



ISTISAN CONGRESSI 23 | C6


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

16° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 16-17 novembre 2023

A cura di
Vanacore N., Locuratolo N., Sciancalepore F.,
Piscopo P. e Ruggeri P.



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

16° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 16-17 novembre 2023

RIASSUNTI

A cura di

Nicola Vanacore (a), Nicoletta Locuratolo (a),
Francesco Sciancalepore (a), Paola Piscopo (b) e Paola Ruggeri (c)

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

(b) Dipartimento di Neuroscienze

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

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
23/C6

Istituto Superiore di Sanità

16° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Roma, 16-17 novembre 2023. Riassunti.

A cura di Nicola Vanacore, Nicoletta Locuratolo, Francesco Sciancalepore, Paola Piscopo e Paola Ruggeri
2023, xi, 101 p. ISTISAN Congressi 23/C6

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

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

Istituto Superiore di Sanità

16. Congress. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients. Rome, November 16-17, 2023. Abstract book.

Edited by Nicola Vanacore, Nicoletta Locuratolo, Francesco Sciancalepore, Paola Piscopo and Paola Ruggeri
2023, xi, 101 p. ISTISAN Congressi 23/C6 (in Italian)

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

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

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

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

Citare questo documento come segue:

Vanacore N., Locuratolo N., Sciancalepore F. e Ruggeri P. (Ed.). *16° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 novembre 2023. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2023 (ISTISAN Congressi 23/6).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

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

Direttore Responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Patrizia Mochi e Cristina Gasparrini*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2018

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

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

PROGRAMMA

Giovedì 16 novembre 2023

8.30 Registrazione dei partecipanti

8.50 Saluto di benvenuto
Rocco Bellantone
Commissario Straordinario ISS

Giovanni Capelli
Direttore CNaPPS

9.05 Presentazione del Convegno e dell'attività dell'Osservatorio Demenze
Nicola Vanacore

9.15 **Tavola rotonda**
**QUALE FUTURO PER IL PIANO NAZIONALE DELLE DEMENZE
E IL FONDO DEMENZE**

Moderatrice: **Teresa Di Fiandra**

Presidente della X Commissione del Senato Affari Sociali, Sanità, Lavoro
pubblico e privato, Previdenza sociale
Sen. Francesco Zaffini

Membro X Commissione del Senato Affari Sociali, Sanità, Lavoro pubblico e
privato, Previdenza sociale
Sen. Barbara Guidolin

Coordinatrice dell'Intergruppo Parlamentare per le Neuroscienze e l'Alzheimer
Sen. Beatrice Lorenzin

Coordinatrice dell'Intergruppo Parlamentare per le Neuroscienze e l'Alzheimer
On. Annarita Patriarca

Direttore Generale della Prevenzione, Ministero della Salute
Francesco Vaia

Associazione Italiana Malattia di Alzheimer
Patrizia Spadin

Alzheimer Uniti Italia
Manuela Berardinelli

Federazione Alzheimer Italia
Mario Possenti

10.45 Coffee break

Prima sessione

ATTIVITÀ DEL FONDO DEMENZE

Moderatore: Nicola Vanacore

11.00 *Il Fondo Demenze tra presente e futuro*
Maria Assunta Giannini

11.15 *L'aggiornamento del Piano Nazionale delle Demenze*
Teresa Di Fiandra

11.30 *Le cinque linee progettuali regionali*
Sara Madrigali

11.45 *I progetti dell'Osservatorio Demenze dell'ISS*
Nicoletta Locuratolo

12.00 *Usabilità della piattaforma di telemedicina e delle applicazioni per teleriabilitazione nei pazienti con deterioramento cognitivo lieve/demenza di Alzheimer lieve e nei loro caregivers*
Gennarina Arabia

12.15 *Piano delle attività della Regione Campania per l'Alzheimer e le demenze approvato con DGRC 468/2022*
Flavia Maria Longo

12.30 *Usabilità e co-progettazione per un approccio riabilitativo centrato sulla persona: il progetto del fondo per l'Alzheimer e le demenze (2021-2023) in Veneto*
Marco Simoni

12.45 *Fondo per l'Alzheimer e le demenze: un'opportunità da ripetere*
Claudio Ivaldi

13.00 Discussione

13.20 Lunch e visione poster

Seconda Sessione

I PDTA NEL CONTESTO DEL DM 77 E DEI PROGETTI PNRR

Moderatore: Antonio Guaita

- 14.15 *Il PDTA della Regione Lombardia*
Alessandro Amorosi
- 14.30 *Il PDTA della Regione Lazio*
Silvia Scalmana
- 14.45 *Il PDTA della Regione Veneto*
Cristina Basso
- 15.00 *Il PDTA della Regione Emilia Romagna*
Andrea Fabbo
- 15.15 *Il PDTA per le persone con demenza in Italia*
Domitilla Marconi
- 15.30 *Esempio di gestione integrata della demenza: il nucleo Alzheimer di cure intermedie dell'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano*
Donatella De Domenico
- 15.45 *Discussione*

Terza sessione

QUALI STRUMENTI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO

Moderatore: Marco Canevelli

- 16.00 *Il Frailty Index nel setting della medicina generale*
Davide Liborio Vetrano
- 16.15 *Il Frailty Index nel setting ospedaliero*
Giuseppe Bellelli
- 16.30 *Lo strumento ICOPE dell'OMS*
Matteo Cesari
- 16.45 *Gli strumenti della valutazione multidimensionale*
Alberto Pilotto
- 17.00 *Frailty Index nel setting di un centro per i disturbi cognitivi e le demenze*
Maurizio Gallucci

17.15 Discussione

17.30 Chiusura della giornata

Venerdì 17 novembre 2023

Quarta Sessione

PROSPETTIVE DIAGNOSTICHE

Moderatrice: Marina Gasparini

9.00 *La valutazione neuropsicologica*
Paolo Caffarra

9.15 *Il contributo dei biomarcatori*
Paolo Maria Rossini

9.30 *Le caratteristiche dei pazienti afferenti ad un CDCD: una follow-back survey*
Viviana Cafazzo

9.45 *Esperienza decennale nella valutazione neuropsicologica di soggetti migranti*
Giorgia Maestri

10.00 *Uso dei test neuropsicologici per la diagnosi della demenza nei CDCD*
Roberta Vaccaro

10.15 *Frequenza e predittori clinici di declino cognitivo soggettivo (SCD)
nelle cliniche delle memorie italiane:
Preclinical Cognitive Impairment Study in the Elderly (PRECISE)*
Fabrizia D'Antonio

10.30 *Biomarcatori plasmatici e profilo liquorale A+T+(N): validazione di laboratorio
su una serie consecutiva non selezionata di coppie plasma-liquor*
Daniele Imperiale

10.45 *Performance diagnostica dei biomarcatori plasmatici per la malattia di Alzheimer
in soggetti con declino cognitivo lieve*
Guido Maria Giuffrè

11.00 Discussione

11.15 Coffee break

Quinta Sessione

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE FARMACOLOGICHE

Moderatrice: Paola Piscopo

- 11.30 *Il trattamento dei disturbi cognitivi*
Alessandro Padovani
- 11.45 *Il trattamento dei BPSD*
Angelo Bianchetti
- 12.00 *Revisione sistematica sui farmaci che agiscono come agonisti del recettore nicotinico dell'acetilcolina per il trattamento della demenza*
Elena Carbone
- 12.15 *Benzodiazepine e demenza: una prospettiva causale e analisi dei consumi al livello nazionale ed aziendale*
Adriana Coluccia
- 12.30 Discussione
- 12.40 Lunch e discussione poster

Sesta Sessione

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVE E PSICOSOCIALI

Moderatrice: Simone Salemmè

- 13.40 *La rete dei caffè Alzheimer in Italia*
Stefano Boffelli
- 13.55 *Il futuro degli outcome nella valutazione degli interventi psicosociali*
Rabih Chattat
- 14.10 *Interventi psicoeducativi: un prezioso supporto per caregiver di persone con demenza*
Simona Cintoli
- 14.25 *Sperimentazione di un protocollo di stimolazione motoria di gruppo per pazienti con disturbi cognitivi da associare alla cognitive stimulation therapy*
Margherita Lazzarino
- 14.40 *Stimolazione cognitiva di gruppo nel disturbo neurocognitivo minore in una realtà locale*
Luca Pizzoni

14.55 *Valutare l'efficacia dell'intervento di valutazione ausili nei centri disturbati cognitivi e demenze: proposta di modello*
Devis Trioschi

15.10 Discussione

Settima Sessione

RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ NELL'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENZA

Moderatore: Fabio Matascioli

15.20 *Il futuro delle reti di residenzialità*
Giorgio Pavan

15.35 *L'applicazione del progetto RECAGE*
Sara Fascendini

15.50 *Esempio di gestione integrata per la persona con demenza: residenza sanitaria assistenziale aperta dell'istituto Golgi Abbiategrasso*
Chiara Cutaia

16.05 *Effetti terapeutici del verde nelle persone con demenza: progetto Verbena*
Andrea Melendugno

16.20 *Analisi retrospettiva sull'impatto dell'anemia nelle cadute in una popolazione di soggetti anziani istituzionalizzati in una residenza sanitaria assistenziale*
Loris Pelucchi

16.35 *Indagine sulla diffusione e l'impatto di Covid-19 nelle case di riposo italiane*
Emanuela Salvi

16.50 *Musicoterapia al centro diurno Alzheimer "Margherita" di Fano*
Paola Prinziavalli

17.05 *Approccio multidisciplinare alla base della progettazione del terzo nucleo Alzheimer RSA dell'istituto geriatrico Piero Redaelli di Vimodrone: nostra esperienza*
Maria Vallery

17.20 Discussione

17.30 Chiusura del convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

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

Alcuni, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale e sono indicati con la lettera “O”. Tutti gli altri lavori sono stati accettati come poster.

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

LINEA GUIDA “DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI DEMENZA E *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*”

Ancidoni Antonio (a), Locuratolo Nicoletta (a), Piscopo Paola (b), Fabrizi Elisa (a), della Gatta Francesco (c), Vignatelli Luca (d), Sagliocca Luciano (e), Caffarra Paolo (f), Secreto Piero (g), Guaita Antonio (h), Stracciari Andrea (i), Vanacore Nicola (a), Lacorte Eleonora (a) a nome del gruppo di lavoro della Linea Guida “Diagnosi e trattamento di demenze e *Mild cognitive impairment*”

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

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

(c) *Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna*

(e) *Azienda Sanitaria Locale, Salerno*

(f) *Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi, Parma*

(g) *Unità di Geriatria, Azienda Sanitaria Locale TO 3, Torino*

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

(i) *Unità di Neurologia, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Bologna*

Introduzione. All'incirca 2 milioni sono le persone con demenza o *Mild Cognitive Impairment* (MCI) in Italia, e circa 3 milioni sono i familiari/*caregiver* coinvolti nella loro assistenza. Considerando l'impatto significativo della demenza, l'Istituto Superiore di Sanità è stato incaricato dal Ministero della Salute, tra le attività del Fondo per l'Alzheimer e le demenze, di sviluppare una linea guida, nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), sulla diagnosi e il trattamento di demenze e MCI. L'obiettivo primario della linea guida è stato quello di fornire raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche volte a ridurre la variabilità e a garantire l'appropriatezza delle pratiche cliniche durante l'intero percorso di cura, dalla diagnosi iniziale al fine vita, per le persone con demenza o MCI e per i loro familiari/*caregiver*.

Metodi. La presente linea guida è un adattamento e aggiornamento di quella del 2018 [NG97] sviluppata dal *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) con l'aggiunta di nuovi quesiti relativi al MCI. La metodologia applicata è basata sul Manuale metodologico prodotto dal SNLG. A seguito di un bando pubblico, è stato costituito un *panel* multidisciplinare. Per ogni quesito, è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura e un gruppo di esperti metodologi e clinici ha valutato qualitativamente e sintetizzato le evidenze applicando il metodo GRADE. Sulla base delle evidenze raccolte, sono state formulate, discusse e approvate dal *panel* di esperti una serie di raccomandazioni di pratica clinica. Come strumento per facilitare l'implementazione delle raccomandazioni prodotte, il gruppo di lavoro ha elaborato un *care pathway* che contestualizza le raccomandazioni nell'ambito dell'organizzazione dei percorsi di cura e supporto per le persone con demenza e MCI.

Risultati. La linea guida ha prodotto 202 raccomandazioni, di cui 165 di pratica clinica e 37 di ricerca. Sono state raccolte e valutate le evidenze relative a *case finding*, processo

diagnostico nelle cure primarie e specialistiche, trattamenti farmacologici e non farmacologici, modelli assistenziali e coordinamento delle cure, gestione del fine vita e cure palliative. Le attività della linea guida si concluderanno entro il 2023, fornendo al nostro Sistema Sanitario Nazionale un documento che include raccomandazioni di comportamento clinico, basate su evidenze scientifiche, per la diagnosi, il trattamento e la gestione, organizzazione e coordinamento del percorso di cura e supporto delle persone con demenza o MCI e dei loro familiari/*caregiver*.

Conclusioni. Questa è la prima linea guida sulla diagnosi e trattamento delle demenze e del MCI promossa e sviluppata da una istituzione pubblica italiana.

Studio realizzato con Bando della ricerca indipendente ISS 2020-2022

USABILITÀ DELLE PIATTAFORME DI TELEMEDICINA E DELLE APPLICAZIONI PER TELERIABILITAZIONE NEI PAZIENTI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE/DEMENZA DI ALZHEIMER LIEVE E NEI LORO CAREGIVERS

Arabia Gennarina (a), Di Lorenzo Raffaele (b), Abate Francesca (c), Arcudi Luciano (d), Bossio Roberto Bruno (e), Colao Rosanna (b), Frontera Giovanni (f), Galati Franco (g), Insardà Pasqualina (h), Lupo Maria Rosaria (i), Gambardella Antonio (a), Bernardi Maria Pompea (j), Vanacore Nicola (k)

(a) CDCD Neurologia, Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

(b) Ospedale, Lamezia Terme, Catanzaro

(c) CDCD, Ospedale, Crotona

(d) CDCD, Ospedale, Reggio Calabria

(e) CDCD, Azienda Sanitaria Provinciale Serra Spiga, Cosenza

(f) CDCD, Azienda Ospedaliero Universitaria Dulbecco, Catanzaro

(g) CDCD, Ospedale, Vibo Valentia

(h) CDCD, Azienda Sanitaria Provinciale Cinquefrondi, Reggio Calabria

(i) CDCD, Ospedale, Cosenza

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

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

Introduzione. I sistemi di telemedicina e teleriabilitazione vengono oggi proposti come approcci utili per migliorare o stabilizzare le funzioni cognitive e aumentare la qualità della vita dei pazienti con declino cognitivo lieve o moderato. Lo scopo del presente progetto era quello di indagare l'usabilità di sistemi di telemedicina e teleriabilitazione, progettati per l'assistenza e il trattamento a distanza di pazienti con decadimento cognitivo lieve o demenza di Alzheimer lieve (*Mild Cognitive Impairment* /AD lieve) e dei loro *caregivers*. Questo progetto è stato finanziato dal Fondo italiano per l'Alzheimer e le altre demenze 2021-2023 del Ministero della Salute (Linea progettuale n. 4) e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Metodi. Il progetto prevede l'analisi dell'usabilità di due linee di intervento: 1) un programma di teleriabilitazione per i pazienti con MCI/AD lieve, utilizzando domiciliariamente un software dedicato installato su tablet, per 4 settimane consecutive, sotto la supervisione di un neuropsicologo; 2) un programma di visite in telemedicina, con un neuropsicologo e un assistente sociale, finalizzate al supporto educativo e psicologico, per pazienti e *caregivers*, per 4 settimane consecutive. Al progetto partecipano dieci Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), distribuiti su tutto il territorio calabrese. Ciascun centro recluta pazienti consecutivi con MCI/AD e i loro *caregivers*, per un totale previsto di 150 pazienti e 150 *caregivers* reclutati fino a fine progetto (durata reclutamento da aprile a ottobre 2023).

Risultati. Per il presente progetto è stata implementata la piattaforma digitale di Telemedicina dell'Università di Catanzaro (Piattaforma Pohema), creando un dominio dedicato e un relativo portale. In questa piattaforma, inoltre, sono stati integrati i dispositivi specificatamente dedicati alla teleriabilitazione cognitiva (Neurotablet). Tutti gli operatori dei CDCD, dopo una formazione sull'utilizzo della piattaforma Pohema e dei dispositivi correlati, hanno avviato il reclutamento di pazienti e *caregivers*. Attualmente sono in fase di raccolta i dati sull'usabilità della piattaforma e dei relativi dispositivi e i risultati delle analisi saranno disponibili alla fine del progetto.

Conclusioni. I risultati di questo progetto permetteranno di analizzare i punti di forza e i limiti dell'uso della telemedicina e della teleriabilitazione nei pazienti con MCI/AD lieve e nei loro *caregivers*, nella popolazione calabrese. Questi dati saranno preziosi in vista della crescente diffusione di queste tecnologie e delle crescenti esigenze a cui il sistema sanitario deve far fronte.

UTILIZZO DEGLI OLI ESSENZIALI NELLA STANZA MULTISENSORIALE

Arrigoni Fabrizio, Angelica Ziletti

Casa di riposo Fondazione Esilde & Francesco Soldi, Vescovato, Cremona

Introduzione. Dopo un'attenta valutazione dei casi e uno studio approfondito si è deciso di sperimentare le sedute della stanza multisensoriale abbinate a miscele specifiche di aromaterapia che avrebbero riguardato i disturbi comportamentali e la depressione.

Metodi. Lo studio ha coinvolto 12 residenti, 5 per i disturbi comportamentali e 7 per la depressione. È stato svolto un mese di osservazione durante il quale i soggetti non stati sottoposti alle sedute, successivamente sono stati presi in considerazione quattro mesi di interventi e l'ultimo mese si è valutato quanto gli effetti permanessero nel tempo senza più somministrare la seduta. Ogni residente è stato sottoposto a due sedute a settimana della durata di circa 45 minuti. Sono state utilizzate schede di valutazione durante la seduta per valutare l'attenzione dell'ospite verso gli stimoli e in reparto per monitorare l'andamento con item specifici sia al mattino che al pomeriggio. Sono stati effettuati test di valutazione sulla depressione e sui disturbi del comportamento all'inizio dello studio, a metà percorso e al termine.

Risultati. Dopo 6 mesi i casi di depressione sono passati da una presenza di tutte depressioni gravi a una depressione lieve e gli altri soggetti che non presentavano più depressione, non più presenza di episodi di pianto, di richieste di aiuto, assenza di linguaggio non verbale fragile e comportamenti auto-aggressivi, notevole riduzione di episodi di isolamento dal gruppo. Sempre dopo 6 mesi i casi di disturbi comportamentale sono passati da una valutazione di gravità a un soggetto che presentava lievi disturbi comportamentali mentre gli altri non ne presentavano più. Nello specifico si è dimezzata la presenza di vociare incessante, quasi assente l'agitazione motoria e l'aggressività e riduzione notevole delle richieste ripetitive.

Conclusioni. L'utilizzo di miscele di oli essenziali specifiche abbinate alla sala multisensoriale hanno aumentato l'efficacia del trattamento stesso svolto senza l'utilizzo dell'aromaterapia ma solo con profumatori ambientali. Sottoporre i soggetti a stimoli olfattivi ha facilitato la riduzione dei comportamenti disturbanti e migliorato gli stati depressivi. Inoltre gli item utilizzati sono stati valutati attendibili e riproponibili in contesti diversi. Ne concludiamo che l'utilizzo dell'aromaterapia come terapia non farmacologica sia un aiuto sostanziale nei percorsi di cura e possa essere integrata nelle terapie possibili.

USO DEI TEST NEUROPSICOLOGICI PER LA DIAGNOSI DELLA DEMENZA NEI CENTRI ITALIANI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Bacigalupo Ilaria (a), Vaccaro Roberta (b,c) Carnevale Giulia (a,c), Giaquinto Francesco (c,d), Lorenzini Patrizia (a), Matascioli Fabio (c,e), Remoli Giulia (f), Salvi Emanuela (g), Gasparini Marina (h), Vanacore Nicola (a), Tavolo Nazionale permanente delle Demenze*, Gruppo di Studio CDCD**

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

(b) *Gruppo INvecchiamento COnsapevole, GINCO, Como*

(c) *Gruppo di Studio FONDEM, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Dipartimento di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce*

(e) *Cooperativa Sociale TAM Onlus, San Giorgio a Cremano, Napoli*

(f) *Sezione di Neurologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, Monza*

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

(h) *Psicologa, Roma*

Introduzione. Il Fondo Italiano per l'Alzheimer e le demenze ha tra i suoi obiettivi quello di analizzare la struttura e l'organizzazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Lo scopo di questo studio era fornire una panoramica dei test neuropsicologici utilizzati nei CDCD. In particolare, l'obiettivo era esplorare nelle strutture, l'associazione tra l'uso di un test di base minimo (MCT) per la valutazione neuropsicologica (NPA), la distribuzione geografica e la presenza di almeno uno psicologo nello staff dei CDCD.

Metodi. È stato sviluppato un questionario *online* per raccogliere informazioni sulle caratteristiche amministrative, le competenze professionali, i servizi e i trattamenti offerti, nonché sui test neuropsicologici utilizzati per la diagnosi. È stata ottenuta una lista di tutti i CDCD contattando i rappresentanti designati da ciascuna regione. La *survey* è stata condotta on line tra luglio 2022 e febbraio 2023 ed ha coinvolto 534 CDCD presenti sul territorio nazionale. Al fine di identificare le caratteristiche dei CDCD che effettuavano la NPA, abbiamo individuato un MCT, definito come l'esecuzione di almeno un test per ciascun dei seguenti domini cognitivi: memoria episodica verbale e visiva, attenzione, prassia costruttiva, fluency verbale e funzioni esecutive.

Risultati. Un totale di 449 (84%) CDCD ha completato le informazioni sulla valutazione neuropsicologica, e il 57,2% di essi ha utilizzato il MCT per la diagnosi della demenza: il 73,8% nel Nord Italia, il 53,1% nel Centro e il 23,9% nel Sud/Isole. La probabilità di utilizzare un MCT era significativamente associata alla presenza di uno psicologo/neuropsicologo nel team (OR 9,1; 95% CI 5,6-14,9) e alla localizzazione universitaria rispetto a quella territoriale (OR 5,4; 1,9-15,9). Inoltre, la probabilità di utilizzare un MCT nei CDCD era ridotta nel Sud/Isole rispetto al Nord (OR 0,4; 0,2-0,7).

Confrontando i dati con lo studio condotto nel 2014, è importante notare che la maggiore presenza di psicologi nei team dei CDCD e l'associazione con una maggiore probabilità di utilizzare un MCT si sono rafforzati. Tuttavia, rimangono ancora differenze geografiche significative tra le regioni settentrionali e meridionali: mentre l'uso del MCT è più elevato nel Nord, diminuisce nel Sud/Isole e nel Centro Italia.

Conclusioni. Abbiamo evidenziato risultati incoraggianti in termini di crescita generale in tutto il nostro paese riguardo all'uso di un testo completo MCT per la diagnosi della demenza, ma restano significative differenze geografiche.

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute - capitolo 2302.

*Componenti del Tavolo Nazionale permanente delle Demenze:

Gennarina Arabia, Alessandro Amorosi, Iliara Bacigalupo, Anna Maria Bargagli, Luisa Bartorelli, Cristina Basso, Manuela Berardinelli, Maria Pompea Bernardi, Caterina B.N.A Bianchi, Lorenzo Blandi, Federica Boschi, Amalia Cecilia Bruni, Alessandra Caci, Paolo Caffarra, Marco Canevelli, Andrea Capasso, Susanna Cipollari, Mariapia Cozzari, Alfonso Di Costanzo, Teresa Di Fiandra, Annalisa Di Palma, Andrea Fabbo, Federica Francescone, Carlo Gabelli, Sabina Gainotti, Francesca Galeotti, Giuseppe Gambina, Marina Gasparini, Maria Assunta Giannini, Micaela Gilli, Marcello Giordano, Annarita Greco, Antonio Guaita, Fabio Izzicupo, Fiammetta Landoni, Elisa Lidonnici, Nicoletta Locuratolo, Giancarlo Logroscino, Alessandra Lombardi, Gilda Losito, Francesca Lubian, Maria Cristina Lupinetti, Sara Madrigali, Camillo Marra, Filippo Masera, Massimiliano Massaia, Antonio Mastromattei, Antonio Matera, Manlio Matera, Francesco Mazzoleni, Carla Melani, Serena Meloni, Elena Memeo, Marco Musso, Antonella Notarelli, Marco Onofrj, Ernesto Palummeri, Valeria Panetta, Carlo Petrini, Tommaso Piccoli, Alessandro Pirani, Stefano Piras, Gabriella Porro, Mario Possenti, Elena Rendina, Antonino Riolo, Luciana Riva, Emanuela Salvi, Sara Santini, Silvia Scalmata, Nando Scarpelli, Piero Secreto, Monica Seganfredo, Stefano Sensi, Carla Severino, Patrizia Spadin, Patrizia Spallino, Anna Laura Spinelli, Andrea Stracciari, Marco Trabucchi, Nicola Vanacore, Antonio Zaccardi.

**Componenti del Gruppo di Studio CDCD <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37592124/>

CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE IN ITALIA: UNA NUOVA SURVEY NAZIONALE

Bacigalupo Ilaria (a), Giaquinto Francesco (b,c), Salvi Emanuela (d), Carnevale Giulia (a,c), Vaccaro Roberta (c,e), Matascioli Fabio (c,f), Remoli Giulia (g), Vanacore Nicola (a), Lorenzini Patrizia (a), Tavolo Nazionale permanente delle Demenze*, Gruppo di Studio CDCD**

- (a) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
- (b) Dipartimento di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce
- (c) Gruppo di Studio FONDEM, Istituto Superiore di Sanità, Roma
- (d) Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma
- (e) Gruppo INvecchiamento COnsapevole, GINCO, Como
- (f) Cooperativa Sociale TAM Onlus, San Giorgio a Cremano, Napoli
- (g) Sezione di Neurologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, Monza

Introduzione. Il Fondo Italiano per l'Alzheimer e le demenze è stato approvato nel dicembre 2020, al fine di adottare nuove strategie su questo tema. L'Istituto Superiore di Sanità ha condotto una *survey* nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Gli obiettivi di questa nuova *survey* nazionale erano: acquisire le caratteristiche amministrative e le competenze professionali; documentare possibili discrepanze per macro-area geografica e interruzioni dei Servizi dovute all'epidemia da Covid-19.

Metodi. Un elenco di tutti i CDCD nazionali, è stato richiesto ai referenti regionali per le demenze. È stato sviluppato un modulo dati *online* con due sezioni: una sezione profilo (ubicazione, accesso) e un modulo di raccolta dati (organizzazione, servizi, trattamenti, attività e eventuali interruzioni dei servizi dovute all'epidemia da Covid-19). Tutti i CDCD sono stati invitati tra luglio 2022 e febbraio 2023 a partecipare allo studio mediante una lettera di presentazione inviata via e-mail.

Risultati. In totale, sono stati identificati 534 CDCD in tutta Italia, la sezione profilo è stata completata da 511 (96%) su 534 strutture. La raccolta dati è stata compilata da 450/534 (84%) CDCD. È stato identificato un totale di 163 filiali appartenenti a 98/511 (19%) CDCD. Quasi la metà dei CDCD era aperta per un minimo di tre giorni alla settimana. La maggior parte delle strutture era coordinata da neurologi (236 - 46,1%) o da geriatri (215-42,0%). Due medici specializzati (neurologo, geriatra e psichiatra) erano presenti nel 29,5% delle strutture. Una mediana di 505 pazienti (IQR 82-973) frequentava regolarmente questi Servizi in un anno. La maggior parte dei pazienti (60%) era affetta da demenza o, meno frequentemente, da decadimento cognitivo lieve (20%). Tra le diagnosi di demenza, prevaleva l'Alzheimer. Per quanto riguarda le procedure diagnostiche strumentali, il 62% aveva accesso ai biomarcatori del liquido cerebrospinale (CSF) e il 40% aveva accesso alla risonanza magnetica volumetrica. Circa un terzo dei CDCD è stato chiuso per 1-3 mesi nel 2020 (29,6%) e l'81,2% è stato sempre aperto nel 2021. La *survey* ha permesso di creare la nuova mappa on line al sito <https://www.demenze.it/>.

Conclusioni. I risultati di questa indagine consentiranno un aggiornamento delle risorse strutturali e umane mettendo in luce le disparità tra diverse regioni italiane nella prevenzione, diagnosi, gestione e trattamenti farmacologici, cognitivi e psicosociali per la demenza. L'indagine ha rivelato un piccolo miglioramento nell'organizzazione e nell'offerta dei CDCD, ma c'è ancora molto da fare per garantire la diagnosi e la cura dei pazienti affetti da demenza.

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute - capitolo 2302.

***Componenti del Tavolo Nazionale permanente delle Demenze:**

Gennarina Arabia, Alessandro Amorosi, Iaria Bacigalupo, Anna Maria Bargagli, Luisa Bartorelli, Cristina Basso, Manuela Berardinelli, Maria Pompea Bernardi, Caterina B.N.A Bianchi, Lorenzo Blandi, Federica Boschi, Amalia Cecilia Bruni, Alessandra Caci, Paolo Caffarra, Marco Canevelli, Andrea Capasso, Susanna Cipollari, Mariapia Cozzari, Alfonso Di Costanzo, Teresa Di Fiandra, Annalisa Di Palma, Andrea Fabbo, Federica Francescone, Carlo Gabelli, Sabina Gainotti, Francesca Galeotti, Giuseppe Gambina, Marina Gasparini, Maria Assunta Giannini, Micaela Gilli, Marcello Giordano, Annarita Greco, Antonio Guaita, Fabio Izzicupo, Fiammetta Landoni, Elisa Lidonnici, Nicoletta Locuratolo, Giancarlo Logroscino, Alessandra Lombardi, Gilda Losito, Francesca Lubian, Maria Cristina Lupinetti, Sara Madrigali, Camillo Marra, Filippo Masera, Massimiliano Massaia, Antonio Mastromattei, Antonio Matera, Manlio Matera, Francesco Mazzoleni, Carla Melani, Serena Meloni, Elena Memeo, Marco Musso, Antonella Notarelli, Marco Onofri, Ernesto Palummeri, Valeria Panetta, Carlo Petrini, Tommaso Piccoli, Alessandro Pirani, Stefano Piras, Gabriella Porro, Mario Possenti, Elena Rendina, Antonino Riolo, Luciana Riva, Emanuela Salvi, Sara Santini, Silvia Scalmata, Nando Scarpelli, Piero Secreto, Monica Seganfreddo, Stefano Sensi, Carla Severino, Patrizia Spadin, Patrizia Spallino, Anna Laura Spinelli, Andrea Stracciari, Marco Trabucchi, Nicola Vanacore, Antonio Zaccardi.

****Componenti del Gruppo di Studio CDCD <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37592124/>**

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI E CENTRI DIURNI: RISULTATI DELL'INDAGINE 2023

Bacigalupo Ilaria (a), Vaccaro Roberta (b,c), Carnevale Giulia (a,c), Giaquinto Francesco (c,d), Lorenzini Patrizia (a), Remoli Giulia (e), Salvi Emanuela (f), Matascioli Fabio (c,g), Vanacore Nicola (a), Tavolo Nazionale permanente delle Demenze*

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

(b) *Gruppo INvecchiamento COnsapevole, GINCO, Como*

(c) *Gruppo di Studio FONDEM, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Dipartimento di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce*

(e) *Sezione di Neurologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, Monza*

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

(g) *Cooperativa Sociale TAM Onlus, Napoli*

Introduzione. Il Decreto del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 30 marzo 2022 (Parte Prima, Anno 163, numero 75), ha assegnato all'Istituto Superiore di Sanità "*l'aggiornamento della mappa dei servizi dedicati alla diagnosi e alla presa in carico delle persone con demenza anche mediante la conduzione di survey sui servizi esistenti e capacità di presa in carico*". L'obiettivo della *survey* è dunque di aggiornare la mappa dei servizi e di analizzare il livello di assistenza presente nei diversi territori.

Metodi. I referenti delle regioni e delle provincie autonome per le demenze hanno inviato un elenco di strutture che accolgono persone anziane, 3.600 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 1.200 Centri Diurni (CD). La *survey*, condotta su una piattaforma *on line*, è iniziata nel mese di febbraio 2023 e dovrebbe concludersi il 15 ottobre 2023. È stata inviata una mail a tutti i referenti delle strutture con l'invito a partecipare. Il questionario è composto da due sezioni (profilo e scheda raccolta dati 2019).

Risultati. L'analisi preliminare, condotta su 820 strutture che ospitavano utenti con demenza (661 Nord, 118 Centro e 42 Sud e Isole), ha evidenziato che nel 92,2% delle RSA la localizzazione è territoriale, il 4,1% è gestito direttamente da ASL/Comune. Il responsabile della RSA è un geriatra nel 32,6%. Un familiare chiede l'inserimento del paziente nel 60,2%. Il tempo medio di attesa per accedere è fino a 6 mesi nel 57% delle RSA. Il 71% delle strutture è dotata di una cartella informatizzata, la valutazione multidimensionale è effettuata nel 90% delle strutture con una periodicità di 6 mesi nel 58,4% delle strutture. Le analisi preliminari, condotte su 304 CD (273 Nord, 45 Centro e 22 Sud e Isole), hanno evidenziato che il 9,6% sono gestiti direttamente da ASL/Comune. Il 17,8% dei CD accoglie esclusivamente utenti con demenza, e il 59,2% è inserito all'interno di una RSA. La media dei giorni di apertura è 5,5. Durante il 2020 il 94,1% delle strutture è stato parzialmente chiuso, nel 2021 il 51,1%. Sono in corso altre analisi per gli indicatori di struttura e processo delle RSA e dei CD.

Conclusioni. Al termine delle *survey* sulle RSA e sui CD sarà possibile valutare a livello nazionale e regionale il numero di strutture, il tipo di assistenza e la qualità dei

servizi offerti alle persone con demenza. Sarà inoltre aggiornata la mappa dei servizi come è stato già fatto per i CDCD <https://www.demenze.it/>

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute - capitolo 2302.

**Componenti del Tavolo Nazionale permanente delle Demenze:*

Gennarina Arabia, Alessandro Amorosi, Iliana Bacigalupo, Anna Maria Bargagli, Luisa Bartorelli, Cristina Basso, Manuela Berardinelli, Maria Pompea Bernardi, Caterina B.N.A Bianchi, Lorenzo Blandi, Federica Boschi, Amalia Cecilia Bruni, Alessandra Caci, Paolo Caffarra, Marco Canevelli, Andrea Capasso, Susanna Cipollari, Mariapia Cozzari, Alfonso Di Costanzo, Teresa Di Fiandra, Annalisa Di Palma, Andrea Fabbo, Federica Francescone, Carlo Gabelli, Sabina Gainotti, Francesca Galeotti, Giuseppe Gambina, Marina Gasparini, Maria Assunta Giannini, Micaela Gilli, Marcello Giordano, Annarita Greco, Antonio Guaita, Fabio Izzicupo, Fiammetta Landoni, Elisa Lidonnici, Nicoletta Locuratolo, Giancarlo Logroscino, Alessandra Lombardi, Gilda Losito, Francesca Lubian, Maria Cristina Lupinetti, Sara Madrigali, Camillo Marra, Filippo Masera, Massimiliano Massaia, Antonio Mastromattei, Antonio Matera, Manlio Matera, Francesco Mazzoleni, Carla Melani, Serena Meloni, Elena Memeo, Marco Musso, Antonella Notarelli, Marco Onofri, Ernesto Palummeri, Valeria Panetta, Carlo Petrini, Tommaso Piccoli, Alessandro Pirani, Stefano Piras, Gabriella Porro, Mario Possenti, Elena Rendina, Antonino Riolo, Luciana Riva, Emanuela Salvi, Sara Santini, Silvia Scalmana, Nando Scarpelli, Piero Secreto, Monica Seganfreddo, Stefano Sensi, Carla Severino, Patrizia Spadin, Patrizia Spallino, Anna Laura Spinelli, Andrea Stracciari, Marco Trabucchi, Nicola Vanacore, Antonio Zaccardi

CHANGE MANAGEMENT DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO IN VENETO: RISULTATO DEL CONTRIBUTO DEL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (2020-2023)

Basso Cristina (a), Simoni Marco (b), Gollin Donata (c), Tiozzo Silvia Netti (a), Zapparoli Alessandra (d), Gagni Giuseppe (d), Gabelli Carlo (c), Spano Pierangelo (d)

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

(b) Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Azienda Zero, Regione Veneto, Padova

(c) UOSD Centro Studio e Cura Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedale Università, Padova

(d) Direzione Servizi Sociali Regione Veneto, Venezia

Introduzione. Nell'ambito del Disturbo Neurocognitivo (DNC), i progressi scientifici e gli approcci innovativi per superare la logica a silos e la frammentazione delle cure rappresentano un'importante sfida organizzativa per il sistema sanitario. In quest'ottica, risulta prioritario far fronte ai nuovi bisogni di salute della persona con disturbo DNC, favorendo un accesso alle cure appropriato, continuativo e sostenibile nel tempo. Il Piano Triennale di Attività, finanziato dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze, ha consentito alla Regione Veneto di potenziare una infrastruttura organizzativa per l'implementazione della presa in carico, sin dalle prime fasi della malattia, promuovendo la riabilitazione cognitiva come un'opportunità terapeutica in cui la persona con DNC è protagonista attiva del proprio percorso. Il Piano Triennale di Attività aveva i seguenti obiettivi:

1. aggiornamento della mappatura dell'offerta riabilitativa nell'ambito del DNC;
2. acquisizione e formazione del personale dedicato;
3. inserimento e integrazione del personale acquisito nei CDCD coinvolti;
4. pianificazione e implementazione di attività riabilitative digitali;
5. attivazione dei percorsi di teleriabilitazione;
6. condivisione della progettualità con la rete del territorio;
7. attivazione e espletamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale.

Metodi. È stata potenziata una infrastruttura organizzativa e operativa, che comprende la centralizzazione dell'acquisizione del personale e di servizi e materiali da parte di un'unica azienda (Azienda Zero). I CDCD coinvolti nel progetto sono stati potenziati con l'assunzione di personale dedicato (psicologi e logopedisti). Sono stati acquisiti strumenti informatici per garantire un supporto tecnologico adeguato. È stato implementato un software (APP Informa) per uniformare il percorso di tele riabilitazione in tutti i CDCD coinvolti distribuiti sul territorio regionale. È stato strutturato un percorso formativo ad hoc per omogeneizzare le conoscenze e le competenze in tema di teleriabilitazione cognitiva. Sono stati eseguiti briefing settimanali formativi di confronto e realizzati report a supporto delle attività specifiche di teleriabilitazione.

Risultati. I professionisti hanno acquisito le conoscenze e le competenze di base e si sono integrati nei diversi CDCD all'interno dei quali hanno implementato la stimolazione e la riabilitazione cognitiva utilizzando modalità da remoto (teleriabilitazione) coinvolgendo

le persone con DNC nel processo di co-progettazione e valutazione dell'usabilità del software. Dei 240 pazienti arruolati la maggior parte ha svolto tutte le attività previste per 8 settimane. La realizzazione/attivazione dell'infrastruttura organizzativa e operativa ha consentito:

- lo svolgimento corretto e puntuale di tutte le attività previste in ciascuna fase del progetto secondo cronoprogramma;
- condivisione e dialogo costanti fra i diversi attori del progetto;
- formazione continua;
- creazione di un patrimonio culturale armonico e condiviso nei diversi CDCD coinvolti su tutto il territorio della Regione Veneto;
- intercettazione e soluzione tempestiva delle criticità emerse.

Conclusioni. La proposta riabilitativa, l'integrazione multidisciplinare e la sinergia con il territorio hanno rafforzato il modello regionale di presa in carico della persona con DNC. L'elevata aderenza al progetto unita al giudizio positivo raccolto dai pazienti, dai familiari e dai professionisti si sono tradotti in una corale richiesta di prosecuzione di tale attività. Continuare a investire in questa direzione consentirebbe di consolidare e ampliare l'offerta di servizi per le persone con disturbo neurocognitivo, garantendo una presa in carico riabilitativa continuativa e di qualità, raggiungendo un maggior numero di cittadini che ne potrebbero beneficiare.

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI PER LE PERSONE CON DEMENZA IN ITALIA

Bellomo Guido (a), Marconi Domitilla (a,b), Pani Sara Maria (c), Lorenzini Patrizia (a),
Giaquinto Francesco (d,e), Salvi Emanuela (f), Carnevale Giulia (a,d), Vaccaro Roberta (d,g),
Matascioli Fabio (d,h), Bacigalupo Ilaria (a), Vanacore Nicola (a)

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

(b) *Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università degli Studi, Siena*

(c) *Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari,
Cittadella Universitaria Monserrato, Cagliari*

(d) *Gruppo di Studio FONDEM, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Dipartimento di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Scienze Umane e
Sociali, Università del Salento, Lecce*

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

(g) *Gruppo INvecchiamento Consapevole, GINCO, Como*

(h) *Cooperativa Sociale TAM Onlus, San Giorgio a Cremano, Napoli*

Introduzione. In Italia si stimano oltre un milione di persone con demenza e circa tre milioni di familiari-caregiver. La gestione di una patologia complessa come la demenza, con numerose implicazioni per pazienti e familiari, richiede un'organizzazione puntuale dei servizi coinvolti nella presa in carico del paziente. Un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) rappresenta un importante strumento di governo del percorso di cure volto a migliorare l'assistenza. La presente indagine ha l'obiettivo di individuare i PDTA per le demenze disponibili ad oggi sul territorio nazionale valutandone la conformità alle Linee d'indirizzo nazionali sui PDTA per la demenza.

Metodi. I PDTA sono stati individuati tramite:

- survey dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze, condotta dall'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità;
- ricerca libera e sui siti istituzionali;
- comunicazione e-mail alle direzioni generali delle ASL;
- comunicazione con esperti e referenti regionali.

Sono stati inclusi i documenti successivi alle Linee d'indirizzo, dalle quali è stata sviluppata una checklist di qualità (*range* 0-43) con 3 domini (Contesto di Riferimento, Elementi del Percorso e Gestione Integrata, Costruzione del percorso locale) da 15, 14 e 14 item rispettivamente (punteggio 0-1 per assenza-presenza). Due ricercatrici hanno condotto la valutazione in cieco e un terzo ricercatore ha risolto i conflitti: il grado di accordo è stato espresso dal coefficiente di correlazione intra-classe.

Risultati. Sono stati raccolti 70 documenti (29 regionali, 41 locali) di cui 29 inclusi nell'analisi (11 regionali, 18 locali). Il punteggio totale medio è stato $23,4 \pm 7,8$ per i PDTA regionali e $22,7 \pm 5,7$ per quelli locali. Per le Regioni è stato individuato un *range* da 10/43

(Umbria) a 33/43 (Lombardia), mentre per ASL da 11/43 (Marca Trevigiana, Demenza ad esordio giovanile) a 31/43 (Napoli 2). Il terzo dominio ha registrato i punteggi più bassi. L'analisi della concordanza ha mostrato una correlazione del punteggio totale eccellente per i PDTA regionali e buona per quelli locali. Non sono state osservate differenze significative tra i punteggi medi assegnati, sia totali che per singolo dominio.

Conclusioni. La presente analisi, condotta sui documenti da noi individuati, ha evidenziato una rilevante eterogeneità nella conformità alle Linee d'indirizzo e delineato forti criticità nel monitoraggio dei PDTA e, in base alle stime dei casi di demenza/MCI regionali e provinciali, nella copertura della popolazione. L'imminente pubblicazione della Linea Guida sulla diagnosi e trattamento della demenza renderà necessario un aggiornamento di tutti i percorsi.

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute - capitolo 2302.

PREVENZIONE DELLA DEMENZA IN ITALIA: ANALISI DEI 21 PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE

Bellomo Guido (a), Marconi Domitilla (a,b), Pani Sara Maria (c), Casigliani Virginia (d), Vanacore Nicola (a), Salemme Simone (e,f)

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

(b) *Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università degli Studi, Siena*

(c) *Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Cittadella Universitaria Monserrato, Cagliari*

(d) *Dipartimento di Ricerca Traslationale e Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Pisa*

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

(f) *Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Modena*

Introduzione. Secondo il rapporto di Lancet Commission 2020, il 40% dei casi di demenza è attribuibile a 12 fattori di rischio modificabili e potrebbe essere quindi prevenuto attraverso azioni mirate in diversi stadi della vita. Le evidenze di letteratura suggeriscono che alcuni di questi fattori (fumo, alcol, inquinamento atmosferico, inattività fisica) sono comuni all'eziologia delle altre principali Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT). Il nostro studio mira a identificare gli interventi per la prevenzione - consapevole e inconsapevole - della demenza nei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) 2020-2025. Il progetto è realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute (capitolo 2302).

Metodi. Nel presente studio è stata condotta una lettura critica di 21 PRP per individuare e analizzare le azioni mirate a contrastare l'insorgenza e la progressione della demenza, identificata dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) nel Macro-Obiettivo (MO) 1, Obiettivo Strategico (OS) 10. Tali azioni sono state dapprima classificate in base al tipo di fattore di rischio *target* e all'età interessata e successivamente sono state categorizzate anche in funzione del *target* di interesse (popolazione generale, *policy maker*, professionisti sanitari, altro). Successivamente, attraverso l'uso di parole chiave, sono state individuate tutte le azioni presenti nei PRP identificabili come interventi diretti a ridurre il rischio derivante dai 12 fattori di rischio per la demenza, ma non riconosciute nel contesto del MO10S10.

Risultati. Le azioni che rispondono al MO10S10 intervengono su: inattività fisica (20 PRP), fumo (9 PRP), consumo di alcol (8 PRP), obesità (6 PRP), isolamento sociale (5 PRP), diabete e ipertensione (4 PRP), inquinamento atmosferico (2 PRP), depressione e traumi cranici (1 PRP). Nessun PRP ha considerato la perdita dell'udito e la bassa istruzione come aree d'intervento. Le azioni di tali piani sono dirette alla popolazione generale (98), *policy maker* (64), professionisti sanitari (62), altro (83). Con la ricerca mediante parole chiave riscontriamo che la totalità delle regioni attua azioni preventive per l'inattività fisica e il fumo e sono pianificate numerose azioni di contrasto all'obesità, all'ipertensione e al diabete; solo due PRP attuano interventi per prevenire la perdita di udito. Nessuna di queste è però pianificata come strategia preventiva per la demenza.

Conclusioni. Nel nostro Paese è in atto un fenomeno inconsapevole di prevenzione della demenza. È fondamentale integrare l'approccio preventivo della demenza con le altre MCNT e investire su tutti i fattori di rischio, tenendo in considerazione la prevalenza degli stessi nelle varie fasce d'età.

IL MOMENTO DEL BAGNO PER L'ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA: I VANTAGGI NELL'UTILIZZO DELLA DOCCIA IDRO-MOLECOLARE

Bljusovich Galina, Rigoni Sabrina

Fondazione Pia Opera Ciccarelli ONLUS, San Giovanni Lupatoto, Verona

Introduzione. La doccia idro-molecolare è un dispositivo che permette di eseguire il bagno/doccia direttamente a letto, rispettando il pudore della persona e tutelando la fragilità psicologica che si accompagna alla condizione clinica. Il dispositivo eroga un flusso d'acqua in uscita in molecole a bassa pressione molto gradevole e delicato sulla pelle. Il flusso idro-molecolare, inoltre, è un flusso controllato, cioè non crea sgocciolamenti e successivi ristagni sulla superficie del materasso, non produce la percezione di variazioni termiche e consente di procedere per aree definite del corpo evitando di scoprire completamente la persona.

Metodi. Il momento dell'igiene personale rappresenta una delle maggiori fonti di stress per l'anziano affetto da demenza. Proprio a causa della malattia la persona fatica a riconoscere anche i gesti più banali, persino quelli che egli stesso ha ripetuto miriadi di volte nel corso della sua vita. Così il getto dell'acqua o il semplice fatto di ritrovarsi all'interno del bagno attrezzato possono essere causa di forte ansia e portare a comportamenti aggressivi a causa del fatto che non è in grado di razionalizzare il mondo intorno a sé con conseguente confusione e disorientamento. L'ansia e l'agitazione possono derivare anche dall'essere spogliato completamente per il bagno/doccia in quanto la persona può provare una sensazione di violazione della propria sfera personale. Per queste motivazioni, abbiamo utilizzato la doccia idro molecolare su 32 ospiti affetti da demenza e che presentavano sintomatologia dolorosa durante la movimentazione o sintomi comportamentali di aggressività fisica e/o verbale durante il momento del bagno.

Risultati. Con l'utilizzo dello strumento si è ottenuta la riduzione della somministrazione di terapia antipsicotica prima del bagno per 2 ospiti, la riduzione della sintomatologia dolorosa durante i trasferimenti sul lettino-bagno e durante le manovre assistenziali per 9 ospiti e una riduzione dei sintomi comportamentali di aggressività per 21 ospiti. Oltre alle ricadute positive sugli ospiti, sono state osservate ricadute positive anche sul personale di assistenza. Potendo effettuare il bagno direttamente a letto, abbiamo eliminato i rischi dovuti al trasferimento dell'ospite nel bagno assistito; grazie al getto a temperatura controllata si sono ridotti i sintomi aggressivi e le scariche dovute a stimolazione intestinale per sbalzi termici; grazie al flusso preciso, regolare e omogeneo si può indirizzare il getto solo dove serve, preservando così parti lese o medicate, riducendo il rischio di contaminazione batterica. Il sistema brevettato permette un bagno completo con soli 500 ml di acqua.

Conclusioni. Sulla base dei risultati, la doccia idro-molecolare consente un miglioramento della qualità di vita per gli ospiti e della qualità del lavoro per il personale di assistenza.

FORUM DEI CAFFÈ ALZHEIMER: UN EVENTO NAZIONALE CHE DIVENTA UN GRANDE PROGETTO DI RETE

Boffelli Stefano (a), Osti Roberta (b), Limongi Federica (c), Siviero Paola (c)

(a) *Fondazione Poliambulanza, Brescia*

(b) *Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Cesena*

(c) *Consiglio Nazionale delle Ricerche, Padova*

Introduzione. Il Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer: un evento promosso da Fondazione Maratona Alzheimer e dall'Associazione Italiana di Psicogeriatría che nasce per instaurare un dialogo con le istituzioni pubbliche e con il Servizio Sanitario Nazionale e per favorire la crescita di reti di confronto, supporto e sviluppo tra coloro che realizzano interventi psicosociali in Italia (enti privati e pubblici, associazioni, volontari e professionisti). Un laboratorio di idee che diventa progetto: il Caffè Alzheimer Diffuso.

Metodi. Nel primo progetto sono stati coinvolti 16 Caffè Alzheimer di diverse Regioni italiane. Ad ogni valutazione semestrale sono stati indagati le caratteristiche dei malati (cognitività, funzione, sintomi neuropsicologici) e dei familiari (sintomi depressivi, qualità della vita, peso e stress della cura), prima e dopo il trattamento di supporto (cognitivo o psicologico).

Risultati. Alla prima valutazione del progetto sono stati indagati 167 pazienti e 161 *caregiver*, rispettivamente di età media di 78,4±7,6 e 61,3±13,1anni. I malati sono prevalentemente affetti da Demenza di Alzheimer (60%) e Vascolare (16%). Dei malati, il 47,9% ha una demenza lieve (*Mini-Mental State Examination* 18-26) e il 35% sintomi depressivi gravi (*Geriatric Depression Scale* >5); il 70% ha una perdita lieve nelle *Basic Activities of Daily Living* (da 1 a 2). Il 30% presenta sintomi neuropsicologici gravi (UCLA NPI> 24/144). Per i familiari, il 28% riferisce un burden della cura elevato (CBI), il 36% sintomi depressivi importanti (*Geriatric Depression Scale* >5). In base alle caratteristiche cognitive e psicologiche dei malati, è stato preparato un piano di intervento non farmacologico individualizzato. Parimenti, per i *caregiver*, sono stati adottati interventi di supporto psicologico finalizzati allo stress, alla comprensione della malattia, agli interventi.

Conclusioni. Il progetto, partito nel 2021, è ancora in corso, ed in fase di raccolta dei dati finali dopo gli interventi su malati e *caregiver*. Nel frattempo partirà la seconda edizione, che riunisce oltre 50 realtà di 15 Regioni italiane: associazioni che riceveranno formazione, supporto economico, organizzativo e metodologico. Sarà fornito un protocollo di intervento e saranno realizzate una valutazione di efficacia delle attività svolte e di impatto sociale del progetto di rete grazie alla collaborazione dell'Istituto di Neuroscienze del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Padova e di AICCON (Centro Studi dell'Università di Bologna).

CAREGIVER DEL PAZIENTE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE: RASSEGNA DELLA LETTERATURA SUGLI INTERVENTI PER LA RIDUZIONE DEL *BURDEN* E DEL DISAGIO PSICO-EMOTIVO

Bonanni Rita, Cavalli Andrea, Di Matteo Federica, Pizzoni Luca, Mancini Giovanni
Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze, ASL Roma 3, Distretto X, Ostia, Roma

Introduzione. La demenza è una sindrome cronica progressiva, che colpisce le capacità cognitive e funzionali acquisite durante la vita, prevalente in oltre 50 milioni di persone al mondo e che costituisce il 77% del carico di malattia (*burden*). Il disturbo neurocognitivo maggiore presenta un elevato impatto sulla qualità di vita del paziente ed è causa di un carico assistenziale che coinvolge tutta la famiglia e che è destinato ad essere sempre più gravoso, con il progredire della malattia. Il *caregiver* del paziente con demenza, più di ogni altro *caregiver*, evidenzia difficoltà nella gestione degli aspetti relazionali, comportamentali e psicologici del paziente, che sono destinati a cambiamenti a volte rapidi e a divenire pervasivi. Con il termine *burden* del *caregiver* ci si riferisce ad una particolare risposta allo stress cronico percepito e dovuto alle azioni di assistenza nei confronti del paziente; è una sindrome con manifestazioni psico-fisiche, con una sensazione di stanchezza cronica ed esaurimento emotivo, che può portare allo sviluppo di ansia e depressione, a disturbi del sonno e a un generale peggioramento della qualità della vita. È quindi necessario effettuare una precoce presa in carico del *caregiver* del paziente con demenza, attraverso interventi che abbiamo lo scopo di prevenire e ridurre il carico psicologico ed emotivo. Tra gli interventi maggiormente diffusi vi è la psicoeducazione. Più di recente si è posto l'accento su approcci cognitivo-comportamentali e sulle strategie di coping, cioè la capacità di gestire le emozioni durante un evento stressante e prevenire un disagio che ne potrebbe derivare. Nel caso del *caregiver* del paziente con demenza tali strategie sembrano essere funzionali per la prevenzione del *burden* e per una migliore gestione del paziente stesso.

Metodi. È stata effettuata una meta-analisi degli studi sperimentali pubblicati negli ultimi 10 anni utilizzando PubMed, ai fini di individuare gli interventi maggiormente impiegati nella prevenzione e gestione del *burden* del *caregiver* nella demenza.

Risultati. La psicoeducazione ad orientamento cognitivo-comportamentale sembra essere quella maggiormente efficace per la prevenzione e riduzione del *burden* del *caregiver* nella gestione del paziente con demenza, in particolare, quando basati sulle strategie di coping, sui processi di accettazione della malattia e sul supporto psico-emotivo.

Conclusioni. Una precoce presa in carico del *caregiver* del paziente con demenza attraverso interventi di psicoeducazione, appare prioritaria al fine di prevenire e ridurre il *burden*, con un miglioramento della qualità di vita e una funzionale gestione e assistenza del paziente con demenza.

DISTURBI NEUROCOGNITIVI: OLTRE LA DIAGNOSI. TRATTAMENTI PSICO-SOCIALI PER IL BENESSERE DELLA PERSONA

Bonansea Alessandro (a), Ramonda Evelin (b), Gallo Federica (a), Barisone Giorgia (b), Tuttobene Sara (b), Demarchi Elisabetta (b)

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

(b) *Neuropsicologia e Psicogeriatrica, Struttura Complessa Psicologia, ASL TO3, Torino*

Introduzione. In Italia, la popolazione con almeno 65 anni rappresenta il 23,5% del totale e dalle prospettive si ipotizza un'amplificazione del processo di invecchiamento: entro il 2050 potrebbero rappresentare il 34,9% del totale (scenario mediano), mentre l'intervallo di confidenza al 90% presenta un campo di variazione tra il 33% e il 36,7% (ISTAT, 2021). L'età rappresenta il maggiore fattore di rischio per lo sviluppo di Disturbi Neurocognitivi (DNC); se nel 2015 la demenza ha colpito 47 milioni persone in tutto il mondo, si prevede un aumento a 75 milioni entro il 2030 (OMS, 2017). I farmaci utilizzati nel trattamento delle demenze hanno un valore terapeutico molto limitato; è necessaria una forte progettualità per altri approcci terapeutici non farmacologici. Abbracciando il paradigma per cui è possibile una cura anche laddove non vi è guarigione, nel territorio dell'ASL TO3, i fondi ricevuti tramite il Piano Triennale per le Demenze 2021-2023 sono stati destinati alla stimolazione cognitiva, alla presa in carico psicologica dei *caregiver* e a interventi psicosociali rivolti all'inclusione e al benessere psicofisico, che secondo la letteratura risultano utili a rallentare il processo degenerativo nel paziente con DNC e a favorire la qualità di vita del nucleo familiare.

Metodi. A partire dal mese di marzo 2023, ai pazienti con DNC lieve o maggiore è stata proposta la presa in carico individuale o di gruppo per effettuare un ciclo di almeno 12 sedute di 50 minuti di stimolazione cognitiva, condotta da neuropsicologi clinici, con il fine di mantenere le abilità cognitive residue e contrastare il deterioramento cognitivo. Gli strumenti utilizzati per le attività di stimolazione sono di natura computerizzata e cartamata. I *setting* di erogazione sono disseminati sul territorio e comprendono locali ambulatoriali/ospedalieri e sedi concesse dai Comuni e dalle associazioni di volontariato presenti sul territorio, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi e della valorizzazione delle risorse e della facilitazione nell'accesso ai servizi. Alcuni pazienti, il cui livello di autonomia funzionale e motoria risulta adeguato alla Scala di Barthel, sono stati inseriti in attività motorie come gruppi di cammino condotti da operatori specializzati. I *caregiver*, dopo una valutazione effettuata tramite il colloquio clinico e la somministrazione di test volti alla valutazione del timismo (*Zarit Burden Interview*) sono stati inseriti in percorsi psico-educazionali, individuali o di gruppo, in base a necessità informativo-supportive relative alla gestione del malato.

Risultati. Alla valutazione effettuata a T0: questo dato suggerisce come la possibilità di effettuare *training* e stimolazioni cognitive mirate rispetto alle esigenze cliniche del paziente, può portare a una riattivazione del funzionamento cognitivo globale e aiutare a mantenere più a lungo le abilità cognitive residue. Rispetto alle attività motorie, i punteggi

ottenuti tramite la scala di Barthel sono rimasti stazionari, indice di un mantenimento del quadro funzionale motorio e delle autonomie del quotidiano. 35 *caregiver* hanno ricevuto supporto psicologico in forma individuale o di gruppo: i punteggi ottenuti tramite la scala *Zarit Burden Interview* in sede di rivalutazione in alcuni casi sono stati lievemente inferiori rispetto alla valutazione baseline. I questionari di gradimento, tuttavia, dimostrano un positivo riscontro da parte dei *caregiver* e un buon grado di soddisfazione rispetto alla presa in carico psicologica. L'apparente incongruenza tra i due dati, cioè la mancata riduzione del burden emotivo, a fronte dell'alta soddisfazione rispetto al trattamento ricevuto, potrebbe indicare la presenza di una progressiva presa di consapevolezza e un aumento della capacità di verbalizzazione degli stati cognitivi e affettivi dei *caregiver*, che grazie ai percorsi psicoeducazionali sono maggiormente in grado di identificare e ascoltare i propri bisogni.

Conclusioni. I dati a disposizione mettono in luce la possibilità di esercitare un effetto sulla stabilizzazione dei sintomi cognitivi, comportamentali ed emotivi dei pazienti con DNC, mediante interventi diretti (stimolazione cognitiva; attività fisica) e indiretti (psicoeducazione e supporto psicologico del *caregiver*). I trattamenti non farmacologici, i trattamenti psico-educazionali e psico-sociali nella demenza hanno pertanto una dignità propria ed indipendente dalla terapia farmacologica e possono avere un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone e delle loro famiglie. Diviene imprescindibile un'attiva programmazione sanitaria in grado di cogliere le potenzialità di tale approccio e di renderne fattibile l'attuabilità su larga scala.

CENTRI PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE TERRITORIALI: *HUB* PER I BISOGNI DELLE PERSONE OVER 65 NELLA PROVINCIA DI MODENA

Bonora Annalisa (a), Galli Chiara (b), Reda Valentina (b), Muzzioli Tiziana (b), Rossi Cristina (b), Sirotti Elisa (b), Zavatta Elena (b), Baglieri Annalisa (b), Bevilacqua Petra (b), di Francia Davide (b), Magarelli Silvia (b), Montanari Alessandra (b), Rignanese Maria (b), Fabbo Andrea (b)

(a) *Centro di Incontro Il Circolo del Melograno, Azienda Pubblica di Servizi alla Persona dei Comuni Modenesi Area Nord, San Prospero, Modena*

(b) *Unità Operativa Complessa CDCD, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda USL, Modena*

Introduzione. Le attuali linee guida raccomandano l'adozione di approcci caratterizzati dall'integrazione delle cure per la persona con demenza e la sua rete di supporto partendo dall'analisi dei bisogni. Ciò è possibile implementando interventi con l'obiettivo di attivare le capacità intrinseche della persona e della sua rete secondo un approccio globale. Le raccomandazioni per prevenire e ridurre la disabilità sono quindi orientate alla promozione di interventi di stimolazione cognitiva, sociale, funzionale-motoria centrati sull'individuo, da realizzarsi negli spazi abituali di vita delle persone, in modo integrato da parte dei Servizi.

Metodi. La provincia di Modena è sede di un'offerta diversificata di interventi facilmente accessibili il cui obiettivo è quello di promuovere il miglior stato di salute bio-psico-sociale per la persona. Si tratta di interventi erogati dai Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), alcuni in collaborazione con le associazioni e rivolti a: persone ultra sessantacinquenni in buona salute; a persone con demenza; a *caregiver* familiari e formali. La sinergia tra i professionisti dei CDCD e le comunità nelle quali sono inseriti, per ciascun distretto di competenza, permette di soddisfare i bisogni intercettati grazie a proprie risorse specializzate e della comunità stessa. Obiettivo del presente lavoro è fare un'analisi quantitativa degli interventi attuati dai CDCD territoriali della provincia di Modena e dell'integrazione di tale offerta, rispetto ai bisogni della popolazione interessata.

Risultati. Nel periodo giugno 2022-giugno 2023 sono stati condotti, dai 13 psicologi e neuropsicologi mediante progettazione condivisa con altre figure professionali (geriatri, terapisti occupazionali) e associazioni di volontariato, azioni di:

- prevenzione: 530 persone coinvolte (20 gruppi in 3 differenti progetti di attività cognitiva e fisica);
- formazione e informazione per la popolazione e le categorie professionali: nelle 10 *Dementia Friendly Community* di tutta la provincia;
- trattamento delle persone con Demenza: stimolazione delle funzioni cognitive in ambulatorio per 58 persone (11 gruppi); stimolazione delle funzioni cognitive al domicilio con *caregiver* formati per 54 persone (3 gruppi); interventi integrati cognitivo-motorio-sociali (*Cogs Club*) per 62 persone (4 gruppi); attivazione motoria per 52 persone (2 gruppi); interventi a bassa soglia (*Meeting Center*) per 229 persone (5 centri);

- consulenza psicologica e/o psicoterapia del *caregiver*: 544 familiari in carico (1.844 colloqui).

Conclusioni. Il ruolo dei CDCD territoriali è cruciale nella proposta virtuosa di interventi diversificati per rispondere ai bisogni della popolazione anziana con o senza deficit cognitivo, al fine di migliorare la qualità di vita e il benessere percepiti dalla Persona e dai suoi famigliari, indipendentemente da una condizione di malattia.

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI AFFERENTI AD UN CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE: UNA FOLLOW-BACK SURVEY

Cafazzo Viviana (a,b,c), Scipioni Cecilia (a,b,c), Simonetti Mirka (a,b), Rossolini Donatella (a,c) Izzicupo Fabio (a,b,c), Ceci Corrado (c), Marini Alessandro (b)

(a) Azienda Sanitaria Territoriale AST Ancona, CDCD Jesi e Senigallia, Ancona

(b) Azienda Sanitaria Territoriale AST Ancona, Distretto Sanitario di Base 4, Senigallia, Ancona

(c) Azienda Sanitaria Territoriale AST Ancona, Distretto Sanitario di Base 5, Jesi, Ancona

Introduzione. Il Piano Nazionale Demenze (PND) nell'ambito dell'obiettivo 2 ha individuato il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) quale sistema integrato per la diagnosi e la presa in carico. Allo stesso tempo, nell'obiettivo 3 prevede "l'implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure, migliorando la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate sull'appropriatezza delle prestazioni erogate". Obiettivo dell'indagine è verificare le caratteristiche dei pazienti afferenti ai CDCD al fine di comprendere il reale raggiungimento degli obiettivi che contraddistinguono l'attività di questi servizi. Ulteriore obiettivo è quello di verificare tra le varie tipologie dei pazienti visitati, quali siano le caratteristiche, a distanza, delle persone che non si sono più presentate in ambulatorio e che erano state catalogate come affette rispettivamente da disturbo dell'umore e cognitivamente integre.

Metodi. L'indagine è stata svolta attraverso il database del servizio, implementato a partire dal 01/03/2018. Le categorie individuate sono state ricondotte all'interno di 5 tipologie: Demenza, con o senza comorbidità depressive, *Mild Cognitive Impairment* (MCI), altre diagnosi (Ritardo Intellettivo, Parkinson, ecc.), disturbi dell'umore e cognitivamente integri e, tra quelli appartenenti alle ultime 2 categorie, i primi 100 soggetti consecutivi che non si sono più ripresentati in ambulatorio, verranno contattati telefonicamente e sottoposti ad un questionario, creato appositamente, volto ad indagare le loro attuali condizioni cliniche.

Risultati. Nell'ambito dei CDCD dei Distretti Sanitari di Base di Jesi e Senigallia (AN), dal 2018 ad oggi sono stati sottoposti ad una prima valutazione multidisciplinare (neurologica e/o neuropsicologica) 2.694 pazienti, da cui è emerso un profilo di stratificazione caratterizzato da: 1.091 persone (40,45%) sono risultate essere affette da demenza (di cui circa 1/3 in comorbidità con disturbi del tono dell'umore), 364 persone (13,52%) da disturbo cognitivo lieve (MCI), 269 persone (10%) da diagnosi di vario tipo (Ritardo Intellettivo, Parkinson, ecc.), 727 persone (27%) da disturbi affettivi, 242 persone (9%) da integrità della funzionalità cognitiva. Nel corso del mese di ottobre 2023, i primi 100 catalogati come appartenenti alle ultime 2 categorie verranno contattati e sottoposti ad un questionario.

Conclusioni. I dati emersi ad oggi testimoniano l'eterogeneità dei pazienti che si presentano ai CDCD; la *follow-back survey* permetterà di fotografare ancor meglio quali sono le reali necessità delle persone e l'appropriatezza delle prestazioni offerte.

METODO MONTESSORI E DEMENZE: OSSERVAZIONI E INTERVENTI IN UN CENTRO DIURNO

Cancellaro Elisabetta
Centro Diurno Villa Elisa, Foggia

Introduzione. Analizzando gli studi del Dr. Camp, il quale ha teorizzato e ideato un programma per malati di demenza partendo dai principi pedagogici e dal metodo ideato da Maria Montessori, ho voluto portare questo programma agli anziani ospiti del Centro Diurno Villa Elisa sito in Foggia.

Metodi. Attività di tipo montessoriano quali: attività di vita pratica, educazione sensoriale, attività di matematica e linguaggio, attività culturali e attività che consentono la libera espressione di sé.

Risultati. Il tutto è stato valutato secondo la *Menorah Park Engagement Scale* che misura il grado di interesse e partecipazione dell'anziano. Le attività montessoriane hanno suscitato un numero elevato di coinvolgimento costruttivo e passivo.

Conclusioni. Il Metodo Montessori per anziani con Demenza può essere utilizzato agevolmente dal personale educativo e sociosanitario nel supporto e sostegno degli anziani anche in stadi avanzati della malattia, perché grazie alla sua facile somministrazione e all'alto grado di coinvolgimento riesce a combattere l'apatia che spesso affligge l'ammalato e a portare un senso di realizzazione e soddisfazione personale nell'essere riuscito a svolgere un compito dove non ci sono errori.

REVISIONE SISTEMATICA SUI FARMACI CHE AGISCONO COME AGONISTI DEL RECETTORE NICOTINICO DELL'ACETILCOLINA PER IL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA

Carbone Elena (a), Crestini Alessio (a), Rivabene Roberto (a), Ancidoni Antonio (b), Rosa Paolo (c), Tata Ada Maria (d), Vanacore Nicola (b), Lacorte Eleonora (b), Piscopo Paola (a)

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

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

(c) *Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Dipartimento di Biologia e Biotecnologie Charles Darwin, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. La diminuzione nelle vie di segnalazione della colina, comprese le capacità dei recettori nicotinici dell'acetilcolina, è evidente nella fase iniziale della malattia di Alzheimer (AD). Diversi studi hanno riportato riduzioni sostanziali nei livelli di espressione dei recettori nicotinici dell'acetilcolina (nAChR) nel cervello delle persone con AD. Inoltre, gli inibitori dell'enzima acetilcolinesterasi sono l'unico trattamento sintomatico disponibile per l'AD. Lo scopo di questa revisione sistematica è quello di fornire una panoramica di tutti gli studi clinici pubblicati e non pubblicati che indagano la sicurezza e l'efficacia dei farmaci modificanti la malattia che legano e attivano i nAChR neurali per il trattamento della demenza.

Metodi. Le informazioni sugli studi registrati sono state ricercate utilizzando i database clinictrials.gov (CT.gov) ed EudraCT, mentre per identificare i dati pubblicati su riviste scientifiche, sono state effettuate ricerche bibliografiche su PubMed, Cochrane Library e i database ISI Web of Knowledge.

Risultati. Le ricerche su CT.gov ed EudraCT hanno identificato 38 studi (tre di fase 1, ventinove di fase 2, sei di fase 3) che hanno studiato ventiquattro diverse molecole nAChR. Diciannove di questi studi sono stati completati, due sono ancora in reclutamento, due con stato attivo, due ritirati, dodici terminati e uno con stato sconosciuto. Le ricerche bibliografiche hanno identificato 4.920 documenti tra cui, sono stati selezionati uno studio su ABT-089, quattro su ABT-126, uno su ABT-418, cinque su Nicotina, uno su PTI-125, uno su AZD3480, uno su Vareniclina. La valutazione qualitativa degli RCT inclusi è stata eseguita utilizzando il RoB. Nel complesso, sei studi hanno riportato dati dettagliati sugli eventi avversi associati all'intervento, mentre misure di efficacia su attenzione, comportamento e cognizione sono state riportate in dodici studi. I trattamenti con ABT-126 mostrano un miglioramento significativo nel punteggio di ADAS-Cog13 e nelle attività quotidiane dopo 4 settimane che tende a svanire all'ottava settimana. ABT-418 invece mostra un effetto positivo dose-dipendente su apprendimento, ricordo e memoria spaziale.

Conclusioni. Alcuni studi hanno riportato un miglioramento dell'attenzione, concentrazione, funzioni esecutive e fluidità verbale, memoria a breve e medio termine.

Mentre non si nota nessun miglioramento significativo in altre aree come quella della memoria episodica o semantica, ragionamento, linguaggio, pianificazione e problem solving. Inoltre, la maggior parte delle molecole considerate non ha raggiunto uno studio di fase 3 pertanto, permangono ancora dubbi riguardo al loro impatto clinico, soprattutto sull'efficacia di questi farmaci sul miglioramento del deficit cognitivo.

FOCUS GROUP SULLA DEMENZA AD ESORDIO PRECOCE: IL PUNTO DI VISTA DI FAMILIARI ED OPERATORI

Castiglioni Stefania, Tentorio Tiziana, Perrone Simona, Zuffi Marta
Ospedale MultiMedica, Castellanza, Varese

Metodi. Conduzione di due focus group sulle demenze ad esordio precoce volti all'individuazione delle questioni cruciali nell'esperienza concreta, partendo da contesti esperienziali diversi. La partecipazione è stata proposta a persone con esperienza diretta sul tema, a livello sia personale, sia professionale. Composizione dei gruppi:

- ricercatori: facilitatore, co-facilitatore, osservatore;
- familiari: coniugi e figli;
- operatori: neurologi, psichiatra e geriatra, Medico di Medicina Generale, neuropsicologhe, assistenti sociali, operatrice di patronato.

A conclusione della discussione, i partecipanti hanno collaborato alla costruzione di una *mappa concettuale*. La trascrizione degli incontri è stata predisposta per l'analisi quantitativa e tematica degli interventi e per l'analisi lessicometrica (segmentazione, normalizzazione, lemmatizzazione e disambiguazione del testo).

Risultati. L'analisi quantitativa evidenzia proporzionalità nella partecipazione e nell'interazione, indipendentemente dai ruoli. Sono stati condivisi vissuti esperienziali, informazioni, riflessioni personali, modalità e criticità operative all'interno dei diversi contesti. I temi maggiormente rappresentati sono:

- la diagnosi (uno degli aspetti di maggiore criticità sia per operatori che per familiari);
- perdita del lavoro;
- l'accesso ai benefici previdenziali;
- perdita di ruolo e capacità all'interno della società e nella famiglia;
- l'impoverimento economico;
- criticità di sistema.

Conclusioni. L'analisi dei contenuti conferma come il lavoro di gruppo a composizione eterogenea non costituisca un ostacolo, ma contribuisca ad un'esplorazione approfondita ed articolata. Emergono spunti tematici sul piano conoscitivo (funzioni di segretariato sociale dei servizi, modalità di accesso dei benefici previdenziali per l'accompagnamento all'uscita dal lavoro e modelli di intervento traslabili da altre discipline specialistiche), sul piano etico e del diritto (ricadute del percorso diagnostico-terapeutico sulla sfera esistenziale e sui diritti dei malati e delle loro famiglie; ricorso ad agevolazioni aspecifiche per l'uscita dal lavoro o licenziamento). Gli elementi di maggior criticità e rilevanza risultano coerenti con quanto rilevato nei lavori di ricerca sul tema delle demenze ad esordio precoce. Emergono anche spunti di contenuto meno attesi, quali il coinvolgimento dei geriatri sia nella gestione terapeutico-assistenziale che nella definizione di malattia, il ridotto coinvolgimento dei Servizi Sociali, la diagnosi vissuta dalla famiglia come un'uscita dal "limbo". Il confronto tra mappe concettuali e analisi lessicale degli incontri rileva un elemento costante della

struttura sottostante alle discussioni, riformulabile nei termini di dimensione esistenziale della malattia, individuato dalla centralità degli elementi “persona”, “cambiamento” e “famiglia” nelle mappe concettuali e dalla funzione nominale della parola “essere” quale elemento di maggior frequenza lessicale. Ne emerge come lo specialista non sia estraneo alla ricaduta personale e sociale della patologia.

TELEMEDICINA: VALUTAZIONE COGNITIVA NELLE FASI PRECLINICHE E PRODROMICHE DI MALATTIA

Cintoli Simona, Giuliani Valeria, Nicoletti Valentina, Siciliano Gabriele, Tognoni Gloria
Dipartimento di Specialità Mediche, Unità di Neurologia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

Introduzione. Visti i crescenti numeri legati alla demenza nella popolazione, la diagnosi precoce e il regolare monitoraggio cognitivo dei pazienti costituiscono elementi prioritari. La telemedicina, potenziando i servizi ambulatoriali già in essere, può rappresentare un utile strumento per incrementare il numero di valutazioni neuropsicologiche e assicurare la continuità delle cure, soprattutto nei casi in cui non è possibile recarsi in presenza (ad esempio, emergenza sanitaria, ridotta mobilità, distanze elevate). È altresì necessaria cautela nell'uso della telemedicina in termini di affidabilità dei test cognitivi, in quanto tale modalità risulta carente nella percezione delle componenti paraverbali, nel controllo ambientale e negli strumenti standardizzati, oltre alla necessità di supporti e competenze informatiche e un sufficiente funzionamento cognitivo.

Metodi. Lo scopo di questo studio "Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina", afferente al finanziamento ministeriale "Fondo Alzheimer e demenze", è di valutare l'affidabilità di una batteria di test neuropsicologici finalizzata a una valutazione cognitiva di secondo livello e di una scala cognitiva di monitoraggio (*Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive*) somministrate presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze in presenza o in videoconferenza a pazienti nelle fasi precliniche e prodromiche di malattia. In particolare, la batteria di test è stata utilizzata per valutare lo stato cognitivo di 15 pazienti con declino cognitivo soggettivo (73,5±5,3 età; 13,9±3,8 scolarità), mentre la scala cognitiva è stata utilizzata come monitoraggio di 8 pazienti con disturbo cognitivo lieve (73,4±4,8 età; 13,6±4,9 scolarità). I pazienti sono stati valutati prima di persona e dopo sei mesi in videoconferenza da remoto.

Risultati. Preliminarmente, sono stati stilati due documenti di buone pratiche interne al Centro con raccomandazioni logistiche per la realizzazione e la gestione dei servizi di telemedicina e una check-list per la fruizione degli stessi. Lo studio ha evidenziato che non vi sono differenze tra i punteggi raccolti in presenza o videoconferenza sia nei vari domini cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive) esplorati con la batteria di test sia nella scala cognitiva ($p > 0,05$, per tutti i p -value).

Conclusioni. Il presente studio evidenzia che la modalità in videoconferenza è un approccio affidabile e fattibile nel monitoraggio delle forme precliniche e prodromiche di malattia. A causa della durata ridotta del progetto, risulta necessario ampliare il campione per confermare tali risultati e testare la fattibilità in pazienti con disturbo neurocognitivo maggiore. Inoltre, appare cruciale l'implementazione di test cognitivi standardizzati, al fine di avere un ventaglio più ampio di strumenti per una valutazione neuropsicologica completa e approfondita.

INTERVENTI PSICOEDUCATIVI: UN PREZIOSO SUPPORTO PER CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA

Cintoli Simona, Tommasini Luca, Del Prete Eleonora, Siciliano Gabriele, Ceravolo Roberto, Tognoni Gloria

Dipartimento di Specialità Mediche, Unità di Neurologia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

Introduzione. I *caregiver* informali delle persone con demenza sono a maggior rischio di sviluppare difficoltà psico-fisiche rispetto alla popolazione generale. Gli interventi psicoeducativi sono fortemente raccomandati visti gli effetti benefici sugli esiti critici del carico e dello stress del *caregiver*. L'emergere della pandemia da Covid-19 ha aumentato notevolmente l'uso di interventi fruibili *online*: questo studio descrive l'efficacia di un programma di supporto per i *caregiver* informali delle persone con demenza (*Clinical Dementia Rating* = 1 o 2) effettuati sia *online* che in presenza.

Metodi. Gli interventi psicoeducativi prevedono un programma strutturato di 5 incontri ogni 2 settimane, finalizzati a fornire informazioni sui disturbi cognitivi nelle malattie neurodegenerative (ad esempio, dimenticanze, disturbi del linguaggio), sulla gestione dei sintomi psico-comportamentali (ad esempio, depressione e apatia), sulle attività quotidiane per allenare le funzioni cognitive (ad esempio, memoria e attenzione), sulla comunicazione efficace (ad esempio, migliorare la comunicazione e coinvolgere gli altri), sull'esperienza del *caregiver* (ad esempio, ridurre lo stress e cambiare punto di vista nella vita quotidiana). I materiali utilizzati includono: diapositive, video e discussioni di gruppo guidati da uno psicologo. Abbiamo valutato in 54 *caregiver*, partecipanti agli interventi psicoeducativi (17 in videoconferenza e 37 in presenza), il livello di gestione dei sintomi psico-comportamentali, la conoscenza della malattia, il supporto sociale, il tempo libero, l'armonia con i familiari, lo stress, con una scala visiva Likert da 0 a 100, all'inizio e alla fine del percorso. Durante il periodo di pandemia, il protocollo è stato adattato per essere disponibile *online* e successivamente proposto ai *caregiver* afferenti al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze.

Risultati. Negli incontri svolti *online* è stato evidenziato un importante miglioramento statisticamente significativo in tutti gli aspetti indagati sulla scala visiva di Likert ($p < 0,05$, per tutti i valori p) tranne che per il "supporto sociale" e "la capacità di trovare tempo libero" ($p=0,07$, $p=0,29$, rispettivamente). Nella condizione in presenza è stato riportato un miglioramento, tranne che per il "livello di stress" e l'"armonia percepita con il familiare" ($p=0,13$, $p=0,38$, rispettivamente).

Conclusioni. Le evidenze di questo studio hanno indicato che gli interventi di supporto in entrambe le condizioni hanno migliorato alcuni aspetti dell'assistenza. In effetti, gli interventi psicoeducativi contribuiscono a sviluppare strategie efficaci di coping per mitigare il carico del *caregiver*, in modo da continuare a fornire assistenza ai propri cari. In futuro, sarebbe utile aumentare il numero di partecipanti e includere un incontro di follow-up per monitorare il benessere percepito a lungo termine.

BENZODIAZEPINE E DEMENZA: UNA PROSPETTIVA CAUSALE E ANALISI DEI CONSUMI AL LIVELLO NAZIONALE ED AZIENDALE

Coluccia Adriana, Vaccaro Marcello, Orlandi Elena, Casini Gianfranco, Polito Giacomo, Proli Enrica Maria

Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione. La demenza rappresenta un problema globale, oltre 55 milioni di casi e previsioni che superano i 78 milioni entro il 2030. In Italia, l'impatto sociale ed economico è notevole, specialmente tra gli anziani (over 65): circa 1.100.000 individui soffrono di demenza, con il 50-60% affetti da Alzheimer. Recentemente, è emerso un legame tra l'uso prolungato di benzodiazepine a lunga emivita e disturbi neurocognitivi; tuttavia, la neuropatologia dell'Alzheimer è influenzata dal sistema GABAergico, bersaglio delle benzodiazepine. L'incertezza persiste riguardo al rapporto rischio/beneficio delle benzodiazepine a lungo termine, nonostante nel 2022 abbiano costituito una delle categorie di spesa farmaceutica più onerose. Pertanto, il monitoraggio dei consumi e dei costi delle benzodiazepine in un'azienda ospedaliera fornisce una prospettiva ospedaliera in una prospettiva nazionale.

Metodi. Nel periodo da gennaio 2021 a giugno 2023, è stata condotta un'analisi del consumo di quattro benzodiazepine in un'azienda ospedaliera. Lo studio ha esaminato esclusivamente le forme di somministrazione orale dei seguenti farmaci a emivita variabile: Alprazolam (6-24 ore), Bromazepam (10-20 ore), Lorazepam (12-16 ore) e Diazepam (24-48 ore; 40-200 ore per i metaboliti attivi).

Risultati. Nel 2021 le benzodiazepine hanno registrato un consumo di 37.605 unità con una spesa di € 3.402,90. Nel 2022, si è osservato un aumento nel consumo (+36%), raggiungendo 42.856 unità (€ 4.640,20). Nel primo semestre del 2023, le unità consumate sono state 21.289 (€ 731,4), e si prevede una diminuzione dei costi, ma non dei consumi entro la fine dell'anno. Il lorazepam è stato predominante nei consumi, rappresentando il 46% nel 2021, il 50% nel 2022 e il 38% nel 2023. L'alprazolam ha mostrato una percentuale inferiore rispetto al lorazepam nel 2021 (35%) e nel 2022 (31%), con un aumento nel 2023 (40%). Bromazepam e diazepam hanno avuto una minore incidenza sui consumi e sui costi. Nei reparti di geriatria, questi farmaci hanno costituito una percentuale significativa dei consumi, rappresentando il 19% nel 2021, l'11,8% nel 2022 e il 13,3% nel primo semestre del 2023. Sebbene il costo delle benzodiazepine, rispetto alla spesa farmaceutica totale dell'azienda ospedaliera, sia stato solo dello 0,0016%, il vero costo si riscontra nell'insorgenza di demenze, con un costo annuo medio stimato di € 70.587 *pro capite*.

Conclusioni. Questi risultati, in linea con i dati nazionali, sottolineano l'importanza di sensibilizzare la classe sanitaria sull'uso cronico di benzodiazepine e il rischio aumentato di demenza. È essenziale limitare l'uso delle benzodiazepine a casi indispensabili, preferendo quelle a breve emivita. Ulteriori ricerche sono necessarie per confermare la relazione tra benzodiazepine e demenza, così come il coinvolgimento dei neuroni GABAergici nella gestione delle malattie neurodegenerative.

NUOVI PAZIENTI CON DISTURBO DI MEMORIA: STUDIO MONOCENTRICO

Cotelli Maria Sofia (a), Manelli Filippo (b), Tosana Elisa (a), Bettini Paolo (c), Palomba Vincenzo (a), Turla Marinella (a)

(a) *Neurologia Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica, Brescia*

(b) *Pronto soccorso Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est, Seriate, Bergamo*

(c) *Medicina Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica, Brescia*

Introduzione. La pandemia legata al Coronavirus 19 ha comportato un effetto negativo per quanto riguarda lo stile di vita ed il benessere, con un incremento di prevalenza di ansia e disturbi dell'umore. Il periodo di lockdown ha comportato un impoverimento cognitivo nella popolazione generale, legato alla ridotta socializzazione e all'isolamento prolungato. La stessa infezione da Coronavirus 19 ha provocato in alcuni pazienti la comparsa di disturbi quali la "*fogging brain syndrome*", ad oggi non del tutto compresa. Osserviamo un incremento di richieste di valutazione neurologica per presa in carico in pazienti con riferito disturbo di memoria, concentrazione ed attenzione.

Metodi. Riportiamo i risultati di un piccolo studio effettuato presso il nostro Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Abbiamo preso in considerazione i pazienti che hanno effettuato una prima visita neurologica per "disturbo di memoria", "decadimento cognitivo", tutti inviati dal curante. Su 20 prime valutazioni effettuate tra il giorno 1 ed il 31.8.23 abbiamo escluso 7 pazienti, di cui 5 inviati per certificazione ai fini di ottenimento di invalidità e 2 già noti al nostro CDCD o ad altri esterni ma valutati oltre un anno fa.

Risultati. L'età media dei pazienti è risultata pari a $69 \pm 13,4$, con prevalenza di genere femminile (11/13=84,6%). 5/13 (38,5%) erano coniugati, 5 vedovi (38,5%), 3 single (23,1%). 4/13 (30,8%) attualmente stanno lavorando. 7/13 (53,9%) ammettevano una concomitante condizione ansioso-depressiva non trattata. In particolar modo il 100% di coloro che attualmente hanno un impiego lamentavano disturbi di memoria e concentrazione ed ammettevano una maggiore difficoltà legata allo stress lavorativo e problematiche familiari intercorrenti. Nella maggior parte dei casi i pensionati hanno la sola licenza elementare (7/9=77,8%) pari a 5 anni di scuola, mentre solo 2/9 sono in possesso della media inferiore (8 anni di scuola). Al contrario coloro che stanno lavorando presentano, nel 75% dei casi, una scolarità superiore (11-13 anni di scuola). Tutti i pazienti con condizione ansioso-depressiva intercorrente affermavano di aver osservato un peggioramento nelle *performances* cognitive durante la pandemia da Coronavirus 19 ed il relativo periodo di lockdown. 9 pazienti su 13 hanno presentato una infezione da Coronavirus 19 tra il 2020 e il 2022. 3 di essi hanno ammesso un peggioramento cognitivo "*fogging brain syndrome*" dopo Coronavirus 19. Il *Mini-Mental State Examination* (MMSE) all'ingresso è risultato in media pari a $26,8 \pm 3,6$. A tutti i pazienti con concomitante condizione ansioso-depressiva è stato proposto un avvio di terapia farmacologica/presa in carico da parte di psicologo.

Conclusioni. Abbiamo osservato, dal periodo post pandemico, un incremento di richieste di valutazioni neurologiche per disturbo di memoria in pazienti giovani, tuttora impiegati lavorativamente, con medio- elevata scolarità, con concomitante disturbo

dell'umore frequentemente non trattato. In alcuni casi è stato riferito un peggioramento dopo un'infezione da Coronavirus 19. Riteniamo che tali pazienti debbano essere monitorati in un ambulatorio differente rispetto al classico CDCD e che sia importante avviare un percorso condiviso con i medici di Medicina Generale per il corretto inquadramento ed una rapida presa in carico e trattamento.

PREVENZIONE DELLE CADUTE IN RSA TRA QUALITÀ ASSISTENZIALE E INTERVENTI SU MISURA

Croci Luca
Colisée Italia, Milano

Introduzione. L'ISTAT ha registrato nel 2020 un aumento importante negli over 85 dei decessi dovuti a cadute accidentali (+13% rispetto alla media 2015-19), mentre la sorveglianza Passi d'Argento ha rilevato che nel periodo 2020-21 più del 36% degli anziani aveva paura di cadere, ma solo il 32% aveva la consapevolezza del rischio.

Metodi. Alcune patologie che si accompagnano all'invecchiamento aumentano il rischio di caduta e la gravità delle sue conseguenze, e sono tra le cause principali di ricovero, isolamento sociale e istituzionalizzazione dell'anziano. La prevenzione primaria deve agire su tutti i fattori di rischio di caduta: biologici, ambientali, comportamentali, situazionali e socio-economici, considerati singolarmente o in combinazioni multidimensionali molto frequenti. L'obbligo legale di gestire il rischio rientra nella definizione della qualità della prestazione assistenziale erogata dalla Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA). Per ridurre il rischio di caduta, la RSA deve appoggiarsi alle più aggiornate indicazioni medico-scientifiche e applicare le raccomandazioni ufficiali e le buone pratiche di accoglienza, ma non può mai prescindere dalla valutazione individuale del paziente e dal suo livello di consapevolezza del proprio rischio di cadere; la RSA deve inoltre avere adeguate competenze e capacità organizzative per intervenire in modo efficace dopo un'eventuale caduta, e adottare sempre un approccio flessibile e autocorrettivo delle misure preventive e curative.

Risultati. Secondo i dati Colisée Italia per il primo semestre 2023, nelle RSA i luoghi a maggior rischio di caduta sono la camera da letto (38,6%) e il bagno (29,8%), seguiti dal refettorio (14,04%) e dai corridoi (12,3%). Le cadute hanno riguardato quasi il 22% dei residenti: il 20% circa dei casi ha richiesto un invio in pronto soccorso, ma il 72% circa è stato gestito mediante l'osservazione in struttura.

Conclusioni. L'intervento e le risorse necessarie per arrivare a queste percentuali non sono riconducibili solo all'applicazione di protocolli di sicurezza ambientale, perché agire esclusivamente sui fattori estrinseci significherebbe considerare erroneamente i residenti di una RSA come una popolazione omogenea rispetto al rischio e non soggetta a evoluzioni. Invece, solo un'anamnesi accurata come previsto dalla compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), l'osservazione costante del paziente e dell'andamento del suo stato di salute nel tempo, un approccio preventivo globale volto a preservare l'autonomia e la *capability* individuale in un'ottica di invecchiamento in salute, e lo sforzo pedagogico anche in direzione dei *caregiver* sono le linee guida fondamentali per agire a favore della riduzione del rischio di caduta in modo efficace e sempre rigorosamente *patient-centered*.

◉ ESEMPIO DI GESTIONE INTEGRATA PER LA PERSONA CON DEMENZA: RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE APERTA DELL'ISTITUTO GOLGI ABBIATEGRASSO

Cutaia Chiara, Fiammanti Francesca, Artusi Martina, Previderè Giorgio
Istituto Geriatrico Camillo Golgi, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. L'istituto geriatrico Golgi di Abbiategrasso, eroga servizi differenziati rivolti alla persona con demenza. Il modello di presa in carico, prevede un percorso di cura personalizzato per paziente e familiare, con un monitoraggio periodico presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) aziendale. La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) aperta, parte della rete dei servizi lombardi, permette di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona. L'attivazione avviene mediante richiesta del familiare. Prevede una valutazione multidimensionale domiciliare da parte di medico e assistente sociale, che provvedono a stendere il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Metodi. Dei 22 pazienti in carico nell'anno 2022, abbiamo valutato: invio al servizio, valutazione multidimensionale, stress del *caregiver*, obiettivo prevalente di cura del PAI, professionisti coinvolti nella presa in carico, durata della presa in carico, motivo della dimissione dal servizio.

Risultati. La valutazione multidimensionale evidenziava: *Mini-Mental State Examination* 15/30 (3-25), *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) 1 (3 pazienti), CDR 2 (5 pazienti), CDR 3 (14 pazienti), IB 60/100 (7-89), *Neuropsychiatric Inventory* 29 (8-69), CBI 39 (6-57). L'invio dei pazienti al servizio è stato: in 14 casi dal CDCD, in 5 casi dopo percorso di stimolazione cognitiva, 2 dopo ciclo riabilitativo presso il DH, in 1 caso dopo ricovero in Cure intermedie Alzheimer. Gli interventi previsti nel PAI erano: gestione dei disturbi del comportamento (8), stimolazione cognitiva (6), stimolazione delle abilità residue (3), riabilitazione motoria (3), interventi combinati *Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia* e riabilitazione motoria (5). L'intervento domiciliare era di 2 o 3 sedute a settimana con terapeuta occupazionale e/o fisioterapista, talora supportati da operatori socio-sanitari. Gli operatori hanno ricevuto una specifica formazione sulle demenze e il modello Gentlecare. L'intervento prevede la creazione di una routine significativa, adattamenti ambientali, in una costante condivisione di obiettivi e strategie con il *caregiver*. A fine 2022 la durata della presa in carico è stata in media 14 mesi (2-29 mesi) per i pazienti "dimessi", di 6 mesi (1-14 mesi) per i pazienti ancora in carico. Il motivo della "dimissione" dal servizio è stato: raggiungimento degli obiettivi del PAI (5 pazienti), decesso (2 pazienti), ricovero ospedaliero (3 pazienti), ricovero in cure intermedie Alzheimer (2 pazienti), ricovero in Nucleo Alzheimer RSA (2 pazienti).

Conclusioni. L'RSA aperta dell'Istituto Golgi si inserisce in una rete di servizi integrata, che eroga interventi domiciliari che risponde a bisogni complessi, attraverso un intervento personalizzato, per un tempo molto prolungato, coerentemente con gli obiettivi della misura.

◉ ESEMPIO DI GESTIONE INTEGRATA DELLA DEMENZA: IL NUCLEO ALZHEIMER DI CURE INTERMEDIE DELL'ISTITUTO GERIATRICO REDAELLI DI MILANO

De Domenico Donatella, Arenare Francesca, Berselli Chiara, Tuissi Alice, Fabbrini Stefano, Gandolfi Maria Carla, Grimoldi Marco, Grillo Antonio
Azienda Sanitaria alla Persona Golgi Redaelli, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. L'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano, nel panorama dei servizi per la demenza, offre possibilità di ricovero temporaneo in Cure Intermedie, Nucleo Alzheimer, per stabilizzazione dei disturbi comportamentali nelle persone con demenza, mediante approccio protesico di cura. La presa in carico prevede fin dall'accoglienza la figura dello psicologo, e comprende in fase post-dimissione un *follow-up* telefonico a 1 e 3 mesi.

Metodi. Dei pazienti ricoverati nel periodo 2018-2022 abbiamo considerato: età, provenienza, destinazione post-dimissione, valutazione cognitiva (*Mini-Mental State Examination* - MMSE; *Clinical Dementia Rating Scale* - CDR), funzionale-assistenziale (Indice di Complessità Assistenziale - ICA, Indice di Barthel, scala di Tinetti, *Blaylock Risk Assessment Screening Score* - BRASS), comportamentale (*Neuropsychiatric Inventory*), e di stress del *caregiver* (*Relative Stress Scale*), indagando la correlazione degli indicatori con gli esiti negativi intraricovero. Dei pazienti dimessi al domicilio, al *follow-up* telefonico abbiamo valutato le modalità di assistenza domiciliare formale ed informale, le modifiche della terapia psicotropa ed eventuali eventi acuti.

Risultati. I 726 pazienti, consecutivamente ricoverati in Cure Intermedie Alzheimer nel quinquennio, hanno età media di 82 anni, provengono per il 69% dal domicilio e rientrano prevalentemente (43%) al domicilio. Il 39% viene dimesso verso RSA, il 5% è inviato in ospedale, mentre il 13% decede durante il ricovero. I pazienti presentano valori di mediana di: MMSE 14/30, CDR 3/5, ICA 3, indice di Barthel 44/100, scala di Tinetti 15/28, NPI 48/144, gli ultimi tre significativamente migliorati in fase di dimissione. La correlazione degli indicatori col rischio di ospedalizzazione o decesso intraricovero è risultata statisticamente significativa (rho di Spearman). I 251 pazienti dimessi al domicilio e contattati telefonicamente a 1 e 3 mesi, rimangono al domicilio (90% e 80,5% rispettivamente), mantengono prevalentemente invariata la terapia psicotropa (84,6% e 82% rispettivamente) e presentano eventi acuti in percentuale minima (9,8% e 13% rispettivamente). Il *caregiver* formale è generalmente il figlio (80%), mentre a fornire assistenza diretta per oltre il 40% è un assistente privato, rispetto ad altri servizi (CDI, RSA aperta).

Conclusioni. Le persone con demenza e disturbi comportamentali che accedono al Nucleo Alzheimer sono una popolazione a moderata dipendenza funzionale ed elevata compromissione cognitiva, con disturbi comportamentali severi che beneficiano dell'approccio protesico integrato. Rientrate al domicilio, dove permangono, ricevono prevalentemente assistenza privata e mantengono un buon livello di stabilità clinica e comportamentale.

CDCD COME STRUTTURE PER LE CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI PER LE DEMENZE

Ferrigno Salvatore
CDCD (ex UVA) Costa d'Amalfi, ASL, Salerno

Introduzione. Dal 2000 ad oggi, il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD - ex UVA) Costa d'Amalfi costituisce una struttura di riferimento per l'inquadramento ed il trattamento di pazienti con patologie neurodegenerative. In aggiunta alle prescrizioni farmacologiche e il monitoraggio, esso svolge un ruolo importante nel rilascio di certificazioni medico legali.

Metodi. Sono stati osservati gli andamenti delle valutazioni cliniche, delle prescrizioni e delle certificazioni emesse negli anni 2012-2023 dal CDCD (ex UVA) Costa d'Amalfi.

Risultati. Da gennaio 2012 al 31/8/2023 sono state effettuate 1.016 visite. Un dato rilevante è quello delle certificazioni, che costituisce in media il 40% dell'attività annuale del centro. Da questa valutazione sono stati esclusi il 2021, che ha risentito di una lieve contrazione dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2 ed il 2012, anno di inizio della valutazione caratterizzato da una minore specificità delle richieste. Per quanto riguarda le prescrizioni, l'andamento generale è quello di una riduzione, in particolare del donepezil (da 14 a 3 nel decennio 2012-2022), mentre la memantina risulta avere un incremento nello stesso periodo (da 17 a 26).

Conclusioni. Dai risultati ottenuti da questa analisi emerge che il passaggio del CDCD Costa d'Amalfi (ex UVA), oltre a centro per diagnosi, prescrizione e monitoraggio di farmaci per la demenza svolge un'attività considerevole certificativa ai fini medico legali. Pertanto, i CDCD possono costituire un punto di riferimento valido per la valutazione complessiva finalizzata al rilascio delle certificazioni, in particolare per le commissioni di invalidità civile.

◎ FREQUENZA E PREDITTORI CLINICI DI DECLINO COGNITIVO SOGGETTIVO NELLA POPOLAZIONE AFFERENTE AI CDCD OSPEDALIERI: *PRECLINICAL COGNITIVE IMPAIRMENT STUDY IN THE ELDERLY*

D'Antonio Fabrizia (a), Baschi Roberta (b), Boccardi Virginia (c), Di Giorgi Lucia (b), Rubino Elisa (b), Bruno Giuseppe (a), Guariglia Cecilia (d), Mecocci Patrizia (c), Monastero Roberto (b)

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

(b) *Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica Avanzata, Università degli Studi, Palermo*

(c) *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Perugia*

(d) *Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. Il declino cognitivo soggettivo (SCD) è una condizione caratterizzata dalla percezione soggettiva di deterioramento delle capacità cognitive che non viene confermato da test cognitivi. La prevalenza di declino cognitivo soggettivo riportata in letteratura è di circa il 25%, ma le stime sulla prevalenza variano ampiamente tra gli studi. Scopo di questo studio è valutare la frequenza e le caratteristiche cliniche associate al declino cognitivo soggettivo in un'ampia coorte di soggetti anziani non dementi.

Metodi. Il *Preclinical Cognitive Impairment Study in the Elderly* (PreCISE), è uno studio multicentrico che coinvolge tre cliniche della memoria situate nel Centro e nel Sud dell'Italia. Il declino cognitivo soggettivo è stato diagnosticato secondo i criteri di Jessen et al. 2014. Il disturbo cognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment* - MCI) è stato diagnosticato secondo i criteri modificati di Petersen nel 1999.

Risultati. Su un totale di 1.675 soggetti valutati longitudinalmente per un periodo di 5 anni nelle tre cliniche della memoria, dopo l'esclusione dei soggetti con demenza, basso *Mini-Mental State Examination* e parkinsonismo/psicosi, sono stati inclusi 1.080 soggetti senza demenza. Di questi, 195 (11,6%) erano controlli (soggetti senza *Subjective Cognitive Decline* - SCD e senza MCI; 47,7% uomini; età media 66,3±9,6 anni), 269 (16,1%) erano soggetti con SCD (69,1% uomini; età media 65,9±8,7 anni) e 616 (36,8%) soggetti con MCI (55,2% uomini; età media 70,9±8,5 anni). Confrontando controlli e MCI con SCD, quest'ultima condizione era statisticamente più frequente nelle donne che negli uomini ($p<.0001$ per entrambi i confronti). Al contrario, la scolarità era più bassa nel gruppo MCI rispetto ai controlli e al gruppo SCD ($p<.0001$ per entrambi i confronti). Valori simili sono stati trovati tra controlli e SCD nella *Montreal Objective Cognitive Assessment*, nella *Geriatric Depression Scale*, nella quantità di ADL strumentali perse e nella *Unified Parkinson's Disease Rating Scale-parte III* ($p<.0,1$ per tutti i confronti). Al contrario, i soggetti con SCD e MCI avevano un valore totale di sintomi neuropsichiatrici più elevato (*Neuropsychiatric Inventory*, punteggio totale) rispetto ai controlli ($p<.0001$ per entrambi i confronti).

Conclusioni. La frequenza del declino cognitivo soggettivo nello studio PreCISE è stata superiore al 15%. Il declino cognitivo soggettivo sembra essere più frequente nelle

donne rispetto ai controlli e agli MCI. Rispetto ai controlli, il declino cognitivo soggettivo è associato ad un carico maggiore di sintomi neuropsichiatrici, ma senza differenze nel funzionamento cognitivo complessivo.

ESPERIENZE INNOVATIVE DEL PROGETTO REGIONALE SOLLIEVO: LIBRA-MENTE, IL VALORE DELL'APPROCCIO INTERGENERAZIONALE NELLA PREVENZIONE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO

Ferrari Arianna (a), Cosmo Vicenza Chiara (a), Cazzari Vicenza Elena (a), Zapparoli Alessandra (b), Basso Cristina (c)

(a) *Impresa Sociale Rindola, Vicenza*

(b) *Direzione Servizi Sociali Regione Veneto, Venezia*

(c) *Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero, Regione Veneto, Padova*

Introduzione. Il progetto “Libra-mente: racconti di fragilità positiva” è stato promosso dal Comune di Vigonovo in partnership con altri 4 comuni della provincia di Venezia (Campolongo Maggiore, Fossò, Camponogara, Fiesso D’Artico) e sostenuto dal Bando Invecchiamento attivo della Regione Veneto. Il progetto ha coinvolto anche 5 associazioni territoriali (Meravigliosamente, Società Servizi Socio Culturali, Associazione Impresa Sociale Rindola, Istituto Scolastico Comprensivo di Vigonovo) ed è stato introdotto poi anche in scuola della provincia di Vicenza. Poiché dai dati di letteratura emerge che lo stigma viene vissuto da oltre il 75% delle persone affette da Disturbo Neurocognitivo (DNC), e questo contribuisce ad aumentare l’isolamento sociale e i ritardi nella ricerca e nella diagnosi (Alzheimer's Disease International, 2012) e che Organizzazione Mondiale della Sanità, da tempo suggerisce la necessità di migliorare la consapevolezza e l’alfabetizzazione del DNC, nel presente progetto sono stati definiti e implementati interventi specifici di educazione primaria e secondaria destinati all’età pre-adolescenziale.

Metodi. Il gruppo di lavoro del presente progetto si fonda sulla multidisciplinarietà dei professionisti e sulla co-partecipazione di un gruppo di pazienti affetti da DNC in fase iniziale e con un buon grado di consapevolezza. Tra i professionisti coinvolti: uno psicologo, un educatore, un’assistente sociale, un gruppo di insegnanti della scuola primaria, un’illustratrice, un regista e un videomaker. Il progetto inizia con un *focus group* per la scelta delle strategie da adottare che riguardano la sensibilizzazione della comunità in merito al disturbo Neurocognitivo, il *target* da coinvolgere, la scelta dello strumento operativo. Successivamente è stata svolta un’indagine qualitativa volta a comprendere cosa le persone con esperienza personale di DNC vorrebbero che si comprendesse sulla malattia e sulle sue conseguenze. Infine, è stato predisposto un protocollo scolastico. Il Progetto Libra-mente si rivolge ai ragazzi in età pre-adolescenziale (IV e V primaria) in quanto: le convinzioni stereotipate raggiungono il picco di flessibilità intorno ai 10-14 anni di età, le stime attuali dicono che un terzo dei giovani conosce qualcuno affetto da DNC e gli adolescenti dimostrano una maggiore reattività all’educazione anti-stigma rispetto agli adulti. Luogo elettivo per questo tipo di percorso è la scuola, teatro di crescita civile per eccellenza, l’ambiente dove inizia a plasmarsi il valore comunitario dello stare insieme. Strumento di mediazione facilitante è un racconto “Il coraggio di Mario” ideato e scritto dai pazienti, corredato da un video che agevola la condivisione immediata della vicenda di

Mario al fine di creare un'opportunità di confronto. Il racconto rappresenta uno strumento per parlare di disagio cognitivo ai ragazzi delle scuole primarie affrontando il tema dell'inclusione e dell'integrazione attraverso la vicenda di Mario, un bambino che a causa di un maleficio non riesce più a ricordare e a ragionare come un tempo. I ragazzi grazie alla vicenda di Mario imparano a riflettere sulla condizione di fragilità e su come vincere l'isolamento e la paura. Nella struttura del racconto i personaggi, elaborati dalle persone con DNC, sono credibili e simili al pubblico, elementi noti per essere persuasivi nel ridurre lo stigma, e l'uso dell'animazione drammatizzata e della narrazione rappresentano motivatori consolidati del comportamento prosociale nei giovani. Il protocollo scolastico prevede 90 min di sessione per classe; le tecniche utilizzate sono: *role playing* e *focus group* condotti da due esperti in collaborazione con l'insegnante.

Risultati. Al progetto hanno aderito 156 ragazzi (54% femmine) delle classi IV e V primaria della provincia di Venezia e di Vicenza. È stata condotta un'analisi preliminare qualitativa sia rispetto alla tipologia dello strumento, sia rispetto ai contenuti evocati nei ragazzi. I rapporti hanno indicato che il programma è coinvolgente e può rappresentare uno strumento utile di educazione all'emotività. Dall'analisi qualitativa è emerso che gli adulti tendono a sottovalutare i giovani pensando che siano emotivamente immaturi e pertanto non in grado di affrontare tematiche sul DNC. Dall'analisi è emerso che i ragazzi in età pre-adolescenziale hanno già acquisito skills emotivi tanto che si sono dimostrati desiderosi di partecipare alle conversazioni sul DNC e di condividere esperienze personali sulla conoscenza di un parente affetto da questa malattia.

Conclusioni. Sebbene siano disponibili diversi siti web, libri di fiabe e racconti per supportare la comprensione dei giovani in merito al DNC, non sempre vengono coinvolti, inoltre i giovani stessi non sono ancora stati riconosciuti come risorsa in questo ambito e in Italia non vi è alcun requisito per l'educazione al DNC nel curriculum educativo della scuola primaria. Dall'esperienza di questo progetto si conclude che forme di educazione destinate all'età pre-adolescenziale (fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo) sono fondamentali per fornire strumenti per poter affrontare e gestire successivamente in modo efficace la malattia. Libramente è la testimonianza di come i giovani possano essere in grado di veicolare un modo potenzialmente nuovo di alfabetizzazione del DNC nel mondo degli adulti.

FRAILITY INDEX NEL SETTING DI UN CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Gallucci Maurizio (a,b), Grassi Alberto (c), Focella Lucia (a), Grassivaro Francesca (a), Da Ronch Chiara (a), Gallucci Marco (d), Marzetti Emanuele (e,f)

(a) *Centro per il Disturbi Cognitivi e le Demenze, ULSS2 Marca Trevigiana, Treviso*

(b) *Associazione Alzheimer Treviso, Treviso*

(c) *Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi, Padova*

(d) *Dipartimento di Scienze Cardiache, Toraciche, Vascolari e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi, Padova*

(e) *Dipartimento di Geriatria e Ortopedia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(f) *Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Roma*

Introduzione. La fragilità è una condizione caratterizzata da una riduzione delle riserve omeostatiche dell'individuo e che comporta una aumentata vulnerabilità ad agenti stressanti endogeni ed esogeni. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) della AULSS2 Marca Trevigiana utilizza routinariamente più strumenti indirizzati alla valutazione multidimensionale, prognostica e della fragilità. I principali strumenti utilizzati sono il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI), il questionario per la rilevazione della fragilità sviluppato e pubblicato da M. Cesari nel 2012 e il *Frailty Index* (FI), proposto da Rockwood. Quest'ultimo è stato concepito secondo un modello di "accumulazione dei deficit": un maggiore numero dei deficit presenti in un individuo, corrisponde ad un più severo grado di fragilità. Il FI è composto da un insieme di variabili che esprimono patologie, sintomi, disabilità, parametri di laboratorio. Il FI esprime il rapporto tra il numero dei deficit che un soggetto presenta ed il numero totale delle variabili considerate. Nel 2018 abbiamo descritto l'esistenza di associazioni tra FI e atrofia cerebrale in pazienti con decadimento cognitivo. L'obiettivo di questa presentazione è illustrare l'associazione tra FI e danno vascolare cerebrale (VBD).

Metodi. Il Registro TREDEM (Treviso Dementia) ha fornito i dati osservazionali retrospettivi di 1.584 pazienti afferiti nel tempo al CDCD di Treviso. È stata effettuata una dettagliata raccolta di dati anamnestici, fisici, neuropsicologici, neuroradiologici ed ematochimici. Il calcolo del FI è stato realizzato utilizzando 50 variabili comprendenti patologie, disabilità, disturbi del comportamento e parametri ematochimici. La severità della atrofia (bassa, moderata o severa) nelle regioni corticali (frontale, parietale, temporale ed occipitale), sottocorticali (perinsulare, basale, al vertice) e l'ampiezza dei ventricoli laterali, sono state rilevate con metodica TAC e approfondimenti RM in caso di necessità. Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica multipla con metodo *backward stepwise*.

Risultati. L'età media dei 1.584 partecipanti era di $79,6 \pm 7,5$ anni e 1.033 (65,2%) erano femmine. La media del numero di deficit era $11,6 \pm 6,2$, corrispondente a un FI di $0,23 \pm 0,12$ (intervallo: 0,00-0,56). Ad ogni incremento di un centesimo del FI era associata a una maggiore probabilità di leucoaraiosi (+2,3%), di grave leucoaraiosi (+5%), di lacune nei gangli della base (+1,73%), nei lobi occipitali (+2,7%), nei lobi parietali (+3%), nei lobi frontali (+3,6%), in quelli temporali (+4,2%) e nel talamo (+4,4%). Inoltre, ogni incremento di un centesimo del FI era associato ad un aumento del 3,1% della probabilità di punteggio di danno vascolare globale (*Hierarchical vascular rating scale*, HVRS) ≥ 2 .

Conclusioni. Un FI, basato su variabili cliniche e di laboratorio di routine, mostra associazioni con la presenza, grado e localizzazioni di VBD in una popolazione di anziani con declino cognitivo. Questo strumento di valutazione della fragilità può quindi essere utilizzato per identificare individui a rischio di sviluppare malattie cerebrovascolari e, di conseguenza, per implementare strategie per il controllo dei fattori di rischio vascolare.

PERCORSO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA CON L'ARTE - CENTRO SERVIZI RESIDENZIALE "DON MOSCHETTA" FEBBRAIO-GIUGNO 2023

Garbo Paola, Marchesini Cristina, Rinaldi Alex
Azienda Speciale Don Moschetta, Caorle, Venezia

Introduzione. La terapia di stimolazione cognitiva rappresenta una modalità di intervento alternativa ai vari trattamenti farmacologici nei quadri di disturbo neurocognitivo. Le arti giocano un ruolo essenziale e dagli esiti positivi: il contatto con la bellezza attiva le emozioni, aiuta la connessione con la persona con sé stessa e gli altri, con ramificazioni sulla cognitivtà, sulla qualità di vita e sulla partecipazione sociale.

Metodi. Il lavoro è stato realizzato utilizzando un protocollo di attivazione cognitivo-comunicativo (contenuta nel manuale "Una palestra per la mente al museo") per soggetti con un declino cognitivo lieve-moderato attraverso un'attività codificata e strutturata, in cui l'analisi dell'opera d'arte si fa supporto per mediare i contenuti terapeutici in un contesto socio-sanitario e non necessariamente museale.

Risultati. Il progetto non si è posto fini diagnostici, sono state monitorate le presenze. Agli ospiti maggiormente integri è stato somministrato il *Mini Mental State Examination* pre e post intervento per una breve valutazione cognitiva ed infine è stato somministrato un questionario di gradimento.

Conclusioni. Gli ospiti hanno iniziato a richiedere spontaneamente di poter essere presenti ai vari incontri, dimostrando il loro interesse anche attraverso capacità di attenzione sostenuta. I dati raccolti con il *Mini Mental State Examination* hanno evidenziato un miglioramento per quattro ospiti su otto, il mantenimento per due e il peggioramento per due ospiti, per i quali si è riscontrato un generale peggioramento della situazione sanitaria. La valutazione del gradimento ha fatto emergere la disponibilità degli ospiti a partecipare ad attività simili a quella proposta.

DA CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE A CLINICA DELLA MEMORIA: VERSO UNA NUOVA RIDEFINIZIONE?

Gasparini Marina (a), Vanacore Nicola (b)

(a) *Psicologa, Roma*

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

Introduzione. Descritte come Centri/Servizi per i disturbi cognitivi, la Demenza, o i Disturbi della Memoria, le Cliniche della Memoria (CM) operano come centri diagnostici in quasi tutti i Paesi dell'Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica e rappresentano il *gold-standard* per la valutazione degli stadi precoci delle demenze o gli esordi atipici. Una valutazione formale presso una CM è parte del percorso diagnostico raccomandato in molti Paesi: le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* le identificano come il "punto di riferimento unico per le persone con possibile demenza" (NICE, 2006), in quanto forniscono la valutazione del paziente, la gestione del caso, e il supporto post-diagnostico sotto forma di interventi farmacologici e non. Molti Paesi europei hanno prodotto raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento delle demenze. Sebbene non identiche, tutte concordano sul fatto che la demenza e il *Mild Cognitive Impairment* dovrebbero essere diagnosticati precocemente, e ciò richiede valutazioni specialistiche.

Metodi. È stata condotta una disamina sui criteri costitutivi delle CM di alcuni paesi europei (Francia, Germania e Gran Bretagna) messi poi a confronto con l'organizzazione dei CDCD italiani. Per questi ultimi, i dati della recente *survey* condotta dall'ISS non offrono un panorama incoraggiante: l'accesso alle cure non è infatti distribuito in modo uniforme sul territorio, ma vede una netta prevalenza del Nord Italia rispetto al Centro e al Sud-Isole.

Risultati. Pur nella loro variabilità, i criteri di definizione di una CM nei principali paesi europei hanno alcuni punti in comune: a) una équipe multidisciplinare composta da due o più medici specialisti, almeno un neuropsicologo, personale infermieristico e amministrativo; b) la disponibilità diagnostico-strumentale: risonanza magnetica nucleare o tomografia computerizzata cerebrale, tomografia a emissione di positroni o tomografia computerizzata ad emissione di fotoni singoli, esame del liquor, analisi genetica; c) una valutazione neuropsicologica di II livello; d) l'inserimento della CM nella rete socio-assistenziale: medici di medicina generale, servizi residenziali e Associazioni.

Conclusioni. Attualmente, la maggior parte delle CM è in grado di fornire servizi solo a una piccola percentuale di casi incidenti che presentano sintomi complessi o atipici di declino cognitivo, ed è per lo più concentrata sulla valutazione diagnostica, con poche risorse per fornire un'assistenza continuativa. Non a caso, secondo il Rapporto Mondiale Alzheimer del 2021, nel 47% dei casi ci sono ritardi nel processo diagnostico a causa del mancato accesso a medici esperti. Nel lungo termine, le nuove politiche che ridefiniscono il ruolo delle CM devono prevedere un sostegno finanziario mirato per incrementare le capacità delle attuali CM, e rispondere adeguatamente alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie.

PERFORMANCE DIAGNOSTICA DEI BIOMARCATORI PLASMATICI PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER IN SOGGETTI CON DECLINO COGNITIVO LIEVE

Giuffrè Guido Maria (a,b), Quaranta Davide (a,b), Vita Maria Gabriella (a), Costantini Emanuele Maria (a), Citro Salvatore (a,b), Carrozza Cinzia (c), De Ninno Grazia (c), Calabresi Paolo (a,b), Marra Camillo (b,d)

(a) *Neurologia, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

(b) *Dipartimento di Neuroscienze, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(c) *Unità Operativa Complessa di Chimica, Biochimica e Biologia Molecolare Clinica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

(d) *Clinica della Memoria, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) è caratterizzata patologicamente dall'accumulo di β -amiloide ($A\beta$) e proteina tau iperfosforilata (p-tau) nel tessuto cerebrale. Attualmente, l'analisi del liquor cerebrospinale e la *Positron Emission Tomography* (PET) rappresentano il *gold standard* per l'identificazione della patologia AD *in vivo*, ma la limitata disponibilità, l'invasività, i costi e le controindicazioni di tali strumenti ne ostacolano la diffusione globale. In tale ottica, i nuovi biomarcatori plasmatici di amiloidopatia e taupatia potrebbero rivoluzionare il percorso diagnostico dei soggetti con disturbi cognitivi. Pertanto, sono attualmente oggetto di ricerca degli strumenti che consentano di effettuare saggi di biomarcatori plasmatici completamente automatizzati ed adeguatamente affidabili. Lo scopo di questo studio è quello di valutare le prestazioni diagnostiche dei nuovi saggi Lumipulse G per $A\beta_{40}$, $A\beta_{42}$ e p-tau181 plasmatici in un gruppo di soggetti con declino cognitivo lieve di tipo amnesico (aMCI) ed esplorare le associazioni tra biomarcatori plasmatici e biomarcatori liquorali misurati con la medesima metodica.

Metodi. Sono stati raccolti campioni di liquor cerebrospinale e plasma da 70 soggetti con aMCI, suddivisi in A+ (aMCI *due to* AD) e A- (aMCI *unlikely due to* AD). La quantificazione di $A\beta_{40}$, $A\beta_{42}$, p-tau181 e t-tau nel liquor cerebrospinale e di $A\beta_{40}$, $A\beta_{42}$ e p-tau181 nel plasma è stata condotta mediante saggi Lumipulse G sull'analizzatore LUMIPULSE G600II (Fujirebio), un sistema completamente automatizzato di immunoanalisi enzimatica a chemiluminescenza (CLEIA).

Risultati. Confrontando i valori dei biomarcatori plasmatici nei soggetti aMCI A+ e nei soggetti aMCI A-, nel primo gruppo sono stati riscontrati valori significativamente inferiori di $A\beta_{42}$, $A\beta_{42}/40$ e $A\beta_{42}/p\text{-tau}181$ e valori significativamente superiori di p-tau181. Tutti i biomarcatori plasmatici ed i loro rapporti, ad eccezione di $A\beta_{40}$, hanno mostrato un'eccellente accuratezza nel distinguere gli aMCI A+ dagli aMCI A-. In particolare, il rapporto $A\beta_{42}/p\text{-tau}181$ è risultato essere il parametro più accurato per la diagnosi differenziale (AUC 0,895, sensibilità 95,1%, specificità 82,8%). I valori dei biomarcatori plasmatici sono risultati essere significativamente correlati alla concentrazione dei biomarcatori ATN nel liquor cerebrospinale.

Conclusioni. I saggi automatizzati Lumipulse G per biomarcatori plasmatici hanno dimostrato un elevato grado di precisione nella discriminazione tra soggetti A+ (*continuum* AD) e soggetti A-. Questi strumenti potrebbero dunque consentire una semplificazione del percorso diagnostico dei soggetti con disturbi cognitivi, permettendo una più precoce e diffusa dei soggetti affetti e riducendo la necessità di esami costosi, invasivi e meno disponibili sul territorio. Ulteriori studi multicentrici e longitudinali saranno necessari per validare il ruolo dei biomarcatori plasmatici nella pratica clinica.

PRATICHE DIALOGICHE NEI CENTRI DIURNI- ALZHEIMER

Gucciardino Liana, Chillemi Gaetana, La Sala Savona Paola, Sgarito Claudia
Unità Operativa Complessa Malattie Psichiatriche Degenerative ed Involutive, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento 1, Agrigento

Introduzione. Negli ultimi 10 anni è cresciuto anche in Italia l'interesse per l'approccio Dialogo Aperto, sviluppatosi in Finlandia negli anni '80. Tale interesse si basa su alcune caratteristiche di questo approccio. In particolare, il coinvolgimento attivo della persona e della sua rete familiare e microsociale in tutte le fasi del percorso di cura e in tutte le decisioni che lo caratterizzano. Altro motivo d'interesse è la sperimentazione di questo approccio applicato nella gestione della malattia di Alzheimer. Il Dipartimento Salute Mentale e la Unità Operativa Complessa Malattie Degenerative ed Involutive dell'ASP 1 di Agrigento ha promosso questo programma di formazione, finalizzato alla ricerca sulla trasferibilità, in base al potenziale d'aiuto di tale approccio rispetto la gestione ed il carico di cura dei *caregiver* del paziente affetto da demenza. La formazione e l'esperienza maturata con gli utenti del Centro Diurno (CD) Alzheimer di Agrigento è stata estremamente positiva e motivante per tutti coloro che l'hanno portata a termine.

Metodi. La sperimentazione, ha rappresentato per noi una nuova modalità di lavoro con le famiglie ed i pazienti del CD Alzheimer in particolare sono state coinvolte 10 famiglie e utenti che frequentano il CD Alzheimer di Agrigento. L'intervento si è caratterizzato come un approccio partecipativo centrato sui punti di forza e sulle risorse che una famiglia può mettere in campo a protezione dei loro familiari affetti da Alzheimer e che si trovano a vivere situazioni di difficoltà. Questo modello innovativo tende a creare alleanze con le famiglie che giungono al nostro servizio, in un contesto di ascolto in cui le famiglie non si sentono giudicate ma sostenute nella ricerca di soluzioni utili a protezione loro e dei loro familiari. Il presupposto del modello è quello di cercare di costruire ponti e non barriere, e di mettere al centro la famiglia. Strumenti: pratiche dialogiche, dialogo aperto, condivisione dei percorsi di cura, valutazione.

Risultati. Avviata la riflessione per rivedere il linguaggio e le parole del gruppo affinché tutte le composizioni familiari si sentano nominate e "partecipi" all'interno del gruppo lavoro; ampliare le proposte a sostegno delle famiglie e dei *caregiver*; ampliare le consulenze familiari sia sul fronte delle funzioni di supporto che su quello dell'adattamento relativo ai cambiamenti delle organizzazioni familiari, In particolare si evidenzia che il 80% dei familiari ha partecipato al gruppo mostrando soddisfazione del lavoro proposto.

Conclusioni. I risultati indicano una buona efficacia nel gruppo sperimentale del CD Alzheimer. L'approccio dialogico applicato nel contesto di riabilitazione cognitiva, ha permesso l'esplorazione di nuovi paradigmi. Ha facilitato il passaggio dal paradigma del controllo e della paura a quello della responsabilità, dell'impegno, dell'intesa e dell'importanza della rete di supporto sviluppando una percezione positiva degli utenti e dei familiari, aumentando la soddisfazione nei confronti del Servizio di semi-residenzialità - Centro Diurno Alzheimer.

VIAGGIO TRA STORIA ARTE E SOCIALITÀ

Gucciardino Liana, La Sala Savona Paola, Chillemi Gaetana, Pecoraro Manuela
Unità Operativa Complessa Malattie Psichiatriche Degenerative ed Involutive, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento 1, Agrigento

Introduzione. L'arte, la bellezza, la creatività sono parte del patrimonio collettivo dell'essere umano e la sensibilità a esse permane anche quando altre funzioni cognitive vengono meno. Gli studi condotti negli ultimi anni hanno messo in evidenza come l'arte, nelle sue varie espressioni, svolga un ruolo di stimolazione efficace in persone con declino delle facoltà mentali sufficientemente grave da interferire con la vita quotidiana, perché opera su circuiti emozionali che si conservano più a lungo delle componenti cognitive, compromesse dalla malattia. Quando la memoria, il pensiero logico, il linguaggio verbale decadono è necessario identificare e sostenere altre vie di comunicazione che favoriscano il benessere della persona malata e di chi se ne prende cura, spesso familiari provati da una assistenza totalizzante. Partendo da questo assunto, l'equipe multi professionale che opera nei servizi di Semi-residenzialità Centro Diurno (CD) Alzheimer dell'Azienda Sanitaria Provinciale 1 di Agrigento, proseguendo e consolidando un sistema integrato di interventi psico-sociali a favore degli utenti e delle loro famiglie, ha intrapreso un nuovo progetto "Viaggio tra Storia Arte e Socialità" con visite museali presso il Museo Archeologico Pietro Griffo della Valle dei Templi di Agrigento.

Metodi. Obiettivo di questo percorso è stato quello di fornire nuove sollecitazioni attraverso la visione dei reperti e delle opere d'arte che funzionano da stimolo cognitivo, emotivo e relazionale. La narrazione diventa così un percorso nel quale le caratteristiche delle opere e le specificità storica del reperto archeologico si intrecciano con le emozioni, le rievocazioni di un mondo di simboli, immagini e ricordi appartenenti ad ogni Agrigentino. Il progetto, inoltre esplora la fattibilità di un modello di servizio integrato multidisciplinare, in cui le attività artistiche e culturali di alta qualità vengono incardinate sistematicamente nei percorsi di cura e assistenza.

Risultati. Maggiore consapevolezza di tutti gli attori sociosanitari e culturali che le attività incentrate su arte e patrimonio culturale, possono sostenere la prevenzione alleviare almeno in parte la pressione e il carico che gravano sui fornitori di assistenza alle persone con demenza. Il coinvolgimento attivo nelle arti e nel patrimonio può migliorare la funzione cerebrale, combattere l'isolamento, suscitare l'immaginazione, la curiosità e l'osservazione critica e la gioia di sentirsi ancora partecipi della comunità.

Conclusioni. La sperimentazione delle visite al museo, ha permesso di constatare come l'ispirazione artistica, l'interattività e la concentrazione, hanno effetti potenzianti. Proteggono dall'inerzia, aiutano ad affrontare le difficoltà collegate alla demenza e dissipare la solitudine che la condizione può portare. Sia nel caso in cui si tratti di impegnarsi in una nuova attività creativa o di ripristinare il senso della storia, ascoltare, osservare, aiutano a preservare l'identità sociale, l'autostima, il senso dello scopo, l'appartenenza e il benessere sociale dell'utente e della sua famiglia nella comunità.

PROGETTO RICOR-DARE: IL CDCD NELL'AMBITO DI UNA RETE TERRITORIALE INTEGRATA DI SERVIZI NELLA PROVINCIA DI PAVIA

Keller Karin (a), Aglieri Virginia (a), Schifino Nicola (b), Niutta Maurizio (b), Costa Alfredo (c), Cotta Ramusino Matteo (c), Allegri Nicola (d), Gardinali Roberto (c), Blandi Lorenzo (c), Bosone Daniele (c)

(a) *Consorzio Domicare, Pavia*

(b) *Azienda Servizi alla Persona, Pavia*

(c) *Istituto Neurologico IRCCS Fondazione Mondino, Pavia*

Introduzione. Tra le province lombarde, Pavia è la realtà con gli indicatori demografici più fragili e con la fascia di età over 65 più popolata (24,7% della popolazione), con una spesa stimata superiore ai 5 miliardi di euro, suddivisibili in costi medici (12%), costi sociali (42%) e costi legati all'assistenza informale (46%). Secondo l'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità, la provincia di Pavia conta quasi 9.000 pazienti con demenza, di cui 6.000 con malattia di Alzheimer. I dati di letteratura e l'esperienza quotidiana anche in questo territorio evidenzia che le difficoltà per arrivare ad una diagnosi tempestiva sono ancora molto forti per mancanza di percorsi sanitari dedicati e di una rete socio-sanitaria integrata e accessibile. In questo contesto estremamente critico, peggiorato nei suoi aspetti di cura ma anche di presa in carico sociale dalla recente pandemia, si inserisce il progetto Ricor-Dare, finanziato dalla Fondazione Cariplo nell'ambito del bando "Welfare in Ageing", che riunisce l'IRCCS Istituto Neurologico Nazionale "C. Mondino", l'Azienda Servizi alla Persona di Pavia e il Consorzio Domicare, organizzazione del terzo settore no-profit specializzata nei servizi socio-sanitari domiciliari. L'obiettivo è quello di integrare diverse competenze nell'ambito delle problematiche correlate all'invecchiamento e facilitare la creazione di una rete integrata di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, con l'ambizione di sperimentare un modello tecnicamente esportabile anche in altri territori di Regione Lombardia.

Metodi. Il modello progettato applica le linee guida e raccomandazioni del Piano Nazionale Demenze dell'ISS e le normative regionali che descrivono gli elementi costitutivi di tali percorsi, inclusa l'ultima DGR n. XI/6793 del 02/08/2022 che individua nella ASST di Pavia l'Ente HUB per il coordinamento della rete provinciale dei CDCD e che sarà, quindi, interlocutrice fondamentale del progetto insieme ai Piani di Zona dei Comuni e ai nuovi Distretti delle ASST e le 21 Case di Comunità previste in Provincia di Pavia. Le azioni previste dal protocollo sono essenzialmente le seguenti: la creazione di una cabina di regia che si avvale di un gruppo di lavoro tecnico e di un Tavolo di Coordinamento Territoriale, che coinvolga progressivamente tutti gli attori istituzionali e associativi della rete; la creazione di una Centrale Operativa Demenze (COD), motore del progetto e punto unico di riferimento per il territorio pavese che raccolga le segnalazioni di tutti gli attori coinvolti (medici di medicina generale, ospedali, residenze sanitarie assistenziali, servizi sociali) e permetta una presa in carico precoce indicando il percorso più idoneo da intraprendere; la comunicazione efficace dei servizi della nuova rete

territoriale a tutti gli enti e le organizzazioni che operano a diversi livelli a sostegno dell'anziano con demenza, e alla cittadinanza; il sostegno alle famiglie e ai *caregiver* formali e informali; formazione e momenti di confronto con la rete degli operatori coinvolti (sanitari, sociali o volontari delle associazioni); azioni mirate di “*screening*” e prevenzione nel prendere in carico i bisogni sanitari e sociali anche nei casi iniziali di deterioramento cognitivo; infine, la sensibilizzazione della comunità, attraverso l'organizzazione di interventi e iniziative in ambienti pubblici e privati e la creazione di raccolte fondi.

Risultati. I risultati attesi consistono principalmente, al termine dei 3 anni progettuali previsti per il progetto, un radicamento della nuova Rete Territoriale Integrata Demenze nel territorio di Pavia; la definizione con chiarezza di servizi, modalità di connessione fra articolazioni diverse, flussi di comunicazione, procedure e protocolli da seguire; il rafforzamento delle risorse già presenti con l'inserimento di servizi innovativi; l'allargamento delle conoscenze a tutti gli attori del territorio che si occupano di demenze; infine, la sperimentazione di un modello tecnicamente esportabile anche in altri territori di Regione Lombardia.

Conclusioni. Il modello proposto permetterà di costruire modalità di lavoro comuni e sinergie tra gli enti che si occupano di servizi rivolti alla demenza integrando servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. La Rete Territoriale permetterà di contrastare la frammentazione dei servizi per assicurare alle famiglie di trovare risposte rapide e concrete ai loro bisogni con l'obiettivo di ridurre le barriere di accesso ai servizi. Sarà altresì maggiormente coinvolto il territorio, con lo sviluppo di una comunità ispirata alle “*Dementia Friendly Communities*”.

BIOMARCATORI PLASMATICI E PROFILO LIQUORALE A+T+(N): VALIDAZIONE DI LABORATORIO SU UNA SERIE CONSECUTIVA NON SELEZIONATA DI COPPIE PLASMA-LIQUOR

Imperiale Daniele (a,b), Atzori Cristiana (b), Angeloro Daniele Pio (b,c), Murgioni Amelia (b,c), Secci Valentina (b,c), Monticciolo Giorgia (b,c), Manini Claudia (c)

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze Distretto Nord Ovest, ASL Città di Torino, Torino*

(b) *Laboratorio Neurobiologia Centro Regionale Diagnosi Osservazione Malattie Prioniche, ASL Città di Torino, Torino*

(c) *Struttura Complessa Anatomia Patologica, ASL Città di Torino, Torino*

Introduzione. Vi è un crescente interesse circa la possibile applicazione clinica del dosaggio plasmatico di alcuni biomarcatori liquorali già validati IVD, in particolare pTau181 e ABeta42/40, utili per l'inquadramento clinico-biologico dei pazienti con disturbi cognitivi. È noto, infatti, come valori liquorali di ABeta42/40 < 0,068 e di pTau181 > 59 pg/ml si associno a depositi tissutali di placche di amiloide ed aggregati di proteina tau iperfosforilata, elementi neuropatologici caratteristici della demenza di Alzheimer (AD). Dal punto di vista biologico, detti valori sono indicativi di un profilo A+T+(N) secondo la classificazione ATN. Scopo del lavoro è stato effettuare una validazione di laboratorio ad uso interno di due kit RUO in chemiluminescenza per la determinazione di pTau181 e ABeta42/40 plasmatiche, con particolare attenzione alla predittività degli stessi di un profilo liquorale A+T+(N).

Metodi. Su 155 coppie consecutive non selezionate di plasma-liquor (73 donne, 82 uomini), in cui erano noti i valori liquorali di pTau181 e ABeta42/40, sono stati determinati i corrispondenti valori plasmatici mediante piattaforma CLIA automatizzata. Sono stati definiti due gruppi, "POS" (33 coppie) e "NEG" (122 coppie) a seconda o meno del riscontro di un profilo A+T+(N) su liquor. Il livello di significatività è stato preliminarmente posto a $p < 0,05$. Le variabili continue (età, pTau181, ABeta42/40) sono state espresse come mediana (IQR) e analizzate mediante test di Mann-Whitney. Le variabili nominali sono state espresse come percentuale ed analizzate mediante il test Chi-quadro. I valori di *cut-off* di pTau181 e ABeta42/40 per classificare al meglio le coppie rispetto allo status A+T+(N) sono stati individuati mediante curve ROC con determinazione delle AUC e dei punti di Youden.

Risultati. Nei due gruppi in studio l'età mediana (IQR) è risultata significativamente superiore in "POS" versus "NEG" (73 (66,5-77,0), $p = 0,0004$) mentre non sono state evidenziate differenze statisticamente significative nelle distribuzioni di genere. I valori plasmatici di pTau181 sono risultati significativamente superiori nel gruppo "POS" rispetto al gruppo "NEG" (3,30 (2,26-4,47) vs 1,41 (1,02-2,21), $p < 0,0001$) mentre i valori di ABeta42/40 sono risultati significativamente inferiori (0,069 (0,062-0,077) vs 0,079 (0,072-0,089), $p < 0,0001$). Le curve ROC di pTau181 e ABeta42/40 plasmatici, ponendo come esito il profilo A+T+(N), hanno presentato un'AUC pari rispettivamente a 0,809 e 0,759 ($p < 0,001$).

I corrispondenti valori di *cut-off* sono risultati rispettivamente pTau181>1,9 (sensibilità 0,909/specificità 0,680) e ABeta42/40≤0,069 (sensibilità 0,545/specificità 0,861).

Conclusioni. I dati presentati suggeriscono il possibile ruolo di pTau181 e ABeta42/40 plasmatiche come test di screening per selezionare i soggetti da sottoporre successivamente a rachedentesi diagnostica per la determinazione dei biomarcatori AD-correlati.

FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE: UN'OPPORTUNITÀ DA RIPETERE

Ivaldi Claudio (a), Dijk Babette (b), Leonardi Alessandro (c), Novelli Alessio (d), Pardini Matteo (e), Prete Camilla (f), Russo Giuseppe (g), Podestà Mirta (h), Palummeri Ernesto (h)

(a) ASL 3 Genovese, Genova

(b) ASL 4 Chiavari, Genova

(c) ASL 1 Imperia

(d) ASL 5 La Spezia

(e) Policlinico San Martino, Genova

(f) Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

(g) ASL 2 Savona

(h) A.Li.Sa. Azienda Ligure Sanitaria, Genova

Introduzione. L'istituzione di un "Fondo per l'Alzheimer e le demenze" da parte del Ministero della Salute (fortemente supportata dall'Istituto Superiore di Sanità) ha messo per la prima volta a disposizione un supporto economico dedicato a questa sindrome. Lo stanziamento è stato vincolato alla presentazione di un progetto regionale che seguisse almeno una delle 5 linee di indirizzo proposte dal Ministero stesso. La scelta della Rete Demenze di Regione Liguria è stata di utilizzare tutta la risorsa attribuita nella linea 5 "attivazione di percorsi di stimolazione cognitiva, di percorsi socio-assistenziali e sociosanitari e di formazione/sostegno ai *caregiver*", trattamenti rivolti, pertanto sia alle persone affette da Disturbo Neurocognitivo Maggiore (DNM) di qualunque eziologia, sia ai loro *caregiver*. Scopo del lavoro è descrivere il processo con cui si è elaborato il progetto, che ha permesso l'avvio degli interventi a partire dal 23/1/2023.

Metodi. La Rete Demenze di Regione Liguria sovrintende l'attività dei 7 CDCD regionali (uno per ciascuna delle 4 ASL + 3 per l'Area Metropolitana di Genova); la scelta di investire la quota parte del Fondo nella linea 5 è motivata dalla constatazione delle gravi carenze in quest'ambito; con un questionario, compilato dai responsabili dei CDCD si è infatti rilevata da una parte l'assenza sul territorio di trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali erogati tramite il servizio sanitario regionale, dall'altra la presenza di trattamenti di varia tipologia e qualità erogati da Enti od Associazioni no-profit senza un effettivo coordinamento da parte del CDCD territoriale; tutto ciò senza la possibilità, infine, di raccogliere documentazione circa l'efficacia o meno di tali trattamenti. Attraverso una serie di incontri e riunioni con il Tavolo Nazionale Demenze e tra i responsabili dei CDCD e gli Enti/associazioni interessati si è pertanto giunti alla definizione di una serie di trattamenti volti a compensare le carenze sul territorio (di un'offerta di trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali finalizzati a contrastare diverse forme di demenza) con attività mirate e coordinate che coinvolgono tutti i CDCD (del territorio), in collaborazione con le associazioni no-profit e sotto la supervisione della Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa); tale attività sta consentendo, attraverso il coinvolgimento dell'intera Rete per le Demenze, di raccogliere dati per valutare efficacia e sostenibilità dei trattamenti erogati e dei protocolli adottati per la loro erogazione.

Risultati. I trattamenti del protocollo sono stati attuati direttamente dai CDCD o, tramite opportuni accordi, da 11 Enti/associazioni risultati idonei ad una Domanda di Interesse emessa dalle varie aziende Sanitarie. Gli interventi sono divisi in 4 tipologie; 1) trattamenti di stimolazione cognitiva basati sulla Cognitive Stimulation Therapy, secondo il protocollo della *Cognitive Stimulation Therapy* (CST, Spector et al., 2003); 2) trattamenti basati sull'attività motoria; 3) trattamenti basati su arte e musicoterapia, 4) trattamenti psico-educazionali e psicosociali rivolti ai *caregiver*, inclusa l'assistenza domiciliare di supporto. Per ogni tipologia di intervento sono stati definiti indicazioni, criteri di inclusione ed esclusione, opportune misure di verifica dell'intervento; prima dell'avvio dei trattamenti sono stati effettuati corsi di formazione agli operatori (sia pubblici che degli enti/associazioni) per omogeneizzare le competenze di base. Sono stati infine formati anche tutti i possibili prescrittori, ovvero tutti i medici dei CDCD di Regione Liguria. Sono stati ad oggi arruolati: 24 pazienti (ASL 1); 38 pazienti (ASL 2); 100 pazienti (ASL 3); 69 pazienti (Galliera); 51 pazienti (San Martino); 67 (ASL 4); 59 (ASL 5) per un totale di 408 pazienti. L'eziologia della demenza è: AD nel 53,9% dei casi; AD+VD 23,4%; VD 13,8%; LBD + PDD 4,5%, FTD 3,2%; altro 1,2%. Per quanto riguarda le comorbidità, il 19% dei pazienti non presenta patologie croniche attive, il 17% ha 1 patologia, il 20% ha 2 patologie, il 18% ne ha 3, il 26% più di tre. Ad oggi sono stati prescritti 502 interventi pazienti a 408 pazienti; gli interventi maggiormente prescritti sono stati al 66,7% CST, Attività motoria al 15,9%; Supporto al *caregiver* 16,7%; arte e musicoterapia 0,7%.

Conclusioni. In attesa dei primi risultati su efficacia e gradimento da parte dell'utenza, le attività previste dal Fondo Alzheimer hanno consentito per la prima volta di somministrare trattamenti non farmacologici a carico del SSN a livello regionale; ben lungi da essere una misura sufficiente, questo intervento rappresenta comunque il primo "storico" tentativo di fornire trattamenti non solo farmacologici alle persone con disturbo neurocognitivo maggiore e supporto ai loro familiari.

◉ SPERIMENTAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI STIMOLAZIONE MOTORIA DI GRUPPO PER PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI DA ASSOCIARE ALLA COGNITIVE STIMULATION THERAPY

Lazzarino Margherita (a), Ivaldi Claudio (a), Orlando Francesco (b), Servidei Giacomo (b), Bergolo Andrea (b), Mirabella Anna (b), Donno Sara (b), Danti Ilaria (b)

(a) *ASL 3 Genovese, Genova*

(b) *Cooperativa La Giostra della Fantasia, Genova*

Introduzione. Da tempo si raccolgono evidenze a favore dell'importanza dell'attività fisica nella prevenzione del decadimento cognitivo, nel suo rallentamento e nella riattivazione cognitiva nelle persone con Disturbo Neurocognitivo Maggiore; relativamente meno chiara è l'individuazione del tipo di attività fisica utile e del "dosaggio" della stessa. La nostra idea è stata quella di strutturare un'attività di stimolazione motoria da affiancare al protocollo di stimolazione cognitiva di provata efficacia, la *Cognitive Stimulation Therapy* (CST), adattato alla cultura italiana, con una potenziale valenza, oltre che di riattivazione motoria per soggetti anziani spesso sedentari, anche di supporto e ampliamento della stimolazione cognitiva stessa. Le basi teoriche del protocollo di Stimolazione Motoria in estrema sintesi sono: 1) utilità dell'attività fisica nell'anziano; 2) efficacia del ricondizionamento, del rinforzo muscolare e dell'allenamento simile a quello del giovane; 3) maggiore efficacia dell'attività aerobica e utilità di attività di tipo "dual task"; 4) dimostrata efficacia del modello *task oriented*; 5) ruolo fondamentale della socializzazione e del divertimento in gruppo. Lo scopo del presente lavoro è quello di valutare applicabilità ed efficacia del protocollo motorio.

Metodi. Sulla base dei principi suddetti abbiamo sviluppato un programma semplice, strutturato in modo da poter essere facilmente replicabile, misurabile, di impegno progressivamente crescente, coinvolgente e divertente. Il programma si svolge in 7 settimane, per ricalcare la struttura della CST, prevede un'attività iniziale di "riscaldamento", mobilizzazione articolare attiva, esercizi aerobici e di rinforzo muscolare, esercizi per i passaggi posturali, esercizi per l'equilibrio statico e dinamico. È previsto l'uso di semplici attrezzi (es. palle e step). Ogni sessione di attività inizia allo stesso modo (riscaldamento con cammino accompagnato da musica) e si conclude allo stesso modo (gioco motorio), per creare una routine condivisa dai partecipanti. Il gioco motorio richiama le attività della CST svolte nella stessa sessione. Le altre attività variano focalizzandosi sui diversi obiettivi, con una intensità e difficoltà crescente nel corso delle settimane.

Risultati. Abbiamo sperimentato l'applicabilità di tale protocollo in associazione alla CST nell'ambito del progetto finanziato dal Fondo Alzheimer e che Regione Liguria ha interamente destinato alla Linea 5 "Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza". Ad oggi abbiamo arruolato oltre 50 pazienti, che termineranno il protocollo entro ottobre 2023; presentiamo in questa occasione i dati relativi ai primi 22 pazienti che hanno completato il primo ciclo di

trattamento. Si tratta di 22 pazienti (16 F/6 M), età media era di 75,9 anni (DS 6,5 anni), affetti da DNC maggiore (eziologia: 10 AD; 8 AD+CVD; 3 CVD; 1 FTD), di gravità lieve (CDR 1; 16 pazienti) e moderata (CDR 2; 6 pazienti) afferenti al CDCD Ponente di ASL 3 cui è offerto gratuitamente ciclo di CST (14 ore in 7 settimane continuative) e di stimolazione motoria (14 ore in 7 settimane continuative) attuata secondo il protocollo. I pazienti sono stati valutati con *Mini-Mental State Examination*, *Neuropsychiatric Inventory*, *Timed Up and Go*, *Short Physical Performance Battery* (SPPB) a inizio e fine trattamento. Come atteso, con l'applicazione del protocollo della CST, si è osservato il mantenimento dei valori medi del *Mini-Mental State Examination* (iniziale 21,0/30, DS 3,4; finale 21,5/30, DS 4,2) ed un miglioramento dei valori medi del NPI (iniziale 14,2/144, DS 8,5; finale 10,2/144, DS 6,3). Con l'utilizzo del protocollo motorio abbiamo osservato la riduzione dei tempi di esecuzione del TU&GO (iniziale 11,8", DS 4,6; finale 9,5", DS 2,8); 18/22 pazienti sono migliorati; 5 hanno cambiato categoria di rischio e raggiungono il livello di "rischio di caduta" standard), e un incremento dei valori del SPPB (20/22 pazienti migliorati; 6 pazienti migliorano la classe di rischio e raggiungono la "normalità" nell'SPPB).

Conclusioni. Per quanto numericamente scarsi, i primi dati sembrano indicare: applicabilità e buona tolleranza del protocollo; buona adesione al trattamento da parte di pazienti con DNC Maggiore di grado lieve/moderato di diversa eziologia; assenza di eventi avversi durante il trattamento; possibile efficacia nel ridurre il rischio di cadute e la performance motoria in generale. Sono ovviamente necessari ulteriori dati che possano confermare i risultati iniziali, ma quanto sinora ottenuto ci è sembrato particolarmente interessante.

NEURO-COVID? UN CASO CLINICO DI *DELIRIUM* PERSISTENTE NEL PAZIENTE ANZIANO

Locatelli Edoardo (a,b), Delmonte Marta (a,b), Balanzoni Simone (ab,), Zurlo Amedeo (a,b), Trevisan Caterina (a,c), Volpato Stefano (a,b)

(a) *Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi, Ferrara*

(b) *Unità Operativa di Geriatria e Ortogeriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara*

(c) *Aging Research Center, Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia*

Introduzione. L'infezione da SARS-CoV-2 rappresenta una nuova importante sfida per l'intero ambito sanitario mondiale. Infatti sia durante che dopo la fase acuta dell'infezione oltre ai sintomi respiratori, la malattia può complicarsi per il coinvolgimento di altri organi e apparati che possono determinare un decorso estremamente complicato della malattia. Durante le diverse ondate pandemiche, in molti pazienti contagiati da SARS-CoV-2, si sono registrate manifestazioni cliniche extra-respiratorie a carico di molteplici organi e apparati. Le sequele neurologiche più frequentemente registrate sembrano essere conseguenza di infiammazione cerebrale con compromissione sensoriale e sviluppo di disturbi cognitivi e allucinazioni.

Metodi. In questo studio, presentiamo il caso clinico di una paziente di 92 anni, già nota per deterioramento cognitivo su base mista vascolare degenerativa, con disturbi comportamentali in remissione farmacologica, che ha manifestato come unica sintomatologia dell'infezione da SARS-CoV-2 un quadro di delirium persistente con alterazioni del ritmo sonno-veglia e che ha beneficiato dell'assunzione di Palmitoietanolamide 800 mg/die.

Risultati. La piena risoluzione della sintomatologia psicotica, correlata da un recupero completo del quadro cognitivo comparabile alla condizione pre-morbosa, in assenza di altre condizioni cliniche significative che potessero giustificare il netto peggioramento cognitivo, fa supporre che vi sia una correlazione diretta tra il riscontro di infezione da SARS-CoV-2 e le manifestazioni psichiatriche presentate dalla paziente. La terapia farmacologica con Palmitoietanolamide 800mg/die prescritta durante la fase acuta sembrerebbe inoltre aver portato ad un beneficio, in quanto si è assistito ad una risoluzione della sintomatologia psicotica nelle settimane seguenti all'instaurazione del trattamento.

Conclusioni. Il SARS-CoV-2 sembra aver giocato un ruolo significativo nello sviluppo di delirium persistente, impattando negativamente sulla patologia neurodegenerativa di base pre-esistente. Da qui si evince la necessità di una più attenta valutazione del paziente anziano con disturbi neurocognitivi noti che manifesta uno stato di psicosi protratta nel tempo, non potendo escludere a priori che possa trattarsi di un segno atipico di infezione da SARS-CoV-2. Future ricerche saranno necessarie al fine di indagare in maniera più approfondita la correlazione tra delirium persistente e infezione acuta da SARS-CoV-2, la risposta neuro-infiammatoria che media tale relazione e gli effetti su questa della terapia con Palmitoietanolamide.

"PIANO DELLE ATTIVITÀ DELLA REGIONE CAMPANIA PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE" APPROVATO CON DGRC 468/2022

Longo Flavia Maria (a), Bove Angela (a), Costagliola Carmela (a), Papaccioli Giuseppe (b)
(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ASL Napoli 1 Centro, Napoli*
(b) *ASL Napoli 1 Centro, Napoli*

Introduzione. La demenza è tra le maggiori cause di disabilità nella popolazione anziana mondiale, include disturbi neurologici caratterizzati da perdita di memoria episodica e compromissione cognitiva. Importante nella diagnosi è l'individuazione del deterioramento cognitivo, che spesso non viene identificato per motivi economici, tecnici e sociali. L'obiettivo è fornire al paziente un percorso clinico-diagnostico completo e strutturato attraverso la valutazione neuropsicologica sul territorio della ASL Napoli 1 centro, in precedenza mai effettuata, così da intercettare i primi sintomi del paziente nelle fasi iniziali della malattia. Il neuropsicologo è importante poiché permette ai pazienti di sentirsi ascoltati in uno spazio, cognitivo ed emotivo, a loro dedicato, e migliorare la *compliance* del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale creando una relazione positiva tra paziente-neuropsicologo, fondamentale per la successiva riabilitazione cognitiva.

Metodi. È prevista una fase di approfondimento neuropsicologico mediante somministrazione di test cognitivi standardizzati e tarati in Italia per la valutazione dei domini cognitivi e compilazione di questionari per valutare la gravità del declino cognitivo e sintomi psicologici quali depressione, e autonomia quotidiana, e una fase di monitoraggio cognitivo nel tempo mediante test cognitivi e questionari somministrati nella prima fase. I dati vengono inseriti nella scheda Demenza sulla piattaforma regionale SO.RE.SA.

Risultati. L'obiettivo principale è prevenire e curare efficacemente l'Alzheimer e le demenze nella fase precoce, offrire trattamenti riabilitativi personalizzati che migliorano il coping, attraverso la valutazione dei disturbi cognitivo-comportamentali nell'ambito del Piano demenze della Regione Campania; sostegno psicologico ai familiari dei pazienti con Demenza; collaborazione con altri sanitari nella formulazione della diagnosi. Risultati preliminari: sono stati reclutati 57 pazienti e valutati 46. 37 appartengono al distretto 32, 6 al distretto 31, 3 al distretto 33, tutti indirizzati da specialisti (geriatri, neurologi) al Centro Demenze presso la ASL Napoli 1 distretto 32, per effettuare la valutazione neuropsicologica. Grazie alla neuropsicologa sono stati diagnosticati 11 *Mild Cognitive Impairment*, 29 Disturbo Neurocognitivo Maggiore (solo 5 avevano ricevuto la diagnosi precedentemente), 6 Disturbi Subiettivi. Ciò ha permesso un'accuratezza diagnostica maggiore anticipando la diagnosi di demenza in pazienti che sarebbero stati inviati a ulteriori controlli. La valutazione neuropsicologica consente una categorizzazione dei pazienti attraverso una valutazione qualitativa oltre che quantitativa.

Conclusioni. La valutazione neuropsicologica permette di prevenire e monitorare la demenza mediante diagnosi precoci con spese contenute, ritardando l'implemento dei costi di cura e aumentando l'appropriatezza diagnostica. I pazienti possono così essere inseriti in trattamento, promuovendo il welfare del paziente, *caregiver* e sistema sanitario.

RI-ALZ-IAMOCI

Longo Flavia Maria (a), Bove Angela (a), Costagliola Carmela (a), Papaccioli Giuseppe (b)
(a) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ASL Napoli 1 Centro, Napoli
(b) ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. La demenza comprende un insieme di patologie che hanno un impatto notevole sul paziente, sulle famiglie e sui servizi socio-sanitari. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione, è emersa negli ultimi anni l'opportunità di adottare un approccio integrato alla demenza. Nella ASL Napoli 1, nel territorio Napoli Est è già presente un Centro Demenze e Disturbi Cognitivi, ma non è presente un centro di riabilitazione cognitiva e comportamentale, per cui dato l'elevato numero di pazienti affetti da demenza e dato che non ci sono centri riabilitativi nel territorio, viene proposto questo progetto. Lo scopo è quello di migliorare la qualità di vita dell'utente e relative famiglie, implementare l'offerta dei servizi territoriali e gli interventi di tipo non-farmacologico.

Metodi. Il programma di riabilitazione cognitiva con terapia occupazionale prevede un ciclo di almeno dieci sedute individuali e di gruppo per pazienti e familiari. Dopo la valutazione clinica, neuropsicologica e comportamentale attraverso test neuropsicologici standardizzati e tarati in Italia, viene creato un programma riabilitativo individuale e di gruppo con training cognitivo, emozionale e di supporto ai *caregiver*, con interventi sui deficit cognitivi, funzionali e comportamentali. Le sedute di gruppo prevedono musicoterapia con attività motoria finalizzata al recupero delle capacità di movimento (*dance-therapy*) e gruppo di auto-aiuto per pazienti e *caregiver*. Il training cognitivo prevede prove come la *Errorless Learning*, *Spaced retrieval*, Metodo della Categorizzazione, *Memory Training*.

Risultati attesi. Lo scopo del training cognitivo per le demenze è quello di sollecitare le potenzialità residue della persona al fine di rallentare il decadimento cognitivo ed ottenere una positiva ripercussione sul benessere psicologico, attraverso un miglioramento a lungo termine delle funzioni cognitive residue, dell'umore e capacità relazionali. Una precedente esperienza territoriale ha permesso di sperimentare una modalità di approccio diversa al paziente, il quale si è sentito motivato perché coinvolto personalmente nel processo di cura, e la famiglia ha avuto la possibilità di confrontarsi e scaricare lo stress attraverso la socializzazione. L'obiettivo, è quello di migliorare l'adesione del paziente alla terapia e incrementare il flusso dei pazienti che accedono al Centro Demenza, stimolando in questo modo una maggiore conoscenza della patologia e le sue conseguenze.

Conclusioni. Il Training cognitivo associato alla Terapia occupazionale è attualmente il trattamento non-farmacologico più efficace nella cura dell'Alzheimer e di altre demenze. Infatti, questo intervento ha effetti positivi sulle abilità cognitive, sullo stato affettivo, sulla qualità di vita e sul benessere dei familiari.

INDAGINE NAZIONALE SUGLI ASPETTI SOCIO-ECONOMICHE DI FAMIGLIE DI PERSONE CON DEMENZA

Lorenzini Patrizia (a,b), Bartorelli Luisa (c), Cipollari Susanna (c), Palazzesi Ilaria (a,b), Bellomo Guido (a,b), Zambri Francesca (a), Palermo Vittorio (a), Camilli Flaminia (b), Vanacore Nicola (a,b)

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

(b) Gruppo di Studio FONDEM, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) Alzheimer Uniti Italia Onlus, Roma

Introduzione. Nel quadro dell'attività 6 del "Fondo per l'Alzheimer e le Demenze" (Decreto del 30/3/22) è stata realizzata un'indagine nazionale sulle condizioni socio-economiche delle famiglie di persone con demenza in collaborazione con Alzheimer Uniti Italia.

Metodi. In Italia si stima che ci siano circa 1.100.000 persone con demenza e circa 3.000.000 di persone coinvolte direttamente o indirettamente nella loro assistenza (Bacigalupo, JAD-2008; ISTAT). Il campione dell'indagine è ricavato tramite campionamento per quote, che sono fissate in modo da garantire rappresentatività in relazione alla numerosità nelle regioni e alla gravità della malattia. Fissato un livello di confidenza al 95%, un campione di 10.000 *caregiver* garantisce un margine di errore inferiore all'1%.

Risultati. I dati preliminari riguardavano 1.515 *caregivers* e altrettante persone con demenza. Il profilo del *caregiver* differiva in base al sesso del malato. Le donne (67,5%) presentavano un'età media di 80 anni; i loro *caregivers* erano più spesso femmine (68%) e figlio/figlia (75%), con un'età media di 57 anni e lavoravano nel 61% dei casi. Gli uomini (32,5%) avevano un'età media di 77 anni; i loro *caregivers* erano più frequentemente femmine (86%), spesso erano le mogli (51%), seguite dai figli (44%), con età media di 60 anni e lavoravano nel 50% dei casi. Un *caregiver* formale era presente nel 23% degli uomini e nel 45% delle femmine. Le persone con demenza ricevevano la diagnosi in media 5 anni prima, i sintomi esordivano in media 18 mesi prima della diagnosi. Nel 49% dei casi la diagnosi di demenza era stata effettuata dal CDCD, nel 25% da uno specialista pubblico e nel 22% da uno privato. La demenza di Alzheimer era la forma più frequente (49%), seguita da demenza mista (14%), vascolare (12%) e frontotemporale (11%). Il 55% dei soggetti era seguito dal CDCD e il 20% frequentava un centro diurno. L'opinione dei *caregivers* sui servizi territoriali dedicati alle demenze era negativa nel 44%. La maggior parte dei *caregivers* ignorava la prevenzione per la demenza (56%) e non aveva contatti con le associazioni dei familiari (59%). Il costo medio mensile della malattia era di 1.200 euro, di cui 40% destinato all'assistenza formale, 19% farmaci e integratori, 13% spese per igiene e 16% per altre spese (centro diurno, visite private, trasporto, alimenti specifici, ausili vari).

Conclusioni. La conoscenza di questi elementi è cruciale per poter procedere ad un miglioramento della presa in carico delle persone con demenza e alla definizione di azioni di supporto per familiari e *caregivers*.

ESPERIENZA DECENNALE NELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA DI SOGGETTI MIGRANTI

Maestri Giorgia (a), Cova Ilaria (a), Nicotra Alessia (a), Cucumo Valentina (a), Maggiore Laura (a), Pantoni Leonardo (a,b), Pomati Simone (a)

(a) *Unità di Neurologia, Ospedale Universitario Luigi Sacco, Milano*

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

Introduzione. Un recente studio italiano ha messo in evidenza come il numero di persone proveniente da realtà linguistiche e culturali differenti che accede ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) italiani è in progressivo aumento. Il Sistema Sanitario Nazionale, tuttavia, appare ancora in larga misura impreparato ad una loro adeguata gestione.

Metodi. Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva delle valutazioni neuropsicologiche svolte negli ultimi 10 anni con soggetti migranti presso il CDCD dell'Ospedale Luigi Sacco, indagandone le modalità di conduzione con particolare riferimento alla loro evoluzione nel tempo.

Risultati. Tra gennaio e maggio 2023 sono stati valutati 128 soggetti migranti (età $64,9 \pm 13,7$ anni; femmine 67,2%; livello di istruzione $11,4 \pm 5,3$ anni) di 26 lingue madri differenti, tra cui le più frequenti sono state spagnolo, albanese e arabo. A 79 pazienti è stato somministrato almeno un test di screening (61,7%); una valutazione neuropsicologica estensiva è stata effettuata con 52 pazienti (40,9%). All'interno di quest'ultimo gruppo, è stata richiesta la collaborazione di un traduttore informale o di un mediatore culturale professionale per condurre la valutazione nella lingua madre del paziente rispettivamente in 2 e 15 casi; in un caso l'esaminatore stesso era fluente nella lingua madre del paziente, nei restanti la valutazione è stata condotta in italiano data la sufficiente conoscenza della lingua da parte del paziente. Le valutazioni neuropsicologiche (sia di screening che estensive) condotte con soggetti migranti negli ultimi 3 anni è più che quadruplicata rispetto ai precedenti 8 anni, con un numero medio di valutazioni di rispettivamente 29,5 e 7. Tutte le valutazioni per cui ci si è avvalsi della collaborazione con un mediatore culturale professionale sono state condotte negli ultimi 2 anni.

Conclusioni. Negli ultimi anni un numero crescente di persone provenienti da diversi retroterra linguistici e culturali è stato preso in carico presso il nostro CDCD. L'aumentata richiesta di valutazioni neuropsicologiche cross-culturali deve necessariamente portare ad un cambiamento nell'approccio alla valutazione stessa che deve diventare sempre più sensibile alle differenze culturali. A tal fine, all'interno del nostro CDCD, sempre più frequente è diventata la collaborazione con mediatori culturali professionisti per permettere una valutazione che sia fluente nella lingua madre del paziente e che tenga in considerazione le caratteristiche culturali di provenienza.

EFFETTI TERAPEUTICI DEL VERDE NELLE PERSONE CON DEMENZA: PROGETTO VERBENA

Melendugno Andrea (a), Pazzaglia Francesca (b), Basso Andrea (c), Cavalli Raffaele (d), Borella Erika (b), Meneghetti Chiara (b), Murrioni Veronica (b)

(a) *Opera della Provvidenza Sant'Antonio, Sarameola di Rubano, Padova*

(b) *Dipartimento Psicologia Generale, Università degli Studi, Padova*

(c) *Cooperativa Sociale Giotto, Padova*

(d) *Dipartimento Territorio e Sistemi Agro-Forestali, Università degli Studi, Padova*

Introduzione. È ampiamente documentato il ruolo dell'ambiente naturale sulla qualità di vita e sul benessere delle persone con demenza. Sempre più studi si interessano ai benefici dei Giardini Terapeutici (GT) sui disturbi comportamentali e psicologici di queste persone. Tali giardini devono, però, essere progettati considerando accuratamente i loro bisogni e fragilità fisiche. Il progetto VERBENA (VERde e BENessere nell'Alzheimer) nasce dalla sinergia tra Università, Impresa Sociale e Centro Servizi (finanziamento UNIMPRESA2019), con l'obiettivo di individuare criteri per la progettazione, adattamento e utilizzo di Giardini Terapeutici per persone con demenza, predisporre interventi terapeutici basati sull'orticoltura valutandone l'efficacia, per poi presentare linee guida.

Metodi. È stata condotta una revisione sistematica per trarre indicazioni evidence-based di tipo progettuale, botanico e di interventi terapeutici. È anche stata seguita una ricognizione delle caratteristiche dei GT in Italia e del loro utilizzo, identificate le specie vegetali del territorio padano e rilevate le aspettative e i suggerimenti generali e specifici delle persone con demenza, di *caregiver* e staff (approccio basato sulla persona; progettazione "partecipata"). Si sono infine analizzati i benefici sul funzionamento cognitivo, psicologico e comportamentale dell'uso passivo/spontaneo e attivo/strutturato del giardino (n=21 e analisi di un caso clinico) e i benefici di un intervento di orticoltura combinato alla terapia di stimolazione cognitiva di 12 incontri in persone con demenza lieve e moderata (n=24).

Risultati. Dalla revisione è emersa l'assenza di studi che misurano gli effetti nelle diverse modalità d'uso dei GT e l'eterogeneità delle loro caratteristiche nel contesto nazionale. Sono state individuate specie botaniche adatte per caratteristiche ecologiche, di tipicità territoriale, sostenibilità economica e familiarità per giardini per persone con demenza. L'uso passivo/spontaneo dei GT ha mostrato benefici nella socialità per le persone in fase lieve, e nel contenimento dell'agitazione e nella gestione del vagabondaggio per le persone in fase grave. L'intervento di orticoltura associata alla terapia di stimolazione cognitiva ha mostrato una riduzione dei disturbi del comportamento e dell'umore, dello stress nei *caregiver*, e miglioramento nel funzionamento cognitivo generale e di qualità della vita percepita. È inoltre emersa una riduzione della frequenza e gravità di deliri, agitazione, ansia, disinibizione in persone con demenza severa.

Conclusioni. Il progetto VERBENA rappresenta una promettente base -scientifica- per la costruzione e l'utilizzo di GT e di interventi psicosociali basati anche su attività di orticoltura per le persone con demenza. Le linee guida pubblicate rappresentano, poi, un importante contributo clinico per migliorare la qualità di vita.

NOSTALGIA, FENOMENO SOVRAPPONIBILE NELL'ALZHEIMER E NEL PARKINSON?

Mina Concetta, Mangia Sara, Spinucci Francesca, Fattapposta Francesco
Dipartimento Neuroscienze umane, UOSD Riabilitazione Neurocognitiva, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. La nostalgia, funzione emotiva in grado di modulare l'attività di alcune aree cerebrali, coinvolte nel processo dell'autoriflessione e della memoria autobiografica, si suppone possa essere sfruttata come ausilio terapeutico non farmacologico in patologie neurodegenerative. La *Reminiscence Therapy*, sfruttando i benefici indotti dalla rievocazione nostalgica, sembra avere effetti positivi sui pazienti. Il presente studio si propone di esplorare le esperienze emotive come risposta ai ricordi nostalgici nelle patologie neurodegenerative aventi in comune i substrati neurali che sottendono la nostalgia (Alzheimer e Parkinson) nonché individuare la responsività al trattamento e le eventuali differenze qualitative/quantitative.

Metodi. Il campione era rappresentato da 90 probandi, di età compresa tra i 75 e gli 80 anni (età media: 78,1), suddivisi in tre gruppi: 30 pazienti affetti da demenza, 30 da malattia di Parkinson e 30 controlli sani, equamente sovrapponibili per sesso. Criteri di inclusione: diagnosi certa di malattia di Alzheimer lieve/moderata (*Mini Mental State Examination*: ≥ 18), malattia di Parkinson in assenza di alterazioni cognitive, buone capacità di comunicazione. Esclusi i pazienti con patologie psichiatriche pre-morbose e con Demenza Frontotemporale. A tutti i partecipanti, all'atto del reclutamento, è stato somministrato il *Mini Mental* come valutazione cognitiva di screening; la nostalgia è stata valutata utilizzando, tra le diverse scale suggerite dalla letteratura, quattro che, a nostro avviso, risultano essere più sensibili nel valutare la propensione alla nostalgia: *Personal Inventory of Nostalgic Experiences scale*, *Southampton Nostalgia scale*, questionario *Sentimentality and Nostalgia in Elderly People* e la *Nostalgia Inventory* strutturata in items in grado di differenziare la nostalgia emotiva dalla nostalgia sociale.

Risultati. Dall'analisi dei dati, è stato possibile selezionare e distinguere per ogni gruppo i soggetti "nostalgici" dai "non nostalgici". È emersa una forte componente nostalgica di tipo emotivo prevalente tra i pazienti con malattia di Parkinson rispetto agli altri due gruppi dove invece sembrano prevalere i ricordi di tipo neutro; non sono state, invece, rilevate differenze statisticamente significative in termini di nostalgia sociale.

Conclusioni. In linea con le nostre ipotesi, l'utilizzo di scale per valutare la nostalgia ci consente di effettuare una selezione preliminare dei pazienti *responder* alla *Reminiscence Therapy* e di dimostrare come i pazienti con malattia di Parkinson possano concretamente trarne supporto. Per contro, tra i malati di Alzheimer, l'atrofia dei lobi temporali e dell'ippocampo, inficiando il recupero della memoria autobiografica, potrebbe indurre una diminuzione della capacità di rievocazione dei ricordi nostalgici con scarsa efficacia del trattamento.

DIFFERENZE TRA CDCD IN BASE ALLA UBICAZIONE DEL CENTRO NELLO STESSO DISTRETTO

Pamio Maria Valentina, Marin Sara, Brogna Silvia, Perli Cristina, Giantin Valter
*Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Unità Operativa Complessa Geriatria,
Azienda ULSS7 Pedemontana Distretto 1, Bassano del Grappa, Vicenza*

Introduzione. Peculiarità del nostro CDCD è quella di valutare e gestire pazienti residenti in due aree diverse: Bassano del Grappa (pianura) e Asiago (altopiano a circa 1.000 m). Da parte dei clinici da sempre vi è la sensazione che ad Asiago i pazienti si presentino alla prima visita in ritardo, e quindi più compromessi, rispetto ai pazienti di Bassano. L'Osservatorio Salute Altopiano ha già individuato, per altre patologie, differenze epidemiologiche tra queste popolazioni.

Metodi. Sono stati valutati i pazienti presentatisi da gennaio 2018 a maggio 2023, escludendo quelli con ritardo mentale e gravi patologie psichiatriche. È stata esclusa l'attività ambulatoriale del 2020 in quanto fortemente influenzata dall'emergenza COVID. Per ottenere campioni confrontabili, essendo i pazienti di Bassano molto più numerosi, abbiamo incluso tutti i pazienti visti ad Asiago, che in media vengono valutati un solo giorno al mese, mentre per Bassano abbiamo incluso i pazienti che si sono presentati il primo martedì di ogni mese. Dei pazienti abbiamo valutato in prima visita lo stato cognitivo, di autonomia funzionale e strumentale, la compromissione comportamentale e l'eventuale distress del *caregiver*, l'anamnesi positiva e la prescrizione di antidepressivi, benzodiazepine, trazodone, antipsicotici, inibitori dell'acetilcolinesterasi e memantina, il tipo di demenza diagnosticato.

Risultati. I pazienti di Asiago (96 pazienti), rispetto a quelli di Bassano (101 pazienti), si sono presentati nel nostro ambulatorio significativamente più compromessi cognitivamente (*Mini Mental State Examination* corretto $20,7 \pm 6,1$ vs $22,5 \pm 6,1$, $p=0,025$; Test dell'orologio $3,4 \pm 3,5$ vs $4,9 \pm 3,9$, $p=0,006$) e funzionalmente (*Activities of Daily Living* $4,0 \pm 1,8$ vs $4,8 \pm 1,6$, $p=0,002$). Si nota anche una tendenza a presentarsi più anziani (età media $84,4 \pm 7,0$ vs $82,7 \pm 7,2$, $p=0,126$) e più compromessi dal punto di vista comportamentale (*Neuropsychiatric Inventory* $11,7 \pm 13,6$ vs $7,8 \pm 7,8$, $p=0,198$), dato compatibile con la maggior tendenza ad avere anamnesi farmacologica positiva per antipsicotici (9,4% vs 4%, $p=0,126$) e benzodiazepine (41,7% vs 29,7%, $p=0,079$), e a vedersi prescrivere più trazodone (13,5% vs 6,9%, $p=0,125$) e antidepressivi (9,4% vs 4%, $p=0,126$). Infine, ad Asiago il rapporto tra uomini e donne è molto più favorevole a queste ultime (70,8% vs 57,4%, $p=0,050$). Non sono state riscontrate differenze riguardo agli altri aspetti analizzati.

Conclusioni. I dati confermano l'ipotesi che i pazienti dell'altopiano si presentino più in ritardo, più compromessi e prevalentemente di sesso femminile, rispetto a Bassano. Di queste evidenze andranno valutate le motivazioni e le conseguenze organizzative, educative, di informazione e formazione nel territorio montano, per poter rispondere in modo conforme alle diversità evidenziate tra i due territori considerati.

ANALISI RETROSPETTIVA SULL'IMPATTO DELL'ANEMIA NELLE CADUTE IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI IN UNA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Pelucchi Loris, Gallo Stefania, Boniforti Laura, Grassi Vanna, Durante Rocco, Arienti Stefania, Vignati Marco
Residenza Sanitaria Assistenziale S. Pertini, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano

Introduzione. L'anemia, definita da un livello di Emoglobina (Hb) <12 g/dl, è estremamente comune nelle persone anziane ed è spesso associata a fragilità, cadute, declino cognitivo, depressione, peggioramento delle capacità funzionali e precoce mortalità. L'anemia ha un effetto significativo anche sulla qualità della vita negli anziani con affaticamento, alterazione della funzione cognitiva, depressione e diminuzione della forza muscolare. Le cadute rappresentano un evento frequente nei soggetti anziani, spesso con conseguenze anche drammatiche. A nostra conoscenza, non esistono molti studi che abbiano analizzato una possibile correlazione tra anemia e cadute. Lo scopo del presente lavoro, è stato quello di valutare la presenza di una possibile correlazione tra valori di emoglobina e rischio di cadute in soggetti anziani istituzionalizzati della RSA "S. Pertini" di Garbagnate Milanese – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Metodi. Sono stati studiati gli ospiti anziani istituzionalizzati della RSA "S. Pertini" nel periodo gennaio 2014- aprile 2023. In tale periodo nei nostri nuclei si sono verificate 1.254 cadute accidentali (con una media all'anno di 132). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a esame obiettivo completo, esami emato-chimici di *routine*, valutazione dimensionale; il rischio di cadute è stato valutato mediante scala di Tinetti. Il campione dei soggetti presentava le seguenti caratteristiche: età media $85,1 \pm 3,7$; Funzioni Cognitive *Mini-Mental State Examination* (media): $8,21 \pm 1,7$; Gravità (CDR) (media): $2,4 \pm 1,03$; NPI-UCLA (media): $11,2 \pm 8,4$; Scala Tinetti (media): $10,3 \pm 2,1$; Indice Barthel (BI) (media): $41,2 \pm 3,1$; Comorbilità (CIRS): Indice severità (media): $2,4 \pm 0,6$; Indice di comorbilità (media): $2,97 \pm 1,3$. Le comparazioni tra gruppi sono state effettuate mediante τ -test di Student o del χ -quadrato. Per valutare la correlazione tra il punteggio della scala di Tinetti e differenti covarianti è stata effettuata un'analisi di regressione lineare semplice e multipla.

Risultati. L'anemia era riscontrabile nel 67,3% dei pazienti, con una minore prevalenza negli uomini rispetto alle donne (23,8 vs 35,2%). I valori medi di emoglobina (Hb) nell'intera popolazione dello studio erano $11,2 \pm 2,2$ ed il punteggio medio della scala di Tinetti era di $13,04 \pm 1,8$. All'analisi di regressione lineare il punteggio della scala di Tinetti è risultato direttamente correlato con l'Hb ($r=0,357$, $P<0,0001$), ed inversamente correlato con l'età ($r=-0,2147$, $P=0,012$), e la presenza di patologie cardio-vascolari ($r=-0,368$, $P<0,0001$) e con decadimento cognitivo ($r=-0,3017$, $P<0,0001$). All'analisi di regressione multipla l'Hb è risultata essere il principale predittore indipendente del punteggio della scala di Tinetti, spiegandone il 14,2% della sua variazione, mentre la presenza di patologie cardio-vascolari e decadimento cognitivo aggiungeva un ulteriore 9,5%.

Conclusioni. I risultati dello studio, seppur ottenuti su una piccola popolazione, dimostrano l'esistenza di una correlazione diretta tra valori di Hb e rischio di cadute. L'anemia è una condizione di frequente riscontro negli anziani che impatta sulla funzione motoria. Pertanto è necessario una valutazione globale, in particolare dell'assetto nutrizionale, del paziente anziano al fine di individuare tutti i possibili punti di fragilità e di mettere in atto tutte le misure preventive per minimizzarne gli effetti nel breve e lungo termine. In considerazione anche dell'elevata somministrazione dei farmaci (69.8% degli ospiti assumono più di 4 farmaci nella nostra casistica), in particolare quelli attivi sul Sistema Nervoso Centrale, bisogna esaminare i fattori di rischio iatrogeni soprattutto farmacologici attraverso una valutazione multidisciplinare allo scopo di rivalutare le terapie e di attuare idonee strategie preventive; anche con interventi non farmacologici.

◉ STIMOLAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE IN UNA REALTÀ LOCALE

Pizzoni Luca, Di Matteo Federica, Bonanni Rita, Cavalli Andrea, Mancini Giovanni
Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze, ASL Roma 3, Distretto X, Ostia, Roma

Introduzione. Il Disturbo Neurocognitivo Minore è caratterizzato da un modesto declino cognitivo, di carattere non pervasivo, in uno o più domini cognitivi rispetto ad un precedente livello di prestazioni. Stime italiane riportano una prevalenza del 19% negli over 65, di cui circa il 46% dei casi evolve poi in demenza conclamata entro 3 anni. Una diagnosi tempestiva di questa condizione potrebbe essere cruciale per rallentare l'evoluzione, anche attraverso approcci non farmacologici quali programmi di stimolazione cognitiva diretti sia verso i sintomi cognitivi che verso quelli psico-comportamentali, preservando le attività funzionali della vita quotidiana.

Metodi. È stato studiato un piccolo campione di 5 pazienti sottoposti a 10 sedute settimanali di stimolazione cognitiva di gruppo. I criteri di inclusione sono stati età >70 anni e diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Minore. Ogni seduta cominciava con la *Reality Orientation Therapy*, seguita dalla Terapia della Reminiscenza, per la quale abbiamo usato vecchie fotografie dei pazienti e dei loro cari. Sono stati inoltre utilizzati esercizi di *training* cognitivo specifici per funzione (memoria, attenzione, capacità visuo-spaziali, linguaggio e funzioni esecutive). A fine seduta venivano assegnati esercizi da fare a casa nel corso della settimana con l'aiuto dei *caregivers*. Gli strumenti di valutazione utilizzati prima e dopo il ciclo sono stati: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised* (ACE-R), *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activities of Daily Living Scale* (IADL) e il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) per la valutazione del tono dell'umore.

Risultati. Per l'analisi dei risultati ottenuti al termine delle 10 sedute di stimolazione cognitiva è stata confrontata la media dei punteggi ottenuti dai 5 membri del campione in ciascuna delle scale impiegate (T_1 : media punteggi a fine ciclo - T_0 : media punteggi prima del ciclo). È stato osservato un importante miglioramento del punteggio totale al MMSE in ogni membro del campione (T_1 : 26,52 - T_0 : 23,84). L'ACE-R ha mostrato solo minime oscillazioni dei punteggi (T_1 : 71,42 - T_0 : 71,54). Il PHQ-9 ha mostrato una stabilizzazione del tono dell'umore (T_1 : 6,8 - T_0 : 7;). Si sono evidenziati risultati positivi nell'autonomia dei pazienti nelle IADL (T_1 : 7 - T_0 : 6,2), più che nelle ADL (T_1 : 5,8 - T_0 : 5,8).

Conclusioni. Il nostro studio, per quanto limitato dalla esiguità del campione esaminato, sembra evidenziare effetti benefici del percorso di stimolazione cognitiva di gruppo in pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore, visti i miglioramenti rilevati al MMSE e allo IADL. Prevediamo di integrare i risultati con altri gruppi di pazienti che stanno effettuando analoghi cicli di stimolazione cognitiva.

MUSICOTERAPIA AL CENTRO DIURNO ALZHEIMER “MARGHERITA” DI FANO

Prinzivalli Paola (a,b), Bonetti Camilla (a), Braccini Lara (b), Giardini Ilaria (b)
(a) *Associazione Mariposa Organizzazione di Volontariato, Villanova di Colli al Metauro, Pesaro e Urbino*
(b) *Centro Diurno Alzheimer Margherita della Coop Labirinto, Fano, Pesaro e Urbino*

Introduzione. Il progetto di Musicoterapia che si è svolto presso il Centro Diurno Alzheimer “Margherita” di Fano (PU) gestito dalla Cooperativa Labirinto, ha avuto come finalità generale quella di migliorare il benessere e la qualità di vita degli utenti coinvolti. L’approccio generale dell’intervento è stato prettamente improvvisativo-relazionale, di cui l’elemento chiave è l’utilizzo della comunicazione musicale non verbale, al fine di instaurare una relazione accogliente, aperta e con una forte valenza di sintonizzazione emotivo-affettiva.

Metodi. Si è ricorsi a una progettazione di dettaglio basata sulla analisi e valutazione dei dati raccolti in una prima fase del progetto attraverso: una scheda anamnestica; una scheda musicoterapica; l’osservazione *extra-setting*; l’osservazione nel *setting* musicoterapico. Le tecniche musicoterapiche utilizzate sono: improvvisazione sonoro-musicale, songwriting e stimolazione cognitiva con la musica. Per la valutazione e il monitoraggio dell’intervento sono stati utilizzati: il protocollo *Music Therapy Assessment Scale*, il Protocollo di Osservazione Musicoterapico e un protocollo narrativo compilato alla fine di ogni seduta. Sono stati anche somministrati i seguenti test psicometrici in T₀, T₁ e T₂: *Mini Mental State Examination/Clock Drawing Test, Geriatric Depression Scale, Who-Five Well-Being Index*.

Risultati. Dai dati quantitativi e qualitativi raccolti e da un confronto con lo staff si può affermare che il percorso ha avuto un buon gradimento, e gli utenti hanno avuto una esperienza che ha portato momenti di serenità, impegno e benessere. Da un’analisi dei protocolli narrativi si nota un miglioramento dell’attenzione e un generale miglioramento dei rapporti interpersonali. Dal punto di vista musicale, le performance ritmiche e vocali sono migliorate durante il percorso e questo ha permesso di realizzare un “prodotto” musicale concreto creato insieme attraverso la tecnica del songwriting. Per quanto riguarda i risultati emersi dai test psicometrici somministrati, considerando che trattandosi di un Centro Diurno i soggetti coinvolti partecipano quotidianamente a numerose e variegata attività di stimolazione cognitiva, non si può asserire che quanto emerso dai dati sia del tutto attribuibile al progetto di musicoterapia.

Conclusioni. Tenendo conto che nei Centri Diurni non è eccezione bensì consuetudine riscontrare situazioni di eterogeneità, sia per alternanza di membri che per diagnosi e manifestazioni delle stesse, la musicoterapia può inserirsi in questi contesti come un’importante risorsa, e può essere efficace in gruppi molto piccoli, al fine di poter monitorare e osservare individualmente la partecipazione degli utenti alle attività proposte, e calibrare l’intervento in itinere sulle diverse risposte.

CROSS-TALK TRA MIR-29A E METILAZIONE DEL DNA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Raia Tiziana (a), Cavallaro Rosaria Adele (b), Diniz Ferreira Borges Luiza (a), Bizzarri Mariano (a,c), Lucarelli Marco (a,d), Fuso Andrea (a)

(a) *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Dipartimento di Chirurgia, Sapienza Università di Roma, Roma*

(c) *Gruppo di Ricerca in Biologia dei Sistemi, di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Istituto Pasteur Italia Fondazione Cenci Bolognetti, Sapienza Università di Roma, Roma*

I microRNA (miRNAs) sono piccole molecole di RNA (*RiboNucleic Acid*) non codificante. Considerati fattori epigenetici in quanto in grado di modulare l'espressione genica, i miRNAs agiscono principalmente legando un mRNA complementare ed inibendone la traduzione. Si tratta di un ambito scientifico esplorato da anni, ma che lascia aperti molti interrogativi. Evidenze recenti hanno rivelato un ruolo chiave della metilazione del DNA (*DeoxyriboNucleic Acid*) nella regolazione dell'espressione di microRNA. Il metabolismo dell'omocisteina rappresenta la via metabolica responsabile della regolazione del profilo di metilazione del DNA. Questo *pathway* metabolico coinvolge molti composti come la S-adenosilmetionina (SAM), il principale donatore endogeno di gruppi metili, nonché diversi cofattori enzimatici che appartengono alle vitamine del gruppo B (B12, B6 e folato). Alterazioni a carico di questa via metabolica come l'iper-omocisteinemia, sono state associate allo sviluppo di forme di demenza quali il morbo di Alzheimer. Lo studio dell'effetto delle alterazioni del metabolismo dell'omocisteina sull'espressione dei microRNA, ci ha condotto all'identificazione del miR-29a, un candidato interessante per il suo ruolo protettivo nella neurodegenerazione. miR-29a ha tra i suoi *target* diretti *BACE1*, che da studi precedentemente condotti abbiamo osservato essere modulato dal metabolismo dell'omocisteina ma in maniera indipendente dalla metilazione. Saggi di trasfezione di mimic ed inhibitor specifici del miRNA, sono stati eseguiti su una linea cellulare di neuroblastoma umano per verificarne l'effetto sui *target* diretti. Il profilo di metilazione del miR-29a sotto l'influenza delle alterazioni del metabolismo dell'omocisteina è stato analizzato mediante conversione del DNA con bisolfito di sodio. Dall'analisi abbiamo osservato che, un incremento del profilo di metilazione CpG e non-CpG della sequenza codificante per il microRNA è associato ad un over-espressione del miRNA e di conseguenza alla repressione di *BACE1* e viceversa, in accordo con l'alterazione dello stato di metilazione indotto dalla modulazione del metabolismo dell'omocisteina. Il miR-29a potrebbe dunque costituire un nuovo e potenziale biomarcatore per la malattia di Alzheimer, come mostrato anche dalla recente realizzazione di un biosensore in grado di rilevarne la presenza nel sangue in modo rapido e non invasivo.

FILTRARE I RICORDI. UN'ESPERIENZA DI NARRAZIONE AUTOBIOGRAFICA NEL MONDO ALZHEIMER

Ribuoli Sonia

Cooperativa Sociale Labirinto, Pesaro e Urbino

Introduzione. Accogliere la persona con demenza nella sua piena dimensione identitaria significa riconoscerle il diritto di narrare di sé, anche quando i ricordi sono sfibrati e frammentati. Il seguente contributo fa ricorso all'utilizzo della parola scritta come strumento in grado di ricucire frammenti di storie della persona con demenza, riconoscendole così anche e ancora una competenza comunicativa in grado di abitare le pieghe della scrittura che diventa un ago metaforico in grado di rammendare anche ricordi smarriti.

Metodi. Il progetto di ricerca ha fatto riferimento all'utilizzo della metodologia autobiografica intesa come pratica di cura. A tale scopo, questo lavoro ha cercato di indagare come l'approccio autobiografico e la narrazione di sé possano rappresentare strumenti pratici applicabili ai contesti di vita in condizione di fragilità esistenziale, come quella rappresentata dalla malattia di Alzheimer. Come ricercatrice autobiografica ho fatto ricorso all'approccio micro-pedagogico che posiziona la lente anche su minimi e apparentemente insignificanti episodi di vita, capaci però di ricollocare la persona all'interno della propria storia interrotta dalla patologia.

Risultati. Il progetto di ricerca ha previsto la raccolta e la ricomposizione di frammenti autobiografici di persone affette dalla malattia di Alzheimer. Sono stati raccolti frammenti autobiografici di quattro donne tra gli 80 e i 93 anni: i risultati ottenuti attraverso la raccolta dei dialoghi e delle narrazioni delle donne coinvolte, sono stati dati autobiografici il più delle volte frammentati, disomogenei e parziali. Tuttavia il materiale raccolto è riuscito a dare corpo al lavoro poiché lo scopo non era quello di raccogliere una notevole quantità di dati, quanto quella di dare voce alle tracce autobiografiche silenziose delle donne narratrici, stimolando in loro un rinnovato senso di benessere e la sensazione di rammendare alcune parti di un sé lacerato dalla malattia. L'elemento interessante in termini di originalità e innovazione in riferimento al tema indagato, è certamente quello relativo alla dimensione e all'aspetto della scrittura come strumento per rimanere in comunicazione con una persona malata di Alzheimer.

Conclusioni. Il lavoro svolto ha dimostrato come ricostruire memorie autobiografiche, ove la memoria perde i propri ancoraggi, sia un'operazione complessa, ma ricca, capace di aprire nuovi orizzonti di senso e di dimostrare come la narrazione autobiografica sia in grado di agire positivamente anche sui ricordi compromessi, salvando così dall'invisibilità storie destinate a cadere nell'oblio. I distillati autobiografici raccolti hanno dato la possibilità alle narratrici di ricontattare, anche se solo parzialmente, i propri riferimenti identitari.

EVERYDAY MEMORY SKILL PROGRAM: ADATTAMENTO ITALIANO E RISULTATI PRELIMINARI SU UN GRUPPO DI PAZIENTI CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AMNESICO

Ricci Monica, Stamin Laura, Fiore Valentina, Martinelli Jessica, Bartolacci Chiara, Zinghini Daniele, De Sanctis Brunetto, Salotti Paolo
Unità Operativa Complessa di Psicologia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Rete Territoriale, Azienda Sanitaria Locale, Viterbo

Introduzione. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è una condizione clinica che è stata inquadrata negli anni in modi diversi e con classificazioni diverse al fine di giungere in modo sempre più dettagliato e preciso alla definizione di una condizione pre-demenza sulla quale poter intervenire. Questa condizione è considerata un fattore di rischio di sviluppare demenza con un tasso che varia tra il 10 e il 15% a differenza della popolazione normale che presenta un tasso di conversione a demenza compreso fra l'1 e il 2%. L'intervento riabilitativo in questa fase potrebbe essere particolarmente importante nell'ottica di rallentare il più possibile l'evoluzione verso la demenza. Questo studio, realizzato con le attività di presa in carico svolte con il progetto regionale fondo Alzheimer e demenze presso il CDCD territoriale di Soriano nel Cimino della ASL Viterbo, ha lo scopo di verificare l'efficacia di uno strumento riabilitativo rivolto principalmente a pazienti affetti da MCI amnesico, e valutare se la riserva cognitiva ha un impatto nell'outcome dell'intervento.

Metodi. Sono stati arruolati 16 pazienti con diagnosi di MCI amnesico sottoposti a valutazione neuropsicologica pre e post-intervento. La batteria di valutazione prevedeva la somministrazione dei seguenti test: ACE-R, TMT A+B, FCRST, GDS, STAI 1+2, EMQ, CRIq. Il trattamento riabilitativo organizzato in gruppi prevedeva l'utilizzo dell'*Everyday Memory Skill Program*, un programma di riabilitazione adattato alla popolazione italiana oggetto di studio e così organizzato: 6 sessioni della durata di circa due ore, una volta a settimana. Il format delle sessioni è sempre lo stesso per ogni sessione e prevede una parte di psicoeducazione; una parte dedicata alle strategie di memoria ed utilizzo di ausili esterni ed una parte dedicata agli stili di vita. Sono previsti esercizi da svolgere durante le sessioni ed altri da svolgere a casa. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il *t-paired test* per valutare le differenze pre- e post-intervento; l'ANOVA per misure ripetute è stata utilizzata per valutare gli effetti ed eventuali interazioni *group x delay* (con i due gruppi individuati in base al valore medio-basso e medio-alto ottenuto al CRIq per valutare la riserva cognitiva) per quei test in cui si è osservata una differenza significativa pre- post-intervento.

Risultati. Il gruppo di soggetti presenta una età media di 74,4 (sd=6,4), anni di scolarità di 7,9 (sd=4,1), genere 9 femmine e 7 maschi. Il *t-paired test* ha evidenziato un miglioramento significativo nei seguenti test dopo l'intervento: ACE-R ($t=-2,34$, $df=15$, $p<,05$); FCRST-IFR (rievocazione libera immediata, $t=-2,47$, $df=15$, $p<,03$); FCRST-DFR (rievocazione libera differita, $t=-3,74$, $df=15$, $p<,01$); TMT B ($t=2,52$, $df=15$, $p<,03$). Non si è osservato alcun cambiamento significativo nelle scale GDS, STAI e EMQ. L'ANOVA

group x delay non ha evidenziato interazioni significative nei test ACE-R, FCRST, TMT B, ma *main effects per delay* (ACE-R=F(1,14)=5,15, $p<,05$; FCRST-IFT=F(1,14)=4,46, $p=,05$; FCRST-DFT=F(1,14)=11,36, $p<,01$; TMT B= F(1,14)=7,15, $p<,02$).

Conclusioni. Il programma di intervento riabilitativo *Everyday Memory Skill Program* si è dimostrato efficace nel miglioramento della prestazione in test di screening generale (ACE-R), test di memoria (FCRST) e test attentivo-esecutivi (TMT B). I soggetti con riserva cognitiva medio-bassa seppur hanno ottenuto punteggi più bassi nei vari test, hanno dimostrato di beneficiare in egual misura dei soggetti con riserva cognitiva medio-alta di questo tipo di intervento riabilitativo. Quanto evidenziato offre una utile indicazione organizzativa legata alla scelta dei gruppi per il trattamento riabilitativo all'interno di un CDCD territoriale.

INTERVENTI PSICOSOCIALI NELLE DEMENZE TRA COSTO E VALORE

Riolo Antonino (a), Taverna Turisan Eleonora (b)

(a) *Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali, Disabilità, Regione Friuli Venezia Giulia, Trieste*

(b) *Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Trieste*

Introduzione. La previsione di un ulteriore incremento dei casi di demenza correlato alla proiezione demografica pone il tema dei costi e della sostenibilità nel lungo periodo dei nostri sistemi sanitari, declinati in senso socio-sanitario. Oltre ai costi diretti per acquistare beni e servizi, l'analisi socio-economica deve includere i costi indiretti connessi, ad esempio, al depauperamento delle risorse familiari; è stato riportato, tra l'altro, come fino al 9% di *caregiver* siano costretti ad abbandonare il proprio lavoro per far fronte ai bisogni assistenziali dei loro congiunti. Di qui la necessità di programmare interventi che possano conciliare i costi con la qualità, laddove anche gli interventi psicosociali devono essere sottoposti a valutazioni di *cost-effectiveness*.

Metodi. Abbiamo analizzato la letteratura degli ultimi 5 anni sulle valutazioni di carattere economico applicate agli interventi psicosociali per le demenze, correlando i dati con i diversi modelli di welfare e con la legislazione riguardante il tema degli anziani, alla luce dei contenuti della Legge 33 del 23 marzo 2023.

Risultati. A fronte di risultati che sembrano premiare gli interventi multicomponenti, a forte integrazione socio-sanitaria in termini di *cost-effectiveness*, emerge come la gravità della malattia, fattori riconducibili ai *caregiver* e i *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* sono associati con maggiori costi sociali.

Conclusioni. Da un lato gli studi di *cost-effectiveness* possono mostrare dei limiti nel valutare se un intervento psicosociale è utile nonché giustificabile in termini di finanziamento, dovendosi applicare questo tipo di analisi al contesto della medicina territoriale certamente più difficile da misurare, dall'altro occorre stabilire in quale stadio della demenza è più utile erogare interventi psicosociali, vincolando il budget dedicato. In ogni caso, oltre al necessario impegno valutativo sui costi al fine di programmare la spesa complessiva per gli interventi psicosociali, è opportuno discutere anche in termini valoriali e di investimento di risorse, stante la rilevanza sociale delle demenze.

RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI MULTIDISCIPLINARI E ASSISTENZIALI NEI CENTRI DIURNI INTEGRATI ALZHEIMER

Rizzi Ezia (a,b), Mastroianni Silvia (b), Rinaldi Maria Grazia (b), Redaelli Valentino (b), Boccolieri Giovanna (b), Boccolieri Alfonsina (b)

(a) *Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano*

(b) *Cooperativa Sociale Nuovo Solco, Monza*

Introduzione. Le demenze sono una malattia degenerativa progressiva cronica, ad elevato impatto socio-sanitario. Questa patologia, provocando un deterioramento cognitivo e funzionale globale nel paziente, comporta per gli operatori sanitari un aumento notevole di carico di lavoro e di gestione di comportamenti problema inattesi. Il miglioramento della qualità della vita di questi pazienti e il decorso della loro condizione passa necessariamente dall'implementazione di interventi multidisciplinari e di alta qualità. Alla luce di ciò, l'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di: riorganizzare i servizi assistenziali e sanitari dei centri diurni integrati Alzheimer, ai fini di migliorare l'outcome dei pazienti affetti da demenza; fornire una rete di servizi tra loro coordinati (neuropsicologo, geriatra, infermiere, medici che seguono i paziente all'esterno delle strutture) per facilitare e garantire un monitoraggio costante delle condizioni di salute del paziente; promuovere un servizio assistenziale di qualità basata o sul lavoro integrato e coordinato dell'equipe multidisciplinare.

Metodi. Pertanto, si è provveduto a: monitorare costantemente la risposta dei pazienti alle terapie e contattare tempestivamente i medici per apportarne cambiamenti in breve tempo; monitorare costantemente lo stato di salute e le condizioni fisiche per prevenire infezioni, danni cutanei o problematiche che potrebbero peggiorare la qualità della vita del paziente; stesura di relazioni neuropsicologiche e geriatriche da consegnare a neurologi o geriatri, contattati al di fuori della struttura, per facilitare la prescrizione di una terapia più efficace e adatta alle esigenze del paziente.

Risultati. Implementando questo tipo di servizi si è potuto notare un miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti che frequentano i centri diurni, con un intervento tempestivo nella gestione e risoluzione delle problematiche, fornendo anche un aiuto immediato ai *caregiver*.

Conclusioni. Ad oggi, non esistono cure per la demenza, ma solo trattamenti farmacologici e non farmacologici (ad esempio *training* cognitivi) che possono rallentare temporaneamente l'aggravarsi della malattia e portare benefici nel trattamento dei disturbi comportamentali, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia. Implementare questo tipo di interventi porterebbe numerosi benefici non solo sulla salute del paziente, ma in tutto il contesto di cura, agevolando anche il *caregiver* nella comunicazione delle informazioni anamnestiche.

STIMOLAZIONE COGNITIVA MEDIATA DALLE ARTI VISIVE: PROGETTO “START”

Ruaro Cristina (a), Gollin Donata (a), Simoni Marco (b), Codemo Alessandra (a), Gasparoli Elisabetta (a), Casa Mariella (a), Gallo Alessia (c), Cenere Barbara Luciana (d), Gabelli Carlo (a)

(a) *UOSD Centro Studio e Cura Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedale Università, Padova*

(b) *Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Azienda Zero, Regione Veneto, Padova*

(c) *Istituto comprensivo, Villafranca Padovana, Padova*

(d) *Dipartimento dei Beni Culturali, Università degli Studi, Padova*

Introduzione. Il Disturbo Neurocognitivo (DNC) rappresenta una priorità di sanità pubblica; a causa della sua complessità e lunga durata, richiede molteplici interventi. La stimolazione cognitiva risulta attualmente il trattamento non farmacologico elettivo nelle fasi lievi-moderate di malattia. Studi recenti segnalano percorsi museali e arti visive come possibili ambiti e strumenti per realizzare paradigmi riabilitativi innovativi.

Metodi. Il Centro Regionale per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), in collaborazione con l'Università e il Comune di Padova, ha sviluppato il progetto “StArt”, un nuovo paradigma riabilitativo che, a partire da un protocollo riabilitativo codificato (*Cognitive Activation Therapy-CAT*) si serve di opere pittoriche per mediarne i contenuti. Il progetto “StArt” vuole promuovere le abilità cognitive e funzionali, l'inclusione sociale, contrastare lo stigma, migliorare il benessere e rallentare l'invecchiamento biologico. Sono state incluse 31 persone con DNC (età 47-85 anni). Prima e dopo il trattamento è stata effettuata una valutazione cognitiva e funzionale e un'analisi dei fattori biologici dell'invecchiamento. I partecipanti e i loro *caregiver* hanno completato un questionario sull'esperienza terapeutica. Il trattamento consisteva in 17 sedute di attività fisica e cognitivo-comunicativa (CAT) di gruppo, di cui 3 effettuate al museo cittadino.

Risultati. Il progetto “StArt” mostra risultati positivi in ambito cognitivo e funzionale. Ai test neuropsicologici si osserva una tendenza positiva, che appare statisticamente significativa in merito alla prassia costruttiva, abilità che non è stata stimolata durante il trattamento (Copia Figura Complessa $p < 0,05$). Alle prove funzionali, si rileva un miglioramento significativo sul versante comunicativo-linguistico (CADL-2 $p < 0,05$) e nelle attività quotidiane complesse (DAFS $p < 0,05$). Ai questionari, i partecipanti hanno riferito un cambiamento positivo dell'umore, un rinnovato interesse per la cultura e una maggiore iniziativa comunicativa. Lo svolgimento di alcune sedute presso il museo consente alle persone con DNC di uscire dal contesto sanitario favorendone l'inclusione nei luoghi della comunità e promuovendo l'abbattimento dello stigma sociale. I risultati raccolti sono preliminari in quanto il progetto è ancora attivo.

Conclusioni. I risultati preliminari mostrano che il progetto “StArt” può svolgere un ruolo significativo nel supportare e mantenere le capacità cognitive e funzionali delle persone con DNC, favorendo al contempo la riduzione dello stigma. Il progetto è realizzato

mediante la collaborazione di risorse pubbliche esistenti. Al fine di promuovere la diffusione del modello di intervento e consentirne l'attuazione in altre realtà sanitarie e museali, è stato prodotto un manuale operativo con protocollo e schede operative.

INDAGINE SULLA DIFFUSIONE E IMPATTO DEL COVID-19 NELLE CASE DI RIPOSO ITALIANE

Salvi Emanuela (a), Paggetti Alice (b), Marconi Domitilla (c,d), Cilia Federico (e), De Silva Virginia (f), Vignaroli Enrica (e), Vanacore Nicola (c), Losito Gilda (e), Tarantino
Ciro (g), Lorenzini Patrizia (c)

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

(b) *Università degli Studi, Padova*

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

(d) *Scuola Post Laurea di Sanità pubblica, Università degli Studi, Siena*

(e) *Garante Nazionale per i Diritti delle Persone Private della Libertà, Roma*

(f) *Università degli Studi, Perugia*

(g) *Dipartimento degli Studi Umanistici, Università della Calabria, Cosenza*

Introduzione. Secondo l'ultima indagine ISTAT al 31 dicembre 2013, in Italia erano attive 12.261 strutture assistenziali a lungo termine, di cui 67% erano strutture socio-sanitarie (Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA) e 33% erano case di riposo. In totale le strutture ospitavano 384.450 persone di cui 75,8% aveva oltre 65 anni. Generalmente queste strutture ospitano anche persone con deficit cognitivo o demenza, ma il fenomeno non è ancora descritto in modo chiaro. In seguito alla pandemia da SARS-CoV-2 le persone fragili e le più anziane hanno pagato il prezzo più alto in termini di mortalità, appare quindi fondamentale svolgere un'indagine sulla diffusione e l'impatto dell'infezione da SARS-CoV-2 nelle case per anziani. L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Garante Nazionale per le persone private della libertà, sta conducendo questa indagine con lo scopo di descrivere gli effetti che la diffusione dell'infezione ha avuto nelle case di riposo italiane, con uno sguardo particolare alle persone affette da demenza.

Metodi. Questa indagine coinvolge 6.105 case per anziani identificate dal Garante Nazionale per i diritti delle persone private della libertà e contattate tramite e-mail e successivo contatto telefonico. Il questionario dell'indagine per la raccolta dei dati è diviso in tre sezioni e prevede una sezione Anagrafica, una sezione Informativa sulla privacy e una sezione Scheda raccolta dati che si focalizza sulle prime quattro ondate dell'infezione di Covid-19 riguardando il periodo 1° gennaio 2020 -31 dicembre 2021, suddiviso in semestri. Il questionario indaga le caratteristiche delle strutture (numero posti letto, numero e tipo di personale impiegato), la diffusione dell'infezione, le strategie di prevenzione, la gestione dell'infezione e altri aspetti legati alla pandemia (misure di costrizione fisica). Il questionario, in formato *online*, è stato inviato ai responsabili delle case per anziani insieme ad una lettera di presentazione a cui segue un contatto telefonico, per fornire assistenza nella compilazione del questionario, se necessaria.

Risultati. La raccolta dei dati è ancora in corso. Sono state contattate 4.016 strutture delle quali erano disponibili i recapiti, che comprendono 125.096 posti letto. Fino ad ora hanno aderito all'indagine 361 (9%) strutture corrispondenti a 20.393 (16,3%) posti letto. Il tasso di adesione per regione va dall'1,2% del Trentino Alto Adige al 42,9% della Basilicata.

Conclusioni. Alla fine dello studio le informazioni relative alle strutture e alla loro posizione geografica saranno inserite nel sito dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità. Lo studio fornirà dati dettagliati sull'impatto della pandemia da Sars-CoV-2 nelle case di Riposo, con particolare attenzione alle persone con demenza.

Studio realizzato con Bando della ricerca indipendente ISS 2020-2022.

USABILITÀ E CO-PROGETTAZIONE PER UN APPROCCIO RIABILITATIVO CENTRATO SULLA PERSONA: IL PROGETTO DEL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (2021-2023) IN VENETO

Simoni Marco (a), Basso Cristina (a), Gollin Donata (b), Tiozzo Silvia Netti (a), Zapparoli Alessandra (c), Gagni Giuseppe (c), Gabelli Carlo (b), Spano Pierangelo (c)

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

(b) UOSD Centro Studio e Cura Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedale Università, Padova

(c) Direzione Servizi Sociali Regione Veneto, Venezia

Introduzione. Il disturbo neurocognitivo, per la sua natura complessa, cronica e progressiva, rappresenta una delle principali priorità e sfide di sanità pubblica. Attualmente, l'accesso ai trattamenti non farmacologici e riabilitativi per la persona con demenza è ostacolato da barriere culturali, organizzative, sociali ed economiche. Al fine di superare tali ostacoli, nell'ambito del Piano Triennale di Attività finanziato dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze, la Regione Veneto ha promosso l'implementazione della linea 4 per la sperimentazione, valutazione e diffusione della teleriabilitazione all'interno di 11 CDCD della regione, proponendo uno studio sull'usabilità e la co-progettazione di percorsi di cura innovativi, diffondendo una cultura riabilitativa centrata sulla persona.

Metodi. Lo studio che ha coinvolto 220 partecipanti con disturbo neurocognitivo in fase lieve-moderata e 220 *caregiver* ha contemplato le seguenti fasi:

- selezione dei partecipanti;
- due sedute di training all'utilizzo dello strumento coinvolgendo paziente e familiare;
- avvio del percorso di teleriabilitazione della durata di 8 settimane, da remoto, in modalità asincrona;
- restituzione finale con compilazione della *System Usability Scale* (SUS) e di un questionario da parte del paziente e del familiare;
- avvio di 20 Gruppi di Lavoro Usabilità con il coinvolgimento di 80 partecipanti per la co-progettazione di soluzioni e migliorie relative al software;
- raccolta e analisi dei dati.

Le attività svolte hanno permesso di raccogliere dati indiretti e diretti relativi all'usabilità del software, consentendo una revisione dello strumento per favorire una maggiore aderenza dello stesso sulla base delle necessità e delle caratteristiche del partecipante. Dati indiretti di usabilità:

- grado di aderenza al percorso di teleriabilitazione (*Task Completion Rate*);
- variazioni della velocità di esecuzione delle attività nelle 8 settimane di intervento (*Task Completion Time*);
- grado di usabilità alla SUS;
- livelli di gradimento al questionario qualitativo;

Dati diretti di usabilità: osservazione dei partecipanti, discussione e progettazione durante i Gruppi di Lavoro Usabilità; produzione di 21 report dettagliati.

Risultati. I dati sono attualmente in fase di analisi. Il coinvolgimento diretto della persona con disturbo neurocognitivo nella co-progettazione di percorsi di cura innovativi rappresenta un importante passo per permettere di:

- favorire l’abbattimento dello stigma legato alla malattia, dando alla persona la possibilità di esprimere il proprio punto di vista in merito ai percorsi di cura;
- implementare servizi che tengano conto delle preferenze, delle necessità e delle caratteristiche della persona interessata;
- favorire l’accesso e ridurre il tasso di abbandono dei percorsi di cura riabilitativi.

Conclusioni. Il progetto è stato apprezzato da pazienti, familiari e professionisti.

PERCORSI DI STIMOLAZIONE COGNITIVA E DI TELERIABILITAZIONE: UN APPROCCIO BASATO SUL MANTENIMENTO DELLE AUTONOMIE

Spadoni Giulia, Cintoli Simona, Giuliani Valeria, Petrini Francesca, Cappellini Francesco, Siciliano Gabriele, Nicoletti Valentina, Tognoni Gloria
Dipartimento di Specialità Mediche, Unità di Neurologia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

Introduzione. Studi hanno dimostrato come la stimolazione cognitiva, tende a contrastare la rapidità del decorso in pazienti con diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* e di Disturbo Neurocognitivo Maggiore di grado lieve, e anche la percezione di isolamento e solitudine spesso percepita. Inoltre, l'intervento, se condotto a cicli e con flessibilità nell'utilizzo della modalità telematica, risulta essere un modello compatibile e sostenibile all'interno di un CDCD.

Metodi. Da marzo, in seguito all'adesione al finanziamento ministeriale fondo Alzheimer e Demenza, sono stati seguiti 27 pazienti: 16 in presenza in gruppo, caratterizzati principalmente da difficoltà mnestiche; 11 seguiti in percorsi individuali in modalità mista (*online*/presenza) di cui 6 con diagnosi di Atrofia Corticale Posteriore, 4 *Mild Cognitive Impairment* in malattia di Parkinson e 1 con Disturbo del linguaggio. Prima del trattamento e dopo un mese dalla fine dello stesso è stata effettuata una valutazione cognitiva, delle autonomie, degli aspetti emotivi, compreso un questionario ai familiari. Il trattamento è stato strutturato in 8 incontri a cadenza settimanale della durata di un'ora circa. Il nostro protocollo si basa sul potenziamento di abilità cognitive utili alle attività della vita quotidiana, adattandolo alle difficoltà presentate dai pazienti e utilizzando elementi di psicoeducazione, metacognizione, di terapia della reminiscenza e rimotivazione, nonché esercizi cognitivi specifici che vadano a potenziare le abilità residuali.

Risultati. La partecipazione agli incontri è stata elevata, sia nella modalità *online* sia in presenza; si sono verificati 2 *drop-out* (per comorbidità internistiche) ed un'esclusione dal campione per ridotta frequenza (meno di 7 incontri). In termini di profilo cognitivo (0,94) e di autonomia nelle attività quotidiane ($p=0,34$ e $p=0,49$) non risultano cambiamenti significativi post trattamento. Aumenta il tempo di assistenza che il *caregiver* dedica al familiare ($p<0,05$), mentre rimane inalterata la percezione di carico emotivo, sociale, fisico ed evolutivo.

Conclusioni. L'elevata partecipazione agli incontri è indicativa di gradimento dell'intervento da parte di familiari e pazienti. I risultati mostrano una stazionarietà del profilo cognitivo e delle autonomie nelle attività quotidiane, in linea con la recente letteratura relativa ad interventi simili. La consapevolezza del *caregiver* nel sostenere il familiare a mantenere le proprie autonomie, determina un aumento del tempo di assistenza, ma non il carico psico-fisico percepito. Il limite di questo studio risiede nella ridotta dimensione campionaria, dovuta alla brevità del progetto, mentre il punto di forza è la sua potenziale applicabilità in un contesto ambulatoriale grazie all'utilizzo della modalità telematica e del modello ciclico.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE DEMENZE DELLA REGIONE VENETO: TEST GPCOG NELLA PRATICA CLINICA, ESPERIENZA DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Talato Fabiola (a), Carradore Elisabetta (b)

(a) *Medicina di Gruppo Integrata Guizza, AULSS6, Padova*

(b) *Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università degli Studi, Padova*

Introduzione. La demenza è una patologia cronica e progressiva che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona. In Italia secondo stime dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità circa 1.200.000 persone soffrono di demenza, rappresentando il disturbo neurocognitivo una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale, con un considerevole impatto socio-sanitario. La Regione Veneto attraverso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze (DGR n. 570 del 9 maggio 2019) e il relativo sito web "Una Mappa per le Demenze" promuove la riduzione dei fattori di rischio e l'intercettazione tempestiva della malattia, fornisce alla persona malata e ai suoi familiari punti di riferimento sicuri e qualificati, e valorizza i ruoli di tutti gli attori della rete per garantire un approccio integrato e multidisciplinare. In questo contesto il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta il primo riferimento sanitario a cui la persona che lamenta difficoltà cognitive o i suoi familiari si possono rivolgere ed è il punto di riferimento strategico nell'ottica di una presa in carico continuativa. Per favorire l'intercettazione precoce del paziente con disturbi cognitivi da parte del MMG il PDTA prevede l'utilizzo del *Test General Practitioner assessment of Cognition (GPCog)*, uno strumento che, in caso di presenza di segni e/o sintomi di deterioramento cognitivo, consente la distinzione delle condizioni da monitorare da quelle che necessitano un approfondimento diagnostico. L'obiettivo principale del presente studio è descrivere l'applicazione del PDTA regionale nella quotidiana pratica clinica di un Medico di Medicina Generale. Obiettivo secondario è l'analisi di fattori di rischio associati alla diagnosi di disturbo neurocognitivo. L'outcome primario è l'incidenza di diagnosi e presa in carico precoci di casi di disturbo neurocognitivo, ottenute seguendo l'iter previsto dal PDTA regionale.

Metodi. È stato eseguito uno studio osservazionale retrospettivo a partire da maggio 2019 fino a settembre 2023, analizzando le cartelle cliniche dei pazienti a cui è stato somministrato il test GPCog, nell'ambito della normale pratica clinica di un singolo studio di medicina generale nel contesto di una medicina di gruppo integrata a Padova. Nel periodo oggetto del presente studio, come da indicazioni del PDTA della Regione Veneto, il test GPCog è stato sottoposto a tutti gli assistiti con segni e/o sintomi di deterioramento cognitivo, riferiti dagli stessi pazienti o dai loro famigliari, in assenza di precedenti diagnosi di disturbo neurocognitivo, gravi menomazioni sensoriali o affetti da psicosi. Sulla base del punteggio conseguito, i pazienti sono stati successivamente indirizzati a monitoraggio clinico oppure ad approfondimento diagnostico, come previsto dal PDTA

regionale. Per ciascun paziente cui è stato somministrato il test GPCog sono stati raccolti i seguenti dati: 1) caratteristiche anagrafiche e generali (età, genere, BMI, stile di vita e abitudini voluttuarie); 2) comorbidità, precedenti anamnestici e terapie farmacologiche croniche; 3) risultato del test GPCog; 4) accertamenti diagnostici prescritti in base al risultato del test GPCog e relativi esiti; 5) ultimo follow-up ambulatoriale. I dati raccolti saranno gestiti e presentati in forma anonima. I risultati sono stati elaborati utilizzando tecniche di analisi statistica descrittiva: in particolare, per le variabili continue è stata presentata la media, mentre per variabili categoriche si è utilizzata la proporzione percentuale.

Risultati. La raccolta dati è stata completata ed è in corso l'analisi statistica, per cui i risultati saranno disponibili per la presentazione in occasione del congresso.

Conclusioni. Saranno formulate in seguito, sulla base dei risultati ottenuti.

CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEL TEST GPCOG DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER L'INTERCETTAZIONE PRECOCE DEL PAZIENTE CON DISTURBI COGNITIVI: SURVEY NELLA REGIONE VENETO

Talato Fabiola (a), Carradore Elisabetta (b)

(a) *Medicina di Gruppo Integrata Guizza, AULSS6, Padova*

(b) *Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università degli Studi, Padova*

Introduzione. La demenza è una condizione di disfunzione cronica e progressiva che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona. Con oltre 55 milioni di persone affette da demenza e circa 10 milioni di nuovi casi ogni anno nel mondo secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le demenze rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale, con un considerevole impatto socio-sanitario. La Regione Veneto attraverso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze e il relativo sito web "Una Mappa per le Demenze" promuove la riduzione dei fattori di rischio, l'intercettazione tempestiva della malattia, fornisce alla persona malata e ai suoi familiari punti di riferimento sicuri e qualificati, e valorizza i ruoli di tutti gli attori della rete per garantire un approccio integrato e multidisciplinare. In questo contesto il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta il primo riferimento sanitario a cui la persona che lamenta difficoltà cognitive o i suoi familiari si possono rivolgere ed è il punto di riferimento strategico nell'ottica di una presa in carico continuativa. Per favorire l'intercettazione precoce del paziente con disturbi cognitivi da parte del MMG il PDTA prevede l'utilizzo del *Test General Practitioner assessment of Cognition* (GPCog), uno strumento che, in caso di presenza di segni e/o sintomi di deterioramento cognitivo, consente la distinzione delle condizioni da monitorare da quelle che necessitano un approfondimento diagnostico. A 4 anni dalla pubblicazione, abbiamo condotto una *survey* al fine di verificare l'attuale conoscenza del PDTA delle demenze tra i MMG della Regione Veneto, con particolare interesse verso l'applicazione del Test GPCog nella pratica clinica e le eventuali criticità riscontrate nella sua somministrazione.

Metodi. È stato redatto un questionario utilizzando l'applicazione web Google Forms, indirizzato ai MMG della Regione Veneto dal titolo: "PDTA demenze Regione Veneto (DGR n° 570 del 09/05/2019): intercettazione precoce del paziente con disturbi cognitivi da parte del MMG". Tale questionario prevede un totale di 19 domande, suddivise in 6 sezioni. In particolare, la prima sezione si focalizza su informazioni generali relative all'attività del MMG, mentre le successive sezioni sono dedicate ad approfondire la conoscenza del PDTA e l'utilizzo del Test GPCog nella pratica clinica abituale del MMG, indagando anche la frequenza di utilizzo del test, l'utilità riscontrata per l'intercettazione precoce dei pazienti con disturbo neuro-cognitivo e le difficoltà incontrate nella sua applicazione. La *survey* è stata inviata a tutti i MMG della Regione Veneto. I dati raccolti saranno presentati in forma anonima. I risultati del questionario

sono stati elaborati utilizzando tecniche di analisi statistica descrittiva: in particolare, per le variabili continue è stata presentata la media, mentre per variabili categoriche si è utilizzata la proporzione percentuale.

Risultati. Il questionario è stato condiviso con un approccio multiprofessionale (tavolo tecnico regionale demenze), quindi inviato a tutti i MMG della Regione Veneto.

Conclusioni. Saranno formulate in seguito, sulla base dei risultati ottenuti.

VALUTARE L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO DI VALUTAZIONE AUSILI NEI CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE: PROPOSTA DI MODELLO

Trioschi Devis, Vaccina Antonella Rita, Minozzi Rita, Nenna Claudio, Fabbo Andrea
*Unità Operativa Complessa CDCD, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna,
Azienda USL, Modena*

Introduzione. Il livello più alto della politica sanitaria riconosce che gli ausili sono strumenti che possono incidere notevolmente sulla qualità di vita e partecipazione delle persone con disabilità: l'OMS li pone fra i 4 pilastri dell'assistenza sanitaria del nostro secolo insieme a vaccini, farmaci e dispositivi medici. Se ne deduce quindi l'importanza del processo di valutazione anche in età anziana e l'importanza di adottare strumenti/test adeguati per la misurazione degli *outcome*: obiettivo dello studio è mettere in atto e misurare la soddisfazione e l'efficacia relativa alla proposta di ausili di un'organizzazione sperimentale (Servizio di Valutazione Ausili Domiciliare) in un CDCD dell'AUSL di Modena.

Metodi. L'indagine è impostata con studio quantitativo attraverso intervista telefonica in cui sono sottoposti agli assistenti delle persone che utilizzano ausili strumenti e test validati in lingua italiana per la misurazione dell'*outcome* legato agli ausili e della qualità del processo di valutazione: QUEST 2.0 (*Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology 2.0*), punteggi da 1 (per niente soddisfatto) a 5 (molto soddisfatto); KWAZO ("*Kwaliteit van Zorg*", termine olandese che significa qualità del prendersi cura), punteggi da 1 (insufficiente) a 5 (molto buono). I pazienti (e relativi *caregiver*) sono stati reclutati seguendo criteri di inclusione ed esclusione specifici e concordati in equipe CDCD.

Risultati. Nel 2022 e 2023 sono stati reclutati complessivamente 83 pazienti, a 68 dei quali è stato somministrato almeno un questionario al rispettivo *caregiver*. Visto che ogni paziente mediamente dispone di più di un ausilio, ne sono stati valutati 106 con lo strumento QUEST 2.0 e 58 percorsi-ausili con lo strumento KWAZO. Sono state eseguite indagini anche a seconda delle seguenti macro aree: ausili per la mobilità, ausili per l'igiene, per la prevenzione di lesione da pressione e tecnologie per la sicurezza della persona. I dati del QUEST 2.0 esprimono una soddisfazione totale mediamente elevata tra il "piuttosto soddisfatto" ed il "molto soddisfatto" (4,65), sia in riferimento all'ausilio (4,64), che ai servizi relativi (4,70). I dati relativi al KWAZO riportano valori in media molto alti per il percorso ausili: tra "buono" e "molto buono" (4,71), in 2 casi il valore è "sufficiente" e in un caso la media corrisponde a "mediocre". Tutti i primi interventi di valutazione ausili sono stati svolti entro 3 settimane dall'invio del medico geriatra.

Conclusioni. L'indagine ha permesso di raccogliere dati relativi alla soddisfazione degli ausili proposti a seguito della riorganizzazione sperimentale in un CDCD dell'Ausl di Modena che ha svolto un'attività di consulenza specializzata su ausili, adattamenti del domicilio e soluzioni tecnologiche. Dopo due anni di sperimentazione, considerando i dati emersi relativi alla soddisfazione, ai tempi di intervento e alla riduzione dell'abbandono degli ausili, si ritiene utile estendere tale servizio a tutti i sette distretti ed i relativi CDCD dell'AUSL di Modena.

SOLUZIONI TECNOLOGICHE PER IL DISORIENTAMENTO TOPOGRAFICO: DATI PRELIMINARI DAI CDCD DELL'AUSL DI MODENA

Trioschi Devis, Vaccina Antonella Rita, Minozzi Rita, Nenna Claudio, Fabbo Andrea
*Unità Operativa Complessa CDCD, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna,
Azienda USL, Modena*

Introduzione. Il livello più alto della politica sanitaria riconosce che gli ausili sono strumenti che possono incidere notevolmente anche sulla qualità di vita e sulla partecipazione delle persone anziane con demenza. La stessa OMS stilando la lista dei 50 ausili prioritari ha indicato al 13° posto le tecnologie che rilevano le cadute e al 15° posto i sistemi di geolocalizzazione (GPS), ribadendone così l'importanza. Anche il nostro Nomenclatore (All. 5 D.P.C.M. 12-01-2017) li contempla come "Allarmi di sicurezza personale" suddividendoli in "dispositivi per telesoccorso" e "dispositivi per la sicurezza passiva". Pur considerando tutto questo, ad oggi, questi dispositivi non sono di fatto forniti dalle AUSL in quanto le aziende produttrici non hanno ancora provveduto a certificare questi ausili come dispositivi medici secondo la normativa europea dedicata (art. 2 regolamento UE 745/2017). Nell'immaginario collettivo l'anziano con demenza è un disabile in carrozzina e con alterazioni dello stato mentale ma nella maggior parte dei casi non è così perché la maggior parte delle persone con demenza ha un buon livello di autonomia: svolge le faccende di casa, va a fare la spesa, frequenta i luoghi della comunità e desidera avere una vita normale ma a causa dei problemi cognitivi presenta però, più di altri, dei rischi legati alla possibilità di sbagliare strada. Tali rischi possono essere superati e ridotti al minimo se la comunità e i *caregiver* dispongono di strategie e nuove tecnologie per aiutarli a superare queste difficoltà e migliorare la sicurezza. Per tale motivo è stato creato un "piano di intervento coordinato per la ricerca e il soccorso delle persone affette da patologie neurodegenerative" patrocinato dalla Prefettura di Modena che vede impegnati a vario titolo, in un accordo di collaborazione operativo, la Prefettura il Comune di Modena, l'Azienda USL e le Associazioni di Volontariato. L'obiettivo dello studio è mettere in atto azioni finalizzate a valutare e sperimentare gli allarmi di sicurezza personale donati all'AUSL di Modena attraverso:

- la creazione di un percorso dedicato in AUSL a Modena per la loro valutazione e fornitura;
- la creazione di un magazzino specialistico per allarmi di sicurezza personale;
- una formazione specifica per la valutazione di queste tecnologie (rivolta ai terapisti occupazionali);
- misurazione della soddisfazione rispetto alle tecnologie proposte e al percorso di fornitura dell'AUSL di Modena.

Metodi. Tale indagine è impostata con studio quantitativo attraverso intervista telefonica in cui sono sottoposti agli assistenti delle persone che utilizzano allarmi di sicurezza personale valutati/forniti dall'AUSL di Modena strumenti e test validati in lingua italiana per la misurazione dell'outcome legato a questi ausili e della qualità del processo di

valutazione. Sono stati reclutati 12 pazienti per i quali è stata svolta una valutazione e fornitura di allarmi di sicurezza personale, a 9 dei quali è stato possibile somministrare i questionari ai rispettivi *caregiver*. Sono stati somministrati in totale 18 strumenti: 9 QUEST 2.0 (*Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology 2.0*) e 9 KWAZO (sigla di "*Kwaliteit van Zorg*", termine olandese che significa "qualità del prendersi cura").

Risultati. I dati relativi al QUEST 2.0 (*range* 1-5) esprimono una soddisfazione totale in media molto elevata, quasi nella totalità delle risposte emerge il punteggio 5, “molto soddisfatto”, sia in riferimento all’ausilio (media=4,97), che ai servizi relativi (media=5). I dati relativi al KWAZO (*range* 1-5) nella totalità delle risposte emerge un giudizio “molto buono” (media=5). Rispetto ai tempi di intervento: tutte le valutazioni sono state svolte entro 3 settimane dall’invio del medico geriatra.

Conclusioni. L’indagine ha permesso di raccogliere dati preliminari in merito alla valutazione degli allarmi di sicurezza personale forniti tramite percorso aziendale in AUSL a Modena. Il percorso dedicato a queste tecnologie ha permesso di svolgere un’attività di consulenza specialistica su tecnologie innovative finalizzate ad incrementare la sicurezza della persona con demenza e facilitare la partecipazione, l’inclusione e la qualità di vita dei pazienti e dei loro *caregiver*. Considerando i dati emersi rispetto alla soddisfazione, ai tempi di intervento e all’appropriatezza della valutazione e prescrizione, si ritiene utile incrementare il numero di tali dispositivi a disposizione dell’AUSL di Modena e continuare a stimolare le aziende del settore per certificare questi ausili come dispositivi medici, al fine di permetterne l’acquisizione tramite procedure pubbliche di acquisto aziendali o regionali.

ANALISI DEI CONSUMI DI ANTIVIRALI PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI HIV SIEROPOSITIVI IN UN POLICLINICO UNIVERSITARIO DELLA REGIONE LAZIO: FOCUS SU COMORBILITÀ NEUROCOGNITIVE VIRUS CORRELATE

Vaccaro Marcello, Coluccia Adriana, Lioni Maria Francesca, Casini Gianfranco, Polito Giacomo, Proli Enrica Maria
Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione. I disturbi neurocognitivi associati all'infezione da HIV rappresentano importanti conseguenze del virus e un contesto infiammatorio che si sviluppa nel sistema nervoso centrale, associato a una forte attivazione immunitaria locale e a rilevanti cambiamenti neurostrutturali, come l'alterazione della barriera ematoencefalica. Secondo la classificazione di Frascati, i disturbi neurocognitivi si suddividono in tre categorie: deficit neurocognitivi asintomatici e lievi (più comuni) e demenza associata all'HIV, che è diventata meno diffusa grazie alle terapie attuali. Studi recenti confermano l'importanza di attuare tempestivamente tecniche di riabilitazione cognitiva non farmacologica per migliorare la qualità della vita dei pazienti sieropositivi all'HIV con tali disturbi. Pertanto, al fine di valutare l'incidenza dei disturbi cognitivi associati al virus nella nostra struttura, è stato condotto uno studio retrospettivo biennale sul consumo di farmaci antiretrovirali per l'HIV, focalizzandosi sui casi con disturbi neurologici.

Metodi. I dati di consumo sono stati estratti dai database interni dell'ospedale, mentre le informazioni sui disturbi cognitivi sono state ottenute dalle cartelle cliniche dei pazienti. La finestra temporale esaminata comprendeva gli anni 2021-2022, e le variabili analizzate sono state l'età e il sesso, da cui sono state calcolate la media e la deviazione standard, oltre alle comorbilità neurocognitive.

Risultati. Nel primo anno sono stati valutati i consumi dei farmaci e le cartelle cliniche di 1.314 pazienti, con un'età media di $54,98 \pm 10,35$ per le donne e $54,14 \pm 11,77$ per gli uomini. Rispetto al consumo totale, che in media è stato di 9,34 mesi per paziente, il 74,05% è stato assegnato agli uomini. I dati clinici mostrano che, rispetto al numero totale di individui sieropositivi all'HIV, il 49,35% presentava disturbi cognitivi, di cui il 93,45% erano asintomatici o lievi e il 6,55% aveva una demenza associata all'HIV. Nel 2022 si è registrato un aumento del +13,39% dei pazienti sieropositivi all'HIV in cura, di cui il 73,56% erano uomini con un'età media di $53,61 \pm 11,89$, mentre la popolazione femminile aveva un'età media di $55,05 \pm 10,75$. Anche il consumo è aumentato proporzionalmente, con una media di 9,55 mesi per paziente. I casi di disturbi neurologici hanno subito una leggera diminuzione (-0,55%) rispetto al 2021, mantenendo una distribuzione relativamente costante nelle tre categorie: disturbi asintomatici e lievi (94,23%) e demenza associata all'HIV (5,77%).

Conclusioni. I dati mostrano percentuali di comorbilità coerenti con i valori riportati in letteratura. Nel caso della demenza associata all'HIV, sebbene in una percentuale molto bassa, rappresenta il disturbo più grave e, nonostante non esista una cura per la

demenza, negli ultimi decenni sono stati sviluppati vari approcci psicosociali che, combinati con la terapia farmacologica, potrebbero migliorare e mantenere le capacità cognitive dei pazienti. In questa strategia, un fattore fondamentale è il tempo, poiché identificare e tracciare tempestivamente le correlazioni tra l'HIV e i disturbi cognitivi attraverso studi potrebbe ottimizzare il successo della riabilitazione del paziente e rallentare la progressione della malattia.

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA BASE DELLA PROGETTAZIONE DEL TERZO NUCLEO ALZHEIMER RSA DELL'ISTITUTO GERIATRICO PIERO REDAELLI DI VIMODRONE: NOSTRA ESPERIENZA

Vollery Maria, Fabbrini Stefano

Azienda Sanitaria alla Persona Golgi Redaelli, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) nucleo Alzheimer accoglie persone con diagnosi di demenza di grado moderato (CDR2-CDR3) complicato da disturbi del comportamento. La progettazione del terzo nucleo Alzheimer all'Istituto Geriatrico Piero Redaelli (Vimodrone - MI) nasce dalla richiesta territoriale di conversione di posti letto RSA in RSA-nucleo Alzheimer (DGR XI/6387). La formazione di un'equipe multidisciplinare, sia nella progettazione del nucleo che nella sua gestione, è la risposta alle esigenze di persone che necessitano di un orientamento di tipo ambientale, cognitivo motorio e di controllo dei disturbi del comportamento.

Metodi. La progettazione ha previsto la formazione dell'equipe, l'individuazione del luogo, le attività da proporre all'utenza ed il sostegno alla famiglia. Sono stati previsti incontri settimanali di terapie complementari di musicoterapia e di riattivazione cognitivo relazionale di gruppo finalizzati alla gestione dei disturbi del comportamento. Sono stati valutati trattamenti combinati di osteopatia e musicoterapia per la gestione dei disturbi del comportamento non responder con vocalizzo.

Risultati. Gli utenti accolti in numero di 16 (10 femmine e 6 maschi) con demenza vascolare, di Alzheimer e demenza frontale complicato da disturbi del comportamento (wandering, agitazione psicomotoria, disturbo del sonno, apatia) di grado moderato severo (CDR2-CDR3) provenivano dal domicilio e la terapia antipsicotica era presente nella maggior parte di loro. Le scale di valutazione somministrate all'ingresso mostravano un quadro di dipendenza moderata/severa: MMSE compreso fra 0 e 18/30, Indice di Barthel fra 0/100 a 56/100 (dipendenza moderata,) Scala Tinetti fra 0/28 a 22/28 (cammino autonomo). L'individuazione di spazi all'interno del reparto con funzioni specifiche, ha avuto la finalità di orientare gli utenti rispetto ad azioni ed attività. È stata formata un'equipe multidisciplinare che opera secondo il metodo Gentalfcare, con attività specifiche di assistenza e di stimolazione cognitiva. Il trattamento combinato (musicoterapia ed osteopatia) sul paziente vocalizzante comporta un rilassamento della persona fino all'addormentamento. La percentuale di terapia medica con antipsicotici è attualmente presente nel 60% degli utenti.

Conclusioni. I trattamenti alternativi alle terapie mediche hanno dato buoni risultati sulla gestione dei disturbi del comportamento, anche se riteniamo di dover incrementare le sedute settimanali. L'approccio multidisciplinare si conferma la sola modalità efficace per affrontare i deficit cognitivi e motori della persona con demenza restituendo dignità ed una migliore qualità di vita.

DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE NELLA PREVENZIONE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO

Zapparoli Alessandra (a), Basso Cristina (b), Gagni Giuseppe (a), Spano Pierangelo (a)

(a) Direzione Servizi Sociali Regione Veneto, Venezia

(b) Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Azienda Zero, Regione Veneto, Padova

Introduzione. La prevenzione del Disturbo Neurocognitivo (DNC) rappresenta una priorità del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze della Regione Veneto (DGR 570/2019). Quando si pianificano strategie di prevenzione il focus ricade su azioni orientate prevalentemente ai fattori di rischio sanitari tralasciando quelli che sono fattori di carattere sociale che concorrono a definire l'equilibrio dinamico della salute di una persona con DNC. Ci sono infatti altri fattori quali le relazioni sociali, l'occupazione lavorativa, la partecipazione alla comunità, l'affermazione dell'identità che incidono significativamente sulla progressione della malattia. Diventa quindi prioritario identificare i determinanti sociali modificabili della salute quali il livello di istruzione, il reddito, le condizioni lavorative, l'ambiente in cui si lavora e si vive quotidianamente, l'insieme delle relazioni, per progettare azioni di prevenzione strutturate e multisettoriali che contribuiscano significativamente al raggiungimento di una buona qualità di vita.

Metodi. Fin dalla sua approvazione il PDTA regionale ha valorizzato l'aspetto dello sviluppo di strategie di prevenzione dei fattori di rischio del declino Neurocognitivo avviando un cambiamento culturale che investe anche sui determinanti sociali modificabili di salute contribuendo al miglioramento del benessere dell'individuo e della comunità. Il PDTA regionale individua 3 dimensioni sulle quali definire azioni concrete che contemplino la prevenzione:

1. **Persone con DNC e caregiver.** La Regione del Veneto, con la DGR n. 1312 del 25 ottobre 2022 "Approvazione Linee Guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari per il triennio 2023-2025" identifica, nell'Allegato B, l'obiettivo di "Collaborare allo sviluppo delle Azioni del Piano Triennale del fondo Alzheimer e demenze" definendo come indicatore di risultato il numero di UVMD eseguite. Dall'analisi delle pianificazioni di zona risulta che 20 Ambiti Territoriali Sociali su 21 hanno approvato Piani di zona che recepiscono l'obiettivo e lo declinano coerentemente alle indicazioni regionali attraverso la effettuazione di UVMD per implementare un approccio di presa in carico precoce e tempestiva della persona con DNC e della famiglia.
2. **Comunità.** Attraverso "Una Mappa per le demenze" (DGR n. 570/2019), strumento web regionale dinamico che rafforza il ruolo determinante della persona e la multidisciplinarietà delle competenze (<https://demenze.regione.veneto.it/>) si promuove e sostiene un cambiamento nell'approccio alla malattia. Attraverso l'approvazione del Programma annuale di Interventi di Promozione e valorizzazione dell'Invecchiamento attivo (DGR n. 938/2023), si prevedono: azioni volte a incentivare lo sviluppo di ambienti e contesti adeguati e favorevoli che supportino l'Invecchiamento attivo attraverso interventi di

promozione della salute e prevenzione delle malattie includendo anche il DNC; azioni volte a promuovere la creazione di comunità territoriali inclusive per migliorare la cura, la qualità di vita e il benessere delle persone anziane anche con DNC. Nel 2023, nell'ambito del Programma annuale, sono state avviate 25 progettualità per costruire comunità territoriali inclusive anche per persone con disturbo Neurocognitivo.

3. Rete. Sviluppare sinergie trasversali che collegano aspetti sanitari, socio-sanitari e sociali per lo sviluppo di politiche integrate multisettoriali capaci di promuovere il benessere e la salute della persona con DNC.

Conclusioni. Un approccio globale alla prevenzione del disturbo DNC deve contemplare anche i determinanti sociali che influiscono sull'equilibrio di salute. Tale approccio si deve sviluppare secondo una prospettiva multisettoriale che armonizzi e metta a sistema risorse e ambiti diversificati. Il benessere della persona, la vivibilità delle città, i processi di inclusione e accoglienza, la possibilità di essere e sentirsi parte di una collettività, la partecipazione alla vita della comunità diventano aspetti da considerare tra le strategie di prevenzione da mettere in atto a tutela del Disturbo Neurocognitivo.

INDICE DEGLI AUTORI

Abate Francesca	5	Bossio Roberto Bruno.....	5
Aglieri Virginia.....	55	Bove Angela	64; 65
Allegri Nicola.....	55	Braccini Lara.....	75
Ancidoni Antonio.....	3; 30	Brogna Silvia	71
Angelica Ziletti.....	7	Bruno Giuseppe	43
Angeloro Daniele Pio	57	Cafazzo Viviana	27
Arabia Gennarina	5	Caffarra Paolo	3
Arcudi Luciano.....	5	Calabresi Paolo	51
Arenare Francesca.....	41	Camilli Flaminia	66
Arienti Stefania	72	Cancellaro Elisabetta	29
Arrigoni Fabrizio.....	7	Cappellini Francesco.....	88
Artusi Martina	40	Carbone Elena.....	30
Atzori Cristiana	57	Carnevale Giulia.....	8; 10; 12; 16
Bacigalupo Ilaria	8; 10; 12; 16	Carradore Elisabetta.....	89; 91
Baglieri Annalisa.....	25	Carrozza Cinzia.....	51
Balanzoni Simone.....	63	Casa Mariella	82
Barisone Giorgia	23	Casigliani Virginia.....	18
Bartolacci Chiara.....	78	Casini Gianfranco	36; 96
Bartorelli Luisa.....	66	Castiglioni Stefania.....	32
Baschi Roberta	43	Cavallaro Rosaria Adele	76
Basso Andrea	68	Cavalli Andrea	22; 74
Basso Cristina	14; 45; 86; 99	Cavalli Raffaele	68
Bellomo Guido	16; 18; 66	Cazzari Vicenza Elena	45
Bergolo Andrea.....	61	Ceci Corrado	27
Bernardi Maria Pompea	5	Cenere Barbara Luciana.....	82
Berselli Chiara.....	41	Ceravolo Roberto	35
Bettini Paolo.....	37	Chillemi Gaetana	53; 54
Bevilacqua Petr	25	Cilia Federico.....	84
Bizzarri Mariano	76	Cintoli Simona	34; 35; 88
Blandi Lorenzo.....	55	Cipollari Susanna	66
Bljusovich Galina.....	20	Citro Salvatore	51
Boccardi Virginia.....	43	Codemo Alessandra	82
Boccolieri Alfonsina	81	Colao Rosanna	5
Boccolieri Giovanna.....	81	Coluccia Adriana	36; 96
Boffelli Stefano	21	Cosmo Vicenza Chiara	45
Bonanni Rita	22; 74	Costa Alfredo.....	55
Bonansea Alessandro	23	Costagliola Carmela.....	64; 65
Bonetti Camilla	75	Costantini Emanuele Maria.....	51
Boniforti Laura.....	72	Cotelli Maria Sofia.....	37
Bonora Annalisa.....	25	Cotta Ramusino Matteo	55
Borella Erika	68	Cova Ilaria.....	67
Bosone Daniele	55	Crestini Alessio.....	30

Croci Luca.....	39	Gasparini Marina	8; 50
Cucumo Valentina.....	67	Gasparoli Elisabetta	82
Cutaia Chiara.....	40	Giantin Valter	71
D'Antonio Fabrizia	43	Giaquinto Francesco.....	8; 10; 12; 16
Da Ronch Chiara	47	Giardini Ilaria.....	75
Danti Ilaria	61	Giuffrè Guido Maria	51
De Domenico Donatella.....	41	Giuliani Valeria.....	34; 88
De Ninno Grazia	51	Gollin Donata.....	14; 82; 86
De Sanctis Brunetto.....	78	Grassi Alberto	47
De Silva Virginia.....	84	Grassi Vanna.....	72
Del Prete Eleonora	35	Grassivaro Francesca	47
della Gatta Francesco	3	Grillo Antonio.....	41
Delmonte Marta.....	63	Grimoldi Marco	41
Demarchi Elisabetta	23	Guaita Antonio.....	3
di Francia Davide	25	Guariglia Cecilia	43
Di Giorgi Lucia	43	Gucciardino Liana.....	53; 54
Di Lorenzo Raffaele.....	5	Imperiale Daniele	57
Di Matteo Federica.....	22; 74	Insardà Pasqualina	5
Dijk Babette.....	59	Ivaldi Claudio	59; 61
Diniz Ferreira Borges Luiza.....	76	Izzicupo Fabio.....	27
Donno Sara.....	61	Keller Karin	55
Durante Rocco.....	72	La Sala Savona Paola.....	53; 54
Fabbo Andrea.....	25; 93; 94	Lacorte Eleonora.....	3; 30
Fabbrini Stefano	41; 98	Lazzarino Margherita.....	61
Fabrizi Elisa	3	Leonardi Alessandro.....	59
Fattapposta Francesco	70	Limongi Federica	21
Ferrari Arianna	45	Lioni Maria Francesca	96
Ferrigno Salvatore.....	42	Locatelli Edoardo	63
Fiammanti Francesca	40	Locuratolo Nicoletta	3
Fiore Valentina.....	78	Longo Flavia Maria.....	64; 65
Focella Lucia.....	47	Lorenzini Patrizia....	8; 10; 12; 16; 66; 84
Frontera Giovanni	5	Losito Gilda	84
Fuso Andrea	76	Lucarelli Marco.....	76
Gabelli Carlo	14; 82; 86	Lupo Maria Rosaria	5
Gagni Giuseppe.....	14; 86; 99	Maestri Giorgia	67
Galati Franco.....	5	Magarelli Silvia.....	25
Galli Chiara	25	Maggiore Laura.....	67
Gallo Alessia	82	Mancini Giovanni	22; 74
Gallo Federica	23	Manelli Filippo	37
Gallo Stefania.....	72	Mangia Sara	70
Gallucci Marco.....	47	Manini Claudia	57
Gallucci Maurizio.....	47	Marchesini Cristina.....	49
Gambardella Anton	5	Marconi Domitilla.....	16; 18; 84
Gandolfi Maria Carla	41	Marin Sara.....	71
Garbo Paola.....	49	Marini Alessandro.....	27
Gardinali Roberto.....	55	Marra Camillo.....	51

Martinelli Jessica.....	78	Previderè Giorgio.....	40
Marzetti Emanuele.....	47	Prinzivalli Paola.....	75
Mastroianni Silvia.....	81	Proli Enrica Maria.....	36; 96
Matascioli Fabio.....	8; 10; 12; 16	Quaranta Davide.....	51
Mecocci Patrizia.....	43	Raia Tiziana.....	76
Melendugno Andrea.....	68	Ramonda Evelin.....	23
Meneghetti Chiara.....	68	Reda Valentina.....	25
Mina Concetta.....	70	Redaelli Valentino.....	81
Minozzi Rita.....	93; 94	Remoli Giulia.....	8; 10; 12
Mirabella Anna.....	61	Ribuoli Sonia.....	77
Monastero Roberto.....	43	Ricci Monica.....	78
Montanari Alessandra.....	25	Rignanese Maria.....	25
Monticciolo Giorgia.....	57	Rigoni Sabrina.....	20
Murgioni Amelia.....	57	Rinaldi Alex.....	49
Murroni Veronica.....	68	Rinaldi Maria Grazia.....	81
Muzzioli Tizia.....	25	Riolo Antonino.....	80
Nenna Claudio.....	93; 94	Rivabene Roberto.....	30
Nicoletti Valentina.....	34; 88	Rizzi Ezia.....	81
Nicotra Alessia.....	67	Rosa Paolo.....	30
Niutta Maurizio.....	55	Rossi Cristina.....	25
Novelli Alessio.....	59	Rossolini Donatella.....	27
Orlandi Elena.....	36	Ruaro Cristina.....	82
Orlando Francesco.....	61	Rubino Elisa.....	43
Osti Roberta.....	21	Russo Giuseppe.....	59
Paggetti Alice.....	84	Sagliocca Luciano.....	3
Palazzesi Ilaria.....	66	Salemme Simone.....	18
Palermo Vittorio.....	66	Salotti Paolo.....	78
Palomba Vincenzo.....	37	Salvi Emanuela.....	8; 10; 12; 16; 84
Palummeri Ernesto.....	59	Schifino Nicola.....	55
Pamio Maria Valentina.....	71	Scipioni Cecilia.....	27
Pani Sara Maria.....	16; 18	Secci Valentina.....	57
Pantoni Leonardo.....	67	Secreto Piero.....	3
Papaccioli Giuseppe.....	64; 65	Serveidei Giacomo.....	61
Pardini Matteo.....	59	Sgarito Claudia.....	53
Pazzaglia Francesca.....	68	Siciliano Gabriele.....	34; 35; 88
Pecoraro Manuela.....	54	Simonetti Mirka.....	27
Pelucchi Loris.....	72	Simoni Marco.....	14; 82; 86
Perli Cristina.....	71	Sirotti Elisa.....	25
Perrone Simona.....	32	Siviero Paola.....	21
Petrini Francesca.....	88	Spadoni Giulia.....	88
Piscopo Paola.....	3; 30	Spano Pierangelo.....	14; 86; 99
Pizzoni Luca.....	22; 74	Spinucci Francesca.....	70
Podestà Mirta.....	59	Stamin Laura.....	78
Polito Giacomo.....	36; 96	Stracciari Andrea.....	3
Pomati Simone.....	67	Talato Fabiola.....	89; 91
Prete Camilla.....	59	Tarantino Ciro.....	84

Tata Ada Maria.....	30	Vanacore Nicola...3; 5; 8; 10; 12; 16; 18;	
Taverna Turisan Eleonora	80	30; 50; 66; 84	
Tentorio Tiziana	32	Vignaroli Enrica.....	84
Tiozzo Silvia Netti	14; 86	Vignatelli Luca	3
Tognoni Gloria	34; 35; 88	Vignati Marco	72
Tommasini Luca.....	35	Vita Maria Gabriella	51
Tosana Elisa	37	Vollery Maria.....	98
Trevisan Caterina	63	Volpato Stefano	63
Trioschi Devis	93; 94	Zambri Francesca.....	66
Tuissi Alice	41	Zapparoli Alessandra	14; 45; 86; 99
Turla Marinella.....	37	Zavatta Elena	25
Tuttobene Sara	23	Zinghini Daniele	78
Vaccaro Marcello	36; 96	Zuffi Marta.....	32
Vaccaro Roberta.....	8; 10; 12; 16	Zurlo Amedeo	63
Vaccina Antonella Rita	93; 94		

*Serie ISTISAN Congressi
ottobre-dicembre 2023 (n. 4) 1° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica - Istituto Superiore di Sanità
Roma novembre 2023*