sindrome delle gambe senza riposo e disturbo del comportamento in sonno REM (RBD) hanno prevalenza elevata nel declino cognitivo. Lo studio multicentrico italiano del 2012 in MCI, AD e altre forme di demenza ha mostrato prevalenza maggiore del 60% dei vari disturbi globalmente considerati e frequente presenza di più disturbi nello stesso paziente. Dalla fine degli anni novanta sono emerse molte evidenze sulle alterazioni del sonno come fattore di rischio e patogenetico per varie forme di demenza. Un'ampia metanalisi del 2018 ha mostrato che, considerati globalmente, i diversi disturbi del sonno sono fattore di rischio indipendente per demenza di qualsiasi tipo, AD e demenza vascolare in particolare, l'insonnia solo per AD. L'insonnia in età media, prevalente nelle donne e connessa a importanti variazioni ormonali, si associa a maggior rischio di demenza in età avanzata, richiamando l'importanza del timing dei fattori di rischio e le differenze di sesso e genere descritte in AD. È dimostrato che il sonno e il suo ritmo circadiano regolano produzione, clearance e dinamica liquorale di β amiloide e Tau. Esistono dati sulle relazioni tra ritmi circadiani, orexina liquorale, EDS, struttura del sonno e progressione di AD. La dimostrazione di significativa perdita di cellule esprimenti melanopsina e placche amiloidi nella retina di pazienti con AD lieve-moderato conferma l'ipotesi di precoce coinvolgimento dei ritmi circadiani nella patogenesi di malattia. La manipolazione/stabilizzazione del ritmo circadiano, delle fasi di sonno e il trattamento dei suoi disturbi possono quindi influire sulla neuropatologia delle demenze aprendo la strada a nuove strategie di prevenzione e trattamento. Le OSA, fattore di rischio per declino cognitivo, possono anche aumentare le comorbidità in demenza: nelle donne hanno presentazione clinica spesso atipica con possibilità di ritardata o mancata diagnosi e aumentato rischio. Dati liquorali in pazienti OSAS (Sindrome da OSA) su livelli di $A\beta_{42}$, lattato e rapporto t-tau/ $A\beta_{42}$ indicano la possibilità di modificare *biomarkers* di neurodegenerazione con il trattamento ventilatorio. I dati del primo anno dello studio *Memories 1* sull'uso di CPap in pazienti MCI con OSAS mostrano effetti positivi del trattamento su vari aspetti cognitivi. L'RBD è altamente prevalente nella demenza a corpi di Lewy (oltre 70%) e dal 2017 è criterio core per la diagnosi. L'RBD può precedere di oltre 14 anni l'insorgenza di sinucleinopatie quindi apre una finestra temporale ampia per interventi preventivi. Il corretto inquadramento dei diversi disturbi del sonno offre anche l'opportunità di nuovi trattamenti integrati con riduzione dell'uso di farmaci sedativi e prevenzione delle complicanze connesse.

STUDIO PILOTA DI APPLICABILITÀ DEL PROGRAMMA DI TERAPIA OCCUPAZIONALE TAP (*TAILORED ACTIVITY PROGRAM*) PER LA GESTIONE DEI BPSD IN UN NUCLEO OSPEDALIERO DEMENZE

Guerzoni Valentina (a), Romano Elisabetta (a) Tarozzi Adriano (a), Chiesa Roberto (a), Ferrari Elisa (a), Fabbo Andrea (b), Saetti Laura (c), Lanzoni Alessandro (a)
(a) *Ospedale Privato Accreditato Villa Igea, Modena*
(b) *AUSL, Modena*
(c) *UNIMORE, Modena*

Introduzione. Il programma *Tailored Activity Program* (TAP) di Terapia Occupazionale è una procedura standardizzata per la gestione dei disturbi del comportamento (BPSD) mediato da terapisti occupazionali certificati. L'obiettivo del programma è sviluppare prescrizioni di attività non farmacologiche per la persona con demenza insieme al *caregiver* di riferimento con l'obiettivo di ridurre significativamente frequenza e intensità dei BPSD. Questo studio si propone di verificare l'applicabilità del programma all'interno di un Nucleo Ospedaliero Demenze italiano (Nucleo NODAIA, Villa Igea, Modena).

Metodi. Lo studio è di tipo prospettico di coorte. Verranno reclutati tutti i pazienti con diagnosi di demenza (MMSE <24) e disturbi del comportamento (NPI >12) del reparto nel periodo giugno/settembre 2019 ad esclusione di quelli in stadio terminale (CDR-5), di allettamento o con diagnosi di comorbidità psichiatriche pregresse. Sono stati coinvolti i *caregiver* con volontà di accogliere i pazienti a casa e disponibili a partecipare a sedute di training individuali. La procedura originale TAP è stata adattata alle caratteristiche del Nucleo Ospedaliero Demenze concordando le modifiche con l'autrice e verrà applicata dai Terapisti Occupazionali del reparto.

Risultati. Sono stati arruolati N=10 pazienti. L'età media della popolazione era 80,7±5,1 (F=7; M=3) nelle persone con demenza, provenienti prevalentemente dal domicilio (N=9). Le sedute sono state sempre svolte come da procedura indicata. A fronte del numero di farmaci sostanzialmente invariato in media (T0=7±4; T1=7,5±4,7) si è registrata una diminuzione significativa dei BPSD misurati con scala UCLA-NPI (mediana T0=63; T1=10), un miglioramento della qualità della vita misurata con scala QUALID (media T0=31,8; T1=24,2) e un miglioramento delle capacità funzionali misurate con scala *Barthel* (mediana T0=52,5; T1=57,5). Nei *caregiver* si è verificato un miglioramento della confidenza nell'utilizzo di attività (media T0=2,6; T1=6,6), strategie comunicative (media T0=3,4; T1=7,6) e strategie ambientali (media T0=3,3; T1=7,3).

Conclusioni. I dati preliminari mostrano che il programma TAP sia applicabile nel contesto del Nucleo Ospedaliero Demenze. I risultati evidenziano un effetto positivo su pazienti e *caregiver* fornendo un supporto preliminare per estendere il campione.

RETE DEI CDCD DI ASL 3 GENOVESE: UN TENTATIVO DI RISPOSTA AI BISOGNI DEI PAZIENTI

Ivaldi Claudio (a), Mazzella Luca (a), Bongiovanni Alessanda (a), Bozzano Marina (a), Buccolieri Alessandro (a), Castoldi Loretta (a), Folis Elisabetta (a), Lazzarino Margherita (a), Massucco Davide (a), Monagheddu Sabrina (a), Moretti Cinzia (a), Natale Giorgia (a), Spiritelli Rita (a), Russo Annamaria (a), Vella Chiara (a), Cosolito Vitale Alessandro (b), Terrile Evita (c), Scotto Pierangelo (d), Sampietro Lorenzo (d)

(a) CDCD ASL 3, Genova

(b) S.C. Sistemi Informativi Aziendali, ASL 3, Genova

(c) Responsabile S.S. Assistenza Geriatrica Territoriale, ASL 3, Genova

(d) Direttore S.C. Neurologia ASL 3, Genova

Introduzione. ASL 3 “Genovese” è l’ente che presiede alla salute dell’area Metropolitana di Genova, e tutela una popolazione di 841180 persone¹, divisa in 6 distretti sociosanitari. Applicando alla popolazione residente i tassi di prevalenza indicati per la popolazione europea secondo le più recenti stime², sono attesi nella nostra ASL circa 20.000 casi di demenza. Per rispondere alle esigenze di questi pazienti e della loro famiglie ASL 3, su indicazione di Regione Liguria, ha recentemente ristrutturato e potenziato la rete dei CDCD insieme alle altre Aziende Ospedaliere insistenti nello stesso territorio.

Metodi. Utilizzando il PDTA regionale (DGR 55/2017) come documento di riferimento, nel corso dell’ultimo anno si è provveduto a mettere in rete o attivare 3 CDCD principali (Ponente, Centro e Levante), con sede all’interno di Aziende Ospedaliere (Ospedale di Sestri P. di ASL 3, E.O. Galliera, Policlinico San Martino), composti da un’equipe multidisciplinare e multi professionale, ognuno dei quali è connesso a CDCD periferici sul territorio, a gestione ASL 3. Durante l’anno si è svolto un corso formativo per tutti gli operatori dei CDCD, atto a avviare la “sincronizzazione” di competenze e strumenti di lavoro all’interno delle varie realtà aziendali e tra le specifiche competenze specialistiche e professionali. L’obiettivo è quello di garantire ai pazienti in un’unica sede le prestazioni diagnostiche, assistenziali e sociosanitarie e di formulare con il paziente, i familiari e il MMG, un piano d’intervento condiviso. Oggi tutti i pazienti afferenti agli ambulatori di ASL3 vengono valutati con un’unica cartella elettronica (INFOclin), utilizzabile da ogni ambulatorio e da ogni professionista del CDCD. Ciò permette anche di raccogliere un database aggiornato sulla situazione attuale, sui bisogni e le risposte da fornire, sui consumi di risorse.

Risultati. Al momento sono seguiti dagli ambulatori di ASL 3 2.598 persone, (rapporto M/F 0,60), cui sono state fornite 3.437 prestazioni; suddivisa per fasce di età di 5 anni, l’utenza si distribuisce in maniera normale; la fascia 80-84 anni è la maggiormente rappresentata. Le valutazioni effettuate nel primo semestre 2019 sono aumentate del 58% rispetto allo stesso periodo del 2018 (1.005 vs 634).

Conclusioni. Sebbene i servizi disponibili siano ancora incompleti ed insufficienti, il tentativo di strutturare una rete omogenea (un ambulatorio CDCD in ogni Distretto, collegato ad una sede centrale e a un’equipe multi professionale interconnessa) rappresenta un serio tentativo di rispondere ai bisogni complessi di questa popolazione all’interno del nostro territorio.

LA COSTITUZIONE DEI CDCD E LA LORO ORGANIZZAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA

Izzicupo Fabio (a), Lentini Anna Grazia (b), Gentili Gilberto (c)

(a) CDCD Senigallia, ASUR Marche, AV2, Senigallia, Ancona

(b) DSB, ASUR Marche, AV2, Senigallia, Ancona

(c) DSB, ASUR Marche, AV2, Senigallia, Ancona

Nel 2014 è stato promulgato il Piano Nazionale Demenze (PND) e sono stati costituiti i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) che hanno preso il posto delle UVA ampliandone le funzioni in un'ottica di gestione integrata. Inoltre l'accordo sancito dalla Conferenza Stato/Regioni nel 2017 ha definito l'implementazione di PDTA come un aspetto centrale nella presa in carico complessiva del paziente con demenza e dei suoi familiari. I PDTA, infatti, permettono attraverso una messa in rete dei servizi sanitari e sociali una gestione complessiva del fenomeno ottimizzando le risorse e fornendo risposte chiare e riproducibili. Uno degli aspetti centrali nella gestione dei pazienti con demenze è la fase diagnostica. La letteratura scientifica da più parti segnala la necessità di una diagnosi tempestiva in una patologia dove, i limitati effetti terapeutici dei farmaci presenti, sono circoscritti proprio alla fase iniziale di malattia. Inoltre offre la possibilità di avere una diagnosi in una fase in cui il malato, in ragione di una minore compromissione dello stato cognitivo, può decidere con maggiore consapevolezza le direzioni da intraprendere sia da un punto di vista sanitario che soprattutto sociale inteso in termini di scelte di vita. Il PND definisce la necessità di effettuare campagne informative sulla popolazione che riducano lo stigma intorno a questa malattia e permettano a malati e familiari di rivolgersi ai servizi quando i sintomi sono ancora in fase molto iniziale. Sappiamo che per effettuare una diagnosi in fase iniziale è imprescindibile sottoporre il paziente ad una visita Neuropsicologica che preveda la somministrazione di una batteria standardizzata. L'esperienza nel CDCD di Senigallia può rappresentare un momento di riflessione c.a. questi temi. Da 19 mesi è attivo all'interno di questo CDCD un ambulatorio di Neuropsicologia dove si accede tramite impegnativa del MMG o di uno specialista. Nell'arco di questo tempo sono state visitate c.a. 800 persone. L'imprescindibilità di questo servizio è emersa anche alla luce dell'aumento esponenziale della lista d'attesa che è passata da nessuna attesa a sei mesi. Questo fenomeno ha lasciato emergere una criticità evidente nei percorsi. Alcuni dei pazienti visitati sono stati inviati da specialisti che hanno essi stessi una lista d'attesa di sei mesi. Hanno atteso sei mesi per effettuare la visita neuropsicologica e sono stati rimandati all'inviante con altri sei mesi d'attesa. Il tutto costa di 18 mesi di attesa e va chiaramente a detrimento del paziente e delle aspettative di poter ottenere una diagnosi tempestiva.

NUOVE TECNOLOGIE E DEMENZA: SFIDE E OPPORTUNITÀ

Leorin Cristian

Associazione Novilunio Onlus, Padova

L'evoluzione tecnologica, l'utilizzo delle tecnologie assistive e l'introduzione dei *big data* e dell'intelligenza artificiale stanno cambiando l'assetto della salute pubblica, le opportunità di intervento e le opportunità di nuovi servizi integrati per la gestione dei pazienti. La definizione di *Assistive Technology* (AT) non è univoca e si è evoluta nel tempo in base all'adozione dell'ICF, all'investimento della Comunità Europea nell'ambito ICT, all'evoluzione del mondo informatico e alla caratterizzazione delle figure professionali che utilizzano tali soluzioni. La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel *World Report on Disability* è: "Qualunque oggetto, parte di equipaggiamento o sistema, se acquisito commercialmente, modificato o personalizzato che venga utilizzato per aumentare, mantenere o migliorare le capacità funzionali degli individui con disabilità". Questa breve definizione permette di evidenziare ruoli e scopi dell'ausilio informatico, che risulta quindi importante per:

- assistere lo sviluppo di determinate abilità motorie, sensoriali e cognitive nel processo di riabilitazione;
- migliorare la relazione con sé stessi, con gli altri e con l'ambiente circostante;
- facilitare lo svolgimento di compiti nei diversi ambienti di vita;
- permettere l'integrazione e la condivisione di cartelle digitali;
- determinare livelli di abilità e monitorare processi di sviluppo in ambito diagnostico;
- rendere maggiormente accessibili ambienti architettonici e informatici;
- favorire accesso ad attività ludiche, ricreative e socializzanti;
- integrare servizi e risorse a livello sociale e sanitario;
- migliorare la qualità di vita di un soggetto con una disabilità.

Si parla inoltre di *e-Health*, un campo emergente nell'intersezione dell'informatica medica, della sanità pubblica e dell'attività commerciale, che si riferisce ai servizi sanitari e alle informazioni fornite o potenziate attraverso Internet e alle tecnologie ad esso correlate. In senso più ampio, il termine non solo caratterizza uno sviluppo tecnico, ma anche uno stato mentale, un modo di pensare, un atteggiamento e un impegno per il pensiero globale in rete, al fine di migliorare la sanità locale, regionale e mondiale utilizzando le Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione. Unita a questa integrazione in rete dei servizi, emerge anche l'utilizzo di *big data* e intelligenza artificiale che in alcune aree della sanità offrono enormi opportunità in fase diagnostica e prognostica. Gli assistenti virtuali basati sulla AI sono pronti ad essere utilizzati nelle sale operatorie o al pronto soccorso, ma anche nelle case di persone con disabilità o anziani che vivono soli e hanno patologie croniche. Molte sono ancora le criticità e le discussioni sia dal punto di vista etico, che di responsabilità finale nonché il livello di accettazione e implementazione delle tecnologie con le metodiche esistenti. Si discute anche sulla necessità del *co-design* di queste soluzioni.

APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA NEI MALATI DI ALZHEIMER

Lombardi Renato (a), Piccaluga Cinzia (a), Puteo Maria Alessandra (b), Ientile Anna Rita (a), Mescia Giuseppe (c)

(a) Servizio Farmaceutico Territoriale ASL, Foggia

(b) Università degli Studi Aldo Moro, Bari

(c) Direzione DDS Foggia 59 Troia/Accadia, Troia, Foggia

Introduzione. La demenza di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa progressiva, che comporta un decadimento cognitivo e comportamentale. In questi pazienti, spesso poco complianti e con multimorbilità, l'appropriatezza prescrittiva acquisisce un ruolo ancor più centrale per via delle interazioni fra farmaci e dei potenziali effetti sedativi dei farmaci abitualmente prescritti. Lo scopo del lavoro è di valutare la presenza di Prescrizioni Potenzialmente Inappropriate (PIPs) di farmaci neurologici nei pazienti con AD.

Metodi. Sono state analizzate, secondo le indicazioni terapeutiche riportate in scheda tecnica, le terapie somministrate a 20 pazienti affetti da AD ospiti di una RSA appartenente alla ASL di nostra pertinenza. La coorte di pazienti analizzata è rappresentata dal 69% di donne e il 31% di uomini aventi una età media di 84 anni.

Risultati. Le classi farmacologiche principalmente utilizzate, in associazione fra loro per il 65% delle prescrizioni analizzate, sono state: Antiepilettici (ATC N03AE)49%, Antipsicotici Atipici (ATC N05AH)35%, fenotiazine (ATC N05AA)15%, benzodiazepine (ATC N05CD)10%, SSRI (ATC N06AB)10%, butirrofenoni (ATC N05AD)5%. Sono state osservate tutte le tipologie di inappropriatezza prescrittiva: *overprescription*, *misprescription* e *underprescription*. Esempio di *overprescription* è il clonazepam, indicato per il trattamento dell'epilessia. Il suo utilizzo nei pazienti anziani e con AD può causare amnesia anterograda ed incapacità di memorizzare le esperienze recenti. Gli antipsicotici atipici, pur indicati nelle psicosi, non sono raccomandati nei pazienti con AD in quanto possono causare un aumento della mortalità cerebrovascolare (ictus e TIA). L'uso delle benzodiazepine è sconsigliato nel grande anziano per il rischio di gravi effetti indesiderati (delirium, cadute, fratture). Questi due casi sono un esempio di *misprescription*. L'aloiperidolo, seppur indicato per il trattamento di aggressività persistente e sintomi psicotici nell'AD non può essere utilizzato per lunghi periodi a causa degli effetti collaterali (discinesie tardive e effetti extrapiramidali). È stato osservato l'*underprescription* con farmaci antidepressivi (circa 20%) indicati per il trattamento della depressione nell'AD, e con inibitori della colinesterasi e memantina uniche specialità medicinali indicate per il trattamento dell'AD. In due pazienti si è osservata interazione tra farmaci (escitalopram e IPP), infatti la cosomministrazione di escitalopram con inibitori del CYP2C19 ne causa aumento delle concentrazioni plasmatiche. Conclusioni. Il tasso di prevalenza delle PIPs rispetto al numero delle prescrizioni è del 74,36% vs il 67,8% riportato in letteratura. La valutazione dell'appropriatezza delle terapie nel *setting* dell'AD, rende necessario l'impiego di algoritmi di farmacoutilizzazione specifici e validati per rilevare potenziali inappropriatezze prescrittive, come i criteri di *Beers*, ovvero indicatori espliciti di inappropriatezza prescrittiva nel paziente anziano.

INTERVENTI PSICO-SOCIALI NEL CDCD DI BASSANO DEL GRAPPA

Lorico Fabio, Boselli Barbara, Salvagnin Daniela, Mosele Marco, Pradelli Samantha
CDCD AULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza

Introduzione. Ad oggi non esiste una cura efficace per la MA *disease-modifying*, che modifichi la malattia e ne inverta il decorso, e le attuali terapie farmacologiche hanno dimostrato un'efficacia modesta. Gli interventi psico-sociali sono quindi un'importante opportunità terapeutica alternativa e talvolta di prima scelta nella cura del disturbo neurocognitivo. L'obiettivo è di mantenere o migliorare il "funzionamento, le relazioni interpersonali e il benessere nelle persone con demenza". Per verificare la domanda e l'utilizzo degli interventi psico-sociali abbiamo valutato i bisogni psico-sociali e raccolto e analizzato i dati di accesso degli utenti e il numero di interventi psico-sociali erogati presso il nostro CDCD.

Metodi. Sono stati rilevati con idonei strumenti standardizzati e con colloquio clinico i bisogni psico-sociali degli utenti afferenti al nostro CDCD nel periodo dal 1 aprile 2019 al 31 agosto 2019 e sono stati raccolti i dati relativi agli accessi e il numero di interventi psico-sociali utilizzati dalle persone con disturbo neurocognitivo (maggiore o minore) e/o dai loro familiari.

Risultati. Su 432 persone afferenti al CDCD, 286 persone hanno ricevuto una diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore, 69 persone di disturbo neurocognitivo minore, mentre 77 persone sono risultate nella norma o con disturbo soggettivo di memoria. Delle 355 persone con diagnosi di disturbo neurocognitivo (maggiore o minore), 117 persone hanno manifestato bisogni di natura psico-sociale e hanno usufruito dei relativi interventi. Nello specifico: 1. Interventi rivolti alle persone con disturbo neurocognitivo (maggiore o minore): Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST, Spector) (11), interventi di gruppo sul coping (LivDem, Cheston) (6), gruppi di "meaningful engagement" (Alzheimer Society of Canada) (10), supporto psicologico individuale (Yale) (6). 2. Interventi rivolti ai familiari: psicoeducazionali (75), interventi familiari (4), psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale (4 persone).

Conclusioni. Circa il 30% (117) delle persone che hanno ricevuto una diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore o minore e/o dei loro familiari hanno usufruito di un qualche tipo di intervento psico-sociale. Approssimativamente il 30% degli interventi è stato rivolto alle persone con disturbo neurocognitivo (maggiore o minore) e il 70% è stato rivolto ai familiari. Considerata l'elevata domanda di interventi psico-sociali e la mancanza di Linee Guida Italiane sulla valutazione dei bisogni psico-sociali e il tipo di intervento da erogare nei CDCD, è urgente l'individuazione e l'attuazione di strategie da parte del SSN che perseguano una razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza degli interventi psicosociali erogati.

QUADRO NORMATIVO DI RICONOSCIMENTO GIURIDICO DELL'ATTIVITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA NON PROFESSIONALE: IL CAREGIVER FAMILIARE

Luzi Eleonora (a), Carletti Chiara (b), Carletti Emanuele (a)

(a) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Avvocatura di Roma Capitale, Roma*

Introduzione. L'invecchiamento della popolazione rappresenta una grande preoccupazione dei paesi più sviluppati per il numero di persone coinvolte, le patologie correlate, le ripercussioni sociali ed economiche che esso comporta. Con l'invecchiamento della popolazione, aumenta infatti il numero di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza e nella maggior parte dei casi ad occuparsi di loro sono gli stessi familiari. I *family caregiver* sono i familiari di persone non autosufficienti, spesso disabili gravi, che si dedicano quotidianamente alla loro cura e assistenza senza aver diritto ad alcuna tutela, ma con ripercussioni significative sul proprio stato di salute ed in generale sulla propria qualità di vita. Recenti studi hanno dimostrato che lo stress a cui è sottoposto il *caregiver* familiare riduce la sua aspettativa di vita di 9-17 anni rispetto al resto della popolazione. In alcuni paesi del Nord Europa (Svezia, Danimarca, Inghilterra) è stato introdotto un sistema di individuazione dei *caregiver* e dei suoi bisogni nel sistema sociosanitario, che prescinde dalla individuazione dei bisogni della persona assistita. L'Italia è il solo paese in Europa che manca di un riconoscimento giuridico del *caregiver* familiare.

Metodi. Analisi comparata delle seguenti fonti normative: LR 28 marzo 2014 n. 2; L 27 dicembre 2017 n. 205; DDL S. 555 - XVIII Leg.

Risultati. Dall'analisi comparata del dato normativo si evidenzia: a. Il riconoscimento giuridico della figura del *caregiver* familiare (legge di bilancio 2018 istitutiva del Fondo *Caregiver*); b. La individuazione della figura del *caregiver* familiare come colui «che gratuitamente assiste e si prende cura in modo continuativo» di un familiare non autosufficiente che abbia una disabilità grave certificata (art. 3 legge n. 104/1992) o sia titolare di indennità di accompagnamento (invalidità al 100%) ai sensi della legge n. 18/1980 (DDL S. 555-XVIII Leg.); c. L'Adeguamento dei Lep e dei Lea in favore dei *caregiver* familiari, ma «nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica» d. L'Emilia-Romagna come unica Regione sul territorio nazionale che dispone di una legge che ha tra gli obiettivi quello di garantire la continuità assistenziale, ospedale-territorio (LR 2/2014).

Conclusioni. Manca ad oggi, la creazione vera e propria del “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare”, ciò è indicativo di un riconoscimento tuttora soltanto formale, per l'assenza di una qualche forma di tutela realmente esigibile.

📄 RUOLO DELLA BETA AMILOIDE 42 E DEGLI ALTRI BIOMARCATORI NELLO SPETTRO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: DALLE FASI PRODROMICHE A QUELLE CONCLAMATE DI MALATTIA

Magnani Giuseppe, Santangelo Roberto, Galdo Giulia, Cecchetti Giordano, Caso Francesca, Falautano Monica, Agosta Federica, Filippi Massimo
Dipartimento di Neurologia, IRCCS San Raffaele, Milano

Introduzione. La recente revisione (2018) NIA-AA dei criteri diagnostici per la malattia di Alzheimer (AD) propone una definizione di malattia su base esclusivamente biologica, basata su marcatori di Amiloidopatia (A), Tauopatia (T) e Neurodegenerazione (N), indipendente dalla valutazione clinica. Nel presente studio, abbiamo applicato i nuovi criteri diagnostici in un campione eterogeneo di soggetti (asintomatici, con disturbo cognitivo lieve e con demenza conclamata, secondo i “vecchi” criteri), per validarne l’applicabilità nella pratica clinica e per valutare eventuali correlazioni tra i marcatori A e T e le performance cognitive.

Metodi. Abbiamo arruolato 111 pazienti, sotto classificati in 4 gruppi: 8 soggetti controllo senza deficit cognitivi (CS), 29 con disturbo soggettivo di memoria (SCI), 44 con disturbo cognitivo lieve (MCI) e 30 con una demenza AD conclamata (AD). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a rachicentesi e ad una valutazione neuropsicologica completa. 82 soggetti hanno anche una valutazione neuropsicologica a distanza di almeno 6 mesi. Correlazioni lineari e *point-biserial* sono state effettuate per testare eventuali associazioni tra le concentrazioni dei marcatori liquorali e le performance cognitive (sia al *baseline* sia nel tempo, considerando la differenza annualizzata per ciascun test).

Risultati. I pazienti A+ e A+/T+ sono più numerosi nelle fasi conclamate di malattia rispetto a quelle pre-cliniche o prodromiche, con una proporzione relativamente maggiore di soggetti A+ rispetto ai soggetti A+/T+. I valori di A β 42 non correlano con le performance cognitive né al basale né nel tempo in nessuna fase di malattia; p-tau e t-tau, da soli o in combinazione con A β 42, correlano meglio con i deficit cognitivi lungo tutto lo spettro AD. In particolare, all’interno di ciascun sottogruppo, i soggetti A+/T+ mostrano un declino cognitivo più rapido rispetto ai soggetti A-/T-. Conclusioni: Secondo i nuovi criteri, la positività del solo marcatore A è condizione necessaria ma non sufficiente per definire un AD sottostante. I nostri dati sembrano escludere qualsiasi correlazione tra amiloide e performance cognitive, anche nelle fasi più precoci di malattia, e confermare che il miglior predittore di peggioramento cognitivo, verosimilmente dovuto ad un AD sottostante, è la simultanea positività sia di A sia di T. Pertanto, in linea con i nuovi criteri diagnostici, riteniamo che i soli marcatori di amiloide non possano essere considerati sufficienti per definire un sottostante AD e che lo status A+/T+ possa essere considerato non solo un marcatore affidabile per la diagnosi di AD ma anche un valido strumento per l’arruolamento dei pazienti nei futuri trials clinici.

📍 RIDUZIONE DELL'USO DI ANTIPSIKOTICI IN PAZIENTI CON DECADIMENTO COGNITIVO GRAVE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO CON L'USO DELLE ATTIVITÀ EDUCATIVE INDIVIDUALIZZATE

Mancuso Gaetano

Residenza Sanitaria per Anziani Il Naviglio di Corsico, Corsico, Milano

Introduzione. L'utilizzo della farmacologia antipsicotica è alla base della terapia degli ospiti delle Residenze Sanitarie per Anziani (RSA) con decadimento cognitivo e disturbi del comportamento. I risultati sono importanti, ma spesso determinano eventi avversi e peggioramenti dal punto di vista delle autonomie. L'utilizzo di terapie cognitive/educative all'interno del nucleo protetto di cui mi occupo ha determinato la riduzione, nell'ultimo anno, del 40% delle terapie antipsicotiche/ipnoinducenti, migliorando anche le *Activities of Daily Living* (ADL) e le competenze di alcuni utenti, riducendo al minimo l'utilizzo di contenzioni.

Metodi. Scelta degli utenti in base alla Clinical Dementia Rating (CDR), Mini-Mental State Examination (MMSE), Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R), dividendoli in:

CDR 1-2 (per semplificare) utilizzo di Brainer tramite tablet e pc 3 volte alla settimana, progetto bancarella (progetto di gioco educativo in cui viene fornita una bancarella di stoffe/giocattoli/vestiti. Gli ospiti tendono ad avvicinarsi, interagire, spesso riordinare);

CDR 3 utilizzo del Baule dei Ricordi e progetto bancarella 3 volte alla settimana;

CDR 4 utilizzo della Doll Therapy e progetto bancarella 3 volte alla settimana;

CDR 1-2-3-4 utilizzo della stanza multisensoriale (stanza snoezelen) 2 volte a settimana.

Valutazione periodica con scale cognitive, soprattutto ACE-r e MMSE, valutazione dell'NPI (*Neuropsychiatric Inventory*) bimestrale e valutazione dell'educatore redatta con un sistema di domande a risposta chiusa a fine di ogni attività sull'esperienza dell'ospite.

Risultati. Tutti gli utenti (circa il 90%) hanno beneficiato delle attività mostrando nel momento dell'attività stessa tranquillità e benessere. Il 40% degli utenti del primo gruppo ha mostrato aumento del punteggio MMSE già dopo due mesi e miglioramento delle ADL (*Activities of Daily Living*) soprattutto manuali. Il 75% circa degli utenti dei gruppi con decadimento più grave, ha mostrato riduzione dei disturbi comportamentali anche durante le giornate in cui non erano svolte le attività, in molti casi si è notato una buona ripresa dell'affettività verso il *caregivers* e riduzione dell'aggressività verso gli operatori. In queste ultime settimane si è rendicontato l'ordine farmacologico che ha mostrato una riduzione complessiva di circa il 40% di tutte le terapie antipsicotiche nel nucleo protetto, che escludendo il peggioramento fisico fisiologico di alcuni ospiti e il caso fortuito di altri, vanno interamente considerate risultato delle terapie cognitive non farmacologiche.

Conclusioni. L'utilizzo delle terapie non farmacologiche ha mostrato importante miglioramento nei tratti comportamentali degli ospiti con decadimento cognitivo grave-moderato, ma ha anche mostrato miglioramento delle capacità cognitive e delle autonomie residue. L'utilizzo di progetti individuali ha portato a miglior *compliance* terapeutica e anche assistenziale. Si auspica l'aumento dell'attività degli educatori all'interno sia del nucleo protetto che di tutta la struttura.

CONSIDERAZIONI DI SANITÀ PUBBLICA SULL'INVECCHIAMENTO DEGLI IMMIGRATI IN ITALIA

Marceca Maurizio (a, b), Tofani Marco (a, b)

(a) *SIMM, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma*

(b) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

A livello globale, i migranti anziani di età pari o superiore ai 65 anni rappresentano quasi il 12% dei migranti internazionali, vale a dire circa 30 milioni di persone (UNDESA, 2017). Tra questi, è possibile distinguere due grandi sub-categorie: quelli che sono arrivati di recente e quelli che invece sono invecchiati nel paese ospitante. Dal 1990 al 2017 si è registrato un *trend* fortemente in aumento nelle regioni ad alto reddito, con un aumento di oltre 11 milioni di persone, mentre nei paesi a basso o medio reddito l'aumento è stato di meno di un milione (UN/DESA, 2017). All'interno della popolazione anziana europea, nonostante sia la popolazione migrante che la popolazione nativa vivano all'interno dello stesso "sistema", fattori relativi a determinanti sociali e strutturali esitano in *outcome* di salute differenti. Rispetto alla popolazione anziana europea, quella migrante registra infatti un aumento della mortalità ed un peggioramento della qualità di vita, una maggior incidenza di condizioni croniche multiple e, più in generale, un aumento di fragilità con proporzioni differenti secondo le aree geografiche. Ciò suggerisce l'importanza di definire, a livello internazionale, nazionale e locale, politiche intersettoriali di promozione e tutela della salute, capaci di agire efficacemente sui "determinanti sociali". Inoltre, è importante tenere presente i rischi generali associati all'invecchiamento, che influenzano le popolazioni migranti allo stesso modo delle popolazioni *autoctone* europee (ad es. deficit cognitivo, fragilità, morbilità, isolamento sociale e dipendenza) e che allo stesso modo sono influenzate dalla posizione socio-economica e dal genere. La migrazione dovrebbe essere percepita come un processo di cambiamento sociale che si aggiunge a queste traiettorie generali sull'invecchiamento e ne modella l'esperienza complessiva, attraverso i suoi effetti su questioni come la capacità di mantenere abilità funzionali, la salute, la qualità della vita e di accedere a servizi sanitari e di assistenza a lungo termine in età avanzata (WHO, 2018).

Riguardo la salute mentale esistono poche e frammentarie evidenze che testimoniano quanto lungo sia ancora il percorso per raggiungere gli obiettivi prefissati dal *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020*. Consapevole dei processi in atto e delle sfide che si profilano, la SIMM ha recentemente costituito un Gruppo di lavoro specificamente focalizzato sul tema dell'invecchiamento e, più in generale, della disabilità, che si propone, oltre alla ricerca e all'aggiornamento scientifico, anche un ruolo di sensibilizzazione e proposta rispetto ai decisori e al settore della salute.

INTERVENTO DI GRUPPO DI ADATTAMENTO AL DISTURBO NEUROCOGNITIVO

Marini Zeudi (a), Bonelli Carlo (b), Boselli Barbara (a), Lorico Fabio (a), Gardini Simona (c), Salvagnin Daniela (a), Mosele Marco (a), Borella Erika (b)

(a) CDCD, AULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza

(b) Università degli Studi, Padova

(c) Università degli Studi, Parma

Introduzione. Con la crescente attenzione alla diagnosi tempestiva sempre più persone ricevono una diagnosi mentre sono ancora nelle prime fasi della malattia. Di conseguenza il SSN e gli altri servizi devono assicurare che subito dopo la diagnosi siano disponibili l'assistenza e il supporto necessari. Tale supporto deve offrire l'opportunità alle persone di adattarsi alla loro condizione e di sviluppare anche nuove capacità di *coping*. La ricerca internazionale tende a favorire interventi brevi di gruppo di stampo cognitivo-comportamentale, che rappresentano tra l'altro anche la scelta più efficiente in una logica di servizi. In Italia non sono però ancora disponibili interventi validati per promuovere questo adattamento. L'unico intervento di gruppo, con prove di efficacia nel favorire l'accettazione e l'adattamento alla malattia, ad oggi, risulta essere il *Living Well with dementia* (o *LivDem*), sviluppato nel Regno Unito.

Metodi. I gruppi *Living Well with dementia* (o *LivDem*) incorporano elementi di supporto emotivo (ad esempio incoraggiare i partecipanti a condividere i loro stati d'animo associati al disturbo neurocognitivo quali: la vergogna, la preoccupazione e la tristezza) e psicoeducazionali: informazioni sui problemi di memoria, sulle varie forme di disturbo neurocognitivo e sui trattamenti medici. Il contenuto è stato standardizzato nel manuale di trattamento. Gli obiettivi sono di i) favorire la condivisione delle proprie esperienze nel gruppo, ii) ridurre l'isolamento e far acquisire fiducia nel parlare delle proprie difficoltà, e iii) quali possibili strategie adottare per vivere meglio nella propria quotidianità. Visto l'innovatività di tale intervento, il nostro CDCD in collaborazione con l'Università di Padova e di Parma ha effettuato la traduzione del manuale e sono in corso l'adattamento transculturale e uno studio pilota di fattibilità.

Risultati. Da una prima analisi qualitativa, essendo lo studio in corso, gli aspetti più apprezzati sono il supporto del gruppo, il poter esprimersi liberamente, l'ottenere ascolto rispetto alle proprie preoccupazioni, il confronto fra pari e l'apprendimento di strategie di fronteggiamento del disturbo.

Conclusioni. Il supporto emotivo e sociale fornito ad un ritmo adeguato a seguito di una diagnosi o quando la persona si sente pronta sembra essere l'aspetto centrale per aiutare le persone ad adattarsi attivamente a questa nuova - e difficile - condizione. Essendo questo un promettente intervento standardizzato, con la capacità di fornire un efficace supporto e l'adattamento per le persone con disturbo neurocognitivo maggiore in seguito alla diagnosi, sarebbe utile e necessaria una sperimentazione multicentrica per verificarne la fattibilità e l'applicabilità come nuovo intervento standard nei CDCD.

QUANDO IL WEB SUPPORTA: IL PROGETTO RADIO ALZ

Pagni Cristina (a), Cintoli Simona (b), Radicchi Claudia (c), Bonaccorsi Joyce (d), Nicoletti Valentina (d), Bonuccelli Ubaldo (d), Tognoni Gloria (d)

(a) Dipartimento Neurofarba, Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco, Firenze

(b) Istituto di Neuroscienze, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa

(c) U.O. Neurologia, Pisa

(d) Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Pisa

Introduzione. Nella Malattia di Alzheimer, come nelle altre forme di demenza, la famiglia è la principale protagonista del compito di cura, coinvolta in maniera totale, forte e in alcuni momenti anche drammatica. I momenti di crisi sperimentati dai *caregiver* sono spesso dovuti alla mancanza di conoscenze e di un accompagnamento formale per affrontare la Malattia e dall'assenza di una rete di protezione contro solitudine e isolamento. I familiari chiedono di essere supportati in questo compito e di condividere informazioni ed esperienze con altri familiari di persone affette da demenza. Spesso però lamentano carenza di tempo per partecipare a gruppi informativi e di auto-aiuto e la ricerca autonoma di informazioni nel web rischia di accrescere in loro confusione e disagio. In questo scenario è nato il progetto "Radio Alz: una voce che non ti dimentica", una raccolta di podcast dedicati alla Malattia di Alzheimer con l'obiettivo favorire la condivisione di esperienze, informare sulla Malattia e la sua gestione attraverso modalità e strumenti diversi e innovativi, dare speranza e sensibilizzare l'opinione pubblica.

Metodi. Radio Alz è un progetto pilota realizzato da AIMA (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer) sezione di Pisa e co-finanziato da Fondazione Pisa e consiste in una raccolta di 10 podcast che trattano diversi aspetti della malattia: l'epidemiologia, la comunicazione della diagnosi, i disturbi psico-comportamentali, le terapie farmacologiche e non farmacologiche disponibili, la prevenzione, le tematiche di fine vita, il funzionamento della memoria e le altre forme di demenza. I familiari ricevono l'indicazione delle procedure per collegarsi e scaricare i podcast sia attraverso i Medici del CDCD dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, sia attraverso i canali dell'Associazione AIMA.

Risultati. Nelle puntate sono intervenute diverse figure professionali, ognuna portatrice di un particolare punto di vista sulla Malattia di Alzheimer: Neurologi, Psicologi, Geriatra, Musicoterapista, Operatore museale, Avvocato e, soprattutto, *caregiver* e persone affette da questa patologia. I partecipanti hanno affrontato le diverse tematiche guidati da una giornalista professionista, inframmezzati da sketch creati ad-hoc da un gruppo di attori pisani.

Conclusioni. Il progetto Radio Alz è la prima esperienza italiana di una raccolta di podcast dedicata alla malattia di Alzheimer. Al momento sono presenti esperienze di web-radio dedicate alla Malattia negli Stati Uniti e in Spagna. Radio Alz rappresenta un segno per dare voce alle persone colpite dalla Malattia e ai loro *caregiver* e sostenere la famiglia nel suo compito di cura.

ANALISI RETROSPETTIVA DELLE CADUTE NEI SOGGETTI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI NELLA RSA E PRESENTI NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO SANDRO PERTINI – ASST RHODENSE

Pelucchi Loris, Gallo Stefania, Cattaneo Nicoletta, Clerici Danila, Fabio Rosa, Boniforti Laura, Bandirali Maria Pia, Vignati Marco
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense e Residenza Sanitaria Assistenziale S. Pertini, Garbagnate Milanese, Milano

Introduzione. La maggior fragilità della persona anziana, anche affette da demenza e con 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 più di 5 anni le cadute accidentali insorte nel corso del ricovero in reparti della Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) Centro diurno integrato S. Pertini di Garbagnate Milanese - Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense e individuarne le possibili cause.

Metodi. Nei nostri nuclei, nel periodo gennaio 2014 - giugno 2019, si sono verificate 911 cadute accidentali (media annua di 164). Il campione dei soggetti presentava le seguenti caratteristiche: età media 85,4±3,67; Funzioni Cognitive MMSE (media): 9,21/30±1,71; Gravità (CDR) (media): 2,49±0,91; NPI-UCLA (media): 10,48±9,45; Scala Tinetti (media): 15,25±4,73; Indice Barthel (media): 44,19±6,33; comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale - CIRS*): Indice severità (media): 2,08±0,44; Indice comorbilità (media): 2,99±1,69.

Risultati. Durante il periodo osservazionale delle 911 cadute 462 (50,81%) si sono verificate mentre il paziente deambulava, 304 (33,40%) mentre si alzava dalla poltrona/sedia, 92 (10,09%) seduto in carrozzina, 13 (1,50%) mentre era a letto, 38 (4,20%) non valutabile. Orario delle cadute: fascia oraria mattutina (8-14) 41,08%; fascia oraria pomeridiana (14-20) 41,56%, notturna (20-8) 14,49%, orario non identificato 2,84%. In 911 cadute documentate nel 70,94% del totale dei casi non si sono verificati danni/lesioni, nell'11,80% ematoma/contusione, nel 6,29% ferita lacerata/contusa, nel 4,24% trauma cranico contusivo, nel 3,91% frattura femore, nel 2,82% frattura del bacino. Nel 45,89% delle cadute riscontrate si è reso necessario il ricorso al Pronto Soccorso o ricovero ospedaliero. Dei 911 pazienti caduti l'85,76% stavano assumendo più di 4 farmaci. In particolare: 52,71% attivi sul Sistema Nervoso Centrale (SNC); 29,11% ipotensivi; 28,64% diuretici; 10,25% ipoglicemizzanti; 13,87% lassativi. Dopo gli episodi di caduta si è proceduto nel 26,59% a ridurre la terapia sedativa, nel 16,95% ad una modifica terapeutica, nel 14,58% ad una sospensione, nel 22,89% la terapia è rimasta invariata. Relativamente alla terapia cardiologica nel 32,24% dei casi si è provveduto ad una riduzione/modifica; nel 24,89% sospesa e nel 42,87% invariata. Intrapresi programmi di riabilitazione per migliorare l'equilibrio e la marcia, oltre agli interventi/misure preventive.

Conclusion. In considerazione dell'elevata somministrazione dei farmaci (85,76%), in particolare quelli attivi sul SNC, nella persona anziana la gestione delle cadute richiede una attenta analisi dei fattori di rischio iatrogeni soprattutto farmacologici accanto ad una valutazione multidisciplinare mirata a porre in atto gli idonei interventi preventivi; anche con interventi non farmacologici.

INIZIARE BENE LA GIORNATA IN RSA: PROGETTO DI FORMAZIONE SPERIMENTALE SUL RISVEGLIO CAPACITANTE ALL'INTERNO DI ALCUNE R.S.A.

Picinotti Claudia (a), Rellini Erika (a), Vigorelli Pietro (b)

(a) *Residenze Sociali e Sanitarie, Società Cooperativa Sociale Consortile, Arezzo*

(b) *Gruppo Anchise, Milano*

Introduzione. In RSA il momento del risveglio viene individuato come uno dei momenti più stressanti sia per gli anziani che per gli operatori. Da una parte l'operatore vorrebbe dare il meglio di sé per l'anziano, ma per rientrare entro certi limiti di tempo imposti dal piano di lavoro a volte diventa difficile farlo, provocando in lui frustrazione. Dall'altra l'anziano non si sente riconosciuto nel proprio diritto di svegliarsi nel modo più sereno possibile e come meglio preferisce. In questo contesto si inserisce il progetto sperimentale di formazione sul Risveglio secondo l'Approccio Capacitante® per formare gli operatori di alcune RSA gestite dal Consorzio Residenze Sociali e Sanitarie all'ascolto dell'anziano già dal risveglio. Secondo l'Approccio Capacitante anche dentro una RSA è possibile raggiungere una modalità di risveglio che garantisca il rispetto della dignità della persona ed il riconoscimento delle proprie competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere).

Metodo. A-Composizione di un gruppo di operatori volontari come destinatari della formazione.

B-Indagine sulle abituali procedure di risveglio nelle varie RSA.

C-Redazione di una "scheda risveglio" dove annotare la propria esperienza di risveglio Capacitante con un ospite con demenza, le reazioni fattuali proprie e dell'anziano, la soddisfazione/insoddisfazione percepita dell'operatore e dell'anziano sperimentazione della procedura (1. Bussare alla porta. 2. Chiedere permesso. 3. Aspettare tre secondi e ascoltare la reazione dell'anziano. 4. Entrare in stanza tenendo conto della reazione).

D-Compilazione da parte degli operatori della scheda risveglio.

E-Analisi delle schede di risveglio soffermandosi sulle reazioni dell'anziano e dell'operatore con discussione da parte del gruppo multidisciplinare.

F-Formazione a cascata sul gruppo di lavoro di ciascuna RSA da parte di due operatori formati sul risveglio capacitante con l'attenzione che non siano dipendenti della stessa struttura in cui svolgeranno la formazione.

Risultati. Negli anziani:

- ridurre i disturbi comportamentali nei malati di Alzheimer;
- aumentare la percezione di sentirsi riconosciuto nelle proprie competenze elementari;
- aumentare la probabilità di affrontare i successivi momenti della giornata in modo più positivo;
- diminuire i disturbi dell'umore.

Negli operatori:

- aumentare la consapevolezza di quello che si fa e che succede nella fase di risveglio;

- aumentare la soddisfazione professionale.

Conclusioni. Bussare alla porta, chiedere permesso e aspettare 3 secondi prima di entrare consente all'operatore di fermarsi, acquisire consapevolezza del qui e ora e prepararsi a ciò che si appresta a fare mettendosi in ascolto dell'altro. A sua volta l'anziano si sente rispettato nella sua privacy e nella possibilità di poter esercitare le proprie competenze elementari. In questo modo si gettano le basi per un buon inizio di giornata.

COMPLIANCE ALLA VENTILAZIONE NOTTURNA E DATI POLISONNOGRAFICI IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER E A CORPI DI LEWY AFFETTI DA OSAS: DATI PRELIMINARI

Pieroni Ilde (a), Velluto Lucia (a), Cerroni Gianluigi (c), Bartoli Antonella (d), Serio Antonio (d), Sorbi Sandro (d), Guarnieri Biancamaria (b)

(a) *Fondazione Villa Serena per la Ricerca, Città Sant'Angelo, Pescara*

(b) *Centro di Medicina del Sonno, Casa di Cura Accreditata Villa Serena, Città Sant'Angelo, Pescara*

(c) *Unità Operativa di Neurologia, Casa di Cura Accreditata Villa Serena, Città Sant'Angelo, Pescara*

(d) *Università degli Studi, Firenze*

Introduzione. I disturbi del sonno in generale e le Apnee Ostruttive in Sonno (OSA) mostrano alta prevalenza in demenza di Alzheimer (AD), demenza a corpi di Lewy (DLB) e altre forme di demenza fin dalle fasi precoci della malattia. L'OSA è fattore di rischio per declino cognitivo e può determinarne una più precoce insorgenza, contribuire alla patogenesi della demenza e avere un ruolo nella progressione di malattia. Inoltre l'OSA è fattore di rischio per malattie cardio e cerebrovascolari. Trattare l'OSA, quando indicato (casi moderati e severi), può contribuire a rallentare la progressione del declino cognitivo, a controllare importanti comorbilità e a migliorare la continuità del sonno. Il trattamento d'elezione per OSA, fino a quando la *compliance* è sufficiente ed in presenza di valido *carer*, è la ventilazione a pressione positiva (CPAP/auto-CPAP). Non è stata dimostrata una significativa riduzione della *compliance* a ventilazione in persone anziane sane e in AD. I pochi dati disponibili hanno mostrato scarsissima *compliance* in DLB.

Metodi. Nell'ambito di uno studio video-Polisonnografico (vPSG) sul ruolo del disturbo del comportamento in sonno REM in AD, DLB e demenza di incerta classificazione (AD/DLB), i pazienti affetti da OSAS di grado moderato o severo sono stati trattati con auto-CPAP e sono stati valutati *compliance* ed impatto della ventilazione sui parametri polisonnografici.

Risultati. Dal luglio 2018 (arruolamento in corso), sono stati consecutivamente screenati con testistica sonnologica 31 pazienti e di questi, 12 (4 AD e 8 DLB; 66% uomini; età compresa tra 67-84 anni, 42% CDR 1 e 58% CDR2) hanno effettuato 2 vPSG. Durante la prima notte in vPSG, è stata rilevata la presenza di OSA di grado moderato o severo in 7 pazienti (3 DLB e 4 AD). Nella seconda notte in vPSG i pazienti OSAS sono stati ventilati con auto-CPAP, tutti con stesso modello e marca di ventilatore dopo scelta di adeguata maschera e adattamento: si è osservata buona *compliance* in tutti i pazienti con tempo medio di utilizzo del ventilatore di 8 ore e 46 minuti (utilizzo minimo: 6 ore e 22 minuti). Tra i parametri del sonno, l'efficienza di sonno è migliorata e la veglia infra-sonno si è ridotta anche se non significativamente. In tutti i soggetti si è ottenuto buon controllo del quadro di OSAS.

Conclusion. I nostri dati dimostrano che la ventilazione a pressione positiva per OSAS può essere proposta anche a pazienti DLB con sufficiente capacità di collaborazione e valido *carer*. La *compliance* e il controllo dell'OSAS verificati in vPSG nella prima notte di ventilazione sono risultati buoni sia in AD che DLB. L'aderenza al trattamento va verificata nel tempo con scarico di dati di utilizzo da ventilatore come da regole di buona pratica clinica e da linee guida per OSAS.

ANGIOPATIA AMILOIDE CEREBRALE, INFIAMMAZIONE E ARIA IN IMMUNOTERAPY CLINICAL TRIALS IN ALZHEIMER'S DISEASE

Piazza Fabrizio, Gruppo iCAB International Network Collaborators*
Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano

Introduzione. L'Angiopatia Amiloide Cerebrale Infiammatoria (CAA-ri) è una rara condizione immuno-mediata nei confronti della proteina Amiloide-Beta (A β) depositata nei vasi cerebrali di pazienti affetti da CAA e malattia di Alzheimer (AD). CAA-ri si presenta con una sintomatologia acuta, associata ad un quadro MRI che prevede la co-presenza di danno infiammatorio alla sostanza bianca ed edema vasogenico alle sequenze FLAIR e fenomeni micro-emorragici in T2*-GRE o SWI. CAA-ri ha inoltre dimostrato un recente interesse per via dei parallelismi biologici, clinici e di *neuroimaging* con gli effetti avversi severi dell'immunoterapia nell'AD (*Alzheimer's & Dementia*), denominati *Amyloid-Related Imaging Abnormalities* (ARIA). L'attuale mancanza di conoscenza sulla storia naturale di malattia, gli esiti del trattamento e la mancanza di un opportuno protocollo clinico-strumentale condiviso per la gestione diagnostica ed al *follow-up* a lungo termine del paziente rappresenta un problema critico nella pratica clinica quotidiana, sia per i pazienti CAA-ri che nei trial clinici in corso per AD.

Metodi. Descrivere la storia naturale di CAA-ri in termini di insorgenza, predittori prognostici e di trattamento nella coorte longitudinale più ampia e ben caratterizzata oggi disponibile (<https://sites.google.com/site/icabinternationalnetwork>): 150 partecipanti reclutati prospetticamente con dati aggiornati a livello di paziente (*in-person visits*); 35 centri di reclutamento in tutto il mondo; analisi dei dati centralizzata.

Risultati. I nostri risultati espandono l'attuale nozione che la CAA-ri è una malattia rara che colpisce solo i pazienti con CAA all'ampio spettro di manifestazioni cerebrovascolari e infiammatorie delle più comuni malattie correlate all'amiloide nell'anziano, tra cui AD e *Stroke*. CAA-ri emerge chiaramente come una condizione infiammatoria acuta ma potenzialmente reversibile, molto ben responsiva ai corticosteroidi. Diagnosi precoce ed inizio del trattamento entro 30 giorni dimostrano un forte impatto sull'esito clinico, con recupero precoce entro tre mesi. I risultati supportano l'uso di corticosteroidi nella gestione di ARIA e ridurre il *drop-out* dovuto ad ARIA sintomatica negli studi clinici.

Conclusioni. CAA-ri rappresenta un valido modello umano spontaneo per lo studio di ARIA nell'immunoterapia dell'AD.

* Gruppo iCAB International Network Collaborators: Musicco Massimo, Di Francesco Jacopo, Zedde Maria Luisa, Angiulli Federica, Cagnin Annachiara, Caulo Massimo, Cirillo Mario, Di Lazzaro Vincenzo, Ferrarese Carlo, Giossi Alessia, Marcon Michela, Marconi Roberto, Orlandi Bernardino, Padovani Alessandro, Perini Francesco, Sessa Maria, Tagliavini Fabrizio

PROGETTO RECAGE- RESPECTFUL CARING FOR AGITATED ELDERLY- GESTIRE LE FASI CRITICHE NEL PERCORSO DI DEMENZA

Possenti Mario (a), Defanti Carlo Alberto (b), Fascendini Sara (b)

(a) Federazione Alzheimer Italia, Milano

(b) Fondazione Europea di Ricerca Biomedica, Gazzaniga, Bergamo

Introduzione. Allo stato attuale non esistono risposte univoche circa le strategie da adottare negli scompensi comportamentali nella demenza. Alcuni paesi europei hanno implementato una struttura medica residenziale - chiamata SCU-B - dove le persone con demenza sono temporaneamente accolte quando i disturbi comportamentali non sono controllabili con i trattamenti ordinari. Questo il tema dal progetto RECAGE- *REspectful Caring for AGitated Elderly*-, che ha ricevuto un finanziamento dalla Commissione Europea nell'ambito dei progetti di ricerca Horizon 2020. L'obiettivo principale del progetto è quello di valutare l'efficacia a breve e a lungo termine delle SCU-B come componenti del percorso di cura per le persone con demenza al fine di validare e promuoverne lo sviluppo.

Metodi. Il progetto è condotto da un consorzio di diciassette *partners* europei (Italia, Francia, Germania, Belgio, Grecia, Olanda) ed extraeuropei (Norvegia e Svizzera) e coordinato dalla Fondazione Europea di Ricerca Biomedica (FERB Onlus). La prima fase consiste in uno studio osservazionale comparativo di coorte- durata di tre anni, con *follow-up* ogni sei mesi, nel quale saranno confrontate due coorti di persone con demenza moderata e grave BPSD (NPI>32) di età <82. La prima coorte (250 pazienti) verrà seguita da centri clinici dotati di SCU-B, l'altra da centri privi di tale struttura. La durata complessiva dello studio è di 52 mesi. La seconda fase si propone di diffondere il modello oltre che confrontare l'esperienza e le diverse modalità di lavoro dei centri partecipanti e il contesto socio-politico in cui agiscono. La terza fase prevede lo sviluppo di SCU-B nei Paesi europei che ne sono privi o in cui la presenza è scarsa come Grecia e Italia.

Risultati. Lo studio è stato suddiviso in sette *Work Package* (WP). Ad oggi è stato completato il WP1 di preparazione clinica dello studio. Il WP2 è composto da due momenti: l'arruolamento (concluso) e il *follow-up* di 3 anni (in corso). Il WP 3 consiste prevalentemente nell'analisi dei dati mentre il WP4 e il WP5 prevedono l'adattamento e l'implementazione del modello nei diversi contesti. Trasversali all'intero progetto sono il WP6 di gestione del progetto e il WP7 di disseminazione dei risultati a carico della Federazione Alzheimer Italia impegnata nella divulgazione mediante pagine social e la partecipazione ai convegni.

Conclusioni. Siamo convinti che "vivere con la demenza" sia possibile e che una diagnosi di demenza non debba rappresentare per forza una condanna. Tuttavia, affinché questo sia possibile, è necessario che le società mettano in atto dei programmi di sostegno per le persone con demenza e le loro famiglie. La possibilità di accedere a strutture dedicate al trattamento dei disturbi comportamentali può rappresentare una valida opportunità per gestire le fasi di scompenso e consentire di vivere a casa propria il più a lungo possibile. Ci auguriamo che i risultati del progetto RECAGE siano in linea con queste convinzioni.

PROGETTO "COMUNITÀ AMICA DELLE PERSONE CON DEMENZA" ED IL NETWORK DELLA FEDERAZIONE ALZHEIMER ITALIA

Possenti Mario, Arosio Francesca
Federazione Alzheimer Italia, Milano

Introduzione. A febbraio 2016 la Federazione Alzheimer Italia con il progetto pilota nella cittadina di Abbiategrasso ha avviato in Italia il programma “Comunità Amica delle Persone con Demenza” con l’obiettivo primario di adattare e diffondere il protocollo sviluppato nel Regno Unito da *Alzheimer’s Society*. Il principio ispiratore delle Comunità Amiche delle Persone con Demenza, è l’eliminazione dello stigma e l’inclusione della persona con demenza e dei suoi familiari nella vita comunitaria.

Metodi. Il progetto in questi tre anni di avvio ha visto l’adesione di 24 città con un impegno solidale dell’intera comunità e la collaborazione di diversi mondi: dall’autorità comunale alle forze dell’ordine, dall’associazione commercianti ai medici di assistenza primaria, dalle scuole alla chiesa. Questi 24 progetti di Comunità solidali ad oggi accreditati dalla Federazione Alzheimer Italia possono vantare un riconoscimento nazionale per lo sforzo profuso e contare su linee guida materiali per l’implementazione di attività personalizzate, suggerimenti e raccomandazioni, nonché strumenti per valutare la coerenza e l’efficacia di tutti gli interventi. Il progetto continua a diffondersi e crescere perché sempre più comunità hanno percepito l’importanza di iniziative come queste per far conoscere la demenza ma soprattutto per combattere lo stigma nei confronti delle persone che vivono con la demenza. Tuttavia, è necessario monitorare e valutare queste iniziative nel tempo in quanto è essenziale disporre di dati per essere in grado di conoscere, a lungo termine, l’impatto sulla popolazione e di essere in grado di superare quelle difficoltà che possono sorgere, ad esempio, da diversi contesti sociali.

Risultati. Per questo motivo è stato creato un gruppo di lavoro per lo studio di indicatori appropriati e, grazie a una serie di strumenti di autovalutazione, ha raccolto e identificato i punti di forza e di debolezza di ogni comunità. Attraverso queste misurazioni è stato possibile creare e condividere con tutte le comunità una serie di raccomandazioni utili per iniziare un percorso verso l’inclusione delle persone con demenza. Inoltre la Federazione Alzheimer Italia, con il sito pilota di Abbiategrasso, è coinvolta nel progetto europeo della *Joint Action* insieme a Grecia e Bulgaria con lo scopo di individuare indicatori condivisi che possano aiutare nella misurazione del cambiamento.

Conclusioni. Possiamo affermare che valutazione e monitoraggio sono segni distintivi di qualità delle iniziative poste in atto per una Comunità Amica delle Persone con Demenza: ciascuna realtà è diversa dalle altre e non esiste un percorso uniforme per apportare il cambiamento sociale. Per combattere lo stigma che circonda la demenza occorrono anni; pertanto durante questo periodo è indispensabile aderire ad un processo che permetta alle comunità di diventare parte di un gruppo ufficialmente riconosciuto che lavora per diventare Amico della Demenza.

COINVOLGIMENTO SIGNIFICATIVO DELLE PERSONE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO: IL GRUPPO ALZHEIMER FEST

Pradelli Samantha (a), Marini Zeudi (a), Lorico Fabio (a), Giollo Marika (b), Pieta Barbara (b), Boselli Barbara (a), Mosele Marco (a), Salvagnin Daniela (a)

(a) CDCD, AULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza

(b) Associazione Malattia di Alzheimer e Altre Demenze AMAd, Bassano del Grappa, Vicenza

Introduzione. Uno degli obiettivi del Piano Nazionale Demenze è la riduzione dello stigma per migliorare la qualità della vita delle persone con disturbo neurocognitivo. Per fare ciò è suggerito di favorire tutte le forme di partecipazione, attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l'*empowerment* delle persone ma anche quello della comunità. L'idea di fondo è che con strategie e supporti adeguati per la disabilità, molte persone con disturbo neurocognitivo possono trovare il modo di continuare a vivere una vita significativa nelle proprie comunità o come sostenitori di associazioni, a livello locale, nazionale e globale.

Materiali e metodi. Con l'obiettivo di sostenere la partecipazione e l'inclusione delle persone che vivono con disturbo neurocognitivo, permettendo loro di essere coinvolte in maniera significativa (*meaningful engagement*) e ispirare le comunità, le organizzazioni e le imprese locali a diventare più consapevoli della demenza e più inclusive, l'Azienda ULSS 7 e l'Associazione dei familiari AMAd ha promosso la creazione di un "gruppo di coinvolgimento" formato da persone che vivono con disturbo neurocognitivo, operatori del CDCD e volontari dell'AMAd. Il gruppo ha iniziato ad incontrarsi una volta alla settimana da maggio nei locali dell'AULSS 7. Inoltre ha partecipato all'*Alzheimer Fest* a Treviso.

Risultati. I vantaggi della costituzione di un "gruppo di coinvolgimento" per la persona con disturbo neurocognitivo includono:

- l'essere ascoltati come pari;
- senso di avere uno scopo e mantenere un ruolo attivo nella società;
- coinvolgimento adeguato per competenze ed esperienze;
- aumento di autostima e senso di realizzazione;
- essere in grado di affrontare le difficoltà legate alla convivenza con il disturbo;
- opportunità per influenzare politiche e programmi che possono migliorare la qualità della vita;
- essere in grado di fornire la prospettiva della persona con demenza e influenzare il processo decisionale.

I vantaggi per l'organizzazione includono:

- credibilità e legittimità per l'organizzazione;
- capacità di identificare lacune nei servizi che possono trarne beneficio;
- fornitura di informazioni e servizi adeguati che rispondano alle preoccupazioni reali delle persone e delle loro famiglie;
- aggiungere profondità all'organizzazione e dissipare miti e stereotipi;

Conclusioni. Le persone che vivono con disturbo neurocognitivo ci dicono "niente su di noi senza di noi" e hanno il diritto di essere coinvolte dalle organizzazioni che rappresentano i loro interessi. È necessario fornire strumenti, risorse e strategie per aiutare le organizzazioni a promuovere un coinvolgimento significativo con le persone che vivono con il disturbo, che con il giusto sostegno possono continuare a contribuire in modo significativo alla società e vivere di conseguenza una vita più positiva. Più la loro voce verrà ascoltata, più essi avranno fiducia e capacità di influenzare atteggiamenti, politiche e pratiche.

BENESSERE COME OBIETTIVO DI INTERVENTO TERAPEUTICO: UNO STUDIO DI FOCUS GROUP

Pradelli Samantha (a), Marini Zeudi (a), Boselli Barbara (a), Giollo Marika (b), Pieta Barbara (b), Lorico Fabio (a), Mosele Marco (a), Salvagnin Daniela (a)

(a) AULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa, Vicenza

(b) AMAD, Associazione Malattia Alzheimer e Altre Demenze, Bassano del Grappa, Vicenza

Introduzione. Consentire alle persone di “vivere bene” con un disturbo neurocognitivo è una priorità per le politiche socio-sanitarie. Non è ancora chiaro quali siano i fattori in grado di influenzare la capacità di “vivere bene”, nonostante ciò rivesta la massima importanza per identificare potenziali obiettivi di intervento. Lo scopo di questo lavoro è di esplorare le percezioni di un gruppo di persone della loro esperienza soggettiva di vivere con disturbo neurocognitivo e di ciò che essi considerano “vivere bene”.

Metodi. Otto persone con disturbo neurocognitivo tra 65 e 85 anni hanno preso parte a un *focus group* di 75 minuti per 4 settimane. Il format era semi-strutturato: ai partecipanti venivano poste direttamente domande riguardo al vivere con disabilità cognitiva e a ciò che poteva migliorare la loro condizione. Gli incontri sono stati video e audio-registrati. I dati sono stati analizzati utilizzando un approccio tematico interpretativo qualitativo con l'utilizzo del software NVivo.

Risultati. Dall'analisi sono emersi quattro domini principali: 1 la minaccia esistenziale e l'insicurezza. Esse vengono sperimentate di fronte alle dimenticanze o in presenza della parola Alzheimer o demenza. Una risposta all'insicurezza è “attaccarsi” a quegli elementi dell'identità che migliorano l'autostima. Questa può essere la professione, la carriera o un ruolo sociale come essere un genitore o un nonno. 2 la relazione con le persone più care. La riduzione della qualità delle relazioni è emersa con forza. L'atteggiamento di critica e di correzione degli errori da parte dei familiari è ciò che lede maggiormente la relazione. 3 lo stigma. La preoccupazione per ciò che gli altri pensano e “come ci si dovrebbe comportare” impedisce di ottenere il sostegno di cui si ha più bisogno. La paura di essere derisi rende difficile parlare della propria condizione e si consumano molte energie cercando strategie per evitare di fare errori. 4 le strategie per vivere bene. Esse includono: il sentirsi autonomi, l'aver uno scopo nella vita, l'essere riconosciuti, la capacità di gestire l'insicurezza, l'autoaccettazione e la connessione con i propri cari significativi.

Conclusioni. Sentirsi sicuri e riconosciuti nella propria identità, accettarsi per quello che si è, coltivare relazioni positive, avere uno scopo nella vita, mantenere la propria autonomia sono elementi che contribuiscono a “vivere bene”, e sono domini del benessere universali e raggiungibili a prescindere dalla condizione medica e dallo status cognitivo. Tali fattori devono essere considerati negli interventi di supporto per garantire cure di alta qualità alle persone con disturbo neurocognitivo.

PREVENZIONE ALLA CURA: UN APPROCCIO OLISTICO NELL'ALZHEIMER

Provenzano Giuseppe (a), La Sala Savona Paola (b), Mantia Vania (b), Mancuso Daniel Lina (b), Mattina Morena (b), Rizzo Anita (b)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale, Agrigento

(b) Azienda Sanitaria Provinciale 1, Agrigento

Introduzione. I dati forniti dall'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) indicano che oggi in Italia un milione di persone sono affette da demenza e circa 3 milioni sono impegnate nell'assistenza. Come Servizio si è scelto di individuare alcuni macro obiettivi e di intervenire attraverso la messa a punto di piani e azioni che, partendo dallo specifico contesto locale e puntando su un approccio intersettoriale e sistematico, hanno permesso di raggiungere i risultati attesi nell'ottica di interventi di prevenzione.

Metodi. I macro obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di specifiche priorità: consolidare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare l'attenzione comunitaria a gruppi fragili per la lotta allo stigma della malattia; ridurre il carico di malattia investendo sul benessere e la qualità di vita dei pazienti; considerare la persona affetta da demenza e la famiglia in rapporto al proprio ambiente di vita. La gestione delle azioni per il raggiungimento di tali obiettivi, seguendo linee guida nazionali sui modelli di prevenzione, si è connotata per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi, al fine di favorire la qualità della programmazione, la comparabilità dei risultati e la crescita di cultura ed expertise nel territorio. Nello specifico si sono realizzati degli incontri, dei momenti formativi e delle attività di training.

Risultati. Nel 2019 sono state svolte azioni su tre livelli: Prevenzione primaria (riduzione fattori di rischio e aumento fattori protettivi e utili alla salute) in particolare sono stati realizzati:

- *Open day* per un incontro fra professionisti e cittadinanza.
- Stand informativo in piazza in occasione del *Salus Festival*.
- Incontri di sensibilizzazione con alunni e docenti degli Istituti superiori del territorio.

Prevenzione secondaria (sulla diagnosi precoce di una patologia nascente permettendo d'intervenire sulla stessa precocemente) per tanto si è intensificato il rapporto con gli operatori sociali e sanitari che si occupano di assistenza attraverso dei:

- Cicli di incontri formativi dedicati a medici di medicina generale.
- Corsi di formazione per operatori delle Residenze assistite per anziani.
- Giornate di studio rivolte alle associazioni di volontariato locali e ad associazioni di familiari.

Prevenzione terziaria (riduce l'impatto di una patologia già avviata riducendo le complicazioni) attraverso la realizzazione di progetti:

- Progetti riabilitativi individualizzati (terapie farmacologiche e non farmacologiche).
- Training educativi per *caregiver* per la gestione dei BPSD.
- Progetti di integrazione sociale (rete territoriale).
- Azioni ad impatto sociale *empowerment* di comunità.

Conclusioni. Il modello proposto e realizzato nel territorio ha permesso, sia l'incremento di un approccio diverso alla malattia, la consapevolezza che stili di vita adeguati e salutari influiscono sullo sviluppo e sulla gestione delle Patologie dementigene.

RELAZIONE TRA FRAGILITÀ E PERFORMANCE COGNITIVA GLOBALE IN UNA POPOLAZIONE DI INDIVIDUI AFFERENTI A UN CDCD ITALIANO

Remoli Giulia (a), Trentin Federica (a), Vellucci Laura (a), Toccaceli Blasi Marco (a), Tariciotti Leonardo (a), Zaccaria Valerio (b), Canevelli Marco (a, b), Bruno Giuseppe (a)
(a) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*
(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. La fragilità definisce una condizione di aumentata vulnerabilità a *stressor* esogeni ed endogeni, che espone l'individuo ad un aumentato rischio di andare incontro a traiettorie sfavorevoli dello stato di salute, sia in termini generali che nello specifico di singole funzioni. Tale costrutto viene sempre più adottato, in numerose discipline mediche, al fine di cogliere la complessità della persona affetta da condizioni patologiche età-relate e di sviluppare nuovi approcci medici che tengano conto della biologia dell'individuo. In tale scenario, la relazione intercorrente tra fragilità e cognizione è oggetto di un interesse crescente da parte della comunità scientifica. L'obiettivo del presente studio è di esplorare la relazione tra la fragilità e funzionamento cognitivo globale in una popolazione di individui afferenti a un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

Metodi. Sono stati reclutati in modo consecutivo soggetti con disturbi cognitivi, di qualsiasi severità e natura, al loro primo accesso presso il CDCD del Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma. La performance cognitiva globale dei partecipanti è stata valutata mediante *Mini Mental State Examination* (MMSE). La fragilità è stata misurata secondo il modello dell'accumulo dei deficit, utilizzando un *Frailty Index* (FI) a 35 item ricavato da variabili cliniche. Sono stati condotti modelli di regressione lineare per esplorare la relazione tra FI e MMSE considerando anche età e livello di istruzione (in quanto fattori tradizionali di correzione del MMSE).

Risultati. Un totale di 316 soggetti (donne 60,3%) con età media di 75,7 (SD 8,3) anni e un livello medio di istruzione di 9,3 (SD 4,7) anni è stato considerato nelle analisi. I partecipanti presentavano globalmente una compromissione cognitiva di grado lieve-moderato (MMSE medio 21,5, SD 7,1) e un FI medio pari a 0,20 (SD 0,12). I modelli di regressione lineare hanno mostrato come FI ($B = -1,84$), età ($B = -1,98$), e livello di istruzione ($B=2,57$) fossero indipendentemente associati al MMSE (tutte le $p < 0,001$). Le tre variabili spiegavano complessivamente il 18% della varianza del MMSE. L'impatto del FI sulla performance cognitiva globale era maggiore nei soggetti appartenenti ai due terzi inferiori di MMSE. In tali gruppi, l'aggiunta del FI all'età e al livello di istruzione consentiva infatti di raddoppiare il livello di comprensione del MMSE.

Conclusioni. La fragilità può fornire informazioni utili per interpretare correttamente i risultati delle valutazioni cognitive. I nostri risultati suggeriscono come sia necessario sviluppare modelli alternativi di correzione dei test psicometrici che tengano conto della complessità biologica della persona.

TERAPIA ALTERNATIVA: “IL CENTRO DIURNO ALZHEIMER”

Rinaldi Maria Grazia, Brambilla Gianluca, Boccolieri Alfonsina
COOP Nuovo Solco, Monza

Il decadimento cognitivo è un fenomeno complesso che coinvolge il cervello. Le conseguenze del decadimento cognitivo del malato si ripercuotono anche sulla e famiglia. L'approccio farmacologico attuale non consente prevenzione, terapia efficace, guarigione. Se non c'è cura per la malattia “è sempre possibile curare il malato” con l'obiettivo di fornire la migliore qualità di vita possibile nella sua condizione e permettere al massimo l'espressione delle capacità residue. Il nostro centro diurno Alzheimer si propone come Ambiente Terapeutico a valenza multidisciplinare. Si avvale dell'opera di Medico, Infermiera, Educatori, Psicologo, Fisioterapista e personale ausiliario. Le attività del Centro diurno Alzheimer sono rivolte a malati e familiari. Per i malati: Terapia occupazionale, Riabilitazione cognitiva e alla autonomia della persona, Stimolazione sensoriale, Fisioterapia, assistenza medico-infermieristica. Per la famiglia: sportello informativo, supporto psicologico, *Alzheimer Cafè*. Prevenzione cognitiva. Tutti gli operatori attuano il metodo *Gentle Care*.

Risultati. Frequenza totale 2000-2018: 351 persone (femmine 197–maschi 154). Prevalenza femmine 12,2%. Età di insorgenza patologia: 49-91 anni, media 71 anni (2-3 anni più tardiva nelle femmine). Tempo di latenza tra la diagnosi e la frequenza al Centro diurno Alzheimer: media 4-5 anni. Durata della frequenza al Centro Diurno Alzheimer: da 6 mesi a 12 anni (media 2 anni e 6 mesi). Occupazione posti: 100%. Valutazione cognitiva: MMSE 10,6/30 media (da 2/30 a 24,4/30)

Conclusioni. Nella storia terapeutico assistenziale dei decadimenti cognitivi il Centro diurno Alzheimer fornisce una possibilità di cura, rispettosa dei ritmi e delle capacità residue individuali. Possono trarne beneficio persone di ogni età e prestazioni cognitive, anche come soluzione terapeutica permanente.

CAPACITÀ GIURIDICA, DI AGIRE E NATURALE: APPROCCIO ALLA TERMINOLOGIA E DIRITTI UMANI DELLE PERSONE CON DEMENZA

Riva Luciana (a), Montanari Vergallo Gianluca (b), Petrini Carlo (a)

(a) *Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. la valutazione della compromissione intellettuale dei pazienti con demenza è complessa da un punto di vista diagnostico ed assume una valenza etico-legale in quanto collegata alla possibilità di privazione o limitazione della capacità di agire. Nell'ambito di tale valutazione, in Italia, così come nel Regno Unito e negli altri Paesi di lingua inglese i termini *capacity* e *competence* (capacità e competenza) vengono utilizzati spesso in maniera intercambiabile. Nel linguaggio comune, inoltre, il significato di questi termini non è univoco e si articola a seconda del contesto di applicazione

Metodo: questo lavoro parte dalla descrizione dell'evoluzione del sistema legislativo di protezione delle persone legalmente capaci, culminata con la legge n. 6/2004 che ha introdotto lo strumento dell'amministrazione di sostegno come ulteriore forma di rappresentanza legale oltre i tradizionali istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, valorizzando così la residua capacità relazionale anche dei soggetti più gravemente malati. Nonostante questo radicale progresso giuridico-culturale, persiste tuttavia l'uso generale della definizione "incapace". Sarà qui sottolineato come l'utilizzo delle espressioni "capacità di agire", "capacità giuridica" e "capacità naturale" in senso assoluto (anche al negativo negli aggettivi che ne derivano incompetente e/o incapace) non sia corretto tanto in relazione al significato oggettivo dei termini che alla loro connotazione. La valutazione clinica di un paziente con demenza non dovrebbe essere tesa a dichiararne la capacità o l'incapacità, la competenza o l'incompetenza, né quella naturale né quella di agire. Nel rispetto della sua dignità, una persona non dovrebbe in nessun caso essere giudicata incapace; si dovrebbe piuttosto spostare l'oggetto della valutazione sul suo grado residuo di autonomia, nelle singole fattispecie dell'agire quotidiano e degli atti con valore legale. Capacità e competenza sono termini dal forte valore connotativo e l'utilizzo di alternative lessicali più corrette potrebbe contribuire a promuovere una percezione positiva ed una maggiore consapevolezza sociale.

Risultati e conclusioni. Sugeriamo di favorire un approccio ragionato all'uso della terminologia che tenga a mente come ogni rappresentazione concorre a costruire la visione sociale dell'individuo e a definire modelli di inclusione o esclusione. Tale approccio sembra in linea con quel cambio di paradigma esplicitato all'interno della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (UN CRPD), un trattato sui diritti umani per le persone con disabilità, firmato e ratificato da quasi tutti gli Stati membri dell'UE e dalla stessa UE. La Convenzione, all'art 12, promuove il riconoscimento della "capacità giuridica universale" intrinseca ad ogni persona, indipendentemente dalla sua disabilità o dalla sua capacità decisionale.

📌 DISTURBO SOGGETTIVO DI MEMORIA COME ENTITÀ CLINICA: ACCELERATED LONG-TERM OF FORGETTING

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

Introduzione. Il Disturbo Soggettivo di Memoria (DSM) è una difficoltà di memoria nella vita quotidiana riferita soggettivamente dal paziente, ma non confermate oggettivamente da una valutazione neuropsicologica standard, ed è spesso associato a disturbi emotivi come ansia e depressione. Il DSM viene considerato come una fase preclinica della malattia di Alzheimer (IWG o NIA-AA Stage 1), anche per la presenza di sottostanti neuropatologie alzheimeriane, e presenta un rischio 4-6 volte maggiore di sviluppare MCI o AD. Questo studio ha lo scopo di rilevare con la valutazione neuropsicologica in soggetti con DSM un decadimento anormale accelerato della traccia mnesica nel lungo termine (*Accelerated Long-term Forgetting*, ALF), indice di un'iniziale compromissione delle strutture temporo-mesiali, e la sua correlazione con disturbi psicologici.

Metodi. Un gruppo di 16 pazienti (8 M, 8 F, età 53-77) con anamnesi neurologica e psichiatrica negativa, e riferite difficoltà di memoria esordite da un anno circa, è stato sottoposto a valutazione neuropsicologica. Gli esami neuroradiologici ed ematochimici escludevano eziologie cerebrovascolari o dismetaboliche. Per la valutazione dell'ALF abbiamo somministrato dopo una settimana un *1-week Recall* e *1-week Recognition* nel *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT), e un *1-week Recall* nel *Rey Complex Figure Test* (RCFT). I pazienti hanno anche compilato i questionari self-report EMQ 35-items (*Everyday Memory Questionnaire*) ed il DASS-21 (*Depression Anxiety Stress Scale*). Per l'elaborazione dei dati sono state utilizzate l'ANOVA per misure ripetute (*Group-by-Delay*), utilizzando un gruppo di 20 soggetti di controllo, e la Regressione Multipla considerando EMQ, DASS-21, Età e Scolarità come fattori predittivi.

Risultati. Tutti i soggetti DSM riportavano punteggi nella norma in tutti i test della valutazione neuropsicologica standard. I risultati principali delle analisi statistiche mostravano un tasso di *Forgetting* più rapido dopo una settimana nei pazienti rispetto ai controlli, con differenze significativa nel RAVLT *1-week Recall e Recognition Hits* con numerosi *Falses*. I gruppi non differivano significativamente invece nel *1-week Recall* del RCFT. Il *Forgetting* più rapido non era spiegato dai fattori presi in considerazione nella Regressione Multipla (EMQ, DASS-21, Età, Scolarità).

Conclusioni. I pazienti DSM presentavano un ALF rispetto ai controlli, per deficit del consolidamento a lungo termine della traccia mnesica, come per interessamento iniziale delle strutture ippocampali temporo-mesiali. IL DSM non è risultato associato a disturbi emotivi e poco evidenziabile con questionari mnesici self report. Questi risultati suggeriscono che il DSM sia una entità clinica oggettivabile mediante valutazione della memoria con intervalli distanziati nel tempo. I *Trials 1-week* nel RAVLT, soprattutto il numero di falsi riconoscimenti, possono essere quindi un marker cognitivo nella diagnosi clinica precoce dell'AD.

PROGETTO CONSENSO (COMMUNITY NURSE SUPPORTING ELDERLY IN A CHANGING SOCIETY), FINANZIATO DAL PROGRAMMA INTERREG ALPINE SPACE

Salamina Giuseppe
ASL Città di Torino, Torino

Introduzione. L'invecchiamento della popolazione rappresenta una sfida importante per il servizio pubblico che ha bisogno di trovare soluzioni innovative per rispondere alla crescente domanda di cure sanitarie e offrire un'adeguata accessibilità ai servizi assistenziali alla popolazione che invecchia. Il progetto CoNSENSo, finanziato dal programma europeo INTERREG, propone un modello di presa in carico e supporto alla popolazione anziana, centrato su un'unica figura professionale, l'infermiere di famiglia e comunità (IFeC). Il modello è stato sperimentato in alcune aree montane alpine di Piemonte, Liguria, Provenza, Carinzia e Slovenia, con l'obiettivo di aiutare gli anziani a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile, promuovendo la riduzione del numero di ricoveri evitabili e la riduzione o il ritardo del trasferimento in RSA o case di riposo

Metodi. Nel territorio scelto tutti gli anziani residenti (≥ 65 anni), indipendentemente dalla condizione di salute, sono presi in carico. Ogni IFeC ha in carico circa 500-600 anziani di cui si occupa a tempo pieno attraverso periodiche visite a domicilio, in cui l'IFeC cerca di:

- offrire supporto nelle comuni attività di vita quotidiana e supporto infermieristico in eventuali terapie o nel monitoraggio indicatori di salute, rilevazione PA, glicemia, ecc.;
- prevenire la cronicizzazione, le complicanze e le ricadute di patologie pregresse o in corso;
- promuovere l'inclusione nella comunità in collaborazione con servizi sociali e privato sociale;
- prevenire gli incidenti in casa attraverso una valutazione dell'ambiente domestico.

All'inizio della relazione con l'anziano, l'IFeC effettua, in collaborazione con almeno un MMG e uno o più familiari, una valutazione dei bisogni, mediante una *check list* standardizzata. Nelle attività programmate, l'IFeC non si sostituisce mai ai MMG, servizi specialistici, servizi di cure domiciliari, familiari, badanti, servizi socio-assistenziali, ecc. ma in stretto rapporto con quelli, ne concorda di volta in volta gli obiettivi di breve, medio e lungo periodo

Risultati. Il progetto europeo si è concluso finanziariamente a dicembre 2018, ma continua con risorse locali in Piemonte e Liguria. La presenza dell'IFeC è stata accolta con grande favore da anziani e famiglie, che ne hanno immediatamente riconosciuto il valore e dai Sindaci che ne hanno personalmente patrocinato e assicurato il sostegno. Nei 18 mesi di sperimentazione, 31 IFeC hanno preso in carico 4.878 anziani (in media 157 anziani per IFeC) ed effettuato un totale di 10.526 visite domiciliari. L'analisi comparativa ha mostrato

in Piemonte un'emersione dei bisogni di salute, con un aumento di ricorso alle cure mediche da parte degli anziani presi in carico. In Carinzia è stato stimato un risparmio di 688,709€ per mancato trasferimento di 80 anziani in casa di riposo, grazie alla presenza dell'IFeC. Per maggiori dettagli <https://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/results>.

TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA IN UN *REAL-WORLD SETTING* DELLA REGIONE CALABRIA: GESTIONE DEI SINTOMI COMPORTAMENTALI E DEL DOLORE

Scuteri Damiana (a), Piro Brunella (b), Bruno Bossio Roberto (c), Chimenti Eliana (b),
Morrone Luigi Antonio (a), Corasaniti Maria Tiziana (d), Bagetta Giacinto (a)

(a) *Dipartimento di Farmacia, Scienze della Salute e della Nutrizione, Università degli Studi della Calabria, Rende, Cosenza*

(b) *Servizio Farmaceutico Territoriale, Cosenza*

(c) *Centro per la Diagnosi e la Cura delle Demenze, Distretto Sanitario di Cosenza, Cosenza*

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

Introduzione. I sintomi psicologici e comportamentali della demenza (BPSD) rappresentano un problema di fondamentale importanza a causa della loro difficile gestione che spesso porta ad istituzionalizzazione precoce ed incrementata mortalità. Per il controllo dei BPSD si ricorre all'impiego *off label* di farmaci psicotropi spesso associati ad inappropriata terapeutica e peggioramento del declino cognitivo. Il dolore non è adeguatamente diagnosticato e trattato nei pazienti con demenza, contribuendo allo sviluppo di BPSD come l'agitazione. La gestione dei pazienti con demenza è estremamente variabile nelle varie regioni Italiane e si registra come, a tutt'oggi, solo 6 regioni hanno prodotto un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Qui vengono riportate informazioni sulla diagnosi e terapia dei pazienti con demenza in un *real-world setting* della Regione Calabria.

Metodi. Il presente studio osservazionale è stato condotto in collaborazione con il Servizio Farmaceutico Territoriale di Cosenza e con il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze del Distretto Sanitario di Cosenza. Il campione analizzato comprende una popolazione di 298.000 abitanti con 84.235 soggetti di età superiore a 60 anni, *cluster* maggiormente affetto da demenza. Sono state analizzate le prescrizioni di inibitori dell'acetil colinesterasi e memantina erogate dal Sistema Sanitario Regionale attraverso la Farmacia Territoriale ed in distribuzione diretta nel biennio 2017-2018, e le caratteristiche cliniche di un sottogruppo della popolazione. Nell'ambito dei pazienti che ricevono trattamento per demenza sono state esaminate le prescrizioni di farmaci antidepressivi, antipsicotici, FANS, oppioidi, gabapentinoidi, lamotrigina, duloxetina ed amitriptilina. I dati sono stati valutati statisticamente tramite χ^2 test per le variabili categoriche.

Risultati. Nel *cluster* studiato, l'1,05% (885 pazienti; 867 over 65; 513 F e 372 M) ha ricevuto trattamento farmacologico per la demenza, instaurato mediante *Mini-Mental State Examination*. Dei pazienti trattati il 20,23% ha ricevuto prescrizioni di antipsicotici e il 41,13% di antidepressivi. Il 60,45% è stato trattato con FANS, il 12,29% con oppiacei, il 3,95% con gabapentinoidi e lo 0,68% con lamotrigina. Fra gli antidepressivi, il 6,55% è stato trattato con duloxetina ed amitriptilina, usati anche nel dolore neuropatico.

Conclusioni. Rispetto ai dati attesi, i risultati dimostrano un sottotrattamento dei casi di demenza e la mancata attuazione di PDTA nei distretti esaminati può ragionevolmente avere un ruolo. È utile notare: 1) l'interessante frequenza di trattamento del dolore nel campione studiato; 2) il consistente uso *off label* di antidepressivi, suggerendo la necessità dell'analisi e diffusione dei criteri diagnostici e dei dati di *outcome* clinici per monitorare l'efficacia terapeutica nella gestione dei BPSD.

NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PRONTO SOCCORSO DELLA REGIONE TOSCANA: UN PERCORSO DEDICATO PER PAZIENTI CON BISOGNI SPECIFICI

Serrani Virginia (a), Mechi Maria Teresa (b), Puccetti Luca (b), Rosselli Alessandro (a), Bertini Alessio (c)

(a) ARS, Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze

(b) Regione Toscana, Firenze

(c) Azienda Usl Toscana Nord Ovest, Livorno

Introduzione. I Pronto Soccorso (PS) hanno assunto negli ultimi 30 anni un'importanza cruciale nel Servizio Sanitario Nazionale, in grado di affrontare sia le grandi emergenze che le patologie di minore complessità. Sebbene negli ultimi anni il numero di accessi sia rimasto pressoché stabile, è cresciuta la prevalenza della popolazione fragile costituita in larga parte da anziani, anche con demenza, deficit cognitivi e disturbi comportamentali.

Metodi. Per dare risposta all'esigenza di individuare tempestivamente il percorso maggiormente appropriato per ciascun paziente e assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità, la Regione Toscana ha messo in atto un ripensamento globale dell'organizzazione del PS. Il "Modello organizzativo per percorsi omogenei. Linee di indirizzo" (Delibera n.806 del 24-07-2017) ridisegna i percorsi dei pazienti e l'articolazione degli spazi interni con l'obiettivo di migliorare i flussi, ottimizzare le risorse e rispondere in maniera più adeguata anche ai bisogni della popolazione fragile. Oltre alle tre principali linee di attività a complessità crescente (bassa, media, alta), a cui possono essere ricondotti la maggior parte dei percorsi, vengono individuati e definiti percorsi specifici e spazi dedicati che rispondono ai bisogni di alcuni target di pazienti, tra i quali i pazienti con agitazione psico-motoria e disabilità complessa. Nel nuovo Modello, la persona con demenza che fa accesso al PS, in quanto portatrice di bisogni particolari, viene inserita in un percorso protetto, fisico, oltre che organizzativo. Per evitare che la permanenza in PS rappresenti essa stessa un fattore di rischio per lo stato di salute dei pazienti fragili, quale ulteriore fonte di stress, è prevista la presenza di almeno uno spazio dedicato nel quale, dopo il Triage, potranno permanere assieme al proprio *caregiver* per l'intera durata della presa in carico in PS. Tale spazio, oltre ad avere caratteristiche e dotazioni necessarie allo svolgimento delle attività di visita e trattamento (fatta salva la diagnostica complessa), sarà dotato di elementi che ne garantiscono la sicurezza, la privacy visiva e uditiva, la possibilità di intrattenimento e/o di distrazione positiva.

Risultati. Diversamente da quanto avviene nei PS organizzati per solo codice di priorità, nel nuovo Modello il paziente viene accolto in base al suo bisogno clinico, alla complessità assistenziale richiesta e, nel caso della persona con demenza, rispettando alcune particolari necessità personali, come la vicinanza del *caregiver*, l'esigenza privacy, la riduzione dei fattori di stress.

Conclusioni. Con l'obiettivo di far combaciare al meglio i principi contenuti nel Modello con le opportunità offerte dai diversi contesti in termini di risorse, layout, caratteristiche dimensionali e tecnologiche, l'attuazione del nuovo Modello è attualmente supportata da un programma di “formazione-azione” specifico che guida ciascun PS nell'individuazione delle migliori strategie per la riorganizzazione.

DEMENTIA FRIENDLY COMMUNITY: L'ABBRACCIO DEL CDCD DI CARATE BRIANZA AL SOCIO SANITARIO

Tagliabue Benedetta, El Kiky Elisabeth, Perin Cecilia, Luti Cristina
Istituti Clinici Zucchi, Carate Brianza, Monza

All'interno degli Istituti Clinici Zucchi di Carate Brianza, struttura appartenente al Gruppo San Donato, dal 1999 è stato creato un CDCD. Al suo interno lavorano 3 neurologi, 4 geriatri e 4 neuropsicologhe. Vengono seguiti nel loro percorso diagnostico-terapeutico i pazienti e, tramite un reparto di Neuroriabilitazione, vengono affrontati anche alcuni aspetti della riabilitazione cognitiva. Quello che negli anni si è mostrato evidente, nei percorsi seguiti al CDCD, è stato il preponderante bisogno di supporto ai familiari. Proprio a fronte di questo sono stati creati ambulatori dedicati a consulenze psicologiche per i *caregiver*, al fine di supportarli nella gestione della quotidianità. Inoltre si è creato un ambulatorio mirato per i pazienti in carico al CDCD, nel quale vengono gestiti con prontezza i disturbi improvvisi del comportamento. Tramite un patto di intesa tra il Comune, gli Istituti Clinici Zucchi e l'Associazione Felicamente Segui l'Onda, creata da familiari di malati di demenza, l'intervento del CDCD si è esteso anche alla comunità allargata (cittadinanza). Tale iniziativa ha dato avvio alla collaborazione con la Federazione Alzheimer Italia perché il Comune di Carate diventi una Comunità Amica delle Demenze. Con l'intento di perseguire tale obiettivo, si è costituito un tavolo promotore con membri della Associazione, un geriatra degli Istituti Clinici Zucchi e un assistente sociale comunale. Tale alleanza ha portato alla nascita di un *Cafè Alzheimer*, ad andamento quindicinale, che si svolge presso i saloni degli Istituti Clinici Zucchi. L'*Alzheimer Cafè* è uno spazio informale, accogliente, dove le persone affette da demenza e i loro *caregiver* possono riunirsi per trascorrere alcune ore insieme, socializzare e chiedere consigli a operatori esperti. L'adesione a tale iniziativa ha visto una media di partecipanti di: 13,5 pazienti e 22,5 familiari con un totale di 51 pazienti iscritti (dati 2017). In Comune si è inoltre aperto uno sportello gestito dall'Associazione che accoglie le famiglie per illustrare i servizi a loro disposizione. Si è poi creato un legame tra il CDCD e i medici di medicina generale locale, per permettere un percorso agevolato e lineare dal momento della diagnosi a tutto il percorso di malattia. In occasione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer 2019 si sono svolte numerose iniziative volte a coinvolgere e informare l'intera cittadinanza in vista di momenti formativi estesi a esercenti e servizi pubblici al fine di sensibilizzare la cittadina nei confronti dei malati.

RETE ITALIANA PER LO SVILUPPO E LA VALIDAZIONE DI CRITERI OPERATIVI DI RICERCA PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Tagliavini Fabrizio, Muscio Cristina
Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Introduzione. Gli obiettivi primari di questo Programma di Rete consistono in: i) sviluppo di criteri operativi di ricerca per il riconoscimento precoce di Alzheimer Disease (AD), fin dalla fase dei disturbi cognitivi soggettivi (SCC) e del declino cognitivo lieve in fase prodromica (“pre-MCI”); ii) implementazione di procedure operative standard (SOPs) per i principali biomarcatori di AD.

Metodi. Trentatré gruppi afferenti a 14 centri di eccellenza italiani per la diagnosi e la cura dell'AD sono coinvolti nei 4 *workpackages* (WPs) di questa Rete, finanziata dal Ministero della Salute (NET-2011-02346784). Il WP1 è focalizzato su biomarcatori ematici e liquorali noti e innovativi; il WP2 su *neuroimaging* strutturale, funzionale e molecolare; il WP3 sullo studio dei fenotipi clinici; il WP4 sulle SOPs per l'AD. Dapprima, i gruppi sono giunti ad un consenso, nell'ambito di ogni WP, sulle procedure armonizzate da adottare. Infine, è stato creato e condiviso un protocollo multifattoriale che integra i profili biologici, clinici e di *neuroimaging*.

Risultati. Per l'archiviazione e la condivisione dei dati è stata implementata una sofisticata piattaforma informatica XNAT, attualmente già utilizzata nei maggiori studi internazionali sulle malattie neurodegenerative (US-DIAN, GENFI, PharmaCog). WP1: il pannello messo a punto per la determinazione del rischio genetico comprende 54 geni causali e di rischio per AD e altre demenze. È stato elaborato inoltre un pannello di test per il rilevamento di biomarcatori innovativi relativi ai primi eventi che sottendono le modificazioni fisiopatologiche nell'AD: i) oligomeri A β specifici per AD, ii) specie A β diverse da A β 1-40 e A β 1-42, iii) esosomi e iv) miRNA. È stato allestito un *Biorepository* esclusivamente dedicato allo stoccaggio dei campioni biologici raccolti nella Rete. WP2-4: le procedure di acquisizione e di ricostruzione delle immagini PET sono state armonizzate in linea con ADNI e US-DIAN, per garantire la massima comparabilità dei dati acquisiti. Il protocollo MRI 3T comprende sequenze ADNI ed altre sequenze innovative: 3D T1, 3D FLAIR, T2, QSM, NODDI e rs-fMRI. Le SOPs automatiche per la valutazione dell'atrofia ippocampale e le lesioni della sostanza bianca sono fruibili via NeuGRID2 (www.neuGRID2.eu). WP3: è stata prevista una batteria di valutazione, costituita sia dai classici test standardizzati che da test innovativi tesi ad identificare i più sottili e precoci cambiamenti fenotipici. I suddetti protocolli armonizzati sono stati applicati a 459 soggetti (WP3), 14109 campioni biologici (WP1), 425 PET (WP2) and 398 MRI, con relative SOPs (WP2-4).

Conclusioni. Questa Rete, a nostra conoscenza l'unica in Italia che studia in modo armonizzato anche soggetti con SCC e pre-MCI, permetterà di determinare la migliore combinazione di *biomarkers* predittiva del rischio di progressione da normalità cognitiva a demenza, e fornirà un'importante opportunità per un tempestivo intervento con eventuali farmaci *disease-modifying*.

IL RUOLO DELLA FRAGILITÀ NELL'INTERPRETAZIONE DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Trentin Federica (a), Remoli Giulia (a), Vellucci Laura (a), Toccaceli Blasi Marco (a), Salati Emanuela (a), Canevelli Marco (a, b), Bruno Giuseppe (a)

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

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

Introduzione. La valutazione neuropsicologica rappresenta una risorsa fondamentale nell'approccio clinico ai disturbi cognitivi. I test neuropsicologici, oltre a riflettere le risorse e i deficit cognitivi dell'individuo, potrebbero anche essere influenzati dal suo assetto biologico. A tal proposito, il costrutto della fragilità, concettualizzata secondo il modello dell'accumulo di deficit, può offrire un'opportunità per ponderare i risultati dei test cognitivi sulla base della complessità biologica della persona esaminata. Il nostro studio ha perseguito pertanto l'obiettivo di esplorare la relazione tra la fragilità individuale e un set di test neuropsicologici e di investigare il ruolo della fragilità nella relazione tra test neuropsicologici e performance cognitiva globale.

Metodi. Nello studio sono stati reclutati soggetti con un disturbo cognitivo di qualsiasi natura e severità al loro primo accesso presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDGD) del Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma. La fragilità è stata misurata mediante un *Frailty Index* (FI) a 35 *item*. I soggetti sono stati sottoposti a una valutazione neuropsicologica attraverso l'impiego di test standardizzati e validati nella popolazione italiana. Il *Mini Mental State Examination* (MMSE) è stato utilizzato per misurare il funzionamento cognitivo globale.

Risultati. Nello studio sono stati reclutati 79 partecipanti (donne 55,7%). È stata osservata una correlazione statisticamente significativa tra FI e *Trail Making Test B* (TMT B) (*Spearman's rho*=0,33; $p=0,02$), test esplorante lo *shifting* attentivo. I partecipanti con punteggi $FI > 0,15$ (valore mediano) presentavano una performance inferiore al TMT B rispetto a coloro che presentavano un $FI < 0,15$. I modelli di regressione lineare hanno dimostrato un'associazione statisticamente significativa tra tutti i parametri neuropsicologici adottati e il MMSE (tutte le $p < 0,05$) tra i partecipanti con basso FI. Al contrario, tra i partecipanti con $FI \geq 0,15$, l'associazione tra i diversi task del *Rey Complex Figure test*, esploranti la memoria visiva e le abilità visuocostruttive, e il MMSE non raggiungeva la soglia della significatività statistica (tutte le $p > 0,05$).

Conclusioni. L'interpretazione della valutazione neuropsicologica può essere influenzata dalla fragilità del soggetto esaminato, vale a dire dall'insieme dei deficit biologici accumulati nel corso della vita. È necessario sviluppare modelli di correzione alternativi che riflettano la biologia e la complessità della persona.

IDENTIFICAZIONE DELLE AREE DI BISOGNO PER IMPOSTARE INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DECLINO COGNITIVO IN PAZIENTI AFFETTI DA MCI E DEMENZA LIEVE

Trimarchi Pietro Davide (a), Tomasini Emanuele (a), Gower Valerio (a), Fontanella Anna (b),
Giunco Fabrizio (a), Abbate Carlo (c), Mari Daniela (d), Cesari Matteo (e)

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

(b) *Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano*

(c) *Unità Operativa complessa di Geriatria, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale
Maggiore Policlinico, Milano*

(d) *Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università Statale di Milano, IRCCS
Policlinico, Milano*

La demenza è la quinta causa di morte al mondo, la terza in Europa. È anche una delle principali cause di difficoltà di funzionamento quotidiano, di riduzione delle autonomie e di dipendenza. Non esistono, ad oggi, trattamenti curativi. Tuttavia, come recentemente indicato dall'OMS, la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili sembrerebbe poter ritardare l'esordio della malattia o rallentarne la progressione. In questo lavoro sono stati analizzati i bisogni di un campione di pazienti affetti da compromissione cognitiva lieve (MCI) o Demenza Lieve (DL) e verificate le aree nelle quali i loro bisogni fossero meno soddisfatti. È stato anche valutato se i bisogni insoddisfatti misurabili nel campione ricadessero fra le aree di rischio e di intervento indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 161 pazienti (età media $79,07 \pm 5,19$; F/M = 89/72; livello di istruzione medio $9,27 \pm 4,35$; punteggio MMSE medio $26,29 \pm 2,82$; MCI/DL = 113/48) sono stati valutati attraverso la CANE-S (*Camberwell Assessment of Needs for the Elderly-Short version*) per definire i bisogni soddisfatti e insoddisfatti. Nella fase di analisi, i bisogni sono stati suddivisi in 4 categorie (Ambientali, Fisici, Psicologici e Sociali) secondo Van der Ploeg e i suoi collaboratori nel 2013. Sono stati quindi analizzati separatamente nei pazienti con MCI e con DL. Complessivamente, nei pazienti con DL si rileva un maggior numero di bisogni soddisfatti e insoddisfatti rispetto a quelli con MCI. Nell'ambito dei bisogni Ambientali e Fisici, i bisogni soddisfatti superano quelli insoddisfatti in entrambi i gruppi. Rispetto ai bisogni Psicologici e Sociali, nei pazienti con MCI i bisogni soddisfatti sono equivalenti a quelli insoddisfatti, mentre nei pazienti con DL emerge un numero significativamente maggiore di bisogni non soddisfatti. Le recenti linee guida OMS evidenziano le aree psicologica (depressione) e sociale come possibile obiettivo degli interventi sui fattori di rischio modificabili. Nel nostro campione, i bisogni psicologici e sociali sono meno soddisfatti di quelli ambientali e fisici e il livello di insoddisfazione aumenta nella transizione da MCI a DL. Le équipes dei CDCD dovrebbero prestare una particolare attenzione alla rilevazione dei bisogni psicologici e sociali, soprattutto nei pazienti con DL. Parte delle risorse disponibili dovrebbero essere indirizzate alla gestione di queste aree di bisogno che, al progredire del livello di compromissione, risultano meno prese in carico.

SURVEY DEI SERVIZI DEDICATI ALLE DEMENZE IN ITALIA

Vanacore Nicola (a), Salvi Emanuela (b), Palazzesi Ilaria (a), Di Pucchio Alessandra (c), Mayer Flavia (a), Massari Marco (b), Marzolini Fabrizio (d) Penna Luana (a), Gervasi Giuseppe (a, e), Mazzola Monica (a), Lacorte Eleonora (a), Bacigalupo Ilaria (a), Di Fiandra Teresa (f) Canevelli Marco (a, g)

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

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

(c) Servizio Formazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Ufficio del Trattamento Giuridico del Personale e Relazioni Sindacali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

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

(f) Ministero della Salute

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

Il Piano Nazionale delle Demenze prevede nell'ambito dell'Obiettivo 1 ("Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria ") l'Azione 1.2 definita come "Realizzazione di una mappa aggiornata dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale anche in collaborazione con le amministrazioni comunali". La realizzazione della mappa dei servizi dedicati alle demenze rappresenta il prerequisito dell'Obiettivo 2 del PND ("Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata) declinato nell'azione 2.1 ossia "Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità' assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.), con particolare attenzione agli aspetti etici". Questa attività è iniziata a partire dal 2014 con l'acquisizione della lista dei servizi dedicati alla demenza di tipo pubblico o convenzionati con il SSN contattando i singoli referenti per la specifica tematica di ogni regione. Si è potuto così definire una lista dei CDCD, Centri Diurni e Strutture residenziali delle regioni italiane disponibile presso il sito dell'Osservatorio Demenze (<https://demenze.iss.it/>). Ad ognuno dei referenti dei servizi è stato inviato a partire dal 2015 una scheda di rilevazione sulle caratteristiche organizzative, la disponibilità delle risorse umane e la tipologia di pazienti afferenti ad ogni struttura. Ad oggi è stato raggiunto tasso di risposta del 98,3% per i CDCD (577/587), 97,8% per i Centri Diurni (627/641) e 67% per le strutture residenziali (994/1475). In futuro si prevede di redigere dei report per le singole regioni in modo tale da poter stimolare la creazione di un PDTA sulle demenze nei diversi territori del Paese.

L'USO DI UN DIARIO PER LA VALUTAZIONE ECOLOGICA DEI SINTOMI NEUROPSICHIATRICI DELLA DEMENZA

Vellucci Laura (a), Trentin Federica (a), Remoli Giulia (a), Cerasoli Benedetta (b), Toccaceli Blasi Marco (a) Zaccaria Valerio (a, c) Canevelli Marco (a, c), Bruno Giuseppe (a)
(a) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*
(b) *Scuola di Specializzazione di Geriatria e Gerontologia, Università degli Studi, Milano*
(c) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. I sintomi neuropsichiatrici (NPS) costituiscono un gruppo eterogeneo di reazioni psicologiche, sintomi psichiatrici e disturbi comportamentali occorrenti nella maggioranza dei pazienti con demenza. Il corretto inquadramento clinico di tali disturbi è spesso ostacolato dai limiti degli strumenti di valutazione disponibili. Il presente studio si pone l'obiettivo di: 1) sviluppare e valutare l'applicabilità di un modello di diario finalizzato a sostenere una valutazione ecologica e alternativa dei NPS; e 2) di confrontare le informazioni così ottenute con quelle derivanti dall'utilizzo di strumenti tradizionali.

Metodi. Presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenza (CDCD) del Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, sono stati reclutati consecutivamente pazienti con diagnosi di demenza di qualsiasi natura e severità. È stato sviluppato e consegnato ai *caregiver* un diario disegnato al fine di consentire una descrizione dei NPS nell'ambiente di vita dei pazienti e identificare eventuali fattori precipitanti o attenuanti la modificazione comportamentale. Sono stati, quindi, confrontati i punteggi ottenuti al *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), indicativi della severità dei NPS, calcolati: i) mediante la procedura standard; o ii) ricostruiti a partire dalle informazioni fornite nel diario.

Risultati. Allo studio hanno partecipato 29 coppie paziente-*caregiver*, 13 delle quali hanno portato a termine la compilazione del diario. In tre casi i partecipanti hanno provveduto a compilare lo strumento per più mesi consecutivi, consentendo l'analisi di un numero totale di 16 diari. I partecipanti avevano un'età media di 77,7 anni (SD 9,2), ed erano prevalentemente di sesso femminile (58,6%) e affetti da malattia di Alzheimer (69,0%). Complessivamente i punteggi osservati al NPI standard sono risultati più elevati rispetto ai punteggi di NPI ricostruiti dal diario sia per quanto riguarda il punteggio complessivo, sia per quanto concerne i singoli sub-item. Non è stata osservata una correlazione statisticamente significativa tra il punteggio totale di NPI standard e quello ricostruito dal diario ($\rho=0,34$; $p=0,20$). Nel 68,8% dei casi non è stata evidenziata una concordanza tra il sintomo emerso come più grave dalla valutazione standard con il NPI e quella effettuata attraverso l'uso del diario.

Conclusioni. A nostra conoscenza, questo studio rappresenta il primo tentativo di sviluppare e adottare un diario per la valutazione ecologica dei NPS. Tale strumento appare costituire una risorsa che potrebbe affiancare e complementare le valutazioni di tali disturbi condotte con approcci e metodi tradizionali.

TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE PER PERSONE CON DEMENZA LIEVE-MODERATA: ESPERIENZE E CASI CLINICI

Verzari Valentina, Lobbia Alessandra, Borella Erika, Gruppo Italiano Terapia di Stimolazione Cognitiva CST-IT*

Laboratorio di Psicologia dell'Invecchiamento, Università degli Studi, Padova

Introduzione. Nell'attuale contesto di presa in carico della persona con demenza, è sempre più importante proporre interventi psicosociali che possano sostenere il funzionamento cognitivo, psicologico e socio-relazionale favorendone il benessere e la qualità di vita. La progettazione di tali interventi secondo un approccio di Cura Centrata sulla Persona richiede però spesso una personalizzazione dell'intervento. Ad oggi esistono diversi tipi di interventi psicosociali e tra questi la Terapia di Stimolazione Cognitiva (adattamento italiano di *Cognitive Stimulation Therapy*, CST) risulta la più efficace per le persone con demenza lieve-moderata e l'unica con un protocollo condiviso a livello internazionale ed *evidence-based*. L'efficacia di tale intervento di gruppo ha recentemente portato allo sviluppo di un protocollo individuale di stimolazione cognitiva (adattamento italiano di *Individual Cognitive Stimulation Therapy*, iCST) ad uso del *caregiver* formale e informale. L'obiettivo di questo contributo è quello di presentare e discutere come il programma Individuale della Terapia di Stimolazione Cognitiva (iCST) possa essere utilizzato su singoli casi clinici.

Metodi. Nella presa in carico delle persone con demenza che si sono rivolte al Laboratorio di Psicologia dell'Invecchiamento (Lab-I) dell'Università degli Studi di Padova e a cui è stato proposto l'intervento iCST individuale personalizzato, è stata prima effettuata una valutazione multidimensionale in cui sono state indagate, oltre al funzionamento cognitivo, la storia di vita della Persona, la sua personalità, le risorse e potenzialità personali e dell'ambiente in cui vive, la funzionalità nella vita quotidiana. Questo ha permesso di capire i bisogni specifici di ognuna delle persone a cui è stato presentato il programma iCST e di adattare in modo unico ed individuale il percorso e le varie attività da proporre.

Risultati. I risultati hanno mostrato un forte livello di coinvolgimento delle persone che hanno ricevuto l'intervento individuale personalizzato grazie alle attività proposte che sono risultate essere coinvolgenti e stimolanti. Le risorse della Persona sono state sostenute e nel corso delle attività si sono evidenziate maggiori interazioni con il professionista. Anche da parte dei *caregiver* informali sono stati riportati *feedback* positivi.

Conclusioni. Ogni persona con demenza che si presenta ad un servizio per la sua presa in carico porta con sé la propria esperienza della demenza. Riuscire a rispondere in modo efficace ai suoi bisogni è un obiettivo fondamentale, e grazie alla Terapia di Stimolazione Cognitiva anche Individuale e ai principi della Cura Centrata sulla Persona è possibile spostare il focus dal solo danno neurologico alla Persona nella sua globalità.

* Gruppo Italiano Terapia di Stimolazione Cognitiva CST-IT: Simona Gardini, Samantha Pradelli, Emanuela Capotosto, Elisa Salvalaio.

INDICE DEGLI AUTORI

Abbate Carlo	96	Biscaro Verena.....	32
Adani Giorgia.....	26	Bisogno Alfredo.....	11; 12; 13
Agabiti Nera.....	7	Blundo Carlo.....	86
Agosta Federica.....	64	Boccia Maddalena.....	3
Amici Serena.....	3	Boccolieri Alfonsina	84
Angelici Laura.....	19	Boiardi Roberta.....	14
Angheben Emma.....	16	Bonaccorsi Joyce	68
Angrisani Luigi	13	Bonardi Aurora	14
Arosio Beatrice	45	Bonelli Carlo	67
Arosio Francesca.....	77	Bongiovanni Alessanda	58
Baccini Fulvia	14	Boniforti Laura	69
Bacigalupo Ilaria	5; 21; 29; 42; 52; 97	Bonuccelli Ubaldo	68
Bagetta Giacinto.....	89	Borella Erika.....	51; 67; 99
Bandirali Maria Pia	69	Borri Roberta	10
Bargagli Anna Maria.....	7; 19; 21	Boselli Barbara	62; 67; 78; 80
Bartesaghi Francesca.....	8	Bozzano Marina.....	58
Bartoli Antonella.....	73	Braggion Gabriella.....	18
Basso Cristina	9; 44	Brambilla Gianluca	84
Bellometti Simona.....	9	Brugnami Melissa	3
Bellomo Guido	42; 52	Brugnara Francesco	16
Bergamini Lucia.....	42	Bruno Bossio Roberto.....	89
Bernardi Michela.....	16	Bruno Giacomo Matteo.....	15
Bertini Alessio.....	91	Bruno Giuseppe	83; 95; 98
Bianchini Filippo.....	3	Buccolieri Alessando	58

Busa Alberto	54	Cipollini Virginia.....	28
Caldarese Immacolata	12	Cirillo Giovanni	40
Caldini Giorgia.....	16	Cirillo Mario	40
Caneparo Stefania	18	Clementi Carlo.....	55
Canevelli Marco .5; 7; 19; 21; 42; 52; 83; 95; 97; 98		Clerici Danila.....	69
Cantarella Alessandra	30	Clerici Mario.....	45
Cappa Stefano	22	Confaloni Annamaria.....	29
Carandini Tiziana.....	48	Copes Alessandro	30
Carbone Gabriele	23	Corasaniti Maria Tiziana.....	89
Carletti Chiara	63	Corbo Massimo.....	32; 52
Carletti Emanuele.....	63	Corti Maria Chiara.....	9
Cascini Silvia	7; 21	Cosmo Chiara	44
Caso Francesca.....	64	Cosolito Vitale Alessandro	58
Castoldi Loretta	58	Costa Andrea Saul.....	45
Cattaneo Nicoletta.....	69	Costa Manuela	26; 34
Cavalletti Silvia.....	24	Cova Ilaria.....	19; 21; 54
Cecchetti Giordano.....	64	Crestini Alessio.....	29
Cerasoli Benedetta	98	Curini Marzia	14
Cerroni Gianluigi	73	Dallabona Monica.....	16
Cesari Matteo	5; 45; 96	Dallaporta Federica	16
Chattat Rabih.....	3	Darvo Gianluca	36
Chiari Annalisa	26; 34	Davoli Marina.....	7
Chiesa Roberto	57	Davolio Maria Cristina	34
Chimenti Eliana.....	89	De Carolis Antonella.....	28
Cintoli Simona	68	De Fiore Luca	37
		De Martins Roberta.....	18

De Stefano Manuela.....	40	Focella Lucia.....	49; 50
Defanti Carlo Alberto.....	76	Folis Elisabetta	58
Di Battista Maria Elena.....	49; 50	Fontanari Anita	16
Di Fiandra Teresa.....	38; 42; 52; 97	Fontanella Anna.....	96
Di Lorenzo Roberto.....	11; 12; 13	Galdo Giulia.....	64
Di Pucchio Alessandra	97	Galimberti Daniela.....	48
El Kiky Elisabeth	93	Galli Chiara.....	26
Engaddi Ilaria	39	Gallo Stefania	69
Esposito Sabrina	40	Gallucci Maurizio	49; 50
Fabbo Andrea.....	42; 57	Gandelli Monica	39
Fabio Rosa.....	69	Garbin Fabrizio	9
Falautano Monica.....	64	Gardini Simona	51; 67
Fanisio Lorella	55	Garuti Caterina.....	26
Fascendini Sara	76	Gattoni Maria Luisa	39
Favaretto Elisa.....	44	Gentili Gilberto	59
Fedeli Ugo.....	9	Gerace Carmela.....	86
Ferlisi Franco	18	Gervasi Giuseppe.....	5; 42; 52; 97
Ferrari Arianna	44	Gesmundo Laura.....	14
Ferrari Elisa.....	57	Ghezzi Mario	54
Ferri Evelyn.....	45	Gimignani Giancarlo.....	55
Ferrigno Salvatore.....	46	Ginex Valeria	32
Filippi Massimo	64	Giollo Marika.....	78; 80
Filippini Graziella	47	Giordano Bernardo.....	11; 12; 13
Filippini Tommaso.....	26	Girolamo Donati	54
Fiondella Luigi.....	26	Giubilei Franco	28
Fiorentini Jacopo.....	14	Giunco Fabrizio	96

Giusti Angela	19	Lobbia Alessandra	99
Gower Valerio	96	Lombardi Alessandra	16
Gruppo iCAB International Network Collaborators	75	Lombardi Renato	61
Gruppo Italiano Terapia di Stimolazione Cognitiva	51	Lorico Fabio.....	62; 67; 78; 80
Gruppo Italiano Terapia di Stimolazione Cognitiva CST-IT	99	Luti Cristina	93
Guarnieri Biancamaria	56; 73	Luzi Eleonora.....	63
Guerini Franca Rosa.....	45	Maggiore Laura.....	54
Guerzoni Valentina	57	Magnani Giuseppe	64
Guzzon Cristina	30	Magnani Monia.....	14
Iannone Assunta	11	Mancuso Daniel Lina	81
Ientile Anna Rita.....	61	Mancuso Gaetano	65
ImmiDem Network	19	Manni Barbara	42
ImmiDem Study Group.....	19	Mantia Vania.....	81
Ippolito Domenico	40	Mantoan Domenico.....	9
Ivaldi Claudio.....	58	Marceca Maurizio	66
Izzicupo Fabio.....	59	Mari Daniela	96
Jacopetti Francesca.....	14	Mariani Claudio	54
Kirchmayer Ursula.....	7	Marini Zeudi.....	67; 78; 80
La Sala Savona Paola	81	Marinoni Vito	18
Lacorte Eleonora5; 19; 21; 29; 42; 52; 97		Marzolini Fabrizio	97
Lanzoni Alessandro.....	57	Massari Marco	5; 97
Lazzarino Margherita.....	58	Massucco Davide	58
Lentini Anna Grazia.....	59	Mattina Morena.....	81
Leorin Cristian	60	Mayer Flavia.....	5; 42; 52; 97
		Mazzarolo Anna Paola.....	49
		Mazzella Luca.....	58

Mazzola Monica.....	97	Perin Cecilia.....	93
Mechi Maria Teresa	91	Petrini Carlo	85
Mescia Giuseppe	61	Piazza Fabrizio.....	75
Miggiano Giacinto	23	Picarella Alessandra.....	13
Molinari Maria Angela.....	26	Picaro Angela.....	11
Monagheddu Sabrina	58	Piccaluga Cinzia	61
Montanari Vergallo Gianluca.....	85	Picinotti Claudia	71
Moretti Cinzia	58	Pieroni Ilde.....	73
Morini Goretta.....	3	Pieta Barbara.....	78; 80
Morotti Angela	14	Pilati Milena.....	16
Morrone Luigi Antonio	89	Piovesan Cinzia.....	49; 50
Mosele Marco	62; 67; 78; 80	Piro Brunella	89
Muscio Cristina	94	Piscopo Paola	29
Narda Lavinia.....	28	Platamone Giulio	30
Natale Giorgia	58	Pomati Simona	54
Nicoletti Valentina	68	Pomati Simone	19; 21
Ortone Elena	18	Possenti Mario	76; 77
Ottoboni Giovanni.....	3	Pradelli Samantha	62; 78; 80
Pagni Cristina	68	Priori Alberto	8
Palazzesi Ilaria	97	Provenzano Giuseppe.....	81
Pantoni Leonardo	19; 21; 54	Puccetti Luca.....	91
Pedica Anna	16	Puteo Maria Alessandra.....	61
Pedroni Sara	16	Radicchi Claudia.....	68
Pelosi Sabino	34	Ramigni Mauro.....	50
Pelucchi Loris	69	Rassiga Cecilia.....	8
Penna Luana.....	42; 97	Redi Giorgia.....	55

Rellini Erika	71	Saviotti Nicoletta	10
Remoli Giulia	21; 83; 95; 98	Scarpini Elio	48
Ricci Monica	86	Scotto Pierangelo	58
Ricciardi Dario.....	40	Scuteri Damiana.....	89
Rigon Michela Fernanda (.....	30	Serio Antonio	73
Rinaldi Maria Grazia.....	84	Serrani Virginia.....	91
Riva Luciana	85	Sicilia Domenica.....	16
Rizzo Anita	81	Siciliano Mattia.....	40
Romano Elisabetta	57	Simionato Patrizia.....	9
Rosci Chiara.....	8	Simovic Zorica.....	30
Rosselli Alessandro.....	91	Sollo Pierluigi	12
Rossi Paolo Dionigi.....	45	Sorbi Sandro	40; 73
Ruggeri Massimiliano	24; 86	Sparaco Antonella.....	54
Russo Annamaria	58	Spiritelli Rita.....	58
Sabatelli Maria Teresa.....	30	Tagliabue Benedetta.....	93
Saetti Laura	57	Tagliavini Fabrizio.....	94
Salamina Giuseppe.....	87	Tariciotti Leonardo	83
Salati Emanuela.....	95	Tarozzi Adriano	57
Salmoiraghi Fabrizio.....	39	Tedeschi Gioacchino.....	40
Salvagnin Daniela	62; 67; 78; 80	Teleman Adele	23
Salvi Emanuela	19; 97	Terrile Evita	58
Samantha Pradelli.....	51	Tiozzo Netti Silvia.....	9
Sampietro Lorenzo	58	Toccaceli Blasi Marco	83; 95; 98
Santangelo Mario	34	Tofani Marco	66
Santangelo Roberto	64	Tognoni Gloria.....	68
Santangelo Teresa	12	Tomaselli Alice.....	8

Tomasini Emanuele	96	Vella Chiara	58
Tondelli Manuela	26	Vellucci Laura.....	83; 95; 98
Trentin Federica	83; 95; 98	Velluto Lucia	73
Trequattrini Alberto	3	Verzari Valentina.....	99
Trimarchi Pietro Davide.....	96	Vignati Marco	69
Troili Fernanda.....	28	Vigorelli Pietro	71
Trojsi Francesca	40	Vinceti Giulia.....	26
Trotta Stefania.....	11	Zaccaria Valerio....	19; 21; 42; 52; 83; 98
Ubertis Anna	39	Zamboni Giovanna	26
Vanacore Nicola...3; 5; 7; 19; 21; 23; 29; 42; 52; 97		Zapparoli Alessandra	44

*Stampato da Tipografia Facciotti S.r.l.
Vicolo Pian due Torri 74, 00146 Roma*

*Serie ISTISAN Congressi
luglio-settembre 2019 (n.3)*