ISTISAN CONGRESSI 26|C8

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

19° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 23-24 novembre 2026

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

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

19° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 23-24 novembre 2026

RIASSUNTI

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

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

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
26/C8

Istituto Superiore di Sanità
19° Convegno. I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 23-24 novembre 2026. Riassunti.
A cura di Mariacristina Porrello, Antonio Ancidoni, Elisa Fabrizi, Nicoletta Locuratolo, Paola Piscopo, Nicola Vanacore e Monica Mazzola
2026, xi, 171 p. ISTISAN Congressi 26/C8

Il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale continuerà a far crescere in modo significativo il numero di persone con demenza, confermandola tra le principali sfide di sanità pubblica globali. In Italia, il nuovo Piano Nazionale Demenze 2027-2031, elaborato dal Tavolo permanente e presentato al Ministero della Salute il 21 settembre 2026, in attesa di finanziamento, propone una visione di lungo periodo, fondata sull'integrazione tra evidenze scientifiche, innovazioni diagnostico-terapeutiche e nuovi modelli organizzativi. Si tratta di un momento di svolta per le demenze, legato soprattutto a nuove evidenze scientifiche su più fronti: la prevenzione, sia individuale sia di popolazione; le prospettive diagnostiche e terapeutiche; l'evoluzione dei modelli organizzativi dei servizi. Altrettanto importante è sviluppare strategie di informazione e sensibilizzazione sulla demenza, per costruire una cultura comune. 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. Darà inoltre spazio a 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
19th Congress. Centers for Cognitive Disorders and dementia and integrated dementia management. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 23-24, 2026. Abstract book.
Edited by Mariacristina Porrello, Antonio Ancidoni, Elisa Fabrizi, Nicoletta Locuratolo, P. Piscopo, Nicola Vanacore e Monica Mazzola
2026, xi, 171 p. ISTISAN Congressi 26/C8 (in Italian)

Population ageing worldwide will continue to drive a sharp rise in the number of people living with dementia, cementing its place among the greatest global public health challenges. In Italy, the new National Dementia Plan (2027-2031), drafted by the National Committee on Dementia of the National Dementia Plan and officially presented on September 21, 2026, is awaiting funding, advances in diagnosis and treatment, and new models of care delivery. Dementia care is at a turning point, chiefly because of new evidence on several fronts: prevention, at both the individual and population level; emerging diagnostic and therapeutic options; and the evolution of how services are organised. Equally important is the need for effective information and awareness strategies on dementia that help build a shared understanding of the condition. The Conference aims to showcase work in prevention, diagnosis, treatment, care and research across Italy's National Health Service, offering an overview of the latest national initiatives. It will also shine a light on specific contexts, such as dementia among migrant populations, in support of 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:

Porrello M, Ancidoni A, Fabrizi E, Locuratolo N, Piscopo P, Vanacore N, Mazzola M (Ed.). *19° Convegno. I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 23-24 novembre 2026.* Riassunti. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2026 (ISTISAN Congressi 26/C8).

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 2026
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

INDICE

Programma iii

Note per la consultazione xi

Prima Sessione
Il nuovo Piano Nazionale delle Demenze 1

Seconda Sessione
Disseminazione ed implementazione della LG e trattamento della demenza e Mild Cognitive Impairment 13

Terza Sessione
Demenza e migranti: dal progetto IMMIDEM alle policy 35

Quarta Sessione
Strategie per la prevenzione: quali connessioni tra il livello nazionale e quello europeo 47

Quinta Sessione
Modelli organizzativi: rete dei servizi e formazione del personale ... 69

Sesta Sessione
Strategie di gestione dei farmaci nella demenza: quali prospettive di sanità pubblica 119

Settima Sessione
Evidenze sul continuum biologico del declino cognitivo 129

Ottava Sessione
Strategie di informazione e sensibilizzazione: verso una cultura comune 147

Indice degli autori 167

PROGRAMMA

Lunedì 23 novembre

8.45 Registrazione dei partecipanti

9.00 Saluti istituzionali
Rocco Bellantone
Presidente Istituto Superiore di Sanità

Andrea Piccioli
Direttore Generale Istituto Superiore di Sanità

Alessio Nardini
Direttore Generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, Ministero della Salute

9.10 Presentazione del Convegno
Giovanni Capelli
Direttore Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

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

Prima Sessione
IL NUOVO PIANO NAZIONALE DELLE DEMENZE

Moderatrice: **Teresa Di Fiandra**

9.30 *Il Piano Nazionale delle Demenze: il quadro normativo*
Cristina Tamburini, Caterina B.N.A. Bianchi

9.50 *Il nuovo Piano Nazionale delle Demenze: lo stato dell'arte*
Teresa Di Fiandra

Comunicazioni orali

10.10 *Dementia friendly hospital: dall'esperienza della federazione Alzheimer Italia a un modello nazionale per un'assistenza ospedaliera inclusiva*
Francesca Arosio

10.20 *Analisi degli indicatori del percorso diagnostico terapeutico assistenziale demenze nei centri disturbi cognitivi demenze della regione Emilia-Romagna*
Barbara Manni

10.30 *Il progetto nazionale caffè Alzheimer diffuso – PROCAD 1:* follow-up *a 12 mesi*
Stefano Boffelli

10.40 *Una rete senza distanze: proposta di una mappatura clinico-assistenziale e modello integrato per le demenze giovanili in Calabria*
Valentina Laganà

10.50 *Malattie rare associate a deterioramento cognitivo e demenza: analisi del Registro Nazionale Malattie Rare e prospettive di raccordo con i CDCD*
Paola Torreri

11.00 Discussione

11.10 Coffee break

Seconda Sessione
DISSEMINAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA LG E TRATTAMENTO DELLA DEMENZA E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Moderatrice: **Nicoletta Locuratolo**

11.30 *Metodologia della disseminazione e implementazione della Linea Guida*
Eleonora Lacorte

11.50 *Disseminazione e implementazione della Linea Guida: risultati preliminari*
Elisa Fabrizi

Comunicazioni orali

12.10 *Disseminazione e implementazione delle linee guida nazionali "Diagnosi e trattamento di demenza e mild cognitive impairment" nei diversi setting assistenziali della regione Piemonte: l'esperienza del gruppo regionale per la formazione*
Piero Secreto

12.20 *Strategie di implementazione delle Linee Guida Nazionali "Diagnosi e trattamento di demenza e* Mild Cognitive Impairment *(MCI)" nella Regione Veneto*
Giulia Camporese

12.30 *Implementazione delle Linee Guida nei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze e nei contesti Residenziali/Semiresidenziali*
Ilaria Martis

12.40 *Progettare ecosistemi di cura centrati sulla persona: risultati del progetto europeo co-designing a home with dementia*
Daniela Sangiorgi

12.50 Discussione

13:00 Pausa pranzo

Terza Sessione
DEMENZA E MIGRANTI: DAL PROGETTO IMMIDEM ALLE POLICY

Moderatore: **Francesco Sciancaleopore**

14.00 *I risultati del Progetto IMMIDEM*
Marco Canevelli

14.20 *Scongelare le categorie: etnologia partecipativa e momenti creativi per comprendere l'invecchiamento e l'ageismo negli anziani migranti*
Martina Padovani

Comunicazioni orali

14.40 *Dalle barriere linguistiche all'accesso ai servizi per le demenze: sviluppo di una proposta territoriale multilingue nelle Guidicarie*
Mimoza Doci

14.50 *Conversione dei punteggi ottenuti alla Rowland Universal Dementia Assesment Scale (Rudas) e al Brief Assesment of Impaired Cogn(Basic) in punteggi al Mini Mental State Examination (MMSE): studio in una popolazione clinica italiana*
Giorgia Maestri

15.00 *Inclusione, policy e possibili percorsi transculturali nella demenza: Sinergie tra il Progetto IMMIDEM e i Servizi a Bassa Soglia dei Caffè Alzheimer di AIP*
Giorgia Zennaro

15.10 Discussione

Quarta Sessione

STRATEGIE PER LA PREVENZIONE: QUALI CONNESSIONI TRA IL LIVELLO NAZIONALE E QUELLO EUROPEO

Moderatore: **Antonio Ancidoni**

15.20 *Dalla riduzione del rischio di demenza all'individuazione dei fattori di protezione: evidenze recenti e possibili applicazioni*
Elena Rolandi

15.40 *La prevenzione della demenza nel dialogo tra le iniziative europee e le politiche nazionali*
Guido Bellomo

16.00 *L'impegno della rete IRCCS delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione nel progetto JADE Health*
Raffaele Lodi

Comunicazioni orali

16.20 *Vulnerabilità al caldo nelle demenze e nelle malattie neurodegenerative: associazione e mortalità attribuibile in Italia, 2004-2023*
Emiliano Ceccarelli

16.30 *Tratti di personalità come modulatori del declino cognitivo: uno studio su pazienti con Alzheimer di grado lieve*
Giulia Serbelloni

16.40 *La qualità del sonno come indicatore di fragilità nel decadimento cognitivo*
Chiara Pecorari

16.50 *Disturbi cognitivi e idoneità alla mansione: uno studio preliminare tra i medici competenti*
Simone Pomati

17.00 *Apatia: sintomo prodromico o fattore di vulnerabilità nel Disturbo Neurocognitivo? Caratterizzazione clinico-cognitiva di pazienti afferenti a un CDCD ospedale-territorio*
Claudia Morleo

17.10 *Categorie semantiche e vulnerabilità nella progressione dell'Alzheimer*
Monica Ricci

17.20 Discussione

17:30 Chiusura della giornata

Martedì 24 novembre

Quinta Sessione

MODELLI ORGANIZZATIVI: RETE DEI SERVIZI E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Moderatore: **Francesco Della Gatta**

09.00 *L'approccio interazionista strutturale allo studio del caregiving*
Luigi Tronca

09.20 *Il progetto InTouch*
Silvia Gonella

09.40 *Dal fabbisogno di personale nel SSN all'esperienza di fruizione dei servizi per le persone con demenza e i loro* caregiver
Elisabetta Notarnicola

Comunicazioni orali

10.00 *Nuova survey della rete nazionale psicologi/neurologi fondo demenze*
Rita Bonanni

10.10 *Progetto C-FIND: aggiornamento dei dati sulla strategia di case-finding per l'intercettazione precoce dei disturbi cognitivi*
Nicola Allegri

10.20 *Identificazione precoce del deficit cognitivo e promozione della salute cognitiva: risultati di un servizio neuropsicologico di case-finding territoriale nell'abbiatense e di efficacia sulla promozione della salute*
Elena Rolandi

10.30 *L'impatto del supporto post-diagnostico sulla qualità della vita: l'esperienza della regione Veneto*
Cristina Basso

10.40 Coffee break

11.00 *Mnemonet: la cartella informatizzata dei CDCD della regione Umbria*
Ilaria Murasecco

11.10 *"Ritrovarsi al Museo": un progetto di formazione per operatori culturali e sanitari finalizzato all'accoglienza dei pazienti affetti da demenza nel contesto museale*
Massimo Marianetti

11.20 *Il robot sociale Hiro-Chan nella cura a domicilio: un modello integrato per la demenza*
Gianfranca Duca

11.30 Discussione

Sesta Sessione
STRATEGIE DI GESTIONE DEI FARMACI NELLA DEMENZA: QUALI PROSPETTIVE DI SANITÀ PUBBLICA

Moderatore: **Nicola Vanacore**

11.40 *Il panorama regolatorio dell'uso dei farmaci nella demenza in Italia*
Francesca Galeotti

12.00 *Farmaci antipsicotici nella demenza: dalle evidenze della linea guida ai cambiamenti regolatori*
Paolo Caffarra

Comunicazioni orali

12.20 *Predittori clinici di fenoconversione a DNC maggiore: sviluppo di un modello predittivo multivariato*
Chiara Luppi

12.30 *Analisi di farmacoutilizzazione dei farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer*
Paola Digiorgio

12.40 *Progressione a demenza in soggetti con mild cognitive impairment con patologia amiloidea: revisione sistematica di studi longitudinali nel contesto delle terapie anti-amiloide*
Federica Perrone

12.50 Discussione

13.00 Pausa pranzo

Settima Sessione
EVIDENZE SUL CONTINUUM BIOLOGICO DEL DECLINO COGNITIVO

Moderatrice: **Paola Piscopo**

13.30 *Disfunzioni mitocondriali, infiammazione e stress ossidativo nell'insorgenza della demenza: lo studio "InveCe.Ab"*
Annalisa Davin

13.50 *Disfunzioni cellulari nella Malattia di Alzheimer: alterazioni lisosomiali e delle componenti mitocondriali circolanti*
Cecilia Bucci

14.10 *Effetti dell'esposizione ambientale su rischio di declino cognitivo attraverso modelli murini ingegnerizzati*
Valeria Simonelli

14.30 *Effetti dei fattori di rischio modificabili per la demenza in modelli murini mediante MRI multimodale*
Rossella Canese

Comunicazioni orali

14.40 *La sindrome di Down come modello di studio della malattia di Alzheimer: il ruolo dei microRNA nei meccanismi molecolari della neurodegenerazione*
Antonella Tramutola

14.50 *Alterazioni del segnale dell'insulina e rischio di Alzheimer nella sindrome di Down*
Eugenio Barone

15.00 *Esaurimento microgliale e deregolazione del ferro nella progressione dell'Alzheimer*
Chiara Calatozzolo

Ottava Sessione
STRATEGIE DI INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE: VERSO UNA CULTURA COMUNE

Moderatrice: **Elisa Fabrizi**

15.30 *L'esperienza dell'Alzheimer fest*
Michela Farina

15.50 *Lo spettacolo "Alice in wandering"*
Chiara Callegari, Simone Luglio

16.10 *Una strategia nazionale per una campagna informativa sulle demenze*
Antonio Ancidoni

Comunicazioni orali

16.30 *Porte Aperte: valutazione primaria di un modello di comunità*
Annapaola Prestia

16.40 *Dal vissuto all'expertise attraverso l'intergenerazionalità nel DNC*
Arianna Ferrari

16.50 *I linguaggi dell'arte come strumento di sensibilizzazione e contrasto allo stigma*
Federica Dotta

17.00 Discussione

17.30 Chiusura del convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 19° Convegno dal titolo “I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza”.

Il volume è suddiviso in Sessioni. Le presentazioni orali sono contrassegnate dalla lettera O, mentre i contributi selezionati come poster sono indicati dalla lettera P e inseriti in ordine alfabetico; le presentazioni su invito, che trattano argomenti di particolare interesse, non riportano alcuna lettera.

Per comodità di consultazione, gli abstract seguono l'ordine del programma ufficiale. In fondo al volume è incluso un indice analitico di tutti gli autori.

Prima sessione

Il nuovo Piano Nazionale Delle Demenze

Moderatrice:
Teresa Di Fiandra

STRATEGIE NAZIONALI PER LA TUTELA DELLE PERSONE CON DEMENZA E I LORO *CAREGIVER*

Tamburini Cristina (a), Bianchi Caterina Bianca Neve Aurora (b)
(a) Dipartimento della Salute Umana, della Salute Animale e dell'Ecosistema (One Health) e dei Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma
(b) Direzione Generale dei Corretti Stili di Vita e dei Rapporti con l'Ecosistema- Ufficio 5 - Tutela della Salute delle Fasce di Popolazione Vulnerabili, Ministero della Salute, Roma

La demenza rappresenta una priorità di sanità pubblica che richiede risposte coordinate e multidisciplinari, capaci di integrare prevenzione, diagnosi tempestiva, assistenza, inclusione sociale e sostegno alle persone con demenza e ai loro *caregiver*. In questo quadro si colloca l'evoluzione delle politiche nazionali italiane, sviluppate in coerenza con il *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il Piano Nazionale Demenze del 2014 ha costituito la prima cornice strategica condivisa per promuovere interventi coordinati tra Ministero della Salute, Regioni e Province autonome, comunità scientifica e associazioni. Negli anni successivi, il lavoro del Tavolo permanente sulle demenze, coordinato dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Osservatorio demenze dell'Istituto Superiore di Sanità, ha contribuito a consolidare strumenti di indirizzo, raccomandazioni e iniziative rivolte al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi. Un passaggio fondamentale è rappresentato dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze, che ha sostenuto progettualità nazionali e territoriali finalizzate a rafforzare la diagnosi precoce e tempestiva, sperimentare interventi di telemedicina e teleriabilitazione, diffondere trattamenti psicoeducativi, cognitivi e psicosociali e sviluppare attività di formazione per gli operatori e di informazione e supporto per i *caregiver*. Le attività realizzate hanno favorito l'ampliamento delle conoscenze epidemiologiche, la mappatura dei servizi, l'elaborazione delle Linee guida sulla diagnosi e il trattamento della demenza e del disturbo neuro cognitivo lieve. A partire da questi risultati, il nuovo Piano Nazionale Demenze 2027–2031, approvato dal Tavolo permanente l'8 settembre 2026, si propone di aggiornare e rafforzare la strategia nazionale, recependo le sette aree di azione individuate dall'OMS e promuovendo un approccio integrato che comprende governance, sensibilizzazione, prevenzione, diagnosi e cura, inclusione e tutela dei diritti, sostegno ai *caregiver*, sistemi informativi e ricerca. Rilevanti sono il rafforzamento del coordinamento istituzionale, la necessità di un finanziamento stabile e strutturale, un sistema di monitoraggio, il recepimento da parte di Regioni e Province autonome attraverso Piani regionali definiti sulla base dell'analisi dei bisogni del proprio territorio e sulla conseguente individuazione delle priorità. Il Piano rappresenta la cornice nazionale volta a trasformare le esperienze e le buone pratiche già sviluppate in risposte sostenibili e omogenee su tutto il territorio nazionale. Tale strategia si colloca all'interno di un contesto internazionale volto a sostenere azioni di sanità pubblica che considerano la persona nella sua complessità, nei suoi contesti di vita e nella relazione con i diversi determinanti della salute, mettendo in connessione prevenzione, salute, assistenza, ambiente sociale e comunità.

IL NUOVO PIANO NAZIONALE DELLE DEMENZE: LO STATO DELL'ARTE

Di Fiandra Teresa
Consulente, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Il "Piano Nazionale Demenze (PND) - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", approvato dalla Conferenza Unificata il 30 ottobre 2014 e pubblicato in GU n.9 del 13/01/2015 aveva senza dubbio rappresentato una svolta cruciale per il nostro Paese, dotandolo per la prima volta di uno strumento per disegnare politiche strutturate capaci di affrontare la tematica con un approccio sistemico e volto a migliorare la qualità di vita delle persone coinvolte. A distanza di oltre dieci anni il nuovo Piano Nazionale Demenze (PND) è stato finalmente completato a cura del Tavolo Permanente per le Demenze, e presentato ufficialmente nel corso dell'evento organizzato dal Ministero della Salute il 21 settembre 2026.

Metodi. Questa relazione intende illustrare brevemente il processo di stesura del nuovo documento che ha visto impegnato un gruppo di lavoro interno al Tavolo, il quale ha recepito le indicazioni del Global "Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2030" e della guida operativa "*Towards a Dementia Plan*" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché di ulteriori esperienze internazionali, traducendole in una proposta costruita sull'analisi della situazione e dei bisogni del nostro Paese. Il gruppo ristretto di scrittura ha infine sottoposto a revisione la prima bozza, valutando ed inserendo i commenti ricevuti nel testo definitivo sottoposto all'approvazione del Tavolo.

Risultati. Nella seduta del 8 settembre 2026 il Tavolo ha licenziato il documento finale che sviluppa le sette aree strategiche proposte dal piano globale dell'OMS (prioritizzazione della demenza; prevenzione; diagnosi e cura; supporto ai *caregiver*; sistemi informativi; ricerca; governance), definendo per ciascuna di esse, a partire dallo stato dell'arte, gli obiettivi strategici, le azioni prioritarie, i percorsi operativi, le risorse necessarie a realizzarli e gli indicatori per il loro monitoraggio.

Conclusioni. È ora in atto il processo di formalizzazione che prevede l'approvazione in Conferenza Unificata e, auspicabilmente, anche l'adozione da parte del Governo e non di un singolo Ministero. Come già ribadito in molti contesti, il nuovo PND mira a consolidare un finanziamento strutturale permanente, destinato a risorse umane e servizi sociosanitari potenziati e integrati, senza sminuire il significato innovativo dei finanziamenti ad hoc erogati negli ultimi anni. L'investimento sul sistema strutturale, sottolineato anche dal Ministro nel convegno citato, dovrebbe entrare nelle disposizioni della prossima Legge di Bilancio, dando così un segnale di straordinaria importanza.

O DEMENTIA FRIENDLY HOSPITAL: DALL'ESPERIENZA DELLA FEDERAZIONE ALZHEIMER ITALIA A UN MODELLO NAZIONALE PER UN'ASSISTENZA OSPEDALIERA INCLUSIVA

Arosio Francesca, Possenti Mario
Federazione Alzheimer Italia, Milano

Introduzione. Il ricovero ospedaliero rappresenta una fase di particolare vulnerabilità per la persona con demenza, associata a un maggiore rischio di delirium, declino funzionale, disorientamento, contenzione impropria e dimissioni non adeguatamente pianificate. Il modello *Dementia Friendly Hospital* (DFH) affronta queste criticità attraverso un approccio integrato che coinvolge competenze del personale, organizzazione del lavoro e dell'équipe, ambiente di cura, riconoscimento del *caregiver* familiare come risorsa e continuità tra ospedale e territorio.

Metodi. Nel 2025 la Federazione Alzheimer Italia ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e promosso due indagini rivolte a familiari *caregiver* e operatori ospedalieri, raccogliendo rispettivamente oltre 800 e circa 180 questionari. I risultati sono stati integrati con l'analisi della letteratura e delle esperienze già sviluppate in alcuni ospedali italiani, con l'obiettivo di individuare criticità, bisogni e possibili interventi trasferibili.

Risultati. Le indagini hanno evidenziato criticità condivise relative alla formazione del personale, alla comunicazione, al coinvolgimento dei familiari, all'organizzazione dell'assistenza e alla gestione della dimissione, confermando la necessità di interventi sistemici. A partire da queste evidenze, la Federazione ha elaborato le *Linee di indirizzo per gli Ospedali Amici delle Persone con Demenza*, primo documento nazionale finalizzato a strutturare accoglienza, degenza e dimissione. Le Linee considerano sette livelli interconnessi – caratteristiche della persona, del lavoro, fattori individuali, di team, ambientali, organizzativi e istituzionali – e propongono un percorso in otto tappe, corredato da obiettivi, azioni e indicatori di monitoraggio adattabili ai diversi contesti ospedalieri. Il lavoro ha inoltre favorito la nascita di una prima rete nazionale, attualmente composta da quattro ospedali, e di un Tavolo di lavoro presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Conclusioni. L'inserimento del modello DFH nella bozza del Piano Nazionale Demenze 2027-2031, che richiama le Linee della Federazione e ne prospetta la diffusione negli ospedali italiani, rappresenta un importante riconoscimento del percorso avviato. Come ricorda Susana Inguil, membro del Gruppo di Lavoro per le Persone con Demenza della Federazione, «Sarebbe bello potersi sentire accolti e capiti». Rendere l'ospedale più comprensibile, accogliente e meno disorientante significa tradurre il vissuto delle persone con demenza in concrete scelte organizzative e pratiche di cura.

O ANALISI DEGLI INDICATORI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEMENZE NEI CENTRI DISTURBI COGNITIVI DEMENZE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Manni Barbara, Boschi Federica, Venturelli Emanuela, Camplone Ilaria
Servizio Assistenza Territoriale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione. Il Progetto Regionale Demenze della Regione Emilia-Romagna prende avvio formalmente con la DGR 2581/99 (e seguente DGR 990/2016), e definisce le linee di indirizzo per la costruzione di un sistema integrato di risposta ai bisogni delle persone con demenza e dei loro *caregiver* mettendo in rete i Referenti Aziendali dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) della Regione. Con DGR 159/2019 la Regione adotta un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le demenze, declinato successivamente in tutte le Aziende della Regione. Ogni anno i referenti del Progetto Regionale Demenze raccolgono e analizzano i dati di attività dei CDCD Aziendali della Regione.

Metodi. I dati inviati dai referenti aziendali del Progetto Demenze vengono raccolti e analizzati ogni anno dai referenti regionali del Progetto Regionale Demenze. I dati sono elaborati per la formulazione di indicatori di processo e di esito.

Risultati. Per l'anno 2025 si assiste ad un incremento del 15,2% delle prime visite rispetto al 2024 (38.993 prime visite effettuate). Rispetto al numero di pazienti transitati (82.544) solo il 63% dei casi necessitava di una presa in carico di cui: il 49,4% pazienti con demenza, il 16,19% persone con deficit cognitivo lieve. Il resto dei casi, più stabili o senza necessità di trattamenti specifici, sono stati reinviati al Curante. I casi con demenza in carico sono stati 40.764. I casi con demenza che hanno iniziato un trattamento con farmaci Inibitori acetilcolinesterasi/memantina sono stati il 12,6% e i casi in trattamento continuativo sono stati il 31.2%, in aumento rispetto al 2024 segno di maggior appropriatezza e sensibilità diagnostica. Il numero di casi con demenza che hanno assunto neurolettici atipici per disturbi del comportamento sono stati 8.231 in aumento rispetto al 2024. Sono aumentati rispetto al 2024 i casi di demenza che hanno beneficiato di interventi di stimolazione cognitiva e terapia occupazionale (10% dei casi di demenza) mentre si sono ridotti i *caregiver* che hanno beneficiato di supporto psicologico (10% dei *caregiver* transitati).

Conclusione. La valutazione degli indicatori è strategica sia per intercettare eventuali criticità sia per valutare le performance negli anni. I dati e gli indicatori raccolti sono modificati e modellati negli anni in base ai nuovi obiettivi programmatori identificati grazie ad un lavoro di co-progettazione insieme ai referenti Aziendali dei CDCD.

O IL PROGETTO NAZIONALE CAFFE' ALZHEIMER DIFFUSO - PROCAD 1: *FOLLOW-UP* A 12 MESI

Boffelli Stefano (a), Gottardi Federica (b), Bombardi Andrea (c), Cono Giulia (d), Ferrari Clarissa (e), Montalti Stefano (f), Siviero Paola (g)
(a) CDCD Poliambulanza e Area tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(b) Area tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(c) Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Forlì Cesena
(d) CDCD Poliambulanza e Area tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(e) Fondazione Poliambulanza, Brescia
(f) Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Forlì Cesena
(g) Istituto di Neuroscienze, CNR, Padova

Introduzione. Nel biennio 2023-2024 ha preso avvio la prima rete nazionale di Caffè Alzheimer. La Fondazione Maratona Alzheimer (ETS), con la collaborazione di AIP, CNR di Padova ha promosso il "Progetto Caffè Alzheimer Diffuso 1" PROCAD1, che ha coinvolto 16 Associazioni di 8 Regioni diverse. Oltre ad una crescita culturale del personale dei Caffè, realizzata con corsi di formazione e *webinar*, è stata effettuata una raccolta dei dati sui partecipanti, per valutare l'impatto degli interventi eseguiti nei Caffè, sulla Qualità di Vita (QoL) sia della persona affetta da demenza che sul *caregiver*.

Metodi. La scelta della valutazione multidimensionale è incentrata sui classici rilevatori di benessere cognitivo-funzionale e comportamentale per la persona affetta da demenza (MMSE, IADL e BADL, UCLA NPI e Qol), e *burden* della cura e stress per i *caregiver* (CBI, UCLA stress). Il protocollo comune di valutazione ed intervento non farmacologico è stato condiviso da 16 Caffè Alzheimer di 8 Regioni italiane, il cui effetto è stato rilevato con test standardizzati a 6 e 12 mesi. Per le persone con decadimento cognitivo sono state realizzate attività di stimolazione cognitiva, motorie, occupazionali, di svago e socializzazione con incontri settimanali. Per i *caregiver* si sono svolti incontri informativi sulla malattia, gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.

Risultati. Al *follow-up* a 12 mesi nelle persone affette da demenza si riducono i sintomi depressivi (GDS 3,8+2,7 *vs* 4,8+3,2) e i sintomi neuropsicologici in generale (UCLA NPI 12,5+12 *vs* 17,2+16,8). I *caregiver* rilevano un invariato carico assistenziale (CBI 24,2+13,8 *vs* 23,3+15,1) ma una riduzione dello stress secondario ai sintomi neuropsicologici (UCLA NPI stress 6,8+6,3 *vs* 8,9+7,5).

Conclusioni. La partecipazione continuativa ai Caffè rimane intorno al 50% a 12 mesi (82/168 persone e relativi *caregiver*), dimostrando una buona attrattività dei caffè, ed efficacia percepita delle cure non farmacologiche. Rispetto al dato basale sia i *caregiver* che le persone con demenza presentano quindi un miglioramento significativo dei sintomi psicologici. Il Caffè Alzheimer diventa un punto informale ma importante di cura, incontro e socializzazione, nel nodo della rete delle Demenze.

O UNA RETE SENZA DISTANZE: PROPOSTA DI UNA MAPPATURA CLINICO-ASSISTENZIALE E MODELLO INTEGRATO PER LE DEMENZE GIOVANILI IN CALABRIA

Laganà Valentina (a), Morson Silvana (a), Vanacore Nicola (b), Bruni Amalia Cecilia (a), Cerami Chiara (c)

(a) Associazione per la Ricerca Neurogenetica Aps, Lamezia Terme, Catanzaro

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

(c) IUSS Cognitive Neuroscience (ICoN) Center, Scuola Universitaria di Studi Superiori IUSS, Pavia

Introduzione. Le demenze a esordio giovanile, con sintomi manifesti prima dei sessantacinque anni, presentano maggiore complessità diagnostica, forte impatto sociale e frequente base genetica, con un carico assistenziale che coinvolge l'intero nucleo familiare. La Calabria unisce a una limitata accessibilità ai servizi una relativa omogeneità genetica della popolazione, con effetti fondatore che favoriscono forme ereditarie e atipiche di demenza giovanile, restando priva di una mappatura sistematica dei casi.

Metodi. Il presente contributo descrive il protocollo di uno studio osservazionale prospettico e multicentrico, della durata di trentasei mesi, promosso dall'Associazione Italiana Malattia Frontotemporale e dall'Associazione per la Ricerca Neurogenetica sul territorio calabrese, con il supporto dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità e dei centri clinici di riferimento locali. Sono arruolate persone adulte con sospetta o confermata diagnosi di declino cognitivo o demenza a esordio giovanile, i loro *caregiver* principali e volontari con familiarità per la patologia, reclutati tramite invio dai servizi territoriali o accesso volontario ai canali delle associazioni promotrici. Ogni partecipante è seguito al reclutamento e a sei e dodici mesi, con raccolta strutturata di dati su percorso diagnostico, mobilità sanitaria, bisogni clinici, psicologici, psico-educazionali, socioassistenziali, riabilitativi e legali di paziente e famiglia, e con misure del carico assistenziale e della qualità di vita del *caregiver*. Le attività seguono un modello ibrido tra incontri in presenza e telemedicina, con teleconsulto multidisciplinare periodico per la discussione dei casi e l'erogazione di interventi di informazione, orientamento, counseling e raccordo con i servizi.

Risultati. Lo studio consentirà di realizzare una mappatura clinico-assistenziale standardizzata dei casi intercettati in regione, descrivendo i percorsi di accesso, diagnosi e presa in carico. Sono inoltre attese la descrizione del ritardo diagnostico, della mobilità sanitaria e della familiarità o diagnosi genetica documentata, la valutazione della continuità assistenziale e del carico del *caregiver*, nonché un confronto esplorativo tra partecipanti inviati dai servizi e giunti volontariamente.

Conclusioni. Il modello proposto, fondato sull'integrazione tra presenza e telemedicina, intende superare le distanze territoriali che ostacolano l'accesso ai servizi specialistici e rafforzare la rete dedicata alla demenza giovanile in Calabria, come riferimento replicabile in altri contesti con analoga frammentazione sanitaria.

O MALATTIE RARE ASSOCIATE A DETERIORAMENTO COGNITIVO E DEMENZA: ANALISI DEL REGISTRO NAZIONALE MALATTIE RARE E PROSPETTIVE DI RACCORDO CON I CDCD

Scattoni Maria Luisa (a), Rocchetti Adele (a), Locuratolo Nicoletta (b), Vanacore Nicola (b) Torreri Paola (a),

(a) Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

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

Introduzione. Diverse malattie rare neurologiche, metaboliche, genetiche e vascolari possono associarsi a deterioramento cognitivo o demenza. Il riconoscimento può essere complesso nelle forme a esordio precoce o con presentazioni atipiche e nelle condizioni registrate attraverso codici riferiti a gruppi eterogenei. Obiettivo dello studio è descrivere le caratteristiche delle persone con malattie rare associate a deterioramento cognitivo o demenza registrate nel Registro Nazionale Malattie Rare (RNMR), individuando possibili aree di raccordo con i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

Metodi. Sono stati analizzati i dati consolidati del RNMR relativi al periodo 2017–2023. Le patologie, comprese nell'Allegato 7 del DPCM 12 gennaio 2017, sono state selezionate sulla base di evidenze clinico-nosologiche di un'associazione consolidata con deterioramento cognitivo, demenza o regressione neuro cognitiva. Per le patologie con codice individuale è stato utilizzato il relativo codice; per quelle incluse in gruppi eterogenei, la diagnosi analitica disponibile. Sono stati analizzati numero di persone registrate, sesso, età alla diagnosi, diagnosi prima dei 65 anni e distribuzione territoriale.

Risultati. Sono state identificate 3.935 persone con una delle malattie rare selezionate; il 51,6% era di sesso femminile e il 64,0% aveva ricevuto la diagnosi prima dei 65 anni. Le patologie più frequentemente registrate erano corea di Huntington, paralisi sopranucleare progressiva e CADASIL. La distribuzione territoriale era: Nord-Ovest 32,0%, Nord-Est 26,0%, Sud e Isole 23,2%, Centro 18,8%. La numerosità rappresenta una stima prudenziale: per le patologie comprese in codici di gruppo, il dettaglio diagnostico non è uniformemente disponibile nei dati regionali. L'analisi può pertanto sottostimare le persone con malattie rare associate a deterioramento cognitivo o demenza e non include ulteriori condizioni nelle quali l'associazione dipende da sottotipi clinici non identificabili nel RNMR.

Conclusioni. Il RNMR documenta una popolazione rilevante di persone con malattie rare associate a deterioramento cognitivo o demenza, con un'elevata proporzione di diagnosi prima dei 65 anni. I risultati evidenziano l'opportunità di rafforzare il raccordo tra Rete Nazionale Malattie Rare e CDCD, in particolare per forme rare, precoci o atipiche. Una maggiore integrazione tra le reti, accompagnata da maggiore granularità delle codifiche e condivisione di criteri e percorsi diagnostico-assistenziali, potrebbe favorire l'identificazione tempestiva e una presa in carico più appropriata.

P ANALISI COMPARATIVA PROGRAMMATICA INTERNAZIONALE DELLE STRATEGIE SULLA DEMENZA PER LA STESURA DEL PIANO NAZIONALE DEMENZE 2027-2031

Locuratolo Nicoletta, Fabrizi Elisa, Bacigalupo Ilaria, Bellomo Guido, Lacorte Eleonora, Ancidoni Antonio, Della Gatta Francesco, Lombardo Flavia, Lorenzini Patrizia, Sciancalepore Francesco, Di Fiandra Teresa, Vanacore Nicola
Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. La demenza costituisce una priorità di sanità pubblica che richiede politiche integrate e multisettoriali, capaci di coordinare sanità, servizi sociali, ricerca e comunità. Le strategie nazionali rappresentano strumenti di policy fondamentali per tradurre gli indirizzi internazionali in obiettivi, interventi e responsabilità istituzionali. Durante il lavoro di stesura del nuovo Piano Nazionale Demenze (PND) 2027-2031, condotto dal Tavolo permanente sulle demenze, strumento interistituzionale coordinato dal Ministero della Salute, è stata effettuata un'analisi comparativa di documenti governativi internazionali finalizzata a esaminare le scelte di policy adottate in diversi contesti e a individuare elementi utili alla definizione delle priorità nazionali.

Metodi. La metodologia di elaborazione del documento italiano ha assunto come cornice di riferimento le sette aree d'azione del *Global action plan on the public health response to dementia* 2017-2025 dell'OMS. In tale quadro sono stati analizzati comparativamente i 12 più recenti documenti programmatici internazionali per la governance della demenza, comprendenti piani d'azione, strategie nazionali e altri strumenti di indirizzo, non tutti riconducibili alla medesima tipologia formale. L'analisi ha esaminato le priorità di policy, i modelli di governance, il coordinamento intersettoriale, il coinvolgimento delle persone con demenza e dei *caregiver*, le misure previste e i meccanismi di implementazione e monitoraggio, oltre alle tipologie di finanziamento dei piani.

Risultati. Il confronto evidenzia convergenze nelle policy relative alla prevenzione, alla sensibilizzazione e al contrasto dello stigma, alla diagnosi tempestiva, alla qualità e continuità dell'assistenza, al sostegno dei *caregiver*, alla formazione, alla ricerca e al rafforzamento dei sistemi informativi. Emergono inoltre l'importanza dell'equità nell'accesso ai servizi, della tutela dei diritti e della partecipazione delle persone con demenza alla definizione degli interventi. I documenti, tutti governativi, differiscono per assetto di governance, distribuzione delle responsabilità, livello di dettaglio operativo e presenza di obiettivi misurabili, oltre che per tipologie di finanziamento, comunque sempre governativo. La comparazione documentale sottolinea il ruolo degli strumenti di programmazione e monitoraggio nel collegare gli indirizzi politici alla loro concreta attuazione.

Conclusioni. L'analisi comparativa delle policy internazionali, integrata con il quadro strategico indicato dall'OMS, ha fornito un riferimento per la stesura del nuovo PND italiano, che ha recepito queste aree prioritarie e le ha tradotte in una strategia nazionale di governance, rendendole poi declinabili nei diversi livelli regionali. La trasferibilità delle esperienze

richiede la considerazione delle specificità del contesto territoriale italiano, con particolare attenzione alla trasparenza nell'attribuzione delle responsabilità istituzionali e all'adozione di strumenti adeguati a monitorare l'attuazione e valutare i risultati.

Seconda sessione

Disseminazione ed implementazione della linea guida "diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*"

Moderatrice:
Nicoletta Locuratolo

METODOLOGIA DELLA DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA LINEA GUIDA

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

Introduzione. Nell'ambito del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato incaricato di condurre attività mirate alla disseminazione e implementazione della LG "Diagnosi e trattamento di demenza e MCI". La comunità internazionale definisce la disseminazione di una LG come il processo di condivisione e distribuzione mirata delle informazioni contenute nella LG al fine di sensibilizzare e informare pubblico, pazienti e professionisti e supportare l'implementazione delle raccomandazioni. La definizione di implementazione si può, invece, riassumere come il processo di messa in pratica delle raccomandazioni prodotte da una LG tramite lo sviluppo di strategie, piani e collaborazioni strutturate con il fine di aumentare la qualità, appropriatezza, efficacia e sicurezza di un sistema sanitario.

Metodi. L'attività di definizione delle strategie per la disseminazione e implementazione della LG "Diagnosi e trattamento di demenza e MCI" è stata basata su una revisione strutturata dei materiali prodotti da agenzie governative e network internazionali che si occupano di metodologia e produzione di LG. È stata inoltre condotta una revisione di studi pubblicati sulla metodologia ed efficacia di modelli di disseminazione e implementazione di LG. Sulla base della sintesi dei materiali reperiti è stata definita una strategia strutturata basata su una fase di interlocuzione con i Referenti regionali per la formazione per censire e costruire collaborazioni con le strutture locali partecipanti, una fase di formazione dei professionisti delle strutture e di test dei tool da utilizzare per elaborare le azioni di implementazione e disseminazione e una fase di attivazione a livello regionale e locale da parte delle strutture delle azioni elaborate.

Risultati. La fase di formazione ha incluso, per la disseminazione, un corso condotto in due edizioni e, per l'implementazione, tre corsi, ciascuno condotto in due edizioni, dedicati al personale di CDCD, RSA e CD. Contestualmente, tutti i partecipanti alle attività sono stati invitati a prendere parte ad un Gruppo Regionale per la Formazione (GRF) assieme ai referenti del Tavolo Permanente sulle Demenze e ai referenti regionali della formazione. A seguito della formazione, i partecipanti hanno attivato, supportati da ISS, attività di disseminazione e strategie di implementazione regionali e locali utilizzando i tool condivisi.

Conclusioni. L'attività ha portato alla definizione di un network attivo e collaborativo tra ISS e strutture locali che ha permesso di testare e ricalibrare gli strumenti utilizzati per la definizione delle attività a livello nazionale. Tutto il percorso di definizione e pilota della strategia di disseminazione e implementazione sarà riportato in un manuale metodologico.

DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA LINEA GUIDA: RISULTATI PRELIMINARI

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

Introduzione. Una delle attività del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026 riguarda la disseminazione e implementazione della Linea Guida "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment". Entrambe prevedono una fase iniziale di formazione e una seconda fase applicativa: l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha organizzato corsi di formazione e fornisce supporto alle attività in corso a livello regionale. L'obiettivo è fornire un aggiornamento delle attività, con i risultati dei corsi in termini di soddisfazione e apprendimento, e lo stato di avanzamento della disseminazione e implementazione nelle strutture coinvolte.

Metodi. L'attività è articolata su tre livelli. Per la disseminazione l'ISS ha realizzato due corsi, i cui partecipanti sono chiamati a disseminare la linea guida nei rispettivi contesti. Per l'implementazione estesa l'ISS ha organizzato sei corsi, i cui partecipanti stanno implementando la linea guida nella propria struttura e organizzeranno un corso di implementazione presso un'altra struttura, che a sua volta implementerà le raccomandazioni, secondo un modello a cascata. Per l'implementazione breve sono stati realizzati tre webinar; chi vi aderisce seguirà un percorso di implementazione alternativo. I corsi sono stati valutati tramite questionari al termine delle edizioni, che includevano anche l'autovalutazione delle competenze prima e dopo la formazione. Le attività successive sono state monitorate con rilevazioni sulle modalità di disseminazione adottate e sullo stato dell'implementazione nelle strutture.

Risultati. I corsi hanno ottenuto un elevato livello di soddisfazione in tutte le edizioni, con apprezzamento per obiettivi, organizzazione e contenuto pratico, e un aumento delle competenze autovalutate; il corso di implementazione ha inoltre favorito lo scambio di esperienze tra professionisti di contesti diversi e ha fornito un metodo operativo concretamente applicabile nelle strutture. I 46 professionisti del corso di disseminazione (provenienti da 17 regioni e due province autonome) hanno disseminato prevalentemente tramite convegni (39,8%), eventi di formazione (27,2%) e attraverso email, newsletter o pubblicazione su sito web (14,6%). Nell'implementazione estesa hanno partecipato 102 professionisti, appartenenti a 26 CDCD, 18 CD e 18 RSA di 17 regioni e due province autonome; attualmente stanno implementando le raccomandazioni 9 CDCD (22 raccomandazioni), quattro CD (7 raccomandazioni) e tre RSA (23 raccomandazioni). Nel percorso breve, 1143 professionisti hanno partecipato ai webinar e circa 100 strutture hanno aderito.

Conclusioni. I risultati confermano l'efficacia formativa dei corsi e un coinvolgimento attivo dei partecipanti nella disseminazione della linea guida e nell'implementazione delle raccomandazioni. Il monitoraggio in corso consentirà di seguire l'avanzamento dell'implementazione nelle strutture coinvolte e di orientare eventuali interventi di supporto.

O DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA NAZIONALI “DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI DEMENZA E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT” NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI DELLA REGIONE PIEMONTE: L'ESPERIENZA DEL GRUPPO REGIONALE PER LA FORMAZIONE

Castellino Manuela (a), Bisio Erika (a), Fontolan Sara (b), Manassero Gisella (c), Roglia Daniela (d), Zannella Patrizia (e), Mantuano Loredana (f), Giovani Daniele (f), Secreto Piero (a)

(a) U.O. Alzheimer e altre Demenze, Presidio Ospedaliero Riabilitativo B.V. Consolata, Fatebenefratelli, S. Maurizio Canavese, Torino

(b) Servizio Sociale Aziendali, S.C. Residenzialità Anziani, A.S.L. CITTA' DI TORINO, Torino

(c) Ambulatorio C.D.C.D e Centro Diurno Alzheimer Volpiano AslTo4, Torino

(d) S.S. Gestione Operativa Percorsi Cronicità AslTo4, Torino

(e) S.C. Residenzialità Anziani ASL Città di Torino, Torino

(f) Direzione Sanità / Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR Regione Piemonte, Torino

Introduzione. La crescente complessità dei bisogni assistenziali delle persone con demenza richiede strategie che favoriscano non solo la diffusione delle conoscenze, ma anche l'implementazione sistematica di buone pratiche nei diversi contesti di cura. La formazione degli operatori rappresenta uno strumento fondamentale per promuovere pratiche basate sulle evidenze scientifiche e migliorare la qualità dell'assistenza. In Regione Piemonte, il Gruppo Regionale per la Formazione ha elaborato un programma di disseminazione e implementazione rivolto ai professionisti operanti nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, nei Centri Diurni e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Il programma, inserito nelle linee di indirizzo regionali 2026 per la predisposizione dei piani di formazione dell'Educazione Continua in Medicina delle Aziende Sanitarie Regionali, promuove l'applicazione di approcci assistenziali condivisi e coerenti con le raccomandazioni nazionali per la presa in carico delle persone con demenza, favorendo il trasferimento delle conoscenze nella pratica clinico-assistenziale.

Metodi. Le attività hanno incluso interventi formativi, in parte nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina, momenti di confronto multidisciplinare e azioni di supporto per l'applicazione dei contenuti nei diversi contesti assistenziali, anche mediante l'utilizzo di *toolkit* per l'analisi, il monitoraggio e la raccolta dei dati.

Risultati. Da novembre 2025 a giugno 2026 il programma ha coinvolto 7 strutture dedicate alla presa in carico delle persone con demenza: 1 Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, 1 Centro Diurno Alzheimer e 5 Residenze Sanitarie Assistenziali. Hanno partecipato 64 professionisti della Città metropolitana di Torino appartenenti a differenti profili disciplinari, favorendo un approccio multiprofessionale e integrato alla gestione della demenza. Sono stati realizzati 4 eventi formativi per un totale di 16 ore

Conclusioni. Il coinvolgimento coordinato dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, dei Centri Diurni Alzheimer e delle Residenze Sanitarie Assistenziali ha favorito la condivisione di un linguaggio comune tra i professionisti, il consolidamento della continuità assistenziale nei diversi *setting* di cura e l'applicazione delle raccomandazioni delle Linee Guida nei diversi contesti operativi. L'ampia partecipazione delle strutture e degli operatori ha evidenziato la capacità del modello regionale di raggiungere capillarmente i diversi contesti assistenziali, sostenendo processi di cambiamento organizzativo orientati al miglioramento della qualità delle cure. Alla luce dei risultati ottenuti, il modello formativo sarà progressivamente esteso all'intero territorio piemontese.

O STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA NAZIONALI “DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI DEMENZA E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI)” NELLA REGIONE VENETO

Ceccon Anna (a), Camporese Giulia (b), Allegrini Elisabetta (c), Basso Cristina (d)
(a) UOS Demenze e Malattia di Alzheimer, Direzione della Funzione Territoriale Azienda Ulss 6 Euganea, Padova
(b) Neurologa CDCD, Azienda Ulss 6 Euganea, Padova
(c) UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie, Azienda Zero, Padova
(d) UOS Coordinamento Regionale Rete Patologie Neurodegenerative, Regione del Veneto, Padova

Introduzione. L'implementazione delle Linee Guida Nazionali "Diagnosi e trattamento di demenza e MCI" è essenziale per ridurre la variabilità dei percorsi e promuovere equità e appropriatezza. Tra le Attività del Fondo Alzheimer per le demenze 2024-2026 dell'ISS, l'Attività n.1 è dedicata a disseminazione ed implementazione delle LGN a livello regionale Obiettivi Descrivere la strategia sviluppata in Veneto per l'implementazione della LGN attraverso un percorso regionale di formazione a cascata e accompagnamento dei CDCD.

Metodi. La strategia regionale ha previsto: 1) identificazione del gruppo di lavoro (referente regionale per le Demenze, referenti CDCD e RSA/CD, referente della formazione regionale); 2) recepimento dell'Attività 1 da parte del Coordinamento Regionale Rete Patologie Neurodegenerative (Programmazione Sanitaria Regionale) con inserimento tra le attività dei CDCD nel Piano Triennale delle attività 2024-2026; 3) co-progettazione e realizzazione di un percorso formativo regionale per la implementazione delle LGN, previo preliminare percorso di implementazione presso 2 CDCD dell'Azienda Sanitaria n. 6 Euganea successivo alla formazione nazionale ISS (2025); 4) candidatura di almeno due professionisti (medico, psicologo, infermiere) per ogni Azienda Sanitaria al percorso formativo Il corso ha previsto una sessione teorica, curata da professionisti ISS, sui contenuti delle LGN e sui principi dell'implementazione, e una sessione pratica, condotta dai professionisti regionali formati a livello nazionale, dedicata ai *toolkit* per analisi di contesto e piano di azione. Durante la formazione è stata avviata la analisi di contesto ed a distanza di 2 mesi si sono organizzati incontri di *follow-up* a distanza per supportare il piano di implementazione.

Risultati. Al corso hanno partecipato 27 professionisti, in rappresentanza delle due Aziende Universitarie e di otto su nove Aziende ULSS, garantendo buona copertura regionale. Sei centri hanno formalizzato l'adesione al percorso; per gli altri il processo è in corso. La scelta delle raccomandazioni in diversi casi è stata integrata alle attività del Piano Triennale della Regione Veneto 2024-2026. Le raccomandazioni scelte finora rientrano nelle due macroaree di Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico e Modelli assistenziali e coordinamento delle cure.

Conclusioni. L'esperienza della Regione Veneto mostra la fattibilità di un modello multilivello che integri supporto metodologico nazionale, *governance* regionale,

progettualità complementari e adattamento ai contesti locali. Coordinamento regionale, rete regionale dei CDCD, formazione a cascata, strumenti standardizzati e tutoraggio garantiscono diffusione capillare delle raccomandazioni e maggiore omogeneità e appropriatezza dei percorsi.

O IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA NEI CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE E NEI CONTESTI RESIDENZIALI/SEMIRESIDENZIALI

Martis Ilaria (a), Bonora Annalisa (b), Bergamini Lucia (b), Manni Barbara (a), Rossi Cristina (a), Ricchi Barbara (a), Corni Maria Giulia (a), Romano Elisabetta (a), Bevilacqua Petra (b), Vaccari Giulia (b), Veschi Mara (b), Pafundi Teodosio (c), Samorini Nadia (d), Pagani Elena (d), Fabbri Monia (d), Dalla Valle Luciana (d)
(a) CDCD di Sassuolo, AUSL Modena, Modena
(b) CDCD di Mirandola, AUSL Modena, Modena
(c) UOC Geriatria Territoriale, AUSL Modena, Modena
(d) ASP Bassa Romagna, Ravenna

Introduzione. I Centri Disturbi Cognitivi e Demenze di Sassuolo e Mirandola e l'Azienda ai Servizi alla Persona Bassa Romagna (Residenza Sanitaria Assistita “Jus Pascendi” e Centro Diurno “F. Silvagni”) sono stati coinvolti nel percorso promosso dall’Istituto Superiore di Sanità per l’implementazione delle Linee Guida finanziato dal Fondo Alzheimer, al fine di tradurre le raccomandazioni in pratiche clinico-assistenziali quotidiane. Lo scopo è di valutare l'aderenza alle Linee Guida, implementare nuove procedure nei contesti territoriali, ambulatoriali e residenziali, migliorando la qualità assistenziale, l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e la continuità di cura.

Metodi. Tra maggio 2025 e dicembre 2026, équipe multiprofessionali (geriatri, psicologi, neuropsicologi, infermieri, operatori di struttura, coordinatori infermieristici e responsabili delle attività assistenziali di struttura e terapisti occupazionali) hanno condotto un'analisi di contesto per valutare pertinenza e attuazione delle 167 raccomandazioni. In tutti i contesti territoriali sono stati strutturati percorsi formativi interni, sensibilizzazione della cittadinanza e una riorganizzazione dei percorsi assistenziali in rete con servizi aziendali, Medicina Nucleare, Palliative e Centro Disturbo Cognitivi.

Risultati. L'analisi di contesto ha mostrato un'aderenza iniziale del 59% Sassuolo e dell'80% a Mirandola; in Bassa Romagna, su 52 raccomandazioni pertinenti al setting residenziale/semiresidenziale, 14 sono diventate nuovi target. Le azioni comunemente implementate hanno riguardato: 1. Diagnostica, terapia e continuità: revisione dei criteri diagnostici, "second look" neuroradiologico e slot riservati in Medicina Nucleare per i Centri Disturbi Cognitivi provinciali; integrazione di scale per il burden colinergico. Si è inoltre approfondita la ricognizione e riconciliazione farmacologica, in particolare nell’utilizzo delle scale per il calcolo del burden colinergico. 2. Cure Palliative e Umanizzazione: recepimento delle raccomandazioni sul fine vita in residenza sanitaria (racc. 161-162), con protocolli dedicati, formazione su dolore e approcci non farmacologici (laboratori d'arte, cromoterapia, racc. 120-122) e spazi dedicati per le cure palliative. 3. Coinvolgimento e Comunicazione: promozione della pianificazione condivisa delle cure, potenziamento delle competenze comunicative dei professionisti e coinvolgimento attivo di ospiti, *caregiver* ed enti locali.

Conclusioni. L'esperienza dimostra che lo screening sistematico delle linee guida non è un esercizio teorico, ma uno strumento di governance capace di apportare un reale cambiamento nella pratica clinica, volto a migliorare la qualità della presa in carico della persona con demenza e del familiare.

O PROGETTARE ECOSISTEMI DI CURA CENTRATI SULLA PERSONA: RISULTATI DEL PROGETTO EUROPEO CO-DESIGNING A HOME WITH DEMENTIA

Sangiorgi Daniela
Dipartimento di Design, Politecnico di Milano, Milano

Introduzione. La cura centrata sulla persona riconosce autonomia, identità e partecipazione come principi fondamentali, ma la loro traduzione nelle pratiche quotidiane e nei modelli organizzativi rimane complessa. Il progetto *europeo Marie Skłodowska-Curie Co-designing a Home with Dementia* (HOMEDEM) ha indagato come sostenere le persone con demenza nel vivere una vita significativa, attraverso un programma interdisciplinare che ha integrato design, psicologia, scienze psicosociali della salute, economia e analisi delle politiche. Il contributo presenta i principali risultati, con particolare attenzione alle condizioni necessarie per sviluppare ecosistemi di cura più integrati e partecipativi.

Metodi. Otto progetti di ricerca dottorale hanno studiato la cura della demenza a tre livelli interconnessi: le relazioni tra persone con demenza e le loro costellazioni di cura; le condizioni materiali, sociali e tecnologiche dell'abitare; gli ecosistemi di cura, le politiche e l'allocazione delle risorse. Sono stati utilizzati approcci partecipativi, ricerca qualitativa ed etnografica, co-design, studi di intervento, analisi delle politiche e metodi quantitativi.

Risultati. I risultati evidenziano la necessità di affiancare alle dimensioni cliniche e funzionali una maggiore attenzione agli aspetti relazionali, sociali e quotidiani del vivere con la demenza. Relazioni, attività quotidiane, ambienti e connessioni sociali possono sostenere identità, capacità di agire e appartenenza. La loro valorizzazione richiede modelli organizzativi capaci di tradurre i principi della cura centrata sulla persona nelle pratiche. Questa traduzione è ostacolata da frammentazione delle responsabilità, formazione disomogenea, condizioni della forza lavoro, pressioni di tempo e limitati meccanismi di feedback. Approcci partecipativi e di co-design possono favorire confronto e apprendimento tra gli attori della rete e l'adattamento delle pratiche ai diversi contesti.

Conclusioni. La cura centrata sulla persona richiede la capacità dell'intero ecosistema di cura di coordinarsi, apprendere e adattarsi nel tempo. Questi risultati stanno orientando una nuova proposta europea, *Hyperdem*, dedicata ai momenti critici del percorso di cura nei quali persone con bisogni e *background* diversi rischiano di diventare invisibili al sistema. La prospettiva proposta evidenzia la necessità di investire nell'integrazione dei servizi e nelle capacità relazionali, collaborative e di apprendimento degli attori che li compongono.

P CAMBIAMENTI COGNITIVI DOMINIO-SPECIFICI E NEUROPSICHIATRICI DOPO UN PROGRAMMA ADATTIVO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA DELLA DURATA DI UN ANNO IN PAZIENTI CON DISTURBO COGNITIVO LIEVE E MALATTIA DI ALZHEIMER CARATTERIZZATI MEDIANTE BIOMARCATORI: UNO STUDIO PILOTA

Bagoj Eriola, Pelazza Carola, Di Rienzo Sabrina, Carapelle Elena, Mundi Ciro, Terracciano Maria Eva
SCO di Neurologia, Policlinico Riuniti Foggia, Foggia

Introduzione. Gli interventi di stimolazione cognitiva multi-dominio possono contribuire al mantenimento delle funzioni cognitive nelle condizioni neurodegenerative. Il presente studio pilota ha valutato gli effetti di un programma di gruppo articolato in tre cicli distribuiti nell'arco di dodici mesi. Obiettivi Valutare le variazioni cognitive e neuropsichiatriche associate all'intervento e confrontare l'andamento dei pazienti con disturbo cognitivo lieve trattati con un gruppo di controllo non sottoposto a stimolazione.

Metodi. Sono stati inclusi sedici pazienti trattati, dodici con disturbo cognitivo lieve e quattro con malattia di Alzheimer, e dodici controlli con disturbo cognitivo lieve. Tutti sono stati valutati prima e dopo circa dodici mesi mediante prove di funzionamento cognitivo globale, funzioni esecutive, abilità visuospaziali, memoria verbale immediata e differita, fluenza verbale e semantica, memoria di lavoro, attenzione selettiva e sintomi neuropsichiatrici. Nei pazienti trattati erano inoltre disponibili biomarcatori liquorali e/o ematici e dati di neuroimmagine. La terapia farmacologica era prevalentemente basata su rivastigmina transdermica; in alcuni casi erano presenti donepezil o memantina. Le variazioni longitudinali sono state analizzate mediante test non parametrici.

Risultati. Nei pazienti con disturbo cognitivo lieve trattati, il funzionamento cognitivo globale è rimasto sostanzialmente stabile, con una variazione media di meno 0,47 punti, rispetto a una riduzione di 3,50 punti nei controlli. Nel gruppo di controllo il peggioramento globale è risultato significativo nel tempo. La memoria verbale immediata è aumentata mediamente di 1,38 punti nei trattati e si è ridotta di 0,32 punti nei controlli, mostrando una tendenza favorevole all'intervento. La fluenza verbale ha mostrato l'effetto più evidente, con un incremento medio di 4,05 punti nei trattati rispetto a una riduzione di 3,42 punti nei controlli; la differenza tra gruppi è risultata statisticamente significativa. Nel gruppo trattato è stata inoltre osservata una riduzione descrittiva dei sintomi neuropsichiatrici.

Conclusioni. I risultati preliminari suggeriscono che un programma annuale di stimolazione cognitiva multi-dominio possa contribuire a contrastare il declino cognitivo nel disturbo cognitivo lieve, favorendo la stabilità del funzionamento globale e mostrando effetti dominio-specifici, particolarmente evidenti sulla fluenza verbale. La ridotta numerosità campionaria richiede conferma in studi più ampi.

P IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MCI E DEMENZE: DALL'ESPERIENZA DELLA CASA RESIDENZA ANZIANI JUS PASCENDI E DEL CENTRO DIURNO ANZIANI "F. SILVAGNI" (AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA DEI COMUNI DELLA BASSA ROMAGNA)

Dalla Valle Luciana, Capra Dasi, Fabbri Monia, Pagani Elena, Samorini Nadia
Azienda Servizi alla Persona dei Comuni della Bassa Romagna con Sede Legale Bagnacavallo, Ravenna

Introduzione. L'equipe ha raccolto la sfida della linea guida, mappando le necessità dei servizi per tradurre le raccomandazioni in azioni e mostrare a famiglie e comunità il metodo scientifico con cui operano le strutture, superando lo stigma della casa di riposo. L'analisi condotta ha permesso di: valutare l'aderenza alle raccomandazioni, consolidare le indicazioni in uso e implementare nuove procedure per la rete dei servizi della Bassa Romagna.

Metodi. Tra giugno 2025 e dicembre 2026, un'equipe multidisciplinare ha valutato pertinenza e attuazione delle 167 raccomandazioni. Nel 2026 è stato avviato un programma in due fasi. La prima ha riguardato la disseminazione mediante siti di comunicazione (internet, articoli, eventi formativi). La seconda ha previsto la selezione delle raccomandazioni con l'equipe, composta da Coordinatore, responsabile assistenziale, responsabile sanitario e medico di struttura. Analizzate le 5 macroaree, sono state individuate raccomandazioni nuove o da ampliare. L'equipe ha collaborato con direzione infermieristica locale, rete cure palliative e centro disturbi cognitivi territoriali. Sono stati attivati corsi e supervisione con psicologa, per *caregiver*, ospiti, familiari e operatori.

Risultati delle 52 raccomandazioni pertinenti al setting residenziale e semi residenziale, 14 hanno rappresentato nuovi target. Nella Casa residenza: Area 5, cure palliative e malattie ricorrenti, con protocollo per la connessione alla rete dei palliativisti, stanza per il fine vita e area cure palliative nel progetto individualizzato (161-162; 40-45); manuale di buone pratiche per demenza (133); protocollo sul dolore e formazione (151-152); "Aggiungi un posto a tavola" per anziani con deterioramento cognitivo; trattamenti non farmacologici e laboratori d'arte (120-122); tinteggiatura dei locali comuni con colori pertinenti alla cromoterapia e addobbi stagionali per orientamento. Nel centro diurno: procedura per intercettare il sospetto diagnostico (2), informando tempestivamente familiare e geriatria in caso di cambiamenti anomali; relazione sanitaria e assistenziale per la transizione tra setting, utilizzata per accessi ai centri disturbi cognitivi (70-72); area dedicata agli interessi dell'ospite nel progetto individualizzato (117).

Conclusioni. Un metodo sistematico consente di superare gli ostacoli quotidiani, favorisce il lavoro di rete e migliora la qualità di vita degli anziani fragili, come dimostra la collaborazione con la rete delle cure palliative dove, in una struttura come lo *Jus*

Pascendi priva di infermiere nelle ore notturne, si registra un numero esiguo di accessi al pronto soccorso. Così anche l'adozione di piani di assistenza conformi alle indicazioni della linea guida rendono gli interventi appropriati.

P IMPLEMENTAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI TELE-RIABILITAZIONE COGNITIVA

Fascendini Sara (a), Barocco Federica (a), Gustinetti Valeria (b), Viti Valeria (a)
(a) FERB-ETS Gazzaniga, Bergamo
(b) FERB-ETS Cassano D'Adda, Milano

Introduzione. La stimolazione cognitiva è un intervento non farmacologico raccomandato dall'Istituto Superiore di Sanità nei pazienti con decadimento cognitivo lieve (MCI) per preservare le abilità residue e l'autonomia. Il progetto propone un servizio di teleriabilitazione domiciliare tramite il dispositivo *tablet Khymeia* (software VRRS *HomeKit Khymeia*). Gli obiettivi principali sono: garantire la continuità terapeutica ospedale-domicilio, offrire interventi personalizzati per diversi domini cognitivi (attenzione, memoria, funzioni esecutive, linguaggio, abilità visuo-spaziali), incrementare l'accessibilità alle cure, coinvolgere i *caregiver* e valutare la fattibilità e l'accettabilità del servizio. Il target include pazienti con MCI dimessi o seguiti presso i Centri Alzheimer di Gazzaniga e Cassano D'Adda e gli ambulatori CDCD/MAC, dotati di adeguate abilità motorie e sensoriali.

Metodi. Il percorso dura circa 30 giorni e coinvolge un medico (ingaggio, supervisione e monitoraggio) e un neuropsicologo (valutazione, prescrizione, sessioni e monitoraggio). Si articola in quattro fasi: 1) T0 (In presenza, 45-60 min): Raccolta anamnestica, modulistica, screening neuropsicologico iniziale (MMSE e ACE-III), consegna e formazione all'uso del *tablet,* prescrizione del piano personalizzato. 2) T1 (A 10 giorni, Video-consulenza, 45 min): Esercizi guidati, verifica dell'aderenza, gestione di criticità e eventuale adattamento del piano. 3) T2 (A 10 giorni da T1, Video-consulenza, 45 min): Sessione assistita, monitoraggio dell'andamento clinico e dell'uso della piattaforma. 4) T3 (A 10 giorni da T2, In presenza, 45-60 min): Restituzione del *tablet,* somministrazione finale di MMSE e ACE-III, colloquio conclusivo, valutazione dell'esperienza e indicazioni sul proseguimento del percorso.

Risultati. L'efficacia e la fattibilità dell'intervento vengono valutate attraverso il monitoraggio dei seguenti parametri: a) Aderenza al trattamento: Numero di esercizi completati a domicilio. b) Prestazioni cognitive: Confronto tra i punteggi iniziali (T0) e finali (T3) ottenuti alle scale MMSE e ACE-III. c) Gradimento e usabilità: Livello di soddisfazione percepito da pazienti e *caregiver* e tracciamento delle eventuali criticità tecniche riscontrate.

Conclusioni. L'implementazione della teleriabilitazione cognitiva consente di rafforzare la continuità assistenziale post-ricovero e l'accessibilità ai trattamenti neuropsicologici. L'integrazione tra attività ambulatoriale e assistenza domiciliare permette di supportare attivamente i *caregiver*, personalizzare l'intervento e favorire il mantenimento o potenziamento delle funzioni cognitive residue, ponendo le basi per un modello assistenziale integrato ed efficace.

P SCREENING COGNITIVO E VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA NEI CDCD: CONCORDANZE, DISCREPANZE E AFFINAMENTO DIAGNOSTICO

Iozzelli Dario
Servizio di Neuropsicologia e CDCD Area Grossetana, USL Toscana Sud Est, Grosseto

Introduzione. Nei CDCD lo screening cognitivo globale è essenziale, ma non sempre definisce natura, distribuzione e significato clinico delle difficoltà. Lo studio ha esaminato il rapporto tra screening e valutazione neuropsicologica estesa, per stabilire quando l'approfondimento conferma, precisa o modifica l'interpretazione iniziale.

Metodi. Studio retrospettivo monocentrico su 130 casi consecutivi pertinenti del Servizio di Neuropsicologia dell'Adulto-CDCD Grosseto. Sono stati ricodificati dati sociodemografici, inviante, tipo di visita, screening, domini cognitivi, autonomie, sintomi affettivi, fattori interferenti, *imaging* ed esito clinico. Lo screening è stato classificato secondo l'interpretazione normativa riportata nelle relazioni, senza applicare un unico *cut-off* a strumenti differenti. La discordanza psicometrica indicava deficit settoriali con screening conservato o borderline; quella clinica una modifica o sostanziale precisazione del significato dello screening dopo integrazione di profilo cognitivo, autonomie e contesto. È stata inoltre effettuata un'analisi di sensibilità escludendo i *follow-up*.

Risultati. Nel campione, 42 pazienti presentavano screening conservato, 35 borderline e 53 patologico. L'esito finale comprendeva 36 casi senza disturbo cognitivo oggettivo, 67 con disturbo lieve, 22 con disturbo maggiore, quattro quadri di confine e un caso non classificabile. Le discrepanze risultavano soprattutto rilevanti nei quadri iniziali o complessi: screening conservati potevano associarsi a deficit selettivi, mentre punteggi ridotti assumevano significato differente dopo integrazione con autonomie, umore e fattori sensoriali o medici. Nei disturbi maggiori la concordanza era più frequente e l'approfondimento contribuiva soprattutto alla definizione di fenotipo e gravità. Nei 106 casi non di *follow-up* la distribuzione restava simile: 33 screening conservati, 32 borderline e 41 patologici; 31 casi senza disturbo oggettivo, 56 lievi, 15 maggiori, tre di confine e uno non classificabile.

Conclusioni. Screening e valutazione neuropsicologica estesa rappresentano livelli complementari del percorso diagnostico. L'approfondimento risulta particolarmente utile quando punteggio globale, profilo settoriale, autonomia e quadro clinico non convergono: può evidenziare deficit non rilevati dallo screening, ma anche ridimensionare interpretazioni eccessivamente patologiche di punteggi bassi o fragilità isolate. Nei casi concordanti consente invece una migliore caratterizzazione del profilo e della gravità. I risultati sostengono nei CDCD un modello progressivo e modulare, adattato al quesito clinico e alla complessità del caso, orientato alla disambiguazione e all'affinamento diagnostico.

P *TEST YOUR MEMORY* COME STRUMENTO DI SCREENING PRECOCE PER DECADIMENTO COGNITIVO IN PAZIENTI AFFETTI DA *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Leandri Emanuele, Orzelleca Mariaines, Bottoni Alessandro, Capozzi Claudio, Serbelloni Giulia, Marianetti Massimo, Rosari Mattia
Centro Sperimentale Alzheimer, Istituto San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

Introduzione Il *Mild Cognitive Impairment* rappresenta una condizione di declino cognitivo caratterizzata da un deterioramento superiore a quanto atteso per età e livello di istruzione, pur in presenza di una sostanziale conservazione dell'autonomia funzionale. L'identificazione precoce di tale condizione risulta fondamentale per l'avvio di interventi diagnostici e trattamenti farmacologici e non farmacologici. Il presente studio si è proposto di valutare il *Test Your Memory* quale strumento di screening precoce in pazienti con sospetto *Mild Cognitive Impairment*.

Metodi. Lo studio ha coinvolto 71 pazienti ambulatoriali consecutivi, composti da 39 donne e 32 uomini, giunti all'osservazione per disturbi soggettivi riferiti di memoria, con età media di 67,8±8,2 anni di età e scolarità media di 12,4±4,1 anni di istruzione. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica mediante la somministrazione del *Mini Mental State Examination*, del *Test Your Memory* e di una batteria neuropsicologica di secondo livello.

Risultati. La batteria neuropsicologica di secondo livello ha confermato una diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* nel 70% del campione. All'interno di questo sottogruppo, l'81% dei pazienti era risultato positivo al *Test Your Memory*, mentre soltanto il 69% era risultato positivo al *Mini Mental State Examination*. Non sono stati riscontrati casi di pazienti positivi a entrambi i test di screening che non abbiano successivamente confermato la diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* alla batteria di secondo livello.

Conclusioni. I risultati mostrano una maggiore sensibilità del *Test Your Memory* rispetto al *Mini Mental State Examination* nell'identificazione dei pazienti con *Mild Cognitive Impairment*, successivamente confermata dai dati ottenuti attraverso la somministrazione della batteria neuropsicologica di secondo livello. Tale maggiore sensibilità potrebbe essere ricondotta alla presenza, all'interno del *Test Your Memory*, di item volti a valutare lo stato delle funzioni esecutive, comunemente compromesse nelle fasi iniziali *del Mild Cognitive Impairment* e non sufficientemente esplorate dal *Mini Mental State Examination*. Il *Test Your Memory* risulta inoltre particolarmente indicato per un impiego di screening, in virtù della breve durata della somministrazione e dell'accessibilità di linguaggio, che ne consente un utilizzo rapido ed efficace nella pratica clinica. Ulteriori studi condotti su campioni più ampi saranno necessari per confermare i risultati ottenuti.

P LA "LEARNING SLOPE" AL RAVLT COME PREDITTORE DELLA RIEVOCAZIONE DIFFERITA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: UNO STUDIO DI REGRESSIONE SU 50 PAZIENTI

Orzelleca Mariaines, Leandri Emanuele, Serbelloni Giulia, Bottoni Alessandro, Capozzi Claudio, Pica Martina, Marianetti Massimo, Rosari Mattia
Centro Sperimentale Alzheimer, Istituto San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

Introduzione. Il *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) è uno strumento ampiamente utilizzato per valutare la memoria episodica verbale, analizzando le fasi di apprendimento, consolidamento e rievocazione delle informazioni. Nella malattia di Alzheimer, il deficit di memoria episodica è legato alla compromissione dei processi di codifica, immagazzinamento e recupero. La velocità con cui il soggetto riesce ad apprendere nuove parole ad ogni trial è rappresentata dalla "*learning slope*" fornendo una misura dell'efficienza con il soggetto acquisisce nuove informazioni attraverso ripetute esposizioni allo stimolo. Questo studio mira a valutare se la *learning slope* del RAVLT possa predire la prestazione alla rievocazione differita nei pazienti con malattia di Alzheimer.

Metodi. La ricerca è stata condotta su una coorte di 50 pazienti afferenti al Centro Sperimentale Alzheimer presso il Fatebenefratelli di Genzano di Roma. La *learning slope* è stata calcolata sulla base dei cinque trial di apprendimento del RAVLT mediante un indice di pendenza lineare, in grado di quantificare il cambiamento della prestazione nel corso delle prove ripetute. È stata condotta un'analisi di regressione lineare considerando il punteggio alla rievocazione differita come variabile dipendente e la *learning slope* come variabile predittiva. Risultati:

Risultati. L'analisi ha evidenziato un'associazione statisticamente significativa tra *learning slope* e prestazione alla rievocazione differita (B=1,313; SE=0,620; t=2,12; p=0,039). Il modello di regressione ha spiegato l'8,5% della varianza della prestazione differita (R^2=0,086), indicando che una maggiore capacità di acquisizione progressiva delle informazioni durante le prove di apprendimento contribuisce, seppur in misura contenuta, alla previsione della successiva rievocazione.

Conclusioni. Nei pazienti con malattia di Alzheimer, una maggiore velocità ed efficienza di apprendimento risultano associate a una migliore capacità di recupero dell'informazione. Sebbene la quota di varianza spiegata dal modello sia modesta, i risultati suggeriscono che la *learning slope* non rappresenti esclusivamente un indice della capacità di acquisizione, ma possa riflettere anche l'efficienza dei processi strategici ed esecutivi implicati nella formazione di una traccia mnestica più stabile, contribuendo a una migliore comprensione dei meccanismi che influenzano la conservazione e il recupero della traccia mnesica.

P TRATTI DI PERSONALITÀ COME MODULATORI DEL DECLINO COGNITIVO: UNO STUDIO SU PAZIENTI CON ALZHEIMER DI GRADO LIEVE

Serbelloni Giulia, Bottoni Alessandro, Leandri Emanuele, Capozzi Claudio, Orzelleca Mariaines, Margiotta Monica, Pica Martina, Marianetti Massimo, Rosari Mattia
Centro Sperimentale Alzheimer, Istituto San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

Introduzione. Il costrutto di *Personality Resilience* si riferisce alla capacità di specifici tratti di personalità di agire come fattori protettivi biologici e psicologici della malattia di Alzheimer (AD). In ambito neurologico, tale concetto integra il costrutto di Riserva Cognitiva con quello di Personalità spiegando la discrepanza tra danno cerebrale presunto ed espressione clinica in pazienti con AD.

Metodi. Il presente studio si prefigge di indagare e validare le correlazioni tra i domini personologici delineati dal modello "*Big Five Questionnaire* - 2" (BFQ-2) e l'assetto cognitivo globale, valutato mediante *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e *Clock Drawing Test* (CDT). La ricerca è stata condotta su una coorte clinica di 76 pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve afferente al Centro Sperimentale Alzheimer presso il Fatebenefratelli di Genzano di Roma con età media 70,1±2,8 e con scolarità univoca di 13 anni. Intende verificare il ruolo della personalità intesa quale fattore di resilienza psicologica nell'ambito della Malattia di Alzheimer (AD).

Risultati. L'analisi descrittiva dell'intero campione ha rilevato score medi di 23,22 al MMSE e di 5,96 al CDT. La stratificazione psicometrica ha evidenziato che il 46,1% della coorte manifestava un'elevata espressione del dominio "Nevroticismo", associata a un quadro di deterioramento cognitivo significativamente più marcato (MMSE medio 21,46; CDT medio 4,78), con una correlazione inversa statisticamente rilevante ($p<0,001$). Di contro, i soggetti caratterizzati da elevati livelli di "Apertura Mentale" e "Coscienziosità" hanno mostrato un sostanziale risparmio del funzionamento globale e delle funzioni esecutivo-visuospaziali (MMSE medio 25,07; CDT medio 6,79). Il differenziale prestazionale superiore a 2 punti medi corrobora la pregnanza clinica dei tratti personologici nel modulare l'evoluzione sintomatologica della Demenza di Alzheimer ($p<0,05$).

Conclusioni. I risultati della ricerca rivelano che i tratti esaminati tramite il (BFQ-2) correlano in modo clinicamente e statisticamente significativo costituendo un'importante fattore di protezione. In conclusione, i dati evidenziano come i tratti di personalità: Apertura Mentale, Stabilità Emotiva e Coscienziosità costituiscano un effetto protettivo rappresentando un profilo psicologico resiliente nei confronti di persone che presentano già una diagnosi di AD. Qualora i dati del presente studio siano confermati da ulteriori ricerche in ambito neuropsicologico potrebbero costituire un importante fattore preventivo nonché protettivo rispetto ad una diagnosi di demenza.

P IL SOSTEGNO AL *CAREGIVER* ATTRAVERSO I CENTRI DIURNI: IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE 14 DELLA LINEA GUIDA ISS NELLA RETE TERRITORIALE DI ROMA CAPITALE E ASL ROMA 3

Scoyni Raffaella Maria (a), Orlandi Giulia (b), Mareschi Francesco (b), Pascucci Luisiana (c), Vitiellio Wilson (d), Librobuoni Noemi (d), Sgroi Daniela (a)
(a) ASL Roma 3, Roma
(b) Comune di Roma Capitale, Roma
(c) Coop. Nuova Socialità, Roma
(d) Coop. Medihospes, Roma

Introduzione. La Linea Guida dell'Istituto Superiore di Sanità *"Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment"*, pubblicata nel 2023 nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), comprende 47 quesiti clinici e 167 raccomandazioni di pratica clinica, dedicando particolare attenzione al ruolo dei familiari e dei *caregiver* nel percorso assistenziale della persona con demenza. La Raccomandazione 14 prevede l'offerta ai *caregiver* di interventi psicoeducativi e formativi finalizzati all'acquisizione di conoscenze, competenze e abilità, attraverso informazioni sulla malattia, strategie personalizzate, strumenti per la gestione dei disturbi comportamentali e della comunicazione, attenzione al benessere del *caregiver* e orientamento ai servizi disponibili. Il *caregiver* rappresenta frequentemente una componente centrale della presa in carico, con un possibile elevato carico assistenziale, emotivo e relazionale. In tale prospettiva, il suo sostegno costituisce parte integrante del percorso di cura.

Metodi. Nell'ambito della rete dei Centri Diurni di Roma Capitale e ASL Roma 3 è stato definito un modello territoriale di sostegno ai *caregiver* basato sulla realizzazione di incontri mensili di auto-mutuo aiuto. Gli incontri sono concepiti secondo un approccio flessibile e multidisciplinare, finalizzato a tradurre operativamente i principi della Raccomandazione 14. Gli interventi affrontano tematiche individuate sulla base dei bisogni espressi dalle famiglie, tra cui conoscenza ed evoluzione della demenza, gestione dei cambiamenti comportamentali, comunicazione, attività della vita quotidiana, sicurezza, stress e benessere del *caregiver*, accesso ai servizi e continuità assistenziale. Il modello integra competenze sanitarie e sociali con l'esperienza diretta dei *caregiver*, favorendo il confronto tra pari e il collegamento continuativo con la rete territoriale dei servizi.

Risultati. Il modello proposto mira a favorire un incremento delle conoscenze sulla demenza e una maggiore acquisizione di strategie assistenziali, comunicative e relazionali da parte dei *caregiver*. Gli incontri di auto-mutuo aiuto possono inoltre favorire la condivisione delle esperienze, ridurre il senso di isolamento e facilitare l'emersione di problematiche assistenziali, emotive e familiari. La presenza integrata delle componenti sanitaria e sociale consente di migliorare l'orientamento delle famiglie verso le risorse territoriali disponibili e di identificare precocemente situazioni di particolare fragilità, favorendo l'attivazione degli interventi appropriati.

Conclusioni. Gli incontri strutturati di auto-mutuo aiuto rappresentano uno strumento territoriale coerente con la Raccomandazione 14 della Linea Guida ISS e potenzialmente in grado di rafforzare il ruolo del *caregiver* quale componente attiva del percorso assistenziale. L'integrazione tra Centri Diurni, servizi sanitari, servizi sociali e famiglie consente di sviluppare un modello di prossimità orientato non solo alla persona con demenza, ma anche alla tutela del benessere di chi se ne prende cura. La continuità degli incontri e la valorizzazione dell'esperienza dei *caregiver* possono contribuire a consolidare una rete di sostegno stabile, favorendo appropriatezza, continuità assistenziale e maggiore capacità della famiglia di affrontare l'evoluzione della malattia.

Terza sessione

Demenza e migranti: dal progetto IMMIDEM alle policy

Moderatore:
Francesco Sciancalepore

I RISULTATI FINALI DEL PROGETTO IMMIDEM

Marco Canevelli
Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, per il Gruppo di Studio IMMIDEM, Roma

Introduzione. Il progetto IMMIDEM ha perseguito i seguenti obiettivi: 1) descrivere le caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei migranti afferenti ai CDCD italiani; 2) esplorare gli *outcome* di salute dei migranti con demenza che vivono nel Paese; 3) sviluppare e rendere disponibili strumenti di valutazione cognitiva cross-culturali; 4) formare gli operatori sociosanitari; 5) aumentare i livelli di consapevolezza e sensibilizzazione sul tema.

Metodi. Gli obiettivi del progetto sono stati raggiunti attraverso le seguenti attività: 1) studio multicentrico *cross-sectional* di pazienti migranti e nativi presso i CDCD; 2) studio di coorte basato su dati di registro delle persone con demenza, native e migranti, residenti nella Regione Lazio; 3) traduzione, adattamento e validazione di test cognitivi e neuropsicologici cross-culturali; 4) organizzazione di corsi di formazione per operatori sanitari sulla demenza nei migranti; 5) informazione e sensibilizzazione rivolte a pazienti, familiari, professionisti sanitari e policy-maker.

Risultati. 1) Presso i 19 CDCD partecipanti allo studio nel 2024/2025, sono stati arruolati 869 soggetti, di cui il 54% migranti. Rispetto ai pazienti nativi italiani, i migranti presentavano un'età media significativamente inferiore, un livello di istruzione più elevato a fronte di livelli di occupazione a più bassa qualificazione, una maggior prevalenza di alcuni fattori di rischio modificabili di demenza (isolamento sociale, inattività fisica, consumo di alcol e traumi cranici), prestazioni cognitive più deficitarie ed un rischio più elevato di multimorbilità. 2) Tra i 38.380 casi di demenza registrati nella Regione Lazio al 31 dicembre 2018 seguiti per 5 anni, i migranti hanno esibito tassi standardizzati e rischio di mortalità inferiori rispetto ai nativi italiani. 3) Durante il progetto sono state rese disponibili le versioni italiane dei seguenti strumenti di valutazione cross-culturali: BASIC, strumento di valutazione cognitiva breve pensato per la medicina generale; RUDAS, test esplorante la performance cognitiva globale; e la CNTB, batteria neuropsicologica comprensiva. 4) Nel periodo 2022-2026 sono state realizzate 5 versioni di un corso residenziale ECM su "Demenza e Migranti" che ha visto la partecipazione di 115 operatori sanitari. 5) È stato creato un sito web (www.immidem.it) e popolato con contenuti utili per aumentare, a multipli livelli, i livelli di consapevolezza e conoscenza sulle tematiche coperte dal progetto.

Conclusioni. Nel complesso, il progetto IMMIDEM ha contribuito a colmare importanti lacune conoscitive e operative nella gestione della demenza nelle persone migranti, promuovendo un approccio clinico e assistenziale maggiormente inclusivo e sensibile alle diversità culturali.

SCONGELARE LE CATEGORIE: ETNOGRAFIA PARTECIPATIVA E MOMENTI CREATIVI PER COMPRENDERE L'INVECCHIAMENTO E L'AGEISMO NEGLI ANZIANI MIGRANTI

Padovani Martina (a) Melissa Park (b), Florian Grond (b), Keven Lee (c)
(a) McGill University, Montreal, Canada
(b) School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal, Canada
(c) Department of Design and Computational Arts, Concordia University, Montreal, Canada
(d) Department of Occupational Science, Universitè de Laval, Quebec City, Canada

Introduzione. Il progetto IMMIDEM ha prodotto stime epidemiologiche nazionali, strumenti cognitivi validati in chiave transculturale, una coorte clinica, una rete di *memory clinics* e un programma di formazione. Resta meno indagato il modo in cui gli anziani con *background* migratorio vivono e narrano invecchiamento e salute: le concezioni culturali di demenza, le reti comunitarie reali, l'esperienza di orientarsi in un sistema sanitario non proprio. Obiettivi. Integrare nel progetto IMMIDEM un approccio etnografico che restituisca la prospettiva in prima persona degli anziani migranti, a complemento dei dati quantitativi, per orientare servizi e policy verso una presa in carico culturalmente responsiva.

Metodi. Fase 2 (Roma) dell'etnografia *mixed-method "Atmospheres of Aging" (McGill–* Sapienza), entro una fenomenologia critica e narrativa; la Fase 1 (Montréal, progetto JAM) è completata. Circa 10 anziani migranti (65+, insediati stabilmente, senza demenza), reclutati tramite la rete IMMIDEM e contatti comunitari affiliati, parteciperanno per 4–5 mesi come co-ricercatori a osservazione partecipante, interviste immersive e narrative, attività artistico-partecipative con registrazioni binaurali e sound stories per accedere all'esperienza incarnata oltre le barriere linguistiche, e misure psicosociali standardizzate ripetute (PROMIS, UCLA *Loneliness Scale*, CDC *Healthy Days*, SNA Social Network Analysis).

Risultati. A Montréal i metodi partecipativi e *arts-based* hanno reso accessibili dimensioni poco colte dagli strumenti standard (isolamento, *connectedness*, ageismo) e il ruolo dei partecipanti come mediatori informali. Si attende che a Roma emerga chi accede (e chi no) ai servizi di salute formali e informali, con quali percorsi e quale peso culturale.

Conclusioni. L'integrazione qualitativa non sostituisce il dato epidemiologico: lo interroga, chiarendo dove i servizi non arrivano e cosa significano le barriere per chi le vive, a sostegno di politiche centrate sulla persona.

O DALLE BARRIERE LINGUISTICHE ALL'ACCESSO AI SERVIZI PER LE DEMENZE: SVILUPPO DI UNA PROPOSTA TERRITORIALE MULTILINGUE NELLE GIUDICARIE

Doci Mimoza, Zamboni Marta, Devilli Adele
ASUIT, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, Trento

Introduzione. Le persone con *background* migratorio possono incontrare barriere linguistiche, culturali e informative che ritardano il riconoscimento dei disturbi cognitivi e l'accesso ai servizi. In continuità con la proposta di presa in carico interculturale presentata al diciottesimo Convegno dell'Istituto Superiore di Sanità del 2025, il presente lavoro sviluppa una prima applicazione nel territorio delle Giudicarie, attraverso la progettazione di strumenti informativi multilingue, comprensibili e non stigmatizzanti. Gli strumenti mirano a favorire il riconoscimento precoce dei cambiamenti cognitivi e a orientare le persone con background migratorio verso i servizi dedicati ai disturbi cognitivi e alle demenze.

Metodi. Il progetto è stato elaborato con riferimento al territorio delle Giudicarie e all'Ospedale di Tione di Trento. L'analisi dei dati demografici ufficiali ha rilevato 2.483 cittadini stranieri residenti al primo gennaio 2025, pari al 6,72 per cento della popolazione locale. Considerando le comunità linguistiche maggiormente rappresentate, sono state progettate cartoline informative fronte-retro. Il fronte descrive, mediante un linguaggio semplice e immagini familiari, alcuni cambiamenti osservabili nella vita quotidiana; il retro illustra il percorso che parte dal medico di medicina generale, prosegue con la prescrizione della visita specialistica e la prenotazione attraverso il Centro unico di prenotazione, fino all'accesso al Centro per i disturbi cognitivi e le demenze. Le scelte comunicative sono state orientate dalle indicazioni del progetto nazionale dedicato alla demenza nelle persone migranti e dai principi dell'alfabetizzazione sanitaria.

Risultati. È stato realizzato un prototipo coordinato in dodici lingue: italiano, arabo, spagnolo, cinese, rumeno, albanese, inglese, urdu, francese, ucraino, tedesco e portoghese. Il lavoro ha individuato tre requisiti prioritari: chiarezza del messaggio, coerenza con il percorso sanitario locale e rappresentazione rispettosa delle persone e delle famiglie. Prima della diffusione sono previsti la verifica delle traduzioni con persone madrelingua e il confronto con l'équipe del Centro per i disturbi cognitivi e le demenze, i responsabili medici, la comunicazione aziendale e le altre strutture competenti.

Conclusioni. Gli strumenti multilingue costituiscono una prima traduzione operativa del modello inclusivo proposto nel 2025. Il progetto non consente ancora di valutarne l'efficacia, ma offre una base concreta per la successiva coprogettazione aziendale e per valutare comprensibilità, diffusione e capacità di facilitare un accesso tempestivo ai servizi.

O CONVERSIONE DEI PUNTEGGI OTTENUTI ALLA ROWLAND UNIVERSAL DEMENTIA ASSESSMENT SCALE (RUDAS) E AL *BRIEF ASSESSMENT OF IMPAIRED COGNITION* (BASIC) IN PUNTEGGI AL *MINI MENTAL STATE EXAMINATION* (MMSE): STUDIO IN UNA POPOLAZIONE CLINICA ITALIANA

Maestri Giorgia (a), Mazzon Andrea (a), Cova Ilaria (b), Nuti Filippo (c), Contoli Benedetta (d), Perotta Marco Daniele (a), Vanacore Nicola (d), Pomati Simone (e), Pantoni Leonardo (b,f,g), Canevelli Marco (c), IMMIDEM Study Network, IMMIDEM Study Group

(a) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, ASST Rhodense, Presidio di Passirana, Milano
(b) UO Neurologia, Ospedale Luigi Sacco, Milano
(c) Dipartimento Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma
(d) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(e) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, IRCCS, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia
(f) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Università degli Studi, Milano
(g) Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Casa di Cura Igea, Milano

Introduzione. La *Rowland Universal Dementia Assessment* Scale (RUDAS) e il *Brief Assessment of Impaired Cognition* (BASIC) sono due test di screening recentemente sviluppati per indagare il profilo cognitivo in popolazioni culturalmente e linguisticamente eterogenee. Nonostante le evidenze di validità e un'accuratezza diagnostica comparabile a quella del *Mini-Mental State Examination* (MMSE), il loro utilizzo nei pazienti migranti resta limitato a pochi centri esperti nella valutazione cognitiva cross-culturale. Ciò potrebbe riflettere la scarsa familiarità dei professionisti italiani con questi strumenti e le conseguenti difficoltà nell'interpretazione dei risultati. Il MMSE, grazie al suo impiego consolidato nella pratica clinica, costituisce invece un riferimento condiviso nella comunicazione tra professionisti e il suo punteggio è richiesto per diverse certificazioni. Il presente studio si propone di identificare degli algoritmi di conversione che permettano di trasformare i punteggi ottenuti al BASIC e alla RUDAS in punteggi MMSE in una popolazione madrelingua italiana.

Metodi. Lo studio ha incluso soggetti di madrelingua italiana afferenti ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) dell'Ospedale Umberto I di Roma e dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano. Tutti i partecipanti hanno svolto il MMSE nel corso della valutazione neurologica; la RUDAS è stata somministrata a metà del campione e il BASIC alla restante metà. Le tabelle di conversione dei punteggi RUDAS e BASIC in punteggi MMSE sono state ottenute mediante equiparazione equi percentile con *smoothing log-lineare*.

Risultati. Sono stati arruolati 438 soggetti (età media 74,5±9,7, scolarità media 10,2 anni ±4,4, il 55,5% del campione era femminile). Le funzioni di conversione dei punteggi RUDAS e BASIC in punteggi MMSE si sono mostrate strettamente monotone. I punteggi MMSE

stimati mediante le tabelle di conversione sono risultati equivalenti a quelli rilevati mediante somministrazione diretta, entro un margine di equivalenza prestabilito di ±1 punto.

Conclusioni. Le tabelle di conversione offrono al clinico un metodo rapido e semplice per confrontare la prestazione ottenuta ai diversi test di screening. Il loro impiego potrebbe favorire all'interno di popolazioni con diverso background socioculturale l'utilizzo di strumenti più appropriati e, al tempo stesso, ottenere un indicatore espresso come punteggio MMSE convertito, di più immediata interpretazione e condivisione con altri professionisti. Questo consentirebbe inoltre di disporre di un riferimento utile ai fini certificativi e documentali del paziente con decadimento cognitivo.

O INCLUSIONE, POLICY E POSSIBILI PERCORSI TRANSCULTURALI NELLA DEMENZA: SINERGIE TRA IL PROGETTO IMMIDEM E I SERVIZI A BASSA SOGLIA DEI CAFFÈ ALZHEIMER DI AIP

Bergamo Filippo (a), Boffelli Stefano (b), Toaldo Anna (a), Veronese Nicola (d), Zennaro Giorgia (e)
(a) Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane, Venezia
(b) Fondazione Poliambulanza, Brescia
(c) Ulss 3 Serenissima, Venezia
(d) EMEIS, Venezia

Introduzione. L'invecchiamento demografico della popolazione migrante in Italia comporta una crescente incidenza dei disturbi neuro cognitivi, ponendo sfide diagnostiche e assistenziali complesse per i servizi sociosanitari. Le barriere linguistico-culturali, i diversi contesti di scolarizzazione l'impatto dello stigma sociale e le difficoltà economiche ostacolano l'intercettazione precoce e determinano una marcata sotto-diagnosi e una disparità di accesso ai percorsi di cura. Obiettivi: analizzare il modello di convergenza sinergica tra la ricerca di sanità pubblica transculturale e i dispositivi assistenziali di prossimità a "bassa soglia", valutando l'efficacia dell'integrazione tra la validazione diagnostica del Progetto IMMIDEM e l'accoglienza psicosociale e gratuita dei Caffè Alzheimer AIP.

Metodi. L'approccio metodologico integra due livelli di intervento complementari: - Livello epidemiologico e neuropsicologico (Progetto IMMIDEM - ISS): Adozione e validazione di strumenti diagnostici e di *screening culturally sensitive* adattati per superare i bias linguistici e di alfabetizzazione, uniti alla formazione cross-culturale degli operatori sociosanitari e dei CDCD. - Livello psicosociale e territoriale (Caffè Alzheimer AIP): Implementazione di ambienti di cura informali ed ecologici rivolti a utente-*caregiver* per il contrasto all'isolamento, la stimolazione cognitiva e la psicoeducazione. Il modello è stato applicato sul territorio (area metropolitana veneziana) mediante l'impiego di materiale informativo multilingue e il coordinamento di rete tra Terzo Settore, Enti Pubblici e CDCD.

Risultati. L'integrazione tra i due approcci dimostra come i Caffè Alzheimer possano agire efficacemente quali hub di ingaggio e intercettazione precoce per le famiglie di origine straniera altrimenti escluse dai circuiti tradizionali. L'applicazione coordinata degli strumenti validati da IMMIDEM nei contesti di prossimità può favorire l'inquadramento diagnostico tempestivo, la riduzione del carico assistenziale (*caregiver burden*) e la continuità di cura verso i servizi semiresidenziali e specialistici i quali devono altresì coordinarsi per l'accoglimento delle persone migranti. Si necessita di diffusione capillare sull'esistenza dei servizi formai e informali (anche attraverso materiale informativo tradotto nelle diverse lingue) per poter intercettare più persone e *caregiver*.

Conclusioni. Ricerca epidemiologico-diagnostica transculturale e interventi di rete psicosociali a bassa soglia rappresentano un paradigma trasferibile e sostenibile per

abbattere le disuguaglianze di salute. Tale modello integrato può garantire l'equità d'accesso al sistema di welfare e promuove un'assistenza incentrata sui diritti e sulla competenza culturale della presa in carico.

P L'IMPATTO DI IMMIDEM SUL TERRITORIO REGIONALE LOMBARDO

Croci Luca
Gruppo Mantova Salus, Mantova

Introduzione. Il progetto IMMIDEM ha trovato in Lombardia un terreno di sperimentazione molto importante, collaborando con importanti Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST). L'applicazione clinica sul territorio ha evidenziato problematiche specifiche.

Metodi. Scolarizzazione e analfabetismo di ritorno: molti anziani immigrati presentano bassi livelli di scolarizzazione formale nel paese d'origine o hanno perso l'uso della lingua italiana (fenomeno comune nelle fasi avanzate di demenza, dove si tende a regredire alla lingua madre). I test standardizzati usati nei CDCD lombardi generavano spesso falsi positivi o falsi negativi. Grazie a IMMIDEM, si è spinto per l'adozione di batterie di test transculturali (come il *Rowland Universal Dementia Assessment Scale* - RUDAS).

Risultati. Il fenomeno dei "*caregiver* invisibili": in Lombardia il lavoro di cura domestico è storicamente affidato a assistenti familiari straniere (le cosiddette badanti). Quando la demenza colpisce un anziano migrante, il carico cade spesso sulle reti familiari interne, che tendono a isolarsi per motivi culturali, barriere linguistiche o paura dello stigma legato alla malattia mentale. Verso le policy regionali: sfide e prospettive. La sfida attuale della Regione Lombardia consiste nel recepire stabilmente le linee guida nate dalle sperimentazioni scientifiche per integrarle nel proprio piano sociosanitario. Per trasformare i progetti in *policy* strutturate, l'agenda lombarda deve focalizzarsi su alcuni punti chiave: 1. Mediazione culturale nei CDCD: inserire la figura del mediatore linguistico-culturale non più come una risorsa occasionale o legata a progetti a termine, ma come parte integrante dello staff multidisciplinare nei percorsi di diagnosi neurologica. 2. Formazione del personale delle ASST: aggiornare medici, psicologi e assistenti sociali lombardi sui temi della salute transculturale, fornendo loro gli strumenti per riconoscere i sintomi della demenza aldilà delle barriere linguistiche. 3. Integrazione nei Piani di Zona: coinvolgere i Comuni e il terzo settore per creare reti di supporto territoriali che intercettino le famiglie straniere prima che la situazione si trasformi in un'emergenza da gestire nei pronto soccorso.

Conclusioni. La Lombardia, in sostanza, ha le risorse e le competenze scientifiche per fare da capofila in Italia nella creazione di un modello di welfare inclusivo e culturalmente sensibile, dimostrando che l'efficacia delle policy contro la demenza si misura sulla capacità di non lasciare indietro nessun componente della popolazione.

.

P L'IMPATTO DELLA MEDIAZIONE LINGUISTICA NELLA DIAGNOSI DI DEMENZA DEL MIGRANTE - AGRIGENTO

Gucciardino Liana (a), La Sala Paola (a, c), Vullo Roberta (a), Sgarito Claudia (a), Militello Eva (a), Vullo Marta (b)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale Ag1, UOC Malattie Degenerative ed Involutive CDCD, Agrigento

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

(c) Corso di Laurea in Mediazione Linguistica e Culturale, Consorzio Universitario di Agrigento ECUA, Agrigento

Introduzione. L'invecchiamento delle popolazioni straniere stabilizzate nei paesi di accoglienza sta determinando un profondo mutamento epidemiologico, facendo emergere nuovi e complessi bisogni sanitari. Tra questi, le demenze rappresentano una delle sfide più critiche: nei pazienti migranti, infatti, tali patologie rimangono spesso sommerse o sottodiagnosticate, a causa di profonde barriere linguistiche, della carenza di test cross-culturali validati nei servizi sanitari e dello stigma culturale che ancora circonda il declino cognitivo. Per rispondere a questa emergenza, la Facoltà di Mediazione Linguistica e Culturale di Agrigento, in stretta sinergia con l'UOC Malattie Degenerative e Involutive dell'ASP di Agrigento, ha portato avanti la seconda parte di uno studio longitudinale basato sul modello nazionale IMMIDEM.

Metodi. Lo studio ha adottato un disegno di ricerca misto della durata di 12 mesi presso l'ASP di Agrigento, coinvolgendo un campione di 120 utenti stranieri di diversa provenienza etnica con sospetto declino cognitivo;

- Fase 1 (Adattamento e Somministrazione): Somministrazione di batterie neuropsicologiche cross-culturali (es. RUDAS) affiancate da un'equipe multidisciplinare composta da psicologi e studenti/esperti della Facoltà di Mediazione Linguistica.
- Fase 2 (Focus Group): Conduzione di 4 focus group qualitativi con *caregiver* e mediatori per mappare la percezione culturale della demenza e le resistenze riscontrate nell'accesso ai servizi.
- Fase 3 (Studio dei fattori epigenetici e nutrizionali) Analisi dell'impatto degli stili di vita, dei regimi alimentari di transizione e dello stress da acculturazione sull'espressione genica e sull'invecchiamento cellulare del target.

Risultati. I dati mettono in luce l'assoluta necessità dell'interculturalità in ambito clinico.

- Accuratezza Diagnostica: La presenza del mediatore culturale ha ridotto i falsi positivi da analfabetismo o barriera linguistica del 38%, permettendo una reale valutazione delle funzioni esecutive.
- Alleanza Terapeutica: Il 72% delle famiglie coinvolte ha riferito una netta diminuzione della paura dello stigma istituzionale e una maggiore aderenza ai *follow-up* clinici.

- Criticità: Il 45% dei casi iniziali rischiava il drop-out diagnostico senza il supporto di materiale informativo multilingue
- Fase 4 (Policy Drafting): Elaborazione di raccomandazioni e linee guida operative per l'integrazione strutturata dei servizi.

Conclusioni. La seconda fase della ricerca condotta ad Agrigento dimostra che per curare la demenza nei migranti serve una competenza culturale strutturata. L'applicazione del modello IMMIDEM si traduce nella necessità di attuare nuove policy regionali: l'inserimento permanente del mediatore nei CDCD, la standardizzazione di screening cross-culturali e la promozione di Campagne di alfabetizzazione sanitaria inclusiva per combattere lo stigma all'interno delle diverse comunità di migranti.

Quarta Sessione

Strategie per la prevenzione: quali connessioni tra il livello nazionale e quello europeo

Moderatore:
Antonio Ancidoni

DALLA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DEMENZA ALL'INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI PROTEZIONE: EVIDENZE RECENTI E POSSIBILI IMPLICAZIONI

Rolandi Elena
Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano

L'invecchiamento della popolazione rende la prevenzione della demenza una priorità di salute pubblica. Sulla base di consistenti dati epidemiologici sono stati individuati 14 fattori di rischio potenzialmente modificabili la cui completa eliminazione potrebbe portare a una riduzione del 45% dei casi di demenza. L'approccio interventistico più studiato ad oggi per la riduzione del rischio di demenza consiste in interventi individuali multi-dominio sugli stili di vita ad alta intensità. Ad oggi, tuttavia, non ci sono chiare evidenze dell'efficacia di questi interventi nel ridurre il rischio di demenza, né dell'efficacia relativa e/o cumulata delle singole componenti degli interventi proposti. In questo contesto, un approccio complementare è quello di interrogarsi su quali siano i fattori protettivi che garantiscono un invecchiamento in salute, ribaltando quindi la prospettiva di studio. Saranno presentati risultati recenti di studi condotti presso la Fondazione Golgi Cenci (con il supporto di Fondazione Serpero), mirati all'individuazione dei fattori protettivi con un approccio multidimensionale e combinando diverse metodologie. In particolare, abbiamo condotto una revisione a ombrello selezionando le revisioni sistematiche recenti sui fattori protettivi per la demenza e il deficit cognitivo lieve nella popolazione anziana, evidenziando nuovi potenziali target preventivi, come il vaccino antinfluenzale e fattori psicosociali che non sono attualmente contemplati nelle strategie di prevenzione per la demenza. Inoltre, nell'ambito dello studio di popolazione InveCe.Ab, abbiamo indagato le determinanti dell'invecchiamento resiliente nei grandi anziani, evidenziando tre fattori chiave: la riserva cognitiva, uno stile di vita sano e attivo, e la riserva affettiva, un costrutto emergente composto da misure che rappresentano buone capacità psicologiche di adattamento allo stress e di funzionamento interpersonale. Tali fattori hanno inoltre mostrato un effetto specifico e indipendente su diverse componenti della salute (cognitiva, fisica, e mentale) e una associazione con marker periferici collegati al metabolismo cellulare e all'infiammazione. Questi approcci ampi ed esplorativi possono offrire nuove prospettive per ampliare la conoscenza delle determinanti chiave della salute cerebrale, traducendosi poi in strategie preventive che abbiano come target la promozione dell'invecchiamento in salute (rispetto alla riduzione del rischio di una specifica patologia), in linea con i recenti *framework* su *healthy aging* e *brain health* promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

LA PREVENZIONE DELLA DEMENZA NEL DIALOGO TRA LE INIZIATIVE EUROPEE E LE POLITICHE NAZIONALI

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

Introduzione. Le evidenze scientifiche indicano che una quota significativa dei casi di demenza può essere prevenuta o ritardata attraverso interventi sui fattori di rischio modificabili lungo tutto il corso della vita. Le iniziative europee svolgono un ruolo strategico nel promuovere approcci condivisi alla prevenzione, supportando politiche *evidence-based*. *JADE Health* rappresenta un'importante esperienza di collaborazione tra Paesi europei finalizzata al rafforzamento delle strategie di prevenzione della demenza e delle malattie cerebrovascolari. A livello nazionale, l'attività 5 del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2024-2026 mira a rafforzare la base conoscitiva sulla prevenzione della demenza valorizzando le strategie esistenti.

Metodi. Il presente contributo analizza il dialogo tra le attività sviluppate nell'ambito del *Work Package* 7 (WP7) di *JADE Health* e l'Attività 5 del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze. Nel WP7, il *Task* 7.1 è dedicato alla caratterizzazione degli interventi di prevenzione mediante mappatura delle politiche e dei programmi esistenti e valutazione della loro coerenza con le evidenze scientifiche; il Task 7.2 riguarda l'analisi epidemiologica dei fattori di rischio modificabili associati a demenza e ictus; il *Task* 7.3 prevede una sperimentazione pilota sulla prevenzione della demenza in otto Paesi partecipanti. Nel contesto italiano, l'Attività 5 riprende tali temi attraverso attività dedicate all'analisi dei fattori di rischio e alla ricognizione delle strategie e degli interventi di prevenzione adottati a livello nazionale, regionale e locale.

Risultati. Le attività del *Task* 7.1 hanno evidenziato una marcata eterogeneità tra i Paesi partecipanti al WP7 nell'organizzazione delle strategie di prevenzione, pur identificando priorità comuni quali promozione di stili di vita salutari, prevenzione cardiovascolare, riduzione dell'isolamento sociale e promozione della salute cerebrale. Il *Task* 7.2 ha confermato il ruolo rilevante dei fattori di rischio modificabili nel determinare il carico di demenza e ictus. Il Task 7.3 sta sperimentando, in otto Paesi europei, approcci preventivi condivisi per valutarne fattibilità e trasferibilità. L'Attività 5 del Fondo Demenze sta sviluppando un quadro conoscitivo nazionale sulle strategie di prevenzione della demenza.

Conclusioni. Le attività di *JADE Health* e del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze sulla prevenzione della demenza mostrano come il dialogo tra livello europeo e nazionale possa favorire la costruzione di una base conoscitiva comune. In tale prospettiva, il *Task* 7.4 partirà dai risultati finora raggiunti per individuare gli elementi chiave utili al monitoraggio armonizzato della prevenzione della demenza e delle malattie cerebrovascolari a livello europeo, rafforzando la comparabilità delle evidenze e il dialogo con le iniziative nazionali.

JADE HEALTH: IL CONTRIBUTO DELLA RETE RIN ALLA PREVENZIONE INTEGRATA DELLA DEMENZA E DELL'ICTUS

Lodi Raffaele
Presidente Associazione Rete IRCCS delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione, Bologna

JADE Health: il contributo della Rete RIN alla prevenzione integrata della demenza e dell'ictus Raffaele Lodi Presidente della Rete IRCCS delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione (RIN) La crescente diffusione delle demenze e delle patologie cerebrovascolari rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari, rendendo necessario rafforzare le strategie di prevenzione e promuovere modelli di intervento integrati, multidisciplinari e basati sulle evidenze scientifiche. In questo contesto si inserisce *JADE Health (Joint Action addressing Dementia and Health*), iniziativa europea cofinanziata nell'ambito del Programma EU4Health (Grant Agreement n. 101183247), finalizzata a sostenere lo sviluppo e l'implementazione di approcci condivisi per la prevenzione della demenza e dell'ictus. La Rete IRCCS delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione (RIN), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, contribuisce alle attività del Work Package 7, "*Towards a harmonized and synergistic prevention of dementia and stroke*", attraverso la realizzazione di uno studio pilota multicentrico a livello nazionale. L'iniziativa coinvolge gli IRCCS attivi nell'ambito degli Istituti Virtuali Nazionali Demenze e Malattie Cerebrovascolari della RIN, e si propone di sperimentare un modello innovativo di prevenzione integrata, orientato ai principali fattori di rischio modificabili condivisi dalle due condizioni. Elemento centrale dello studio è l'impiego di un toolkit informativo e formativo basato sulle evidenze scientifiche, concepito per accrescere la consapevolezza sui fattori di rischio, sostenere l'adozione di comportamenti favorevoli alla salute cerebrale e facilitare l'integrazione della prevenzione nella pratica clinica. Il coinvolgimento di professionisti sanitari, persone con esperienza vissuta e *caregiver* rappresenta un elemento qualificante dell'approccio proposto. L'esperienza di *JADE Health* offre inoltre un'opportunità per valorizzare il ruolo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) nella promozione della prevenzione e nell'integrazione tra ricerca, assistenza e territorio. La collaborazione tra reti di ricerca, servizi sanitari, istituzioni e associazioni può contribuire allo sviluppo di percorsi maggiormente coordinati e centrati sulla persona. L'intervento illustrerà gli obiettivi e l'impostazione metodologica del progetto, il contributo della Rete RIN e le prospettive di trasferibilità degli strumenti e delle buone pratiche sperimentate, nella prospettiva di rafforzare una cultura della prevenzione e della brain health lungo tutto l'arco della vita.

O VULNERABILITÀ AL CALDO NELLE DEMENZE E NELLE MALATTIE NEURODEGENERATIVE: ASSOCIAZIONE E MORTALITÀ ATTRIBUIBILE IN ITALIA, 2004-2023

Ceccarelli Emiliano (a,b), Stoppa Giorgia (c), Blangiardo Marta (d), Konstantinoudis Garyfallos (d), Vanacore Nicola (e), Lasinio Giovanna Jona (f), Minelli Giada (b)
(a) Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma
(b) Servizio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Unità di Biostatistica, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi, Padova
(d) Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Imperial College London, London, United Kingdom
(e) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(f) Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Le persone con demenza e altre patologie neurodegenerative possono rappresentare una popolazione particolarmente vulnerabile agli effetti delle alte temperature. Quantificare questa vulnerabilità è rilevante per orientare interventi di prevenzione e definire strategie di protezione durante i periodi di caldo. Obiettivo dello studio è valutare e quantificare l'associazione tra alte temperature e mortalità per disturbi mentali e comportamentali e malattie del sistema nervoso nella popolazione italiana.

Metodi. Sono stati analizzati i decessi giornalieri registrati in tutti i 7.864 comuni italiani nel periodo 2004-2023, limitatamente ai mesi da giugno ad agosto. I decessi sono stati classificati in base alla causa iniziale riportata sul certificato di morte, secondo i macrogruppi ICD-10 F00-F99 e G00-G99. Le analisi hanno considerato separatamente i due macrogruppi e sono state stratificate per classe di età e per le cinque ecoregioni italiane (Catena Alpina, Pianura Padana, Catena Appeninica, Tirreno e isole, Puglia e Adriatico). L'associazione non lineare tra temperatura massima giornaliera e mortalità è stata stimata mediante modelli gerarchici bayesiani, tenendo conto dell'eterogeneità spaziale e temporale. È stata inoltre stimata la quota di mortalità attribuibile al caldo. Risultati. Tra gli anziani, il 94% dei decessi classificati tra i disturbi mentali e comportamentali era rappresentato dalle demenze, mentre, tra le malattie del sistema nervoso, la malattia di Alzheimer e la malattia di Parkinson rappresentavano rispettivamente il 43,2% e il 26,0% dei decessi.

Risultati. I risultati dei modelli mostrano associazioni positive tra temperatura e mortalità per entrambi i macrogruppi nella popolazione di 65 anni o più. A livello nazionale, la frazione di decessi attribuibile al caldo è risultata pari al 14,63% per i disturbi mentali e comportamentali e al 15,27% per le malattie del sistema nervoso, corrispondenti rispettivamente a circa 12.700 e 17.600 decessi attribuibili nei venti periodi estivi analizzati. La mortalità attribuibile al caldo mostrava inoltre una rilevante eterogeneità geografica, con valori più elevati nelle ecoregioni caratterizzate da temperature più alte. Nella classe 18-64 anni sono state stimate associazioni positive, ma con maggiore incertezza dovuta alla minore numerosità dei decessi.

Conclusioni. I risultati indicano un'importante associazione tra alte temperature e mortalità nei gruppi diagnostici che comprendono le demenze e le principali malattie neurodegenerative. I piani di risposta alle ondate di calore dovrebbero considerare esplicitamente le persone con deterioramento cognitivo e demenza, promuovendo misure di protezione che coinvolgano servizi sanitari e sociosanitari, *caregiver* e familiari.

O TRATTI DI PERSONALITÀ COME MODULATORI DEL DECLINO COGNITIVO: UNO STUDIO SU PAZIENTI CON ALZHEIMER DI GRADO LIEVE

Serbelloni Giulia, Bottoni Alessandro, Leandri Emanuele, Capozzi Claudio, Orzelleca Mariaines, Margiotta Monica, Pica Martina, Marianetti Massimo, Rosari Mattia
Centro Sperimentale Alzheimer, Istituto San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

Introduzione. Il costrutto di *Personality Resilience* si riferisce alla capacità di specifici tratti di personalità di agire come fattori protettivi biologici e psicologici della Malattia di Alzheimer (AD). In ambito neurologico, tale concetto integra il costrutto di Riserva Cognitiva con quello di Personalità spiegando la discrepanza tra danno cerebrale presunto ed espressione clinica in pazienti con AD.

Metodi. Il presente studio si prefigge di indagare e validare le correlazioni tra i domini personologici delineati dal modello "*Big Five Questionnaire* - 2" (BFQ-2) e l'assetto cognitivo globale, valutato mediante *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e Clock *Drawing Test* (CDT). La ricerca è stata condotta su una coorte clinica di 76 pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve afferente al Centro Sperimentale Alzheimer presso il Fatebenefratelli di Genzano di Roma con età media 70,1±2,8 e con scolarità univoca di 13 anni. Intende verificare il ruolo della personalità intesa quale fattore di resilienza psicologica nell'ambito della Malattia di Alzheimer (AD).

Risultati. L'analisi descrittiva dell'intero campione ha rilevato score medi di 23.22 al MMSE e di 5.96 al CDT. La stratificazione psicometrica ha evidenziato che il 46,1% della coorte manifestava un'elevata espressione del dominio "Nevroticismo", associata a un quadro di deterioramento cognitivo significativamente più marcato (MMSE medio 21.46; CDT medio 4.78), con una correlazione inversa statisticamente rilevante ($p<0,001$). Di contro, i soggetti caratterizzati da elevati livelli di "Apertura Mentale" e "Coscienziosità" hanno mostrato un sostanziale risparmio del funzionamento globale e delle funzioni esecutivo-visuospaziali (MMSE medio 25.07; CDT medio 6.79). Il differenziale prestazionale superiore a 2 punti medi corrobora la pregnanza clinica dei tratti personologici nel modulare l'evoluzione sintomatologica della Demenza di Alzheimer ($p<0,05$).

Conclusioni. I risultati della ricerca rivelano che i tratti esaminati tramite il (BFQ-2) correlano in modo clinicamente e statisticamente significativo costituendo un'importante fattore di protezione. In conclusione, i dati evidenziano come i tratti di personalità: Apertura Mentale, Stabilità Emotiva e Coscienziosità costituiscano un effetto protettivo rappresentando un profilo psicologico resiliente nei confronti di persone che presentano già una diagnosi di AD. Qualora i dati del presente studio siano confermati da ulteriori ricerche in ambito neuropsicologico potrebbero costituire un importante fattore preventivo nonché protettivo rispetto ad una diagnosi di demenza.

O QUALITÀ DEL SONNO DEI PAZIENTI CON DECADIMENTO COGNITIVO E L'IMPATTO SUL BENESSERE DEI LORO *CAREGIVER* INFORMALI: DATI PRELIMINARI

Pecorari Chiara (a), Teofili Giulia (a), Faccio Lucilla (a), Salzillo Martina (a,b), Turella Giulia (a), Toccaceli Blasi Marco (a, c), Buscarnera Simona (a), Diana Sofia (a)
(a) Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma
(b) Dementia Research Centre, University College of London, London, United Kingdom
(c) BBRC, BarcelonaBeta Brain Research Center, Pasqual Maragall Fondation, Barcelona Spain

Introduzione. Tra il 40% e il 55% dei *caregiver* di pazienti con declino cognitivo sperimenta un elevato disagio psicologico e una ridotta qualità della vita. Contestualmente, i disturbi del sonno affliggono il 25-60% di questi pazienti. Tuttavia, l'impatto della qualità del sonno del paziente sul benessere del *caregiver* non è stato ancora esplorato in modo approfondito. Obiettivi L'obiettivo primario dello studio è indagare la relazione tra qualità del sonno nei pazienti con declino cognitivo e impatto psicologico sui *caregiver*, valutato tramite ansia, depressione e burden, controllando per le covariate clinico-demografiche che potrebbero modulare tale associazione.

Metodi. 49 coppie paziente-*caregiver* sono state arruolate presso il CDCD del Policlinico Umberto I di Roma. I pazienti (Alzheimer, FTD, LBD, vascolare, mista o MCI) sono stati valutati tramite PSQI. Ai *caregiver* sono stati somministrati: WHOQOL-BREF, CBI, STAI-Y1, STAI-Y2 e BDI. L'associazione tra PSQI e variabili dei *caregiver* è stata analizzata con regressione lineare, impiegando un modello base e uno aggiustato per covariate clinico-demografiche. Infine, un'analisi di mediazione ha valutato il ruolo di mediazione dell'ansia di tratto nel legame tra sonno del paziente e carico assistenziale.

Risultati. È emersa un'associazione positiva tra peggioramento del sonno del paziente (PSQI) e ansia di tratto (STAI-Y2: r=0,42, p=0,003) e depressione (BDI: r=0,31, p=0,035) nel *caregiver*. Le regressioni hanno confermato il PSQI come predittore indipendente di tali sintomi. Il PSQI non ha mostrato effetti diretti sul carico assistenziale (CBI: p=0.922), che correlava invece all'ansia di tratto (r=0,40, p=0,005). L'analisi di mediazione ha infine evidenziato l'ansia di tratto come mediatore totale tra sonno del paziente e burden del *caregiver* (p<0,010).

Conclusioni. I dati suggeriscono un'associazione tra peggioramento del sonno del paziente e incremento di ansia e depressione nel *caregiver*, indipendentemente dai confondenti clinici. In particolare, l'ansia di tratto appare come il principale mediatore dell'impatto del sonno sul carico assistenziale.

O DISTURBI COGNITIVI E IDONEITÀ ALLA MANSIONE: UNO STUDIO PRELIMINARE TRA I MEDICI COMPETENTI

Pomati Simone (a), Candura Stefano Massimo (b,c)
(a) IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Pavia
(b) Dipartimento di Sanità Pubblica Medicina Sperimentale e Forense, Unità di Medicina del Lavoro Università degli Studi, Pavia
(c) IRCCS, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Unità di Medicina del Lavoro, Pavia

Introduzione. Disturbi cognitivi possono manifestarsi nel corso della vita lavorativa, rappresentando una condizione intercorrente rispetto all'attività professionale, ma anche una possibile conseguenza o concausa di fattori di rischio occupazionali. Le difficoltà cognitive possono influenzare significativamente la performance lavorativa, in particolare nelle mansioni caratterizzate da elevata complessità o da responsabilità per la sicurezza. Il riconoscimento precoce di tali problemi può contribuire alla prevenzione di errori, infortuni e criticità organizzative. Lo studio ha esplorato conoscenze, pratiche e bisogni formativi dei medici competenti relativamente alla valutazione dei disturbi cognitivi in ambito lavorativo e al giudizio di idoneità alla mansione.

Metodi. È stata condotta una survey, mediante questionario anonimo somministrato a medici competenti partecipanti a un corso di aggiornamento sulla sicurezza negli ambienti di lavoro. Il questionario ha indagato le modalità di riconoscimento e gestione dei problemi cognitivi, le pratiche adottate nella sorveglianza sanitaria, la percezione dei principali fattori di rischio, le modalità di formulazione del giudizio di idoneità e i bisogni formativi.

Risultati. Sono stati inclusi 18 professionisti, prevalentemente con età superiore a 65 anni (72%) e oltre 20 anni di esperienza professionale (78%). In presenza di problemi cognitivi, il 72% riferiva di effettuare un'analisi della mansione, mentre il 60% ricorreva a un invio a valutazione neurologica e/o psichiatrica. Nel 44% dei casi era stato espresso almeno una volta un giudizio di idoneità con limitazioni per motivi cognitivi; tra le limitazioni più spesso adottate figuravano la riduzione del multitasking (50%) e l'esclusione dai turni notturni (33%). Stress lavoro-correlato e invecchiamento della forza lavoro sono stati indicati come principali fattori di rischio (83%), seguiti dal lavoro notturno (72%). Il 66% dei partecipanti percepiva una scarsa consapevolezza del rischio cognitivo da parte delle aziende. Le principali difficoltà nella valutazione dell'idoneità erano la mancanza di linee guida specifiche e la definizione di limitazioni proporzionate (56% entrambe). I principali bisogni formativi riguardavano disturbi cognitivi ed idoneità (72%) e invecchiamento lavorativo (56%).

Conclusioni. I risultati preliminari evidenziano la rilevanza dei disturbi cognitivi nella pratica della medicina del lavoro e la complessità della loro traduzione in un giudizio di idoneità individualizzato. Emergono bisogni di formazione specifica e di strumenti condivisi per integrare valutazione clinica, neuropsicologica e analisi della mansione, favorendo una gestione proporzionata del rischio e la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

O APATIA: SINTOMO PRODROMICO O FATTORE DI VULNERABILITÀ NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO? CARATTERIZZAZIONE CLINICO-COGNITIVA DI PAZIENTI AFFERENTI A UN CDCD OSPEDALE-TERRITORIO

Morleo Claudia (a), Distaso Eugenio (b), Capozzo Rosa (b), Buonocunto Francesca Antonella (b), Chiloiro Roberta (b), Rinaldi Giuseppe (b)
(a) Ospedale Di Venere Bari, S.C. Neurologia e Stroke Unit, Bari
(b) Ospedale Di Venere Bari, Carbonara, ASL, Bari

Introduzione. L'apatia è uno dei sintomi neuropsichiatrici più frequenti nei disturbi neuro cognitivi, tradizionalmente associata alla progressione di malattia. La sua presenza anche nel DNC Minore/MCI e nel disturbo soggettivo di memoria suggerisce tuttavia che possa manifestarsi precocemente lungo il continuum neuro cognitivo, configurandosi come possibile indicatore di vulnerabilità. Obiettivo dello studio è caratterizzare il profilo clinico-cognitivo di pazienti con apatia, con particolare attenzione al funzionamento esecutivo.

Metodi. È stata condotta un'analisi retrospettiva delle valutazioni neuropsicologiche effettuate presso il CDCD dell'Ospedale Di Venere e il CDCD DSS Bari–Poliambulatorio Via Fani, ASL Bari. I pazienti con apatia documentata sono stati distinti in disturbo soggettivo di memoria, DNC Minore/MCI e DNC Maggiore. Sono stati considerati MMSE e presenza di alterazioni esecutive sulla base delle misure disponibili.

Risultati. Dei 95 pazienti con apatia, 30 presentavano DNC Maggiore, 38 DNC Minore/MCI e 24 disturbo soggettivo di memoria; 3 casi non risultavano univocamente classificabili. Complessivamente, 62/95 (65,3%) presentavano apatia prima del DNC Maggiore. Le alterazioni esecutive mostravano un gradiente crescente: 33,3% (5/15) nei soggetti con disturbo soggettivo di memoria nei quali il dominio era valutabile, 39,5% (15/38) nel DNC Minore/MCI e 73,3% (22/30) nel DNC Maggiore. Di particolare interesse, quindi, la presenza di fragilità esecutiva già in una quota di soggetti con disturbo soggettivo di memoria e apatia, pur in assenza di DNC diagnosticato.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che l'apatia non sia confinata ai quadri neuro cognitivi conclamati e che la sua associazione con la progressiva compromissione esecutiva possa riflettere il coinvolgimento dei circuiti fronto-sottocorticali/frontostriatali e, in una prospettiva di network, dell'interazione tra *Salience Network, Central Executive Network* e *Default Mode Network*, implicati nei processi motivazionali e di controllo cognitivo. L'associazione tra disturbo soggettivo di memoria, apatia e fragilità esecutiva potrebbe delineare un fenotipo clinico-comportamentale di vulnerabilità neuro cognitiva precoce, meritevole di monitoraggio longitudinale. La natura retrospettiva, l'assenza di un gruppo senza apatia e la non uniforme disponibilità delle misure non consentono inferenze causali o predittive, ma supportano la rilevazione dell'apatia e l'approfondimento esecutivo nei percorsi CDCD.

O CATEGORIE SEMANTICHE E VULNERABILITÀ NELLA PROGRESSIONE DELL'ALZHEIMER

Ricci Monica (a), Guazzarini Anna Giulia (b), Murasecco Ilenia (a), Mancinetti Francesca (b), Tecchio Veronica (b), Persello Silvia (b), Scamosci Michela (b), Mecocci Patrizia (a,b,c)
(a) Struttura Complessa di Geriatria, Azienda Ospedaliera, Perugia
(b) Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Perugia
(c) Division of Clinical Geriatrics, NVS Department, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Introduzione. La fluenza verbale è un indicatore sensibile del deterioramento cognitivo, ma le modalità fonemica e semantica possono mostrare pattern differenti lungo il continuum della Malattia di Alzheimer (AD). Questo studio ha confrontato la fluenza fonemica e semantica lungo il continuum AD, esplorandone i correlati morfometrici cerebrali.

Metodi. Sono stati inclusi 814 partecipanti, arruolati presso il CDCD Geriatria dell'AO di Perugia: soggetti cognitivamente normali (NC; n=211), con declino cognitivo soggettivo (SCD; n=194), AD-MCI (n=235) e AD (n=174) lieve (CDR=1). La fluenza fonemica è stata valutata mediante il paradigma FAS, considerando il punteggio totale e le singole lettere; quella semantica attraverso quattro categorie: Colori, Animali, Frutti e Città. Sono state condotte ANCOVA per misure ripetute, aggiustate per età, sesso e anni di scolarità. È stato inoltre calcolato un *Semantic Fluency Contrast Score* (SFCS), ottenuto dalla differenza tra la somma delle prestazioni in Animali e Città e quella in Colori e Frutti, per quantificare la vulnerabilità relativa delle categorie. Regressioni lineari multiple hanno esaminato le associazioni tra fluenza e misure di volume e spessore corticale temporali e frontali valutate alla RMN mediante *FreeSurfer* 7.0.

Risultati. La fluenza fonemica diminuiva progressivamente da NC a AD, senza interazione significativa Gruppo × Lettera, indicando un declino omogeneo per F, A e S. La fluenza semantica mostrava invece una significativa interazione Gruppo × Categoria ($F=25,07$; $p<0,001$), con effetti più marcati per Città ($\eta^2p=0,29$) e Animali ($\eta^2p=0,28$) rispetto a Frutti ($\eta^2p=0,26$) e Colori ($\eta^2p=0,22$). Un maggiore spessore della corteccia temporale inferiore sinistra era associato a migliori prestazioni in Animali ($\beta=0,330$; $p=0,034$), mentre un maggiore volume del giro temporale medio sinistro era associato a Città ($\beta=0,377$; $p=0,008$) e Frutti ($\beta=0,377$; $p=0,012$). Il volume del giro temporale medio sinistro era inoltre associato all'SFCS ($\beta=0,320$; $p=0,001$), mentre lo spessore della corteccia temporale inferiore sinistra contribuiva significativamente alla sua spiegazione ($\beta=0,216$; $p=0,017$). Per la fluenza fonemica, volume ($\beta=0,320$; $p=0,003$) e spessore ($\beta=0,213$; $p=0,032$) del giro temporale medio sinistro erano positivamente associati al punteggio FAS.

Conclusioni. La fluenza semantica presenta una vulnerabilità categoria-specifica lungo il continuum AD, con Animali e Città particolarmente sensibili al deterioramento. Lo SFCS sintetizza questo pattern e mostra associazioni con l'integrità strutturale delle regioni temporali sinistre. Nel complesso, i risultati evidenziano il ruolo delle strutture temporali sinistre nella variabilità individuale della fluenza semantica e fonemica.

P FONDO DEMENZE 2024-2026: STATO DI AVANZAMENTO DELLE ATTIVITÀ PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELLE DEMENZE IN ITALIA

Bellomo Guido (a), Della Gatta Francesco (a), Ancidoni Antonio (a), Salemme Simone (b,c), Pani Sara Maria (d), Mazzola Monica (a), Porrello Mariacristina (a), Fabrizi Elisa (a), Bacigalupo Ilaria (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) Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

(c) International School of Advanced Studies, Università di Camerino, Camerino, Macerata

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

Introduzione. Le demenze rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'impatto sui sistemi sanitari, sociali e assistenziali. Numerose evidenze indicano che una quota significativa dei casi può essere prevenuta o ritardata agendo sui fattori di rischio modificabili. Nell'ambito del Fondo Demenze 2024-2026 è stata avviata una linea di attività finalizzata a rafforzare le conoscenze e gli strumenti utili alla prevenzione primaria e secondaria delle demenze attraverso un approccio integrato che combina analisi epidemiologiche, ricognizione delle strategie regionali e ricerca sui fattori nutrizionali associati al declino cognitivo.

Metodi. Le attività sono articolate in quattro Obiettivi Specifici (OS). L'OS1 prevede l'aggiornamento delle stime dei casi di demenza attribuibili ai principali fattori di rischio modificabili mediante l'utilizzo dei dati PASSI e PASSI d'Argento. L'OS2 è finalizzato alla ricognizione e all'analisi delle strategie e dei programmi regionali rilevanti per la prevenzione della demenza. L'OS3 riguarda l'identificazione e la classificazione degli indicatori utilizzati per il monitoraggio delle attività di prevenzione. L'OS4 consiste in uno studio multicentrico osservazionale, condotto in tre centri, volto a valutare l'associazione tra consumo di alimenti ultra-processati, aderenza alla Dieta Mediterranea e progressione del deterioramento cognitivo.

Risultati. Per l'OS1 sono state avviate le attività preparatorie all'elaborazione delle stime nazionali e regionali dei casi attribuibili ed evitabili di demenza. Per l'OS2 è in corso la raccolta e la sistematizzazione della documentazione regionale e provinciale utile alla mappatura delle strategie e degli interventi di prevenzione. La ricognizione documentale ha evidenziato la presenza di iniziative e programmi di prevenzione in diverse Regioni e Province Autonome. È stato inoltre definito un modello standardizzato per l'estrazione delle azioni di prevenzione contenute nei documenti regionali e la loro successiva caratterizzazione. Le attività previste dall'OS3 non sono ancora state avviate, sebbene sia già stato definito il framework metodologico per la raccolta e la classificazione degli indicatori. Per l'OS4 sono stati predisposti il protocollo di studio, gli strumenti di raccolta dati e le procedure operative; è in fase di avvio la raccolta dei dati nei centri partecipanti.

Conclusioni. Lo stato di avanzamento delle attività evidenzia la costruzione progressiva di una base conoscitiva nazionale sulla prevenzione delle demenze. Il completamento delle analisi epidemiologiche, della mappatura delle strategie regionali, dell'identificazione degli indicatori di monitoraggio e dello studio sui fattori nutrizionali consentirà di produrre evidenze utili a supportare la programmazione e la valutazione di interventi finalizzati alla riduzione del rischio e dell'impatto delle demenze nella popolazione italiana.

P ANDAMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI ASSOCIATI ALLA DEMENZA IN ITALIA: ANALISI DEI DATI PUBBLICATI DA PASSI E PASSI D'ARGENTO

Bellomo Guido (a), Della Gatta Francesco (a), Salemme Simone (b,c), Ancidoni Antonio (a), Sciancalepore Francesco (a), Fabrizi Elisa (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 Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

(c) International School of Advanced Studies, Università di Camerino, Camerino, Macerata

Introduzione. Le demenze rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in ragione dell'invecchiamento della popolazione e del rilevante impatto sui sistemi sanitari, sociali e assistenziali. Le più recenti evidenze scientifiche indicano che una quota rilevante dei casi è associata a fattori di rischio modificabili presenti lungo tutto l'arco della vita. In particolare, la Commissione Lancet sulle demenze ha identificato diversi fattori suscettibili di intervento, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda strategie di prevenzione orientate alla promozione di stili di vita sani e alla riduzione dei principali determinanti di rischio. In connessione con le attività di prevenzione del Fondo Demenze 2024-2026, è stato avviato uno studio finalizzato a descrivere l'andamento temporale dei principali fattori di rischio modificabili associati alla demenza nella popolazione italiana.

Metodi. Lo studio prevede una ricognizione e sistematizzazione delle informazioni pubblicate dai sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento. Gli indicatori sono stati selezionati e classificati in relazione ai fattori di rischio modificabili individuati dalla Commissione Lancet. Tra gli ambiti analizzati rientrano attività fisica, compresa l'adesione alle raccomandazioni OMS, sovrappeso e obesità, alimentazione, consumo di alcol, abitudine al fumo, fattori di rischio cardiovascolare, depressione, isolamento e partecipazione sociale, problemi sensoriali e percezione dello stato di salute. Per ciascun indicatore vengono raccolte le informazioni disponibili a livello nazionale e regionale nelle diverse annualità di rilevazione, al fine di ricostruirne l'evoluzione nel tempo.

Risultati. Le attività sono attualmente in fase iniziale. È stato definito il quadro concettuale che collega gli indicatori disponibili in PASSI e PASSI d'Argento ai principali fattori di rischio modificabili associati alla demenza. È inoltre in corso l'estrazione e la sistematizzazione delle informazioni pubblicate, con particolare attenzione alla disponibilità delle serie storiche e alla comparabilità dei dati tra popolazione adulta e anziana. Le successive fasi dello studio saranno dedicate all'analisi dei trend temporali e delle differenze territoriali osservabili per i diversi fattori di rischio, nonché alla descrizione delle variazioni registrate nel corso degli anni.

Conclusioni. La sistematizzazione delle informazioni disponibili da PASSI e PASSI d'Argento consentirà di descrivere l'evoluzione dei principali fattori di rischio modificabili associati alla demenza nella popolazione italiana. I risultati attesi potranno contribuire a

migliorare la conoscenza dei determinanti di rischio nella popolazione adulta e anziana e fornire elementi utili a supportare la programmazione e la valutazione di interventi di prevenzione coerenti con le raccomandazioni internazionali, nonché con gli obiettivi del Fondo Demenze 2024-2026.

P APPLICAZIONE CLINICA DELLA DIETA MEDITERRANEA NEI PAZIENTI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*: REVISIONE DELLA LETTERATURA E SVILUPPO DI UNO STRUMENTO *EVIDENCE BASED* PER IL CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

Manica Angela, Gelpi Fabrizia, Buganza Manuela, Casanova Anna, Pichler Roberta, Fontanari Anita
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, Trento

Introduzione. L'MCI (*Mild Cognitive Impairment*) rappresenta una fase prodromica della demenza, caratterizzata da compromissione cognitiva con conservazione delle abilità funzionali. La prevalenza dell'MCI nella popolazione generale è intorno al 15% e aumenta con l'età, il basso livello di istruzione e il sesso maschile. Inoltre, si associa a disturbi neuropsichiatrici e a fattori di rischio vascolari (ipertensione, DM2 e obesità), oltre al genotipo APOE E4. La presenza di MCI, in particolare il sottotipo amnesico, può andare a determinare l'insorgenza di AD (*Alzheimer Disease*) con un tasso di conversione che è variabile da individuo a individuo. La Dieta Mediterranea (DM) è un modello nutrizionale basato su abitudini alimentari diffuse in alcuni Paesi del bacino mediterraneo, rappresenta un modello alimentare riconosciuto dall'UNESCO come bene immateriale dell'umanità; si accompagna ad uno stile di vita sano, che include attività fisica regolare e una forte dimensione sociale, elementi che sembrano potenziare i suoi effetti benefici. Una crescente mole di evidenze scientifiche dimostra che un'elevata aderenza alla Dieta Mediterranea è associata a un ridotto rischio di numerose malattie cronico degenerative, un'adesione rigorosa alla DM si associa a un significativo miglioramento dello stato di salute generale, con una riduzione della mortalità complessiva (9%), e delle patologie cronico degenerative, in particolare dell'incidenza delle demenze e della malattia di Alzheimer (27%). Il test MEDAS (*Mediterranean Diet Adherence Screener*) è un questionario validato composto da 14 domande utilizzato per misurare quanto l'alimentazione di una persona rispetti il modello della dieta mediterranea.

Metodi. L 'obiettivo di questo studio è stato quello di progettare e sviluppare uno strumento operativo, fondato sulle evidenze scientifiche disponibili riguardo all'efficacia clinica della DM, facilmente applicabile nella pratica clinica del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) in pazienti affetti da MCI, con l'intento di favorire la prevenzione o il rallentamento del declino cognitivo.

Risultati. Lo strumento, sotto forma di piccola brochure, suggerisce come strutturare i pasti secondo lo schema della dieta mediterranea, attorno a cereali integrali, legumi, pesce e grassi sani come l'olio extravergine d'oliva, limitando drasticamente zuccheri e grassi saturi. Il testo fornisce indicazioni pratiche per la spesa, offre consigli comportamentali come il mantenimento di un'idratazione costante e la riduzione del sale. Sono incluse ricette salutari e facili da cucinare, pensate specificamente per supportare l'autonomia degli anziani e dei loro *caregiver*. Infine, un test di autovalutazione (MEDAS TEST) permette di misurare quanto le proprie abitudini alimentari siano allineate ai benefici di questo stile di vita, valutando gli aspetti da migliorare.

Conclusioni. La definizione di uno strumento di prevenzione di facile diffusione e immediata fruibilità, basato sulle linee guida della Dieta Mediterranea risulta un efficace mezzo per gestire i fattori di rischio vascolari al fine di contrastare l'insorgenza di disturbi neurodegenerativi e rallentare la progressione da MCI verso la malattia di Alzheimer.

P LA QUALITÀ DEL SONNO COME INDICATORE DI FRAGILITÀ NEL DECADIMENTO COGNITIVO

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 (a,d), Bruno Giuseppe (a)

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

(b) BBRC, Barcelona Beta Brain Research Center, Pasqual Maragall Fondation, Barcelona Spain

(c) IRCCS, Fondazione Santa Lucia, Roma

(d) Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden

(e) Dementia Research Centre, University College of London, London, United Kingdom

Introduzione. I disturbi del sonno sono tra le problematiche cliniche più rilevanti nei pazienti con deficit cognitivi, con una prevalenza tra il 25% e il 60%. Tuttavia, in letteratura non è stata ancora esplorata sistematicamente la relazione tra qualità del sonno e la vulnerabilità agli stressor in questa popolazione. Obiettivi: Lo studio analizza la qualità del sonno in pazienti con decadimento cognitivo, considerando diversi fenotipi clinici e livelli di severità. L'obiettivo principale è valutare l'associazione tra qualità del sonno e misure cliniche quali fragilità, compromissione cognitiva e funzionale, nonché gli esiti sul decorso clinico.

Metodi. Sono stati arruolati 120 pazienti presso il CDCD del Policlinico Umberto I di Roma con diagnosi di Alzheimer, demenza frontotemporale, demenza a corpi di Lewy, demenza vascolare e MCI. La qualità del sonno è stata valutata tramite il Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Ulteriori variabili includevano un *Frailty Index* (FI), cognizione globale (MMSE), autonomie (ADL/IADL), uso di ipnotici e dati demografici. Il confronto tra "buoni" e "cattivi" dormitori è stato condotto con Chi^2, t-test e *Mann–Whitney* U. L'associazione tra sonno e fragilità è stata indagata tramite modelli di regressione lineare e logistica multipla, controllando per età, sesso, scolarità, MMSE e farmaci. Infine, è stata valutata l'influenza della disfunzione diurna sui livelli di fragilità.

Risultati. I *poor sleepers* sono risultati significativamente più anziani ($p=0,03$) e fragili ($p<0,01$). Dalla regressione logistica, la fragilità è emersa come predittore indipendente della cattiva qualità del sonno anche dopo aggiustamento per età, sesso, performance cognitiva e uso di farmaci (Model 1: OR ≈ 2930, $p=0,04$; Model 2: OR ≈ 2930, $p=0,035$).

Conclusioni. I dati suggeriscono un'associazione tra fragilità e qualità del sonno indipendentemente dai confondenti clinici e demografici. In particolare, la disfunzione diurna appare come la componente del sonno più strettamente legata all'aumentare della fragilità.

P MEDICINA DI OPPORTUNITÀ E DIAGNOSI PRECOCE DEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI IN PAZIENTI ANOSOGNOSICI: UN NUOVO PERCORSO TRA MEDICINA GENERALE E CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE DA INTEGRARE NEL PDTA DEMENZE

Talato Fabiola (a,b), Licursi Maria (a), Piazza Carlotta (c), Pegoraro Stefano (d), Pirani Alessandro (e), Codemo Alessandra (f), Ruaro Cristina (g), Gabelli Carlo (h), Basso Cristina (i)

(a) Delegato SIMG, Provincia di Padova, Medicina di Gruppo Integrata Guizza, ULSS 6, Padova, Padova

(b) Medicina di Gruppo Integrata Guizza, ULSS 6, Padova

(c) Università degli Studi, Padova

(d) Medico di Medicina Generale, Padova

(e) SIMG, Tavolo per il Monitoraggio e Implementazione del Piano Nazionale Demenze-ISS, Ferrara

(f) Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, Azienda Università degli Studi, Padova

(g) Referente per il CRIC, Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera, Padova

(h) PI Studio INFORMA, Azienda Ospedale Università degli Studi, Padova

(i) Coordinamento Regionale Rete Patologie Neurodegenerative Regione Veneto, Padova

Introduzione. L'invecchiamento demografico è correlato con un aumento rilevante dei Disturbi Neuro Cognitivi (DNC), che rappresenta una emergenza di salute pubblica. Il Medico di Medicina Generale (MMG) ha un ruolo chiave nell'individuazione precoce di DNC. Lo screening opportunistico dei DNC, a partire dal Disturbo Cognitivo Soggettivo (DCS), diventa importante: il DCS può essere fase preclinica del continuum del DNC potendo evolvere in DNC minore/MCI e proseguire, nel 20% dei casi, in DNC maggiore/ demenza. Scopi dello studio: 1) Valutare l'efficacia di un modello di *case-finding* sensibilizzato in Medicina Generale (MG) per l'intercettazione precoce di pazienti a rischio di DNC. 2) Testare un nuovo algoritmo di utilizzo del *General Practitioner assessment of Cognition* (GPCog), test psicometrico di riferimento per la valutazione cognitiva in MG.

Metodi. Arruolamento: 61 persone ultra65enni ambulatoriali di due MMG della Medicina Gruppo Integrata "Guizza" (Padova) afferenti per qualsiasi motivo eccetto esordio o presenza di DNC. Valutazione metamemoria: *Memory Assessment Clinics-Questionnaire*/MAC-Q e GPCog-sezione intervista; Valutazione cognitiva: GPCog-sezione cognitiva. Algoritmo: Partecipanti con MAC-Q $\geq$ 25 e/o GPCog intervista $\leq$ 5/6 e/o GPCog psicometrico $\leq$ 7/9 considerati sospetti per DNC; previa esecuzione esami indicati nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Veneto, sono stati inviati al Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale per valutazione specialistica di 1° livello (MMSE, MoCA, ADL e IADL). I partecipanti con MoCA < 26/30 hanno eseguito valutazione specialistica di 2° livello.

Risultati. Dei 61 partecipanti allo studio, 36 sono risultati sospetti per DNC (59%): 31 (51%) hanno rilasciato consenso informato per approfondimento diagnostico. La valutazione

di 1° livello ha selezionato 19 partecipanti per approfondimento di 2° livello (31%): 7 sono risultati affetti da DNC minore/MCI (11%) e 1 (1,5%) affetto da DNC Maggiore portatore di APOE e4/e4. Il GPCog intervista ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa con MAC-Q (correlazione di *Spearman ed R di Pearson* < 0,001).

Conclusioni. I risultati supportano l'utilità del case-finding sensibilizzato per DNC in MG, finalizzato all'intercettazione, in persone anosognosiche, di DCS in cui indagare la possibile presenza di DNC Minore/Maggiore. La validità del GPCog-intervista, come questionario di metamemoria somministrato direttamente alla persona, consente di proporre un aggiornamento dell'algoritmo di uso del GPCog in MG. Lo screening opportunistico ambulatoriale per DNC si è rivelato efficace in MG: questa metodologia può aprire la strada ad un approccio che integri metodologia del *case-finding* e screening cognitivo mirato negli ultra 65enni.

Quinta sessione

Modelli organizzativi: rete dei servizi e formazione del personale

Moderatore:
Francesco Della Gatta

L'APPROCCIO INTERAZIONISTA STRUTTURALE ALLO STUDIO DEL *CAREGIVING*

Tronca Luigi
Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi, Verona

Introduzione. Il tema del *caregiving* informale ha un ruolo centrale nel contesto nazionale italiano, per la complessità insita nel soddisfacimento delle necessità delle persone a cui i/le *caregiver* forniscono il loro sostegno e delle difficoltà da questi/e ultimi/e incontrate, nel corso della loro vita quotidiana. Allo scopo di inquadrare il tema dell'approccio interazionista strutturale allo studio del *caregiving*, si farà riferimento al PROGETTO DI RICERCA DI RILEVANTE INTERESSE NAZIONALE (PRIN) 2022 - "*Social capital as resource of care practice in Italy: Caregiving and social support in pandemic time*" - Prot. 2022B58JHF, Italia Domani - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) – Missione 4 "Istruzione e Ricerca" - Componente C2, Investimento 1.1, "Fondo per il Programma Nazionale di Ricerca e Progetti di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN)", Finanziato dall'Unione Europea - *NextGenerationEU*, Ministero dell'Università e della Ricerca. Nell'ambito di questa indagine, sono stati considerati *caregiver* informali coloro che forniscono cure o assistenza, gratuitamente e almeno una volta a settimana, ad almeno una persona con problemi dovuti all'invecchiamento, a patologie croniche e/o a condizioni di disabilità.

Metodi. La ricerca si è avvalsa di metodi di ricerca sociale qualitativi e quantitativi. In particolare, ha fatto ricorso agli strumenti tipici della Personal Network Analysis (PNA), ovvero della branca della Social Network Analysis (SNA) che studia le reti di soggetti considerati singolarmente. La ricerca di cui si presentano alcuni risultati, oltre che l'impostazione metodologica finalizzata alla raccolta di dati relazionali, è quella quantitativa, dal titolo "*Caregiving e social support* in Italia", svolta, nell'ambito di questo PRIN, nel dicembre del 2024, su un campione di 1.504 maggiorenni della corrispondente popolazione residente in Italia.

Risultati. Tra le altre cose, dall'indagine emerge che, in Italia, c'è una consistente propensione all'aiuto e che i Personal Network di Sostegno (PNS) sono composti mediamente da 2,98 persone. Il 19,8% dei/delle rispondenti erano *caregiver* al momento dell'intervista. I/le *caregiver* hanno PNS mediamente più ampi e più chiusi dei non *caregiver*. La chiusura, ossia la coesione, dei PNS, in modo particolare per i/le *caregiver*, è correlata positivamente con il benessere soggettivamente percepito.

Conclusioni. L'approccio interazionista strutturale, sul quale si è basata questa indagine sociologica, ha consentito di mostrare l'utilità dello studio dei PNS, allo scopo di identificarne le caratteristiche morfologiche e di contenuto, per determinare la mobilitazione di risorse sociali, anche attorno ai/alle *caregiver* informali. Le politiche sociali destinate a sostenere i/le *caregiver* dovrebbero occuparsi, innanzitutto, di mapparne i PNS e, quindi, di intervenire per accrescerne la coesione interna.

IL PROGETTO IN-TOUCH: COMFORT E QUALITÀ DI VITA NELLA DEMENZA AVANZATA

Gonella Silvia
Università degli Studi, Torino

Introduzione. *In-Touch* (2024-2028) è un progetto finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del programma Horizon Europe, che coinvolge un consorzio internazionale di 13 istituzioni in Europa, Regno Unito e Canada. Propone un intervento palliativo non farmacologico, centrato sulla persona, per migliorare il comfort, la qualità della vita, il benessere e il coinvolgimento sociale delle persone con demenza avanzata residenti in strutture per anziani.

Metodi. Il progetto prevede un trial randomizzato e controllato a cluster con valutazioni di processo ed economica integrate, che coinvolge 56 strutture per anziani. L'intervento combina l'assistenza ai bisogni immediati, fondata sulla *Namaste Care*, con il supporto alla pianificazione delle cure future attraverso il *Family Carer Decision Support* (FCDS). La *Namaste Care* sostiene l'identità e la dignità della persona, promuovendo comfort, relazione ed espressione anche quando la comunicazione verbale è compromessa. Prevede sessioni quotidiane in un ambiente dedicato o adattato, con valutazione del comfort, gestione del dolore, stimolazione dei cinque sensi e attività significative in gruppo. Le attività riflettono la storia di vita, gli interessi e le preferenze individuali. Le sessioni si svolgono idealmente per due ore, due volte al giorno. Il FCDS si realizza attraverso colloqui strutturati con i familiari, condotti da personale formato, per co-progettare le attività quotidiane e sostenere decisioni condivise sulle cure future, riducendo l'incertezza decisionale. Un sistema a semaforo guida gli adattamenti ai contesti locali, preservando le componenti essenziali dell'intervento. Gli esiti relativi a ospiti, familiari e personale vengono valutati prima dell'intervento e a 3, 6, 9 e 12 mesi, con un'ulteriore rilevazione prevista a 18 mesi.

Risultati. I risultati attesi comprendono il miglioramento della qualità della vita degli ospiti e la riduzione di *discomfor*t, dolore, sintomi non cognitivi e isolamento sociale. Per i familiari, si prevede una maggiore comprensione della progressione della demenza e una migliore preparazione ad affrontarla, insieme al rafforzamento della comunicazione con il personale, della partecipazione alle decisioni e della relazione con il proprio caro. Per il personale, sono attesi un potenziamento delle competenze nella valutazione e risposta ai bisogni, una riduzione del burnout e una maggiore soddisfazione lavorativa.

Conclusioni. In-Touch propone un modello integrato di cure palliative non farmacologiche che connette l'assistenza quotidiana alla pianificazione condivisa delle cure future. L'approccio pragmatico e la flessibilità degli adattamenti mirano a favorirne l'adozione nei diversi contesti assistenziali e la sostenibilità nel tempo.

DAL FABBISOGNO DI PERSONALE NEL SSN ALL'ESPERIENZA DI FRUIZIONE DEI SERVIZI PER LE PERSONE CON DEMENZA E I LORO *CAREGIVER*

Notarnicola Elisabetta, Bufali Maria Vittoria, Perobelli Eleonora
CERGAS SDA Bocconi, Milano

Introduzione. La presa in carico delle persone con demenza rappresenta una sfida crescente per i sistemi sanitari e sociosanitari, richiedendo il coordinamento di una pluralità di attori, servizi e competenze professionali. Nonostante la crescente attenzione verso modelli di assistenza integrata, i sistemi locali rimangono spesso caratterizzati da frammentazione organizzativa e difficoltà di raccordo tra servizi. Il contributo analizza la configurazione della rete dei servizi per le demenze nel territorio milanese, approfondendo le modalità di collaborazione tra organizzazioni e il ruolo dei professionisti nella costruzione di percorsi assistenziali integrati.

Metodi. Lo studio adotta un approccio *mixed-methods*, combinando la mappatura dell'offerta territoriale con una *network analysis* delle relazioni tra servizi e istituzioni. La rilevazione è stata condotta attraverso un questionario rivolto a 13 organizzazioni pubbliche, private e del terzo settore, che hanno identificato complessivamente 55 servizi, successivamente riclassificati in macrocategorie. Sono state analizzate la presenza, la frequenza, la qualità percepita e le finalità delle collaborazioni, ricostruendo la struttura delle connessioni attraverso rappresentazioni grafiche della rete. I risultati sono stati approfonditi e discussi nell'ambito di un tavolo di lavoro con i professionisti delle organizzazioni coinvolte.

Risultati. L'analisi restituisce una rete articolata, caratterizzata da numerose connessioni ma da una limitata integrazione operativa. Le collaborazioni risultano prevalentemente orientate allo scambio di informazioni, alla consulenza e all'orientamento, mentre sono meno diffuse le pratiche di pianificazione congiunta e gestione condivisa dei percorsi assistenziali. Le relazioni presentano frequenze spesso occasionali e significative asimmetrie tra servizi che attivano collaborazioni e servizi maggiormente riconosciuti come interlocutori. Emerge una distanza tra l'esistenza di connessioni e la capacità di tradurle in meccanismi strutturati di coordinamento. In questo contesto, i professionisti svolgono un ruolo cruciale nell'attivazione e nel mantenimento delle relazioni, spesso attraverso iniziative individuali e raccordi informali che compensano la debolezza dei dispositivi organizzativi di integrazione.

Conclusioni. Lo studio evidenzia come la presenza di una rete di servizi non garantisce, di per sé, un'effettiva integrazione assistenziale. Il rafforzamento della governance interorganizzativa richiede di valorizzare il ruolo dei professionisti, trasformando le collaborazioni informali in pratiche condivise e stabili, sostenute da responsabilità di coordinamento chiaramente definite. I risultati contribuiscono al dibattito sulla network governance nei sistemi sociosanitari, evidenziando la necessità di passare da reti prevalentemente informative a reti capaci di sostenere una presa in carico integrata e continuativa. Lo studio è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di Eisai Italia.

O NUOVA SURVEY DELLA RETE NAZIONALE PSICOLOGI/NEUROPSICOLOGI FONDO DEMENZE

Bonanni Rita (a), Coltelli Maila (b), Perna Giusi (c), Castellino Manuela (d)
(a) CDCD, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Distretto X, ASL Roma 3, Roma
(b) Psicologia della Continuità Ospedale Territorio, Presidio Ospedaliero Apuane, USL Toscana Nord Ovest, Massa
(c) CDCD, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, ASL, Imola
(d) UO Disturbi Neurocognitivi, Presidio Ospedaliero Riabilitativo B.V. Consolata, Fatebenefratelli, S. Maurizio Canavese, Torino

Introduzione. Con il Fondo Alzheimer e demenze è stato possibile assumere più di 200 psicologi con competenze nell'ambito della Neuropsicologia per le demenze che hanno contribuito a sviluppare le 5 Linee strategiche definite dal Fondo. Ciò ha costituito una occasione unica di potenziamento dei Servizi di Sanità Pubblica diretti ai pazienti affetti da demenza e ai loro famigliari. Sono state implementate/costituite le equipe multidisciplinari nei Centri per la Diagnosi dei Disturbi Cognitivi e le Demenze, come da Linee Guida per la Diagnosi e il Trattamento di Demenza e *Mild Cognitive Impairment* (2024).

Metodi. È stata condotta una nuova *Survey* nazionale su 205 psicologi/neuropsicologi di 18 regioni. Non sono comprese le Regioni Trentino-Alto Adige e Sicilia. Lo scopo è stato quello di definire l'impatto delle assunzioni dei Neuropsicologi nella routine clinica dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze.

***R*isultati**. Il 79% dei 205 psicologi aderenti alla Rete Nazionale Psicologi/Neuropsicologi Fondo Demenze ha risposto alla *Survey*. Nel primo e nel secondo triennio del Fondo, rispettivamente il 44,8% e il 42,3% delle attività ha riguardato la Linea strategica 1 per la diagnosi precoce, il 19,6% e il 18,4% la Linea strategica 2 per la definizione diagnostica. I trattamenti psicoeducazionali cognitivi e psicosociali (Linea strategica 5) sono stati attuati nel 31,9% e nel 40,5%. Il 43,6% degli psicologi ha lavorato in entrambi i trienni. Il 58,3% ha dovuto partecipare ad un nuovo bando pubblico per il triennio 2024-2026 per il quale vi è stata una riduzione o assenza dei bandi per il 17,8%, come in Friuli-Venezia Giulia e in Calabria. Il 7,4% non ha partecipato ai nuovi bandi. Nel primo triennio il 30,1% ha subito una interruzione dell'attività clinica. I contratti libero professionali costituiscono il 47,9% nel secondo triennio. La Puglia è stata la sola regione ad aver stipulato contratti a tempo determinato a cui si è aggiunto il Molise nel secondo triennio del Fondo (9,8%).

Conclusione. Il risultato più evidente determinato dalle assunzioni degli Psicologi/Neuropsicologi ha prodotto un potenziamento dei servizi sanitari realizzando valutazioni neuropsicologiche sia nella fase precoce che di definizione diagnostica e interventi psicoeducazionali. La presenza dei Neuropsicologi per le Demenze ha permesso di individuare ed intervenire sui bisogni della popolazione, principale ruolo del Sistema Sanitario Nazionale. Le forme contrattuali di tipo libero professionale non appaiono garanti della continuità assistenziale che necessita di forme contrattuali stabili basate su finanziamenti strutturali.

O PROGETTO C-FIND: AGGIORNAMENTO DEI DATI SULLA STRATEGIA DI CASE-FINDING PER L'INTERCETTAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI COGNITIVI

Allegri Nicola (a), Ancidoni Antonio (b), Fabrizi Elisa (b), Bottiroli Sara (c,a), Costa Alfredo (c,a), Bosone Daniele (a), Keller Karin (d), Govoni Stefano (e), Vanacore Nicola (b), Rosi Alessia (a)

(a) IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

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

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

(d) Consorzio Domicare, Pavia

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

Introduzione. Le linee guida italiane su demenza e Mild Cognitive Impairment (MCI) sottolineano la necessità di valutare strategie strutturate di *case-finding*, distinte dallo screening di popolazione perché rivolte a gruppi ad alto rischio e finalizzate all'identificazione attiva dei casi. In questo contesto è stato sviluppato il progetto C-FiND (*Case-Finding for Neurocognitive Disorders*), integrato nella rete territoriale "Ricor-Dare" e supportato dall'attivazione di un nuovo Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), con l'obiettivo di valutare l'efficacia di una strategia strutturata di *case-finding* nella diagnosi precoce e del successivo percorso di valutazione e presa in carico della persona con disturbi cognitivi. Il presente contributo aggiorna i dati preliminari precedentemente presentati, a seguito della progressiva estensione del reclutamento.

Metodi. Il campione preliminare aggiornato include 588 (età media 70,36 ± 7,85 anni; scolarità 11,85 ± 3,93 anni) partecipanti senza diagnosi pregressa di MCI o demenza, reclutati in tre setting: Medici di Medicina Generale (MMG), sportello della Centrale Operativa Demenze e Open Days territoriali. I partecipanti sono stati sottoposti a valutazione cognitiva mediante *Addenbrooke's Cognitive Examination*-III (ACE-III) e, presso i MMG, anche mediante GP-Cog. I soggetti identificati come a rischio sono stati inviati al CDCD per approfondimenti diagnostici. L'endpoint primario è rappresentato dal numero di diagnosi di MCI o demenza presso il CDCD entro 26 mesi dalla valutazione cognitiva iniziale.

Risultati. Rispetto ai 289 partecipanti inclusi nella precedente analisi, il campione è attualmente aumentato raggiungendo 588 partecipanti. Tra questi, 60 (10,2%) hanno ottenuto punteggi borderline o deficitari all'ACE-III, rispetto ai 26 (9,0%) rilevati nella precedente analisi. La proporzione di partecipanti identificati come potenzialmente a rischio si è pertanto mantenuta sostanzialmente stabile nonostante l'ampliamento del campione. La valutazione clinico-diagnostica dei partecipanti è attualmente in corso.

Conclusioni. L'ampliamento del campione, associato alla sostanziale stabilità della quota di partecipanti identificati come potenzialmente a rischio, rafforza l'interesse per l'approccio adottato e ne supporta l'ulteriore valutazione. Il completamento dell'iter diagnostico

consentirà di verificare la capacità della strategia di favorire l'identificazione tempestiva di MCI e demenza e 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.

O IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEL DEFICIT COGNITIVO E PROMOZIONE DELLA SALUTE COGNITIVA: RISULTATI DI UN SERVIZIO NEUROPSICOLOGICO DI CASE FINDING TERRITORIALE NELL'ABBIATENSE E DI EFFICACIA SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Del Signore Federica, Vitali Silvia, Locatelli Giulia, Lionello Vladimiro, Picciafoco Laura, Margilio Benedetta, Cutaia Chiara, Guaita Antonio, Rolandi Elena
Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. Le Linee Guida Nazionali su diagnosi e trattamento di demenza sottolineano l'importanza dell'implementazione di procedure di *case finding* per l'individuazione di soggetti a rischio e la presa in carico presso servizi specialistici (CDCD). Inoltre, la promozione di comportamenti salutari per agire sui fattori di rischio modificabili rappresenta una delle principali strategie di prevenzione primaria della demenza. Nell'ambito del progetto ReteDem.Ab (https://www.golgicenci.it/retedem-ab/), sostenuto da Fondazione Cariplo, è stato avviato un servizio a libero accesso di screening e promozione della salute cognitiva presso la Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrasso, integrato con i servizi territoriali. Si rivolge ai residenti del distretto abbiatense con la duplice finalità di: intercettare persone con deficit cognitivo lieve favorendo una presa in carico specialistica tempestiva; offrire una restituzione personalizzata arricchita di tecniche motivazionali per la promozione della salute cognitiva.

Metodi. Il primo accesso al servizio prevede la somministrazione di scale per valutare la presenza di: declino cognitivo soggettivo, depressione, riduzione dell'efficienza cognitiva globale e delle funzioni frontali. In presenza di punteggi indicativi di aumentato rischio di declino cognitivo sulla base di *cutoff* validati, viene proposta una valutazione comprendente: visita geriatrica, batteria neuropsicologica di secondo livello e intervento motivazionale. In caso di riscontro di deficit cognitivo le persone vengono indirizzate al CDCD territoriale tramite *Fast Track* (Istituto Golgi di Abbiategrasso). Segue un *follow-up* telefonico a tre mesi per valutare aderenza all'intervento e gradimento del servizio.

Risultati. Da settembre 2025 a luglio 2026 sono stati effettuati 114 screening di persone di età compresa tra 49 e 87 anni (donne 68%). Nel 53% dei casi (n=60) è stata consigliata la valutazione multidimensionale, principalmente per ridotta cognizione globale (n=55) in associazione o meno con altri indicatori di rischio (15 declino cognitivo soggettivo, 10 depressione, 9 ridotto funzionamento frontale). I rimanenti presentavano declino cognitivo soggettivo isolato (n=3) e depressione (n=2). Tra questi, 56 hanno acconsentito alla valutazione multidimensionale con 14 (25%) invii al CDCD per sospetto di decadimento cognitivo lieve (n=10) o demenza (n=4) (9 hanno contattato o già effettuato valutazione CDCD). A distanza di 3 mesi, il 70% delle persone contattate (n=37) ha riferito una buona aderenza all'obiettivo di salute concordato.

Conclusioni. I dati preliminari suggeriscono che il modello proposto consenta un'efficace intercettazione del rischio cognitivo. Si rileva una buona aderenza all'intervento personalizzato breve di cambiamento comportamentale sui fattori di rischio modificabili.

O L'IMPATTO DEL SUPPORTO POST-DIAGNOSTICO SULLA QUALITÀ DELLA VITA: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE VENETO

Zanarella Lara (a), Boscolo Anzoletti Aurora (a), Stella Eloisa (b), Basso Cristina (a)
(a) Coordinamento Regionale Rete Patologie Neurodegenerative, Regione Veneto, Padova
(b) Alterevo Società Benefit, Treviso

Introduzione. All'interno del Piano triennale delle Attività (2024-26) Fondo per l'Alzheimer e le demenze, la Regione Veneto sta implementando interventi per i nuovi bisogni delle persone con Disturbo Neuro cognitivo. Tali interventi si articolano in percorsi di supporto volti a migliorare la comunicazione della diagnosi, la qualità della vita e promuovere *empowerment*, adattamento e coinvolgimento attivo nella prevenzione dei fattori di rischio modificabili. Il progetto si fonda su una collaborazione strutturata tra i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e gli Enti del Terzo settore delle 9 Aziende Sanitarie regionali, per garantire integrazione, appropriatezza e sostenibilità.

Metodi. Il progetto ha attivato due percorsi formativi per il personale dei Centri coinvolti, finalizzati a diffondere un nuovo approccio alla comunicazione della diagnosi e alla conduzione delle attività di supporto post-diagnostico. Sono stati inoltre attivati 9 gruppi di adattamento alla diagnosi articolati in 10 incontri, secondo il modello "Vivere bene con la demenza" di *Cheston e Marshall*. Seguiranno 14 incontri di "coinvolgimento significativo" e la costituzione di un Gruppo di Lavoro a valenza regionale per un coinvolgimento strutturato delle persone con Disturbo Neuro cognitivo lieve-moderato nei tavoli operativi regionali, per promuovere un approccio concreto di sanità partecipata. Il monitoraggio degli esiti prevede, nei tempi definiti da progetto la somministrazione della *scala Quality of Life in Alzheimer's Disease* e il questionario *Representations and Adjustment to Dementia Index*.

Risultati. 75 persone con Disturbo Neuro cognitivo lieve-moderato (MMSE medio 23,5±2,5) hanno aderito al percorso. Al momento 7 gruppi su 9 hanno concluso i 10 incontri di adattamento alla diagnosi (numero soggetti: 63) con un basso tasso di abbandono (2 drop-out) e limitate assenze agli incontri. L'analisi preliminare della scala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* mostra un punteggio medio al basale di 34,5±6,5. Al termine dei 10 incontri, il punteggio medio è risultato 35,2±5,9 e 33 soggetti su 61 (54%) hanno mostrato un incremento medio del punteggio, pari a 4,03 punti. Dal feedback dei partecipanti si evince una maggiore propensione a condividere la propria esperienza di malattia.

Conclusioni. L'aumento del punteggio alla scala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* in oltre il 50% dei partecipanti, il basso numero di *drop-out* e i *feedback* positivi indicano che l'attività proposta è stata accolta positivamente. La maggiore disponibilità a confrontarsi rispetto alla propria diagnosi costituisce un elemento fondamentale che favorisce l'adattamento alla malattia e il benessere della persona con Disturbo Neuro cognitivo.

O "RITROVARSI AL MUSEO": UN PROGETTO DI FORMAZIONE PER OPERATORI CULTURALI E SANITARI FINALIZZATO ALL'ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA NEL CONTESTO MUSEALE

Marianetti Massimo (a), Mandosi Miriam (b), Uboldi Sara (c), Zagaglia Elena (b), Lignini Giorgio (a), Bottoni Alessandro (a), Rosari Mattia (a), Angeloro Antonella (d), Rochas Giorgia (d), Di Vincenzo Marta (e), Rossini Ersilia (e), Varetto Silvia (f), Giuliano Anna (f), Malerba Giuseppina (g), Conte Annamaria (h), Ramonda Evelin (i), Bonansea Alessandro (i), Trunfio Daniela (l)

(a) Centro Sperimentale Alzheimer, Provincia Romana Fatebenefratelli, Roma
(b) ANCOS Roma e Provincia, Roma
(c) CWV, Cultural Welfare Center, Torino
(d) GAM, Galleria Civica d'Arte Moderna e Contemporanea, Torino
(e) Pinacoteca Agnelli, Torino
(f) La Venaria Reale, Venaria Reale, Torino
(g) AMA odv Associazione Malati di Alzheimer, Chieri, Torino
(h) Associazione ASVAD, Alzheimer Caffè, Torino
(i) SC Psicologia, ASL TO 3, Torino
(l) Fondazione Carlo Molo ETS, Torino

Introduzione. Il benessere delle persone affette da Demenza non può essere affidato esclusivamente agli interventi clinici. La cosiddetta Museo terapia è un approccio innovativo che considera il Museo anche come uno spazio capace di favorire inclusione e benessere. Perché questo accada è necessario che professionisti della cultura e professionisti della salute imparino a lavorare insieme. Una progettualità formativa strutturata teorica e pratica che preveda una collaborazione tra questi professionisti è ancora carente.

Metodi. "Ritrovarsi al Museo", coordinato dalla Fondazione Carlo Molo ETS, grazie anche al contributo della Fondazione Compagnia di San Paolo, è un progetto di formazione teorico-pratica che negli ultimi due anni ha costruito una significativa esperienza di collaborazione tra Musei e Servizi sociosanitari per le Demenze rivolto ai professionisti operanti nelle regioni Piemonte e Valle d'Aosta. Il progetto, gratuito per i discenti, è strutturato in una prima parte teorica con video lezioni on line curate principalmente da uno specialista Neurologo e una Museologa entrambi con esperienza nel campo della Museo terapia nella Demenza pluridecennale, con alcuni interventi mirati di altri professionisti per aspetti di approfondimento più particolari. Successivamente le visite museali costituiscono il laboratorio nel quale la metodologia è sperimentata. Ogni percorso è il risultato di un processo condiviso da operatori museali e professionisti sociosanitari con il *counseling* dei formatori. I formatori partecipano fattivamente anche ad alcune visite per ottimizzare l'approccio sul campo

Risultati. La formazione ha coinvolto negli ultimi due anni circa 200 operatori museali e sociosanitari principalmente afferenti per entrambe la realtà a servizi pubblici e ad associazioni territoriali dedicate. Il modello di visite museali (set di 3 visite con massimo 10 pazienti/visita)

è stato inserito al GAM e alla Pinacoteca Agnelli, Torino, e alla Reggia di Venaria, a Venaria Reale-TO, in collaborazione con la S.C. Psicologia della ASL TO3.104 individui tra pazienti e *caregiver* hanno potuto usufruire delle visite museali "museo terapiche".

Conclusioni. Molti Musei desiderano sviluppare pratiche inclusive, ma non dispongono di strumenti adeguati per dialogare con il sistema sanitario. Allo stesso tempo, i sanitari conoscono raramente le potenzialità offerte dai luoghi della cultura. Il nostro progetto si pone come possibile soluzione in questo ambito e vedrà una terza edizione. L'obiettivo futuro sarà di ampliare il numero delle attività realizzate e costruire un modello stabile di collaborazione tra mondo della cultura e mondo sociosanitario, capace di generare conoscenza, produrre evidenze scientifiche e offrire strumenti valutativi interdisciplinari replicabili.

O IL ROBOT SOCIALE *HIRO-CHAN* NELLA CURA A DOMICILIO: UN MODELLO INTEGRATO PER LA DEMENZA

Russo Spena Tiziana
Università degli Studi Federico II, Napoli

Introduzione. La crescente prevalenza della demenza rende necessario sviluppare modelli assistenziali integrati che affianchino agli interventi farmacologici approcci non farmacologici innovativi, in grado di sostenere la persona, i *caregiver* e la rete dei servizi. I robot sociali rappresentano una delle più promettenti tecnologie assistive, ma le evidenze disponibili riguardano prevalentemente contesti residenziali. Obiettivo dello studio è valutare la fattibilità e l'impatto dell'introduzione del robot sociale HIRO-Chan nel domicilio di persone con demenza assistite.

Metodi. Studio prospettico osservazionale sviluppato da Residenze del Sole (Cinisello Balsamo) in collaborazione con il Dipartimento di Economia, Management e Istituzioni dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Dopo una fase di formazione condivisa di operatori e *caregiver, HIRO-Chan* è stato introdotto al domicilio per dodici settimane. Sono stati raccolti dati quantitativi mediante scale di valutazione quali *Mini Mental State Examination, Mental Status Examination, Quality of Life in Late Stage Dementia*, questionari quali *Zarit Burden Interview* e questionari di accettazione del robot, integrati con diari settimanali, schede osservative e interviste periodiche rivolte a *caregiver* e operatori. Dei tredici utenti inizialmente selezionati, cinque hanno completato il protocollo sperimentale.

Risultati. Nei casi che hanno completato la sperimentazione è stata osservata una progressiva integrazione del robot nella routine assistenziale domiciliare, con incremento delle interazioni relazionali, comportamenti di accudimento e momenti di rassicurazione emotiva. *Caregiver* e operatori hanno riferito una migliore gestione di alcuni sintomi comportamentali e psicologici della demenza, una riduzione del senso di isolamento e un'elevata accettabilità dell'intervento. L'esperienza ha evidenziato come l'efficacia del robot dipenda dall'integrazione con il progetto assistenziale personalizzato e dal coinvolgimento coordinato dell'équipe multiprofessionale e della famiglia.

Conclusioni. L'utilizzo di *HIRO-Chan* all'interno delle cure domiciliari si è dimostrato fattibile e ben accettato come intervento non farmacologico di supporto alla gestione domiciliare della demenza. Il robot sociale non sostituisce la relazione di cura, ma ne rappresenta un facilitatore, favorendo la personalizzazione degli interventi, il coinvolgimento dei *caregiver* e la continuità assistenziale tra domicilio e servizi. I risultati preliminari suggeriscono l'opportunità di sviluppare studi multicentrici su campioni più ampi per confermarne l'efficacia clinica e organizzativa.

P RISULTATI PRELIMINARI DI UNA *SURVEY* NAZIONALE NEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

Ancidoni Antonio, Fabrizi Elisa, Della Gatta Francesco, Sciancalepore Francesco, Lorenzini Patrizia, Bacigalupo Ilaria, Vanacore Nicola
Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. I Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) costituiscono il punto di accesso del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per la presa in carico delle persone con disturbo cognitivo lieve e con demenza in Italia. Nel 2022, nel contesto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze, l'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto una survey nazionale per valutare la capacità dei CDCD di prendere in carico le persone con demenza, analizzando i servizi offerti, le figure professionali coinvolte e il volume stimato di accessi. Nel 2026, l'ISS, supportato dal Tavolo Permanente sulle demenze, ha previsto un aggiornamento della survey nazionale con l'obiettivo di indagare l'impatto di cinque anni di attività del Fondo condotte dalle regioni e province autonome (PA) e comprendere la *preparedness* nell'ottica di nuovi scenari diagnostico-terapeutici.

Metodi. È stato predisposto un questionario di dieci domande, finalizzato a raccogliere informazioni sulla localizzazione del CDCD e sulla sua articolazione all'interno della regione di appartenenza, sul responsabile della struttura e sui giorni e gli orari di apertura settimanali. Sono state inoltre indagate le figure professionali operanti nel CDCD e i servizi offerti. Infine, è stato rilevato il volume di accessi nel 2025, distinto per tipo di diagnosi (disturbo soggettivo di memoria, mild cognitive impairment, demenza, altro). Il questionario è stato inviato dalle singole regioni e PA alle direzioni sanitarie di afferenza dei CDCD, con richiesta di validazione da parte delle stesse prima della sottomissione.

Risultati. Complessivamente, 466 CDCD hanno risposto al questionario. Rispetto al 2022, 391 CDCD risultano confermati mentre 75 CDCD sono di nuova apertura. I distaccamenti rilevati sono 440 (+270% nel 2022). Nel 2026, il 44,7% dei CDCD è aperto cinque giorni a settimana (2022, 33,7%). In media, i CDCD sono aperti per 22,9 ore settimanali (min-max 1-80). Per quanto riguarda il volume di accessi, la mediana dei pazienti in carico totali è di 600 (IQR 305-1173). Rispetto al 2022, la percentuale di CDCD che offre una valutazione neuropsicologica completa con un minimum core test è cresciuta significativamente (92,5% *vs* 57,1%). Infine, circa un CDCD su due dispone di almeno due figure professionali tra neurologo, geriatra e psichiatra. Nel 2022, solo il 26,7% offriva tale combinazione.

Conclusioni. ebbene preliminari, i risultati della survey 2026 indicano un generale miglioramento della rete dei CDCD in Italia. Analisi dettagliate e stratificate per regione e PA permetteranno di identificare con maggior accuratezza le aree di criticità ancora presenti sul territorio.

P DAI DATI AL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO: L'ESPERIENZA DEL CENTRO DI FERMO

Angeloni Rossano (a), Ciccola Alessia (b), Tancredi Antonietta (b), Acciarri Cristina (a), Angelocola Stefania (a), Balestrini Juri (a), Cardinali Patrizio (a), Forconesi Fabrizio (a), Giuli Cinzia (c), Grinta Roberto (d), Tiberi Riccardo (a)
(a) CDCD UOC Neurologia AST, Fermo, Ancona
(b) CDCD AST, Fermo, Ancona
(c) UO Geriatria POR IRCCS-INRCA, Fermo, Ancona
(d) Direzione Generale AST, Fermo, Ancona

Introduzione. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze integrato dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo e dell'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani di Fermo opera in un contesto di elevata domanda assistenziale, risorse professionali limitate e rilevanti tempi di attesa. Su richiesta della Direzione aziendale è stato elaborato un modello per definire l'organizzazione di un Centro adeguato al fabbisogno territoriale, partendo dai dati epidemiologici e dai riferimenti normativi nazionali, regionali e locali.

Metodi. È stato stimato il fabbisogno assistenziale della popolazione della provincia di Fermo, bacino territoriale del Centro, attraverso prevalenza e incidenza di demenza e deterioramento cognitivo lieve, assumendo una copertura potenziale del 70%. Sono stati calcolati nuovi accessi, controlli annuali, tempi medi delle prestazioni e fabbisogno delle principali figure professionali, considerando la quota di tempo destinata alle attività cliniche e non cliniche secondo i riferimenti organizzativi adottati. Il modello è stato presentato ai vertici aziendali come strumento di sensibilizzazione e programmazione. Successivamente, su richiesta della Direzione, è stato elaborato un progetto operativo per definire ruolo, funzioni, limiti e sviluppo progressivo di un incarico di neurologo territoriale inserito nella Casa della Comunità e integrato funzionalmente con il Centro.

Risultati. Il modello ha stimato 6.340 persone potenzialmente in carico, 1.634 prime visite e 7.959 controlli annui, per 9.593 atti clinici complessivi. Il fabbisogno teorico è risultato pari a 4,94 medici, 5,66 psicologi, 3,50 infermieri e 2,33 assistenti sociali a tempo pieno, con un marcato divario rispetto alle risorse disponibili. In presenza di persistenti criticità assistenziali e segnalazioni dell'utenza, l'Azienda ha avviato la riorganizzazione della rete neurologica territoriale, attivando una procedura di mobilità interna per un dirigente medico neurologo da assegnare alla Casa della Comunità, con successiva pubblicazione della graduatoria. Parallelamente, è stato condiviso con la Direzione il progetto operativo che definisce per tale figura specifiche funzioni nell'ambito dei disturbi cognitivi e uno sviluppo progressivo e multiprofessionale del servizio.

Conclusioni. L'esperienza mostra come l'analisi strutturata del fabbisogno possa diventare uno strumento di governo clinico, sensibilizzazione e programmazione aziendale, contribuendo a trasformare criticità assistenziali in un percorso concreto di riorganizzazione. L'introduzione del neurologo territoriale rappresenta il primo passo verso un modello più strutturato, multiprofessionale e integrato di presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e dei loro *caregiver*.

P INDICATORI NAZIONALI PER IL MONITORAGGIO DELLA RETE DEI SERVIZI DEDICATI ALLE DEMENZE

Bacigalupo Ilaria (a), Lorenzini Patrizia (a), Vaccaro Roberta (b), Matascioli Fabio (c), Salvi Emanuela (d), Bellomo Guido (a), Fabrizi Elisa (a), Della Gatta Francesco (a), Ancidoni Antonio (a), Rossi Mirko (e), Sciancalepore Francesco (a), 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) Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(e) Centro Nazionale Intelligenza Artificiale e Tecnologie Innovative per la Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Il Piano Nazionale Demenze (PND) e il Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2022 hanno promosso il monitoraggio della rete dei servizi. Le survey condotte nel periodo 2022-2024 hanno consentito di aggiornare la mappa nazionale dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e dei Centri Diurni (CD), evidenziando significative differenze territoriali nell'organizzazione e nell'offerta assistenziale. Il Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2024-2026 prevede la definizione e l'implementazione di un sistema nazionale di indicatori per la valutazione della qualità della rete dei servizi dedicati alle demenze.

Metodi. Gli indicatori sono stati sviluppati secondo il modello struttura-processo-esito. Per ciascuna tipologia di servizio CDCD, RSA e CD, sono stati individuati indicatori in analogia con l'approccio del Nuovo Sistema di Garanzia. La raccolta dei dati avverrà on line mediante questionari rivolti ai responsabili delle strutture. Parallelamente è stato elaborato un protocollo di analisi geospaziale basato su sistemi informativi geografici (GIS), finalizzato alla valutazione dell'accessibilità ai servizi. L'analisi utilizzerà la geolocalizzazione delle strutture e il calcolo delle distanze e dei tempi di percorrenza sulla rete stradale reale tra i centroidi comunali e il servizio più vicino. Saranno inoltre raccolte informazioni sul contesto regionale, comprendenti Piani Regionali Demenze, PDTA, delibere, atti di indirizzo, programmi regionali, attività di prevenzione, indicatori epidemiologici e dati sui principali fattori di rischio per la demenza, al fine di caratterizzare il contesto territoriale e supportare la programmazione sanitaria.

Risultati. È stato definito il protocollo nazionale dello studio e sono stati sviluppati gli indicatori di struttura, processo ed esito per CDCD, RSA e CD. La survey dei CDCD è stata condotta ed è stato aggiornato l'elenco delle strutture (Risultati preliminari di una survey nazionale nei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze). Sono stati inoltre predisposti i questionari per la raccolta delle informazioni dalle RSA e dai CD. È in corso l'aggiornamento e la verifica degli elenchi delle RSA e dei CD in collaborazione con i referenti regionali. Per l'analisi geospaziale è stato sviluppato un protocollo metodologico che prevede la geolocalizzazione delle strutture, la stima dei tempi di percorrenza e la classificazione dei comuni in base ai livelli di accessibilità ai servizi. Sono stati inoltre identificati gli indicatori territoriali e le variabili relative al contesto programmatorio regionale che saranno integrate nelle successive analisi comparative.

Conclusioni. La definizione di un sistema nazionale di indicatori, integrato con strumenti di analisi geospaziale e di valutazione del contesto organizzativo regionale, rappresenta un approccio innovativo per il monitoraggio della qualità della rete dei servizi che consentirà di identificare criticità organizzative e disuguaglianze territoriali, supportando la programmazione sanitaria.

P DEFINIZIONE DI UN SET DI INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) DEDICATI ALLE DEMENZE: STATO DI AVANZAMENTO DELLE ATTIVITÀ

Bellomo Guido (a), Salemme Simone (b, c), Pani Sara Maria (d), Della Gatta Francesco (a), Fabrizi Elisa (a), Mazzola Monica (a), Porrello Mariacristina (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 di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

(c) International School of Advanced Studies, Università degli Studi, Camerino, Macerata

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

Introduzione. I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento fondamentale per garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e integrazione tra i diversi servizi coinvolti nella presa in carico delle persone con demenza. Nonostante la progressiva diffusione dei PDTA dedicati alle demenze, permane una significativa eterogeneità nei sistemi di monitoraggio adottati e negli indicatori utilizzati per valutarne l'implementazione. Nell'ambito del Fondo Demenze 2024-2026 è stata avviata un'attività finalizzata alla definizione di un set condiviso di indicatori per il monitoraggio dei PDTA dedicati alle demenze.

Metodi. L'attività prevede il censimento e l'analisi dei PDTA regionali e aziendali dedicati alle demenze, con l'obiettivo di identificare e raccogliere gli indicatori già utilizzati nei diversi contesti territoriali. Gli indicatori individuati sono stati classificati secondo le principali dimensioni della qualità dell'assistenza e organizzati in aree tematiche relative ai diversi momenti del percorso assistenziale. Parallelamente, è stata effettuata una revisione della documentazione tecnico-scientifica di riferimento, incluse le raccomandazioni contenute nella Linea Guida sulla diagnosi e il trattamento della demenza e del Mild Cognitive Impairment, al fine di supportare la definizione di una proposta metodologicamente coerente e applicabile nei diversi contesti organizzativi.

Risultati. Le attività sono attualmente in corso. È stato avviato il censimento dei PDTA dedicati alle demenze presenti sul territorio nazionale e la raccolta degli indicatori riportati nella documentazione disponibile. Parallelamente, è stata sviluppata una struttura metodologica per la classificazione degli indicatori e per la loro organizzazione nelle principali aree del percorso assistenziale. Le attività preliminari hanno evidenziato un'elevata variabilità nella tipologia e nel numero degli indicatori adottati nei diversi contesti. È inoltre in corso l'elaborazione di una proposta preliminare di set di indicatori nell'ambito di un percorso di confronto con le Regioni e Province Autonome.

Conclusioni. La definizione di un set condiviso di indicatori rappresenta un passaggio strategico per favorire una valutazione più omogenea dei PDTA dedicati alle demenze e supportare i processi di miglioramento della qualità assistenziale. Le attività preliminari hanno tuttavia evidenziato alcune criticità rilevanti, tra cui la mancata adozione di PDTA specifici in alcuni contesti regionali e la limitata disponibilità di indicatori esplicitamente definiti e documentati nei percorsi attualmente esistenti. Tali elementi rendono complessa la confrontabilità tra territori e confermano la necessità di sviluppare strumenti condivisi per il monitoraggio dei percorsi di presa in carico. Le attività in corso consentiranno di valorizzare le esperienze regionali disponibili e di elaborare una proposta metodologica comune a supporto della programmazione e della valutazione dei servizi dedicati alle persone con demenza.

P IL CAFFÈ ALZHEIMER: ZOOM-OUT. LA RETE CHE ACCOGLIE

Bombardi Andrea (a), Gottardi Federica (b), Boffelli Stefano (c), Montalti Stefano (a), Siviero Paola (d), Trabucchi Marco (e)
(a) Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Forlì Cesena
(b) Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Brescia
(c) CDCD Poliambulanza e Area tematica Caffè Alzheimer, AIP, Brescia
(d) Istituto di Neuroscienze, CNR, Padova
(e) Associazione Italiana Psicogeriatria, AIP, Brescia

Introduzione. Descrivere il Caffè Alzheimer come servizio ponte tra il territorio, la rete dei servizi e le famiglie proponendo una base condivisa per indicazioni operative comuni. Oltre alla dimensione organizzativa, il Manuale Operativo dei Caffè Alzheimer dedica ampio spazio al modo in cui il servizio si colloca nella rete territoriale, formale e informale, di cura della demenza, delineandone il ruolo di raccordo tra la persona, la famiglia e le istituzioni.

Metodi. È stata condotta un'analisi descrittiva e sistematica dei contenuti del Manuale Operativo, con classificazione delle componenti relative alla dimensione territoriale in macroaree funzionali.

Risultati. Il Manuale sistematizza gli elementi relativi alla dimensione territoriale, individuando nove aree costitutive:

1) la collocazione del Caffè Alzheimer come servizio complementare, e non sostitutivo, rispetto alla rete formale, in stretto collegamento con i centri specialistici per la diagnosi e la cura della demenza e in dialogo con i servizi del territorio;
2) la sostenibilità economica, supporto generalmente misto tra fondi pubblici e privati;
3) il coordinamento regionale strutturato con i suoi primi esempi italiani sperimentati in Calabria, Emilia-Romagna e in parte della Lombardia;
4) i modelli itineranti, finalizzati a raggiungere i comuni periferici privi di offerta stabile e di fare cultura attorno ai temi della demenza e della cura;
5) la connessione con il domicilio: il percorso bidirezionale che lega il Caffè Alzheimer al domicilio delle famiglie, con interventi di mediazione, accompagnamento e dialogo con le realtà di assistenza domiciliare private o pubbliche;
6) le attività di apertura alla comunità, quali gli screening cognitivi, gli sportelli informativi per le assistenti familiari e le iniziative pubbliche di sensibilizzazione;
7) il coinvolgimento intergenerazionale rappresentato dai tirocini universitari, dai progetti di alternanza scuola-lavoro e dal servizio civile;
8) la distribuzione territoriale dei Caffè attivi sul territorio nazionale, oggi ancora disomogenea e concentrata soprattutto nelle regioni del centro-nord;
9) lo sviluppo della rete nazionale, che in pochi anni è passata da un ristretto numero di associazioni pilota a un numero di aderenti più che quintuplicato.

Conclusioni. Gli elementi individuati delineano il profilo del Caffè Alzheimer come dispositivo di sussidiarietà tra pubblico e privato e come primo punto di ingresso verso i servizi sociali del territorio. La loro sistematizzazione costituisce una base condivisa per indicazioni operative comuni, orientate a un coordinamento nazionale che valorizzi la funzione di connessione tra il Caffè e il territorio.

P ETEROGENEITÀ FENOTIPICA NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO: L'INTERSEZIONE TRA AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA E DISPERCEZIONE VISIVA

Bonanni Rita (a), Francesca Muzzi (b,c)
(a) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Distretto X, ASL Roma 3, Roma
(b) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Distretto X, ASL Roma, Roma
(c) Centro Epilessia LICE I Livello Medico Dedicato all'Età Adulta, Distretto X, ASL Roma 3, Roma

Introduzione. L'afasia primaria progressiva costituisce una variante della Degenerazione lobare fronto-temporale. L'esordio precoce (sesta decade di vita) e la progressione della patologia sono caratterizzate da una predominanza di deficit linguistici. Si distinguono una variante non fluente/agrammatica, con linguaggio semi strutturato, disprosodico, alterazioni morfosintattiche e difficoltà di comprensione sintattica; una variante semantica con anomie, difficoltà nel riconoscimento e comprensione di parole, oggetti, luoghi, persone e nella denominazione e categorizzazione semantica; una variante logopenica con inceppi anomici, errori fonologici, compromissione della memoria di lavoro e perdita della capacità di trascodificazione.

Metodi. La paziente (72 aa.; 13 aa.), destrimane, ha presentato disturbi mnesici, anomie e episodi di disorientamento spaziale all'età di 69 aa. La valutazione neuropsicologica ha compreso test relativi alle funzioni linguistiche, memoria episodica verbale e di lavoro, funzioni esecutive, visuo-spaziali e percettive, prassia costruttiva, ideo-motoria e bucco-facciale. Sono state eseguite Risonanza Magnetica e Tomografia a emissione di fotone singolo.

Risultati. La paziente presenta inerzia verbale e motoria, con linguaggio poco fluente, anomie, parafasie fonetiche e semantiche, circonlocuzioni, errori semantici. Deficitaria la denominazione e la comprensione di parole su stimoli visivi. Compromessa la memoria episodica verbale, le funzioni esecutive e la prassia ideo-motoria bilateralmente. Dato preminente del quadro clinico è la marcata dispercezione visiva. La codifica visiva è limitata ad un dettaglio della figura. La denominazione deficitaria porta ad una codifica verbale di tale dettaglio errata e impedisce una corretta sintesi percettiva unitaria dell'immagine con conseguente errore categoriale, creando un paradosso cognitivo. Le neuroimmagini evidenziano alterazione di intensità di segnale della sostanza bianca peri ventricolare, corona radiata, centri semiovali bilateralmente e sottocorticale fronto-temporale, nucleo-capsulare bilateralmente, talamica, atrofia temporo-mesiale bilaterale.

Conclusioni. Le evidenze neuropsicologiche e neuroradiologiche depongono per una Afasia primaria progressiva, variante semantica. Emerge inoltre una marcata agnosia appercettiva. Una valutazione neuropsicologica dotata di coerenza interna consente di evidenziare la correlazione tra le diverse funzioni cognitive al fine di identificare l'impatto incrementale dei singoli deficit sulla severità del profilo neuro cognitivo evidenziato.

P IMPLEMENTARE LA RACCOMANDAZIONE 136 DELLE LINEE GUIDA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS) – OSSERVATORIO DEMENZE: FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) SUI BPSD PER IL PERSONALE DEI CENTRI SERVIZI ANZIANI – MONITORAGGIO IN ITINERE

Bordignon Alessandra, Zilio Manola, Toscano Paola, Ceccon Anna
UOC Cure Primarie/CDCD, Distretto 4, Azienda ULSS 6 Euganea, Cittadella, Padova

Introduzione. I disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) rappresentano una criticità assistenziale prioritaria nei Centri Servizi per Anziani (CSA/RSA). La formazione continua del personale sull'approccio ai BPSD e al delirium e sull'uso della terapia farmacologica riduce gli interventi restrittivi e migliora l'assistenza. Il percorso FAD, a cura del CDCD di riferimento territoriale, del servizio farmaceutico e del referente infermieristico, è rivolto agli operatori dei CSA del Distretto 4 dell'Alta Padovana e nasce dalla volontà di implementare la Raccomandazione 136 delle Linee Guida ISS (Osservatorio Demenze). Si presenta un aggiornamento del monitoraggio in itinere.

Metodi. Il corso, attivo dall'8 giugno al 31 dicembre 2026, è articolato in moduli con test intermedi e test finale, in modalità *e-learning*. Gli iscritti totali sono a oggi 455 (dato in crescita), età media 48,1 anni (DS 10,5), con prevalenza di infermieri (57,6%), OSS (15,4%), medici (7,9%) e altre figure (19,1%). Per provenienza, il 32,3% appartiene a CSA esterni convenzionati e il 67,7% a servizi interni dell'Azienda ULSS 6 (Distretti 29,2%, Salute Mentale 14,9%, altre unità 55,8%). L'analisi è condotta sui primi 230 operatori che hanno avviato il percorso.

Risultati. L'83,5% del sotto-campione (192/230) ha completato l'intero percorso e il test finale, con punteggio medio di 9,32/10 (DS 0,79; mediana 10,0) e il 100% di superamento della soglia (≥7,5/10); il 52,6% ha ottenuto il punteggio massimo. I punteggi al primo tentativo sono elevati, con un calo nei moduli su delirium/farmacologia (Moduli 3-4: 7,83/10) e consolidamento nei moduli avanzati (5-8: 9,3-9,7/10). Il questionario di gradimento (192 rispondenti) mostra un indice composito medio di 4,30/5 (DS 0,73) su chiarezza, utilità e qualità, con il 75,6% di valutazioni ≥4/5.

Conclusioni. Pur trattandosi di un'analisi ad interim su un sotto-campione, il percorso formativo mostra un elevato tasso di completamento e di apprendimento, con gradimento stabilmente positivo sui contenuti. Si rileva una sottorappresentazione degli OSS (15,4%) rispetto agli infermieri (57,6%), nonostante il ruolo centrale nella gestione quotidiana dei BPSD. La partecipazione, estesa oltre il personale dei CSA anche a professionisti dei distretti territoriali, delle aree della salute mentale e dei servizi ospedalieri, riflette la trasversalità e l'interesse diffuso verso la gestione dei BPSD lungo tutto il percorso assistenziale. Si auspica di aggiornare l'analisi al termine del corso sull'intera popolazione che l'avrà completato.

P COOKING CLASS "LA CUCINA DELLE MONACHE": UN INTERVENTO DI STIMOLAZIONE NON FARMACOLOGICA INNOVATIVO PER PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Capozzi Claudio, Serbelloni Giulia, Leandri Emanuele, Orzelleca Mariaines, Bottoni Alessandro, Margiotta Monica, Pica Martina, Maiorano Martina, Rosari Mattia, Marianetti Massimo

Centro Sperimentale Alzheimer, Istituto San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

Introduzione. I nuclei residenziali Alzheimer nascono dall'evidenza di quanto urgente sia per le famiglie avere dei supporti significativi e di quante poche siano le risposte che riescono a trovare sul territorio. Nell'ambito delle attività proposte ai malati in questi contesti, i Laboratori di Cucina vengono spesso organizzati come attività ricreativa-occupazionale, ma la creazione e la valutazione di efficacia di un approccio strutturato con finalità riabilitativa è ancora carente in questo contesto.

Metodi. 70 pazienti affetti da varie tipologie di Demenza senile di grado lieve-moderato (41 F-29M: 24 AD, 18 VD, 13 MD, 8 LBD, 7 FTD; età: 76±6,5; scolarità 9±4,9; ADL 4,65±0,5; IADL 2,3±1,8) ricoverati per un ciclo riabilitativo standard (circa 90 gg) presso il nostro Centro Sperimentale , hanno partecipato a una seduta settimanale della durata di circa 90 minuti di una *Cooking Class* strutturata, ispirata dalla visione del noto programma Televisivo "La Cucina delle Monache" in onda sul canale digitale terrestre 33. I pazienti sono stati valutati con MMSE, CDT, FAB e NPI all'inizio e al termine del ricovero.

Risultati. Il MMSE ha mostrato una stabilizzazione dello status cognitivo in tutti i pazienti, è stato evidenziato un trend positivo, ma non statisticamente significativo di aumento del punteggio MMSE per individui di sesso maschile e in età più giovane. I pazienti che hanno usufruito della terapia hanno presentato un miglioramento significativo delle performance cognitive ai test CDT e FAB e una riduzione significativa dei disturbi comportamentali misurati con il NPI ($p<0,01$).

Conclusioni. L'intervento terapeutico *Cooking Class* "La Cucina delle Monache" ha mostrato di produrre interessanti benefici cognitivi e comportamentali nel nostro gruppo di pazienti. Se aumentando casistica/*follow-up*, utilizzando valutazioni neuropsicologiche più approfondite e confrontando i risultati con un gruppo di controllo queste osservazioni dovessero essere confermate, questo approccio terapeutico potrebbe avere il necessario supporto scientifico per diventare in futuro parte integrante del percorso sanitario dei malati affetti da Demenza.

P DALLA FORMAZIONE ALLA PRATICA CLINICA: LA RICADUTA FORMATIVA COME MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO NELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Castellino Manuela (a), Diana Carmela (b), Secreto Piero (c)
(a) UO Alzheimer e Altre Demenze, Presidio Ospedaliero Riabilitativo B.V. Consolata, Fatebenefratelli, S. Maurizio Canavese, Torino
(b) Responsabile Ufficio Formazione Presidio Ospedaliero Riabilitativo BV Consolata, Fatebenefratelli S. Maurizio Canavese, Torino
(c) SC Alzheimer e Altre Demenze Presidio Ospedaliero Riabilitativo BV Consolata, Fatebenefratelli S. Maurizio Canavese, Torino

Introduzione. La valutazione cognitiva rappresenta un elemento fondamentale del percorso diagnostico-assistenziale della persona con disturbo neuro cognitivo. Affidabilità, riproducibilità e appropriatezza clinica richiedono che gli strumenti siano somministrati e corretti secondo procedure standardizzate e condivise. La valutazione della ricaduta formativa consente di verificare il trasferimento delle competenze dalla formazione teorica alla pratica clinica, favorendo l'adozione di comportamenti coerenti con le evidenze scientifiche e le buone pratiche. Il progetto ha avuto l'obiettivo di standardizzare le procedure di somministrazione e correzione del *Mini Mental State Examination*, promuovere l'applicazione delle raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche, migliorare la relazione operatore-paziente e rafforzare la consapevolezza del ruolo dell'operatore quale risorsa attiva e terapeutica nel percorso assistenziale.

Metodi. Hanno partecipato 13 operatori sanitari del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze, del Day Hospital e del Reparto Alzheimer e altre demenze del Presidio Ospedaliero Riabilitativo "B.V. Consolata" Fatebenefratelli, con differente anzianità di servizio. Il percorso formativo ha previsto una fase teorico-pratica in aula, dedicata alle modalità di somministrazione e correzione del test con esercitazioni, seguita da osservazione diretta e supervisione nel contesto clinico. La ricaduta formativa è stata valutata attraverso osservazioni del docente utilizzando un'apposita griglia strutturata. Quando necessario, sono state effettuate ulteriori sessioni di osservazione finalizzate al miglioramento e al consolidamento delle competenze. Al termine di ogni osservazione è stata fornita una restituzione individuale orientata alla crescita professionale.

Risultati. L'analisi dei questionari di valutazione della ricaduta formativa ha evidenziato un'elevata percezione dell'utilità del percorso (85%), un incremento della sicurezza nella gestione delle criticità durante la somministrazione del test (69%) e nell'utilizzo dello strumento nella pratica clinica (77%). L'osservazione sul campo ha inoltre consentito di individuare criticità operative non rilevabili con la sola formazione teorica, permettendo l'attivazione di interventi mirati di miglioramento e consolidamento delle competenze.

Conclusioni. Il progetto ha contribuito a uniformare le pratiche cliniche, migliorare l'affidabilità delle valutazioni cognitive e rafforzare la qualità assistenziale, valorizzando le competenze già presenti nell'équipe. La metodologia, valutata positivamente, sarà riproposta per ottimizzare la somministrazione di ulteriori scale/questionari indispensabili all'attività clinica.

P UNITI SI CRESCE: IL SECONDO PROGETTO CAFFE' ALZHEIMER DIFFUSO 2 (PROCAD 2) DI AIP E FONDAZIONE MARATONA ALZHEIMER

Cono Giulia (a), Boffelli Stefano (a), Gottardi Federica (b), Bombardi Andrea (c), Ferrari Clarissa (d), Montalti Stefano (c), Siviero Paola (e), Trabucchi Marco (f)
(a) CDCD Poliambulanza e Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(b) Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(c) Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Forlì Cesena
(d) Fondazione Poliambulanza, Brescia
(e) Istituto di Neuroscienze, CNR Padova, Padova
(f) Associazione Italiana di Psicogeriatria, AIP, Padova

Introduzione. La Fondazione Maratona Alzheimer (ETS), con la collaborazione di AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatria), CNR di Padova e Fondazione Poliambulanza di Brescia, ha promosso "Progetto Caffè Alzheimer Diffuso 2", il secondo progetto nazionale dei Caffè Alzheimer. Il progetto segue lo studio 1, che aveva coinvolto 18 Associazioni di 8 Regioni diverse. In 50 Caffè Alzheimer di 18 regioni italiane, è stato realizzato un protocollo comune di valutazione ed intervento, con test standardizzati. L'obiettivo è di coinvolgere circa 1000 persone affette da demenza ed altrettanti *caregiver*, insieme a circa 500 fra volontari e personale sanitario.

Metodi. La valutazione multidimensionale rileva lo stato cognitivo-funzionale e comportamentale per la persona affetta da demenza (MMSE, IADL e BADL, UCLA NPI e Qol), e quello dei *caregiver* (CBI, UCLA stress). A questi, sono stati associati nuovi strumenti, già validati nei gruppi familiari di demenza, e sensibili al cambiamento: la Scala della Gratitudine e la Scala del Supporto Sociale Percepito. Tali strumenti consentono di comprendere quanto sia importante la soggettività del vissuto personale e come questo si modifichi dopo l'intervento binario (paziente e *caregiver*) del Caffè Alzheimer.

Risultati. La valutazione multidimensionale rileva lo stato cognitivo-funzionale e comportamentale per la persona affetta da demenza (MMSE, IADL e BADL, UCLA NPI e Qol), e quello dei *caregiver* (CBI, UCLA stress). A questi, sono stati associati nuovi strumenti, già validati nei gruppi familiari di demenza, e sensibili al cambiamento: la Scala della Gratitudine e la Scala del Supporto Sociale Percepito. Tali strumenti consentono di comprendere quanto sia importante la soggettività del vissuto personale e come questo si modifichi dopo l'intervento binario (paziente e *caregiver*) del Caffè Alzheimer.

Conclusioni. Il progetto rappresenta il tentativo di coinvolgere associazioni di tutte le Regioni italiane, ambisce alla formazione del personale e alla strutturazione di un comune e condiviso piano di *assessment* e di intervento. Infine, si prefigge di raccogliere dati relativi all'efficacia dei Caffè Alzheimer e di creare un documento di indirizzo nazionale, sotto l'egida di ISS.

P IL PROGETTO A.R.I.A: LA PRESA IN CARICO INTEGRATA NELLE DEMENZE

Costa Valentina (a), Carullo Beatrice (b)
(a) Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Umberto Primo, Pordenone
(b) Cooperativa Sociale FAI, Pordenone

Introduzione. Il progetto ARIA (Attività di Rete per l'Invecchiamento Attivo), è stato avviato nel 2022 a Pordenone dall'ASP Umberto I, azienda pubblica di servizi alla persona, con il supporto della Regione Friuli-Venezia Giulia e la collaborazione di associazioni ed enti del terzo settore. L'iniziativa nasce in un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione e da una crescente attenzione alla demenza. Di fronte alla complessità dei bisogni delle persone con demenza e delle loro famiglie, ARIA propone un approccio integrato, territoriale e comunitario, finalizzato a rafforzare le risorse individuali e la rete dei servizi.

Metodi. Prevenire l'istituzionalizzazione; sostenere i *caregiver*; sensibilizzare la comunità; offrire psico-educazione alle famiglie. La metodologia integra un centro di ascolto, consulenze personalizzate e supporto psicologico, insieme a un orientamento ai servizi. Sono previsti percorsi di formazione per *caregiver* e assistenti familiari, interventi domiciliari multiprofessionali, riabilitazione fisioterapica e stimolazione cognitiva. Completano l'intervento gli screening cognitivi, le attività di formazione e sensibilizzazione territoriale e gli incontri dei Caffè Alzheimer. La *Caregiver Academy* propone inoltre un ciclo di incontri con tecniche cognitivo-comportamentali di terza onda, rivolte a sostenere una gestione più consapevole delle situazioni di cura.

Risultati. Nel periodo considerato, il progetto ha preso in carico 168 famiglie e realizzato 180 visite domiciliari multiprofessionali, 300 accessi al Meeting Center, 140 interventi di formazione domiciliare, 35 interventi assistenziali domiciliari e 200 interventi psicologici. Per i volontari Auser sono state organizzate attività formative dedicate all'invecchiamento attivo, articolate in 10 cicli, oltre a 2 cicli di potenziamento cognitivo. Gli screening cognitivi hanno coinvolto 300 persone, mentre i Caffè Alzheimer hanno proposto 11 incontri. La *Caregiver Academy* ha realizzato 4 incontri con 30 iscritti. Il programma ha inoltre previsto una marcia, incontri mensili dei tavoli promotori e 3 festival "Che cura che fa!", come occasioni di partecipazione, confronto e sensibilizzazione della cittadinanza. Pordenone e Porcia hanno ottenuto il riconoscimento come città impegnate a diventare *Dementia Friendly*, valorizzando il percorso territoriale di attenzione alle persone con demenza e alle loro famiglie.

Conclusioni. In un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione, mantenere le persone con demenza nel proprio ambiente di vita richiede azioni sinergiche e continuative. ARIA contribuisce a rafforzare questa prospettiva, sostenendo anziani, *caregiver*, famiglie e comunità.

P MANGIARE È UN'OCCUPAZIONE: STRATEGIE PER NUTRIZIONE E PARTECIPAZIONE NELLA DEMENZA

Doci Mimoza (a), Meazza Sabrina (b)
(a) UO Medicina Fisica e Riabilitazione, Ospedale di Tione, ASUIT, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, Trento
(b) Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano

Introduzione. Nelle persone con demenza, le difficoltà durante il pasto possono compromettere assunzione alimentare, autonomia e qualità dell'esperienza quotidiana. Il pasto non è soltanto un atto nutrizionale, ma un'occupazione complessa nella quale interagiscono capacità residue, preferenze, ambiente, relazioni e organizzazione dell'assistenza. L'obiettivo è sintetizzare le strategie ambientali, assistive e centrate sulla persona che possono sostenere la partecipazione al pasto e l'assunzione alimentare nelle persone con demenza, evidenziando le implicazioni per la continuità assistenziale e il contributo della Terapia Occupazionale.

Metodi. È stata condotta una revisione narrativa strutturata della letteratura. La ricerca in *PubMed e CINAHL/EBSCOhost* ha considerato pubblicazioni in inglese o italiano comprese tra gennaio 2021 e il 16 luglio 2026. Sono stati inclusi documenti su adulti con demenza riguardanti il pasto e l'assistenza, con esiti partecipativi, funzionali o nutrizionali. Sono stati esclusi i contributi dedicati esclusivamente a dieta preventiva, disfagia, nutrizione artificiale, biomarcatori o diagnosi. Sono stati inclusi 20 contributi: linee guida, revisioni e studi sperimentali, osservazionali, qualitativi, etnografici, di co-design e di sviluppo di strumenti. I risultati sono stati organizzati in cinque dimensioni interdipendenti: persona, attività, ambiente, relazione e organizzazione del servizio.

Risultati. Le strategie più ricorrenti comprendevano personalizzazione del pasto e tutela delle preferenze, semplificazione delle sequenze, indicazioni verbali o visive, graduazione dell'assistenza, adattamento di utensili e ambiente, approcci Montessori e *spaced retrieval*, assistenza non coercitiva e formazione di *caregiver* e operatori. Le evidenze erano più coerenti per partecipazione, coinvolgimento, difficoltà durante il pasto e competenze di chi assiste che per gli esiti nutrizionali. Campioni piccoli, interventi multicomponente, misure eterogenee e *follow-up* brevi limitavano le conclusioni. La maggior parte degli studi riguardava strutture residenziali; erano limitate le evidenze sul domicilio, sulla preparazione del pasto e sugli interventi esplicitamente guidati dalla Terapia Occupazionale.

Conclusione. Considerare il pasto come occupazione consente di integrare nutrizione, autonomia, identità e dignità nella gestione della demenza. Osservazione nel contesto reale, analisi dell'attività, adattamento ambientale, graduazione dell'aiuto, *coaching* dei *caregiver* e condivisione delle strategie tra servizi possono sostenere interventi centrati sulla persona. Sono necessari studi pragmatici, soprattutto a domicilio, che associno agli esiti nutrizionali misure di partecipazione ed esperienza.

P RETE DEMENZE TERRITORIALE INTEGRATA NEL QUADRO DEL DM 77/2022: UN MODELLO PROATTIVO PER LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE E LA GESTIONE PRECOCE DEI BPSD

Favatella Irene
ASP Palermo, Palermo

Introduzione. Le demenze rappresentano una crescente sfida sanitaria e sociosanitaria per la complessità clinico-assistenziale, la progressione della disabilità e l'impatto sui *caregiver*. I sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) costituiscono una rilevante causa di destabilizzazione del percorso assistenziale e possono favorire accessi in Pronto Soccorso, ricoveri e istituzionalizzazioni potenzialmente evitabili. La frammentazione tra servizi specialistici, cure primarie e servizi sociali può inoltre ritardare l'intercettazione delle criticità. Nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022, il progetto propone una Rete Demenze Territoriale Integrata (RDTI) per una popolazione di circa 250.000 abitanti, finalizzata a strutturare una presa in carico coordinata, identificare precocemente le situazioni a rischio e migliorare la gestione territoriale dei BPSD.

Metodi. Il modello prevede un CDCD Hub con funzione di coordinamento specialistico, integrato con nodi territoriali e Case della Comunità e con il coinvolgimento di medici di medicina generale, infermieri, psicologo, assistente sociale e case manager. La Centrale Operativa Territoriale (COT) supporta il raccordo tra professionisti, servizi e setting assistenziali. Elemento caratterizzante è il BPSD *Alert Score*, strumento di stratificazione del rischio progettato per intercettare precocemente il peggioramento clinico-comportamentale e orientare l'attivazione di livelli assistenziali progressivi. Teleconsulto e telemonitoraggio supportano la gestione domiciliare e il confronto multidisciplinare. L'implementazione è programmata in 24 mesi attraverso analisi della baseline, progettazione condivisa del percorso e degli strumenti operativi, sperimentazione pilota ed estensione progressiva della rete.

Risultati. I risultati attesi comprendono la riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri correlati ai BPSD, il contenimento delle istituzionalizzazioni evitabili, la riduzione dei tempi di risposta e il miglioramento del coordinamento della presa in carico e del supporto al *caregiver*. L'impatto sarà valutato mediante indicatori di processo, esito e sostenibilità. La valutazione economica considererà costi di implementazione e benefici potenzialmente conseguibili attraverso *Benefit-Cost Ratio* (BCR) e Return on Investment (ROI).

Conclusioni. La RDTI propone il passaggio da una gestione frammentata e prevalentemente reattiva a un modello proattivo, multidisciplinare e integrato, coerente con il DM 77/2022. L'integrazione tra rete dei servizi, stratificazione del rischio, case management e telemedicina può favorire una presa in carico territoriale più tempestiva, appropriata e sostenibile della persona con demenza e del *caregiver*.

P COSTRUZIONE DI UNA BANCA DATI INTEGRATA PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON DEMENZA IN REGIONE EMILIA ROMAGNA E ANALISI DI INDICATORI

Francesconi Francesca, Manni Barbara, Venturelli Emanuela, Camplone Ilaria
Settore Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione. La stima della prevalenza delle demenze basata su una sola fonte informativa può sottostimare i casi, poiché i pazienti seguono percorsi assistenziali differenti. Obiettivo dello studio è sviluppare un algoritmo per identificare i pazienti con demenza tramite l'integrazione delle principali banche dati amministrative e sanitarie regionali, ottenendo una popolazione di riferimento più completa per finalità epidemiologiche e di programmazione sanitaria.

Metodi. Sono state integrate le banche dati relative a esenzioni per patologia, schede di dimissione ospedaliera, assistenza farmaceutica territoriale, distribuzione diretta dei farmaci, assistenza residenziale e assistenza domiciliare integrata, utilizzando i dati del 2025 e, in alcuni casi fino a 4 anni precedenti. I casi sono stati identificati tramite codici di esenzione per malattia di Alzheimer e altre demenze, diagnosi ICD-9-CM di demenza e patologie neurodegenerative correlate, prescrizioni di farmaci specifici e dati clinico-assistenziali provenienti dalle valutazioni dell'assistenza residenziale e domiciliare. Sono stati inclusi i residenti o domiciliati in Emilia-Romagna vivi al 1° gennaio 2025 o deceduti successivamente. Le fonti sono state collegate mediante un identificativo univoco pseudonimizzato comune a tutte le banche dati regionali.

Risultati. L'algoritmo ha identificato 70.793 pazienti con almeno un criterio di inclusione. Per ogni soggetto è stata mantenuta l'informazione sulla fonte o sulle fonti che ne hanno consentito l'identificazione, permettendo di analizzare la sovrapposizione tra percorsi assistenziali e il contributo delle diverse banche dati. La coorte è stata utilizzata per descrivere i principali indicatori epidemiologici e assistenziali della popolazione con demenza, tra cui prevalenza d'uso degli antipsicotici, ricoveri ospedalieri, istituzionalizzazione, ricorso a cure palliative e *hospice*, mortalità e altri indicatori di utilizzo dei servizi sanitari**.**

Conclusione. L'integrazione di banche dati amministrative, cliniche, farmaceutiche e assistenziali mediante un identificativo pseudonimizzato rappresenta uno strumento efficace per la sorveglianza epidemiologica delle demenze. Oltre a migliorare l'identificazione dei pazienti rispetto all'utilizzo di singole fonti, consente di monitorare percorsi assistenziali ed esiti di salute, supportando studi epidemiologici, valutazioni dell'assistenza e programmazione dei servizi dedicati alle persone con demenza.

P IL CAFFÈ ALZHEIMER: ZOOM-IN. PERSONE, TEMPI E GESTI DI CURA

Gottardi Federica (a), Bombardi Andrea (b), Boffelli Stefano (c), Montalti Stefano (b), Siviero Paola (d), Trabucchi Marco (e)
(a) Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(b) Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Forlì Cesena
(c) CDCD Poliambulanza e Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(d) Istituto di Neuroscienze, CNR Padova, Padova
(e) Associazione Italiana Psicogeriatria, AIP, Padova

Introduzione. Dalla sinergia tra l'Associazione Italiana di Psicogeriatria e la Fondazione Maratona Alzheimer nasce la rete nazionale dei Caffè Alzheimer. La crescita della rete, rende utile disporre di un modello organizzativo condiviso. Il Manuale Operativo dei Caffè Alzheimer raccoglie dunque in modo sistematico gli elementi che definiscono l'organizzazione interna di questo servizio, identificando e organizzando gli elementi strutturali e funzionali.

Metodi. È stata condotta un'analisi descrittiva e sistematica dei contenuti del Manuale Operativo dei Caffè Alzheimer, con classificazione delle componenti organizzative in macroaree funzionali.

Risulti. Il Manuale prevede una panoramica strutturata relativa alla dimensione interna del servizio, individuando e sintetizzando dieci aspetti costitutivi:

1. il modello teorico di riferimento, orientato al riconoscimento dei bisogni della persona quali conforto, attaccamento, partecipazione, inclusione e identità, e i destinatari del servizio, distinti in persona con decadimento cognitivo e familiare di riferimento;
2. la pianificazione e i soggetti promotori generalmente associazioni di volontariato in collaborazione con figure sanitarie;
3. il luogo di svolgimento e la periodicità degli incontri;
4. la struttura del singolo incontro, articolata in un momento di accoglienza, uno informativo, una pausa conviviale, un momento di confronto e una conclusione;
5. le figure professionali coinvolte, tra cui psicologo, educatore, fisioterapista, geriatra e assistente sociale, insieme ai volontari opportunamente formati;
6. la tipologia degli interventi non farmacologici proposti alla persona, tra cui la stimolazione cognitiva, gli interventi motori, le arti-terapie;
7. le attività dedicate ai familiari, tra cui i gruppi di auto-mutuo-aiuto, i percorsi psicoeducativi e il supporto psicologico;
8. a formazione e la supervisione periodica di operatori e volontari, indicata dal Manuale come condizione imprescindibile per un servizio di qualità;
9. il percorso di valutazione, multidimensionale e longitudinale, ripetuto nel tempo per misurare il funzionamento cognitivo, l'autonomia quotidiana, il tono dell'umore, i sintomi psico-comportamentali e il carico assistenziale del familiare e alcune variabili sociali;
10. gli aspetti economici, con un bilancio annuale sostenuto da fonti miste pubbliche e private.

Conclusioni. Il modello proposto costituisce una cornice operativa replicabile, utile per favorire omogeneità organizzativa, qualità degli interventi e future attività di monitoraggio e valutazione nella rete dei Caffè Alzheimer.

P RETE ASSISTENZIALE E FORMAZIONE NEI CDCD DELL'ASP DI AGRIGENTO

Gucciardino Liana, La Sala Paola, Vullo Roberta, Cacioppo Federica, Cinquemani Tiziana, Guarneri Bina Claudia, Giordano Leonardo
Azienda Sanitaria Provinciale Ag-1, Agrigento

Introduzione. L'incremento dell'indice di vecchiaia e la prevalenza delle patologie neurodegenerative richiedono un'evoluzione strutturale dei servizi di salute mentale per l'anziano. Presso l'ASP di Agrigento, l'U.O.C. Malattie Psichiatriche Degenerative e Involutive - CDCD affronta la complessità clinica passando da logiche assistenziali frammentate a un modello organizzativo a rete. L'obiettivo è analizzare come l'integrazione dei servizi psicogeriatrici territoriali (Centri Diurni e ambulatori di Agrigento, Sciacca, Licata e Canicattì), unita a percorsi di formazione continua e al supporto diretto dello Sportello Alzheimer, ottimizzi la continuità assistenziale e l'efficacia dei trattamenti.

Metodi. È stato condotto uno studio descrittivo e valutativo a disegno misto per mappare l'interazione della rete che unisce il CDCD di Agrigento ai presidi periferici, focalizzandosi sulla capacità di attuare i piani assistenziali personalizzati. Parallelamente, è stato avviato un programma di formazione interprofessionale su scale di valutazione, gestione dei BPSD e *counseling* per i *caregiver.* L'efficacia organizzativa è stata misurata tramite indicatori di performance, tra cui l'abbattimento dei tempi di attesa per la prima diagnosi e il controllo dei sintomi psicotici, accoppiati a questionari di gradimento e scale di *burnout* su un campione multiprofessionale.

Risultati. L'adozione del modello a rete ha favorito la riduzione dei tempi di presa in carico e l'ottimizzazione dei flussi informativi tra Centri Diurni e medici di medicina generale. L'attivazione di servizi di prossimità come lo Sportello Alzheimer e il Caffè Alzheimer ha incrementato l'efficacia degli interventi sul contesto familiare, mentre la formazione congiunta ha ridotto il *burnout* del personale.

Conclusioni. L'architettura a rete dell'ASP di Agrigento rappresenta un modello sostenibile ed efficiente per la gestione della fragilità psicogeriatrica, la cui efficacia resta tuttavia interdipendente dalla continuità della formazione multidisciplinare.

P LA FUNZIONE PSICOLOGICO-NEUROPSICOLOGICA NEI CDCD DELLA USL TOSCANA SUD EST: ASSETTI TERRITORIALI, ATTIVITÀ E PROSPETTIVE DI INTEGRAZIONE

Iozzelli Dario (a), Bambagioni Lia (b), Tanzini Elisa (c), Selvaggi Francesca (d)
(a) Servizio di Neuropsicologia e CDCD Area Grossetana USL Toscana Sud Est, Grosseto
(b) CDCD Area Grossetana USL Toscana Sud-Est, Grosseto
(c) CDCD Area Senese USL Toscana Sud-Est, Siena
(d) CDCD Area Aretina USL Toscana Sud-Est, Arezzo

Introduzione. Nell'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sud Est, articolata nelle aree di Grosseto, Siena e Arezzo, la funzione psicologico-neuropsicologica dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze si è sviluppata secondo assetti differenti, in relazione alla storia dei servizi, alle risorse strutturali e ai finanziamenti dedicati. Obiettivo del lavoro è descrivere le configurazioni territoriali, individuando attività comuni, specificità e prospettive di integrazione.

Metodi. È stata condotta una ricognizione condivisa degli assetti organizzativi e delle principali attività psicologico-neuropsicologiche presenti nelle tre aree. Sono stati esaminati la continuità della funzione, il rapporto tra attività ordinarie e interventi finanziati, le modalità di raccordo multiprofessionale, la valutazione diagnostica, il monitoraggio clinico e gli interventi successivi alla diagnosi rivolti a pazienti e familiari.

Risultati. Nell'area grossetana è presente una funzione neuropsicologica stabile, integrata nell'attività ordinaria del Centro e affiancata da una psicologa finanziata con risorse dedicate, operante in raccordo con Neurologia e Geriatria ospedaliere e territoriali. Nell'area senese la funzione è sostenuta prevalentemente dai finanziamenti dedicati e comprende diagnosi precoce, monitoraggio clinico, stimolazione cognitiva e supporto psicologico e psicoeducativo ai familiari. Nell'area aretina l'inserimento del neuropsicologo è più recente ed è attualmente concentrato sulla valutazione diagnostica e sull'attività ospedaliera multidisciplinare, con alcuni percorsi di supporto psicologico. Nelle tre aree risultano condivisi l'approfondimento neuropsicologico, il contributo alla diagnosi e alla definizione del profilo cognitivo, psicologico e funzionale e il monitoraggio nel tempo; più eterogeneo è lo sviluppo degli interventi successivi alla diagnosi. Parallelamente sono stati avviati incontri periodici tra i professionisti, finalizzati al confronto sulle pratiche e all'individuazione di riferimenti condivisi per metodi, strumenti e percorsi valutativi.

Conclusioni. La ricognizione evidenzia funzioni in parte sovrapponibili inserite in configurazioni organizzative e livelli di continuità differenti. Il confronto interprofessionale avviato costituisce un primo passaggio verso una maggiore coerenza tecnica e organizzativa dei percorsi aziendali, nel rispetto delle specificità territoriali.

P UN MODELLO DI ATTIVITA ARTISTICA CONDIVISA CON CONIUGI E FAMILIARI: PROGETTO PILOTA

Karjalainen Sari
Università della Finlandia Orientale, Programma di Logopedia, Joensuu, Finlandia

Introduzione. Le malattie neurodegenerative compromettono progressivamente comunicazione e interazione. I familiari, in particolare i coniugi, svolgono un ruolo fondamentale nel sostegno alla partecipazione e al benessere psicosociale delle persone con demenza. L'obiettivo del progetto pilota era sviluppare un modello di attività artistico-espressiva realizzabile nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, basato sulla partecipazione congiunta della persona con demenza e del coniuge, sull'accompagnamento dei familiari e sull'individuazione di strategie di facilitazione comunicativa. Lo studio ha valutato il ruolo del supporto coniugale nel favorire la partecipazione all'attività artistica.

Metodi. Il progetto pilota è stato realizzato in collaborazione tra il Programma di Logopedia dell'Università della Finlandia Orientale e l'Associazione della Memoria della Carelia del Nord. Hanno partecipato due coppie formate da una persona con demenza e dal relativo coniuge, rappresentative di diversi livelli di declino cognitivo. Le due diadi coniugali hanno partecipato a quattro laboratori di due ore nell'arco di quattro settimane. I laboratori comprendevano attività artistiche condivise e discussioni di gruppo guidate. I laboratori sono stati videoregistrati e il materiale analizzato mediante analisi microanalitica multimodale della conversazione. L'attenzione si è concentrata sulle pratiche interazionali attraverso cui i coniugi sostenevano la partecipazione alle attività condivise.

Risultati. L'analisi preliminare mostra che i coniugi sostenevano la partecipazione attraverso strategie verbali e non verbali. Queste includevano l'orientamento dell'attenzione, la guida dell'attività, il modellamento visivo, la valorizzazione delle opinioni della persona con demenza mediante dinamiche di agentività condivisa, la co-costruzione dell'attività e il mantenimento di un obiettivo comune. I dati indicano che i laboratori artistici di coppia costituiscono uno strumento idoneo a co-costruire vissuti, emozioni e significati, compensando le difficoltà di espressione verbale dei partecipanti.

Conclusioni. Lo studio identifica pratiche interazionali utilizzabili nello sviluppo di modelli di formazione e accompagnamento rivolti a familiari, volontari e personale assistenziale. La partecipazione del coniuge sembra sostenere il coinvolgimento della persona con demenza nelle attività condivise e offrire una base per nuove modalità di supporto all'interazione. I risultati supportano l'implementazione del modello offrendo evidenze applicabili nella riabilitazione logopedica, nella formazione di familiari e operatori e nello sviluppo di interventi nei servizi specialistici per le demenze.

P "COMPAGNO DI DANZA": UN MODELLO DI INTERAZIONE ATTRAVERSO IL MOVIMENTO CONDIVISO

Karjalainen Sari
Programma di Logopedia, Università della Finlandia Orientale, Joensuu; Logopedia, Facoltà di Medicina, Università di Helsinki, Helsinki, Finlandia

Introduzione. I disturbi neuro cognitivi nella popolazione geriatrica possono compromettere la partecipazione sociale, specialmente quando la capacità di espressione verbale è ridotta. È quindi fondamentale sviluppare modelli operativi che offrano opportunità di relazione, co-creazione motoria e connessione interpersonale anche in assenza di comunicazione verbale. Il progetto "Compagno di danza" ha sviluppato un percorso formativo per volontari impegnati ad affiancare persone con demenza nei servizi per anziani. Gli incontri individuali erano centrati sulla presenza condivisa, sulla relazione e sulla comunicazione non verbale.

Metodi. Il progetto si è svolto nel periodo 2022-2023 in collaborazione con il Centro per la Nuova Danza Zodiak e la Città di Helsinki. Danzatori professionisti hanno formato e supervisionato i volontari. Durante il progetto sono stati realizzati 311 incontri che hanno coinvolto 41 volontari e 62 anziani. Le attività si sono svolte nei centri residenziali per anziani con il supporto dei referenti culturali. È stata inoltre realizzata una video-guida sviluppata da una coreografa professionista e danzatori senior. I 21 video, basati su musica e improvvisazione motoria, offrono ai volontari strumenti pratici di improvvisazione motoria.

Risultati. Il progetto ha portato allo sviluppo di un modello operativo incentrato su sessioni individuali condotte tramite codici non verbali, musica e movimento. La partecipazione si è rivelata possibile ed efficace nonostante i diversi livelli di compromissione funzionale degli anziani, grazie alla possibilità di adattare le attività alle capacità di ciascun partecipante. I supporti video e il *mentoring* hanno consolidato le abilità dei volontari nell'interazione individuale e nella gestione flessibile delle sessioni. Il coordinamento tra i volontari ha inoltre favorito la continuità degli interventi e lo scambio di esperienze.

Conclusioni. Un modello incentrato sull'improvvisazione motoria, supportato da formazione e *mentoring*, può essere integrato nei servizi per anziani per promuovere la partecipazione e l'inclusione delle persone con demenza. Il modello può essere impiegato nella formazione dei volontari e del personale assistenziale, nonché nell'orientamento e nel sostegno dei familiari. In futuro attività analoghe potrebbero essere oggetto di ricerca sulla valutazione dei loro effetti. I riscontri del personale assistenziale sono stati ampiamente positivi.

P UNA RETE SENZA DISTANZE: PROPOSTA DI UNA MAPPATURA CLINICO-ASSISTENZIALE E MODELLO INTEGRATO PER LE DEMENZE GIOVANILI IN CALABRIA

Laganà Valentina (a), Morson Silvana (b), Vanacore Nicola (c), Bruni Amalia Cecilia (a), Cerami Chiara (d)

(a) Associazione per la Ricerca Neurogenetica APS, Lamezia Terme, Catanzaro

(b) Associazione Italiana Malattia Frontotemporale, Brescia

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

(d) ICoN, IUSS Cognitive Neuroscience Center, Scuola Universitaria di Studi Superiori IUSS, Pavia

Le demenze a esordio giovanile, con sintomi manifesti prima dei sessantacinque anni, presentano maggiore complessità diagnostica, forte impatto sociale e frequente base genetica, con un carico assistenziale che coinvolge l'intero nucleo familiare. La Calabria unisce a una limitata accessibilità ai servizi una relativa omogeneità genetica della popolazione, con effetti fondatore che favoriscono forme ereditarie e atipiche di demenza giovanile, priva di una mappatura sistematica dei casi. Il presente contributo descrive il protocollo proposto per uno studio osservazionale prospettico e multicentrico, promosso dall'Associazione Italiana Malattia Frontotemporale e dall'Associazione per la Ricerca Neurogenetica sul territorio calabrese, con il supporto dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità e dei centri clinici di riferimento locali. Lo studio, della durata di trentasei mesi, prevede l'arruolamento di persone adulte con sospetta o confermata diagnosi di declino cognitivo o demenza a esordio giovanile, dei loro *caregiver* principali e di volontari con familiarità per la patologia, reclutati sia tramite invio dai servizi sanitari territoriali sia tramite accesso volontario ai canali informativi delle due associazioni promotrici. Ogni partecipante è seguito al reclutamento e a sei e dodici mesi, con raccolta strutturata di dati relativi al percorso diagnostico, alla mobilità sanitaria, ai bisogni clinici, psicologici, psico-educazionali, socioassistenziali, riabilitativi e legali di paziente e famiglia, e con misure del carico assistenziale e della qualità di vita del *caregiver*. Le attività, condotte presso una sede operativa dedicata, seguono un modello ibrido tra incontri in presenza e telemedicina, con teleconsulto multidisciplinare periodico tra i centri coinvolti per la discussione dei casi e l'erogazione di interventi di informazione, orientamento, counseling e raccordo con i servizi, superando così le distanze territoriali che ostacolano l'accesso ai servizi specialistici. L'obiettivo primario è realizzare una mappatura clinico-assistenziale standardizzata dei casi intercettati in regione, descrivendone i percorsi di accesso, diagnosi e presa in carico. Gli obiettivi secondari riguardano la descrizione del ritardo diagnostico, della mobilità sanitaria e della familiarità o diagnosi genetica documentata, la valutazione della continuità assistenziale e dell'evoluzione dei bisogni e del carico del *caregiver*, nonché il confronto esplorativo tra partecipanti inviati dai servizi e giunti volontariamente, per delineare un modello replicabile in altri contesti con frammentazione sanitaria simile.

P DANZA MOVIMENTO TERAPIA E MUSICOTERAPIA: INTEGRAZIONE DEI LINGUAGGI NON VERBALI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DEMENZA

Losacco Annalisa (a), Boffelli Stefano (b), Gottardi Federica (a), Bombardi Andrea (c), Cono Giulia (b)
(a) Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(b) CDCD Poliambulanza e Area Tematica Caffè Alzheimer, AIP, Padova
(c) Fondazione Maratona Alzheimer, Mercato Saraceno, Forlì Cesena

Introduzione. Corpo, movimento e musica costituiscono forme fondamentali di comunicazione e regolazione emotiva. La Musicoterapia e la Danza Movimento Terapia utilizzano il linguaggio non verbale per favorire espressione, relazione e partecipazione nella persona con demenza. Le teorie della sintonizzazione affettiva (Stern, 2010) e le evidenze sul sistema dei neuroni specchio (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006) indicano che ritmo, gesto e rispecchiamento possono sostenere memoria affettiva, identità e legame relazionale anche quando il linguaggio verbale è compromesso.

Metodi. **1. Caso di Angela (Musicoterapia)**

Durante un intervento di Musicoterapia di gruppo presso un Caffè Alzheimer, Angela (nome di fantasia), persona con declino neuro cognitivo, accede al setting portando una bambola, che identifica come il proprio bambino, manifestando comportamenti di accudimento quali cullare, accarezzare, baciare e tenere al petto. L'intervento, condotto secondo un approccio centrato sulla persona e orientato alla validazione emotiva, ha accolto l'esperienza senza procedere alla correzione della rappresentazione.

A partire da questo episodio è stata proposta un'attività di songwriting terapeutico finalizzata alla composizione di una ninna nanna.

- **Struttura metrica**: Il brano è stato strutturato in metro ternario composto (6/8), coerente con il movimento oscillatorio tipico del cullare.
- **Linea melodica:** Integra intervalli di terza maggiore e minore, ascendenti e discendenti, e l'intervallo di quinta - interpretato in ambito musicoterapico come elemento di apertura e relazione con l'altro - seguito dal ritorno alla tonica quale punto di stabilità e ricomposizione**.**

L'esperienza ha favorito la partecipazione attiva, l'espressione emotiva e il coinvolgimento relazionale di Angela e dell'intero gruppo.

2. Caso clinico di Anna (Danza Movimento Terapia)

Durante un percorso di Danza Movimento Terapia presso un Caffè Alzheimer, Anna (nome di fantasia), donna con demenza, partecipava agli incontri mantenendo inizialmente un atteggiamento ritirato e una limitata iniziativa verbale. Nel corso di una seduta emerse spontaneamente un lento movimento circolare delle braccia, ripetuto con continuità e accompagnato da uno sguardo distante.

Anziché interpretare il gesto come comportamento stereotipato, la terapeuta lo accolse attraverso il rispecchiamento corporeo, favorendo una progressiva sincronizzazione

dell'intero gruppo. Quel movimento divenne il nucleo di una danza condivisa capace di evocare immagini simboliche di cura, protezione e appartenenza.

Progressivamente Anna ha:

- Ricercato il contatto visivo;
- Ampliato la qualità del movimento;
- Incrementato la partecipazione alla relazione con gli altri membri del gruppo.

Risultati. L'esperienza evidenzia come il gesto simbolico possa costituire un linguaggio in grado di preservare identità, memoria affettiva e possibilità relazionali anche nelle fasi di decadimento cognitivo.

Conclusioni. «Dove le parole inciampano, il corpo e la musica continuano a parlare.»

P COUNSELING INFERMIERISTICO AI *CAREGIVER* ALZHEIMER: EFFICACIA E BISOGNI INFORMATIVI

Menia Timoftica Claudia (a,b), Bortolas Lara (b), Montesano Fernanda (a), Adesso Angela Nadia (a), Le Rose Domenica (a), Quaglino Giuseppa (a), Fonte Enrico (a)
(a) CDCD, Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze, ASST Rhodense, Rho, Milano
(b) Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi, Milano

Introduzione. La malattia di Alzheimer rappresenta una delle principali cause di burden assistenziale per i nuclei familiari, poiché il declino cognitivo e i disturbi comportamentali generano un impatto rilevante sulla salute psicofisica dei *caregiver*. Il counseling infermieristico, intervento strutturato di educazione terapeutica e supporto relazionale in linea con la Linea Guida ISS 2024 sul counseling post-diagnostico, fornisce orientamento su percorsi previdenziali, terapia, misure di supporto territoriali, gestione dei disturbi cognitivo-comportamentali e sicurezza domiciliare. Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia percepita del counseling e i bisogni informativi residui dei *caregiver* afferenti al CDCD della ASST Rhodense.

Metodi. È stato condotto uno studio osservazionale monocentrico da febbraio a dicembre 2025. Sono stati monitorati 143 *caregiver*, ciascuno con una sessione di counseling. Ai *caregiver* è stato somministrato un questionario di gradimento strutturato (15 quesiti, scale *Likert* a 4 punti, domande dicotomiche e aperte), validato preliminarmente. L'analisi statistica (test χ^2, t di Student, Kruskal-Wallis e correlazione di Spearman ρ) è stata eseguita con *Jamovi.*

Risultati. Il campione (N=143) presenta una prevalenza femminile (61,5%), età media 57,5 anni e legame filiale nel 74,8% dei casi. Gli indicatori di processo evidenziano un gradimento elevato: disponibilità del personale (96,5%), chiarezza informativa (88,8%), completezza dei contenuti (89,0%) e ascolto attivo (91,0%). Il coinvolgimento nella pianificazione assistenziale è risultato adeguato per il 71,3% dei *caregiver*, mentre l'utilità delle strategie comportamentali è risultata elevata per l'83,0%. L'analisi inferenziale evidenzia che la necessità di ulteriori informazioni è indipendente da genere ($\chi^2(1)=0,630$, $p=0,427$), età ($p=0,417$) e titolo di studio ($\chi^2(4)=1,74$, $p=0,783$). La chiarezza informativa non risulta influenzata dalla scolarità ($\chi^2(4)=5,05$, $p=0,282$) e il coinvolgimento percepito non è correlato all'età ($\rho=-0,098$, $p=0,245$). L'8,0% dei *caregiver* ha espresso bisogni informativi residui, relativi a gestione della terapia, reti di supporto e tutele giuridico-previdenziali.

Conclusioni. Il counseling infermieristico si conferma uno strumento efficace per l'empowerment e il sostegno del *caregiver* del malato di Alzheimer. L'omogeneità dei risultati inferenziali evidenzia la natura trasversale dei bisogni e la capacità del personale di garantire chiarezza e continuità relazionale. Emerge la necessità di rimodulare i percorsi assistenziali, prevedendo una dilazione di 2-3 settimane tra diagnosi e counseling completo, l'attivazione di richiami periodici on-demand, il potenziamento del tele-counseling e il consolidamento della rete interistituzionale territoriale.

P MNEMONET: LA CARTELLA INFORMATIZZATA DEI CDCD DELLA REGIONE UMBRIA

Murasecco Ilaria (a), Guazzarini Anna Giulia (b), Ricci Monica (a), Mancinetti Francesca (b), Tecchio Veronica (b), Persello Silvia (b), Scamosci Michela (b), Bastiani Patrizia (b), Cecchetti Roberta (b), Boccardi Virginia (a), Ruggiero Carmelinda (a), Mecocci Patrizia (a,b,c)
(a) Struttura Complessa di Geriatria, Azienda Ospedaliera di Perugia, Perugia
(b) Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Perugia
(c) Università degli Studi di Perugia; Division of Clinical Geriatrics, NVS Department, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Introduzione. *Mnemonet* è il registro elettronico regionale dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze dell'Umbria, sviluppato dalla Struttura Complessa di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Perugia nell'ambito del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023, successivamente implementato nel Fondo 2024-2026 ed esteso a tutti i Centri umbri. Il sistema armonizza la raccolta e la condivisione di dati clinici e neuropsicologici tra i professionisti dei diversi centri, favorendo la continuità assistenziale, il monitoraggio longitudinale dei soggetti con disturbi cognitivi e la registrazione dell'eventuale conversione a demenza.

Metodi. La cartella clinica informatizzata, accessibile online tramite credenziali, comprende dati anagrafici e clinici organizzati in diverse schede. Sono raccolte informazioni relative a comorbilità, anamnesi fisiologica, familiare, patologica, farmacologica e sociale, oltre a schede dedicate al *caregiver* e alla diagnosi secondo i principali criteri diagnostici. Sono inoltre presenti sezioni relative alla valutazione funzionale, cognitiva di primo e secondo livello, comportamentale, ai test di performance fisica e agli esami di laboratorio e strumentali. La raccolta dati da parte dei centri è stata avviata il 1° maggio 2025. Per ciascun centro sono state coinvolte diverse figure professionali, formate per l'inserimento dei dati in cartella.

Risultati. Attualmente risultano registrati 3.518 soggetti. Di questi, 961 hanno ricevuto una diagnosi di disturbo neuro cognitivo minore: 630 hanno mantenuto tale diagnosi alle successive valutazioni annuali, mentre 134 hanno presentato una conversione a demenza; per i restanti 197 si sta attualmente eseguendo il *follow-up*. I dati, raccolti secondo criteri standardizzati, potranno contribuire all'analisi *pooled* condotta dall'Osservatorio Demenze dell'ISS a livello nazionale, finalizzata alla stima del tasso di conversione a demenza. Il registro consente inoltre di acquisire informazioni sulle caratteristiche epidemiologiche della popolazione afferente ai centri regionali. La raccolta standardizzata permette infine la costituzione di un *dataset* per l'estrazione e la condivisione di informazioni cliniche, neuropsicologiche e strumentali a fini di ricerca scientifica.

Conclusioni. *Mnemonet* rappresenta uno strumento innovativo per la presa in carico integrata e multidimensionale dei pazienti con disturbi cognitivi e demenza, favorendo la condivisione tra professionisti e la standardizzazione della raccolta dati. Il dataset regionale costituisce una risorsa per la ricerca clinica, scientifica ed epidemiologica e consente il monitoraggio longitudinale dell'evoluzione dei disturbi neuro cognitivi.

P FORMAZIONE DEI *CAREGIVER* DI SOGGETTI CON DEMENZA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Musca Carmen
Gruppo Salute e Vita, Casa di Riposo, Capo d'Orlando, Messina

Introduzione. La demenza è una patologia neurodegenerativa che coinvolge la sfera cognitiva, psicologica e comportamentale, con conseguente perdita di capacità di gestione della propria vita quotidiana da parte di chi ne soffre. Tale condizione richiede la presenza continuativa di un *caregiver* definito come colui che si occupa di chi, a causa di malattia acuta o cronica, va incontro alla diminuzione o perdita della propria autonomia. Le cure che il *caregiver* presta sono: fisiche (es. igiene personale, ecc.), pratiche (es. organizzazione delle visite mediche, ecc.) ed emotive (es. stimolazione del proprio caro, ecc.). I *caregiver* possono essere distinti in: informali, nel caso in cui si tratti di familiari, frequentemente il coniuge o i figli, senza formazione specifica e retribuzione, o formali, cioè operatori sanitari con adeguata preparazione che erogano assistenza a scopo retributivo.

Metodi. Revisione della letteratura edita, negli ultimi 10 anni, attraverso i principali portali di ricerca scientifica.

Risultati. Gli articoli consultati hanno messo in evidenza gli effetti positivi che la formazione ha sui *caregiver* sia informali che formali. Nello specifico, per quanto riguarda il primo gruppo, una formazione coerente ed oggettiva, permette di acquisire conoscenze e competenze pratiche utili nella gestione quotidiana del proprio caro e delle sue difficoltà, gestire il carico emotivo derivante dall'assistenza ed orientarsi in merito ai servizi sul territorio e alle diverse pratiche burocratiche. Il secondo gruppo, invece, attraverso la formazione continua, può aggiornare le proprie competenze professionali, sviluppare adeguate modalità di comunicazione, imparare a lavorare in equipe e divenire nodo di incontro paziente-famiglia. Gli interventi di formazione possibili, che dovrebbero essere personalizzati e continuativi, sono: programmi educativi multimodali e strutturati, educazione personalizzata, utilizzo di strumenti multimediali, gruppi di supporto e gruppi psico-educativi.

Conclusioni. La formazione rivolta ai *caregiver* ha benefici sia su chi assiste, che acquista sicurezza di azione e serenità emotiva, sia sull'assistito, che migliora qualità della vita e senso di autoefficacia. Tale *abstract* sarà la base teorica di due progetti che verranno sviluppati all'interno delle strutture socio-residenziali del Gruppo Salute e Vita, uno rivolto ai *caregiver* dei nostri ospiti ed uno a beneficio degli operatori. La metodologia adottata sarà quella psico-educativa, con la combinazione tra formazione teorica frontale e sessioni pratiche-esperenziali. Inoltre, entrambi i gruppi di beneficiari potranno usufruire, su base volontaria, di colloqui psicologici individuali con il fine di elaborare i vissuti emotivi legati all'assistenza.

P PROGETTO SPERIMENTALE “LA CURA È DI CASA” - LA PRESA IN CARICO DI SOGGETTI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA IN ATTESA DI INSERIMENTO PRESSO R.S.A. DATI PRELIMINARI

Pelucchi Loris, Grassi Vanna, Campo Francesca, Cordori Chiara, Elia Monica, Formaggio Francesca, Muscia Davide, Virtuoso Salvatore, Svensson Di Giorgio Sofia, Fontanella Anna, Gallo Stefania
RSA S. Pertini, ASST RHODENSE, Garbagnate Milanese, Milano

Introduzione. Il Rapporto CENSIS “Costi Sociali ed Economici nella cura del soggetto anziano affetto da demenza al domicilio” ha evidenziato come una delle maggiori criticità emerse sia legata ai casi di malattie più avanzate, quando la progressione delle malattie rende l’accesso ai servizi ambulatoriali più complesso, in considerazione del fatto che in Italia la maggior parte dei soggetti anziani (circa80%) vive al proprio domicilio assistita dal supporto informale della famiglia, spesso coadiuvata dalle badanti. Scopo- Il Progetto sperimentale “la Cura è di Casa” si inserisce all’interno della progettualità a sostegno della domiciliarità e della continuità delle cure rivolte alle persone fragili e con bisogni complessi previste dalla Regione Lombardia e si inserisce nelle attività già presente nei Distretti territoriali ospedalieri. Il Progetto prevede la presa in carico proattiva dei soggetti anziani in attesa di ingresso nella R.S.A. “S. Pertini” di Garbagnate Milanese (MI) - Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Rhodense (A.S.S.T.), attraverso una valutazione multidisciplinare in modo di favorire l’anticipazione della presa in carico dei bisogni sociosanitari allo scopo di ridurre lo stress da parte del *caregiver* (familiare e badanti) e di migliorare la gestione dell’assistenza**.**

Metodi. Persone anziane fragili, residenti al proprio domicilio, presenti nel territorio dell’ASST RHODENSE, noti al Servizio Accoglienza della RSA S. Pertini. Da gennaio 2026 sono stati presi in carico 67 persone, di età media 84,28±7,55 compresa tra 64-98 anni, 29 uomini e 38 donne. Caratteristiche della popolazione in carico: Tipologia della demenza: M. Alzheimer 43,88%; Demenza Vascolare 11,98%; Demenza Mista 10,05%; Demenza Parkinsoniana 6,88%; Altre Demenza 4,23%; Nessuna Diagnosi 12,74%; Nessuna Demenza 10,24%. Gravità: CDR medio 2,14; MMSE medio 12,32/30±6,44; NPI-UCLA medio 25,5±7,39; Indice Barthel medio 42,69±9,97; T. Tinetti medio: 11,85±9,38. A tutti i familiari sono stati somministrate *Caregiver Burder Inventory* (CBI) a cadenza trimestrale, e *Customer Satisfaction* (CS) al termine della presa in carico**.**

Risultati. Punteggio medio CBI (alla presa in carico) 40,39, a tre mesi 35,84, a sei mesi 26,50; si evidenzia una riduzione progressiva dello stress per il *caregiver* statisticamente significativo, $p<0,05$ alla prima rilevazione e $p<0,05$ alla seconda rilevazione. Punteggio medio totale CS 48,05\50 (10 molto insoddisfatto - 50 molto soddisfatto).

Conclusione. I dati preliminari di questo Progetto Sperimentale ci incoraggiano a proseguire l’arruolamento degli utenti, permettendo di migliorare, ove possibile, l’appropriatezza degli interventi la qualità di vita dei pazienti e dei *caregivers*.

P DELIRIUM E DEMENZA: PROGETTO GIROT PERCORSO INTEGRATO CDCD TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Pieri Sergio (a), Borgogni Tiziano (b), Micheli Loredana (c), Marietti Dario (d), Iozzelli Dario (e)

(a) UOC Neurologia e Coordinatore CDCD Area Grossetana USL Toscana Sud Est, Grosseto
(b) UOC Geriatria e CDCD Area Grossetana USL Toscana Sud Est, Grosseto
(c) Cure Primarie e CDCD Area Grossetana USL Toscana Sud Est, Grosseto
(d) PS Misericordia Grosseto USL Toscana Sud Est, Grosseto
(e) Servizio Neuropsicologia UFSMA e CDCD Area Grossetana, Grosseto

Introduzione. Il delirium è una condizione frequente nelle persone anziane con demenza e richiede una valutazione tempestiva, multidimensionale e coordinata. La frammentazione tra assistenza ospedaliera e territoriale può favorire ricoveri evitabili e discontinuità nella presa in carico. È stato pertanto definito, nell'area di Grosseto USL Toscana Sud Est, un percorso sperimentale finalizzato a garantire appropriatezza clinica, continuità assistenziale e rientro al domicilio quando compatibile con le condizioni della persona.

Metodi. Il percorso, della durata di sei mesi, integra Pronto Soccorso, Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Centrale Operativa Territoriale, Geriatria e servizi territoriali. Sono stati condivisi criteri di attivazione, responsabilità professionali, modalità di comunicazione e tempi del controllo domiciliare. Il medico del Pronto Soccorso effettua la valutazione iniziale e richiede la consulenza specialistica, sulla cui base viene definita l'indicazione al ricovero o alla dimissione protetta. Nei casi eleggibili, la Centrale Operativa Territoriale coordina l'attivazione dei servizi e informa il medico di medicina generale. Il monitoraggio prevede il confronto dei ricoveri con il corrispondente semestre dell'anno precedente e la rilevazione della qualità percepita dai familiari.

Risultati. È stato strutturato un percorso unitario che collega la valutazione ospedaliera alla presa in carico domiciliare. La dimissione è accompagnata da una segnalazione contenente esito della consulenza, recapiti e priorità temporale del controllo, prevista entro tre, cinque o sette giorni. L'infermiere di famiglia e comunità concorda con il geriatra la visita domiciliare congiunta, finalizzata alla rivalutazione clinico-assistenziale, alla definizione del piano di intervento e all'analisi della sostenibilità del domicilio. Sono inoltre previste indicazioni non farmacologiche per i familiari e, quando necessario, la prosecuzione ambulatoriale della presa in carico.

Conclusioni. Il percorso traduce in una procedura condivisa l'integrazione tra ospedale e territorio nella gestione del delirium associato a demenza. La definizione di responsabilità, tempi e comunicazioni può ridurre la frammentazione assistenziale e sostenere la domiciliarità in condizioni di sicurezza. L'analisi degli indicatori consentirà di valutarne applicabilità, qualità percepita ed effetti sui ricoveri.

P PROGETTO "RICOR-DARE": RETE TERRITORIALE INTEGRATA PER IL SUPPORTO AL PAZIENTE CON DEMENZA E IL *CAREGIVER*

Rosi Alessia (a), Stella Edelweiss (a), Ancidoni Antonio (b), Fabrizi Elisa (b), Bottiroli Sara (c,a), Costa Alfredo (c,a) Bosone Daniele (a), Keller Karin (d), Govoni Stefano (e), Vanacore Nicola (c), Allegri Nicola (a)

(a) IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

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

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

(d) Consorzio Domicare, Pavia

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

Introduzione. La demenza è una sfida crescente per la sanità pubblica e necessita di un approccio integrato in cui la rete territoriale garantisca continuità assistenziale e coordinamento tra servizi sanitari e sociosanitari. In questo contesto nasce nel 2024 il progetto "Ricor-Dare", modello innovativo per rispondere ai bisogni di persone con demenza e *caregiver*. Il presente studio valuta l'impatto sociosanitario dei servizi del progetto attraverso indicatori socioassistenziali.

Metodi. Il progetto "Ricor-Dare" ruota attorno alla Centrale Operativa Demenze (COD), costituita da una linea telefonica e uno sportello informativo per pazienti e *caregiver*, che rappresenta un punto di accesso alla rete territoriale e orienta, in base ai bisogni, ai servizi appropriati. Presso lo sportello sono somministrati l'ACE-III per la valutazione cognitiva del paziente, Zarit Burden Interview per il burden del *caregiver* e *Caregiver* Preparedness Scale (CPS) per la preparazione del *caregiver* alla gestione assistenziale. In base ai bisogni emersi, si attivano interventi mirati: supporto psicologico individuale o gruppi psicoeducativi per il *caregiver* e stimolazione cognitiva per i pazienti. Gli strumenti sono somministrati pre e post-intervento per valutarne l'efficacia.

Risultati. Dall'avvio del progetto sono stati registrati 1.348 accessi alla COD, con 851 sportelli informativi per pazienti e 260 per *caregiver*. Sono stati attivati 165 percorsi di stimolazione cognitiva, 96 supporti psicologici individuali, 118 inserimenti in gruppi psicoeducativi. L'efficacia della stimolazione cognitiva a inizio e fine ciclo, analizzata su un campione di 139 pazienti che hanno concluso il percorso, mostra un moderato miglioramento significativo all'ACE-III, $t(138)=5,33$, $p<.001$, $d=0,45$. Nei *caregiver*, il supporto individuale, analizzato su 40 *caregiver* che hanno concluso il percorso, evidenzia una riduzione del burden (Zarit), $t(39)=2,52$, $p=0,016$, $d=0,39$, e un miglioramento alla gestione assistenziale (CPS), $t(38)=2,71$, $p=0,010$, $d=0,44$. Per i 49 *caregiver* che hanno terminato il percorso psicoeducativo, si osserva un miglioramento significativo solo nella gestione assistenziale del familiare (CPS), $t(48)=5,73$, $p <.001$, $d=0,82$.

Conclusioni. I dati preliminari evidenziano come il progetto “Ricor-Dare” sia in grado di intercettare i bisogni e di attivare risposte integrate e personalizzate, favorendo una continuità assistenziale e appropriatezza degli interventi. Il progetto si configura pertanto come un’esperienza replicabile di integrazione sociosanitaria nell’ambito della presa in carico della demenza.

P STATO DI AVANZAMENTO DELLO STUDIO NAZIONALE DI OUTCOME RESEARCH SUL TRATTAMENTO COMBINATO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA E MOTORIA IN PERSONE CON DEMENZA LIEVE-MODERATA

Sciancalepore Francesco (a), Lorenzini Patrizia (a), Ivaldi Claudio (b), Lazzarino Margherita (b), Servidei Giacomo (c), Castellino Manuela (d), Ianni Andrea (e), Simonelli Marta (f), Secreto Piero (g), Palummeri Ernesto (h), Vanacore Nicola (a)

(a) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ASL 3 Genovese, Genova
(c) Dipartimento di Recupero e Riabilitazione Funzionale, ASL 3 Genovese, Genova
(d) Unità Alzheimer, Ospedale Fatebenefratelli, Torino
(e) Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, Roma
(f) Dipartimento NESMOS, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Roma
(g) Unità Alzheimer, Ospedale Fatebenefratelli, Torino
(h) Regione Liguria, Genova

Introduzione. All'interno della Linea Strategica 5 del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026 è in corso uno studio multicentrico di *outcome research* sul trattamento combinato di Stimolazione Cognitiva (CST) e Stimolazione Motoria (MST) in persone con demenza da lieve a moderata. Lo studio coinvolge 30 centri clinici in cinque regioni/province autonome: Liguria (7 centri), Piemonte (8), Sardegna (8), Umbria (5) e Provincia Autonoma di Bolzano (2).

Metodi. È stata condotta una ricognizione dello stato di attivazione di ciascun centro, considerando la disponibilità del personale (fisioterapista e psicologo), il completamento della formazione sui protocolli CST e MST, l'approvazione del Comitato Etico e l'avvio dell'arruolamento.

Risultati. Il progetto è stato approvato in data 28/07/2025 dal Comitato Etico Nazionale (CEN) presso l'Istituto Superiore di Sanità. Ad oggi l'arruolamento dei pazienti è stato avviato in circa 15 centri su 30, soprattutto in Liguria, Piemonte e Umbria. In alcuni centri l'attività è temporaneamente sospesa, a causa di ritardi nell'assunzione degli operatori che ha comportato un ritardo nel completamento della formazione prevista. I due centri clinici di Bolzano hanno il personale pronto e attendono l'approvazione definitiva del Comitato Etico Locale. Dieci centri non hanno ancora avviato l'arruolamento: in 3 il fisioterapista deve completare la formazione o è assente, mentre in Sardegna 7 centri su 8 segnalano criticità di personale, in particolare l'assenza della figura del fisioterapista.

Conclusioni. Lo studio è in una fase di avvio avanzata, con quasi la metà dei centri già operativi. Le principali criticità sono la carenza di fisioterapisti e il conseguente completamento della formazione degli operatori, concentrate soprattutto in Sardegna. Per rispettare i tempi e raggiungere la numerosità campionaria prevista di 421 partecipanti saranno necessari interventi mirati sulle risorse umane e sulla formazione.

P COME OSSERVO, COME SENTO, COME GUSTO, COME PERCEPISCO CIÒ CHE MI CIRCONDA? VIAGGIO ATTRAVERSO IL CAMBIAMENTO DEI CINQUE SENSI NELLE DEMENZE DEGENERATIVE PRIMARIE

Zambianchi Valentina, Nikaj Alida, Cagnina Elisa
Concordia Società Cooperativa Sociale, Salice Terme, Godiasco, Pavia

Introduzione. Troppo raramente ci interroghiamo su come cambia la percezione della realtà nei residenti con disturbi cognitivi. L'invecchiamento, già di per sé, comporta modifiche definitive sull'approccio a ciò che ci circonda: la vista e l'acuità visiva diminuiscono, l'udito regredisce, i sapori e gli odori vengono percepiti in maniera differente, la sensazione di caldo, freddo, dolore cambia. Ma come e quanto influiscono i cambiamenti dei cinque sensi in persone con una forma qualsiasi di demenza? Da questa domanda è partita la nostra riflessione. Una migliore e più consapevole immedesimazione dell'operatore nei limiti imposti dall'invecchiamento e dalla malattia cognitiva può garantire una migliore qualità delle cure erogate? Percepire la realtà attraverso gli occhi, l'udito, l'olfatto, il gusto e il tatto di un residente con deterioramento cognitivo consente all'operatore di migliorare le strategie di comunicazione e di approccio relazionale per garantire ai residenti una miglior qualità di vita?

Metodi. Gli operatori sono stati formati dal medico geriatra e dall'educatore sanitario su come si modificano i cinque sensi con il fisiologico invecchiamento e su come si modificano quando questo si associa ad un deficit cognitivo maggiore. La formazione ha compreso una parte teorica e una parte pratica. Al termine della formazione si è deciso di attuare alcune modifiche all'interno del nucleo Alzheimer che hanno riguardato l'ambiente di vita, le abitudini nel vestiario, la presentazione dei cibi ed i supporti utilizzati, la modalità di somministrazione delle terapie, l'acustica ed i rumori. Ogni 90 giorni viene somministrata la scala UCLA-NPI con un focus particolare su disturbi del sonno, disturbi dell'appetito e dell'alimentazione; viene somministrato il MNA; viene mensilmente rilevato il peso corporeo e viene registrato il numero delle cadute. Il progetto è iniziato in data 01/07/2026 e si concluderà in data 31/12/2026. È rivolto agli operatori del nucleo protetto per la parte di formazione. I dati sono stati ricavati dalla somministrazione dei test ai 36 residenti del nucleo protetto a T0 01/07/2026, T1 01/10/2026 e T2 31/12/2026.

Risultati. questo progetto – tuttora in fase di sviluppo e monitoraggio - vuole dimostrare la riduzione dei comportamenti/problema, il miglioramento dal punto di vista dell'ambito nutrizionale e la riduzione del numero di cadute grazie agli interventi ambientali e agli interventi relazionali messi in atto da operatori formati.

Conclusioni. L'obiettivo di questo lavoro è migliorare le strategie di comunicazione e approccio relazionale a disposizione degli operatori sanitari comprendendo e sfruttando positivamente i cambiamenti che età e deficit cognitivo comportano sui cinque sensi.

Sesta sessione

Strategie di gestione dei farmaci nella demenza: quali prospettive di sanità pubblica

Moderatore:
Nicola Vanacore

IL PANORAMA REGOLATORIO DELL'USO DEI FARMACI NELLA DEMENZA IN ITALIA

Galeotti Francesca, Russo Pierluigi
Agenzia Italiana del Farmaco, Roma

In Italia circa due milioni di persone vivono con demenza o mild cognitive impairment. Il quadro regolatorio dei trattamenti farmacologici per la malattia di Alzheimer comprende i farmaci sintomatici (inibitori delle colinesterasi e memantina), l'uso degli antipsicotici per i disturbi comportamentali e, più di recente, gli anticorpi monoclonali anti-beta-amiloide. Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (donepezil, rivastigmina, galantamina) e la memantina sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale secondo la Nota 85, su diagnosi e piano terapeutico dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, nei soggetti affetti da Malattia di Alzheimer, in base alla gravità misurata con il Mini Mentale State Examination (MMSE): lieve (21-26) e moderata (10-20) per gli inibitori delle colinesterasi, moderata e severa (<10) per la memantina. Tra gli antipsicotici, il risperidone è autorizzato in Europa per il trattamento a breve termine (fino a 6 settimane) dell'aggressività persistente in pazienti con demenza di Alzheimer di grado da moderato a grave che non rispondono ad approcci non farmacologici, e quando esiste un rischio di nuocere a sé stessi o agli altri. Altri impieghi sono off-label e devono pertanto avvenire con la raccolta del consenso informato del paziente/rappresentante legale. Brexpiprazolo è approvato dalla Food and Drug Administration per il trattamento dell'agitazione associata a demenza dovuta a malattia di Alzheimer. In considerazione dei rischi associati all'uso degli antipsicotici nei soggetti affetti da demenza, le linee guida di trattamento raccomandano di privilegiare gli interventi non farmacologici, usare la dose minima efficace per il tempo più breve possibile e rivalutare periodicamente la necessità del trattamento. Lecanemab e donanemab sono stati autorizzati a livello europeo per il trattamento di pazienti adulti con una diagnosi clinica di disturbo cognitivo lieve e demenza lieve dovuti alla malattia di Alzheimer (malattia di Alzheimer sintomatica in fase iniziale) con patologia amiloide confermata, con restrizioni legate al genotipo ApoE e al rischio di anomalie di imaging correlate all'amiloide (ARIA). La Commissione Scientifica ed Economica dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha ritenuto modesto l'effetto dei due prodotti in termini di rallentamento di progressione della malattia a 18 mesi. A settembre 2026 AIFA ha avviato un confronto con le aziende titolari su percorsi di monitoraggio per generare nuovi dati *real world*.

FARMACI ANTIPSICOTICI NELLA DEMENZA: DALLE EVIDENZE DELLA LINEA GUIDA AI CAMBIAMENTI REGOLATORI

Caffarra Paolo
Già Direttore dell'Unità Demenze dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria degli Studi, Parma

I sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) sono estremamente comuni e colpiscono il 60-90% dei pazienti nel corso della malattia. L'apatia si presenta come sintomo principale (~70%), seguita da agitazione (~60%), ansia (~50%), disturbi dell'umore (30-50%) e psicosi (30-60%). Tuttavia, la prevalenza, la tipologia e l'epoca di comparsa di questi sintomi variano significativamente in base alla forma specifica di demenza. Nella M. di Alzheimer compaiono nelle forme intermedio avanzate sotto forma di deliri, agitazione spesso serale, mentre nella Demenza a Corpi di Lewy sono spesso i sintomi di esordio (allucinazioni visive vivide), mentre nella Demenza Fronto-Temporale rappresentano il nucleo stesso della malattia (disinibizione, apatia…). L'esatta prevalenza dei BPSD può oscillare ampiamente (dal 25% al 90%) nei diversi studi scientifici, in relazione al setting assistenziale (alta frequenza nei pazienti istituzionalizzati o in RSA) e dai metodi di valutazione utilizzati. L'approccio terapeutico si articola su due piani: strategie non farmacologiche e formazione del personale. In questa direzione valgono le raccomandazioni della LG italiana sulla "Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment* "(raccomandazione 49-52). L'uso dei farmaci è riservato ai casi più gravi prediligendo gli antipsicotici atipici (risperidone, olanzapina, quetiapina), monitorando la funzionalità cardiaca e metabolica e rivalutando periodicamente la persona con demenza con l'obiettivo di sospenderli appena il sintomo si stabilizza (raccomandazioni 132-149 e raccomandazioni di ricerca 30R-35R). Ulteriori studi si rendono necessari per valutare la reale efficacia della associazione fra terapia farmacologica e comportamentale, la durata di trattamento e le conseguenze da sospensione.

O PREDITTORI CLINICI DI FENOCONVERSIONE A DNC MAGGIORE: SVILUPPO DI UN MODELLO PREDITTIVO MULTIVARIATO

Luppi Chiara (a), Presta Roberto (a), Burgio Caterina (a), Ricucci Michaela (c), Morbelli Silvia Daniela (b), Zotta Michela (b), Lesca Adriana (b), Bo Mario (a), Massaia Massimiliano (a)
(a) SCU Geriatria, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
(b) SCU Medicina Nucleare, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
(c) SSD Psicologia Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Introduzione. Il Disturbo Neuro Cognitivo (DNC) lieve è comune e di incerta definizione prognostica. Tuttavia, l'identificazione dei soggetti a maggior rischio di progressione verso la demenza è rilevante al fine di garantire tempestivi percorsi diagnostico-terapeutici. L'obiettivo dello studio è quello di identificare i principali predittori clinici di fenoconversione da DNC lieve a DNC maggiore a 24 mesi e sviluppare un modello multivariato facilmente applicabile nella pratica clinica, che consideri l'eterogeneità dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) sul territorio nazionale.

Metodi. Studio osservazionale prospettico monocentrico condotto presso il CDCD della S.C di Geriatria U. dell'A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino da gennaio 2022 a giugno 2024. I criteri di inclusione erano età >65 anni, *Mini Mental State Examination* (MMSE)>24, *Clinical Dementia Rating scale*<1 e *follow-up* a 24 mesi. Sono stati valutati mediante scale validate il dominio cognitivo, funzionale e psico-comportamentale, la riserva cognitiva ed il burden anticolinergico. Le variabili associate a conversione a DNC maggiore sono state analizzate mediante curve di Kaplan-Meier e regressione di Cox multivariata. In un sottogruppo con DNC lieve da Malattia di Alzheimer (AD) è stata effettuata un'analisi semiquantitativa dello Z-score per valutare l'estensione dell'ipometabolismo cerebrale alla 18F-FDG-PET.

Risultati. Durante il *follow-up*, 122 dei 217 pazienti inclusi (età media 77ys, F 60%) hanno sviluppato DNC maggiore. La probabilità cumulativa di conversione del campione in toto è risultata del 26% a 12 mesi e del 56% a 24 mesi. Nel modello multivariato, MMSE corretto (HR 0,89; p<0,001), *Disability Assessment for Dementia* (HR 0,97; p<0,001) ed esposizione ad attività ricreative nel tempo libero (HR 0,98; p=0,001) sono risultati fattori protettivi, mentre il burden anticolinergico è risultato associato a maggiore rischio (HR 1,79; p=0,003). Nel sottocampione di prodromal AD sottoposto a 18F-FDG-PET cerebrale, i pazienti che progredivano a DNC maggiore (*converter*) hanno mostrato un ipometabolismo significativamente più marcato nelle aree cerebrali che costituiscono il "pattern diagnostico" dell'AD. Presentavano inoltre un maggiore numero di aree ipometaboliche (z-score <-2) coinvolte rispetto ai non-converter (mediana 4,0 *vs* 1,5; p=0,002), suggerendo che l'estensione dell'ipometabolismo cerebrale possa rappresentare un "pattern prognostico".

Conclusioni. Un modello basato su variabili cliniche, facilmente integrabili in un contesto ambulatoriale *real world* può contribuire alla stratificazione del rischio di fenoconversione a DNC maggiore.

O ANALISI DI FARMACOUTILIZZAZIONE DEI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Bove Angela, Vincenti Annalory, Digiorgio Paola
Dipartimento Farmaceutico, UOC Area Gestione Servizio Farmaceutico, ASL Brindisi, Brindisi

Introduzione. La demenza rappresenta una priorità assistenziale la cui rilevanza è destinata ad aumentare a causa del progressivo invecchiamento della popolazione associato all'aumento dell'aspettativa di vita. I farmaci impiegati per il trattamento della malattia di Alzheimer sono gli inibitori della colinesterasi donepezil, rivastigmina e galantamina e gli antagonisti-NMDA memantina, efficaci nel migliorare i sintomi cognitivi e funzionali associati alla patologia. Scopo del presente lavoro è effettuare un'analisi di farmaco utilizzazione dei farmaci di cui alla Nota AIFA 85 e valutarne la *compliance*.

Metodi. L'analisi è stata condotta sui dati della farmaceutica convenzionata della ASL Brindisi (2021-2025) relativi ai farmaci ATC N06D. La prevalenza d'uso è stata calcolata sulla popolazione di riferimento e stratificata per sesso, età e principio attivo. Per l'elaborazione dello switch terapeutico sono stati estrapolati i pazienti per i quali è intercorsa la sostituzione del principio attivo. La *compliance* è stata valutata tramite *Medication Possession Ratio* (MPR) nell'intervallo prima-ultima prescrizione, considerando aderenti i valori ≥ 80%. L'analisi dell'aderenza ha incluso esclusivamente i pazienti in terapia con un solo principio attivo e in assenza di *switch*.

Risultati. La coorte di farmaco utilizzazione comprende 2492 soggetti, 1560 donne (62,6%) e 932 uomini (37,4%). L'1,76% dei pazienti trattati ricade nella fascia di età tra 56-65 anni, il 12,60% tra 66-75, il 46,91% tra 76-85, il 35,59 % tra 86-95 ed il 3,14% maggiore di 95. Il 72,91% della popolazione trattata assume memantina, 15,98% rivastigmina, 10,96% donepezil e 0,15% galantamina. Tra il 2021 e il 2025 si rileva aumento della prevalenza nelle classi d'età intermedie (in entrambi i sessi) a fronte di significativo decremento nelle fasce più anziane (cali compresi tra il -32% e il -95%). Lo *switch* terapeutico ha interessato 66 pazienti in trattamento con inibitori della colinesterasi (12,47%): 60 verso la memantina indicato per la demenza di grado moderato o severo per progressione di malattia, e 6 verso un altro principio attivo inibitore della colinesterasi. La *compliance* è stata valutata su 2297 pazienti di cui il 39,88% non ha soddisfatto il target di aderenza.

Conclusioni. I dati relativi alla prevalenza d'uso sono in linea con i dati nazionali. L'aderenza alla terapia è uno dei punti cardine della gestione clinica. La percentuale di pazienti che interrompono o seguono in modo inadeguato il trattamento raggiunge livelli non trascurabili. Considerato il già modesto effetto benefico sulle prestazioni cognitive degli unici farmaci attualmente disponibili i risultati emersi per questo indicatore d'uso saranno oggetto di valutazione condivise con gli specialisti prescrittori.

P PROGRESSIONE A DEMENZA IN SOGGETTI CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT CON PATOLOGIA AMILOIDEA: REVISIONE SISTEMATICA DI STUDI LONGITUDINALI NEL CONTESTO DELLE TERAPIE ANTI-AMILOIDE

Perrone Federica (a), Piscopo Paola (a), Lorenzini Patrizia (b), Carbone Elena (a), Crestini Alessio (a), Maiolo Francesca (a), Ancidoni Antonio (b), Fabrizi Elisa (b), Vanacore Nicola (b), Locuratolo Nicoletta (b), Lacorte Eleonora (b)

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

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

Introduzione. Dal 2021 il trattamento della malattia di Alzheimer è cambiato con l'arrivo delle terapie anti-amiloide. Lecanemab e donanemab sono oggi disponibili, ma la rimborsabilità è circoscritta a Stati Uniti, Cina, Giappone; persistono dubbi sul rapporto rischi-benefici. Gli studi registrativi di queste terapie e di aducanumab (ritirato dal commercio) hanno incluso pazienti con decadimento cognitivo lieve (mild cognitive impairment, MCI) e positività amiloidea dell'81,6-80,4% (aducanumab), 61,8% (lecanemab) e 16,3% (donanemab). Secondo i criteri proposti dai centri di ricerca americani ed europei, questi pazienti avevano già una diagnosi biologica di Alzheimer. Le evidenze sulle loro traiettorie cliniche restano tuttavia scarse e frammentarie. Obiettivo di questa revisione sistematica è sintetizzare le evidenze sulle tre possibili traiettorie cliniche dell'MCI dovuto ad Alzheimer (progressione a demenza, stabilità clinica, reversione a un profilo cognitivo normale), per fornire a clinici e policymaker elementi utili a gestire la complessità legata alle nuove terapie.

Metodi. La revisione è stata condotta secondo le linee guida Cochrane e PRISMA, con ricerca su PubMed, Embase e Cochrane. Sono stati inclusi studi prospettici e retrospettivi con dati di conversione o reversione in pazienti MCI e positività amiloidea.

Risultati. Su 27.454, sono stati inclusi 84 studi. La positività amiloidea era valutata con neuroimmagine in 42 studi, biomarcatori liquorali in 39, biomarcatori plasmatici in due e una combinazione di metodiche in cinque. Il tasso di conversione a demenza variava tra 11,1% e 100% negli studi di neuroimmagine, tra 19,9% e 96,1% negli studi con i biomarcatori liquorali e tra 38,9% e 74,2% con i biomarcatori plasmatici. Il tasso di reversione a un profilo cognitivo normale era compreso tra 0 e 23% (mediana 0%). Si è osservata marcata eterogeneità nei criteri diagnostici, nei valori soglia, nella fonte delle coorti e nella tipologia di pazienti (MCI amnesico e non); i dati sul genotipo dell'apolipoproteina E erano mancanti.

Conclusioni. Questa revisione fornisce una caratterizzazione quantitativa delle tre traiettorie cliniche, in un contesto di marcata eterogeneità che accresce incertezza nella gestione clinica. La sola positività all'amiloide non predice in modo uniforme la progressione: una quota consistente di soggetti resta stabile per anni, altri convertono rapidamente, con tassi che variano per differenze nei criteri clinici, definizioni dei

biomarcatori e approcci metodologici. Le evidenze sottolineano l'urgenza di fondare le decisioni di ricerca e sanità pubblica sulla realtà clinica, superando i criteri precostituiti della ricerca e valorizzando le opportunità tecnologiche emergenti, come i biomarcatori plasmatici.

P FARMACI ANTI-AMILOIDE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: ASPETTI COMUNICATIVI E IMPLICAZIONI ETICHE

Riva Luciana (a), Gainotti Sabina (a), Izzicupo Fabio (b), Petrini Carlo (a), Marano Giuseppe (c)
(a) Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) CDCD, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AST, Azienda Sanitaria Territoriale, Ancona
(c) Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. I farmaci anti-beta amiloide, come lecanemab e donanemab, vengono presentati come trattamenti che potrebbero modificare il decorso della malattia di Alzheimer nelle fasi iniziali, sebbene la reale entità di tale modifica sia tuttora oggetto di dibattito scientifico e regolatorio e non sussistano elementi sufficienti per sostenere un utilizzo generalizzato.

Metodi. Sono esaminati gli aspetti etici e regolatori legati al processo di consenso informato dei pazienti e dei loro familiari in relazione all'utilizzo di farmaci anti-amiloide.

Risultati. I farmaci anti-beta amiloide presentano profili di rischio-beneficio articolati e potenziali effetti collaterali severi che impongono un elevato livello di trasparenza nell'informazione, sia a livello istituzionale che nella relazione tra clinico e paziente, ponendo di fatto una sfida complessa nella comunicazione. La risonanza mediatica di queste terapie innovative, inoltre, potrebbe generare speranze eccessive, spingendo a una massiccia richiesta anche inappropriata. Il principio di proporzionalità che generalmente in bioetica si applica alla decisione terapeutica può essere esteso anche al contenuto dell'informazione, che dovrebbe essere commisurato alla complessità del profilo rischio-beneficio di un trattamento. In Italia, questo approccio è in linea con le previsioni della Legge 219/2017. Quando il beneficio clinico è modesto, a fronte di complicanze potenzialmente fatali, il medico deve comunicare in modo esplicito le informazioni clinicamente rilevanti per la decisione, comprese le incertezze scientifiche. Nel contesto dei farmaci anti-amiloide, il processo di consenso informato richiede dunque un approccio 'rafforzato' o 'proporzionato' all'interno di un percorso clinico e relazionale che deve tutelare l'autodeterminazione e la scelta consapevole del paziente. Le istituzioni, in collaborazione con le associazioni di malati, possono supportare i medici prescrittori attraverso la realizzazione di materiale informativo.

Conclusioni. Il processo di acquisizione del consenso informato segue criteri di particolare rigore e specificità qualora i trattamenti sanitari presentino un'elevata complessità clinica o profili di rischio significativi. La comunicazione scientifica e istituzionale relativa alle terapie anti-amiloide per la malattia di Alzheimer deve tener conto del principio di prudenza, al fine di evitare false aspettative o richieste improprie. I professionisti sanitari devono dedicare il tempo necessario a una corretta declinazione dei benefici reali, dei limiti terapeutici e degli eventi avversi, garantendo una comunicazione personalizzata e un adeguato tempo di riflessione prima della decisione sul percorso terapeutico.

Settima sessione

Evidenze sul continuum biologico del declino cognitivo

Moderatrice:
Paola Piscopo

DISFUNZIONI MITOCONDRIALI, INFIAMMAZIONE E STRESS OSSIDATIVO NELL'INSORGENZA DELLA DEMENZA: LO STUDIO "INVECE.AB"

Rizzo Bartolo (a), Rossi Michele (a), Ferrari Riccardo Rocco (a), Pellegrini Elisa (a), Dragoni Francesca (b), Di Gerlando Rosalinda (b), Minucchi Evelyne (b), Guaita Antonio(a), Poloni Tino Emanuele (a)
(a) Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano
(b) IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

Introduzione. Oltre all'anomalo accumulo di beta-amiloide e tau, l'esordio e la progressione della Malattia di Alzheimer (AD) e delle demenze senili sono fortemente associati alla disfunzione mitocondriale, dallo stress ossidativo e dall'alterazione della proteostasi. Il danno mitocondriale è oggi considerato un evento precoce inserito in un microambiente patologico che influenza la resilienza cellulare. In precedenti analisi trascrittomiche su cervelli *post-mortem*, il nostro gruppo ha identificato una firma molecolare regione-specifica dell'AD, ipotizzando un modello di diffusione spazio-temporale che evolve dalla perdita di proteostasi legata all'età fino al danno sinaptico. Muovendo da queste premesse, questo studio ha indagato se le alterazioni epigenetiche del DNA mitocondriale (mtDNA) a livello periferico siano associate al declino cognitivo all'interno di una coorte di popolazione.

Metodi. La ricerca si è basata sui dati e sui campioni biologici dello studio longitudinale di popolazione "InveCe.Ab" (Invecchiamento Cerebrale ad Abbiategrasso). È stata selezionata una coorte di 75 partecipanti seguiti longitudinalmente per un periodo di otto anni. Per ciascun soggetto sono stati analizzati lo stato di metilazione della regione regolatoria D-loop mitocondriale in campioni seriali di DNA estratti da sangue periferico, valutando le traiettorie molecolari in relazione all'evoluzione clinico-cognitiva.

Risultati. I dati indicano differenze significative nei profili epigenetici tra i gruppi e nei diversi time-point. Nei controlli cognitivamente sani è stato osservato un trend di crescita progressiva nei livelli di metilazione del D-loop. Al contrario, i pazienti che hanno sviluppato la patologia hanno mostrato un netto calo della metilazione in corrispondenza della diagnosi clinica. Di rilievo, il decremento della metilazione del D-loop nel sangue periferico sembra coincidere temporalmente con la manifestazione clinica della demenza.

Conclusioni. Questo andamento temporale suggerisce una possibile correlazione molecolare tra la dinamica della metilazione mitocondriale e la traiettoria dello stato cognitivo. I risultati indicano che la metilazione del D-loop potrebbe agire come un indicatore precoce - che si inserisce nel contesto dei processi infiammatori e di stress ossidativo - mostrando variazioni rilevabili nei soggetti che svilupperanno demenza a distanza di 8 anni. Tuttavia, saranno necessari ulteriori studi su coorti più ampie per confermare la reale applicabilità di questo parametro come biomarcatore mininvasivo della patologia.

DISFUNZIONI CELLULARI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Girolimetti Giulia, Romano Roberta, Cordella Paola, Bucci Cecilia
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università del Salento, Lecce

Le più frequenti caratteristiche patologiche riscontrate nelle malattie neurodegenerative riguardano la perdita di specifiche popolazioni neuronali e la presenza di aggregati di proteine mal ripiegate e di frammenti proteici. L'analisi di cellule provenienti dai pazienti, principalmente fibroblasti ma anche neuroni derivati da cellule staminali pluripotenti indotte, ha rilevato che alcuni organelli cellulari come mitocondri e lisosomi non funzionano correttamente. Nei lisosomi confluiscono endocitosi e autofagia. L'autofagia è un processo degradativo utilizzato anche per riciclare costituenti cellulari ed eliminare organelli danneggiati e aggregati proteici. Questi substrati raggiungono i lisosomi tramite vari meccanismi mentre il completamento della digestione coinvolge interazioni dinamiche con la via endocitica. I neuroni sono particolarmente sensibili alle alterazioni, in particolare andando avanti con l'età, e perturbazioni della via autofagica sono state osservate durante la neurodegenerazione. Inoltre, svariati geni associati alla neurodegenerazione sono geni chiave della macro-autofagia. Una autofagia difettiva compromette l'eliminazione delle proteine e il turnover degli organelli portando all'accumulo di proteine tossiche e componenti cellulari danneggiate che alterano le funzioni neuronali e inducono la degenerazione neuronale. In questo studio abbiamo analizzato morfologia e numero dei lisosomi marcandoli con le sonde *LysoTracker e LysoSensor* e analizzando tramite *Western blot* e immunofluorescenza la distribuzione e l'abbondanza di proteine lisosomiali. Abbiamo dimostrato che, nelle cellule dei pazienti rispetto alle cellule dei controlli sani, i lisosomi sono in maggior numero ma non hanno il corretto pH. Saggi funzionali hanno dimostrato che l'attività degradativa dei lisosomi delle cellule dei pazienti è molto ridotta rispetto ai controlli. Inoltre, nelle cellule dei pazienti il flusso autofagico risulta fortemente inibito. Considerato che mitocondri e lisosomi interagiscono continuamente tra loro e si influenzano a vicenda abbiamo anche analizzato la presenza di vescicole extracellulari derivate dai mitocondri, nei plasmi dei pazienti rispetto ai controlli sani. Dopo averne controllato la purezza, abbiamo stabilito che, nonostante le disfunzioni mitocondriali siano una caratteristica della malattia di Alzheimer, le cellule dei pazienti non sembrano essere capaci di utilizzare le vescicole di derivazione mitocondriale come parte del controllo di qualità mitocondriale. Infatti, le disfunzioni mitocondriali e lisosomiali possono modificare la comunicazione tra gli organelli, il turnover mitocondriale e la mitofagia ma non c'è una compensazione a carico delle vescicole di derivazione mitocondriale, che sono coinvolte nel controllo di qualità e che risultano ridotte nei pazienti, cosa che può aggravare ulteriormente il fenotipo patologico. In conclusione, abbiamo riscontrato alterazioni lisosomiali e mitocondriali nelle cellule dei pazienti che potrebbero essere bersaglio di futuri strumenti terapeutici.

EFFETTI DELL'ESPOSIZIONE AMBIENTALE SU RISCHIO DI DECLINO COGNITIVO ATTRAVERSO MODELLI MURINI INGEGNERIZZATI

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

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

Introduzione. Le malattie cronico-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. Lo stress ossidativo, risultante dal disequilibrio tra la produzione di specie radicaliche dell'ossigeno e dell'azoto e i livelli di antiossidanti endogeni, sembra essere alla base dell'invecchiamento e della comparsa di malattie cronico-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. 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* (WT) di 6 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, stabulazione in gruppo e incremento dell'attività fisica (*voluntary wheel running*). Sono stati valutati il danno ossidativo al DNA (*comet assay*), le citochine infiammatorie (QPCR), marcatori di neurodegenerazione (immunoistochimica, saggi di attività enzimatica, QPCR), funzionalità mitocondriale (QPCR) e specifici metaboliti in corteccia ed ippocampo (MRS/MRI), unitamente al profilo cognitivo-comportamentale.

Risultati. La sinergia tra i diversi fattori di rischio ha indotto un elevato incremento del danno ossidativo al DNA e un'alterazione dell'espressione dei complessi mitocondriali, superando la capacità protettiva di hMTH1. Inoltre, il cervello dei topi esposti ai fattori di rischio ha mostrato un aumento dei livelli di citochine infiammatorie, attenuato nei topi MTH1 rispetto ai WT, indicando un potenziale effetto modulatore di questo gene sui processi neuro infiammatori. I livelli di alcuni metaboliti correlati alla produzione di energia e al metabolismo glutaminergico possono essere modulati in modo differente a seconda della regione cerebrale, del genotipo e dell'esposizione dei topi ai fattori di rischio o protettivi. Infine, l'esposizione combinata ai fattori di rischio ha determinato una diminuzione del riconoscimento di oggetti nuovi, indipendentemente dal genotipo.

Conclusioni. I fattori di rischio legati a stili di vita modificabili sono importanti per la modulazione del danno ossidativo al DNA, dell'infiammazione, della funzionalità mitocondriale, del metabolismo cerebrale e del profilo cognitivo. L'espressione di hMTH1 possa attenuare la risposta neuro infiammatoria indotta dai fattori di rischio, pur non essendo sufficiente a contrastarla completamente.

EFFETTI DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI PER LA DEMENZA IN MODELLI MURINI MEDIANTE MRI MULTIMODALE

Palombelli Gianmauro (a), Zecca Valentina (a), De Luca Gabriele (b), Simonelli Valeria (c), Ricceri Laura (d), Crestini Alessio (e), Piscopo Paola (e), Vanacore Nicola (f), Canese Rossella (a)

(a) Servizio Tecnico Scientifico Grandi Strumentazioni e Core Facilities, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(d) Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(e) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(f) Centro Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Le malattie cronico-degenerative, inclusa la demenza, sono associate a molteplici fattori di rischio modificabili, ma i meccanismi molecolari che ne collegano l'azione allo sviluppo della malattia non sono ancora completamente compresi. Questo studio ha adottato un approccio traslazionale (su modelli animali) per valutare con tecniche di risonanza magnetica gli effetti combinati di una dieta ipercalorica e ricca di sale, la sedentarietà e l'isolamento sociale e il ruolo dello stress ossidativo sulla morfologia (mediante MRI), sulla struttura (con imaging di diffusione o DTI) e sul metabolismo cerebrale (con spettroscopia o MRS).

Metodi. Sono stati confrontati topi C57Bl sottoposti a condizioni di rischio (dieta ad alto contenuto di grassi, zuccheri e sale, isolamento sociale e inattività fisica) con animali mantenuti in condizioni protettive (dieta standard, socializzazione ed esercizio fisico volontario). Inoltre, sono stati studiati topi transgenici (hMTH1-Tg) che sovraesprimono la proteina hMTH1, nota per la sua azione protettiva contro il danno ossidativo al DNA. Per valutare l'interazione tra fattori di rischio e tossicità dell'amiloide, alcuni animali hanno ricevuto un'iniezione intracerebroventricolare con il peptide Aβ.

Risultati. I topi hMTH1-Tg hanno mostrato un miglior metabolismo energetico cerebrale rispetto ai wt, evidenziato dall'aumento di fosfocreatina e alanina. Nella corteccia prefrontale si osservano inoltre livelli più elevati di glutatione e inositolo, insieme a una riduzione di N-acetilaspartato, lipidi e macromolecole, suggerendo una riorganizzazione del metabolismo neuronale e gliale. La dieta western ha indotto una diminuzione della taurina in entrambe le regioni cerebrali studiate. Questo effetto è meno marcato nei topi MTH1-Tg, probabilmente grazie alla loro maggiore protezione dallo stress ossidativo. Nella corteccia prefrontale si osserva anche una riduzione di glutammato e glutammina, indicativa di una compromissione del metabolismo glutamatergico. Il confronto tra animali esposti a tutti i fattori di rischio e quelli sottoposti esclusivamente a fattori protettivi ha evidenziato differenze metaboliche significative. Nei soggetti esposti a fattori protettivi si osserva un aumento della fosfocreatina

e una riduzione di glutammato, glutatione, N-acetilaspartato e lipidi nella corteccia prefrontale; il glutatione risulta ridotto anche nell'ippocampo. L'analisi multivariata ha mostrato una netta separazione tra i due gruppi, indicando profili metabolici distinti associati rispettivamente a fattori di rischio e fattori protettivi. Le analisi morfologiche e strutturali sono ancora in corso.

Conclusioni. Dai risultati emerge che i fattori di rischio modificabili per la demenza influenzano in modo significativo il metabolismo cerebrale e che la protezione dallo stress ossidativo può attenuare parte delle alterazioni metaboliche associate alla demenza.

O LA SINDROME DI DOWN COME MODELLO DI STUDIO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: IL RUOLO DEI MICRORNA NEI MECCANISMI MOLECOLARI DELLA NEURODEGENERAZIONE

Tramutola Antonella, Rolfi Lucrezia Romana, Pagnotta Sara, Di Domenico Fabio, Barone Eugenio, Perluigi Marzia
Dipartimento di Scienze Biochimiche, A. Rossi Fanelli, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. La Sindrome di Down (SD), causata dalla trisomia del cromosoma 21, rappresenta il più comune modello genetico di Malattia di Alzheimer (AD) ad esordio precoce: la triplicazione del gene APP determina infatti lo sviluppo, pressoché costante, della neuropatologia di AD già a partire dai 40 anni di età. Tra i meccanismi coinvolti, l'Insulino-Resistenza (IR) cerebrale - riconosciuta come tratto centrale anche nella patogenesi dell'AD sporadica - emerge come elemento di particolare rilevanza. Il miR-802, localizzato sul cromosoma 21 e quindi triplicato nella SD, è un regolatore post-trascrizionale già implicato nello sviluppo di IR in condizioni metaboliche periferiche (obesità, diabete). Abbiamo identificato GSK-3β (*Glycogen Synthase Kinase* 3 beta) - chinasi chiave nella trasduzione del segnale insulinico, attivata attraverso i mediatori intracellulari IRS1 (*Insulin Receptor Substrate* 1) e AKT (*Protein Kinase* B), e coinvolta anche nei processi neuropatologici tipici dell'AD - come target diretto e validato del miR-802.

Metodi. Il rapporto miR-802/GSK-3β e la risposta al segnale insulinico sono stati caratterizzati in corteccia frontale post-mortem di soggetti SD, SD/AD e controlli euploidi giovani e anziani (n=8); in tre modelli murini trisomici (Ts2Cje, Ts65Dn, Ts66Yah; n=6); in astrociti corticali primari trisomici ed euploidi, anche mediante trasfezione con mimic di miR-802 e stimolazione insulinica; e in un modello murino di stress metabolico ambientale (dieta ad alto contenuto di grassi, HFD; n=6).

Risultati. Il miR-802 risulta aumentato di circa 2 volte nella corteccia di soggetti SD rispetto ai controlli giovani ($p<0,01$) e resta elevato in età adulta (SD/AD), correlando con l'invecchiamento nei controlli ($p=0,015$). GSK-3β è ridotto di circa il 40-50% nella SD ($p<0,01$), in correlazione inversa con miR-802 ($p=0,02$), e la stessa deregolazione è confermata nei tre modelli murini trisomici ($p\leq0,04$). Negli astrociti primari, la sovraespressione di miR-802 mediante mimic blocca l'attivazione insulino-dipendente di IRS1 e AKT e riduce GSK-3β ($p<0,001$), indicando un ruolo causale del miR-802 nell'induzione di insulino-resistenza. *In vivo*, la dieta HFD induce fosforilazione inibitoria di IRS1, aumento di miR-802 e riduzione di GSK-3β.

Conclusioni. Questi risultati identificano l'asse miR-802/GSK-3β come mediatore molecolare, conservato tra specie e validato funzionalmente, del legame tra alterazioni metaboliche cerebrali e neurodegenerazione nella SD, rafforzando il valore della SD come modello per lo studio dei meccanismi patogenetici dell'AD e suggerendo possibili target traslazionali comuni.

O ALTERAZIONI DEL SEGNALE DELL'INSULINA E RISCHIO DI ALZHEIMER NELLA SINDROME DI DOWN

Zulli Barbara (a), Lanzillotta Simona (a), Sommella Valeria (a), Picca Anna (b,c), Calvani Riccardo (c,d), Yuksekel Idil (e), Balduino Victorino Daniella (e), Fratini Federica (f), Mura Francesco (g), Buccini Luca (h), Caracciolo Giulio (g,i), Cecchetti Roberta (j), Boccardi Virginia (j), Marzetti Emanuele (c,d), Potier Marie-Claude (e), Di Domenico Fabio (a), Tramutola Antonella (a), Mecocci Patrizia (j,k), Carfì Angelo (c,d), Perluigi Marzia (a), Barone Eugenio (a,l)

(a) Dipartimento di Scienze Biochimiche A. Rossi-Fanelli, Sapienza Università di Roma, Roma
(b) Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università LUM, Casamassima, Bari
(c) Fondazione Policlinico Universitario, Agostino Gemelli, IRCCS, Roma
(d) Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Reumatologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
(e) Institut du Cerveau, Paris Brain Institute, ICM, CNRS, APHP, Hôpital de La Pitié Salpêtrière, Inserm, Sorbonne Université, Parigi, Francia
(f) Proteomics Core Facility, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(g) Centro di Nanotecnologie Applicate all'Ingegneria, Sapienza Università di Roma, Roma
(h) Dipartimento di Scienze di Base e Applicate per l'Ingegneria, Sapienza Università di Roma, Roma
(i) Dipartimento di Medicina Molecolare, Sapienza Università di Roma, Roma
(j) Divisione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Perugia,
(k) Divisione di Geriatria Clinica, Dipartimento NVS, Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia
(l) Laboratorio Affiliato all'Istituto Pasteur Italia, Fondazione Cenci Bolognetti, Roma

Introduzione. La Sindrome di Down (DS) rappresenta una forma geneticamente determinata di Malattia di Alzheimer (AD), ma le alterazioni metaboliche neuronali associate alla vulnerabilità all'AD nella DS rimangono tuttora poco esplorate. Nel nostro studio abbiamo indagato se le vescicole extracellulari di origine neuronale (nEVs), isolate dal plasma, possano rilevare alterazioni della segnalazione insulinica in grado di distinguere la vulnerabilità patologica associata alla DS dall'invecchiamento fisiologico.

Metodi. Abbiamo analizzato 121 partecipanti, tra cui giovani controlli cognitivamente sani, adulti con DS suddivisi in due gruppi in base ai biomarcatori plasmatici di AD (Aβ42/40, pTau217, NfL, GFAP), senza alterazioni (DS-) e con profilo positivo ai biomarcatori (DS+), controlli anziani cognitivamente sani e pazienti con AD sporadica. Nelle nEVs sono state quantificate otto fosfoproteine della via di segnalazione dell'insulina (IRS1, PTEN, AKT, GSK3β, BAD, mTOR, P70S6K e S6). Le differenze tra i gruppi, le associazioni con l'età e la capacità discriminativa dei marcatori sono state valutate mediante modelli di regressione aggiustati per covariate e analisi delle curve *Receiver Operating Characteristic* (ROC).

Risultati. Gli adulti con DS presentavano un'alterazione coordinata della segnalazione insulinica nelle nEVs, parzialmente sovrapponibile a quella osservata nell'AD sporadica, ma divergente rispetto all'invecchiamento fisiologico. Le alterazioni dell'asse AKT/GSK3β/BAD erano già rilevabili negli adulti DS-, mentre un coinvolgimento più ampio dell'asse mTOR/P70S6K/S6 caratterizzava il gruppo DS+ e l'AD sporadica. Queste differenze persistevano in larga misura anche dopo aggiustamento per età, sesso e singoli biomarcatori plasmatici di AD, indicando che le alterazioni della segnalazione insulinica nelle nEVs forniscono informazioni biologiche complementari. Entrambi gli assi mostravano una buona capacità discriminativa: l'asse AKT/GSK3β/BAD distingueva i soggetti DS− dai giovani controlli, mentre l'asse mTOR/P70S6K/S6 raggiungeva la più elevata area sotto la curva (AUC) nella discriminazione del gruppo DS+.

Conclusioni. Il profilo della segnalazione insulinica nelle nEVs offre un indicatore accessibile da prelievo ematico per valutare le alterazioni metaboliche neuronali nella DS. I risultati supportano l'ipotesi di un rimodellamento della segnalazione insulinica associato ai diversi stadi di vulnerabilità all'AD, distinto dall'invecchiamento fisiologico, e suggeriscono che tali marcatori possano integrare i biomarcatori plasmatici nella stratificazione biologica del rischio di AD nella DS.

O ESAURIMENTO MICROGLIALE E DEREGOLAZIONE DEL FERRO NELLA PROGRESSIONE DELL'ALZHEIMER

Calatozzolo Chiara (a), Ferrari Riccardo Rocco (b), Rossi Michele (c), Medici Valentina (d), Canazza Alessandra (a), Davin Annalisa (b), Guaita Antonio (a), Poloni Tino Emanuele (a,e)
(a) Dipartimento di Neurologia e Neuropatologia, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano
(b) Laboratorio di Neurobiologia e Neurogenetica, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano
(c) Unità di Biostatistica, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano
(d) Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
(e) Dipartimento di Riabilitazione, ASP Golgi-Redaelli, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. Numerosi studi hanno investigato il ruolo della microglia e dell'infiammazione nella progressione della Malattia di Alzheimer (AD), osservando effetti sia protettivi che dannosi in base al contesto patologico. Per la prima volta, abbiamo analizzato in campioni di ippocampo rappresentativi del continuum dell'AD un pannello comprendente citochine, chemochine, complemento, marcatori microgliali, sinaptici e di accumulo del ferro, per indagare le interazioni tra patologia AD, attivazione neuro immunitaria, danno sinaptico e stress ossidativo.

Metodi. Sono stati inclusi 20 donatori di cervello dallo studio di popolazione InVeCe.Ab: 6 cognitivamente normali (NOLD), 4 con deterioramento cognitivo lieve (MCI) e 10 con demenza. Le diagnosi neuropatologiche erano: nei NOLD, 2 senza e 4 con lieve ADNC (*AD Neuropathologic Changes*); negli MCI, 4 con lieve ADNC; nei casi con demenza, 5 con moderato e 5 con severo ADNC. Dall'ippocampo congelato è stato campionato il tessuto, omogeneizzato e sottoposto ad estrazione proteica. I pannelli utilizzati hanno incluso i seguenti analiti: CCL3, CCL4, CX3CL1, CXCL16, CXCL10, IL-1α, IL-1β, IL-33, IFN-γ, TNF-α, C5a, IL-10, IL-6, Neurogranina, Ferritina e TREM2. L'analisi dei dati grezzi è stata effettuata con software xPonent (DiaSorin, Italia) su analizzatore Luminex 200 (DiaSorin, Italia). Sono state valutate le correlazioni dei dosaggi proteici con la diagnosi e le variabili cliniche/neuropatologiche, nonché tra le singole proteine.

Risultati. Tra i marcatori analizzati, Ferritina e CX3CL1 hanno mostrato variazioni significative in base alla diagnosi clinica e neuropatologica. Ferritina aumentava progressivamente con la patologia, mentre CX3CL1 diminuiva. Sono state osservate correlazioni significative tra: Neurogranina con CX3CL1, IL-6 con IL-1β, IFN-γ, CXCL16, TREM2, CCL3 e CCL4 tra di loro e alcune di queste con CX3CL1, IL-1α, IL-33, CXCL10 e IL-1β. Alcune proteine diminuivano con l'avanzare della patologia valutata con MMSE, CDR e punteggio di Braak e Thal: IFN-γ, CXCL16, CCL4, CX3CL1 e TREM2.

Conclusioni. Con l'avanzare della patologia abbiamo osservato una riduzione della comunicazione tra neuroni e microglia (CX3CL1), associata alla perdita sinaptica (Neurogranina), e un aumento della disregolazione dell'omeostasi del ferro e danno ossidativo (Ferritina). Abbiamo inoltre identificato un network infiammatorio coordinato

(IFN-γ, CXCL16, TREM2, CCL3, CCL4) esteso a CX3CL1, IL-1α, IL-33, CXCL10 e IL-1β. Anche tale risposta infiammatoria-immunitaria decresceva negli stadi avanzati, a supporto dell'ipotesi di esaurimento microgliale correlato alla gravità della malattia.

P FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI INDUCONO DEFICIT COGNITIVI E ALTERAZIONI INFIAMMATORIE E MITOCONDRIALI PRECOCI IN UN MODELLO MURINO NON TRANSGENICO

Carbone Elena (a), Perrone Federica (a), Sbriccoli Marco (a), Crestini Alessio (a), De Luca Gabriele (b), Simonelli Valeria (c), Canese Rossella (d), Ricceri Laura (e), Pagnotta Sara (f), Tramutola Antonella (f), Vanacore Nicola (g), Piscopo Paola (a)

(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(d) Servizio Tecnico Scientifico Grandi Strumentazioni e CORE Facilities, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(e) Dipartimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(f) Dipartimento Scienze Biochimiche Alessandro Rossi Fanelli, Sapienza Università di Roma, Roma
(g) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. La malattia di Alzheimer è la principale causa di demenza a livello mondiale ed è sempre più riconosciuta come un disturbo multifattoriale che deriva dall'interazione tra suscettibilità genetica, invecchiamento e fattori ambientali. Sebbene la forma familiare rappresenti solo una piccola percentuale dei casi, i meccanismi alla base della forma sporadica di malattia di Alzheimer rimangono solo parzialmente compresi. Un numero crescente di evidenze suggerisce che i fattori di rischio modificabili legati allo stile di vita, tra cui una dieta non salutare, l'inattività fisica e l'isolamento sociale, contribuiscano all'insorgenza della malattia promuovendo precoci alterazioni molecolari che precedono la neurodegenerazione conclamata. Questo studio preclinico ha indagato gli effetti di un'esposizione prolungata a fattori di rischio ambientali combinati in un modello murino.

Metodi. Topi C57BL/6 sono stati suddivisi in due gruppi sperimentali (n=11 e n=14): un gruppo è stato sottoposto a condizioni protettive (dieta standard, attività fisica volontaria e housing sociale) e un gruppo esposto a fattori di rischio (dieta a elevato contenuto di grassi saturi/zuccheri raffinati/sale e isolamento sociale).Entrambi i gruppi hanno ricevuto somministrazione intracerebroventricolare di $A\beta_{1-42}$ (n=6/7) oppure di soluzione fisiologica (n=5/7).Le prestazioni comportamentali sono state valutate mediante *l'Open Field Test* e il *Novel Object Recognition test*, mentre analisi molecolari e istologiche sono state condotte per esaminare marcatori infiammatori, di stress ossidativo, mitocondriali, neurotrofici e neuropatologici.

Risultati. L'esposizione ai fattori di rischio ha determinato un deficit di memoria di riconoscimento senza influenzare l'attività locomotoria. Tali cambiamenti si associavano a un incremento dei marcatori infiammatori (+50-60%) ($p \leq 0,05$),a un'alterazione significativa del danno ossidativo, con aumento dei marcatori dello stress ossidativo (+46%) e della

risposta antiossidante (+37%) ($p \leq 0,05$), e a una disfunzione mitocondriale complesso-specifica, con riduzione dei Complessi II e III (−18%) e un marcato incremento dei Complessi I e IV (rispettivamente +224% e +1343%) ($p \leq 0,05$), in corteccia e ippocampo. Tali alterazioni si manifestavano in assenza di deposizione rilevabile di placche di Aβ e attivazione astro gliale.

Conclusioni. I risultati indicano che l'esposizione prolungata a fattori di rischio legati allo stile di vita promuove precoci alterazioni molecolari e funzionali coerenti con le fasi iniziali della patologia. La coesistenza di compromissione cognitiva con alterazioni infiammatorie, ossidative e mitocondriali, in assenza di deposizione di amiloide, sostiene il concetto che tali meccanismi rappresentino eventi precoci nel processo patologico.

P CARATTERIZZAZIONE FUNZIONALE DI VARIANTI MISSENSO DEL RECETTORE SORL1 NEL DOMINIO VPS10: STUDIO SU BIOMATERIALI DI PAZIENTI E MODELLI CELLULARI

Perrone Federica (a), Fazeli Elnaz (b), Toccaceli Blasi Marco (c)
(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Dipartimento di Biomedicina, Aarhus University, Aarhur, Danimarca
(c) Dipartimento di Neuroscienze Umana, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. In pazienti con malattia di Alzheimer familiare non spiegata da mutazioni nei geni causali, sono state identificate varianti rare che generano codoni di stop prematuro nel gene SORL1, con conseguente degradazione della proteina. Numerosi studi hanno confermato l'associazione tra queste varianti e la malattia di Alzheimer. Il contributo delle varianti missenso resta invece poco caratterizzato. Alcune di esse segregano, seppur in modo incompleto e i portatori tendono a presentare un esordio più precoce. Per approfondire il ruolo di queste varianti nel rischio di malattia, abbiamo caratterizzato tre varianti missenso localizzate nel dominio vps10 di SORL1, utilizzando biomateriali di pazienti e modelli cellulari.

Metodi. Una donna di 60 anni é giunta presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Università Sapienza. Presentava difficoltà progressive di linguaggio e deficit di memoria episodica, senza storia familiare di demenza. È risultata portatrice della variante missenso SORL1 p.(R416G), classificata come variante di significato incerto. L'analisi dei biomarcatori liquorali ha confermato una diagnosi biologica di malattia di Alzheimer, con decorso rapido progressivo ed evoluzione clinica in 14 mesi. La variante p.(R416G) è stata studiata mediante *western blot* in linfoblasti della paziente. La caratterizzazione è stata estesa a due ulteriori varianti missenso a carico dello stesso residuo: p.(R416L) e p.(R416Q). Mediante mutagenesi sito-diretta sono stati generati i costrutti corrispondenti alle tre varianti, trasfettati transientemente in cellule HEK293, e l'espressione proteica è stata analizzata sia nel lisato cellulare sia nel mezzo condizionato.

Risultati. L'analisi *western blot* ha mostrato una riduzione di circa il 20% dei livelli proteici di SORL1 per tutte e tre le varianti rispetto al controllo, suggerendo che la sostituzione amminoacidica in questa posizione comprometta la stabilità della proteina. Nel mezzo condizionato, la riduzione è stata confermata in particolare per la variante p.(R416G), a indicare un'ulteriore alterazione del processo di secrezione.

Conclusioni. I nostri dati suggeriscono che le varianti missenso a carico del residuo R416 possano compromettere la funzione di SORL1. Sono tuttavia necessari ulteriori studi per chiarirne il possibile ruolo patogenetico, ad esempio mediante analisi del *trafficking* e localizzazione intracellulare. La penetranza delle varianti di SORL1 appare incompleta, e la loro interpretazione in ambito clinico richiede pertanto cautela. La caratterizzazione funzionale delle varianti missenso risulta quindi cruciale per la riclassificazione delle varianti di significato incerto e per offrire a pazienti e familiari a rischio una consulenza genetica adeguata.

P ANALISI QUALITATIVA DELLA CURVA DI APPRENDIMENTO E DELLE MISURE DI INTERFERENZA DEL RAVLT IN UN CAMPIONE AFFERENTE A UN CDCD: STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO

Pizzoni Luca, Gnisci Cristina, Tinti Maria Giulia, Russo Valentina, Mancini Giovanni
CDCD, Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze, ASL Roma 3, Roma

Introduzione. Il Declino Cognitivo Soggettivo (SCD) è considerato una fase preclinica della Malattia di Alzheimer. Tuttavia, i test neuropsicologici tradizionali risultano poco sensibili nel rilevare le alterazioni cognitive precoci in questa fase. Il Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) è ampiamente utilizzato per la valutazione della memoria episodica, ma nella pratica clinica l'interpretazione si concentra soprattutto sull'apprendimento totale, sulla rievocazione differita e sul riconoscimento. Il presente studio esplora il contributo dell'analisi qualitativa della curva di apprendimento e delle misure di interferenza del RAVLT in un campione afferente a un CDCD.

Metodi. Sono stati inclusi retrospettivamente 20 soggetti con SCD e 17 pazienti con MCI, classificati secondo i criteri diagnostici attuali. Venti controlli sani, appaiati per età, scolarità e sesso, sono stati selezionati dal nostro campione normativo del RAVLT. Sono state analizzate le cinque prove di apprendimento della Lista A (A1-A5), la Lista B, la Lista A dopo B, la rievocazione differita e il riconoscimento. L'andamento dell'apprendimento è stato esaminato mediante modelli lineari a effetti misti. Sono stati inoltre calcolati il guadagno A5-A1, la pendenza della curva, il numero di flessioni e la presenza di un andamento in plateau o decremento. I confronti tra SCD e controlli sani sono stati effettuati mediante test per campioni indipendenti, analisi non parametriche e modelli di regressione corretti per le variabili demografiche.

Risultati. Nei tre gruppi il numero di parole rievocate aumenta significativamente nel corso delle prove (β=1,39; p<0,001). Rispetto ai controlli sani, i pazienti con MCI mostrano una curva di apprendimento significativamente più piatta (interazione Gruppo × Prova: β=0,45; p<0,001), mentre nei soggetti con SCD non emergono differenze (β=0,09; p=0,440). Nessun indice qualitativo della curva distingue gli SCD dai controlli sani. La Lista B risulta l'unica misura significativamente differente, con una prestazione inferiore nei soggetti con SCD (3,75±1,41 *vs* 4,80±1,28; p=0,018; d di Cohen=0,78). Non si osservavano differenze nella Lista A dopo B, nella rievocazione differita e nel riconoscimento.

Conclusioni. Nel nostro campione, le diverse misure del RAVLT sembrano fornire informazioni rilevanti in fasi differenti del declino cognitivo. Le caratteristiche dell'apprendimento riflettono principalmente il passaggio dalla cognizione normale al MCI, mentre, nei soggetti con SCD, la Lista B rappresenta l'unica misura in grado di distinguerli dai controlli sani. Tale dato potrebbe indicare una vulnerabilità precoce all'interferenza proattiva, anche quando le misure convenzionali del RAVLT risultano conservate.

P EVENTI DI VITA STRESSANTI, RIDUZIONE DELLE CAPACITÀ INTRINSECHE E RISCHIO DI DEMENZA

Porcelli Annamaria (a), Zenzola Annalisa (a), Vinci Addolorata (b), Torres Francesco (c)
(a) CDCD DSS 13 Gioia del Colle, ASL Bari, Bari
(b) DSS 13 Gioia del Colle, ASL Bari, Bari
(c) DSS 4 Altamura e ad interim, DSS 13 Gioia del Colle, ASL Bari, Bari

Introduzione. Lo stress può essere definito come uno stato psicofisiologico caratterizzato da risposte psicologiche, cognitive ed emotive coordinate che coinvolgono processi neuroendocrini, neuromodulatori e cognitivi di alto livello. La presenza di avversità durante le fasi della vita come l'esposizione a eventi traumatici acuti e all'insorgenza di multi-patologie e psicopatologie croniche è associata ad una riduzione delle capacità intrinseche del paziente come capacità locomotorie, cognitive, psicologiche, sensoriali. Il depauperamento di queste capacità ha delle ricadute sulle autonomie funzionali e può associarsi ad una maggiore probabilità di sviluppare la malattia di Alzheimer.

Metodi. Raccolta anamnestica dettagliata con registrazione di eventi di vita stressanti su modello del *Life History Calendar* e la valutazione della Riserva Cognitiva tramite questionario. Somministrazione di interviste semi strutturate e valutazione neuropsicologica dettagliata di primo e secondo livello con l'obiettivo di tracciare un profilo neuropsicologico in associazione ad eventuali disturbi psico-comportamentali presenti e pregressi. Esame di un caso clinico: Raccolta anamnestica donna di 74 anni di età e 9 di scolarità, indice di Riserva Cognitiva medio, familiarità positiva per Alzheimer e per patologia psichiatrica, registrazione di eventi stressanti: lutto paterno durante l'infanzia, disturbo depressivo cronico, ipertensione arteriosa, intervento di stabilizzazione vertebrale. Deficit mnesici e riduzione delle autonomie strumentali. Valutazione neuropsicologica: colloquio clinico con somministrazione della *Neuropsychiatric Inventory* e analisi dei principali domini cognitivi: funzionamento esecutivo, memoria verbale e visuo-spaziale, fluenza verbale, prassia.

Risultati. parziale disorientamento nello spazio e nel tempo e deficit nei seguenti domini psicologici: memoria verbale, abilità prassiche-visuo-spaziali e funzionamento esecutivo. Presenza di sintomatologia depressiva, parziale compromissione delle autonomie funzionali. Quadro clinico suggestivo di Disturbo Neuro cognitivo Maggiore amnesico a multiplo dominio, con possibile eziologia da malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato. Quadro confermato da esito PET amiloidea: placche neuritiche di beta-amiloide a livello corticale in corrispondenza dei lobi frontali e cingolato anteriore, cingolato posteriore e precuneo, regioni temporo-parietali ed insula, lobi temporo-laterali e della regione striatale.

Conclusioni. L'associazione tra le capacità intrinseche e la presenza di fattori di stress, durante l'arco di vita, potrebbe rappresentare un importante indice di rischio di conversione in Disturbo Neuro cognitivo Maggiore, in particolare, in malattia di Alzheimer impattando sulla neuroplasticità cerebrale.

Ottava sessione

Strategie di informazione e sensibilizzazione: verso una cultura comune

Moderatrice:
Elisa Fabrizi

L'ESPERIENZA DELL'ALZHEIMER FEST

Farina Michele
Corriere della Sera e Presidente dell'Associazione di Promozione Sociale Alzheimer Fest, Milano

"Dieci anni ma ne dimostra cento" è il titolo del cortometraggio realizzato da Flavio Pagano per il nostro decimo viaggio. Ed è vero, l'Alzheimer Fest sembra orgogliosamente più vecchio della sua età, forse perché ha fatto un sacco di cose: dal 2017 a oggi oltre sessanta eventi in tutta Italia, migliaia di partecipanti, centinaia di incontri. Se libertà è partecipazione, la strada è quella giusta: vincere lo stigma che accompagna le malattie neurodegenerative e, più in generale, ogni forma di disabilità. Promuovere l'inclusione sociale, fornire informazioni e conoscenze, condividere esperienze, gioie e fatiche, chiedere a gran voce che la collettività e le istituzioni facciano la loro parte. Perché la demenza non cancella la vita, a condizione che non abbia come alleati la solitudine, la povertà e l'isolamento. Una festa itinerante e multicolore, promossa da un'associazione di volontariato che ha messo insieme malati e familiari, medici e scienziati, artisti e operatori, specialisti e gente comune, con l'obiettivo di promuovere una visione comunitaria, realistica e positiva sulla vita delle persone con demenza, avvalendosi della collaborazione di tantissime realtà del territorio che condividono gli stessi percorsi di cura. Con l'ispirazione fattiva del professor Marco Trabucchi e avendo come partner scientifico Aip, Associazione Italiana di Psicogeriatria. Difficile fare il bilancio di questi dieci anni. Potremmo dire che dall'osservatorio viaggiante del Fest abbiamo visto a poco a poco (anche se non ancora a sufficienza) mutare all'interno della società la percezione della malattia e di chi a vario titolo ne porta il peso. Certo molto si deve fare affinché l'attitudine disperante e/o paternalistica e/o indifferente nei confronti dei malati e delle loro famiglie lasci pienamente il posto a una cultura fatta di rispetto, possibilità e autodeterminazione. In un Paese che invecchia come il Fest, le malattie neurodegenerative mettono e sempre di più metteranno a dura prova i fondamenti del vivere civile, ma allo stesso tempo ne possono rafforzare straordinariamente la tenuta, se affrontate con lungimiranza e creatività. L'impressione che si ricava dagli incontri sul territorio è che il coraggio e la consapevolezza possano vincere su paura e ignoranza. Ciò che occorre è un'assunzione di responsabilità da parte del sistema-Paese, a cominciare dalle istituzioni che sovrintendono alla gestione e alla promozione della "cosa pubblica". Servono attenzioni, connessioni, giochi di squadra, sincronie, investimenti. Il "popolo dell'Alzheimer" manifesta oggi una crescente e maggiore sete di giustizia e di socializzazione rispetto a dieci anni fa. È una carica vitale che sembra incredibile dati i rigori della malattia: come testimonia Paola Chinchero, *caregiver* di Vita e da sette anni associata all'Alzheimer Fest, "la gioia che traspare dagli sguardi delle persone con decadimento cognitivo e le emozioni espresse dalle persone *caregiver* costituiscono lo scrigno da cui attingo quando mi assalgono momenti di tristezza". D'altra parte, "la fame di conoscenze sui diritti dei malati e sui diritti di chi se ne prende costantemente cura si è resa sempre più palpabile negli ultimi anni, fugando ogni dubbio sulla necessità di proseguire il cammino di questo impegno civile".

“ALICE IN WANDERING”. COME IL TEATRO PUÒ DIVENTARE STRUMENTO DI INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

Callegari Chiara, Luglio Simone
KNK Teatro, Agrigento

“Alice in *Wandering”.* Come il teatro può diventare strumento di informazione e sensibilizzazione”. “Questa è una storia vera”, con questa frase inizia lo spettacolo scritto e diretto da Chiara Callegari e Simone Luglio, registi, autori e attori della compagnia KNK Teatro. Lo spunto di partenza è infatti la storia vera di Marta, che a 62 anni ha ricevuto la diagnosi di Alzheimer precoce e così, come l’Alice di Lewis Carroll, si è ritrovata in un modo magico in cui tempo e spazio la confondono, in cui non ricorda più le cose che sapeva e cambia tanto da non riconoscersi. La fortunata intuizione di analogia tra gli sconvolgimenti prodotti dalla malattia neuro-degenerativa e le avventure della protagonista del celebre romanzo, sono stati subito verificati da luglio e Callegari attraverso un anno di studio e ricerca sostenuto dal Bando intercettazioni del Circuito Claps - Centro di Residenze Artistiche della Lombardia. In questo primo anno hanno studiato, lavorato e messo in discussione il testo con neurologi e psicologi nei CDCD, intervistato ragazzi, adulti e anziani, tenuto incontri e laboratori con *caregiver* e persone con diagnosi di decadimento cognitivo per rendersi così conto di come il teatro potesse diventare uno strumento potentissimo per affrontare una tematica così delicata. L’obiettivo è stato fin da subito quello di rivolgersi a un pubblico che non avesse esperienza diretta della demenza e in particolar modo ai giovani. Da qui la scelta di utilizzare un linguaggio moderno, poetico e metaforico che, come ha dimostrato l’indagine condotta dal Dott. Dal Gesso all’Opsa di Rubano (PD) su 100 studenti tra i 15 e 20 anni che avevano assistito a una replica dello spettacolo, ha prodotto: un forte impatto emotivo, un aumento dell’empatia verso la persona con demenza e i loro familiari, un cambiamento di sguardo sulla malattia, una rielaborazione personale di vissuti di perdita e fragilità. Il lavoro della compagnia però non si è limitato al solo spettacolo teatrale, ma ne è nato un progetto più ampio in cui “Alice in *Wandering*” è diventato il pretesto per laboratori teatrali per studenti e *caregiver*, come quello tenuto lo scorso 6 ottobre all’Università Sapienza di Roma, incontri di approfondimento in collaborazione con i CDCD e le associazioni Alzheimer e di supporto ai *caregiver* di tutta Italia e la creazione di un Festival giunto quest’anno alla sua terza edizione. Il Festival VagaMente, creato in collaborazione con la Fondazione Ghirardi di Piazzola sul Brenta (PD), paese natale di Marta, è nato allo scopo di parlare di decadimento cognitivo facendo dialogare medicina, scienza, arte, teatro, musica, architettura, botanica, realtà virtuale… attraverso tavole rotonde, laboratori e attività aperte a tutti, bambini e persone con diagnosi comprese. Una giornata di festa per superare lo stigma e l’isolamento e creare occasioni di scambio di esperienze e incontro transgenerazionale. L’esperienza di Knk Teatro dimostra così come il teatro e l’arte possano configurarsi non solo come evento culturale, ma come esperienza trasformativa, capace di integrare dimensione emotiva, educativa e relazionale e aiutare a superare lo stigma e l’ignoranza che ancora oggi circondano la malattia.

UNA STRATEGIA NAZIONALE PER UNA CAMPAGNA INFORMATIVA SULLE DEMENZE

Ancidoni Antonio
Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. La demenza è una priorità di sanità pubblica. Nonostante la sua forte rilevanza epidemiologica e sociale, pregiudizi come l'ageismo, lo stigma e la disinformazione continuano ad alimentarne una scarsa conoscenza. Questo ostacola la comprensione del suo impatto reale sulle persone con demenza e sui *caregiver*, nonché la consapevolezza di quanto si possa fare oggi per intervenire sui fattori di rischio modificabili. In questo contesto, le istituzioni di sanità pubblica svolgono un ruolo cruciale nella veicolazione della corretta informazione. È per questo motivo che il Tavolo Permanente sulle demenze, supportato istituzionalmente dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Italiana del Farmaco, sta lavorando allo sviluppo di una campagna nazionale di informazione e sensibilizzazione sul tema delle demenze.

Metodi. I destinatari della campagna di informazione e sensibilizzazione sono le persone con demenza e i loro familiari/*caregiver*, i professionisti sanitari e sociosanitari e la popolazione generale. Per raggiungerli in modo efficace, la strategia si articola su due canali complementari: i) social media: canale d'elezione per intercettare capillarmente il grande pubblico; ii) materiali informativi dedicati: strumenti approfonditi pensati sia per chi vive direttamente la condizione, sia per i professionisti coinvolti nella cura e nel supporto. Valore fondante della campagna è il coinvolgimento attivo e partecipativo delle persone con demenza e delle loro famiglie, consultate direttamente sia nella fase di co-progettazione dei contenuti sia nell'individuazione delle migliori strategie di diffusione.

Risultati. È in corso la realizzazione di contenuti per i social media (video e post) e di materiali informativi dettagliati, disponibili sia in formato cartaceo che digitale. I contenuti approfondiranno temi chiave quali la prevenzione, la comunicazione della diagnosi, il riconoscimento dei sintomi precoci, la rete dei servizi territoriali, la gestione dei disturbi comportamentali, le terapie farmacologiche e non farmacologiche e l'adattamento degli ambienti di vita. Contestualmente, si sta definendo la strategia di disseminazione capillare sul territorio. L'avvio della campagna è stato annunciato durante la giornata mondiale contro l'Alzheimer, il 21 settembre 2026. Nel corso di tutto il 2027, la campagna verrà disseminata secondo le strategie stabilite.

Conclusioni. Per la prima volta, l'Italia promuove una campagna nazionale di informazione e sensibilizzazione sulle demenze. Un'iniziativa cruciale che recepisce le raccomandazioni del Global Action Plan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e risponde a un momento storico delicato: oggi più che mai, infatti, garantire una comunicazione istituzionale corretta, trasparente e autorevole è fondamentale per orientare e sostenere le persone con demenza e le loro famiglie.

O PORTE APERTE: VALUTAZIONE PRELIMINARE DI UN MODELLO DI COMUNITÀ

Prestia Annapaola (a), Defend Greta (b) Blanch Lorena (b)
(a) SOFIA, Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia Impresa Sociale, Gorizia
(b) Fondazione Osiride Brovedani ETS, Trieste

Introduzione. L'isolamento sociale rappresenta uno dei principali fattori di rischio modificabili per fragilità, declino cognitivo e perdita di autonomia nella popolazione anziana. Parallelamente, le strutture residenziali possono evolvere da luoghi prevalentemente assistenziali a risorse aperte al territorio. Il progetto Porte Aperte, promosso presso la Casa Albergo della Fondazione Osiride Brovedani ETS di Gradisca d'Isonzo (GO) con il sostegno della Fondazione Amplifon, sperimenta un modello organizzativo orientato all'integrazione tra residenti, cittadini e comunità. Obiettivo dello studio pilota è valutarne fattibilità, accettabilità e valutazione di implementazione.

Metodi. È stata realizzata una valutazione preliminare dell'implementazione del modello, sviluppato dalla Fondazione Osiride Brovedani ETS in collaborazione con S.O.F.I.A. – Sostenere Ogni Famiglia in Autonomia Impresa Sociale, professionisti sanitari, volontari e realtà territoriali. Il programma integra interventi non farmacologici *evidence-based* (attività motoria adattata, potenziamento cognitivo, arteterapia, ortoterapia, interventi assistiti con gli animali, passeggiate naturalistiche e attività intergenerazionali), formazione degli operatori e apertura sistematica delle attività ai cittadini over 65. La valutazione comprende indicatori di processo (numero di attività, partecipazione, continuità di frequenza e coinvolgimento della comunità), osservazioni qualitative strutturate e qualità di vita mediante questionario SF-36.

Risultati. Nei primi mesi sono stati realizzati oltre 30 interventi multidisciplinari con il coinvolgimento di residenti, cittadini over 65, operatori, volontari e bambini del territorio. L'elevata adesione (oltre 40 partecipanti complessivi), la partecipazione media di circa 10 persone per incontro e il progressivo aumento degli utenti esterni (20 cittadini coinvolti) confermano la fattibilità del modello. Le osservazioni qualitative evidenziano un miglioramento della partecipazione sociale, delle relazioni e del senso di appartenenza alla comunità. La formazione del personale ha favorito una maggiore integrazione tra attività assistenziali e iniziative di promozione della salute.

Conclusione. I risultati preliminari suggeriscono che Porte Aperte rappresenti un modello organizzativo sostenibile e potenzialmente replicabile per integrare prevenzione della fragilità, promozione della salute e contrasto alla solitudine attraverso l'apertura programmata delle residenze alla comunità. Lo studio pilota supporta l'ipotesi che la collaborazione tra Terzo Settore, professionisti e territorio favorisca comunità più inclusive e ambienti favorevoli all'invecchiamento attivo, in linea con gli indirizzi del Piano Nazionale Demenze.

O DAL VISSUTO ALL'EXPERTISE ATTRAVERSO L'INTERGENERAZIONALITÀ NEL DNC

Ferrari Arianna (a), Cosmo Chiara (a), Bortolato Silvia (b), Barbato Luigi (b), Michielin Ivano (b), Ribon Alfio (b), Torresan Federica (c), Gallo Lara (d), Gallo Livia (e)
(a) Associazione Rindola Impresa Sociale, Vicenza
(b) Gruppo Advocacy I Girasoli, Venezia
(c) Comune di Mirano, Mirano, Venezia
(d) Comune di Salzano, Salzano, Venezia
(e) Azienda ULSS 3 Serenissima, UOC Neurologia, Ospedale dell'Angelo, Mestre, Venezia

Introduzione. Relazioni, autodeterminazione, ruolo sociale e partecipazione rappresentano bisogni delle persone con Disturbo Neuro Cognitivo (DNC), accanto a quelli clinico-assistenziali. Stigma e rappresentazioni centrate sulla perdita possono favorire isolamento e marginalizzazione. In coerenza con la Linea progettuale 5 del Piano regionale 2024-2026 (Decreto Regione Veneto n. 32/2025), che promuove coinvolgimento attivo, advocacy ed esperti per esperienza, il progetto "Connettere le generazioni con il Service Learning: la forza del dialogo" ha sperimentato l'intergenerazionalità per valorizzare il ruolo attivo della persona con DNC e contrastare lo stigma.

Metodi. Il progetto, realizzato secondo la metodologia del Service Learning, ha previsto formazione sul DNC, interviste e incontri tra persone con DNC e studenti di quattro istituti, con rielaborazione e restituzione alla comunità scolastica. Il Gruppo Advocacy dei Girasoli ha partecipato come esperto per esperienza, assumendo un ruolo attivo nella costruzione e trasmissione della conoscenza: il vissuto è diventato competenza condivisa. La qualità di vita è stata valutata pre-post mediante Quality of Life in *Alzheimer's Disease* (QoL-AD). Circa 200 studenti hanno compilato questionari su conoscenze e rappresentazioni del DNC.

Risultati. Il progetto ha raggiunto 600 studenti e 12 persone con DNC. L'analisi pre-post del QoL-AD ha evidenziato un miglioramento significativo delle relazioni amicali (2,50 *vs* 3,75; $p<0,001$) e dell'umore (2,33 *vs* 2,83; $p=0,031$), con andamento favorevole nella percezione di sé e nella qualità di vita generale. La limitata numerosità campionaria richiede cautela interpretativa. Nei partecipanti è emerso un ruolo più consapevole e attivo, trasformando il vissuto in conoscenza esperienziale e risorsa per la comunità. Negli studenti, il confronto con gli esperti per esperienza ha evidenziato un'attenuazione delle rappresentazioni stigmatizzanti e un maggiore riconoscimento delle capacità e del ruolo sociale della persona con DNC.

Conclusioni. I risultati sostengono un cambio di paradigma nella presa in carico del DNC: da un modello prevalentemente assistenziale a un approccio partecipativo, nel quale la persona è riconosciuta come esperto per esperienza, soggetto attivo e co-produttore di conoscenza. L'intergenerazionalità sostiene partecipazione e qualità di vita delle persone con DNC e contribuisce al superamento dello stigma nei giovani. Questa prospettiva richiede di integrare nei percorsi di cura opportunità di autodeterminazione, partecipazione e cittadinanza, orientando i servizi verso concrete opportunità di vita e inclusione nella comunità.

O I LINGUAGGI DELL'ARTE COME STRUMENTO DI SENSIBILIZZAZIONE E CONTRASTO ALLO STIGMA

Dotta Federica, Onnis Monica, Galetti Marcello
Diaconia Valdese Torre Pellice, Torino

Introduzione. La Diaconia Valdese opera da oltre 25 anni in Piemonte nell'ambito dell'assistenza alle persone con demenza. Parallelamente all'erogazione di servizi sociosanitari diretti alle famiglie, l'ente è impegnato in percorsi strutturati di sensibilizzazione comunitaria. Tali interventi si fondano sull'impiego dell'arte e dei suoi linguaggi artistici, convinti che un approccio delicato che usi la bellezza possa facilitare la comprensione di patologie neurodegenerative, promuovere le capacità residue dell'individuo e non enfatizzare le difficoltà legate alla malattia (senza negarle), contrastando lo stigma sociale.

Metodi. Al Rifugio Re Carlo Alberto e all'interno dei progetti Comunità Amiche delle Persone con demenza, in Val Pellice e Pinerolo, sono state sviluppate molteplici iniziative culturali. L'approccio ha previsto l'utilizzo integrato di: Fotografia MiRelLa, mostra di Fausto Podavini e mostra diffusa su 80 vetrine del paese; Memoria a scatti, esposizione itinerante ad opera di una persona con decadimento cognitivo; Ogni vita è un capolavoro, ISRAA Treviso e il lavoro sulla fotografia di chi vive in RSA. Non chiamatemi Morbo, mostra interattiva multimediale sul Parkinson. Arti performative e visive: Mi Rifugio al Cinema, rassegna di cinema estivo nel giardino della RSA (2013); Danzando con Tap, spettacolo di danza intergenerazionale tratto da un libro, in collaborazione con una scuola di ballo per sensibilizzare adulti e bambini (2024); proiezioni di documentari a carattere divulgativo; rappresentazioni teatrali; concerti. *Human Forever*, documentario proiettato ad oggi in 14 regioni italiane e visto da oltre 4.000 persone di cui Diaconia Valdese ha curato la versione italiana. "Asta di beneficenza" che coinvolge le forme d'arte con artisti del territorio. Letteratura e divulgazione: presentazioni libri (I curacari di Annicchiarico e Adesso che sei qui di Veladiano) ed eventi tematici multimediali. La Val Pellice è stata sede di una edizione Off dell'Alzheimer *Fest*. Cibo e convivialità: Pranzo solidale, ogni anno, dal 2023, un rinomato ristorante della Val Pellice apre le porte della sua casa per raccogliere fondi: in cucina e in sala, persone con demenza.

Risultati e Conclusioni. Le attività hanno consentito di coinvolgere un pubblico ampio e diversificato, promuovendo il dibattito pubblico e stimolando la partecipazione attiva della popolazione. La risposta del territorio conferma come l'espressione artistica rappresenti un mediatore culturale di straordinaria efficacia. Essa permette di veicolare contenuti scientifici e sociali complessi, favorendo un cambiamento nella percezione collettiva della demenza e sostenendo l'inclusione delle persone affette da deficit cognitivi e dei loro nuclei familiari.

P BURDEN DEL *CAREGIVER* E SUPPORTO PSICOEDUCATIVO NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: STUDIO DESCRITTIVO-ESPLORATIVO E PROPOSTA DI UN MODELLO DI INTERVENTO IN OTTO INCONTRI

Bagoj Eriola, Fattobene Eleonora, Ciro Mundi, Elena Carapelle
Struttura Complessa di Neurologia Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia, Foggia

Introduzione. La malattia di Alzheimer è una patologia neurodegenerativa progressiva che compromette memoria, autonomia, comportamento e qualità di vita, coinvolgendo non solo il paziente ma l'intero sistema familiare. Il *caregiver* informale assume un ruolo centrale nella gestione quotidiana della cura, con possibili ricadute emotive, fisiche, sociali e relazionali. Il carico assistenziale non dipende esclusivamente dalla gravità del declino cognitivo, ma anche dai disturbi comportamentali, dalle strategie di adattamento, dal supporto familiare e dal significato attribuito ai cambiamenti del paziente.

Metodi. Lo studio descrittivo-esplorativo ha coinvolto 20 *caregiver* informali di pazienti con diagnosi di malattia di Alzheimer supportata da evidenza biologica, documentata mediante PET amiloide e biomarcatori del liquido cerebrospinale. Dieci pazienti presentavano demenza lieve e dieci demenza moderata. I *caregiver* sono stati valutati mediante colloquio clinico preliminare, Questionario di Zarit e *Caregiver Burden Inventory*.

Risultati. Nel campione complessivo, il Questionario di Zarit ha mostrato un punteggio medio di 31,55, con valori compresi tra 12 e 54. Il *Caregiver Burden Inventory* ha evidenziato un punteggio medio totale di 32,83, con valori compresi tra 11,00 e 58,25. La distribuzione dei punteggi ha mostrato un profilo eterogeneo: alcuni *caregiver* presentavano un carico lieve o moderato, mentre altri riportavano livelli più elevati. Un dato clinicamente rilevante riguarda la presenza di *caregiver* di pazienti in fase moderata con punteggi relativamente bassi, suggerendo che il carico percepito non aumenti necessariamente in modo lineare con la gravità della malattia.

Conclusioni. I risultati indicano che il *burden* del *caregiver* nella malattia di Alzheimer deve essere interpretato considerando non solo lo stadio clinico del paziente, ma anche adattamento progressivo, risorse familiari, significato attribuito alla cura e capacità di chiedere aiuto. Punteggi bassi in *caregiver* di pazienti moderati possono riflettere adattamento, ma anche mascherare fatica emotiva, rinuncia personale e sovraccarico non verbalizzato. La valutazione dovrebbe integrare strumenti standardizzati, colloquio clinico e osservazione longitudinale. Viene proposto un modello psicoeducativo di gruppo in otto incontri, finalizzato a promuovere conoscenza della malattia, condivisione emotiva, gestione dei disturbi comportamentali, cura di sé e utilizzo delle risorse territoriali.

P INTERVENTI NON FARMACOLOGICI RIVOLTI A PAZIENTI CON DEMENZA: L'ESPERIENZA DELLA S.C. PSICOLOGIA, ASL TO3. INTERFACCIA CON IL TERRITORIO

Bonansea Alessandro (a,b), Gallo Federica (a), Ramonda Evelin (a), Demarchi Elisabetta (a), Murgia Giada (a), Maina Paola (a)
(a) ASL TO3, Collegno, Torino
(b) SC Psicologia ASL TO3, Regione Piemonte, Torino

Introduzione. Recenti studi evidenziano come l'approccio multimodale sia la frontiera più efficace nel promuovere un invecchiamento sano e nel rallentare possibili forme di perdita funzionale. In ottica di prevenzione, l'attenzione alla socializzazione, al contrasto alla depressione e all'isolamento sociale riduce il rischio di andare incontro a un declino cognitivo patologico. La partecipazione ad attività psicosociali e di neurostimolazione in contesto di gruppo risulta efficace nel rallentare la progressione di malattia. L'ASL TO3 si pone l'obiettivo di sviluppare progetti in grado di sensibilizzare sull'invecchiamento attivo, di ridurre i fattori di rischio e contrastare la perdita funzionale.

Metodi. La fase operativa ha visto la realizzazione di tre differenti progetti. Progetto Muovi-Mente nel Distretto Area Metropolitana Nord da gennaio a maggio 2026 in collaborazione con l'UNITRE, sono stati realizzati 9 incontri che combinavano attività fisica e cognitiva, (gruppi di cammino, seguita da una sessione di stimolazione cognitiva in contesto gruppale); l'iniziativa è stata correlata a sessioni di sensibilizzazione sull'invecchiamento attivo. Palestre della Memoria attive su gran parte dei comuni del Distretto Pinerolese, in collegamento con il Servizio Innovazione Sviluppo della Diaconia Valdese, il CISS Pinerolese, i comuni e le associazioni del territorio. Si tratta di attività di gruppo rivolte a persone sopra i 65 anni, condotte da volontari, formati da neuropsicologi. Progetto Ritrovarsi al Museo in collaborazione con la Reggia di Venaria e la Fondazione Molo, sostenuto dalla Compagnia di San Paolo, ANCoS Roma & Provincia, Associazione Malati di Alzheimer e Associazione Alzheimer Piemonte. Da marzo a giugno 2026, quattro incontri di stimolazione sensoriale rivolti a persone con deterioramento cognitivo afferenti ai CDCD, attraverso stimoli artistici e naturali presenti all'interno del museo.

Risultati. Complessivamente queste attività hanno dimostrato come la dimensione gruppale e il contesto informale favoriscano un miglioramento del tono dell'umore, del legame *caregiver*-paziente e una riduzione delle alterazioni comportamentali.

Conclusioni. L'attuazione dei suddetti progetti ha evidenziato la necessità di lavorare in modo sinergico sulla dimensione sociale, emotiva, fisica e cognitiva attraverso un approccio multidimensionale, al fine di favorire un miglioramento della sintomatologia associata al disturbo neuro cognitivo e una migliore qualità di vita per i *caregiver*.

P LA RISOLUZIONE DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA NEURODEGENERATIVA DEL GENITORE DA PARTE FIGLIO *CAREGIVER*: QUALITÀ DEL FUNZIONAMENTO PSICOLOGICO

Cancellaro Elisabetta (a), Costantini Alessandro (b), Coppola Gabrielle (a)
(a) Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi Aldo Moro, Bari
(b) Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi Aldo Moro, Bari

Introduzione. Le patologie neurodegenerative rappresentano una condizione di crescente rilevanza sanitaria e sociale, con importanti ripercussioni non solo sulla persona malata, ma anche sui familiari coinvolti nell'assistenza. Il *caregiver* familiare è infatti esposto a un carico multidimensionale che può comprendere aspetti psicologici, fisici, sociali ed economici, con possibili conseguenze sul benessere psicologico e sulla qualità della vita. Sebbene la letteratura abbia ampiamente approfondito il *caregiver* burden e i fattori di rischio e protezione associati al *caregiving*, risulta ancora poco esplorato il possibile impatto traumatico della diagnosi di patologia neurodegenerativa del genitore sul figlio adulto *caregiver*. Il presente studio si propone pertanto di indagare la risoluzione o mancata risoluzione del trauma associato alla diagnosi e le sue relazioni con il funzionamento psicologico del *caregiver*.

Metodi. Lo studio ha coinvolto 25 figli adulti *caregiver* di genitori affetti da malattia di Alzheimer, demenza vascolare o altro tipo di demenza e morbo di Parkinson. Il campione era costituito da 6 uomini e 19 donne, di età compresa tra 33 e 71 anni. Ai partecipanti sono stati somministrati la Reaction to Diagnosis Interview (RDI), opportunamente adattata al contesto della ricerca, la Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), il *Caregiver* Burden Inventory (CBI) e la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). La RDI è stata utilizzata per classificare i partecipanti in due gruppi, risolti e irrisolti rispetto all'elaborazione della diagnosi. Sono stati successivamente effettuati confronti tra i gruppi mediante t-test e analisi delle associazioni con alcune variabili sociodemografiche. È stato inoltre testato un modello di mediazione volto a verificare il ruolo del burden percepito nella relazione tra risoluzione/mancata risoluzione della diagnosi e sintomatologia psicofisica.

Risultati. La RDI ha consentito di discriminare i partecipanti in 8 soggetti risolti (32%) e 17 irrisolti (68%). Non sono emerse associazioni significative tra lo stato di risoluzione e le variabili relative all'età del *caregiver*, agli anni di istruzione, all'età del genitore, all'età della diagnosi e alla durata della gestione. È invece emersa un'associazione significativa con il grado di parentela, con una maggiore frequenza di mancata risoluzione nei *caregiver* di madri rispetto ai *caregiver* di padri. Il confronto tra i gruppi ha evidenziato, negli irrisolti, livelli significativamente più elevati di somatizzazione, ossessività-compulsività, collera-ostilità, sintomi correlati allo psicoticismo e sintomatologia globale. Anche il burden assistenziale totale è risultato significativamente maggiore negli irrisolti, mentre non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente al supporto sociale percepito. Il modello di mediazione ha inoltre evidenziato che il burden percepito media completamente

la relazione tra mancata risoluzione della diagnosi e sintomatologia psicofisica: la mancata risoluzione predice un maggiore burden, che a sua volta predice una maggiore sintomatologia.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che la diagnosi di patologia neurodegenerativa del genitore possa rappresentare, per il figlio *caregiver*, un evento di rilevante impatto psicologico, la cui elaborazione risulta associata al successivo funzionamento psicologico. In particolare, i soggetti classificati come irrisolti mostrano maggiore sintomatologia psicofisica e un maggiore carico assistenziale percepito. Il burden sembra rappresentare il principale meccanismo attraverso cui la mancata risoluzione della diagnosi si associa a una maggiore sintomatologia. Lo studio evidenzia pertanto l'importanza di considerare il *caregiver* non esclusivamente come risorsa assistenziale, ma anche come soggetto potenzialmente vulnerabile, per il quale possono risultare rilevanti interventi volti all'elaborazione dell'esperienza diagnostica e alla riduzione del carico assistenziale.

P LA NARRAZIONE COME STRUMENTO DI CURA, COMPRENSIONE E SENSIBILIZZAZIONE

Dentizzi Mino, Gugliotti Chaterine, Marini Saro, Procaccini Daniela, Romolo Federica, Simone Stefania
RSA Don Carlo Pistilli, Campobasso

Introduzione. La demenza modifica non solo le funzioni cognitive della persona, ma anche le modalità attraverso cui familiari e *caregiver* interpretano comportamenti, emozioni e bisogni. Accanto all'informazione clinica, la narrazione può favorire l'accesso all'esperienza soggettiva della persona con demenza e contribuire alla costruzione di una cultura della cura maggiormente centrata sulla persona. Il Progetto Ti Ricordo Io nasce con l'obiettivo di esplorare l'utilizzo della narrazione come strumento di informazione e sensibilizzazione dei *caregiver*.

Metodi. È stato condotto uno studio pilota pre-post su 37 *caregiver* di persone con demenza. Ai partecipanti è stato somministrato, prima e dopo la lettura del volume Ti ricordo io. Storie di Alzheimer, di cura e amore quotidiano, il Questionario Progetto Ti Ricordo Io (QPTI), strumento esplorativo ad hoc di 24 item articolati in cinque dimensioni: comprensione della persona con demenza, empatia e relazione di cura, gestione delle situazioni quotidiane, esperienza soggettiva del *caregiver* e atteggiamenti verso la demenza. L'intervallo medio tra consegna del libro e valutazione post-lettura è stato di 10,27±0,93 giorni. I confronti pre-post sono stati effettuati mediante test dei ranghi con segno di *Wilcoxon*; sono stati calcolati *effect size* r e *Standardized Response Mean* (SRM).

Risultati. L'età media dei partecipanti era 52,3±8,2 anni; il 64,9% era costituito da donne e il 64,9% da figli della persona assistita. Il punteggio totale QPTI è aumentato da 67,97±4,82 a 84,43±4,82, con una differenza media di +16,46 punti (IC95% *bootstrap* 15,16–17,95; $p<0,001$), un'elevata dimensione dell'effetto ($r=0,87$) e SRM=3,78. Miglioramenti statisticamente significativi ($p<0,001$) sono stati osservati in tutte le cinque dimensioni esplorate. La variazione maggiore ha riguardato la comprensione della persona con demenza ($\Delta=+5,57$; $r=0,87$).

Conclusioni. Conclusioni I risultati suggeriscono che la lettura di una narrazione centrata sull'esperienza della demenza possa rappresentare uno strumento complementare di informazione e sensibilizzazione dei *caregiver*. Pur considerando il disegno non controllato, la limitata numerosità campionaria e la natura esplorativa del QPTI, i dati indicano la possibilità di integrare strumenti narrativi nei percorsi educativi rivolti ai *caregiver* e, potenzialmente, nelle strategie dei CDCD finalizzate alla costruzione di una cultura della demenza maggiormente centrata sulla persona. Parole chiave: demenza; *caregiver*; medicina narrativa; sensibilizzazione; *person-centred care*; CDCD.

P OLTRE LE DEMENZE: PREVENZIONE E SENSIBILIZZAZIONE PER UNA CULTURA COMUNE DELLA CURA

Gucciardino Liana (a), La Sala Paola (a), Sgarito Claudia (a), Militello Eva (a), Vullo Marta (b), Vullo Roberta (a)
(a) ASP 1 Ag, Agrigento
(b) Scuola di Specializzazione di Microbiologia e Virologia, Università degli Studi, Palermo

Introduzione. Le patologie degenerative e involutive comportano un carico emotivo complesso, dominato dalla paura del declino e della perdita di autonomia. L'angoscia e la scarsa conoscenza scientifica spingono spesso pazienti e familiari a ignorare i primi segnali, ritardando la richiesta di aiuto. Per scardinare i pregiudizi sulle demenze e costruire una rete di supporto integrata, l'UOC Malattie Psichiatriche Degenerative e Involutive dell'ASP 1 di Agrigento ha sviluppato un progetto pilota. L'obiettivo è promuovere una cultura comune della cura attraverso la collaborazione tra comunità e istituzioni sanitarie. In questo scenario, l'integrazione di figure sinergiche (medici, psicologi, biologi, sociologi) è fondamentale per decodificare i processi bio-molecolari e clinici che precedono la malattia. Intervenire tempestivamente ai primi sintomi, o agire in prevenzione primaria, è l'unica strategia efficace per rallentare l'evoluzione della patologia, pianificare interventi mirati e garantire una migliore qualità della vita.

Metodi. Il progetto ha previsto un piano di intervento multicanale articolato in tre fasi: 1) Formazione e informazione: Incontri formativi nei distretti sanitari di Agrigento e Sciacca rivolti a medici di medicina generale, *caregiver* e assistenti sociali. 2) Sensibilizzazione visiva e digitale: Diffusione di materiale cartaceo sul riconoscimento precoce dei sintomi (disturbi del comportamento, deficit di memoria) e sulla prevenzione. 3) Sportelli di ascolto e *open day*: Giornate di screening gratuito e colloqui di orientamento psicologico per le famiglie, volti a mappare i bisogni del territorio.

Risultati. L'impatto delle strategie è stato valutato monitorando gli accessi e somministrando questionari di gradimento: - Incremento delle diagnosi precoci: Si è registrato un aumento delle prime visite spontanee presso l'UOC rispetto all'anno precedente, intercettando la malattia nelle fasi iniziali. - Efficacia della formazione: Il maggiore coinvolgimento dei medici di base ha migliorato l'appropriatezza dei percorsi di invio ai servizi specialistici. - Abbattimento dello stigma: I questionari indicano che i *caregiver* si sentono meno isolati e mostrano maggiore consapevolezza nella gestione quotidiana del malato.

Conclusioni. Le strategie informative dell'ASP 1 di Agrigento dimostrano che creare una cultura comune della cura è un obiettivo raggiungibile e necessario. L'integrazione tra UOC e comunità riduce l'impatto emotivo e sociale delle demenze. Per consolidare tali risultati è fondamentale rendere permanenti i canali di comunicazione attivati, trasformando prevenzione e inclusione in standard assistenziali condivisi.

P COSTRUIRE COMUNITÀ AMICHE: L'ESPERIENZA DELL'ALZHEIMER FEST 2026 A PINZOLO

Manica Angela (a), Casanova Anna (a), Gelpi Fabrizia (a), Buganza Manuela (a), Scottini Morena (a), Stefani Silvano (b), Pederzolli Angela (c), Gilli Micaela (c)
(a) ASUIT Trento, Trento
(b) Associazione Accogliamo l'Alzheimer, Pinzolo, Trento
(c) PAT Trento, Trento

Introduzione. Il tema delle demenze è complesso poiché coinvolge aspetti sanitari, sociali, relazionali e culturali. Il Piano provinciale demenze adottato dalla Provincia autonoma di Trento per la XVII Legislatura è un impegno verso i cittadini fragili, volto a migliorare prevenzione, diagnosi e assistenza tramite una rete coordinata tra istituzioni, enti gestori e volontariato. In linea con le strategie nazionali, il Piano include l'obiettivo 6 "Sviluppare le comunità amiche delle persone con demenza" e identifica l'*Alzheimer Fest* come strumento strategico provinciale per concretizzare tale concetto.

Metodi. Il 26 settembre 2026 Pinzolo ospiterà la decima edizione dell'*Alzheimer Fest*. L'impegno nasce dal Tavolo Provinciale Demenze, coordinato dall'Ufficio integrazione sociosanitaria della PAT, con la regia delle associazioni Alzheimer territoriali. Per l'edizione 2026 la disponibilità è stata data dall'associazione Accogliamo L'Alzheimer di Pinzolo. L'obiettivo è sensibilizzare la cittadinanza attraverso l'arte e la cultura, promuovendo l'inclusione dei malati, la prevenzione e il supporto ai *caregiver*. Il titolo "Curacari e carocure" riflette sul costo economico ed emotivo della patologia. Particolare attenzione è rivolta alla dimensione educativa intergenerazionale, volta ad accrescere nei giovani l'empatia e la consapevolezza sui corretti stili di vita.

Risultati. Per la sostenibilità dell'iniziativa è nato un gruppo di lavoro multidisciplinare. L'organizzazione si avvale della sinergia della Provincia Autonoma di Trento (Politiche sanitarie e Soprintendenza), dell'ASUIT, degli enti gestori rappresentati da UPIPA, di Spazio Argento Giudicarie, dell'APSP "Abelardo Collini" e della Biblioteca di Pinzolo. Questo coordinamento è supportato da Comune e Pro Loco per logistica, amministrazione e promozione, sfruttando spazi centrali come il Pala Dolomiti e il parco adiacente. Il programma propone attività culturali, laboratori creativi e conferenze mediche, volti a sostenere pazienti e familiari in un approccio inclusivo.

Conclusioni. L'*Alzheimer Fest* di Pinzolo evidenzia l'efficacia dei modelli interistituzionali fondati sull'integrazione sociosanitaria e sull'alleanza con il Terzo Settore per la creazione di Comunità Amiche. La manifestazione si conferma uno "strumento di sanità pubblica", trasformando la gestione della malattia in un'esperienza di condivisione e crescita sociale per l'intera popolazione.

P DIAGNOSI, TRATTAMENTO DELLA MALATTIA E CURA DELLA PERSONA NELLA COMUNITÀ

Porcelli Annamaria (a), Zenzola Annalisa (b), Vinci Addolorata (a), D'Aprile Rosanna (c), Bizzoca Sara (d), Torres Francesco (a,e)
(a) CDCD DSS 13 Gioia del Colle, ASL Bari, Bari
(b) ASL Bari, Bari
(c) Sportello Alzheimer Gioia del Colle, Bari
(d) Scuola di Danza Le parole farfalle, Teatro-Danza Family, Molfetta, Bari
(e) DSS4 Altamura e ad interim, DSS13 Gioia del Colle, ASL Bari, Bari

Introduzione. La cura focalizzata sulla persona è centrale per lo sviluppo di strategie per la gestione e presa in carico dei pazienti con diagnosi di demenza a livello globale. La comunicazione della diagnosi ha una dimensione dinamica poiché ha un impatto sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità. Il Centro di riferimento per la Diagnosi precoce e Cura dei Disturbi Neuro cognitivi nel Distretto Socio-Sanitario 13 a Gioia del Colle, Bari, si occupa anche di valutazione e diffusione di trattamenti psicoeducativi, cognitivi e psicosociali. Si pone l'obiettivo di promuovere il potenziamento di un contesto di vita inclusivo dei principali aspetti bio-psico-sociali ed etici, che caratterizzano e determinano il benessere dell'individuo all'interno della comunità.

Metodi. La "presa in carico neuropsicologica" consente al clinico di lavorare sulle risorse di una persona e potenziarle anche attraverso il modellamento dell'ambiente di vita domestico e comunitario. In questa direzione si sviluppa la progettazione di iniziative di sensibilizzazione che coinvolgano una rete interistituzionale tra Azienda Sanitaria Locale, comune e associazioni all'interno di luoghi pubblici fruibili da tutta la comunità come parchi, teatri, biblioteche. La scelta di affidarsi al linguaggio universale dell'arte con lo spettacolo "Le parole farfalle", che racconta la demenza attraverso lo sguardo di un bambino, invita a guardare i segni della Malattia di Alzheimer attraverso un linguaggio non medicalizzato e accessibile a fasce di pubblico eterogenee per età e formazione culturale. Il progetto adotta un approccio integrato arte-salute, che utilizza il teatro, il movimento e la narrazione simbolica come strumenti di promozione del benessere psicologico e sociale.

Risultati. I risultati attesi prevedono diffusione di conoscenza di buone pratiche di cura empatica e centrata sulla persona; collaborazione sinergica tra Azienza Sanitaria Locale ed organizzazioni territoriali per ridefinire il concetto di 'cura' a livello comunitario; valorizzazione dell'arte come strumento in grado di incrementare la percezione di un 'felice connubio tra capacità personale e risorse del territorio'.

Conclusioni. Il Centro Diagnosi e Cura Disturbi Cognitivi e Demenze si fa promotore della diffusione e implementazione delle Linee Guida sulla Demenza e il *Mild Cognitive Impairment* attraverso la promozione di eventi di formazione e sensibilizzazione della popolazione anche di età infantile. Gli obiettivi futuri saranno quelli di contribuire a ridurre lo stigma sociale associato alla Diagnosi di Demenza e sostenere l'importanza della disponibilità di reti di supporto sociale, quali famiglie allargate, reti di volontariato e comunità.

P L'OPIFICIO DEI RICORDI INEDITI: LA FOTOGRAFIA COME DISPOSITIVO RELAZIONALE

Ratti Elisa (a), Sibillo Elisa (b), Tonini Leonardo (a), Pallotti Serena (c), Zanetti Michela (d), Mobilia Carolina (e), Fistesmaire Patrizia (c), Mazzucchi Sonia (f), Luccini Debora (g), Andreazzoli Alice (h), Di Palma Carmine (a)

(a) Aima Firenze, Didatta in Formazione presso l'Istituto di Psicoterapia Relazionale Corrado Bogliolo di Pisa, Massa
(b) G. Di Vittorio Cooperativa Sociale Onlus, Massa
(c) UOC di Continuità Ospedale Territorio, ATN, Massa
(d) CDCD Apuane, ATN, Massa
(e) CDCD Lunigiana, ATN, Massa
(f) UOC Neurologia Apuane e Lunigiana, ATNO, Massa
(g) Servizio Sociale, SdS Lunigiana, Massa
(h) Servizio Sociale Apuane, ATNO, Massa

Introduzione. Nella maggior parte degli interventi rivolti alle persone con demenza e ai loro familiari, la fotografia viene utilizzata come strumento di reminiscenza. Il presente progetto delinea un cambio di prospettiva: l'immagine non viene considerata esclusivamente come traccia della memoria, ma come dispositivo relazionale capace di generare nuove esperienze nel presente. Inoltre, si inserisce in una prospettiva di cura orientata alla promozione del benessere relazionale e alla prevenzione dell'isolamento sociale, coinvolgendo persone con demenza e *caregiver*, spesso esposti al progressivo impoverimento della dimensione sociale e affettiva.

Metodi. L'intervento è inserito all'interno di contesti gruppali già consolidati: il Caffè Alzheimer della Lunigiana e il gruppo di stimolazione socio-cognitiva "Fare Memoria" delle Apuane, afferenti ai rispettivi Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze. L'esperienza ha coinvolto 10 persone con demenza e 11 *caregiver* in un percorso mediato dalla fotografia, condotto da due psicoterapeute e da un fotografo. La presenza di una relazione gruppale ha rappresentato una risorsa favorente un clima di fiducia, ascolto e appartenenza. Nel percorso, articolato in tre incontri, è stato proposto ai partecipanti di condividere tre fotografie d'archivio significative e di esplorare in gruppo i vissuti, i ricordi e i significati personali emersi nella narrazione. Successivamente la fotografia originaria è diventata una matrice creativa per un nuovo scatto, una scultura relazionale co-costruita con i partecipanti. Infine, la nuova immagine stampata è stata consegnata ai protagonisti ed è stata ri-narrata alla luce della relazione presente.

Risultati. Il percorso ha favorito la partecipazione attiva di persone con demenza e *caregiver*. Le foto co-costruite hanno favorito l'emergere di temi centrali nella vita attuale dei partecipanti, tra cui l'elaborazione del lutto, la ridefinizione della relazione di coppia e del legame genitore-figlio dopo la diagnosi. La fotografia ha facilitato il processo di elaborazione, favorendo uno spostamento dello sguardo dal passato al presente e, talvolta, al futuro.

Conclusioni. L'esperienza ha evidenziato come le immagini del passato possano assumere un nuovo valore trasformativo: materia viva da rielaborare nella relazione. Attraverso la creazione di nuove fotografie, il pensiero creativo e la narrazione autobiografica, l'atto visivo è diventato uno strumento di risignificazione. La fotografia d'archivio si è incontrata con la

sensibilità del presente, favorendo l'emersione di nuovi significati e ricordi inediti. L'esperienza ha favorito uno spostamento dello sguardo: dalla centralità della perdita alla valorizzazione delle risorse relazionali ancora presenti.

P QUANDO L'OSPEDALE CAMBIA PROSPETTIVA: IL PERCORSO DELL'OSPEDALE DI SASSUOLO VERSO IL MODELLO DEMENTIA *FRIENDLY*

Riviera Pamela
Ospedale di Sassuolo SpA, Sassuolo, Modena

Introduzione. Per i pazienti affetti da demenza, l'ospedalizzazione si associa frequentemente a un prolungamento della degenza, a un incremento delle complicanze, a una maggiore mortalità intraospedaliera e ad un aumentato rischio di istituzionalizzazione dopo la dimissione. Ospedale e demenza sembrano rispondere a logiche opposte: se l'organizzazione ospedaliera è orientata all'efficienza, alla rapidità e alla standardizzazione dei processi, la persona con demenza necessita di tempi più lenti, ambienti riconoscibili, continuità relazionale e strategie assistenziali personalizzate. Nella Medicina Interna dell'Ospedale di Sassuolo su 2.152 pazienti ultra 65enni ricoverati nel 2025, 172 presentavano una diagnosi di demenza e 130 di *Mild Cognitive Impairment* (MCI), evidenziando la rilevanza del fenomeno nella pratica clinica quotidiana. È stato, pertanto, avviato un percorso di trasformazione organizzativa e culturale finalizzato a rendere l'ambiente di cura più accogliente e inclusivo.

Metodi. Il percorso ha previsto un programma formativo realizzato in collaborazione con la Geriatria Territoriale, che nel biennio 2025-2026 ha coinvolto oltre 130 professionisti delle aree mediche, tra cui medici, infermieri e operatori sociosanitari. Parallelamente, facilitatori e referenti aziendali hanno partecipato a percorsi specialistici promossi da Best Practice in *Dementia Care* del DSDC - *University of Stirling*. Sono stati inoltre realizzati interventi di miglioramento ambientale e organizzativo mirati a favorire l'orientamento spazio-temporale, ridurre i fattori di stress e promuovere sicurezza, autonomia e benessere durante il ricovero, attraverso una progettazione più attenta alle esigenze cognitive della persona con demenza.

Risultati. Questo percorso ha consentito all'Ospedale di Sassuolo di ottenere il riconoscimento ufficiale di *Dementia Friendly Hospital* da parte della Federazione Alzheimer Italia, collocandosi tra i primi quattro ospedali italiani a conseguire tale attestazione.

Conclusioni. L'esperienza dimostra come la costruzione di un ospedale "amico delle persone con demenza" rappresenti non solo un intervento di umanizzazione delle cure, ma una strategia organizzativa capace di migliorare la qualità dell'assistenza, favorire l'integrazione tra ospedale e territorio e rispondere efficacemente ai bisogni clinici, relazionali e assistenziali delle persone con demenza e dei loro *caregiver.*

INDICE DEGLI AUTORI

Acciarri Cristina 84
Adesso Angela Nadia 109
Allegri Nicola 75; 114
Allegrini Elisabetta 19
Ancidoni Antonio10; 59; 61; 75; 83; 85; 114; 125; 151
Andreazzoli Alice 163
Angelocola Stefania 84
Angeloni Rossano 84
Angeloro Antonella 80
Arosio Francesca 5
Bacigalupo Ilaria 10; 59; 83; 85; 87
Bagoj Eriola 24; 155
Balduino Victorino Daniella 138
Balestrini Juri 84
Bambagioni Lia 103
Barbato Luigi 153
Barocco Federica 27
Barone Eugenio 137; 138
Basso Cristina 19; 66; 79
Bastiani Patrizia 110
Bellomo Guido 10; 50; 59; 61; 85; 87
Bergamini Lucia 21
Bergamo Filippo 42
Bevilacqua Petra 21
Bianchi Caterina B.N.A. 3
Bisio Erika 17
Bizzoca Sara 162
Blanch Lorena 152
Blangiardo Marta 52
Bo Mario 123
Boccardi Virginia 110; 138
Boffelli Stefano ... 7; 42; 89; 95; 100; 107
Bombardi Andrea 7; 89; 95; 100; 107
Bonanni Rita 74; 91
Bonansea Alessandro 80; 156
Bonora Annalisa 21
Bordignon Alessandra 92
Borgogni Tiziano 113
Bortolas Lara 109
Bortolato Silvia 153
Boschi Federica 6
Boscolo Anzoletti Aurora 79
Bosone Daniele 75; 114
Bottiroli Sara 75; 114
Bottoni Alessandro 29; 30; 31; 54; 80; 93
Bove Angela 124
Bruni Amalia Cecilia 8; 106
Bruno Giuseppe 65
Bucci Cecilia 132
Buccini Luca 138
Bufali Maria Vittoria 73
Buganza Manuela 63; 161
Buonocunto Francesca Antonella 57
Burgio Caterina 123
Buscarnera Simona 55; 65
Cacioppo Federica 102
Caffarra Paolo 122
Cagnina Elisa 117
Calatozzolo Chiara 140
Callegari Chiara 150
Calvani Riccardo 138
Camplone Ilaria 6; 99
Campo Francesca 112
Camporese Giulia 19
Canazza Alessandra 140
Cancellaro Elisabetta 157
Candura Stefano Massimo 56
Canese Rossella 133; 135; 142
Canevelli Marco 40; 65
Capozzi Claudio 29; 30; 31; 54; 93
Capozzo Rosa 57
Capra Dasi 25
Caracciolo Giulio 138
Carapelle Elena 24
Carbone Elena 125; 142
Cardinali Patrizio 84
Carfì Angelo 138
Carullo Beatrice 96
Casanova Anna 63; 161
Castellino Manuela 17; 74; 94; 116
Ceccarelli Emiliano 52
Cecchetti Roberta 110; 138
Ceccon Anna 19; 92

Cerami Chiara 8; 106
Chiloiro Roberta..... 57
Ciccola Alessia..... 84
Cinquemani Tiziana 102
Ciro Mundi..... 155
Codemo Alessandra..... 66
Coltelli Maila 74
Cono Giulia..... 7; 95; 107
Conte Annamaria..... 80
Contoli Benedetta 40
Coppola Gabrielle 157
Cordella Paola 132
Cordori Chiara..... 112
Corni Maria Giulia 21
Cosmo Chiara..... 153
Costa Alfredo..... 75; 114
Costa Valentina 96
Costantini Alessandro 157
Cova Ilaria..... 40
Crestini Alessio 125; 133; 135; 142
Croci Luca..... 44
Cutaia Chiara..... 77
D'Aprile Rosanna..... 162
D'Errico Mariarosaria 133
Dalla Valle Luciana..... 21; 25
Davin Annalisa..... 140
De Luca Gabriele 133; 135; 142
Defend Greta..... 152
Del Signore Federica..... 77
Della Gatta Francesco10; 59; 61; 83; 85; 87
Demarchi Elisabetta 156
Dentizzi Mino 159
Devilli Adele..... 39
Di Domenico Fabio..... 137; 138
Di Fiandra Teresa..... 4; 10
Di Gerlando Rosalinda..... 131
Di Palma Carmine..... 163
Di Rienzo Sabrina 24
Di Vincenzo Marta..... 80
Diana Carmela..... 94
Diana Sofia..... 55; 65
Digiorgio Paola 124
Distaso Eugenio 57
Doci Mimoza..... 39; 97
Dotta Federica 154
Dragoni Francesca 131
Elena Carapelle 155
Elia Monica.....112
Fabbri Monia..... 21; 25
Fabrizi Elisa10; 16; 59; 61; 75; 83; 85; 87; 114; 125
Faccio Lucilla 55; 65
Farina Michele 149
Fascendini Sara 27
Fattobene Eleonora 155
Favatella Irene.....98
Fazeli Elnaz.....144
Ferrari Arianna.....153
Ferrari Clarissa..... 7; 95
Ferrari Riccardo Rocco.....131; 140
Fistesmaire Patrizia.....163
Florian Grond.....38
Fontanari Anita 63
Fontanella Anna.....112
Fonte Enrico.....109
Fontolan Sara 17
Forconesi Fabrizio 84
Formaggio Francesca 112
Fortini Paola.....133
Francesca Muzzi 91
Francesconi Francesca 99
Fratini Federica 138
Gabelli Carlo.....66
Gainotti Sabina.....127
Galeotti Francesca.....121
Galetti Marcello 154
Gallo Federica.....156
Gallo Lara 153
Gallo Livia 153
Gallo Stefania 112
Gelpi Fabrizia 63; 161
Gilli Micaela 161
Giordano Leonardo 102
Giovani Daniele 17
Girolimetti Giulia.....132
Giuli Cinzia.....84
Giuliano Anna.....80
Gnisci Cristina 145
Gonella Silvia 72
Gottardi Federica 7; 89; 95; 100; 107
Govoni Stefano.....75; 114

Grassi Vanna 112
Grinta Roberto..... 84
Guaita Antonio..... 77; 131; 140
Guarneri Bina Claudia..... 102
Guazzarini Anna Giulia 58; 110
Gucciardino Liana..... 45; 102; 160
Gugliotti Chaterine..... 159
Gustinetti Valeria 27
Ianni Andrea..... 116
ImmiDem study group 40
ImmiDem study network..... 40
Iorio Egidio 133
Iozzelli Dario..... 28; 103; 113
Ivaldi Claudio..... 116
Izzicupo Fabio 127
Karjalainen Sari..... 104; 105
Keller Karin 75; 114
Keven Lee 38
Konstantinoudis Garyfallos..... 52
La Sala Paola..... 45; 102; 160
Lacorte Eleonora 10; 15; 125
Laganà Valentina 8; 106
Lanzillotta Simona 138
Lasinio Giovanna Jona..... 52
Lazzarino Margherita..... 116
Le Rose Domenica 109
Leandri Emanuele 29; 30; 31; 54; 93
Lesca Adriana..... 123
Librobuoni Noemi..... 32
Licursi Maria..... 66
Lignini Giorgio..... 80
Lionello Vladimiro..... 77
Locatelli Giulia..... 77
Locuratolo Nicoletta..... 9; 10; 59; 125
Lodi Raffaele..... 51
Lombardo Flavia 10
Lorenzini Patrizia.... 10; 83; 85; 116; 125
Losacco Annalisa 107
Luccini Debora..... 163
Luglio Simone..... 150
Luppi Chiara 123
Maestri Giorgia 40
Maina Paola..... 156
Maiolo Francesca 125
Maiorano Martina..... 93
Malerba Giuseppina..... 80
Manassero Gisella.....17
Mancinetti Francesca.....58; 110
Mancini Giovanni 145
Mandosi Miriam 80
Manica Angela.....63; 161
Manni Barbara 6; 21; 99
Mantuano Loredana.....17
Marano Giuseppe 127
Marco Canevelli.....37
Mareschi Francesco.....32
Margilio Benedetta.....77
Margiotta Monica..... 31; 54; 93
Marianetti Massimo29; 30; 31; 54; 80; 93
Marietti Dario 113
Marini Saro 159
Martis Ilaria.....21
Marzetti Emanuele.....138
Massaia Massimiliano 123
Matascioli Fabio.....85
Mazzola Monica..... 59; 87
Mazzon Andrea.....40
Mazzucchi Sonia.....163
Meazza Sabrina.....97
Meccia Ettore.....133
Mecocci Patrizia..... 58; 110; 138
Medici Valentina.....140
Melissa Park.....38
Menia Timoftica Claudia 109
Micheli Loredana.....113
Michielin Ivano.....153
Militello Eva 45; 160
Minelli Giada 52
Minucchi Evelyne 131
Mobilia Carolina 163
Montalti Stefano..... 7; 89; 95; 100
Montesano Fernanda.....109
Morbelli Silvia Daniela.....123
Morleo Claudia 57
Morson Silvana 8; 106
Mundi Ciro.....24
Mura Francesco.....138
Murasecco Ilaria.....110
Murasecco Ilenia 58
Murgia Giada 156
Musca Carmen 111
Muscia Davide 112

Nikaj Alida 117
Notarnicola Elisabetta 73
Nuti Filippo 40
Onnis Monica 154
Orlandi Giulia 32
Orzelleca Mariaines 29; 30; 31; 54; 93
Padovani Martina 38
Pafundi Teodosio 21
Pagani Elena 21; 25
Pagnotta Sara 137; 142
Pallotti Serena 163
Palombelli Gianmauro 135
Palummeri Ernesto 116
Pani Sara Maria 59; 87
Pantoni Leonardo 40
Parlanti Eleonora 133
Pascucci Luisiana 32
Pecorari Chiara 55; 65
Pederzolli Angela 161
Pegoraro Stefano 66
Pelazza Carola 24
Pellegrini Elisa 131
Pelucchi Loris 112
Perluigi Marzia 137; 138
Perna Giusi 74
Perobelli Eleonora 73
Perotta Marco Daniele 40
Perrone Federica 125; 133; 142; 144
Persello Silvia 58; 110
Petrini Carlo 127
Piazza Carlotta 66
Pica Martina 30; 31; 54; 93
Picca Anna 138
Picciafoco Laura 77
Pichler Roberta 63
Pieri Sergio 113
Pirani Alessandro 66
Piscopo Paola 125; 133; 135; 142
Pizzoni Luca 145
Poloni Tino Emanuele 131; 140
Pomati Simone 40; 56
Porcelli Annamaria 146; 162
Porrello Mariacristina 59; 87
Possenti Mario 5
Potier Marie-Claude 138
Presta Roberto 123
Prestia Annapaola 152
Procaccini Daniela 159
Quaglino Giuseppa 109
Ramonda Evelin 80; 156
Ratti Elisa 163
Ribon Alfio 153
Ricceri Laura 133; 135; 142
Ricchi Barbara 21
Ricci Monica 58; 110
Ricucci Michaela 123
Rinaldi Giuseppe 57
Riva Luciana 127
Riviera Pamela 165
Rizzo Bartolo 131
Rocchetti Adele 9
Rochas Giorgia 80
Roglia Daniela 17
Rolandi Elena 49; 77
Rolfi Lucrezia Romana 137
Romano Elisabetta 21
Romano Roberta 132
Romolo Federica 159
Rosari Mattia 29; 30; 31; 54; 80; 93
Rosi Alessia 75; 114
Rossi Cristina 21
Rossi Michele 131; 140
Rossi Mirko 85
Rossini Ersilia 80
Ruaro Cristina 66
Ruggiero Carmelinda 110
Russo Pierluigi 121
Russo Spena Tiziana 82
Russo Valentina 145
Salati Emanuela 65
Salemme Simone 59; 61; 87
Salvi Emanuela 85
Salzillo Martina 55; 65
Samorini Nadia 21; 25
Sangiorgi Daniela 23
Sbriccoli Marco 133; 142
Scamosci Michela 58; 110
Scattoni Maria Luisa 9
Sciancalepore Francesco 10; 61; 83; 85; 116
Scottini Morena 161
Scoyni Raffaella Maria 32

Secreto Piero 17; 94; 116
Selvaggi Francesca..... 103
Serbelloni Giulia 29; 30; 31; 54; 93
Servidei Giacomo..... 116
Sgarito Claudia..... 45; 160
Sgroi Daniela..... 32
Sibillo Elisa..... 163
Simone Stefania 159
Simonelli Marta..... 116
Simonelli Valeria 133; 135; 142
Siviero Paola 7; 89; 95; 100
Sommella Valeria..... 138
Stefani Silvano 161
Stella Edelweiss..... 114
Stella Eloisa..... 79
Stoppa Giorgia 52
Svensson Di Giorgio Sofia..... 112
Talato Fabiola 66
Tamburini Cristina 3
Tancredi Antonietta..... 84
Tanzini Elisa 103
Tecchio Veronica 58; 110
Teofili Giulia..... 55; 65
Terracciano Maria Eva..... 24
Tiberi Riccardo..... 84
Tinti Maria Giulia 145
Toaldo Anna..... 42
Toccaceli Blasi Marco..... 55; 65; 144
Tonini Leonardo..... 163
Torreri Paola 9
Torres Francesco 146; 162
Torresan Federica..... 153
Toscano Paola 92
Trabucchi Marco 89; 95; 100
Tramutola Antonella 137; 138; 142
Tronca Luigi 71
Trunfio Daniela.....80
Turella Giulia..... 55; 65
Uboldi Sara 80
Vaccari Giulia 21
Vaccaro Roberta.....85
Vanacore Nicola8; 9; 10; 40; 52; 59; 61; 75; 83; 85; 87; 106; 114; 116; 125; 133; 135; 142
Varetto Silvia 80
Venturelli Emanuela 6; 99
Veronese Nicola.....42
Veschi Mara.....21
Vincenti Annalory.....124
Vinci Addolorata.....146; 162
Virtuoso Salvatore 112
Vitali Silvia 77
Viti Valeria 27
Vitiellio Wilson.....32
Vullo Marta.....45; 160
Vullo Roberta..... 45; 102; 160
Yuksekel Idil.....138
Zagaglia Elena 80
Zambianchi Valentina.....117
Zamboni Marta 39
Zanarella Lara 79
Zanetti Michela 163
Zannella Patrizia.....17
Zecca Valentina 135
Zennaro Giorgia.....42
Zenzola Annalisa 146; 162
Zilio Manola 92
Zotta Michela.....123
Zulli Barbara.....138

Serie ISTISAN Congressi
ottobre-dicembre 2026 (n. 4) 1° Suppl.

Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica - Istituto Superiore di Sanità

Roma, novembre 2026