



ISTISAN CONGRESSI 17 | C5

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

11° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 23-24 novembre 2017

RIASSUNTI

A cura di
I. Bacigalupo, A. Di Pucchio, P. Ruggeri e N. Vanacore



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

11° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 23-24 novembre 2017

RIASSUNTI

A cura di
Ilaria Bacigalupo (a), Alessandra Di Pucchio (a),
Paola Ruggeri (b) e Nicola Vanacore (a)

(a) *Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute*
(b) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci*

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
17/C5

Istituto Superiore di Sanità

11° Convegno. Il contributo dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze nella gestione integrata dei pazienti. Roma, 23-24 novembre 2017. Riassunti.

A cura di Ilaria Bacigalupo, Alessandra Di Pucchio, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore
2017, vii, 114 p. ISTISAN Congressi 17/C5

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

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

Istituto Superiore di Sanità

11. Congress. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients. Rome, November 23-24, 2017. Abstract book.

Edited by Ilaria Bacigalupo, Alessandra Di Pucchio, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore
2017, vii, 114 p. ISTISAN Congressi 17/C5 (in Italian)

Dementias are a public health priority and the World Health Organization presented, in May 2017, the Global Dementia Plan. Italy has a National Dementia Plan (NPD) since 2014, renamed the Alzheimer Evaluation Units (Unità Valutative Alzheimer) as Centers for Cognitive Disorders and Dementias and underlined the need of organizing them taking into due consideration both integrated management and the definition of dedicated clinical pathways. The Congress aims at gathering and reporting prevention, clinical and research activities carried out by the structures that, within the Italian National Health System, are dedicated to the management of patients with dementia and their families.

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

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

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

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

Citare questo documento come segue:

Bacigalupo I, Di Pucchio A, Ruggeri P, Vanacore N. (Ed.). *11° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 23-24 novembre 2017.* Riassunti. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2017 (ISTISAN Congressi 17/C5).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

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

Direttore Responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Paola De Castro e Patrizia Mochi*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2017

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	vii
Riassunti	1
Indice degli autori	111

PROGRAMMA

Giovedì 23 novembre

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

Prima sessione

STRATEGIE DI PREVENZIONE

Moderatrice: T. Di Fiandra

- 9.20 *La prevenzione dei disturbi cognitivi e delle demenze*
A. Di Pucchio
- 9.50 *Stima dei casi evitabili di demenza in Italia*
F. Mayer
- 10.20 *Progetto Gray Matters Roma: analisi del follow-up a 4 mesi di uno studio-intervento di prevenzione del deficit cognitivo*
S. Eleuteri
- 10.40 *Vulnerabilità ambientale nei disturbi cognitivi: strumenti di valutazione e misurazione*
C. Vico
- 11.00 *Percorsi di cura e di assistenza integrati per le demenze in Europa: predisposizione di un'indagine nei setting della medicina generale*
F. Petrazzuoli

Seconda sessione

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI

Moderatore: C. Mariani

- 11.25 *La diagnosi differenziale dei disturbi cognitivi e delle demenze*
S. Pomati
- 11.55 *Il costrutto della fragilità nell'approccio ai disturbi cognitivi*
G. Grande
- 12.25 *Associazioni tra frailty index e atrofia cerebrale:
evidenze dal registro Tredem*
M. Gallucci
- 12.45 *Marcatori liquorali nel work up diagnostico
della demenza di Alzheimer*
G. Magnani
- 13.05 *Microrna e mild cognitive impairment: una revisione sistematica*
P. Piscopo
- 13.25 *Discussione*
- 13.35 *Lunch e discussione poster*
- 14.35 *Discussione poster in aula*
Moderatore: N. Vanacore

Terza sessione

APPROCCIO PSICO-SOCIALE, EDUCAZIONALE E RIABILITATIVO

Moderatrice: M. Gasparini

- 15.40 *Umanizzazione degli spazi di cura*
G. Darvo
- 16.10 *Nuovo modello di welfare per le persone affette da demenza.
Il progetto IN.TE.SE: la base per la creazione di una comunità accogliente*
A. Ferrari
- 16.30 *Caregiver burden: metodo di valutazione nella Memory Clinic di Bolzano*
L. Valzolgher

16.50 *Gestione delle urgenze comportamentali in anziani affetti da demenza presso CDCD Modena*
B. Manni

17.10 Discussione

17.25 Chiusura della giornata

Venerdì 24 novembre

Quarta sessione

POLITICHE SOCIO-SANITARIE

Moderatrice: A. Di Pucchio

9.00 *Un update delle politiche internazionali e nazionali*
T. Di Fiandra

9.30 *La AUSL di Modena come esempio di best practice nella demenza*
A. Fabbo

10.00 *Sviluppo del piano regionale demenze e nuovo modello lombardo di presa in carico*
C. Maffezzoni

10.20 *Avvio dei CDCD nelle aziende sociosanitarie liguri*
W. Locatelli

10.40 *Analisi del modello organizzativo dei CDCD in Emilia-Romagna dopo il recepimento del piano nazionale demenze*
A. Carafelli

11.00 *PND. 2.1 "Implementazione di un percorso di cura/pdta per la gestione integrata" delle demenze in medicina generale: esperienze propedeutiche*
A. Pirani

Quinta sessione

II CONSENSO INFORMATO NELLA PRATICA CLINICA

Moderatore: C. Pasetti

11.25 *Aspetti metodologici nella valutazione della competenza*
G. Gambina

- 11.55 *Directive anticipate e demenza: un connubio ancora eticamente controverso*
C. Pasetti
- 12.25 *Disciplina sugli istituti giuridici di protezione nell'ambito sanitario*
E. Luzi
- 12.45 *Anziani al volante e demenza. Riconoscimento della segnaletica stradale, risoluzione di incroci e analisi delle abilità esecutive e visuo-costruttive*
A. Lacerenza
- 13.05 *Consenso, nutrizione e demenza terminale*
G. Scala
- 13.25 Discussione
- 13.35 Lunch e discussione poster
- 14.35 Discussione poster in aula
Moderatore: N. Vanacore

Sesta sessione

APPROCCIO FARMACOLOGICO

Moderatore: N. Vanacore

- 15.40 *I farmaci in sperimentazione nella demenza*
V. Mantua
- 16.10 *Il profilo beneficio rischio degli anticorpi monoclonali in sperimentazione: evidenze dalla letteratura*
E. Lacorte
- 16.40 *Validità esterna degli studi clinici sulla malattia di Alzheimer: l'impatto di fragilità e invecchiamento biologico*
F. Quarata
- 17.00 *Nuclei specialistici Alzheimer in residenze protette: esperienza della Regione Umbria*
M. Conestabile della Staffa
- 17.20 Discussione generale
- 17.30 Chiusura del Convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al XI Convegno “Il contributo dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze nella gestione integrata dei pazienti”. Alcuni di questi, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale e sono indicati con una O.

Per comodità di consultazione gli abstract sono presentati in ordine alfabetico del primo autore. Alla fine del lavoro è comunque incluso un indice di tutti gli autori di ogni singolo contributo.

Riassunti

PREVALENZA DELLA DEMENZA IN EUROPA

Bacigalupo Ilaria (a), Mayer Flavia (a), Lacorte Eleonora (a), Di Pucchio Alessandra (a), Marzolini Fabrizio (a), Canevelli Marco (b), Di Fiandra Teresa (c), Vanacore Nicola (a)

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

(b) *Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

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

Introduzione. La Commissione europea ha finanziato, con lo scopo di valutare la prevalenza della demenza, tre progetti: EURODEM, EuroCoDe, Alcove. I tre progetti hanno utilizzato studi condotti in Europa tra il 1980 e il 2011 con differenti criteri diagnostici. Lo scopo del presente studio è di effettuare un'analisi *pool* dei dati di prevalenza con studi condotti tra il 2011 e il 2017 e, con gli studi selezionati nei due progetti EuroCoDe e Alcove considerando il criterio diagnostico e la qualità degli studi.

Materiali. È stata eseguita una ricerca su PubMed, applicando la stessa stringa adottata da EuroCoDe e Alcove. Nell'analisi *pool*, comprendente anche gli studi selezionati da EuroCode e Alcove sono stati inclusi solo gli studi che utilizzavano il DSM IV. Gli studi inclusi sono stati valutati qualitativamente utilizzando i criteri *Alzheimer Disease International*. Inoltre è stata calcolata anche il tasso di prevalenza standardizzato in base al sesso e all'età, usando come riferimento la popolazione europea al 1 gennaio 2016.

Risultati. La ricerca bibliografica condotta tra il 2011 e il 2017 ha identificato 2.456 record, di cui 4 sono stati selezionati per l'inclusione. In totale per l'analisi *pool* dei dati di prevalenza abbiamo inizialmente incluso 15 studi (3 provenienti dall'aggiornamento della letteratura, 3 da Eurocode, 9 da Alcove). La mediana della qualità degli studi secondo i criteri ADI è risultata 7. Per il calcolo della prevalenza sono stati inclusi 9 lavori (qualità ≥ 7). Tutti gli studi sono stati pubblicati in Europa (3 Italia, 3 Spagna, 1 Regno Unito, 1 Lussemburgo, 1 Svezia) negli anni 2002-2015 e sono stati arruolati 18.190 partecipanti, di cui 2.137 con demenza. L'analisi *pool* dei dati ha permesso di calcolare i seguenti tassi di prevalenza per le donne: 1,2% (65-69 anni), 2,3% (70-74 anni), 6,1% (75-79 anni), 14,1% (80-84 anni), 28,3% (85-89 anni), 46,6% (≥ 90 anni). Il tasso di prevalenza degli uomini è invece pari a: 1% (65-69 anni), 2,5% (70-74 anni), 5,5% (75-79 anni), 10% (80-84 anni), 18,1% (85-89 anni), 33,2% (≥ 90 anni). Il tasso di prevalenza globale di demenza in Europa risulta essere dell'11,7% nei soggetti di età >65 anni (95% CI 9,7% -12,3%), mentre il tasso di prevalenza standardizzato per età e sesso è del 7,96% (95% CI 7,94% -7,98%).

Conclusioni. Il monitoraggio della prevalenza della demenza è essenziale, da un punto di vista della salute pubblica, per pianificare e organizzare servizi sanitari e sociali e valutare l'impatto delle possibili strategie di prevenzione. Nell'eseguire la nostra analisi abbiamo preso in considerazione due delle principali fonti possibili di eterogeneità, cioè i criteri diagnostici e la qualità metodologica dello studio.

STIMOLAZIONE COGNITIVA OLISTICA IN UN TRATTAMENTO INDIVIDUALE: CASE REPORT SU UNA PAZIENTE CON PROBABILE AD

Bagoj Eriola, De Astis Angela, Mundi Ciro
Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti, Foggia

Introduzione. La stimolazione cognitiva ha lo scopo di massimizzare le funzioni cognitive ma anche di preservare ruolo e autonomia nel proprio ambiente. Per la persona affetta da Malattia di Alzheimer la necessità di adattarsi al proprio ambiente è continuamente necessario. A tale scopo una stimolazione cognitiva globale è importante in quanto non attiva solamente le funzioni cognitive, ma abbraccia anche tutto il campo delle disfunzioni emotive, personali e sociali. Lo studio qui descritto si propone di valutare gli esiti di un trattamento riabilitativo individualizzato, con un approccio globale in una paziente con Probabile Malattia di Alzheimer.

Metodi. La paziente P.A. (67 anni, scolarità 17 anni) con diagnosi di AD probabile-NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*) dopo un esame neuropsicologico, è stata sottoposta a un percorso di stimolazione cognitiva: *training* cognitivo individuale, sostegno psicologico e dell'autonomia. La paziente ha partecipato attivamente a 32 sessioni di riabilitazione cognitiva (tre volte a settimana). Ogni sessione prevedeva esercizi specifici di stimolazione cognitiva (orientamento spazio-temporale e autobiografico, memoria, attenzione, funzioni esecutive e linguaggio) e sostegno psicologico. Al termine del ciclo di riabilitazione cognitiva la paziente è stata sottoposta ad un *follow-up* neuropsicologico.

Risultati. Dal confronto dei punteggi, corretti per età e scolarità, ottenuti ai singoli test pre e post-trattamento, si è ottenuto un miglioramento, in termini di passaggio da prestazione deficitaria a prestazione nella norma, nel *Clock Drawing Test* (da 3 a 8), nel Test di Memoria di Prosa (da 0 a 4,9); e nel test di denominazione BADA (da 56% a 86%); nelle Matrici Attentive la prestazione, inizialmente deficitaria, è rientrata ai limiti di norma (da 24,75 a 35,75). Pur restando deficitari, i punteggi ottenuti ai test di *Mini Mental Examination Scale* (da 12,2 a 21,2), *Frontal Assessment Battery* (7,2 a 13,2), 15 Parole di REY (immediata da 16,5 a 25,5), Fluenza per Categoria (da 4,3 a 6,25), Figura di Rey (copia), *Digit Span* sono risultati più elevati rispetto a quelli ottenuti alla prima valutazione. Le autonomie di vita quotidiana sono altresì migliorate con un lieve innalzamento nelle ADL (da 4 a 5) e IADL (da 3 a 4).

Conclusioni. Il trattamento riabilitativo individuale e olistico applicato a una paziente con Probabile Malattia di Alzheimer, ha permesso di evidenziare un miglioramento significativo delle prestazioni cognitive, di quelle comportamentali e dell'autonomia personale. Questo dato ci conferma che la stimolazione cognitiva non deve essere considerato con il solo mero scopo di rallentare la degenerazione delle funzioni cognitive, ma come riattivazione globale della persona, delle capacità residue, nonché della riorganizzazione delle stesse al fine di massimizzare le risorse disponibili.

RIFLESSIONI SUL PROCESSO DIAGNOSTICO IN UN CASO DI ENCEFALITE LIMBICA PARANEOPLASTICA

Bisogno Alfredo, Giordano Bernardo

ASL Salerno Dipartimento Salute Mentale, UO Salute Mentale DS 63 e UVA cod 76
Campania Cava de' Tirreni, Salerno

Introduzione. Ancor oggi il metodo clinico e l'osservazione fenomenologica rappresentano per il clinico un'opportunità insostituibile per dirimere il quesito diagnostico e, nello stesso tempo, evitare richieste di esami complessi oltre che costosi ed inappropriati.

Metodi (Descrizione del caso clinico). Il soggetto, di anni 75, ex-imprenditore, si è presentato meno di un anno fa alla nostra osservazione con sintomatologia caratterizzata dalla comparsa, in un arco temporale di circa sei mesi, di irascibilità, disinibizione ed intolleranza verso familiari ed accidenti, preceduta da disinteresse per le attività che routinariamente lo impegnavano e dalla tendenza a dimenticare. Da qualche mese era comparso un tremore bilaterale agli arti superiori, accentuato dal movimento, ma il paziente era stato, in precedenza, trattato esclusivamente con aloperidolo 2 mg/die per i disturbi comportamentali che, nel frattempo, si erano accentuati. Aveva praticato una TC cranio cerebrale che mostrava, oltre che un sistema liquorale ventricolo-cisternale ampio da atrofia cortico-sottocorticale, un'ipodensità in sede corticobasale bilaterale, più evidente a destra. Successivamente comparvero movimenti mioclonici dei muscoli facciali a sinistra e, ad una verifica EEG, fu evidenziata la comparsa di punte in sede temporale. Il paziente non si presentava collaborante alle prove del *Mini Mental Examination Scale* o di altro test, mostrando però una evidente compromissione delle funzioni cognitive.

Risultati. Si ritenne appropriato prescrivere una PET (*Positron Emission Tomography*) con 18-FDG *Total Body*, che in sintesi rivelò: "accumulo del tracciante a livello della regione retto-sigmoidea. A livello encefalico si evidenzia riduzione dell'attività metabolica a livello delle regioni temporo-parietali e frontali, con conservata attività metabolica in sede rolandica". Fu posta diagnosi di encefalite cronica su possibile base paraneoplastica e il paziente fu ricoverato presso centro specializzato neurologico, anche per il trattamento della neoplasia di origine e la conferma anticorpale della malattia.

Conclusioni. Ancora una volta anamnesi (lasso temporale di comparsa ed istituzione dei sintomi), osservazione fenomenicamente meticolosa dei disturbi del movimento associati ed evoluzione del quadro clinico complessivo possono contribuire a orientare efficacemente la diagnosi, ancorché caratterizzata da elementi potenzialmente fuorvianti, giustificando il ricorso agli esami strumentali più mirati e dirimenti ai fini del processo valutativo.

I CENTRI PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE IN LOMBARDIA: OBIETTIVI CONDIVISI

Bologna Fabiola

Neurologia, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Introduzione. Il Piano Nazionale Demenze (PND) è il documento che ha introdotto la strategia nazionale di indirizzo per la promozione e il miglioramento degli interventi. I Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) si organizzano nella logica della gestione integrata e della costruzione di percorsi assistenziali. La riforma sanitaria in Lombardia per i pazienti cronici e fragili ha come obiettivo quello di eliminare la frammentazione nel percorso attraverso il PAI (Piano di Assistenza Individuale).

Discussione. Il modello di gestione integrata necessita di strumenti per identificare i pazienti nelle varie fasi di malattia, di collaborazione tra specialisti coinvolti nella gestione, di sistemi informativi di supporto, di formazione e aggiornamento. I questionari distribuiti ai pazienti e ai *caregiver* con richiesta di suggerimenti per il miglioramento del servizio fornito hanno evidenziato la necessità di programmi di informazione ed educazione sulla gestione della malattia nelle varie fasi e di un contatto telefonico e via web. I nostri dati dimostrano che il neurologo prende in carico il paziente come *Clinical Manager* per la patologia e *Case Manager* per la gestione globale del percorso per il paziente e i familiari con un notevole carico di lavoro. Nella riforma Sanitaria Lombarda questi ruoli sono condivisi tra un *Clinical Manager* che deve progettare il PAI e un *Case Manager*, figura sanitaria come l'infermiere esperto, che mantiene i contatti con il paziente e la famiglia e ne intercetta le necessità. L'esperienza del neurologo è determinante per l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, per l'uniformità delle prestazioni, per un costante adattamento alla realtà specifica e per la verifica dei miglioramenti gestionali. La definizione di nuovi ruoli potrebbe essere una risorsa per la suddivisione di mansioni specifiche.

Conclusioni. La presa in carico del paziente necessita di una serie di elementi: un canale di accesso nel sistema di assistenza sanitaria, una valutazione globale del bisogno, un piano di cura per stadi assistenziali adattati alla situazione specifica, una definizione chiara dei ruoli e di responsabilità. L'erogazione dei servizi necessita di una definizione di strumenti e pratiche per accompagnare il paziente lungo il percorso e di un sistema informativo di supporto che comunichi con tutti gli attori del percorso e che sia in grado di raccogliere indicatori di qualità e di esito. La presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico-sociale si realizza superando la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra sanitario e socio-sanitario. Il PAI ha l'obiettivo di coordinare tutti gli interventi necessari per assicurare continuità assistenziale al paziente.

AD OGNI STAGIONE LA SUA SFUMATURA. DAGLI INTERVENTI TERAPEUTICI ALLA QUOTIDIANITÀ: NUOVE PROSPETTIVE SPERIMENTALI NEL LAVORO CON LA DEMENZA E L'ALZHEIMER

Bresciani Simona, Ferronato Valentina, Eliotropio Stefania, Viola Patrizia
Fondazione Pia Opera Ciccarelli onlus, San Giovanni Lupatoto, Verona

Le residenze Arcobaleno e Policella sono specializzate nell'accoglienza di persone affette da demenza con disturbi comportamentali, sempre più fragili dal punto di vista cognitivo ed emotivo. Negli ultimi anni si è manifestata la necessità di strutturare una serie di interventi mirati e specifici per questa tipologia di utenza che potessero divenire collegamento dinamico e costante con la quotidianità nella quale ogni soggetto è inserito e ne è parte integrante. Le educatrici e le musicoterapiste, sempre in dialogo costante con l'équipe multidisciplinare, hanno così avviato una stretta collaborazione per progettare, implementare e valutare attività capaci di ridurre i disturbi del comportamento, creare "l'ambiente arricchito", favorire la percezione del contesto, instaurare relazioni positive nella cura quotidiana. Da una parte si è reso necessario un attento e peculiare lavoro sull'ambiente inteso come sistema integrato di aspetti architettonici, organizzativi e relazionali. Questo progetto agisce prima di tutto sul contesto, con l'obiettivo di promuovere cambiamenti, rendendo stimolante e partecipe l'ambiente fisico. È in questo contesto che si inseriscono le terapie non farmacologiche quali interventi che si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona allo scopo di promuoverne il benessere psicofisico. Nel laboratorio "La musica dei colori" viene creato uno spazio visivo ("bagno di colore") e acustico nel quale la persona può sentirsi bene. Attraverso la sinestesia, ossia la "contaminazione" dei sensi nella percezione, abbiamo la possibilità di percepire i colori espressi musicalmente in suoni e viceversa. La valutazione dell'efficacia avviene attraverso la rilevazione della frequenza cardiaca e il monitoraggio del comportamento prima, durante e dopo ogni intervento. L'equilibrio dell'uomo è in relazione a quello dell'ambiente in cui vive e non possiamo limitarci a lavorare in un ristretto arco temporale ma dobbiamo concentrare l'attenzione e il lavoro sulla quotidianità della persona, ovvero sul contesto nel quale è inserita in termini di dinamismo e totalità. Questo ci dovrebbe far capire quanto sia importante mantenere stretta la connessione tra l'attività terapeutica e quelle che, nell'arco della giornata, ne conseguono. Si tratta di utilizzare e trasporre nella quotidianità della vita ciò che viene creato all'interno del laboratorio, in modo che questo possa crescere e consolidarsi nel tempo ed essere allo stesso momento motivo di evoluzione della persona stessa, nel suo senso più ampio (progetto "Punti energetici vibrazionali-vitali" e percorso "Arte e colore"). Viene quindi considerata una certa circolarità tra questi due momenti per cui quello che si crea durante l'attività aiuta la persona all'esterno, preparandola agli incontri successivi e strutturandosi anche come base, da riportare in attività, per ripartire da lì e creare qualcosa di nuovo, capace di rispondere alle molteplici e sempre nuove esigenze del soggetto.

TRADUZIONE E VALIDAZIONE ITALIANA DEL QUESTIONARIO *INTERVIEW FOR DETERIORATION IN DAILY LIVING ACTIVITIES IN DEMENTIA - IDDD*

Bruni Valentina (a), Vanacore Nicola (b)

(a) Casa di Cura Ancelle Francescane del Buon Pastore, Roma

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

Introduzione. Il Questionario *Interview for Deterioration in Daily living activities in Dementia* (IDDD) potrebbe essere utilizzato per dimostrare l'efficacia del trattamento di terapia occupazionale come intervento psico-sociale per i disturbi comportamentali associati alla demenza, e per la riduzione del carico assistenziale del *caregiver* nell'ottica degli ultimi studi scientifici sugli strumenti valutativi del funzionamento nel quotidiano per le persone affette da demenza, volti ad una maggiore omogeneità, specificità e sensibilità rispetto a quelli già in uso. Per questo lo studio si propone di tradurre in italiano e validare il questionario IDDD dal neerlandese, lingua originale.

Metodi. La procedura di traduzione in italiano ed adattamento culturale, è stata effettuata seguendo le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ottenendo uno strumento equipollente a quello in lingua originale dal titolo "Questionario sul comportamento delle persone affette da demenza nello svolgimento delle attività quotidiane". Il Questionario IDDD è indirizzato al *caregiver* a cui si chiede di valutare l'iniziativa e la *performance* nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL) della persona affetta da demenza. Per la fase di validazione sono state arruolate 76 persone con difficoltà cognitive di grado moderato-grave. Per ogni persona affetta da demenza è stato individuato un *caregiver*. A tutte le persone affette da demenza sono state somministrate le scale *Mini Mental Examination Scale* ed il *Barthel Index* come misure di associazione per l'autonomia nelle attività di vita quotidiana e lo stato cognitivo.

Risultati. Si evidenziano ottima coerenza interna per la scala dell'Iniziativa (Alfa di Cronbach=0,902; n=9) e affidabilità osservando i valori ICC tendenti a 1 per ogni items della scala. Per la scala della *Performance* si conferma ottima affidabilità, rilevante in particolare il valore ICC=1 per item 11 (gestione della contabilità). $\alpha > 0,80$ dimostra la coerenza interna della seconda sottoscala. La validità di costrutto del questionario IDDD è dimostrata dall'associazione con il *Barthel Index* che presenta una correlazione positiva con la scala dell'Iniziativa ($r=0,421$) e una correlazione negativa con la scala della *Performance* che individua l'assistenza fornita dal *caregiver* ($r=-0,360$).

Conclusioni. La somministrazione del questionario IDDD si è dimostrata particolarmente utile a livello terapeutico per l'individuazione dei bisogni occupazionali della persona con demenza, del *caregiver* e per definire il ruolo del terapeuta occupazionale nel percorso riabilitativo. La versione italiana del Questionario IDDD presenta una buona validazione, potere discriminativo, coerenza interna e validità di costrutto, mostra affidabilità come la versione tedesca da cui prende ispirazione, nonostante il campione numericamente inferiore.

DAL CENTRO DELLA MEMORIA AL PROGETTO MENTE LOCALE: UN MODELLO INTEGRATO IN UN’OTTICA PSICOSOCIALE

Caneparo Stefania (a), Marinoni Vito (a), Ortone Elena (a), De Martis Roberta (b), Papa Stefania (a), Coda Zabetta Maria Grazia (a), Rasario Alessandra (a), Collobbiano Anna (a), Ferlisi Franco (b), Amati Dario (a), Braggion Gabriella (a)

(a) *Centro della Memoria, ASL, Biella*

(b) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Biella*

Introduzione. Dalle affermazione del 2016 pubblicate dal *World Alzheimer Report dell'Alzheimer Disease International (ADI)*, si evince la necessità e l'importanza di nuovi approcci (terapeutici farmacologici, non farmacologici ed assistenziali) al fine di prevenire lo sviluppo delle patologie degenerative e di migliorarne l'assistenza.

Metodi. Partendo dal presupposto che i pazienti con la malattia d'Alzheimer, in particolare nella fase lieve/media e preclinica, vivono come stressante le cambiate condizioni di vita e che le maggiori strategie di coping siano di tipo emotivo, l'ipotesi della ricerca è quella di verificare attraverso un questionario (scala Lickert domande a scelta multipla a risposta singola da 0 a 4) quanto il proporre laboratori in piccolo gruppo omogeneo per capacità, possa influire sulle strategie di adattamento e migliorare il benessere di vita della persona. L'assunto è che in una situazione di "fragilità" la persona, se adeguatamente stimolata e supportata attraverso una attività specifica (stimolazione cognitiva in piccolo gruppo), può mantenere una qualità di vita soddisfacente e trovare nel gruppo una risorsa per fronteggiare e gestire positivamente la propria condizione. Il questionario è stato somministrato agli utenti della Palestra della Memoria, il nostro centro in Biella in cui vengono svolti interventi psicosociali.

Risultati. 1.680 persone. Lo sviluppo del Centro ha premesso di fare diagnosi precoci come dimostrato dal punteggio del *Mini-Mental State Examination (MMSE)* della prima visita da un punteggio medio di 13.5 nel 2010 ad un punteggio medio di 23 nel 2017 con un incremento di pazienti in fase lieve o *Mild Cognitive Impairment (MCI)*. La Palestra della Memoria ad oggi è frequentata da 55 utenti al mese, con un flusso annuo di 130 persone. Sono attivi laboratori di Stimolazione Cognitiva, Reminiscenza, Psicomotricità, Orientamento nello Spazio e Arteterapia per *caregiver*. Su richiesta del territorio, la Palestra ha aperto una sede a Valle Mosso, Paese del biellese orientale (2016), e Cossato (2017). Nell'ottica dell'approccio psico-sociale a settembre 2017 nascerà "Mente Locale" Centro di Incontro pensato sull'esempio del progetto europeo "*Meeting Center, best practice*" dedicato sia alle persone con disturbi della memoria sia a persone sane nell'ottica dell'Invecchiamento attivo.

Conclusioni. L'applicazione del modello psico-sociale, associato ad una diagnosi precoce, alla pluralità degli interventi nel territorio biellese ha permesso il miglioramento della qualità di vita del malato e della famiglia. Le molteplici risposte alle domande dei *caregiver* e degli stessi pazienti hanno portato a spostare l'attenzione dalla sola malattia ai principi di adattamento creando, maggior benessere nelle persone nell'ottica di sviluppare il modello già presente in molti di "*Dementia Friendly Communities*".

ANALISI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEI CDCD IN EMILIA-ROMAGNA DOPO IL RECEPIMENTO DEL PIANO NAZIONALE DEMENZE

Carafelli Antonella, Fabbo Andrea
Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione. Con Delibera della Giunta Regionale 990/16 la Regione Emilia-Romagna ha recepito il Piano nazionale demenze ed aggiornato le indicazioni regionali per i servizi della rete nella cura delle persone con demenza e loro familiari, proponendo un modello organizzativo ed operativo aggiornato anche per i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Nei mesi successivi all'approvazione delle nuove indicazioni è stato avviato un primo monitoraggio dei CDCD al fine di individuare lo stato dell'arte dell'implementazione del modello proposto.

Metodi. A tutti i responsabili per il progetto demenze di livello Aziendale e/o Distrettuale è stato trasmesso un questionario per indagare 6 aree fondamentali:

- 1) caratteristiche generali del CDCD (denominazione, ubicazione, équipe, ecc.);
- 2) modalità prima visita (accesso, comunicazione diagnosi, rapporto MMG);
- 3) terapia farmacologica (prescrizione, *follow-up*, erogazione, ecc);
- 4) interventi psicosociali (prescrizione, erogazione, ecc);
- 5) sostegno al familiare (consulenze, ecc);
- 6) collegamento con rete dei servizi (collegamenti con strutture socio-sanitarie, Ospedali, PS, associazioni, ecc.).

Dai 60 CDCD sono stati restituiti 59 questionari.

Risultati. Il modello proposto con DGR 990/16 risulta ancora parzialmente implementato nei 60 CDCD, anche se in molte delle realtà territoriali l'organizzazione si avvicina notevolmente al modello proposto.

Conclusioni. L'introduzione di un PDTA demenze potrà rappresentare uno strumento per garantire maggiore omogeneità su tutto il territorio regionale (pur salvaguardando le specificità territoriali e le risorse presenti), nonché maggiore appropriatezza.

UTILIZZO DEI NEUROLETTICI NEI PAZIENTI CON DEMENZA: ESPERIENZA IN UNA POPOLAZIONE DI UN CENTRO DETERIORAMENTO COGNITIVO E DEMENZE DELLA ASL ROMA2

Catarci Teresa

Casa della Salute S. Caterina della Rosa, ASL Roma2, Roma

Introduzione. Tutte le più recenti linee guida nazionali e internazionali indicano l'utilizzo dei neurolettici, nei pazienti con demenza e disturbi del comportamento, come ultima opzione terapeutica e solo successivamente al fallimento di interventi comportamentali. Tale raccomandazione nasce anche dal basso profilo di sicurezza di questi farmaci nel paziente anziano, con alti indici di mortalità e significativa incidenza di patologie cerebrovascolari. Nonostante tali raccomandazioni e le evidenze scientifiche, il recente rapporto dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2016 sull'utilizzo dei farmaci in Italia, riporta che la categoria "altri antipsicotici" ha subito un ulteriore notevole aumento dei consumi rispetto al 2015 (+41,3%) anno in cui era già stato rilevato un incremento del 38% con la maggiore spesa *pro capite* (aumento del 54%).

Metodi. Allo scopo di valutare le prescrizioni di neurolettici tipici e atipici nella nostra popolazione di pazienti (Centro Demenze Territoriale) abbiamo valutato il numero di pazienti in trattamento nel periodo maggio 2014 - maggio 2016. I dati sono stati raccolti tramite le cartelle ambulatoriali e domiciliari, le schede informative inviate al Servizio Farmaceutico Aziendale ed il registro di scarico dei farmaci consegnati (dispensazione diretta in ambulatorio).

Risultati. Sono risultati 190 pazienti in carico al Centro per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD) di cui 126 femmine e 64 maschi, età media 82,5+7 anni. I pazienti in trattamento con antipsicotici erano 17 (11 femmine 6 maschi età media 80,4+9,4 anni). Quindici pazienti avevano ricevuto diagnosi di malattia di Alzheimer, uno demenza a corpi di Lewy e uno demenza *post-stroke*, 10 erano seguiti in ambulatorio e 7 a domicilio, il *Mini-Mental State Examination* era somministrabile a 7 pazienti con *range* 5-23/30. Sette pazienti erano in terapia con memantina + inibitori Acetilcolinesterasi (AchEi); 1 paziente in terapia con risperidone, 2 con clozapina e 14 con quetiapina.

Conclusioni. Nella popolazione di pazienti afferenti al nostro CDCD solo il 9% necessitava di un trattamento con antipsicotici per la gestione dei sintomi comportamentali, nella grande maggioranza dei casi si trattava di basse dosi di quetiapina. La terapia con memantina e/o AchEi veniva effettuata nel 41% dei pazienti. I nostri dati indicano che la gestione dei pazienti e dei *caregiver* nell'ambito di un CDCD territoriale rende possibile il basso uso di neurolettici e che tali centri andrebbero potenziati nel territorio nazionale, anche per contenere l'uso inappropriato e il costo (sia diretto che indiretto) di tali farmaci.

PERCORSO ALZHEIMER E DEMENZE: LA DEGENERAZIONE EPATO-ENCEFALICA ACQUISITA NELL'ANZIANO

Cerasari Giuseppe (a), Alimonti Alessandro (b), Corsi Fabio Massimo (c), Cozzolino Valeria (c), Gerace Carmela (c), Luna Rodolfo (d), Piazza Giuseppe (c), Clementi Carlo (e)
(a) *Epatologia Clinica, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*
(b) *Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(c) *Neurologia, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*
(d) *Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*
(e) *Istituto Climatico Santo Volto, Roma*

Obiettivo. Valutare l'eventualità che una malattia cronica di fegato, di qualunque origine, possa predisporre alla degenerazione cerebrale con precoce comparsa di disturbi cognitivi.

Metodi. Abbiamo studiato pazienti 44 pazienti istituzionalizzati (24 maschi, 20 femmine) di età media di 68,8 anni affetti da epatopatia cronica avanzata, di varia origine, cirrosi in *Child A* senza e con encefalopatia epatica, con presenza di depositi cerebrali di ferro (Fe) e manganese (Mn). e con comparsa di disturbi cognitivi.

Risultati. I pazienti divisi in tre gruppi: 1) 16 pazienti (10 maschi, 6 femmine) con Epatite cronica HCV correlata non cirrogena, ma già con segni di ipertensione portale; 2) pazienti con cirrosi ben compensata senza segni di Encefalopatia Epatica (EE); 3) pazienti con cirrosi con EE. Ai test *Mini-Mental State Examination*, *Activities of Daily Living* e *Activities of Daily Living*, come si prevedeva, tendono ad evolvere verso una sindrome di disabilità cognitiva e abilitativa. L'ammoniemia aumenta al progredire della cirrosi, alla risonanza magnetica sono presenti livelli di iperintensità estesa in sequenza T1 del *globus pallidus* bilaterale come per deposito di elementi tipo Fe e/o Mn. Tali depositi sono presenti in tutti i cirrotici con EE e in 5 soggetti cirrotici senza EE.

Conclusioni. Nei pazienti anziani epatopatici cronici sia con pregresso abuso di alcool che non, esistono alterate condizioni metaboliche che favoriscono un aumento di sostanze neurotossiche contenute nel circolo portale che sfuggono al metabolismo epatico e/o alla eliminazione biliare dovuti a *shunt* tra sistema portale e quello sistemico. Il quadro neurologico, sembra correlare con i livelli di ammonio, rispetto al Parkinson è bilaterale, più rapida con precoci disturbi cognitivi e nelle forme alcoliche anche una instabilità posturale correlata alla sofferenza cerebellare. La presenza di ferro e manganese nel cervello determinano il rigonfiamento e la morte degli astrociti mediante azione sinergica con l'ammoniemia che induce un aumento dei radicali liberi, stress ossidativo, depolarizzazione della membrana mitocondriale e disintegrazione della integrità cellulare. Il paziente anziano multi patologico è predisposto allo sviluppo e al peggioramento dei disturbi cognitivi anche per la multiterapia con aumento dell'epatotossicità che è sottostimata. La Neuro Degenerazione Epatica Acquisita è quindi un disordine neurologico caratterizzato da precoci disturbi cognitivi, da Parkinsonismo, movimenti involontari, atassia in corso di insufficienza epatica cronica.

A.R.TE. ALZHEIMER: APPROCCIO RELAZIONALE TERAPEUTICO PER LA DEMENZA ALZHEIMER

Cimbelli Paola, Blandi Andrea
Consorzio Zenit, Firenze

Introduzione. Il metodo che presentiamo (Approccio Relazionale Terapeutico - A.R.Te. Alzheimer) è quello che viene utilizzato al Centro Diurno Alzheimer (CDA) "Stella del Colle" del Consorzio Zenit di Firenze. Il CDA è sorto nel giugno 1990, convenzionato con il Comune di Firenze e sotto l'auspicio dei familiari aderenti all'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA). È quindi il primo CDA sorto in Italia in ordine temporale. Inizialmente il CD ha avuto un carattere prevalentemente assistenziale, della malattia, la Demenza si sapeva poco, ma in breve e grazie anche alla collaborazione con un geriatra dei "I Fraticini", il CD ha assunto una valenza più specifica e terapeutica, fino ad avere il riconoscimento della quota sanitaria nella retta. Ci siamo ispirati prevalentemente alla Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT), al *Gentle Care* e al metodo *Validation* per i programmi di supporto ai malati di Alzheimer (Alzheimer Disease - AD) e alle loro famiglie, partecipando a vari corsi di formazione specifica. In seguito abbiamo elaborato un nostro modello, approfondendo le caratteristiche della comunicazione dei malati AD e ricercandone una più funzionale e terapeutica, che permettesse di attrezzare meglio gli operatori, al fine di contenere e ridurre i disturbi comportamentali delle persone con AD, migliorare la Qualità di Vita (QV) degli ospiti e la Qualità del Vivere Lavorativo (QVL) degli operatori stessi, evitando casi di *Burn-out*.

Metodi. Abbiamo elaborato circa 15 anni fa il metodo "Approccio Relazionale Terapeutico" per l'Alzheimer (A.R.Te. Alzheimer) approfondendo lo studio della comunicazione verbale e non verbale, l'origine della parola, gli aspetti neuro epigenetici che ne sono all'origine, da autori che se ne sono occupati fin dalla nascita della psicologia e della psicanalisi, S. Freud, R. Spitz, P. Watzlawick, fino ai più recenti studi di G. Rizzolatti e dei suoi collaboratori, negli anni '90, sui Neuroni Specchio. Dagli studi di tutti questi autori si evince che l'essere umano nasce già predisposto dal punto di vista epigenetico ad una attenzione privilegiata al volto umano e voce umana, divenendo con la crescita "parola incarnata". L'essere umano è dotato da un punto di vista filogenetico e ontogenetico di uno strumento eccezionale ed estremamente complesso che è il linguaggio, che permette di sviluppare esponenzialmente e in modo integrato tutti gli altri tipi di funzionamento (relazionale, psicologico, cognitivo, spirituale, ...). La AD determina la perdita di questo strumento e del "ruolo umano" e sociale che ne deriva, innescando disturbi psichici e del comportamento.

Risultati. L'utilizzo di questo metodo (A.R.Te. Alzheimer) ha permesso di ridurre il dosaggio dei farmaci, di migliorare la QV degli ospiti e ottenere una migliore QVL negli operatori, in particolare la QV degli ospiti è stata dimostrata da uno studio sulla riduzione dei Disturbi Comportamentali in centinaia di ospiti da noi seguiti al CDA.

Conclusioni. L'uso del metodo A.R.Te. Alzheimer si è rivelato fondamentale per acquisire modalità relazionali e comunicative di valenza terapeutica in un CDA.

DISFUNZIONE NEUROVASCOLARE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: VALUTAZIONE DELLA VASOREATTIVITÀ CEREBRALE

Cipollini Virgilia (a), Sette Giuliano (a), Bossù Paola (b), Salani Francesca (b), De Carolis Antonella (a), Bianchi Valentina (a), Troili Fernanda (a), Giubilei Franco (a)
(a) *Dipartimento Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senzo, NESMOS, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma*
(b) *Fondazione Santa Lucia, Laboratorio di Neuropsicologia Sperimentale, Neurologia Clinica e Comportamentale, Roma*

Introduzione. Gli obiettivi del nostro studio sono stati quelli di valutare la reattività vasomotoria cerebrale nei pazienti con malattia di Alzheimer (AD) utilizzando uno studio di Doppler Transcranico (TCD) e studiare la disfunzione endoteliale mediante dosaggio delle cellule angiogeniche circolanti come le cellule progenitrici endoteliali (EPCs).

Metodi. Abbiamo reclutato 35 soggetti affetti da AD, appaiati per età, sesso e istruzione a 17 soggetti di controllo sani. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a RM encefalo, valutazione neuropsicologica e ecocolordoppler delle arterie carotidi. Abbiamo inoltre sottoposto i pazienti a TCD usando la finestra acustica *trans-temporale* per valutare la velocità media di flusso dell'arteria cerebrale media (MCAFV). La reattività cerebrovascolare all'ipercapnia è stata valutata mediante il *Breath Holding Index* (BHI). Dieci soggetti affetti da AD sono stati sottoposti a un *follow-up* con TCD dopo un anno. La funzione endoteliale è stata valutata in 24 soggetti AD e 10 soggetti di controllo sani, secondo la concentrazione ematica di EPCs (contate mediante citometria a flusso da campioni di sangue venoso). Sono state analizzate tre popolazioni di cellule: CD34+, CD133+ e cellule con duplice positività (CD34+ e CD133+). Abbiamo anche analizzato i seguenti mediatori: VEGF (pg/ml), IL-18 (pg/ml), IL-18BPa (pg/ml) IL-18 libera (pg/ml).

Risultati. Entrambi i valori di MCAFV e BHI erano significativamente inferiori in soggetti con AD rispetto ai controlli sani. È stata trovata una correlazione statisticamente significativa tra i valori MCAFV e BHI e i punteggi di MMSE. Nel gruppo di *follow-up* abbiamo trovato valori di MCAFV significativamente inferiori rispetto al *baseline* ma solo un *trend* positivo di correlazione per i valori di BHI. Abbiamo riscontrato che i soggetti con AD avevano un minor livello di EPCs CD34+ CD133+ rispetto ai controlli ma un numero inferiore di EPCs CD34+CD133+ non era associato a un punteggio di MMSE inferiore. Il livello delle cellule CD34+ circolanti non è risultato correlato con MCAFV e BHI nei soggetti AD.

Conclusioni. I risultati confermano che il TCD è un metodo utile per studiare i cambiamenti emodinamici nei pazienti con AD: la compromissione del flusso sanguigno cerebrale e l'alterazione della reattività cerebrovascolare possono riflettere maggiore rigidità delle pareti arteriolari, attribuibile a cambiamenti anatomici intrinseci. Ulteriori ricerche sono necessarie per stabilire se l'alterazione dell'emodinamica cerebrale può essere considerata un fattore indipendente nella previsione del declino cognitivo o un effetto di processi patologici propri dell'AD.

L'assenza di una correlazione significativa con la gravità del disturbo cognitivo suggerisce che le EPCs CD34+ CD133+ non rappresentino un *biomarker* utile di diagnosi e valutazione dell'evoluzione cognitiva in AD.

ALIMENTAZIONE COME STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE

Colica Carmela

Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare, Unità Organizzativa di Supporto di Germaneto, Catanzaro

Nel 400 circa a.C. Ippocrate diceva: "Fa che il Cibo sia la tua Medicina e che la Medicina sia il tuo Cibo". È ormai riconosciuto che l'aumentata incidenza di numerosi disturbi (diabete, patologie cardiovascolari, malattie neurodegenerative, tumori, intolleranze alimentari) è dovuto anche a fattori ambientali, quali inquinamento e 'disalimentazione'. Studi recenti hanno dimostrato che un'alimentazione povera di grassi e di colesterolo e al tempo stesso ricca di fibre e antiossidanti - caratteristica della dieta mediterranea - può rappresentare un fattore protettivo nei confronti di patologie degenerative quali le demenze. In neurologia il ruolo dell'alimentazione viene considerato tanto importante quanto quello delle terapie farmacologiche in uso. Un'alimentazione mirata può servire a gestire in modo adeguato le malattie neurodegenerative e ad evitarne ulteriori complicanze, ma non può scongiurare del tutto il danno cerebrale, spesso severo, che queste patologie provocano. Mantenere uno stile di vita sano, può aiutare a prevenire quelle che vengono definite le malattie del terzo millennio, dovute al progressivo invecchiamento della popolazione. La malattia di Alzheimer è la causa più comune di demenza negli anziani, con una prevalenza intorno al 20% all'età di 80 anni, ed è caratterizzata dalla perdita graduale delle funzioni cognitive. Una volta iniziato, il processo si autoalimenta e progredisce in modo esponenziale; per questo, ogni fattore in grado di ritardarne l'inizio produce vantaggi clinici e funzionali importanti. La prevenzione più efficace nei confronti di queste malattie è quello di adottare uno stile di vita sano. Una corretta alimentazione può avere un impatto significativo sulle capacità cognitive anche in assenza di stati patologici. È ben consolidata l'idea che gli acidi grassi mono e polinsaturi, i polifenoli, i flavonoidi, le antocianine, la maggior parte delle vitamine e molti sali minerali siano essenziali per la funzione cerebrale. Tutte queste sostanze sono presenti in abbondanza negli alimenti che caratterizzano la dieta mediterranea, inserita nel 2010 dall'UNESCO tra i patrimoni culturali immateriali dell'Umanità. La dieta mediterranea e uno stile di vita sano sono associate a una riduzione dell'insorgenza di malattie croniche, quali cancro, sindrome dismetabolica, malattie cardiovascolari e patologie neurodegenerative. È intuitivo, quindi, che i centri che si occupano di disturbi cognitivi e demenze debbano avere tra le loro strategie di prevenzione l'educazione alimentare non solo dei pazienti, ma anche e soprattutto dei loro consanguinei e familiari. È su di loro, infatti, che si può attuare una vera prevenzione poiché condividono con i pazienti parte del corredo genetico e/o lo stile di vita.

NUCLEI SPECIALISTICI ALZHEIMER IN RESIDENZE PROTETTE: ESPERIENZA DELLA REGIONE UMBRIA

Conestabile della Staffa Manuela (a), Cesarini Simonetta (b), Prenni Valentina (b), Passeri Catia (b), Antonini Rita (c), Urbani Teresa Manuela (d), Ambrosi Orfeo (b), Benella Vera (a), Longo Annalisa (e), Salomone Fabio (f), Chiodini Michaela (g), Parnetti Lucilla (h), Mecocci Patrizia (h)

(a) *Residenza Protetta Malati di Alzheimer "Non ti scordar di me", Castel Giorgio, Terni*

(b) *Fondazione Fontenuovo Residenze di Ospitalità per Anziani, Perugia*

(c) *Uslumbria 1, Perugia*

(d) *Uslumbria 2, Orvieto, Terni*

(e) *Associazione Malati Alzheimer e Telefono Alzheimer Umbria, Perugia*

(f) *Associazione Alzheimer, Orvieto, Terni*

(g) *Regione Umbria, Perugia*

(h) *Università degli Studi, Perugia*

Introduzione. Il numero di persone affette da demenza sta progressivamente aumentando tra gli ospiti delle Residenze Protette (RP), così come la maggior causa di richiesta di istituzionalizzazione da parte della famiglia è rappresentata da demenza con disturbi del comportamento. Secondo la D.G.R. dell'Umbria n° 785 dell'11/07/2016, è stato realizzato nell'autunno 2016, come progetto sperimentale, un Nucleo Specialistico Alzheimer in 2 residenze umbre convenzionate (Residenza Protetta "Fontenuovo" indicata come RD2-PG e Residenza Alzheimer "Non ti scordar di me" indicata come RD2-TR).

Metodi. Nello studio sono stati arruolati 10 ospiti affetti da demenza di grado moderato/severo (marcati *deficit* mnesici, alterazione del linguaggio verbale, disfunzioni esecutive, disturbi del comportamento, perdita dell'autosufficienza) nella RD2-PG e 8 nella RD2-TR. Questi ospiti vengono coinvolti quotidianamente in attività strutturate grazie alla presenza di un'equipe multidisciplinare e monitorati a cadenza trimestrale, mediante una valutazione multidimensionale. L'efficacia di tale gestione verrà valutata confrontandola con quella usualmente svolta in un gruppo controllo.

Risultati preliminari. Nella RD2-PG il gruppo di lavoro è costituito prevalentemente da donne con età media di 84 anni, con una demenza di grado moderato (*Clinical Dementia Rating* - CDR 3,4) e disabilità di grado moderato (*Barthel Index* 36,3), scarse capacità sociali, in presenza di disturbi del comportamento (*Neuropsychiatric Inventory* 15,6); l'80% degli ospiti assumeva antipsicotici, di questi un 20% assumeva contemporaneamente altri psicofarmaci. La metà degli ospiti era sottoposto a contenzione sia diurna che notturna per la presenza di disturbi del comportamento. Nella RD2-TR il gruppo di lavoro è costituito da ospiti di sesso femminile, di età media di 83 anni, con demenza di grado moderato (CDR 3,7) e disabilità di grado severo (*Barthel Index* 15), scarse capacità sociali, con disturbi del comportamento (NPI 5,5); il 25% degli ospiti assumeva antipsicotici, di questi il 12,5% assumeva contemporaneamente un altro

psicofarmaco. Il 37,5 % degli ospiti era sottoposto a contenzione sia diurna che notturna per la presenza di disturbi del comportamento.

Conclusioni. I primi risultati ottenuti evidenziano un minore uso di psicofarmaci e un miglioramento dei disturbi del comportamento rispetto ai soggetti controllo. È necessario diffondere la presenza di nuclei specializzati riabilitativi per la cura dei soggetti affetti da demenza nel territorio per dare una adeguata risposta alle esigenze di questa popolazione sia per le difficoltà di gestione al domicilio che per l'assenza di spazi adeguati e, spesso, per la presenza di *caregiver* non specificatamente formati. In particolare emerge la necessità di creare all'interno delle residenze protette più nuclei specialistici diversificati per tipologia e livello assistenziale, in modo da garantire una assistenza personalizzata e qualificata.

SALUTE DELLA POPOLAZIONE ULTRA64ENNE: I DATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO

Contoli Benedetta (a), Masocco Maria (a), Minardi Valentina (a), D'argenzio Angelo (b), D'Argenio Paolo (c), Carrozzì Giuliano (d), De Luca Amalia (e), Ferrante Gianluigi (f), Cristofori Marco (g), Ramigni Mauro (h), Trinito Massimo (i), Bertozzi Nicoletta (j), Fatehmoghadam Pirous (k), Vasselli Stefania (l), Campostrini Stefano (m)

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

(b) *ASL, Caserta*

(c) *Epidemiologo, Roma*

(d) *AUSL, Modena*

(e) *Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza*

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

(g) *ASL Umbria 2, Terni*

(h) *Dipartimento Prevenzione, ULSS 9, Treviso*

(i) *ASL Roma 2, Roma*

(j) *AUSL Romagna, Cesena, Forlì-Cesena*

(k) *Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, Trento*

(l) *Ministero della Salute, Roma*

(m) *Dipartimento di Economia, Università degli Studi Cà Foscari, Venezia*

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione nei 27 Paesi dell'Unione Europea ha determinato la messa a punto di una strategia intersettoriale di ampio respiro per la promozione dell'invecchiamento attivo (*Active and Healthy Ageing*) che ha l'obiettivo, entro il 2020, di ridurre di almeno 2 anni la disabilità che si presenta, negli ultimi 10-15 anni di vita, nella popolazione anziana. La sorveglianza Passi d'Argento (PDA) fa esplicito riferimento alla strategia dell'OMS e dal 2009 fornisce informazioni sullo stato di salute della popolazione ultra64enne. Fra il 2012 e il 2013, in 19 Regioni italiane, sono state realizzate oltre 24.000 interviste. Il PDA rileva informazioni su diversi fattori noti in letteratura come associati alla vulnerabilità nell'anziano (stato di salute e benessere psicofisico, perdita di peso involontaria, autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, partecipazione sociale, livello di attività fisica, cadute, capacità sensoriali) e, in particolare, rileva indicazioni sulla condizione di fragilità dell'ultra64enne. Queste informazioni disegnano una mappa della popolazione e della sua autonomia nelle attività della vita di tutti i giorni (IADL - *Instrumental Activities of Daily Living*) quantificando il peso della disabilità (ADL - *Activities of Daily Living*), risultato dell'interazione delle capacità individuali e del supporto ambientale (familiare, della collettività e della società). In media le persone che hanno difficoltà in 2 o più attività strumentali della vita quotidiana sono il 37% (27% al Nord Italia, 34% al Centro e 49% nel Sud e nelle Isole). Le persone con disabilità sono in media il 17%. Pur con forti differenze regionali, le malattie cronico-degenerative si dimostrano ampiamente associate allo stato di disabilità: il 64% degli ultra64enni soffre di almeno una patologia cronica e il 13% è affetto da 3 o più. L'11%

degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti all'intervista, di questi il 14% è ricorso a un ricovero ospedaliero di almeno un giorno. Le cadute avvengono per lo più in casa (60%). Molte di queste condizioni sono associate a quello che l'OMS definisce uno dei "4 giganti della geriatria": la demenza, su cui si può agire efficacemente modificando gli stili di vita scorretti. La prevenzione delle cadute e della perdita delle capacità neuro-sensoriali (vista e udito) e la promozione di stili di vita salutari e della partecipazione alla vita sociale sono interventi di comprovata efficacia per la popolazione anziana. La sorveglianza PDA può contribuire a monitorare nelle regioni italiane sia la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute sia gli aspetti di salute e dei suoi determinanti negli anziani.

GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI DEI PAZIENTI CON DEMENZA FRA OSPEDALE E TERRITORIO

Costa Manuela (a), Menon Vanda (b), Micale Giuliana (b), Turci Marina (b), Maccaferri Cristina (c), Santangelo Mario (a), Ascari Stefania (b)

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

(b) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Distretto di Carpi, Modena

(c) Azienda Unità Sanitaria Locale Modena, Cure Primarie Distretto di Carpi, Modena

Introduzione. È prassi comune che il paziente con demenza, che assume comportamenti non gestibili, venga portato in Pronto Soccorso (PS). Tale accesso crea inutili aspettative, non risolve la malattia, ma dà forse un momentaneo sollievo a chi ogni giorno si occupa del malato e mette sotto gli occhi del maggior numero di persone la "tragedia" di una difficile convivenza. Il PS spesso si trova a gestire condizioni di alterazioni comportamentali, che possono rappresentare l'innescò di una demenza non nota. Abbiamo pertanto cercato di identificare e colmare i vuoti di presenza assistenziale, che emergono da queste situazioni.

Metodi. Il paziente con comportamento incongruo che giunge in PS a Carpi viene valutato in emergenza dal neurologo, presente in servizio 24 ore (nel caso di paziente noto e già in carico al servizio geriatrico è possibile una valutazione geriatrica in emergenza negli orari di apertura degli ambulatori). Il neurologo identifica eventuali cause organiche nella genesi del disturbo utilizzando anche metodiche strumentali in urgenza per procedere o al ricovero nel reparto di degenza più appropriato per la gestione del problema acuto, o alla gestione farmacologica del sintomo, avvalendosi anche del supporto di colleghi psichiatri. In seguito vi è la presa in carico del paziente. Per il paziente ricoverato ci si avvale di apposite commissioni di valutazione (UVM: Unità di Valutazione Multidisciplinari) in cui sono presenti specialisti ospedalieri, geriatri territoriali, Servizi Sociali ospedalieri e territoriali. Per il paziente che non viene ricoverato è prevista entro 7-10 giorni dall'accesso in PS una visita ambulatoriale o domiciliare (specialisti del territorio). La presa in carico del paziente sotto i 65 anni di età è neurologica (CDCD II livello neurologico Ospedale di Carpi) in quanto si presuppone anche la necessità di una diagnosi differenziale delle varie forme di demenza e con altre patologie; sopra i 65 anni la presa in carico è geriatrica (CDCD territoriale geriatrico del Distretto di Carpi) per una più diretta gestione della patologia anche nei suoi risvolti di coinvolgimento del nucleo familiare. È in tali ambulatori che viene decisa la periodicità dei controlli. Lo stretto interscambio tra neurologi, geriatri e Servizi Sociali permette di ridurre il più possibile i vuoti di intervento.

Risultati Da questa presa in carico a 360° si spera in una riduzione degli accessi non motivati in PS e in una più rapida dimissione dei pazienti con scompenso comportamentale ricoverati per cause organiche acute al fine di prevenire l'innescò di un *delirium*.

Conclusioni. Ridurre l'accesso in PS di condizioni gestibili anche in altri ambiti lascia più tempo per affrontare emergenze di più immediata gravità. Inoltre la certezza per i familiari di pazienti dementi di potere avere risposte in tempi brevi crea un rapporto di fiducia e condivisione da non sottovalutare.

TRATTAMENTO PSICOLOGICO INTEGRATO ALLA RIABILITAZIONE COGNITIVA IN FASE LIEVE DI MALATTIA: STABILIZZAZIONE DELLA COGNITIVITÀ E RIDUZIONE DI ANSIA E DEPRESSIONE

Cozzi Federica, Brea Francesca, Cazzari Elena, Ferrari Arianna, D'Andrea Giovanni
Centro Medico Polispecialistico di Neurologia e Psicologia Rindola, Vicenza

Introduzione. L'aumento delle diagnosi precoci di declino cognitivo ad eziologia degenerativa a fronte della mancanza di possibilità di guarigione, pone l'esigenza di offrire un trattamento di cura in grado di consentire al paziente di convivere e "controllare" gli effetti della sua malattia, al fine di garantirgli il miglior livello di qualità di vita (QoL) possibile. Tale obiettivo si esaurisce spesso nel cercare di mantenere le risorse cognitive residue rallentandone il declino; il presente studio pone l'accento sull'importanza di considerare la qualità soggettiva del costruito QoL definita dall'OMS come "la percezione dell'individuo della propria posizione nella vita,..., in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard ed interessi". La percezione dei limiti imposti dalla malattia genera nel paziente uno stato depressivo e ansioso che il clinico deve tenere in considerazione se vuole impattare positivamente sulla QoL del paziente. Partendo da questi presupposti il presente lavoro analizza i risultati di un percorso di riabilitazione neuropsicologica (Metodo Rindola©) per persone affette da demenza di Alzheimer in fase lieve che prevede sessioni di riabilitazione cognitiva affiancate a sedute di supporto psicologico individuale e/o familiare finalizzate al raggiungimento di un nuovo equilibrio emotivo e una riduzione dei disturbi comportamentali.

Metodo. Abbiamo analizzato l'andamento, pre e post-trattamento neuropsicologico, dello stato cognitivo e dei disturbi comportamentali di un campione di 18 persone (età media $74,50 \pm 6,03$, scolarità media di $9,4 \pm 4,5$ anni) con diagnosi di probabile Malattia di Alzheimer (MMSE $T_1=22,25 \pm 1,76$) e disturbi comportamentali nell'area ansioso-depressiva. Il nostro campione ha seguito un percorso di riabilitazione neuropsicologica individuale per la durata di 12 mesi, con sedute a cadenza settimanale. Prima e dopo il trattamento sono stati somministrati due test per la valutazione dello stato cognitivo (MMSE e Test dell'Orologio) e un questionario per la rilevazione dei disturbi comportamentali (NPI).

Risultati. L'analisi è stata effettuata con il pacchetto PASW 18 analisi T-test per campioni appaiati. Dall'analisi emerge una stabilità dello stato cognitivo (differenza non significativa ai test MMSE e Clock); una diminuzione significativa ($p < 0,001$) dei sintomi "depressione", "ansia" "irritabilità"; una diminuzione significativa ($p < 0,005$) di aggressività e apatia.

Conclusioni. Il trattamento neuropsicologico focalizzato sul significato che ciascuna persona attribuisce alla propria condizione di malattia e teso all'individuazione di una reale, soggettivamente definita, buona qualità di vita, consente non solo una stabilità delle *performance* cognitive, ma anche una significativa

riduzione dei disturbi comportamentali presenti nel nostro campione in T₁ e ritenuti dalla letteratura i più frequenti in fase lieve di malattia quali ansia, aggressività verbale, disforia/depressione.

UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI DI CURA

Darvo Gianluca

Dipartimento di Architettura, Università degli Studi, Firenze

Introduzione. Il concetto di umanizzazione degli spazi di cura affonda le sue origini nella trasformazione del concetto di "salute"; dall'approccio biomedicale, che focalizzava l'attenzione sul trattamento dell'organo malato, si è progressivamente passati ad un approccio multidimensionale, che considera il benessere dell'individuo nella sua totalità, come risultato di esigenze non solo cliniche, ma anche funzionali, emotive, relazionali e sociali. L'umanizzazione in sanità, in senso globale, deve essere pertanto intesa come l'interpretazione psicosensoriale dei bisogni della persona (paziente, familiare o professionista sanitario), in riferimento all'ambito delle scienze mediche, della comunicazione e dell'architettura, campo nel quale si realizza l'interazione tra la persona e l'ambiente costruito.

Metodi. Questo concetto assume una particolare rilevanza per persone con demenza: alcune caratteristiche dello spazio possono assumere una valenza "terapeutica" e supportare le difficoltà di tipo cognitivo o sensoriale; al contrario, può avvenire che spazi non adeguatamente progettati possano contribuire ad accentuare le disabilità della persona e ostacolare il lavoro degli operatori. La ricerca, soprattutto nel campo dell'*Evidence Based Design* riveste un ruolo chiave per la definizione e la misurazione degli impatti di determinate soluzioni spaziali e ambientali sulla persona con demenza.

Risultati. Lo spazio, per essere considerato "terapeutico", deve essere concepito per offrire alla persona la possibilità di ristabilire un'interazione con l'ambiente tramite canali di comunicazione adatti alle capacità residue. Con i suoi connotati, lo spazio può riattivare la memoria, facilitare l'orientamento, ridurre il senso di frustrazione, contenere la paura, attraverso le sensazioni di sicurezza e benessere che la persona percepisce. Tutto ciò può avvenire anche in uno stato di ridotta consapevolezza ed è per questo che, nei criteri di progettazione, la componente percettivo-sensoriale diventa prevalente rispetto a quella funzionale.

Conclusioni. Sebbene sia indiscutibile che le caratteristiche dello spazio generano ricadute importanti sul benessere e sul comportamento della persona con demenza, le soluzioni spaziali e ambientali devono essere contestualizzate, oltre che sulla base della specificità delle persone e delle declinazioni della patologia, anche e soprattutto per adattarsi alla tipologia di struttura nella quale vengono adottate. Centri Diurni, strutture residenziali e ospedaliere differiscono per esigenze gestionali, finalità e modelli d'uso dello spazio e pertanto, anche per soddisfare le stesse esigenze degli ospiti, dovranno essere sviluppate soluzioni spaziali diverse per garantire l'efficacia nello specifico contesto.

IMPATTO SUL RITMO SONNO-VEGLIA E IL COMPORTAMENTO NOTTURNO DI UN GIARDINO *GENTLECARE* IN RESIDENTI CON DEMENZA

De Vreese Luc Pieter (a), Lanzoni Alessandro (a), Camuri Chiara (a), Carnevali Cristiano (a), Grandi Alessia (b), Salimbeni Isabella (a)

(a) Centro Geriatrico Fondazione Boni Onlus, Suzzara, Mantova

(b) Università degli Studi, Modena

Introduzione. È ragionevole ipotizzare che le attività significative quotidiane (deambulazione in libertà e in sicurezza con percorsi con pavimento anti-trauma e con panchine per riposare, ortoterapia e orticoltura con piante commestibili e ornamentali su bancaline rialzate) svolte secondo i principi *Gentlecare* in un giardino sensoriale, favoriscano l'esposizione alla luce solare e stimolino l'attività fisica.

Obiettivo. Verificare l'impatto di un Giardino Sensoriale sul ritmo sonno-veglia e sui comportamenti notturni dirompenti in alcuni residenti con disturbi del sonno di un Nucleo Specialistico per le demenze.

Metodi. Sono state valutate otto persone (4 femmine e 4 maschi, età media $82\pm 6,3$; range 72-91 anni) con demenza (mediamente severa MMSE: $9,7\pm 5,1$, range: 0-18) deambolanti (Barthel media $55,5\pm 11,1$; range 41-70) in base ai seguenti criteri: a) frequenza quotidiana spontanea o guidata per le attività nel giardino; b) NPI ≥ 8 nell'item "insonnia" prima dell'apertura del giardino (NPI totale (144) media $22,4\pm 6,5$; range: 13-33); c) nessun ricovero o episodi di *delirium* durante il periodo di osservazione; d) nessuna variazione nella psicofarmacoterapia serale [Risperidone (n=3); Triazolam (n=2); Trazodone (n=3); Paroxetina (n=1); Melatonina (n=2)] durante il periodo di osservazione. Una laureanda in Terapia Occupazionale, ignara dell'obiettivo dello studio, ha codificato le consegne routinarie e dettagliate degli operatori in turno di notte (0 = dorme tutta la notte; 1 = risvegli notturni senza comportamenti dirompenti; 2 = risvegli notturni con comportamenti dirompenti; 3 = notte in bianco con necessità di supervisione costante) per 31 giorni prima dell'inaugurazione del "Giardino Alzheimer" e 31 successivamente, in un periodo dell'anno con simili ore di luce solare e temperatura (maggio-giugno).

Risultati. Si è verificato una riduzione statisticamente significativa delle notti in bianco (da 5 a 0, chi quadrato di Pearson $p=0,026$). Un T test di Student per dati appaiati applicata alla somma algebrica dei suddetti codici (punteggio totale direttamente proporzionale ai disturbi del sonno) ha raggiunto il livello di significatività (pre $24\pm 10,6$ vs post $17,1\pm 6,9$; $T=2,69$; $p=0,031$) a fronte di nessuna variazione delle cadute (pre 2 vs post 1).

Conclusioni. Promuovere *routine* giornaliere di attività che contemplino attività all'aria aperta all'interno di un giardino *Gentlecare* può migliorare la qualità del sonno notturno di PWD ricoverate in un Nucleo Alzheimer. Sono necessari ulteriori studi per confermare questi dati preliminari positivi.

UPDATE DELLE POLITICHE INTERNAZIONALI E NAZIONALI

Di Fiandra Teresa

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Al fine di aggiornare sui più recenti sviluppi nelle strategie e politiche nazionali ed internazionali, la relazione fornirà elementi informativi su quanto analizzato nelle precedenti edizioni del Convegno. In particolare:

- Continua la partecipazione attiva dell'Italia alle maggiori iniziative internazionali del WHO, quali l'approvazione finale del “*Global Dementia Action Plan*”, avvenuta a maggio scorso, e il consolidamento della fase pilota di costruzione e test del “*Global Dementia Observatory*” (GDO), il cui lancio ufficiale è previsto per il prossimo dicembre.
- Nel quadro delle attività della Commissione Europea viene garantita la partecipazione ai lavori del Gruppo Europeo dei “*Governmental Experts on Dementia*” e alle iniziative delle presidenze di turno del Consiglio Europeo. A maggio, nel corso della riunione promossa dal governo maltese durante il suo semestre di presidenza europea, è stato presentato un approfondimento delle attività connesse all'implementazione del Piano Nazionale Italiano delle Demenze.
- Significativa rimane la partecipazione dell'Italia alla *Joint Action* (JA) europea “*Act on Dementia*”, ai tre *Work Packages* (WP) relativi a “*Crisis and care coordination*”, di cui è anche co-coordinatrice, “*Diagnosis and post-diagnostic support*” e “*Dementia friendly communities*”. I lavori nella JA sono ora focalizzati sull'individuazione delle “*best practice*” che dovranno essere implementate nei diversi Paesi europei. Per l'Italia si è deciso di sperimentare nell'AUSL di Modena quelle individuate in tutti i WPs a cui prendiamo parte.
- A livello nazionale l'attività di maggiore rilievo si riferisce al completamento, e all'invio alla Conferenza Unificata, dei due documenti tecnici di approfondimento relativi alle “Linee di indirizzo per i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze” e alle “Linee di indirizzo per l'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”, che rappresentano il primo importante risultato del lavoro congiunto di Istituzioni e Associazioni svolto all'interno del Tavolo di monitoraggio del PND.

PREVENZIONE DEI DISTURBI COGNITIVI E DELLE DEMENZE

Di Pucchio Alessandra

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

L'aumento delle patologie croniche ha aperto da molti anni la sfida della riorganizzazione dei sistemi sanitari e socio-assistenziali per affrontare patologie di lunga durata, che comportano una progressiva perdita di autonomia e il coinvolgimento e coordinamento di più sistemi di cure, formali e informali. Aspetti che sommati all'elevato impatto psicologico e sociale rendono la prevenzione un potenziale *focus* per ridurre la prevalenza, gravità e/o ritardare la disabilità derivante dalle patologie croniche e, fra queste, delle demenze, priorità di salute pubblica e di sostenibilità per i sistemi sanitari e socio-assistenziali. A differenza di altre patologie, come quelle cardiovascolari, diabete, patologie respiratorie e tumori per le quali è documentata sia la relazione fra malattia e fattori di rischio sia l'effetto degli interventi di prevenzione, per le demenze lo studio di questa relazione è più recente con incoraggianti risultati ed evidenze dalla letteratura che tracciano, per la prima volta una linea di indirizzo strategica in questo ambito. Sebbene l'età rappresenti il più importante fattore di rischio di demenza e la prevalenza aumenti con l'aumentare dell'età, questa patologia non è una normale o inevitabile parte dell'invecchiamento. Alcuni elementi presenti nell'attuale dibattito scientifico su questo tema riguardano il ruolo di fattori di rischio potenzialmente modificabili (ad esempio diabete, ipertensione, inattività fisica, fumo di tabacco, obesità); le criticità relative agli studi sull'invecchiamento cognitivo fisiologico e patologico; l'individuazione e applicazione di strategie efficaci di prevenzione. In Italia, alla prevenzione è stato riconosciuto un ruolo strategico nell'ambito del Piano Nazionale Demenze. Più recentemente (maggio 2017), l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato il Piano Mondiale sulle demenze che la include fra i suoi obiettivi. È necessario che, con le opportune specificità, la prevenzione sia affrontata in modo intersettoriale nell'ambito delle patologie non-comunicabili, con sempre maggiori collegamenti fra diversi strumenti di indirizzo, quali ad esempio il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. In patologie di origine multifattoriale e che si sviluppano in diversi periodi della vita, il tradizionale approccio alla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) potrà essere affiancato dal modello della prevenzione universale, selettiva e mirata sia per le potenzialità nel guidare l'identificazione di individui e gruppi di popolazione con differenti livelli di rischio e bisogni di prevenzione, sia per rispondere a questi con appropriati interventi di sanità pubblica. Nell'ambito di un approccio bio-psico-sociale alla salute, prevenzione, diagnosi e presa in carico vengono considerati nel continuum, dalla promozione della salute alla gestione nelle fasi avanzate di una patologia. Sono inoltre di interesse l'approccio *life course* e l'*Expanded Chronic Care Model (CCM)* per l'attenzione alle fasi di vita e alla prevenzione primaria nell'ambito della gestione integrata. L'adeguata formazione/informazione dei professionisti sanitari e dei cittadini su questi temi potranno facilitare la conoscenza, condivisione e promozione di questo paradigma.

SERVIZI PER LE DEMENZE IN ITALIA NELLA MAPPA ON-LINE DELL'OSSERVATORIO DEMENZE. FOCUS SULLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Di Pucchio Alessandra (a), Marzolini Fabrizio (a), Di Fiandra Teresa (b), Vanacore Nicola (a), Gruppo Osservatorio Demenze*,

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

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

Introduzione. La *Survey* dei Servizi per le demenze è un'attività di censimento e caratterizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari per le demenze attivi in Italia. Viene gestita attraverso una piattaforma *online* che consente di raccogliere i dati mediante una scheda standard, e di aggiornare e visualizzare, i centri censiti nella Mappa online dei Servizi dedicati, attraverso il sito Osservatorio Demenze (www.iss.it/demenze). La *Survey* riguarda i tre principali nodi dell'assistenza a persone con demenza: Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), Centri Diurni (CD) e Strutture Residenziali (SR) pubblici o convenzionati con il SSN/SSR. L'attività, svolta dal 2014 su mandato del Ministero della Salute (progetti CCM), prevede il coinvolgimento dei Referenti regionali per le demenze, ed è una delle iniziative di implementazione del Piano Nazionale Demenze. Viene presentata la situazione relativa alle strutture residenziali.

Metodi. Sono 833 le strutture residenziali segnalate dai referenti regionali alle quali è stato inviato per email il link per accedere alla scheda standard da compilare per la raccolta delle informazioni. Le strutture non rispondenti sono state contattate, telefonicamente e/o per email, in più fasi; gli indirizzi incompleti o errati sono stati corretti, aggiornati e integrati.

Risultati. Al 15 settembre 2017, 729 SR sono state inserite nella mappa *online* (presenza dei criteri di inclusione). Al Nord sono presenti il 51% delle SR segnalate, al centro il 35% e al Sud e Isole il 14% (mancano indirizzari ufficiali per Calabria e Puglia). 429 servizi (59%) hanno compilato la scheda: le principali criticità nei tassi di risposta sono ancora presenti per alcune Regioni (Sicilia, Lazio, Toscana, Marche e Valle D'Aosta). L'analisi delle caratteristiche delle SR rispondenti indica che il 48% sono private convenzionate/a contratto; il 49% delle SR ha nuclei dedicati alle demenze mentre nel 44% dei casi le persone con demenza usufruiscono di posti letto in stanze con persone con altre patologie.

Conclusioni. Disporre di indirizzari completi ed aggiornati è un elemento imprescindibile per garantire l'informazione e la conoscenza dei servizi ad operatori, cittadini e *stakeholder*. Per i CDCD e per i CD sono stati raggiunti tassi di risposta rispettivamente di circa il 90% e l'80% e l'implementazione e aggiornamento dei servizi e delle informazioni sono costanti. Per le criticità presenti consideriamo il censimento delle SR ancora in corso. Si conferma per questo tipo di *survey* l'utilità del metodo della ricerca-azione.

* *Gruppo Osservatorio Demenze: Bacigalupo Ilaria, Crestini Alessio, Lacorte Eleonora, Musumeci Marco, Penna Luana, Piscopo Paola.*

POLITICHE NAZIONALI E MODELLI DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI NEI PAESI EUROPEI PER LA GESTIONE DELLE CRISI NELLE DEMENZE: I RISULTATI DELLA SURVEY NELLA JOINT ACTION “ACTONDEMENTIA”

Di Pucchio Alessandra, Mayer Flavia, Bacigalupo Ilaria, Lacorte Eleonora, Vanacore Nicola, WP5 ActOnDementia Working Group*
Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. ActOnDementia è la nuova Joint Action 2015-2018 cofinanziata dalla Commissione europea che prosegue i risultati raggiunti nella precedente JA ALCOVE. Vengono presentati i risultati della survey condotta nell’ambito del WP5 “Crisis and care coordination” coordinato da Italia e Olanda con il cofinanziamento del Ministero della Salute, per rilevare le caratteristiche, nei Paesi europei, delle strategie nazionali sulle demenze (Piani Nazionali Demenze - PND) e dei modelli di organizzazione delle cure per la gestione delle crisi.

Metodi. Un questionario on-line è stato strutturato ed inviato (novembre 2016-luglio 2017) ad esperti governativi sulle demenze all'interno della Commissione europea, provenienti da 29 Paesi. Le informazioni raccolte riguardano l’organizzazione nazionale di ciascun Paese su quattro principali aspetti relativi alle *policy* e all’organizzazione dei servizi.

Risultati. Alla survey hanno risposto 20 Paesi (69%): Bulgaria, Cipro, Repubblica Ceca, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Portogallo, Slovenia, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito, Slovacchia, Finlandia, Polonia. La maggioranza dei Paesi (60%) ha un sistema sanitario sociale misto (pubblico e privato), il 30% ha un sistema pubblico, in un caso il sistema è completamente privato. Il 75% dei Paesi dichiara di avere un PND: nella maggior parte dei Paesi (12/15) parzialmente implementato. Molte le componenti comuni ai PND dei diversi Paesi; le maggiori criticità riguardano alcuni temi meno inclusi nelle strategie nazionali (ad es. direttive anticipate; uso di antipsicotici; disponibilità di linee guida organizzative; finanziamenti). Molte le criticità sull’implementazione delle raccomandazioni formulate nella JA ALCOVE sulle strutture per la gestione dei BPSD: solo il 37% dei Paesi dichiara di averle implementate. Il 37% dei Paesi ha sviluppato servizi per la gestione di BPSD in ambulatorio, o unità presso case di cura e/o negli ospedali; solo il 26% promuove la condivisione di informazioni sanitarie e sociali come uno strumento ottimale per un approccio multidisciplinare; solo 2 Paesi (10,5%) prestano attenzione alla raccolta di indicatori di qualità e di impatto per i pazienti con i BPSD e i *caregiver*. Area particolarmente critica è quella relativa ai percorsi di cura e all’*équipe* multidisciplinari: circa metà dei Paesi non ha né linee guida nazionali né progetti di ricerca sulla costruzione di percorsi di cura sulla demenza. 8 Paesi riferiscono esperienze di buone pratiche nel coordinamento e/o gestione di qualsiasi tipo di crisi.

Conclusioni. I 20 Paesi rispondenti hanno situazioni molto diverse rispetto all'esistenza e all'attuazione del PND e quattro Paesi (Cipro, Ungheria, Portogallo, Slovacchia) ne risultano ancora sprovvisti. I risultati potranno essere utilizzati a vari livelli per attivare confronti e condividere le migliori pratiche sulla gestione delle crisi nelle demenze.

** WP5 ActOnDementia working group: Annamaria Confaloni, Alessio Crestini, Fabrizio Marzolini, Luana Penna, Paola Piscopo (Istituto Superiore di Sanità, Roma); Teresa Di Fiandra (Ministero della Salute, Roma); Marco Canevelli, Federica Quarata, Francesca Remiddi (Sapienza Università di Roma, Roma); Jacqueline Hoogendam, Brigitte Verhage (NETHERLANDS Dutch Ministry of Health and Sport); Armelle Leperre, Audrey Maillet, Pierre Krolak Salmon (FRANCE Lyon Claude Bernard University -UCBL); Ana Diaz, Dianne Gove, Georges Jean (ALZHEIMER EUROPE).*

NOTE DI MEMORIA. ATTIVITÀ MUSICALE E SINTOMI COMPORTAMENTALI DELLA DEMENZA: UN'INDAGINE ESPLORATIVA

Dragonetti Mariacristina Beatrice (a), Taddei Stefano (b), Contena Bastianina (b)

(a) *Minerva Società Cooperativa Sociale onlus, Empoli, Firenze*

(b) *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi, Firenze*

Agitazione e vagabondaggio sono spesso associati alla demenza e risultano essere tra i sintomi comportamentali a più elevata difficoltà di gestione. Questi sintomi spesso persistono nonostante il trattamento farmacologico e mostrano un notevole impatto non solo sulla qualità della vita del paziente ma anche sul grado di stress dei *caregiver*. Gli interventi non farmacologici, di tipo psicosociale, sono spesso indicati come prima scelta nel trattamento di tali sintomi sia per ridurne la frequenza sia per diminuirne la gravità. Tuttavia non esistono sufficienti evidenze di efficacia di tali interventi. Inserendosi in tale dibattito, il presente contributo intende esaminare un intervento di attività musicale portato avanti in una struttura semi-residenziale con pazienti con diagnosi di demenza. In particolare si intende descrivere la presenza di effetti dell'attività sui sintomi comportamentali e riportare l'osservazione dei pazienti durante l'attività stessa per rilevarne il grado di partecipazione. Sono state strutturate 4 sedute di attività musicale, nell'arco di 2 mesi, a cui hanno partecipato 24 ospiti di una struttura semi-residenziale. Di questi solo 16 hanno partecipato ad almeno 3 delle 4 sedute. Le 16 persone che hanno preso parte alla ricerca hanno punteggi al MMSE compresi tra 10 e 23. Ogni persona è stata valutata prima e dopo la seduta di attività musicale con versione italiana della scala per l'agitazione CMAI (*Cohen-Mansfield Agitation Inventory*). Durante l'attività musicale, che è stata videoregistrata, i pazienti sono stati osservati attraverso l'utilizzo di una griglia ispirata a quella proposta da Bonanomi e Gerosa nel 2001 e ripresa da Sirigatti e i suoi collaboratori nel 2004. Rispetto all'agitazione comportamentale la maggior parte dei pazienti ha mostrato un miglioramento post-trattamento o una sostanziale assenza di modificazione dello stato di agitazione. In alcuni casi (0% in prima seduta, 26,7% in seconda, 40% in terza e 16,7% in quarta) si è potuto registrare un aumento dei punteggi di agitazione. Rispetto alla partecipazione all'attività musicale, i punteggi più elevati si ottengono nell'area corporeo sensoriale e cognitiva, dove 12 pazienti su 16 raggiungono punteggi superiori al *cut-off*. L'area sociale sembra essere quella meno attivata. L'attività musicale proposta sembra utile a contenere i sintomi di agitazione ma non per tutti i pazienti. Dal punto di vista metodologico sembra necessario un approfondimento di tipo qualitativo per meglio comprendere le caratteristiche dei pazienti eleggibili per questo tipo di trattamento.

📄 PROGETTO GRAY MATTERS ROMA: ANALISI DEL FOLLOW-UP A 4 MESI DI UNO STUDIO-INTERVENTO DI PREVENZIONE DEL DEFICIT COGNITIVO

Eleuteri Stefano (a), Rorton Maria (b), Caligiuri Francesco (a), Sarra Francesca (a), Lombardo Caterina (a), Violani Cristiano (a), Falaschi Paolo (a), Lucidi Fabio (a)
(a) *Sapienza Università di Roma, Roma*
(b) *Utah State University, Logan, Stati Uniti d'America*

Introduzione. La ricerca del settore ha prodotto evidenze consistenti riguardo alla connessione tra stili di vita e rischio di Alzheimer, che affiancata al rischio genetico pone i familiari di pazienti con *deficit* cognitivo ad alto rischio di un'insorgenza di patologie dementi gene. Il progetto Gray Matters, l'adattamento italiano di uno studio stratiunitense, ha l'obiettivo di migliorare gli stili di vita di un gruppo di *caregivers* familiari.

Metodi. Il progetto ha previsto la valutazione degli stili vita e delle funzioni cognitive attraverso una batteria di test. Le valutazioni sono state effettuate una volta ogni quattro mesi, per un totale di 3 valutazioni complessive. Inoltre è stato fornito l'indirizzo del sito internet del progetto, attraverso cui potevano informarsi su come migliorare le proprie abitudini. Ai soggetti sperimentali è stato, inoltre, chiesto di installare l'app del progetto (Gray Matters) ed utilizzarla in maniera giornaliera e di partecipare a 4 seminari che potessero aiutarli a migliorare la qualità della vita. L'app ha permesso di registrare i propri stili di vita e di tenerne traccia.

Risultati. I risultati ottenuti confrontano le prestazioni ottenute alla prima valutazione e a quella effettuata 4 mesi dopo, sia del gruppo sperimentale (n=34) che di controllo (n=39). Risultati significativi sono stati osservati nelle aree dell'attività fisica e nell'autoefficacia. Per quanto riguarda l'attività fisica, si è osservato un aumento nello svolgimento di attività fisiche di tipo intenso e moderato in entrambi i gruppi (attività fisiche intense: $F=3,97$, $p=0,05$; attività fisiche moderate: $F=5,04$, $p=0,03$; MET totali: $F=7,11$, $p=0,01$). I risultati hanno mostrato, inoltre, un *trend* differente nei due generi nel cambiamento nella propria autoefficacia: è aumentata nelle donne, mentre è diminuita negli uomini, seppure in modo non significativo ($F=3,47$, $p=0,06$). Suddividendo il gruppo sperimentale in due sottocampioni, coloro che avevano frequentato almeno due seminari e che avevano utilizzato l'app per più della metà dei giorni, abbiamo notato un *trend* maggiormente positivo in alcune aree della qualità della vita (attività sociali, fisiche, aderenza alla dieta mediterranea, qualità del sonno, supporto percepito, stress percepito) rispetto all'altro gruppo sperimentale meno aderente ed al controllo; tuttavia, il *trend* non ha raggiunto la significatività statistica a causa della scarsa numerosità campionaria.

Conclusioni. I risultati ottenuti attualmente dal confronto tra le prime due valutazioni hanno mostrato un *trend* positivo per i soggetti del gruppo sperimentale che si sono impegnati maggiormente nelle attività proposte. Risultati più chiari si potranno ottenere

attraverso successive analisi che confronteranno le prestazioni tra la valutazione baseline e la valutazione finale dei soggetti di entrambi i gruppi, valutazioni quest'ultime ancora in corso.

AUSL DI MODENA COME ESEMPIO DI *BEST PRACTICE* NELLA DEMENZA

Fabbo Andrea

Programma Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

L'Azienda USL di Modena, fin dall'attivazione del Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99) e della sua revisione (DGR 990/2016) in accordo con il PND, è sempre stata in prima linea, insieme alla rete socio-assistenziale provinciale e alle associazioni dei familiari, nella gestione delle demenze attraverso una rete di servizi dedicata costituita da: 10 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (7 CDCD distrettuali e 3 CDCD ospedalieri di 2° livello), un nucleo ospedaliero demenze (20 posti letto, codice 56 e 60) dedicato alle emergenze comportamentali, 4 Nuclei Demenze e 2 Centri Diurni Demenze che lavorano essenzialmente sui *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*, il progetto disturbi cognitivi con la medicina generale, i programmi di formazione sia per i servizi ospedalieri che i servizi territoriali. Nella rete modenese risultato assistiti al 31.12.2016 n° 12.069 persone con demenza di cui 7.031 seguiti dal progetto demenze medici di medicina generale. La lettura dei dati relativi ai pazienti seguiti in assistenza domiciliare integrata conferma come la demenza sia diventata la 2° patologia più importante (dopo le cardiopatie e prima dei tumori) per la quale sia richiesta questa assistenza a differenza di quanto accadeva prima dove l'assistenza oncologica a domicilio superava quella per la demenza. Da non sottovalutare inoltre il ruolo del Servizio di Psicologia Clinica aziendale per le attività di sostegno nei confronti dei *caregivers* (429 familiari seguiti e circa 1.600 prestazioni) e le attività delle Associazioni di Volontariato che riescono a gestire attività importanti per i pazienti e le famiglie come i gruppi di mutuo auto-aiuto, gli interventi di stimolazione cognitiva e terapia occupazionale a domicilio. In particolare si segnalano le esperienze dei *Cogs Clubs* nati in UK sulla base delle evidenze scientifiche della Terapia di Stimolazione Cognitiva che sono interventi di stimolazione cognitiva associati ad attività fisica, Terapia occupazionale e musica, l'avvio dei *Meeting Centers*, il *Co-Housing* per paziente con demenza c/o la città di Modena gestito dall'associazione dei familiari. Le caratteristiche organizzative della rete modenese sembrano essere adeguate alle linee guide europee ALCOVE in quanto sono presenti tutti i "punti della rete" previsti per il monitoraggio, la prevenzione e la gestione dei disturbi comportamentali (la vera "emergenza" nella gestione delle demenze). Un'altra caratteristica della rete modenese è la capacità della stessa di "fare squadra" sviluppando sinergie fra istituzioni (azienda sanitaria e Comuni), la rete del volontariato ed il privato sociale, elemento indispensabile per garantire risposte adeguate in una condizione complessa come la demenza.

📍 NUOVO MODELLO DI WELFARE PER LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA. IL PROGETTO In.Te.SE: LA BASE PER LA CREAZIONE DI UNA COMUNITÀ ACCOGLIENTE

Ferrari Arianna (a), Zapparoli Alessandra (b), Cosmo Chiara (a), Torresan Federica (c), Mognato Leila (d), Goffo Giorgia (e), Squizzato Renata (f), Favaretto Elisa (g), Zampieri Manuela (g), Basso Cristina (h)

(a) *Centro Medico Rindola, Neurologia Psicologia, Vicenza*

(b) *Comune di Vigonovo, Venezia*

(c) *Comune di Mirano, Venezia*

(d) *Comune di Pianiga, Venezia*

(e) *Comune di Santa Maria di Sala, Venezia*

(f) *Comune di Mira, Venezia*

(g) *Comune di Spinea, Venezia*

(h) *ULSS3 Serenissima, Regione Veneto, Venezia*

Introduzione. Il progetto In.Te.S.E. (Integrazione Territoriale Servizi Socio-Educativi) si è proposto di creare un percorso formativo-partecipativo integrato nel territorio del distretto 3 dell'ULSS3 per sostenere famiglie e anziani affetti da demenza, rafforzando una presa in carico multiprofessionale *patient care centered*.

Metodi. Il progetto, finanziato dalla Regione Veneto, è iniziato nel 2015 con l'avvio di 4 centri per persone affette da demenza in fase iniziale-moderata, nei comuni di Spinea, Vigonovo, Mira e Mirano in un bacino di utenza di 49.814 ultra 65enni. All'interno di una progettualità integrata sono stati previsti percorsi psico-educativi per pazienti e per familiari volti a stimolare e sostenere la consapevolezza di malattia per incrementare la partecipazione attiva degli stessi al proprio percorso socio-assistenziale. Il progetto ha previsto un approccio di tipo trasversale e collaborativo, complementare alle classiche politiche socio-sanitarie con conseguente creazione di un "tavolo di concertazione" in cui ULSS si interfaccia con il terzo settore, la pubblica amministrazione e le associazioni del territorio, definendo i valori di riferimento e la costruzione di reciproca fiducia per rafforzare la resilienza e l'empowerment della comunità. Tale concertazione ha garantito sostenibilità e adeguatezza delle fonti finanziarie, risorse tecniche e professionali utilizzate.

Risultati. Dall'inizio del progetto sono state effettuate 106 inserimenti e sono stati coinvolti 73 familiari (età media 58 ± 12). 85 pazienti (età media 81 ± 5) hanno partecipato in modo continuativo per almeno 12 mesi alle attività proposte. Sono stati creati 4 gruppi di familiari a cui sono state proposti interventi psico-educativi anche individuali ottenendo una tendenza alla riduzione dello stress dei *caregiver*, rilevato dall'NPI ($p < 0,08$). Riteniamo che i familiari adeguatamente formati abbiano contribuito al significativo miglioramento dei punteggi al *Direct Assessment of Functional Status* (1989) ($p < 0,001$). Il progetto ha coinvolto 10 Comuni, 9 Associazioni di volontariato, l'Azienda Sanitaria ed il Privato sociale (Associazione Impresa Sociale Rindola). Ha sostenuto: 18 iniziative rivolte ai familiari, operatori e volontari nel periodo 2016-17.

Conclusioni. Lo sviluppo delle abilità di empowerment e care management potenziati durante il percorso formativo-partecipativo e l'effetto protettivo determinato dal supporto socio-assistenziale continuativo di questa governance hanno contribuito ad abbassare la quota di stress dei *caregiver* con conseguente auspicabile miglioramento della qualità della vita dell'intera famiglia. Il progetto In.Te.S.E. si è dimostrato essere un'esperienza in cui pubblico, privato e terzo settore possono positivamente collaborare fra loro al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali potenzialmente in grado di favorire la creazione di una comunità accogliente a beneficio dell'intera collettività.

ASSOCIAZIONI TRA *FRAILTY INDEX* E ATROFIA CEREBRALE: EVIDENZE DAL REGISTRO TREDEM

Gallucci Maurizio (a), Di Battista Maria Elena (a), Piovesan Cinzia (b), Cesari Matteo (c), Canevelli Marco (d)

(a) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, AULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso

(b) Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Azienda AULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso

(c) G erontop le, Universit  di Tolosa, III Paul Sabatier, Tolosa, Francia

(d) Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Universit  di Roma, Roma

Introduzione. La fragilit    una condizione caratterizzata da una riduzione delle riserve omeostatiche dell'individuo e che comporta una aumentata vulnerabilit  ad agenti stressanti endogeni ed esogeni. Il *Frailty Index* (FI), proposto da Rockwood,   stato concepito secondo un modello di "accumulazione dei *deficit*": un maggiore numero dei *deficit* presenti in un individuo, corrisponde ad un pi  severo grado di fragilit . Il FI   composto da un insieme di variabili che esprimono patologie, sintomi, disabilit , parametri di laboratorio. Il FI esprime il rapporto tra il numero dei *deficit* che un soggetto presenta ed il numero totale delle variabili considerate. L'obiettivo di questo lavoro   stato verificare l'esistenza di associazioni tra il FI e l'atrofia cerebrale.

Metodi. Il Registro TREDEM (Treviso Dementia) ha fornito i dati osservazionali retrospettivi di 1.584 pazienti afferiti al CDCD di Treviso.   stata effettuata una dettagliata raccolta di dati anamnestici, obiettivi, neuropsicologici, neuroradiologici ed ematochimici. Il calcolo del FI   stato realizzato utilizzando 50 variabili comprendenti patologie, disabilit , disturbi del comportamento e parametri ematochimici. La severit  della atrofia (bassa, moderata o severa) nelle regioni corticale (frontale, parietale, temporale ed occipitale), sottocorticale (perinsulare, basale, al vertice) e l'ampiezza dei ventricoli laterali sono state rilevate con metodica TAC. Modelli di regressione logistica multipla con metodo backward stepwise sono stati utilizzati per analizzare le possibili associazioni tra FI e atrofia.

Risultati. Campione 551 uomini e 1.033 donne, et  media $79,5 \pm 7,4$ anni, scolarit  $5,9 \pm 3,4$ anni, *Mini-Mental State Examination* (MMSE) $21,0 \pm 5,8$. Il numero medio dei *deficit*   $11,4 \pm 6,2$ corrispondente a FI $0,228 \pm 0,124$. Ad ogni incremento di un centesimo del FI la probabilit  di atrofia corticale aumenta del 2% [*adjusted Odds Ratio* 1,02 (1-1,03) $p=0,03$]. Il genere femminile risulta fattore protettivo per l'atrofia corticale [adj.OR 0,61 (0,45-0,82) $p<0,001$] cos  come l'aumento di punteggio MMSE [adj.OR 0,89 (0,86-0,92) $p<0,001$]. All'aumentare dell'et  aumenta la probabilit  di atrofia corticale [adj.OR 1,06 (1,04-1,08) $p<0,001$]. Ad ogni incremento di un centesimo del FI la probabilit  di atrofia corticale marcata aumenta del 3% [adj.OR 1,03 (1,02-1,05) $p<0,001$]. Il FI   significativamente associato ad atrofia corticale frontale [adj.OR 1,02 (1,01-1,03) $p<0,001$] e temporale [adj.OR 1,02 (1-1,03) $p=0,01$]. Risulta significativa la relazione tra FI e grado marcato di atrofia sottocorticale: ad ogni incremento di un centesimo del FI la probabilit  di atrofia sottocorticale marcata

aumenta del 3% [adj.OR 1,03 (1,01-1,04) $p < 0,001$]. Il FI è significativamente associato ad atrofia sottocorticale perinsulare [adj.OR 1,02 (1,01-1,03) $p < 0,001$].

Conclusioni. Il FI risulta essere associato a presenza, grado e ad alcune localizzazioni di atrofia cerebrale in una popolazione di pazienti con decadimento cognitivo.

ASPETTI METODOLOGICI NELLA VALUTAZIONE DELLA COMPETENCE

Gambina Giuseppe
Memory Center, Verona

Le valutazioni della competence e della consapevolezza costituiscono una parte necessaria nella valutazione clinica e neuropsicologica dei pazienti anziani con compromissione cognitiva. Esse aiutano a valutare l'impatto clinico dei *deficit* cognitivi, nella scelta dei tipi di aiuto di cui il paziente abbisogna e nella determinazione se e come possono limitare l'indipendenza del paziente stesso. Nella pratica clinica l'esame accurato ed affidabile per identificare la compromissione della consapevolezza e della competence rappresenta una sfida importante poiché le valutazioni sono complesse. Nella Malattia di Alzheimer la compromissione della consapevolezza e della capacità decisionale variano con la progressione della malattia dallo stato di rischio basato sui marcatori (intesi come surrogati della patologia alzheimer sottostante) o della fase iniziale dei sintomi clinici a quello degli stadi più gravi della malattia. La consapevolezza è centrale per l'elaborazione dell'informazione, per comprenderla cognitivamente e per accettarla emotivamente. La Capacità Decisionale (CD) è un concetto complesso e multidimensionale alla base di molte singole capacità che variano quantitativamente e qualitativamente nello stesso individuo in occasioni e situazioni diverse. Essa è direttamente proporzionale a livelli decrescenti di capacità cognitive per cui il passaggio dalla piena CD all'assenza di CD avviene di regola lungo una scala continua. Le aree della capacità umana che il clinico può essere chiamato ad esaminare sono molteplici: la capacità di consentire a un trattamento, di votare, di testimoniare, di fare testamento, di gestire le proprie finanze, di guidare un'auto, di detenere un'arma, di svolgere una professione. La valutazione della competence è una valutazione clinica dove le informazioni o i punteggi ottenuti dalle scale utilizzate a tal scopo di per se non determinano che la persona non è capace, sono, invece, parte dell'intervista clinica che fornisce al medico le informazioni utili per esprimere un giudizio sulle capacità del malato.

TRATTAMENTO DEI BPSD: APPLICAZIONE DI UN MODELLO GERARCHICO- DINAMICO DEL FUNZIONAMENTO MENTALE

Gerace Carmela, Ricci Monica
Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma

Introduzione. I disturbi neuropsichiatrici (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSD) rappresentano una componente importante tra i sintomi delle demenze. Il loro trattamento spesso non è soddisfacente, con importanti ricadute nella gestione globale della malattia. Sono conosciuti numerosi tipi di BPSD ognuno dei quali si correla a disfunzione di aree cerebrali diverse nei diversi stadi di malattia.

Metodi. Il modello gerarchico - dinamico della mente è basato sulla anatomo-fisiopatologia cerebrale e sulle interazioni del cervello – mente con l'ambiente; le origini di tale modello possono essere fatte risalire a H. Jackson; gli studi neuroscientifici attuali, da P. McLean a G. Edelman e A. Damasio hanno supportato tale modello, in base al quale l'alterazione di uno specifico livello strutturale cerebrale comporta una specifica riorganizzazione dell'intero sistema mentale. Tale riorganizzazione, deve essere la risultante della copresenza di effetti “negativi”, espressione del disordine del livello interessato dal processo patologico, e di effetti “positivi”, connessi all'integrità dei livelli sottostanti a quello lesionato, la cui attività non sarà più modulata per l'azione di controllo da parte del livello soprastante, e dall'integrità dei livelli soprastanti a quello lesionato, la cui attività non sarà più ancorata alle fondamenta relative al livello sottostante. Tale modello potrebbe consentire di attuare una terapia personalizzata secondo le esigenze del singolo paziente e della sua famiglia. Riteniamo utile proporre l'utilizzazione di tale modello nell'analisi diagnostica e nel trattamento dei BPSD, parallelamente all'analisi e al trattamento dei disturbi specificamente cognitivi delle demenze.

Risultati. Abbiamo applicato questo modello nel trattamento di una serie di nostri pazienti, suddividendo i BPSD presentati dai pazienti, attraverso l'utilizzo di scale neuropsichiatriche di uso comune e, parallelamente, in base al modello gerarchico - dinamico, strutturando poi gli interventi sul singolo pazienti in modo corrispondente; abbiamo ottenuto risultati soddisfacenti e importanti effetti anche sui *caregiver*.

Conclusioni. Riteniamo che l'applicazione di un modello specifico, di tipo gerarchico - dinamico, nel trattamento dei BPSD possa essere efficace per il benessere dei pazienti, oltreché ridurre l'uso di terapie farmacologiche e i costi complessivi delle terapie utilizzate. L'utilizzo di questo approccio su più larga scala, con studi mirati, potrebbe rivelarsi utile nella individuazione dei BPSD in fase precoce e nella loro prevenzione. Riteniamo inoltre possibile ipotizzare l'applicazione dello stesso modello in pazienti neuropsichiatrici non dementi.

ACHEI: STUDIO SULL'EFFICACIA DEL DONEPEZIL NELLE DEMENZE TARDIVE PRESSO IL CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE DI CESENA - AUSL ROMAGNA

Giannelli Giovanni, Rossi Serena
AUSL Romagna, Cesena, Forlì-Cesena

Sono stati selezionati 100 pazienti presso il centro CDCD in trattamento con Inibitori delle Acetilcolinesterasi. Sono stati valutati i seguenti parametri: sesso, età, grado di istruzione, professione, storia familiare, anno di inizio terapia, diagnosi, valori ai test *Mini Mental State Evaluation*, *Activities of Daily Living*, *Activities of Daily Living*, farmaco utilizzato, effetti collaterali, politerapia e interazioni. Risulta dall'analisi dei dati che la patologia colpisce maggiormente il sesso femminile, tra i 70 e gli 80 anni, che ha ricevuto un livello di istruzione basso (scuola elementare) e che ha svolto un lavoro manuale. Attraverso una valutazione clinica e i test neuropsicologici *Mini Mental State Evaluation*, *Activities of Daily Living*, e *Activities of Daily Living* si è visto che nell'arco di 16 mesi, la somministrazione del farmaco più utilizzato, ovvero il Donepezil 10 mg, ha prodotto un significativo miglioramento a livello cognitivo e comportamentale. Inoltre il Donepezil presenta un ottimo profilo di sicurezza e tollerabilità.

COSTRUTTO DELLA FRAGILITÀ NELL'APPROCCIO AI DISTURBI COGNITIVI

Grande Giulia

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

In parallelo al globale invecchiamento della popolazione mondiale, assistiamo ad un progressivo aumento del numero di persone affette da disturbi legati all'età. Il declino cognitivo e la demenza, in tal senso, risultano disturbi paradigmatici. Si stima che nel 2050 circa due miliardi di persone nel mondo avranno più di 65 anni, tra queste circa 130 milioni saranno affette da demenza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha descritto questo *trend* in termini di una epidemia in rapida crescita, definendo la demenza una priorità per la salute pubblica. Questi dati hanno drammatiche conseguenze nell'organizzazione e nella pianificazione degli attuali sistemi sanitari, che si trovano ad adattarsi agli eterogenei e complessi bisogni degli anziani. Il concetto di "fragilità" dell'anziano, sconfinando dal mero ambito geriatrico, ha recentemente attratto l'attenzione di svariate altre discipline mediche. Considerata come un'attendibile misura dell'età biologica di un individuo, essa viene definita come una sindrome caratterizzata da una incrementata vulnerabilità a fattori stressogeni endogeni ed esogeni. Nella letteratura scientifica, la fragilità è stata consistentemente associata al rischio di eventi avversi, come cadute, disabilità, ospedalizzazione e morte. L'adozione di tale costrutto può avere importanti implicazioni nell'approccio clinico quotidiano a persone con disturbi cognitivi, sia nella medicina primaria che in un *setting* specialistico. Il concetto di fragilità può infatti consentire un approccio multidimensionale del soggetto anziano con disturbo cognitivo, permettendo di non negligenze aspetti non puramente neurologici che possano impattare sulle *performance* cognitive del paziente. L'approccio olistico al paziente, intrinseco nel costrutto della fragilità, integrato nella pratica specialistica in ambito neurologico, può avere importanti risvolti clinici, di ricerca e di sanità pubblica. Può infatti permettere di individualizzare la pianificazione e l'implementazione di interventi preventivi e/o terapeutici, con una conseguente migliore allocazione delle risorse presenti sul territorio. Infine, con una ulteriore stratificazione del rischio in pazienti con disturbi cognitivi, può aiutare a individuare con maggiore omogeneità i soggetti da includere negli attuali *trial* clinici sulla demenza.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA. QUALE RUOLO NEI MODELLI ASSISTENZIALI?

Grinta Roberto

Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 2, Jesi, Ancona

Introduzione. L'integrazione socio-sanitaria è un concetto che sfugge da sempre a rigide schematizzazioni e standardizzazioni, tanto per l'ampiezza degli ambiti che la riguardano, quanto per il rapporto con molte aree del welfare e per i diversi modelli organizzativi. La conseguenza è la mancanza di una definizione universale dell'integrazione socio-sanitaria, anche se è generalmente condivisa l'idea di integrazione come sistema coerente di metodi e modelli relativi al finanziamento, all'amministrazione, all'organizzazione ed erogazione ome sistema coerente di metodi e modelli zazione ed erogazione di prestazioni di cura e assistenza, necessari a far fronte a problemi di salute molteplici e complessi.

Metodi. L'analisi delle principali tappe evolutive della normativa nazionale sull'integrazione socio-sanitaria conferma che il Parlamento, pur attento da sempre alla questione, non ha mai legiferato direttamente sul tema, preferendo normare e innovare separatamente i due settori: sanitario e sociale. Tra i pochi compiti dello Stato vi è quello dell'individuazione dei livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali (LIVEAS), a quale però, diversamente da quanto avvenuto per i livelli essenziali di assistenza sanitari, non è stato finora provveduto, lasciando, di fatto, alla dottrina e alla giurisprudenza di definire natura ed esigibilità dei diritti sociali.

Risultati. In Italia si sono sviluppati nuovi modelli di integrazione socio-sanitari , taluni incardinati all'interno delle ASL, come il Punto Unico di Accesso, individuato a livello distrettuale o altro ambito territoriale compreso, comunque, nella circoscrizione di sanitaria; altri, invece, costruiti in maniera da sottrarre di fatto alla ASL la gestione dei processi di integrazione socio-assistenziali in un determinato territorio, come nel introdotti in alcune Regioni.

Conclusioni. L'integrazione deve essere promossa anche rispetto alla programmazione: infatti, una programmazione integrata consente l'ottimale allocazione e utilizzo delle risorse sul territorio, una nuova concezione delle politiche socio-sanitarie come politiche di sostegno e accompagnamento alla vita delle persone dirette destinatarie e delle rispettive famiglie, così pure il miglioramento qualitativo delle prestazioni, un maggior coinvolgimento dell'utente nella gestione della propria malattia, come previsto, ad esempio, nei casi del *Chronic Care Model* o del *Disease Management*, due modelli di integrazione socio-sanitaria sviluppati negli USA nella seconda metà degli anni novanta, nello specifico dedicati alla gestione delle malattie croniche.

VALIDAZIONE ITALIANA DELLA SCALA REVISED MEMORY AND BEHAVIOR PROBLEM CHECKLIST (STUDIO DEM-CAREGIVER)

Iannizzi Pamela (a), Ottoboni Giovanni (b), Amici Serena (c), Di Pucchio Alessandra (d), Vanacore Nicola (d), Alunni Silvia (c), Bianchini Filippo (a), Leonardi Tamara (a), Petturiti Francesca (c), Spadoni Laura (c), Chattat Rabih (b)

(a) *Unità Sanitaria Locale Umbria 2, Terni*

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

(c) *Unità Sanitaria Locale Umbria 1, Perugia*

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

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) colpisce prevalentemente gli adulti anziani. A causa della lunga durata e della disabilità correlata, l'AD influenza non solo i pazienti ma anche la vita dei loro *caregivers*. Comportamenti e sintomi psichiatrici (BPSD - *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*) sono caratteristiche fondamentali dell'AD e la loro gravità è associata a declino cognitivo più rapido, perdita dell'indipendenza, e a ridotta sopravvivenza. Inoltre i BPSD sono anche associate ad ansia e depressione nei *caregivers*. La diagnosi dei BPSD è di vitale importanza per poterli gestire correttamente sia con interventi farmacologici che con interventi psicoeducativi. Una delle scale più usate è la *Revised Memory and Behavior Problem Checklist* (RMBPC) che considera parallelamente la frequenza dei sintomi e lo stress del *caregiver* correlato agli stessi. I sintomi sono suddivisi in tre sottoscale (memoria, depressione, disturbanti). Il presente lavoro ha avuto come scopo quello di tradurre e convalidare la scala RMPBC dall'inglese all'italiano.

Metodi. Il lavoro si è svolto attraverso un protocollo di traduzione basato su standard internazionali e attraverso l'analisi delle proprietà psicometriche della versione tradotta e somministrata ad un campione italiano di *caregiver* di pazienti con AD. Hanno partecipato allo studio DEM-CAREGIVER 355 *caregivers* adulti di pazienti affetti da AD. Hanno preso parte al reclutamento le Unità Sanitarie Umbre (USL Umbria 1 e 2). I criteri di selezione sono stati: essere il *caregiver* principale; prendersi cura del paziente per almeno 4 ore al giorno nel 6 mesi precedenti l'inizio dello studio.

Risultati. L'analisi fattoriale dei dati RMPBC ha suggerito di strutturare gli item della scale diversamente dalla formazione originaria, ma concorde con quella di Gonzales e collaboratori. La validità interna e la stabilità nel tempo sono emerse solide. La validità concorrente ha rivelato che tutte e tre le sottoscale correlano maggiormente con l'ansia, misurata con l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Conclusioni. La versione italiana della RMBPC conferma la forza e l'utilità nella valutazione dei sintomi comportamentali dei pazienti affetti da AD. Inoltre tale studio suggerisce che i sintomi dei pazienti inducono nei *caregiver* ansia ed in minor misura depressione. Infine, lo studio è stato condotto su un campione omogeneo e non selezionato di soggetti AD.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI NELLA CURA DELLE PERSONE CON DEMENZA: TRASVERSALITÀ E CONTINUITÀ DELLA CURA

Izzicupo Fabio (a,b), Di Gregorio Annamaria (c), Bernacchia Emanuela (c), Zoppi Simona (c), Chattat Rabih (b)

(a) *Unità Operativa Hospice, ASUR Marche, Area Vasta 1, Fano, Pesaro e Urbino*

(b) *Università degli Studi Alma Mater Studiorum, Bologna*

(c) *Cooperativa Sociale Labirinto, Pesaro*

La cura delle persone con demenza è un compito complesso e interessa diverse figure professionali oltre che diversi livelli, da quello organizzativo a quello operativo. I modelli formativi più utilizzati, sono orientati all'attività e propongono incontri monotematici indirizzati principalmente a fornire conoscenze puntuali su specifici interventi oppure strumenti per la cura. In realtà molti sono gli aspetti di cui abbiamo poca contezza, soprattutto relativamente alla relazione che si sviluppa tra operatore, persona malata e familiari. Il peso relativo, in questa relazione, di variabili qualitative e non tecniche è oggetto di profonda riflessione. L'obiettivo di migliorare la qualità delle cure ed allo stesso tempo l'autoefficacia percepita dell'operatore e di conseguenza il suo benessere, passa necessariamente nella verifica di questo tipo di variabili. Un percorso formativo, da questo punto di vista, richiede l'analisi di aspetti quali la fiducia, il potere, l'intimità, le emozioni, la consapevolezza, la compassione, l'impegno, la spiritualità, il distacco, l'attaccamento, la reciprocità, l'amore, il rispetto, l'affiliazione. Nel contesto territoriale di Pesaro-Fano, è stato intrapreso un percorso articolato, che include la costruzione di un modello di comprensione dell'esperienza delle persone con demenza, dei loro familiari, lo sviluppo di strumenti utili a rilevarla e la sua operazionalizzazione al fine di pianificare interventi personalizzati orientati a rispondere ai bisogni delle persone interessate. L'intervento è rivolto agli operatori della cooperativa sociale "Labirinto" che si occupano in strutture residenziali, semiresidenziali e a livello domiciliare, di persone affette da demenza e dei loro familiari. L'intervento è stato immaginato fin dall'inizio, come un percorso di formazione circolare, dove le esigenze dei singoli operatori rappresentano il *focus* che pone questioni ma che allo stesso tempo genera risposte. Infatti, in una prima fase l'intervento è stato realizzato attraverso un *focus group*, con responsabili organizzativi e di struttura, con l'obiettivo di evidenziare i bisogni formativi. I temi emersi sono stati: necessità di un modello integrato di comprensione dell'esperienza delle persone con demenza e dei loro familiari; superamento della frammentazione attraverso un approccio caratterizzato dalla continuità delle cure; l'importanza dell'esperienza degli operatori come parte del percorso formativo; un metodo adattabile ai diversi contesti per la pianificazione degli interventi. Per riuscire a raggiungere un numero significativo di operatori si è pensato di iniziare con un gruppo di "pionieri" composto da 20 persone, provenienti da diversi contesti e con diverse professionalità. Questi a loro volta saranno incaricati di formare i loro colleghi in struttura. Dal punto di vista operativo la prima fase del percorso formativo, basato sugli elementi emersi, è stata realizzata in 5 incontri e contestualmente è stato somministrato un

questionario sull'esperienza formativa. I risultati del questionario hanno evidenziato un'elevata soddisfazione dei partecipanti e una significativa utilità del percorso formativo per l'attività di cura quotidiana. L'obiettivo dei prossimi incontri è quello di operationalizzare il modello attraverso un manifesto che rappresenti, allo stesso tempo, un riferimento culturale ed metodo operativo.

📄 ANZIANI AL VOLANTE E DEMENZA. RICONOSCIMENTO DELLA SEGNALETICA STRADALE, RISOLUZIONE DI INCROCI E ANALISI DELLE ABILITÀ ESECUTIVE E VISUO-COSTRUTTIVE

Lacerenza Anna (a), Tessari Annalisa (b), Formilan Marino (b), Busonera Flavio (b), Albanese Paolo (b), Gnoato Francesca (a), Sartori Giuseppe (a), Cester Alberto (b)

(a) *Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi, Padova*

(b) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Dipartimento Medico, Unità Operativa Complessa di Geriatria, AULS, Dolo, Venezia*

Introduzione. Con l'aumento del numero dei conducenti anziani, è necessario valutare le conseguenze che l'invecchiamento cerebrale patologico può avere sulla capacità di guida. Secondo Carr e i suoi collaboratori nel 1998, un potenziale metodo di *screening* dei guidatori non sicuri, in occasione del rinnovo della patente, è la capacità di riconoscimento della segnaletica stradale.

Metodi. Nella ricerca in oggetto sono stati condotti due studi:

- 1) Lo Studio Preliminare aveva l'obiettivo di indagare le abilità di riconoscimento di 98 segnali e di risoluzione di 32 incroci su un campione di 181 *driver* cognitivamente integri, suddivisi in 4 gruppi in base all'età. In questa prima fase, sono stati identificati gli stimoli da utilizzare nella seconda fase: 36 segnali e 8 incroci.
- 2) Lo Studio Sperimentale aveva i seguenti obiettivi:
 - Indagare la capacità di riconoscimento della segnaletica stradale e di risoluzione di incroci su un campione di *driver* anziani, confrontando:
 - anziani con abilità cognitive integre e anziani con diagnosi di demenza;
 - anziani con diagnosi di demenza e anziani con diagnosi di MCI.
 - Studiare le correlazioni tra la capacità di riconoscimento dei segnali e risoluzione degli incroci ed il punteggio a test neuropsicologici che valutano le funzioni esecutive e visuo-costruttive.

Allo studio sperimentale hanno partecipato 70 *driver* anziani (28 cognitivamente integri e 42 con deterioramento cognitivo), a cui sono stati somministrati:

- test di riconoscimento della segnaletica stradale;
- test di risoluzione di incroci stradali;
- test per le funzioni esecutive e visuo-costruttive (MMSE, Test di Stroop, CDT, Span inverso, FAB).

Risultati. I risultati dello studio preliminare evidenziano che la capacità di riconoscimento dei segnali e di risoluzione di incroci peggiora con il progredire dell'età, soprattutto sopra i 65 anni. I segnali riconosciuti da almeno l'85% dei *driver* sono stati 36/98, mentre gli incroci risolti da almeno il 65% dei soggetti sono stati 8/32. I risultati dello studio sperimentale rilevano una differenza statisticamente significativa tra gli anziani con deterioramento cognitivo (demenza e MCI) e gli anziani cognitivamente integri nel riconoscimento dei segnali ($p < 0,05$) e nella risoluzione di incroci ($p < 0,05$) mentre non

emerge alcuna differenza significativa tra le prestazioni di anziani con MCI e di anziani con demenza nelle due prove ($p=0,03$ e $p=0,59$ rispettivamente). I punteggi al Test di riconoscimento dei segnali correlano positivamente con quelli al CDT ($p<0,05$), allo Span inverso ($p<0,05$) e alla FAB ($p<0,05$). I punteggi al Test di risoluzione di incroci correlano con quelli al CDT ($p<0,05$).

Conclusioni. Sarebbe opportuno tenere in considerazione le prestazioni ai test che valutano le funzioni esecutive e visuo-costruttive, considerata la correlazione con il mancato riconoscimento dei segnali e la difficoltà di risoluzione di incroci.

IL PROFILO BENEFICIO RISCHIO DEGLI ANTICORPI MONOCLONALI IN SPERIMENTAZIONE: EVIDENZE DALLA LETTERATURA

Lacorte Eleonora (a), Piscopo Paola (b), Bacigalupo Ilaria (a), Crestini Alessio (b), Mayer Flavia (a), Musumeci Marco (a), Canevelli Marco (c), Vanacore Nicola (a)

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

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

(c) *Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. L'obiettivo principale della revisione è raccogliere e analizzare tutte le evidenze pubblicate e non pubblicate sulla sicurezza ed efficacia degli Anticorpi Monoclonali (AM) nel trattamento della demenza di Alzheimer (AD), al fine di confrontare e sintetizzare le informazioni disponibili dalle diverse fonti per fornire una panoramica completa dello stato dell'arte e delle modalità di conduzione della ricerca in questo ambito.

Metodi. Sono state consultate tutte le principali fonti di documentazione "non pubblicata" e di letteratura. Una prima ricerca sui database *clinicaltrials.gov* (CT) e *European Union Clinical Trials Register* (EU-CTR) ha consentito di identificare tutti i *trial* registrati sull'uso di qualunque tipo di AM per il trattamento dell'AD e di compilare un elenco degli AM in sperimentazione. L'elenco è stato utilizzato per costruire una strategia di ricerca strutturata utilizzata per reperire tutta la letteratura pubblicata fino a marzo 2017 sui database PubMed e Cochrane. Gli studi selezionati sono stati valutati qualitativamente utilizzando il *Risk of Bias Tool* elaborato dalla *Cochrane Collaboration* e i dati relativi alla sicurezza ed efficacia dei farmaci in studio sono stati estratti in tabelle standardizzate. I dati ottenuti dalla documentazione analizzata sono stati sintetizzati qualitativamente e quantitativamente.

Risultati. La ricerca su CT ha prodotto 2017 record, dei quali 69 sono risultati eleggibili e quindi inclusi nella revisione. La ricerca su EU-CTR ha prodotto 310 record, di cui 25 eleggibili e 1 incluso a seguito della rimozione dei duplicati con CT. I *trial* selezionati da CT e EU-CTR analizzavano la sicurezza e efficacia di un totale di 18 AM, con un totale di 31 studi di fase I, 18 (17 da CT e 1 da EU-CTR) di fase II, 19 di fase III, 1 studio misto di fase I-II e 1 studio non classificabile. Un totale di 8 studi riportava i risultati su CT, mentre 12 dei 24 record duplicati di CT su EU-CTR riportavano i risultati. Di questi, 8 riportavano i risultati laddove su CT non erano presenti. Le ricerche sui database PubMed e Cochrane hanno prodotto rispettivamente 1904 e 151 record, per un totale di 2055 record, di cui 100 eleggibili (56 studi; 44 conference proceedings/abstract/poster) e quindi inclusi nella revisione. Gli studi selezionati sui database riportavano dati di efficacia e sicurezza su un totale di 8 AM.

Conclusioni. Il profilo rischio beneficio degli AM in corso di sperimentazione verrà delineato e si tenterà di effettuare una meta-analisi del profilo di sicurezza.

COINVOLGERE E INFORMARE LA CITTADINANZA SUL CORRETTO APPROCCIO ALLE PERSONE CON DEMENZA E ACCOGLIERE I FRAGILI: UN APERITIVO *DEMENTIA-FRIENDLY* A SUZZARA

Lanzoni Alessandro, De Vreese Luc Pieter, Camuri Chiara, Carnevali Cristiano, Panariello Angela, Aufiero Daiana, Scappi Sandra, Rossi Rovena, , Salimbeni Isabella
Centro Geriatrico Fondazione Boni Onlus, Suzzara, Mantova

Introduzione. La demenza è causa di stigma, isolamento e frequentemente riduce le possibilità di socializzazione delle persone che ne sono affette e i loro *caregivers*. Recentemente è stato dimostrato che la solitudine e l'isolamento costituiscono fattori di rischio di mortalità anche più dell'obesità, del fumo, della mancanza di esercizio o della malnutrizione. Per tale motivo si è reso necessario promuovere a livello mondiale modelli di inclusione delle persone con demenza. Essi sono raccomandati dalla WHO e contemplano la formazione di comunità sensibili ed adeguatamente preparate all'accoglienza delle famiglie delle persone con disturbi cognitivi (le *dementia-friendly community*). Alcuni progetti di inclusione in Italia, come il recente AlzheimerFest si sono dimostrati innovativi ed efficaci nel coinvolgere e sensibilizzare la popolazione sul tema delle demenze.

Metodi. È stato organizzato un aperitivo *dementia-friendly* coinvolgendo il comune di Suzzara (MN) e le associazioni di familiari e volontariato locali. È stata fatta una diffusione capillare dell'evento porta-a-porta coinvolgendo persone motivate e volontari. È stato studiato un sistema di accessibilità e intrattenimento all'interno dell'evento che non escludesse le persone con demenza e i loro *caregiver*, coinvolgendo una équipe multidisciplinare specializzata in disturbi cognitivi e composta da geriatra, fisioterapista, terapeuta occupazionale, coordinatori dei servizi e amministrazioni locali. Sono stati organizzati con l'ausilio di un'Assistente Sociale dei sistemi di trasporto protetto per facilitare i *caregiver*.

Risultati. La partecipazione di persone con demenza e *caregiver* all'evento è stata possibile e ha favorito momenti di svago, intrattenimento musicale e distrazione. Inoltre si è assistito alla partecipazione di persone non direttamente coinvolte nel problema e di giovani, che ha permesso di sensibilizzare e informare sul tema delle demenze e dell'inclusione sociale.

Conclusioni. Organizzare eventi *dementia-friendly* può essere un intervento positivo per coinvolgere la popolazione, permettendo di associare ad aspetti di cura e clinici anche aspetti concreti e reali. Le organizzazioni di carattere nazionale come Alzheimerfest possono essere riprodotte in realtà locali mediante un'organizzazione mirata consentendo di raggiungere buoni risultati.

TERAPIA OCCUPAZIONALE DOMICILIARE PER LE PERSONE CON DEMENZA E I LORO CAREGIVERS: EVIDENZE DI APPLICABILITÀ IN ITALIA

Lanzoni Alessandro (a), Pozzi Christian (b), Lucchi Elena (c), De Vreese Luc Pieter (a), Salimbeni Isabella (a), Graff Maud (d), Morandi Alessandro (c), Fabbo Andrea (e)

(a) Centro Geriatrico Fondazione Boni Onlus, Suzzara, Mantova

(b) Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno, Svizzera

(c) Fondazione Teresa Camplani, Casa di Cura Ancelle della Carità Cremona

(d) Radboud University, Nimega, Paesi Bassi

(e) Programma Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

Introduzione. Il programma di terapia occupazionale domiciliare olandese COTiD / EDOMAH (*Community Occupational Therapy in Dementia*, denominato EDOMAH nei Paesi Bassi, dove è stato ideato) è stato dimostrato efficace nel migliorare significativamente l'umore, la qualità di vita e lo stato di salute della persona con demenza e dei loro *caregiver* nonché il loro senso di controllo. In letteratura non sono tuttavia riportati studi sull'applicazione di tale programma in Italia.

Metodi. L'obiettivo dello studio è di determinare l'applicabilità in Italia del programma di terapia occupazionale domiciliare COTiD negli *outcome* di *performance* e soddisfazione delle persone affette da demenza (*Patient with dementia - PWD*), misurati con lo strumento *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*, e il senso di competenza dei loro *caregivers* (CG) misurato mediante il questionario *Sense of Competence Questionnaire (SCQ)*. Lo studio è di tipo prospettico e vengono arruolate persone con demenza lieve o moderata e loro *caregivers*. I casi vengono inviati da centri disturbi cognitivi, e da ambulatori di geriatria sia pubblici che privati, nelle province di Modena e Cremona.

Risultati. Sono state arruolate 27 persone affette da demenza lieve o moderata che vivevano al domicilio e i loro *caregiver* principali. L'età media della popolazione era di 80,59 anni (47-91) per le persone con demenza e 57,78 anni (22-84) per i *caregivers*. Sono stati somministrati cicli di interventi da 10 sessioni di terapia occupazionale nell'arco di cinque settimane, come da programma originale olandese. I dati raccolti sono stati analizzati. I risultati hanno mostrato un significativo miglioramento misurato con la scala SCQ da parte dei *caregivers* (77,19±13,27 pre) (82,56±12,57 post) $t=-3,102$ $p=0,005$. Le persone con demenza hanno mostrato un miglioramento significativo delle *performance* COPM (4,56±1,44 pre) (6,68±1,59 post) $t=-6,597$ $p=0,00$ e soddisfazione COPM (5,08±1,84 pre) (7,04±1,71 post) $t=-6,180$ $p=0,00$. Sono stati registrati miglioramenti non significativi negli ambiti di funzionamento cognitivo (MMSE), sintomi comportamentali e psicologici della demenza (NPI), nel funzionamento quotidiano (DAD), nella depressione (GDS), nella qualità della vita percepita (QOLAD) e nella salute globale (SF-12) delle persone con demenza. Né per i *caregivers* sono stati trovati prove di variazioni significative nei settori della qualità della vita (QOLAD), della salute globale (SF-12, GHQ), della depressione (CES-D) o dell'onere (Zarit).

Conclusioni. Il programma COTiD è applicabile in Italia e i risultati sono promettenti per l'attuazione a livello nazionale. Ulteriori studi sono necessari per incrementare le evidenze ed esplorare gli effetti sul *follow-up*.

PRESA IN CARICO DI UNA PERSONA CON DEMENZA GRAVE E SUO CAREGIVER: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO DI GERIATRA, PSICOLOGO E TERAPISTA OCCUPAZIONALE

Lanzoni Alessandro, Aufiero Daiana, De Vreese Luc, Salimbeni Isabella
Centro Geriatrico Fondazione Boni Onlus, Suzzara, Mantova

Introduzione. In letteratura sono descritti gli effetti benefici del programma COTiD di Terapia Occupazionale e del sostegno psicologico sulle persone con demenza e i loro caregiver, tuttavia non è chiaro quale sia il risultato di un approccio combinato fra diverse figure sanitarie (terapista occupazionale, psicologo, geriatra). Sono inoltre descritti diversi modelli geriatrici di lavoro per le persone con demenza e i disturbi del comportamento. Auspicabilmente, un lavoro coordinato fra queste figure professionali potrebbe avere effetti significativamente positivi ed essere costo efficace.

Metodi. Utilizzo di una valutazione geriatrica multidimensionale per attivare una presa in carico psico-sociale mirata da parte di un terapista occupazionale e psicologo specializzati nell'ambito delle demenze. Per verificare l'efficacia dell'intervento si è confrontata la misurazione al basale (T0) e al termine del trattamento (T1) dei seguenti esiti primari: disturbi del comportamento (UCLA-NPI), stress percepito (Zarit) e senso di competenza (SCQ) del caregiver senza l'uso di psicofarmaci con effetto sedativo. Tra gli esiti secondari sono state considerate depressione del caregiver (CES-D), soddisfazione e capacità di *performance* in attività significative (COPM).

Risultati. Sono state svolte 6 sedute di counselling psicologico e 10 di Terapia Occupazionale domiciliare secondo il metodo COTiD. Si è verificata una diminuzione dei disturbi del comportamento della persona con demenza (UCLA NPI 66 - 57). Allo stesso tempo si è verificata una riduzione dello stress del care-giver (Zarit 35 vs 23) oltre che un miglioramento significativo del senso di competenza (SCQ 62 vs 79). Si è registrato un mantenimento delle capacità cognitive (MMSE 8 vs 9). Si è verificata una riduzione non significativa nel grado di depressione del caregiver (CES-D 34 vs 32) e un miglioramento negli item di soddisfazione (COPM S 2 vs 7) e capacità di *performance* (COPM P 4 vs 6).

Conclusioni. Un intervento integrato multidisciplinare coordinato da un geriatra e basato su programmi *evidence-based* di terapia occupazionale e di sostegno psicologico è in grado di migliorare complessivamente la gestione domiciliare della persona con demenza e i suoi disturbi del comportamento da parte del caregiver a fronte di una psicofarmacoterapia invariata.

"MINORATI PSICHICI". UNA REALTÀ MISCONOSCIUTA NELLE CARCERI ITALIANE. ANALISI DELLA POPOLAZIONE, PRESA IN CARICO, TRATTAMENTO CLINICO E PENITENZIARIO

Libianchi Sandro, Sbardella Alberto, Giordano Francesca, Loppi Francesca, Rossi Roberto
Azienda Sanitaria Locale Roma 2, Roma

Introduzione. L'ultimo paziente internato negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è stato recentemente affidato ad una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) ai sensi della normativa che ne sanciva l'obsolescenza dei primi e la creazione delle seconde. Nonostante ciò restano ancora molti dubbi sul destino giudiziario e terapeutico di persone sottoposte a restrizione delle libertà personali (art. 148-CP, l'art. 206-CP, art. 219-CP, l'art. 220-CP). Inoltre, esiste un'altra categoria di detenuti con patologia di tipo psichico che sono in sezioni detentive comuni. Sono i c.d. "Minorati Psichici" (ex art. 111-DPR n. 230). Questi soggetti che associano spesso un decadimento cognitivo sino alla demenza, afferiscono in carcere per un provvedimento di tipo amministrativo (trasferimento o assegnazione) dopo una segnalazione dello psichiatra, ma senza criteri univoci di ammissione, né di esclusione. A Roma, presso la Casa di Reclusione di Rebibbia esiste l'unica sezione sul territorio nazionale dedicata specificamente a queste persone.

Metodi: Sono stati studiati 87 pazienti presi in carico dall'equipe (medico psichiatra, psicologo, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP), infermiere). Un coordinatore medico internista sovrintende alle attività diagnostiche e clinico-riabilitative. Il protocollo operativo prevede: analisi preliminare di documentazione clinica e giudiziaria, visita medica e psichiatrica, colloquio con lo psicologo e col TRP, analisi specialistiche e biochimiche, test psicometrici (SCL 90, MMPI2, Bender, Wartegg, Matrici di Raven, DFU, WAIS 3, BPRS, PANNS), predisposizione di un piano di trattamento preliminare, poi definitivo per l'applicazione di misure alternative.

Risultati. Età media: 40,5 anni; permanenza in sezione: media di 9,1 mesi; 14/87 pazienti erano extracomunitari; il 35% usciva per trasferimento disposto dalle autorità penitenziarie; il 25% dopo l'uscita dalla sezione entrava in un OPG o nel 23% dei casi o in una struttura terapeutica esterna. Secondo il DSM IVR (asse III) nel 24% dei casi (64) concomitavano altre condizioni mediche generali; nel 41% erano presenti problemi psicosociali ed ambientali (asse IV); nel 45% era possibile riscontrare una diagnosi di un disturbo di personalità cluster B "impulsivo"; nel 92% dei casi era presente una patologia da dipendenza; 11/65 presentavano chiari *deficit* cognitivi; *follow-up* (m. 14 mesi-18 soggetti): 56% permaneva ancora in una CT.

Conclusioni. La "costruttiva interazione interistituzionale" e la "leale collaborazione" sono precondizioni non derogabili; prioritaria è l'informazione per gli utenti e la formazione per gli operatori, inclusa la Polizia; deve essere favorita una 'visione olistica' della persona piuttosto che monospecialistica; l'art. 111 del

Regolamento Penitenziario appare un'entità disallineata dai progressi scientifici attuali e non risponde a esigenze terapeutiche e pone due alternative: una sua regolamentazione clinica o la sua abrogazione.

AVVIO DEI CDCD NELLE AZIENDE SOCIOSANITARIE LIGURI

Locatelli G. Walter (a), Malagamba Elisa (a), Orsi Enrica (a), Palummeri Ernesto (b)
(a) Azienda Ligure Sanitaria, A.Li.Sa, Genova
(b) Regione Liguria, Genova

L'attuazione del Piano Demenze in Regione Liguria (DGR n. 55 del 2017) prevede di riorganizzare la rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD), con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia nella logica della continuità e circolarità ospedale-territorio. La caratteristica peculiare del territorio ligure è l'elevata percentuale di persone over 65, il 28% della popolazione. La Regione Liguria per effettuare una valutazione ex ante di una stima di pazienti affetti da demenze ha avviato un gruppo di lavoro utile alla creazione di una coorte di pazienti affetti da demenze, utilizzando i dati presenti nella Banca Dati Assistito. Lo studio ha evidenziato la presenza di persone affette da demenze, che a vario titolo (assunzione farmaci, esenzione, diagnosi a seguito di ricovero ospedaliero) sono prese in carico dal sistema sociosanitario, per un totale di 17.103 assistiti di cui il 53,6% tra i 65 e 84 anni e 43,2% sopra gli 85 anni. Del totale, 11.653 sono donne e 5.450 uomini. Il CDCD costituisce la riorganizzazione e l'evoluzione dell'attuale rete degli ambulatori UVA e si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi identificandosi come centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura e assistenza del paziente. È stata prevista per l'identificazione della funzione CDCD, la presenza di due prerequisiti:

- gruppo di lavoro multidisciplinare con protocolli comuni;
- completa integrazione degli ambulatori di CDCD con i servizi socio assistenziali, attraverso procedure definite e condivise di attivazione delle figure e servizi di cui il paziente necessita nelle diverse fasi di malattia.

Nel maggio 2017, è stata applicata una Griglia di monitoraggio sullo stato di avanzamento del Piano Demenze con l'obiettivo di verificare gli step organizzativi aziendali utili alla istituzione del CDCD. Nel settembre 2017 sono stati inaugurati i primi due CDCD appartenenti alla Azienda Sociosanitaria Locale 3 genovese, con relative sedi principali e periferiche. Un ruolo di particolare rilievo per un'appropriata presa in carico della persona e dei suoi *caregiver* è rappresentato dal coordinatore assistenziale con funzioni di *Case Manager*, individuato nella figura di un operatore delle professioni sanitarie; sarà avviato un percorso formativo sul ruolo del coordinatore assistenziale nella presa in carico del paziente e della sua famiglia. A corollario della realizzazione del Piano Regionale demenze 2 comuni della Regione (Recco e Imperia) hanno avviato, con il supporto tecnico di Regione Liguria e Federazione Alzheimer Italia, una esperienza di *Dementia Friendly Community*.

DISCIPLINA SUGLI ISTITUTI GIURIDICI DI PROTEZIONE NELL'AMBITO SANITARIO

Luzi Eleonora (a), Carletti Chiara (b), Pelosi Marcello (a), Esposito Francesco (a), Damato Felice Marco (a), Ricci Serafino (a), Petrone Loredana (a)

(a) *Unità di Ricerca di Medicina Sociale, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. La partecipazione del paziente al percorso terapeutico attraverso il dialogo aperto e continuo con il medico, è difficoltosa se non impossibile quando colui che deve ricevere la prestazione è un soggetto affetto da patologie come il morbo di Alzheimer, la demenza senile ovvero patologie psichiche che rendono la persona non in grado di manifestare un consapevole consenso al trattamento sanitario. Laddove l'impiego degli strumenti a ciò validati quale il *Mini Mental State Examination* (MMSE), l'*Activities of Daily Living* (ADL) e l'*Instrumental Daily Living* (IADL), consente di escludere la capacità di comprensione e di elaborazione dell'informazione, come pure l'attitudine a rilasciare il consenso in piena libertà ed autonomia, la struttura sanitaria presso la quale il soggetto è ricoverato potrà proporre ricorso all'autorità giudiziaria per l'applicazione di una fra le misure che la legge appresta per la tutela dei soggetti incapaci: interdizione; inabilitazione; amministrazione di sostegno (L 9/1/2004, n. 6). Ma quale fra gli istituti di protezione previsti è la misura più adeguata alla cura e alla tutela degli interessi della persona fragile?

Metodi. Si è confrontato il dato normativo (L 9/1/2004, n. 6) con alcune fra le più significative pronunce giurisprudenziali in tema di valutazione di esigenze di natura sanitaria in soggetti con alterazioni psichiche (Cass. Civile Sez. I, 12/6/2006, n. 13584; Trib. Modena, 26/1/2009; Trib. Modena, 28/6/2004).

Risultati. Il confronto del dato normativo con le pronunce considerate ha evidenziato come la nuova disciplina sulla istituzione dell'Amministrazione di Sostegno (AdS), in ambito sanitario trova applicazione in un numero crescente di casi di difficoltà cognitiva e di menomazioni finora esclusi dalla tutela, come pure nei casi di demenze senili, dove consente di assicurare la continuità assistenziale necessaria nelle ipotesi di limitazione funzionale delle normali azioni della vita quotidiana. Nell'AdS "è il giudice tutelare che [...] individua, in relazione alla specificità della situazione e delle esigenze del soggetto amministrato, gli atti che l'amministratore ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario [...]; al di fuori degli atti espressamente indicati nel decreto [...] il beneficiario conserva la capacità di agire".

Conclusioni. Il consolidato orientamento giurisprudenziale consente di affermare la maggiore idoneità dell'AdS nella cura degli interessi dell'incapace, anche parziale o temporaneo, "non solo sul piano pratico, in considerazione dei costi meno elevati e delle procedure più snelle, ma altresì su quello etico-sociale, per il maggior rispetto della dignità dell'individuo".

SVILUPPO DEL PIANO REGIONALE DEMENZE E NUOVO MODELLO LOMBARDO DI PRESA IN CARICO

Maffezzoni Carolina (a), Negri Cinzia (b), Filippini Graziella (c), Perrone Patrizia (d), Palumeri Ernesto (d,e), Chirchiglia Saverio (f), Andreoni Laura (g), Orizio Grazia (h), Pasotti Fabrizio (i), Rozzini Luca (j)

(a) *Direzione Generale Welfare Regione Lombardia, Agenzia di Tutela della Salute Città Metropolitana, Milano*

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

(c) *Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Besta, Milano*

(d) *Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, Legnano, Milano*

(e) *Rete Demenze Regione Liguria, Genova*

(f) *Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco, Milano*

(g) *Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati, Agenzia di Tutela della Salute Città Metropolitana, Milano*

(h) *Agenzia di Tutela della Salute, Brescia*

(i) *Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Pavia, Dipartimento del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi, Pavia*

(j) *Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Brescia, Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi, Brescia*

La Regione Lombardia a seguito della Delibera della Giunta Regionale 5954/16 ha avviato con l'anno 2017 lo sviluppo del Piano Regionale delle demenze. È stato attivato un gruppo di lavoro composto da geriatri, neurologi, psicologi, assistente sociale e epidemiologo, coordinato dalla responsabile della struttura Innovazione nella gestione sociosanitaria (Direzione Generale Welfare). In collaborazione con Ingegneri informatici, sono stati predisposti 3 *format* di Piano Assistenziale Individuale (PAI) per la piattaforma informatizzata regionale prevista dal nuovo modello lombardo della presa in carico della cronicità. I *format* di PAI sono stati definiti in relazione a tre livelli di gravità delle demenze, secondo la *Clinical Dementia Rating Scale* e, mantenendo la trasversalità di alcune funzioni del percorso (es: prevenzione, informazioni sulla malattia, sulla rete dei servizi) evidenziando gli elementi peculiari. La stratificazione raggruppa i soggetti in base alla patologia principale, alla presenza di elementi di fragilità sociosanitaria e al livello di complessità: numero delle comorbidità o presenza di particolari condizioni di fragilità. In particolare in Lombardia:

- gli anziani sono il 21,9 % della popolazione;
- l'indice di vecchiaia è pari a 155,7;
- il 30% (3 milioni) hanno plurime patologie croniche;
- le persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, disabili, dipendenze, ecc.) sono circa 600.000.

- Rientrano nel livello 1 i pazienti affetti da demenza severa (CDR: 3-4-5), con importanti necessità assistenziali e bisogni di presa in carico globale estesa anche alla famiglia.

- Le persone affette da demenze di grado moderato (CDR 2) rientrano livello 2 caratterizzato da pazienti poli-patologici, che necessitano di intervento frequente dello specialista per il *follow-up* e la stabilizzazione. La gestione richiede il raccordo continuo tra più professionisti del livello specialistico e territoriale.

- Nel livello 3 rientrano i pazienti con demenza in fase iniziale (CDR 0,5-1) che necessitano di prestazioni prevalentemente diagnostiche e di un supporto al *caregiver*.

Con il “Riordino della Rete di offerta” sono state definite le nuove modalità di presa in carico degli assistiti con un sistema di connessioni e interdipendenze organizzative tra i livelli erogativi e i diversi attori. Il paradigma dell’asse di cura è spostato dall’ospedale al territorio con l’accento sulla centralità dei bisogni e l’appropriatezza dei modelli di presa in carico grazie ad un sistema di remunerazione specifico per la cronicità, alla valutazione e monitoraggio dell’appropriatezza ed a processi di controllo. In questa direzione si inserisce anche lo sviluppo del Piano Regionale delle demenze, in linea con lo sviluppo del “modello lombardo della presa in carico”.

MARCATORI LIQUORALI NEL WORK UP DIAGNOSTICO DELLA DEMENZA DI ALZHEIMER

Magnani Giuseppe (a), Santangelo Roberto (a), Delledera Alessandro (a), Cecchetti Giordano (a), Caso Francesca (a), Falautano Monica (a), Pinto Patrizia (b), Passerini Gabriella (c), Comi Giancarlo (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, Istituto di Neurologia Sperimentale, Università Vita-Salute e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico San Raffaele, Milano*

(b) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo*

(c) *Laboraf, IRCCS-San Raffaele, Milano*

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD - Alzheimer's Disease) costituisce una delle sfide più importanti che la medicina dovrà affrontare nell'immediato futuro: nel 2050 saranno circa 80 milioni le persone affette da AD in tutto il mondo. Lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche volte a interferire con i processi patogenetici della malattia richiede una diagnosi che sia il più precoce e il più affidabile possibile. Nelle fasi iniziali di malattia o nelle forme a esordio più precoce può, infatti, risultare difficile differenziare l'AD da un fisiologico processo di invecchiamento cognitivo o dalle altre forme di demenza, in quanto i disturbi del linguaggio, della prassia o delle funzionalità esecutive possono spesso essere più marcati dei comuni *deficit* mnesici all'esordio dei sintomi. Ciò può sicuramente aver rappresentato uno dei motivi del fallimento dei principali *trials* clinici condotti fino ad ora sull'AD, in cui l'arruolamento di pazienti erroneamente diagnosticati con AD ha determinato una sottostima della reale efficacia dei farmaci sperimentali. Da qui nasce l'esigenza di validare marcatori diagnostici affidabili, riproducibili ed economici.

Metodi. In un campione di 822 soggetti (367 AD; 198 con disturbo cognitivo lieve, *Mild Cognitive Impairment* - MCI; 257 con altro tipo di demenza) abbiamo individuato i valori soglia più accurati nell'individuare pazienti affetti da AD per ciascun singolo biomarcatore liquorale (amiloide beta 1-42, A β 42; proteina tau, t-tau e proteina tau fosforilata in posizione 181, p-tau181) e per gli "indici calcolati" (p-tau/A β 42, t-tau/A β 42 e p-tau/t-tau), confrontandoli con quelli riportati nei principali lavori internazionali. Abbiamo infine valutato il valore prognostico degli stessi marcatori nell'individuare al tempo zero quei soggetti con MCI che svilupperanno una demenza di Alzheimer al *follow-up*.

Risultati. In accordo con la maggior parte degli studi sul tema, abbiamo individuato che il rapporto p-tau/ A β 42 rappresenta il miglior indice diagnostico rispetto ai valori dei singoli biomarcatori liquorali, garantendo per valori superiori a 0,128 una sensibilità e una specificità superiori al 75% nel distinguere pazienti AD da tutte le altre demenze. Lo stesso valore soglia ha garantito una sensibilità del 75% ed una specificità del 71% nell'individuare al basale quei soggetti MCI che svilupperanno un AD conclamato in futuro, pur considerando un tempo di *follow-up* medio non ottimale (inferiore ai 2 anni).

Conclusioni. Gli indici liquorali e in particolare il rapporto p-tau/A β 42 possono rivelarsi utili nella diagnosi differenziale della malattia di Alzheimer e nell'escludere una sottostante patologia AD in soggetti con disturbo cognitivo lieve.

📄 GESTIONE DELLE URGENZE COMPORIMENTALI IN ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA PRESSO CDCD MODENA

Manni Barbara (a), Federzoni Lucia (b), Morritti Antonia (c), Zucchi Patrizia (a), Fabbo Andrea (d)

(a) Azienda Sanitaria Locale, Modena

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

(c) Area Fragili, Azienda Sanitaria Locale, Modena

(d) Programma Demenze, Azienda Unità Sanitaria Locale, Modena

Introduzione. Secondo le raccomandazioni di *ALcove Cooperative Valuation in Europe* (2013) la rete di servizi territoriali dedicati alle demenze dovrebbe essere in grado di prevenire e affrontare tempestivamente la comparsa di disturbi del comportamento legati alla demenza (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSD). L'efficienza del sistema dovrebbe favorire la domiciliarità del paziente e il supporto del *burden* del familiare, quindi ridurre il rischio di accesso ospedaliero e istituzionalizzazione definitiva. Dal 2014 nel Distretto di Modena è stato formalizzato in accordo con la Medicina Generale (DG n. 039 del 20/03/2007 e suo sviluppo 28/10/2015) il protocollo di presa in carico condivisa dell'anziano con demenza e un percorso dedicato di visite "urgenti" (entro 10 giorni) di anziani con demenza e BPSD severi, persistenti e non responsivi alle terapie di primo livello.

Metodi. L'attivazione della visita "urgente" richiede un contatto telefonico tra specialista del CDCD e il medico di medicina generale per valutare l'appropriatezza della richiesta e/o per confronto sul miglior approccio clinico, terapeutico.

Risultati. Dal 1 al 31/12/16 sono state raccolte 163 richieste di visite: 89 (F:M=56:33) rispondevano ai requisiti per la visita "urgente" (76 ambulatoriali e 13 domiciliari). Erano anziani con età media 84,6 anni (DS 10,1) e *deficit* cognitivo moderato (MMSE 13,3 SD 9,19). I BPSD (*Neuropsychiatric Inventory* media 32,21 DS 17,47) clinicamente rilevanti più frequenti registrati sono stati: aggressività-oppositività, insonnia, irritabilità e deliri. Le diagnosi si differenziavano in: 64% BPSD associati a demenza, 24% *Delirium* ipercinetico, 12% in MCI. Di questi, entro un anno, solo il 25,33% ha subito un accesso ospedaliero, il 13,33% istituzionalizzazione definitiva e il 15,58% è deceduto. I servizi attivati sono stati: 0,6% Centro diurno specialistico, 3,7% nucleo temporaneo demenze, 8% nucleo ospedaliero demenze, 2,5% *Day service* ospedaliero, 0,6% accertamenti di secondo livello presso la clinica neurologica e il 3,7% attivazione di rete sociale. Confrontando questo gruppo con i 74 esiti non urgenti omogenei per età e scolarità (F:M=48:26; età media 84,2 DS 9,35 anni), i due non si differenziano in modo significativo per percentuale di accessi ospedalieri e istituzionalizzazione definitiva ma per aumento di mortalità (28,99% Test chi-quadro p 0,51).

Conclusioni. La gestione tempestiva e integrata con il MMG delle urgenze comportamentali associate a demenza migliora l'efficacia e appropriatezza della risposta e della risorsa attivata. Questa riduce ospedalizzazione, istituzionalizzazione e

mortalità. La differenza di mortalità negli anziani senza gravi BPSD da giustificare l'attivazione della visita urgente, potrebbe essere correlato all'ipotesi di *delirium* ipocinetico che spesso resta indagnosticato e correla ad elevati livelli di mortalità.

I FARMACI IN SPERIMENTAZIONE NELLA DEMENZA

Mantua Valentina

Agenzia Italiana del Farmaco, Roma

Sono circa 100 i farmaci attualmente in fase clinica di sperimentazione per il trattamento della malattia di Alzheimer. I prodotti possono essere classificati in base al probabile meccanismo d'azione. Ad un primo gruppo appartengono gli anticorpi che attivano la microglia per rimuovere le placche di β -amiloide (Bapinezumab, Gantenerumab e Aducanumab ad esempio). Simili, ma farmacologicamente diversi sono gli anticorpi che si legano solo alla porzione solubile della beta-amiloide come Solanezumab. Tra i farmaci che interferiscono con la cascata della proteina β -amiloide troviamo anche gli inibitori degli enzimi β -secretasi o γ -secretasi (MK-8931, JNJ-54861911 and Avagacestat ad esempio). Numerose molecole di sintesi chimica sono in sviluppo per il trattamento cosiddetto sintomatico in aggiunta alla terapia con anticolinesterasici o in monoterapia; i meccanismi d'azione vanno dall'antagonismo del recettore 5-HT₆ alla modulazione del recettore nicotinico α -7 e altri. Numerose molecole sono inoltre in studio per il trattamento dei disturbi comportamentali e psichiatrici nel contesto della demenza di Alzheimer. A seconda dell'azione farmacologica un farmaco viene sperimentato in una fase più o meno precoce o avanzata della malattia di Alzheimer e con diversi approcci al disegno dello studio sperimentale. Descriveremo brevemente le strategie di sviluppo clinico a partire dalla scelta della popolazione da trattare.

TAU E SUMO: UNA MODULAZIONE OLTRE LA CONIUGAZIONE

Marcelli Serena (a), Canu Nadia (b), Feligioni Marco (a,c)

(a) *European Brain Research Institute Rita Levi-Montalcini Foundation, Laboratory of Neuronal Cell Signaling, Roma*

(b) *National Council of Research, Institute of Cellular Biology and Neurobiology, Roma*

(c) *Laboratory of Neurobiology in Translational Medicine, Casa di Cura del Policlinico, Milano*

L'accumulo intracellulare della proteina Tau iper-fosforilata è un segno caratteristico nella malattia di Alzheimer e clinicamente correla con il grado di demenza dei pazienti. Nonostante la costante ricerca scientifica, i meccanismi che promuovono l'aggregazione di Tau sono ancora oscuri. La iperfosforilazione di Tau si traduce in una minor capacità di Tau di legare la Tubulin che si traduce in una maggior instabilità dei microtubuli e una altera attività sinaptica. Tuttavia, anche la proteina Tau nativa può subire cambiamenti strutturali e funzionali, in particolare dopo le modificazioni post-traduzionali (PTMs), incluso la SUMOilazione. La SUMOilazione è caratterizzata da un legame covalente di un peptide da 11 kDa, cioè SUMO, ad un residuo aminoacidico di lisina sulle proteine bersaglio. La coniugazione di SUMO sulla lisina 340 di Tau ne altera lo stato di fosforilazione e la successiva aggregazione, contribuendo alla formazione dei tangoli fibrillari. Tuttavia, la SUMOilazione può svolgere un ruolo sull'attività di Tau che va oltre la coniugazione. Qui mostriamo un'interessante relazione inversa tra Tau e la SUMOilazione generale; l'espressione di Tau sembra aumentare drasticamente quando la SUMOilazione viene inibita e viceversa. La modulazione del signaling di SUMO è stata ottenuta utilizzando come inibitori l'acido Ginkgolico, o i peptidi *Tat-linked* che abbiamo già testato. Al fine di meglio chiarire i meccanismi alla base di questo evento molecolare, abbiamo anche studiato l'eventuale coinvolgimento del complesso ubiquitina-proteasoma oppure dell'autofagia allo scopo di valutare se la modifica dell'espressione Tau possa essere correlata ad una compromissione SUMO-mediata della sua degradazione. Nel complesso, nel presente lavoro, suggeriamo una nuova interazione reciproca tra Tau e SUMO che può rivelare interessanti conoscenze sul meccanismo molecolare che regola l'aggregazione Tau.

STIMA DEI CASI DI DEMENZA DI ALZHEIMER E VASCOLARE ATTRIBUIBILI AI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI. IMPATTO DELLA PREVENZIONE PRIMARIA IN EUROPA E IN ITALIA

Mayer Flavia (a), Di Pucchio Alessandra (a), Lacorte Eleonora (a), Bacigalupo Ilaria (a), Marzolini Fabrizio (a), Ferrante Gianluigi (b), Minardi Valentina (a), Masocco Maria (a), Canevelli Marco (c), Di Fiandra Teresa (d), Vanacore Nicola (a)

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

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

(c) *Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

(d) *Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. In Europa si prevede un raddoppio dei casi di demenza da 7,7 milioni nel 2001 a 15,9 milioni nel 2040. La malattia di Alzheimer (AD) contribuisce per il 53,7% dei casi di demenza mentre la demenza vascolare (VaD) rappresenta il 15,8%. È stato dimostrato che alcuni dei fattori di rischio sono legati allo stile di vita. Quantificare l'effetto di tali fattori di rischio rappresenterebbe uno strumento di sanità pubblica utile ad una migliore pianificazione della prevenzione primaria della malattia. L'obiettivo di questo studio è stimare, in Europa e in Italia sia nella popolazione generale sia nelle singole regioni, il rischio attribuibile a sette fattori di rischio noti: obesità, sedentarietà, fumo, depressione, ipertensione, diabete, basso livello di istruzione, considerando il loro effetto in modo non indipendente.

Metodi. Per i sette fattori indagati sono state reperite le più recenti stime disponibili in letteratura sui Rischi Relativi (RR) per la AD e la VaD. Per l'Europa era disponibile in letteratura sia la quota di varianza condivisa tra i fattori, sia la prevalenza per dei sette fattori di rischio. Per l'Italia, utilizzando i dati dello studio PASSI, è stato possibile stimare la varianza condivisa e la prevalenza dei fattori anche a livello della singola regione. Utilizzando tali dati, è stato calcolato il Rischio Attribuibile di Popolazione (RAP) nell'ipotesi di non indipendenza dei fattori.

Risultati. Il RAP per la AD in Europa e in Italia è pari rispettivamente al 31,4% e 45,2%. Per la VaD invece è di 37,8% e 53,1%. In Italia, ipotizzando una riduzione del 20% di ogni fattore di rischio, per la AD e la VaD, i RAP scendono rispettivamente a 38,9% e 46,6%. Tra le 21 regioni Italiane, nell'ipotesi di non indipendenza, per la AD il RAP più basso si registra nella Provincia di Bolzano (37,8%) ed il più alto in Basilicata (51,7%). Per la VaD, il più basso si registra nella Provincia di Trento (46,6%) ed il più alto in Campania (57,9%). Considerando una riduzione del 20% di ogni fattore di rischio, si stima una conseguente riduzione dei casi prevalenti che passa da un minimo di 5,7% per la AD e 5,9% per la VaD, in Provincia di Bolzano, a un massimo di 6,6% per la AD e 6,7% per la VaD, in Campania, Calabria e Sicilia.

Conclusioni. Le stime riportate rappresentano un importante punto di partenza per la pianificazione della prevenzione primaria della AD e della VaD, agendo sui sette fattori di rischio modificabili, di cui non erano mai stati riportati i rischi attribuibili per singola regione italiana. In particolare, per entrambi i tipi di demenza, il principale fattore di rischio su cui agire sembrerebbe essere il livello d'istruzione seguito dall'attività fisica e dall'ipertensione. Inoltre, per la AD segue per importanza il fumo mentre per la VaD la depressione.

STUDIO PILOTA SUL MIGLIORAMENTO DELLA *PERFORMANCE* OCCUPAZIONALE IN GRUPPO DI PAZIENTI CON DEMENZA CHE SVOLGONO TERAPIA OCCUPAZIONALE A DOMICILIO

Muratori Elena (a), Pellati Morena (b), Volta Barbara (b), Menozzi Cristina (b)
(a) *Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*
(b) *Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia*

Introduzione. L'aggiornamento del Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze" della regione Emilia Romagna, ha tra gli obiettivi l'erogazione del servizio di Terapia Occupazionale inserita nelle prestazioni terapeutiche di tipo riabilitativo classificate nei LEA. Lo scopo primario di questo studio pilota è verificare una variazione di *performance* e soddisfazione percepiti dal paziente nell'occupazione identificata come prioritaria e una variazione oggettiva qualitativa nelle medesime *performance* occupazionali, tramite l'osservazione del Terapista Occupazionale, in ambiente ecologico. Secondariamente si intende valutare eventuali modifiche nel senso di competenza e nel livello di stress autopercepito dal *caregiver* primario.

Metodi. Periodo di studio 18 maggio 2017 - 11 settembre 2017; arruolati 7 pazienti (6 uomini, 1 donna) del Distretto di Correggio (RE) tramite un programma di stimolazione cognitiva svolto in precedenza, e i loro *caregiver* (6 donne, 1 uomo). Criteri di inclusione:

- diagnosi di demenza, basata sui criteri diagnostici del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders-IV-Text Revision* (DSM-IV-TR);
- presenza di un *caregiver* collaborante e motivato;
- residenza a domicilio;
- dichiarazione di *compliance* alla presenza del Terapista Occupazionale alle sedute al domicilio.

Sono state erogate 10 sedute di Terapia Occupazionale comprensive di valutazione T₀ e T₁, sia per i pazienti che per i *caregiver*, utilizzando le seguenti scale: *Canadian Occupational Performance Measure*, *Performance Quality Rating Scale*, *Perceived Stress Scale* e *Sence of Competence Questionnaire*. Inoltre includevano la mediazione del Terapista Occupazionale per individuare obiettivi condivisi tra paziente e *caregiver*. Per il trattamento sono stati utilizzati approcci compensativi e riabilitativi per il raggiungimento degli obiettivi. Per l'analisi dei dati è stata prodotta la mediana delle scale sopracitate.

Risultati. Si osserva un aumento di 5/10 della *performance* e di 4,5/10 della soddisfazione percepiti dal paziente nello svolgere attività di Terapia Occupazione, di pari passo con l'aumento di 4,5/10 della *performance* oggettiva valutata dal Terapista Occupazionale. Per quando riguarda i *caregiver* si evidenzia una riduzione dello stress percepito del 26,3% a fronte di una stabilità nel senso di competenza autopercepito.

Conclusioni. Grazie alla presa in carico congiunta di paziente e *caregiver* da parte del team interdisciplinare, attraverso il servizio di terapia occupazionale a domicilio, questo studio evidenzia la possibilità di miglioramento delle capacità residue del paziente e la riduzione dello stress percepito dal *caregiver*.

EFFETTI DELL'ATTIVITÀ LABORATORIALE DI GRUPPO SUL DOMINIO AFFETTIVO IN SOGGETTI CON DEMENZA

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

(a) *ASL Napoli 1 Servizio Umanizzazione, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli Onlus, Napoli*

(b) *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli Onlus, Napoli*

(c) *Centro Diurno Alzheimer, ASL, Salerno*

(d) *Unità Operativa Complessa Neurologia, Unità Stroke, Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli*

Introduzione. L'attivazione cognitiva di gruppo in soggetti con demenza è una metodologia di intervento non farmacologico focalizzata sulla stimolazione delle funzioni cognitive residue, orientamento alla realtà oltre che alla socializzazione e relazione. Attività ricreative e occupazionali quali musicoterapia, arteterapia, narrazione creativa, giardinaggio, associate a specifici interventi di stimolazione cognitiva, potrebbero avere un impatto su eventuali disturbi affettivi e comportamentali. Lo studio ha lo scopo di indagare sulla possibile influenza di tali attività sul tono dell'umore e su eventuali disturbi comportamentali comunemente associati alla demenza.

Metodi. La valutazione del profilo affettivo è avvenuta mediante la somministrazione della *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD) opportunamente modificata mediante l'esclusione della sezione "funzioni cicliche" in quanto in parte indagante la sfera dei ritmi sonno-veglia non direttamente osservabili dagli operatori. È stato osservato un gruppo composto da 12 soggetti affetti da demenza a genesi degenerativa primaria e/o vascolare aventi effettuato attivazione cognitiva presso la sede operativa di Napoli dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer - Sezione campana. Tutti i soggetti sono stati valutati all'inizio delle attività (T_0) e successivamente dopo 4 mesi (T_1), periodo entro il quale hanno svolto attività incluse tra i 2 e i 5 giorni a settimana dalle 3,30 ore e 7 ore al giorno.

Risultati. Sono stati confrontati i punteggi prima/dopo mediante test di Wilcoxon per campioni appaiati. La differenza è risultata significativa ($p=0,003$); la media totale CSDD prima del trattamento è risultata uguale a 12,500 (DS=5,931), dopo il trattamento è uguale a 5,083 (DS=4,358).

Conclusioni. Seppur in presenza di un campione ancora statisticamente esiguo, è possibile inferire che trattamenti di attivazione cognitiva in gruppo esercitano una significativa influenza sul tono dell'umore.

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI NELLA PERSONA CON DEMENZA

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

(a) Servizio Umanizzazione, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli Onlus, ASL NA 1 Napoli

(b) Unità Operativa Complessa Neurologia, Unità Stroke, Az. Ospedaliera dei Colli, Napoli

(c) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Napoli Onlus, Napoli

(d) Centro Diurno Alzheimer, ASL, Salerno

Introduzione. Le attività laboratoriali condotte presso l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA) Sezione Campana con soggetti affetti da demenza, sono volte al benessere globale della persona, oltre che al tentativo di rallentamento del deterioramento delle funzioni cognitive. Le attività consistono in ROT, stimolazione delle funzioni residue, arte e musicoterapia, giardinaggio, programmi di *validationtherapy* e rimotivazione oltre che attività ricreative e socializzanti. La frequenza di svolgimento è compresa tra i 2 e i 5 giorni settimanali dalle 3,30 ore alle 7 ore giornaliere. Lo scopo dello studio è quello di osservare gli effetti di una prolungata partecipazione a tali attività sul declino cognitivo in pazienti con demenza lieve-moderata rispetto a soggetti non aventi effettuato stimolazione cognitiva.

Metodi. Sono stati selezionati, 47 soggetti affetti da demenza degenerativa primaria e/o vascolare (maschi=16; femmine=31). Sono stati divisi in due gruppi: il primo composto da 27 individui aventi effettuato attività cognitivamente stimolanti (LAB_SI) e 20 soggetti costituenti gruppo di controllo (LAB_NO). Tutti i soggetti hanno ricevuto almeno 2 somministrazioni di *Mini Mental State Examination* ($T_0 - T_1$). Il tempo intercorso tra T_0 e T_1 (TEMPO_ T_0-T_1) è compreso tra i 102 e i 848 giorni. Il punteggio minimo corretto MMSE in T_0 (PC_ T_0), per poter essere incluso nel campione, è stato 14,99 e T_1 (PC_ T_1) è stato 13,03. È stato calcolato il declino cognitivo medio per 90 giorni (DM_90). È stato confrontato DM_90 tra LAB_SI e LAB_NO mediante Welch e ANCOVA. È stato posto DM_90 come variabile dipendente, LAB_SI/LAB_NO come variabile indipendente e come variabili concomitanti TEMPO_ T_0-T_1 , età e scolarità. È stata applicata una correlazione di Spearman tra anno di prima somministrazione del MMSE e DM_90.

Risultati. La media DM_90 dei due gruppi è risultata essere: LAB_SI=0,36 (DS=0,44); LAB_NO=0,82 (DS=0,85). La media TEMPO_ T_0-T_1 dei due gruppi è risultata essere: LAB_SI=438,4 (DS=93,1); LAB_NO=430,4 (DS=239,9). La media del PG_ T_0 dei due gruppi è risultata essere: LAB_SI=21,26 (DS=3,7); LAB_NO=21,81 (DS=2,98). Non è risultata significativa la correlazione tra DM_90 e anno di prima somministrazione del MMSE ($\rho=0,203$; $p=0,172$). È emersa una significativa differenza tra i DM_90 dei due gruppi ($p=0,034$; $p=0,021$).

Conclusioni. I soggetti sottoposti ad attivazione cognitiva hanno mostrato una riduzione media pari a 0,36 punti di MMSE ogni 90 giorni contro 0,82 del gruppo di

controllo. È possibile concludere che le attività cognitivamente stimolanti svolte presso le sedi AIMA Sezione Campana svolte da soggetti con demenza di grado lieve-moderato hanno contribuito a contenere il deterioramento delle funzioni cognitive.

CARATTERIZZAZIONE CLINICA E TERAPEUTICA DEI PAZIENTI DI UN CDCD DI TERZO RIFERIMENTO

Musumeci Marco (a), Vanacore Nicola (a), Ettore Evaristo (b)

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

(b) Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Il problema della demenza è una priorità mondiale in termini di sanità pubblica. Per far fronte a questa problematica l'Italia si è dotata di un Piano Nazionale Demenze (PND, 2015), che individua nei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) i luoghi specialistici deputati alla valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi cognitivi e delle demenze. Obiettivi dello studio: caratterizzare il profilo anagrafico-anamnestico-clinico dei soggetti afferenti ad un CDCD Universitario dopo la pubblicazione del PND; individuare le differenze anagrafiche-cliniche-anamnestiche tra i soggetti con *Clinical Dementia Rating* (CDR) pari a zero e i soggetti con vario grado di *deficit* cognitivo.

Metodi. Sono stati inclusi 80 soggetti che afferivano al CDCD della Sapienza-Università di Roma per effettuare una prima visita, tra il 01/06/2016 e il 31/07/2017. Ogni soggetto è stato poi rivalutato dopo sei mesi. Per ogni paziente è stata compilata una cartella clinica contenente tutti i dati anagrafici-anamnestici-clinici, è stato effettuato esame obiettivo generale, sono stati eseguiti esami ematochimici e strumentali. Per la valutazione delle funzioni cognitive sono stati somministrati test neuropsicologici di vario livello. Il grado di deterioramento cognitivo è stato calcolato attraverso la *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR).

Risultati. Il profilo della casistica afferente al CDCD è caratterizzato dalla prevalente presenza di soggetti di sesso femminile, con un'età media avanzata, da una quota molto elevata di co-morbilità e conseguente assunzione di numerosi farmaci. I test neuropsicologici hanno evidenziato: MMSE a 76 soggetti con punteggio medio 22 ± 5 , MoCA a 39 soggetti con punteggio medio 23 ± 5 , valutazione neuropsicologica di secondo livello a 35 soggetti. La *Neuroimaging* ha evidenziato diverse condizioni isto-patologiche. In conseguenza delle diagnosi poste sono state rilasciate le seguenti prescrizioni farmacologiche specifiche: 17 soggetti nessun trattamento (21%); 25 soggetti integratori specifici (31%); 24 soggetti AChEI (30%); 14 soggetti Memantina (17,5%). I soggetti con CDR=0 rispetto ai soggetti con CDR compreso tra 0,5 e 3 si differenziano in modo statisticamente significativo ($p<0,05$) per le seguenti caratteristiche: età anagrafica inferiore di circa quattro anni, scolarità più elevata, insorgenza di "sintomatologia" in età inferiore di circa due anni, richiesta di controllo medico precoce, assunzione di integratori specifici per disturbi mnesici sin dall'inizio della sintomatologia.

Conclusioni. Il presente studio ha caratterizzato la tipologia di soggetti che afferiva ad un CDCD Universitario dopo la pubblicazione del Piano Nazionale Demenze e del suo recepimento nella Regione Lazio evidenziando le caratteristiche anagrafiche-cliniche-anamnestiche e le differenze peculiari tra i soggetti con CDR pari a zero vs soggetti con CDR compreso tra 0,5 e 3.

VALUTAZIONE COGNITIVA: LO SPECIALISTA IN NEUROPSICOLOGIA NEI CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Onida Alessandra

Associazione Italiana Specialisti in Neuropsicologia, Nuoro

Introduzione. La valutazione cognitiva costituisce una parte essenziale del processo diagnostico nelle demenze. Le conoscenze derivanti da due discipline, la psicologia e la neuropsicologia, hanno permesso di giungere a tale risultato. La neuropsicologia con lo studio della relazione tra lesione cerebrale e funzione cognitiva danneggiata permette di ipotizzare la correlazione tra struttura e funzione. La psicologia, fornendo le metodologie e le procedure per la misurazione del comportamento, permette di correlare il comportamento osservabile con la funzione cognitiva sottostante.

Obiettivi e metodi. Nonostante questo fondamentale bagaglio di conoscenze, troppo spesso la valutazione cognitiva viene confusa con la mera somministrazione di test. L'intervento si propone di illustrare l'algoritmo mentale che il professionista utilizza per porre la diagnosi neuropsicologica nelle demenze. La valutazione cognitiva comprende l'integrazione di una serie di informazioni che derivano dall'osservazione e misurazione del comportamento del soggetto, dal colloquio con il soggetto e con gli assistenti, dai dati anamnestici e di vita; prevede inoltre la formazione di ipotesi e la loro verifica. Ciò permette di effettuare una correlazione affidabile tra ciò che appare e il sottostante funzionamento cognitivo-emotivo e tra questi e il danno cerebrale o alterazione metabolica. La diagnosi neuropsicologica dunque, richiede la formazione in diversi ambiti che spaziano dalla neuroradiologia sino alla psicologia dinamica, oltre che un'esperienza clinica pluriennale. In Italia il percorso formale che consente di acquisire tali competenze e conoscenze è la Specializzazione in Neuropsicologia (DM del 24.7.06) che prevede 5 anni di studio successivi alla laurea magistrale in psicologia, tanto che tale professionalità è considerata "la figura d'elezione per la pianificazione e svolgimento della riabilitazione cognitiva".

Risultati e conclusioni. Nei servizi CDCD l'integrazione medica delle informazioni provenienti da diversi professionisti è l'elemento cardine della diagnosi e della presa in carico farmacologica e "riabilitativa", tra queste informazioni ha un ruolo essenziale la diagnosi neuropsicologica che non corrisponde con la valutazione psicometrica ma che presuppone un bagaglio di conoscenze che, allo stato attuale in Italia, viene fornito formalmente dalla Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia.

DIRETTIVE ANTICIPATE E DEMENZA UN CONNUBBIO ANCORA ETICAMENTE CONTROVERSO

Pasetti Carlo

Centro Europeo di Bioetica UNESCO, Novara

Approvate da autorevoli Dichiarazioni Internazionali e già operative in varie nazioni, le Direttive Anticipate (AD) valorizzano l'autonomia e l'autodeterminazione del paziente, pertanto la loro validità sembra teoricamente ineccepibile, mentre il loro innesto nella pratica riveste qualche criticità riguardo al *decision making* nelle Demenze (D), in particolare sui seguenti punti:

- informazioni distorte o incomplete fornite al paziente che possono averne influenzato la compilazione;
- eventuali cambiamenti in positivo nelle terapie verificatisi dall'avanzamento delle ricerche;
- impossibilità di cambiare all'ultimo momento AD precedentemente espresse;
- possibile cambiamento dell'identità personale del paziente, che potrebbe con gli anni avere prodotto un soggetto "nuovo" i cui legami col precedente sarebbero molto labili.

Se i primi tre punti sono facilmente intuibili, più complessa, interessante e ancora non risolta appare la questione dell'identità personale, che dal punto di vista teorico e pratico potrebbe creare qualche difficoltà all'applicazione delle AD. La mancata continuità di memoria con la progressione della malattia è un dato reale che non può essere ignorato, pertanto l'obiezione della perdita o del cambiamento dell'identità personale sembra poggiare su solidi argomenti che indurrebbero ad affermare come il redattore delle AD non avrebbe nessun diritto sul malato "attuale", che verrebbe ad essere il solo titolare del diritto di vivere. In altre parole per pazienti che mantengono una discreta QoL o sono in grado di provare piacere e dolore gli interessi attuali potrebbero prevalere sugli interessi pregressi, rendendo quasi giustificabile nei loro confronti un atteggiamento neopaternalistico. Ancora una volta il dibattito verte su una tematica cruciale della bioetica, il difficile bilanciamento tra la necessità di salvaguardare l'autonomia, l'autodeterminazione e la dignità del paziente oppure tutelarne la beneficiabilità e lo stato attuale.

In conclusione: l'applicazione delle AD nelle D rappresenta un sentiero sdruciolevole, tortuoso e non privo di incertezze, che necessita di accurate interpretazioni caso per caso e sfugge alla stesura di Linee Guida rigide e standardizzate. La questione dell'identità personale è certo un punto forte per tendere a considerare diverse due persone in cui questa continuità è stata spezzata dall'avanzamento della malattia, d'altra parte è pur vero che i desideri di un paziente quando era ancora competente mantengono una forte valenza morale e non possono essere ignorati da coloro che agiscono in sua vece; l'onere di certe decisioni rimane pertanto problemizzante e di alta responsabilità, vero passaggio cruciale da intendersi in senso non solo biomedico ma multidimensionale.

“PROGETTO DI STABILIZZAZIONE COMPORIMENTALE PER PAZIENTI CON DEMENZA PROVENIENTI DAL DOMICILIO” - RETE DEI SERVIZI PER LA DEMENZA DEL PIO ALBERGO TRIVULZIO

Pelucchi Loris, Engaddi Ilaria, Farina Simona, Zappa Carlo, Negri Chinaglia Cinzia
ASP ISMMeS e Pio Albergo Trivulzio, ISMMeS ePAT, III° UOC Riabilitazione Alzheimer e
CDCD, Milano

Introduzione. I disturbi del comportamento (BPSD) determinano accessi ospedalieri impropri e rappresentano la causa più frequente di istituzionalizzazione. Il “Progetto per ricoveri di stabilizzazione comportamentale” prevede un percorso facilitato e in tempi brevi (5 giorni lavorativi) per l’ingresso in struttura specialistica (Cure Intermedie CI profilo 5) di persone con Demenza provenienti dal domicilio che presentano BPSD in fase di scompenso (associabili a *Delirium*, perdita acuta di autonomia, acuzie/sub-acuzie cliniche) in rete fra 3 strutture di Riabilitazione Geriatrica di Milano. Lo scopo è presentare le caratteristiche del sottogruppo di persone con demenza ricoverate in CI Profilo 5 del Pio Albergo Trivulzio (PAT) di Milano arruolate nel Progetto rispetto ad altri pz di provenienza domiciliare.

Metodi. Analisi retrospettiva dei pz ricoverati nel periodo ottobre 2013 - luglio 2017 relativamente a tipo di demenza, gravità (CDR), comorbilità (CIRS) e presenza in ingresso e dimissione di BPSD (NPI), livello funzionale (BI) e terapia farmacologica.

Risultati. Sono stati arruolati nel Progetto (pz.STAB) 110 dei 302 pazienti provenienti dal domicilio (36,42%) 65 donne (59,10%) e 45 uomini (40,90%); età media $80,39 \pm 3,9$; degenza media $52,03 \pm 22,28$ giorni. Alla dimissione pz.STAB: Domicilio 66,37% (vs 67,21% degli altri pz di provenienza domiciliare); RSA 19,09% (vs 20,87%); Exitus 8,18% (vs 6,63%); Ospedale 6,36% (vs 5,29%). Pz. STAB: 56,36% Demenza Alzheimer (AD), 30,90% Demenze vascolare (VAD), 6,36% Demenza Corpi Lewy (LBD), 2,72% Demenza Fronto-Temporale (FTD), 3,63% altre demenze. Funzioni cognitive: MMSE medio $8,85 \pm 7,72$ (vs $8,53 \pm 7,27$). Gravità della demenza: CDR medio $2,68 \pm 0,77$ (vs $2,84 \pm 1,26$). Comportamento: NPI medio ingresso $32,21 \pm 15,99$ (vs $26,86 \pm 16,92$), dimissione $12,51 \pm 9,96$ (vs $11,87 \pm 7,86$). Valutazione funzionale: *Barthel Index* (BI) medio ingresso: $52,05 \pm 24,74$ (vs $46,13 \pm 25,91$); BI medio dimissione: $56,63 \pm 23,79$ (vs $51,94 \pm 26,72$). Comorbilità: CIRS pz.STAB: Indice di severità (I.s.) $1,72 \pm 0,42$ (vs $1,87 \pm 0,64$), Indice di comorbilità (I.c.) $3,25 \pm 1,34$ (vs $4,05 \pm 1,72$). Farmaci (GruppoSTAB): ingresso numero medio $4,99 \pm 2,45$ e dimissione $5,49 \pm 2,77$. In particolare: anticolinesterasici e/o memantina: ingresso 18,18% - dimissione 19,09%; antipsicotici tipici: ingresso 26,36% - dimissione 22,72%; antipsicotici atipici: ingresso 46,36% - dimissione 45,45%; benzodiazepine: ingresso 21,81% - dimissione 16,36%; antidepressivi: ingresso 40,90% - dimissione 50,91%.

Conclusione. La riduzione statisticamente significativa dei BPSD nel gruppo STAB ($p=0,0097$ vs paziente domicilio $p=0,0349$) e il miglioramento funzionale (anche se non

statisticamente significativo $p=0,095$) confermano l'utilità di un *setting* specializzato nella cura del paziente con demenza quale ambito più idoneo per garantire una risposta appropriata alle necessità cliniche complesse dei pazienti e dei loro *caregiver*.

PERCORSI DI CURA E DI ASSISTENZA INTEGRATI PER LE DEMENZE IN EUROPA: PREDISPOSIZIONE DI UN'INDAGINE NEI SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Petrazzuoli Ferdinando (a), Pirani Alessandro (b), Thulesius Hans (c), Kurpas Donata (d), Vinker Shlomo (e), Midlov Patrik (c), Palmqvist Sebastian (f), De Lepeleire Jan (g)

(a) *SNAMID, Società Scientifica di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale, Caserta*

(b) *Società Italiana Medicina Generale, Ferrara*

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

(d) *Department of Family Medicine, Wrocław Medical University, Polonia*

(e) *Department of Family Medicine, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Israele*

(f) *Clinical Memory Research Unit, Department of Clinical Sciences in Malmö, Lund University, Svezia*

(g) *Department of Public Health and Primary Care, General Practice, University of Leuven, Belgio*

Introduzione. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è il primo punto di riferimento per i pazienti affetti da demenza ed i loro famigliari per accedere alle cure messe a disposizione dal sistema sanitario di ogni Nazione. La presenza di una rete integrata di servizi per la gestione delle demenze è fondamentale per la qualità dell'assistenza delle persone con demenza in tutte le fasi di malattia, al domicilio o nelle residenze. Il MMG ha la necessità di conoscere la disponibilità e l'accessibilità dei servizi a cui indirizzare pazienti e famigliari per le adeguate risposte terapeutiche ed assistenziali al fine anche di prevenire il *burn-out* dei famigliari - *caregiver*. L'offerta e l'accessibilità ai servizi è notevolmente variabile non solo tra i diversi sistemi sanitari dei Paesi europei ma anche all'interno del singolo Paese. Scopo della presente ricerca è la presentazione di un questionario internazionale per la mappatura dei servizi per la gestione integrata delle demenze disponibili nei *setting* della Medicina Generale dei Paesi europei e di alcuni Paesi Mediterranei, Israele e Turchia.

Metodi. È stato predisposto un questionario per la rilevazione dei servizi di rete per la gestione integrata e l'appropriatezza delle cure per la demenza che i MMG compileranno in collaborazione con pazienti e famigliari. La metodologia sarà quella della "*Key informant survey*". Tra i vari punti di indagine vi è la rilevazione del grado di soddisfazione-insoddisfazione dei pazienti e famigliari. Il questionario contiene spazi per commenti aperti. Paese *leader* della ricerca: Italia. Durata della ricerca: 18 mesi

Risultati. Il questionario verrà applicato nei *setting* della Medicina Generale dei seguenti 25 Paesi: Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Israele, Italia, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Romania, Regno Unito, Ungheria, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia. La casistica

esaminata farà riferimento a 582 milioni di persone con una prevalenza della demenza oscillante dallo 0,44 della Turchia allo 2,09 della Italia.

Conclusioni. Questa ricerca costituisce la naturale prosecuzione delle prime due indagini internazionali condotte e pubblicate dalla Medicina Generale sull'atteggiamento e conoscenze che i MMG hanno verso le demenze. I dati attesi da questa mappatura saranno rilevanti al fine di dare piena attuazione ad un sistema adeguato di cure per le demenze a valenza nazionale ed europea.

COMPORAMENTI SESSUALI INAPPROPRIATI NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Petrone Loredana (a), Luzi Eleonora (a), Esposito Francesco (a), Damato Felice Marco (a), Pelosi Marcello (a), Carletti Chiara (b), Ricci Serafino (a), Ricci Simona (c)

(a) *Unità di Ricerca di Medicina Sociale, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(c) *Medico Legale, Vasto, Chieti*

Introduzione. L'argomento sessualità nel paziente geriatrico, affetto da demenza, è, tutt'oggi, un argomento tabù, tanto che la convinzione comune è che sia completamente asessuato. E si grida "allo scandalo!" quando questi pazienti mettono in atto comportamenti sessuali inappropriati (ISB). Diventa necessario individuare interventi, non solo di tipo farmacologico, che promuovano una manifestazione appropriata del comportamento sessuale anziché di un'eradicazione.

Metodi. Si esamina la letteratura pubblicata sulle opzioni correnti di trattamento per l'ISB negli anziani con demenza al fine comprendere quale sia la modalità migliore nella gestione dell'ISB.

Risultati. Il verificarsi di ISB in pazienti affetti da demenza varia da 7 a 25%. Gli atti sessuali sono più frequenti nei maschi, mentre le femmine sembrano utilizzare maggiormente un linguaggio di tipo scurrile. L'ISB rappresenta una minaccia per la salute mentale e fisica sia dei pazienti sia di chi presta loro assistenza. Inoltre, tali comportamenti possono causare un conflitto tra la responsabilità etiche e legale dei medici, in quanto impedire l'espressione sessuale può essere considerata una violazione del principio di autonomia, pertanto, è necessario valutare la capacità di consenso. Una corretta valutazione dovrebbe basarsi sulla storia personale, clinica e sessuale del paziente, quale forma l'ISB prende, quando e dove si verifica, quanto è frequente ed altri fattori quali potenziali precipitanti, come la noia, la solitudine o i gesti malintesi della comunicazione, e le conseguenze del comportamento. Tali informazioni potrebbero essere integrate con alcuni strumenti di misurazione del comportamento inappropriato. Dopo aver condotto un adeguato assessment si potrà procedere con interventi di tipo farmacologico o non farmacologico. Benchè ci siano poche notizie sugli interventi non farmacologici e mancano prove circa la loro efficacia, esiste un accordo generale sul fatto che essi dovrebbero essere il trattamento di prima linea per l'ISB in persone anziane con demenza. Il trattamento non farmacologico può essere suddiviso in ambientale, comportamentale e didattico. Questi interventi dovrebbero coinvolgere non solo i pazienti, ma anche le famiglie e il personale socio-sanitario per cercare di promuovere una manifestazione appropriata del comportamento sessuale anziché di un'eradicazione della sessualità.

Conclusioni. La presenza di comportamento sessuale inappropriato nel soggetto demente rappresenta un problema delicato e al contempo di grande impatto psicologico sul personale assistenziale. Si raccomanda in prima linea un approccio non farmacologico al problema. Quando tale strategia fallisse diviene indispensabile avviare un trattamento farmacologico. Malgrado siano reperibili diverse pubblicazioni in merito, non esistono a tutt'oggi linee guida relative al trattamento di tali disturbi.

LIFE SKILLS E PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLA COSTRUZIONE DI UN LAVORO D'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

Pietroforte Cinzia, Cantoro Antonio

Centro Diurno Integrato Demenze Piccola casa Beata Chiara, Bari

Introduzione. Costruire una cultura multidisciplinare in contesti di cronicità risulta complesso in quanto necessita di un processo lungo, articolato e costituito dall'attraversamento di varie fasi. L'intervento proposto si avvale di una metodologia di ricerca-intervento e ha come obiettivo generale quello di coinvolgere direttamente i professionisti in un processo dinamico di apprendimento, mirando a mettere i singoli componenti dell'équipe nella condizione di promuovere il proprio benessere e il proprio sviluppo personale e sociale. L'ipotesi alla base dello studio è che gli operatori della équipe possano diventare agenti di cambiamento per gli anziani con demenza e le loro famiglie. Il gruppo di partecipanti allo studio è l'équipe di un nuovo centro diurno integrato demenze, costituita da direttore generale, medico geriatra, due psicologhe, un educatore professionale, due terapisti occupazionali, due oss e una addetta alla assistenza di base.

Metodi. La progettazione dell'intervento prevede l'utilizzo del modello *Skills for Life* (Tacade) la quale applicazione, secondo alcuni studi, permetterebbe che la persona affronti in maniera efficace le esigenze di vita quotidiana rapportandosi con fiducia a se stesso, agli altri e alla comunità. Per comprendere e monitorare l'andamento del lavoro di gruppo è stato somministrato un questionario anonimo a domande aperte basate sulla cultura d'équipe e sull'idea di demenza e un questionario *self-report* che indagasse i livelli di *burn-out* dei partecipanti su tre dimensioni: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale. I due questionari sono stati somministrati dopo tre mesi di lavoro e dopo un anno. L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando, quindi sia una metodologia qualitativa, *Grounded Theory* sia un'analisi quantitativa.

Risultati e conclusioni. L'analisi quantitativa dei questionari ha evidenziato un miglioramento dei livelli di realizzazione personale, malgrado vi sia un livello medio di esaurimento emotivo. Quella qualitativa evidenzia, invece, una maggiore attenzione alle dimensioni sociali, rispetto alla prima fase, con conseguente maggior attivazione anche all'interno di progetti operativi sulle dimensioni di comunità: piani assistenziali individualizzati con approccio psico-sociale, organizzazione di eventi aperti al territorio, approccio salutogenico alla demenza. Si evidenzia, quindi un passaggio da una dimensione più individuale ad una dimensione di gruppo allargato al cui interno non vi sono solo i professionisti ma anche gli anziani, le loro famiglie e il contesto territoriale.

SHIATSU E DEMENZA: UN AIUTO INASPETTATO

Pinna Silvia (a), Belardi Roberta (b), Cerulli Antonella (b), Maltas Giovanna (b), Pironti Felice (b), Benedetti Maura (a), Cangini Nausica (a), Corrado Irina (a), Marcelli Michelle (a), Ranaldi Roberta (a), Riso Alessandra (a), Pasqualini Greta (a), Cardarelli Maria (a), Venuti Angelo (a), Marianetti Massimo (a)

(a) *Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma*

(b) *Polaris Shiatsu Institute, 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 sta suscitando sempre maggiore attenzione la terapia shiatsu.

Metodi. Abbiamo reclutato 12 pazienti ricoverati per un ciclo riabilitativo standard (circa 60 giorni) presso il nostro Centro Sperimentale, affetti da varie tipologie di Demenza senile di grado lieve (7 maschi - 5 femmine: 6 *Alzheimer disease*, 2 demenza vascolare, 2 demenza mista, 1 *Lewy body dementia*, 1 *Frontotemporal dementia*; età: $75\pm 6,5$; scolarità $7\pm 4,9$; *Mini Mental State Evaluation* $21,2\pm 1,2$; *Activities of Daily Living* $5,25\pm 0,5$; *Instrumental. Activities of Daily Living* $4,3\pm 1,8$). Oltre alle normali attività previste dalla struttura, tali pazienti hanno partecipato a due sedute settimanali di terapia shiatsu (16 interventi totali per paziente circa) con un operatore specializzato. I pazienti sono stati valutati con MMSE, ADL, IADL, Test di Tinetti all'inizio e al termine del ricovero. Sono stati considerati anche il numero di cadute accidentali e l'occorrenza di disturbi comportamentali rilevanti durante la degenza. I risultati ottenuti sono stati confrontati con un gruppo di pazienti paragonabile per variabili demografiche e cliniche che non ha fruito dell'intervento durante il ricovero.

Risultati. Non abbiamo riscontrato differenze significative nei punteggi MMSE, ADL e IADL finali tra coloro che hanno fruito dell'intervento e il gruppo di controllo. I pazienti che hanno usufruito della terapia shiatsu hanno presentato un numero significativamente inferiore di episodi di scompenso comportamentale acuto e di episodi di caduta accidentale incorsi durante la degenza; il punteggio al Test di Tinetti alla fine del ricovero è risultato significativamente superiore nei pazienti che hanno usufruito della terapia shiatsu rispetto al gruppo che non ne ha usufruito ($p < 0,01$).

Discussione. L'intervento terapeutico shiatsu ha mostrato di produrre interessanti benefici nella nostra casistica. Aumentando casistica/*follow-up* e utilizzando misure più raffinate questo approccio terapeutico potrebbe avere il necessario supporto scientifico per diventare in futuro parte integrante del percorso sanitario dei malati affetti da Demenza.

📄 PND. 2.1 ...“IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO DI CURA/PDTA PER LA GESTIONE INTEGRATA” DELLE DEMENZE IN MEDICINA GENERALE: ESPERIENZE PROPEDEUTICHE

Pirani Alessandro (a), Benini Lucia (a), Marchi Rita (a), Codeluppi Paola Loretta (a), Ricci Clara (b), Casatta Lucia (b), Lovascio Serafina (b), Pellegrini Marina (b), Mazzoleni Francesco (c), Brignoli Ovidio (d)

(a) Società Italiana Medicina Generale, Ferrara

(b) Società Italiana Medicina Generale, Udine

(c) Società Italiana Medicina Generale, Sondrio

(d) Società Italiana Medicina Generale, Brescia

Introduzione. Il *General Practitioner Assessment of Cognition* (GPCog) è un breve e semplice test specifico per la diagnosi di deterioramento cognitivo in Medicina Generale (MG) (<http://www.demenzemedicinagenerale.net/strumenti-diagnostici/test>). Il GPCog è l'unico test cognitivo che, in 3-4 minuti, abbina valutazione psicometrica e funzionale. Queste caratteristiche hanno consentito di formalizzare un percorso formativo ed operativo adatto alla MG (<http://www.demenzemedicinagenerale.net>), sulla base di quanto già predisposto da Società Scientifiche internazionali. Riportiamo alcune esperienze del percorso operativo applicato dai Medici di Medicina Generale (MMG) nell'attività ambulatoriale:

MMG1. Distretto Ovest di Ferrara con applicazione informale e volontaria da parte dei MMG;

MMG2. Medicina di Gruppo/Rete di Tavagnacco (UD) che ha inserito il GPCog nel protocollo per le demenze dell'Area Vasta Udinese.

Metodi. Tutti i MMG hanno applicato GPCog secondo l'algoritmo *case-finding* (<http://www.demenzemedicinagenerale.net>). L'algoritmo classifica i pazienti che riferiscono disturbi mnemonici come “normali”, “borderline”, “patologici”: “borderline” con compromissione funzionale e “patologici” richiedono approfondimento diagnostico. MMG1 ha inviato tutti i pazienti al Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) indipendentemente dal risultato del GPCog. MMG2 ha inviato al CDCD solo i pazienti “borderline” con compromissione funzionale e “patologici”.

Risultati.

MMG1. Pazienti 169: F 51%, età media 71,6; scolarità 7,9. I pazienti sono stati classificati in 3 sottogruppi in base a *Clinical Dementia Rating scale*: normale (CDR 0: 25%); demenza preclinica (CDR 0,5: 49%); demenza lieve (CDR 1: 26%). Il GPCog si è dimostrato più preciso del MMSE nel differenziare i pazienti normali da quelli con demenza preclinica/lieve.

MMG2. Pazienti valutati 40: patologici 15 (38 %); *borderline* 17 (42 %); normali: 8 (20%). Patologici. 12 con demenza confermata dal CDCD e 8 messi in terapia specifica. *Borderline*: 3 confermati con demenza; 7 risultati carenti di folati o

cobalamina e trattati; 14 in monitoraggio semestrale periodico. Normali: 4 degli 8 pazienti sono risultati depressi e trattati.

Conclusioni. I dati sostengono l'efficacia del modello operativo basato sul GPCog nell'intercettazione tempestiva di deterioramento cognitivo, nel monitoraggio e gestione dei pazienti. L'esperienza più articolata della Medicina di Gruppo di Tavagnacco conferma inoltre la possibilità di monitorare ambulatorialmente i pazienti con demenza preclinica in assenza di compromissione funzionale, di dirimere problematiche cognitive da quelle psichiatriche e di attivare tempestivamente la rete formale ed informale del paziente.

MICRORNA E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: UNA REVISIONE SISTEMATICA

Piscopo Paola (a), Piccolo Laura (b), Lacorte Eleonora (c), Mayer Flavia (c), Crestini Alessio (a), Feligioni Marco (d,e), Bacigalupo Ilaria (c), Filareti Melania (b), Ficulles Elena (b), Confaloni Annamaria (a), Vanacore Nicola (c), Corbo Massimo (b)

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

(b) *Casa di Cura Policlinico, Milano*

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

(d) *European Brain Research Institute Rita Levi-Montalcini Foundation, Laboratory of Neuronal Cell Signaling, Roma*

(e) *Laboratory of Neurobiology in Translational Medicine, Casa di Cura del Policlinico, Milano*

Introduzione. Il deterioramento cognitivo lieve o MCI (*mild cognitive impairment*) è descritto come una fase intermedia tra la normale capacità cognitiva e la demenza. L'*International Consortium-COSMIC (Cohort Studies of Memory)* ha stimato una prevalenza degli MCI del 5,9% nelle persone oltre i 60 anni. Una recente revisione sistematica ha messo in evidenza come 1 MCI su 5 mostri una completa e spontanea remissione dai *deficit* cognitivi. L'uso dei biomarcatori potrebbe essere utile per predire quei soggetti MCI che progrediscono verso la demenza. In questi ultimi anni la ricerca in ambito mondiale si sta indirizzando allo studio dei microRNA come possibili marcatori biologici; infatti i livelli di alcuni miRNA presenti nei fluidi biologici possono riflettere condizioni fisiologiche alterate. In questa revisione sistematica analizziamo gli studi condotti sui miRNA in soggetti con MCI.

Metodi. La ricerca bibliografica sistematica è stata condotta sui database di PubMed, Chocrane, e Medline. Non è stata applicata nessuna restrizione sulla data di pubblicazione. Sono stati inclusi soltanto studi sull'uomo e in inglese. Sono stati esclusi review, capitoli di libri, editoriali e studi sui miRNA di tipo funzionale.

Risultati. La ricerca bibliografica ha individuato 77 record. Sulla base della rilevanza e pertinenza dell'argomento della revisione sono stati selezionati 21 studi di cui 19 rientravano nei criteri predefiniti di inclusione/esclusione. Abbiamo potuto dividere i lavori revisionati in due grandi categorie: studi di tipo diagnostico/prognostico con l'obiettivo di valutare i miRNA come possibili biomarcatori per la diagnosi/prognosi di MCI e studi osservazionali per valutare i miRNA come possibili fattori di rischio in soggetti con MCI. Questi lavori riportano dati analizzati su vari tipi di tessuto come plasma/siero, CSF e cervello e ottenuti mediante due tipi di approcci metodologici: l'analisi globale di tutti i miRNA conosciuti fino ad oggi (*miRNA profiling*) e l'analisi su miRNA specifici che hanno mostrato una connessione diretta con la malattia (*miRNA candidate*). Gli studi di *profiling* sono 8 e mostrano una grande variabilità nei risultati ottenuti tanto che nessuno degli studi di *profiling* ha riportato risultati simili tra loro neanche a parità di tessuto analizzato.

Conclusioni. L'analisi della letteratura sui miRNA e soggetti MCI ha individuato una grande variabilità dei dati. Supponiamo che questa sia dovuta ad una serie di problematiche legate a criteri diagnostici, procedure pre-analitiche e analitiche, analisi statistica. È necessario standardizzare le metodologie per l'analisi dei miRNA per comprendere se essi possano essere considerati dei buoni biomarcatori per l'MCI.

DIAGNOSI DELLO SPETTRO FRONTO-TEMPORALE NELLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: LA VALIDAZIONE ITALIANA DELL'EDINBURGH COGNITIVE AND BEHAVIOURAL ALS SCREEN

Poletti Barbara (a), Solca Federica (b), Carelli Laura (a), Madotto Fabiana (c), Faini Andrea (a), Monti Alessia (d), Zago Stefano (e), Doretto Alberto (a), Federico Verde (a), Ticozzi Nicola (a,b), Abrahams Sharon (f), Silani Vincenzo (a,b)

(a) Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto Auxologico Italiano, Milano

(b) Università degli Studi, Milano

(c) Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

(d) Casa di Cura Privata del Policlinico, Milano

(e) Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

(f) Università degli Studi, Edinburgo, Regno Unito

Introduzione. Crescenti evidenze in letteratura hanno riconosciuto la presenza di alterazioni cognitivo-comportamentali quali elementi integranti della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), lungo un continuum che va da lievi-moderati cambiamenti a forme conclamate di demenza frontotemporale (FTD), ulteriormente confermati da studi neuropatologici e genetici. Strong e i suoi collaboratori nel 2017 hanno recentemente proposto criteri rivisitati per le alterazioni dello spettro frontotemporale nella SLA, in considerazione dei progressi nella comprensione dei diversi profili neuropsicologici associati alla SLA. Alcuni strumenti di *screening* cognitivo sono stati sviluppati per la SLA; tuttavia, essi non sono concepiti per rilevare un coinvolgimento cognitivo eterogeneo, né sono in grado di compensare le disabilità fisiche presenti. Al fine di superare tali limitazioni, Abrahams e i suoi collaboratori nel 2014, hanno sviluppato l'*Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen-ECAS*, un rapido strumento di *screening* cognitivo-comportamentale specificamente progettato per compensare le disabilità verbo-motorie, in quanto tutte le prove possono essere somministrate in forma sia orale che scritta. Esso include anche un'intervista al *caregiver*, che indaga le alterazioni comportamentali tipiche della FTD e la presenza di sintomi psicotici. Obiettivo del nostro studio è stato la validazione italiana dell'ECAS, valutandone le proprietà psicometriche della versione italiana in termini di affidabilità e validità convergente sia per gli aspetti cognitivi che comportamentali.

Metodi. Sono stati reclutati 107 pazienti con SLA. I dati normativi sono stati raccolti su 248 soggetti sani. Ai partecipanti sono stati somministrati l'ECAS, due strumenti tradizionali di *screening* cognitivo (*Frontal Assessment Battery*; *Montreal Cognitive Assessment*) e due questionari psicologici (*Beck Depression Inventory*; *State-Trait Anxiety Inventory/Y*). I *caregiver* hanno, inoltre, compilato il *Frontal behavioural inventory*.

Risultati. I dati hanno dimostrato che la versione italiana dell'ECAS discrimina correttamente tra pazienti e controlli. Il *deficit* più frequente è stato evidenziato nelle funzioni esecutive e nella fluenza verbale. Sono state osservate, inoltre, correlazioni tra

l'ECAS e gli strumenti tradizionali di *screening* cognitivo e tra l'intervista comportamentale dell'ECAS e l'FBI, a sostegno di una piena validità convergente.

Conclusioni. La versione italiana dell'ECAS si è rivelata uno strumento di valutazione rapido, affidabile e sensibile, in grado di discriminare i diversi profili di disturbo cognitivo-comportamentale. Inoltre, poiché l'ECAS fornisce una doppia modalità di esecuzione, esso è in grado di compensare le disabilità verbo-motorie presenti rispetto alla testistica tradizionale. Per concludere, l'ECAS consente di identificare i diversi fenotipi di compromissione cognitiva-comportamentale, permettendo così un'efficace processo diagnostico differenziale tra forme di lieve impairment cognitivo e/o demenza frontotemporale conclamata.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE DEMENZE E DEI DISTURBI COGNITIVI

Pomati Simone

Centro Disturbi Cognitivi, Unità Operativa Neurologia, Ospedale Luigi Sacco, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Di fronte ad una compromissione delle abilità cognitive o sociali in un individuo con un precedente normale livello di funzionamento viene attivato un complesso percorso di diagnosi e diagnosi differenziale. La presenza di condizioni associate (dai disturbi del movimento alle alterazioni endocrino-metaboliche, dalla storia di traumi cranici all'esposizione a tossici) può facilitare il percorso diagnostico, purché vengano accuratamente raccolte le informazioni relative alla modalità e alle circostanze di esordio (si pensi alle demenze rapidamente ingravescenti) e con l'impiego della comune diagnostica di laboratorio e strumentale come supporto al metodo clinico. Diverso è il percorso diagnostico per le forme degenerative. A partire dalla metà degli anni ottanta del novecento sono state indette numerose conferenze di esperti per definire una serie di parametri, con diverso grado di affidabilità, per una diagnosi "in vita" delle forme degenerative. Se per le pubblicazioni più datate sono disponibili informazioni relative alla corrispondenza fra le diagnosi cliniche e i reperti autoptici, tale processo di validazione è ancora incompleto per i criteri più recentemente proposti. Vi si riflette anche il diverso peso assunto nel corso degli anni dalle più moderne tecniche di diagnostica per immagine e dall'impiego di altri biomarcatori (dalle indagini genetiche ai parametri ematici e liquorali). La disponibilità di criteri diagnostici ha fatto emergere, oltre alle caratteristiche tipiche delle varie forme di demenza degenerativa, una serie di profili atipici, talvolta con una corrispondenza variabile fra alterazioni anatomopatologiche e fenotipo clinico. Non va poi dimenticato che brillanti imitatori come i disturbi psichiatrici possono talora rendere problematica anche la diagnosi di una forma tipica (si pensi alle sovrapposizioni fenotipiche fra alcuni disturbi della personalità e della condotta e la variante comportamentale della demenza fronto-temporale o fra le psicosi ad esordio senile e la demenza a corpi di Lewy). Un altro problema è il peso da attribuire alle comorbilità. Nella pratica clinica corrente, il primo obiettivo rimane l'identificazione dei casi suscettibili di un trattamento in grado di determinare una remissione o quanto meno una stabilizzazione del quadro; una corretta definizione diagnostica diventa però fondamentale nella prospettiva di una disponibilità, anche teorica, di un terapia in grado di modificare la storia naturale della malattia: una accurata definizione dei criteri di inclusione consente una maggiore probabilità di evidenziare un risultato significativo all'interno di una sperimentazione. Per colmare il divario fra la più avanzata ricerca scientifica e l'effettiva applicabilità dei risultati della ricerca nella pratica clinica è fondamentale la standardizzazione delle metodiche e l'armonizzazione delle procedure, nonché la definizione accurata dei livelli di evidenza su cui basare il procedimento clinico-diagnostico.

COMPLESSITÀ DI UN PERCORSO TERAPEUTICO RIABILITATIVO SU UN PAZIENTE CON MALATTIA DI ALZHEIMER: UN PERCORSO CONDIVISO

Provenzano Giuseppe, Mantia Vania, La Sala Savona Paola, Mattina Morena
Azienda Sanitaria Provinciale, Agrigento

Introduzione. La presa in carico di un paziente affetto d'Alzheimer impone la definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato. La discussione del caso scelto vuole mostrare come l'attenzione alle caratteristiche personologiche, sociali e culturali, anche in pazienti con patologie dementigene, rappresenti un elemento cardine per supportare la compliance del paziente all'intervento terapeutico riabilitativo. Viene discusso il caso di R.M., una donna di 64 anni che nella vita ha gestito una fruttuosa attività commerciale. Afferisce all'Ambulatorio di Psicogeriatrica del Presidio Ospedaliero di Sciacca nel 2014, con valutazione MMSE di 18,9/30, un punteggio 6/6 alla scala ADL, 7/8 alla IADL. Il quadro clinico è caratterizzato prevalentemente da *deficit* di memoria, apatia, deterioramento del segno grafico della produzione linguistica e una marcata aprassia costruttiva. La presa in carico della paziente è rimodulata negli anni: quando nel 2017 viene avviato l'inserimento al Centro Diurno Alzheimer, dove inizia a partecipare a sedute gruppal di riabilitazione e stimolazione cognitiva, R.M. ha delle reazioni di sconforto, che la portano ad abbandonare le attività. In seguito, verrà pensato per la paziente, col supporto del *caregiver*, un percorso di Stimolazione cognitiva individuale. Tali incontri settimanali, in cui si è scelto di attenzionare la storia personale della paziente, e di privilegiare l'ascolto dei bisogni che la stessa individua come primari per il proprio benessere (recuperare la capacità di firmare), hanno condotto ad una co-costruzione del Progetto Terapeutico con la signora.

Metodi. Gli interventi utilizzati: Griglia di Osservazione Funzionale; Progetto Riabilitativo Personalizzato; Stimolazione Cognitiva; Orientamento alla realtà (ROT); Terapie occupazionali; Terapia di reminiscenza; Tecniche di rieducazione alla scrittura; Supporto Psicologico

Risultati. La condivisione degli obiettivi riabilitativi e il favorire i processi di scelta della paziente, hanno consentito a R.M. di sentirsi ancora competente, e di mantenere una forma di controllo sugli avvenimenti esterni. Le attività per esercitare la motricità fine e gli esercizi di pregrafismo, pur non agendo sulla disorganizzazione spaziale, hanno portato un miglioramento del tratto grafico. L'esperienza soggettiva del proprio percorso di cura, ri-concepito, ha reso possibile, a distanza di mesi, una partecipazione serena della paziente alle attività riabilitative di gruppo del Centro.

Conclusioni. Il caso clinico esemplifica come nel paziente con malattia di Alzheimer venga intaccata per prima l'identità sociale, un lutto non elaborabile per la signora, ma conservata una propria identità personale. Porre la persona e i suoi bisogni, quando capace di esprimerli, al centro dell'intervento, favorisce la *compliance* del paziente al Progetto Terapeutico Riabilitativo.

📄 VALIDITÀ ESTERNA DEGLI STUDI CLINICI SULLA MALATTIA DI ALZHEIMER: L'IMPATTO DI FRAGILITÀ E INVECCHIAMENTO BIOLOGICO

Quarata Federica (a), Canevelli Marco (a), Trebbastoni Alessandro (a), D'Antonio Fabrizia (a), Cesari Matteo (b), De Lena Carlo (a), Bruno Giuseppe (a)
(a) Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma
(b) G rontop le,, Universit  di Tolosa, III Paul Sabatier, Tolosa, Francia

Introduzione. Ad oggi, la validit  esterna degli studi clinici randomizzati (RCTs) sulla malattia di Alzheimer (AD)   stata valutata esclusivamente considerando variabili monodimensionali (come et , sesso, comorbidit ). Tuttavia, l'unico approccio che pu  consentire di comprendere realmente se i due contesti (clinica e ricerca) hanno a che fare con la stessa tipologia di pazienti e condizioni cliniche   rappresentato dall'adozione di modelli multidimensionali che riflettano in modo pi  olistico la complessit  dell'AD e l'invecchiamento biologico della persona.

Metodi. Nel presente studio abbiamo confrontato, in modo trasversale, la fragilit /invecchiamento biologico (misurato con un *Frailty Index* - FI) di un campione di pazienti con AD arruolati in RCTs di fase III (RCT-AD) e di un gruppo di pazienti appartenenti al "mondo reale" (*Real world-AD*), vale a dire sottoposti a procedure cliniche standard presso un centro ambulatoriale e non considerati per l'inclusione in protocolli sperimentali.

Risultati. Il gruppo "RCT-AD" e il gruppo "*Real world-AD*" sono risultati comparabili statisticamente per tutte le variabili cliniche e sociodemografiche considerate ($p > 0,05$ in tutte le analisi univariate eseguite). Tuttavia, i pazienti del gruppo "*Real world-AD*" sono risultati significativamente pi  fragili rispetto ai soggetti inclusi nel gruppo "RCT-AD", come indicato da punteggi pi  elevati di FI (0,28 - SD 0,1) vs 0,17 (SD 0,1); $p < 0,001$, rispettivamente). Inoltre,   stato osservato che la correlazione tra FI e et  era pressoch  nulla nel gruppo "RCT-AD" (Spearman's $r = 0,01$; $p = 0,98$) mentre   risultata statisticamente significativa nel campione "*Real world-AD*" ($r = 0,49$; $p = 0,02$).

Discussione. L'utilizzo di disegni metodologici troppo rigidi pu  provocare una scarsa rappresentativit  delle popolazioni di pazienti con AD reclutate nei *trial* clinici. Potrebbe perfino condurre a studiare condizioni biologicamente differenti rispetto a quelle osservate nel "mondo reale". L'adozione di misure multidimensionali, come il FI, capaci di catturare l'et  biologica dell'individuo, pu  facilitare la valutazione della validit  esterna degli studi clinici sperimentali, implicitamente migliorando l'interpretazione dei risultati e la loro traslazione nella pratica clinica.

FASCICOLO NEUROPSICOLOGICO ALL'INTERNO DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA PER LE DEMENZE DELLA REGIONE VENETO

Ruaro Cristina (a), Dal Sasso Flora (b), De Biasi Francesca (c), Fenzo Francesca (d), Ruzza Diego (e), Silvestri Franca (f), Simioni Alessandra (g), Tessari Annalisa (h), Trentin Michela (i), Zerilli Mario (j)

(a) Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedaliera, Padova

(b) AULSS 7 Pedemontana, Thiene, Vicenza

(c) ULSS 1 Dolomiti, Belluno

(d) UO Complessa di Neurologia, Ospedale Civile, ULSS 8 Berica, Arzignano, Vicenza

(e) Azienda ULSS 9 Scaligera, Legnago, Verona

(f) Azienda Ospedaliera, Padova

(g) ULSS 6 Euganea, Cittadella, Padova

(h) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Dipartimento Medico, Unità Operativa Complessa Geriatria, AULS, Dolo, Venezia

(i) Casa di Cura Dott. Pederzoli, Peschiera del Garda, Verona

(j) AULSS 7 Pedemontana, Unità Operativa Cure Primarie, Bassano del Grappa, Vicenza

Introduzione. La Regione Veneto, grazie al Gruppo di Studio Interdisciplinare (GSI), da gennaio 2016 si è dotata di una Cartella Clinica Informatizzata per le Demenze. La Cartella prevede la raccolta di una serie di informazioni, raggruppate in 8 fascicoli (anagrafica; anamnesi; esame clinico; esami di laboratorio/strumentali; valutazione cognitiva/comportamentale; inquadramento diagnostico; prescrizione esami; terapia). Il fascicolo della "valutazione cognitiva/comportamentale" includeva la rilevazione di un limitato numero di misurazioni cognitivo-emotivo-comportamentali, ritenuti dagli psicologi insufficienti per delineare un profilo neuropsicologico.

Metodi. Nel 2013 alcuni psicologi con competenze neuropsicologiche del GSI, ritenendo il *Mini Mental State Examination* insufficiente nella rilevazione del profilo cognitivo, hanno programmato una serie di incontri per individuare un minimal set di test neuropsicologici. Sono stati esaminati tutti i test utilizzati nei diversi servizi e successivamente, al fine di ottenere un profilo neuropsicologico completo, si è deciso di individuare strumenti idonei ad indagare le principali aree cognitive. I test selezionati, dovevano rispondere ad alcuni requisiti (es. proprietà psicometriche, campione normativo italiano). In occasione del congresso annuale del GSI, il fascicolo neuropsicologico è stato presentato a psicologi e medici, ed il lavoro è stato condiviso con molti colleghi psicologi. A settembre 2016, con finanziamento della Regione Veneto e la collaborazione del Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale è stata avviata la realizzazione del fascicolo informatico approfondito della "valutazione cognitiva/comportamentale".

Risultati. La prima versione del fascicolo comprendeva solamente: *Mini Mental State Examination*, *Neuropsychiatric Inventory*, *Activity Daily Living*, *Instrumental Activity Daily Living* e *Geriatric Depression Scale*. Da luglio 2017 nel fascicolo sono stati aggiunti test inerenti memoria a lungo termine, attenzione, funzioni esecutive e abilità prassico-

costruttive. Oltre ai test neuropsicologici sono state aggiunte alcune scale inerenti il livello di: compromissione, consapevolezza di malattia e stress del *caregiver*. L'individuazione di un minimal set di test neuropsicologici ha un duplice scopo: raccogliere informazioni neuropsicologiche inerenti i principali domini cognitivi per ottenere un profilo neuropsicologico capace di contribuire alla formulazione della diagnosi differenziale e non solo di stadiare la malattia; uniformare, per quanto possibile, l'esame dei pazienti afferenti ai diversi ambulatori specialistici del Veneto. Il fascicolo evidenzia il contributo degli psicologi nella diagnosi/presa in carico dei pazienti.

Conclusioni. La Cartella Clinica Elettronica per le Demenze permette di rilevare dati epidemiologici come raccomandato dal Piano Nazionale Demenze. Il fascicolo neuropsicologico consente di intercettare precocemente le demenze, arricchendo il data base con dati inerenti non solo la presenza della Demenza, ma anche dello specifico Disturbo Neurocognitivo e della sua prima manifestazione.

MCI CARDIACO. UNA NUOVA SINDROME COGNITIVA?

Ruggeri Massimiliano (a), Bramucci Francesco (b), Ruzzolini Matteo (c), Apostoli Massimo (d), Gelsomini Anna Maria (d)

(a) *Dipartimento Neuroscienze, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Centro Riabilitazione CAR, Roma*

(b) *Fondazione Santa Lucia, Roma*

(c) *Cardiologia, Ospedale S. G. Calibita Fatebenefratelli, Roma*

(d) *Servizio Riabilitazione Cardiologica, Centro Riabilitazione CAR, Roma*

Introduzione. Gli studi sul rischio di sviluppare demenza dopo Infarto del Miocardio (IMA) o cardiopatia ischemica mostrano risultati negativi. Il *Rotterdam Study* del 1994 concludeva tuttavia che “una malattia aterosclerotica può spiegare un significativo deficit cognitivo nella popolazione”. Pochi studi in letteratura hanno analizzato una relazione causale tra malattia cardiovascolare e declino cognitivo, in assenza di malattia cerebrovascolare. Alcuni mostravano che pazienti con IMA hanno un maggiore rischio di deficit cognitivo, con caute evidenze di una maggior compromissione delle funzioni attentivo-esecutive. Questi risultati rimangono tuttavia inconcludenti sul possibile meccanismo eziopatogenetico. Presentiamo uno studio osservazionale sul profilo cognitivo di un gruppo di pazienti con patologie cardiovascolari.

Metodi. È stata effettuata una valutazione neuropsicologica mediante una scala cognitiva globale (*Addenbrookes Cognitive Examination Revised ACE-R* e *Mini Mental State Evaluation*) in un gruppo di 21 pazienti (19 maschi, 2 femmine; età 52-81) in riabilitazione cardiologica presso il nostro Centro di Riabilitazione. I pazienti erano affetti da patologie cardiovascolari tra cui cardiopatia ischemica, pregresso IMA, cardiomiopatia dilatativa, con anamnesi neurologica negativa. I pazienti non avevano effettuato una Risonanza Magnetica cerebrale, tuttavia l'esame neurologico era negativo. 17 soggetti avevano subito una rivascolarizzazione miocardica mediante uno o più *stent* o *by-pass* aortocoronarici, e 4 erano portatori di *pacemaker*. La terapia farmacologica comprendeva beta-bloccanti, ACE-inibitori, sartanici, calcioantagonisti, anticoagulanti, antidiuretici e ipoglicemizzanti. Il riscontro *post-hoc* di maggiori difficoltà in alcune prove esecutive ci ha suggerito un approfondimento mediante il test della Copia della Figura di Rey ed altri test cognitivi.

Risultati. I punteggi alle scale cognitive globali (MMSE range 27-30/30; ACE-R range 77-99/100) mostravano un'assenza di deterioramento cognitivo in tutti i pazienti. Tuttavia 14 casi presentavano dei deficit nelle prove di organizzazione visuo-spaziale (Figura di Rey: range 15-29/36; *Clock Drawing*: range 1-3/5) e/o nella fluenza verbale.

Conclusioni. Abbiamo riscontrato nel campione 14 su 21 casi (67%) con un lieve MCI disesecutivo, per la presenza di sfumati deficit delle funzioni esecutive. Tali processi cognitivi sottendono l'integrità dei relativi *network* fronto-sottocorticali. La nostra ipotesi è che la terapia farmacologica ipotensiva possa aver determinato una ipoperfusione cerebrale cronica, causando una ipossia subclinica nelle popolazioni neuronali più vulnerabili, tra cui il neostriato, con conseguente disfunzioni del circuito

fronto-talamo-striatale, e inficiando quindi la funzionalità esecutiva. In futuro questa ipotesi dovrebbe essere maggiormente indagata correlandola con adeguate tecniche di *neuroimaging* e di esami della funzionalità cardiaca. Un'eziologia cardiaca dovrebbe essere presa in considerazione nel paziente con *deficit* cognitivo.

SINTOMI NEUROPSICHIATRICI DELLE DEMENZE: IMPATTO DI INVECCHIAMENTO BIOLOGICO, FATTORI AMBIENTALI E TERAPIE ANTICOLINERGICHE

Sabino Michele, Canevelli Marco, Valletta Martina, Quarata Federica, Remiddi Francesca,
Vico Carlo, Bruno Giuseppe
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. I sintomi neuropsichiatrici delle demenze (NPS) sono un gruppo eterogeneo di reazioni psicologiche, sintomi psichiatrici e manifestazioni neurovegetative anomale, che compaiono in almeno l'80% dei pazienti con demenza. I NPS riconoscono una patogenesi multifattoriale e la loro espressività fenotipica è influenzata da multipli determinanti neurobiologici, psicopatologici e ambientali.

Metodi. Presso la Clinica della Memoria del Dipartimento di Neurologia e Psichiatria dell'Università Sapienza di Roma sono stati reclutati consecutivamente pazienti ambulatoriali con diagnosi di demenza. La valutazione neuropsichiatrica è stata effettuata mediante il *Neuropsychiatric Inventory* (NPI). Il *Frailty Index* (FI) è stato adottato per stimare l'invecchiamento biologico. Lo studio dei fattori ambientali ha compreso: attività ricreative, tempo all'aria aperta, piano dell'abitazione, luminosità e rumorosità degli ambienti di vita. Il carico anticolinergico delle terapie farmacologiche è stato misurato attraverso la *Anticholinergic Cognitive Burden* (ACB) Scale.

Risultati. Cento pazienti (età media 79,6 anni; donne 66,0%) sono stati reclutati nello studio. I NPS più frequentemente osservati sono risultati apatia (64,0%), depressione (39,0%) e comportamento motorio aberrante (38,0%). Non è stata osservata una correlazione significativa tra NPI totale e invecchiamento biologico/fragilità. Il punteggio di NPI totale e l'item relativo alla depressione sono risultati inversamente correlati al tempo trascorso all'aria aperta. È stata, invece, osservata una correlazione positiva tra carico anticolinergico e NPI totale e NPS specifici quali allucinazioni, agitazione e irritabilità.

Conclusioni. Alla luce dei nostri risultati, incrementare il tempo trascorso all'aria aperta dei pazienti con demenza e procedere ad un'accurata revisione delle terapie concomitanti potrebbero costituire dei momenti cruciali nell'inquadramento e nella gestione clinica dei NPS. Lo studio di tali sintomi dovrebbe sempre prevedere l'adozione di un approccio multidimensionale che consenta di coglierne la natura multifattoriale e l'eterogeneità clinica.

CENTRO ASSISTENZA DOMICILIARE E PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI-COMPORTAMENTALI

Scala Giovanni (a), Canale Roberto (b), Vaccaro Pietro (c), Sammarchi Catia (c), Brunetti Federica (c), Magro Valerio Massimo (d)

(a) Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(b) CPSE Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(c) CPSI Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(d) Specializzando in Geriatria, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Introduzione. La demenza è una patologia cronica che necessita di un approccio multidisciplinare con fasi di malattia che richiedono interventi diversificati sia sanitari che sociali, il periodo storico attuale è però caratterizzato da una riduzione di risorse economiche a disposizione per la Sanità Pubblica e questo obbliga le Aziende Sanitarie Locali ad una razionalizzazione della spesa sanitaria. È indispensabile conoscere i reali bisogni della popolazione afferente ad un Servizio Territoriale, per garantire elevati standard assistenziali, migliorare la continuità della presa in carico, fornire risposte appropriate sul piano assistenziale dall'ospedale al territorio, e contestualmente limitare gli sprechi.

Metodi. Sono stati analizzati i dati riguardanti le prese in carico nel 2104 dei pazienti con età maggiore di 65 anni nel Centro Assistenza Domiciliare (CAD) D9, tutti i pazienti sono stati divisi in gruppi secondo il genere e la diagnosi principale (ICD-9-CM) e valutati in base alla coesistenza di disturbi cognitivi e/o comportamentali moderati/gravi.

Risultati. Le prese in carico nel 2014 sono state 543 (su un totale di 1.535 pazienti assistiti, alcuni solo con interventi prestazionali). Il gruppo più numeroso è quello dei pazienti con patologie cardiovascolari (175), seguito dai traumatismi (98), patologie del sistema nervoso (67), patologie tumorali (57), patologie del tessuto osteomuscolare e connettivo (30), patologie endocrine (29), patologie respiratorie (26), disturbi mentali (25), patologie genito-urinario (13), gastro-intestinali (4), infettive (3). Il gruppo "altro", con una miscelanea di segni e sintomi, ha 16 pazienti. Su 543 pazienti, 186 (34%) hanno disturbi psico-comportamentali e cognitivi moderati/gravi.

Conclusioni. La letteratura scientifica evidenzia gli effetti positivi di un approccio di gestione integrata della malattia in termini di salute, qualità della vita, organizzazione e costi. Alla luce dei dati analizzati e considerando la presenza di disturbi cognitivi/comportamentali moderati/gravi in un terzo dei pazienti, non solo in quelli con patologia psichiatrica in diagnosi principale, si può affermare che, per garantire una reale risposta ai bisogni della popolazione, devono far parte dell'organico del CAD oltre al cardiologo, all'ortopedico/fisiatra, all'internista/diabetologo, all'oncologo, all'urologo, e al broncopneumologo, anche il geriatra/neurologo. È indispensabile quindi una rivalutazione delle risorse professionali ed un'implementazione con tale specialista anche ai fini di un ottimale Percorso Demenze Ospedale Territorio.

CONSENSO, NUTRIZIONE E DEMENZA TERMINALE

Scala Giovanni (a), Canale Roberto (b), Vaccaro Pietro (c), Sammarchi Catia (c), Brunetti Federica (c), Magro Valerio Massimo (d)

(a) Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(b) CPSE Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(c) CPSI Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(d) Specializzando in Geriatria, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Introduzione. La disfagia è presente nella storia naturale delle Demenza, ma non sempre il soggetto viene informato quando compaiono i primi sintomi o sui possibili futuri sviluppi, in particolare raramente viene posto al paziente il problema della possibilità di iniziare in futuro la nutrizione artificiale, anche per paura di aumentare lo stato di ansia e di depressione. La scelta di intraprenderla, sia da parte del medico che del paziente o dei familiari nel caso di un soggetto non più competente, non è facile.

Metodi. La NIA (Nutrizione e Idratazione Artificiale) rappresenta un'evenienza nei soggetti affetti da demenza, esistono però opinioni controverse se iniziarla nella fase avanzata della malattia, quando le condizioni sono gravemente compromesse. Il beneficio in tali pazienti non è chiaro, anche perchè per motivi etici, non sono stati mai eseguiti studi che abbiano messo a confronto la sopravvivenza dei pazienti con demenza in fase avanzata e difficoltà all'alimentazione ai quali sia stata posizionata una NIA rispetto a coloro ai quali non è stata posizionata, unico vantaggio si ha per l'idratazione e la somministrazione dei farmaci.

Risultati. La demenza non rappresenta di per sé condizione di sofferenza, anche se può essere associata allo sviluppo di complicazioni causa di patimento (ulcere da decubito, anchilosi, ipocinesia, polmoniti). Per tali ragioni per il demente in fase avanzata, che non dovrebbe avere la capacità di vivere la sofferenza esistenziale per aver perso la capacità cognitiva, il prolungamento della vita potrebbe però equivalere ad un prolungamento della afflizione e quindi sarebbero inappropriate metodiche di sostegno vitale. Inoltre per evitare che il soggetto si strappi il tubo di alimentazione potrebbero essere necessarie misure di contenzione causa ulteriore di tribolazione. La decisione di iniziare una NIA nella maggioranza dei casi viene lasciata ai parenti/ *caregiver*, senza che i pazienti in anticipo siano stati coinvolti direttamente in questa decisione terapeutica, la scelta dei familiari può essere dettata dal valore da loro dato alla vita.

Conclusioni. Il medico deve informare obiettivamente sui possibili risultati della NIA in questa fase della malattia, senza influenzare col proprio pensiero la decisione di coloro che si prendono cura dell'ammalato o scaricare su di loro le proprie incertezze. Se le condizioni cliniche del paziente con disfagia sono severe non vi sono ragioni cliniche per iniziare una nutrizione artificiale, con nessun beneficio in termini di sopravvivenza, possibilità di prolungamento della sofferenza, con unico vantaggio sulla somministrazione di liquidi e farmaci. D'altra parte se le condizioni organiche del paziente sono discrete la NIA è sicuramente accettabile in quanto può prolungare la vita, prevenire alcune complicanze della demenza terminale, ed anche ridurre la sofferenza del soggetto.

CANNABINOIDI E ALZHEIMER

Scala Giovanni (a), Magro Valerio Massimo (b)

(a) Centro Assistenza Domiciliare Distretto 7, ASL Roma 2, Roma

(b) Specializzando in Geriatria, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD), oltre ad essere caratterizzata da una degenerazione delle cellule neuronali, è stato visto anche essere associata a neuroinfiammazione, eccitotossicità e stress ossidativo. Negli ultimi anni la propensione dei cannabinoidi ad esercitare un'influenza di tipo neuroprotettivo ha ricevuto notevole interesse da parte dei ricercatori come potenziale mezzo per mitigare i sintomi dati dalle condizioni neurodegenerative di questa patologia.

Metodi. Abbiamo operato una ricerca su PubMed per osservare i dati più recenti presenti in Letteratura. Abbiamo quindi impostato la ricerca digitando i termini *Cannabinoids AND Alzheimer*, selezionando i lavori scientifici degli ultimi cinque anni e opzionando i *free full text* per l'analisi.

Risultati. Abbiamo selezionato 20 lavori scientifici, tutti pubblicati su riviste indexate e ad alto *impact factor*. Tutti gli articoli descrivono lo stress ossidativo, la neuroinfiammazione e la apoptosi sono eventi che sono stimolati dalla beta-amiloide e che il sistema degli endocannabinoidi può contribuire a determinare una regolazione in minus. Interessanti, tra le numerose osservazioni, appaiono il ruolo del tetraidrocannabinolo (THC) nel determinismo dell'aumento della disponibilità della acetilcolina e nel ridurre amiloidogenesi stessa, così come quello del recettore CB2 nel modulare la neuroinfiammazione e stimolare la neuro-genesi. La maggior parte degli articoli illustrano comunque dati ottenuti in vitro (colture; preparati istologici; campioni ematici; immunocitochimica) o su cavie animali (murine e non), con pochi studi condotti su pazienti patologici (THC; dronabinolo; Sativex; agonisti del CB2-R), con un basso numero di pazienti reclutati e risultati deludenti o comunque discordanti.

Conclusioni. La conoscenza del ruolo svolto dai cannabinoidi, la manipolazione dei pathways del sistema cannabinoide e l'utilizzo di molecole aventi come target recettori per gli stessi potrebbe offrire un nuovo e innovativo approccio di tipo farmacologico per il trattamento della AD, forse anche maggiormente efficace rispetto ai regimi di trattamento correnti. Ad oggi tali trattamenti però non sono ancora effettuabili per l'assenza di dati interpretabili in maniera uniforme, di modelli sperimentali riproducibili sull'uomo, e di *trials* randomizzati controllati su pazienti numerosi e con risultati significativi e convincenti. Pertanto benché esistano evidenze sul ruolo del sistema cannabinoide nel modulare la neurodegenerazione, questo approccio terapeutico non può essere consigliato, rimanendo ancora oggetto di speculazione scientifica e di ulteriori studi.

CORRELAZIONE TRA LIVELLI PLASMATICI DI OMOCISTEINA, RELATIVI COFATTORI DEL METABOLISMO E VOLUME IPOCAMPALE IN SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER

Servello Adriana (a), Ettore Evaristo (b)

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

(b) *Dipartimento di Malattie Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. La demenza di Alzheimer (AD) è caratterizzata dall'instaurarsi di uno specifico processo di neurodegenerazione che porta allo svilupparsi di una condizione di atrofia cerebrale. Nelle fasi iniziali il processo atrofico riguarda principalmente l'ippocampo, struttura cerebrale inserita nel circuito di Papez della memoria e che svolge una funzione fondamentale nel registrare e nell'immagazzinare le tracce mnemoniche. Numerosi studi hanno posto l'attenzione sul ruolo trofico e neuroprotettivo svolto da adeguate concentrazioni ematiche di alcuni componenti quali vitamina B12, folati ed omocisteina. Lo studio si propone di valutare la presenza di una eventuale correlazione tra ridotti volumi ippocampali ed alterate concentrazioni ematiche di omocisteina e dei relativi cofattori del metabolismo (folati e vitamina B12) nel sangue periferico di pazienti affetti da AD e con basso *burden* vascolare.

Metodi. Sono stati esaminati 18 pazienti con età media di 73 anni, suddivisi in due gruppi di 9 pazienti ciascuno (AD e nonAD). Per ogni paziente si è proceduto al dosaggio nel sangue periferico di omocisteina, cisteina, folati e vitamina B 12. Il Burden vascolare è stato studiato in base alla scala elaborata da Y.M. Choe e i suoi collaboratori nel 2014 che valutano sei fattori per definire il rischio cerebrovascolare. La misurazione del volume ippocampale è stata eseguita tramite studio di Risonanza Magnetica 1,5 T.

Risultati. Il gruppo AD ha presentato valori più elevati di omocisteina (66% dei soggetti analizzati, tutti risultati affetti da atrofia ippocampale). Nel gruppo nonAD è stato possibile evidenziare iperomocisteinemia nel 44,4% dei pazienti, di questi l'11% mostrava anche atrofia ippocampale. Sono risultate statisticamente significative le differenze tra gruppo AD e nonAD per quanto riguardava: MMSE (rispettivamente 12,82 vs 28,67, $p=0$); Volume ippocampale (rispettivamente 2,41 mm³ vs 4,8 mm³, $p= 0,0061$); folati (rispettivamente 8,57 ng/ml vs 9,72 ng/ml, $p= 0,003$) mentre i valori di Vitamina B12 sono risultati essere nelle norme in entrambi i gruppi analizzati.

Conclusioni. Emerge una differenza statisticamente significativa tra i volumi ippocampali dei pazienti affetti da demenza di Alzheimer ed il gruppo di controllo, in accordo con quanto ormai consolidato dalla letteratura scientifica. Si evidenzia inoltre una significativa differenza tra i due gruppi nei livelli di folati la cui ridotta concentrazione si associa all'atrofia ippocampale. Nei pazienti affetti da AD associato a marcata atrofia dell'ippocampo si repertano, inoltre, più elevate concentrazioni di omocisteina ematica. I

dati ottenuti suggeriscono come le alterazioni del metabolismo dell'omocisteina e le modifiche dei livelli nel sangue possano avere un ruolo nel processo neurodegenerativo che conduce alla manifestazione clinica della patologia.

IN RSA È POSSIBILE OTTIMIZZARE LA PRESA IN CARICO FISIOTERAPICA DEI PAZIENTI CON DEMENZA E ALTRE COMORBILITÀ GARANTENDO INTERVENTI PERSONALIZZATI?

Silvaroli Maria, Pavino Valentina, Mazzocchi Ciro
Residenza Sanitaria Assistita San Michele Hospital, Aprilia, Latina

Introduzione. Il trattamento fisioterapico previsto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) non è adeguato alle reali necessità dei pazienti con demenza e altre comorbilità. Ogni fisioterapista seguendo il proprio metodo impiega tempi e prassi diverse per la valutazione dei pazienti. Presso RSA San Michele Hospital di Aprilia è in atto lo studio di un approccio multidisciplinare di presa in carico fisioterapica per i pazienti con demenza e altre comorbilità in collaborazione con il responsabile medico, il fisioterapista e lo psicologo esperto in neuropsicologia. Scopo di questo lavoro è mostrare il metodo adottato per garantire interventi personalizzati ai pazienti e ottimizzare il lavoro dei fisioterapisti nella prima fase della presa in carico: la valutazione.

Metodi. Stimando la prevalenza delle patologie presenti nella popolazione di pazienti in carico si è proceduto alla loro classificazione in 6 categorie: Post-Stroke, Demenze, Parkinsonismi, Patologie Ortopediche, Patologie Psichiatriche ed Altre Condizioni. L'equipe multidisciplinare ha individuato per ognuna delle 6 categorie diagnostiche le scale validate, tra quelle presenti in letteratura, adatte alla valutazione dei pazienti in ingresso e al loro monitoraggio. Ora all'arrivo del paziente il responsabile medico, in base all'anamnesi patologica, assegna la categoria diagnostica e la riporta sull'apposita Scheda Riabilitativa, consultabile mediante sistema informatico interno, da tutta l'equipe. Il fisioterapista procede autonomamente all'esame obiettivo utilizzando solo le scale appositamente scelte per la categoria diagnostica in oggetto, inserendo i risultati della valutazione e gli obiettivi di intervento nella Scheda. Nel contempo lo psicologo esegue la valutazione cognitiva ed emotivo-comportamentale attraverso la somministrazione di una batteria di test validati. Tutti i dati vengono riportati sulla stessa Scheda. L'equipe si riunisce settimanalmente e discute eventi ordinari: monitoraggio bimestrale dei pazienti; eventi straordinari: criticità riscontrate nel portare a termine gli obiettivi di intervento prefissati.

Risultati. Codificando la batteria di test in base alle 6 categorie, il fisioterapista effettua la prima valutazione del paziente entro 2 giorni dall'ingresso, avendo a disposizione tali dati direttamente nella Scheda. Tale approccio permette la standardizzazione della prassi di valutazione di tutti i fisioterapisti e il monitoraggio di tutti i pazienti in trattamento.

Conclusioni. Questo approccio ottimizza i momenti di intervizione tra i fisioterapisti e i diversi professionisti coinvolti nella gestione integrata dei pazienti. Il lavoro dello psicologo guida la relazione e le modalità di intervento sui pazienti con

demenza. Ciò consente di adeguare l'intervento fisioterapico all'andamento patologico del paziente garantendo sempre interventi personalizzati. In futuro a partire da tale approccio si potranno proporre anche protocolli di trattamento per la fisioterapia in RSA.

PROFILO DEL LIVELLO DI SUMO E DI SUMOILAZIONE NEL CERVELLO E NEL PLASMA DEI TOPI ANZIANI

Sufian Shah, Ficulle Elena, Corbo Massimo, Feligioni Marco
Laboratory of Neurobiology in Translational Medicine, Casa di Cura del Policlinico, Milano

La SUMOilazione (*Small Ubiquitin-like Modifier*) è considerata un'importante modifica post-traduzionale (PTM) che avviene attraverso la modifica covalente delle proteine bersaglio. Uno sbilanciamento dell'equilibrio SUMO/deSUMOylation potrebbe essere fondamentale per lo sviluppo di molte malattie neurodegenerative. Abbiamo effettuato uno studio osservazionale misurando le variazioni dei livelli di espressione di SUMO e SUMOilazione di lisati corticali, sinaptosomi e plasma di topi C57BL/6 WT durante il loro invecchiamento. Ci siamo concentrati principalmente su quattro diverse età (2, 6, 10 e 18 mesi). I nostri risultati mostrano che la SUMO-1ilazione aumenta progressivamente nei sinaptosomi fino a 18 mesi, mentre SUMO-2/3ilazione raggiunge un picco già a 6 mesi per poi diminuire gradualmente. Questa differenza di espressione tra le isoforme di SUMO potrebbe essere correlata al livello di espressione delle loro proteine bersaglio. Tuttavia, nei lisati cerebrali totali sembra che la coniugazione sia di SUMO-1 che di SUMO-2/3 aumenti a 6 mesi per poi diminuire con un andamento a campana. La dissimilarità nell'espressione di SUMO-1ilazione tra lisato e sinaptosomi può dipendere dalla diversa localizzazione dei loro target. Per un'analisi più completa, abbiamo considerato il livello di SUMO-1ilazione anche nel plasma dei topi notando che risulta essere aumentato a 6 mesi seguito poi da una diminuzione mentre la SUMO-2/3ilazione aumentata fino a 10 mesi mantenendo poi un *plateau*. Abbiamo anche valutato il livello di espressione degli enzimi SUMO correlati come Ubc9, SENP1 e anche della proteina p53, identificato anch'esso come target di SUMO. Si è scoperto che sia l'espressione di Ubc9 che di Senp1 è aumentata significativamente durante i mesi sia nei lisati che nei sinaptosomi. Nel plasma, invece, l'espressione di Ubc9, dopo un aumento progressivo, diminuisce dai 18 mesi in poi mentre invece Senp1 non è stato individuato. È interessante notare come i livelli di espressione di queste proteine correlino con l'aumento di p53 durante l'invecchiamento nei lisati. I dati presentati nel nostro studio nell'invecchiamento potrebbero essere di grande importanza durante la considerazione della SUMOilazione come obiettivo farmacologico e, per quanto ne sappiamo, questa è il primo report in cui si studia la SUMOilazione nel plasma.

GESTIONE DELLA DEMENZA IN DUE STRUTTURE RIABILITATIVE. ESPERIENZE PRESSO LA COSER DI FORCE E PRESSO A RESIDENZA PROTETTA DI COMUNANZA

Talamonti Rea Simona (a), Giaccio Patrizia (a), Iachini Maria Grazia (a), Iachini Simone (a), Satulli Maria Cristina (a), Passalacqua Alessandro (a), Mazzaroni Caterina (a), Di Gennaro Marco (a), Moretti Anna (a), Diciotto Giulia (b), Valentini Valeria (b), Addis Anna Rita (b), Guidotti Riccardo (b), Testa Vanessa (b), Baldassarri Cadia (b), Roussakova Marina (b), Gianni Danilo (b), Canala Stefano (b), De Luna Isabella (b), Petrini Veronica (b), Damiani Tiberio (c)

(a) *Comunità Socio Educativa Riabilitativa, Force, Ascoli Piceno*

(b) *Residenza Protetta Don Rino Vallorani, Comunanza, Ascoli Piceno*

(c) *Dipartimento di Salute Mentale, Asur Marche, Area Vasta 5, Ascoli Piceno*

Introduzione. La Comunità socio educativa riabilitativa (Coser) di Force dal 2011 e la Residenza Protetta di Comunanza dal 2016 ospitano sia pazienti del Dipartimento di Salute Mentale sia pazienti con demenza, rispettivamente 1 demente su 12 ospiti, e una su 20.

Metodo. Il programma residenziale delle due strutture permette una convivenza adeguata e congrua per la vita e la salute degli ospiti, oltre la “competenza” di diversi servizi (Dipartimento salute mentale, Umea) con beneficio oggettivo dei pazienti, degli operatori e della cittadinanza.

Risultati. A seguito degli eventi sismici del 2016 gli ospiti della Coser sono stati per tre settimane ospiti della palestra comunale insieme con gli altri cittadini sfollati, mentre sono stati ammessi nella Residenza Protetta di Comunanza 4 pazienti dementi che avevano perso la casa, in un programma di supporto sociale e sanitario concordato tra Ambito territoriale sociale 24 e distretto sanitario. Il gruppo di ospiti accoglie le “nonne” terremotate. I familiari si alternano nella Residenza Protetta per le necessità di accudimento. Entrambe le esperienze non si sono accompagnate ad episodi di incongruenza psichiatrica e hanno segnato una tappa di solidarietà tra ospiti e cittadinanza. La gestione dei pazienti dementi (età media oltre 70 anni), applicando i criteri dell’Indice di Complessità Assistenziale, mostra questo dato: “Preparare/fornire cibi appropriati in temperatura/consistenza/quantità” 100%; “Fornire ausili per l’eliminazione” 100%; “Aiuto nella vestizione” 100%; “Trasferimento dalla sedia a letto” 100%; “Rifacimento letto/unità malato” 100%; “Controllo dei parametri vitali” 100%; “Educazione sanitaria” 100%; “Accertamento infermieristico” 100%; “Gestione della terapia 100% dei dispositivi intravascolari nessuno”; “Esecuzione di esami strumentali” 100%. Applicando gli stessi criteri dell’Indice di Complessità Assistenziale, ai pazienti del DSM presenti nelle due strutture (età media 55-60 anni) abbiamo questo dato: “Preparare/fornire cibi appropriati in temperatura/consistenza/quantità” 30%; “Fornire ausili per l’eliminazione” 20%; “Aiuto nella vestizione” 10%; “Trasferimento dalla sedia a letto” 3%; “Rifacimento letto/unità malato” 60%; “Controllo dei parametri vitali”

100%; “Educazione sanitaria” 100%; “Accertamento infermieristico” 100%; “Gestione della terapia” 100%; “Esecuzione di esami strumentali” 100%

Conclusioni. L’esperienza mostra come la integrazione dei servizi sociali e sanitari possa far fronte alla assistenza residenziale per la demenza, in emergenza e in fase ordinaria. È una gestione complessa e continuativa, che a seguito del sisma ha perso – temporaneamente si auspica – il supporto dell’Ospedale di Amandola, tanto che le emergenze sono gestite presso l’ospedale di Ascoli Piceno. Ultimo punto, la Residenza Protetta di Comunanza è stata uno dei primi investimenti nella zona terremotata, e con il gruppo di lavoro della struttura di Force, sono due possibilità per una occupazione specializzata del territorio.

INNOVAZIONE NELLE PRATICHE DI CURA AGLI ESORDI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: IL SERVIZIO MULTISPECIALISTICO DOMICILIARE

Tatulli Emanuela, Cozzari Maria, De Vanna Floriana
Centro Diurno Gocce di Memoria, Anthropos Soc. Coop. Sociale Giovinazzo, Bari

Introduzione. Il Servizio Multispecialistico Domiciliare promosso dall'Anthropos, Società Cooperativa Sociale di Giovinazzo (BA), si configura come un nuovo modo di approcciarsi alla malattia di Alzheimer agli esordi. Esso prevede un approccio con il paziente fondato sul concetto di invisibilità, in cui ogni operatore agisce come “figura sfondo” rispettando volontà e tempi soggettivi di ogni persona. L’obiettivo è rappresentato dal tentativo di fornire risposte domiciliari “multispecialistiche”, “tempestive” e “personalizzate” ad ogni bisogno. Ogni programma di intervento è costruito ad personam, strutturato in funzione delle risorse soggettive possedute. L’intervento si rivolge a persone affette da Disturbo Neurocognitivo (DNC) lieve dovuto a malattia di Alzheimer (DSM V). Tale disturbo si caratterizza principalmente da un declino cognitivo rispetto ad un precedente livello di funzionamento in uno o più domini cognitivi. Tale declino non interferisce con le attività di vita quotidiana, svolte con maggiore difficoltà e/o lentezza.

Metodo. La metodologia di lavoro è strutturata in fasi diversificate ma tra loro complementari. Essa prevede: la conoscenza approfondita di ogni persona (lavoro, hobby, relazioni, ecc.); un mirato approfondimento neurologico e psico-diagnostico; l’elaborazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), strutturato in funzione delle risorse e delle potenzialità possedute; l’attuazione a domicilio e nei principali contesti di vita della persona dello specifico protocollo di intervento (il quale prevede anche l'utilizzo di tecnologie innovative) e il monitoraggio costante dell’andamento del programma personalizzato con verifica dei risultati. Il Servizio Multispecialistico Domiciliare prevede il coinvolgimento strategico di un’intera équipe multiprofessionale altamente specializzata e selezionata. Al suo interno, ogni membro dello staff opera secondo le proprie competenze seguendo accurate linee guida contenenti nel piano operativo.

Risultati. I primi risultati possono considerarsi significativi ed incoraggianti sul fronte terapeutico. Tra questi particolare attenzione meritano la possibilità di continuare a vivere dignitosamente la propria quotidianità (ad esempio mantenendo attivi ruoli sociali e familiari), il potenziamento delle risorse possedute (come la possibilità di continuare a frequentare luoghi e attività preferiti) e l’incremento della percezione di benessere e serenità sia del paziente stesso che dell’intero nucleo familiare.

Conclusioni. Il Servizio Multispecialistico Domiciliare è pensato come un intervento innovativo, attraverso cui rispondere concretamente al crescente fabbisogno della popolazione affetta da DNC. Riconoscendo sin da subito, le difficoltà che possono presentarsi negli usuali contesti di vita di ogni persona, tale servizio fornisce risposte contestualizzate e personalizzate ad ogni bisogno.

CAREGIVER BURDEN: METODO DI VALUTAZIONE NELLA MEMORY CLINIC DI BOLZANO

Valzolgher Laura, Ebner Franziska, Lubian Francesca, Galantini Petra, March Albert
Memory Clinic, Bolzano

Introduzione. Il *caregiver burden* esprime il carico psicologico, fisico, sociale e finanziario del *caregiving*. Scopo del presente lavoro é quello di descrivere il fenomeno del *Caregiver Burden* nei familiari di persone affette da decadimento cognitivo utilizzando il BSFC (*Burden for Family Caregivers*) strumento validato sia per la popolazione di lingua italiana che tedesca e di individuare possibili predittori di *Caregiver Burden*.

Metodi. L'indagine riguarda un campione di 90 soggetti afferiti alla *Memory Clinic* nel III trimestre del 2016 per la prima valutazione cognitiva e 90 rispettivi *caregivers* informali che durante la valutazione dei loro famigliari hanno risposto al questionario BSFC. Sono state escluse le assistenti private per meglio comprendere il carico assistenziale delle famiglie. Dei soggetti inviati alla *Memory Clinic* per sospetto decadimento cognitivo sono stati presi in considerazione i seguenti parametri: età, sesso, MMSE, BADL, IADL, *Comorbidity Index Rating Scale* (CIRS), diagnosi finale, presenza o assenza di alterazioni comportamentali. Nel gruppo dei *caregivers* sono state analizzate le seguenti caratteristiche: sesso, BSFC, classificazione dei *caregivers* secondo grado di parentela. I dati raccolti sono stati analizzati con il programma SPSS versione 19.

Risultati. I 90 soggetti in studio avevano un'età media di 80,81 anni \pm 5,75 anni. Questo gruppo era composto da 53 donne (58,9%, età media di 81,19 \pm 6,31 anni) e da 37 uomini (41,1%, età media di 80,27 \pm 4,88 anni). I 90 *caregivers* informali erano 61 donne (67,8%) e 29 uomini (32,2%). Il campione dei *caregivers* ha ottenuto un punteggio medio di 26,68 \pm 14,73 punti al questionario BSFC. Il 71,1% (64) dei *caregivers* é risultato non avere *burden* (=necessità di supporto nessuno-minimo, rischio di disturbi somatici non elevato), mentre il 13,3% (N=12) ha presentato un *burden* di grado moderato (=necessità di supporto di grado medio, rischio di disturbi somatici elevato) ed il 15,6% (N=14) ha presentato un *burden* di grado elevato (=necessità di supporto forte- molto forte, rischio di disturbi somatici fortemente elevato). Il sesso del *caregiver* più frequentemente riscontrato è quello femminile. La percentuale dei "caregiver figlie" era nettamente superiore a quella delle mogli. La presenza di alterazioni comportamentali ($p<0,001$), il livello di autonomia rilevato tramite le scale delle BADL e IADL ($p<0,001$), l'indice CIRS di comorbidità ($p<0,023$) e quello di severità ($p<0,032$) ed il disturbo neurocognitivo lieve ($p=0,003$) sono risultati, dalla nostra analisi, predittori di *caregiver burden*.

Conclusioni. Una valutazione globale e strutturata, non solo del paziente con decadimento cognitivo, ma anche del suo *caregiver* può portare a una identificazione precoce del disagio psicologico del *caregiver* stesso per supportare i compiti e le responsabilità legate all'assistenza, migliorando anche il benessere psicologico di "colui che si prende cura" e la sua relazione con il paziente.

📄 VULNERABILITÀ AMBIENTALE NEI DISTURBI COGNITIVI: STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE

Vico Carlo (a), Canevelli Marco (b), Zaccaria Valerio (b), Cesari Matteo (c), Bruno Giuseppe (b)

(a) *Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Dipartimento Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma*

(c) *Gérontopôle, Université de Tolosa, III Paul Sabatier, Tolosa, Francia*

Introduzione. L'invecchiamento della popolazione è il principale e più evidente processo sociodemografico in atto a livello globale. La complessità della persona anziana e delle patologie età-correlate richiede un sostanziale adeguamento dell'approccio medico nonché delle politiche sanitarie. In questo scenario l'OMS ha proposto un nuovo *framework* per ridefinire gli obiettivi e le modalità di intervento della sanità pubblica nei confronti dell'invecchiamento. L'applicazione di questo nuovo modello, incentrato essenzialmente sull'interazione tra capacità intrinseca della persona e ambiente, potrebbe apportare un netto miglioramento negli standard di assistenza e cura delle persone con demenza e disturbi cognitivi. Lo studio è finalizzato a: sviluppare uno strumento per misurare oggettivamente la vulnerabilità ambientale e sociale della persona; esplorare la correlazione tra questa e la fragilità biologica individuale; investigare la correlazione tra vulnerabilità ambientale e variabili cliniche sociodemografiche di soggetti con disturbi cognitivi.

Metodi. Nello studio sono stati reclutati consecutivamente soggetti con un disturbo cognitivo di qualsiasi natura e severità afferenti presso la nostra Clinica della Memoria. La vulnerabilità ambientale è stata valutata e misurata attraverso l'*Environmental Vulnerability Index* (EVI), uno strumento disegnato *ad hoc* e sviluppato sul modello matematico dell'accumulo dei *deficit*". La fragilità/invecchiamento biologico individuali sono stati misurati mediante il *Frailty Index* (FI) mentre la *performance* cognitiva globale attraverso il *Mini Mental State Examination* (MMSE). La direzione e la forza delle correlazioni tra EVI, FI, e altre variabili cliniche e sociodemografiche sono state poi analizzate attraverso le correlazioni di Spearman.

Risultati. Nello studio sono stati reclutati 60 soggetti (donne 56,7%) con disturbi cognitivi. I punteggi di EVI sono risultati significativamente correlati ai punteggi di FI ($r=0,256$; $p<0,05$). Vale a dire, all'aumentare dei punteggi di EVI si assisteva a un incremento dei punteggi di FI e viceversa. È stata inoltre osservata una correlazione inversa tra EVI e MMSE ($r=-0,284$; $p<0,05$).

Conclusioni. Il presente studio, che costituisce, a nostra conoscenza, il primo tentativo di sviluppare e implementare una valutazione oggettiva, esaustiva e aritmetica della vulnerabilità ambientale individuale, ha riscontrato come ambiente, biologia e funzionamento della persona siano elementi che interagiscono e possono mutuamente influenzarsi. Alla luce del *framework* dell'OMS, tale lavoro ha ribadito come

nell'approccio ai disturbi cognitivi non vada trascurato il potenziale di strategie di intervento ambientale.

INTERVENTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA PER PAZIENTI AFFETTI DA FTD VARIANTE COMPORTAMENTALE APATICA: DATI PRELIMINARI INTRODUZIONE

Zucchella Chiara (a), Sala Francesca (b), Di Vieste Rosanna (a), Monaco Salvatore (a),
Cavallaro Tiziana (a)

(d) *Neurologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona*

(e) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale CDCD e Ambulatorio Disturbi del
Movimento, ULSS 9 Scaligera, Verona*

Introduzione. La Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST) proposta da Spector (2003) rappresenta uno dei trattamenti psicosociali validati e strutturati di stimolazione delle funzioni cognitive, rivolta a soggetti con demenza in fase lieve-moderata. Studi randomizzati controllati hanno confermato l'efficacia della CST nei pazienti con Demenza di Alzheimer, mostrando miglioramento del funzionamento cognitivo e della qualità di vita ed una riduzione dei disturbi comportamentali. Obiettivo dello studio è stato quello di verificare la fattibilità e l'efficacia dell'intervento di CST in pazienti affetti da Demenza Fronto-Temporale variante comportamentale apatica (bv-FTD) associato ad un sostegno psicoeducazionale ai *caregiver*.

Metodi. Lo studio ha arruolato coppie di pazienti affetti da bv-FTD variante apatica con i rispettivi *caregiver*. Criteri di inclusione per i pazienti erano: *Clinical Dementia Rating* (CDR) = 1; *Mini Mental State Examination* (MMSE) $\geq 25/30$; *Starkstein Apathy Scale* > 14 . L'intervento di CST è stato strutturato in 14 sessioni di gruppo della durata di 45 minuti, a cadenza bisettimanale. I *caregiver* hanno effettuato 7 sessioni settimanali di psicoeducazione della durata di 45 minuti. Tutti i pazienti hanno effettuato una valutazione neuropsicologica, comprensiva di scale per la valutazione dell'umore e dell'apatia; i *caregiver* hanno compilato scale che valutavano l'umore ed in carico percepito legato all'assistenza. Tutti i partecipanti sono stati valutati all'ingresso nello studio (T_0) ed alla conclusione dell'intervento (T_1).

Risultati. Nello studio sono stati inclusi 5 pazienti (3 maschi/2 femmine, età media $66,6 \pm 2,9$) con i rispettivi *caregiver*. A T_1 si è osservata una stabilità dei punteggi ai test cognitivi rispetto a T_0 , mentre si è evidenziata una riduzione statisticamente significativa dei punteggi alle scale comportamentali che indagavano la presenza di apatia (*Starkstein Apathy Scale* $p=0,04$ e *Apathy Evaluation Scale* $p=0,04$); la riduzione dei punteggi alla *Geriatric Depression Scale* è risultata invece non statisticamente significativa. Per quanto riguarda i *caregiver* l'analisi intragruppo ha evidenziato una riduzione statisticamente significativa dello stress percepito relativamente ai disturbi comportamentali dell'ammalato (NPI $p=0,04$) e del carico legato all'assistenza (CBI $p=0,04$).

Conclusioni. L'intervento di CST ha prodotto specifici effetti positivi sui disturbi comportamentali dei pazienti affetti da FTD, riducendone significativamente l'apatia. L'associazione con un intervento psicoeducazionale rivolto ai *caregiver* ha dimostrato di favorire l'adattamento dei familiari e la riduzione dello stress legato all'assistenza. Tali risultati, sebbene preliminari indicano nella CST un potenziale strumento terapeutico efficace nei pazienti affetti da FTD con importante apatia.

INDICE DEGLI AUTORI

Abrahams Sharon	86	Canala Stefano	104
Addis Anna Rita	104	Canale Roberto	96; 97
Albanese Paolo.....	47	Caneparo Stefania	9
Albano Giancarlo	69; 70	Canevelli Marco.....	3; 37; 49; 65; 90; 95; 108
Alimonti Alessandro.....	12	Cangini Nausica	81
Alunni Silvia	44	Cantoro Antonio	80
Amati Dario.....	9	Canu Nadia	64
Ambrosi Orfeo	17	Carafelli Antonella.....	10
Amici Serena.....	44	Cardarelli Maria	81
Andreoni Laura	58	Carelli Laura.....	86
Antonini Rita.....	17	Carletti Chiara.....	57; 79
Apostoli Massimo	93	Carnevali Cristiano.....	25; 50
Ascari Stefania	21	Carpinelli Mazzi Michele.....	69; 70
Aufiero Daiana	50; 53	Carrozzi Giuliano.....	19
Bacigalupo Ilaria	3; 29; 49; 65; 84	Casatta Lucia.....	82
Bagoj Eriola	4	Caso Francesca	60
Baldassarri Cadia	104	Catarci Teresa	11
Basso Cristina	35	Cavallaro Tiziana.....	110
Belardi Roberta	81	Cazzari Elena	22
Benedetti Maura	81	Cecchetti Giordano.....	60
Benella Vera	17	Cerasari Giuseppe	12
Benini Lucia	82	Cerulli Antonella.....	81
Bernacchia Emanuela	45	Cesari Matteo	37; 90; 108
Bertozzi Nicoletta.....	19	Cesarini Simonetta	17
Bianchi Valentina.....	14	Cester Alberto	47
Bianchini Filippo.....	44	Chattat Rabih	44; 45
Bisogno Alfredo	5	Chiodini Michaela.....	17
Blandi Andrea	13	Chirchiglia Saverio	58
Bologna Fabiola	6	Cimbelli Paola.....	13
Bossù Paola	14	Cipollini Virgilia	14
Braggion Gabriella	9	Clementi Carlo	12
Bramucci Francesco	93	Coda Zabetta Maria Grazia	9
Brea Francesca	22	Codeluppi Paola Loretta	82
Bresciani Simona	7	Colica Carmela	16
Brignoli Ovidio	82	Collobbiano Anna	9
Brunetti Federica.....	96; 97	Comi Giancarlo	60
Bruni Valentina	8	Conestabile della Staffa Manuela.....	17
Bruno Giuseppe.....	90; 95; 108	Confaloni Annamaria.....	84
Busonera Flavio	47	Contena Bastianina	31
Caligiuri Francesco	32	Contoli Benedetta.....	19
Campostrini Stefano.....	19	Corbo Massimo.....	84; 103
Camuri Chiara	25; 50		

Corrado Irina	81	Faini Andrea	86
Corsi Fabio Massimo	12	Falaschi Paolo	32
Cosmo Chiara.....	35	Falautano Monica	60
Costa Manuela.....	21	Farina Simona	75
Cozzari Maria.....	106	Fatehmoghadam Pirous.....	19
Cozzi Federica.....	22	Favaretto Elisa	35
Cozzolino Valeria	12	Federico Verde	86
Crestini Alessio	49; 84	Federzoni Lucia	61
Cristofori Marco.....	19	Feligioni Marco.....	64; 84; 103
Dal Sasso Flora	91	Fenzo Francesca.....	91
Damato Felice Marco	57; 79	Ferlisi Franco	9
Damiani Tiberio	104	Ferrante Gianluigi	19; 65
D'Andrea Giovanni.....	22	Ferrari Arianna.....	22; 35
D'Antonio Fabrizia	90	Ferronato Valentina	7
D'Argenio Paolo	19	Ficulle Elena	84; 103
D'argenzio Angelo.....	19	Filareti Melania.....	84
Darvo Gianluca	24	Filippini Graziella	58
De Astis Angela	4	Formilan Marino	47
De Biasi Francesca.....	91	Galantini Petra	107
De Carolis Antonella.....	14	Gallucci Maurizio	37
De Lena Carlo	90	Gambina Giuseppe.....	39
De Lepeleire Jan.....	77	Gelsomini Anna Maria.....	93
De Luca Amalia	19	Gerace Carmela.....	12; 40
De Luna Isabella	104	Giaccio Patrizia	104
De Martis Roberta	9	Giannelli Giovanni.....	41
De Vanna Floriana	106	Gionni Danilo	104
De Vreese Luc.....	53	Giordano Bernardo.....	5
De Vreese Luc Pieter	25; 50; 51	Giordano Francesca	54
Delledera Alessandro.....	60	Giubilei Franco	14
Di Battista Maria Elena.....	37	Gnoato Francesca.....	47
Di Fiandra Teresa.....	3; 26; 28; 65	Goffo Giorgia.....	35
Di Gennaro Marco	104	Graff Maud	51
Di Gregorio Annamaria	45	Grande Giulia.....	42
Di Pucchio Alessandra . 3; 27; 28; 29; 44; 65		Grandi Alessia.....	25
Di Vieste Rosanna.....	110	Grinta Roberto	43
Diciotto Giulia	104	Gruppo Osservatorio Demenze.....	28
Doretto Alberto.....	86	Guidotti Riccardo	104
Dragonetti Mariacristina Beatrice	31	Iachini Maria Grazia	104
Ebner Franziska.....	107	Iachini Simone.....	104
Eleuteri Stefano	32	Iannizzi Pamela	44
Eliotropio Stefania	7	Iavarone Alessandro.....	69; 70
Engaddi Ilaria	75	Izzicupo Fabio.....	45
Esposito Francesco.....	57; 79	Kurpas Donata	77
Ettore Evaristo	72; 99	La Sala Savona Paola.....	89
Fabbo Andrea.....	10; 34; 51; 61	Lacerenza Anna	47
		Lacorte Eleonora.....	3; 29; 49; 65; 84

Lanzoni Alessandro	25; 50; 51; 53
Leonardi Tamara	44
Libianchi Sandro	54
Locatelli G. Walter	56
Lombardo Caterina.....	32
Longo Annalisa	17
Loppi Francesca	54
Lovascio Serafina.....	82
Lubian Francesca	107
Lucchi Elena	51
Lucidi Fabio	32
Luna Rodolfo	12
Luzi Eleonora.....	57; 79
Maccaferri Cristina.....	21
Madotto Fabiana.....	86
Maffezzoni Carolina.....	58
Magnani Giuseppe.....	60
Magro Valerio Massimo	96; 97; 98
Malagamba Elisa	56
Maltas Giovanna	81
Manni Barbara.....	61
Mantia Vania.....	89
Mantua Valentina	63
Marcelli Michelle	81
Marcelli Serena	64
March Albert.....	107
Marchi Rita	82
Marianetti Massimo	81
Marinoni Vito.....	9
Marzolini Fabrizio.....	3; 28; 65
Masocco Maria.....	19; 65
Mattina Morena.....	89
Mayer Flavia	3; 29; 49; 65; 84
Mazzaroni Caterina.....	104
Mazzocchi Ciro	101
Mazzoleni Francesco.....	82
Mecocci Patrizia.....	17
Menon Vanda	21
Menozzi Cristina	67
Micale Giuliana.....	21
Midlov Patrik	77
Minardi Valentina	19; 65
Mognato Leila	35
Monaco Salvatore.....	110
Monti Alessia.....	86
Morandi Alessandro	51
Moretti Anna	104
Morritti Antonia.....	61
Mundi Ciro.....	4
Muratori Elena	67
Musella Caterina	69; 70
Musumeci Marco	49; 72
Negri Chinaglia Cinzia	75
Negri Cinzia.....	58
Onida Alessandra	73
Orizio Grazia.....	58
Orsi Enrica	56
Ortone Elena	9
Ottoboni Giovanni	44
Palmqvist Sebastian	77
Palumeri Ernesto.....	58
Palummeri Ernesto.....	56
Panariello Angela.....	50
Papa Stefania.....	9
Parnetti Lucilla.....	17
Pasetti Carlo	74
Pasotti Fabrizio	58
Pasqualini Greta	81
Passalacqua Alessandro	104
Passeri Catia.....	17
Passerini Gabriella	60
Pavino Valentina	101
Pellati Morena.....	67
Pellegrini Marina	82
Pelosi Marcello	57; 79
Pelucchi Loris	75
Perrone Patrizia.....	58
Petrazzuoli Ferdinando	77
Petrini Veronica	104
Petrone Loredana	57; 79
Petturiti Francesca.....	44
Piazza Giuseppe	12
Piccolo Laura	84
Pietroforte Cinzia	80
Pinna Silvia	81
Pinto Patrizia	60
Piovesan Cinzia.....	37
Pirani Alessandro	77; 82
Pironti Felice	81
Piscopo Paola.....	49; 84
Poletti Barbara.....	86
Pomati Simone	88

Pozzi Christian	51	Simioni Alessandra	91
Prenni Valentina	17	Solca Federica	86
Provenzano Giuseppe	89	Spadoni Laura	44
Quarata Federica	90; 95	Squizzato Renata	35
Ramigni Mauro	19	Sufian Shah	103
Ranaldi Roberta	81	Taddei Stefano	31
Rasario Alessandra	9	Talamonti Rea Simona	104
Remiddi Francesca	95	Tatulli Emanuela	106
Ricci Clara	82	Tessari Annalisa	47; 91
Ricci Monica	40	Testa Vanessa	104
Ricci Serafino	57; 79	Thulesius Hans	77
Ricci Simona	79	Ticozzi Nicola	86
Riso Alessandra	81	Torresan Federica	35
Rorton Maria	32	Trebbastoni Alessandro	90
Rossi Roberto	54	Trentin Michela	91
Rossi Rovena	50	Trinito Massimo	19
Rossi Serena	41	Troili Fernanda	14
Roussakova Marina	104	Turci Marina	21
Rozzini Luca	58	Urbani Teresa Manuela	17
Ruaro Cristina	91	Vaccaro Pietro	96; 97
Ruggeri Massimiliano	93	Valentini Valeria	104
Ruzza Diego	91	Valetta Martina	95
Ruzzolini Matteo	93	Valzolgher Laura	107
Sabino Michele	95	Vanacore Nicola 3; 8; 28; 29; 44; 49; 65; 72; 84	
Sala Francesca	110	Vasselli Stefania	19
Salani Francesca	14	Venuti Angelo	81
Salimbeni Isabella	25; 50; 51; 53	Vico Carlo	95; 108
Salomone Fabio	17	Vinker Shlomo	77
Sammarchi Catia	96; 97	Viola Patrizia	7
Santangelo Mario	21	Violani Cristiano	32
Santangelo Roberto	60	Volta Barbara	67
Sarra Francesca	32	WP5 ActOnDementia Working group	29
Sartori Giuseppe	47	Zaccaria Valerio	108
Satulli Maria Cristina	104	Zago Stefano	86
Sbardella Alberto	54	Zampieri Manuela	35
Scala Giovanni	96; 97; 98	Zappa Carlo	75
Scappi Sandra	50	Zapparoli Alessandra	35
Scarpa Rosa	69; 70	Zerilli Mario	91
Servello Adriana	99	Zoppi Simona	45
Sette Giuliano	14	Zucchella Chiara	110
Silani Vincenzo	86	Zucchi Patrizia	61
Silvaroli Maria	101		
Silvestri Franca	91		

Serie ISTISAN Congressi
Roma, ottobre-dicembre 2017 (n.4)

Stampato da Ditta Grafiche GFP
Via Fiumicino, 11, 33082 - Azzano Decimo (PN)
Roma, novembre 2017