



ISTISAN CONGRESSI 25|C3

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

18° Convegno

I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 27-28 novembre 2025

RIASSUNTI

A cura di
M.C. Porrello, A. Ancidoni, E. Fabrizi, N. Locuratolo,
P. Piscopo, N. Vanacore, M. Mazzola



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

18° Convegno

**I Centri per i Disturbi Cognitivi
e le Demenze e la gestione integrata della demenza**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 27-28 novembre 2025

RIASSUNTI

A cura di

M.C. Porrello (a), A. Ancidoni (a), E. Fabrizi (a), N. Locuratolo (a),
P. Piscopo (b), N. Vanacore (a), M. Mazzola (a)

(a) Centro Nazionale di Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute
(b) Dipartimento di Neuroscienze

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
25/C3

Istituto Superiore di Sanità

18° Convegno. I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza.

Istituto Superiore di Sanità. Roma, 27-28 novembre 2025. Riassunti.

A cura di Maria Cristina Porrello, Antonio Ancidoni, Elisa Fabrizi, Nicoletta Locuratolo, Paola Piscopo, Nicola Vanacore e Monica Mazzola

2025, xi, 150 p. ISTISAN Congressi 25/C3

Il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale continuerà a determinare un incremento significativo del numero di persone affette da demenza, confermandola come una delle principali sfide sanitarie a livello globale. In Italia, il Piano Nazionale Demenze (2015) rappresenta il documento di riferimento per le politiche sanitarie e sociali nel settore, ed è attualmente oggetto di aggiornamento da parte del Tavolo permanente sulle demenze, con l'obiettivo di integrare nuove evidenze scientifiche, innovazioni terapeutiche e modelli organizzativi. Il 2025 rappresenta un momento di svolta per l'intera rete dei servizi per le demenze, con l'immissione in commercio di nuovi farmaci che aprono prospettive terapeutiche e rendono necessaria una riorganizzazione della rete dei servizi, il potenziamento delle capacità diagnostiche e di monitoraggio e il consolidamento della rete dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e dei servizi territoriali. Il Convegno intende documentare le attività di prevenzione, diagnosi, trattamento, assistenza e ricerca condotte presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, offrendo un aggiornamento sulle più recenti iniziative italiane e valorizzando anche contesti specifici, come quello della demenza nelle popolazioni migranti, per promuovere un approccio equo e sostenibile.

Parole chiave: Demenza, Gestione integrata, Piano Nazionale Demenze, pianificazione delle cure.

Istituto Superiore di Sanità

18th Congress. Centers for Cognitive Disorders and Dementia and integrated dementia management.

Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 27-28, 2025. Abstract book.

Edited by Maria Cristina Porrello, Antonio Ancidoni, Elisa Fabrizi, Nicoletta Locuratolo, P. Piscopo, Nicola Vanacore and Monica Mazzola

2025, xi, 150 p. ISTISAN Congressi 25/C3 (in Italian)

The progressive ageing of the world's population will lead to an exponential increase in the number of cases of dementia, confirming it as one of the major healthcare challenges worldwide. In Italy, the National Dementia Plan (2015) represents the main policy framework guiding health and social initiatives in this field. The Plan is currently being updated by the National Committee on Dementia, with the aim of integrating the most recent scientific evidence, therapeutic innovations, and new organizational models. The year 2025 represents a turning point for the entire dementia care network, with the regulatory approval of new therapeutic options that open innovative therapeutic perspectives and require a reorganisation of care services, the strengthening of diagnostic and monitoring capacities, and the consolidating of the Centers for Cognitive Disorders and Dementia and community-based services. The Conference aims to document the activities of prevention, diagnosis, treatment, care, and research carried out within the facilities of the National Health System, providing an update on recent Italian initiatives and highlighting specific contexts, such as dementia in migrants, to promote an equitable and sustainable approach.

Key words: Dementia, National Dementia Plan, care management.

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:

M.C. Porrello, A. Ancidoni, E. Fabrizi, N. Locuratolo, P. Piscopo, N. Vanacore e M. Mazzola. (Ed.). *18° Convegno. I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 27-28 novembre 2025. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2025 (ISTISAN Congressi 25/C3).

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: *Antonio Mistretta*

Redazione: *Patrizia Mochi e Giovanna Morini*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2024

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	xi
Riassunti	1
Indice degli autori	145

PROGRAMMA

Giovedì 27 novembre

- 8.40 Registrazione dei partecipanti
- 8.50 Saluto di benvenuto
Rocco Bellantone
Presidente Istituto Superiore di Sanità
- Giovanni Leonardi**
Capo del Dipartimento della Salute Umana, della Salute Animale e dell'Ecosistema (One Health) e dei Rapporti Internazionali, Ministero della Salute
- Robert Giovanni Nisticò**
Presidente Agenzia Italiana del Farmaco
- Giovanni Capelli**
Direttore Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità
- 9.10 Presentazione del Convegno
Nicola Vanacore
Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute

Prima Sessione

LE ATTIVITA' DEL FONDO ALZHEIMER E DEMENZE 2024-2026

Moderatore: Nicola Vanacore

- 9.20 *Il Fondo per l'Alzheimer e Demenze 2024-26*
Cristina Tamburini, Caterina B.N.A. Bianchi
- 9.40 *Aggiornamento del Piano Nazionale delle Demenze*
Teresa Di Fiandra
- 10.00 *Le specificità clinico-assistenziali della Demenza giovanile*
Barbara Borroni
- 10.20 *Namaste Care Program: applicabilità in contesto domiciliare*
Barbara Manni
- 10.30 *Analisi risultati preliminari del progetto di implementazione del modello di assistenza centrato sulla persona rivolto agli utenti affetti da demenza delle residenze sanitarie per anziani della Provincia di Modena*
Marina Turci

- 10.40 *Le nuove sfide di un percorso formativo teorico-pratico sulla comunicazione della diagnosi di DNC: l'esperienza della Regione Veneto*
Cristina Basso
- 10.50 *L'impatto di DEMOTIC (DEMENTIA TOPICS CARTOON): survey sui contenuti proposti dei primi 2 episodi realizzati*
Filippo Bergamo
- 11.00 *L'informatizzazione delle attività dei CDCD: strumento per il governo clinico*
Alessandra Lombardi
- 11.10 Coffee break

Seconda Sessione

LA CONVENZIONE DELL'ONU SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ: LA SPECIFICITÀ DELLA DEMENZA

Moderatrice: Teresa Di Fiandra

- 11.30 *Percorsi di vita e disabilità*
Cecilia Maria Marchisio
- 11.50 *Nota sull'impatto delle recenti riforme legislative per le persone con demenza*
Ciro Tarantino
- 12.10 *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e ruolo degli ausili: i percorsi di assistenza protesica e i dati di follow-up in geriatria territoriale a Modena*
Devis Trioschi
- 12.20 *Demenze e capacità: prospettive di un'assistenza centrata sui diritti e sulla persona tra CRPD e riforma della disabilità in ITALIA*
Luciana Riva

Terza Sessione

STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA DEMENZA: INTEGRAZIONE TRA IL LIVELLO DI POPOLAZIONE E QUELLO INDIVIDUALE

Moderatrice: Nicoletta Locuratolo

- 12.30 *La prevenzione nel contesto del progetto JADE Health*
Guido Bellomo

- 12.50 *Dal dato epidemiologico al rischio personale: alcol, diabete e risorse psicosociali nella prevenzione della demenza*
Elena Rolandi
- 13.00 *Contributo dei fattori di rischio di declino cognitivo in un campione di popolazione anziana residente nella Provincia di Napoli: uno studio retrospettivo*
Danilo Atripaldi
- 13.10 *“In Forma Mentis”: un programma integrato di prevenzione di allenamento cognitivo, attività fisica e sana alimentazione. Risultati preliminari di uno studio pilota a Modena (Italia)*
Annalisa Baglieri
- 13.20 Pausa Pranzo
- 13.20 Sessione poster
Moderatori: Elisa Fabrizi, Francesco Sciancalepore, Antonio Ancidoni

Quarta Sessione

LE TERAPIE DIGITALI PER LE PERSONE CON DETERIORAMENTO COGNITICO

Moderatrice: Maria Di Marzo

- 14.20 *Il Contesto normativo delle nuove tecnologie*
Marco Marchetti
- 14.40 *Il panorama delle terapie digitali*
Giuseppe Recchia
- 15.00 *Il trial INFORMA*
Carlo Gabelli
- 15.20 *Tele Cognitive Movement (TCM): l'IA a domicilio a servizio di corpo e mente*
Sara Fascendini
- 15.30 *EARLY-COGN³: soluzione digitale per la riabilitazione cognitiva precoce*
Elena Campana

Quinta Sessione

DEMENTIA E MIGRANTI: SVILUPPI DEL PROGETTO IMMIDEM

Moderatrice: Ilaria Bacigalupo

- 15.40 *Risultati preliminari del progetto ImmiDem*
Marco Canevelli

- 16.00 *Stimolazione cognitiva in pazienti stranieri con disturbi neurocognitivi e supporto psicologico per i loro caregivers in diversi setting di cura: interventi integrati per migliorare il benessere e la qualità di vita*
Piero Secreto
- 16.10 *Le dimensioni della cultura: un'analisi esplorativa in pazienti con diversità linguistica e culturale*
Simone Pomati
- 16.20 *Il Progetto ImmiDem: confronto tra la popolazione migrante e un gruppo di controllo italiano afferenti ai Centri Disturbi Cognitivi e Demenza della Provincia di Modena*
Rossella Tozzi

Sesta Sessione

LE PRESTAZIONI DI TELEMEDICINA NEI PDTA DELLE DEMENZE

Moderatore: Guido Bellomo

- 16.30 *La telemedicina nella Regione Lazio*
Michelangelo Bartolo
- 16.50 *Il modulo della demenza*
Paolo Caffarra
- 17:10 *Linea telefonica dedicata in CDGD geriatrico a Pistoia: strumento di monitoraggio e cura*
Veronica Caleri
- 17.20 *Telemedicina e stimolazione cognitiva: il progetto Neurotablet per gli anziani con MCI*
Sara Busti
- 17.30 Chiusura della giornata

Venerdì 28 novembre

Settima Sessione

NUOVI FARMACI NELL'ALZHEIMER: DALL'ANALISI PER RESPONDER ALLE STRATEGIE PER LA MINIMIZZAZIONE DEI RISCHI

Moderatore: Antonio Ancidoni

- 9.00 *Le evidenze su farmaco Lecanemab*
Sandro Sorbi

- 9.20 *Le evidenze sul farmaco Donanemab*
Federico Torelli
- 9.40 *Il nomogramma INTERCEPTOR*
Paolo Maria Rossini
- 10.00 *La sfida clinica dei nuovi farmaci nell'Alzheimer*
Alessandro Padovani
- 10.20 *Analisi per responder nella farmacologia clinica delle demenze*
Nicola Vanacore
- 10.40 *Aspetti regolatori, clinici e sorveglianza post-marketing del Lecanemab per il trattamento della malattia di Alzheimer*
Giuseppe Marano
- 10.50 *Il carico anticolinergico come fattore predittivo di progressione a demenza*
Chiara Luppi
- 11.00 Coffe break

Ottava Sessione

EZIOPATOGENESI DELLA NEURODEGENERAZIONE: IPOTESI A CONFRONTO

Moderatrice: Paola Piscopo

- 11.20 *La complessità dei meccanismi neurodegenerativi*
Stefano Govoni
- 11.40 *Criticità e prospettive per la teoria dell'amiloide e della Tau*
Michele Angelo Di Bari
- 12.00 *Vescicole extracellulari e p-Tau181 biomarcatori precoci per la Malattia di Alzheimer*
Roberta Ghidoni
- 12.10 *La complessa interazione tra cellule gliali e neuroni nella malattia di Alzheimer*
Caterina Scuderi
- 12.20 *Biomarcatori di Alzheimer: risultati dallo studio InveCe.Ab*
Annalisa Davin
- 12.30 *Fragilità e biomarcatori di malattia di Alzheimer nei pazienti con decadimento cognitivo lieve*
Simona Buscarnera

12.40 Pausa Pranzo

12.40 Sessione poster

Moderatori: **Eleonora La Corte, Francesco Della Gatta, Paola Piscopo**

Nona Sessione

QUALE CONTRIBUTO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE NELLA GOVERNANCE E NELLA RICERCA DELLA DEMENZA

Moderatrice: **Flavia Lombardo**

13.40 Large language model e social chatbot
per il supporto terapeutico nelle demenze
Mattia Della Rocca

14.00 *Il ruolo dell'intelligenza artificiale nella ricerca clinica e di base*
Claudio Franceschi

14.20 *Modelli clinici predittivi per la demenza basati sull'intelligenza artificiale:
una revisione sistematica*
Giorgia Durante

14.30 *Modelli di intelligenza artificiale e MCI:
è possibile predire il rischio di conversione?*
Raffaella Di Giacopo

Decima Sessione

LA PRESCRIZIONE SOCIALE E L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DEMENZA

Moderatrice: **Teresa Di Fiandra**

14.40 *La prescrizione sociale in Italia*
Giovanni Capelli

15.00 *La prescrizione sociale: l'esempio dei percorsi museali
per le persone con deterioramento cognitivo*
Cristina Bucci

15.20 *L'assistenza alle persone con demenza nel contesto di una comunità amica*
Mario Possenti

15.40 *La legislazione sul supporto ai caregiver*
Clelia D'Anastasio

- 16.00 *Criticità nell'organizzazione dei servizi dedicati alla demenza*
Patrizia Spadin
- 16.20 *La retta nelle RSA: implicazioni per la sostenibilità del sistema socio-sanitario*
Sara Madrigali
- 16.40 *Il lavoro di rete per le persone con demenza e le famiglie nel territorio del Pinerolese*
Marcello Galetti
- 16.50 *Il villaggio fondazione Roma: modello di cura innovativo per le persone con Alzheimer*
Michela Questa
- 17.00 *Impatto del deterioramento cognitivo e dei farmaci sulle cadute di pazienti del CDCD*
Chiara Castellana
- 17.10 *Interventi psico-educativi con il cinema; survey su un corso creato con spezzoni di film*
Rossano Angeloni
- 17.30 Chiusura del convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 18° Convegno “I centri per i disturbi cognitivi e le demenze e la gestione integrata della demenza”.

Alcuni di questi, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale e sono indicati con una O.

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

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

Riassunti

INTERVENTI PSICO-EDUCATIVI CON IL CINEMA; SURVEY SU UN CORSO CREATO CON SPEZZONI DI FILM

Angeloni Rossano (a,b), Ciccola Alessia (a), Tancredi Antonietta (a), Acciarri Cristina (b), Angelocola Stefania (b), Balestrini Yuri (b), Cardinali Patrizio (a), Forconesi Fabrizio (b), Pucci Eugenio (b), Tiberi Riccardo (b)

(a) CDCD UOC Neurologia, AST, Fermo

(b) UOC Neurologia, AST, Fermo

Introduzione. Offrire ai *caregiver* delle persone con demenza interventi psicoeducativi e di formazione mirati all'acquisizione di competenze sui sintomi, sia cognitivi che comportamentali, sui cambiamenti nel tempo della malattia, su come rispondere alle modificazioni nel comportamento, rappresenta una delle raccomandazioni principali per migliorare l'assistenza ad una persona con demenza.

Il cinema con la sua rappresentazione "reale", mediata da attori, può costituire una grande opportunità per capire i vari aspetti della malattia.

Metodi. Utilizzando il "Fondo per l'Alzheimer e le Demenze", erogato alla Regione Marche, finanziamento 2021-2023, il CDCD Neurologia AST Fermo ha realizzato un corso intitolato "Le DEMENZE: I sintomi cognitivi ed i disturbi neuropsichiatrici. Conoscerli ed interpretarli attraverso i film. Corso pratico interattivo per i familiari". Scelti 11 film di successo aventi come tema la demenza e selezionati spezzoni che meglio esprimevano i sintomi cognitivi, comportamentali, le fasi della malattia e l'approccio alla cura incentrato sulla persona. Alla loro proiezione precedeva una breve introduzione teorica, seguiva un dialogo interattivo ("...tu che faresti? ..."), con possibilità di votare in diretta tre soluzioni proposte dal formatore, quindi si fornivano chiavi di interpretazione e consigli di comportamento secondo l'approccio alla cura incentrato sulla persona. Il corso è stato completamente audio-video registrato. Dopo otto mesi, è stata proposta ai partecipanti una survey auto-compilata, anonima, per valutare qualità, utilità percepita e impatto personale del corso.

Risultati. Partecipanti: 43; Questionari restituiti: 32 (74.4%); Margine di errore: $\pm 8.9\%$ (95% IC).

Survey:

- Valutazione complessiva: 71,9% "eccellente", 25% "buono".
- Soddisfazione delle aspettative: 78,1% "sì, completamente", 18,8% "parzialmente".
- Utilità percepita: 71,9% "molto utile", 25% "abbastanza utile".
- Contenuti e metodologia: chiarezza: "sempre" 84,4 %; utilità dei film: significativa nel 93,8%; taglio pratico/interattivo: "molto / abbastanza efficace" 96,8%; suggerimenti approccio non farmacologico disturbi neuropsichiatrici: "molto" utili 87,5%.
- Relatori e organizzazione: 81,2% eccellente; tempi e organizzazione: ottimali 65,6%, adeguati 31,2%.

- Impatto personale: 56,2% “decisamente” più preparati a riconoscere i sintomi, 40,6% “in parte”; ha acquisito strumenti pratici applicabili nella quotidianità: “sì” 71,9%, “in parte” 28,1%.
- Risposte aperte: temi ricorrenti → apprezzamento per uso di film, approccio pratico, chiarezza; suggerimenti → più interazione, burden *caregiver*, aspetti organizzativi/burocratici.

Conclusioni. I dati evidenziano un alto gradimento complessivo e un’elevata utilità percepita del corso con stime robuste. L’approccio con spezzoni cinematografici appare particolarmente utile. Il corso, efficace nel trasferire conoscenze e strategie ai familiari, sarà disponibile, con il materiale utilizzato, sul sito web della Regione Marche per le demenze: <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/Progetto-disturbi-cognitivi-e-demenze>.

LA VOCE DI OPERATORI E CAREGIVER CHE RACCONTA L'ASSISTENZA E LA CURA OSPEDALIERA: LA SFIDA DEI *DEMENTIA FRIENDLY HOSPITAL*

Arosio Francesca, Possenti Mario
Federazione Alzheimer Italia, Milano

Introduzione. Nonostante le raccomandazioni istituzionali per il potenziamento dei servizi territoriali dedicati alle persone con demenza, l'ospedale rimane un punto centrale per la loro cura. Tuttavia, l'esperienza di ricovero è spesso segnata da difficoltà, limitata conoscenza della demenza e, talvolta, stigma.

Metodi. Federazione Alzheimer Italia ha condotto, nel 2025, due indagini distinte per raccogliere l'esperienza del ricovero ospedaliero sia dal punto di vista dei professionisti sia da quello dei familiari. Sono stati raccolti circa 170 questionari compilati da operatori sanitari, il 40% dei quali impiegati in reparti non geriatrici. Parallelamente, oltre 800 familiari hanno riportato le proprie esperienze di accesso al pronto soccorso, trasporto in ambulanza e ricovero.

Risultati. Il 50% degli operatori che dichiara di possedere buone conoscenze teoriche acquisite durante la formazione, riferisce di non sentirsi pienamente preparato nella gestione quotidiana delle persone con demenza. Dal lato dei familiari, emerge che il 40% ha potuto accompagnare il proprio congiunto in ambulanza ma, in oltre il 60% dei casi, il personale del trasporto è stato percepito come sufficientemente competente. Al pronto soccorso, la stessa percentuale riporta invece difficoltà da parte del personale nel riconoscere i bisogni specifici della persona con demenza. Durante il ricovero, più della metà dei familiari evidenzia carenze nell'interazione e nell'assistenza, oltre a un insufficiente coinvolgimento in primis della persona con demenza circa le proprie condizioni, ed anche di loro stessi, familiari, nelle decisioni di cura.

Conclusioni. Il quadro che emerge sottolinea una percezione condivisa di inadeguata preparazione pratica e organizzativa sia da parte dei familiari che dei professionisti stessi. Le principali criticità vengono ricondotte all'organizzazione ospedaliera: quasi l'80% dei rispondenti indica la necessità di personale più numeroso e specificamente formato; il 60% richiede informazioni più chiare e complete sui servizi territoriali al momento della dimissione; il 50% sottolinea l'importanza di una maggiore flessibilità negli orari di visita per garantire sostegno e continuità assistenziale. La parte relativa ai professionisti è stata già presentata all'Istituto Superiore di Sanità; l'originalità di questo lavoro risiede nell'affiancare a tale prospettiva quella dei familiari, offrendo un quadro comparato che evidenzia bisogni e priorità condivise ma anche percezioni differenti. Tali evidenze confermano la necessità di sviluppare modelli ospedalieri più sensibili e inclusivi nei confronti delle persone con demenza e dei loro *caregiver*.

CONTRIBUTO DEI FATTORI DI RISCHIO DI DECLINO COGNITIVO IN UN CAMPIONE DI POPOLAZIONE ANZIANA RESIDENTE NELLA PROVINCIA DI NAPOLI: UNO STUDIO RETROSPETTIVO

Atripaldi Danilo (a,b), Ambrosino Immacolata (c), Matascioli Fabio (b), Guasco Noemi (c), Buonincontri Veronica (d), Iennaco Antonio (c), Giordano Maria (c), Esposito Sabrina (e)

(a) *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli*

(b) *Associazione TAM, Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano, Napoli*

(c) *UOSD Anziani Fragili e Demenze, ASL NA3 Sud, Castellammare di Stabia, Napoli*

(d) *Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli*

(e) *Prima Clinica Neurologica e Neurofisiopatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Luigi Vanvitelli, Napoli*

Introduzione. La Demenza è definita dall'OMS un'emergenza di salute pubblica. Diversi programmi d'intervento sono stati adottati per mitigarne gli effetti: tuttavia ad oggi non sono disponibili trattamenti in grado di arrestarne il decorso. Nella Regione Campania un recente studio individua oltre 80mila casi confermati di Demenza nella popolazione over 65 al 2020. In tale contesto, la prevenzione assume notevole rilevanza: sono stati identificati sino a 14 fattori di rischio modificabili, a cui sarebbero attribuibili fino al 45% delle diagnosi di Demenza. È stato condotto uno studio retrospettivo su un campione di comunità per valutare l'impatto dei fattori di rischio sulle abilità cognitive generali.

Metodi. Sono stati selezionati i partecipanti allo studio a seguito di una revisione della documentazione clinica disponibile presso i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) della ASL Na 3 Sud. I criteri di inclusione prevedevano: età superiore a 60 anni, capacità di leggere un giornale, residenza nella Provincia di Napoli e preoccupazione per la propria salute cognitiva come motivo di accesso. Sono stati invece esclusi i pazienti con deficit sensoriale non correggibile o in affidamento ai servizi di lungodegenza. I partecipanti avevano svolto una valutazione neuropsicologica e geriatrica, che prevedeva anche la somministrazione del MMSE e la rilevazione dei seguenti fattori di rischio (commissione *Lancet* 2020): scolarità, ipertensione, fumo, diabete, alcool, ipoacusia, obesità, traumi cranici, sedentarietà, solitudine, depressione. Un modello di regressione lineare gerarchico è stato condotto individuando il MMSE come esito ed i fattori di rischio come predittori. Il modello da testare è stato confrontato con un modello nullo, contenente le caratteristiche demografiche (età, sesso, anni di scolarità). I dati sono stati analizzati tramite il software statistico JASP.

Risultati. Il campione, composto da 414 pazienti (268 F), evidenzia un'età media di $77,84 \pm 7,27$ ed una scolarità media di $7,01 \pm 3,78$. Entrambi i modelli sono risultati significativi; il modello testato spiega il 14,4% della varianza ($p < 0,01$; $R^2 = 0,144$, $F_{change} = 2,53$) rispetto al 9% del modello nullo ($p < 0,01$; $R^2 = 0,09$, $F_{change} = 13,48$). I fattori

che risultano influenti sulla prestazione cognitiva nella popolazione in esame sono età ($t=-3,89$, $p.<0,01$), scolarità ($t=3,53$, $p.<0,01$) e solitudine ($t=-3,19$, $p.<0,01$).

Conclusioni. Lo studio sottolinea l'importanza dell'indagine dei fattori di rischio in ambito clinico. I risultati confermano solo in parte quanto riportato in letteratura, rilevando la prevalente influenza della solitudine nella popolazione geriatrica rispetto agli altri fattori di rischio modificabili. Studi longitudinali su questa popolazione sono necessari per chiarire il ruolo dei fattori di rischio sull'esordio e la progressione del declino cognitivo.

DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI INDICATORI NAZIONALI PER IL MONITORAGGIO DELLA RETE DEI SERVIZI DEDICATI ALLE DEMENZE

Bacigalupo Ilaria (a), Lorenzini Patrizia (a), Vaccaro Roberta (b), Matascioli Fabio (c), Giaquinto Francesco (d), Salvi Emanuela (e), Vanacore Nicola (a)

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

(b) Laboratori Scientifico-Culturali, Centro di Terapia Cognitiva, Como

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

(d) Laboratorio di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi del Salento, Lecce

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

Introduzione. Nel triennio 2022-2024 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto tre survey nazionali rivolte ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ed ai Centri Diurni (CD), con l'obiettivo di censire e analizzare le strutture dedicate alla diagnosi, cura e presa in carico delle persone con demenza. I dati raccolti hanno permesso di aggiornare la mappa online dei servizi (<https://demenze.iss.it/>) e di delineare un quadro dettagliato delle risorse disponibili, evidenziando al contempo significative disuguaglianze territoriali nell'accesso e nella qualità dell'assistenza. A seguito nuovo finanziamento del Fondo per l'Alzheimer e le demenze, è stata affidata all'Istituto superiore di sanità il compito di definire e implementare un sistema di indicatori nazionali per il monitoraggio della rete dei servizi dedicati alle demenze. Obiettivo primario del progetto è la valutazione della qualità dei servizi per le persone con demenza sull'intero territorio nazionale, attraverso un sistema di indicatori di struttura, processo ed esito.

Metodi. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) attiverà una collaborazione con i referenti di tutte le Regioni italiane e delle Province Autonome (PA) per verificare e aggiornare gli elenchi dei centri attualmente operativi nell'assistenza alle persone con demenza. Per ciascuna tipologia di servizio (Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze - CDCD, Centri Diurni - CD, e Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA), sarà predisposto un questionario specifico con gli indicatori di struttura, processo ed esito che verrà somministrato mediante una survey on line attraverso un invio di una mail ai referenti dei CDCD, CD e RSA. Le domande presenti nel questionario saranno confrontate con i flussi informativi raccolti a livello nazionale e a livello regionale e saranno condivisi con il Tavolo permanente per le demenze.

Risultati. Il progetto è attualmente nella fase preliminare di definizione degli indicatori. Sono in corso tavoli tecnici dedicati all'individuazione degli indicatori di struttura, processo ed esito, con l'obiettivo di assicurare coerenza e integrazione con i flussi informativi già consolidati a livello nazionale e regionale. I risultati attesi riguardano la costruzione di un sistema condiviso di monitoraggio, finalizzato a supportare l'analisi e il miglioramento continuo della rete assistenziale.

Conclusioni. Il progetto è attualmente nella fase preliminare di definizione degli indicatori. Sono in corso tavoli tecnici dedicati all'individuazione degli indicatori di struttura, processo ed esito, con l'obiettivo di assicurare coerenza e integrazione con i flussi informativi già consolidati a livello nazionale e regionale. I risultati attesi riguardano la costruzione di un sistema condiviso di monitoraggio, finalizzato a supportare l'analisi e il miglioramento continuo della rete assistenziale.

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI R2D: UN'ANALISI NAZIONALE DELLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI ORGANIZZATIVE

Bacigalupo Ilaria (a), Lorenzini Patrizia (a), Vaccaro Roberta (b), Matascioli Fabio (c), Salvi Emanuela (c), Giaquinto Francesco (d), Paggetti Alice (a), Locuratolo Nicoletta (a), Vanacore Nicola (a)

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

(b) *Roberta Laboratori Scientifico-Culturali, Centro di Terapia Cognitiva, Como*

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

(d) *Laboratorio di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi del Salento, Lecce*

Introduzione. Nel contesto delle attività del Fondo Italiano per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023, l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto una survey nazionale sulle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che accolgono persone con demenza, con l'obiettivo di aggiornare la mappa dei servizi e analizzare le caratteristiche strutturali, organizzative e assistenziali delle strutture attive sul territorio italiano.

Metodi. L'indagine, svolta tra gennaio e ottobre 2023 tramite questionario online, ha coinvolto le RSA segnalate dalle singole Regioni ed ha evidenziato numerose carenze e disuguaglianze. Obiettivo del presente lavoro è analizzare nel dettaglio i dati ottenuti, confrontando le RSA classificate come R2D con le altre RSA.

Risultati. Hanno partecipato all'indagine 1.671 strutture, con un tasso di risposta del 46,3% (58,4% al Centro, 47,5% al Nord, 39,8% al Sud e Isole). Di queste, 1.109 hanno compilato entrambe le sezioni del questionario. Le RSA risultano prevalentemente territoriali (92,3%) e private convenzionate (94,7%), con una maggiore concentrazione al Nord. Circa un quinto delle strutture è classificato come R2D, ovvero nuclei speciali Alzheimer dedicati a pazienti con elevata instabilità clinica, più frequenti nel Nord Italia. Le RSA R2D si distinguono per dimensioni maggiori, presenza di camere singole, spazi dedicati come giardini Alzheimer (58% vs 14%) e stanze per la stimolazione sensoriale (33% vs 16%). Offrono più frequentemente servizi specialistici come attività psicologica (77% vs 60%), stimolazione cognitiva (90% vs 74%) e terapia occupazionale (81% vs 71%), ma meno frequentemente il servizio di RSA aperta. Un'analisi multivariata preliminare ha evidenziato che le RSA con almeno un reparto R2D tendono ad avere un numero maggiore di posti letto, hanno personale con specializzazione professionale, tariffe più elevate, assistenza medica specialistica e una più frequente valutazione multidimensionale. Tuttavia, presentano meno frequentemente la figura del logopedista e, nel 2019, hanno gestito un numero inferiore di pazienti rispetto alle RSA non R2D.

Conclusioni. L'indagine ha permesso di delineare un quadro aggiornato dell'offerta assistenziale per persone con demenza nelle RSA italiane, evidenziando significative

discrepanze regionali e differenze tra strutture R2D e non R2D. Questi risultati rappresentano una base conoscitiva utile per orientare la programmazione sanitaria e promuovere una maggiore equità nell'accesso ai servizi specialistici.

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

“IN FORMA MENTIS”: UN PROGRAMMA INTEGRATO DI PREVENZIONE DI ALLENAMENTO COGNITIVO, ATTIVITÀ FISICA E SANA ALIMENTAZIONE. RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PILOTA A MODENA (ITALIA)

Baglieri Annalisa (a), Bernaroli Laura (b), Zurlo Cecilia (b), Persi Ylenja (b), De Pasquale Lisa (c), Vaccina Antonella Rita (a), Morana Paola Patrizia (a), Savino Gustavo (b), Fabbo Andrea (d)

(a) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, UOC Geriatria Territoriale, Dipartimento dell'Integrazione, AUSL, Modena*

(b) *UOC Medicina dello Sport, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL, Modena*

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

(d) *ASL, Asti*

Introduzione. Nel campo della prevenzione della demenza, studi recenti suggeriscono che sani stili di vita possono ridurre significativamente il rischio di sviluppare disturbi neuro cognitivi, individuando l'allenamento cognitivo, l'attività fisica, la sana alimentazione e la socializzazione tra i principali fattori neuro protettivi.

Metodi. Lo scopo di questo studio è valutare i benefici di “*In Forma Mentis*”, un programma di prevenzione combinato di allenamento cognitivo, attività fisica ed educazione alla salute alimentare, sulla percezione della propria memoria e sul benessere psico-fisico. Il programma è stato elaborato dalle Unità Operative Complesse di Geriatria Territoriale e Medicina dello Sport. Sono stati reclutati 34 partecipanti tra i 60 e gli 85 anni senza deficit cognitivi. Il programma, svolto in gruppo, si articola in 10 incontri settimanali di 2 ore ciascuno. In particolare, 8 incontri prevedono una sessione cognitiva su metacognizione, strategie di memoria e apprendimento e allenamento cognitivo combinata con una sessione di attività fisica; gli altri 2 incontri trattano aspetti di sana alimentazione. Alla fine di ciascun incontro, ai partecipanti vengono assegnati esercizi da svolgere a casa durante la settimana. Prima dell'intervento (T0), alla fine (T1) e dopo un programma di mantenimento (T2) viene effettuata una valutazione cognitiva (*Addenbrooke's Cognitive Examination - R; Memory Assessment Questionnaire*), motoria (*Short Physical Performance Battery*) e sul tono dell'umore (*Geriatric Depression Scale - versione breve*). Sono state eseguite analisi statistiche descrittive, t-test a campioni indipendenti e appaiati, e modelli a effetti misti per misure ripetute.

Risultati. Il campione è costituito da persone con età media di 73,5 anni ($\pm 7,4$). I risultati preliminari hanno mostrato che i punteggi al *Memory Assessment Questionnaire* sono diminuiti in modo statisticamente significativo rispetto a T0, con un valore $p < 0,001$, mantenendosi anche a T2 (T0: 24,7 - T1: 16,1 - T2: 18,2). I punteggi alla *Short Physical Performance Battery* sono rimasti costanti nel tempo, mentre i punteggi all'*Addenbrooke's Cognitive Examination - R* (T0: 89,9 - T1: 91,2 - T2: 92,9) e alla *Geriatric Depression Scale* (T0: 2,7 - T1: 1,9 - T2: 1,6) sono migliorati dopo il programma.

Conclusioni. *“In Forma Mentis”* presenta risultati preliminari promettenti nella prevenzione della demenza, evidenziando effetti positivi sulla percezione della propria memoria, sulle performance cognitive, sull'umore e sul funzionamento motorio nella popolazione anziana.

LA TELEMEDICINA NELLA REGIONE LAZIO

Bartolo Michelangelo (a), Federici Flavia (b), Ciappelloni Lucrezia (b), Iaratro Simone (b)
(a) *Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, Ufficio Telemedicina, Area
Innovazione e ICT, Roma*
(b) *Intellera Consulting, Roma*

Introduzione. Negli ultimi anni, la Telemedicina ha assunto un ruolo centrale nella riforma dell'assistenza ospedaliera e territoriale, nonché dei servizi di innovazione digitale in sanità grazie agli investimenti previsti dalla Missione 6, Componente 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con una dotazione complessiva a 1,5 miliardi di euro. L'intervento M6C1 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" previsto dal PNRR, per il quale AGENAS agisce come soggetto attuatore su incarico del Ministero della Salute (MdS), è stato articolato in due sub-interventi con il Decreto Ministeriale del 1° aprile 2022:

- Sub-intervento 1.2.3.1 "Piattaforma di Telemedicina"; [pnt.agenas.it];
- Sub-intervento 1.2.3.2 "Servizi di Telemedicina": Televisita, Teleconsulto/Teleconsulenza, Teleassistenza, Telemonitoraggio. [pnt.agenas.it].

Metodi. Ogni Regione e Provincia autonoma è coinvolta nella realizzazione di un'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT), parte integrante della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) con l'obiettivo di garantire la disponibilità territoriale e l'erogazione capillare dei servizi. Le IRT sono progettate per essere piattaforme digitali affidabili e interoperabili, basate su standard condivisi, e per supportare le principali attività di telemedicina: televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio. La M6C1 prevede per l'anno 2025 almeno 300.000 persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina entro la fine del 2025. [www.agenas.gov.it] A tal fine, la Regione Lazio ha istituito l'Ufficio Regionale per la Telemedicina, con funzioni di programmazione, coordinamento e monitoraggio delle attività connesse all'attuazione degli interventi dal PNRR, con particolare attenzione alla realizzazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) della Regione Lazio. Attualmente, sebbene i Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) che offrono diagnosi specialistica, follow up, gestione dei disturbi comportamentali, terapie psicosociali, centri diurni, e assistenza domiciliare siano già attivi sul territorio della Regione, l'uso sistematico della televisita per i disturbi cognitivi non risulta ancora pienamente integrato nei percorsi di cura. [Salute Lazio] In tal senso, l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina della Regione Lazio rappresenta un'importante opportunità, particolarmente utile per il follow-up neuropsicologico, il monitoraggio della progressione della malattia, l'adattamento delle terapie psicoeducative e la riduzione degli spostamenti per pazienti e caregiver, consentendo una valutazione anamnestica, cognitiva, comportamentale e funzionale, seguita dall'elaborazione di un intervento terapeutico mirato e da un monitoraggio continuativo

Risultati. Illustrazione dello stato dell'arte.

Conclusioni. Fonti della documentazione citata.

LE NUOVE SFIDE DI UN PERCORSO FORMATIVO TEORICO-PRATICO SULLA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI DI DNC: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE VENETO

Basso Cristina (a), Pradelli Samantha (b), Stella Eloisa (c), Ceccon Anna (d), Mezzocolli Ilenia (e), De Biasi Francesca (f), Furlan Enrico (g), Cazzaro Romina (g)

(a) UOS Coordinamento Regionale Rete Patologie Neurodegenerative, Regione Veneto, Padova

(b) UOC Disabilità e Non Autosufficienza, AULSS 2 Marca Trevigiana, Conegliano, Treviso

(c) Novilunio APS, Padova

(d) UOS Demenza e Malattia di Alzheimer, Direzione della Funzione Territoriale, ULSS 6 Euganea, Padova

(g) Gruppo di Ricerca Filosofia Morale e Bioetica, Dipartimento di Medicina Molecolare-Università degli Studi, Padova

(h) Direzione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto, Venezia

Introduzione. L'evoluzione dell'approccio ai Disturbi Neurocognitivi (DNC) pone nuove sfide per rispondere ai bisogni emergenti e alle priorità delle persone assistite, e per garantire equità assistenziale, indipendentemente dall'accesso alle nuove terapie. Questo nuovo scenario richiede la definizione di un percorso formativo *ad hoc* per i professionisti dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze regionali. Il percorso qui descritto mira a promuovere l'adozione generalizzata di un nuovo approccio, che favorisca l'appropriatezza della comunicazione della diagnosi di disturbo neurocognitivo, attraverso l'utilizzo di strumenti integrati e validati, che garantiscano un invio appropriato della persona anche a gruppi di adattamento alla diagnosi. Questo investimento rappresenta una priorità strategica nella rivalutazione dell'architettura organizzativa regionale, considerando il significativo impatto della comunicazione della diagnosi sulla vita della persona, sulla sua famiglia e più ampiamente sul sistema sanitario. L'iniziativa rientra tra le attività del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026. Evidenze recenti dimostrano che una comunicazione di qualità è associata a migliore adattamento e minore impatto emotivo. Al contempo, proprio su questo aspetto l'Italia registra un ritardo: oltre il 60% dei pazienti in fase iniziale non riceve comunicazione della diagnosi, spesso per decisione dei familiari o per l'insicurezza dei professionisti della salute.

Metodi. Un corso di formazione *ad hoc* è stato realizzato a livello regionale nel mese di settembre 2025. Vi hanno partecipato 70 professionisti, provenienti da tutte le 11 Aziende ULSS e dalle Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione, suddivisi in due gruppi da 35 partecipanti. Il programma, fondato su approcci *evidence-based*, ha allineato medici, psicologi e infermieri dei CDCD ad un approccio multidimensionale integrato, sperimentando i modelli *SPIKES* e *Assimilation of Problematic Experience*. Tali modelli sono stati applicati a casi clinici reali per valutare i diversi stadi di assimilazione della diagnosi e pianificare un efficace processo comunicativo di empowerment del paziente. Sono state utilizzate testimonianze di esperti per esperienza, attraverso video realizzati *ad hoc* per

sensibilizzare i partecipanti a partire da situazioni reali. Il corso ha approfondito anche gli aspetti etici e legislativi, con particolare attenzione alla Legge 219/2017, che introduce per la prima volta nel nostro ordinamento strumenti preziosi come il fiduciario, la Pianificazione Condivisa delle Cure) e le Disposizioni Anticipate di Trattamento. L'approfondimento delle potenzialità di questi strumenti in relazione a persone con DNC ha offerto ai partecipanti conoscenze e competenze essenziali per rispondere con efficacia alle nuove esigenze della persona con diagnosi. Il corso prevede un'ulteriore attività di accompagnamento dei discenti nell'applicazione dei modelli introdotti in una logica del perseguimento del miglioramento continuo della qualità. In questo contesto, anche i requisiti di accreditamento rappresentano un driver per il miglioramento della comunicazione della diagnosi, orientando i servizi verso standard di qualità che valorizzino la trasparenza, l'empatia e il coinvolgimento della persona e della sua famiglia.

Risultati. In linea con le Linee Guida nazionali (ISS, 2024) e con le Raccomandazioni per la Governance delle demenze (ISS, 2020), il corso ha inteso non solo colmare il gap formativo, ma anche proporre un cambiamento culturale nella prassi diagnostica, orientato all'ascolto e alla personalizzazione. Il 100% dei partecipanti ha completato con successo il percorso e superato il test ECM, esprimendo apprezzamento per l'innovazione metodologica e in particolare per l'esercitazione pratica su casi clinici reali. L'elevato coinvolgimento e la disponibilità ad adottare nuovi strumenti nella pratica clinica indicano una buona predisposizione verso un approccio basato sulle evidenze per l'allineamento nei CDCD regionali. È stata inoltre predisposta una piattaforma per garantire continuità formativa Formazione a Distanza ai professionisti a partire dal 2026.

Conclusioni. Questa proposta rappresenta un modello innovativo e replicabile per preparare i professionisti ad affrontare le sfide emergenti nella gestione dei disturbi neurocognitivi, in un contesto in cui l'accesso precoce alla diagnosi e la qualità della comunicazione rivestono un ruolo strategico. L'integrazione di approcci *evidence-informed*, come il modello *SPIKES* per la comunicazione e il modello *Assimilation of Problematic Experience* per la comprensione dei vissuti della persona, ha consentito ai partecipanti di acquisire strumenti operativi per adattare il colloquio diagnostico al livello di consapevolezza, al linguaggio e alla risposta emotiva del paziente, promuovendo empowerment, sicurezza e continuità di cura. Il percorso risponde ai bisogni emergenti di una nuova generazione di persone con DNC, che richiede approcci flessibili, empatici e capaci di sostenere l'assimilazione progressiva della diagnosi nel tempo. Investire in competenze comunicative è fondamentale per costruire una relazione fondata sulla fiducia, rappresentando una priorità strategica per aiutare a vivere bene anche con un disturbo neurocognitivo, per prevenire l'isolamento e per promuovere un appropriato utilizzo dei servizi sanitari.

LA PREVENZIONE NEL CONTESTO DEL PROGETTO JADE HEALTH

Bellomo Guido (a), Salemme Simone, (b,c), Ancidoni Antonio (a), Fabrizi Elisa (a), Paggetti Alice (a), Bacigalupo Ilaria (a), Lacorte Eleonora (a), Di Fiandra Teresa (e), Locuratolo Nicoletta (a), Vanacore Nicola (a), WP7 Working Group*

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

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

(c) *Scuola Internazionale di Studi Avanzati, Università degli Studi, Camerino, Macerata*

(d) *Consulente Istituto Superiore di Sanità per il Fondo Demenze, Roma*

Introduzione. *JADEHealth* è un'iniziativa finanziata dalla Commissione Europea nell'ambito del programma EU4Health e che promuove la cooperazione tra paesi membri, per migliorare e promuovere la salute, riducendo il peso della demenza e di altre malattie neurologiche. L'azione integra prevenzione, diagnosi precoce e supporto ai decisori politici e alla popolazione, con l'obiettivo di sviluppare approcci condivisi e basati su evidenze. In questo quadro, il Work-Package 7 è dedicato alla prevenzione di demenza e ictus, condizioni fortemente connesse per fattori di rischio e impatto epidemiologico. L'obiettivo è consolidare conoscenze e favorire strategie comuni sulla prevenzione, integrando dati, evidenze scientifiche e modelli predittivi.

Metodi. Il Work-Package 7 è articolato in quattro Task (T) operativi, con un approccio che integra analisi documentale, raccolta sistematica di informazioni, confronto metodologico e sintesi delle evidenze. Task 7.1: identificazione e analisi delle strategie e dei documenti di prevenzione adottati nei paesi partecipanti, con particolare attenzione agli interventi sui fattori di rischio modificabili. Task 7.2: mappatura delle fonti di dati per stimare la prevalenza dei fattori di rischio e definizione di un modello armonizzato per stimare i casi potenzialmente evitabili di demenza e ictus. Task 7.3: analisi comparativa delle evidenze disponibili sugli interventi di prevenzione, con l'obiettivo di selezionare approcci trasferibili ed efficaci nei diversi contesti nazionali. Task 7.4: identificazione degli elementi chiave per un approccio armonizzato alla prevenzione

Risultati. Nel Task 7.1, sono stati identificati documenti e strategie di prevenzione di demenza e ictus in 10 paesi europei. Da questa analisi verranno estratti gli interventi e azioni di prevenzione, con l'obiettivo di delineare un quadro generale nei paesi partecipanti. Nel Task 7.2, sono state mappate le principali fonti di dati sulla prevalenza dei fattori di rischio, includendo sistemi di sorveglianza e coorti rappresentative, in 9 paesi europei. Da queste basi informative si ricaveranno i dati utili per mappare la distribuzione dei fattori di rischio. Parallelamente, è in corso la definizione di un modello per stimare i casi potenzialmente evitabili di demenza e ictus. Le attività dei Task 7.3 e 7.4 sono invece in fase preparatoria.

Conclusioni. Il Work-Package 7 rappresenta un tassello chiave di *JADEHealth*, poiché pone le basi per strategie preventive comuni e per la valutazione dell'impatto potenziale degli interventi. La combinazione di analisi delle politiche e mappatura dei dati

epidemiologici, contribuirà a sviluppare un modello armonizzato e sostenibile di prevenzione. Nel lungo termine, i risultati mirano a supportare la ricerca e il processo decisionale sulla prevenzione della demenza e dell'ictus.

**Entities involved in the WP7 Working Group: Italy: Italian National Institute of Health, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, Rete IRCCS delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione, Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria, Regione Emilia Romagna, Regione Lombardia, ATS Insubria, Azienda Zero, Regione Veneto, USL Umbria 1, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; Finland: Finnish Institute for Health and Welfare; Norway: Norwegian Directorate of Health; Germany: German Center for Neurodegenerative Diseases, Federal Institute of Public Health, Robert Koch Institute, Federal Institute of Public Health, Institute for Community Medicine, University Medicine Greifswald; Spain: SESPA – Healthcare Service of Asturias, IDIVAL, Servicio Cántabro de Salud; Bulgaria: Bulgarian Society of Dementia; Malta: Department for Active Ageing and Community Care; Lithuania: Lithuanian University of Health Sciences, Vilnius University Faculty of Medicine; Poland: Medical University of Warsaw; Hungary: North-Buda Saint John's Central Hospital; Slovenia: National Institute of Public Health.*

L'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE FONDO DEMENZE 2024-2026

Bellomo Guido (a), Salemme Simone, (b,c), Ancidoni Antonio (a), Fabrizi Elisa (a), Paggetti Alice (a), Sciancalepore Francesco (a), Bacigalupo Ilaria (a), Lacorte Eleonora (a), Di Fiandra Teresa (d), Locuratolo Nicoletta (a), Vanacore Nicola (a)

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

(b) *Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neurologiche, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena*

(c) *Scuola Internazionale di Studi Avanzati, Università degli Studi, Camerino, Macerata*

(d) *Consulente Istituto Superiore di Sanità per il Fondo Demenze, Roma*

Introduzione. La demenza rappresenta una delle principali sfide di salute pubblica, con oltre 6 milioni di persone coinvolte tra individui con declino cognitivo e i loro familiari. La condizione comporta una progressiva compromissione cognitiva, funzionale e dell'autonomia quotidiana, generando un impatto significativo sui *caregiver* e sul sistema sanitario. La letteratura scientifica ha identificato 14 fattori di rischio modificabili, su cui è possibile intervenire con strategie mirate per ridurre il rischio di declino cognitivo. Tra le attività previste a livello nazionale, il progetto del Fondo Demenze 2024-2026 si propone di sviluppare strumenti conoscitivi e strategie operative per la prevenzione della demenza, integrando approcci epidemiologici e di analisi delle policy.

Metodi. L'attività si articola in quattro obiettivi specifici. Il primo prevede l'impiego di un modello epidemiologico per stimare i casi di demenza evitabili in Italia, utilizzando i dati dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento e dell'Indagine Europea sulla Salute (EHIS). Il secondo riguarda l'analisi dei Piani Regionali di Prevenzione e altri piani settoriali, per identificare interventi diretti e indiretti sui fattori di rischio modificabili. Il terzo prevede la raccolta e l'analisi di indicatori di monitoraggio delle azioni preventive a livello regionale e nazionale. Il quarto consiste in una survey osservazionale sul ruolo del consumo di alimenti ultra-processati nella progressione del declino cognitivo, condotta su persone con declino cognitivo.

Risultati. Attualmente, il progetto è nella fase di definizione delle linee operative. Sono in corso la pianificazione delle analisi epidemiologiche, la definizione della strategia per l'individuazione delle azioni preventive, la strutturazione del sistema di raccolta e analisi degli indicatori, e la progettazione della survey nutrizionale. Le attività preparatorie sono finalizzate ad assicurare la coerenza metodologica, la rappresentatività dei dati e l'integrazione tra le diverse linee di intervento, anche in relazione alle attività condotte in ambito europeo.

Conclusioni. Il Fondo Demenze 2024-2026 mira, tra le varie attività, a consolidare la conoscenza nazionale sulla prevenzione della demenza, includendo anche aspetti legati all'alimentazione. L'approccio combinato, che integra dati epidemiologici sui fattori di rischio con la caratterizzazione degli interventi di prevenzione e l'analisi degli indicatori, consentirà di identificare elementi chiave per definire un approccio armonizzato e coerente. La collaborazione con le Regioni, tramite i referenti per la prevenzione, rafforza la cooperazione nazionale. Nel medio-lungo termine, il progetto punta a consolidare l'uso di dati reali derivanti dagli interventi di prevenzione, per sviluppare modelli predittivi più accurati, utili a migliorare la capacità di pianificazione della prevenzione della demenza.

IL SISTEMA NAZIONALE INDICATORI PDTA PER LE DEMENZE

Bellomo Guido (a), Marconi Domitilla (b), Pani Sara M. (c), Salemmè Simone (d,e), Fabrizi Elisa (a), Lorenzini Patrizia (a), Della Gatta Francesco (a), 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) *Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

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

(e) *International School of Advanced Studies, Università di Camerino, Camerino*

Introduzione. I PDTA sono strumenti essenziali per garantire qualità, equità e appropriatezza nei servizi sanitari. Nelle demenze rivestono particolare importanza poiché favoriscono la presa in carico integrata della persona e del *caregiver*, assicurando la continuità assistenziale. Il Tavolo nazionale demenze ha elaborato le Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze, in coerenza con il Piano Nazionale Demenze. La mappatura condotta con il Fondo Demenze 2021-2023 ha individuato 11 PDTA regionali e 28 aziendali, evidenziando forte eterogeneità nei modelli, carenza di indicatori condivisi e limitata diffusione dei dati. La recente pubblicazione delle Linee Guida sulla diagnosi e trattamento delle demenze e del *Mild Cognitive Impairment* rende prioritario un aggiornamento sistematico dei PDTA.

Metodi. Nell'ambito del Fondo Demenze 2024-2026, l'attività sui PDTA adotta un approccio documentale e analitico articolato in cinque obiettivi. È previsto l'aggiornamento della mappatura dei percorsi attivi e della loro valutazione tramite *checklist* strutturata, costruita sugli elementi chiave delle linee di indirizzo, nonché l'analisi degli indicatori sulla base del modello struttura-processo-esito, con attenzione a definizione operativa, criteri di misurazione e grado di implementazione nei diversi contesti. Un *focus* specifico riguarda l'integrazione della Linea Guida nei PDTA aggiornati dal 2024 e l'uso della telemedicina, in coerenza con DM77/2022 e PNRR. È prevista inoltre l'elaborazione di un set preliminare di indicatori nazionali, sviluppato a partire da una indagine conoscitiva sui flussi informativi esistenti e sulle raccomandazioni scientifiche presenti nella Linea Guida.

Risultati. È stata predisposta la base operativa per l'avvio delle attività, comprendente l'organizzazione e la sistematizzazione delle informazioni e dei materiali necessari. Questa fase preliminare consente di definire chiaramente la struttura del lavoro successivo, garantendo coerenza metodologica e una gestione ordinata delle risorse. Tale impostazione rappresenta un passaggio fondamentale per supportare in modo efficace le successive attività di monitoraggio, valutazione e aggiornamento dei percorsi assistenziali.

Conclusioni. L'analisi dei PDTA per le demenze evidenzia l'esigenza di un aggiornamento sistematico e armonizzato, supportato da indicatori nazionali condivisi e dall'adozione coerente delle Linee Guida. L'integrazione della telemedicina costituisce un'opportunità per rafforzare

accessibilità, continuità assistenziale e presa in carico nei contesti più vulnerabili. Il potenziamento dei Sistemi Informativi Sanitari e il monitoraggio continuo risultano fondamentali per garantire coerenza, trasparenza e miglioramento della qualità delle cure. In prospettiva, lo sviluppo di un sistema nazionale standardizzato di indicatori favorirà maggiore equità, appropriatezza e centralità della persona in tutte le realtà territoriali.

LA LEGGE A SUPPORTO DEI CAREGIVER

Berardinelli Manuela
Alzheimer Uniti Italia, Roma

I *caregiver* familiari in Italia sono sette milioni, è indispensabile avere una legislazione nazionale che riconosca e sostenga il lavoro di cura del *caregiver*. A questo si sta lavorando e ci auguriamo che il testo di legge possa essere realtà nei primi mesi del 2026. La legge deve avere una definizione ampia e inclusiva che tenga conto della realtà estremamente variegata del prendersi cura nel nostro Paese. Come spesso avviene nel nostro Paese ci sono tante Italie, alcune Regioni infatti hanno già delle leggi regionali che riconoscono la figura del *caregiver* in modo concettuale e operativo. Prima tra tutte è stata l'Emilia-Romagna. Quindi se è vero che l'Italia è stata unificata nel 1861 anche sotto questo aspetto l'impegno è cooperare affinché la Legge unifichi e rende uniforme la figura del *caregiver* in ogni posto del nostro Paese per evitare che il riconoscimento sia affidato al buon cuore del singolo amministratore. Essenziale quindi nella legge che ci sia il riconoscimento della figura del *caregiver* a prescindere dalla coabitazione, la formazione, il supporto per azioni per l'integrazione con il sistema socio/sanitario, un fondo specifico dedicato. All'interno di queste macro ambiti è ovvio che occorre disciplinare e dettagliare in modo ampio e capillare per dare più risposte a situazioni differenti, perché c'è da tenere in considerazione la realtà estremamente variegata del prendersi cura nel nostro Paese. Ovvio che, come per qualsiasi testo di legge, è necessario che ci siano le coperture essenziali affinché abbia una ricaduta reale e operativa. La figura del *caregiver* è complessa e riassume in sé tante "professioni" che vanno oltre il supporto affettivo, va ad esempio dall'assistenza diretta (come aiuto per lavarsi, vestirsi, mangiare e spostarsi) alla gestione delle attività quotidiane, come gli appuntamenti con medici ecc., il coordinamento delle cure, il disbrigo di pratiche amministrative, la somministrazione delle medicine, il supporto alle faccende domestiche e gestione delle finanze. Un vero e proprio lavoro di cura completo. I *caregiver* sono, anche se non sempre coscienti di tale ruolo, costruttori di comunità vera. Senza il *caregiver* la tenuta sociale è fortemente a rischio di implodere perché il sistema non è pronto né adeguato alla presa in cura della cronicità in un Paese il nostro che è sempre più longevo. Oltre ad essere indispensabile la normativa, in questo percorso non semplice e di certo complesso un grosso apporto, e non solo per la patologia delle demenze, nel recuperare la centralità della persona e di conseguenza dare dignità al ruolo nobile e generoso che il *caregiver* svolge, è anche agire sul piano culturale, il Progetto con la P maiuscola della Città amica della persona con demenza può di certo dare un grosso aiuto nella sensibilizzazione e formazione capillare di questo cambio di mentalità, un cambio di mentalità che deve divenire uno stile di vita.

OLTRE I BIOMARCATORI: PROFILI DISCORDANTI NELL'ERA DELLE TERAPIE *DISEASE-MODIFYING* NELLA VARIANTE COMPORTAMENTALE DI ALZHEIMER (BVAD). CASE SERIES E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Bergamin Enrico, Nicoletti Valentina, Del Chicca Marta, Corsi Sara, Spadoni Giulia, Cintoli Simona, Tognoni Gloria

Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Neurologia, Università degli Studi, Pisa

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) presenta una marcata eterogeneità clinica. La variante comportamentale (bvAD) rappresenta una forma rara che condivide caratteristiche con la Demenza Frontotemporale variante comportamentale (bvFTD). Studi autoptici e biomarcatori hanno dimostrato che fino al 10-40% dei pazienti con diagnosi bvFTD ha in realtà patologia o biomarcatori compatibili con AD. Nell'attuale scenario terapeutico, in cui sono disponibili terapie anti-amiloide *Disease-Modifying* (DMTs), stabilire una diagnosi biologica secondo lo schema A/T/N è fondamentale. In questo lavoro presentiamo tre casi clinici con fenotipo bvFTD e profili di biomarcatori discordanti.

Metodi. Sono stati descritti tre casi con fenotipo bvFTD valutati mediante approccio multimodale e integrati da una revisione della letteratura.

Risultati. Caso 1. Un uomo di 60 anni ha presentato cambiamenti comportamentali progressivi e decadimento cognitivo multi-dominio. La PET-FDG (2020) ha evidenziato ipometabolismo fronto-mesiale e temporo-parietale. Il liquor (2020) è risultato A+ ($A\beta_{42}/40 = 0,056$), T-, N-. In presenza di un quadro non tipico per bvFTD, è stata eseguita PET amiloide (2022), negativa alla lettura visiva ma successivamente positiva alla quantificazione centiloide (36 CL). Il paziente è stato riclassificato come bvAD. Caso 2. Un uomo di 70 anni ha sviluppato alterazioni comportamentali, riduzione dell'iniziativa, *deficit* attentivi e maggiore religiosità. La PET-FDG ha mostrato ipometabolismo temporale destro e del precuneo. Le PET con amiloide (2020, 2023) sono risultate negative anche alla quantificazione centiloide, mentre il liquor (2023) ha mostrato profilo tipico per AD. La discordanza CSF+/PET- è stata interpretata con cautela, ma il quadro complessivo ha supportato la diagnosi di bvAD con biomarcatori atipici. Caso 3. Una donna di 69 anni con disturbo bipolare II ha presentato apatia progressiva, rallentamento psicomotorio e *deficit* di memoria episodica. La PET-FDG ha evidenziato ipometabolismo lieve e aspecifico fronto-temporale. La PET amiloide è risultata inizialmente negativa, ma la quantificazione centiloide (38,6 CL) ha successivamente dimostrato positività amiloide, suggerendo la diagnosi di possibile bvAD.

Conclusioni. Questi casi hanno evidenziato come un *work-up* A/T/N incompleto o non standardizzato possa determinare errori diagnostici e negare l'accesso a DMTs. È raccomandato un approccio multimodale e sequenziale che integri valutazione clinica e neuropsicologica, PET-FDG, biomarcatori liquorali e PET amiloide con quantificazione centiloide quando la lettura visiva è dubbia. La gestione di pazienti con presentazioni bvFTD-like richiede criteri diagnostici armonizzati, pipeline di imaging standardizzate e metriche

quantitative affidabili. L'efficacia delle terapie anti-amiloide nelle forme atipiche, come la bvAD, rimane incerta per la loro scarsa rappresentazione negli studi registrativi. Studi prospettici e registri *post-marketing* dedicati sono necessari per chiarire l'efficacia clinica e garantire equità di accesso ai trattamenti.

L'IMPATTO DI DEMOTIC (DEMENTIA TOPICS CARTOON): SURVEY SUI CONTENUTI PROPOSTI DEI PRIMI DUE EPISODI REALIZZATI

Bergamo Filippo (a), Fabbo Andrea (b), Rabih Chattat (c)

(a) Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane, Venezia

(b) ALS, Asti

(c) Università degli Studi, Bologna

Introduzione. Parlare di demenze in un modo comprensibile, corretto e chiaro è uno dei compiti che quotidianamente chi si occupa di demenze è chiamato a svolgere. A volte questo accade con persone che già conoscono in parte la malattia, ma spesso ci si trova di fronte a persone che hanno pochi elementi per comprendere ciò che realmente sta accadendo. Abbiamo proposto DEMOTIC (*Dementia Topics Cartoon*) ad un pubblico di soggetti di età diverse, *caregiver* e non, per capire se può essere uno strumento informativo, divulgativo ed educativo per poter parlare di demenze ad un pubblico di addetti ai lavori e non e quindi ipotizzare quanto può essere efficace in un processo di tipo educativo.

Metodi. Attraverso un questionario compilabile da smartphone attraverso un QR code su Google moduli proposto a coda dei due episodi finora realizzati e proposti sia in sedi che congressuali (per tecnici addetti ai lavori), nei Caffè Alzheimer (per *caregiver* informali) e in alcune scuole (superiori e Atenei universitari) abbiamo chiesto informazioni relative a: comprensione e fruibilità dei messaggi proposti, correttezza scientifica dei messaggi utilità sociale, educativa, gradimento attraverso delle domande con scala *likert*. I dati analizzati saranno relativi ai primi 500 questionari ottenuti. Il *cartoon* non è stato proposto in *social open access* solo dopo il raggiungimento del quorum sopra riportato.

Risultati. DEMOTIC si è dimostrato dai dati uno strumento educativo di impatto sia da un punto di vista di fruibilità dei messaggi che in egual misura sulla percezione di correttezza dei contenuti pur utilizzando un linguaggio diverso. I messaggi risultano altresì percepiti come socialmente utili.

Conclusioni. I dati ottenuti permettono di avere una chiara comprensione rispetto la possibilità di utilizzo del *cartoon* su ancor più ampia scala e come proposta non solo nazionale italiana ma anche estendibile in altri Paesi. La comprensione della qualità percepita di DEMOTIC come forma comunicativa corretta, educativa ed efficace da parte di chi lo vede permette altresì un più consapevole ed importante investimento sul progetto per la produzione di ulteriori episodi ed il suo utilizzo trasversale a più generazioni e estrazioni culturali o di scolarizzazione.

SVILUPPO DI RETI E COMUNITÀ A SOSTEGNO DELLE PERSONE CHE VIVONO CON DEMENZA E CARGIVER: DALLA DFC DELLA CITTÀ DI MIRA (VE) A POSSIBILI SVILUPPI SUL TERRITORIO METROPOLITANO DI VENEZIA

Bergamo Filippo (a), Cantarella Alessandra (b), Gallo Livia (c), Griggio Sara (a), Pes Maria Valeria (b), Tessari Annalisa (c), Veronese Nicola (c), Zatti Giancarlo (c)

(a) Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane, Venezia

(b) Cooperativa Socioculturale, Mira, Venezia

(c) ULSS3 Serenissima, Venezia

Introduzione. Da aprile 2024 Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane e Cooperativa Socioculturale hanno avviato due Caffè Alzheimer nei territori di Mestre e Mira (Ve) utilizzando il modello del progetto “Caffè Alzheimer Diffuso” proposto da Associazione Italiana di Psicogeriatria e Fondazione Maratona Alzheimer. Il progetto è stato condiviso con Ulss3 Serenissima nelle figure dei referenti dei Centri per il Declino Cognitivo e Demenze. Da qui il coinvolgimento anche del Comune di Mira (Ve) e di Associazioni Nazionali (A.I.P. Federazione Alzheimer Italia e ISS) e degli Enti del territorio che hanno portato allo sviluppo di una rete che si è man mano estesa nel territorio metropolitano della Città di Venezia.

Metodi. Sono stati proposti incontri di coordinamento sia a livello territoriale Veneziano tra soggetti diversi e che altri tavoli a livello nazionale con Enti ed Associazioni oltre che a partnership scientifiche. È stato prodotto materiale da condividere in sedi congressuali e di convegni sulle linee strategiche portate avanti a favore delle persone con demenza e *caregiver*.

Risultati. Sono state sottoscritte convenzioni e formalizzato *partnership* con Enti e Associazioni sia territoriali che Nazionali. È stata formalizzata una collaborazione con l'Università. È stato costituito un tavolo che ha portato la città di Mira a diventare una *Dementia Friendly Community*. Sono stati organizzati momenti di informazione e sensibilizzazione sul tema delle demenze.

Conclusioni. La rete e le sinergie sin qui costruite e rinforzate hanno portato all'ulteriore sensibilizzazione delle comunità sul tema delle demenze. Il raggiungimento di obiettivi come l'attivazione di nuovi interventi o la promozione di *Dementia Friendly Community* possono diventare funzionali a creare dei tavoli di lavoro e per coordinare le azioni a favore delle persone con demenza e *caregiver* coinvolgendo in maniera attiva la Comunità, le Istituzioni locali, la rete sociale e sanitaria aumentandone l'impatto e l'efficacia.

UNO STUDIO DI UN CASO DI DEGENERAZIONE CORTICO-BASALE: *IMAGING* E CORRELATI CLINICI

Bonanni Rita (a), Mancini Giovanni (a), Muzzi Francesca (b)

(a) *Centro per la Diagnosi dei Disturbi Neurocognitivi e le Demenze, Distretto X, ASL 3, Roma*

(b) *Centro Epilessia LICE, Ospedale Grassi, ASL 3, Roma*

Introduzione. Nel 1967 Rebeiz individuò la “degenerazione corticodentatonigrale con acromasia neuronale”, definita successivamente “degenerazione cortico-basale”, con complessi disordini del movimento, asimmetrici e associati a progressivi *deficit* corticali. Degenerazione e sindrome cortico-basale, termini utilizzati indistintamente, vennero poi differenziati, identificando la degenerazione cortico-basale come uno dei fenotipi più frequenti della sindrome cortico-basale, rilevata anche in altre patologie. È una taupatia primaria, con esordio tra la 5° e la 7° decade, caratterizzata da segni corticali e extrapiramidali, progressivi, diffusi, asimmetrici. Frequenti l’aprassia ideomotoria e bucco-facciale, l’afasia espressiva e transcorticale, rara l’aprassia del linguaggio. Segno peculiare è l’arto alieno, con sensazione di estraneità, difficoltà di coordinazione dell’arto, movimenti involontari, non finalizzati. Dal punto di vista neuropsicologico si riscontra una sindrome disesecutiva, con aprassia ideomotoria lateralizzata e disturbi di memoria episodica. Gli attuali criteri diagnostici delle forme cliniche della degenerazione cortico-basale prevedono un inquadramento del fenotipo di malattia e una stima della presunzione di diagnosi patologica.

Metodi. La paziente, (61 aa; 9 aa. di scolarizzazione), destrimane, ha presentato all’età di 58 anni esordio di difficoltà prassico-motorie. Nell’arco di un anno riferiva ingravescenza della sintomatologia, comparsa di rigidità all’emilato sinistro e percezione di movimenti involontari.

Risultati. All’osservazione clinica, la paziente presentava deambulazione autonoma a base allargata con distonia del capo e del tronco con inclinazione a sinistra, bradicinesia segmentaria, incoordinazione arti superiori, maggiormente a sinistra. ipomimia del volto, fissità di sguardo, dispercezione dello schema corporeo, con arto alieno a sinistra. Presenti comportamenti di utilizzo e stereotipie motorie. MRI seriate evidenziavano un ampliamento degli spazi subaracnoidei del mantello con prevalenza a destra, dilatazione del sistema ventricolare sopratentoriale, ampliamento dei corni temporali dei ventricoli laterali per atrofia ippocampale. La PET-TC confermava la asimmetria, marcata ipoattività della corteccia cingolata posteriore, del precuneo, delle regioni frontali, temporali e parietali maggiormente a destra. La valutazione neuropsicologica evidenziava prestazioni nella norma a prove di memoria episodica, compromesse le prassie bucco-facciale, ideomotoria con asimmetria e visuo-costruttiva, coinvolta la produzione del linguaggio, la *working memory* maggiormente spaziale e le funzioni esecutive.

Conclusioni. In base agli attuali criteri diagnostici, le evidenze cliniche depongono per una diagnosi patologica di degenerazione cortico-basale con segni corticali e extrapiramidali, progressivi e asimmetrici, pervasivi sulle autonomie quotidiane e strumentali, arto alieno, afasia espressiva e parziale conservazione delle funzioni mnesiche. L’esordio precoce di tale quadro degenerativo e la disponibilità di soli approcci terapeutici focalizzati sul controllo dei sintomi richiede una gestione multidisciplinare e valutazioni neuropsicologiche altamente sensibili, fornendo supporto alla diagnosi nella fase pre-clinica.

LE SPECIFICITÀ CLINICO-ASSISTENZIALI DELLA DEMENZA GIOVANILE

Borroni Barbara

Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Introduzione. I pazienti afferenti ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) sono prevalentemente in età senile e la maggior parte di essi riceve una diagnosi di malattia di Alzheimer (AD). Tuttavia, i CDCD sono progressivamente chiamati a gestire anche percorsi diagnostico-terapeutici e modelli di presa in carico specifici per soggetti affetti da demenza ad esordio giovanile (*early-onset dementia*, EOD), ovvero con insorgenza dei sintomi prima dei 65 anni. Le forme giovanili di demenza si caratterizzano per una maggiore eterogeneità clinica alla presentazione, frequentemente con quadri atipici o non amnestici, e pongono sfide diagnostiche e assistenziali peculiari. I pazienti in questa fascia d'età risultano spesso ancora attivi professionalmente, con carichi familiari significativi (quali figli minori a carico) e necessitano pertanto di un approccio clinico-assistenziale personalizzato, differente rispetto a quello previsto per le demenze ad esordio senile. Inoltre, le demenze giovanili presentano una più elevata componente genetica e familiare, con rilevanti implicazioni sia per il paziente, in termini prognostici e di gestione clinica, sia per i familiari, in relazione al rischio ereditario.

Metodi. Alla luce di tali considerazioni, emerge la necessità di: a) approfondire l'epidemiologia delle demenze ad esordio giovanile, al fine di definirne l'incidenza e le caratteristiche cliniche; b) indagare le differenze nei tempi di diagnosi rispetto alle forme senili, con particolare attenzione alla maggiore complessità e variabilità della sintomatologia iniziale; c) analizzare il burden assistenziale sostenuto dai *caregiver* di pazienti con demenza giovanile, i quali presentano un profilo demografico diverso rispetto ai *caregiver* di soggetti con demenza senile.

Risultati. La presentazione si propone di esaminare in modo comparativo l'epidemiologia e le differenze nei percorsi diagnostico-assistenziali tra le demenze giovanili e quelle senili, evidenziando la necessità di sviluppare modelli di presa in carico personalizzati, rivolti sia al paziente sia al *caregiver*.

Conclusioni. Le demenze ad esordio giovanile coinvolgono una popolazione con bisogni assistenziali, psicologici e socio-relazionali distinti rispetto alle forme ad esordio tardivo. La complessità del quadro clinico, unita alle implicazioni genetiche e familiari, impone l'adozione di un approccio multidisciplinare che integri competenze neurologiche, psichiatriche, di counselling genetico e psicologico oltre che socioassistenziale. È fondamentale promuovere l'identificazione precoce dei sintomi, facilitare l'accesso a servizi diagnostici avanzati, attivare percorsi di supporto strutturato per i *caregiver* e sviluppare linee guida cliniche specifiche per la gestione delle forme giovanili.

SCREENING PER IL DECADIMENTO COGNITIVO NEI CENTRI ANZIANI TERRITORIALI: UN'ESPERIENZA DELLA PROVINCIA ROMANA FATEBENEFRAELLI

Bottoni Alessandro, Rosari Mattia, Aguzzetti Giorgia, Dorigo Marianna, Fiorini Cristian, Gambardella Michele, Grassi Roberta, Leandri Emanuele, Macrì Asia, Margiotta Monica, Mura Eleonora, Passini Melissa, Ravizza Martina, Serbelloni Giulia, Marianetti Massimo
Centro Sperimentale Alzheimer, Provincia Romana Fatebenefratelli, Roma

Introduzione. La Provincia Romana Fatebenefratelli con la sua ONLUS A.F.Ma.L (Associazione con i Fatebenefratelli per i Malati Lontani) effettua da anni assistenza sanitaria gratuita a persone bisognose mediante un camper attrezzato. Tale progetto ha il nome di "Oasi della Salute". Nell'ultimo anno abbiamo organizzato, tra le altre attività, delle giornate dedicate allo *screening* per il decadimento cognitivo recandoci presso alcuni Centri Anziani territoriali (Centro Anziani del Comune di Monte Porzio Catone, RM, Centro Anziani del Quartiere San Lorenzo di Roma, Centro Anziani del Comune di Faleria, VT).

Metodo. Un totale di 106 pazienti (71 F, 35 M età media $74,5 \pm 9,3$, livello di scolarizzazione $7,3 \pm 4,2$) sono stati sottoposti a *screening* per il decadimento cognitivo da una *equipe* composta da Psicologi esperti in Neuropsicologia mediante la somministrazione del *Mini Mental State Examination*, del *Clock Drawing Test*, della *Frontal Assessment Battery* e del *Picture Interpretation Test*. I partecipanti che hanno riportato anche solo un punteggio patologico corretto per età, sesso e scolarità, ove necessario, nei test somministrati sono stati sottoposti subito dopo a *counseling* con il Neurologo presente alle giornate.

Risultati. 26 pazienti hanno presentato almeno un punteggio patologico in un test di *screening* e sono stati inviati a effettuare una valutazione neuropsicologica approfondita. Dei rimanenti 80 pazienti 17 hanno presentato punteggi nella norma alla batteria di *screening* pur lamentando disturbi soggettivi di memoria. Abbiamo a disposizione dati di *follow up* per 20 dei 26 pazienti positivi: 4 hanno ricevuto diagnosi di demenza e 16 di *Mild Cognitive Impairment*.

Conclusioni. Spesso le difficoltà di accesso ai servizi sanitari territoriali rendono la diagnosi di decadimento cognitivo difficoltosa e/o tardiva, specialmente allontanandosi dai grandi centri urbani. La nostra esperienza di *screening* sul territorio si è mostrata efficace e può fornire spunti molto utili in un ambito estremamente rilevante, ma ancora trascurato.

LA PRESCRIZIONE SOCIALE: L'ESEMPIO DEI PERCORSI MUSEALI PER LE PERSONE CON DETERIORAMENTO COGNITIVO

Bucci Cristina, Carli Ballola Luca , Lachi Chiara, Mei Michela
Sistema MTA Musei Toscani per l'Alzheimer, Firenze

Introduzione. I programmi museali per le persone con demenza hanno preso avvio in Toscana nel 2011 e da subito si sono integrati con gli altri interventi culturali e sociali rivolti alle persone con demenza nello stesso territorio: i Caffè Alzheimer, gli Atelier Alzheimer, ma anche l'assistenza domiciliare, i Centri Diurni o di Mantenimento, le residenze.

Metodi. A livello regionale, d'intesa tra il Settore Cultura, il settore per l'integrazione sociosanitaria e il coordinamento dei Musei Toscani per l'Alzheimer, sono stati definiti i passaggi necessari per il processo di accreditamento dei musei presso il servizio sociosanitario, le modalità di finanziamento e le caratteristiche che i programmi museali devono avere per essere inserite nel piano di assistenza individualizzata.

Risultati. Tra il 2022 e il 2025 sono stati realizzati alcuni progetti a Siena, Prato e nell'Empolese Valdelsa. Nei tre contesti locali sono state sperimentate diverse modalità di collaborazione tra i musei e il settore sociosanitario. In tutti i territori sono stati coinvolti piccoli gruppi di famiglie. In termini qualitativi i risultati ottenuti appaiono conseguenti all'approccio scelto per le attività: un approccio inclusivo, relazionale, basato sulla creazione di un ambiente accogliente e paritario e sulla proposta di un ciclo di attività finalizzate a coinvolgere personalmente ciascun partecipante. L'esperienza al museo è motivo di crescita personale per le persone con demenza che si sentono ascoltate, coinvolte in prima persona, riconosciute come persone. I *carer* apprendono nuovi modi di relazionarsi con le persone di cui si prendono cura e ciò migliora la relazione, aiuta a vivere con maggiore soddisfazione la propria esperienza di cura e ad affrontare meglio la malattia.

Conclusioni. Queste prime esperienze hanno fatto emergere alcune considerazioni: - l'importanza di creare dapprima un dialogo poi una rete intersettoriale che metta in connessione servizi diversi per costruire opportunità di partecipazione sensate e sostenibili; - la necessità di avere referenti consapevoli, coinvolti attivamente e disponibili a co-progettare, sia nell'area museale che in quella sociosanitaria; - l'importanza di dare continuità agli interventi e di trovare soluzioni burocratiche facilitanti.

BIOMARCATORI PLASMATICI NELLA DIAGNOSI E NELLA PROGNOSI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Buganza Manuela (a), Di Giacomo Raffaella (b), Boso Federica (a), Riello Marianna (a), Anselmi Matteo (a), Lombardi Alessandra (c), Manica Angela (c), Chemotti Silvia (d), Vanzetta Elisa (e), Dallabona Monica (e), Anzivino Pierluigi (f), Anesi Adriano (f), Franciotta Diego (f), Giometto Bruno (g,h)

(a) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Unità Operativa Neurologia, Ospedale Santa Chiara, Trento

(b) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Unità Operativa di Neurologia, Ospedale Santa Maria del Carmine, Rovereto, Trento

(c) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, UOS Coordinamento CDCD, Unità Operativa di Geriatria, Trento

(d) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Unità Operativa Cure Palliative, Trento

(e) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Unità Operativa di Psicologia, Trento

(f) Laboratorio di Patologia Clinica, Unità Operativa Multizonale, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

(g) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Unità Operativa Multizonale Neurologia, Trento

(h) CISMed, Università degli Studi, Trento

Introduzione. La diagnostica della malattia di Alzheimer si avvale anche dell'individuazione di proteine dosate su campioni di liquido cerebrospinale e sulla neuroimmagine. L'avanzamento delle tecnologie ha reso possibile l'incremento delle sensibilità analitiche, consentendo dosaggi accurati di biomarcatori su matrice plasmatica. Sul versante terapeutico, la Food and Drug Administration prima, seguita poi dalla *European Medicines Agency*, hanno approvato farmaci biologici ritenuti in grado di frenare la velocità di accumulo di proteina amiloide nel cervello di persone in fase iniziale di malattia di Alzheimer. Il supporto di biomarcatori risulta pertanto cruciale per selezionare persone con pre-Alzheimer che potrebbero trarre beneficio dalle terapie.

Metodi. Verrà effettuato uno studio osservazionale monocentrico retrospettivo-prospettico sui pazienti seguiti da almeno 5 anni presso i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze. Nella prima fase verranno raccolti i dati biologici demografico-clinici, neuropsicologici, liquorali e di neuroimmagine che hanno sostanzialmente la diagnosi di malattia di Alzheimer nella normale pratica clinica. Questi dati verranno correlati con i risultati di quattro biomarcatori plasmatici: fosfo-Tau-217, fosfo-Tau -181, neurofilamenti e proteina gliale fibrillare acida. Nella seconda fase, i quattro biomarcatori verranno dosati su prelievo ematico, nei medesimi pazienti che accedono normalmente ai controlli clinici.

Risultati. Lo studio prevede l'arruolamento di una coorte di 100 pazienti con malattia di Alzheimer. L'obiettivo primario è testare l'accuratezza diagnostica, su prelievo ematico, del biomarcatore fosfo-Tau-217, che ha mostrato sensibilità e specificità diagnostiche molto elevate come singolo biomarcatore. Gli obiettivi secondari comprendono: (i) dosare i livelli

nel sangue di fosfo-*Tau*-181 e fosfo-*Tau*-217 longitudinalmente per valutarne il significato prognostico; (ii) sempre su prelievo ematico, valutare se un biomarcatore di danno assonale (neurofilamenti) e un altro di danno astrogliale (GFAP) contribuiscano al tracciamento della prognosi della malattia.

Conclusioni. L'accesso alle nuove terapie in grado di rallentare la progressione della malattia di Alzheimer in pazienti che si trovano in una fase iniziale di malattia richiederà una valutazione di idoneità in base a criteri ben definiti. Tra questi criteri rientreranno i marcatori biologici, quelli liquorali di pratica corrente e, in prospettiva traslazionale, altri attualmente in studio anche su matrice plasmatica, e le indagini neuroradiologiche. La disponibilità di biomarcatori dosabili su sangue e a basso costo garantirebbe anche il monitoraggio della progressione di malattia e dell'efficacia dei nuovi trattamenti. Complessivamente, nel prossimo futuro è prevedibile un uso crescente dei dosaggi di biomarcatori sia in persone con sospetto di malattia di Alzheimer, sia in quelle con malattia conclamata.

LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON DEMENZA, BPSD E DELIRIUM ATTRAVERSO IL GIROT

Bulgaresi Matteo, Verga Francesca, Barucci Riccardo, Del Lungo Ilaria, Del Re Lorenzo
Maria, Benvenuti Enrico

Azienda USL Toscana Centro, SOC Geriatria Firenze Empoli, Firenze

Introduzione. Frequentemente i pazienti con demenza in corso di scompenso comportamentale accedono ai servizi di emergenza-urgenza per difficoltà nella gestione domiciliare. Talvolta, il disturbo comportamentale può essere determinato da uno scompenso clinico che necessita una presa in carico di tipo ospedaliero. In questi casi, il decorso può complicarsi per l'insorgenza di delirium. L'ospedalizzazione domiciliare attraverso il servizio GIROT (Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio) rappresenta una alternativa, capace di ridurre gli *outcome* avversi legati all'ospedalizzazione fornendo allo stesso tempo adeguate cure mediche-assistenziali.

Metodi. Attraverso uno studio retrospettivo, abbiamo analizzato i pazienti con demenza presi in carico dal GIROT in un anno (settembre 2022-2023). I pazienti afferivano al servizio dopo un accesso in pronto soccorso, su segnalazione dei curanti o dopo un ricovero ospedaliero. La presa in carico da parte GIROT prevedeva visite domiciliari e follow up telefonici da parte dei medici geriatri e internisti, supporto infermieristico (es: terapia endovenosa, medicazioni, gestione CV), se necessario supporto fisioterapico, nutrizionale e attivazione dei servizi sociali del territorio.

Risultati. 297 pazienti sono stati presi in carico, di cui 119 con BPSD. I pazienti, con età media di 86 anni erano funzionalmente dipendenti (BI<40 nel 50% dei casi, BADL conservate 0-2 nel 70% dei casi). Tra questi, in 66 casi l'attivazione del GIROT era per delirium; nei restanti casi poteva essere una malattia cronica riacutizzata o uno stato infettivo (n=83 infezione urinaria, n=60 scompenso cardiaco). In 36 pazienti è stato riscontrato delirium alla presa in carico. 92 pazienti hanno ricevuto terapia endovenosa. La maggior parte dei pazienti aveva già un'assistente domiciliare, qualora questa non fosse presente, è stata richiesta consulenza sociale (7%); A 15 persone sono stati prescritti gli ausili. In dimissione, il tasso di delirium era notevolmente ridotto (2%), così come il numero dei farmaci, a seguito della riconciliazione terapeutica (mediana inizio 10,5 IQR 4; mediana fine 8,5 IQR 4).

La maggior parte dei pazienti veniva riaffidata al curante (20%), al 6% sono state attivate le cure palliative. I pazienti si definivano soddisfatti (n=238) del servizio.

Conclusioni. La gestione domiciliare attraverso ospedalizzazione domiciliare dei pazienti con demenza e riacutizzazione di malattia si è rilevata efficace, in quanto in grado di dare una risposta non solo al bisogno acuto dei pazienti, ma anche a garantire un supporto socioassistenziale, riducendo i rischi legati all'ospedalizzazione tradizionale.

FRAGILITÀ E BIOMARCATORI DI MALATTIA DI ALZHEIMER NEI PAZIENTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

Buscarnera Simona (a), Canevelli Marco (a,b), Bruno Giuseppe (a), Garibotto Valentina (c), Frisone Giovanni (d,e), Ribaldi Federica (d,e)

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

(b) *Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet e Università di Stoccolma, Stoccolma, Svezia*

(c) *Divisione di Medicina Nucleare, Ospedali Universitari, Ginevra, Svizzera*

(d) *Laboratory of Neuroimaging of Aging (LANVIE), Università di Ginevra, Ginevra, Svizzera*

(e) *Memory Clinic, Geneva University Hospitals, Ginevra, Svizzera*

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) può essere identificata attraverso biomarcatori di patologia Amiloide (A) e *Tau* (T). La fragilità, considerata misura dell'invecchiamento biologico, potrebbe influenzare la relazione tra neuropatologia tipica dell'AD e la sua manifestazione clinica. Obiettivo di questo studio è indagare l'associazione tra fragilità e biomarcatori di AD in persone con decadimento cognitivo lieve (MCI) afferenti presso una Memory Clinic universitaria.

Metodi. I dati sono stati raccolti da una coorte di pazienti MCI valutati presso la Memory Clinic dell'Università di Ginevra (Svizzera). La fragilità è stata misurata attraverso un Indice di Fragilità (FI) costituito da 35 variabili cliniche, sintomatiche e laboratoristiche. La positività per A e T, è stata determinata tramite PET o analisi liquorale (CSF). I partecipanti sono stati suddivisi in due sottogruppi: i) A+T+ (entrambi i biomarcatori positivi); ii) E/N, comprendente tutti gli altri profili (A+ isolato, T+ isolato, o entrambi negativi). Sono state esplorate le correlazioni tra FI, età e livello di istruzione. Successivamente, sono stati confrontati i dati demografici, i punteggi di fragilità e le performance neuropsicologiche tra i due sottogruppi. Infine, modelli di regressione logistica, aggiustati per età, sesso e istruzione, sono stati utilizzati per esaminare l'associazione tra FI e stato A+T+.

Risultati. Un totale di 120 pazienti è stato incluso nello studio. L'indice di fragilità ha mostrato una correlazione positiva con l'età ed inversa con gli anni di istruzione. I soggetti A+T+ hanno presentato punteggi di FI inferiori rispetto ai partecipanti del gruppo E/N ($0,13 \pm 0,10$ vs $0,15 \pm 0,08$; $p=0,01$). Le analisi di regressione logistica hanno evidenziato un'associazione inversa tra FI e positività per A e T (OR 0,6; IC 95%: 0,32-0,90; $p=0,02$).

Conclusione. Questi risultati indicano che nei pazienti con MCI la fragilità si associa a una minore probabilità di presentare biomarcatori positivi per AD. Tale evidenza suggerisce che la fragilità potrebbe rappresentare un elemento chiave per comprendere l'interazione tra processi di invecchiamento e meccanismi neuropatologici di AD, e per chiarire il ruolo e l'accuratezza dei biomarcatori nella diagnosi clinica. Ulteriori studi sono necessari per confermare se l'indice di fragilità possa costituire uno strumento efficace nella pratica clinica, a supporto della selezione dei pazienti candidati a una diagnosi di AD basata sui biomarcatori e all'arruolamento nei trial clinici.

TELEMEDICINA E STIMOLAZIONE COGNITIVA: IL PROGETTO NEUROTABLET PER GLI ANZIANI CON MCI

Busti Sara, Fiaccadori Chiara, Prati Ruggero
Fondazione Madonna del Corlo Onlus, Lonato, Brescia

Introduzione. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) rappresenta una condizione di declino cognitivo lieve che può precedere l'insorgenza di una demenza conclamata e spesso si associa a una riduzione del tono dell'umore. Numerosi studi hanno dimostrato come la stimolazione cognitiva, anche attraverso strumenti digitali, possa ridurre il rischio di peggioramento, mantenendo più a lungo le autonomie e migliorando la qualità di vita delle persone anziane. In questo contesto si colloca il progetto *Neurotablet*, basato sull'uso della telemedicina per offrire percorsi di riabilitazione personalizzati direttamente a domicilio.

Metodi. Il progetto coinvolge persone over 65 con MCI e utilizza 10 tablet dotati del programma *SmartBrain*, pensato per la stimolazione cognitiva mirata. Dopo una valutazione neuropsicologica iniziale, viene impostato un percorso individualizzato. Il tablet viene consegnato a domicilio dopo un incontro introduttivo con paziente e *caregiver*. Il software non solo propone esercizi adattivi su memoria, attenzione e linguaggio, ma consente anche un monitoraggio digitale a distanza: i professionisti possono visualizzare tramite PC i punteggi e l'andamento degli esercizi, seguendo così in tempo reale i progressi dei pazienti. Il percorso è integrato da contatti settimanali, in presenza o online, per sostenere la motivazione e adattare gli interventi.

Risultati. L'esperienza ha evidenziato diversi vantaggi. L'uso domiciliare dei tablet elimina barriere logistiche e riduce i costi legati agli spostamenti. *SmartBrain* ha permesso un training cognitivo personalizzato, migliorando le abilità percepite nella vita quotidiana. Il monitoraggio remoto dei sintomi ha aumentato tempestività e precisione nell'intervento, consentendo un controllo continuo del percorso. I familiari hanno riportato benefici indiretti grazie al loro coinvolgimento e al supporto ricevuto.

Conclusioni. Accanto agli aspetti positivi emergono alcuni limiti. Il costo per gli utenti resta un ostacolo alla diffusione. La scarsa sensibilità sociale verso il tema delle demenze riduce l'adesione ai percorsi precoci. La progressione naturale della malattia comporta la perdita di alcuni pazienti lungo il percorso. Inoltre, i *caregiver* spesso non possiedono competenze specifiche nella gestione della demenza: questo limita l'efficacia delle attività e genera stress. È quindi fondamentale prevedere momenti di formazione sulle buone pratiche di gestione del paziente con demenza, offrendo strumenti concreti e supporto emotivo ai familiari. Il progetto *Neurotablet* dimostra come la telemedicina possa essere un valido strumento di stimolazione cognitiva, garantendo trattamenti personalizzati, monitoraggio costante e un maggiore coinvolgimento delle famiglie. Per migliorarne la sostenibilità sarà necessario ridurre i costi di accesso, aumentare la sensibilizzazione sociale e integrare la formazione dei *caregiver* come parte integrante del percorso terapeutico.

ALTERAZIONE DELLA MICROGLIA ASSOCIATE ALLA PROGRESSIONE DELLA PATOLOGIA DI ALZHEIMER

Calatozzolo Chiara (a), Medici Valentina (b), Profka Xhulja (a), Canazza Alessandra (a),
Guaita Antonio (a), Poloni Tino Emanuele (a,c)

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

(b) *Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara*

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

Introduzione. Recentemente, molte ricerche hanno approfondito il ruolo della neuroinfiammazione nella patogenesi della malattia di Alzheimer (AD), ipotizzando che non sia solo una risposta ai depositi patologici di beta-amiloide (A β) e *Tau* iperfosforilata (p-*Tau*), ma contribuisca allo sviluppo e al progredire della malattia. Col nostro studio abbiamo indagato la microglia nel tessuto cerebrale umano in vari stadi di AD.

Metodi. Abbiamo incluso 30 soggetti dello studio di popolazione Invece.Ab che avevano donato il cervello. Le diagnosi neuropatologiche nei sottogruppi clinici erano: 3 non-AD e 6 AD lieve, cognitivamente normali; 4 AD lieve, con MCI; 9 AD moderato e 8 AD grave, con demenza. Abbiamo analizzato l'area parietale e l'ippocampo, colpiti precocemente dalla malattia, e la zona frontale interessata tardivamente, e valutato con l'immunohistochimica l'espressione dei marcatori microgliali CD68, HLA-DR, Ferritina e Iba1. Con Iba1 abbiamo quantificato le cellule positive e la morfologia (ramificata, reattiva, distrofica) della microglia, ed evidenziato con doppie marcature la localizzazione della microglia e degli astrociti GFAP-positivi rispetto a A β e p-*Tau*.

Risultati. Abbiamo osservato aumento dell'espressione di CD68, HLA-DR e Ferritina con il progredire della malattia, soprattutto nella corteccia parietale e nell'ippocampo, in maniera più marcata per HLA-DR. Abbiamo evidenziato il numero più alto di cellule positive per Iba1 nell'ippocampo, con una diminuzione in tutte le aree con l'avanzare della patologia. La microglia reattiva e la distrofica aumentavano con la malattia, la distrofica in maniera pronunciata. Poiché le cellule distrofiche appaiono frammentate, il loro aumento nell'AD potrebbe spiegare la riduzione delle cellule positive per Iba1. Il caso NOLD/AD lieve analizzato con le doppie marcature ha mostrato bassa espressione di tutti i marcatori anche in presenza di placche A β . Nel caso con AD moderato l'espressione era maggiore e, mentre gli astrociti circondavano le placche, le cellule positive per CD68 e HLA-DR si trovavano anche all'interno di esse.

Conclusioni. L'aumento delle cellule positive per HLA-DR e della microglia distrofica sono i cambiamenti più fortemente associati al progredire dell'AD nei nostri casi. Le cellule HLA-DR positive e le cellule distrofiche sembrano appartenere a popolazioni di microglia diverse, dato che HLA-DR è un marcatore di microglia reattiva mentre la morfologia distrofica si ritiene rappresenti cellule senescenti. Ferritina, suggerito come marcatore di microglia senescente, non ha mostrato correlazione con la microglia distrofica, lasciando aperta la discussione sulle correlazioni tra senescenza, distrofia cellulare e accumulo di ferritina. Le variazioni della microglia osservate sembrano accompagnare e non anticipare lo sviluppo della malattia.

LINEA TELEFONICA DEDICATA IN CDCD GERIATRICO A PISTOIA: STRUMENTO DI MONITORAGGIO E CURA

Caleri Veronica (a), Poletti Eleonora (b), Guarducci Caterina (a), Raia Vanda (b), Baroncini Caterina (a), Caramelli Francesca (a), D'Andria Maria Flora (a), Novelli Diletta Lucarelli Giulia (a), Pieraccioli Maria Chiara (a), Romani Monica (a), Berti Angela (a), Tonon Elisabetta (a)

(a) SOC Geriatria Pistoia, Azienda USL Toscana Centro, Pistoia

(b) Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi, Firenze; SOD Geriatria-UTIG AOU Careggi, Firenze

Introduzione. Il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) della S.O.C. Geriatria di Pistoia ha potenziato l'utilizzo di una linea telefonica dedicata. In questo studio è stata effettuata una analisi descrittiva dei contatti telefonici (CT) eseguiti degli ultimi tre anni con particolare interesse ai motivi di chiamata.

Metodi. Presso il CDCD della S.O.C. Geriatria di Pistoia è attiva una linea telefonica dedicata a cui i *caregiver* dei pazienti già valutati in ambulatorio possono rivolgersi in caso di necessità. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 13:00. Un infermiere adeguatamente formato raccoglie le prime informazioni e, se necessario, segnala il caso al geriatra che ricontatta l'utente. Per ogni CT il geriatra stabilisce se fornire indicazioni telefoniche o se sia necessaria una rivalutazione ambulatoriale. In questo studio è stato analizzato il numero di CT effettuati dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2024, indagando le cause che avevano indotto la chiamata e suddividendole tra: scompenso comportamentale in demenza con necessità di adeguamento farmacologico (BPSD), counseling al *caregiver* (CSL), monitoraggio clinico per prescrizione di antipsicotici (APS), monitoraggio cognitivo e funzionale per rinnovo di piani terapeutici per inibitori delle colinesterasi o memantina (PT), effetti collaterali ai farmaci (FAR), prescrizione ausili e fisioterapia (AUS/FKT), visione esami richiesti alla visita (ES), altro (richieste appuntamenti, aggiornamenti clinici, ecc.).

Risultati. Da gennaio 2022 a dicembre 2024 sono stati registrati presso il CDCD della S.O.C. Geriatria di Pistoia 10.677 CT: 3.389 nel 2022, 3.756 nel 2023, 3.532 nel 2024. Le cause più frequenti di chiamata sono state: APS (2.916, 27,3%), BPSD (2.718, 25,4%), PT (1.756, 16,4%), CSL (1.649, 15,4%), FAR (633, 5,9%), AUS/FKT (440, 4,1%), ES (299, 2,8%), altro (565, 5,3%). Il motivo prevalente di utilizzo dei CT è rappresentato dal trattamento dei sintomi comportamentali (BPSD+CSL+APS), che rappresenta circa i tre quarti delle prestazioni (7.283, 68,2%).

Conclusioni. Una linea telefonica dedicata, ben strutturata, presso un CDCD geriatrico, rappresenta un efficace strumento di cura e di supporto per soggetti affetti da demenza ed i loro *caregiver*, in particolare per il trattamento dei sintomi comportamentali, tramite l'adeguamento più puntuale della terapia antipsicotica ed il necessario counseling al *caregiver*. Tale modalità di lavoro permette di monitorizzare i casi in maniera più continuativa e, in molti casi, permette di ridurre il numero di visite ambulatoriali. Studi controllati più estesi e strutturati occorrono per dimostrare che tale strumento riesca ad evitare accessi al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri.

EARLY-COGN³: SOLUZIONE DIGITALE PER LA RIABILITAZIONE COGNITIVA PRECOCE

Campana Elena (a), Baglio Francesca (b), Gobbi Elena (a), Pagnoni Ilaria (a), Cannarella Giovanna (a), Del Torto Alessandro (a), Rossetto Federica (b), Mangione Chiara (b), Comanducci Angela (b), Atzori Tiziana (b), Tartarisco Gennaro (c), Campisi Simona (c), Calabrò Rocco Salvatore (d), Maione Raffaella (d), Maggio Maria Grazia (d), De Salvo Simona (d), Bertino Salvatore (d), Saraceno Claudia (e), Dognini Elisa (f), Bellini Sonia (e), Bartoletto Marta (f,g), Borroni Barbara (e,h), Binetti Giuliano (e,i), Ghidoni Roberta (e), Manenti Rosa (a), Cotelli Maria (a)

(a) *Unità di Neuropsicologia, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

(b) *IRCCS Fondazione Don Gnocchi, ONLUS, Milano*

(c) *IRIB, Istituto per la Ricerca e l'Innovazione Biomedica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Messina*

(d) *IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo, Messina*

(e) *Laboratorio di Marcatori Molecolari, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

(f) *Laboratorio di Neurofisiologia, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

(g) *Molecular Mind Lab, IMT School for Advanced Studies, Lucca*

(h) *Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi, Brescia*

(i) *Centro per la Memoria, MAC, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

Introduzione. L'invecchiamento della popolazione globale comporta un aumento significativo della prevalenza di disturbi cognitivi, con importanti implicazioni sanitarie, sociali ed economiche. Mantenere un funzionamento cognitivo sano è essenziale per preservare l'autonomia e la qualità della vita nella terza età. Tuttavia, i *deficit* cognitivi possono insorgere anche in soggetti adulti con patologie neurologiche croniche, traumi cranici o disturbi psichiatrici. La riabilitazione cognitiva rappresenta un intervento efficace, ma è spesso limitata a contesti istituzionali e risulta difficilmente accessibile su larga scala. Le soluzioni di tele riabilitazione offrono l'opportunità di superare tali barriere, portando l'intervento riabilitativo direttamente al domicilio del paziente.

Metodi. Il progetto EARLY-COGN³ si propone di: (1) valutare l'efficacia clinica, funzionale e cognitiva di un intervento di riabilitazione cognitiva digitale strutturata (tele@cognitive), rispetto a una stimolazione cognitiva non strutturata a domicilio (gruppo di controllo attivo); (2) esplorare l'impatto dell'intervento su marcatori biomolecolari e neurofisiologici; (3) identificare potenziali predittori cognitivi, neurobiologici e neurofisiologici della risposta terapeutica. Lo studio è un trial pilota randomizzato, controllato e in singolo cieco, condotto su una coorte di 60 soggetti con decadimento cognitivo lieve, disturbi cognitivi soggettivi o malattia di Parkinson. Tutti i partecipanti vengono sottoposti a valutazioni cliniche, funzionali, neuropsicologiche e della qualità della

vita alla baseline, al termine del trattamento (5 settimane) e al *follow-up* a 3 mesi. I marcatori neurofisiologici e biomolecolari sono raccolti prima e dopo l'intervento.

Risultati. Si ipotizza che il trattamento tele@cognitive determini benefici significativi rispetto al controllo attivo, in termini di performance cognitive, funzionamento globale e benessere percepito, con effetti misurabili anche a livello neurobiologico. Inoltre, l'impiego di tecniche avanzate di analisi, comprese metodologie di intelligenza artificiale, consentirà di individuare pattern predittivi di risposta al trattamento

Conclusioni. EARLY-COGN³ potrebbe contribuire a ridefinire i modelli di riabilitazione cognitiva nelle malattie neurologiche croniche, promuovendo soluzioni digitali accessibili, personalizzate e sostenibili, con potenziali ricadute positive sulla pratica clinica e sui sistemi di cura.

Questa ricerca è finanziata da Unione Europea-Next Generation EU-PNRR M6C2-Investimento 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN (PNRR-MCNT2-2023-12377069; CUP=C83C24000200007).

RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO IMMIDEM

Canevelli Marco

Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma per il Gruppo di Studio ImmiDem, Roma

Introduzione. Il progetto ImmiDem è finalizzato a esplorare il tema della demenza nei migranti che vivono in Italia da una prospettiva clinica e di sanità pubblica. Nei primi tre anni di attività, ImmiDem ha consentito di stimare le dimensioni di questo fenomeno emergente, di accertare il livello di preparazione dei servizi a fornire cura e presa in carico sensibili alle diversità culturali, di identificare le principali barriere all'accesso alle risorse sanitarie. Nella seconda fase progettuale, verranno perseguiti i seguenti obiettivi: 1) descrivere le caratteristiche cliniche e gli esiti di salute dei migranti con disturbi cognitivi e demenza che vivono in Italia; 2) validare nuovi strumenti di valutazione cognitiva cross-culturale; 3) formare gli operatori sanitari e informare le comunità di migranti sul tema della demenza.

Metodi. Obiettivo 1: È stata disegnata una raccolta dati esaustiva rivolta a tutti i migranti afferenti consecutivamente, per 12-16 mesi, a 20 CDCD sul territorio nazionale e ad un gruppo di controllo di pazienti nativi italiani. È stato inoltre completato uno studio di registro longitudinale per investigare la mortalità in migranti e nativi con demenza nella Regione Lazio. Obiettivo 2: È stata completata la validazione di test di *screening* cognitivo (BASIC e RUDAS) ed è in corso di validazione una batteria di test neuropsicologici (CNTB) cross-culturali. Obiettivo 3: Sono state organizzate quattro edizioni di un corso residenziale sul tema.

Risultati. Obiettivo 1: Ad oggi sono stati reclutati più di 200 migranti a livello nazionale. Da un'analisi preliminare dei dati raccolti da due CDCD di Roma (n=99) non sono emerse differenze statisticamente significative nelle caratteristiche cliniche di migranti e nativi. Lo studio di registro ha indicato come i migranti con demenza hanno tassi di mortalità inferiore ai pazienti italiani, pur considerando le differenti caratteristiche sociodemografiche delle due popolazioni. Obiettivo 2: Venti-tre pazienti sono stati arruolati nello studio pilota per la traduzione e adattamento della CNTB. Obiettivo 3: Un totale di 80 operatori sanitari ha partecipato alle varie edizioni del corso.

Conclusioni. Le attività di ImmiDem forniranno nuove risorse conoscitive e operative per migliorare la presa in carico dei migranti con disturbi cognitivi ed elaborare percorsi di cura sensibili alle diversità.

IMPATTO DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO E DEI FARMACI SULLE CADUTE DI PAZIENTI DEL CDCD

Castellana Chiara, Guglielmi Carmela, Nicoletti Alberto, Marcuccio Paolo
ASL di Bari, CDCD DSS 11, Mola di Bari, Bari

Introduzione. Le cadute nei soggetti anziani sono considerate un crescente problema di salute mondiale e una importante causa di mortalità, istituzionalizzazione e morbidità con conseguente incremento dei costi sanitari. Circa il 60% delle persone anziane affette da deterioramento cognitivo cade annualmente, questa percentuale è doppia rispetto alla popolazione anziana cognitivamente sana ed è destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione. Il Disturbo neurocognitivo come la demenza è uno dei maggiori fattori di rischio intrinseci per le cadute, non modificabili e l'uso di farmaci psicotropi il più comune fattore di rischio estrinseco modificabile. In questo studio osservazionale retrospettivo abbiamo indagato i tassi di cadute, cadute gravi e la presenza di associazioni tra l'uso di farmaci psicotropi, farmaci antidemenza e le cadute nell'ultimo anno in una coorte di 116 pazienti afferenti al CDCD, affetti da deterioramento cognitivo o da Demenza. Comprendere meglio il ruolo di questi fattori di rischio potrebbe aiutarci ad identificare strategie di prevenzione da adottare nella pratica clinica.

Metodi. Le informazioni sono state estrapolate da cartelle cliniche elettroniche sistematizzate, indagini telefoniche, *caregiver*. È stata effettuata una analisi avanzata che ha esplorato le possibili correlazioni tra le seguenti variabili: età, sesso, presenza e gravità delle cadute, gravità della malattia (punteggio MMSE), autonomie funzionali (punteggi ADL, IADL) tipo di terapia (mista o singola).

Risultati. I dati delle prime analisi statistiche supportano correlazioni statisticamente significative tra l'uso di sedativi e le cadute ($p\ 0,016$, RR 1,83) ovvero i pazienti che li assumono hanno un rischio di circa 1,8 volte maggiore di cadere. Tale associazione si conferma forte ($p\ 0,03$, OR 6,75, IC 95% 1,16-39,22) anche dopo correzione per variabili sociodemografiche e funzionalità. L'autonomia funzionale sembra avere un ruolo protettivo (ADL $p\ 0,08$). Si intravede una tendenza più alta ($p\ 0,170$) nel sesso femminile a subire esiti gravi nelle cadute, sebbene non supportata statisticamente. Rispetto ai dati di letteratura la coorte osservata registra un minore tasso di cadute (40,5%, 47/116, vs 60%) e un minore grado di gravità nelle cadute (17% vs 20%).

Conclusioni. Il minore tasso di cadute nella popolazione osservata ci fa riflettere sul possibile ruolo protettivo offerto da altre variabili da indagare ulteriormente. La causa delle cadute può essere multifattoriale e richiedere valutazioni dello stato di salute ed interventi attraverso domini multipli. Per la prevenzione delle cadute nella popolazione affetta da deterioramento cognitivo, i clinici dovrebbero considerare con cautela la prescrizione di farmaci psicotropi, soprattutto in presenza di ridotta autonomia.

IL LAVORO DI RETE PER LE PERSONE CON DEMENZA E LE FAMIGLIE NEL TERRITORIO DEL PINEROLESE

Castellano Katia (a), Dotta Federica (b), Galetti Marcello (b), Gallo Federica (c), Klein Aude (b), Ribet Sandra (c), Scarafiotti Carla (c)

(a) CISS Pinerolese, Pinerolo, Torino

(b) Servizio Salute - Diaconia Valdese

(c) ASL TO3, Torino

Introduzione. Dal 2000 nel Pinerolese (Piemonte Occidentale) si è sviluppata sul tema della demenza una collaborazione fra Diaconia Valdese (l'ente della Chiesa Valdese operativo in ambito sociale e sociosanitario), azienda sanitaria, il consorzio dei servizi sociali ed associazioni del territorio, che è caratterizzato da un'elevata percentuale di popolazione anziana, talvolta isolata in piccoli paesi e borgate, e da varietà geografica (dalla pianura all'alta montagna).

Metodi. Il processo, partito nel 2000 dall'esperienza del Rifugio Re Carlo Alberto, RSA specializzata in disturbi cognitivi e demenze, ha permesso nel tempo lo sviluppo di servizi diretti alle persone con demenza e alle famiglie, tutti integrati fra loro, con l'obiettivo di dare risposte ad ogni bisogno del percorso di malattia. Si è partiti da un centro diurno per persone con demenza, passando alla specializzazione della RSA, con diversi suoi nuclei residenziali che danno risposte diverse ai bisogni, ma con un'unica visione e regia, si sono aperti tre *Cafè Alzheimer*, ed un servizio psicosociale (IntegralMente) dedicato alle persone che vivono a casa, che offre anche sostegno psicologico alle famiglie, con diverse figure professionali coinvolte (OSS, infermiere, neuropsicologhe, terapisti occupazionali, chinesiologi).

Risultati. Per alcuni anni la RSA ha fatto parte di una Rete Europea sulla demenza, dalla quale si sono tratti molti insegnamenti ed esempi di buone pratiche. Si è lavorato molto sulla sensibilizzazione delle comunità (progetti DFC, formazione/informazione degli *stakeholders* del territorio fatta coinvolgendo persone con demenza e familiari, iniziative in ambito artistico per sensibilizzare sul tema della malattia, incontri pubblici di informazione e sensibilizzazione in collaborazione con i comuni). Si sono sperimentati servizi innovativi come il *DemenTalent*, la RSA nel 2021 ha aperto un nucleo con approccio innovativo, autogestione dei pasti, in cui la persona con demenza è protagonista attiva della sua giornata. Si lavora da tempo sulla prevenzione ed intercettazione precoce della malattia (Giornate di Valutazione della Memoria, Palestre della Memoria). È in apertura un secondo centro diurno dedicato alle demenze. Dal 2000 sono state 1.250 le persone accolte nei nuclei per la demenza della RSA, 640 quelle che hanno frequentato il centro diurno, 255 quelle prese in carico da "IntegralMente", che sta distribuendo alle famiglie un questionario di valutazione.

Conclusioni. Il sistema dei servizi descritti è stato costruito nel tempo grazie all'integrazione fra gli enti coinvolti, che condividono una medesima visione, e che contribuiscono ognuno in base alle proprie disponibilità e possibilità, rendendo possibile azioni ed iniziative altrimenti non realizzabili.

IL RUOLO DELLA STIMOLAZIONE COGNITIVA NEL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA IN ANZIANI IN UN CONTESTO RESIDENZIALE

Claudi Alessandra (a), De Marco Stefania (b), D'Agostino Eleonora (b), Perna Pasqualina (a)
(a) Centro di Riabilitazione Neapolisanit, Ottaviano, Napoli
(b) Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli,
Caserta

Introduzione. Nelle strutture di cura, la stimolazione cognitiva svolge un ruolo fondamentale non solo nel preservare le abilità residue dei pazienti, ma anche nel prevenire il deterioramento cognitivo. Ad oggi, è noto che un programma basato sulla terapia di stimolazione cognitiva (*Cognitive Stimulation Therapy, CST*) può essere efficace nel migliorare le funzioni cognitive e aumentare il benessere percepito e la qualità della vita, questa intesa come la percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vive, in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. In questo contesto, il presente studio vuole valutare l'efficacia di un programma CST nel migliorare la qualità della vita e il benessere percepito di cinque residenti di una casa di riposo.

Metodi. Cinque residenti di una struttura residenziale avevano preso parte allo studio. I partecipanti erano stati sottoposti a tre valutazioni neuropsicologiche: *baseline* (T0) dopo 4 mesi di trattamento (T1) e dopo altri 4 mesi di trattamento (T2) usando il *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, *Geriatric Depression (GDS)* e *Quality_Via (QV)* per la valutazione rispettivamente del funzionamento cognitivo globale, umore e qualità di vita percepita. Il trattamento consisteva in un programma di stimolazione cognitiva di circa otto mesi per una frequenza di tre volte a settimana. Le stimolazioni erano sia in gruppo sia individuali.

Risultati. I cambiamenti nelle prestazioni dei pazienti nei tre momenti di valutazione (T0 vs T1 e T1 vs T2) sono stati analizzati calcolando il *Reliable Change Index (RCI)* per ciascun test. I valori di RCI corrispondono a punteggi *z* standardizzati (media =0, DS =1), quindi un valore superiore a ± 2 indica un cambiamento statisticamente significativo. I risultati hanno mostrato un miglioramento in tutti gli anziani in termini di qualità di vita e di umore (RCI_QV=5; RCI_GDS= -2). Inoltre, i risultati relativi alle diverse sottoscale del *Qualit_Via*, hanno evidenziato un miglioramento significativo in termini di autorealizzazione e spiritualità, attività e coesione sociale e senso di appartenenza (RCIs >2).

Conclusioni. Questo studio preliminare fornisce evidenze sull'efficacia della stimolazione cognitiva nel migliorare la qualità di vita in anziani in contesto residenziale assistenziale. I nostri risultati sono coerenti con le precedenti evidenze che mostrano come interventi non farmacologici possano non solo intervenire sul funzionamento cognitivo, ma anche sul benessere della persona e sul suo funzionamento sociale.

IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA DOMICILIARE CARE OF OLDER PERSONS IN THEIR ENVIRONMENT (COPE) DI INFERMIERE E TERAPISTA OCCUPAZIONALE PER PERSONE CON DEMENZA E LORO CARGIVERS

Contrucci Lucia (a), Lanzoni Alessandro (a), Minozzi Rita (a), Fabbo Andrea (b), Morselli Linda (a), Guerzoni Valentina

(a) AUSL, Modena

(b) ASL, Asti

Introduzione. L'aumento della popolazione anziana e delle persone con demenza pone una sfida crescente ai servizi sanitari territoriali, che devono garantire interventi personalizzati e sostenibili nell'ottica del DM-77. Il programma *Care of Older Persons in Their Environment - COPE*, sviluppato negli Stati Uniti, è un intervento multidisciplinare domiciliare volto a migliorare la qualità di vita delle persone con demenza e dei loro *caregiver*. Il programma coinvolge un terapeuta occupazionale e un infermiere che collaborano per affrontare in modo integrato le problematiche funzionali, comportamentali e sanitarie. Il presente lavoro descrive la prima esperienza di implementazione del programma in un Centro Disturbo Cognitivi e Demenze (CDCD), in coerenza con le politiche nazionali che promuovono modelli di assistenza territoriale integrata per le persone fragili.

Metodi. Studio di un caso clinico: il caso riguarda un uomo di 74 anni con demenza di Alzheimer in fase moderata-severa, seguito presso il proprio domicilio dalla moglie, *caregiver* principale. L'intervento, prescritto dal geriatra del CDCD, ha previsto dieci sedute del terapeuta occupazionale e due visite dell'infermiere, con successivo follow-up telefonico. Le attività sono state adattate al contesto domestico e alle specifiche esigenze della coppia, includendo educazione sanitaria, strategie comunicative, adattamenti ambientali e pianificazione di attività significative. L'infermiere ha curato la gestione delle comorbidità, identificando criticità come disfagia e diabete non controllato, e favorendo la comunicazione con il medico di medicina generale.

Risultati. Al termine dell'intervento, la *caregiver* ha riferito una riduzione delle difficoltà e dello stress assistenziale, insieme a un aumento della fiducia nella gestione quotidiana. I cambiamenti sono stati valutati tramite una scala numerica da 0 a 10, in cui valori più alti indicano maggiore difficoltà o disagio e, per la fiducia, un livello più elevato di competenza percepita. Al termine dell'intervento, la *caregiver* ha mostrato un miglioramento in tutte le aree considerate. Il livello medio di difficoltà è diminuito di circa quattro punti (da 7,0 a 3,0), mentre il disagio si è ridotto di tre punti (da 5,6 a 2,6). La fiducia nella gestione quotidiana è aumentata mediamente di due punti (da 4,2 a 6,2), con progressi più evidenti nella comunicazione con il coniuge (da 4 a 8) e nella gestione dell'idratazione (da 5 a 7). La promozione di attività quotidiane ha mostrato un miglioramento più contenuto. Il questionario sul cambiamento percepito a trenta giorni ha confermato un aumento della calma, del senso di controllo e della capacità di gestione, mentre la qualità del sonno è rimasta stabile. Non sono stati registrati eventi avversi durante il programma. L'intervento ha inoltre rafforzato la continuità assistenziale, favorendo il collegamento con i servizi territoriali e il supporto sociale.

Conclusioni. La preliminare esperienza mostra la fattibilità e l'efficacia del programma nel contesto italiano, confermando il valore di un approccio integrato tra professionisti. L'intervento ha consentito di gestire in modo coordinato aspetti funzionali e sanitari, di potenziare le competenze del *caregiver* e di ridurre il carico assistenziale. L'adattamento al contesto locale è risultato minimo, limitato alla traduzione dei materiali, confermando la trasferibilità del modello. Il programma *Care of Older Persons in Their Environment* rappresenta un modello innovativo e replicabile per la presa in carico domiciliare delle persone con demenza. La collaborazione tra terapeuta occupazionale e infermiere ha permesso di migliorare la qualità di vita della persona assistita e di sostenere in modo concreto la famiglia. L'esperienza italiana conferma la possibilità di integrare efficacemente modelli basati su evidenze internazionali nel sistema sanitario territoriale nazionale, in linea con gli obiettivi di promozione della cura di prossimità e dell'invecchiamento attivo.

VESCICOLE EXTRACELLULARI E P-TAU181: BIOMARCATORI PRECOCI PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER

Crescenti Daniela (a), Brembati Viviana (a), Geviti Andrea (b), Rossini Elisa (a), Cazzaniga Federico Angelo (c), Moda Fabio (c,d), Zanier Elisa R. (e), Guerrera Gisella (f), Battistini Luca (f), Baiardi Simone (g,h), Mandelli Alessandra (i), Furlan Roberto (i,l), Verde Federico (m,n), Nacmias Benedetta (o,p), Elia Chiara Adriana (q,r), Malosio Maria Luisa (q,r), Imarisio Alberto (s,t), Guerini Franca Rosa (u), Fenoglio Chiara (v,w), Di Fonzo Alessio (v), Biscetti Leonardo (x), Squillario Margherita (y), Berra Silvia (y), Miraglia Francesca (z), Rossini Paolo Maria (aa), Marra Camillo (bb), Vanacore Nicola (cc), Redolfi Alberto (dd), Perani Daniela (l,ee), Spadin Patrizia (ff), Cotelli Maria (gg), Cappa Stefano (hh), Caraglia Naïke (ii), Vecchio Fabrizio (z), Tiraboschi Pietro (ll), Piras Federica (mm), Frisoni Giovanni B. (nn), Muscio Cristina (ll,oo), Lodi Raffaele (g,h), Parchi Piero (g,h), Tagliavini Fabrizio (ll), Valente Enza Maria (s,t), Forloni Gianluigi (pp), Ghidoni Roberta (a)

- (a) *Laboratorio di Marcatori Molecolari, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*
- (b) *Servizio di Statistica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*
- (c) *Unità di Medicina di Laboratorio, Laboratorio di Patologia Clinica, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*
- (d) *Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale, Università degli Studi, Milano*
- (e) *Dipartimento di Lesioni Cerebrali Acute e Cardiovascolari, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*
- (f) *Unità di Neuroimmunologia, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma*
- (g) *IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna*
- (h) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università degli Studi, Bologna*
- (i) *Unità di Neuroimmunologia Clinica, Istituto di Neurologia Sperimentale, Divisione di Neuroscienze, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano*
- (l) *Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*
- (m) *Dipartimento di Neurologia e Laboratorio di Neuroscienze, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano*
- (n) *Dipartimento di Fisiopatologia e Trapianti, Centro Dino Ferrari, Università degli Studi, Milano*
- (o) *IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Firenze*
- (p) *Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Ricerca sul Farmaco e Salute Infantile, Università degli Studi, Firenze*
- (q) *Istituto di Neuroscienze, Consiglio Nazionale Ricerche, URT c/o IRCCS Ospedale di Ricerca, Rozzano, Milano*
- (r) *Laboratorio di Farmacologia e Patologia Cerebrale, IRCCS Ospedale di Ricerca Humanitas, Rozzano, Milano*
- (s) *Centro di Ricerca di Neurogenetica, Fondazione IRCCS Mondino, Pavia*
- (t) *Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi, Pavia*

- (u) IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano
- (v) IRCCS Fondazione Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
- (w) Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche, Università degli Studi, Milano
- (x) Sezione di Neurologia, INRCA, Centro Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento IRCCS, Ancona
- (y) LisComp Lab, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova
- (z) Laboratorio di Connettività Cerebrale, Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, IRCCS San Raffaele, Roma
- (aa) Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, IRCCS San Raffaele, Roma
- (bb) Unità di Neurologia, IRCCS Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma
- (cc) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
- (dd) Laboratorio di Neuroinformatica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia
- (ee) Unità di Medicina Nucleare, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano
- (ff) AIMAI, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Milano
- (hh) Unità di Neuropsicologia, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia
- (ii) IUSS-Pavia, Istituto Universitario di Studi Avanzati, Pavia
- (ll) Istituto Neurologico Carlo Besta, Fondazione IRCCS, Milano

Introduzione. La diagnosi tempestiva e accurata della Malattia di Alzheimer nella pratica clinica rappresenta una sfida, specialmente nelle fasi iniziali della malattia. Nel presente studio multicentrico, promosso dalla Rete IRCCS delle Neuroscienze e Neuroriabilitazione, sono stati analizzati i principali biomarcatori plasmatici della Malattia di Alzheimer - peptidi beta amiloide 42 (A β 42) e 40 (A β 40), proteina fosforilata *Tau* 181 (p-*Tau*181), catena leggera del neurofilamento (NfL), proteina *Tau* totale (t-*Tau*) - e inoltre dimensione e concentrazione delle vescicole extracellulari (EVs) nei diversi stadi della malattia.

Metodi. Sono stati analizzati n=800 campioni di plasma umano. I livelli di NfL, t-*Tau*, p-*Tau*181, A β 42, A β 40 e le EVs sono stati misurati in n=217 soggetti sani (CTRL), individui con disturbo cognitivo soggettivo (SCC, n=48), soggetti con decadimento cognitivo lieve (pre-MCI, n=58; MCI, n=426), e pazienti con demenza probabile di Alzheimer (AD, n=51), utilizzando la tecnologia ultrasensibile SIMOA® e l'analisi di tracciamento delle nanoparticelle (NTA).

Risultati. I livelli plasmatici di NfL sono aumentati nei pazienti AD e MCI, mentre quelli di p-*Tau*181, il rapporto A β 42/A β 40, il rapporto A β 42/p-*Tau*181 e le EVs sono alterati sin dalle prime fasi della malattia: in particolare, i livelli di p-*Tau*181 aumentano con il peggioramento dei sintomi cognitivi già nei gruppi SCC e pre-MCI rispetto ai CTRL, mentre il rapporto tra concentrazione e dimensione delle EVs (EVs ratio) risulta diminuito in tutti i gruppi rispetto ai CTRL. P-*Tau*181 classifica i pazienti AD dai CTRL con un'area sotto la curva (AUC) pari a 0,87, mentre EVs ratio meglio differenzia gli SCC dai CTRL (AUC=0,78). La combinazione di p-*Tau*181 ed EVs ratio con A β 42/A β 40 e NfL, rispettivamente, migliora significativamente la classificazione di pre-MCI e MCI dai CTRL (AUCcomb=0,79 e AUCcomb=0,85).

Conclusioni. P-Tau181 ed EVs ratio sono biomarcatori promettenti per la stratificazione di individui a rischio di demenza. La combinazione di più biomarcatori può aiutare a diagnosticare le fasi iniziali della Malattia di Alzheimer.

UN NUOVO MODELLO ANIMALE PER LA VALUTAZIONE LA SINERGIA TRA FATTORI DI RISCHIO PER LA DEMENZA

De Luca Gabriele (a), Simonelli Valeria (b), D'Errico Mariarosaria (b), Canese Rossella (c), Ricceri Laura (d), Piscopo Paola (e), Crestini Alessio (e), Perrone Federica (e), Sbriccoli Marco (e), Fortini Paola (b), Parlanti Eleonora (b), Meccia Ettore (b), Iorio Egidio (c), Chirico Mattea (c), Pisanu Maria Elena (c), Vanacore Nicola (f)

(a) *Dipartimento Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Servizio Tecnico Scientifico Grandi Strumentazioni e Core Facilities, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Clinica, Diagnostica e Terapia delle Malattie Degenerative del Sistema Nervoso Centrale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(f) *Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Le malattie cronic-degenerative sono patologie multifattoriali responsabili del 74% dei decessi a livello mondiale. L'invecchiamento rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo della demenza. Numerosi studi suggeriscono che lo stress ossidativo, risultante dal disequilibrio tra la produzione di specie radicaliche dell'ossigeno e dell'azoto e i livelli di antiossidanti endogeni, sia alla base dell'invecchiamento e della comparsa di malattie cronic-degenerative (ipotesi dell'"*oxi-inflamm-aging*"). Tuttavia, i meccanismi molecolari sottesi a questa ipotesi non sono ancora completamente noti. Recentemente, sono stati individuati dieci fattori di rischio che, insieme all'età, contribuiscono allo sviluppo della demenza in circa il 40% dei casi a livello mondiale.

Studi precedenti hanno mostrato che il topo MTH1-Tg, transgenico per l'idrolasi umana hMTH1 deputata alla sanitizzazione del pool dei nucleotidi trifosfato, è protetto dalla malattia simil-Huntington indotta dall'acido 3-nitropropionico. A livello cellulare e molecolare, questo modello mostra aumento della capacità proliferativa delle cellule staminali neuronali, riduzione del danno ossidativo, migliore funzionalità mitocondriale, maggiore longevità e miglior profilo cognitivo/comportamentale.

Metodi. Per valutare il ruolo dello stress ossidativo e della risposta al danno al DNA nella promozione e progressione della demenza, topi MTH1-Tg e *wild-type*, in età adulta (sei mesi), sono stati esposti a diversi fattori di rischio: dieta "western", inattività fisica, isolamento sociale e peptide β -amiloide. I gruppi di controllo sono stati mantenuti con regime alimentare normo-calorico, normali contatti sociali (*group housing*) e incremento dell'attività fisica (*voluntary wheel running*).

Risultati. Il modello è stato creato con successo combinando l'over-espressione di hMTH1 con l'esposizione ai fattori di rischio sopra descritti. Questa strategia sperimentale consente di

valutare l'impatto sinergico tra fattori di rischio e protezione endogena sullo sviluppo e la progressione della demenza, simulando condizioni multifattoriali osservate nell'uomo.

Conclusioni. Attraverso analisi molecolari, di imaging e test comportamentali, il modello permetterà di chiarire il ruolo dello stress ossidativo nell'eziopatogenesi della demenza e di definire il contributo dell'esposizione combinata a diversi fattori di rischio all'insorgenza precoce del declino cognitivo e/o all'aggravamento repentino della sintomatologia.

LARGE LANGUAGE MODEL E SOCIAL CHATBOT PER IL SUPPORTO TERAPEUTICO NELLE DEMENZE

Della Rocca Mattia

Gruppo di Ricerca Internazionale PAD, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

Introduzione. Negli ultimi anni, l'impiego di *Large Language Models* (LLM) e social chatbot ha suscitato crescente interesse in ambito clinico e psicologico. In particolare, l'area delle demenze pone sfide cruciali sul piano comunicativo, relazionale e di supporto quotidiano ai pazienti e ai *caregiver*. I tradizionali approcci terapeutici non farmacologici, come la *reminiscence therapy* o le attività di stimolazione cognitiva, potrebbero essere potenziati da strumenti digitali capaci di dialogare in linguaggio naturale e adattarsi ai bisogni individuali. Tuttavia, restano aperti interrogativi sulla validità, sicurezza e sostenibilità etica di tali tecnologie, oltre che sul loro reale impatto nella qualità della vita delle persone con deterioramento cognitivo.

Metodi. L'intervento propone una revisione sistematica e comparativa delle applicazioni esistenti di LLM e social chatbot in contesti di assistenza geriatrica e neuropsicologica, integrando fonti provenienti dalla letteratura *peer-reviewed* e da sperimentazioni pilota in corso. Sono stati analizzati studi clinici, case reports e prototipi sperimentali che impiegano chatbot per:

1. stimolazione cognitiva (esercizi di memoria, attenzione, linguaggio),
2. supporto emozionale e compagnia digitale,
3. facilitazione della comunicazione tra pazienti, *caregiver* e professionisti della salute.

Il corpus di analisi comprende lavori pubblicati tra il 2018 e il 2025, con attenzione ai criteri metodologici, agli *outcome* misurati (funzioni cognitive, benessere emotivo, riduzione del carico assistenziale) e agli aspetti etico-legali.

Risultati. Le evidenze raccolte mostrano che i chatbot basati su LLM possono costituire un valido complemento agli interventi tradizionali. In particolare:

- migliorano l'engagement dei pazienti grazie a interazioni personalizzate;
- favoriscono la stimolazione della memoria autobiografica, soprattutto quando integrati con dati familiari o biografici;
- riducono la percezione di isolamento e solitudine, offrendo un canale di compagnia sempre disponibile.

Tuttavia, emergono anche limiti significativi: difficoltà nel garantire accuratezza delle risposte e coerenza narrativa, rischi di allucinazioni linguistiche, e criticità legate alla privacy dei dati sensibili. Gli studi più solidi indicano che l'efficacia dei chatbot cresce quando sono impiegati come strumenti ibridi, integrati con il monitoraggio dei professionisti e non come sostituti della relazione umana.

Conclusioni. L'utilizzo di LLM e social chatbot rappresenta un potenziale innovativo per l'assistenza alle persone con demenza, soprattutto nelle fasi lievi e moderate della malattia. Queste tecnologie possono sostenere la stimolazione cognitiva e fornire un supporto emotivo, alleggerendo al contempo il carico dei *caregiver*. Tuttavia, è necessario un quadro regolativo chiaro, che assicuri affidabilità, trasparenza e tutela etica, oltre a protocolli clinici validati che ne certifichino l'efficacia. Il futuro del supporto digitale nelle demenze non sarà

caratterizzato dalla sostituzione, bensì da una integrazione virtuosa tra tecnologie conversazionali e interventi umani, all'interno di un modello di cura personalizzato, multidisciplinare e responsabile.

CRITICITÀ E PROSPETTIVE PER LA TEORIA DELL'AMILOIDE E DELLA *TAU*

Di Bari Michele Angelo

Dipartimento Sanità Pubblica Veterinaria, Nutrizione e Sicurezza Alimentare Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. La Malattia di Alzheimer (MA) rappresenta la forma predominante tra le demenze, ed è clinicamente caratterizzata da un progressivo deterioramento cognitivo e da alterazioni neuropsichiatriche e funzionali. Purtroppo, non esiste ancora una cura per l'MA ed i pazienti vengono spesso diagnosticati in una fase tardiva e quindi irreversibile. Il cervello dei pazienti affetti da MA presenta accumuli di β -amiloide ($A\beta$) e grovigli neurofibrillari composti da proteina *Tau* iperfosforilata, accompagnati da una cascata di processi patologici come neuroinfiammazione, disfunzione sinaptica, disturbi mitocondriali e bioenergetici, nonché anomalie vascolari.

Metodi. La MA può essere classificata in due tipi principali: le forme familiari (1-5% dei casi) e le forme sporadiche (95% dei casi). Le forme familiari, dette anche a esordio precoce, sono causate da mutazioni autosomiche dominanti e presentano un decorso rapido; mentre le forme sporadiche, che rappresentano la maggioranza, derivano da una combinazione di fattori di rischio genetici e ambientali e hanno tipicamente un esordio tardivo.

Risultati. Sono state avanzate molte ipotesi riguardo alla fisiopatologia della MA. In contrasto con i complessi fenotipi clinici e neuropatologici della forma sporadica, l'ipotesi eziologica iniziale (ipotesi della cascata amiloide) proponeva che alla base della malattia ci fosse una semplice relazione causa-effetto tra la deposizione di $A\beta$ e la neurodegenerazione. Mentre questa ipotesi è supportata da dati più solidi nelle forme genetiche, per le forme sporadiche si osservano crescenti evidenze, in parte rafforzate ma anche messe in discussione dai risultati contrastanti dei trattamenti con anticorpi anti-amiloide, che indirizzano la ricerca verso l'identificazione di ulteriori fattori eziologici. Una crescente attenzione è rivolta alla stretta correlazione tra accumuli di *Tau* e i sintomi cognitivi, offrendo una nuova ipotesi eziologica basata sulla patologia *Tau*. Come per l'ipotesi dell'amiloide, una lettura strettamente lineare causa-effetto dell'ipotesi *Tau* non sembra spiegare completamente quanto osservato nei pazienti con MA.

Conclusioni. Attualmente, una revisione delle due ipotesi eziologiche convenzionali promuove un'interazione dinamica tra $A\beta$ e *Tau*, modificando il paradigma eziologico e con esso potenziali approcci terapeutici. Occorre inoltre un modello capace di integrare anche le altre ipotesi eziologiche, i fattori di rischio modificabili e le varianti genetiche di rischio identificate. La comprensione della complessa interazione tra $A\beta$, *Tau* e degli altri fattori di rischio apre nuove prospettive per lo sviluppo di biomarcatori diagnostici e trattamenti personalizzati nelle demenze.

AGGIORNAMENTO DEL PIANO NAZIONALE DELLE DEMENZE

Teresa Di Fiandra

Consulente ISS per il Fondo Demenze, Roma

Introduzione. A fronte delle dimensioni allarmanti che il fenomeno della demenza ha assunto anche nel nostro Paese, dobbiamo sottolineare che il primo (e ad oggi ancora unico) Piano Nazionale Demenze (PND) è stato pubblicato nel lontano gennaio 2015, e senza il supporto di finanziamenti strutturali dedicati. Consapevoli della inderogabilità di un adeguamento del PND che fosse in grado di rispondere ai cambiamenti di scenario intercorsi in questi anni, nel maggio 2025 è stato istituito, all'interno del Tavolo Permanente sulla Demenza coordinato dal Ministero della salute, un sottogruppo di lavoro con il compito di produrre la bozza di un nuovo Piano aggiornato, da presentare al Tavolo Permanente sulla Demenza, avviando così un percorso consultivo multisettoriale ed integrato.

Metodi. Il processo di revisione si ispira al *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025* e alla guida operativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Towards a Dementia Plan*), adottando un approccio metodologico articolato in tre fasi: preparazione, sviluppo e implementazione del nuovo PND. A supporto del lavoro, sono stati inoltre analizzati 12 recenti piani nazionali adottati in altri Paesi, al fine di identificare buone pratiche eventualmente trasferibili al contesto italiano.

Risultati. Per ciascuna delle sette aree strategiche individuate e proposte dal piano globale dell'OMS (prioritizzazione della demenza; prevenzione; diagnosi e cura; supporto ai caregiver; sistemi informativi; ricerca; governance), il gruppo di lavoro propone una definizione dello stato dell'arte, degli obiettivi strategici, delle azioni prioritarie, delle milestone operative, dimensionando anche le risorse necessarie e gli indicatori per il monitoraggio.

Conclusioni. L'aggiornamento del PND rappresenta un'evoluzione significativa rispetto alla versione del 2014, distinguendosi per il suo allineamento con le linee guida dell'OMS, l'attenzione alla sostenibilità finanziaria e la promozione di un approccio sistemico. Pur riconoscendo il significato innovativo dei finanziamenti *ad hoc* già erogati in questi anni (15 milioni di euro per il triennio 2021-2023; 34,9 milioni per il 2024-2026), il nuovo PND mira a consolidare un finanziamento strutturale permanente, destinato a risorse umane e servizi sociosanitari integrati e opportunamente potenziati. L'auspicata adozione da parte del Governo e non di un singolo Ministero, insieme al passaggio da una logica basata su progetti a un investimento sul sistema, segnano un cambio di paradigma nella politica nazionale sulla demenza, che muove decisamente nella direzione di un'assistenza più equa, sostenibile e centrata sulla persona.

MODELLI DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE ED MCI: È POSSIBILE PREDIRE IL RISCHIO DI CONVERSIONE?

Di Giacompo Raffaella (a), Moroni Monica (b), Ragni Flavio (b), Bovo Stefano (b), Riello Marianna (a), Buganza Manuela (a), Marengo Manuela (c), Candio Paolo (d), Uccelli Antonio (c), Giometto Bruno (a), Osmani Venet (b)

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

(b) *Unità Data Science per la Salute, Fondazione Bruno Kessler, Trento*

(c) *DINOGLI, Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica, Scienze Materno-Infantili, Università degli Studi, Genova*

(d) *Dipartimento di Economia e Management, Università degli Studi, Trento*

Introduzione. La perdita delle autonomie della vita quotidiana rappresenta il criterio clinico che distingue la condizione di Malattia di Alzheimer (AD) da quella di Deterioramento Cognitivo di grado Lieve (MCI). Le funzioni strumentali *Instrumental Activities of Daily Living*: IADLs), che richiedono un'organizzazione neuropsicologica più complessa rispetto a quelle elementari (*Activities of Daily Living*: ADLs), che richiedono un'organizzazione neuropsicologica più complessa rispetto a quelle elementari (ADLs), sono interessate più precocemente dalla presenza del declino cognitivo. Scopo del nostro studio è stato quello di identificare le variabili cliniche in grado di predire la perdita delle IADLs, mediante lo sviluppo di modelli predittivi, preventivi e personalizzati (P3) di Machine Learning. La ricerca è stata condotta nell'ambito del progetto NeuroArtP3(NET-2018-12366666), uno studio multicentrico finanziato dal Ministero della Salute.

Metodi. Sono stati raccolti, al tempo T0 e nei successivi tre anni, i dati clinici di 126 pazienti cui era stata diagnosticata una AD. Le variabili scelte hanno incluso dati demografici, la presenza di comorbidità, il grado di severità della demenza, la presenza di disturbi del comportamento, i punteggi di ciascun test della batteria neuropsicologica, le scale di autonomia. A tali dati sono stati applicati tre diversi modelli matematici (il modello di "Regressione Logistica", il modello "Random Forest, ed il modello "Gradient Boosting") per valutare quale delle variabili contribuiva maggiormente alla variazione del punteggio delle IADLs al tempo T3.

Risultati. Il modello *Random Forest* si è dimostrato il più affidabile (poiché ha fornito risultati che maggiormente si discostavano da una previsione casuale). Le variabili con un potere predittivo maggiore al *baseline* sono risultate: il sesso femminile, l'età più avanzata al momento dell'insorgenza dei sintomi, la bassa scolarità, un più basso punteggio al test MMSE ed una peggiore prestazione al test di fluenza verbale. L'analisi ha fornito anche risultati contro-intuitivi riguardo l'abitudine al fumo, poiché i non-fumatori presentavano un rischio maggiore di riduzione dei loro punteggi IADLs rispetto agli ex-fumatori. L'analisi più dettagliata del dataset ha evidenziato tuttavia che il gruppo degli ex-fumatori era composto prevalentemente da soggetti di sesso maschile che presentavano già un importante carico di comorbidità ed un punteggio IADL più basso al tempo T0.

Conclusioni. I nostri risultati, seppur applicati ad un campione di dimensione ridotta, dimostrano che, se interpretati criticamente, i modelli di AI possono fornire informazioni preziose alla pianificazione delle misure di prevenzione in sanità pubblica

L'USO CRONICO DEL FASUDIL INDUCE EFFETTI SIMILI ALLE BENZODIAZEPINE

Dipol Teresa (a,b), Morsilli Ornella (a), Fortuna Andrea (a), Zecca Valentina (c,d), Palombelli Gianmauro (c), Maroccia Zaira (a), Belfiore Marcello (e), Campana Gabriele (f), Ricceri Laura (g), Feligioni Marco (h), Motta Caterina (i), Martorana Alessandro (i), Koch Giacomo (l,m,n), Onder Graziano (o), Pierri Ciro Leonardo (p), Canese Rossella (c), Loizzo Stefano (a)

(a) *Dipartimento di Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Associate all'Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

(c) *Core Facilities, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Dipartimento di Scienze di Base e Applicate per l'Ingegneria, Sapienza Università di Roma, Roma*

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

(f) *Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie, Università degli Studi, Bologna*

(g) *Centro per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(h) *Fondazione European Brain Research Institute (EBRI) Rita Levi-Montalcini, Roma*

(i) *Clinica neurologica e Unità di Ricerca sulle Demenze Neurodegenerative, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma*

(l) *Unità di Stimolazione Cerebrale Non Invasiva, IRCCS Santa Lucia, Roma*

(m) *Centro per la Neurofisiologia Traslazionale, Istituto Italiano di Tecnologia, Ferrara*

(n) *Sezione di Fisiologia, Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione, Università degli Studi, Ferrara*

(o) *Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS, Roma; Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(p) *Dipartimento di Farmacia, Scienze Farmaceutiche, Università degli Studi Aldo Moro, Bari*

Introduzione. Il Fasudil cloridrato è un inibitore selettivo delle proteine chinasi associate a Rho, impiegato in clinica come vasodilatatore per il trattamento del vasospasmo cerebrale associato a patologie quali l'emorragia subaracnoidea. In aggiunta, il Fasudil ha dimostrato effetti neuroprotettivi in modelli preclinici di neurodegenerazione ed è attualmente oggetto di studi clinici di fase 2 per malattie neurologiche, tra cui la malattia di Alzheimer. Sebbene il suo meccanismo d'azione non sia ancora completamente chiarito, evidenze precliniche indicano possibili similitudini farmacologiche con le benzodiazepine.

Metodi. L'obiettivo di questo studio è stato indagare la possibile modulazione del recettore dell'acido γ -amminobutirrico (GABAA) da parte del Fasudil esaminando i suoi effetti in cronico. A tal fine sono state condotte analisi proteiche comparative e saggi di docking in silico per stimare l'affinità di legame con il recettore GABAA. Abbiamo somministrato il Fasudil a topi CD-1 oralmente per 12 settimane. Una settimana dopo la

sospensione del trattamento, gli animali sono stati sottoposti a test comportamentali e analisi di risonanza magnetica per valutare il comportamento, funzione e metabolismo cerebrale. Inoltre, sono stati analizzati l'attività delle Rho GTPasi, l'espressione del recettore GABAA e della proteina di densità postsinaptica 95.

Risultati. Mentre l'analisi computazionale ha evidenziato una forte affinità di legame del Fasudil per il GABAA, In vivo il trattamento cronico con il farmaco compromette la memoria correlata alla paura contestuale senza alterare ansia, coordinazione motoria o memoria di riconoscimento. Tali cambiamenti comportamentali si accompagnano a una riduzione della subunità $\gamma 2$ del recettore GABAA in ippocampo e in corteccia prefrontale. Nella corteccia prefrontale è stata inoltre rilevata una diminuzione dell'espressione della proteina di densità postsinaptica- 95 e un aumento dell'attività di Rac1. Gli effetti molecolari e comportamentali del Fasudil mostrano analogie con quelli indotti da un trattamento cronico con benzodiazepine. Le analisi di risonanza magnetica hanno evidenziato livelli elevati di glutammato nella corteccia prefrontale, associati a un incremento generale della colina totale e a un lieve deterioramento dell'integrità della sostanza bianca nel corpo calloso, alterazioni descritte come associate all'astinenza da benzodiazepine.

Conclusioni. Complessivamente, i nostri dati indicano che il Fasudil modula l'espressione del recettore GABAA $\gamma 2$ e potrebbe agire come modulatore allosterico. Il trattamento cronico sembra avere nei topi un impatto negativo sulla corteccia prefrontale, determinando effetti comportamentali e molecolari simili a quelli indotti da esposizione prolungata alle benzodiazepine. Questi dati evidenziano dei possibili effetti collaterali nel trattamento cronico del Fasudil e suggeriscono le stesse cautele di impiego delle benzodiazepine.

DEMENTIA E MIGRAZIONE: PROSPETTIVE INCLUSIVE NEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI

Docì Mimosà , Chemotti Silvia, Zamboni Marta
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Tione di Trento, Trento

Introduzione. La crescente presenza di persone migranti sul territorio nazionale impone nuove riflessioni sull'accesso e sulla qualità delle cure offerte dai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze. Le barriere linguistiche, culturali e socioeconomiche possono ostacolare la diagnosi precoce e la presa in carico della demenza, con ricadute negative per i pazienti e le famiglie. In linea con gli indirizzi del progetto nazionale ImmiDem, si propone un modello sperimentale che integri competenze cliniche e riabilitative per rispondere ai bisogni emergenti delle persone migranti con demenza.

Metodi. Il progetto prevede la costituzione di un'équipe multidisciplinare composta da geriatra, infermiere e terapeuta occupazionale. Le attività includeranno: percorsi di accoglienza culturalmente sensibili; strumenti di valutazione adattati alla diversità linguistica; supporto ai *caregiver* migranti attraverso incontri informativi e laboratori pratici; formazione specifica del personale sanitario sulla comunicazione interculturale. È prevista inoltre la creazione di una rete territoriale con mediatori culturali e associazioni locali per favorire l'inclusione e la continuità della cura.

Risultati. Il progetto si propone di migliorare l'accessibilità ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze per le persone migranti, favorire una diagnosi più tempestiva e personalizzata, ridurre le disuguaglianze di cura e rafforzare le competenze interculturali degli operatori. Sono attesi benefici anche per i *caregiver*, attraverso una maggiore consapevolezza dei percorsi di cura e un supporto più efficace nella gestione quotidiana.

Conclusioni. La proposta mira a sviluppare un modello replicabile di presa in carico integrata della demenza in contesti caratterizzati da diversità culturale. Coinvolgendo i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e le comunità locali, l'iniziativa intende tradurre le indicazioni nazionali di ImmiDem in una pratica innovativa, capace di valorizzare le differenze come risorsa e di promuovere equità, dignità e partecipazione.

L'UOMO CHE NON SAPEVA DISTINGUERE UN VOLTO FAMILIARE: UN POSSIBILE CASO DI VARIANTE TEMPORALE DESTRA DELLA DEGENERAZIONE FRONTO-TEMPORALE

Durante Giorgia, Tessari Annalisa, Costagliola Antonella, Crivellari Stefano, De Napoli Federica, De Zanche Andrea, Fabbri Maurizio, Favaretto Alice, Menegazzo Elisabetta, Milan Marta, Nesi Lorenzo, Salmaso Sofia, Villa Matteo, Bartolomei Luigi, Critelli Adriana
Azienda ULSS3 Serenissima, UOC Neurologia Ospedale, Mirano, Venezia

Introduzione. Il termine *rtvFTD (right temporal variant of Fronto-Temporal Degeneration)* fa riferimento ad un concetto relativamente recente e per certi versi ancora equivoco. Ad oggi la diagnosi rimane complessa, rendendo difficile soprattutto nelle fasi iniziali la differenziazione tra questa patologia e le forme di *bvFTD*, *svPPA* e *AD*. Sebbene manchi ancora una definizione diagnostica riconosciuta, le manifestazioni cliniche più evidenti includono alterazioni comportamentali (disinibizione, ridotta empatia e processi di pensiero rigidi) e sintomi cognitivi quali perdita di conoscenze specifiche inerenti persone familiari ed oggetti.

Metodi. Un uomo di 57 anni senza storia familiare di malattie neuropsichiatriche è giunto alla nostra attenzione per un progressivo declino mnemonico correlato alla perdita di conoscenze specifiche della persona. Al colloquio con la moglie è emerso un incremento dell'irritabilità e l'insorgenza di comportamenti ossessivi. Il paziente è stato sottoposto ad una valutazione multidisciplinare completa che includeva test neuropsicologici, esame neurologico, indagini di neuroimaging e biomarcatori.

Risultati. Il paziente inizialmente presentava una compromissione della conoscenza semantica basata sui volti e mancanza di empatia, associata a sintomi comportamentali (disinibizione, irritabilità, pensieri rigidi e ossessivi). L'esame neurologico e l'analisi del CSF per la ricerca di biomarcatori degenerativi hanno dato esito negativo. La Risonanza Magnetica encefalo mostrava un ampliamento degli spazi liquorali prevalentemente nelle regioni temporali bilaterali e la PET-FDG ha evidenziato un ipometabolismo temporale bilaterale, più marcato a destra. Dopo nove mesi, una valutazione neuropsicologica ha rivelato un disturbo della memoria semantica con alterato riconoscimento e denominazione di stimoli. Inoltre, è emersa una difficoltà nella decodifica, comprensione e attribuzione delle emozioni altrui sulla base dell'espressione facciale (*Emotional Theory of Mind*). Il paziente, ristoratore e suonatore di corno francese in un'orchestra professionale, continuava a svolgere le proprie attività senza disagi significativi.

Conclusioni. Sono state qui descritte le caratteristiche cliniche, neuropsicologiche, di *neuroimaging* e *biomarkers* di un paziente con possibile *rtvFTD*. Il caso presentato evidenzia la peculiarità clinica di questa sindrome che, se non conosciuta, può essere erroneamente diagnosticata con altre forme di deterioramento cognitivo. Le manifestazioni cliniche più frequenti all'esordio comprendono alterazioni comportamentali e difficoltà nel riconoscimento di volti familiari, quest'ultima a causa del pattern atrofico predominante a livello del giro fusiforme e delle regioni anteriori del lobo temporale destro, che gioca un

ruolo chiave in questa funzione. In conclusione, la rtvFTD, pur condividendo alcuni aspetti con svPPA, bvFTD e AD, dimostra caratteristiche cliniche uniche che dipendono dalla distribuzione anatomica dell'atrofia, che colpisce in una prima fase il lobo temporale destro.

MODELLI CLINICI PREDITTIVI PER LA DEMENZA BASATI SULL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE: UNA REVISIONE SISTEMATICA

Durante Giorgia (a), Bolzetta Francesco (a), Vernuccio Laura (b), Saccaro Carlo (c), Gallo Livia (d), Gambino Caterina Maria (b), Custodero Carlo (e), Portincasa Piero (e), Morotti Andrea (f), Galli Alice (f), Trasciatti Chiara (f), Padovani Alessandro (f), Pilotto Andrea (f), Barbagallo Mario (c), Veronese Nicola (c)

(a) *Geriatria, Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 3 Serenissima, Venezia*

(b) *Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone, Palermo*

(c) *Geriatria, Dipartimento di Geriatria e Medicina Interna, Università degli Studi, Palermo*

(d) *Neurologia, Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 3 Serenissima, Venezia*

(e) *Cesare Frugoni Medicina Interna e Geriatria, Università degli Studi Aldo Moro, Bari*

(f) *Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Neurologia, Università degli Studi, Brescia*

Introduzione. Sebbene quasi la metà dei casi di demenza sia potenzialmente prevenibile, risulta di fondamentale rilevanza clinica intercettare precocemente le persone con disturbo neurocognitivo al fine di ottimizzare il percorso di diagnosi e cura. In questo contesto, i modelli predittivi ottenuti con il contributo dell'intelligenza artificiale offrono strumenti promettenti, sfruttando metodi di machine learning al fine di integrare diverse fonti di dati. Questa review sistematica valuta l'attuale stato dell'arte dei modelli di previsione basati sull'IA nell'ambito del decadimento cognitivo.

Metodi. Sono stati individuati studi *peer-reviewed* fino ad ottobre 2024, tramite ricerca su *PubMed*, *Embase* e *Web of Science*. Gli studi inclusi sono stati valutati in termini di accuratezza del modello, bias e applicabilità clinica utilizzando lo strumento PROBAST. L'estrazione dei dati ha rispettato i criteri TRIPOD e CHARMS, con l'acquisizione del tipo di studio, dei dati demografici dei partecipanti e delle variabili predittive e statistiche di performance.

Risultati. Tra i 2.699 articoli inizialmente esaminati, sono stati infine inclusi 21 studi, rappresentando oltre un milione di partecipanti. I modelli predittivi basati sull'intelligenza artificiale, estremamente eterogenei per loro natura, hanno dimostrato una buona accuratezza predittiva, con un'AUC pari a 0,845. Sebbene tutti gli studi prevedessero una validità interna, quella esterna si è dimostrata essere meno applicata. I predittori più comuni sono risultati essere i dati clinici e cognitivi, mentre quelli relativi ai biomarcatori sono stati i meno utilizzati. Sebbene il rischio di bias sia risultato generalmente basso, aspetti come la calibrazione e la generalizzabilità rimangono delle criticità.

Conclusioni. I modelli di previsione basati sull'intelligenza artificiale hanno dimostrato un forte potenziale per la diagnosi precoce nell'ambito del disturbo neurocognitivo. Tuttavia, la loro integrazione nella pratica clinica richiede di affrontare questioni quali la validità esterna, la rappresentatività dei dati e l'interpretabilità dei modelli. Studi futuri dovrebbero incentrarsi prevalentemente sull'applicabilità clinica di tali modelli, al fine di ottimizzare la loro utilità nel percorso di diagnosi e cura del disturbo neurocognitivo.

BENESSERE E RESILIENZA NEI CAREGIVER INFORMALI DI PERSONE CON DEMENZA: ANALISI COMPARATIVA PRELIMINARE CON LA POPOLAZIONE GENERALE

Fabrizi Elisa (a,b), Della Gatta Francesco (b), Moret-Tatay Carmen (c)

(a) *Escuela de Doctorado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, Spagna*

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

(c) *Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, Spagna*

Introduzione. Il *caregiving* rappresenta un'esperienza complessa che può influenzare profondamente il benessere psicologico e la qualità della vita. La letteratura evidenzia un aumento di stress e rischio di burnout nei *caregiver*, ma anche la possibilità che questo ruolo favorisca lo sviluppo di risorse personali, come la resilienza. Tuttavia, pochi studi hanno confrontato sistematicamente i *caregiver* con la popolazione generale, includendo sia aspetti di vulnerabilità, come la soddisfazione di vita, sia risorse come la resilienza. Questo studio, attualmente in corso, mira a colmare tale lacuna mediante un'analisi comparativa.

Metodi. È stato avviato uno studio trasversale che prevede il reclutamento di *caregiver* informali e di partecipanti appartenenti alla popolazione generale. Gli strumenti utilizzati includono la Satisfaction With Life Scale (SWLS) per la soddisfazione di vita, la *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) per il livello di ansia percepito e la *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS) per la resilienza. Le analisi preliminari sono state condotte su un sottocampione di 214 partecipanti (74 *caregiver* e 140 partecipanti della popolazione generale). Sono state verificate le assunzioni di normalità (test di *Shapiro-Wilk*) e di omogeneità delle varianze (test di *Levene*). Poiché è emersa evidenza di non normalità in diverse variabili, sono stati applicati test *t* di *Welch* e, parallelamente, test non parametrici di *Mann-Whitney U* per i confronti tra gruppi.

Risultati. Il gruppo dei *caregiver* presenta un'età media significativamente più alta rispetto ai non *caregiver* ($M=59,32$ vs $M=47,39$). In entrambi i gruppi prevale il genere femminile e un livello di istruzione elevato. I *caregiver* risultano più spesso coniugati e pensionati, mentre i non *caregiver* lavorano prevalentemente a tempo pieno. In media, i *caregiver* dedicano circa 9,8 ore al giorno all'assistenza per 5,4 giorni alla settimana. Essi mostrano livelli significativamente più elevati di sintomatologia ansiosa rispetto ai non *caregiver* (GAD-7: $p=0,001$), mentre non emergono differenze significative per soddisfazione di vita (SWLS: $p=0,75$) e resilienza (BRCS: $p=0,10$).

Conclusioni. Queste analisi preliminari indicano livelli più elevati di ansia nei *caregiver* rispetto ai non *caregiver*, senza differenze significative nella soddisfazione di vita e nella resilienza. La prosecuzione della raccolta dati permetterà di approfondire tali evidenze e di chiarire i fattori che influenzano il benessere psicologico dei *caregiver*.

LA COMPLESSA INTERAZIONE TRA CELLULE GLIALI E NEURONI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Facchinetti Roberta, Ciarla Claudia, Burla Silvia, Valenza Marta, Scuderi Caterina
Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia Vittorio Erspamer, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. La malattia di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa multifattoriale, caratterizzata istopatologicamente da depositi di beta-amiloide nello spazio extracellulare e da grovigli neurofibrillari all'interno dei neuroni. Insieme ai depositi proteici aberranti, sono state osservate alterazioni nella morfologia e nelle funzioni della glia. Si ritiene che queste cellule acquisiscano un fenotipo reattivo e favoriscano l'infiammazione in seguito al deposito di beta-amiloide o alla neurodegenerazione. Tuttavia, prove convincenti indicano che la gliosi reattiva e l'infiammazione si verificano nelle fasi precoci della malattia, prima delle modificazioni istopatologiche, mentre il loro ruolo negli stadi più avanzati della malattia è dibattuto. Complessivamente i dati prodotti finora convergono nell'indicare che la risposta della glia nell'Alzheimer è piuttosto complessa.

Metodi. Per far luce su questo aspetto, il nostro gruppo ha studiato il comportamento delle cellule gliali in diversi modelli preclinici di malattia, con particolare attenzione alle alterazioni morfologiche e funzionali degli astrociti. Inoltre, usando un modello murino triplo transgenico di malattia, abbiamo studiato mediante risonanza magnetica nucleare combinata alla spettroscopia l'accoppiamento metabolico astrociti-neuroni che regola l'omeostasi energetica cerebrale, investigando i livelli cerebrali di metaboliti chiave come lattato, glutammato e taurina. Inoltre, sono state effettuate analisi di *Western Blot*, RT-qPCR e immunofluorescenza in corteccia frontale e ippocampo per studiare l'espressione di marcatori comunemente correlati allo stato reattivo delle cellule gliali, nonché di mediatori pro-infiammatori. Abbiamo, inoltre, studiato il potenziale terapeutico di diverse formulazioni contenenti palmitoiletanolamide nel ripristino dell'omeostasi cerebrale. La palmitoiletanolamide è infatti un composto endogeno lipidico che ha ricevuto crescente interesse negli ultimi anni grazie ai risultati di diversi studi che ne hanno dimostrato le proprietà neuroprotettive, antinfiammatorie, analgesiche e immunomodulanti.

Risultati. I nostri risultati rivelano una complessa risposta gliale nell'Alzheimer che include sia gliosi reattiva che atrofia cellulare con perdita di funzione. Queste distinte risposte patologiche contribuiscono all'alterazione dell'omeostasi cerebrale e, in ultima analisi, portano alla disfunzione neuronale e alla morte cellulare. I dati prodotti indicano inoltre potenti proprietà antinfiammatorie, neuroprotettive e di supporto alle funzioni cognitive della palmitoiletanolamide, che sembra anche essere un promettente modulatore metabolico in grado di mitigare i processi neurodegenerativi correlati alla malattia.

Conclusioni. Chiarire i meccanismi alla base di queste diverse risposte gliali è fondamentale per comprendere la malattia e, come futuro obiettivo traslazionale, sviluppare nuove strategie terapeutiche.

TELE COGNITIVE MOVEMENT (TCM): L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE A DOMICILIO DI CORPO E MENTE

Fascendini Sara (a), Brusamolino Simona (b), Carminati Alessandro (c), Esposito Marco (c), Galbiati Valentina (b), Giovanelli Simona (b), Guizzetti Milena (c), Malegori Matteo (c), Viti Valeria (b)

(a) *Fondazione Europea di Ricerca Biomedica, Gazzaniga, Bergamo*

(b) *Generazioni FA Società Cooperativa Sociale, Bergamo*

(c) *Tecnobody Spa, Dalmine, Bergamo*

Introduzione. A partire dall'assunto che l'attività fisica e la stimolazione cognitiva siano una strategia non farmacologica nella prevenzione del decadimento cognitivo, il progetto ha sperimentato un modello di intervento che integra la tecnologia avanzata in servizi di assistenza sanitaria e sociale e che, contestualmente, sviluppa nuovi modelli di assistenza di tipo domiciliare. La sfida del progetto è stata quella di sperimentare la tele-riabilitazione motoria e cognitiva attraverso l'innovazione digitale, coinvolgendo una cooperativa sociale, un CDCD e un fornitore tecnologico. Ciascun partner contribuisce in modo specifico e fondamentale, in una logica interdipendente.

Metodi. Sono stati messi a disposizione al domicilio degli anziani con MCI e dei loro *caregivers* alcuni dispositivi tecnologici (*Homing Training di TecnoBody*) per la stimolazione motoria e cognitiva, per facilitare la relazione e la consulenza *on-line* da parte di professionisti specializzati (fisioterapisti, neuropsicologi, geriatri). Lo studio condotto all'interno del progetto TCM si propone di valutare l'efficacia dell'intervento proposto con l'apparecchiatura *Homing* su un campione di coppie Persona con decadimento cognitivo/*caregiver* rispetto ad un gruppo di controllo che effettua solamente un trattamento standard, corrispondente alla normale presa in carico da parte de CDCD. Al progetto, durato un anno, hanno partecipato in totale cinquanta coppie. Sono stati raccolti dati relativi agli aspetti cognitivi, funzionali, emotivi e di qualità della vita.

Risultati. L'analisi dei dati di efficacia per i due gruppi verrà completata entro la fine del mese di ottobre 2025. Una prima analisi qualitativa ha mostrato che l'80% dei partecipanti ha superato il 100% di aderenza rispetto al *target* previsto. La valutazione per fasi ha evidenziato che l'aderenza media è stata più elevata nella fase iniziale, diminuendo leggermente nella seconda fase. Non sono comunque emersi indicatori di riduzione della motivazione o di affaticamento nella parte finale del trattamento. Questi risultati suggeriscono una continuità e un'elevata qualità nell'esecuzione dei training cognitivo-motori.

Conclusioni. Per raccogliere dati qualitativi sul progetto, sono stati condotti due *Focus Group* coinvolgendo trenta partecipanti: quattordici persone con MCI e sedici *caregiver*. Il *feedback* complessivo sul progetto è stato estremamente positivo. Le discussioni hanno approfondito diverse tematiche, tra cui la fattibilità degli esercizi proposti, l'usabilità dello strumento, le difficoltà tecniche, la potenziale sostenibilità economica e la relazione con gli operatori. L'analisi approfondita dei dati quantitativi raccolti, ci permetterà di definire meglio l'efficacia del progetto e di progettarne gli sviluppi futuri.

BIOMARCATORI DI ALZHEIMER: RISULTATI DALLO STUDIO INVECE.AB

Ferrari Riccardo Rocco (a,b), Pellegrini Elisa (a), Rizzo Bartolo (a), Guaita Antonio (c), Davin Annalisa (a)

(a) *Laboratorio di Neurobiologia and Neurogenetica, Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano*

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

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

Introduzione. L'invecchiamento è un processo complesso che coinvolge diversi sistemi biologici, incluso il sistema nervoso centrale, determinando un graduale e fisiologico declino delle funzioni cognitive e motorie. In alcune circostanze, tale declino si accentua fino a favorire l'evolvere in forme patologiche come la demenza di Alzheimer. La comprensione dei meccanismi che sottendono la demenza non può prescindere dallo studio dei processi di invecchiamento, con particolare attenzione alle alterazioni molecolari che si manifestano progressivamente nell'età avanzata.

Metodi. Nel 2010 è stato avviato il progetto “InveCe.Ab” (Invecchiamento Cerebrale in Abbiategrasso – ClinicalTrials.gov: NCT01345110), finalizzato a indagare, da un punto di vista neuropsicologico, clinico e biologico, una coorte di 1.321 soggetti nati tra il 1935 e il 1939 e residenti ad Abbiategrasso (MI). L'ultima fase di *follow-up* si è conclusa nel 2022, consentendo la raccolta di dati clinici, cognitivi e biologici lungo un arco di 12 anni. All'interno di tale iniziativa, abbiamo esplorato le variazioni longitudinali di biomarcatori plasmatici associati all'invecchiamento in individui che, al *baseline*, risultavano cognitivamente sani o con una diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e che, nei quattro anni successivi, hanno sviluppato demenza di Alzheimer (AD). Utilizzando la tecnologia Luminex, sono stati analizzate 13 citochine e chemochine e 4 marcatori di neurodegenerazione.

Risultati. I risultati hanno mostrato una rimodulazione del profilo infiammatorio plasmatico nel tempo, con un incremento progressivo dello stato infiammatorio nei soggetti sani e livelli di chemochine che hanno superato quelli osservati nei soggetti con AD. Al contrario, si nota un decremento significativo nell'arco dei 4 anni delle molecole IL6, CCL4, CXCL1 e IL-1b in tutti i soggetti che hanno convertito in AD (sia controlli sani che MCI al *baseline*). Anche il trasportatore di lipidi FABP3 si è distinto dagli altri marcatori di neurogenerazione, mostrando un incremento significativo in coloro che da MCI sono convertiti in AD.

Conclusioni. In conclusione, i soggetti cognitivamente sani e quelli con MCI destinati a sviluppare AD presentano, al *baseline*, un medesimo profilo biologico, suggerendo una condizione condivisa nonostante la differente espressione clinica. Sulla base di queste osservazioni, è possibile ipotizzare che, nelle fasi antecedenti la malattia si attivi un pattern infiammatorio e biochimico specifico, capaci di predire l'esordio della malattia di Alzheimer con un anticipo di circa quattro anni anche in assenza di sintomi clinici. Questi risultati forniscono nuove evidenze sul ruolo dei biomarcatori nella transizione dall'invecchiamento fisiologico alla neurodegenerazione, aprendo la strada a potenziali strategie di prevenzione e diagnosi precoce della demenza di Alzheimer.

I CDCD COME STRUTTURE PER LE CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI PER LE DEMENZE - UPDATE 2025

Ferrino Salvatore

Distretto Sanitario 63 Cava dei Tirreni, Costa d'Amalfi ASL, Salerno

Introduzione. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) Costa d'Amalfi si conferma anche nel 2025 una struttura per lo *screening* e le prescrizioni farmacologiche a pazienti con demenza degenerativa. Inoltre, è stabile il dato relativo al rilascio di certificazioni medico - legali.

Metodi. Sono stati arruolati 100 pazienti presso il CDCD Policlinico Umberto I di Roma. Sono stati analizzati i seguenti fenotipi clinici: malattia di Alzheimer, demenza frontotemporale, demenza a corpi di *Lewy*, demenza vascolare/mista e MCI. La qualità del sonno è stata valutata con il *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), classificando i pazienti in *good sleepers* (PSQI ≤ 5) e *poor sleepers* (PSQI > 5). Sono state inoltre raccolte misure di fragilità attraverso un *Frailty Index* (FI), cognizione globale (MMSE), autonomie (ADL/IADL), uso di farmaci per il sonno e variabili demografiche. Il confronto tra “buoni” e “cattivi” dormitori è stato condotto con test del Chi-quadro, t-test e Mann-Whitney U. Sono state effettuate infine analisi di regressione logistica, considerando il FI come unico predittore (Model 1) e aggiustandolo successivamente per variabili demografiche e cliniche (Model 2).

Risultati. I *poor sleepers* sono risultati significativamente più anziani ($p=0,03$) e più fragili ($p<0,01$). Non sono emerse differenze significative tra i due gruppi per MMSE, autonomie e sesso. Dalle analisi di regressione logistica, la fragilità (FI) è risultata un predittore indipendente della cattiva qualità del sonno (PSQI >5), anche dopo aggiustamento per età, sesso, performance cognitiva globale, e uso di farmaci per dormire. (Model 1: OR ≈ 421 , $p=0,014$; Model 2: OR ≈ 2.930 , $p=0,035$).

Conclusioni. Questi dati suggeriscono l'esistenza di un'associazione tra fragilità e qualità del sonno nei pazienti con MCI e demenza, indipendentemente da confondenti clinici e demografici. Ulteriori indagini saranno orientate a valutare le conseguenze della combinazione di fragilità e scarsa igiene del sonno sul benessere psicologico e fisico dei *caregiver*.

STARE BENE INSIEME: VISITARE IL MUSEO CON PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Forlanelli Giovanna (a), Fumagalli Marco (b)
(a) *Fondazione Luigi Rovatti, Milano*
(b) *Cooperativa La Meridiana, Voghera, Pavia*

Introduzione. La Fondazione Luigi Rovati Ente del Terzo Settore opera in diversi campi, dall'archeologia alla storia dell'arte fino alle sperimentazioni delle espressioni artistiche come sistema di cura nel nuovo welfare. La Fondazione realizza attività in aree diverse della cultura con l'obiettivo di generare conoscenza, creatività e utilità sociale. Produce eventi, mostre e incontri in aree multidisciplinari. Sviluppa attività di ricerca e di formazione. Crede nel valore economico e sociale della cultura. Dal 2016, Fondazione Luigi Rovati costruisce la propria identità attraverso connessioni con altri soggetti, istituzionali e imprenditoriali, promuovendo progetti propri e condivisi. Il Museo d'arte presenta una collezione di reperti etruschi in dialogo con opere d'arte moderna e contemporanea. Nell'atrio del palazzo si affacciano il giardino interno con il Padiglione espositivo, aperti gratuitamente al pubblico. Le mostre temporanee si integrano alla collezione permanente, consentendo un continuo rinnovo del percorso espositivo.

Metodi. La Fondazione è attenta ai temi dell'inclusione e del benessere che trovano la loro attuazione in Museo Gentile; il progetto rappresenta la sintesi degli studi della Fondazione in collaborazione con medici e operatori sanitari, educatori, enti e associazioni, e offre esperienze specifiche per le diverse "fragilità". Fanno parte del progetto i percorsi di visita dedicati alle persone non vedenti e ipovedenti, realizzati in collaborazione con l'Istituto dei Ciechi di Milano, le video guide in Lingua dei Segni destinate alle persone sorde create in collaborazione con l'Ente Nazionale Sordi. Il Museo dispone anche di una guida in linguaggio semplificato e in Comunicazione Aumentativa Alternativa progettate con L'abilità Onlus nella rete Museo per tutti per la disabilità cognitiva. Le mostre temporanee che il Museo ospita sono accompagnate da una guida in linguaggio semplificato.

Risultati. Stare bene insieme è un percorso di visita museale rivolto alle persone con patologie neurodegenerative e ai loro accompagnatori, realizzato in collaborazione con la Cooperativa La Meridiana avviato nel 2024. I percorsi di visita sono stati co-creati con un gruppo di educatori, geriatri, psicologi e operatori museali, e sono stati progressivamente adattati in base ai feedback ricevuti dai *caregiver*, raccolti tramite incontri collettivi e questionari compilati dopo ogni visita.

Conclusioni. Stare bene insieme è il risultato di un progetto di ricerca scientifica che si concentra sull'inclusività museale della diade, costituita dalle persone con demenza e i loro *caregiver*, con l'obiettivo di rendere l'accesso al museo non solo adeguato, ma anche inserito in una quotidianità di vita e di ritmo giornaliero.

IL RUOLO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE NELLA RICERCA CLINICA E DI BASE

Franceschi Claudio

Università di Bologna, Italia; Lobachevsky University, Nizhniy Novgorod, Russia

Introduzione. Nel 2000 abbiamo suggerito la teoria “*inflammaging*”, secondo la quale una infiammazione cronica, sistemica, di basso grado, non dovuta a infezioni acute batteriche o virali, rappresenta un punto di convergenza di meccanismi multipli coinvolti nel, e responsabili del processo di invecchiamento e delle patologie età - correlate. La teoria iniziale suggeriva anche che l'immunità innata ed il macrofago avessero un ruolo centrale e fondamentale (“*macroph-aging*”). Studiando i centenari, considerati il miglior esempio di invecchiamento con successo nella specie umana, abbiamo dimostrato che non solo presentavano un *inflammaging* relativamente basso ma che esso si accompagnava ad un aumento di molecole antinfiammatorie, suggerendo l'ipotesi generale che *inflammaging* è un fenomeno dinamico sistematicamente bilanciato da anti-*inflammaging*.

Metodi. Risultati e Conclusioni. Nella maggior parte dei lavori finora pubblicati *inflammaging* è stato misurato nel sangue periferico, quantificando un numero spesso limitato di molecole infiammatorie. Dopo 25 anni, e tenendo conto di centinaia di lavori al riguardo, che hanno interessato soprattutto popolazioni di paesi ricchi e molto meno di paesi poveri o in via di sviluppo, si può arrivare alle seguenti conclusioni: 1. *inflammaging* si è rivelato essere molto più complesso di quanto ipotizzato inizialmente, capace di coinvolgere pressoché tutti gli organi ed apparati ed un grande numero di cellule e molecole infiammatorie; 2. *inflammaging* si è rivelato inoltre molto eterogeneo e contesto-dipendente, differente da popolazione a popolazione e da individuo a individuo; 3. usando metodologie avanzate di intelligenza artificiale abbiamo messo a punto due orologi infiammatori capaci non solo di quantificare *inflammaging* ma di identificare la peculiare combinazione di molecole infiammatorie a livello della singola persona, potendo in tal modo monitorare a livello individuale l'effetto antinfiammatorio di dieta, esercizio fisico e trattamenti con senolitici e senostatici.

STIMOLAZIONE DELLO STRIATO DORSOLATERALE COME POTENZIALE APPROCCIO PER MITIGARE I DISTURBI DELLA MEMORIA SPAZIALE IN MODELLI MURINI DI ALZHEIMER

Frenza Alessia (a), Pugliano Serena (a), Latina Valentina (c), Amadoro Giuseppina (c), Rinaldi Arianna (a,b)

(a) Dipartimento di Biologia e Biotecnologie C. Darwin, Sapienza Università di Roma, Roma

(b) Centro di ricerca in Neurobiologia Daniel Bovet, Sapienza Università di Roma, Roma

(c) Istituto Europeo di Ricerca sul Cervello, Roma

Introduzione. Il morbo di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa progressiva caratterizzata da declino cognitivo. La malattia è definita patologicamente dall'accumulo di placche di beta-amiloide (A β), *Tau* iperfosforilata (p-*Tau*), neuroinfiammazione cronica e compromissione della neurotrasmissione nell'ippocampo e nella corteccia. È interessante notare che alcuni pazienti affetti da Alzheimer mostrano un declino cognitivo ritardato o ridotto, che è stato collegato alla compensazione neurale, un processo in cui le regioni cerebrali meno colpite aumentano la loro attività per sostenere funzioni cognitive. Lo striato dorsolaterale è meno vulnerabile alla patologia del morbo di Alzheimer rispetto all'ippocampo o alla corteccia e, sebbene tradizionalmente non sia associato ai processi di memoria, studi su modelli murini sani suggeriscono che possa contribuire alla codifica della memoria spaziale a lungo termine.

Metodi. In questo studio, abbiamo esplorato il potenziale terapeutico dell'attivazione dello striato dorsolaterale per migliorare il *deficit* di memoria spaziale in modelli murini transgenici di Alzheimer APP23 e 3xTg, utilizzando il *Morris Water Maze* come test per valutare la memoria spaziale. Abbiamo prima confermato il *deficit* di memoria spaziale (tramite l'utilizzo del test *Morris Water Maze*) e i livelli elevati di A β , p-*Tau* e GFAP (tramite analisi Western Blot) nell'ippocampo di topi APP23 di 6 mesi. Successivamente, abbiamo ottenuto l'attivazione neuronale dello striato dorsolaterale attraverso due diversi approcci: l'optogenetica, esprimendo un'opsina bistabile (SSFO) attivata da una sorgente luminosa della lunghezza d'onda di 470 nm; e la chemogenetica, esprimendo il DREADD eccitatorio hM3D(Gq) attivato da un'iniezione i.p. di Clozapina-N-ossido. Entrambi i metodi di stimolazione sono stati applicati durante le fasi di acquisizione e consolidamento della memoria spaziale.

Risultati. I topi APP23 sottoposti a stimolazione optogenetica o chemogenetica dello striato dorsolaterale hanno mostrato un miglioramento delle prestazioni nella fase di richiamo della memoria spaziale nel *Morris Water Maze* rispetto ai topi di controllo non stimolati. Attualmente stiamo testando l'effetto della stimolazione nei topi del ceppo transgenico 3xTg.

Conclusioni. Questi dati preliminari suggeriscono che il potenziamento dell'attività di regioni cerebrali preservate dalla patologia potrebbe essere una strategia promettente per alleviare i *deficit* cognitivi nei modelli di Alzheimer.

IL TRIAL INFORMA

Gabelli Carlo

Azienda Ospedale, Università degli Studi, Padova

Introduzione. Il software INFORMA è uno strumento informatico innovativo, progettato per fornire stimolazione cognitiva e training cognitivo personalizzati direttamente a domicilio a persone con deterioramento cognitivo lieve (MCI) e demenza lieve. Basato sul modello di terapia di attivazione cognitiva (*Cognitive Activation Therapy*), offre al terapeuta la possibilità di programmare attività adattive e asincrone e di monitorare da remoto quanto è stato fatto dal paziente. Una prima versione di INFORMA ha avuto una valutazione positiva in uno studio multicentrico di usabilità su 241 soggetti nell'ambito del Fondo Alzheimer 2021-2023. La versione aggiornata, INFORMA2.0, verrà ora utilizzata in uno studio clinico randomizzato controllato (RCT) che mira a valutare l'efficacia e la sicurezza del software nel migliorare la funzione cognitiva e il grado di autonomia nelle attività di vita quotidiana in persone con MCI e demenza lieve. Lo studio fa parte del Fondo Italiano per l'Alzheimer e le Demenze 2024-2026 ed è finanziato dal Ministero della Salute.

Metodi. Questo RCT, controllato con placebo e in doppio cieco, sarà condotto in 21 centri per la memoria in 14 Regioni distribuite su tutto il territorio italiano. Dopo uno studio pilota monocentrico che rivaluterà preliminarmente l'usabilità della versione aggiornata di INFORMA2.0 in 20 pazienti, lo studio RCT arruolerà 470 partecipanti di età ≥ 50 anni con MCI o demenza lieve. I partecipanti saranno coinvolti in un programma di 20 settimane, che include valutazioni e training basali, un intervento cognitivo da remoto della durata di 8 settimane, una valutazione post-trattamento a 8 settimane e una valutazione finale a 20 settimane.

Risultati. L'endpoint primario è la percentuale di pazienti che hanno risposto positivamente al trattamento con INFORMA 2.0, misurata mediante il *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) a 8 settimane. Gli endpoint secondari includono la percentuale di pazienti che hanno risposto al MoCA e alla *Clinical Dementia Rating Scale-Sum of Boxes* a 20 settimane. Altri esiti secondari includono misure funzionali (ad es. A-IADL-Q-SV), comportamentali (ad es. NPI, GDS-15) e di qualità della vita (EuroQoL-5D-5L). Il carico di cura sarà valutato con la Zarit Burden Interview. L'attenzione sarà valutata con il test *Multiple Features Targets Cancellation*. La riserva cognitiva sarà misurata mediante il *Cognitive Reserve Index*.

Conclusioni. Se i risultati dello studio, attesi entro luglio 2027, saranno positivi, saranno immediatamente utilizzati per richiedere l'autorizzazione all'immissione in commercio del software INFORMA 2.0 come terapia digitale per le persone con demenza.

I FARMACI MONOCLONALI A CONFRONTO CON L'ATTUALE ASSISTENZA SPECIALISTICA NELLA ASL BT

Giorelli Maurizio, Vallarelli Rosangela, Di Paola Claudia Ada, Negri Francesco
Unità Operativa di Neurologia, ASL Bt, Barletta

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) rappresenta la forma più comune di demenza a livello mondiale. L'introduzione di terapie modificanti la malattia, come lecanemab e donanemab offre nuove opportunità terapeutiche, ma pone anche importanti sfide organizzative per i sistemi sanitari. Garantire equità di accesso, accuratezza diagnostica, sicurezza del paziente e sostenibilità delle risorse richiede lo sviluppo di modelli assistenziali strutturati e basati su evidenze.

Metodi. All'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (ASL BT) è stata condotta un'analisi retrospettiva dell'attività ambulatoriale svolta nel corso del 2024 in 18 ambulatori, tra cui tre Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). L'obiettivo era descrivere le pratiche diagnostiche attualmente in uso e proporre un modello standardizzato e progressivo per ottimizzare la valutazione dei pazienti e l'eleggibilità alle nuove terapie modificanti la malattia.

Risultati. L'analisi di 1.158 prime visite ha evidenziato che il 54% dei pazienti è stato sottoposto a TC, il 19% a RM e il 7,7% a PET amiloide, mentre non sono state eseguite analisi del liquido cerebrospinale (CSF). La prescrizione di farmaci sintomatici è risultato inferiore al 10% negli ambulatori distrettuali, a fronte del 52% nei CDCD. Inoltre, i referti radiologici raramente riportavano sistemi di punteggio standardizzati (Scheltens, Fazekas), evidenziando una marcata eterogeneità nei criteri e nella qualità diagnostica.

Conclusioni. Per rispondere a queste criticità, è stato sviluppato un percorso diagnostico e assistenziale stepwise, articolato su quattro livelli di complessità crescente. Il livello base, cui devono rispondere tutti gli ambulatori, prevede anamnesi completa, screening cognitivo con MMSE, valutazione dell'autonomia e dei sintomi psichiatrici, esami laboratoristici di base per escludere cause reversibili e TC encefalo senza contrasto. I pazienti con MMSE ≥ 21 vengono inviati ai CDCD di Livello I per la successiva valutazione comprendente test neuropsicologici, la definizione del profilo cognitivo e l'esclusione di controindicazioni cliniche agli anticorpi monoclonali. Il Livello II include diagnostica avanzata di imaging (RM con punteggi Scheltens e Fazekas) e analisi di biomarcatori (CSF o PET amiloide) per supportare la diagnosi biologica. Il Livello III è dedicato alla genotipizzazione ApoE per la stratificazione del rischio ARIA, al consenso informato, all'inizio della terapia e al monitoraggio delle infusioni e delle eventuali reazioni avverse. Questo approccio strutturato consente di ridurre la duplicazione degli esami, concentrare le procedure ad alto costo e complessità nei centri di riferimento, e promuovere un accesso equo all'interno della rete assistenziale.

LA COMPLESSITÀ DEI MECCANISMI NEURODEGENERATIVI

Govoni Stefano, Lanni Cristina

Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Pavia

La ricerca sulla malattia di Alzheimer (AD) ha storicamente focalizzato l'attenzione sull'ipotesi della cascata amiloide come evento patogenetico primario. Questa visione ha guidato lo sviluppo di terapie volte alla rimozione massiccia di queste placche, in particolare gli anticorpi monoclonali di recente approvazione. Tuttavia, nonostante la capacità di questi agenti di ridurre il carico di placche cerebrali, i benefici clinici osservati rimangono modesti e la progressione della neurodegenerazione non sembra arrestarsi rendendo evidente l'insufficienza di questo modello esplicativo lineare. Le criticità dell'ipotesi amiloide e gli sviluppi delle nuove metodologie di indagine hanno dato spazio a una serie di teorie alternative e complementari. Chi scrive è convinto che vada evitato l'errore fatto con amiloide e cioè il cercare di ricondurre a un unico evento primario e a un'unica via patogenetica la variabilità della espressione clinica della malattia di Alzheimer e ancora più delle varie forme di demenza. È più facile che ciò che accade consista in percorsi che cambiano nel tempo e nella velocità di progressione, e che dipendano da diversi background personali che si modificano durante il decorso della malattia. Questo si deve tradurre in una lettura dei segni che sappia ricostruire in ogni individuo gerarchia e scansione temporale del processo degenerativo, e che individui le caratteristiche dei percorsi più frequenti e la loro associazione con variabili cliniche misurabili. È emblematico l'esempio dell'effetto differenziale che hanno la malattia di Alzheimer e le demenze frontotemporali sulla percezione estetica, sul ricordo delle informazioni a contenuto emotivo e sulla empatia emotiva. L'introduzione di una tale variabilità non esclude le ricerche esplorative e all'avanguardia dei piccoli gruppi di ricerca, ma indica la necessità che il lavoro di conferma sia basato su cooperazione, condivisione dei dati, standardizzazione delle metodiche molto di più di quanto avviene ora. Al cambiamento di paradigma hanno contribuito le tecniche di trascrittomica a livello di singolo nucleo che permettono la mappatura fine di ciò che sta accadendo delle componenti neuronali, gliali, vascolari e i diversi set di geni e di vie di segnale coinvolte, e le crescenti informazioni su capacità e volume di dialogo tra periferia e SNC. Emblematico in questo ambito è il lavoro di Lanni che ha dimostrato come un'inflammatione intestinale acuta disorganizzi l'attività di rimozione di sostanze e metaboliti a livello di liquor agendo sul sistema glinfatico, il cui ruolo è ritenuto critico in molti dei processi sopra ricordati e alteri l'attività dei geni che regolano il funzionamento circadiano di tali attività (e di altre). Prodromi di neurodegenerazione se non si arresta lo stimolo, o una delle tante condizioni che potrebbero indirizzare il percorso patologico di un individuo nel corso della "sua" malattia degenerativa? Il cambio di paradigma è necessario e non più rimandabile, dobbiamo lasciare le *comfort zones* della ricerca ed esplorare nuovi territori.

NUOVI PERCORSI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA INTEGRATI DEL PAZIENTE CON *DEFICIT* COGNITIVO E DEMENZA NELL'ASST DELLA VALLE OLONA

Guarnerio Chiara (a), La Spina Isidoro (b), Fenu Giulia (c), Tremamondo John (d)
(a) *Referente CDCD Ad Alta Integrazione Territoriale, ASST, Valle Olona, Varese*
(b) *Direttore Dipartimento Scienze Neuroriabilitative, ASST, Valle Olona, Varese*
(c) *Direttore SC Direzione Funzioni Polo Territoriale ASST, Valle Olona, Varese*
(d) *Direttore Socio-Sanitario, ASST, Valle Olona, Varese*

Introduzione. La demenza rappresenta una sfida, in termini di sanità pubblica, sia per la sua prevalenza tra la popolazione anziana sia per la complessità che ne caratterizza il quadro clinico. Al territorio della Valle Olona afferiscono circa 16.178 pazienti con *deficit* cognitivi e demenza.

Metodi. Nel dicembre 2023 Regione Lombardia ha approvato, con DGR n.1553, il documento tecnico “Gestione della persona con disturbi cognitivi e demenze”, dando impulso a tutte le ASST a definire i percorsi più efficaci e efficienti per la gestione del paziente e del suo *caregiver* lungo tutti i nodi della filiera sanitaria e socio-sanitaria. A partire da gennaio 2024 l'ASST della Valle Olona si è impegnata in una serie di azioni finalizzate all'implementazione di un percorso per la prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia.

Risultati. I pazienti con diagnosi di DCS e MCI sono stati reclutati per programmi multi componenziali di prevenzione nelle Case di Comunità. I pazienti con demenza invece sono stati inviati all'équipe di valutazione multidimensionale specifica per le demenze con l'obiettivo di: 1) avviare presso le case di comunità i trattamenti non farmacologici per i pazienti e per i *caregiver*; 2) orientare il *caregiver* ai servizi e alle misure regionali oltreché facilitarne l'attivazione (Misura B1, B2, RSA aperta, ecc.).

Conclusioni. Il percorso multidisciplinare e integrato e i programmi di prevenzione sono risultati accessibili per i pazienti e i *caregiver* oltreché sostenibili per l'équipe coinvolte.

PRENDERSI CURA: L'IMPORTANZA DELL'INTERVENTO SOCIALE

Gucciardino Liana, La Sala Paola, Cinquemani Tiziana, Militello Eva, Frenna Mariangela,
Guarneri Bina Claudia

ASP 1, Agrigento

Introduzione. La prescrizione sociale può integrare l'assistenza alle persone con demenza collegandole a risorse e attività comunitarie, al di là della sola cura medica, per combattere la solitudine, aumentare il benessere e migliorare l'integrazione sociale. Questo approccio mira a fornire supporto olistico alle persone con demenza e ai loro *caregiver*, promuovendo la partecipazione e l'autonomia in contesti locali, piuttosto che focalizzarsi solo sul trattamento clinico. Nell'UOC Malattie Psichiatriche degenerative ed Involutive dell'Asp di Agrigento è stato attivato uno sportello Psico-sociale dedicato ai *caregiver* ed ai pazienti affetti da demenza.

Metodi. La prescrizione sociale mette, sostenendole, *caregiver* e pazienti nella condizione di prendersi cura della propria salute a partire dal ben-essere e qualità della vita percepita, non solo individualmente ma anche con il supporto sociale del gruppo all'interno dell'U.O.C. e della rete sociale attivata. A livello individuale permette di sviluppare le abilità per la salute e la vita (*life skill*) superando i determinanti sociali che condizionano negativamente la salute propria o dei propri cari. L'attivazione dello sportello Psico-sociale con un gruppo multiprofessionale ha permesso un avvicinamento del servizio alla popolazione con degli incontri tematici, il supporto alle famiglie dei pazienti, una presa in carico dei pazienti e il collegamento con la rete sociale attivata e con i benefici socioassistenziali che permettono una più attenta gestione della malattia.

Risultati. Lo Sportello sociale è diventato un punto di riferimento cruciale per l'assistenza alle persone con demenza e ai loro familiari, ha offerto supporto, informazioni e orientamento sui servizi sociosanitari disponibili, compreso l'aiuto domiciliare e la socializzazione, ed ha funto da tramite tra le esigenze del paziente e l'attivazione delle risorse pubbliche o private del territorio.

Conclusioni. La presenza di uno spazio sociale dedicato permette un approccio Olistico nei confronti di una patologia lunga e complessa come la demenza.

PREVENIRE LE DEMENZE

Gucciardino Liana (a), La Sala Paola (a), Vullo Marta (b), Vullo Roberta (a), Di Francesco Giacomina (a)

(a) ASP 1, Agrigento

(b) Scuola di Specializzazione Microbiologia e Virologia, Università degli Studi, Palermo

Introduzione. La demenza senile rappresenta una delle sfide più significative nel campo della geriatria moderna. Le sue molteplici forme, tra cui spicca la malattia di Alzheimer, colpiscono un numero sempre crescente di anziani, incidendo profondamente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. Di fronte a questa sfida, nel territorio della Provincia di Agrigento, dove l'UOC Malattie Psichiatriche e degenerative ed involutive ed i CDCD di Agrigento, Sciacca, Canicatti e Licata contano oltre 4.750 cartelle aperte, di soggetti rientranti in un range di età tra 45 a oltre 90 anni che presentano varie forme di demenza si è cercato di puntare sulla prevenzione e sulla promozione di sani stili di vita.

Metodi. Una strategia di prevenzione della demenza si basa su uno stile di vita sano che include l'esercizio fisico regolare, una dieta equilibrata come quella mediterranea, la gestione dei fattori di rischio cardiovascolari (ipertensione, diabete, obesità), il mantenimento dell'attività mentale con apprendimento di nuove abilità e la stimolazione cognitiva, e la promozione di un'attiva vita sociale per ridurre l'isolamento. partendo da questi elementi L'UOC Malattie Psichiatriche e degenerative ed involutive dell'Asp di Ag ha promosso attività di informazione e sensibilizzazione coinvolgendo varie Associazioni di Volontariato, le scuole del territorio con incontri e la realizzazione di PCTO presso i Centri Diurno della U.O.C., dove i ragazzi ed i loro insegnanti sono stati informati e sensibilizzati sulle tematiche della demenza e sulla promozione di stili di vita sani oltre all'individuazione dei fattori di rischio e di come alcune manifestazioni possono essere elementi predittivi della malattia. Inoltre, un evento che si realizza da ben 4 anni nel ns territorio in occasione della giornata Mondiale dell'Alzheimer " La Passeggiata dei Ricordi" che, oltre a far trascorrere ad utenti, familiari e varie associazioni una giornata nei luoghi della Valle dei Templi tra storia e natura diventa un'occasione promozione e sensibilizzazione sui temi delle demenze.

Risultati. I risultati prodotti da questi incontri, oltre a sottolineare i punti fermi per la prevenzione delle malattie neurodegenerative, hanno affermato l'importanza di una maggiore attenzione agli stili di vita anche tra le giovani generazioni e tra chi non riconosce la diretta influenza di alcuni comportamenti e la possibilità di sviluppare patologie dementigene. Per una maggiore diffusione informativa è stato prodotto un opuscolo che riporta le buone prassi da seguire come (alimentazione, movimento, non uso di alcolici o fumo etc.) che è stato distribuito durante tutti gli incontri di prevenzione realizzati.

Conclusioni. Una maggiore conoscenza dei sintomi predittivi della malattia, un maggior numero di soggetti che si sottopongono ad esami e *screening* come prevenzione primaria e una maggiore attenzione.

L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE-INFORMAZIONE DEL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2024-26

Locuratolo Nicoletta, Fabrizi Elisa, Ancidoni Antonio, Della Gatta Francesco, Bacigalupo Ilaria, Bellomo Giudo, Vanacore Nicola, Lacorte Eleonora

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

Introduzione. L'OMS ha evidenziato, tra le 7 azioni per far fronte alla demenza, la pianificazione di programmi di formazione per professionisti sanitari e sociosanitari e di informazione-sostegno per familiari e *caregiver* di persone con demenza (*Global Action Plan* 2017-2025). Nel contesto delle otto attività dell'Osservatorio demenze dell'ISS nel Fondo 2024-26, è dedicata alla formazione una macro-attività, declinata in 1) attività di "Disseminazione e implementazione della LG Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*" (attività 1 Fondo) e 2) "Definizione ed implementazione di un piano nazionale di formazione dei professionisti sanitari e sociosanitari e di informazione-formazione per i *caregiver*" (attività 4 Fondo).

Metodi. Il Piano di formazione, strutturato ed integrato a più livelli, coinvolgerà anche i Referenti regionali al Tavolo permanente sulle demenze, i Referenti regionali per la formazione e i professionisti che hanno partecipato agli otto corsi sulla disseminazione e implementazione della LG che, nel contesto di questa attività, si sono svolti presso l'ISS nel periodo aprile-ottobre 2025. Un censimento regionale delle attività formative sul tema della demenza sarà condotto per consentire l'integrazione dei nuovi programmi. La progettualità coinvolgerà anche le Associazioni nazionali di Pazienti e Familiari di persone con demenza (Alzheimer Uniti Italia, Federazione Alzheimer Italia, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Associazione Italiana Malattia Frontotemporale). Obiettivi specifici del piano nazionale di formazione sono:

- 1) Definizione di due strumenti online accessibili mediante piattaforme:
 - a. un programma nazionale di formazione e-learning per *caregiver* e professionisti sanitari, in collaborazione con l'Università di Bologna, coordinato dal Prof. Rabih Chattat.
 - b. la versione italiana di un programma di formazione e supporto per familiari/*caregiver* di persone con demenza prodotto dell'OMS (iSupport), in collaborazione con l'Università della Svizzera Italiana, coordinato dal Prof. Emiliano Albanese.
- 2) Definizione di tre corsi FAD, coordinati dall'Osservatorio demenze dell'ISS, per *caregiver*/familiari di persone con demenza, professionisti sanitari e sociosanitari e MMG.
- 3) Definizione di interventi formativi dedicati ai professionisti sanitari che lavorano nelle CRA/RSA, nati dalla collaborazione tra ISS, ASL di Modena e Fondazione Golgi-Cenci, realizzati in parte mediante webinar dedicati ai coordinatori delle strutture, in parte attraverso percorsi formativi residenziali.

Risultati. Nel periodo aprile-ottobre 2025 sono stati condotti presso l'ISS otto corsi dedicati a disseminazione ed implementazione della LG, che hanno visto la partecipazione di oltre 150 persone, provenienti da 19 Regioni e PA, tra Referenti regionali al Tavolo permanente sulle demenze, Referenti regionali per la formazione e professionisti sanitari individuati dai Referenti in almeno tre strutture per Regione, una per tipologia di presa in carico delle persone con demenza (CDCD, RSA, CD). È stato costituito per ciascuna Regione un Gruppo Regionale per la Formazione (GRF).

Conclusioni. Le raccomandazioni formulate nella LG “Diagnosi e trattamento di demenza e MCI” relativamente ai modelli assistenziali e di coordinamento delle cure sottolineano l'importanza della formazione costante ed aggiornata dei professionisti, e considerano imprescindibile il coinvolgimento delle persone con demenza e dei loro *caregiver* nel processo di cura. La formazione diviene parte integrante del modello di assistenza nella demenza.

L'INFORMATIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI CDCD: STRUMENTO PER IL GOVERNO CLINICO

Lombardi Alessandra (a), Manica Angela (a), Buganza Manuela (b), Vanzetta Elisa (c), Calabrese Marco (d), Longo Chiara (b), Di Giacopo Raffaella (b), Casanova Anna (a)

(a) *Unità Operativa Geriatria, Ospedale di Trento, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

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

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

(d) *Servizio Riabilitazione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

Introduzione. Le demenze sono patologie croniche con un impatto significativo sulla persona, la famiglia e la società, per questo rientrano pienamente negli obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità. Quest'ultimo promuove una presa in carico globale e cure integrate per il paziente, collocandolo al centro del sistema, con l'intenzione di passare da un modello di medicina reattiva a uno proattivo. Pone, inoltre, l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Metodi. L'APSS attraverso l'applicazione di un algoritmo (*Adjusted Clinical Groups*) analizza i flussi sanitari relativi alle attività cliniche dei CDCD, tracciati e integrati nello specifico applicativo del Sistema Informativo Ospedaliero, alimentando un data base provinciale da più di 5 anni. Le fonti utilizzate dal sistema includono: l'Anagrafe Sanitaria Provinciale, per l'identificazione della popolazione in analisi, i flussi informativi sanitari correnti dell'anno in studio, per intercettare i codici delle diagnosi (ICD e ICPC), le prescrizioni farmaceutiche dell'anno in studio per l'identificazione dei codici ATC dei farmaci relativi ai soggetti in anagrafe. Le politiche della privacy, necessarie per l'utilizzo di tale sistema, sono state garantite dall'applicazione delle indicazioni previste nel Regolamento concernente la medicina di iniziativa nel servizio sanitario provinciale.

Risultati. Le elaborazioni dei dati, tramite l'algoritmo in uso in APSS, consentono di mappare la prevalenza della demenza per singolo Distretto Sanitario, di approfondire le principali caratteristiche demografiche delle persone affette dalla patologia, di esaminare la comorbidità, di quantificare gli accessi in Pronto Soccorso ed i decessi nell'anno in studio. Le patologie rilevate più frequentemente co-presenti nei soggetti con demenza sono state nel 2023: l'ipertensione, il diabete, la malattia cerebrovascolare, le aritmie cardiache, lo scompenso cardiaco e la cardiopatia ischemica. Il 31% dei pazienti ha avuto almeno un accesso in PS. La mortalità media delle persone affetta da demenza in Trentino nell'anno in studio è stata del 16%.

Conclusioni. I dati e le analisi ottenute si sono rivelati particolarmente utili per descrivere la complessità assistenziale delle persone affette da demenza in Trentino. La numerosità dei pazienti e la frequente comorbidità dimostrano che la loro cura non rientra esclusivamente nell'ambito della demenza, ma coinvolge più ampiamente la gestione della cronicità e della non autosufficienza. Le analisi condotte su questa sottopopolazione possono quindi fornire un supporto efficace per la pianificazione degli interventi e l'organizzazione delle cure sul territorio.

LA RETTA NELLE RSA: IMPLICAZIONI PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO

Madrigali Sara

Settore Integrazione Sociosanitaria, Regione Toscana Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, Firenze

Introduzione. Alcune recenti decisioni giudiziarie, partendo dal presupposto che l'ospite in RSA, in particolare se affetto da Alzheimer, riceve prestazioni sanitarie, hanno imposto al Servizio Sanitario Nazionale la copertura totale dei costi relativi alla retta, ricevendo notevole attenzione mediatica. Le suddette pronunce, pur producendo effetti concreti solo per i soggetti ricorrenti, hanno indirettamente scatenato una serie di rivendicazioni e conseguenze sull'intero il sistema. Si è creato quindi un clima di incertezza giuridica e un incremento del contenzioso a livello nazionale: sempre più assistiti, sulla base di tali sentenze, stanno sospendendo il pagamento delle compartecipazioni dovute alle RSA, con conseguenti ripercussioni sull'equilibrio economico-finanziario delle strutture.

Metodi. Ricognizione normativa: La definizione delle RSA data dal DPR 14 gennaio 1997 recita: “presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome”: una definizione che delinea una prestazione che è necessariamente diversa da quelle per le quali si stabilisce l'integrale pagamento a carico del SSN. Il successivo DPCM 14.2.2001, “Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”, e il successivo DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, fanno riferimento - per l'individuazione delle tipologie di prestazioni ascrivibili all'area socio-sanitaria e il relativo finanziamento - all'intensità assistenziale di cui il singolo ospite necessita in base al proprio Progetto personalizzato, individuando tre livelli: fase intensiva (impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita); fase estensiva (minore intensità terapeutica, presa in carico comunque specifica, programma assistenziale di medio o prolungato periodo); fase di lungoassistenza (finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi). Lo stesso DPCM 14.2.2001, così come le tabelle di cui all'allegato 1 C del DPCM 29.11.2001, prevede che i costi delle fasi intensiva e estensiva di anziani non autosufficienti con patologie cronico degenerative siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre quelli della lungoassistenza siano ripartiti al 50% tra SSN e utente/Comune. Quindi in sintesi: l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti rientra nei LEA. Per garantire l'applicazione di principi comuni in tutte le Regioni, il Dpcm 12/1/2017 ha stabilito la definizione e l'articolazione dell'assistenza residenziale in sottocategorie, delineandone i contenuti e le regole di riparto dei costi tra sanità e settore sociale (a carico dei comuni, con la compartecipazione dell'utenza determinata in base all'Isee). Nel rispetto di questi principi

cornice, alle Regioni è demandata l'organizzazione del servizio. Il recente Dlgs 29/2024 in materia di riforma all'assistenza agli anziani ha confermato per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti le regole di compartecipazione dell'art. 30 del Dpcm 12/1/2017, prevedendo l'invarianza dei relativi finanziamenti. Nel dettaglio, l'attuale assetto normativo distingue due diversi tipi di assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti: 1. i trattamenti estensivi che hanno l'obiettivo di assicurare cura e recupero funzionale per gestire esigenze temporanee (di norma non superiori a 60 gg) da erogare in strutture/moduli standard con adeguata intensità sanitaria (richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore); 2. i trattamenti che hanno l'obiettivo di assicurare lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. La distinzione tra questi trattamenti è sostanziale: gli inserimenti temporanei estensivi sono totalmente a carico del SSN, mentre per quelli di lungo assistenza il SSN copre il 50% dei costi, con la restante quota a carico dell'utente, salvo l'intervento del comune.

Risultati. Oggi i presidi residenziali per anziani che operano per conto del SSN erogano senz'altro prestazioni sanitarie ma, rispetto al complesso degli obiettivi assistenziali, l'assistenza sanitaria non è, di fatto, la componente che prevale in assoluto; lo dimostrano alcuni recenti evidenti sul mix professionale delle strutture, da cui risulta che sono soprattutto le figure socio-assistenziali a dominare: dai risultati della più recente indagine Istat sui presidi residenziali, risulta che le figure di tipo sanitario rappresentano meno del 25% del personale retribuito addetto all'ospite nelle strutture residenziali. Attualmente, dunque, la situazione sta degenerando anche a causa di comportamenti di studi legali e associazioni dei consumatori che prospettano azioni gratuite di recupero dei costi di ricovero nelle strutture sociosanitarie. Appare quindi necessario un chiaro ed urgente intervento normativo per evitare l'insostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Conclusioni. Oggi a livello nazionale non ci sono finanziamenti dedicati (es. il FNNA non può essere utilizzato per la residenzialità) e anche il recente decreto anziani (art. 22 Dlgs 29/2024) nell'elencare i LEPS per le persone non autosufficienti non ha incluso l'assistenza residenziale tra le aree in cui saranno costruite garanzie comuni a livello nazionale di tipo sociale. Alla mancanza di chiarezza e di organicità della normativa nazionale si aggiunge l'eterogeneità con cui le Regioni hanno interpretato il concetto di residenzialità per anziani, definendo modelli di servizio profondamente diversi. Dall'analisi trasversale della normativa e dei modelli organizzativi condotta da Cergas SDA Bocconi nel 5° Rapporto dell'Osservatorio *Long Term Care* (Oltc), emergono ad esempio marcate differenze nei valori stabiliti dalle Regioni rispetto alla quota di parte sanitaria così come spiccatamente eterogenei sono i criteri con cui si stabilisce la quota di parte sociale. In conclusione, l'intervento realmente risolutivo dovrebbe essere attuato dal livello nazionale sui LEA, ridefinendone i contenuti in modo univoco e inequivocabile: serve stabilire quando e a quali condizioni la presa in carico in RSA debba essere integralmente a carico del SSN, evitando margini interpretativi che possano generare, sulla base di valutazioni a posteriori, caso per caso, possibili divergenze tra l'orientamento giurisprudenziale e il funzionamento concreto del sistema sociosanitario. E se ci fosse la volontà del legislatore di estendere il concorso del SSN all'assistenza residenziale agli anziani rispetto alle attuali previsioni/applicazioni dei LEA, questa modifica dovrebbe essere accompagnata da opportuni finanziamenti del FSN, onde evitare il collasso dei Sistemi Sanitari Regionali.

MASCOD: DATI PRELIMINARI DI UN NUOVO SCREENING PER IL DISTURBO COGNITIVO SOGGETTIVO

Maffoni Marina (a), Magnani Annalisa (b), Pierobon Antonia (a), Torlaschi Valeria (a), Mafferra Alessandra (c), Pasotti Fabrizio (c,d), Dallochio Carlo (c), Pomati Simone (e), Fundarò Cira (f)

(a) Servizio di Psicologia Istituti Clinici Scientifici IRCCS Maugeri, Montescano, Pavia

(b) Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

(c) S.C. Neurologia, Dipartimento Area Medica Specialistica, Dipartimento Funzionale Sperimentale Interaziendale di Neuroscienze, ASST, Pavia

(d) Dipartimento Scienze Riabilitative ASST, Pavia

(e) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, IRCCS Maugeri Pavia, Pavia

(f) Unità di Neurofisiopatologia e CDCC, Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Istituti Clinici Scientifici IRCCS Maugeri, Montescano, Pavia

Introduzione. Il Declino Cognitivo Soggettivo (*Subjective Cognitive Decline, SCD*) è riconosciuto come un potenziale indicatore precoce di processi neurodegenerativi nel tempo. La sua natura eterogenea e l'assenza di strumenti di *screening* validati e standardizzati rappresentano ostacoli significativi sia per l'identificazione tempestiva sia per l'adeguata presa in carico clinica di questa popolazione. Quindi, il presente studio mira ad approfondire le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e cognitive di una popolazione italiana affetta da SCD e fornire un contributo preliminare alla validazione di una nuova batteria multidimensionale di *screening*, denominata MASCoD (*Multidimensional Assessment of Subjective Cognitive Decline*).

Metodi. I partecipanti sono stati reclutati presso i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di IRCCS Maugeri, Istituti di Montescano, ASST Pavia-Voghera. Riferivano SCD, in assenza di *deficit* cognitivi oggettivabili o precedenti diagnosi cognitive. La valutazione ha incluso un esame neurologico completo, una batteria neuropsicologica standardizzata, uno *screening* psicologico approfondito e la somministrazione del test MASCoD. La validità convergente dello strumento è stata analizzata mediante confronto con il *Cognitive Function Instrument* (CFI), mentre l'affidabilità interna è stata verificata attraverso indici di consistenza. Ulteriori analisi hanno riguardato le associazioni tra sintomi depressivi, *performance cognitive* e sottoscale del MASCoD.

Risultati. Il campione preliminare (reclutamento in corso) è costituito da 59 soggetti (69,36±8,66 anni, femmine =71,2%, scolarità =10,05±3,83, pensionati =64,4%, sposati =61%, non fumatori =54,2%, no alcool =79,7%, familiarità disturbi cognitivi =45,8%, ipertesi =44,1%). I risultati hanno confermato funzioni cognitive preservate in tutti i domini, coerentemente con la diagnosi di SCD. Sono state tuttavia rilevate manifestazioni depressive di lieve entità, significativamente associate alla percezione di difficoltà cognitive e in grado di spiegare circa il 10% della loro variabilità ($p=0,028$). La Sezione B del MASCoD ha evidenziato una buona coerenza interna ($KR-20=0,782$), mentre l'intero strumento ha mostrato una validità convergente da moderata a elevata con il CFI ($r=.473$, $p < .001$).

Conclusioni. Questi risultati preliminari approfondiscono il profilo sociodemografico, clinico, cognitivo ed emozionale di una popolazione anziana con SCD, sottolineando l'importanza di integrare la valutazione delle dimensioni psicologiche nella pratica clinica quotidiana. Inoltre, queste analisi preliminari supportano l'utilizzo della scheda MASCoD che si configura come uno strumento promettente, affidabile e multidimensionale per lo *screening* precoce del declino cognitivo soggettivo. Rimangono tuttavia necessarie ulteriori indagini, condotte su campioni più ampi, con disegni longitudinali e in contesti culturali differenti, al fine di consolidarne la validità e l'applicabilità clinica.

INTERVENTI COGNITIVI PER IL *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E DEMENZA: REVISIONE SISTEMATICA

Magnani Annalisa (a), Maffoni Marina (b), Pierobon Antonia (b), Torlaschi Valeria (b), Pomati Simone (c), Fundarò Cira (d)

(a) Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

(b) Servizio di Psicologia Istituti Clinici Scientifici IRCCS Maugeri, Montescano, Pavia

(c) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, IRCCS Maugeri Pavia, Pavia

(d) Unità di Neurofisiopatologia e CDCD, Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Istituti Clinici Scientifici IRCCS Maugeri, Montescano, Pavia

Introduzione. Il crescente numero di diagnosi di demenza impone di ripensare la presa in carico oltre al farmaco. Gli interventi cognitivi, sempre più digitali, mostrano benefici su funzioni cognitive, autonomia e benessere. La loro diffusione è limitata da pochi confronti attivi, focus sui risultati a breve termine, marcata eterogeneità di dose ed erogazione, nonché disuguaglianze di accesso. Questa revisione offre una sintesi degli interventi riabilitativi nel *Mild Cognitive Impairment* e nella demenza, valutando *outcomes* multidimensionali, mantenimento nel tempo dei risultati e criticità indicate.

Metodi. La revisione è stata condotta secondo linee guida PRISMA e preregistrata su PROSPERO (CRD42024591280). Gli articoli sono stati ricercati su PubMed, Scopus e Web of Science. Sono stati considerati idonei articoli *peer-reviewed* in inglese pubblicati tra gennaio 2014 e dicembre 2024, che includessero adulti ≥ 50 anni con *Mild Cognitive Impairment* o demenza e un confronto tra interventi cognitivi. Sono stati esclusi studi qualitativi, programmi di gruppo e *grey literature*. Dei 3.887 articoli individuati, 821 sono stati esclusi da strumenti automatici e 1.327 identificati come duplicati. 1.739 articoli sono stati sottoposti a *screening* dei titoli e abstract. Due revisori indipendenti e un terzo revisore Large Language Model hanno esaminato gli articoli, escludendone 1538. Sono stati valutati 201 full-text, 24 sono risultati eleggibili e, dopo la valutazione della qualità, 18 sono stati inclusi nella revisione sistematica.

Risultati. Data l'eterogeneità degli studi, la sintesi è narrativa. La diagnosi prevalente era di *Mild Cognitive Impairment* (44,4%). La maggioranza degli studi ha utilizzato *training* multi dominio (61,1%), spesso computerizzati (61,1%), svolti in *setting* clinico (72,2%) e amministrati da personale esperto (44,4%), con dosaggio variabile (da 6 sessioni a 12 mesi; 2-5 sessioni/settimana; 30-90 minuti). Nel complesso, i programmi multi dominio mostrano vantaggi su memoria, attenzione, funzioni esecutive e linguaggio, con mantenimento a medio-lungo termine. Non mancano risultati neutri o isolati casi di prestazioni migliori nei controlli. Gli interventi a singolo dominio, specie mnesici, sostengono la cognizione globale e la memoria, mentre quelli mirati alle funzioni esecutive appaiono meno consistenti. Negli esiti non cognitivi si osservano riduzioni dei sintomi depressivi e benefici per la diade paziente-caregiver, sebbene questi *outcomes* siano stati indagati raramente.

Conclusioni. I training cognitivi multi-dominio offrono benefici più ampi e duraturi; quelli mnesici sono parzialmente efficaci, mentre quelli esecutivi risultano poco efficaci. L'eterogeneità di dose e di erogazione continua a limitare la comparabilità tra studi e persiste la scarsità di studi con confronti attivi.

NAMASTE CARE PROGRAM: APPLICABILITÀ IN CONTESTO DOMICILIARE

Manni Barbara (a), Turci Marina (a) Pafundi Teodosio (a), Zerbinati Marta (b), Zucchini Massimo (c)

(a) UOC Geriatria Territoriale, AUSL, Modena

(b) Focos Argento, Padova

(c) Direzione Sociosanitaria AUSL, Modena

Introduzione. Nella Provincia di Modena sono stimati 12.820 casi di demenza nel 2024; di questi 11.636 sono stati intercettati e 10.191 verranno presi in carico dai CDCD seguendo i Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali Aziendali. Tali percorsi prevedono interventi terapeutici farmacologici ma anche non farmacologici o psicosociali. Tra gli interventi psicosociali la stimolazione cognitiva e la terapia occupazionale risultano efficaci nel rallentamento del declino cognitivo e funzionale soprattutto se attivati nelle forme di demenza lieve o lieve-moderata. Tra gli altri interventi efficaci in ogni stadio di malattia vi è il supporto psicologico al *caregiver*. Questi 3 interventi risultano essenziali e indispensabili all'interno di un CDCD ma è possibile beneficiare anche di interventi multimodali a "bassa soglia" sul territorio grazie alla collaborazione con le Associazioni locali. Dall'analisi dei dati delle persone in carico al CDCD di Modena, le persone in stadio iniziale (CDR1) sono il 25%, in stadio moderato (CDR 2) il 35%, in stadio grave (CDR 3) il 30% e in stadio molto grave/terminale (CDR 4-5) il 10%. Le persone con demenza in stadio CDR1/2 (8.752) e i loro *caregiver* hanno beneficiato di 1.287 interventi psicosociali nel 2024 (14,7%). Per la restante popolazione di persone con demenza CDR 3-4-5 (5.635) non è stato possibile offrire un trattamento.

Metodi. Dall'analisi di contesto, grazie al Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026, linea strategica5, l'Azienda USL Modena ha pensato di investire una quota del fondo per interventi psicosociali per persone con demenza grave, molto grave e terminale e i loro *caregiver*. Tra gli interventi con evidenza di efficacia su questi stadi di demenza vi è la stimolazione multisensoriale tramite il programma *The Namaste Care™*. Tale programma prevede un approccio *Person - Centred Care* basato interventi ambientali) e interventi sensoriali (luci, musica, aromaterapia e massaggio). Gli *outcome* misurabili in letteratura sono: miglioramento del benessere della persona con demenza, riduzione dei sintomi comportamentali e miglioramento dell'interazione con il *caregiver*. Il programma *Namaste* ad oggi è stato applicato solamente su ospiti di Strutture Residenziali per anziani. L'obiettivo del progetto è di sperimentare l'applicabilità e fattibilità del Programma *Namaste*, coordinato da Terapisti occupazionali formati, e supportato da operatori socioassistenziali a domicilio. Il progetto prevede di coinvolgere circa 110 diade persone con CDR 4 o 5 e il suo *caregiver*. L'attività dovrà essere portata avanti dal familiare per almeno 2 ore al giorno 5 giorni a settimana. Verranno misurati al *baseline* (T0) test di qualità di vita per la persona QUALID, UCLA-NPI, FC, FR, SO2%, PAINAD e per il *caregiver* SCQ, Zarit. Gli stessi test verranno rivalutati a distanza di 3 mesi (T1).

Risultati. Il progetto innovativo si svilupperà tra dicembre 2025 e dicembre 2026. Verrà valutata l'applicabilità del programma a domicilio con una *swat analysis* dei punti di forza e

criticità riscontrate. Inoltre, verranno analizzati gli esiti del trattamento in termini di qualità di vita della persona con demenza e il suo *caregiver*.

Conclusioni. Nella presa in carico della persona con demenza e il suo *caregiver* il CDCD dovrebbe poter offrire interventi multiprofessionali psicosociali alla persona con demenza in ogni stadio di malattia per garantire la miglior qualità di vita indipendentemente dalle possibilità riabilitative e nonostante la perdita progressiva e irreversibile delle capacità cognitivo-funzionali.

ASPETTI REGOLATORI, CLINICI E SORVEGLIANZA *POST-MARKETING* DEL LECANEMAB PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Marano Giuseppe (a), Da Cas Roberto (a), Ippoliti Ilaria (a), Caffarra Paolo (b), Locuratolo Nicoletta (c), Vanacore Nicola (c), Ancidoni Antonio (c)

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

(b) *Direttore Unità Demenze AOU, Parma*

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

Introduzione. Gli anticorpi monoclonali (mAb) anti-beta amiloide per il trattamento precoce della malattia di Alzheimer (AD) stanno ottenendo l'autorizzazione alla commercializzazione a livello globale. Tuttavia, il loro profilo rischio/beneficio rimane oggetto di discussione. Pertanto, la raccolta di *Real World Data* (RWD) è essenziale per valutare l'efficacia e la sicurezza dei mAb. Scopo della presente analisi è di raccogliere RWD su lecanemab dal punto di vista regolatorio, clinico e di farmacovigilanza, indagando gli Eventi Avversi (EA) associati al lecanemab, unico farmaco attualmente in commercio in Europa.

Metodi. Sono state effettuate tre analisi: (i) un confronto delle informazioni di prescrizione di lecanemab fornite da quattro autorità regolatorie (FDA, EMA, MHRA, PMDA); (ii) una revisione sistematica della letteratura di studi *peer-reviewed* sulla gestione clinica e sugli EA del lecanemab utilizzando MEDLINE ed EMBASE includendo casi clinici che riportano tipologia degli EA, sintomi o strategie di gestione; (iii) un'analisi del database FAERS (*Adverse Event Reporting System*) dell'FDA per raccogliere dati sulla sicurezza di lecanemab.

Risultati. Le informazioni di prescrizione delle autorità regolatorie evidenziano differenze sostanziali soprattutto per quanto riguarda la popolazione eleggibile al trattamento. Inoltre, le principali differenze tra le autorità regolatorie riguardano le controindicazioni, il monitoraggio degli EA e le indicazioni per l'interruzione della terapia. La revisione della letteratura ha identificato 10 articoli che riportano case report (n=7) o studi di coorte (n=3) sul lecanemab. Emerge che i fenomeni ARIA sono generalmente asintomatici o caratterizzati da una moderata sintomatologia. Essi rappresentano gli EA più frequentemente riportati con tassi di incidenza che vanno dal 18,6% al 24%, con un rischio più elevato tra i portatori di ApoEε4. Poche, invece, sono le evidenze sull'efficacia nel mondo reale del lecanemab. I dati del database FAERS al 31 dicembre 2024 hanno identificato 2.627 EA che hanno interessato 1.286 individui di cui 385 (29,9%) hanno manifestato EA gravi, tra cui 46 decessi (3,6% di tutti gli EAs e al 12% degli EAs gravi). Gli EA più segnalati sono stati cefalea (8,5%), ARIA-E (6,5%), ARIA-H (5,7%), brividi (4,9%), reazione correlata all'infusione (4,6%), affaticamento (3,6%), stato confusionale (3,0%), nausea (2,9%), piressia (2,8%) e vertigini (2,5%).

Conclusioni. Dato l'incerto profilo rischio-beneficio di lecanemab, una rigorosa sorveglianza delle EA e degli effetti indesiderati a breve e lungo termine è raccomandata sia dalla comunità scientifica che dalle autorità regolatorie a livello globale.

ANOMALIE DI IMAGING LEGATE ALL'AMILOIDE E ANTICORPI ANTI-BETA AMILOIDE PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER: UN'ANALISI POST-MARKETING

Marano Giuseppe (a), Ippoliti Ilaria (a), Ancidoni Antonio (b), Caffarra Paolo (c), Locuratolo Nicoletta (b), Vanacore Nicola (b), Da Cas Roberto (a)

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

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

(c) Direttore Unità Demenze AOU, Parma

Introduzione. Le anomalie di imaging legate all'amiloide (ARIA) sono tra i principali Eventi Avversi (EA) associati all'immunoterapia mirata all'amiloide che sta ottenendo l'autorizzazione alla commercializzazione a livello globale. Sono eventi potenzialmente fatali caratterizzati da edema temporaneo in una o più aree del cervello (ARIA-E) oppure da microemorragie superficiali (ARIA-H). Obiettivo della presente analisi è valutare le segnalazioni spontanee *post-marketing* di eventi ARIA contenute nell'FDA *Adverse Event Reporting System* (FAERS) correlate all'impiego di lecanemab e donanemab.

Metodi. Dal FAERS sono state selezionate le segnalazioni in cui lecanemab e donanemab erano identificati come "*Primary suspect*". È stato inserito un filtro temporale (01/01/2021-30/06/2025 per lecanemab e 02/07/2024-30/06/2025 per donanemab) per identificare le segnalazioni successive alla data d'immissione in commercio dei due farmaci negli Stati Uniti, dove entrambi sono attualmente disponibili.

Risultati. Sono state identificate 418 segnalazioni di eventi ARIA in cui il farmaco sospetto era il lecanemab (25% degli EA segnalati) e 213 in cui era il donanemab (33% degli EA segnalati). L'età mediana dei casi risulta di 74 anni (IQR 69-78) per lecanemab e 77 anni (IQR 73-80) per donanemab. Le femmine rappresentano il 54% per lecanemab e il 49% per donanemab. Per lecanemab sono stati segnalati ARIA-E (28,2%, n=118), ARIA-H (26,8%, n=112), ARIA (14,3%, n=60), ARIA-E più ARIA-H (30,4%, n=127) e ARIA-H più ARIA (0,2%, n=1) mentre per donanemab ARIA-E (33,3%, n= 71), ARIA-H (22,5%, n= 48), ARIA (22,5%, n= 48), ARIA-E più ARIA-H (21,1%, n= 45) e ARIA-E più ARIA (0,5%, n=1). Gli eventi segnalati come gravi sono stati 147 (35%) per lecanemab (44,9% *Important Medical Event*, 39,4% ospedalizzazione, 4,1% disabilità, 2,7% pericolo di vita e 0,7% intervento per evitare danno permanente) e 161 (75,6%) per donanemab (83,8% *Important Medical Event*, 10,5% ospedalizzazione e 1,8% pericolo di vita). In 11 segnalazioni del lecanemab e in 6 del donanemab è stato riportato il decesso per tutte le cause. In generale, gli eventi si sono verificati entro due mesi dall'inizio della terapia [*time to onset* mediano di 48 giorni per lecanemab (IQR 30,5-75,5 giorni) e 39 giorni per donanemab (IQR 15-54 giorni)].

Conclusioni. Nonostante le limitazioni derivanti dalla segnalazione spontanea, la presente analisi, basata su dati di farmacovigilanza *post-marketing*, conferma che gli ARIA sono eventi avversi non trascurabili nei pazienti in trattamento con anticorpi

monoclonali anti-beta amiloide. I dati confermano, altresì, l'importanza di un costante monitoraggio per una migliore definizione del profilo di rischio di questi farmaci dopo l'immissione in commercio.

PERCORSI DI VITA E DISABILITÀ

Marchisio Cecilia Maria

Centro Studi per i Diritti e la Vita Indipendente, Università degli Studi, Torino

Introduzione. Il recepimento della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità con la Legge 18 del 2009 e la recente riforma legislativa italiana (Legge 227/21), rendono necessario ripensare e ridefinire in modo profondo i percorsi di vita delle persone con disabilità, comprese le persone con demenza. In questo scenario, il progetto di vita emerge come strumento fondamentale per garantire dignità, autodeterminazione e piena cittadinanza.

Metodi. Il contributo analizza l'elaborazione del progetto di vita attraverso la prospettiva socio- pedagogica, integrando le trasformazioni normative in corso con i fondamenti delle scienze dell'educazione. Vengono presi in considerazione i processi di valutazione multidimensionale, la definizione degli obiettivi e la costruzione dei sostegni, al fine di comprendere come questi elementi possano diventare dispositivi di capacitazione in grado di trasformare le condizioni di vita. Il percorso si articola in diverse fasi: 1) una valutazione iniziale degli ambienti e delle pratiche assistenziali; 2) la definizione di obiettivi concreti con indicatori specifici di risultato; 3) momenti formativi in plenaria e workshop esperienziali; 4) la verifica degli esiti raggiunti con analisi dei dati e raccolta di impressioni qualitative (tramite l'uso di un questionario personalizzato e le scale DAS e CDS).

Risultati. Il progetto di vita, inteso come documento di programmazione previsto dalla 227/21, si configura come una infrastruttura personalizzata di accesso alla cittadinanza, capace di collegare i desideri e le aspirazioni individuali con i contesti comunitari. L'analisi mostra che le persone con disabilità, tra cui le persone con demenza, traggono beneficio da percorsi costruiti non su standard precostituiti, ma su combinazioni flessibili di sostegni e risorse. Centrale è la prospettiva pedagogica, che consente di trasformare desideri e aspirazioni in scenari di cittadinanza concreta, superando le logiche istituzionalizzanti e promuovendo processi di emancipazione sociale.

Conclusioni. L'approccio al progetto di vita rappresenta un cambio di paradigma: non più un insieme di servizi predefiniti, ma un dispositivo capace di ridisegnare i contesti di vita affinché siano inclusivi e accessibili. Per le persone con demenza questo significa poter vivere percorsi sostenuti da reti di prossimità, abitare luoghi capaci di garantire dignità e mantenere legami significativi, partecipare alle decisioni che riguardano la propria esistenza. La prospettiva pedagogica e quella normativa devono integrarsi in modo armonico, affinché il progetto di vita non si riduca a un esercizio formale, ma diventi uno strumento di effettiva emancipazione. In tal senso, il progetto di vita si configura come un percorso che pone al centro la persona, le sue relazioni e il diritto a una cittadinanza pienamente esercitata, spingendo alla trasformazione l'intero assetto dei servizi.

CARGIVER: PRENDERSI CURA DI CHI CURA

Marinelli Agnese (a), Basoccu Chiara (a), Gallo Livia (b), Fragiaco Federica (b), De Caprio Bernardetta (a), Quatralo Rocco (b), Milan Enrica (a)

(a) UOC Disabilità e Non Autosufficienza, Distretti 1-2 Venezia- Mestre, Mestre

(b) UOC Neurologia, Ospedale dell'Angelo, ULSS 3, Mestre

Introduzione. Con il termine *caregiver* viene definito il ruolo di coloro che si prendono cura di una persona in condizione di non autosufficienza o che necessiti di un'assistenza continua, che richiede azioni specifiche nella quotidianità, in virtù anche di forti legami affettivi e sentimentali e/o di spirito solidale-volontaristico. Tale ruolo investe di un grande carico psicologico, i cui vissuti più frequenti sono la solitudine, l'incertezza sul futuro, le conseguenze emotive del contatto costante con una sofferenza prolungata e spesso grave. Il *caregiver* subisce una diminuzione del tempo da dedicare a sé, fa un investimento emotivo-relazionale significativo nel prendersi cura dell'altro ed è esposto a maggiori rischi quali stress, affaticamento, stati ansiosi, disturbo del sonno, sintomi depressivi e somatizzazioni.

Metodi. Il percorso si è articolato in 2 cicli di 6 incontri a cadenza quindicinale, da ottobre 2024 a maggio 2025, condotti da uno psicologo ed un assistente sociale, secondo la metodologia del *Parent Training*. Vi hanno partecipato un primo gruppo di 4 persone e uno successivo di 5 persone, individuate tra i *caregivers* di persone con disturbo neurocognitivo in carico al Centro Declino Cognitivo e Demenza di Mestre. A tutti i *caregivers* partecipanti, è stato somministrato un questionario sulla valutazione dei comportamenti- problema (*"Parent training"*, Edizioni Erickson) all'inizio del percorso e a conclusione, che indagava anche la percezione di sé come *caregiver* e lo stato di benessere personale. Si segnalano due *drop-out*.

Risultati. Data la ridotta numerosità del campione è stato possibile fare un confronto tra le rilevazioni di tipo qualitativo.

Conclusioni. La partecipazione al percorso ha contribuito ad aumentare il livello di benessere percepito dal *caregiver* con sé stessi e all'interno della relazione con l'assistito.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE: TRA CRITICITÀ E PROSPETTIVE FUTURE. BARRIERE E FACILITATORI A GARANZIA DELL'ACCESSO ALLE CURE PER MINORANZE ETNICHE

Milioni Marco
AUSL, Bologna

Introduzione. Le popolazioni immigrate in Europa, sia quelle arrivate negli anni '60 e '70, sia quelle che si sono unite ai familiari più tardi nella vita, sono ora adulti anziani e si trovano ad affrontare le sfide della vecchiaia. Misurare l'ampiezza del fenomeno della demenza nella popolazione migrante non è semplice. I ricercatori del progetto Immidem hanno cercato di quantificarlo, stimando che in Europa ci siano circa 500.000 casi di demenza e 6-700.000 casi di disturbi cognitivi lievi tra le persone nate in paesi stranieri. In Italia, la stima è intorno ai 50.000. La diversità culturale rappresenta una sfida nell'accesso ai servizi sanitari per le comunità migranti: queste barriere vanno superate, offrendo strumenti e formazione mirati, per garantire un'assistenza appropriata e inclusiva.

Metodi. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura, volta a comprendere quali fossero le barriere e i facilitatori presenti, a garanzia dell'equità di accesso alle cure per le minoranze etniche. Sono stati analizzati studi qualitativi basati sulla percezione, dei *caregiver* formali, informali e degli operatori stessi, per comprendere al meglio quali barriere e facilitatori fossero presenti e quali modelli assistenziali fossero più idonei per la corretta presa in carico.

Risultati. Dall'analisi sono emersi tre temi principali: Bisogni di assistenza sanitaria; Ricerca di assistenza sanitaria e Utilizzo dell'assistenza sanitaria. Suddividendo le tre tematiche in lato della domanda e lato dell'offerta, gli autori hanno riassunto delle barriere incontrate durante l'assistenza e il vissuto percepito dai *caregiver*. Per una persona migrante con demenza, ricevere una diagnosi tempestiva, comprendere cosa sta succedendo e sapere a chi rivolgersi è spesso difficile. L'infermiere specialista accompagna le famiglie lungo tutto il percorso: fornisce informazioni chiare, facilita la comunicazione, promuove la fiducia, e si fa avvocato della persona, difendendone i bisogni e la dignità.

Conclusioni. Gli operatori devono essere formati per riconoscere e gestire lo stigma, la paura e l'approccio cultural free. Il ruolo dell'infermiere diventa cruciale: un ponte tra la persona, la sua cultura, la famiglia e i servizi sanitari. Questo significa non solo confrontarsi con i diversi significati di malattia nelle varie culture, ma saperle integrare nella pratica quotidiana attraverso l'educazione interculturale, le linee guida per la diversità, un costante aggiornamento professionale ed implementare il modello assistenziale della transculturalità. L'infermiere è un costruttore di ponti, un difensore dell'equità all'accesso alle cure e un motore di cambiamento in un mondo globalizzato e multiculturale, per garantire il percorso di presa in carico delle persone affette da demenza.

LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA NEL PREDIRE LA FENOCONVERSIONE DA MCI A DEMENZA

Mittica Giampaolo (b), Luppi Chiara (a), Presta Roberto (a), Cotroneo Antonino Maria (b), Bo Mario (a), Massaia Massimiliano (a)

(a) SCU Geriatria, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

(b) SC Geriatria, Ospedale Maria Vittoria, ASL Città di Torino, Torino

Introduzione. Il 15% circa di pazienti con Disturbo Neuro-Cognitivo lieve converte a demenza. Tuttavia, alcuni rimangono stabili nel tempo. Comprendere quali soggetti abbiano un potenziale rischio di conversione a DNC maggiore consentirebbe di selezionare in modo più accurato quelli elegibili alle nuove terapie *disease-modifying*. La valutazione neuropsicologica si configura come uno strumento non invasivo, economico e facilmente disponibile, per affinare la stratificazione prognostica. Tuttavia, le batterie di test utilizzate sono spesso eterogenee.

Metodi. Nella nostra disamina è stata valutata l'efficienza di questa attività di raccordo. Abbiamo raccolto i dati relativi all'attività di quattro ambulatori afferenti allo stesso distretto dell'area centro-sud nel triennio 2022-2024. I dati riguardavano l'attivazione di due servizi specifici, quello di Assistenza Domiciliare per Persone con Disturbi del comportamento (ADPD) e quello semiresidenziale dei Centri Diurni. La scelta del servizio era funzionale ai bisogni del malato, al suo profilo e al grado di capacità di assistenza da parte del *caregiver*.

Risultati. Nel corso del triennio, successivo alla pandemia, si è osservato un trend in crescita del numero di utenti che aveva avuto accesso ai Centri Diurni (fino alla saturazione della capacità di accoglienza di questi ultimi). Tale risultato è stato raggiunto grazie al lavoro del *casemanager* infermieristico, che operando in un contesto complessivo di riorganizzazione, attraverso una maggiore attenzione alla segnalazione e ai follow-up del percorso assistenziale, ha massimizzato l'utilizzo dei posti disponibili nelle strutture semiresidenziali. Il miglioramento è riconducibile ad una diversa politica di assegnazione delle giornate di frequenza e allo stretto monitoraggio dell'appropriatezza della permanenza nello specifico servizio. Risultati "controintuitivi" hanno riguardato invece una maggiore variabilità del numero di malati che aveva usufruito del servizio ADPD, che aveva raggiunto il picco massimo nel 2021 per diminuire negli anni successivi, soprattutto nel 2023 e nel 2024. Tale andamento è in netta controtendenza rispetto all'aumento dei soggetti affetti dai disturbi del comportamento.

Conclusioni. Il sistema di assistenza territoriale dell'area esaminata ha mostrato capacità di adattamento e ripresa dopo la pandemia, mantenendo una rete di Centri Diurni efficiente e maggiormente reattiva rispetto all'aumento della complessità dei bisogni assistenziali. Tale risultato è stato raggiunto grazie all'attività di case-management dell'infermiere dell'ambulatorio CDCD, che, in "rete" con le famiglie, gli specialisti, l'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), gli assistenti sociali ed i coordinatori delle strutture, ha costantemente monitorato la variazione delle condizioni dell'utenza e dell'offerta. Un'analisi approfondita andrà riservata all'individuazione delle cause che hanno determinato il ridotto utilizzo delle ore destinate ai progetti ADPD, al fine di pianificare strategie di adattamento per migliorarne l'attrattività.

L'ATTIVITÀ FISICA E LA PREVENZIONE DELLA DEMENZA; UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Musca Carmen

Gruppo Villa Azzurra, Casa di Cura Villa Azzurra, Capo d'Orlando, Messina

Introduzione. La demenza, condizione clinica di degenerazione cognitiva sempre più diffusa a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione, viene influenzata da due ordini di fattori: non modificabili, quali età e genere, e modificabili, come lo stile di vita e i fattori socioeconomici. Nell'agosto 2024, la Commissione Lancet ha indicato i 14 fattori di rischio, tra i quali rientrano il diabete, l'ipertensione e l'inattività fisica. Tali fattori sono fortemente correlabili con le attività di prevenzione attuate per gestire quella che, ad oggi, è una vera e propria emergenza sociosanitaria in quanto determina non solo un impatto negativo sulla vita fisica, psicologica, emotiva e cognitiva del paziente, che va incontro ad una progressiva perdita di autonomia, ma anche un forte carico di stress per il *caregiver* e gli altri familiari ed alti costi per la società.

Metodi. Sono stati revisionati studi ed articoli scientifici sull'argomento pubblicati dal 2010 ad oggi.

Risultati. Gli studi revisionati hanno messo in evidenza il ruolo dell'attività fisica nella prevenzione sia primaria che secondaria della Demenza. È stato osservato che le attività fisiche *open skills*, cioè, svolte in ambienti imprevedibili e mutevoli (es. tennis) e di tipo aerobico sono maggiormente correlate con un effetto positivo sul flusso sanguigno, la plasticità neuronale, i processi infiammatori e la memoria. Gli studi hanno confermato che un'attività fisica esercitata in modo costante e programmato ha non solo un ruolo protettivo per quanto riguarda l'esordio di demenza di varia eziologia ma anche un effetto positivo nei soggetti con diagnosi di Disturbo cognitivo lieve, sui sintomi cognitivi, psicologici e sull'autonomia. Nello specifico, un'attività fisica assidua può rallentare il deterioramento di funzioni cognitive quali la memoria e le funzioni esecutive, migliorare i disturbi del comportamento tipici della demenza, quali *apatia* e *wandering*, e favorire un mantenimento dell'autonomia residua.

Conclusioni. La revisione di letteratura effettuata ha messo in luce il ruolo preventivo, sia primario che secondario, dell'attività fisica nello sviluppo delle Demenze. Sulla base di queste evidenze, presso la Casa di Cura Villa Azzurra (Capo d'Orlando, Messina), verrà avviata una ricerca sperimentale che coinvolgerà un piccolo gruppo di ospiti con diagnosi di Disturbo Cognitivo Lieve. Nella fase pre-intervento, verranno somministrate sia il MMSE, per valutare le funzioni cognitive, sia la scala NPI, per misurare frequenza ed intensità dei disturbi comportamentali. L'intervento consisterà nel proporre 2 sessioni settimanali di ginnastica dolce della durata di 60 minuti ciascuno guidate da un esperto per un periodo di 6 mesi, terminato il quale verranno risomministrate le scale della fase preliminare per valutare gli eventuali effetti benefici attesi.

LA SFIDA CLINICA DEI NUOVI FARMACI NELL'ALZHEIMER

Padovani Alessandro

Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali Università degli Studi, Brescia; Dipartimento Continuità di Cura e Fragilità, ASST Spedali Civili, Brescia

Introduzione. Gli anticorpi monoclonali anti-amiloide (*lecanemab*, *donanemab*) hanno dimostrato di ridurre il carico amiloide e rallentare il declino cognitivo nella malattia di Alzheimer precoce. La loro applicazione clinica pone tuttavia sfide rilevanti legate alla selezione dei pazienti *responder* e alla gestione dei rischi, in particolare le *Amyloid-Related Imaging Abnormalities* (ARIA) e l'angiopatia amiloide cerebrale.

Metodi. È stata condotta una revisione delle *Appropriate Use Recommendations* (AUR) e delle linee guida internazionali pubblicate tra il 2023 e il 2025, incluse quelle europee, americane, svizzere e coreane, con particolare attenzione ai criteri di eleggibilità, agli strumenti di stratificazione del rischio e alle strategie di monitoraggio.

Risultati. Nei trial registrativi (CLARITY-AD, TRAILBLAZER-ALZ2) i farmaci hanno prodotto un rallentamento del declino cognitivo tra il 20 e il 35% in pazienti con MCI o demenza lieve con biomarcatori positivi. Tuttavia, solo una minoranza dei pazienti *real-world* risulta eleggibile. Le raccomandazioni convergono su: conferma biologica della diagnosi, genotipizzazione APOE, esclusione di pazienti con angiopatia amiloide o in terapia anticoagulante, sorveglianza RM seriata e gestione multidisciplinare degli eventi avversi. Il rischio di ARIA è riportato nel 20-30% dei casi, con esiti gravi rari ma documentati.

Conclusioni. L'introduzione di terapie anti-amiloide rappresenta una svolta storica, ma richiede criteri stringenti di selezione, monitoraggio accurato e percorsi organizzativi integrati. La definizione dei *responder* e la gestione dei rischi restano le principali sfide per garantire un impiego clinico appropriato, sicuro ed equo.

CENTRI DIURNI ALZHEIMER IN ITALIA

Paggetti Alice (a), Lorenzini Patrizia (a), Matascioli Fabio (b), Salvi Emanuela (c), Giaquinto Francesco (d), Vaccaro Roberta (e), Locuratolo Nicoletta (a), Vanacore Nicola (a) Bacigalupo Ilaria (a)

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

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

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

(d) *Laboratorio di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi del Salento, Lecce*

(e) *Laboratori Scientifico-Culturali, Centro di Terapia Cognitiva, Como*

Introduzione. Nel contesto del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze (2021-2033) l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto una survey nazionale sui Centri Diurni (CD) che ospitano persone con demenza. Una precedente analisi dei risultati ha mostrato notevoli disparità nell'organizzazione delle strutture sia in termini di personale che di servizi offerti. Questo lavoro analizza nel dettaglio i dati ottenuti tramite la survey nazionale del 2023, considerando separatamente i CD Alzheimer (CDA) e i CD non-Alzheimer (integrati e per persone con disabilità; CDnA) che hanno fornito dati in merito all'attività nell'anno 2019.

Metodi. L'elenco dei CD per anziani è stato richiesto ai referenti regionali per le demenze. Ad ogni CD è stato inviato un questionario *online* composto da una scheda anagrafica (ubicazione, tipologia e caratteristiche della struttura) e una scheda raccolta dati (organizzazione, accessi, caratteristiche dell'utenza, servizi e trattamenti forniti). L'analisi ha confrontato i CDA con i CDnA tramite il test del Chi quadrato per le variabili categoriche e test di *Mann-Whitney* per le variabili quantitative.

Risultati. La survey è stata condotta da marzo a ottobre 2023 e ha incluso 1.084 CD, di cui 300 nel 2019 ospitavano persone con demenza (CDA=81; CDnA=219). I CDA erano maggiormente situati al Centro (44,4%), mentre i CDnA al Nord (83,6%); i CDA erano più frequentemente pubblici (CDnA=1,8%; CDA=29,6%; $p<0,001$), senza differenza nel numero di giorni di apertura (oltre 5) e con una maggiore disponibilità di posti per CDnA (CDnA=22,6, CDA=19,3, $p=0,012$). I CDA erano mediamente più recenti dei CDnA ($p=0,022$), con una minore percentuale di quota a carico dell'utente ($p<0,001$), maggiore presenza di psicologi/neuropsicologi ($p=0,039$) e animatori (0,048) tra il personale e più frequentemente offrivano assistenza medica specialistica e interventi non-farmacologici. In particolare, tra gli interventi non-farmacologici offerti più frequentemente dai CDA rispetto ai CDnA si osservano Stimolazione cognitiva ($p\leq 0,022$), Terapia della Reminiscenza ($p<0,001$), musicoterapia ($p<0,001$), fototerapia ($p=0,007$), aromaterapia ($p=0,008$). Poco più di metà dei CDA offrivano terapia occupazionale (58,0%), e circa tre CDA su quattro offrivano attività di supporto e formazione per i *caregiver* (74,1%).

Conclusioni. Si osserva una bassa presenza di CD specialistici per la demenza e una limitata disponibilità di alcune risorse, servizi e trattamenti *evidence-based*. Questi servizi, inoltre, non risultano omogeneamente distribuiti sul territorio, limitandone l'accesso ad un'ampia porzione della popolazione che ne può beneficiare. È necessaria un'azione di coordinamento per assicurare equità nell'assistenza dei pazienti con demenza.

PREDITTORI CLINICI DELLA QUALITÀ DEL SONNO IN PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI: PRIME EVIDENZE DA UNO STUDIO PILOTA

Pecorari Chiara (a), Faccio Lucilla (a), Salzillo Martina (a,f), Teofili Giulia (a), Turella Giulia (a), Toccaceli-Blasi Marco (a,b), Buscarnera Simona (a), Diana Sofia (a), Salati Emanuela (a), Canevelli Marco (d,e), Bruno Giuseppe (a,c)

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

(b) *Barcelona beta Brain Research Center (BBRC), Pasqual Maragall Foundation, Barcelona*

(c) *Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma*

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

(e) *Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stoccolma, Svezia*

(f) *Dementia Research Centre, University College of London, Roma*

Introduzione. I disturbi del sonno rappresentano una delle problematiche cliniche più rilevanti nei pazienti con disturbi cognitivi, con una prevalenza tra il 25% e il 60%, influenzando significativamente la qualità di vita. Tuttavia, nonostante la loro ampia diffusione, la letteratura non ha ancora esplorato in modo sistematico la relazione tra qualità del sonno e altre caratteristiche cliniche dei pazienti con disturbi cognitivi.

Metodi. Sono stati arruolati 100 pazienti presso il CDCD Policlinico Umberto I di Roma. Sono stati analizzati i seguenti fenotipi clinici: malattia di Alzheimer, demenza frontotemporale, demenza a corpi di Lewy, demenza vascolare/mista e MCI. La qualità del sonno è stata valutata con il *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), classificando i pazienti in *good sleepers* (PSQI ≤ 5) e *poor sleepers* (PSQI > 5). Sono state inoltre raccolte misure di fragilità attraverso un *Frailty Index* (FI), cognizione globale (MMSE), autonomie (ADL/IADL), uso di farmaci per il sonno e variabili demografiche. Il confronto tra “buoni” e “cattivi” dormitori è stato condotto con test del Chi-quadro, t-test e *Mann-Whitney U*. Sono state effettuate infine analisi di regressione logistica, considerando il FI come unico predittore (Model 1) e aggiustandolo successivamente per variabili demografiche e cliniche (Model 2).

Risultati. I *poor sleepers* sono risultati significativamente più anziani ($p=0,03$) e più fragili ($p<0,01$). Non sono emerse differenze significative tra i due gruppi per MMSE, autonomie e sesso. Dalle analisi di regressione logistica, la fragilità (FI) è risultata un predittore indipendente della cattiva qualità del sonno (PSQI >5), anche dopo aggiustamento per età, sesso, performance cognitiva globale, e uso di farmaci per dormire. (Model 1: OR ≈ 421 , $p=0,014$; Model 2: OR $\approx 2,930$, $p=0,035$).

Conclusioni. Questi dati suggeriscono l'esistenza di un'associazione tra fragilità e qualità del sonno nei pazienti con MCI e demenza, indipendentemente da confondenti clinici e demografici. Ulteriori indagini saranno orientate a valutare le conseguenze della combinazione di fragilità e scarsa igiene del sonno sul benessere psicologico e fisico dei caregiver.

RISCHIO DI CADUTE IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI IN UNA R.S.A. CORRELATO AI DISTURBI COMPORTAMENTALI

Pelucchi Loris, Grassi Vanna, Cattaneo Nicoletta, Boniforti Laura, Durante Rocco, Tessitore Pasquale, Tricarico Maria, Gallo Stefania
RSA S. Pretini, ASST RHODENSE, Garbagnate Milanese, Milano

Introduzione. La maggior fragilità della persona con demenza e i disturbi comportamentali, le frequenti alterazioni della marcia e dell'equilibrio e l'elevata esposizione a farmaci aumentano il rischio di cadute. Le cadute rappresentano un evento frequente nei soggetti anziani, spesso con conseguenze anche drammatiche. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare la presenza di una possibile correlazione tra i disturbi comportamentali (tramite la somministrazione NPI -UCLA) e rischio di cadute in soggetti anziani istituzionalizzati della R.S.A. "S. Pertini" di Garbagnate Milanese (MI) – Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense (A.S.S.T).

Metodi. Sono stati studiati gli ospiti anziani istituzionalizzati nel periodo gennaio 2014 – giugno 2025. In tale periodo nei nostri nuclei si sono verificate 1472 cadute accidentali (con una media all'anno di 128). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a esame obiettivo completo e metabolico, valutazione dimensionale; il rischio di cadute è stato valutato mediante la scala di Tinetti ed i vari items della NPI-UCLA. Le comparazioni tra gruppi sono state effettuate mediante t -test di Student o del χ -quadrato. Per valutare la correlazione tra il punteggio della NPI-UCLA e differenti covarianti è stata effettuata un'analisi di regressione lineare semplice e multipla.

Risultati. All'analisi di regressione lineare il punteggio della scala di Tinetti è risultato direttamente correlato con NPI-UCLA ($r=0,359$, $P<0,0001$), ed inversamente correlato con decadimento cognitivo ($r=-0,3012$, $P<0,0001$). All'analisi di regressione multipla i disturbi comportamentali sono risultati essere il principale predittore indipendente del punteggio della scala di Tinetti.

Conclusioni. I risultati dello studio dimostrano l'esistenza di una correlazione diretta tra valori di NPI-UCLA (in particolare il disturbo dell'apatia e depressione) e rischio di cadute. I disturbi comportamentali sono una condizione di frequente riscontro negli anziani che impatta sulla funzione motoria. Pertanto, è necessario una valutazione globale 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.

STRATEGIE TERAPEUTICHE NELLA DEMENZA FRONTOTEMPORALE: PIPELINE DEGLI STUDI CLINICI

Perrone Federica (a), Locuratolo Nicoletta (a), Carbone Elena (b), Cappella Marisa (b), Rivabene Roberto (b), Fabrizi Elisa(a), Talarico Giuseppina (c), Vanacore Nicola (a), Lacorte Eleonora (a), Piscopo Paola (b)

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

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

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

Introduzione. La demenza frontotemporale rappresenta la seconda causa più frequente di demenza a esordio precoce dopo la malattia di Alzheimer ed è contraddistinta da una marcata eterogeneità genetica, clinica e neuropatologica. Nonostante importanti progressi nella comprensione dei meccanismi fisiopatologici, non sono ancora disponibili terapie in grado di modificare o rallentare il decorso della malattia. Il presente lavoro offre una sintesi aggiornata degli studi clinici in corso e conclusi, esaminando strategie terapeutiche, fasi di sperimentazione e bersagli molecolari attualmente in sviluppo.

Metodi. Tutti gli studi clinici sulla demenza frontotemporale sono stati selezionati dai registri ClinicalTrials.gov, Registro Europeo e Piattaforma Internazionale degli Studi Clinici, utilizzando il termine “demenza frontotemporale”. Sono stati inclusi gli studi in tutte le fasi 1-4, escludendo quelli non farmacologici e mirati esclusivamente all’identificazione di biomarcatori. Le molecole analizzate negli studi clinici sono state classificate secondo i loro meccanismi d’azione molecolari, seguendo anche la *Common Alzheimer’s Disease Research Ontology*. La raccolta dei dati è stata completata il 6 giugno 2025.

Risultati. Sono stati individuati 46 studi clinici, di cui 19 (41,3%) risultano ancora attivi con una coorte complessiva prevista di 1.333 partecipanti. Di questi 46 studi, 11 sono in Fase 1, 6 in Fase 1/2, 17 in Fase 2, 4 in Fase 3, 4 in Fase 4. Per 3 studi la Fase non è specificata e uno ha la designazione di farmaco orfano. Più della metà degli interventi farmacologici sono terapie “a bersaglio molecolare” (52,17%) di cui 11 indirizzate alle forme genetiche associate ai geni GRN e C9orf72. Una quota più ridotta (10,86%) riguarda trattamenti sintomatici, prevalentemente orientati al controllo delle manifestazioni comportamentali e neuropsichiatriche. Sedici molecole (48,48%) rappresentano farmaci riposizionati, originariamente sviluppati per altre condizioni patologiche. La distribuzione geografica degli studi evidenzia una netta prevalenza di Nord America ed Europa.

Conclusioni. Nonostante i recenti avanzamenti, il panorama dello sviluppo terapeutico per la demenza frontotemporale resta complessivamente limitato, con una maggior attenzione sulle forme genetiche. L’eterogeneità genetica, clinica e patologica ostacola enormemente la possibilità di trovare una terapia univoca per i diversi sottotipi della malattia. La carenza di biomarcatori di patologia e le difficoltà di accesso al test genetico complicano ulteriormente la partecipazione alle sperimentazioni. Il progresso nel trattamento della demenza frontotemporale richiederà una più stretta integrazione della ricerca genetica, lo sviluppo di biomarcatori robusti, strategie di reclutamento più ampie per superare le sfide legate alla rarità e all’eterogeneità del disturbo, nonché il coinvolgimento attivo del sistema sanitario.

IL LAVORO DELL'INFERMIERE NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE DEL CDCD DI TRENTO

Pichler Roberta (a), Fontanari Anita (a), Manica Angela (b), Lombardi Alessandra (b)
(a) Servizio Territoriale Trento Valle dei Laghi, Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento
(b) Unità Operativa di Geriatria, Ospedale di Trento, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione. Presso l'UOS Coordinamento CDCD di Trento l'infermiere collabora strettamente con lo specialista, valutando congiuntamente la persona e il suo contesto familiare, ciascuno per l'ambito di competenza. Funge da interfaccia con gli altri professionisti dell'*équipe*: psicologi, terapisti occupazionali e assistenti sociali. Svolge un ruolo di facilitatore, promuovendo l'integrazione tra queste figure professionali, la rete dei servizi, il paziente e il *caregiver*, facilitando lo scambio di informazioni.

Metodi. L'infermiere accoglie il paziente e il *caregiver* in ambulatorio e, in accordo con lo specialista, collabora nella valutazione, utilizzando gli strumenti validati. Contribuisce nella compilazione di test e scale per l'inquadramento del profilo cognitivo, funzionale, motorio e comportamentale. Inoltre, partecipa alla valutazione obiettiva e a quella dei bisogni assistenziali, anche in relazione al contesto familiare. Affianca lo specialista nella definizione della pianificazione della visita di controllo successiva e nel raccordo con psicologo, terapeuta occupazionale e assistente sociale; fornisce suggerimenti basati sui bisogni emersi durante la fase valutativa, in particolare per quanto riguarda la continuità del percorso diagnostico e terapeutico. Quando indicato, contatta anche gli altri professionisti della rete ospedaliera o territoriale per garantire la continuità nel percorso di diagnosi o di cura.

Risultati. La stretta collaborazione tra infermiere e gli altri professionisti nell'ambulatorio CDCD consente di strutturare un flusso di lavoro integrato, che ottimizza tempi e spazi nel corso della valutazione del paziente. Nelle fasi successive di diagnosi e di presa in carico, questa integrazione facilita notevolmente il passaggio delle informazioni verso gli altri nodi della rete dei servizi e ha permesso negli anni di aumentare i volumi di attività e migliorare la capacità dell'*équipe* nel proporre interventi terapeutici ed assistenziali mirati.

Conclusioni. Per sfruttare appieno i vantaggi del lavoro in *équipe* è essenziale strutturare le attività con un'organizzazione multiprofessionale, che sia realmente in grado di integrare le diverse competenze e abilità di ogni figura coinvolta. Un approccio multidisciplinare, in cui gli infermieri sono tempestivamente e concretamente integrati con l'*équipe* del CDCD, si è dimostrato molto efficace ed efficiente.

QUANDO LA MEMORIA RITORNA: UN CASO DI IDROCEFALO NORMOTESO

Pizzoni Luca (a,b), Di Matteo Federica (a), Scoyni Raffaella Maria (a), Pisani Angela (a), Mancini Giovanni (a), Sgroi Daniela (c)

(a) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ASL Roma3, Roma

(b) Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma

(c) UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia, ASL Roma3, Roma

Introduzione. L'Idrocefalo Normoteso è la forma più comune di idrocefalo nell'adulto, caratterizzato da dilatazione dei ventricoli cerebrali a causa di un accumulo anormale di liquido cerebrospinale, che clinicamente si manifesta con una triade di sintomi quali disturbi cognitivi, disturbi della deambulazione e incontinenza urinaria. Trattandosi di una condizione potenzialmente reversibile mediante derivazione liquorale, la diagnosi tempestiva è cruciale per ottimizzare la prognosi. Attraverso la presentazione di un caso clinico, intendiamo sottolineare il valore di un approccio multidisciplinare, che integri l'intervento di neurologi, neuropsicologi, neuroradiologi e neurochirurghi, nella presa in carico dei pazienti afferenti ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

Metodi. Descriviamo il caso di M.P., uomo di 68 anni con scolarità universitaria, giunto al nostro CDCD per progressivo decadimento cognitivo esordito qualche mese prima e associato a rallentamento ideo-motorio, incontinenza urinaria e disturbi comportamentali quali apatia e irritabilità. Alla valutazione neuropsicologica di II livello (febbraio 2024) si osservavano prestazioni nettamente deficitarie in test di memoria episodica verbale (*Rey Auditory Verbal Learning Test*) e visuo-spaziale (*Rey-Osterrieth Complex Figure Test*), *working memory* (*Span verbale backward*) e funzioni esecutive (*Frontal Assessment Battery*, *Fluenza fonemica*). Il quadro clinico, difforme dai profili tipici delle principali demenze, ha reso necessario un approfondimento multidisciplinare con il coinvolgimento di neurologi e neuroradiologi. La risonanza magnetica ha documentato un quadro suggestivo per Idrocefalo Normoteso, ponendo l'indicazione all'intervento di derivazione ventricolo-peritoneale eseguito nel novembre 2024.

Risultati. Al *follow-up* neuropsicologico (luglio 2025) si è osservato un recupero cognitivo significativo (*Mini Mental State Examination*: 30 vs 25.2). I miglioramenti più evidenti riguardavano la memoria episodica (*Rey Auditory Verbal Learning Test* differita: 10.8 vs 1.8; *Rey-Osterrieth Complex Figure Test* differita: 25.5 vs 4.5), la *working memory* (*Span verbale backward*: 3.87 vs 2.87) e le funzioni esecutive (*Frontal Assessment Battery*: 16 vs 10; *Fluenza fonemica*: 32 vs 21). Il quadro comportamentale risultava normalizzato, con completa remissione di apatia e irritabilità, così come dell'incontinenza urinaria.

Conclusioni. Il caso di M.P. evidenzia come la valutazione neuropsicologica rappresenti uno strumento cruciale sia in fase diagnostica, per distinguere l'Idrocefalo Normoteso da quadri degenerativi irreversibili, sia nel *follow-up* post-operatorio, per monitorare gli esiti dell'intervento neurochirurgico. La sostanziale regressione dei disturbi cognitivi e comportamentali osservata conferma l'importanza di una diagnosi tempestiva, resa possibile da un approccio multidisciplinare nella gestione dei pazienti all'interno dei CDCD.

STIMOLAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE: DATI AGGIORNATI DAL CAMPIONE DELLA ASL ROMA 3

Pizzoni Luca (a,b), Di Matteo Federica (a), Scoyni Raffaella Maria (a), Muzzi Francesca (a), Mancini Giovanni (a), Sgroi Daniela (c)

(a) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ASL Roma 3, Roma

(b) Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma

(c) Direttore UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia, ASL Roma 3, Roma

Introduzione. Il Disturbo Neurocognitivo (DNC) Minore rappresenta una fase intermedia tra l'invecchiamento fisiologico e la demenza. In tale contesto, la Stimolazione Cognitiva si è consolidata come intervento psicosociale finalizzato a sostenere il funzionamento cognitivo e a rallentare il declino. La letteratura documenta benefici significativi in termini di cognizione globale, qualità della vita e funzionamento psicosociale. Obiettivo del presente studio, attualmente in corso e del quale sono già stati presentati risultati preliminari in precedenti edizioni congressuali, è fornire evidenze provenienti da un contesto territoriale locale circa gli effetti a breve termine di un intervento di Stimolazione Cognitiva di gruppo sul funzionamento cognitivo di soggetti con DNC minore.

Metodi. Lo studio ha incluso 49 soggetti (età media: $78,02 \pm 5,19$ anni), afferenti al nostro Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, che hanno ricevuto diagnosi di DNC minore. Sono stati esclusi pazienti con diagnosi di demenza o con comorbidità neurologiche o psichiatriche. Tutti i partecipanti hanno preso parte a un programma di Stimolazione Cognitiva strutturato in 10 sessioni settimanali (durata: 60 minuti), ciascuna composta da 6 partecipanti. Il protocollo prevedeva attività mirate alla stimolazione di specifici domini cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive, linguaggio, abilità visuo-spaziali), integrate con la Terapia di Orientamento alla Realtà e la Terapia della Reminiscenza, quest'ultima implementata mediante l'utilizzo di fotografie personali, al fine di favorire l'orientamento spazio-temporale, la memoria autobiografica e il coinvolgimento emotivo. A supporto della continuità dell'intervento, venivano assegnati esercizi domiciliari. Il funzionamento cognitivo è stato valutato mediante il *Mini Mental State Examination* (MMSE) al tempo iniziale (T0) e al termine dell'intervento (T1), utilizzando per T1 una versione modificata al fine di minimizzare potenziali effetti di apprendimento. L'analisi statistica è stata condotta tramite il t-test per campioni appaiati (significatività fissata a $p < 0,005$).

Risultati. Tutti i 49 partecipanti hanno completato le valutazioni a T0 e T1. Il punteggio medio al MMSE è passato da $25,47 \pm 2,11$ a $26,39 \pm 2,34$, con un incremento medio di $+0,92$ punti. Tale variazione è risultata statisticamente significativa ($t(48)=3,08$; $p=0,0035$), indicando un miglioramento modesto ma rilevante del funzionamento cognitivo.

Conclusioni. La Stimolazione Cognitiva di gruppo si conferma un intervento efficace per il sostegno delle funzioni cognitive in soggetti con DNC minore. Sebbene lo studio

presenti alcune limitazioni, quali l'assenza di un gruppo di controllo, la numerosità campionaria contenuta, la possibile presenza di *bias* nel *test-retest* e il breve *follow-up*, esso fornisce dati significativi in un contesto clinico locale.

AFFIDABILITÀ E FUNZIONAMENTO DIFFERENZIALE DEGLI ITEMS DELLA ROWLAND UNIVERSAL DEMENTIA RATING SCALE

Pomati Simone (a), Maestri Giorgia (b), Fundarò Cira (a), Manera Marina Rita (a), Pantoni Leonardo (b,c,d), Cova Ilaria (b)

(a) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia

(b) ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano

(c) Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi, Milano

(d) Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Casa di Cura Igea, Milano

Introduzione. La Rowland Universal Dementia Rating Scale (RUDAS) è uno strumento di *screening* delle funzioni cognitive che sta diventando di uso sempre più frequente nella valutazione dei pazienti con diversità linguistica e culturale (CALD). Con questo studio ci siamo proposti di valutare l'affidabilità della RUDAS e di indagare se i subtest che la compongono (Orientamento (OR), Prassia (PR), Disegno (DR), Giudizio (JU), Memoria (ME), Linguaggio (LA)) abbiano un funzionamento differenziale in diversi gruppi di pazienti.

Metodi. È stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti con diversità linguistica e culturale valutati consecutivamente in due Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze in Lombardia e per cui fosse disponibile la RUDAS. Il punteggio totale e i punteggi dei singoli test della scala sono stati convertiti in percentuali del massimo punteggio possibile (intervallo: 0-1), per poter comparare i risultati. È stato calcolato il numero, per ogni subtest, dei casi con un punteggio uguale a 0.

Risultati. Nel periodo 2020-2025 sono stati valutati 46 soggetti: età media = $69,8 \pm 10,2$ anni, scolarità media = $10,6 \pm 4,6$ anni (4,4% analfabeti); femmine = 71,7%. I pazienti sono stati classificati come *deficit* cognitivi soggettivi (SCD, 8,7%), deterioramento cognitivo minore (MCI, 39,1%) o demenza (DEM, 52,2%) in base ai risultati della valutazione cognitiva e funzionale. Il punteggio della RUDAS è risultato maggiore per SCD ($25,3 \pm 2,5$) e MCI ($22,7 \pm 4,3$), entrambi significativamente diversi ($p < .001$) dai DEM ($16 \pm 6,5$). JU è risultato l'item con i valori più bassi ($.38 \pm .40$) e con il maggior numero di soggetti a pavimento (OR 4,3%, PR 30,4%, DR 23,9%, JU 43,5%, ME 17,4%, LA 2,2%). L'affidabilità è risultata buona (alfa di Cronbach = .725), nessun miglioramento significativo con la rimozione di uno qualunque dei subtest. I diversi items hanno mostrato vari livelli di difficoltà ($p < .001$), indipendentemente dalla modalità di valutazione (in italiano, per chi aveva sufficiente competenza linguistica, altrimenti col supporto di un mediatore culturale); globalmente i pazienti con una conoscenza dell'italiano hanno comunque mostrato migliori risultati.

Conclusioni. La RUDAS si è dimostrata uno strumento affidabile e valido; tuttavia i diversi subtest assemblati per costruire il punteggio finale hanno mostrato livelli diversi di difficoltà. Di tali aspetti è opportuno tenere conto nell'interpretazione dei risultati. È auspicabile una replica delle osservazioni anche in altri contesti, italiani ed internazionali, che possa servire da guida per la raccolta e l'elaborazione di dati normativi adeguati.

LE DIMENSIONI DELLA CULTURA: ESPLORATIVA IN PAZIENTI CON DIVERSITÀ LINGUISTICA E CULTURALE

Pomati Simone (a), Maestri Giorgia (b), Nicotra Alessia (b), Cucumo Valentina (b), Maggiore Laura (b), Fundarò Cira (c), Manera Marina Rita (d), Pantoni Leonardo (b,e,g), Cova Ilaria (b)

(a) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, IRCCS Maugeri, Pavia

(b) U.O. Neurologia, Ospedale Luigi Sacco, Milano

(c) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, IRCCS Maugeri Montescano, Montescano, Pavia

(d) U.O. Psicologia, IRCCS Maugeri, Pavia

(e) Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi, Milano

(f) Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Casa di Cura Igea, Milano

Introduzione. È stato osservato che differenze culturali, oltre alla barriera linguistica, rappresentano elementi di distorsione nella valutazione delle funzioni cognitive. Finora, nella pratica clinica, per correggere le prestazioni ai test sono stati impiegati alcuni indici di acculturazione, per lo più basati sulla competenza comunicativa, con risultati inconsistenti. Con questo studio ci siamo proposti di valutare l'impatto sulla valutazione delle funzioni cognitive di altre dimensioni della cultura diverse dal linguaggio.

Metodi. È stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti con diversità linguistica e culturale valutati in due Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (Ospedale Luigi Sacco di Milano, IRCCS Maugeri di Pavia) e per cui fossero disponibili *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* o *Rowland Universal Dementia Rating Scale (RUDAS)*. Come misure delle dimensioni della cultura sono stati impiegati Individualismo/Collettivismo (m.IC) e Flessibilità/Monumentalismo (m.FL) di Minkov e Individualismo/Collettivismo (h.IC), Distanza dal Potere (h.PD), Mascolinità (h.MA), Evitamento dell'Incertezza (h.UA) e Prospettiva (h.LT) di *Hofstede*. Tali misure sono una espressione generale della cultura di un paese (e pertanto identici per soggetti diversi provenienti dallo stesso paese). Abbiamo arruolato 111 pazienti, sotto classificati in 4 gruppi: 8 soggetti contr

È stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti con diversità linguistica e culturale valutati in due Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (Ospedale Luigi Sacco di Milano, IRCCS Maugeri di Pavia) e per cui fossero disponibili *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* o *Rowland Universal Dementia Rating Scale (RUDAS)*. Come misure delle dimensioni della cultura sono stati impiegati Individualismo/Collettivismo (m.IC) e Flessibilità/Monumentalismo (m.FL) di Minkov e Individualismo/Collettivismo (h.IC), Distanza dal Potere (h.PD), Mascolinità (h.MA), Evitamento dell'Incertezza (h.UA) e Prospettiva (h.LT) di *Hofstede*. Tali misure sono una espressione generale della cultura di un paese (e pertanto identici per soggetti diversi provenienti dallo stesso paese).

Risultati. Sono stati inclusi 209 pazienti con diversità linguistica e culturale, provenienti da 54 diversi stati: età media = $66,8 \pm 13,2$ anni, scolarità media = $11,1 \pm 5,1$ anni (5,7% analfabeti), femmine = 64,6%. La maggior parte dei pazienti era di origine europea (46,4%)

o latino-americana (29,2%); la provenienza era soprattutto da paesi a reddito medio-alto (45,5%) o alto (25,4%). Per ciascuno dei test sono stati costruiti modelli di regressione logistica che consideravano come possibili fattori di distorsione età, scolarità, sesso, conoscenza dell'italiano e le misure delle dimensioni culturali. Effetti indipendenti dalle variabili demografiche sono emersi per MMSE da parte di h.PD e h.MA (in entrambi i casi di segno negativo) e per MoCA da parte di m.IDV (di segno positivo). Nessuno degli indici culturali studiati, così come nessuna delle variabili demografiche, è risultata avere un effetto sul punteggio della RUDAS.

Conclusioni. I nostri dati mostrano come elementi della cultura di origine dei pazienti possano concorrere a determinare il risultato ottenuto in test di valutazione delle funzioni cognitive. Abbiamo inoltre osservato come tale effetto possa essere mitigato dall'impiego di strumenti cross-culturali. È auspicabile che i nostri dati vengano replicati anche in altri contesti, preferibilmente con uno sforzo collaborativo multinazionale, prevedendo un contemporaneo impiego anche di misure del livello di acculturazione.

ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DEMENZA NEL CONTESTO DI UNA COMUNITÀ AMICA

Possenti Mario

Federazione Alzheimer Italia, Milano

Introduzione. La crescente incidenza delle demenze in Italia impone una riflessione profonda sui modelli di assistenza e supporto. Accanto alle risposte sanitarie, emerge la necessità di costruire contesti sociali in grado di accogliere, comprendere e sostenere le persone con demenza e le loro famiglie. Il concetto di Comunità amica delle persone con demenza propone una visione innovativa: trasformare i territori in luoghi inclusivi e consapevoli, capaci di ridurre stigma, isolamento e disorientamento.

Metodi. Il presente contributo nasce dall'esperienza diretta di un'associazione di familiari e pazienti impegnata nella promozione del modello delle comunità amiche in Italia. L'analisi si basa su: il monitoraggio delle iniziative territoriali iscritte alla rete italiana delle comunità amiche della demenza; la raccolta di testimonianze da parte di *caregiver* familiari; l'osservazione partecipata in contesti locali impegnati nella costruzione di reti sociali inclusive.

Risultati. Ad oggi, in Italia, sono 66 le Comunità amiche delle persone con demenza riconosciute e attive, come documentato sul sito www.dementiafriendly.it. Queste realtà, distribuite in diverse Regioni, promuovono azioni di sensibilizzazione, formazione, adattamento degli spazi pubblici e coinvolgimento delle realtà locali (commercianti, scuole, enti pubblici). Le esperienze raccolte evidenziano un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone con demenza e sulla percezione sociale della malattia.

Conclusioni. I dati mostrano che l'approccio della comunità amica non solo è replicabile, ma genera effetti tangibili sul benessere delle persone e dei *caregiver*. Tuttavia, emergono alcune criticità: frammentazione delle esperienze, disomogeneità nei livelli di coinvolgimento delle istituzioni locali, necessità di maggiore coordinamento con il sistema sociosanitario. Le associazioni dei familiari svolgono un ruolo cruciale nel promuovere consapevolezza, attivare reti e facilitare il dialogo tra attori del territorio. Costruire comunità amiche delle persone con demenza significa andare oltre l'assistenza tradizionale: è un processo culturale, sociale e politico. Il coinvolgimento delle famiglie, delle istituzioni e dei cittadini è essenziale per garantire ambienti in cui le persone con demenza possano continuare a vivere con dignità. Il rafforzamento della rete italiana delle comunità amiche rappresenta una strategia concreta per affrontare le sfide della demenza in modo sostenibile e inclusivo.

ANGELI ISONTINI: UN MODELLO INTERGENERAZIONALE DI COMUNITÀ AMICA DELLA FRAGILITÀ PER LA PREVENZIONE DELLA DEMENZA

Prestia Annapaola (a), Fabris Silvia (a), Turchetto Stefano (b,c)
(a) *SOFIA, Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia, Villesse, Gorizia*
(b) *Comune di Farra d'Isonzo, Gorizia*
(c) *ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Gorizia*

Introduzione. La prevenzione della demenza richiede strategie integrate su più livelli. Il progetto Angeli Isontini, avviato nel 2024 a Farra d'Isonzo (GO), propone un'azione comunitaria che coinvolge giovani volontari e anziani fragili in un percorso condiviso di socializzazione, formazione e inclusione. L'obiettivo è duplice: da un lato, ridurre i fattori di rischio ambientale e psicosociale per l'anziano (isolamento, solitudine, inattività); dall'altro, promuovere nei giovani una cultura della cura e dell'attenzione alle fragilità, potenziando la coesione sociale.

Metodi. Il progetto ha coinvolto inizialmente otto giovani tra i 17 e i 23 anni, formati da professionisti di SOFIA, startup sociale impegnata nell'assistenza a domicilio per persone con demenza, sui temi dell'invecchiamento, della relazione con persone fragili e del primo soccorso. Parallelamente, è stata attivata una mappatura degli anziani del territorio, con il supporto di Televita, per identificare bisogni, fragilità e preferenze. Le attività intergenerazionali si sono articolate in eventi pubblici (come gli "aperitivi in musica" e il "dolce Natale") e nella realizzazione di un centro estivo multigenerazionale, in cui i giovani, con il supporto di operatori esperti, conducono attività ricreative e relazionali rivolte anche ad anziani con *deficit* cognitivi. Al progetto si sono iscritti complessivamente oltre 50 anziani.

Risultati. I primi incontri pubblici hanno favorito l'instaurarsi di relazioni tra giovani e anziani, con un'alta partecipazione della cittadinanza. L'interesse suscitato ha portato all'estensione del progetto con l'organizzazione del centro estivo, che rappresenta un unicum regionale per l'integrazione strutturata di giovani volontari e anziani fragili in un contesto comunitario. I giovani coinvolti hanno manifestato una maggiore consapevolezza e disponibilità verso l'assistenza, mentre gli anziani hanno mostrato miglioramenti in termini di umore, partecipazione e percezione del supporto sociale. I risultati del confronto tra l'inizio del progetto e gennaio 2025 hanno evidenziato una sostanziale stabilità del funzionamento nel quotidiano negli anziani, con un significativo miglioramento nei livelli di salute generale e benessere percepito, soprattutto per quanto riguarda il dominio della salute emotiva (miglioramento del tono dell'umore) e dell'attività sociale con riduzione del senso di abbandono e solitudine, soprattutto durante i mesi estivi.

Conclusioni. Il progetto Angeli Isontini si configura come una buona pratica replicabile per l'integrazione delle strategie di prevenzione della demenza a livello di popolazione e individuale. Agendo su fattori ambientali modificabili (relazioni, stimolazione, supporto sociale) e coinvolgendo i cittadini più giovani, si promuove una cultura comunitaria inclusiva e resiliente, contribuendo alla costruzione di una "comunità amica della fragilità". Il centro estivo multigenerazionale rappresenta il cuore innovativo del progetto, un esempio concreto di prevenzione attraverso l'incontro tra generazioni.

VILLAGGIO FONDAZIONE ROMA: MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER LE PERSONE CON ALZHEIMER

Questa Michele, Fonte Daniele, Grifoni Gianluca, Chiodo Simone, Meloni Vanessa, Miserini Michela, Mecarini Francesca, Grassi Daniela, Mancini Edoardo Maria, Venturini Roberta, Moltoni Daniela, Grande Veronica
Villaggio Fondazione Roma, Roma

Introduzione. I Villaggi Alzheimer rappresentano una strategia d'intervento non farmacologico nel trattamento delle demenze, complementare a quello medico, che tiene conto del benessere fisico, psicologico e sociale della persona, attribuendo risalto all'ambiente di vita. Sono strutture progettate per migliorare la qualità della vita e per rallentare il decorso della patologia, riproducendo un contesto di vita naturale e restituendo spazi di libertà. Fondazione Roma, ente privato no profit che opera a sostegno della collettività in vari ambiti, ha realizzato in Italia il primo Villaggio Alzheimer, ispirandosi a un modello olandese. Aperta nel 2018, è una struttura socioassistenziale (demedicalizzata) che si compone di una parte residenziale e di una semiresidenziale; dal 2024 comprende anche un Centro Diurno per persone con malattia di Parkinson. Quotidianamente, offre assistenza totalmente gratuita a circa cento persone.

Metodi. La tradizionale casa di cura è stata deistituzionalizzata, trasformata e normalizzata. L'intervento è individualizzato: i nuclei abitativi sono suddivisi per "stile di vita" (tradizionale, urbano e cosmopolita), le attività (club) sono basate sugli interessi personali. L'ambiente è privo di barriere architettoniche; sono presenti servizi quali ristorante, bar, minimarket, parrucchiere, sale per le attività a disposizione dei residenti/ospiti, alcune aperte anche al territorio. L'assistenza viene fornita da un'*équipe* multidisciplinare e basata su un approccio bio-psicosociale. Il personale frequenta programmi di formazione sulla *vision* del Villaggio. Il familiare viene coinvolto nel processo di cura e riceve supporto sia individuale che di gruppo. Sono stati raccolti e analizzati i dati sull'ospitalità dall'apertura a oggi (numero residenti/ospiti, età e permanenza medie ecc.). È stato inoltre ideato un questionario preliminare per indagare la percezione del familiare su vari aspetti (qualità della vita, autonomie, disturbi del comportamento, carico assistenziale ecc.).

Risultati. Il Villaggio si propone di: garantire cure personalizzate; promuovere la cultura del benessere in senso ampio; migliorare la qualità di vita delle persone con Alzheimer e dei loro familiari; conservare le autonomie; costruire un'alleanza con le famiglie; ridurre l'utilizzo di farmaci per i disturbi del comportamento. Verranno presentati i dati sull'accoglienza dal 2018 a oggi, sull'ospitalità attuale e i risultati dell'indagine preliminare sulla percezione del familiare. Si attende un impatto positivo sugli item presi in considerazione.

Conclusioni. Il Villaggio Fondazione Roma si configura come un modello innovativo di cura per le persone con Alzheimer, fondato sulla valorizzazione della dignità, della libertà individuale e dell'inclusione sociale. Studi futuri prevedranno la raccolta e l'analisi sistematica dei dati per dimostrare la validità scientifica del modello.

IL PANORAMA DELLE TERAPIE DIGITALI

Recchia Giuseppe

daVi DigitalMedicine, Verona e Fondazione Tendenze Salute e Sanità, Verona

Introduzione. Le Terapie Digitali (*Digital Therapeutics*), definite software per la salute destinati a trattare o alleviare una malattia, un disturbo, una condizione o una lesione, generando e fornendo un intervento medico che ha un impatto terapeutico positivo dimostrabile sulla salute del paziente, rappresentano un nuovo paradigma per gestire e trattare numerose malattie, soprattutto croniche. Per essere qualificata come Terapia Digitale, un software certificato come dispositivo medico deve erogare un intervento medico e disporre di prove di efficacia e tollerabilità basate su trials clinici randomizzati e controllati. In ragione della limitata efficacia degli interventi disponibili, i disturbi cognitivi e le demenze rappresentano una area di notevole interesse per lo sviluppo di terapie digitali e, più in generale, di tecnologie digitali per la salute. Si tratta soprattutto di interventi basati su *training* cognitivi digitali, realtà virtuale, intelligenza artificiale, robotica assistiva, che possono offrire accessibilità continua, personalizzazione degli interventi e supporto integrato per pazienti e *caregiver*, lungo tutto il continuum dei disturbi cognitivi.

Metodi. Le Terapie Digitali (*Digital Therapeutics*), definite software per la salute destinati a trattare o alleviare una malattia, un disturbo, una condizione o una lesione, generando e fornendo un intervento medico che ha un impatto terapeutico positivo dimostrabile sulla salute del paziente, rappresentano un nuovo paradigma per gestire e trattare numerose malattie, soprattutto croniche. Per essere qualificata come Terapia Digitale, un software certificato come dispositivo medico deve erogare un intervento medico e disporre di prove di efficacia e tollerabilità basate su trials clinici randomizzati e controllati. In ragione della limitata efficacia degli interventi disponibili, i disturbi cognitivi e le demenze rappresentano una area di notevole interesse per lo sviluppo di terapie digitali e, più in generale, di tecnologie digitali per la salute. Si tratta soprattutto di interventi basati su *training* cognitivi digitali, realtà virtuale, intelligenza artificiale, robotica assistiva, che possono offrire accessibilità continua, personalizzazione degli interventi e supporto integrato per pazienti e *caregiver*, lungo tutto il continuum dei disturbi cognitivi.

Risultati. In pazienti con deterioramento cognitivo lieve, le terapie digitali hanno dimostrato effetti positivi sulla prevenzione della progressione: le terapie digitali basate su realtà virtuale hanno ridotto del 23% la conversione verso demenza, mentre *training* cognitivi digitalizzati hanno migliorato funzioni esecutive e neuroplasticità. Il programma *ABILITY* ha dimostrato efficacia superiore rispetto ai trattamenti standard, con miglioramenti significativi per quanto riguarda linguaggio, funzioni esecutive e memoria. Per la demenza, *ReminX* ha ridotto ansia e depressione attraverso terapia della reminiscenza digitalizzata, mentre i sistemi *CIRCA/CIRCUS* hanno migliorato la qualità della vita a 4-12 settimane. Nei *caregiver*, tecnologie di monitoraggio remoto e assistenza robotica hanno dimostrato riduzione significativa del peso assistenziale e miglioramento del benessere psicologico.

Conclusioni. Le terapie digitali per disturbi cognitivi e demenze hanno dimostrato efficacia clinica preliminare in trial controllati, con benefici specifici per diverse popolazioni: prevenzione, mantenimento funzionale, supporto ai *caregiver*. Le prospettive future includono l'associazione / combinazione tra terapia digitale e farmacologica, lo sviluppo di biomarcatori digitali per stratificazione prognostica e di approcci basati su fenotipi digitali.

DEMENTIA E CAPACITÀ: PROSPETTIVE DI UN'ASSISTENZA CENTRATA SUI DIRITTI E SULLA PERSONA TRA CRPD E RIFORMA DELLA DISABILITÀ IN ITALIA

Riva Luciana (a), Capasso Andrea (b), Di Fiandra Teresa (c), Gainotti Sabina (a), Gasparini Marina (d), Izzicupo Fabio (e), Petrini Carlo (a), Vanacore Nicola (f)

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

(b) *UOSD Disturbi Cognitivi e Demenze, ASL Napoli 2 Nord, Napoli*

(c) *Consulente Istituto Superiore di Sanità per il Fondo per l'Alzheimer e le demenze, Roma*

(d) *Centro Sinapsy, Roma*

(e) *UOC Governo Clinico Territoriale, Senigallia, Ancona*

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

Introduzione. La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), ratificata dall'Italia nel 2009, ha segnato un cambio di paradigma nella concezione della disabilità e dei diritti ad essa connessi. In particolare, l'articolo 12 della CRPD sancisce il principio della capacità giuridica universale, riconoscendo a ogni persona, indipendentemente da compromissioni cognitive o funzionali, il diritto di essere titolare ed esercitare i propri diritti. Questo principio richiede agli Stati una riforma dei sistemi di tutela, orientata allo sviluppo di modelli di supporto all'esercizio della capacità. Nel quadro della CRPD, la disabilità non è una condizione definita dalla diagnosi, ma un'esperienza situata, che emerge dall'interazione tra individuo e barriere ambientali, sociali e culturali. In questa prospettiva, anche le demenze, sindromi cliniche eterogenee, spesso caratterizzate da un decorso fluttuante, possono configurarsi come condizioni disabilitanti, in quanto influenzano la capacità decisionale e ostacolano la piena partecipazione sociale. Richiedono pertanto interventi personalizzati e inclusivi.

Metodi. Il lavoro esamina il concetto di capacità nelle sue principali articolazioni, morale, psicologico-psichiatrica e giuridica, analizzando le implicazioni etico-normative della valutazione della capacità nelle pratiche sanitarie. Con specifico riferimento al contesto italiano, verranno considerati il significato dell'art. 12 della CRPD anche in relazione ai recenti provvedimenti italiani, in particolare il D.lgs. 29/2024 ed il D.lgs. 62/2024 che ha introdotto la valutazione di base secondo criteri ICD/ICF, l'utilizzo del WHODAS e la definizione del progetto di vita individuale.

Risultati. La valutazione della capacità decisionale nelle persone con demenza presenta diversi aspetti critici e problemi operativi. Il Documento "Raccomandazioni per la Governance e la clinica nel settore delle demenze" (2020), redatto dal Tavolo Nazionale Permanente sulle Demenze, ha evidenziato la necessità di sviluppare strumenti condivisi e standardizzati.

Conclusioni. La capacità di una persona è radicata nella sua dignità ontologica e come tale è indisponibile e non riducibile a meri criteri funzionali o clinici. La valutazione della capacità decisionale deve quindi essere contestuale, proporzionata e riferita a compiti

specifici. In questa prospettiva, la revisione del documento “Raccomandazioni per la Governance e la clinica nel settore delle demenze” dovrà armonizzarsi con i principi e le previsioni operative della recente riforma sulla disabilità. L’obiettivo è integrare e aggiornare gli itinerari assistenziali esistenti, in coerenza con la riforma, al fine di tutelare i diritti e promuovere strumenti e metodi che sostengano la capacità residua.

DAL DATO EPIDEMIOLOGICO AL RISCHIO PERSONALE: ALCOL, DIABETE E RISORSE PSICOSOCIALI NELLA PREVENZIONE DELLA DEMENZA

Rolandi Elena, Rossi Michele, Brianzoni Irene, Colombo Mauro, Guaita Antonio
Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. Dati provenienti da ricerche epidemiologiche indicano che si possano prevenire fino al 45% dei casi di demenza agendo su fattori di rischio modificabili. Gli studi longitudinali di popolazione con rilevazione prospettica dell'incidenza di demenza possono fornire informazioni cruciali sull'effetto di tali fattori sia a livello di popolazione che individuale. Nel presente lavoro offriamo una applicazione possibile nell'ambito dello studio di popolazione InveCe.Ab.

Metodi. Lo studio è stato condotto su 1100 partecipanti (età: 70-75 anni, residenti ad Abbiategrasso), senza demenza al basale, con valutazioni multidimensionali periodiche e definizione clinica della diagnosi di demenza fino a 12 anni. Abbiamo studiato l'associazione indipendente di 9 fattori di rischio (diabete, fumo, ipertensione, ipercolesterolemia, obesità, inattività fisica, consumo di alcolici, solitudine, depressione) e 2 di protezione (partecipazione sociale, attività cognitivamente stimolanti) con l'incidenza di demenza attraverso un modello Cox multivariabile, stimando i PAF aggiustati per ciascun fattore dal modello a 6 e 12 anni. Successivamente, è stato applicato un modello Cox multivariabile con selezione *stepwise* dei fattori da includere in un risk score individuale di rischio di demenza in tarda età, con e senza correzione per fattori non modificabili in tarda età (età, sesso, scolarità, APOE) e con pregresso ictus e/o malattie cardiache.

Risultati. I fattori associati al rischio di demenza sono [HR (IC95%)]: consumo di alcol: 1,61 (1,14-2,27), $p=0,007$; diabete: 1,46 (1,02- 2,09), $p=0,041$; partecipazione sociale: 0,54 (0,35-0,84), $p=0,007$. La percentuale di casi di demenza attribuibile al consumo di alcol è del 27% a distanza di 6 anni e del 25% a distanza di 7 anni, mentre rimane del 7% per il diabete in entrambi i casi. I fattori selezionati per l'inclusione nel *risk score* sono: consumo di alcol, diabete, ipercolesterolemia non trattata, partecipazione sociale, e attività cognitivamente stimolanti. Il risk score mostra una buona predizione per l'incidenza di demenza per 12 anni (HR=1,23; 95% CI: 1,14-1,33; $p=0,026$), anche controllando per fattori non-modificabili (HR=1,19; 95% CI: 1,10-1,29; $p<0,001$).

Conclusioni. Si è potuto valutare il contributo indipendente di ciascun fattore sull'incidenza di demenza in un contesto reale. I risultati, in parte in linea con la letteratura esistente, aggiungono informazioni di rilievo sul rischio collegato al consumo di alcol e sull'importanza dei fattori psicosociali protettivi. Ulteriori studi di questo tipo in contesti diversi potranno confermare i risultati ottenuti, per supportare la pianificazione di interventi mirati alla riduzione del rischio di demenza.

PROGETTO C-FIND: STRATEGIA DI CASE-FINDING IN UNA RETE INTEGRATA PER DISTURBI COGNITIVI

Rosi Alessia (a,b) Ancidoni Antonio (c), Fabrizi Elisa (c), Bosone Daniele (a), Costa Alfredo (a,b), Bottiroli Sara (a,b), De Franco Valentino (a), Cotta Ramusino Matteo (a), Imarisio Alberto (a), Maestri Antonella (d), Keller Karin (e), Govoni Stefano (f), Vanacore Nicola (c), Allegri Nicola (a)

(a) IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

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

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

(d) Azienda di Servizi alla Persona Istituzioni Assistenziali Riunite, Istituto Santa Margherita, Pavia

(e) Consorzio Domicare, Pavia

(f) Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Pavia

Introduzione. Le linee guida italiane sulla diagnosi e il trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment* (MCI) sottolineano la necessità di valutare l'efficacia di strategie strutturate di case-finding, distinte dallo *screening* di popolazione, poiché mirate a gruppi ad alto rischio e concepite come strumenti di ricerca attiva dei casi. Tali linee guida raccomandano ulteriori studi prospettici che includano nel follow-up sia persone che ricevono una diagnosi sia coloro che non la ricevono, con l'obiettivo di verificarne gli esiti clinici e di sanità pubblica. In questo contesto, nella Provincia di Pavia, dove si stimano circa 20.000 casi di demenza/MCI, è stato sviluppato il progetto C-FiND (*Case-Finding for Neurocognitive Disorders*), integrato nella rete territoriale "Ricor-Dare" e supportato dall'apertura di un nuovo Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia del *case-finding* nella diagnosi precoce e nella presa in carico dei pazienti con disturbi cognitivi e dei loro familiari.

Metodi. Il campione preliminare comprende 289 partecipanti (età media $70 \pm 8,21$ anni; scolarità $12,5 \pm 3,95$ anni), privi di diagnosi pregressa di MCI o demenza, reclutati tramite tre *setting* di *case-finding*: Medici di Medicina Generale (MMG), sportello informativo della Centrale Operativa Demenze e Open Days territoriali. I partecipanti sono stati sottoposti a uno *screening* cognitivo (CP-Cog presso i MMG e/o *Addenbrooke's Cognitive Examination-III*, ACE-III). I soggetti identificati come a rischio sono stati inviati al CDCD per approfondimenti diagnostici.

Risultati. L'endpoint primario è rappresentato dal numero di diagnosi di MCI o demenza presso il CDCD entro 26 mesi dalla valutazione cognitiva iniziale. Dai dati preliminari emerge che, tra i 289 partecipanti arruolati, 26 (9%) hanno ottenuto punteggi borderline o deficitari all'ACE-III; la valutazione clinica di questi partecipanti è attualmente in corso.

Conclusioni. Questo progetto include una strategia di case-finding integrata in una rete territoriale dedicata, evidenziandone il potenziale nel favorire diagnosi tempestive, percorsi assistenziali coordinati e interventi mirati. Inoltre, alla luce delle raccomandazioni delle Linee Guida nazionali, lo studio in corso fornirà evidenze longitudinali sia sulle persone con demenza sia su quelle senza, contribuendo a guidare strategie preventive e favorire interventi tempestivi a beneficio dei pazienti e dei loro familiari.

IL NOMOGRAMMA *INTERCEPTOR*

Rossini Paolo Maria

Dipartimento Neuroscienze e Neuroriabilitazione, IRCCS San Raffaele, Roma

Introduzione. Questa presentazione viene effettuata in rappresentanza del Gruppo di Coordinamento del progetto nazionale *Interceptor* finanziato nel 2018 da AIFA e Ministero della Salute. Lo studio si è concluso nel dicembre 2023 e, nonostante tutti i problemi intercorsi durante la pandemia COVID, è riuscito ad arruolare e seguire per il periodo di *follow-up* previsto (36 mesi) 351 soggetti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) provenienti da 19 centri italiani. Tutto il 2024 è stato dedicato dagli Esperti dell'Istituto Superiore di Sanità per il controllo di qualità dei dati e l'analisi statistica e per mettere a punto, come richiesto dal Bando, uno strumento in grado di stratificare il rischio di progressione a demenza di Alzheimer nella sua forma di diagnosi clinica.

Metodi. Alla *baseline* in tutti i 351 soggetti sono stati acquisiti i dati sociodemografici, clinici e neuropsicologici ed una serie di biomarcatori che includeva PET-FDG, Liquor per Amiloide/Tau, sangue per tipizzazione ApoE, EEG per connettività cerebrale, Risonanza per volumetria ippocampale. Ogni 6 mesi sono stati ripetuti i test neuropsicologici. I soggetti che mostravano progressione a 2 *follow-up* successivi (confermata da due neuropsicologi esperti (S.C. e C.M.) sono stati classificati come progrediti, mentre gli altri come stabili. Alla fine del *follow-up* 104 soggetti erano progrediti ad una forma di demenza, 85 dei quali ad una forma di Alzheimer secondo i criteri di diagnosi clinica. Numerosi sono risultati i casi con 1, 2, 3 o più biomarcatori alterati che non erano progrediti a demenza al termine del periodo di *follow-up*. L'Istituto Superiore di Sanità ha sviluppato un nomogramma per stimare il rischio di progressione da MCI a AD inserendo all'interno del medesimo progressivamente i dati acquisiti.

Risultati. È risultato che i soli dati sociodemografici/clinici/neuropsicologici erano in grado di stratificare il rischio con un'accuratezza del 76%. L'aggiunta dei biomarcatori al nomogramma faceva salire tale percentuale all'82%. Nessuno dei biomarcatori da solo o in combinazione era in grado di superare la soglia del 50% per il valore predittivo positivo.

Conclusione. Dal progetto *Interceptor* molti ricercatori anche esterni al progetto stesso (vedi rete italiana IRCCS Neuroscienze) stanno ricavando informazioni e ricerche di estremo interesse. Molto importanti saranno gli approcci riservati ai soggetti con biomarcatori positivi che non sviluppano demenza dopo 36 mesi di *follow-up* nel tentativo di isolare ed identificare fattori di resilienza con cui eventualmente affinare l'accuratezza del nomogramma e che potrebbero divenire altrettanti target terapeutici. *Interceptor* è una miniera da cui tutte le neuroscienze nazionali ed internazionali, che ne hanno voglia ed interesse, possono scavare ed ottenere informazioni. Il nomogramma è uno strumento messo a disposizione della Politica Sanitaria (AIFA *in primis*) per gli usi che riterrà opportuno farne inclusi quelli relativi a strategie di prevenzione e cura.

IL DISTURBO COGNITIVO FUNZIONALE NEL *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT NON-CONVERTER*

Ruggeri Massimiliano (a), Assogna Martina (a), Bellazzi Veronica (b)

(a) CDCD, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

(b) Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Il Disturbo Cognitivo Funzionale è caratterizzato da disturbi cognitivi soggettivi o oggettivi, non spiegati da condizioni mediche organiche o sottostanti malattie neurodegenerative documentabili. Le linee guida preliminari proposte in letteratura prevedono soprattutto “incongruenze” nella valutazione cognitiva e comorbidità psicopatologica. Il disturbo cognitivo funzionale può essere concepito come una variante cognitiva dei disturbi neurologici funzionali, e si presenta spesso in comorbidità con disturbi psicopatologici, o talvolta con condizioni mediche organiche. Il disturbo cognitivo funzionale è frequente nella pratica clinica e probabilmente sotto diagnosticato, venendo spesso inquadrato come *Mild Cognitive Impairment* o *Subjective Cognitive Decline*, due entità cliniche eterogenee e multieziologiche, verosimilmente precliniche della demenza, ma che spesso non evolvono in demenza o regrediscono (*non-converter*). Il disturbo cognitivo funzionale potrebbe quindi rappresentare una parte rilevante dei *Mild Cognitive Impairment non-converter*.

Metodi. In un’analisi retrospettiva di 115 pazienti consecutivi sono stati selezionati 47 soggetti controllo con diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* o Disturbo Cognitivo Soggettivo e 30 casi con sospetto disturbo cognitivo funzionale, sulla base dei criteri diagnostici proposti. È stata effettuata un’analisi statistica preliminare one-way ANOVA su ciascuna variabile.

Risultati. Il gruppo “funzionale” risultava significativamente maggiore nelle variabili: sesso femminile, anni dall’esordio, stressor/trauma all’esordio, comorbidità psicopatologica, disturbi attentivi, ed incongruenze nel profilo cognitivo. Sulla base dei risultati e delle osservazioni qualitative, abbiamo evidenziato quindi alcuni *clinical points* suggestivi di disturbo funzionale: 1) comorbidità psicopatologica; 2) sesso femminile; 3) incongruenza nel profilo cognitivo (preponderanza di disturbi attentivi; incongruenza tra risultati testistici, *complaints*, e funzionamento); 4) esordio >5 anni o dopo trauma/stressor; 5) assenza di declino cognitivo; 6) alta capacità descrittiva dei sintomi cognitivi (iperconsapevolezza). Questi criteri proposti tuttavia presentano bassa specificità e sensibilità, essendo presenti anche in altre condizioni di deterioramento cognitivo.

Conclusioni. La comorbidità con disturbi psicologici rappresenta uno dei principali *confounding factor* nella diagnosi di deterioramento cognitivo. L’interazione con la vulnerabilità psicologica (ansia, depressione, tratti ossessivi) può determinare disfunzioni cognitive in sé, oppure attraverso meccanismi quali l’iper-monitoraggio cognitivo e la distorsione metacognitiva, che costituiscono un fattore di mantenimento ed esacerbazione dei sintomi cognitivi. La diagnosi differenziale tra deterioramento cognitivo e disturbo funzionale richiede un approccio multidimensionale che includa: 1) osservazione clinica, 2) valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica, e 3) questionari sul funzionamento cognitivo. I disturbi cognitivi funzionali possono rappresentare una percentuale rilevante dei

Mild Cognitive Impairment non-converter, e potenzialmente reversibili, giovandosi spesso della psicoterapia, interventi psicoeducativi, riabilitazione cognitiva, e terapia psicofarmacologica. Il loro riconoscimento rappresenta una sfida clinica impegnativa ma necessaria per orientare i pazienti verso percorsi diagnostico-terapeutici differenziali.

IL CARICO ANTICOLINERGICO COME FATTORE PREDITTIVO DI PROGRESSIONE A DEMENZA

Saad Ali, Luppi Chiara, Presta Roberto, Margiotta Gaia, Bo Mario, Massaia Massimiliano
SCU Geriatria, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Introduzione. I farmaci ad azione anticolinergica sono frequentemente prescritti per il trattamento delle malattie croniche (es. diuretici dell'ansa, anticoagulanti, ipatropio, ossibutina) e psichiatriche (es. antidepressivi, antipsicotici, benzodiazepine). I pazienti anziani spesso polifarmacotrattati presentano un elevato carico anticolinergico. Molti studi hanno dimostrato come quest'ultimo si associ ad un rischio aumentato di sviluppare DNC maggiore nel soggetto *dementia-free* e ad una maggiore incidenza di delirium. È invece ancora poco robusta la letteratura che valuta l'impatto del carico anticolinergico nel paziente con DNC lieve sul dominio cognitivo e funzionale e sull'evoluzione a DNC maggiore.

Metodi. Studio osservazionale prospettico monocentrico su 220 pazienti afferenti a un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, con diagnosi clinica di Disturbo Neuro-Cognitivo Lieve. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicometrica di primo e di secondo livello e funzionale. Inoltre, per ciascuno è stato calcolato il carico anticolinergico utilizzando l'ACB (*Anticholinergic Cognitive Burden*) score, tramite la piattaforma *InterCheck*. L'*outcome* primario (conversione a DNC maggiore) è stato valutato in un periodo di *follow-up* di 24 mesi. L'analisi statistica ha incluso modelli di regressione di *Cox* per identificare se il carico anticolinergico fosse un predittore indipendente di fenocconversione.

Risultati. I risultati evidenziano come il 49,1% dei pazienti abbia un carico anticolinergico >1 al basale; in questo gruppo sono più frequenti le comorbidità psichiatriche. L'impiego di farmaci psicoattivi ed il numero mediano di farmaci cresce proporzionalmente all'aumento del carico anticolinergico ($p > 0,001$), così come il declino funzionale. Stratificando il campione in base al carico anticolinergico (ACB=0; ACB=1-2 e ACB >3) si osserva come l'incidenza cumulativa di conversione a DNC maggiore a 18 mesi aumenti all'aumentare del carico anticolinergico (ACB=0 del 15%; ACB 1-2 del 45% e ACB >3 del 43% con log Rank $p < 0,0001$). L'analisi di regressione di *Cox* multivariata ha mostrato che il carico anticolinergico è un predittore indipendente del rischio di fenocconversione a DNC maggiore (ACB=1-2; HR 3,32; IC95% 1,89-5,84; $p < 0,001$ e ACB ≥ 3 HR 3,19; IC95% 1,43-7,11; $p = 0,005$). Il MMSE corretto si conferma invece un fattore protettivo: per ogni punto in più al test cognitivo, il rischio di evento si riduce del 13% (HR 0,87; IC95% 0,83-0,92; $p < 0,001$).

Conclusioni. I dati supportano l'ipotesi che il carico anticolinergico rappresenti un predittore di conversione a demenza, sottolineando l'importanza nei soggetti con DNC lieve di strategie preventive di revisione terapeutica secondo i criteri di *Choosing Wisely* e di deprescrizione farmacologica (criteri *START & STOPP*) soprattutto nella popolazione anziana polifarmacotrattata.

TV DEI RICORDI TERAPIA COMPLEMENTARE PER LE DEMENZE

Scalzo Claudio

Casa dell'anziano San Camillo Carugate, Milano

Introduzione. Già dall'inizio degli anni 2000 gli esperti del settore si ponevano questa domanda: "La Televisione per le persone colpite dalla malattia Alzheimer è un bene o un male?" Dal 2010, all'interno della RSA San Camillo di Carugate, su proposta dell'ex Direttore Sanitario Francesco Salerno, è stato inserito il progetto "La TV DEI RICORDI", che nel tempo è diventato un progetto innovativo e che ha portato risultati tangibili. Siamo partiti da una scheda autobiografica per ogni partecipante, creando filmati, così da permettere alle persone che inserite nel progetto di riprendersi il passato con il ricordo di ciò che era noto nella loro vita. La TV DEI RICORDI è un trattamento non farmacologico, che dà all'ammalato la possibilità di esprimere le proprie emozioni, ricevere stimoli, creare una relazione empatica. Rivivendo le esperienze passate, l'ospite viene incoraggiato a comunicare con gli altri, cantare, riappropriarsi, seppur parzialmente, del senso ritmico e muoversi. Il progetto aiuta l'*équipe* della Casa di Riposo nella gestione dei disturbi comportamentali. La riduzione dei disturbi comportamentali viene verificata a tre, a sei, a dodici mesi dall'inizio del trattamento. Per la valutazione vengono utilizzati i seguenti strumenti:

- UCLA, la scala più diffusa per i disturbi non cognitivi associati alla demenza e una delle più utilizzate in neurologia;
- MMSE, la scala più utilizzata per i disturbi cognitivi associati alla demenza.

Metodi. Seguire un Protocollo e somministrazione dei video.

Risultati. Diminuzione disturbi comportamentali e contenzione fisica.

Conclusioni. Risultati Ottenuti: con video e Grafici.

L'IMPORTANZA DEI CENTRI DIURNI ALZHEIMER NEL COMUNE DI ROMA

Scoyni Raffaella Maria (a), Orlando Giulia (b), Pascucci Luisiana (c), Librobuono Noemi (d), Soloperto Giuseppina (a), Mareschi Francesco (b), Gentili Cecilia (b), Sgroi Daniela (a)

(a) *ASL Roma 3, Roma*

(b) *Comune di Roma Capitale, Roma*

(c) *Coop Sociale Nuova Socialità, Roma*

(d) *Coop Medi hospess, Roma*

Introduzione. Roma Capitale - Dipartimento Politiche Sociali e Salute, Direzione Servizi alla Persona, in collaborazione con le AASSLL Roma 1, Roma 2 e Roma 3, nella promozione, attivazione e monitoraggio di servizi socioassistenziali nell'ambito della semi-residenzialità, rivolti alle persone affette da Alzheimer, ha il mandato istituzionale di intervenire per la protezione, tutela e prevenzione del peggioramento clinico, soprattutto nei casi di grave emarginazione o laddove vi siano nuclei familiari in situazione di fragilità, che necessitano di assistenza.

Metodi. L'Ufficio Polo Cittadino Alzheimer e le AASSLL Roma 1, Roma 2 e Roma 3, da più di 20 anni promuovono e perseguono l'integrazione sociosanitaria dei servizi in favore della popolazione affetta da Alzheimer, attraverso l'erogazione integrata di interventi e prestazioni, all'interno dei Centri semi-residenziali, con l'obiettivo di rallentarne il declino cognitivo e migliorarne la qualità di vita e familiare. I Centri Diurni Alzheimer (C.D.A.) sono strutture socioassistenziali. Rappresentano un servizio di prevenzione secondaria e si configurano come luogo di accoglienza, tutela e assistenza per le persone affette da Alzheimer. Al loro interno è prevista la presenza di figure professionali socioassistenziali e sanitarie che garantiscono una presa in carico "globale", non solo del diretto beneficiario ma anche della sua famiglia.

Risultati. I CDA offrono un ambiente protetto e stimolante, che promuove il benessere cognitivo, fisico e relazionale del paziente, ritardando l'istituzionalizzazione definitiva, forniscono attività mirate, quali stimolazione cognitiva, terapia occupazionale, ginnastica dolce, laboratori manuali, socializzazione, animazione socioculturale, musicoterapia e orientamento alla realtà. La socializzazione e le attività riabilitative sono fondamentali per rallentare il declino cognitivo e mantenere le abilità residue, così da valorizzare le risorse personali del paziente. Tali benefici si estendono anche ai *caregiver*: il supporto offerto dalla struttura permette loro di ridurre stress e carico assistenziale, grazie a momenti di sollievo e a interventi psicoeducativi, informativi e formativi.

Conclusioni. Ogni Centro Alzheimer Dipartimentale ha una capacità recettiva giornaliera di n.16 posti, sono aperti dal lunedì al sabato, festivi esclusi. La frequenza è di tre giorni a settimana per ogni gruppo, per un totale quindi di 32 partecipanti. Le attività hanno inizio entro le ore 9:00 e si concludono alle ore 16:00. Inoltre il Dipartimento quest'anno ha aperto ulteriori due CDA, il primo nel Territorio della ASL Roma 3, "Centro Diurno SS Pietro e Paolo" e il secondo nel territorio della ASL Roma 2 "Alberto Sordi". Attraverso la recente approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con le Aziende Sanitarie Locali Roma 1,2, (prot. n. 27878 del 06/04/2023), è stata rafforzata la presenza sul territorio dei Centri Diurni afferenti al "Polo Cittadino Alzheimer".

◉ STIMOLAZIONE COGNITIVA IN PAZIENTI STRANIERI CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI: UNO STUDIO PILOTA NEL REPARTO ALZHEIMER, DAY HOSPITAL ALZHEIMER E NEL CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

Secreto Piero, Bisio Erika, Castellino Manuela

Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine della Consolata, Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino

Introduzione. Lo studio intende valutare l'efficacia della stimolazione cognitiva in pazienti stranieri affetti da disturbi neuro cognitivi, attraverso interventi svolti in diversi *setting* riabilitativi (Reparto Alzheimer, Day Hospital Alzheimer e Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze), e analizzare le eventuali sfide culturali e linguistiche.

Metodi. Lo studio ha coinvolto 20 pazienti stranieri con diagnosi di disturbo neurocognitivo lieve o maggiore di grado lieve/moderato, inseriti in gruppi misti (italiani e stranieri) in vari *setting* di riabilitazione. Tutti hanno partecipato a programmi di stimolazione cognitiva di gruppo, adattati alle loro esigenze linguistiche e culturali. Si è operato alla stesura di un percorso formulato *ad hoc* relativo alle diverse funzioni cognitive e riproducibile in successivi cicli. La valutazione delle funzioni cognitive è stata effettuata tramite il *Mini Mental State Examination* e il *Montreal Cognitive Assessment* prima e dopo un ciclo di 12 sedute di intervento. Sono stati raccolti, attraverso un questionario semi strutturato, dati qualitativi sulle difficoltà incontrate e sulle strategie di adattamento adottate dagli operatori.

Risultati. I pazienti stranieri hanno mostrato miglioramenti nelle funzioni cognitive con una variazione del *Mini Mental State Examination* da 22.6 a 23.9 (valore medio) e una modificazione nel *Montreal Cognitive Assessment* da 12.7 a 15.2 (valore medio). Le sfide principali, soprattutto per gli operatori, sono state legate alle barriere linguistiche e alle differenze culturali, che hanno influenzato la partecipazione alle attività e la loro conduzione.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che la stimolazione cognitiva è efficace anche in popolazioni straniere con disturbi neuro cognitivi, purché siano adottate strategie di personalizzazione culturale e linguistica. La collaborazione multidisciplinare e l'attenzione alle specificità culturali sono fondamentali per ottimizzare i risultati riabilitativi. La stimolazione cognitiva rappresenta un intervento promettente per i pazienti stranieri affetti da disturbi neuro cognitivi. È essenziale sviluppare programmi adattati alle diversità culturali e linguistiche, che tuttavia rimangano applicabili con efficacia a popolazioni miste, coinvolgendo un team multidisciplinare per superare le sfide e migliorare la qualità della vita di questi pazienti.

IMPATTO DELLA RIABILITAZIONE MOTORIA SULLE FUNZIONI COGNITIVE E FUNZIONALI IN PAZIENTI CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO: ESPERIENZA DAL FONDO NAZIONALE ALZHEIMER IN PIEMONTE

Secreto Piero (a), Castellitto Manuela (a), Fonte Gianfranco (b)

(a) *Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine della Consolata, Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino*

(b) *Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza, Torino*

Introduzione. L'aumento della prevalenza di Disturbi neuro cognitivi in Piemonte ha promosso l'implementazione di interventi integrati non farmacologici, volti a migliorare la qualità della vita dei pazienti. Nel contesto del Fondo Regionale Demenze (2021-2023), è stato condotto uno studio di intervento non controllato volto a valutare l'efficacia di un programma combinato di stimolazione motoria e cognitiva.

Metodi. Sono stati arruolati 220 pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo Lieve o Maggiore di grado lieve/moderato. I soggetti hanno partecipato ad un ciclo (12 sedute) di stimolazione motoria e cognitiva, condotte da un team multidisciplinare composto da fisioterapisti e neuropsicologi, con valutazioni pre (T0) e post-intervento (T1). Gli *outcome* principali hanno incluso misure di equilibrio e cammino (Tinetti Test), capacità di svolgere attività strumentali della vita quotidiana (IADL), autonomia nelle attività di base (ADL) e stato cognitivo globale (MMSE).

Risultati. I dati analizzati mediante ANOVA per misure ripetute e test di *Wilcoxon* hanno evidenziato miglioramenti statisticamente significativi nel Tinetti Test ($Z=-5.3483$, $p<0,001$) e nelle IADL ($F(1,219) = 20,34$, $p<0,001$), indicando un miglioramento dell'equilibrio, della deambulazione e delle capacità funzionali complesse. Non sono state osservate modifiche significative nei punteggi ADL ($p=0,438$) né nel MMSE ($p=0,153$), suggerendo stabilità delle funzioni cognitive globali e dell'autonomia di base nel breve termine.

Conclusioni. L'intervento riabilitativo integrato ha dimostrato un impatto positivo e significativo sull'equilibrio, la deambulazione e le capacità funzionali complesse in pazienti con Disturbo Neurocognitivo Lieve o Maggiore di grado lieve/moderato. La stabilità osservata nelle funzioni cognitive globali e nell'autonomia di base suggerisce che, sebbene il programma non determini miglioramenti cognitivi evidenti nel breve periodo, può contribuire a rallentare il declino funzionale. Tali risultati incoraggiano l'integrazione strutturata di programmi motori e cognitivi nella presa in carico multidisciplinare dei pazienti affetti da demenza, con potenziali riflessi positivi sulla qualità della vita. Questo studio sottolinea l'importanza di interventi multidisciplinari non farmacologici e indica la necessità di ulteriori ricerche controllate per approfondire gli effetti a lungo termine.

LE EVIDENZE SUL FARMACO LECANEMAB

Sorbi Sandro

Università degli Studi, Firenze

Introduzione. La malattia di Alzheimer è la principale causa di demenza. È una patologia neurodegenerativa progressiva, caratterizzata da declino cognitivo e funzionale. La progressione allo stadio successivo del *Clinical Dementia Rating* globale (ad esempio, da *Mild Cognitive Impairment ad Alzheimer* lieve, o da Alzheimer lieve a demenza moderata o grave) rappresenta un cambiamento clinicamente significativo, poiché ogni stadio comporta una maggiore perdita di funzionalità e una crescente dipendenza, con impatto sul paziente e sulla sua gestione clinica. I trattamenti disponibili finora si sono concentrati esclusivamente sulla gestione dei sintomi cognitivi e comportamentali, senza modificare il decorso della malattia. L'approvazione da parte dell'Agenzia Europea dei Medicinali di anticorpi monoclonali diretti contro la proteina beta-amiloide ha aperto nuove prospettive terapeutiche.

Metodi. Lecanemab è un anticorpo monoclonale umanizzato con duplice meccanismo d'azione: agisce selettivamente sulle protofibrille solubili di beta-amiloide, tra le forme più neurotossiche, e mantiene affinità anche per le fibrille insolubili. Questo meccanismo consente un'azione mirata sulle fasi iniziali della patologia, dove la neurodegenerazione non è ancora avanzata. L'Agenzia Europea ha approvato Lecanemab per il trattamento di pazienti adulti con diagnosi clinica di *Mild Cognitive Impairment* o demenza lieve dovuti alla malattia di Alzheimer (fase iniziale), che non siano omozigoti per l'allele ε4 del gene per l'apolipoproteina E, con patologia amiloide confermata.

Risultati. I risultati dello studio di fase 3 hanno mostrato coerenza tra gli endpoint clinici e biologici, con una riduzione significativa del carico amiloide cerebrale e una stabilizzazione dei biomarcatori di neurodegenerazione, coerenti con un effetto sulla fisiopatologia della malattia e un rallentamento significativo della progressione. Gli eventi avversi più rilevanti sono rappresentati dalle anomalie di *imaging* correlate all'amiloide, più frequenti negli omozigoti ApoE4 rispetto agli eterozigoti e ai non portatori. Tali eventi richiedono una gestione attenta e protocolli di monitoraggio dedicati, al fine di ridurre il rischio di effetti avversi clinici. I dati a lungo termine (fino a 36 e 48 mesi) suggeriscono che Lecanemab prolunga il tempo trascorso nella fase iniziale della malattia e ritarda la progressione verso la demenza moderata o grave, con aumento dell'efficacia nel tempo. Questo effetto cumulativo, espresso anche come tempo guadagnato, è rilevante per la qualità di vita di pazienti e caregiver. Il profilo di sicurezza è confermato anche dai dati *real world*.

Conclusioni. In conclusione, Lecanemab offre un beneficio significativo nei pazienti selezionati, agendo precocemente sul processo patologico e contribuendo a preservare funzioni cognitive, autonomia e indipendenza.

CRITICITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI ALLA DEMENZA

Spadin Patrizia

Presidente Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA), Milano

Sarebbe più facile mettere in luce le criticità nell'organizzazione dei servizi se si potesse obiettivamente valutare una rete integrata e adeguata ai bisogni delle persone malate. Ma la rete non c'è, e parlare di organizzazione dei servizi conduce inevitabilmente a evidenziare "mancanze". La prima, la più grave, è la mancanza di equità: le differenze regionali e territoriali di organizzazione di servizi, di finanziamento degli stessi, di diffusione di competenza, di possibilità di presa in carico, di facilità di accesso ad un percorso di cura, di costruzione di risposte adeguate ai bisogni, tutto contribuisce a rendere i malati, cittadini con diritti e possibilità diverse, abitanti di un Paese non equo nei loro confronti. Cosa sarebbe necessario? Un piano di investimenti strutturali per colmare le lacune organizzative, infrastrutturali, di personale dei CDGD (insufficienti alla diagnosi tempestiva e alla presa in carico di tutti i malati e adeguati solo in minimo numero alle necessità diagnostiche, di somministrazione e monitoraggio delle nuove terapie in arrivo); un PNRR a prova di Alzheimer, attraverso la declinazione della nuova sanità territoriale rispetto alle esigenze specifiche di tutte le fasi di malattia; un'assistenza competente e integrata, modulata sui bisogni, a costo calmierato.

NOTA SULL'IMPATTO DELLE RECENTI RIFORME LEGISLATIVE PER LE PERSONE CON DEMENZA

Tarantino Ciro

Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli

Introduzione. Gli effetti della pandemia da COVID-19 sulle persone anziane e/o con disabilità in termini di mortalità, morbidità e restrizioni alla socialità hanno dato impulso a un periodo di fermento legislativo volto a promuovere la transizione del sistema di welfare da una risposta centrata sulle istituzioni residenziali tradizionali a forme flessibili di supporto orientate alla personalizzazione degli interventi in attuazione degli articoli 2, 3, 31 e 38 della Costituzione e in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Metodi. La comunicazione si avvale delle tecniche di indagine proprie dell'esegesi normativa di stampo socio-giuridico per l'analisi degli impianti legislativi delle riforme in materia di disabilità (legge 22 dicembre 2021, n. 227) e di politiche in favore delle persone anziane (legge 23 marzo 2023, n. 33). L'assetto e le dinamiche del sistema di welfare ordinario saranno ricostruiti tramite i dati e i rapporti resi disponibili dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale.

Risultati. Dall'analisi emerge che il periodo pandemico ha reso evidente una strutturale fragilità del sistema integrato di interventi e servizi sociali a favore delle persone anziane e/o con disabilità e ne ha accelerato il processo di riforma secondo una dinamica orientata alla personalizzazione degli interventi, alla valorizzazione della dimensione comunitaria e alla tutela dei diritti fondamentali in atto da tempo sia sul piano nazionale che sul piano internazionale.

Conclusioni. Nei decreti legislativi di attuazione delle riforme legislative innescate dagli effetti pandemici permangono aree di ambiguità e indecisione rispetto agli assetti del welfare prossimo venturo per le persone anziane e/o con disabilità. Questi elementi irrisolti incidono in maniera particolarmente significativa sulla tutela della dignità sociale e dei diritti fondamentali delle persone con demenza e delle loro reti di supporto, soprattutto in merito alla strutturazione di forme dell'abitare assistito conformi a principi e diritti sanciti dalla Costituzione e dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Pertanto, si prospetta come necessario un confronto su modelli applicativi o emendativi delle riforme costituzionalmente e convenzionalmente orientati.

UN NUOVO APPROCCIO BASATO SU UN DIARIO PER LA VALUTAZIONE DEI SINTOMI NEUROPSICHIATRICI DELLA DEMENZA

Toccaceli Blasi Marco (a,b), Salzillo Martina (a,c), Buscarnera Simona (a), Nuti Filippo (a), Stanziale Caterina (a), Pecorari Chiara (a), Ottone Daria Agata (a), Salati Emanuela (a), D'Antonio Fabrizia (a,d), Canevelli Marco (a,e), Bruno Giuseppe (a,d)

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

(b) *BBRC, Barcellona beta Brain Research Center, Barcellona, Spagna*

(c) *Dementia Research Centre, University College, Londra, Regno Unito*

(d) *Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma*

(e) *Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm, University, Stoccolma, Svezia*

Introduzione. I sintomi neuropsichiatrici (NPS) rappresentano una delle manifestazioni più complesse e gravose della demenza. Le valutazioni standard e gli strumenti attualmente disponibili spesso non riescono a cogliere appieno la loro complessità, rendendo necessario lo sviluppo di approcci innovativi. In questo studio è stata esplorata l'applicazione di un diario per la caratterizzazione degli NPS in pazienti con demenza. Tale modalità di valutazione è stata confrontata con il *Neuropsychiatric Inventory* (NPI).

Metodi. Per lo svolgimento di questo progetto sono stati presi in considerazione tutti i pazienti ambulatoriali con demenza e NPS consecutivamente afferenti al Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) del Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma. Ai *caregiver* è stato consegnato un diario da compilare quotidianamente per un mese. Al termine del mese, un NPI standard (sNPI) è stato somministrato al *caregiver*, e due diverse versioni (dNPI-R1 e dNPI-R2) sono state ricostruite sulla base del diario da parte di due valutatori indipendenti. I *caregiver* hanno inoltre compilato un questionario di valutazione del diario. Per il confronto tra le diverse versioni dell'NPI è stata utilizzata un'ANOVA per misure ripetute con confronti *post-hoc* corretti secondo Bonferroni. Sono stati inoltre condotti modelli di regressione lineare multivariata per esplorare l'impatto di diverse covariate. Infine, il diario è stato analizzato in chiave qualitativa.

Risultati. Sono state arruolate 40 coppie paziente-*caregiver*. I pazienti erano per metà donne, e la maggior parte con demenza moderata (20 casi, 50%) e malattia di Alzheimer (19 casi, 45%). La maggior parte dei *caregiver* era costituita da partner (65%), prevalentemente donne (70%), con livelli di stress da lievi a moderati. Lo sNPI ha mostrato punteggi totali e tempi di somministrazione significativamente più elevati rispetto a entrambe le versioni del dNPI. Tali differenze si sono confermate anche per i punteggi relativi ad apatia, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione/disforia, ansia, disinibizione, disturbi del sonno e dell'alimentazione. Non sono emerse differenze significative tra dNPI-R1 e dNPI-R2. Il burden del *caregiver* è risultato associato a punteggi più elevati nella sNPI, ma non nelle dNPI.

Conclusioni. Il diario degli NPS si è dimostrato uno strumento ecologico, meno influenzato dallo stress del *caregiver*, rapido e di semplice utilizzo. Ha consentito una

caratterizzazione più articolata dei sintomi, evidenziando in particolare manifestazioni rare, fluttuazioni temporali, fattori scatenanti e strategie di risoluzione. L'integrazione del diario con le valutazioni cliniche standard e con gli strumenti comunemente impiegati potrebbe favorire una valutazione più completa dei sintomi neuropsichiatrici nella demenza.

LE EVIDENZE SUL FARMACO DONANEMAB

Torelli Federico

Medical Department Eli Lilly Italia, Sesto Fiorentino, Firenze

Introduzione. L'accumulo di amiloide- β sottoforma di placche amiloidi è un evento precoce nella patologia della malattia di Alzheimer (AD). I pazienti con AD sintomatico precoce possono beneficiare della rimozione dell'amiloide. Donanemab è un anticorpo monoclonale IgG1 contro una forma insolubile, modificata, troncata all'N-terminale di amiloide- β (N3pG) presente solo nelle placche cerebrali.

Metodi. Riportiamo dati di TRAILBLAZER-ALZ2, studio di fase 3, in doppio-cieco, placebo-controlled, su partecipanti di 60-85 anni con AD sintomatico precoce con patologia amiloide confermata e presenza di patologia *Tau*. Dati di efficacia a lungo termine derivano dallo studio di estensione (78 settimane) di TRAILBLAZER-ALZ2. Riportiamo anche dati di TRAILBLAZER-ALZ6, studio randomizzato, in doppio-cieco, di fase 3b su adulti con AD sintomatico precoce e presenza di patologia amiloide, confrontando il regime di dosaggio standard di Donanemab con tre bracci alternativi di dosaggio sulla frequenza di ARIA-E.

Risultati. TRAILBLAZER-ALZ2 ha arruolato 1.736 partecipanti. A 76 settimane, Donanemab ha raggiunto l'endpoint primario, rallentando la progressione del 22% nella popolazione generale e del 35% nel gruppo bassa-media *Tau*, misurata dalla *Integrated Alzheimer's Disease Rating Scale*. È stato osservato rallentamento del declino cognitivo e funzionale in tutti gli *outcome* clinici. Donanemab ha anche ridotto il rischio di progredire allo stadio successivo della malattia del 37% e del 39% nelle popolazioni generale e bassa-media *Tau*, rispettivamente. Sono state osservate variazioni significative nei biomarcatori: riduzione dell'84% dei livelli di placche amiloidi- β e del 35% di plasma P-*Tau*217. Gli eventi avversi erano più frequenti nel gruppo Donanemab rispetto al placebo. Il più comune era *Amyloid-Related Imaging Abnormalities-Edema* (ARIA-E): 24% nel gruppo Donanemab vs 1,9% nel placebo. Una frequenza maggiore di ARIA sintomatico e grave è osservata negli omozigoti APOE ϵ 4. Tre partecipanti hanno sperimentato ARIA grave con esito fatale. Reazioni correlate all'infusione sono state riportate nell'8,7% dei partecipanti Donanemab vs 0,5% nel placebo, con reazioni gravi o ipersensibilità in 3 partecipanti Donanemab. A 154 settimane, i trend supportano un potenziale beneficio per i partecipanti con inizio precoce del trattamento rispetto all'inizio ritardato. In TRAILBLAZER-ALZ6, una titolazione modificata di Donanemab ha ridotto il rischio di ARIA-E mantenendo la riduzione dell'amiloide. L'incidenza di ARIA-E era 14% con titolazione modificata rispetto a 24% con regime standard, una riduzione del rischio relativo del 41%.

Conclusioni. Tra i partecipanti con AD sintomatico precoce e patologia amiloide e *Tau* confermate, Donanemab ha rallentato significativamente la progressione clinica a 76 settimane. L'evento avverso più comune era ARIA, la cui incidenza e gravità possono essere ridotte dalla titolazione modificata.

TELEMEDICINA ALL'ASST VALCANONICA: PROGETTO PILOTA

Tosana Elisa (a,b), Cotelli Maria Sofia (b,c,d), Bettini Paolo (e), Furloni Roberto (e), Turla Marinella (a)

(a) CDCD ASST Valcamonica, Esine, Brescia

(b) Associazione Alzheimer Camuno-Sebino ODV, Brescia

(c) SSVD Neurologia Cognitivo Comportamentale Spedali Civili Brescia, Brescia

(d) Lions Clubs Distretto 108Ib2, Roma

(e) Medicina Generale ASST Valcanonica Esine, Brescia

Introduzione. Premesse ed obiettivi: secondo i dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2021, la Valle Camonica, situata nella Provincia di Brescia, conta una popolazione residente di circa 120.000 abitanti. L'indice di vecchiaia al 2020 risulta essere di 186,1. Detta popolazione presenta importanti necessità clinico-assistenziali ed una oggettiva difficoltà negli spostamenti a lunga distanza. Si rende pertanto necessario l'utilizzo della telemedicina ove possibile per la presa in carico dei pazienti. Obiettivi dello studio: migliorare l'accesso alle cure sanitarie, rendere più efficiente il *follow-up*, migliorare la qualità della vita, valutare l'efficacia della telemedicina in pazienti con patologie croniche e neurodegenerative seguiti agli ambulatori dell'ASST Valcamonica

Metodi. Criteri di inclusione: 1) Pazienti >70 anni con disabilità motoria (*Barthel* <75) e cognitiva (*MMSE* <10 o <15 se associato a disabilità motoria); 2) pazienti con patologie degenerative e croniche già in *follow-up* presso il CDCD ASST Valcamonica (vascolari, extrapiramidali...) con *CDR*>3; 3) pazienti privi di *caregiver* affidabile o impossibilitati a utilizzare mezzi di trasporto; 4) pazienti residenti nelle RSA territoriali in Valcamonica. Criteri di esclusione: 1) Pazienti senza un accesso adeguato alla tecnologia (ad esempio, internet o dispositivi per la telemedicina). 2) Pazienti che non sono in grado di comprendere o interagire con il sistema di telemedicina a causa di gravi *deficit* cognitivi (se affetti da decadimento cognitivo fondamentale la presenza di *caregiver*). Metodologia: presa in carico e inizializzazione del trattamento, programmazione delle visite, monitoraggio remoto, formazione dei pazienti e *caregiver*.

Risultati. Risultati attesi:

1. Miglioramento nella gestione delle patologie croniche.
2. Riduzione dei ricoveri ospedalieri.
3. Maggiore accessibilità alle cure per i pazienti.
4. Soddisfazione dei pazienti e *caregiver*.
5. Raccolta di dati per ottimizzare la gestione sanitaria.

Conclusioni. Conclusioni: in un contesto sanitario come quello della Valcamonica la telemedicina potrà costituire un supporto importante per medici, pazienti e familiari agevolando peraltro la sinergia tra ospedale e territorio.

IL PROGETTO IMMIDEM: CONFRONTO TRA LA POPOLAZIONE MIGRANTE ED UN GRUPPO DI CONTROLLO ITALIANO AFFERENTI AI CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA DELLA PROVINCIA DI MODENA

Tozzi Rossella (a), Guerzoni Valentina (a), Galli Chiara (a), Pafundi Teodosio (a), Mussi Chiara (b), Fabbo Andrea (c)

(a) UOC Geriatria Territoriale AUSL, Modena

(b) Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

(c) Direzione Sanitaria ASL, Asti

Introduzione. Negli ultimi anni si è osservato un incremento significativo del numero di migranti con disturbi cognitivi che vivono in Italia e che accedono ai servizi dedicati. Tuttavia, le conoscenze sulle caratteristiche cliniche e sociodemografiche di questa popolazione restano scarse. Il presente studio, condotto presso i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dell'AUSL di Modena nell'ambito del Progetto Immidem, si propone di descrivere tali caratteristiche, confrontare i pazienti migranti con un gruppo di controllo italiano e valutare l'applicabilità di strumenti di *screening* cognitivo culturalmente sensibili.

Metodi. Il campione è costituito da 60 pazienti con storia migratoria e 60 controlli italiani, sottoposti a valutazioni cliniche, anamnestiche e funzionali mediante scale standardizzate (ADL, IADL, CIRS, CFS, MNA-SF, CDR, NPI-UCLA) e test cognitivi (MMSE, RUDAS), per la raccolta dati è stata utilizzata la scheda CRF dell'Immidem Group. Nella popolazione migrante prevalgono donne (73,3%), con età media 78,3 anni e scolarità inferiore rispetto ai controlli. Le comorbidità più frequenti sono dislipidemia, disturbi gastrointestinali e osteo-articolari, mentre tra i principali fattori di rischio emergono inattività fisica e ipertensione arteriosa. La diagnosi più comune è la demenza, con prevalenza della forma vascolare e mista.

Risultati. Il confronto con la popolazione italiana mostra differenze significative nell'autonomia funzionale (ADL $p=0,022$), con i migranti che presentano compromissioni più marcate. Anche i punteggi ai test cognitivi risultano inferiori nei migranti (MMSE $18,17\pm7,30$; RUDAS $17,37\pm7,12$) rispetto ai controlli (MMSE $20,86\pm6,42$; RUDAS $20,22\pm6,24$). I punteggi medi alla scala CDR evidenziano una compromissione più marcata nei migranti rispetto ai controlli, suggerendo un accesso ai servizi in fase più avanzata di malattia. Tale differenza riflette possibili barriere linguistiche, culturali e socioeconomiche che ritardano il riconoscimento precoce, sottolineando l'importanza di strategie mirate di prevenzione e *screening* precoce. Sul piano terapeutico, i migranti accedono meno frequentemente a trattamenti non farmacologici (11,6% vs 38,3%), sebbene le differenze non siano statisticamente significative. La minor partecipazione potrebbe riflettere barriere linguistiche, culturali o logistiche.

Conclusioni. Lo studio evidenzia quindi come i migranti con disturbi cognitivi presentino quadri clinici complessi, peggiori livelli di autonomia e minore accesso a interventi riabilitativi rispetto ai pazienti italiani. Inoltre, sottolinea l'importanza di

strumenti valutativi culturalmente adattati e di strategie mirate per migliorare l'equità nell'accesso ai servizi. Sono necessarie ulteriori ricerche e interventi di politica sanitaria per ridurre le disuguaglianze, promuovere la formazione specifica degli operatori e potenziare il coinvolgimento delle comunità migranti.

EFFETTI DELL'INSULINA INTRANASALE SULLO STRESS OSSIDATIVO E SULLA BIOENERGETICA MITOCONDRIALE NELL'ALZHEIMER

Tramutola Antonella (a), Pagnotta Sara (b), Rolfi Lucrezia Romana (a), Di Domenico Fabio (a), Marzia Pierluigi (a), Greco Viviana (c,d), Urbani Andrea (c,d), Cassano Tommaso (b), Barone Eugenio (a)

(a) *Dipartimento di Scienze Biochimiche A. Rossi Fanelli, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi, Foggia, c/o AOU Ospedali Riuniti, Plesso di Medicina, Foggia*

(c) *Dipartimento di Scienze Biotecnologiche di Base, Cliniche Intensivologiche e Perioperatorie, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(d) *Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio e Malattie Infettive, Unità di Chimica, Biochimica e Biologia Molecolare Clinica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Roma*

Introduzione. L'insulino-resistenza cerebrale (bIR) incide profondamente sui principali processi patologici dell'invecchiamento e della malattia di Alzheimer (AD), poiché l'insulina regola il metabolismo cerebrale e le funzioni cognitive. Esiste un legame stretto tra bIR, stress ossidativo (OS) e disfunzioni mitocondriali, che contribuisce ai *deficit* cerebrali osservati nell'AD. Diversi studi suggeriscono che il trattamento con insulina intranasale (INI) migliori le prestazioni cognitive e riduca la neuropatologia dell'AD, sia nell'uomo che nei modelli murini. In questo studio ci siamo concentrati sull'interazione tra OS e bIR, testando l'ipotesi che il ripristino dell'attivazione del segnale insulinico cerebrale mediante INI possa migliorare la funzionalità mitocondriale e ridurre il danno ossidativo alle proteine in un modello murino di AD (3xTg-AD).

Metodi. Topi 3xTg-AD e *wild-type* (non-Tg) di 12 mesi sono stati trattati con INI (2 UI) o veicolo (soluzione fisiologica) a giorni alterni per 2 mesi. I livelli dei marcatori di OS, ossia la 3-Nitrotirosina (3-NT), sono stati valutati nella corteccia frontale. Successivamente, è stato impiegato un approccio di redox proteomica basato su elettroforesi bidimensionale (2-DE) per identificare specifici bersagli proteici delle modificazioni da 3-NT. Le funzioni mitocondriali sono state valutate misurando i complessi mitocondriali (OXPHOS) e le relative attività in tutti i gruppi.

Risultati. La somministrazione di INI ha ridotto i livelli di OS nei topi 3xTg-AD, con una significativa diminuzione dei livelli proteici di 3-NT. L'analisi di redox proteomica ha permesso di identificare diverse proteine con ridotte modificazioni da 3-NT, coinvolte in processi cruciali come la degradazione proteica e il metabolismo energetico, entrambi noti per avere un ruolo nella progressione dell'AD.

Conclusioni. In particolare, la riduzione delle modificazioni da 3-NT nelle proteine mitocondriali ha determinato un miglioramento dell'attività mitocondriale e del metabolismo energetico cerebrale. Questi risultati indicano che l'INI rappresenta un approccio promettente per ridurre il danno ossidativo alle proteine e ripristinare la bioenergetica mitocondriale nel cervello di persone affette da Alzheimer.

CONVENZIONE ONU SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ E IL RUOLO DEGLI AUSILI: I PERCORSI DI ASSISTENZA PROTESICA E I DATI DI FOLLOW-UP IN GERIATRIA TERRITORIALE A MODENA

Trioschi Devis (a), Vaccina Antonella Rita (a), Padovani Elena (b), Nenna Claudio (a), Pafundi Teodosio (a)

(a) *Dipartimento Di Cure Primarie, UOC Geriatria Territoriale, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, Azienda USL, Modena*

(b) *Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*

Introduzione. La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006 rappresenta un importante strumento giuridico internazionale volto a promuovere, proteggere e garantire il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani da parte delle persone con disabilità. All'interno della Convenzione, particolare rilievo è attribuito al tema degli ausili e delle tecnologie assistive, considerati elementi chiave per l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva delle persone con disabilità. In particolare, l'articolo 20 (Mobilità personale) e l'articolo 26 (Riabilitazione) sottolineano l'impegno degli Stati aderenti a facilitare l'accesso agli ausili per la mobilità, renderli economicamente accessibili e adatti alle diverse esigenze individuali. Gli ausili non sono visti solo come strumenti tecnici, ma come diritti inalienabili abilitanti, indispensabili per superare le barriere e garantire pari opportunità in tutti gli ambiti della vita: dall'istruzione al lavoro, dalla mobilità alla comunicazione. La convenzione ONU afferma e ribadisce il passaggio da un approccio medico a L'obiettivo di questo studio è misurare gli effetti sulla soddisfazione relativa ai percorsi di assistenza protesica svolti in UOC Geriatria Territoriale da una mini-*equipe* TO+Medico Geriatra nei 7 CDCD dell'AUSL di Modena durante il 2023 e il 2024 e confrontare i dati emersi con un campione relativo al follow up delle prescrizioni dei MMG del 2024. assistenziale a uno basato sui diritti umani, in cui gli ausili diventano veri e propri strumenti di cittadinanza. L'obiettivo di questo studio è misurare gli effetti sulla soddisfazione relativa ai percorsi di assistenza protesica svolti in UOC Geriatria Territoriale da una mini-*equipe* TO+Medico Geriatra nei 7 CDCD dell'AUSL di Modena durante il 2023 e il 2024 e confrontare i dati emersi con un campione relativo al follow up delle prescrizioni dei MMG del 2024.

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 alla qualità del processo di valutazione. Gli strumenti utilizzati sono i seguenti:

- 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]. Popolazione oggetto dell'indagine con prescrizione in UOC Geriatria Territoriale: pazienti in carico ai 7 CDCD dell'AUSL di Modena che hanno ricevuto almeno una valutazione ausili nel 2023 e nel 2024 da parte di

un terapeuta ocupazionale e la prescrizione di un medico geriatra (TO-G). Popolazione oggetto dell'indagine con prescrizione da parte del medico di medicina generale (MMG): primo trimestre 2024 in 2 distretti dell'AUSL di Modena.

Risultati. Nel biennio 2023-2024 nei 7 CDCD dell'UOC Geriatria Territoriale di Modena sono stati suggeriti dai terapisti occupazionali 949 ausili/tecnologie in favore di 403 pazienti di cui hanno risposto all'intervista telefonica 284 dei rispettivi *caregiver*. Considerando che ogni paziente mediamente ha ricevuto più di un ausilio, sono stati somministrati complessivamente 447 QUEST 2.0 e 274 KWAZO. In UOC Geriatria Territoriale i dati relativi al QUEST 2.0 (TO-G) esprimono una soddisfazione totale media elevata, tra il "piuttosto soddisfatto" ed il "molto soddisfatto" (media=4,53), i dati relativi al KWAZO riportano valori in media molto alti per il percorso ausili: tra "buono" e "molto buono" (media=4,48). Nei percorsi di assistenza protesica con prescrizione del MMG nel primo trimestre 2024 è stato possibile intervistare 100 *caregiver* raccogliendo rispettivamente 153 QUEST 2.0 (media=3,99) e 100 KWAZO (media=4,03). Dall'analisi delle medie complessive dei test è risultato un punteggio di 3,99 nel QUEST 2.0 e un punteggio di 4,03 nel KWAZO. L'item 12 del QUEST 2.0 (relativo al servizio di verifica e di controllo nel tempo dell'ausilio) ha totalizzato una media complessiva di 1 ("per niente soddisfatto") e l'item 6 del KWAZO (che si riferisce alla considerazione che i professionisti hanno avuto dell'opinione e dei desideri del paziente riguardo alla scelta dell'ausilio) ha conseguito una media totale di 2,09 ovvero "mediocre".

Conclusioni. L'indagine ha permesso, per la prima volta in Italia, di raccogliere dati di follow relativi ai percorsi di assistenza protesica e alle valutazioni ausili in un'ampia popolazione di persone con demenza. Dall'indagine emerge una maggiore soddisfazione rispetto agli ausili valutati e prescritti in UOC Geriatria Territoriale (TO-G) evidenziando una differenza di 1,25 pt. nel QUEST 2.0 SERVIZIO e di 0,54 pt. nella media complessiva. I dati relativi al KWAZO fanno emergere una media di 0,45 punti a favore dei percorsi di valutazione in cui sono coinvolti i terapisti occupazionali e i medici geriatri. Pur considerando che emerge una soddisfazione buona in UOC Geriatria Territoriale in AUSL a Modena sia riferita agli ausili valutati che ai relativi percorsi, al fine di uniformare le prestazioni tra i vari distretti e migliorare l'appropriatezza prescrittiva, si ritiene utile mettere in campo le seguenti azioni:

- continuare le attività formative relative alla valutazione ausili iniziate nel 2023 in favore degli operatori dei CDCD raccogliere dati di follow up del nuovo Servizio di Valutazione Ausili Domiciliare (SVAD) che dal 2024 sta svolgendo un'attività di consulenza e informazione sugli ausili e gli adattamenti del domicilio in stretta sinergia con gli operatori dei CDCD territoriali.

ANALISI RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI ASSISTENZA CENTRATO SULLA PERSONA RIVOLTO AGLI UTENTI AFFETTI DA DEMENZA DELLE RESIDENZE SANITARIE PER ANZIANI DELLA PROVINCIA DI MODENA

Turci Marina (a), Barbieri Sara (a), Bevilacqua Petra (a), Fantuzzi Angelica (b), Manni Barbara (a), Mannina Massimo (a), Pilato Debora (c), Rignanese Maria (a), Talmo Giulia (a), Tozzi Rossella (a), Veschi Mara (a), Zavatta Elena (a), Fabbo Andrea (d), Pafundi Teodosio (a)

(a) UOC Geriatria Territoriale AUSL, Modena

(b) Università degli Studi, Bologna

(c) Università degli Studi, Parma

(d) Direzione Sanitaria ASL, Asti

Introduzione. Le persone con demenza nelle strutture residenziali per anziani richiedono cure specializzate e personalizzate. Da qui è nata l'esigenza di creare un progetto formativo rivolto alle Residenze Sanitarie per Anziani (RSA) della Provincia di Modena con l'obiettivo di migliorare in modo concreto e misurabile la qualità di vita delle persone con demenza attraverso l'adozione di un modello di assistenza centrato sulla persona e di potenziare le competenze del personale sociosanitario presente nelle RSA.

Metodi. Il percorso ha coinvolto l'intero staff delle strutture, affiancato da facilitatori interni ed esterni, e si è articolato in diverse fasi: (1) valutazione iniziale degli ambienti e delle pratiche assistenziali; (2) definizione condivisa di obiettivi di miglioramento e di indicatori specifici; (3) formazione in plenaria (lezioni frontali, discussione di casi clinici, lavori di gruppo) e sul campo con tutor esperti; (4) verifica degli esiti mediante valutazioni pre e post intervento con strumenti quantitativi (*Dementia Attitude Scale*, DAS; *Caregiver Difficulty Scale*, CDS; quesiti conoscitivi sul tema della demenza e dei BPSD) e qualitativi (domande aperte: esempio: "per quali motivi una persona con demenza potrebbe non dormire di notte?").

Risultati. I risultati indicano un significativo miglioramento degli atteggiamenti del personale verso la demenza (DAS: $M_{pre}=110,87$, $M_{post}=115,46$; $p<0,001$) e una riduzione delle difficoltà percepite nell'assistenza (CDS: $M_{pre}=79,70$, $M_{post}=69,80$; $p<0,001$). L'analisi delle singole domande ha evidenziato un lieve incremento, non statisticamente significativo, nella percentuale di risposte corrette a quesiti conoscitivi (dal 45% al 53% e dal 60% al 68%). Al contrario, il numero medio di elementi riportati nelle risposte aperte è aumentato in modo significativo in più ambiti: ad esempio nella domanda 3 ($M_{pre}=4,76$, $M_{post}=5,41$; $p=0,001$), nella domanda 4 ($M_{pre}=3,52$, $M_{post}=4,03$; $p=0,005$) e nella domanda 5 ($M_{pre}=3,25$, $M_{post}=3,90$; $p<0,001$).

Conclusioni. Un percorso formativo continuo e personalizzato centrato sulla persona si è dimostrato efficace nel migliorare l'atteggiamento degli operatori e nel ridurre le difficoltà percepite nell'assistenza, con potenziali ricadute positive sulla qualità della cura nelle RSA e sul benessere dei professionisti impegnati nella cura. Questi risultati suggeriscono che un

approccio multidisciplinare centrato sulla persona possa promuovere un cambiamento culturale duraturo nei servizi residenziali per anziani, contribuendo a garantire maggiore benessere dei professionisti e degli utenti e dignità e qualità di vita alle persone con demenza.

IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI ASSISTENZA CENTRATO SULLA PERSONA RIVOLTO AGLI UTENTI AFFETTI DA DEMENZA DELLE RESIDENZE SANITARIE PER ANZIANI DELLA PROVINCIA DI MODENA

Turci Marina (a), Barbieri Sara (a), Bevilacqua Petra (a), Fantuzzi Angelica (b), Manni Barbara (a), Mannina Massimo (a), Pilato Debora (c), Rignanese Maria (a), Talmo Giulia (a), Tozzi Rossella (a), Veschi Mara (a), Zavatta Elena (a), Fabbo Andrea (d), Pafundi Teodosio (a)

(a) UOC Geriatria Territoriale AUSL, Modena

(b) Università degli Studi, Bologna

(c) Università degli Studi, Parma

(d) Direzione Sanitaria ASL, Asti

Introduzione. Il progetto formativo rivolto alle Residenze Sanitarie per Anziani della Provincia di Modena nasce con l'obiettivo di migliorare in modo concreto e misurabile la qualità della vita delle persone con demenza, attraverso l'adozione di un modello di assistenza realmente centrato sulla persona. Questo percorso (che ha già coinvolto 28 residenze) si configura come un percorso continuativo, che accompagna le strutture nell'individuazione e realizzazione di obiettivi di miglioramento graduali, condivisi e sostenibili.

Metodi. Il programma prevede il coinvolgimento di una pluralità di figure: facilitatori esterni (professionisti dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze quali medici, infermieri, psicologi, terapisti occupazionali), facilitatori interni selezionati all'interno delle strutture, l'équipe di coordinamento (coordinatori, responsabili di nucleo, medici, fisioterapisti, animatori e altre figure professionali), oltre all'intero staff delle RSA. Questa rete di competenze garantisce sia un supporto tecnico-specialistico sia un impegno quotidiano nel promuovere il cambiamento. Il percorso si articola in diverse fasi: 1) una valutazione iniziale degli ambienti e delle pratiche assistenziali; 2) la definizione di obiettivi concreti con indicatori specifici di risultato; 3) momenti formativi in plenaria e workshop esperienziali; 4) la verifica degli esiti raggiunti con analisi dei dati e raccolta di impressioni qualitative (tramite l'uso di un questionario personalizzato e le scale DAS e CDS).

Risultati. Gli obiettivi includono la riduzione del ricorso a psicofarmaci e contenzioni fisiche, la capacità di leggere i disturbi del comportamento come espressione di bisogni non soddisfatti, la creazione di ambienti più familiari e personalizzati, e l'implementazione di attività significative che diano valore alla quotidianità delle persone con demenza. Uno dei punti di forza del progetto è la sua natura personalizzata: i contenuti e gli interventi sono calibrati sulle esigenze di ciascuna struttura, con l'intento di valorizzare le buone pratiche già presenti e affrontare le aree di criticità. La presenza dei facilitatori interni, supportati dai colleghi esterni, garantisce continuità, favorendo un processo di miglioramento che prosegue oltre la formazione iniziale. Inoltre, l'uso di indicatori comuni permette di confrontare i risultati tra diverse strutture, creando le condizioni per studi di efficacia e per la diffusione del modello in altri contesti.

Conclusioni. Il progetto si propone non solo di accrescere le competenze del personale, ma anche di stimolare un cambiamento culturale che parta dal linguaggio e arrivi alle pratiche

quotidiane di cura. Questo percorso si fonda sull'idea che solo un approccio centrato sulla persona può garantire dignità, benessere e qualità di vita alle persone con demenza ospitate nelle RSA.

ANALISI PER RESPONDER NELLA FARMACOLOGIA CLINICA DELLE DEMENZE

Nicola Vanacore

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

Il profilo beneficio-rischio del lecanemab e donanemab è ampiamente discusso nella comunità scientifica al punto che FDA ed EMA hanno approvato i due farmaci con importanti differenze nel profilo genetico dei pazienti candidati al trattamento (APOE) e nell'uso concomitante di altre terapie (es. terapia anticoagulante). Dalle evidenze disponibili in letteratura si stima che circa il 10% dei pazienti che afferiscono ad un CDCD saranno candidati al trattamento. L'analisi per *responder* clinico potrebbe contribuire ad una maggiore comprensione dell'efficacia di questi farmaci in quanto si basa sull'applicazione del costrutto del *Minimum Clinically Important Difference* (MCID) ai risultati ottenuti nel *trial* registrativi del lecanemab e donanemab. Gli *end-point* principali del *trial* Clarity AD (lecanemab) e del *trial* Trailblazer-ALZ 2 (donanemab) sono stati definiti utilizzando rispettivamente le Scale CDR-SB (*Clinical Dementia Rating Scale-Sum of Boxes*) e la iADRS (*integrated Alzheimer Disease Rating Scale*). La CDR-SB misura la gravità della demenza valutando le prestazioni cognitive e funzionali del paziente in sei aree: memoria, orientamento, giudizio e soluzione dei problemi, gestione della vita sociale e lavorativa, gestione della casa e degli hobby, e cura della persona. La iADRS misura i cambiamenti nel paziente integrando le valutazioni di due scale preesistenti: l'ADAS-Cog (cognizione) e l'ADCS-iADL (funzioni strumentali della vita quotidiana) fornendo quindi una valutazione globale della gravità della malattia, combinando la valutazione delle capacità cognitive e delle funzioni quotidiane in un'unica misura. La prima scala ha un punteggio che varia da 0 a 18 ed una variazione di 0,98 punti è considerata clinicamente rilevante per un paziente con MCI e di 1,63 punti per un paziente con demenza lieve. La seconda scala ha un punteggio che varia da 0 a 144 e una variazione di 5 punti è considerata clinicamente rilevante per un paziente con MCI e di 9 punti un paziente con demenza lieve. Queste informazioni attualmente non sono disponibili né dalle pubblicazioni dei *trial* registrativi né dalle analisi statistiche richieste alle case farmaceutiche da parte delle autorità regolatorie. In una prospettiva di sanità pubblica invece l'analisi per *responder* potrebbe consentire di definire il *pattern* clinico e biologico del paziente che ha tratto il beneficio clinico dalla somministrazione del lecanemab o donanemab e conseguentemente caratterizzarne anche il profilo di rischio. In una fase in cui le autorità regolatorie nazionali si troveranno a definire le regole della rimborsabilità dei farmaci queste informazioni unitamente all'applicazione di modelli di stratificazione del rischio della popolazione (es. nomogramma di INTERCEPTOR) potrebbero consentire di utilizzare al meglio le risorse disponibili in una prospettiva di appropriatezza clinica e terapeutica.

FARE MEMORIA L'INFLUENZA DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO SULLA COGNIZIONE

Zanetti Michela (a), Mosca Irene Eleonora (a), Napolitano Alessandro (a), Pallotti Serena (a), Attuoni Carola (b), Bellini Davide (b), Grassi Greta (b)

(a) CDCD Apuane, Azienda Toscana Nord Ovest, Z/D e PO NOA Apuane, Carrara

(b) UOC Continuità Ospedale -Territorio Azienda Toscana Nord Ovest, Z/D e PO Apuane, Carrara

Introduzione. Le evidenze scientifiche degli ultimi venti anni hanno chiarito come il sistema nervoso autonomo sia alla base dell'ingaggio sociale e della relazione. I risultati preliminari presentati in questo lavoro riguardano la prima fase del progetto di ricerca-intervento FAREMEMORIA e si pone come obiettivo quello di misurare gli esiti di una valutazione e della stimolazione cognitiva effettuate in *setting* "ecologici", rilassanti e spontanei, a forte connotazione relazionale. La finalità è quella di studiare l'influenza del sistema nervoso autonomo sui compiti cognitivi superiori. La letteratura scientifica ha evidenziato la centralità della socializzazione e della dimensione di interconnessione tra individui come fattore protettivo nella fase di invecchiamento. Parimenti le "cognizioni spontanee" (attività mentali a innesco spontaneo e involontario, *mind wandering*) e le memorie autobiografiche involontarie come fattore predittivo del disturbo neurocognitivo. Le evidenze neuropsicologiche mostrano che i pazienti con deterioramento cognitivo minore manifestano *deficit* maggiori nei compiti che richiedono un recupero spontaneo rispetto a quelli più strategici, che necessitano di un recupero intenzionale. Questo fenomeno è noto come "ipotesi del *deficit* di recupero spontaneo". L'ipotesi maggiormente accreditata è che ciò sia dovuto all'intervento del sistema nervoso autonomo che si attiva nei *setting* di valutazione diagnostico-clinici.

Metodi. Il presente studio è monocentrico, interventistico non randomizzato, in aperto. La popolazione, arruolata previa valutazione neuropsicologica, comprende 60 partecipanti, 30 con assenza di disturbo cognitivo e 30 con declino cognitivo minore. A tutti i soggetti viene proposta la partecipazione ad un'attività sperimentale suddivisa in due sessioni:

- prova con performance;
- prova senza performance.

Metà del campione partecipa al percorso di stimolazione socio-cognitiva. L'intervento prevede incontri di gruppo con prove ecologicamente sostenibili senza la componente di performance e materiale multisensoriale, in un contesto ludico, per promuovere un senso di autoefficacia, migliorare le capacità relazionali e benessere inteso in un'ottica biopsicosociale. L'altra metà dei partecipanti non esegue nessuna attività. Al termine del percorso tutti sono sottoposti ad un controllo dell'umore e una valutazione neuropsicologica.

Risultati. I risultati preliminari effettuati su un campione di 34 soggetti avvalorano l'ipotesi che l'intervento entro coordinate ecologicamente sostenibili, migliora sia le capacità cognitive che l'umore. L'assenza di performance garantisce una maggiore produzione di memorie (cognizioni spontanee) nell'invecchiamento sano.

Conclusioni. Tali risultati incoraggiano i ricercatori a spostare il focus dai processi cognitivi strategici e volontari verso lo studio dei processi di recupero spontaneo e *setting* che tengano conto dell'influenza del sistema nervoso autonomo sulle cognizioni.

INDICE DEGLI AUTORI

Acciarri Cristina	3	Berra Silvia	46
Aguzzetti Giorgia	29	Berti Angela	37
Allegri Nicola	116	Bertino Salvatore	38
Amadoro Giuseppina	70	Bettini Paolo	131
Ambrosino Immacolata	6	Bevilacqua Petra	137; 139
Ancidoni Antonio 17; 19; 77; 87; 88; 116		Binetti Giuliano	38
Anesi Adriano	31	Biscetti Leonardo	46
Angelacola Stefania	3	Bisio Erika	123
Angeloni Rossano	3	Bo Mario	93; 120
Anselmi Matteo	31	Bolzetta Francesco	62
Anzivino Pierluigi	31	Bonanni Rita	27
Arosio Francesca	5	Boniforti Laura	99
Assogna Martina	118	Borroni Barbara	28; 38
Atripaldi Danilo	6	Boso Federica	31
Attuoni Carola	142	Bosone Daniele	116
Atzori Tiziana	38	Bottiroli Sara	116
Bacigalupo Ilaria 8; 10; 17; 19; 20; 77; 96		Bottoni Alessandro	29
Baglieri Annalisa	12	Bovo Stefano	55
Baglio Francesca	38	Brembati Viviana	46
Baiardi Simone	46	Brianzoni Irene	115
Balestrini Yuri	3	Bruno Giuseppe	34; 98; 128
Barbagallo Mario	62	Brusamolino Simona	65
Barbieri Sara	137; 139	Bucci Cristina	30
Baroncini Caterina	37	Buganza Manuela	31; 55; 79
Barone Eugenio	134	Bulgaresi Matteo	33
Bartoletto Marta	38	Buonincontri Veronica	6
Bartolo Michelangelo	14	Burla Silvia	64
Bartolomei Luigi	60	Buscarnera Simona	34; 98; 128
Barucci Riccardo	33	Busti Sara	35
Basoccu Chiara	91	Caffarra Paolo	87; 88
Basso Cristina	15	Calabrese Marco	79
Battistini Luca	46	Calabrò Rocco Salvatore	38
Belfiore Marcello	57	Calatozzolo Chiara	36
Bellazzi Veronica	118	Caleri Veronica	37
Bellini Davide	142	Campana Elena	38
Bellini Sonia	38	Campana Gabriele	57
Bellomo Guido	17; 19; 20; 77	Campisi Simona	38
Benvenuti Enrico	33	Canazza Alessandra	36
Berardinelli Manuela	22	Candio Paolo	55
Bergamin Enrico	23	Canese Rossella	49; 57
Bergamo Filippo	25; 26	Canevelli Marco	34; 40; 98; 128
Bernaroli Laura	12	Cannarella Giovanna	38

Cantarella Alessandra.....	26	D' Errico Mariarosaria.....	49
Capasso Andrea.....	113	Da Cas Roberto	87; 88
Cappa Stefano.....	46	D'Agostino Eleonora	43
Cappella Marisa	100	Dallabona Monica.....	31
Caraglia Naïke	46	Dalocchio Carlo	82
Caramelli Francesca	37	D'Andria Maria Flora.....	37
Carbone Elena	100	D'Antoni Fabrizia.....	128
Cardinali Patrizio	3	Davin Annalisa	66
Carli Ballola Luca	30	De Biasi Francesca.....	15
Carminati Alessandro.....	65	De Caprio Bernardetta	91
Casanova Anna.....	79	De Franco Valentino	116
Cassano Tommaso	134	De Luca Gabriele	49
Castellana Chiara	41	De Marco Stefania.....	43
Castellano Katia	42	De Napoli Federica	60
Castellitto Manuela.....	123	De Pasquale Lisa.....	12
Castellitto Manuela	124	De Salvo Simona.....	38
Cattaneo Nicoletta.....	99	De Zanche Andrea	60
Cazzaniga Federico Angelo	46	Del Chicca Marta	23
Cazzaro Romica	15	Del Lungo Ilaria.....	33
Ceccon Anna	15	Del Re Lorenzo Maria	33
Chemotti Silvia	31; 59	Del Torto Alessandro.....	38
Chiodo Simone.....	110	Della Gatta Francesco	20; 63; 77
Chirico Mattea.....	49	Della Rocca Mattia	51
Ciappelloni Lucrezia	14	Di Bari Michele Angelo.....	53
Ciarla Claudia	64	Di Domenico Fabio	134
Ciccola Alessia.....	3	Di Fiandra Teresa.....	17; 19; 54; 113
Cinquemani Tiziana	75	Di Fonzo Alessio.....	46
Cintoli Simona	23	Di Francesco Giacomina.....	76
Claudi Alessandra.....	43	Di Giacopo Raffaella	31; 55; 79
Colombo Mauro	115	Di Matteo Federica	102; 103
Comanducci Angela	38	Diana Sofia	98
Contrucci Lucia.....	44	Dipol Teresa.....	57
Corsi Sara.....	23	Doci Mimoza	59
Costa Alfredo.....	116	Dognini Elisa	38
Costagliola Antonella.....	60	Dorigo Marianna.....	29
Cotelli Maria	38; 46	Dotta Federica.....	42
Cotelli Maria Sofia.....	131	Durante Giorgia	60; 62
Cotroneo Antonino Maria	93	Durante Rocco	99
Cotta-Ramusino Matteo	116	Elia Chiara Adriana.....	46
Cova Ilaria.....	105; 106	Esposito Marco	65
Crescenti Daniela.....	46	Esposito Sabrina	6
Crestini Alessio	49	Fabbo Andrea..	12; 25; 44; 132; 137; 139
Critelli Adriana.....	60	Fabbri Maurizio	60
Crivellari Stefano	60	Fabris Silvia	109
Cucumo Valentina.....	106	Fabrizi Elisa	17; 19; 20; 63; 77; 100; 116
Custodero Carlo	62	Facchinetti Roberta	64

Faccio Lucilla.....	98	Gentili Cecilia.....	122
Fantuzzi Angelica.....	137; 139	Geviti Andrea.....	46
Fascendini Sara.....	65	Ghidoni Roberta.....	38; 46
Favaretto Alice.....	60	Giaquinto Francesco.....	8; 10; 96
Federici Flavia.....	14	Giometto Bruno.....	31; 55
Feligioni Marco.....	57	Giordano Maria.....	6
Fenoglio Chiara.....	46	Giovanelli Simona.....	65
Fenu Giulia.....	74	Gobbi Elena.....	38
Ferrari Riccardo Rocco.....	66	Govoni Stefano.....	73; 116
Ferrino Salvatore.....	67	Grande Veronica.....	110
Fiaccadori Chiara.....	35	Grassi Creta.....	142
Fiorini Cristian.....	29	Grassi Daniela.....	110
Fontanari Anita.....	101	Grassi Roberta.....	29
Fonte Daniele.....	110	Grassi Vanna.....	99
Fonte Gianfranco.....	124	Greco Viviana.....	134
Forconesi Fabrizio.....	3	Grifoni Gianluca.....	110
Forlanelli Giovanna.....	68	Griggio Sara.....	26
Forloni Gianluigi.....	46	Guaita Antonio.....	36; 66; 115
Fortini Paola.....	49	Guarducci Caterina.....	37
Fortuna Andrea.....	57	Guarneri-Bina Claudia.....	75
Fragiacomo Federica.....	91	Guarnerio Chiara.....	74
Franceschi Claudio.....	69	Guasco Noemi.....	6
Franciotta Diego.....	31	Gucciardino Liana.....	75; 76
Frenna Mariangela.....	75	Guerini Franca Rosa.....	46
Frenza Alessia.....	70	Guertera Gisella.....	46
Frisone Giovanni.....	34	Guerzoni Valentina.....	44; 132
Frisoni Giovanni B.....	46	Guglielmi Carmela.....	41
Fumagalli Marco.....	68	Guizzetti Milena.....	65
Funarò Cira.....	106	Iaratro Simone.....	14
Fundarò Cira.....	82; 84; 105	Iennaco Antonio.....	6
Furlan Enrico.....	15	Imarisio Alberto.....	46; 116
Furlan Roberto.....	46	Iorio Egidio.....	49
Furloni Roberto.....	131	Ippoliti Ilaria.....	87; 88
Gabelli Carlo.....	71	Izzicupo Fabio.....	113
Gainotti Sabina.....	113	Keller Karin.....	116
Galbiati Valentina.....	65	Klein Aude.....	42
Galetti Marcello.....	42	Koch Giacomo.....	57
Galli Alice.....	62	La Sala Paola.....	75; 76
Galli Chiara.....	132	La Spina Isidoro.....	74
Gallo Federica.....	42	Lachi Chiara.....	30
Gallo Livia.....	26; 62; 91	Lacorte Eleonora.....	17; 19; 77; 100
Gallo Stefania.....	99	Lanni Cristina.....	73
Gambardella Michele.....	29	Lanzoni Alessandro.....	44
Gambino Caterina Maria.....	62	Latina Valentina.....	70
Garibotto Valentina.....	34	Leandri Emanuele.....	29
Gasparini Marina.....	113	Librobuono Noemi.....	122

Locuratolo Nicoletta	10; 17; 19; 77; 87; 88; 96; 100	Matascioli Fabio	6; 8; 10; 96
Lodi Raffaele	46	Mecarini Francesca	110
Loizzo Stefano	57	Meccia Ettore	49
Lombardi Alessandra	31; 79; 101	Medici Valentina	36
Longo Chiara	79	Mei Michela	30
Lorenzini Patrizia	8; 10; 20; 96	Meloni Vanessa	110
Lucarelli Giulia	37	Menegazzo Elisabetta	60
Luppi Chiara	93; 120	Mezzocolli Ilenia	15
Macri Asia	29	Milan Enrica	91
Madrigali Sara	80	Milan Marta	60
Maestri Antonella	116	Milioni Marco	92
Maestri Giorgia	105; 106	Militello Eva	75
Mafferra Alessandra	82	Minozzi Rita	44
Maffoni Marina	82; 84	Miraglia Francesca	46
Maggio Maria Grazia	38	Miserini Michela	110
Maggiore Laura	106	Mittica Giampaolo	93
Magnani Annalisa	82; 84	Moda Fabio	46
Maione Raffaella	38	Moltoni Daniela	110
Malegori Matteo	65	Morana Paola Patrizia	12
Malosio Maria Luisa	46	Moret-Tatay Carmen	63
Mancini Edoardo Maria	110	Moroni Monica	55
Mancini Giovanni	27; 102; 103	Morotti Andrea	62
Mandelli Alessandra	46	Morselli Linda	44
Manera Maria Rita	105	Morsilli Ornella	57
Manera Marina Rita	106	Mosca Irene Eleonora	142
Manetti Rosa	38	Motta Caterina	57
Mangione Chiara	38	Mura Eleonora	29
Manica Angela	31; 79; 101	Musca Carmen	94
Manni Barbara	85; 137; 139	Muscio Cristina	46
Mannina Massimo	137; 139	Mussi Chiara	132
Marano Giuseppe	87; 88	Muzzi Francesca	27; 103
Marchisio Cecilia Maria	90	Nacmias Benedetta	46
Marconi Domitilla	20	Napolitano Alessandro	142
Marcuccio Paolo	41	Nenna Claudio	135
Marenco Manuela	55	Nesi Lorenzo	60
Mareschi Francesco	122	Nicoletti Alberto	41
Margiotto Gaia	120	Nicoletti Valentina	23
Margiotto Monica	29	Nicotra Alessia	106
Marianelli Massimo	29	Novelli Diletta	37
Maroccia Zaira	57	Nuti Filippo	128
Marra Camilla	46	Onder Graziano	57
Martinelli Agnese	91	Orlando Giulia	122
Martorana Alessandro	57	Osmani Venet	55
Marzia Pierluigi	134	Ottone Daria Agata	128
Massaia Massimiliano	93; 120	Padovani Alessandro	62; 95
		Padovani Elena	135

Pafundi Teodosio	85; 132; 135; 137; 139
Paggetti Alice	10; 17; 19; 96
Pagnoni Ilaria	38
Pagnotta Sara	134
Pallotti Serena	142
Palombelli Gianmauro	57
Pani Sara M.	20
Pantoni Leonardo	105; 106
Parchi Piero	46
Parlanti Eleonora	49
Pascucci Luisiana	122
Pasotti Fabrizio	82
Passini Melissa	29
Pecorari Chiara	98; 128
Pellegrini Elisa	66
Pelucchi Loris	99
Perani Daniela	46
Perna Pasqualina	43
Perrone Federica	49; 100
Persi Ylenja	12
Pes Maria Valeria	26
Petrini Carlo	113
Pichler Roberta	101
Pieraccioli Maria Chiara	37
Pierobon Antonia	82; 84
Pierri Ciro Leonardo	57
Pilato Debora	137; 139
Pilotto Andrea	62
Piras Federica	46
Pisani Angela	102
Pisanu Maria Elena	49
Piscopo Paola	49; 100
Pizzoni Luca	102; 103
Poletti Eleonora	37
Poloni Tino Emanuele	36
Pomati Simone	82; 84; 105; 106
Portincasa Piero	62
Possenti Mario	5; 108
Pradelli Samantha	15
Prati Ruggero	35
Presta Roberto	93; 120
Prestia Anna Paola	109
Profka Xhulja	36
Pucci Eugenio	3
Pugliano Serena	70
Quatralè Rocco	91
Questa Michele	110
Rabih Chattat	25
Ragni Flavio	55
Raia Vanda	37
Ravizza Martina	29
Recchia Giuseppe	111
Redolfi Alberto	46
Ribaldi Federica	34
Ribet Sandra	42
Ricceri Laura	49; 57
Riello Marianna	31; 55
Rignanese Maria	137; 139
Rinaldi Arianna	70
Riva Luciana	113
Rivabene Roberto	100
Rizzo Bartolo	66
Rolandi Elena	115
Rolfi Lucrezia Romana	134
Romani Monica	37
Rosari Mattia	29
Rosi Alessia	116
Rossetto Federica	38
Rossi Michele	115
Rossini Elisa	46
Rossini Paolo Maria	46; 117
Ruggeri Massimiliano	118
Saad Ali	120
Saccaro Carlo	62
Salati Emanuela	98; 128
Salemme Simone	17; 19; 20
Salmaso Sofia	60
Salvi Emanuela	8; 10; 96
Salzillo Martina	98; 128
Saraceno Claudia	38
Savino Gustavo	12
Sbriccoli Marco	49
Scalzo Claudio	121
Scarafiotti Carla	42
Sciancalepore Francesco	19
Scoyni Raffaella Maria	102; 103; 122
Scuderi Caterina	64
Secreto Piero	123; 124
Serbelloni Giulia	29
Sgroi Daniela	102; 103; 122
Simonelli Valeria	49
Soloperto Giuseppina	122

Sorbi Sandro.....	125	Turella Giulia.....	98
Spadin Patrizia.....	46; 126	Turla Marinella.....	131
Spadoni Giulia.....	23	Uccelli Antonio.....	55
Squillario Margherita.....	46	Urbani Andrea.....	134
Stanziale Caterina.....	128	Vaccaro Roberta.....	8; 10; 96
Stella Eloisa.....	15	Vaccina Antonella Rita.....	12; 135
Tagliavini Fabrizio.....	46	Valente Enza Maria.....	46
Talarico Giuseppina.....	100	Valenza Marta.....	64
Talmo Giulia.....	137; 139	Vanacore Nicola.....	8; 10; 17; 19; 20; 46; 49; 77; 87; 88; 96; 100; 113; 116
Tancredi Antonietta.....	3	Vanzetta Elisa.....	31; 79
Tarantino Ciro.....	127	Vecchio Fabrizio.....	46
Tartarisco Gennaro.....	38	Venturini Roberta.....	110
Teofili Giulia.....	98	Verde Federico.....	46
Tessari Annalisa.....	26; 60	Verga Francesca.....	33
Tessitore Pasquale.....	99	Vernuccio Laura.....	62
Tiberi Riccardo.....	3	Veronese Nicola.....	26; 62
Tiraboschi Pietro.....	46	Veschi Mara.....	137; 139
Toccaceli-Blasi Marco.....	98; 128	Villa Matteo.....	60
Tognoni Gloria.....	23	Viti Valeria.....	65
Tonon Elisabetta.....	37	Vullo Marta.....	76
Torelli Federico.....	130	Vullo Roberta.....	76
Torlaschi Valeria.....	82; 84	Zamboni Marta.....	59
Tosana Elisa.....	131	Zanetti Michela.....	142
Tozzi Rossella.....	132; 137; 139	Zanier Elisa R.....	46
Tramuta Antonella.....	134	Zatti Giancarlo.....	26
Trasciatti Chiara.....	62	Zavatta Elena.....	137; 139
Tremamondo John.....	74	Zecca Valentina.....	57
Tricarico Maria.....	99	Zerbinati Marta.....	85
Trioschi Devis.....	135	Zucchini Massimo.....	85
Turchetto Stefano.....	109	Zurlo Cecilia.....	12
Turci Marina.....	85; 137; 139		

Serie ISTISAN Congressi
luglio-settembre 2025 (n. 3)

Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica - Istituto Superiore di Sanità

Roma, novembre 2025