



ISTISAN CONGRESSI 16 | C6

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

10° Convegno

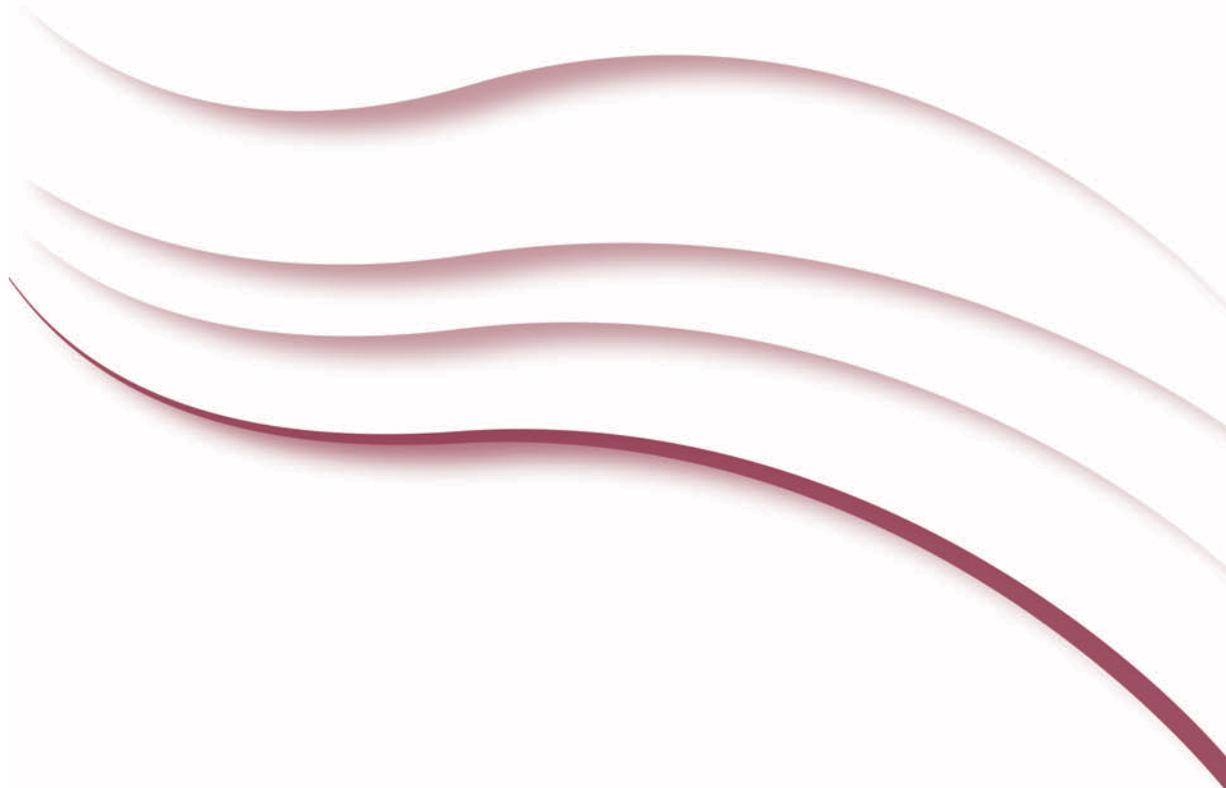
Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 25 novembre 2016

RIASSUNTI

A cura di

A. Di Pucchio, E. Lacorte, P. Ruggeri e N. Vanacore



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

10° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 25 novembre 2016

RIASSUNTI

A cura di
Alessandra Di Pucchio, Eleonora Lacorte,
Paola Ruggeri e Nicola Vanacore

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
16/C6

Istituto Superiore di Sanità

10° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 25 novembre 2016. Riassunti.

A cura di Alessandra Di Pucchio, Eleonora Lacorte, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore
2016, v, 101 p. ISTISAN Congressi 16/C6

Le demenze rappresentano una priorità di sanità pubblica a livello mondiale. L'Italia, il 30 ottobre 2014, ha approvato, nell'ambito della Conferenza Unificata, il Piano Nazionale Demenze (PND), e si è dotata così di una strategia nazionale di indirizzo per la promozione e il miglioramento degli interventi in questo settore. Il PND ha ridenominato le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), identificate con il progetto CRONOS nel 2000, come "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)" ed ha sottolineato la necessità di organizzarli insieme agli altri Servizi, nella logica della gestione integrata e della costruzione di percorsi assistenziali dedicati. Il Convegno si propone di documentare quali attività assistenziali e di ricerca vengono effettuate, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, dalle strutture deputate all'assistenza dei pazienti con demenza e ai loro familiari, nel contesto del PND.

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

Istituto Superiore di Sanità

10. Congress. The impact of the Centers for Cognitive Disorders and Dementias in the integrated management of patients. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 25, 2016. Abstract book.

Edited by Alessandra Di Pucchio, Eleonora Lacorte, Paola Ruggeri e Nicola Vanacore
2016, v, 101 p. ISTISAN Congressi 16/C6 (in Italian)

Dementias are a public health priority worldwide. Italy on October 30, 2014 approved, within the Unified Conference, the National Dementia Plan (NPD), thus adopting a national strategy to address the endorsement and improvement of interventions in this field. The PND renamed the Alzheimer Evaluation Units (Unità Valutative Alzheimer - UVA) defined by the CRONOS project in 2000, as "Centers for Cognitive Disorders and Dementias" (Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD)" 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 both clinical and research activities carried out in the framework of the NPD by the structures that, within the National Health System, are dedicate to the management of patients with dementia and their families.

Key words: Dementia, Alzheimer's disease, Integrated management, National Dementia Plan, Drugs, Non-pharmacological treatment.

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:

Di Pucchio A, Lacorte E, Ruggeri P, Vanacore N. (Ed.). *10° Convegno. Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 25 novembre 2016. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2016 (ISTISAN Congressi 16/C6).

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, Egiziana Colletta 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 2016

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	v
Riassunti	1
Indice degli autori	97

PROGRAMMA

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 9.00 Saluto di benvenuto
G. Ricciardi
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
A. Spinelli
Direttore (f.f.) Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute
- 9.20 Presentazione del Convegno e dell'attività dell'Osservatorio Demenze
N. Vanacore

Prima sessione

POLITICHE SOCIO SANITARIE

Coordinatore: G. Carbone

- 9.50 *Politiche di governance sulle demenze a livello nazionale e internazionale*
T. Di Fiandra, E. Albanese
- 10.20 *Record linkage dei flussi informativi correnti per misurare la prevalenza della demenza nella popolazione del Veneto*
M.C. Corti
- 10.50 *Implementazione e adattamento dei centri di incontro (meeting center) in Emilia-Romagna: il progetto meetingdem*
R. Chattat
- 11.10 *Gli accessi in DEA dei paziente con demenza. Indagine sull'appropriatezza nell'ASST ovest milanese*
P. Perrone

Seconda sessione

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI

Coordinatore: G. Mancini

- 11.35 *Meccanismi fisiopatologici nella genesi dei processi neurodegenerativi*
S. Sensi
- 12.05 *Un gruppo italiano sulla demenza a Corpi di Lewy: attività ed i primi risultati*
L. Bonanni

- 12.35 *Alterazioni della macrostruttura ipnica, dei biomarcatori liquorali e delle funzioni mnesiche nel corso della progressione della malattia di Alzheimer*
C. Liguori
- 12.55 *Uso dei test neuropsicologici: indagine nazionale sui Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze*
M. Gasparini
- 13.15 Discussione
- 13.30 Lunch e discussione poster

Terza sessione

APPROCCIO CLINICO E TERAPEUTICO

Coordinatore: A. Di Pucchio

- 14.35 *Interventi psicosociali per le demenze*
M. Turci
- 15.05 *Una proposta di Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer*
C. Biagini
- 15.35 *Prendersi cura di chi assiste: i bisogni dei caregivers dei pazienti con demenza*
S. Pomati
- 15.55 *Progetto dem-caregiver: efficacia a 12 mesi di due interventi non-farmacologici per ridurre lo stress di caregiver di malati di Alzheimer*
S. Amici
- 16.15 *Gestione della demenza presso un centro diurno demenze: il modello re-cotid*
G. Garzetta
- 16.35 *Il punto di vista del caregiver sulla partecipazione a trials clinici controllati randomizzati: dati di uno studio preliminare*
L. Podda
- 16.55 Discussione generale
- 17.30 Chiusura del Convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al 10° 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

IL GIARDINO DELL'ECO: NUOVE PRASSI RIABILITATIVE PER LA QUALITÀ DI VITA DELLE PERSONE CON DEMENZA E DISABILITÀ

Addante Luigi Mario, Bertolini Alberto, Balsamo Tiziana, Bonerba Marco, Ladisi Luciano
Consorzio San Raffaele, Modugno, Bari

Introduzione. Natura come esempio di vita-interazione al centro di un progetto riabilitativo nelle residenze sanitarie assistenziali del Consorzio San Raffaele. Il progetto centrato sulla natura matrice trae una esperienza psicologica per ristrutturare una *forma mentis* aderente ai principi naturali fondanti la vita organica, psicologica. Attori anziani non autosufficienti e con demenza che contribuiscono attivamente alla creazione del giardino, piantando i semi, manipolando forme e colori di arredi, adottando flessibilità nelle funzioni degli oggetti per usufruire di uno spazio di microcosmo con forme di un macrocosmo. L'idea è che all'interno del giardino laboratorio si svolgano attività creative per la cultura del verde e delle risorse botaniche. Obiettivo: rendere l'area *focus* del progetto un *healing garden* fruibile, facilitare l'erogazione delle competenze sanitarie, fruire dei servizi territoriali dei distretti sanitari attraverso l'integrazione in un processo di interazione per costruire beni comunitari. Il giardino fonda le radici nella terapia della reminiscenza partendo da stimoli psico-sensoriali.

Metodi. Gruppi di 10 ospiti di pari livello cognitivo. Il percorso prevede stimolazioni cognitivo-sensoriali. Previsto Gruppo di Controllo. Il progetto si propone di mantenere la funzionalità cognitiva residua attraverso: la stimolazione psicosenoriale delle abilità mnestiche, del linguaggio, del movimento, delle emozioni. Il percorso coinvolge gruppi diversificati in base al livello cognitivo arruolati con MMSE. Il giardino è diviso in quattro aree nelle quali si stimola singolarmente un senso. Nell'area uno stimolato l'olfatto manipolando piante aromatiche. L'area due stimola la vista coltivando fiori e gli ospiti associando colori. Il percorso dell'area tre dedicata all'orto. L'area quattro contiene piani di lavoro in cui preparare piatti coinvolgendo il gusto. Prevista la stimolazione uditiva con musiche.

Risultati. Somministrazione test: dopo mesi 1, 3, 6. Gli *outcome*: *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), con deterioramento cognitivo lieve. La partecipazione di più individui permette ad ognuno di riconoscersi nel gruppo "parte di un tutto". In ogni intervento è stato più facile ottenere la partecipazione del paziente e l'attività più gratificante per gli ospiti che hanno ritenuto di essersi resi utili per questioni che li interessano direttamente. Amalgamare bene gli aspetti ecologici a quelli motivazionali è stato importante proprio per il senso della vita di questi pazienti. Dopo tale manipolazione la stimolazione cognitiva ha sortito un miglioramento della memoria procedurale e di lavoro a partire dai nomi delle piante presenti, dal loro utilizzo in cucina fino ai ricordi legati ai lavori effettuati in passato.

USO DELLE TECNOLOGIE PER FACILITARE IL COINVOLGIMENTO IN TERAPIE OCCUPAZIONALI DI PAZIENTI CON ALZHEIMER LIEVE

Addante Luigi Mario (a), Bertolini Alberto (a), Ladisi Luciano (a), Lancioni Giulio (b), D'Amico Fiora (a)

(a) *Consorzio San Raffaele, Modugno, Bari*

(b) *Università degli Studi, Bari*

Introduzione. Il progetto nasce dalla collaborazione tra Consorzio San Raffaele e Università di Bari. Lo studio fu condotto nel biennio 2015-2016 con un programma di tecnologia a supportare la *performance* in compiti di vita quotidiana e migliorare il tono d'umore di un paziente con demenza lieve di Alzheimer.

Metodi. Il programma riabilitativo ha previsto tre attività: a) pulizia e b) manutenzione giardino; c) preparazione tè freddo. Per valutare la *performance*, sono state preparate *task analysis* per dividere i compiti nelle componenti minime. Sulla base delle *task analysis* registrati i *videotape* dei passaggi da utilizzare in intervento. Strumentazione:

- pc per mostrare al paziente le registrazioni video di un modello che completa i passaggi delle attività (*video prompting*);
- un sensore collegato a centralina che consente la visione del modello che effettua uno step delle attività;
- un software per rilevare l'attivazione del sensore, ricordare dopo 40 secondi di inattività di premere il sensore. Gli effetti del programma sono valutati con un *multiple baseline design across tasks* (intervento) rispetto a quelli con sistema non disponibile (*baseline*). Per l'impatto delle attività sull'umore, osservazioni di non attività sono state condotte parallelamente alle sessioni di intervento secondo un *alternating treatments design*.

Risultati. La media di passaggi corretti è del 32%, durante l'intervento 95% sono state calcolate le percentuali di intervalli con indici di felicità nelle sessioni di attività e non. Le percentuali di indici di felicità nelle sessioni di attività è del 25,5%. Nelle sessioni di non attività la media del 2,8%. Durante la prima fase, la percentuale di passaggi corretti è del 28%. Durante l'intervento un incremento della media, 91%. Sono state calcolate le percentuali medie di intervalli con indici di felicità, nelle sessioni di attività e non. La percentuale di indici di felicità nelle sessioni attività è 21,5, nelle non attività 2,5%. Nella prima fase di *baseline*, la percentuale di passaggi corretti 38%. Durante l'intervento un incremento, 91%. Sono state calcolate le percentuali medie di intervalli con indici di felicità: La percentuale di indici di felicità nelle sessioni di attività è 24,1%. Nelle sessioni di non attività la media 1,3%.

Conclusioni. I risultati confermano che le tecnologie assistite migliorano le condizioni nell'Alzheimer lieve, nell'ambito delle attività il partecipante :1) ha ottenuto un incremento nelle percentuali di passaggi corretti dei compiti e 2) ha migliorato il livello d'umore durante le attività in relazione a periodi di non attività.

PROGETTO DEM-CAREGIVER: EFFICACIA A 12 MESI DI DUE INTERVENTI NON-FARMACOLOGICI PER RIDURRE LO STRESS DI CAREGIVER DI MALATI DI ALZHEIMER

Amici Serena* (a), Trequatrini Alberto* (a), Maiotti Mariangela* (b), Spinelli Annalaura* (c), Mecocci Patrizia* (d), Parnetti Lucilla* (e), Alunni Silvia* (f), Bianchini Filippo* (g), Cingolani Raffaella* (b), Leonardi Tamara* (g), Petturiti Francesca* (f), Spadoni Laura* (f), Iannizzi Pamela* (h), Di Pucchio Alessandra* (i), Abraha Iosief* (j), Montedori Alessandro* (j), Giovannini Gianni* (j), Morini Goretta* (k), Chattat Rabih* (l), Vanacore Nicola* (i)

(a) Azienda Sanitaria Locale n. 1 dell'Umbria, Distretto Perugia, Perugia

(b) Azienda Sanitaria Locale n. 2 dell'Umbria, Distretti Terni e Foligno, Terni e Foligno

(c) Azienda Sanitaria Locale n. 2 dell'Umbria, Distretti Terni e Spoleto, Terni e Spoleto

(d) Geriatria e Gerontologia, Azienda Ospedaliera Perugia, Università degli Studi, Perugia

(e) Neurologia, Azienda Ospedaliera Perugia, Università degli Studi, Perugia

(f) Azienda Sanitaria Locale n. 1 dell'Umbria, Distretti Perugia e Città di Castello, Perugia e Città di Castello

(g) Azienda Sanitaria Locale n. 2 dell'Umbria, Distretti Terni e Perugia, Terni e Perugia

(h) Dipartimento di Medicina, Università degli Studi, Padova

(i) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(j) Programmazione Socio-Sanitaria dell'assistenza Distrettuale e Ospedaliera, Direzione Salute e Coesione Sociale, Regione Umbria, Perugia

(k) Associazione Malattia Alzheimer Umbria, Perugia

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

Introduzione. Interventi psicosociali rivolti ai Caregiver (CG) di pazienti affetti da malattia di Alzheimer si sono dimostrati efficaci nel ridurre lo stress, l'ansia e la depressione del CG stesso. Obiettivo dello studio è la valutazione dell'efficacia di un intervento di supporto/*counselling* in confronto ad un intervento tradizionale nei CG dei Pazienti (PZ) affetti da malattia di Alzheimer. Disegno: studio randomizzato disegno PROBE (*Prospective Randomised Open Blinded End-point*).

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

Risultati. Sono state randomizzate 320 coppie CG/PZ (161 intervento sperimentale e 159 intervento di controllo). Alla visita basale, il campione di CG è costituito per il 76% da donne, prevalentemente coniugate (77%), di età media 57 anni. Nel 62% dei casi il CG vive con il paziente e lo assiste mediamente da 33 mesi. Quasi il 60% dei CG dichiara di non lavorare. I due gruppi di CG assegnati ai due interventi non differiscono in maniera statisticamente significativa sia per caratteristiche sociodemografiche che per gli *outcome* primari e secondari ($p>0,05$). Alla visita basale, i PZ sono nel 74% donne, di età media 80 anni, con una scolarità media di 5,4 anni; i due gruppi sono risultati omogenei sia per caratteristiche socio-demografiche che per quelle neuropsicologiche. I dati analizzati a 12 mesi dalla visita basale hanno evidenziato che l'intervento sperimentale (psicosociale/*counselling*) è più efficace dell'intervento di controllo (formazione) nel ridurre lo stress nei CG (misurato con ZBI, $p=0,048$), soprattutto nei CG che riferivano di essere sottoposti ad uno stress moderato-severo.

Conclusioni. Lo studio DEM-CAREGIVER, di buona potenza e validità, ha dimostrato che al *follow-up* di un anno l'intervento di *counselling* è più efficace rispetto alla formazione frontale sulla malattia di Alzheimer. In nessun *outcome* secondario si è evidenziata una differenza statisticamente significativa. Tale risultato è in linea con i dati di letteratura internazionale ove gli interventi individuali, multicomponentiali e adattati risultano più efficaci di interventi generici e non mirati alla specifica situazione vissuta dal CG. Limiti dello studio sono la brevità del *follow-up*.

*A nome del DEM-CAREGIVER Study Group

ESPRESSIONE COGNITIVA NELLA DEMENZA FRONTO-TEMPORALE: STUDIO NEUROPSICOLOGICO SU 7 PAZIENTI

Bagoj Eriola, Dibello Lisa, Timperio Luana, Pizzolla Paola, Mundi Ciro
Azienda Ospedaliero-Universitaria OORR Ospedali Riuniti, Foggia

Introduzione. La Demenza frontotemporale è un termine clinico che comprende un gruppo di malattie neurodegenerative caratterizzate, a livello cognitivo da: cambiamento progressivo del comportamento, *deficit* nelle funzioni esecutive, *deficit* nel linguaggio. L'espressione cognitiva è differente a seconda della variante e si distingue in due sottotipi: variante comportamentale e Afasia Progressiva Primaria (APP): che a sua volta si distingue in: variante semantica e variante non fluente. Ognuna di queste ha delle caratteristiche peculiari specifiche e soprattutto nelle prime fasi si esprime con una sintomatologia differente. Per la diagnosi differenziale è molto importante effettuare una valutazione neuropsicologica mirata a partire dall'aspetto comportamentale che include cambiamenti del carattere e della personalità, comportamenti sociali inadeguati, cambiamenti dell'emotività, ecc.

Metodi. Sono riportati i risultati di sette pazienti (2F, 5M; età media 65 anni, destrimani) con probabile diagnosi di Demenza Fronto-Temporale (FTD) ed una storia di malattia da diversi anni (media *onset* 14 anni). I pazienti sono stati sottoposti ad esame obiettivo neurologico, a valutazione neuropsicologica mirata, esami sierologici, analisi genetica, RMN encefalo, DAT SCAN. A tutti i pazienti è stato somministrato un protocollo neuropsicologico approfondito. Fondamentale è stato il colloquio retrospettivo con i *caregiver* che ha avuto l'obiettivo di individuare l'*onset* dei sintomi comportamentali ancor prima della diagnosi.

Risultati. I test neuropsicologici hanno messo in evidenza *pattern* cognitivi simili per i pazienti ad esordio comportamentale. Il *Mini-Mental State Examination* indica un coinvolgimento cognitivo generale lieve (MMSE = μ 22,6); scarse prestazioni alla *Frontal Assessment Battery*, allo Stroop, alla Torre di Londra e al *Wisconsin Card Sorting Test*; le capacità mnesiche sono parzialmente preservate con *deficit* nel recupero spontaneo della traccia mnesica e beneficio dei cues; anomalie, parafasie fonemiche o semantiche sono presenti anche nella variante comportamentale ma si complicano con agrammatismo e afasia fluente nelle varianti APP. L'esordio comportamentale era caratterizzato da comportamenti sociali inadeguati e apatia presenti già 3 anni prima della prima visita.

Conclusioni. Vista la variabilità espressiva della FTD la valutazione neuropsicologica deve essere olistica. Molto importante è risultato il colloquio con il familiare nel cogliere l'*onset* dei sintomi comportamentali e cognitivi che compare circa 3 anni prima della diagnosi. La valutazione Neuropsicologica è importante nell'iter diagnostico soprattutto nelle primissime fasi della FTD ma deve essere mirata. Dunque, una valutazione di *screening* non basta ma deve essere sempre accompagnata da una valutazione cognitiva approfondita e da una valutazione comportamentale attraverso varie interviste ai familiari e al paziente.

COINVOLGIMENTO IN ATTIVITÀ RICREATIVE MEDIANTE LE TECNOLOGIE PER FAVORIRE I PAZIENTI CON DEMENZA MODERATA O GRAVE

Bertolini Alberto (a), Addante Luigi Mario (a), Ladisi Luciano (a), Lancioni Giulio (b), D'Amico Fiora (a)

(a) *Consorzio San Raffaele, Modugno, Bari*

(b) *Università degli Studi, Bari*

Introduzione. Il progetto nasce tra Consorzio San Raffaele e Università di Bari nel biennio 2014-2015. È stato valutato l'uso di soluzioni tecnologiche con *microswitch* (sensori in grado di rilevare risposte comportamentali minime per consentire l'accesso a varie forme di stimolazione) con 9 pazienti affetti da demenza moderata severa. Lo scopo era permettere a questi pazienti di autogestire la stimolazione musicale preferita e di confrontare tale intervento con sessioni di stimolazione generica nel quale essi erano esposti alla stimolazione preferita senza alcun ruolo specifico, relativamente all'impatto di entrambe le condizioni sull'umore dei partecipanti.

Metodi. Le sessioni hanno riguardato: a) stimolazione musicale autoregolata (intervento attivo) o eteroregolata (intervento passivo), b) nessuna forma di stimolazione musicale (nelle fasi di *baseline*). Per il *microswitch*, si trattava di dispositivi a vibrazione-pressione che i pazienti attivavano: a) battendo le mani, b) battendo sull'angolo del tavolo, c) spingendo un pulsante. All'inizio i partecipanti hanno svolto 3 o 4 sessioni di *baseline* registrando frequenze di risposta (attivazioni del *microswitch*) e gli indici di partecipazione positiva (commenti, sorrisi) senza utilizzo di stimolazione musicale, successivamente passati alla prima fase di intervento con stimolazione autoregolata e quando le risposte dei pazienti sono chiare, si avviava la seconda fase di intervento introducendo cioè la stimolazione passiva (eteroregolata) usando una variante dell'*alternating treatments design* tra le due condizioni. Tutti i partecipanti mostrano una differenza statisticamente significativa al Kolgomorov-Smirnov test nel numero di attivazioni del *microswitch* tra la fase di *baseline* (*range* variazione frequenze 0-1) e fase di intervento (*range* variazione frequenze 8-18).

Conclusione. La tecnologia assistita come quella utilizzata in questo studio possono essere impiegate con successo per aiutare persone con demenza moderata e severa ad ottenere significativi miglioramenti negli indici di partecipazione positiva. Dai risultati si evince come i pazienti del gruppo I (nel *range* severo e basso del moderato) siano più partecipativi di quelli del gruppo II (nel *range* moderato) nella condizione di autoregolazione rispetto a quella di eteroregolazione grazie alle sollecitazioni verbali computerizzate, mentre risultano meno attenti nella condizione di eteroregolazione. È confermata l'importanza dell'implementazione di una simile attività anche con pazienti gravemente compromessi.

COGS CLUB: PRIMA ESPERIENZA IN ITALIA

Bevilacqua Petra (a,b), Bergamini Lucia (c), Turci Marina (c), Veschi Mara (c), Garzetta Glenda (a,b), Menabue Giacomo (a,b), Manni Barbara (c), Capitani Andreina (a), Fabbo Andrea (d)

(a) Associazione Sostegno Demenze Onlus, Sassuolo, Modena

(b) Associazione Sostegno Demenze Alzheimer Mirandola, Mirandola, Modena

(c) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Mirandola, Modena

(d) Programma Aziendale Demenze, AUSL, Modena

Introduzione. Il *Cogs club* nasce in Inghilterra nel 2011 grazie all'impegno di una infermiera, Jackie Tuppen, specializzata nell'assistenza alle persone con demenza. Da anni è dimostrata l'efficacia della Terapia di Stimolazione Cognitiva nel rallentare la progressione dei *deficit* cognitivi; il progetto *Cogs club* associa la *Cognitive Stimulation Therapy* (CST) ad altri interventi psico-sociali, terapia occupazionale, musica, ginnastica, trasformando ogni incontro da una tradizionale sessione di un'ora circa ad una mezza giornata di attività. L'obiettivo del progetto è offrire un'opportunità di intervento psico-sociale, creando contesti di socializzazione a persone che tradizionalmente non chiedono l'attivazione di servizi, al fine di ritardare la progressione dei *deficit* cognitivi e la comparsa di disabilità.

Metodi. I *Cogs club* avviati in provincia di Modena sono 5 e sono stati promossi dalle Associazioni di Volontariato (Associazione Sostegno Demenze onlus - Ass.S.De, Associazione Sostegno Demenze Alzheimer Mirandola - ASDAM) in collaborazione con i CDCD del distretto di competenza. La conduzione è affidata ad uno psicologo con funzione anche di coordinamento, e vede coinvolti un terapeuta occupazionale ed un terapeuta della riabilitazione psichiatrica. La prima persona si occupa dell'accoglienza e della CST, la seconda svolge attività di cucina e di reminiscenza; la terza invece attività di musica e attività motoria. Ad ogni club inoltre sono presenti i volontari dell'associazione promotrice del progetto, specificatamente formati per l'attività. Le persone che partecipano al progetto hanno una diagnosi di demenza di Alzheimer, preferibilmente, o altre forme di demenza di grado lieve-moderato. Sono escluse persone con *deficit* sensoriali, motori e con disturbi del comportamento. Ogni gruppo è composto da 12-14 persone. I partecipanti e i *caregiver* vengono sottoposti ad una batteria di valutazione multidimensionale, composta da MMSE, ACE-R, GDS-15, DAD, QoL-AD e ZBI, all'inizio ed alla fine del primo ciclo di incontri della durata di 4 mesi.

Risultati. Il campione è costituito da 28 persone (M=10, F=18), età media $79,0 \pm 5,3$, scolarità media $5,7 \pm 2,1$. All'analisi statistica si osserva un miglioramento delle funzioni cognitive (MMSE pre-post $t=-2,6$, $p<0,05$; ACE-R tot pre-post ($t=-3,08$, $p<0,01$), in particolare nei *subitem* memoria e abilità visuo-spaziali. Risulta inoltre migliorata la sintomatologia depressiva (GDS pre-post $t=2,2$, $p<0,05$) e QoLAD paziente ($t=-2,2$ $p<0,05$).

Conclusioni. I dati devono essere interpretati con cautela, vista la scarsa numerosità del campione e l'assenza di un gruppo di controllo, tuttavia i risultati preliminari sembrano mostrare un'efficacia dell'intervento, in particolare sulle funzioni cognitive e

sugli aspetti di benessere percepito del paziente (miglioramento della qualità di vita e riduzione della sintomatologia depressiva). L'ampliamento del campione e l'analisi del gruppo di controllo permetterà di avere ulteriori indicazioni rispetto l'efficacia.

UNA PROPOSTA DI LINEE DI INDIRIZZO PER I CENTRI DIURNI ALZHEIMER

Biagini Carlo Adriano
Azienda USL Toscana Centro, Pistoia

A partire dagli anni ottanta, con il costante incremento della speranza di vita, sono notevolmente aumentati gli anziani ed i più vecchi, spesso disabili, presentano necessità cliniche ed assistenziali complesse, spesso non sostenibili dai loro familiari; ciò ha portato alla realizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), con frequenti ricoveri permanenti. In alcune realtà è stata proposta una modalità assistenziale alternativa come quella del Centro Diurno (CD), struttura semiresidenziale qualificata che eroga servizi sanitari ed assistenziali ad anziani disabili con disagio sociale. Il CD rappresenta un servizio valido e talora insostituibile per mantenere l'anziano a domicilio, fornendo sostegno alla sua famiglia che viene coinvolta, istruita e responsabilizzata nell'assistenza; in questo modo si riesce ad evitare, o quantomeno a posticipare, il ricovero in RSA, più costoso e per molti anziani traumatico, per l'allontanamento dal proprio ambiente sociofamiliare. Dal 2000, con il Progetto Cronos e la costituzione delle Unità Valutative Alzheimer (UVA), è aumentata la sensibilità nei confronti del problema demenza ed in alcune realtà, in modo sperimentale, sono stati progettati i Centri Diurni Alzheimer (CDA).

La realizzazione di tali servizi è avvenuta però in modo disomogeneo, con finalità e requisiti non uniformemente definiti e condivisi. Per tale motivo, nell'ambito delle relazioni e dei dibattiti che hanno animato i Convegni sui CDA svoltisi a Pistoia a partire dal 2009, sono state proposte delle "Linee di indirizzo per i CDA". Alla preparazione hanno partecipato trentadue Autori appartenenti a tutte le professioni che partecipano alla progettazione delle strutture o all'assistenza dei pazienti. La proposta è da considerarsi un punto di partenza nella costruzione di uno standard organizzativo, strutturale e scientifico. È in programma un costante aggiornamento e miglioramento del testo da condividere in occasione del Convegno Nazionale annuale di Pistoia sui CDA. Il CDA è una modalità assistenziale molto efficace non solo per il trattamento dei disturbi comportamentali della persona affetta da demenza ma anche per la riduzione dello stress del suo *caregiver*, che a sua volta può essere fonte del peggioramento comportamentale del paziente, causa di accessi incongrui in Pronto Soccorso, di ricoveri ospedalieri e di istituzionalizzazione.

I CDA, insieme ai Nuclei Alzheimer in RSA, costituiscono i servizi specialistici territoriali per soggetti con demenza e significativi disturbi comportamentali, a disposizione dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD, ex UVA), e devono essere integrati nella rete dei servizi per l'anziano disabile a disposizione delle Unità Valutative Multiprofessionali (UVM).

VALUTAZIONE CLINICA DELLE DEMENZE A FINI MEDICO-LEGALI: RIFERIMENTI LEGISLATIVI E PROBLEMATICHE CORRELATE

Bisogno Alfredo, Giordano Bernardo, Gentile Salvatore, Di Nunno Paola
*Azienda Sanitaria Locale Salerno, UVA cod. 76, UO Salute Mentale Cava de Tirreni-Costa
d'Amalfi, Salerno*

Introduzione. Frequentemente gli operatori del centro UVA sono chiamati a redigere certificazioni attestanti la gravità della demenza al fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento. In alcuni casi la condizione di gravità cognitiva può o meno essere correttamente rilevata o anche risultare sottostimata, con la conseguenza di ricorrenti e gravosi procedimenti giudiziari.

Metodi. Riferimento alla normativa vigente e ad alcune norme emanate dal Consiglio Provinciale di Trento, alle Direttive INPS e alle Linee di Indirizzo della Regione Marche ((DGR n. 1959 del 23.11.2009); riflessioni sulla corretta applicazione delle scale cliniche. Il riconoscimento dell'Invalidità civile delle Demenze è ancora regolamentato dal D.M. Sanità del 5 febbraio 1992. In tale Decreto sono fissati alcuni parametri di riferimento in merito alla graduazione delle disabilità motorie e cognitive e del comportamento. Tali riferimenti, a nostro avviso, non consentono, se non indirettamente, di poter valutare "le ripercussioni sulle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato, che non è in grado di compierle, bisognoso di assistenza". L'INPS nel 2009 ha introdotto dei chiarimenti attraverso la circolare n. 131 del 28.12.09, che traccia alcune precisazioni riguardo alle modalità assistenziali, e richiama scale di valutazione delle abilità sociali e di autonomia da applicare anche con constatazione diretta, chiarendo l'opportunità di indagini neuroradiologiche funzionali, neuropsicologiche ed individuando figure specifiche per l'esecuzione delle stesse. In maniera molto più esaustiva la DGR della Regione Marche specifica le caratteristiche della minorazione cognitiva, motoria o comportamentale perché si possa configurare in un soggetto demente un'indennità di accompagnamento.

Risultati. Se la valutazione è netta e schematica, non si può misconoscere che, a seconda del tipo di Demenza, esistono fluttuazioni (es. quelle al MMSE) dovute a diverse condizioni (concomitante Depressione senile, extrapiramidalismo, malattie internistiche intercorrenti, comorbidità vascolo-encefalica), che non ne consentono una precisa graduazione, per cui riteniamo utile, per le certificazioni, far riferimento a tali eventualità, e comunque raccogliere il dato testistico o di scala a fronte di più valutazioni seriali, non ravvicinate, considerando semmai, quale elemento più attendibile, un declino lento e progressivo, o comunque più razionalmente, stimando una media corretta dei risultati dei test ottenuti in un sufficiente lasso temporale di osservazione (6-12 mesi).

Conclusioni. La certificazione diagnostica relativa alla demenza e alla sua gravità, pertanto, deve essere validata sempre da accurata osservazione diacronica della progressione fenomenica del quadro e dei relativi riscontri di scale e test, e non coincidere con la mera risultanza trasversale, ancorché evidenziata da specifici strumenti di valutazione.

CaCEDem: RESOCONTO DI 13 MESI DI ESPERIENZA PRESSO IL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE DI BUSSOLENGO - ULSS 22 VENETO

Boccardi Daniela (a), Coi Giovanni (b), Sandri Giulia (a), Menini Sarah (a), Tabarelli Giorgia (a), Buffone Ebba (a), Costa Bruno (a)

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Unità Operativa Complessa Neurologia Ospedale Bussolengo, ULSS 22 Veneto, Bussolengo, Verona*

(b) *Prometeo Srl, Mirano, Venezia*

Introduzione. CaCEDem è la Cartella Clinica Elettronica per le DEMenze, una procedura di gestione della cartella ambulatoriale specifica per il decadimento cognitivo approvata dalla Regione Veneto. Lo strumento accede direttamente all'anagrafe sanitaria regionale in tempo reale, consentendo l'identificazione certa degli assistiti e fornendo la stampa di referti e l'estrazione di dati in formato CSV (*Comma-Separated Values*). Inoltre, nella forma di *repository* di riferimento, permette la condivisione di un database delle demenze tra le Aziende sanitarie e produce un flusso informativo verso il datawarehouse regionale. Lo scopo del presente lavoro è quello di illustrare le potenzialità dello strumento attraverso l'analisi dei dati raccolti dal Centro per i disturbi cognitivi e le demenze dell'Ospedale di Bussolengo (VR), ULSS 22 Veneto.

Metodi. Il database supportato dal CaCEDem è un database di tipo relazionale e l'estrazione dei dati è avvenuta tramite delle interrogazioni SQL (*Structured Query Language*). Ai fini dell'analisi è stato utilizzato un file Excel in formato "consolidato" inerente i dati e le informazioni raccolte dal CDCD di Bussolengo nel periodo agosto 2015-settembre 2016.

Risultati. Il numero di accessi registrato è pari a 704, di cui 258 prime visite e 446 controlli, per un totale di 572 pazienti; di questi 178 riportano diagnosi di demenza e 99 risultano sospetti diagnostici. I rimanenti 295 sono utenti che non hanno ancora ricevuto una diagnosi; di questi 204 sono pazienti che hanno effettuato la sola testistica neuropsicologica e 44 il test NPI. Le diagnosi di demenza registrate sono così distribuite: AD 27, FTLDC 2, PDD 17, PD 5, VD25, MD 56, NPH 2, Depressione 1, Altro tipo di Demenza 18, Demenza non specificata 25. Il campione di pazienti con demenza è stato inoltre studiato rispetto alle seguenti variabili: sesso, scolarità, professione, pensionamento, stato civile, età media alla prima visita e caratteristiche relative al *caregiver*.

Conclusioni. La raccolta e l'analisi dei dati attraverso il CaCEDem ha reso possibile delineare un profilo dell'utenza che si rivolge al nostro CDCD e, nello stesso tempo, ha favorito una riflessione sulle potenzialità legate all'utilizzo dello strumento. Questo lavoro ha permesso, inoltre, di individuare alcune criticità che si sono rivelate utili al fine di perfezionare le modalità di compilazione da parte di operatori differenti e di fornire spunti su eventuali migliorie strutturali da apportare in futuro.

TOUCHSCREEN AL CENTRO DIURNO DEMENZE

Boiardi Roberta (a), Becchi Maura (b), Gaspari Giuliana (b), Aleotti Federica (a), Ravello Alberto (b), Torresi Martina (c), Pellati Morena (a)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia

(b) ASP Reggio Emilia, Città delle Persone, Reggio Emilia

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

Introduzione. Il Centro Diurno Demenze (CDD), insieme ai Nuclei Speciali Demenze (NSD), sono punti della rete dei servizi territoriali ad alta valenza specialistica (RER DGR 2581/99; DGR 990/2016), e, negli anni, si sono confermati luoghi necessari per la complessa gestione dello scompenso psico-comportamentale nei pazienti con demenza. Le terapie proposte sono di tipo farmacologico ma soprattutto occupazionale e psico-sociale. È recente il ricorso a strumenti tecnologici per facilitare il processo della comunicazione, della relazione, della stimolazione cognitiva negli anziani superando i pregiudizi relativi alla non fruibilità e allo scarso interesse degli anziani stessi nei confronti di tali supporti. Abbiamo proposto un *training* con *touchscreen* a pazienti affetti da demenza di grado moderato e severo e con *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* che frequentano il CDD.

Metodi. Abbiamo proposto il *training* con *touchscreen* a 8 pazienti: 5 con MMSE<10 e 3 con MMSE compreso tra 13 e 17. Il primo gruppo, con età media di 80 anni, era composto da 3 maschi e 2 femmine. Il secondo gruppo, con età media di 84 anni, era composto da 3 maschi. Tutti avevano una scolarità elementare tranne un uomo appartenente al primo gruppo che aveva conseguito una laurea. Le persone appartenenti al primo gruppo presentavano prevalentemente disturbi di ansia, irritabilità, agitazione e *wandering* (*Neuropsychiatric Inventory* di 30, 32, 36, 42 e 60); le persone appartenenti al secondo gruppo presentavano prevalentemente disturbi d'ansia, di agitazione, *wandering* e uno anche disturbi del sonno (NPI di 34, 40, 54). Tutti all'NPI avevano un punteggio di 12 negli *item wandering* e ansia. Gli interventi, individuali, erano previsti 2 volte alla settimana per un mese. La durata di ciascuna seduta è stata determinata dai pazienti stessi e conclusa quando si osservava un calo di interesse e/o di attenzione. Per avvicinare la tecnologia agli ospiti, abbiamo proposto un computer *touchscreen* di grandi dimensioni (21 pollici). È stato utilizzato il *software* gratuito *memory* (figura-figura, figura-parola, parola-parola) a difficoltà crescente da 4 a 8 tessere.

Risultati. Le sedute hanno avuto una durata media iniziale di 20 minuti, di 25 minuti a fine mese per il primo gruppo mentre si è registrata una durata media iniziale di 20 minuti e di 35 minuti a fine mese per il secondo gruppo. Il *touchscreen* si è rivelato accettabile e apprendibile grazie alle ripetute consegne dell'operatore. Durante le sedute si è osservata la netta riduzione dell'ansia e del *wandering*.

Conclusioni. La motivazione dei professionisti del CDD a sperimentare nuovi interventi nella cura della demenza ha permesso di constatare che anche gli strumenti multimediali possono essere efficaci nel contenimento dei BPSD supportando efficacemente gli abituali interventi occupazionali, psicosociali e di socializzazione che già si svolgono in un contesto protesico quale il CDD.

ASPETTATIVE DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVERS IN UNA UNITÀ AMBULATORIALE PER LE DEMENZE: CUSTOMER SATISFACTION

Bologna Fabiola

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII, USC Neurologia, Bergamo

Introduzione. La demenza è una malattia che coinvolge tutta la famiglia. È importante conoscere i bisogni dei pazienti e dei *caregivers* per migliorare l'assistenza.

Metodi. Nel 2015 sono stati somministrati 100 questionari presso l'unità ambulatoriale per la valutazione di demenza. I pazienti e i *caregivers* sono stati coinvolti nella compilazione del questionario. Il questionario conteneva 18 quesiti che riguardavano la comunicazione della diagnosi, la capacità di ascolto, le limitazioni della vita quotidiana, il referente per la soluzione dei problemi legati alla patologia, la qualità della vita quotidiana, i sentimenti che accompagnano la vita quotidiana, la richiesta di suggerimenti per migliorare il servizio, la soddisfazione per l'assistenza ricevuta.

Risultati. Tutti i 100 questionari sono stati completati, il 23% da parte dei pazienti e il 77% dai *caregivers*. Il 75% dei pazienti sono risultati donne e il 25% uomini con una età media di $73,9 \pm 8,9$. L'80% dei *caregivers* sono risultati donne e il 20% uomini con una età media di $56,4 \pm 6,9$. L'analisi dei dati ha mostrato che la diagnosi è stata comunicata nell'83% dei casi dal neurologo e nell'11% dei casi dal medico di medicina generale. Al fine di risolvere i problemi clinici legati alla patologia, i pazienti e le loro famiglie hanno contattato nel 69% dei casi il neurologo e nel 21% dei casi il medico di base. Il 79% dei pazienti ha ridotto le attività quotidiane che svolgeva precedentemente all'interno della famiglia, mentre l'81% dei *caregivers* ha lasciato il lavoro o ridotto l'orario di lavoro a causa della malattia del familiare. Le emozioni che accompagnano la vita quotidiana per i *caregivers* sono nel 39% dei casi la rassegnazione e nel 21% dei casi la speranza, per i pazienti sono nel 18% dei casi la rassegnazione e nel 41% dei casi la speranza. Tra i suggerimenti per migliorare il servizio, l'84% dei *caregivers* ha chiesto ulteriori informazioni sull'evoluzione della malattia e consigli sul modo migliore per prendersi cura del paziente nelle varie fasi della malattia, il 72% dei pazienti ha chiesto ulteriori informazioni sulle opzioni di trattamento e sulle strategie per vivere meglio. La *customer satisfaction* come risultato dell'assistenza e dei servizi offerti nell'ambulatorio per le demenze ha conseguito un "molto soddisfatto" nel 71% dei casi.

Conclusioni. Lo scopo di questo studio era quello di valutare le aspettative sui servizi sanitari dedicati alla cura della demenza. I nostri dati hanno mostrato la necessità del coinvolgimento di entrambi i protagonisti del percorso, pazienti e *caregivers*. Il grado di soddisfazione è correlato all'utilizzo di risorse interdisciplinari, al rispetto degli obiettivi e delle scelte dei pazienti e dei *caregivers* per riconoscere e affrontare le preoccupazioni e le richieste di entrambi e costruire insieme sistemi e opzioni di supporto.

GRUPPO DI STUDIO ITALIANO SULLA DEMENZA A CORPI DI LEWY (DLB-SINDEM): VERSO UNA STANDARDIZZAZIONE DELLE PROCEDURE CLINICHE E STUDI DI COORTE MULTICENTRICI

Bonanni Laura (a), Cagnin Annachiara (b), Agosta Federica (c), Babiloni Claudio (d), Borroni Barbara (e), Bozzali Marco (f), Bruni Amalia Cecilia (g), Filippi Massimo (c), Galimberti Daniela (h), Monastero Roberto (i), Muscio Cristina (j), Parnetti Lucilla (k), Perani Daniela (c), Serra Laura (f), Silani Vincenzo (l), Tiraboschi Pietro (j), Padovani Alessandro (e)

(a) *Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti-Pescara, Chieti*

(b) *Università degli Studi, Padova*

(c) *Istituto Scientifico San Raffaele, Milano*

(d) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(e) *Università degli Studi, Brescia*

(f) *Fondazione Santa Lucia, Roma*

(g) *Centro Regionale di Neurogenetica, Lamezia Terme*

(h) *Università degli Studi e IRCSS Ospedale Policlinico, Milano*

(i) *Università degli Studi, Palermo*

(j) *Istituto Neurologico Besta, Milano*

(k) *Università degli Studi, Perugia*

(l) *IRCCS Istituto Auxologico, Milano*

Introduzione. La Demenza a corpi di Lewy (DLB) rappresenta un costo elevato per il Sistema Sanitario Nazionale a causa dell'elevato tasso di istituzionalizzazione, la ridotta qualità della vita e l'elevato tasso di mortalità dei pazienti. Inoltre, la DLB è spesso misdiagnosticata come malattia di Alzheimer. Questi dati motivano l'esecuzione di studi di coorte multicentrici longitudinali armonizzati al fine di migliorare la gestione clinica e il monitoraggio della terapia. Il gruppo di studio italiano sulla DLB della Società Italiana di Neurologia Dementie (SINdem) ha sviluppato e diffuso via email un questionario semi-strutturato a 572 centri demenze nazionali (da primari a terziari) al fine di preparare una grande coorte longitudinale italiana.

Metodi. Il questionario ha indagato: 1) prevalenza e incidenza della DLB; 2) valutazione clinica; 3) rilevanza e disponibilità di strumenti diagnostici; 4) gestione farmacologica di disordini cognitivi, motori e comportamentali; 5) cause di ospedalizzazione, con *focus* specifico sul *delirium* e sul trattamento di esso.

Risultati. In totale, 135 centri (23,6%) hanno contribuito alla *survey*. In totale, 5.624 pazienti con DLB sono al momento seguiti dai 135 centri in un anno (2.042 di essi sono pazienti di nuova diagnosi). La percentuale di pazienti DLB è risultata inferiore (27±8%) rispetto ai pazienti con Alzheimer e con demenza frontotemporale (56±27%) pazienti. La maggioranza dei centri (91%) considera la valutazione clinica e neuropsicologica come la procedura più rilevante per la diagnosi di DLB. La maggior

parte dei centri hanno disponibilità di Risonanza Magnetica (95%), elettroencefalografia (93%), e FP-CIT *single photon emission-computerized tomography* (SPECT; 75%).

Conclusioni. Sarà quindi possibile reclutare un'ampia coorte longitudinale italiana armonizzata di pazienti DLB per studi futuri multicentrici *cross-sectional* e longitudinali.

PROGRAMMAZIONE ED EFFICACIA DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NEUROPSICOLOGICO NEL DNC

Bonansega Alessandro (a), Criscuolo Vittoria (b), Gallo Federica (a), Ramonda Evelin (a), Mardegan Sara (a)

(a) *Psicologia Clinica, Azienda Sanitaria Locale TO3, Pinerolo, Torino*

(b) *Psicologia Clinica, Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino*

Sebbene nel paziente affetto da Disturbo Neurocognitivo (DNC) parte dell'adattamento funzionale avvenga in modo spontaneo, i risultati sperimentali indicano che interventi riabilitativi specifici producono un miglioramento dei *deficit*, con importanti ricadute nella vita quotidiana e a livello plastico cerebrale. Dal 2015, l'ASL TO3 ha dedicato un Ambulatorio alla Riabilitazione neuropsicologica, a cui possono afferire i pazienti affetti da DNC lieve e maggiore in carico agli Ambulatori di Neuropsicologia e Psicogeriatrics. Dopo una valutazione *base-line* delle funzioni cognitive, attraverso il colloquio anamnestico e la valutazione testistica formale, i pazienti in carico agli Ambulatori di Neuropsicologia e Psicogeriatrics vengono inviati all'Ambulatorio di Riabilitazione neuropsicologica. La valutazione iniziale permette di precisare quali siano i disturbi del paziente, il contesto familiare e sociale in cui è inserito, la tipologia e la gravità delle funzioni cognitive lesionate, i disturbi che condizionano di più il paziente e la sua famiglia, al fine di impostare un programma riabilitativo personalizzato per numero di sedute e tipologia di esercizi. Per la riabilitazione è stato utilizzato un software con esercizi finalizzati al potenziamento, al mantenimento e al recupero delle capacità cognitivo-cerebrali, alla prevenzione dell'invecchiamento cerebrale ed alla riabilitazione delle funzioni neurologiche cognitive. Gli esercizi vengono eseguiti settimanalmente presso l'ambulatorio dell'ASL; grazie alla piattaforma web, i pazienti possono eseguire parte degli esercizi presso il loro domicilio. Al termine del *training*, viene eseguita una valutazione di *follow-up* presso l'ambulatorio di Neuropsicologia. I pazienti in carico sono attualmente 12 (7 maschi e 5 femmine), di cui 5 affetti da DNC lieve dovuto a malattia vascolare, 1 affetto da DNC maggiore dovuto a malattia vascolare, 2 affetti da DNC lieve dovuto a trauma cranico, 1 affetto da DNC maggiore dovuto a trauma cranico, 2 affetti da DNC lieve tipo Malattia di Alzheimer, 1 DNC lieve dovuto ad altra condizione medica. Il *range* di età è compreso fra i 20 e i 79 anni. I dati preliminari emersi ai test neuropsicologici, mostrano nei pazienti affetti da DNC maggiore una maggiore stabilizzazione nel declino cognitivo; i pazienti affetti da DNC lieve sono invece soggetti a un miglioramento della funzione deficitaria e a maggiore disponibilità di risorse residue e mezzi di compensazione. Inoltre, la stimolazione cognitiva intensiva e i colloqui settimanali hanno permesso in tutti i soggetti un miglioramento dei *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD), quali l'apatia, l'umore depresso e l'ansia.

PROTOCOLLO DI NEURO-STIMOLAZIONE COGNITIVA (TRAINING COGNITIVO COMPUTERIZZATO)

Bonansega Alessandro (a), Rossi Graziella (b), Paschetto Paola (b), Cirigliano Mara (b),
Agnolin Francesca (a), Dotta Federica (a)

(a) *Dipartimento Salute Mentale, ASLTO3, Pinerolo, Torino*

(b) *Strutture Diaconia Valdese, Coordinamento Opere Valli, Torre Pellice, Torino*

Il progetto di neuro-stimolazione cognitiva, è rivolto a pazienti con diagnosi di Disturbo Neurocognitivo (DNC) lieve e maggiore. Nell'ottica di fornire al paziente strategie utili che gli permettano di interagire efficacemente con l'ambiente, l'obiettivo principale è stimolare le funzioni residuali lavorando sulle funzioni cognitive superiori, quali: attenzione, linguaggio, memoria, funzione percettivo-motoria. Indirettamente si promuove la possibilità di sperimentare esperienze positive che possano sostenere l'autostima e agire sul tono dell'umore. A livello preventivo mira, inoltre, a ridurre le probabilità di insorgenza di un deterioramento cognitivo. Il lavoro viene svolto grazie all'utilizzo di un *training* cognitivo computerizzato. Da segnalare, tuttavia, la criticità rispetto alla ripetitività degli stimoli proposti, presenti all'interno del software. Mediante la neuro-stimolazione cognitiva, è auspicabile aspettarsi un rallentamento della progressione di specifiche disabilità, la promozione del benessere nella persona, una riduzione dei disturbi comportamentali e, quando possibile, dell'impiego di farmaci e di mezzi fisici immobilizzanti. Il campione di riferimento è formato da 11 pazienti di cui sette donne e quattro uomini con età media di 78,6 anni. In seguito ad una accurata raccolta anamnestica, sono stati selezionati dei quadri clinici specifici, così da poter valutare nei *follow-up* miglioramenti o stabilizzazioni del quadro. La scelta di suddividere il campione a seconda della diagnosi di riferimento è dovuta alla possibilità di poter evidenziare la presenza di eventuali differenze nell'efficacia del trattamento e nella progressione della malattia a seconda della patologia. In seguito ad una valutazione neuropsicologica di *screening*, sono stati creati dei protocolli di stimolazione cognitiva individualizzati che andassero a stimolare le funzioni residuali dei pazienti. Attraverso un *follow-up* a tre mesi, è stata controllata la risposta alla stimolazione dominio-specifica. I dati emersi dallo studio così condotto, fanno supporre, limitatamente al campione in oggetto, che la stimolazione cognitiva risulta utile per le demenze reversibili (pseudodemenza depressiva), per i DNC vascolari e per i DNC dovuti ad una condizione medico generale. Tale efficacia non viene riscontrata, al contrario, per i DNC frontotemporali e dovuti a malattia di Alzheimer, come la letteratura dimostra per ciò che concerne la patologia. Inoltre, grazie ad una valutazione qualitativa emerge un dato trasversale a tutti i quadri clinici presi in esame: la presenza di una progressione lenta di malattia. In particolare, si osserva un miglioramento delle prestazioni nei pazienti con DNC dovuti ad una condizione medico generale e in alcuni casi di DNC vascolare. Infine, oltre ad agire a livello cognitivo, si osservano effetti positivi anche sul versante dell'affettività, dell'autostima e del tono dell'umore, grazie all'interattività della stimolazione cognitiva stessa.

GESTIONE DELLE PERSONE CON DEMENZA E BPSD: DAI MODELLI TEORICI ALLA APPLICAZIONE PRATICA

Camuri Chiara, Lanzoni Alessandro, Salimbeni Isabella, De Vreese Luc Pieter, Carnevali Cristiano, Rabitti Irene, Aufiero Daiana, Fabbo Andrea
Fondazione Boni Onlus, Suzzara, Mantova

Introduzione. Il ricovero di persone con demenza in nuclei per la gestione dei disturbi del comportamento (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSD) può essere complicato e può richiedere l'utilizzo di contenzioni chimiche o fisiche, le quali a loro volta determinano perdita di dignità, mettono a rischio i pazienti e provocano un calo significativo della qualità della vita. La gestione dei BPSD da parte di *caregiver* formali può essere costosa e fonte di stress. Obiettivi: sviluppare un *setting* per il trattamento psico-sociale dei BPSD, che consenta il contenimento dei livelli di stress degli operatori e favorisca il coinvolgimento degli ospiti in attività.

Metodi. Per sviluppare un Nucleo Demenze in ottica psico-geriatrica il personale assistenziale è stato selezionato secondo grado di motivazione e attitudine alla flessibilità lavorativa. Gli operatori sono stati responsabilizzati rispetto allo sviluppo dell'ambiente fisico dopo una formazione specifica sulle demenze e sui modelli di assistenza principali, in collaborazione con un Terapista Occupazionale formato nell'ambito delle demenze. Lo sviluppo del *setting* è progredito eliminando fonti di caduta, mascherando le uscite, creando punti di interesse negli ambienti secondo i principi della reminiscenza e stimolando gli ospiti a partecipare a routine giornaliere di attività personalizzate secondo la storia di vita e stimolanti (musica, lavoro simulato, ballo, ...). Sono stati introdotti altri elementi di trattamenti psico-sociali descritti in letteratura (*snoezelen*, *pet therapy* informale) e implementati nelle routine personalizzate degli ospiti. La cura del *caregiver* è stata affidata a una presa in carico psicologica.

Risultati. Il Nucleo Arcobaleno si è rivelato in grado di realizzare la gestione psico-sociale dei BPSD e con favorevole rapporto costo-efficacia. Sono stati monitorati per un anno e mezzo i seguenti indicatori di efficacia: l'ambiente è stato sviluppato a costo zero, utilizzando donazioni e coinvolgendo tutto il personale e i familiari nella raccolta di elementi di arredo, inoltre lo stress degli operatori è rimasto sotto controllo determinando l'assenza di giorni di malattia, la responsabilizzazione dello staff e l'utilizzo di nuovi modelli di lavoro. L'utilizzo di contenzioni fisiche e farmacologiche è stato ridotto al minimo con un numero esiguo di cadute e invii al pronto soccorso. Gli ospiti del nucleo partecipano quotidianamente ad attività significative in base al livello di decadimento cognitivo.

Conclusioni. La gestione dei BPSD è una sfida dal punto di vista organizzativo e concettuale. La trasformazione dei modelli teorici nella pratica avviene solo in seguito all'utilizzo di metodi condivisi all'interno dell'*équipe* multi-professionale. L'utilizzo di più elementi ricavati da modelli di assistenza e trattamenti psico-sociali diversi si è rivelato un metodo di lavoro efficace. La sfida è quella di mantenere sul lungo periodo un'organizzazione in grado di favorire il lavoro in ottica protesica.

DAL CENTRO DELLA MEMORIA, UNA RETE PER LE DEMENZE

Caneparo Stefania (a), Marinoni Vito (a), Ortone Elena (a), Coda Zabetta Maria Grazia (a), Ferlisi Franco (b), Papa Stefania (a), Braggion Gabriella (a), Collobiano Anna (a)

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

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

Coerentemente con i recenti dati del rapporto Mondiale sull'Alzheimer e con le indicazioni del Piano Nazionale Demenze, il Centro della Memoria di Biella si sta sviluppando seguendo il modello *Dementia Friendly Communities*, presente in molti Paesi del mondo. L'obiettivo principale del Centro è il miglioramento della qualità di vita dei malati e delle loro famiglie. Si passa così da un modello bio-medico a uno psico-sociale in cui la persona malata è al centro del progetto. Dal 2010 ad oggi, per rispondere alle esigenze di pazienti e famigliari, si è resa necessaria la realizzazione di progetti e iniziative multidisciplinari basati su interventi psicosociali: sono nati la Palestra della Memoria, Caffè Alzheimer, Gruppi psicoeducazionali e "Alzheimer incontra Montessori". La Palestra della Memoria è un centro in Biella in cui vengono svolti interventi psicosociali le cui finalità sono: creare benessere, limitare l'insorgenza di disturbi del comportamento, stimolare le funzioni cognitive per mantenere le proprie autonomie il più a lungo possibile. Sono attivi laboratori di stimolazione cognitiva, reminescenza, psicomotricità, orientamento nello spazio, arteterapia, pilates. La frequenza media è di 50 utenti al mese, con un flusso annuo di 100 persone. Una volta al mese si tiene il gruppo di auto mutuo aiuto per i famigliari. Dal 2016, su richiesta del territorio, la Palestra ha aperto una sede anche a Valle Mosso, Paese del biellese orientale. Il Caffè Alzheimer si rifà al modello di Bère Miesen, momento d'incontro in cui malati, famigliari e volontari, coinvolti attorno allo stesso problema, possono mettere in comune le loro esperienze e ricevere informazioni. Inizialmente realizzato a Biella si è poi allargato in altre tre aree periferiche: Trivero, Viverone e Cossato. Ad oggi i partecipanti ai caffè sono una media di 60. I gruppi psicoeducazionali sono rivolti ai *caregivers* con obiettivi informativi-educativi, di sostegno e di supporto. Sono previsti tre incontri in cui vengono forniti consigli pratici per la gestione della persona malata, informazioni sulla rete di servizi territoriali, al fine di ridurre lo stress, il senso di colpa e la paura correlata alla sintomatologia. Dal 2012 ad oggi i partecipanti ai gruppi sono stati: 135. Il progetto "Alzheimer incontra Montessori" si basa sulle tecniche educative montessoriane utilizzate con persone con demenza di livello lieve e moderato, segue le indicazioni già sperimentate in USA da J.C. Cameron. Nel 2015 ha coinvolto un totale di 9 persone per 26 incontri. I risultati hanno dimostrato una diminuzione dell'apatia e dello stress del *caregiver*. La pluralità degli interventi sviluppati sul territorio biellese mostra l'importanza di una visione sempre più centrata sulla persona nella sua globalità. Spostare l'attenzione dalla malattia alle conseguenze della malattia ha permesso di poter offrire maggiori risposte alle domande dei famigliari e dei pazienti, mostrando un miglioramento della Qualità di Vita.

RETE DEGLI AMBULATORI DELLA FRAGILITÀ: SPERIMENTAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

Castagna Alberto (a), Gareri Pietro (b), Staglianò Mario (c), Rocca Maurizio (d)

(a) CDCD di Catanzaro Lido, Ambulatorio Demenze di Chiaravalle, ASP di Catanzaro, Catanzaro

(b) CDCD Catanzaro Lido, ASP di Catanzaro, Catanzaro

(c) Casa della Salute di Chiaravalle, ASP di Catanzaro, Catanzaro

(d) Direzione Aziendale, ASP di Catanzaro, Catanzaro

Introduzione. Le attività specialistiche svolte negli ambulatori di patologia avviate presso le Unità Complesse di Cure Primarie, di cui l'Ambulatorio della Fragilità rappresenta un esempio innovativo, sono essenzialmente finalizzate a concretizzare l'approccio tipico della medicina di iniziativa in relazione alle patologie cronico-degenerative e comunque nell'ambito di una complessa riprogrammazione del sistema delle Cure Primarie. In sintesi la mission degli Ambulatori di Fragilità è stato di facilitare la presa in carico di bisogni complessi con l'integrazione della figura del Geriatra, se necessario estesa agli altri servizi territoriali. Scopo del lavoro è stato di analizzare i dati dei primi 300 pazienti consecutivi afferenti ai nostri ambulatori dedicati.

Metodi. Il presupposto è stato di ricondurre ad una vera presa in carico del paziente e dei suoi specifici bisogni di salute con il contributo dello specialista al di fuori, quindi di una mera logica consulenziale. In tale prospettiva è apparso essenziale la selezione del paziente da inserire nel circuito degli Ambulatori di Fragilità. Infatti le attività geriatriche dedicate, sono state finalizzate ad un adeguato inquadramento assistenziale delle persone ultrasessantacinquenni con quadri di prefragilità/fragilità (almeno un criterio di Fried con invio diretto del MMG su ricettario bianco).

Risultati. Dei 300 pazienti, 118 (39,3%) erano di sesso maschile, l'età media è stata di $82,79 \pm 6,65$ anni; con un BMI di $22,17 \pm 2,15$ kg/m², sono stati rilevati i seguenti punteggi alla VMD; MMSE $11,05 \pm 2,44$; ADL $0,95 \pm 2,06$; IADL $0,04 \pm 0,188$; CIRS $4,95 \pm 1,72$; il numero di farmaci $6,16 \pm 2,20$. Il Criterio di Fried (CF) più frequentemente riscontrato è stato quello della Stanchezza 97,3%, con una media di criteri paziente di $4,74 \pm 0,56$. Nel 80,3% dei pazienti erano presenti 5 criteri, nel 13,3% 4 criteri, nel 6,4% 3 criteri. Dopo analisi di correlazione bivariata il numero di CF risultava significativamente correlata con MMSE e la presenza di Scompenso Cardiaco. Dopo analisi multivariata si manteneva la sola correlazione con il MMSE (beta-0,209; p=0,000).

Conclusioni. L'attività sperimentale degli Ambulatori della Fragilità è stato quello di fornire uno strumento per riconoscere le condizioni di prefragilità/fragilità, capace di fornire una risposta assistenziale coerente e completa, prevenendo/riducendo al tempo stesso le condizioni di disabilità. L'analisi dei dati, strategicamente richiesta dalla Direzione Aziendale, ha consentito di programmare la prosecuzione della sperimentazione e l'invio dei paziente idonei ai CDCD distrettuali evidenziando una correlazione inversa, statisticamente significativa, tra funzionalità cognitiva e fragilità

GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI TRAMITE TERAPIA DELLA BAMBOLA

Castro Giuseppe, Razza Grazia, Valmara Baraldo Lucia, Santagati Mario
Azienda Sanitaria Provinciale, Catania

Introduzione. Le demenze si caratterizzano oltre che per il progressivo declino cognitivo, anche per i disturbi comportamentali che spesso rappresentano l'elemento di più difficile gestione da parte del *caregiver*. Vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, agitazione e aggressività rappresentano le emergenze per le quali più frequentemente viene richiesto il trattamento farmacologico, che non sempre risulta efficace e può produrre significativi effetti collaterali. Le più recenti evidenze scientifiche riportano l'efficacia di terapie alternative quali la terapia della bambola; numerosi studi hanno evidenziato, infatti, che nell'accudimento e nel *maternage* della bambola terapeutica, la persona attiva relazioni tattili e affettive, si ha la diminuzione dei disturbi comportamentali offrendo, altresì, alla persona la possibilità di coinvolgersi in attività finalizzate.

Metodi. M.S. 70 anni, presenta una diagnosi di Alzheimer di grado severo (MMSE=9) e gravi alterazione della sfera affettiva e comportamentale fra cui agitazione psicomotoria, tendenza alla fuga e significativa oppositività. M.S. vive con il marito che non riesce più a gestirla nell'ambito domestico. In precedenti esperienze di ricovero semiresidenziale, vengono riportati episodi di fuga, agitazione e attività afinalistiche. All'osservazione, durante le terapie occupazionali, si evidenzia marcata labilità attentiva, tendenza ad alzarsi e vagabondare per la struttura ma l'interesse spontaneo verso l'immagine di un giornale riportante la foto di un bambino. Si struttura il seguente intervento: 1 sessione di terapia della bambola della durata di 20 minuti presso il centro diurno e l'utilizzo della bambola 2 volte al giorno in ambito domestico. L'efficacia dell'intervento è valutata dall'osservazione e della valutazione quantitativa e qualitativa dei disturbi comportamentali attraverso somministrazione NPI ($t_0 = \text{baseline}$ e $t_1 = \text{follow-up}$ 3 mesi) e monitoraggio quantitativo e qualitativo dei disturbi comportamentali presso il centro diurno.

Risultati. Durante la sessione di terapia, la paziente accudisce l'oggetto bambola riconoscendolo come bambino a tutti gli effetti e prendendosene cura; nei momenti di agitazione, la bambola riesce a calmare la paziente, riducendo i disturbi comportamentali; dalla valutazione del NPI (confronto t_0 vs t_1) appaiono diminuiti l'agitazione ($t=-2,111$ sig=0,064), l'apatia/indifferenza ($t=-5,247$, sig=0,000), l'irritabilità/labilità ($t=-3,537$, sig=0,001), la depressione/disforia ($t=-4,243$, sig=0,000), con conseguente anche diminuzione del distress del *caregiver* ($t=-3,537$, sig=0,001).

Conclusioni. L'utilizzo della *doll therapy* ha contribuito alla riduzione dell'apatia, dell'agitazione, dell'aggressività e dell'ansia e di conseguenza all'aumento del benessere psicofisico e della qualità di vita sia del paziente che del *caregiver*, evitando l'aumento della terapia farmacologica e consegnando al familiare nuove strategie di intervento per il proprio caro.

DELIRIUM IN UN SETTING NEUROLOGICO PER PAZIENTI ACUTI: DIFFERENZE DI GENDER

Ceraso Anna, Rozzini Luca, Padovani Alessandro
Scienze Cliniche e Sperimentali, Clinica Neurologica Università degli Studi, Brescia

Obiettivi. Il *delirium* è una sindrome neuropsichiatrica comune fra i pazienti anziani. È generalmente considerato un fattore di rischio per insorgenza (o più rapida progressione) di decadimento cognitivo e funzionale. Il sesso maschile sembra predisporre all'insorgenza di *delirium*; sono state analizzate in letteratura eventuali differenze fra i sessi nella gravità dell'episodio, evidenziando che le donne con maggior indice di fragilità e comorbidità alla *baseline* sperimentano un *delirium* di maggiore severità, mentre negli uomini l'intensità della sintomatologia correla inversamente con il livello di scolarità e verosimilmente con la riserva cognitiva. Non è chiara l'influenza esercitata dal fattore gender sulle traiettorie di remissione clinica, così come gli *outcomes* a breve termine che ne conseguono. Si sono pertanto indagati questi aspetti in un *setting* neurologico per pazienti acuti.

Materiali. 83 pazienti (maschi=42) ricoverati consecutivamente presso la Clinica neurologica e ritenuti affetti da *delirium* prevalente o incidente. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti che sviluppassero *delirium* dovuto ad astinenza da alcol o sostanze.

Metodi. Per ogni paziente sono stati riportati età, scolarità, disturbo neurocognitivo premorbo, MMSE (pre-morbo), APACHE, CIRS, Rankin, Tinetti e Barthel Index (al ricovero e alla dimissione), albumina sierica, numero di farmaci assunti al domicilio, sottotipo motorio di *delirium*, presunta causa di *delirium*, durata del ricovero, allocazione. Si è investigata l'influenza del sesso sui vari parametri in studio.

Risultati. L'età, la scolarità, il MMSE e la durata dell'ospedalizzazione sono risultati sovrapponibili nei due sessi. Patologie di natura infettiva (infezione urinaria e vie respiratorie) sono risultate essere la causa più frequente di *delirium* (34,1% nelle femmine, 35,7% nei maschi). Le femmine hanno manifestato più frequentemente *delirium* ipocinetico (26,8% vs 16,7% nei maschi), mentre i maschi i sottotipi ipercinetico e misto (73,2% nelle femmine, 83,3% nei maschi). Le femmine avevano un maggiore livello di comorbidità di compromissione motoria e funzionale (all'ingresso: Barthel Index $55,3 \pm 28,3$ vs $60,9 \pm 38,7$, $p > 0,05$; Tinetti $17,5 \pm 9,9$ vs $20,3 \pm 6,9$, $p > 0,05$; Rankin $3,1 \pm 1,4$ vs $2,4 \pm 1,6$; $p < 0,05$), suggerendo una predisposizione allo sviluppo di *delirium* nel sesso maschile. La differenza di punteggio al Barthel Index alla dimissione è risultata inferiore nelle femmine ($-9,0 \pm 23,9$ vs $-19,8 \pm 25,9$, $p = 0,05$), comportando la probabilità che gli uomini sperimentino maggiore deterioramento funzionale dopo *delirium*.

Discussione. I nostri dati rafforzano l'idea di una maggiore vulnerabilità al *delirium* nei maschi, sia nello sviluppo di *delirium* che nel recupero: ulteriori ricerche sono essenziali per confermare questo dato e per indagarne le potenziali implicazioni prognostiche a medio termine.

IMPLEMENTAZIONE E ADATTAMENTO DEI CENTRI DI INCONTRO (*MEETING CENTER*) IN EMILIA-ROMAGNA: IL PROGETTO MEETINGDEM

Chattat Rabih (a), Scorolli Claudia (b), Mascagni Paola (c), Graziani Manuela (d), De Carolis Stefano (e), Farina Elisabetta (f)

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

(b) *Azienda Servizi alla Persona Città di Bologna, Bologna*

(c) *Azienda Servizi alla Persona Valloni Marecchia, Rimini*

(d) *Azienda Unità Sanitaria Locale Romagna, Rimini*

(e) *Fondazione Don Gnocchi, Centro IRCCS S. Maria Nascente, Milano*

Introduzione. Nell'ambito degli interventi psicosociali per la demenza il tema del percorso post-diagnostico rappresenta una sfida per l'organizzazione della rete dei servizi offerti che risulta spesso frammentata. Il progetto MEETINGDEM ha l'obiettivo di implementare adattivamente l'esperienza olandese del programma di supporto dei *Meeting Center* (MC) alla realtà di altri Paesi europei (Italia: Milano e Bologna, Polonia: Wroclaw, Regno Unito: Worcester). Il programma di supporto dei MC basato sul modello di *coping* e adattamento prevede la personalizzazione degli interventi attraverso una diagnosi psicosociale e la realizzazione di interventi mirati ai bisogni e alle sfide delle persone con demenza e dei loro familiari. In Emilia-Romagna si sono aperti i primi Centri di Incontro (CI) a novembre (2015), nelle sedi di Bologna, Rimini e Riccione, promossi dalla rete dei servizi e dei centri per disturbi cognitivi e per la demenza. Altri due centri sono stati aperti a Milano. L'obiettivo del CI è di migliorare l'equilibrio emotivo, promuovere la socializzazione e l'attivazione delle persone con demenza e dei loro familiari. Vengono presentati i primi risultati sull'impatto dei MC nella regione Emilia-Romagna.

Metodi. I centri sono rivolti a persone con demenza di grado lieve moderato e le valutazioni sono state fatte subito dopo l'apertura dei centri e a distanza di 7 mesi, ai partecipanti e ai loro familiari e sono stati somministrati i seguenti questionari: Per la persona con demenza: *Cornell Scale for Depression in Dementia*, *Global Deterioration Scal*, Scheda sociodemografica, Pre-questionario sulla qualità della vita, Scala sulla qualità della vita; Scala sulla qualità di vita nella malattia di Alzheimer; Scala del sostegno sociale di Duke; questionario EuroQol; Scala sullo stigma - *Stigma Impact Scale: Neurological Impairment*. Per il *caregiver*: Scheda sociodemografica; Scala breve sul senso di competenza - *Short Sense of Competence Questionnaire*; scala sulla solitudine - *Ucla Loneliness Scale* (3 item); Questionario sulla salute - (G.H.Q.-12 di Goldberg); *Neuropsychiatric Inventory*; Inventario dei servizi ricevuti da parte della comunità - *Community Service Receipt Inventory*.

Risultati. Dopo l'apertura la partecipazione ai centri è stata significativa con copertura dei posti disponibili. I risultati hanno messo in evidenza una alta soddisfazione del *caregiver*, una riduzione dei sintomi psicologici e comportamentali, maggiore senso di competenza del familiare e una migliore qualità di vita della persona con demenza e del familiare.

Conclusioni. I primi dati evidenziano l'efficacia dei *Meeting Center* integrati nella rete dei servizi e in diretta collaborazione con i CDCD e permettono di migliorare l'integrazione e la personalizzazione degli interventi offrendo un orientamento in uscita.

PROFILI COGNITIVI NELLA DEMENZA DEGENERATIVA SENZA EVIDENZA DI PATOLOGIA DEI PICCOLI VASI E NELLA DEMENZA VASCOLARE MICROANGIOPATICA

Cipollini Virginia, De Carolis Antonella, Donato Nicole, Sepe-Monti Micaela, Orzi Francesco, Giubilei Franco

Ospedale S. Andrea, Facoltà Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma

Le possibili differenze di prestazioni cognitive nella malattia di Alzheimer (AD) e nella Demenza Vascolare (VaD) sono state esaminate in un cospicuo numero di studi, tuttavia i dati in letteratura sono contrastanti. Gli obiettivi del nostro studio sono stati: a) analizzare il modello neuropsicologico nei soggetti affetti da demenza degenerativa senza evidenza di patologia dei piccoli vasi (DD) e nei soggetti affetti da demenza vascolare con microangiopatia, nelle fasi iniziali di malattia; b) indagare le differenze nella progressione del deterioramento cognitivo. Settantacinque pazienti con probabile VaD e settantacinque pazienti con probabile DD sono stati inclusi nello studio. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica standard, comprendente i seguenti test: *Visual Search*, Matrici Attenzionali, *Story Recall*, Matrici Progressive di Raven, Fluidità verbale fonologica e semantica, test di Token e Copia Disegni. La gravità della compromissione cognitiva è stata stratificata in base al punteggio del *Mini Mental State Examination* (MMSE). Quindici soggetti con probabile DD e dieci soggetti con probabile VaD sono stati sottoposti a rivalutazione cognitiva dopo 12 mesi. Nessuna differenza significativa è stata trovata nei test neuropsicologici tra i soggetti DD e VaD con lieve compromissione cognitiva ad eccezione dello *Story Recall* ($p < 0,001$). Nella rivalutazione neuropsicologica a 12 mesi il valore del MMSE ($p = 0,037$), del test di Corsi ($p = 0,041$), dello *Story Recall test* ($p = 0,032$), della fluidità verbale fonologica ($p = 0,02$) e della copia di disegni ($p = 0,043$) era significativamente peggiore nei pazienti con demenza degenerativa senza evidenza di patologia dei piccoli vasi, mentre nei soggetti con VaD risultava significativamente peggiore il valore del test *Visual Serch* ($p = 0,036$). Questi risultati suggeriscono che una valutazione neuropsicologica potrebbe aiutare a differenziare la demenza degenerativa senza evidenza di patologia dei piccoli vasi dalla demenza vascolare microangiopatica, soprattutto nelle fasi iniziali di malattia.

QUANTO PENSA FUNZIONI BENE LA SUA MEMORIA?

Ciricugno Andrea (a), Basilico Stefania (a,b), Ambrogio Teresa Viviana (a), Casi Erika (a), Gelosa Giorgio (a,b), Bottini Gabriella (a,b)

(a) Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

(b) Università degli Studi, Pavia

Introduzione. Evidenze in letteratura dimostrano come, una scarsa accuratezza nel giudicare le proprie prestazioni mnesiche, rappresenti una caratteristica clinica comune nei pazienti con Malattia di Alzheimer (MA), che, seppur riconoscibile già nelle fasi più precoci della malattia, si accentui al progredire della stessa. La compromissione mnesica, caratteristica della patologia, può alterare la percezione soggettiva del funzionamento cognitivo, compromettendo il senso d'identità personale e conseguentemente influenzando il giudizio sul proprio grado di autonomia funzionale. Di recente l'interesse dei ricercatori si è indirizzato verso lo studio della percezione soggettiva del disturbo mnesico in stadi prodromici della MA quali il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e il disturbo soggettivo di memoria *Subjective Memory Impairment* (SMI). I risultati ottenuti tuttavia sono contrastanti, principalmente a causa dell'importante variabilità inter-individuale e della possibile interferenza di fattori non cognitivi quali la sintomatologia depressiva e/o ansiosa. Il presente studio si propone di valutare, in gruppi di pazienti MA, MCI e SMI, la correlazione tra la percezione soggettiva del funzionamento della memoria e la prestazione oggettiva rilevata ai test e di analizzare se il giudizio dei pazienti circa la propria memoria differisca in base al gruppo clinico di appartenenza.

Metodi. Sono stati reclutati 36 pazienti (10 MA, 9 MCI, 17 SMI), a cui sono state sottoposte due scale *Visual Analogue Scale* (VAS) con lo scopo di valutare, rispettivamente, la percezione che i soggetti possiedono circa la propria memoria rispetto a se stessi e rispetto ai propri coetanei. In seguito i pazienti sono stati sottoposti a una batteria neuropsicologica completa e a una scala comportamentale per verificare la presenza di sintomatologia depressiva.

Risultati. L'analisi dei dati ha evidenziato come all'interno dei gruppi di pazienti MA e SMI non emergano correlazioni significative tra la percezione soggettiva del funzionamento della memoria e la prestazione oggettiva ai test, mentre all'interno del gruppo dei pazienti MCI emergano correlazioni significative.

Discussione. I pazienti AD e SMI, plausibilmente per ragioni differenti, sembrerebbero possedere una percezione soggettiva del funzionamento della memoria diversa rispetto a quanto obiettivato dai test cognitivi. In particolare, i pazienti AD tendono a sottostimare la gravità del proprio *deficit* di memoria, mentre i pazienti SMI tendono a sovrastimare il disturbo, ritenendo le proprie capacità di memoria peggiori rispetto a quanto rilevato dai test. Il gruppo di pazienti MCI invece mostra di avere un'adeguata percezione del proprio disturbo rispetto a quanto obiettivato dai test cognitivi.

VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE IN UNA RESIDENZA SANITARIA (RSA), MEDIANTE TEST DI RIFERIMENTO

Clementi Carlo (a), Fanisio Lorella (a), Carlotta Annunziata (a), Struglia Carlo (b)

(a) *Istituto Climatico Santo Volto, Santa Marinella, Roma*

(b) *Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma*

Introduzione. Con il termine di Complessità Assistenziale si intende sia la valutazione dei bisogni di tipo fisico, educativo, relazionale di un paziente, sia l'analisi delle attività e il contesto in cui queste vengono erogate. Per misurare il "peso assistenziale" del paziente ci si basa sulla complessità clinica e sulla complessità assistenziale infermieristica. Lo scopo dello studio è valutare l'esistenza di un adeguato rapporto tra le risorse a disposizione e l'assistenza richiesta dal paziente.

Metodi. Sono state studiate, nell'anno 2015, 40 ospiti presenti in una RSA ad elevata assistenza. Tutte di sesso femminile di età media 80,2 anni ($\pm 4,1$), divise in due reparti (modulo azzurro e modulo verde), affette da multi patologie in particolare malattie neurologiche, cardiache respiratorie, ecc.). Tutte sono state sottoposte a test di autonomia (*Activities of Daily Living - ADL, Instrumental Activities of Daily Living - IADL*), test cognitivi (*Mini-Mental State Examination - MMSE*) e al calcolo dell'indici di complessità clinica (CIRS) e complessità assistenziale infermieristica (ICA).

Risultati. La Complessità Clinica (CIRS) è stata misurata mediante: indice di severità e indice di comorbidità: Indice di severità del modulo azzurro è 3,2/5, mentre quello del modulo verde è 3,0/5 (p=ns); anche l'indice di Comorbidità è simile: modulo azzurro 2,1/3; modulo verde 2,0/3 (p=ns). Indici superiori alla mediana che indicano una complessità patologica elevata. L'indice della complessità assistenziale è per il modulo azzurro =44,65 IC ponderato e per il modulo verde di è di 41,1 IC ponderato, la differenza è dell'8% p=ns. Altri indici di Disabilità: ADL, IADL, MMSE, somministrati sono statisticamente non significativi, p=ns.

Discussione e conclusioni. In questa RSA, tutti i test confermano una situazione clinico/assistenziale elevata la cui complessità assistenziale è equamente divisa nei due reparti per cui le difficoltà gestionali possono derivare da un singolo ospite, che, per esempio, può presentarsi all'arrivo cachettico e/o allettato; ciò richiede ovviamente più tempo assistenziale. La difficoltà gestionale può essere evidenziata anche dai test di stress-lavoro correlato del personale di assistenza, ai quali aggiungere le dinamiche che regolano i rapporti interpersonali.

📄 SISTEMA ACG® E L'UTILIZZO DI UNA CARTELLA INFORMATIZZATA (CACEDEM) PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DECLINO COGNITIVO E DEMENZA NELLA REGIONE VENETO. RECORD LINKAGE DEI FLUSSI INFORMATIVI CORRENTI PER MISURARE LA PREVALENZA DELLA DEMENZA NELLA POPOLAZIONE DEL VENETO

Corti Maria Chiara, Basso Cristina, Avossa Francesco, Ceschel Silvia, Aggio Antonio, Mantoan Domenico
Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto, Venezia

Introduzione. La Regione Veneto per rispondere agli obiettivi del Piano Nazionale Demenze (DGR 653, 2015) ha messo a punto sistemi di rilevazione informatici integrati in grado di intercettare i percorsi di cura dei pazienti affetti da declino cognitivo e demenza, tenendo conto della multimorbilità e del consumo di risorse, sia attraverso il sistema *Adjusted Clinical Groups (ACG System®* - in sinergia con la *Johns Hopkins University* di Baltimora, titolare della licenza) che è in grado di commisurare le risorse ai reali bisogni della popolazione, sia attraverso una Cartella Clinica Elettronica per le Demenze (CaCEDem) adottata da tutti i Centri per il Declino Cognitivo e le Demenze (CDCD) della Regione che è in grado di intercettare e censire le nuove diagnosi e i processi di cura dei pazienti affetti da demenza.

Metodi. ACG è un sistema che permette di stratificare il case-mix della popolazione in base alle malattie co-presenti in ogni soggetto, mappando nel territorio la distribuzione e l'impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie; rappresenta quindi un strumento di aggiustamento del rischio, con possibilità di impiego sia retrospettivo che prospettico. ACG linkando i dati di ogni singolo assistito, integra i flussi informativi provenienti da ricoveri, specialistica, esenzioni ticket, pronto soccorso, farmaceutica, psichiatria, pronto soccorso, malattie rare e dal sistema informativo distrettuale (ADI, UVMD) con i relativi costi o tariffe, con la possibilità di integrare anche i dati dei database clinici dei medici di Medicina Generale. A questo si aggiungono i dati relativi alla cartella CaCEDem che intercetta i casi di decadimento cognitivo e demenza seguiti presso i CDC-D del Veneto. Lo strumento è stato configurato come applicativo basato su tecnologia web per fornire una duplice possibilità di utilizzo e servizio alle varie utenze regionali e per essere idoneo a supportare processi e continuità delle cure, rendendo disponibile la storia clinica del paziente ai diversi professionisti coinvolti nella multidisciplinarietà della presa in carico, supportando le attività gestionali ed amministrative correlate ai processi di cura, permettendo la condivisione delle informazioni amministrative (ad esempio: prenotazioni di visite specialistiche, prescrizione di farmaci) o organizzative/ausiliarie per le reti di supporto ai pazienti nelle cronicità.

Risultati. Con il grouper ACG, la popolazione viene suddivisa in 93 categorie ACG, postulate come omogenee per peso assistenziale, che classificano in maniera mutuamente esclusiva tutti i soggetti basandosi sulle diagnosi e sull'andamento prognostico delle

malattie. ACG restituisce anche misure di prevalenza delle demenze usando le diagnosi e i farmaci ricavati dai flussi aziendali che confluiscono in regione. A fronte di una popolazione di 4.992.000 abitanti, nel 2014 sono state individuate, con le sole diagnosi, 49.477 persone con demenza, mentre con l'aggiunta del criterio farmacologico (uso di farmaci specifici per demenza) sono stati individuati ulteriori 8.831 pazienti per un totale di 58.308 soggetti con diagnosi di demenza nella popolazione del Veneto. I pazienti affetti da demenza presentano un'elevata necessità assistenziale ed un importante impiego di risorse pari a 6 volte il costo sanitario dell'utente medio del servizio sanitario nazionale. Un quarto dei pazienti con demenza ha un bisogno assistenziale molto elevato (15 volte la media), un terzo ha un bisogno elevato (7 volte la media) e la metà dei malati ha un carico moderato (2.5 volte la media). Questi segmenti di popolazione possono essere oggetto di intervento con strumenti di case o *disease management* che valorizzano l'uso prospettico delle informazioni sanitarie raccolte da ACG. L'utilizzo dalla cartella CaCEDem nella pratica clinica, iniziato a gennaio 2015, dopo un anno, ha visto l'inserimento di 1.400 soggetti in diversi stadi di malattia e con la raccolta di numeros informazioni cliniche e funzionali aggiuntive. I dati del 2016 sono in corso di elaborazione.

Conclusioni. ACG è in grado di dare misure certe e non stime di prevalenza regionale di distribuzione delle demenze e di individuare i soggetti a maggior rischio di eventi avversi, consentendo di pianificare programmi di prevenzione e di medicina di iniziativa, anche in sinergia tra MMG e distretto. Utilizzando ACG come sistema di pesatura e aggiustamento, è possibile calcolare, i costi attesi pesando i costi osservati per il carico di comorbidità, contribuendo ad effettuare confronti più equi e contribuendo a programmare in modo più appropriato la suddivisione delle risorse. I dati rilevati da CaCEDem consentiranno di raggiungere una stima sempre più affidabile della prevalenza e dell'incidenza di declino cognitivo e demenza nella Regione Veneto, di perseguire gli obiettivi di appropriatezza delle prestazioni erogate e di omogeneità dell'assistenza, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e vulnerabilità socio-sanitaria.

GLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA AUMENTANO IL RISCHIO DI DEMENZA? UNO STUDIO CASO-CONTROLLO

D'Amore Carmen (a), Da Cas Roberto (b), Musicco Massimo (c), Rossi Mariangela (d), Vanacore Nicola (b), Traversa Giuseppe (b)

(a) *Unità Epidemiologia Clinica, Direzione Medica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Unità di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto di Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano*

(d) *Servizio Programmazione Socio-Sanitaria dell'Assistenza Distrettuale, Regione Umbria, Perugia*

Introduzione. Recenti studi di coorte hanno indagato l'esistenza di una associazione tra l'uso di inibitori di pompa protonica (PPI) e l'insorgenza di demenza nella popolazione anziana e hanno stimato un rischio aumentato negli utilizzatori. L'obiettivo di questo studio è quello di approfondire ulteriormente questa associazione.

Metodi. È stato condotto uno studio caso-controllo tra i residenti della Regione Umbria con età ≥ 65 anni. Le informazioni utili per lo studio sono state raccolte dai database regionali delle dimissioni ospedaliere e delle prescrizioni farmaceutiche. I casi includevano soggetti con la prima ospedalizzazione con diagnosi di demenza, o la prima prescrizione di farmaci traccianti, nel periodo 01/01/2013-31/12/2015. Ad ogni caso è stato appaiato un controllo per anno di nascita, sesso e numero di anni di storia sanitaria. Per i casi e per i controlli è stata ricostruita l'esposizione pregressa a PPI fino ad un massimo di 16 anni precedenti alla data indice; l'intensità d'uso è stata misurata sulla base della durata delle prescrizioni in dosi definite standard.

Risultati. Nel periodo in studio sono stati identificati 5.999 soggetti con diagnosi potenziale di demenza. I casi presentano più comorbidità e prescrizioni di farmaci rispetto ai controlli: ictus (26,8% vs 22,7%), ipertensione (45,0% vs 42,0%), ipercolesterolemia (68,8% vs 41,8%), uso di antiaggreganti (53,7% vs 46,0%), anticoagulanti (90,2% vs 88,8%) e FANS (35,6% vs 33,7%). I casi sono più frequentemente esposti a PPI (42,8% vs 40,4) e con una intensità d'uso superiore (soggetti con esposizione ≥ 400 DDD: 12,0% vs 9,7%). L'analisi multivariata che ha tenuto conto dei potenziali confondenti non ha mostrato un incremento nel rischio di demenza fra gli utilizzatori di PPI.

Conclusioni. Le analisi finora condotte non sostengono un possibile incremento del rischio di demenza fra gli assuntori di PPI. Ulteriori approfondimenti in sottogruppi di popolazione sono in corso.

CENTRI DIURNI ALZHEIMER: I REQUISITI DELL'AMBIENTE TRA REGOLAMENTAZIONE REGIONALE, FALSI MITI ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

Darvo Gianluca, Serrani Virginia

Dipartimento di Architettura, Università degli Studi, Firenze

Introduzione. La progettazione ambientale si fonda sul principio che alcune caratteristiche dello spazio possono assumere una valenza “terapeutica” e supportare le difficoltà connesse con i *deficit* cognitivi; al contrario, può avvenire che spazi non adeguatamente progettati possano contribuire ad accentuare le disabilità e ad ostacolare il lavoro degli operatori. Se questo è vero per tutte le strutture che ospitano persone con demenza, è particolarmente significativo per il CDA, anche per il supporto allo svolgimento delle attività terapeutiche e bio-pisco-sociali.

Metodi. Per conoscere gli strumenti disponibili ad orientare le scelte, è stata condotta una ricognizione dei riferimenti normativi e delle linee di indirizzo presenti a livello nazionale e della più aggiornata letteratura scientifica internazionale. L’obiettivo della ricognizione è stato quello di rilevare il livello di efficacia delle indicazioni normative rispetto alle reali esigenze degli utenti e la rispondenza tra indicazioni ed evidenze.

Risultati. Le indicazioni delle normative nazionali relative alla dotazione e alle caratteristiche degli spazi, sebbene con significative differenze regionali, sono datate, carenti di informazioni e non sempre rispondenti alle reali esigenze. Le “Linee d’Indirizzo sui Centri Diurni Alzheimer”, sviluppate da un gruppo di lavoro nazionale e con una sezione sui Requisiti Strutturali, rappresentano ad oggi la prima risposta concreta alla carenza di strumenti efficaci e aggiornati. Il panorama internazionale è invece ricco di studi che, sulla base di evidenze, orientano gli interventi di progettazione e di ristrutturazione degli spazi con l’obiettivo di renderli maggiormente protesici. L’analisi degli studi ha consentito di tracciare un *framework* di aspetti spaziali e ricadute rilevate su specifici domini (aspetti comportamentali, cognitivi e funzionali, abilità sociali, benessere, orientamento, *care outcomes*), con l’obiettivo di sottolineare su quali punti la letteratura abbia ormai raggiunto una sostanziale concordanza, su quali esistano risultati discordanti e quali siano gli aspetti ancora da approfondire.

Conclusioni. Le attività da sviluppare per migliorare il livello qualitativo e il carattere protesico dei CDA sono: trasferire e diffondere nei contesti regionali i risultati degli studi scientifici; approfondire le tematiche non ancora indagate con ricerche specifiche sulle dinamiche di interazione tra ambiente e persona con demenza. Operativamente, un primo miglioramento qualitativo, accompagnato dalla diffusione di buone pratiche, potrebbe essere raggiunto attraverso la rilevazione dei connotati spaziali ed ambientali dei CDA pubblici italiani con *checklist* e questionari, con l’obiettivo di fotografare la situazione odierna e orientare i futuri investimenti di ristrutturazione (manutenzioni ordinarie o adeguamenti normativi) verso soluzioni spaziali basate sulle evidenze e capaci di risolvere le criticità rilevate.

IMPORTANZA DEI *MARKERS* LIQUORALI NELLA DIAGNOSTICA DELLE DEMENZE: UN CASO CLINICO ESEMPLARE

D'Elia Alessio, Bramini Alessandra, Sancesario Giuseppe
Clinica Neurologica, Dipartimento di Neuroscienze, Policlinico Tor Vergata, Roma

Introduzione. Il dosaggio dei *biomarkers* liquorali è di fondamentale importanza nella diagnostica precoce delle demenze, soprattutto quando i dati clinico-anamnestici, radiologici, neuropsicologici non sono univocamente interpretabili.

Metodi. Presentiamo un caso di sospetto deterioramento cognitivo studiato nel nostro reparto di Neurologia nel maggio 2016. Donna di 60 anni, nel corso dei 6 mesi precedenti il ricovero comparivano *deficit* della memoria a breve termine, difficoltà nel reperimento dei vocaboli e nella scrittura. In anamnesi neurologica, ricovero nel 2001 presso altra struttura per episodio comiziale con riscontro TC di verosimile astrocitoma a basso grado in sede sottocorticale giunzionale posteriore sinistra. Negli anni successivi non ulteriori crisi. Seguiva *follow-up* radiologico, che smentiva la natura evolutiva/discariocinetica della suddetta lesione, senza tuttavia definirne la natura regressiva

Risultati. La paziente eseguiva nel marzo 2016 risonanza magnetica all'encefalo mostrante quadro di severa leucoaraiosi multifocale, maggiormente evidente a livello del corno posteriore del ventricolo laterale di sinistra di incerta natura vascolare ischemica cronica o demielinizzante. Sempre nello stesso mese PET cerebrale evidenziava focale *deficit* di captazione del radiofarmaco selettivamente in sede temporo-parieto-occipitale sinistra. In regime di ricovero venivano eseguiti ulteriori approfondimenti diagnostici, tra i quali: 1) test neuropsicologici mostranti scarso orientamento nello spazio e nel tempo, eloquio sovrabbondante caratterizzato da circonlocuzioni e parole *passé-partout*; comprensione deficitaria; difficoltà nel reperimento lessicale; agrafia; difficoltà nella memoria a breve termine, di lavoro e visuo-spaziale; difficoltà nelle funzioni esecutive; 2) accertamenti cardiologici volti a individuare una possibile genesi cardioembolica della sofferenza di sostanza bianca, risultati negativi; 3) rachicentesi diagnostica, su LCR venivano eseguiti: a) immunofissazione mostrante lievissimo quadro oligoclonale non associato a sintesi intratecale di IgG (tipo 4); b) dosaggio *markers* di neurodegenerazione mostrante β 1-42 amiloide diminuita (258 pg/ml), proteina tau nella norma (240 pg/ml), proteina tau fosforilata aumentata (61 pg/ml).

Conclusioni. In considerazione del danno selettivo di sostanza bianca, è stato necessario porre in diagnosi differenziale una patologia cronica demielinizzante o vascolare cronica del Sistema Nervoso Centrale in forma paucisintomatica, rispetto a un processo dementigeno neurodegenerativo in fase iniziale. In tal senso, l'analisi dei *markers* liquorali è risultata fondamentale, considerata l'assenza di sintesi intratecale di bande oligoclonali e di contro, l'accumulo di beta amiloide insieme al riscontrato aumento di proteina tau fosforilata, suggestivi, anche considerato il profilo neuro-psicologico della paziente, di demenza tipo AD.

ANALISI DELLE POSSIBILITÀ APPLICATIVE DI SKYPE NELLA RIABILITAZIONE LOGOPEDICA A DISTANZA DI PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER: ESPERIENZA DI DUE CASI

Dellai Angela (a), Gaio Fabiola (b), Gollin Donata (c), Gabelli Carlo (c)

(a) *Logopedista, Padova*

(b) *Alta Vita Istituzioni Riunite di Assistenza IRA, Padova*

(c) *Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedaliera Università degli Studi, Padova*

Introduzione. L'abstract descrive la tesi di Laurea discussa all'Università di Padova, nel 2015. Sfruttando le Tecnologie di Informazione e Comunicazione, in accordo coi principi di Teleriabilitazione (TR), si può offrire un intervento logopedico in contesto ecologico, allo scopo di contenere la disabilità comunicativa tipica della malattia di Alzheimer (AD). Questo lavoro ha lo scopo di verificare la fattibilità e le potenzialità di Skype nella riabilitazione a distanza di soggetti con AD in fasi diverse di malattia.

Metodi campione. Sono stati reclutati due soggetti, fra quelli afferenti al CRIC di Padova, che rispondessero ai criteri di inclusione e esclusione prescelti. Paziente A: femmina, di 75 anni; diagnosi: AD di grado lieve-moderato. Paziente B: maschio, di 58 anni; diagnosi: AD ad esordio precoce, in fase moderata-severa. Raccolta dati: i pazienti sono stati sottoposti all'inizio (T_0) ed al termine della terapia (T_1) a valutazione qualitativa delle abilità comunicativo-linguistiche, svolta in contesto clinico; al termine della terapia sono stati somministrati due questionari di gradimento.

Obiettivi. Potenziamiento delle competenze comunicativo-linguistiche. Partecipazione del *caregiver* in terapia. Materiale: multimodale, impiegando le applicazioni di Skype con condivisione di file audio e Siti. Tempi: 20 sedute di un'ora per 5 volte alla settimana, per la durata di un mese.

Risultati. Metodologici: è stato possibile svolgere attività di stimolazione cognitiva-comunicativa, in una formula "innovativa", come: 1. visite virtuali al Museo e 2. passeggiate virtuali. Testistici Paziente A. Al T_1 , si rileva una globale flessione delle *performance* cognitive. Sul piano linguistico, le prestazioni rimangono nella norma. Invece, migliorano le capacità di macropianificazione sintattica e pragmatica. Paziente B. Al T_1 si osserva un incremento delle *performance* cognitive globali; sul piano linguistico, pur in un quadro che rimane medio-grave, migliorano le abilità di fluenza semantica e quelle pragmatiche.

Discussione. I pazienti, pur non essendo confrontabili, presentano analogie nella risposta al trattamento, confermando la fattibilità della riabilitazione logopedica a distanza. Per entrambi, i miglioramenti principali riguardano gli aspetti comunicativi, e coincidono in gran parte con le abilità stimolate. Inoltre, i risultati dimostrano che l'impiego della TR è sostenuto con beneficio anche dal paziente maggiormente compromesso.

Conclusioni. Lo studio, pur essendo limitato alla clinica, apre prospettive incoraggianti sulla possibilità di svolgere efficacemente la TR nel trattamento dell'AD. Nello specifico, sono stati registrati *outcome* positivi per: gli aspetti pragmatici della comunicazione,

attraverso terapia conversazionale; la percezione soggettiva di benessere, determinata dalla possibilità di svolgere attività virtuali, ma ricollegabili al quotidiano; alto livello di *compliance* di pazienti e *caregiver*.

RISCOPERTA DEL VALORE DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE ATTRAVERSO ATTIVITÀ QUOTIDIANE DEL PASSATO CHE DA SEMPRE ACCOMPAGNANO LA VITA DELL'UOMO

D'Eramo Elisa, D'Agostino Erica, Pavino Valentina, Silvaroli Maria
Residenza Sanitaria Assistenziale San Michele Hospital, Aprilia, Roma

Introduzione. In terapia occupazionale lavorare a contatto con la natura diventa un mezzo attraverso il quale riscoprire il valore terapeutico di attività quotidiane del passato. All'esterno della RSA abbiamo adibito delle aree verdi ad uso orto e giardino, con l'obiettivo di esplorare, su un gruppo di pazienti affetti da demenza, l'effetto della terapia occupazionale svolta in questo contesto.

Metodi. Questo studio pilota prevede 3 fasi: il contatto del gruppo dei pazienti, la programmazione delle attività, l'implementazione delle attività. Nella seconda fase sono state stabilite le mansioni secondo le attitudini degli ospiti: 2 persone si sono occupate della piantagione e pulizia dell'orto, 7 della potatura e raccolta, 5 hanno partecipato indirettamente, proponendo suggerimenti. Le attività si sono svolte 3 volte a settimana per 3 mesi. Il gruppo dei pazienti è stato monitorato mediante osservazione diretta e compilazione di apposite griglie di osservazione. Lo studio è stato condotto da personale esperto: terapeuta occupazionale, educatore professionale, psicologo.

Risultati. Dall'osservazione si è riscontrato che nella prima fase è emerso gradimento e coinvolgimento attivo di tutti i pazienti a cui l'attività è stata proposta; nella seconda fase i pazienti hanno mostrato idee divergenti rispetto alla coltivazione, pertanto è stato necessario suddividere le aree. Nella terza fase abbiamo rilevato un'attivazione autonoma dei pazienti nel seguire lo sviluppo delle aree verdi; l'attività di raccolta di ortaggi, fiori e spezie ha suscitato maggiore interesse e gradimento negli ospiti. Svolgere attività in queste aree ha facilitato i contatti tra pazienti, tra familiari e tra familiari e ospiti non coinvolti nell'attività. Infine, alcuni operatori dell'equipe riabilitativa hanno usufruito spontaneamente delle aree verdi per svolgere il proprio intervento.

Conclusioni. Questo studio pilota si è posto l'obiettivo di approfondire l'osservazione diretta di un gruppo di pazienti affetti da demenza di vario grado, durante lo svolgimento della terapia occupazionale attuata nelle aree verdi. Pur essendo uno studio iniziale su base esplorativa, è risultato interessante osservare come la proposta di un'attività occupazionale di coltivazione delle aree verdi, in pazienti con demenza, abbia facilitato i processi di partecipazione, condivisione, socializzazione tra pazienti, tra familiari e tra pazienti e familiari; l'importanza di trovare delle sinergie tra i diversi modi di fare, adattando gli spazi alle opinioni, al fine di valorizzare le diverse risorse. Svolgere attività concretamente produttive aiuta ad attribuire senso al proprio operato. Per migliorare il presente studio pilota, ci si propone di ampliare il gruppo dei pazienti con demenza, controllandone meglio le caratteristiche.

STIMOLAZIONE COGNITIVA IN SOGGETTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER DI GRADO LIEVE

De Simone Stefano (a), Papa Virginia Federica (a), Papa Mario Virgilio (b), Capriello Rosa (a), Romeo Mirko (a), Varricchio Gina (a)

(a) Azienda Ospedaliera di Rilevanza Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

(b) Scuola di Medicina e Chirurgia Sun Napoli, Napoli

Introduzione. La demenza, con il deterioramento progressivo delle capacità cognitive, delle autonomie personali, delle abilità relazionali, è la malattia che per antonomasia si accompagna alla vecchiaia. Con il prolungarsi della vita e con l'aumento della popolazione anziana, vi è stato un incremento dell'incidenza del numero di persone affette da demenza, in particolare da demenza di Alzheimer. Migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei *caregiver*, alleviare gli effetti del deterioramento cognitivo e rallentare la perdita delle autonomie personali sono obiettivi possibili con quello forse che è l'unico intervento su cui contare: la riabilitazione e la stimolazione cognitiva. La Stimolazione Cognitiva è una forma di intervento strategicamente orientato al benessere complessivo della persona, in modo da incrementare il coinvolgimento in compiti finalizzati alla riattivazione delle competenze residue ed al rallentamento della perdita funzionale delle abilità cognitive.

Metodi. Sono stati arruolati 20 soggetti con diagnosi di Alzheimer di grado lieve che presentavano principalmente disorientamento spazio temporale, anomalie, prestazioni ai limiti inferiori della norma per quanto concerne la memoria a lungo termine. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica; nello specifico sono state valutate la memoria sia a breve termine sia a lungo termine, l'attenzione, le funzioni esecutive, le abilità prassiche. Oltre gli aspetti cognitivi sono stati valutati gli aspetti emotivi e il funzionamento globale nella vita di tutti i giorni. In base al tipo di dominio cognitivo compromesso sono stati creati dei programmi di stimolazione cognitiva personalizzati.

Risultati. I protocolli creati individualmente hanno, a distanza di circa 8 mesi, consentito al paziente un maggiore riconoscimento degli oggetti con relativa denominazione, l'orientamento spazio-temporale è rimasto stabile, piccoli miglioramenti sono stati rilevati in merito alle autonomie funzionali della vita quotidiana. L'utilizzo di strategie compensative e il potenziamento del *problem solving* ha consentito al paziente di mettere in atto delle risposte emotive adeguate in caso di insuccesso.

Conclusioni. Dallo studio effettuato è emerso che attraverso la stimolazione cognitiva su soggetti aventi diagnosi di Alzheimer di grado lieve è possibile intervenire e rallentare il processo di degenerazione, consentendo una migliore qualità di vita sia al paziente sia ai *caregiver*.

POLITICHE DI GOVERNANCE SULLE DEMENZE A LIVELLO NAZIONALE E INTERNAZIONALE

Di Fiandra Teresa (a), Albanese Emiliano (b)

(a) *Direzione della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma*

(b) *National Institute on Aging, Ginevra*

La demenza ha un impatto enorme su coloro che ne sono affetti, sui loro familiari e sulla Società. Esistono, a livello internazionale, diverse strategie (o piani) nazionali. È necessario, per migliorare la loro implementazione e il loro monitoraggio, confrontare tali strategie e le rispettive caratteristiche e peculiarità. In Italia, a seguito della approvazione, ad ottobre del 2014, del Piano Nazionale delle Demenze (PND), e della sua successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale a gennaio 2015, è stato attivato un Tavolo di confronto permanente per il monitoraggio dell'implementazione regionale del PND, comprendente i documenti relativi alle Linee di indirizzo per i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze e il Sistema Informativo di settore. L'Italia è, inoltre, coinvolta nella Joint Action (JA) europea "DEM2", nell'ambito dei *Work Package* (WP) relativi a *Crisis and care coordination*, di cui è co-coordinatrice, *Diagnosis and post-diagnostic support* e *Dementia friendly communities*. Le attività della JA prevedono anche l'identificazione di *best practices* nell'ambito delle attività specifiche di ogni WP e la successiva implementazione in siti campione degli strumenti e delle metodologie identificate. La partecipazione dell'Italia ad attività riguardanti la gestione delle demenze si estende anche ad alcune delle maggiori iniziative internazionali scaturite a seguito del *Dementia G7 Summit* tenutosi a Londra nel dicembre 2013, e guidate dalla Organizzazione mondiale della sanità (WHO). In particolare, l'iniziativa sulle *Dementia Friendly Communities* promossa da UK e Giappone, la formulazione del WHO *Global Dementia Action Plan*, e l'istituzione del *Global Dementia Observatory* (GDO) la relativa identificazione degli indicatori per il monitoraggio della demenza, e delle azioni volte a ridurre l'impatto, nelle diverse regioni del WHO.

OSSERVATORIO DEMENZE E SURVEY DEI SERVIZI: ATTIVITÀ A SUPPORTO DELLA REALIZZAZIONE DI UNA GESTIONE INTEGRATA DELLE DEMENZE IN ITALIA

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

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

Introduzione. Stime recenti riportano circa 46 milioni di casi di demenza nel mondo. In Italia circa un milione di persone sono affette da demenza e 3 milioni sono coinvolte direttamente e indirettamente nella loro assistenza. L'OMS ha annunciato l'istituzione di un Osservatorio Globale per le Demenze e l'invito a tutti i Paesi è di creare strategie globali e politiche socio sanitarie integrate, a partire dai Piani Sanitari Nazionali per le Demenze (PND). In Italia, dopo l'approvazione del PND (GU Serie generale n. 9 del 13 gennaio 2015), il Ministero della Salute (Mds) ha continuato a promuovere, insieme alle Regioni, all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e alle Associazioni di familiari, iniziative nazionali coordinate. In quest'ambito, il Mds ha affidato all'ISS la realizzazione di una *survey* dei servizi sanitari e socio sanitari per le demenze e il sito internet tematico "Osservatorio Demenze" (Azione Centrale CCM 2013; Azione Centrale CCM 2015).

Metodi. Il sito "Osservatorio Demenze" (www.iss.it/demenze) è stato reso pubblico da novembre 2015. Ha un link diretto al Mds e contiene informazioni di carattere nazionale ed internazionale sulle demenze. Dal sito si accede alla Mappa online dei Servizi socio sanitari pubblici e convenzionati con il SSN/SSR. La mappa consente di consultare elenchi e informazioni di approfondimento su oltre 1500 Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), Centri Diurni (CD) e Strutture residenziali (SR).

Risultati. Il sito Osservatorio Demenze, così come la mappa online, sono in costante aggiornamento per fornire informazioni sulle demenze e strumenti a supporto a cittadini, operatori e *policy maker*. Ad oggi è stato raggiunto un tasso di risposta di oltre il 90% per i CDCD e di circa l'80% per i CD. Per i servizi censiti sono state anche approfondite le caratteristiche strutturali e organizzative e dell'attività svolta. Per le SR il tasso di risposta è del 35% e si sta procedendo all'incremento degli indirizzari e del numero di centri rispondenti.

Conclusioni. L'attività della *survey* e dell'Osservatorio Demenze, grazie alla collaborazione degli operatori dei servizi e dei referenti regionali, e al mandato istituzionale da parte del Mds, ha permesso di realizzare una coorte di servizi che servire a facilitare la riorganizzazione nazionale dei servizi per la gestione integrata e l'implementazione locale di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

**A nome del gruppo di studio Osservatorio Demenze*

GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI, RILEVANZA DEL LAVORO DI CURA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI, PIANIFICAZIONE E VALORIZZAZIONE NELLA RETE DEI SERVIZI

Di Toro Mammarella Massimiliano

Unione Valli del Reno, Lavino e Samoggia, Casalecchio di Reno, Bologna

Introduzione. Analizziamo il fenomeno dal punto di vista della committenza pubblica dei Servizi integrati, dell'approccio di pianificazione e progettazione pubblica per garantire equità, appropriatezza ed efficacia. Limiti dell'azione pubblica: prevalenza di sistemi burocratici, incentrati su target, prestazione e gestione; prospettiva miope sulle sole risorse "pubbliche" e logica del pareggio di bilancio. Orizzonte attuale è la solitudine delle famiglie, si deve costruire la ricomposizione complessiva di offerte, opportunità e risposte integrate. Il welfare italiano è prioritariamente sostenuto dai trasferimenti monetari dell'INPS e dal lavoro di cura delle assistenti familiari (AA.FF.). Pianificazione e gestione pubblica non considerano gli interventi maggioritari e caratterizzati dal lavoro nero delle AA.FF. Ne deriva assenza di valutazione di equità e appropriatezza complessiva dell'insieme di risposta. Va innanzitutto valutato l'impatto economico e sociale dell'Alzheimer, consultare ad esempio ricerca Censis-Aima di febbraio 2016. L'assistenza è sempre più informale, privata, familiare. L'aggiornamento del progetto demenze in Emilia-Romagna e il recepimento del "Piano Nazionale Demenze" contengono interessanti indicazioni per i servizi della rete nella cura e il sostegno ai familiari.

Metodi. Linee d'indirizzo di area sovradistrettuale. Indicatori omogeneità e sistematizzazione degli interventi distrettuali. Standard bilancio di competenze e formazione. Sistema semplificato, flessibile e tempestivo, pubblico/privato d'incrocio domanda/offerta di lavoro. Orientamento e accesso unitari alla rete di opportunità e Servizi pubblici e privati. Banca dati delle AA.FF. per condividere disponibilità alla formazione, competenze e qualificazioni certificate. Stabile collegamento tra accesso/valutazione (Servizi territoriali) e la valorizzazione del lavoro di cura delle AA.FF. nella presa in carico e nella definizione del PAI. Risorse dedicate alla strutturazione del sistema locale. Azioni di sensibilizzazione per l'emersione del lavoro nero e la lotta esclusione sociale. Vengono analizzate due pratiche: Il Progetto Badando (Casalecchio di Reno, BO); Il Laboratorio metropolitano di Bologna "Assistenti familiari e rete per la domiciliarità".

Risultati. Criteri, percorsi, linee di sviluppo omogenei. Mappatura aggiornata interventi, progetti e sperimentazioni. Indicatori di processo per omogeneità e sistematizzazione. Accredimento delle Agenzie del lavoro. Banca dati su formazione, competenze, certificazioni. Individuazione interfaccia unica per gli utenti. Costituzione fondo dedicato. Rilevanza nella programmazione del Fondo Regionale NonAutosufficienza.

Conclusioni. Fondamentale è il governo pubblico del sistema. È necessario concentrarsi: su una pianificazione strategica, distinta e più ampia della sola gestione diretta o erogazione dei Servizi pubblici, nell'investimento in un *case management* rispondente alla funzione pubblica di governo, garanzia e orientamento.

INTERVENTI PSICOEDUCATIVI E GRUPPI DI SOSTEGNO PER FAMIGLIARI DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Dodi Anna (a), Pelosi Annalisa (b), Montanari Enrico (a), Ludovico Livia (a)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

(b) Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi, Parma

Introduzione. La demenza è una malattia che colpisce non solo il paziente bensì l'intero sistema familiare. Curare una persona che soffre di demenza può risultare un'esperienza faticosa e portare al progressivo esaurimento fisico ed emotivo di colui che accudisce. Una particolare attenzione deve essere rivolta alla famiglia il cui prezioso ruolo necessita di essere valorizzato ed accompagnato da tutta la rete sociale. Il Consultorio Disturbi Cognitivi di Fidenza organizza, da diversi anni, incontri per informare i familiari e sostenerli nel loro percorso di cura. Questo lavoro si propone di valutare l'impatto di tali interventi sul benessere e il carico assistenziale dei *caregivers*.

Metodi. Si è deciso di confrontare due gruppi, uno composto dai *caregivers* che hanno partecipato agli incontri informativi e agli incontri del gruppo di sostegno (n=28) e uno formato da *caregivers* che hanno partecipato soltanto agli incontri informativi (n=59). Ai soggetti di entrambi i gruppi sono stati somministrati due questionari ed una scheda per la raccolta di dati anagrafici e sociali. I questionari somministrati sono il GHQ (*General Health Questionnaire*) e lo ZBI (*Zarit Burden Interview*). I questionari sono stati somministrati in due momenti diversi: prima dell'intervento e alla fine dello stesso.

Risultati. Il gruppo di sostegno e il gruppo informativo differiscono significativamente nei punteggi di GHQ e Zarit: alla *baseline*, i *caregiver* che hanno successivamente scelto d'intraprendere un percorso di sostegno hanno lamentato (soprattutto) un minor benessere generale e un maggior *burden*. Il passaggio da T₀ a T₁, indipendentemente dal gruppo, non determina una riduzione significativa nel GHQ, anche se l'interazione è alle soglie della significatività e suggerisce la possibilità di un diverso andamento dei due gruppi (il decremento è maggiore nel gruppo sostegno). I partecipanti al gruppo di sostegno, indipendentemente dal momento della rilevazione, hanno punteggi di *burden* maggiori: il carico è significativamente più grave di quello riscontrato nel gruppo informativo a T₀, e la differenza tende ad annullarsi a T₁ (F[1,56]=3,09, p=0,08; ma, come per il GHQ, la mancata significatività potrebbe essere attribuibile alla più ridotta numerosità).

Conclusioni. I dati del presente lavoro dimostrano l'utilità degli interventi rivolti ai familiari. I *caregivers* che hanno scelto d'intraprendere l'intero percorso di sostegno hanno evidenziato maggiori livelli di *burden* grave e di malessere rispetto a coloro che hanno partecipato solo agli incontri informativi. Per il futuro sarà importante indagare i diversi bisogni dei familiari al fine di meglio calibrare gli interventi di sostegno ad essi rivolti.

PROGETTO GRAY MATTERS ROMA: STUDIO-INTERVENTO DI PREVENZIONE DEL DEFICIT COGNITIVO

Eleuteri Stefano (a), Norton Maria (b), Sarra Francesca (a), Hartin Phillip (c), Grano Caterina (a), Violani Cristiano (a), Falaschi Paolo (a), Lucidi Fabio (a)

(a) *Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Utah State University, USA*

(c) *Self Employed, Ulster University, Antrim, Irlanda*

Introduzione. Com'è ben noto, la malattia di Alzheimer è irreversibile, e nel periodo attuale non esistono vaccini né cure risultati efficaci. Dalla letteratura emerge, tuttavia, che solo il 30% circa dei fattori di rischio sembrano legati a fattori genetici, suggerendo quindi che la maggior parte del rischio derivi dall'esito di fattori ambientali, includendo ovviamente gli stili di vita. È, inoltre, risaputo che la neurodegenerazione connessa all'Alzheimer spesso inizia prima che i sintomi emergono, sottolineando l'importanza di dare attenzione alla prevenzione. La ricerca del settore ha prodotto evidenze consistenti riguardo alla connessione tra stili di vita e rischio di Alzheimer. Una manovra alla base per coinvolgere individui di mezza età in stili di vita più salutari è cruciale per fare in modo di muoverci attivamente piuttosto che aspettare solo che venga trovata una cura.

Metodi. Lo studio arruolerà circa 100 individui, assegnando in modo randomizzato 50 partecipanti al gruppo di controllo e 50 al gruppo sperimentale. Il trattamento ha l'obiettivo di: 1) dare ai partecipanti nuove conoscenze *evidence-based* che collegano domini comportamentali al rischio di Alzheimer; 2) stimolare la motivazione intrinseca; 3) offrire diverse risorse di supporto per il cambiamento degli stili di vita. Una app (*Gray Matters*) e un sito internet (<http://dip38.psi.uniroma1.it/ricerca/convenzioni-e-progetti/progetto-gray-matters>) sono stati sviluppati come strumenti principali del progetto. Alcune variabili saranno valutate prima e dopo l'intervento in entrambi i gruppi. Verranno monitorate alcune variabili psicologiche tra cui: la motivazione intrinseca per la modifica del comportamento, i livelli di supporto emotivo e sociale ed il senso di solitudine. Saranno anche valutati degli indici connessi alla salute fisica e mentale, come i livelli di attività fisica, la dieta e la qualità del sonno.

Risultati. L'arruolamento dei soggetti è iniziato il 26 settembre 2016. Nel corso del convegno verranno presentati i risultati preliminari. Le analisi statistiche saranno effettuate in modo di valutare se il gruppo sperimentale, comparato con quello di controllo, presenterà dei vantaggi nei domini oggetto dello studio tra il pretest ed il posttest.

Conclusioni. Il Progetto *Gray Matters* si focalizza sugli stili di vita, con l'obiettivo di far passare i partecipanti da un atteggiamento di passiva attesa di una cura da scoprire, ad una posizione di attiva ricerca di cambiamenti dei propri stili di vita che possono ritardare o magari prevenire l'insorgenza di Alzheimer. I risultati di questa ricerca, già effettuata in modo simile negli Stati Uniti, ci mostrerà l'eventuale efficacia di questo approccio, che potrebbe essere un'ottima alternativa all'attuale carenza di proposte farmacologiche per questa patologia.

“CAMMINANDO E LEGGENDO ... RICORDO”, PREVENZIONE SECONDARIA IN SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE (MCI). EVIDENZE DEL TREDEM REGISTRY E CCM 2013

Gallucci Maurizio (a), Di Battista Maria Elena (a), Piovesan Cinzia (b), Mazzarolo Anna Paola (a), Targa Martina (a), Mazzetto Manela (b)

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Azienda Ulss 9 Treviso, Treviso*

(b) *Dipartimento di Prevenzione, Azienda Ulss 9 Treviso, Treviso*

Introduzione. Il Modello Treviso è un ventaglio di proposte rivolte a soddisfare i bisogni dei soggetti con *deficit* cognitivi sin dalle fasi premorbose, quale il *Mild Cognitive Impairment* (MCI), fino alle fasi avanzate di malattia. Tre queste attività vi sono i gruppi di cammino e lettura “Camminando e leggendo .. ricordo” (CLR) dedicati a soggetti MCI. Scopo del presente lavoro è valutare l’effetto delle attività proposte ai partecipanti ai gruppi CLR sulle *performance* cognitive, sulla conversione a demenza e sullo stato di fragilità rispetto ad un gruppo di controllo. Sono qui presentati i risultati preliminari riguardanti i soli soggetti che hanno a tutt’oggi raggiunto il tempo di monitoraggio a dodici mesi (T₁₂).

Metodi. I partecipanti sono soggetti MCI (CDR=0,5) preventivamente sottoposti ad una valutazione multidimensionale e della fragilità (questionario Cesari M., *Journal Frailty Aging* 2012). I partecipanti ai gruppi CLR svolgono due ore settimanali di attività fisica in palestra e di camminata spedita all’aperto con la supervisione di un istruttore. Essi partecipano inoltre a due incontri mensili di lettura in gruppo coordinati da lettrici teatrali. Il gruppo di controllo (CT) è costituito da soggetti che non hanno potuto partecipare ai gruppi CLR per distanza abitativa e difficoltà con i mezzi di trasporto. Un’ampia batteria neuropsicologica è stata somministrata ai tempi T₀, T₃, T₆ e T₁₂.

Risultati. 26 soggetti CLR (età 75,6±5,7; M 15; fragili 38%) e 76 CT (età 77,3±6,3; M 34; fragili 45%) hanno raggiunto il tempo di monitoraggio T₁₂. La *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) mostra una riduzione significativa nei CLR rispetto ai CT a T₆ (4,7 vs 8,8, p<0,05). Il test *Rey Auditory-Verbal Learning Test-RI* (RAVLT-RI) mostra un miglioramento nei CLR a T₁₂ (p<0,01) che è assente nei CT. A T₆ i CLR hanno un punteggio RAVLT-RI superiore di 4,4 punti rispetto ai CT (15% in più) e una riduzione significativa di 5,6 punti al *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) rispetto ai CT (33% in meno). Al test di fluenza semantica i CT peggiorano significativamente (p<0,05) al tempo T₁₂ rispetto al T₀ mentre i CLR si mantengono stabili. A T₁₂ l’83% dei CLR mantiene CDR pari a 0,5 rispetto al 77% dei CT. Il modello di regressione di Cox, avente come *outcome* il tempo di conversione a demenza (valutata con la variabile CDR) e come regressori l’età e l’attività fisica, mostra che chi è attivo (CLR) ha il 60% di probabilità in meno di convertire a demenza rispetto a chi non è attivo (OR 0,4). Dopo un anno essere CLR abbassa del 20% il rischio di diventare fragili (OR=0,79).

Conclusioni. Le evidenze illustrate suggeriscono che la combinazione di attività fisica e lettura potrebbe essere un efficace strumento di prevenzione secondaria in soggetti MCI.

STUDIO PharE: CASE REPORT DI UNA PAZIENTE DEMENTE COMPLESSA

Gareri Pietro (a), Castagna Alberto (a), Rocca Maurizio (a), De Sarro Giovambattista (b)
(a) Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze Catanzaro Lido, Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro
(b) Cattedra di Farmacologia, Dipartimento di Medicina della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro

Introduzione. Lo studio PharE è uno studio di farmacovigilanza in corso nell'ASP Catanzaro sulla "Valutazione dell'uso di farmaci inappropriati, delle reazioni avverse e delle possibili interazioni farmacologiche in pazienti anziani in politerapia". Lo scopo del presente lavoro è quello di riportare un interessante *case report* su una paziente complessa.

Case Report. Riportiamo il caso di una donna di 77 anni, visitata dal nostro CDCD per lacune mnesiche e tremori. La paziente era affetta da depressione maggiore, ipertensione arteriosa, diabete mellito, nevralgia trigeminale, diverticolosi del colon, epatopatia cronica HCV+ con epatocarcinoma V segmento trattato con termoablazione. Veniva alla nostra osservazione per cadute non spiegabili da 2 anni, e per deterioramento cognitivo insorto in maniera rapida da poco più di un anno, con fluttuazione dei sintomi. La TC encefalo in condizioni basali aveva dimostrato un quadro di atrofia. Inoltre la paziente aveva presentato disorientamento spaziale acuto un mese prima e da circa un mese manifestava difficoltà all'addormentamento con sonnolenza diurna. I tests neuropsicologici evidenziavano moderato *deficit* cognitivo. All'esame obiettivo discreto compenso emodinamico, tremori agli arti, ipertono iatrogeno. Dipendente in tutte le attività della vita quotidiana, in trattamento con fluvoxamina 300 mg *die*, amitriptilina/perfenazina 25/4 mg ed altri 13 farmaci. Dopo visita geriatrica le veniva consigliato di sospendere canreonato di potassio, L-acetilcarnitina, pregabalin, amitriptilina/proclorperazina, litio carbonato, ma i familiari decidevano di aspettare consulenza psichiatrica. La paziente presentava apparente stabilità psichica, anche se erano state richieste rivalutazione psichiatrica, routine ematochimica. 15 giorni dopo la visita geriatrica la paziente sviluppava delirium ipercinetico e veniva ospedalizzata. Agli esami eseguiti in urgenza si evidenziavano iperammoniemia, iposodiemia ed iperpotassiemia. Nel frattempo si cercava di correggere lo squilibrio elettrolitico e si iniziavano aminoacidi ramificati. Regredivano iposodiemia ed iperpotassiemia in 48 ore, diminuiva l'ammoniemia ma persisteva lo stato di agitazione. Lo psichiatra prescriveva quetiapina 100 mg tre volte/*die*, N-demetil-diazepam 2 mg una fiala ev due volte/*die*, riduzione della fluvoxamina a 100 mg/*die*, sospensione amitriptilina/proclorperazina, litio, pregabalin, promazina. Alla valutazione geriatrica per dimissione protetta la paziente si presentava soporosa, non collaborante, ma con discreti parametri vitali. Venivano consigliate rivalutazione psichiatrica, controllo ulteriore degli esami di laboratorio, drastica riduzione della terapia tranquillante e citicolina 2 g ev. Dopo un apparente miglioramento delle condizioni generali, la paziente veniva ricoverata in RSA e moriva.

Conclusioni. Il caso è un esempio paradigmatico di quanto sia necessario evitare le politerapie complesse ed inappropriate, potenzialmente in grado di avviare, attraverso la sindrome ipocinetica, uno scompenso terminale a cascata.

GESTIONE DELLA DEMENZA PRESSO UN CENTRO DIURNO DEMENZE: IL MODELLO RE-COTID

Garzetta Glenda (a), Manni Barbara (b), Graff Maud (c), Fabbo Andrea (b)

(a) *Residenza Assistenziale Sanitaria 9 Gennaio, Modena*

(b) *Azienda Sanitaria Locale, Modena*

(c) *Radboud University Medical Center, Nijmegen, Paesi Bassi*

Introduzione. Molti anziani con demenza sviluppano disturbi dell'umore e del comportamento durante il decorso della malattia (BPSD) a volte scatenati da difficoltà di relazione con i propri *Caregivers* (CG), cause organiche e/o ambientali. I CG fanno esperienza di un vuoto tra il carico di richieste e le risorse disponibili che esplose in una sindrome psicologica chiamata *burnout*. In considerazione della scarsa efficacia e degli effetti secondari gravi dei farmaci antipsicotici, gli interventi psicosociali "su misura" e gli interventi ambientali potrebbero essere una alternativa valida per migliorare la gestione dei BPSD. Nella *review* di Nehen HG del 2015 uno degli interventi che hanno dimostrato efficacia nel migliorare l'umore e la qualità di vita in demenza lieve moderata al proprio domicilio e i loro CG è la terapia occupazionale secondo il modello COTiD (*Community Occupational Therapy in Dementia*). Sfortunatamente non ci sono studi che esplorano l'efficacia di tale modello all'interno di centri residenziali o semiresidenziali. Lo scopo dello studio era quello di ridurre i BPSD in anziani affetti da demenza ospiti di un Centro Diurno Demenze (CDD) di Modena attraverso interventi psicosociali come la terapia occupazionale, cambiamenti ambientali e la formazione dello staff. Inoltre ci si attende una riduzione del *burden* percepito dai CG informali e formali dello staff.

Metodi. Abbiamo valutato: a) i sintomi comportamentali, affettivi e la qualità della vita di un campione di 14 anziani affetti da demenza (età media: 82 anni, DS +5,88) ospiti di CDD prima (T₀) e dopo 3 mesi (T₁) di terapia occupazionale significativa e personalizzata secondo il modello CoTID; b) il livello di *burnout* e senso di competenza a T₀ e T₁ in un gruppo di 4 operatori; 3) il senso di autoefficacia e stress percepito a T₀ e T₁ di un gruppo di 9 familiari. Il progetto (da ottobre 2015 a marzo 2016) includeva: una formazione dello staff sulla gestione dei BPSD, un adattamento ambientale del centro e interventi personalizzati di terapia occupazionale.

Risultati. Dopo il trattamento di terapia occupazionale che nasceva dal Piano Assistenziale Personalizzato si è visto una significativa riduzione dei valori dell'NPI (4,6 t p=0,001) con un miglioramento dei sintomi depressivi alla Cornell (5,85 t p=0,001) e della qualità di vita percepita dal familiare (QoLAD), inoltre una riduzione nell'uso di farmaci neurolettici e del numero di cadute durante i tre mesi di trattamento. Anche se non statisticamente significava si osserva inoltre una riduzione del *burnout* del *caregiver* formale ed informale.

Conclusioni. Grazie ad un approccio "su misura" e all'occupazione, gli anziani con demenza sono in grado di rispondere ai loro bisogni insoddisfatti che a volte si manifestano in BPSD, migliorare l'umore e la qualità di vita. Inoltre questi benefici si riflettono sul benessere dei *caregivers* sia formali che informali.

USO DEI TEST NEUROPSICOLOGICI: INDAGINE NAZIONALE SUI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Gasparini Marina* (a), Vanacore Nicola* (b), Marzolini Fabrizio* (b), Di Fiandra Teresa* (c), Di Pucchio Alessandra* (b)

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

(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

Introduzione. Nel 2014 il Piano Nazionale Demenze (PND) ha ridefinito le preesistenti Unità di Valutazione Alzheimer in Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Al tempo stesso, il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il censimento di tali servizi ai fini della creazione di una mappa nazionale, attualmente disponibile sul sito Osservatorio Demenze dell'ISS. Nell'ambito del censimento sono stati identificati 536 CDCD, organizzati in base alla loro tipologia (Territoriali, Ospedalieri, Universitari e IRCCS).

Metodi. Dal febbraio 2014 all'agosto 2015 è stato eseguito un censimento dei CDCD mediante una piattaforma online che ha permesso di raccogliere dati dettagliati sulle attività di ciascun centro, compresi quelli inerenti l'esame neuropsicologico e la presenza di figure professionali ad esso dedicate. Queste due informazioni in particolare costituiscono l'oggetto del presente studio, con l'obiettivo di descriverne l'impiego nella pratica clinica. Sulla base di quanto raccomandato dalle linee-guida internazionali, è stato inoltre identificato un *Minimum Core Test* (MCT) comprendente i principali domini cognitivi, la cui indagine viene considerata essenziale ai fini della diagnosi differenziale.

Risultati. Hanno risposto al censimento 501 CDCD (93,5%): 217 nel Nord Italia, 89 nel Centro e 195 nel Sud e Isole. La quasi totalità dei CDCD ha dichiarato di utilizzare test cognitivi, ma solo il 47,5% (229) ha eseguito il MCT all'interno del percorso diagnostico. L'analisi della contingenza ha evidenziato infatti un'ampia variabilità tra aree geografiche: a) nell'uso dei singoli test (*range* 15,8-83,4%); b) nello studio delle singole funzioni (25- 83,4%) e c) nell'impiego di figure professionali dedicate (psicologi). L'analisi multivariata ha inoltre evidenziato una relazione significativa tra presenza dello psicologo e MCT ($p=0,001$).

Conclusioni. Lo studio ha messo in evidenza punti di forza e di criticità nell'ambito dell'organizzazione dei CDCD. Da un lato, la situazione appare migliorata rispetto al primo censimento del 2002 per quanto riguarda l'impiego e la tipologia dei test cognitivi; va inoltre sottolineato che tutti i test in uso nei centri sono stati validati sulla popolazione italiana. Altro dato di particolare interesse è la presenza della figura professionale dello psicologo nei CDCD che eseguono il MCT, a conferma dell'importanza di un'*équipe* multidisciplinare. Dall'altro lato, il panorama attuale sembra ancora caratterizzato da un prevalente ricorso a strumenti brevi (MMSE, ADL, IAD) e dall'uso limitato di test cognitivi, mentre l'esame neuropsicologico completo viene praticato in meno della metà dei centri.

*A nome del gruppo di studio Osservatorio Demenze

BURDEN, CAREGIVING SELF-EFFICACY E SINTOMI DEPRESSIVI IN CAREGIVER DI FAMILIARI CON DEMENZA: UNO STUDIO PROSPETTICO

Grano Caterina, Lucidi Fabio, Violani Cristiano
Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Prendersi cura di un familiare malato di demenza può avere diverse conseguenze per la salute mentale. Le percezioni di gestione efficace sono negativamente correlate con i sintomi depressivi, ma le relazioni a lungo termine tra *caregiver burden*, autoefficacia del *caregiver* e sintomi depressivi sono state poco studiate. L'obiettivo del presente lavoro è di valutare se differenti componenti dell'autoefficacia mediano in parte la relazione tra *caregiver burden* e sintomi depressivi nell'arco di un periodo considerevole di tempo.

Metodi. Un totale di 170 *caregiver* di pazienti con demenza hanno compilato un questionario in tre diversi momenti, in un primo momento, a tre mesi e dopo un anno dalla prima somministrazione. Sono stati valutati il *caregiver burden*, l'autoefficacia nello svolgere il ruolo di *caregiver* e i sintomi depressivi. I dati sono stati analizzati mediante modelli di equazioni strutturali.

Risultati. Le ipotesi sembrano confermate dal modello. Il *Burden* misurato al primo *assessment* (T₁) influenza significativamente i sintomi depressive un anno dopo e la relazione tra *burden* e sintomi depressivi misurati dopo un anno è parzialmente mediata dalle percezioni di autoefficacia nel controllare i pensieri intrusivi.

Conclusioni. I risultati di questo studio forniscono evidenze a favore del fatto che, nell'arco di un periodo considerevole di tempo, gli effetti del *caregiver burden* sui sintomi depressivi possono essere spiegati dalle credenze di efficacia dei *caregiver* nel gestire i pensieri intrusivi legati ai compiti del *caregiver*. Alla luce di questi risultati gli interventi rivolti ai *caregiver* di familiari con demenza potrebbero focalizzarsi nell'aiutare i familiari a gestire i pensieri negativi legati al loro ruolo di *caregiver*.

APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE AL PAZIENTE CON DEMENZA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO PRESSO IL NUCLEO OSPEDALIERO DEMENZE (NODAIA) VILLA IGEEA MODENA

Guerzoni Valentina, Chiesa Roberto, Morselli Linda, Venturelli Francesca, Tarozzi Adriano
Ospedale Privato Accreditato Villa Igea, Modena

Introduzione. È noto il concetto che la malattia dementigena associata ai disturbi del comportamento debba essere affrontata secondo un approccio che contempli varie aree di trattamento, ovvero l'approccio multidimensionale. Il reparto NODAIA (Nucleo Ospedaliero Demenze ad Alta Intensità Assistenziale) di Villa Igea di Modena offre la possibilità di trattare prevalentemente i BPSD dell'anziano affetto da patologia dementigena fornendo un approccio terapeutico diversificato in ragione del livello di gravità della malattia e delle specifiche esigenze del paziente e della sua famiglia. L'*équipe* medica costituita in prevalenza da geriatri è affiancata dallo specialista neurologo, psichiatra e fisiatra che si avvalgono dell'opera di infermieri, OSS, terapisti occupazionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica avendo a disposizione metodiche di indagine diagnostiche ed adeguati ausili di supporto (palestra riabilitativa, sala per terapia occupazionale, cucina interattiva, atelier, e sala di culto interna al reparto), creando di fatto una realtà quasi unica in Italia.

Metodi. È stata condotta un'analisi retrospettiva relativa ai pazienti ricoverati nel periodo dal luglio 2015 a novembre 2015, per un totale di 92 pazienti. Si sono analizzati in maniera descrittiva i dati relativi all'età (media 79 anni), sesso dei pazienti, indice di comorbidità (CIRS), decadimento cognitivo (MMSE). Per valutare l'efficacia del trattamento dei disturbi comportamentali e dell'approccio assistenziale, si sono analizzati, con regressioni lineari univariate, i dati relativi ai risultati all'ingresso e all'uscita delle scale NPI e BINA. Sono stati valutati il numero di farmaci all'ingresso e all'uscita. Per meglio valutare il percorso post dimissione si è considerata la percentuale relativa alle varie modalità di dimissione.

Risultati. Tutti i pazienti si sono giovati del ricovero presso il Nucleo Demenze. Il miglioramento dei BPSD è tale da favorire, in più della metà del campione, il rientro a domicilio (NPI ingresso medio=52 DS15, NPI uscita medio=17 DS=8, $P>[t] 0,003$, $R\text{-squared}=0,09$; BINA-ingresso media=498 DS120, BINA-uscita media=445, DS=115, $P>[t]=0,001$, $R\text{-squared}=0,76$). Un ulteriore significatività del miglioramento è data dalla riduzione media del numero di farmaci prescritti alla dimissione rispetto all'ingresso in reparto (Farmaci-ingresso media=6,4 DS=3,2, Farmaci-uscita=5,8 DS=2,5). Ad ulteriore sostegno dell'efficacia del trattamento occorre considerare il fatto che il campione era fortemente composto da pazienti con decadimento cognitivo moderato-severo (MMSE medio=9,8) che ne rendeva complesso l'approccio terapeutico.

Conclusioni. Un *setting* specialistico adeguato con attività specialistiche ad esso collegate consentono l'attuazione di strategie terapeutiche finalizzate a garantire un'adeguata qualità di cure ed una risposta appropriata nello scempenso comportamentale dei pazienti affetti da demenza.

EFFETTI A BREVE E LUNGO TERMINE DEL *TRAINING* COGNITIVO NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: RISULTATI DI UNO STUDIO CLINICO CONTROLLATO RANDOMIZZATO

Imbriano Letizia, Podda Livia, Rendace Lidia, Campanelli Alessandra, D'Antonio Fabrizia, Speranza Angela, Sacchetti Maria Luisa, De Lena Carlo, Trebbastoni Alessandro
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma. Azienda Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione. Obiettivo: Valutare l'effetto a breve e lungo termine di un ciclo di *Training* Cognitivo (TC) in pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (MA) confrontati con un gruppo di pazienti non trattati.

Metodi. Disegno dello studio: Studio clinico controllato randomizzato in singolo cieco.

Partecipanti: 230 pazienti con diagnosi di MA probabile (NINCDS-ADRDA) sono stati reclutati consecutivamente e sottoposti a valutazione neurologica, neuroradiologica e neuropsicologica. I soggetti con deterioramento cognitivo di grado leve-moderato ($19 \leq \text{MMSE} \leq 25$; $1 \leq \text{CDR} \leq 2$) che soddisfacevano i criteri d'inclusione/esclusione sono stati suddivisi in due gruppi con rapporto di assegnazione 1:2. Il Gruppo Trattato (GT) è stato sottoposto a un ciclo di TC della durata di 6 mesi. Il Gruppo Di Controllo (GC) non ha ricevuto alcun trattamento non-farmacologico. Tutti partecipanti sono stati valutati in cieco mediante una batteria di test al basale (T0), al termine del *training* (T1) e dopo altri 6 mesi (T2). Intervento: il TC consisteva in 48 sessioni bi-settimanali (durata di 75') di esercizi guidati sulla base di un set di compiti standard ideati per funzioni cognitive specifiche, svolti in gruppo (6 partecipanti). Misure di *outcome*: MMSE, Test di Rey (RAVLT), *Digit Span* (DS), Test di Corsi (TC), Test di Babcock (BT), *Visual Search* (VS), *Clock Drawing Test* (CDT), *Frontal Assesment Battery* (FAB), Fluenza Verbale Semantica (FVS) e Fonemica (FVF), *Boston Naming Test* (BNT). Analisi statistica: I test χ^2 , t di Student e l'ANOVA per misure ripetute (RM-ANOVA) sono stati impiegati per l'analisi statistica intergruppo e intragruppo.

Risultati. Sono stati inclusi nello studio 140 pazienti. Di questi, 54 sono stati assegnati al GT e 86 al GC. Al basale non è emersa alcuna differenza significativa tra i dati sociodemografici e neuropsicologici dei gruppi. Al T1 è emerso un significativo incremento dei punteggi ottenuti dal GT in alcuni test (MMSE, $p=0,000$; BT, $p=0,00$; VS, $p=0,037$; VSF, $p=0,030$; BNT, $p=0,003$; CDT, $p=0,000$; FAB, $p=0,007$). Risultati simili sono emersi anche al T2 (MMSE, $p=0,000$; DS, $p=0,016$; VSF, $p=0,032$; CDT, $p=0,011$; FAB, $p=0,031$). La RM-ANOVA ha mostrato un significativo miglioramento delle *performances* cognitive del GT al T1 e, in minor misura, al T2 rispetto al basale, mentre il GC è andato incontro ad un progressivo peggioramento.

Conclusioni. I nostri risultati indicano che il TC, come terapia integrata della MA, è utile a migliorare alcuni *deficit* cognitivi nei pazienti. L'evidenza che parte degli effetti del trattamento persistano fino a 6 mesi dal termine dello stesso potrebbe suggerire che la TC è efficace nel rallentare temporaneamente la progressione dei sintomi della malattia.

ANZIANI ALLA GUIDA. UNO STUDIO PILOTA SUL RICONOSCIMENTO DELLA SEGNALETICA STRADALE E RISOLUZIONE DI INCROCI IN ANZIANI SANI E CON DETERIORAMENTO COGNITIVO

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, UOC di Geriatria, Ulss 13, Dolo, Venezia*

Introduzione. Con l'aumento del numero dei conducenti anziani, si rende necessario valutare le conseguenze che l'invecchiamento cerebrale patologico, può avere sulla capacità di guida. Un potenziale metodo di *screening* dei guidatori non sicuri è la capacità di riconoscimento della segnaletica stradale.

Metodi. Nella ricerca in oggetto sono stati condotti due studi. Lo Studio Preliminare ha indagato le abilità di riconoscimento di 98 segnali e di risoluzione di 32 incroci su un campione di 181 partecipanti cognitivamente integri, suddivisi in 4 gruppi in base all'età. In questa prima fase, sono stati identificati gli stimoli utilizzati nella seconda fase: 36 segnali e 8 incroci. Lo Studio Sperimentale aveva i seguenti obiettivi: indagare la capacità di riconoscimento della segnaletica stradale e di risoluzione di incroci su un campione di guidatori anziani, mettendo a confronto: a) anziani con abilità cognitive integre e anziani con diagnosi di demenza; b) 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 guidatori anziani, (28 cognitivamente sani 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, STOOP TEST, CDT, SPAN BACKWARD, 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 partecipanti sono stati 36/98, mentre gli incroci risolti da almeno il 65% dei soggetti sono stati 8/32. I risultati dello studio sperimentale indicano una differenza statisticamente significativa tra gli anziani con deterioramento cognitivo (demenza e MCI) e gli anziani sani 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 ($p = 0,035$ e $p = 0,595$ rispettivamente). I punteggi al Test di riconoscimento dei segnali correlano positivamente con quelli al CDT ($p < 0,05$), allo Span Backward ($p < 0,05$) e alla FAB ($p < 0,05$). I punteggi al Test di risoluzione di incroci correlano con quelli al CDT ($p < 0,05$).

Conclusioni. Poiché in Italia non esistono strumenti validati per il riconoscimento di segnali e la risoluzione di incroci, è opportuno tenere in considerazione la prestazione ai test che valutano le funzioni esecutive e visuo-costruttive, che correla con il mancato riconoscimento dei segnali e la difficoltà di risoluzione di incroci.

USO DELLE TECNOLOGIE PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE A DISTANZA CON PARTNER SIGNIFICATIVI IN CASI DI DEMENZA VASCOLARE

Lancioni Giulio (a), Addante Luigi Mario (b), Bertolini Alberto (b), D'Amico Fiora (b), Ladisi Luciano (b)

(a) *Università degli Studi, Bari*

(b) *Consorzio San Raffaele, Modugno, Bari*

Introduzione. Lo studio si è svolto tra il Consorzio San Raffaele e l'Università degli Studi di Bari nel 2014-2015 e ha valutato un programma per favorire la comunicazione e l'uso del telefono attraverso specifici adattamenti in una paziente donna con grave demenza vascolare.

Metodi. La tecnologia assistita usata consisteva in: pc, modem GSM, *microswitch* a pressione e vibrazione per attivare le opzioni del computer, cuffia, microfono e software per: consentire la presentazione dei partner a cui telefonare secondo sequenze pre-registrate, rispondere alle attivazioni del *microswitch* (utilizzato per selezionare partner e telefonare). Il *microswitch* era un pulsante colorato attivabile mediante contatto della mano. L'attivazione del *microswitch* portava il computer a presentare alla partecipante una lista di dieci persone (amici, familiari) alle quali telefonare. La presentazione verbale del partner era accompagnata dalla foto della persona e dall'istruzione dell'azione per telefonare (esempio: "Vuoi chiamare tua sorella? Spingi pulsante giallo"). Se la partecipante non rispondeva entro 5 secondi, il computer presentava in automatico la persona successiva con foto e *prompt* verbale, mentre se la partecipante rispondeva entro 5 secondi, il computer selezionava il numero scelto. Lo studio seguiva una condizione procedurale di tipo ABAB, nella quale le A corrispondevano alla *baseline* (uso di cellulare convenzionale) e le B a quelle di intervento (uso sistema telefonico computerizzato).

Risultati. Durante le fasi di *baseline*, in due sessioni, la partecipante non ha telefonato. Durante la prima fase di intervento (14 sessioni), la paziente ha effettuato 3 chiamate a sessione e 2 hanno ricevuto risposta. La durata delle conversazioni è di 3,23 minuti. Nella seconda fase di intervento (46 sessioni), la frequenza di telefonate effettuate era di 3 e la frequenza di risposte ricevute 2. La durata delle conversazioni per questa seconda fase B era di 2,23 minuti.

Conclusione. Un sistema telefonico computerizzato può essere una risorsa importante per aiutare pazienti con demenza nell'effettuare in maniera indipendente delle telefonate. La partecipante coinvolta nello Studio (affetta da grave demenza vascolare), ha acquisito l'abilità in maniera semplice e veloce, potendo usare questo strumento di comunicazione per contattare partner per lei significativi ma distanti. Sviluppare questa opportunità di comunicazione può essere considerato uno strumento importante per mantenere relazioni sociali ed emotive rilevanti e ridurre l'impoverimento sociale e la passività.

COLORI DELL'ANIMA - PROGETTO DI ARTETERAPIA

La Sala Paola (a), Cannella Salvatore (a), Miceli Giuseppina (b), Volpe Francesco (c), Frisco Laura (c), Pisano Giovanna (c), Provenzano Giuseppe (a)

(a) Azienda Sanitaria Provinciali AGI, Agrigento

(b) Psicologa Volontaria, Sciacca, Agrigento

(c) Liceo Artistico Bonachia, Sciacca, Agrigento

Percorso di arteterapia e riabilitazione cognitiva realizzato presso il Centro Diurno Alzheimer (CD) in collaborazione con il Liceo Artistico Bonachia di Sciacca. La motivazione alla base del progetto è stata creare un raccordo tra la struttura socio sanitaria CD e quella scolastica, nell'ottica di una integrazione socio culturale e sanitaria che consenta la creazione di interventi esperenziali diversificati, permettendo agli ospiti del CD la conoscenza di ambiti comunicativi/ emotivi diversi ed agli studenti del Liceo Artistico di approfondire ambiti e metodi dove l'arte diventa strumento di comunicazione alternativa e intervento riabilitativo. L'obiettivo riabilitativo per gli Utenti del CD è stato avere la possibilità di mantenere o ritrovare, anche solo per il breve tempo di un'attività, una operatività perduta, utilizzando le metodologie e le tecniche del linguaggio artistico, stimolando le capacità attentive e prassiche residue in un contesto di socialità e di scambio emozionale. La pittura in questo caso non è tesa ad essere solo un prodotto estetico, ma pone l'attenzione sul processo cognitivo e creativo dell'ospite che attraverso la tela può esprimersi e trovare il piacere di comunicare le sue più profonde emozioni, pensieri, desideri e anche le proprie inquietudini. L'obiettivo per gli allievi è stato quello di avvicinarli ad una realtà socio-sanitaria che li ha umanamente arricchiti, intervenendo attraverso la loro conoscenza artistica in un contesto di anziani, affetti da forme di demenza, dove il dipingere è diventato così l'espressione più pura dell'anima. Il progetto ha permesso di far conoscere l'utilizzo del disegno e della pittura in Arteterapia quale strumento di riabilitazione cognitiva.

Metodi. Sono state predisposte delle schede di osservazione utilizzate durante le attività, che hanno permesso di misurare i livelli di attenzione e le abilità comunicative sviluppate durante il percorso progettuale; Supporto e stimolazione - Lavoro di gruppo; *Focus group* con gli allievi; Incontri informativi - formativi con gli allievi e gli insegnanti quali momenti di prevenzione ed integrazione socio-sanitaria.

Risultati. Un miglioramento dell'attenzione e della capacità elaborativa, clima positivo di favorevole socialità e accoglienza.

Conclusioni. La realizzazione dei prodotti artistici ha stimolato l'interesse e il mantenimento di abilità prassiche e cognitive degli utenti del CD, il clima positivo che si è generato nello scambio emozionale e di conoscenze ha permesso un processo motivato a fini riabilitativi cognitivi, attraverso uno schema non esclusivamente terapeutico e sanitario. Il progetto ha dimostrato che le attività intergrate con le altre agenzie sociali e culturali del territorio arricchiscono e stimolano nuovi processi.

◉ ALTERAZIONI DELLA MACROSTRUTTURA IPNICA, DEI BIOMARCATORI LIQUORALI E DELLE FUNZIONI MNESICHE NEL CORSO DELLA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Liguori Claudio (a), Izzi Francesca (b), Mercuri Nicola (b), Sancesario Giuseppe (b), Placidi Fabio (b)

(a) *Centro di Medicina del Sonno, Policlinico Universitario di Roma Tor Vergata, Roma*

(b) *Policlinico Universitario di Roma Tor Vergata, Roma*

Introduzione. L'obiettivo dello studio è stato valutare la macrostruttura ipnica, i biomarcatori liquorali e funzioni mnesiche in pazienti affetti da deterioramento cognitivo soggettivo (SCI), disturbo cognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment* - MCI) e Malattia di Alzheimer (MA).

Metodi. Sono stati studiati 217 pazienti, di cui 54 SCI, 59 MCI, 56 MA di grado lieve (IMA, MMSE>21), 48 MA di grado moderato-severo (msMA), confrontati con 41 soggetti di controllo. Pazienti e controlli sono stati sottoposti a polisonnografia dinamica delle 24 ore, test di memoria (test delle 15 parole di Rey immediato e differito) e puntura lombare per il dosaggio dei biomarcatori di MA (A β 42, t-tau, p-tau).

Risultati. I livelli di A β 42 erano ridotti nei pazienti con MA e MCI rispetto a quelli con SCI, che presentavano valori ridotti rispetto ai controlli. I livelli di proteina t-tau e p-tau iniziavano ad alterarsi a partire dallo stadio MCI di MA. I punteggi ottenuti alle prove di memoria erano progressivamente e significativamente peggiori in pazienti con MA vs MCI vs SCI vs controlli. Nel corso della progressione della MA si assisteva alla graduale alterazione della macrostruttura ipnica, con destrutturazione del sonno graduale dallo stadio SCI a quello MCI a quello di MA di grado lieve e moderato-severo. In particolare, il sonno REM risultava progressivamente ridotto in pazienti con MA vs MCI vs SCI vs controlli. La riduzione dei livelli liquorali di A β 42 correlava con la riduzione del REM, nonché con peggiori punteggi alle prove di memoria verbale immediata e differita. Peggiori *performances* cognitive correlavano con la riduzione dello stadio 3 di sonno Non-REM. Nei soggetti di controllo, invece, tali correlazioni non risultavano evidenti.

Discussione. Da questo studio emerge che il sonno si altera gradualmente e progressivamente nel corso della progressione della MA. Ciò che risulta maggiormente evidente è che il sonno REM si altera sin dalle fasi precoci/precliniche di MA e progressivamente si riduce all'avanzare della patologia. Tale alterazione, correlandosi ad una riduzione di A β 42 liquorale ed a peggiori *performances* mnesiche, potrebbe rappresentare un *biomarker* precoce di MA. Infatti, il sonno appare destrutturato ed alterato sin dalle fasi precoci e precliniche di MA, tale da poter meritare maggiore attenzione diagnostica al fine di poter andare a migliorare il sonno notturno, che è stato recentemente definito un possibile fattore patogenetico di neurodegenerazione.

TRIAGE IN RSA:UNA REALTÀ POSSIBILE? PRESENTAZIONE DI UN METODO DI LAVORO ORIENTATO E INFORMATO

Lo Basso Maria Stefania, Polise Francesco, Tofanelli Mirko, Veneruso Enza, Buonocore Annamaria, Silvaroli Maria

Residenza Sanitaria Assistenziale San Michele Hospital, Aprilia, Roma

Introduzione. L'assistenza nella Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) si è basata su valutazioni oggettive confluenti nel Piano Assistenziale Individualizzato, per mettere a punto un percorso che consentisse all'assistito di recuperare e/o mantenere le proprie capacità residue. Esistono numerosi strumenti di valutazione che consentono di specificare la situazione clinica dei pazienti. Non esistono strumenti che consentano di precisare quando le cure di mantenimento dello stato di salute del paziente possano trasformarsi in accanimento terapeutico.

Metodi. In un periodo di 8 mesi, sono state utilizzate tre scale di valutazione validate quali: Karnofsky, Glasgow e BMI somministrate ad 80 pazienti con polipatologia, ricoverati in RSA. Tali indicatori sono stati somministrati dall'*équipe* curante al momento del ricovero o all'inclusione nello studio, dopo trenta giorni e ogni tre mesi con paziente in condizioni stabili. In caso di aggravamento le scale sono state riproposte ai pazienti utilizzando come "alert" parametri quali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione e temperatura corporea. I dati raccolti hanno permesso di assegnare un codice di triage: codice verde quando il *cut off* delle tre scale era nei valori normali, codice giallo quando il *cut off* di una o due scale era scostato dai valori normali e codice rosso nei casi in cui i valori delle tre scale si discostavano tutte e tre dai valori considerati normali.

Risultati. Dall'osservazione dei dati abbiamo riscontrato che l'assegnazione dei pazienti ai vari codici consentiva di precisare l'intensità assistenziale e la possibilità di avere un colloquio con i parenti/*caregiver*, per decidere come procedere con l'assistenza in caso di aggravamento. In 10 casi a cui era stato attribuito un codice verde, si è proceduto, nel momento di passaggio ad una situazione clinica più grave (codice giallo/rosso), al colloquio con i parenti che hanno concordato con l'*équipe* curante se procedere verso cure di sostegno dei parametri vitali e di terapia del dolore oppure l'eventuale invio del paziente presso il pronto soccorso in caso di peggioramento grave.

Conclusioni. Lo studio condotto per un tempo di 8 mesi ha permesso una mappatura dello stato di salute degli ospiti, un orientamento assistenziale focalizzato anche sulle acuzie, una distribuzione responsabile delle competenze professionali all'interno dell'*équipe*, una compartecipazione grupale sulla tipologia assistenziale idonea tarata sullo stato di gravità del paziente. Infine questo metodo di lavoro ha favorito la creazione di un documento attestante le scelte condivise tra *équipe* e referenti parentali per evitare accanimento terapeutico, ricoveri incongrui e sofferenza per il proprio congiunto. Risvolti ulteriori di questo metodo di lavoro si stanno ancora osservando

TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL TRATTAMENTO DELLE DEMENZE: ESPERIENZA DI SCAMPIA (NAPOLI)

Malagnino Anna Maria, Scognamiglio Paola, Napolitano Anna
ASL Napoli 1 Centro, DS28, Napoli

Introduzione. La terapia occupazionale (*Occupational Therapy* - TO) è una disciplina sanitaria per il trattamento di situazioni di *handicap* nelle attività di vita quotidiana, lavorativa e sociale. In Italia gli interventi di TO in età evolutiva, in neurologia e in reumatologia sono già molto diffusi ed apprezzati. È grande l'interesse per l'efficacia dell'intervento della TO nel trattamento domiciliare della persona con demenza, anche come importantissimo strumento di educazione e sostegno operativo per i *caregivers*. Considerata la scarsità di risorse disponibili, si è voluto verificare l'efficacia della TO in trattamenti ambulatoriali.

Metodi. Da febbraio 2015, nella ex UVA ed istituendo il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) della Unità Operativa Assistenza Anziani di Scampia (Distretto 28 - ASL Napoli 1 Centro), è iniziata l'attività di TO. A giugno 2016 il gruppo trattato era costituito da 22 soggetti con demenza di grado lieve/moderato ($CDR \leq 3$), senza *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) importanti, età media di 75,3 anni (età minima 65, massima 85), 11 maschi e 11 femmine. Il programma terapeutico, basato su precisi schemi teorici secondo il *client centered Model of Human Occupation* (MOHO), viene attuato dai 3 protagonisti: la persona con demenza, il *caregiver* e il terapeuta occupazionale, che insieme identificano le attività più significative, la tipologia degli interventi e l'ambiente in cui si esprime la *performance*. I colloqui propedeutici all'attuazione del programma affrontano 4 aspetti ugualmente importanti:

- si indaga la storia dell'anziano utilizzando *Occupational Performance History Interview* (OPHI-II), integrata da una scheda descrittiva della giornata tipo del soggetto con demenza;
- vengono individuati i problemi nella *performance* occupazionale attraverso la *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) e l'*Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS);
- si esaminano, con interviste semistrutturate, storia e difficoltà gestionali del *caregiver*, ascoltandone le richieste e valutandone la reazione situazionale con la *Caregiver Burden Inventory* (CBI);
- si ottiene la sintesi narrativa e si definiscono gli obiettivi da raggiungere.

La somministrazione delle schede di valutazione avviene ad inizio trattamento (T_0) e dopo intervallo di 3-6 mesi (T_1). Inoltre, al *caregiver* viene fatta compilare una scheda di valutazione sul servizio di terapia occupazionale ricevuto.

Risultati. Finora i risultati ottenuti hanno confermato oltre ogni aspettativa gli obiettivi prefissati: miglioramento della *performance*, maggiore competenza nel *caregiver*, migliorata qualità della vita e dell'umore di entrambi.

Conclusioni. La TO si conferma un valido strumento di terapia non farmacologica nel trattamento delle demenze, anche in sede ambulatoriale

TERAPIA DELLA CONDIVISIONE

Marano Francesca, De Rosa Giuliana, Francone Caterina, Santillo Antonella, Bruno Patrizia
Associazione Malattie Neurogeriatriche e Sindrome Alzheimer, Napoli

Introduzione. L'Associazione Malattie Neurogeriatriche e Sindrome Alzheimer (AMNESIA) affiliata ad Alzheimer Uniti Italia, per adempiere ai suoi scopi statutari di promozione del migliore stato di salute delle persone affette da demenza, promuove percorsi di stimolazione cognitivo-affettiva attraverso un'*équipe* multidisciplinare. Le attività sono organizzate, a scansione regolare, in "piccoli gruppi", considerando l'unità cognizione-emozione. Presentiamo il caso di A.C. donna di anni 83 affetta da FTD, con disturbi comportamentali, quali disinibizione sessuale, agitazione psicomotoria e *wandering*.

Metodi. La paziente, inizialmente inserita nei "piccoli gruppi", ha dovuto interrompere la frequenza per la scarsa aderenza alle attività, per cui è stata sottoposta ad una terapia individuale ad indirizzo rieducativo-occupazionale, articolata in 2 incontri settimanali di 2 ore ciascuno, condotta sempre dallo stesso operatore, un educatore. Si è scelto di dare priorità alla costruzione di una relazione di fiducia, celando il rapporto operatore-paziente, favorendo, così, un clima di maggiore *compliance* al trattamento e promuovendo lo spirito di collaborazione. Attraverso l'osservazione *in itinere* della paziente e gli incontri con i *caregiver*, l'educatore è riuscito a cogliere la personalità della donna, gli interessi, le capacità conservate e i limiti della malattia. Ha programmato le attività secondo un approccio basato sull'ergoterapia, simulando compiti che fossero congeniali ai suoi interessi, alle sue potenzialità ed in particolare, alla voglia di condividere e raccontarsi e che prevedessero l'aiuto della paziente in un clima familiare, permettendole di rivestire il ruolo di "esperta". Pertanto con strategie pedagogiche, l'educatore si è approcciato con delicatezza e determinazione, affinché la paziente si sentisse accolta e mai frustrata, cercando di ricostruirne l'integrità identitaria.

Risultati. Il rapporto "individuale" ha creato un clima di continuità nella memoria affettiva della paziente, che aspettava il momento dell'incontro come un'esperienza emotiva e di condivisione. Come evidenziato dalle griglie osservative costruite *ad hoc* per il monitoraggio del quadro clinico globale, si è assistito ad una riduzione dell'intensità dei disturbi comportamentali misurata con la *Frontal Behaviour Inventory*, pre e post trattamento e ad un minor carico emotivo da parte del *caregiver*, valutato con il *Caregiver Burden Inventory*.

Conclusioni. La costruzione del *feeling* empatico è stata propedeutica nell'invogliare la donna, in ogni incontro, ad accettare con fiducia le attività e a contenere la sua aggressività. Tale percorso si è incentrato sull'importanza della "persona" per favorire il rafforzamento dell'identità e la valorizzazione del sé. La relazione affettiva tra operatore e paziente, quindi, è stata veicolo di benessere psico-fisico per entrambi, in un clima produttivo, motivante e accogliente.

TRA TESTAMENTO BIOLOGICO E APPROCCI ALTERNATIVI: UN CONTRIBUTO ALLA GESTIONE DEL CONSENSO NEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA

Menerini Dario (a), Croci Luca (b)

(a) *Studio Legale, Milano*

(b) *Punto Service Cooperativa Sociale srl, Varese*

L'istituto del *living will* è ormai una realtà consolidata in gran parte del mondo occidentale. Ad eccezione dell'Italia ormai tutti i Paesi del vecchio continente hanno approntato un quadro giuridico volto a regolare, in maniera più o meno penetrante, le volontà anticipate rilasciate da un soggetto in stato di lucidità mentale rispetto ai trattamenti che intende o meno accettare nel caso in cui non fosse più in grado di esprimere le proprie volontà. La Convenzione sui diritti umani e la biomedicina di Oviedo del 1997, firmata ma non ratificata dall'Italia, stabilisce che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione". L'italico immobilismo normativo non può che creare uno stato di incertezza dove gran parte delle scelte sono dettate dalla sensibilità del singolo o da una timida giurisprudenza. A differenza del malato in stato vegetativo, per cui oggi è di fatto data possibilità al medico di seguire le indicazioni lasciate, il malato di demenza si colloca in una zona grigia in cui seppur assente la capacità di intendere risulta conservata una capacità di "volere". Il percorso di morte di un malato di demenza è solitamente caratterizzato dalla *frailty* cioè da una relativa lunghezza e dalla presenza di diverse patologie concomitanti, che impongono inevitabilmente ripetute scelte diagnostiche o interventistiche spesso di non facile bilanciamento rispetto al rapporto costi benefici del paziente. In questo quadro non è certamente facile inserire un potenziale intervento normativo nel solco dei vari modelli di "testamento biologico", non adatto ad una situazione dinamica come quella prospettata dall'insorgere di una demenza. Una possibile via potrebbe essere rappresentata dal modello svizzero del "mandato precauzionale", ovvero uno speciale istituto giuridico varato nel 2003 che consente ad un soggetto di determinare in anticipo chi potrà prendere decisioni mediche in un contesto di mancanza di capacità. A dire il vero già diversi tribunali nostrani hanno licenziato la pratica della nomina preventiva di un amministratore di sostegno, da utilizzarsi in caso di necessità, raggiungendo un risultato sovrapponibile a quello previsto dalla legislazione elvetica. L'introduzione del modello svizzero nel contesto normativo italiano, permetterebbe però un crescente ricorso allo strumento stragiudiziale, con discarico dell'attività giurisdizionale e la delineazione di un quadro normativo chiaro per gli operatori sanitari. Ciò garantirebbe una più agevole gestione del paziente affetto da demenza e un sostanziale rispetto delle sue determinazioni per il tramite di una persona di fiducia, consegnando finalmente alla normalità ciò che oggi è solo l'eccezionalità.

INDAGINE SUI CAREGIVERS DEI CENTRI SOLLIEVO DELL'ULSS 22 VENETO

Menini Sarah (a), Lorenzini Alessandra (b), Sandri Giulia (a), Boccardi Daniela (a), Costa Bruno (a), Buffone Ebba (a)

(a) CDCD UOC Neurologia, Ospedale di Bussolengo, Ulss 22 Veneto, Bussolengo, Verona

(b) Fondazione Historie Onlus, Villafranca di Verona, Verona

Introduzione. L'ULSS22 ha partecipato per l'anno 2015-2016 alla realizzazione del Progetto Sollievo, finanziato dalla Regione Veneto e finalizzato al sostegno dei familiari di pazienti con demenza di grado lieve-medio ed al mantenimento delle funzioni cognitive residue del paziente stesso. Obiettivo del nostro studio è quello di delineare un profilo dei *caregivers* partecipanti ai gruppi di auto-mutuo aiuto, considerando le loro caratteristiche socio-demografiche, lo stile di coping utilizzato e il livello di benessere percepito.

Metodi. Il campione di *caregivers* è composto da 31 soggetti (4 maschi e 27 femmine) afferenti a 3 Centri Sollievo. La somministrazione dei questionari è avvenuta tramite auto-somministrazione e si è svolta durante uno degli incontri del gruppo. Sono state escluse dal campione (pur avendo compilato i questionari) le assistenti domiciliari private, perché il focus dello studio è incentrato sui bisogni assistenziali dei familiari. I questionari utilizzati sono stati:

- Questionario costruito *ad hoc* per la raccolta dei dati socio-demografici e della rete sociale di supporto sia formale che informale.
- PGWBI (*Psychological General Well - Being Index*): questionario *self-report* che misura lo stato soggettivo di benessere o disagio legato alla sfera emozionale o affettiva. È composto da 22 *items* che indagano 6 dimensioni.
- COPE (*Coping Orientation to Problems Experienced*): scala *self-report* che prende in considerazione diverse modalità di *coping*. È costituito da 60 *items*, divisi in 5 dimensioni.

Risultati. Per quanto riguarda i dati socio-demografici emerge che l'89% dei *caregivers* sono donne, il 56% sono coniugi ed il 35% figli dei pazienti. La media di età è di 66 anni e 9 anni di scolarità. La maggior parte dei *caregivers* convive con i pazienti (71%). Emerge inoltre che il 55% del campione analizzato non riceve altro supporto nella gestione del familiare oltre al "Progetto Sollievo". In riferimento al questionario somministrato per indagare il *distress* percepito dai *caregivers* (PGWBI) si evidenzia un importante disagio per tutte le dimensioni indagate. In ultimo, per quanto riguarda le strategie di *coping* dei *caregivers* (COPE), emerge che vengono utilizzate frequentemente tutte le strategie ad esclusione di quella evitante che risulta la meno rappresentata.

Conclusioni. Il presente lavoro ci ha permesso di delineare il profilo degli utenti che hanno frequentato i Centri Sollievo dell'ULSS 22. Esso fungerà da *baseline* per uno studio longitudinale da implementare nel corso dei prossimi tre anni di progetto. L'obiettivo finale sarà quello di costruire delle ipotesi di intervento volte ad ottimizzare il supporto alle famiglie fornito dalla rete dei servizi socio-sanitari.

MALATTIA DI ALZHEIMER E LA VARIANTE LOGOPENICA DELL'AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Minardi Valentina, Spadaro Daniela, Razza Grazia, Giordano Antonello, Sanzaro Enzo, Iemolo Francesco

Unità Operativa Complessa di Neurologia, Ospedale Guzzardi, Vittoria, Ragusa

Introduzione. L'Afasia Primaria Progressiva (PPA) è una delle forme cliniche della demenza frontotemporale, caratterizzata da *deficit* selettivo e progressivo a carico del linguaggio su base neurodegenerativa. Il quadro clinico esordisce tipicamente con un'anomia per poi evolvere in un'afasia non fluente; tuttavia l'evoluzione finale porta a una demenza che può sopraggiungere a distanza di tempo più o meno lunga. Si può associare a degenerazione cortico-basale, presentando segni extrapiramidali e dal punto di vista neuropatologico può mostrare alterazioni tipiche della malattia di Alzheimer. In letteratura, la PPA viene suddivisa in tre varianti: la Variante Logopenica (lvPPA), la Variante Non fluente/Agrammatica (nfvPPA) e la Variante Semantica (svPPA). La svPPA e la nfvPPA sono classificate tra le forme di demenza frontotemporale, mentre la lvPPA è associata alla malattia di Alzheimer, di cui condivide i meccanismi patogenetici come dimostrato da recenti studi clinico-neuropatologici (il 20% di AD ha inizio con la forma logopenica della PPA).

Metodi. Il caso clinico scelto prevede lo studio di due diversi ricoveri (2012-2015), presso l'Unità Operativa Complessa di Neurologia dell'ospedale Guzzardi di Vittoria, attraverso una valutazione multidimensionale. Il paziente, presentando all'esame obiettivo neurologico lieve bradicinesia associata a disturbi dell'eloquio (anomie da almeno due anni) e apatia, viene sottoposto a indagini strumentali (esami ematochimici, ECG, RMN encefalo, TCD, PET-CT ed EEG) e a valutazione Neuropsicologica (NP) di primo e secondo livello.

Risultati. Dall'analisi delle indagini e dalla valutazione NP effettuate al primo ricovero, emerge un quadro neuropsicologico verosimilmente compatibile con una "sindrome frontale di tipo apatico", per marcata compromissione del linguaggio, delle funzioni esecutive e della MLT verbale con deflessione del tono dell'umore. Al secondo ricovero, per peggioramento del quadro clinico (compromissione di tutte le aree cognitive indagate), il paziente viene sottoposto a ulteriori indagini (analisi dei *biomarkers* liquorali e del gene MAPT) evidenziando così un quadro di grave decadimento cognitivo compatibile con la malattia di Alzheimer ad esordio atipico (lvPPA).

Conclusioni. La criticità nella diagnosi della malattia di Alzheimer consiste soprattutto nella difficoltà procedurale diagnostica nelle forme atipiche e nelle cause di disomogeneità. Tale complessità è spiegata da diversi parametri, come l'esordio non sempre riconducibile ad un *deficit* inizialmente mnesico e la compresenza di altri processi neuropatologici. L'obiettivo di una corretta valutazione neuropsicologica nella diagnosi differenziale delle diverse forme di deterioramento cognitivo deve essere, quindi, quello di identificare, oltre ai parametri che consentono di porre una diagnosi di demenza, anche quelli che permettono di distinguere tra di loro le varie forme cliniche.

ANALISI DELLE FONTI AMMINISTRATIVE E STATISTICHE PER MISURARE LE DEMENZE IN ITALIA

Murianni Laura (a), Di Pucchio Alessandra (b), Vanacore Nicola (b)

(a) *Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*

(b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Negli ultimi 50 anni si è registrato in Europa un considerevole aumento della speranza di vita e un corrispondente incremento dell'incidenza di patologie legate all'invecchiamento tra cui le demenze. Nei Paesi OCSE nel 2015 le persone affette da demenza sono circa 18 milioni; considerato che l'indice di invecchiamento in Italia è il più alto al Mondo, che gli indicatori relativi all'aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni e all'offerta di assistenza a lungo termine sono tra i più bassi in Europa, lo studio delle demenze emerge come priorità nazionale. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare le fonti di dati esistenti in grado di ricostruire il percorso diagnostico terapeutico delle persone con demenza, per elaborare indicatori utili ai decision makers.

Metodi. È stata fatta una ricerca di letteratura sulla definizione della demenza e su quali classificazioni permettano di individuarla chiaramente. Si è proceduto attraverso la rassegna di tutte le fonti di dati ufficiali dell'area statistica e socio sanitaria con copertura nazionale o regionale, riguardanti le fasi del percorso diagnostico terapeutico delle demenze, valutandone i punti di forza e di debolezza per essere utili alla costruzione di indicatori statistici rilevanti, affidabili, accurati e ripetibili.

Risultati. Sono state individuate cinque fonti di dati utili alla misurazione integrata dell'intero percorso diagnostico-terapeutico: 1) l'indagine censuaria CCM-ISS per mappare la rete dell'offerta territoriale per l'individuazione e la valutazione delle demenze; 2) l'indagine campionaria Istat Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari per costruire la prevalenza delle patologie cronico degenerative con disturbi del comportamento e analizzare il contesto socio-economico delle persone affette da tali patologie; 3) il Rapporto Aifa dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei farmaci anti psicotici ed anti-depressivi; 4) le schede di dimissione ospedaliera, del Ministero della Salute, per individuare le diagnosi principali e secondarie degli accessi delle persone in ospedale; 5) l'indagine censuaria Istat sulle cause di morte per individuare l'insieme delle condizioni morbose legate alle demenze che hanno condotto al decesso. Nessuna delle fonti analizzate ha dati che possono individuare esaustivamente la popolazione affetta da demenze. Sono state selezionate due fonti dei dati ad elevata copertura e qualità che permettono di avere una misura parziale dei soggetti affetti da demenza: coloro che accedono alle strutture ospedaliere e coloro che decedono per demenza sia come causa principale che secondaria.

Conclusioni. Per riuscire a misurare le demenze è necessario avere a disposizione dei flussi informativi completi del percorso diagnostico terapeutico, che coinvolgano sia l'assistenza sanitaria che sociale. Le aree più carenti di dati sono quelle che interessano il processo assistenziale a livello territoriale sociale e sanitario.

IMPATTO DELLA COGNITIVE STIMULATION THERAPY SULLA QUALITÀ DELLA VITA IN PAZIENTI CON DEMENZA TIPO ALZHEIMER DI GRADO LIEVE E MODERATO

Nucera Valentina, Ludovico Livia, Montanari Enrico, Giusto Antonella, Oddo Paola
Roberta, Lato Federica
Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

Introduzione. Trattare delle possibilità riabilitative delle funzioni cognitive nelle demenze degenerative richiede di porsi obiettivi calibrati e scientificamente valutabili. Le persone affette da demenza presentano difficoltà nella gestione della vita quotidiana con ricaduta negativa sulla propria vita e quella dei familiari. Lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'efficacia terapeutica e l'impatto sulla qualità della vita di un *training* cognitivo sui pazienti con Demenza di tipo Alzheimer (AD) di grado lieve e moderato.

Metodi. Il campione è costituito da pazienti (*range* di età 58-85 anni) con diagnosi di AD di grado lieve e moderato (criteri *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* e *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* – Nincds - Adrda) afferenti al Centro Disturbi Cognitivi dell'Unità Operativa di Neurologia - Presidio Ospedaliero di Fidenza. Sono stati costituiti 2 gruppi entrambi sottoposti a esame neuropsicologico in pre e post trattamento: 10 pazienti con AD di grado lieve (MMSE=20-24), 9 pazienti di grado medio (MMSE=10-20). La valutazione iniziale ha previsto una fase di raccolta anamnestica e la somministrazione di test neuropsicologici. I test utilizzati sono stati MMSE, ADL, IADL, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), 15 parole di Rey, Aprassia Costruttiva, *Digit Cancellation Test*, *Clock Drawing Test* e CRQ. La stessa batteria di test è stata somministrata dopo 3 mesi, al termine del *training* cognitivo (2 sedute alla settimana di 120 minuti l'una per tre mesi). Rispetto alla metodologia *Reality Orientation Therapy*, la *Cognitive Stimulation Therapy* (CST), basata sulla centralità del paziente, ha consentito la strutturazione degli incontri attraverso l'analisi dei *feedback* comportamentali dei partecipanti rimodulando *in itinere* il percorso. I facilitatori hanno prestato attenzione al riconoscimento individuale e di gruppo delle emozioni sperimentate dai partecipanti attraverso varie forme comunicative verbali e non verbali. Nel corso degli incontri sono stati proposti esercizi volti a stimolare le singole funzioni cognitive. Ai familiari è stato somministrato il questionario, *Zarit Burden Interview* prima e dopo il *training* cognitivo per valutare il benessere del *caregiver*.

Risultati. Nei due gruppi il livello cognitivo rimane sostanzialmente stabile. Significativo è il miglioramento dei livelli di ansia e depressione in entrambi i gruppi. I livelli di stress del *caregiver* infine risultano sensibilmente diminuiti così come dimostrato in letteratura.

Conclusioni. I risultati conseguiti dimostrano l'efficacia clinica del *training* cognitivo che nel quotidiano si traduce nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei *caregiver*. Il percorso di CST così strutturato offre continuità assistenziale ricalibrata sulla base dell'evoluzione della malattia e dei *deficit* che la caratterizzano. La dimostrata

efficacia clinica suggerisce di incrementare il numero di pazienti che possano beneficiare di questo trattamento terapeutico non farmacologico per migliorare la qualità di vita di un numero maggiore di soggetti affetti da AD.

INDAGINE SUL BENESSERE EMOTIVO GENERATO DA APPROCCI RIABILITATIVI BASATI SULLA STIMOLAZIONE DELLA CREATIVITÀ NELLA DEMENZA

Pavino Valentina, D'Eramo Elisa, D'Agostino Erica, Silvaroli Maria
Residenza Sanitaria Assistenziale San Michele Hospital, Aprilia, Roma

Introduzione. Il benessere emotivo descritto da Lawton, nelle persone con demenza è un aspetto importante della loro qualità di vita. Può incidere significativamente sulla *compliance* del paziente alle terapie proposte in strutture residenziali. Il presente studio pilota si propone di esplorare che tipo di effetto potrebbero avere approcci riabilitativi basati sulla stimolazione della creatività, sul benessere emotivo di un gruppo di pazienti con demenza.

Metodi. Il gruppo è composto da 16 soggetti affetti da demenza di vario grado (esclusi i pazienti con $MMSE \leq 10$) con vari *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) ricoverati in RSA da almeno un anno. L'indagine ha previsto tre fasi riprese per 10 sessioni bisettimanali della durata di un ora e mezza. La struttura dell'indagine utilizzata è stata pianificata in un'ottica biopsicosociale. In particolare nella prima fase tutti i soggetti sono stati sottoposti alla valutazione del benessere a livello emotivo (*Dementia Mood Picture Test - DMPT*). Nella seconda fase i pazienti hanno partecipato alle attività creative quali: stimolazione plurisensoriale, stimolazione dei ricordi d'infanzia, narrazione creativa di una storia, improvvisazione di movimenti sulla musica, manipolazione di materiale scenografico, improvvisazione teatrale della storia inventata. Nella terza fase tutti i pazienti sono stati nuovamente sottoposti alla valutazione del benessere a livello emotivo, ed inoltre alla valutazione del benessere a livello sociale e relazionale (griglie di osservazione diretta). Tutte le attività sono state condotte da personale esperto. Inoltre il gruppo è stato testato all'inizio e alla fine del programma mediante MMSE e NPI.

Risultati. Dal confronto dei dati tra DMPT e griglie di osservazione è emersa una variazione sempre positiva del benessere di tutti i pazienti, sia a livello emotivo che a livello sociale e relazionale. La partecipazione è stata assidua, nessun paziente ha manifestato disturbi comportamentali durante le sessioni. Una variazione negativa del benessere a livello emotivo è stata rilevata nella sessione sui ricordi d'infanzia.

Conclusioni. Gli autori si sono posti come obiettivo quello di approfondire quale attività terapeutica sia anche più gradita ai pazienti allo scopo finale di adattare l'assistenza, personalizzando le cure. La metodologia scelta ha posto le basi sulla misurazione diretta del benessere emotivo in un gruppo di pazienti affetti da demenza. Pur essendo uno studio pilota su base esplorativa è risultato interessante considerare anche il benessere emotivo nella scelta delle terapie efficaci. In futuro per migliorare il presente studio ci si propone di ampliare il campione, controllare le variabili intervenienti e verificare attendibilità e affidabilità.

INDAGINE DI PREVALENZA SUI *DEFICIT* COGNITIVI DEI DEGENTI PRESSO REPARTI MEDICI-CHIRURGICI DELL'OSPEDALE DI LEGNANO

Perrone Patrizia, Josè Rocco Maria

Ospedale di Legnano, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, Legnano, Milano

Introduzione. Numerosi pazienti con decadimento cognitivo lieve o iniziale vengono ricoverati per altre patologie acute mediche o chirurgiche nei nostri ospedali. In queste persone è più complessa la gestione medica ed infermieristica: *delirium*, scarsa *compliance* alle terapie mediche, decorso postchirurgico complicato, ecc... Da qui la necessità di valutare la dimensione del problema per applicare un protocollo adeguato di gestione. Obiettivo: verificare il grado di compromissione della funzione cognitiva delle persone che accedono ai nostri ospedali in regime di ricovero, per definire l'entità del problema prima di procedere a una progettualità specifica.

Metodi. L'indagine è stata realizzata in un'unica giornata, in tutte le degenze aziendali per adulti ad esclusione delle Terapie Intensive e Psichiatria. Tutti i ricoverati, con età superiore ai 60 anni - di lingua italiana o comunque in grado di comprenderla, senza *deficit* afasici o grave decadimento cognitivo - sono stati sottoposti a una breve valutazione cognitiva con lo strumento SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*), costituito da brevi domande per la valutazione dell'orientamento, della memoria a lungo termine e della concentrazione. La valutazione è stata condotta dal personale infermieristico e medico delle stesse degenze, dopo opportuna istruzione. È stata rilevata la scolarità con correzione del punteggio.

Risultati. Su un totale di 731 degenti presenti al momento della rilevazione, ne sono stati esaminati 486 di cui il 54% donne, con età media di 75 anni. Il 35% di questi presentavano *deficit* cognitivo: grave il 7% e moderato il 10%. I punteggi peggiori riguardavano prevalentemente la concentrazione e l'orientamento soprattutto temporale. Le persone con *deficit* grave avevano un'età media di 83 anni, in prevalenza donne con istruzione inferiore alla scuola dell'obbligo e ricoverate soprattutto nelle degenze di medicina e di ortopedia.

Conclusioni. Lo strumento di valutazione utilizzato (*Short portable mental status questionnaire* - SPMSQ) è di facile somministrazione anche da parte del personale infermieristico e può essere introdotto almeno nei reparti medici, nella *routine*. L'alterazione dell'orientamento temporale riguardava quasi tutti i ricoverati valutati confermando i rischi dell'ospedalizzazione. Questa rilevazione ci ha consentito di migliorare il nostro comportamento nei confronti del paziente anziano con difetti cognitivi: ad esempio ci ha indotto a posizionare nelle camere di degenza calendari e/o orologi o a comunicare la data con interfono al mattino. L'alto numero di persone con alterata funzione cognitiva rende necessaria la definizione di percorsi diagnostici che permettano di trattare i pazienti con stato confusionale transitorio, secondario a patologie internistiche (disidratazione, stati carenziali) o iatrogeni (farmaci, procedure, ecc.).

ACCESSI IN DEA DEI PAZIENTE CON DEMENZA. INDAGINE SULL'APPROPRIATEZZA NELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OVEST MILANESE

Perrone Patrizia, Josè Rocco Maria, Dello Russo Massimo, Razionale Giancarlo, Romorini Alessandro
Ospedale di Legnano, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, Legnano, Milano

Introduzione. I tempi di attesa nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) lombardi, pur costantemente monitorati soffrono della presenza di accessi inappropriati. Quotidianamente giungono pazienti dementi, anziani, fragili per problematiche che potrebbero trovare una soluzione domiciliare ed evitare il disagio di un trasporto, un'attesa prolungata e accertamenti ridondanti. Obiettivo: verificare il numero di accessi dei pazienti con demenza nei giorni feriali e festivi nei DEA degli Ospedali di Legnano (dove vi è un ambulatorio per "decadimento cognitivo") e di Magenta (dove ha sede un Centro UVA che ha in carico circa 1.000 pazienti), valutarne l'appropriatezza, la durata e porre strategie di correzione.

Metodi. L'indagine è stata realizzata in 24 ore di un giorno feriale e di uno festivo nei 2 DEA degli Ospedali di Legnano e di Magenta dove vi sono quotidianamente dai 170 ai 200 accessi nelle 24 ore ciascuno. Sono stati registrati i pazienti di età superiore ai 65 anni con rilevazione di: codice di arrivo (bianco verde giallo rosso), tipo di accesso (spontaneo o 118), residenza, diagnosi di demenza, struttura di riferimento (centro UVA, specialista, ecc.), motivo dell'accesso, numero di accessi nell'anno corrente e precedenti, diagnosi, dimissione (domicilio o ricovero) e altre informazioni (farmaci anticolinesterasici, ecc.).

Risultati. Nei 2 DEA si sono presentati 34 pazienti nel giorno feriale e 45 nel festivo, di età superiore ai 65 anni. Di questi 14/25 (56%) nel DEA di Legnano e 16/55 (29%) nel DEA di Magenta con diagnosi di Alzheimer o altre demenze. Il 68% di genere femminile con età media di 83 anni (maschile 85 anni), solo nel 20% seguiti da Centro UVA. Su un totale di 30 pazienti con demenza: 20 avevano almeno altri 3 accessi nel 2016, solo 9 giungevano con codice giallo e 1 rosso, 8 con accesso spontaneo (22 con 118), tutti residenti nei Comuni limitrofi. I motivi dell'accesso erano in prevalenza infezioni minori, disidratazione e controllo o sostituzione di presidi sanitari. Dei 30 solo 9 sono stati ricoverati, di cui 6 in geriatria per pluripatologie e fragilità. Il rinvio a domicilio è avvenuto dopo almeno 5 ore.

Conclusioni. Anche se nella nostra Azienda c'è in DEA un percorso dedicato alla persona con demenza (codice argento), la permanenza per ore potrebbe causare scompenso. Nella maggioranza dei casi, anche se ne è conseguito il ricovero, una adeguata gestione domiciliare anche telefonica avrebbe potuto evitare l'accesso in DEA. Da qui la necessità di una migliore presa in carico complessiva dal territorio.

PROGETTO "pARTEcipo anch'io": PRIMO ANNO DI SPERIMENTAZIONE

Pigliautile Martina (a), Ragni Silvia (b), Fiandra Alessia (b), Giubilei Annalisa (b), Longo Annalisa (a), Mecocci Patrizia (a), Bartorelli Luisa (b,c)

(a) *Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi, Perugia*

(b) *Fondazione Sanità e Ricerca, Roma*

(c) *Associazione Alzheimer Uniti, Roma*

Introduzione. “pARTEcipo anch’io” è un progetto di ricerca della Fondazione Sanità e Ricerca, condotto in collaborazione con il Dipartimento di Medicina (sezione di Gerontologia e Geriatria) dell’Università degli Studi di Perugia e con l’Associazione AMATA (Malati Alzheimer e Telefono Alzheimer) Umbria. Il progetto, rivolto a persone con demenza di Roma e Perugia, è costruito su specifiche visite museali, attraverso cui viene attuato un programma di attività di stimolazione cognitiva, motoria e sociale, comprendente anche la partecipazione a laboratori artistici.

Obiettivi. Valutare la ricaduta delle attività proposte sulla salute dei partecipanti e sul benessere autoriferito. Obiettivo secondario è offrire un paradigma di valutazione *ad hoc* per visite museali, al fine di accrescere le evidenze sperimentali in tale ambito.

Metodi. “pARTEcipo anch’io” raccoglie longitudinalmente dati quantitativi e qualitativi: lo stato di salute dei partecipanti è monitorato con strumenti di ampio utilizzo in ambito geriatrico; gli effetti delle attività sono valutati mediante: 1) scale visuo-analogiche che riguardano il benessere autoriferito; 2) la *Observed Emotion Rating Scale*; 3) interviste rivolte sia alle persone con demenza che ai loro familiari. Nella realtà di Roma gli operatori del Centro Diurno Alzheimer della Fondazione Sanità e Ricerca, opportunamente formati sul protocollo di ricerca, partecipano al progetto come valutatori degli effetti delle attività proposte, mentre i familiari delle persone con demenza come informatori sulla valutazione dello stato di salute. Nella realtà di Perugia i familiari partecipano alle attività previste dal progetto e sono pertanto valutati sia come partecipanti che come informatori dello stato di salute delle persone con demenza.

Risultati. Al termine del primo anno di sperimentazione possiamo documentare un incremento nel benessere autoriferito da parte delle persone con demenza di grado lieve e dei *caregivers* che partecipano all’esperienza e la presenza di segnali di piacere e interesse sia nelle persone con demenza di grado lieve che moderato nel corso delle visite museali. Dalle interviste rivolte ai partecipanti con demenza lieve, emerge l’importanza che la visita museale sia condotta da personale formato *ad hoc*. Rispetto al paradigma, mentre la *Visual Analogue Scale* è apparsa adeguata per le persone con demenza di grado lieve, per quelle con demenza di grado moderato è stato individuato uno strumento più semplice. Comunque gli strumenti di valutazione scelti appaiono adatti a rilevare gli effetti.

Conclusioni. Il secondo anno di sperimentazione sarà fondamentale per approfondire se esiste un “effetto museo” stabilendo se la fruizione di un’opera all’interno del museo determini un maggior incremento del benessere rispetto alla sua riproduzione in altri contesti. Il paradigma è adeguato a valutare gli effetti delle esperienze proposte.

ESAME BAROPODOMETRICO E MALATTIA DI ALZHEIMER: UNA CORRELAZIONE (IN) ASPETTATA

Pinna Silvia, Venuti Angelo, Volpini Alice, Volpini Maurizio, De Lucia Elena, Minio Antonio, D'Andrea Emanuele, Cardarelli Maria, Marianetti Massimo
Istituto San Giovanni Di Dio, Fatebenefratelli, Genzano, Roma

Introduzione. Anche se i disturbi dell'andatura e dell'equilibrio sono estremamente comuni nei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer, le potenzialità di un esame di routine come l'Esame Baropodometrico sono stata raramente indagate in letteratura.

Metodi. 30 pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (10 di grado lieve, 10 di grado moderato e 10 di grado severo; età media $76 \pm 8,1$ - per la stadiazione delle demenza è stato utilizzato il *Mini Mental State Examination*) sono stati sottoposti a Esame Baropodometrico. Abbiamo considerato le seguenti variabili: Alterazioni dell'andatura, Spostamento del centro di pressione, Ricerca statica dell'equilibrio. I pazienti sono stati valutati anche con le ADL e le IADL per l'autonomia nella vita quotidiana e con il NPI per i disturbi del comportamento.

Risultati. Il 90% dei pazienti presentava Spostamento del centro di pressione (7 con Alzheimer lieve, 10 con Alzheimer moderato e 10 con Alzheimer severo); il 70% dei pazienti presentava Alterazioni dell'andatura (5 con Alzheimer lieve, 7 con Alzheimer moderato e 9 con Alzheimer severo); il 40% dei pazienti presentava Ricerca statica dell'equilibrio (3 con Alzheimer moderato e 9 con Alzheimer severo). Queste alterazioni non sono risultate essere correlate a disautonomia funzionale o a disturbi del comportamento.

Conclusioni. Il 90% della nostra casistica di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer ha mostrato almeno una alterazione dell'Esame Baropodometrico. Le alterazioni all'Esame Baropodometrico sembrerebbero essere associate alla gravità di malattia. Anche se lo studio presenta molte limitazioni, riteniamo che sia estremamente interessante e che possa essere uno spunto prezioso per futuri lavori. Le valutazioni dell'equilibrio e dell'andatura sono infatti estremamente importanti nei pazienti affetti da patologie dementigene, in primo luogo nell'ottica di prevenzione delle cadute accidentali.

LEWYBODY COMPOSITE RISK SCORE, UN NUOVO STRUMENTO PER INDAGARE LA DEMENZA DI LEWY BODY: VERSIONE ITALIANA

Pirani Alessandro (a), Mazzoleni Francesco (b), Italiano Domenico (c), Atti Anna Rita (d), Turci Marina (e), Fabbo Andrea (f), Galvin James (g)

(a) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Cento; AUSL Ferrara, Società Italiana di Medicina Generale, Cento, Ferrara*

(b) *Società Italiana di Medicina Generale, Sondrio*

(c) *Società Italiana di Medicina Generale, Messina*

(d) *Dipartimento di Psichiatria, Università degli Studi, Bologna*

(e) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di Mirandola, AUSL Modena, Modena*

(f) *Responsabile Aziendale Programma Demenze, AUSL, Modena*

(g) *Department of Integrated Medical Sciences, Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University, Boca Raton, Florida, USA*

Introduzione. La Demenza di *Lewy Body* (DLB) è la terza causa più comune di demenza dopo la demenza di Alzheimer e vascolare, responsabile del 10-25 % dei casi. A nostra conoscenza non sono disponibili dati sulla prevalenza di DLB in Italia. La DLB è difficile da diagnosticare, in particolare fuori dai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) con lunghi ritardi nella diagnosi che determinano importante disagio sia nei pazienti che nei *caregiver*. Sebbene i criteri definiti per la DLB abbiano una eccellente specificità, non c'è un metodo standardizzato per indagare i sintomi a scapito della sensibilità. Di recente è stato presentato il *Lewy Body Composite Risk Score* (LBCRS), un nuovo strumento per migliorare il riconoscimento della DLB sia a scopo clinico che di ricerca (<http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2015.05.004>). Di seguito presentiamo la versione Italiana del LBCRS.

Metodi. Abbiamo seguito il processo di traduzione ed adattamento degli strumenti di lingua Inglese indicato dal WHO (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/). Il processo consiste di quattro tappe: 1) traduzione inglese/italiano (*forward translation*): un geriatra; 2) un *panel* di esperti bilingue inglese-italiano per la traduzione italiano-inglese (*back-translation*): un insegnante inglese madre-lingua esperta in traduzione mediche, un geriatra, due neurologi, uno psichiatra; (3) *pre-testing* del questionario che ha coinvolto geriatri, neurologi e medici di medicina generale; 4) versione finale.

Risultati. Il LBCRS è un questionario semplice e veloce che indaga la presenza/assenza dei 10 segni e sintomi neurologici e cognitivi, rilevanti nella diagnosi di DLB. Il punteggio 0-2 indica assenza di DLB mentre nel range 3-10 la DLB è probabile. La semplicità del LBCRS lo rende utile non solo nei CDCD ma anche in Medicina Generale. A questo scopo, la versione Italiana del LBCRS, pur rispettando del tutto i 10 *item* originali, è stata adattata per l'uso anche da parte dei medici di Medicina Generale. La versione Italiana del LBCRS sarà disponibile nei siti web <http://med.fau.edu/research/labs/galvin.php> e www.demenzemedicinagenerale.net.

Conclusioni. La disponibilità della versione Italiana del LBCRS può migliorare il riscontro di DLB. Ulteriori ricerche sono necessarie per confermare che il LBCRS migliora la diagnosi of DLB nei CDCD e per stabilire la sua utilità in Medicina Generale per sospettare la presenza di DLB.

PUNTO DI VISTA DEL CAREGIVER SULLA PARTECIPAZIONE A TRIALS CLINICI CONTROLLATI RANDOMIZZATI: DATI DI UNO STUDIO PRELIMINARE

Podda Livia, Imbriano Letizia, D'Antonio Fabrizia, Rendace Lidia, Campanelli Alessandra, Speranza Angela, De Lena Carlo, Trebbastoni Alessandro
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Azienda Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione. L'avanzamento della ricerca nella Malattia di Alzheimer (MA) ha determinato, negli ultimi anni, un incremento del numero di trials farmacologici (*Randomized Controlled Trials*, RCT) in questa patologia. Pochi studi hanno indagato le motivazioni, le aspettative e le perplessità dei *caregivers* che decidono di partecipare in trials di questo tipo. Obiettivo del nostro studio è stato valutare questi aspetti in *caregivers* partecipanti a RCT e correlarli con i dati sociodemografici e il carico di *burden* degli stessi.

Metodi. Sono stati consecutivamente reclutati *caregivers* di pazienti affetti da MA lieve-moderato e *mild cognitive impairment* partecipanti a RCT di fase II e III. A tutti è stato somministrato il *Caregiver Burden Inventory* (CBI), il Questionario sull'Utilizzo delle Risorse nella Demenza (RUD-LITE2.2) e un questionario autosomministrato (6 domande a scelta multipla e 2 dicotomiche) costruito *ad hoc* per indagare le motivazioni, le aspettative e le perplessità rispetto alla partecipazione in un RCT.

Risultati. Sono stati analizzati i dati di 49 *caregivers* (33♀; età: 57,5±14,7; scolarità: 12,5±4). La principale motivazione a partecipare in un RCT è risultata "la possibilità di avere accesso ad un farmaco nuovo e potenzialmente efficace" (69,4%). Il maggior timore, invece, è rappresentato dalla "comparsa di effetti collaterali o eventi avversi" (34,7%). Mentre l'aspettativa più frequentemente riscontrata è stata "la possibilità che il nuovo farmaco blocchi la progressione della malattia" (40,8%). Questi dati sono emersi prevalentemente dalle risposte di *caregivers* con *burden* lieve e che avevano in carico pazienti meno gravi. Inoltre, per il 47% dei *caregivers* la fiducia nell'*équipe* del Centro costituisce un elemento importante nella scelta di partecipare alla sperimentazione e solo il 53,1% di loro dichiara di aver approfondito i contenuti del consenso informato fornito. Infine, la metà dei partecipanti si è detto propenso a partecipare a future sperimentazioni.

Conclusioni. Se il timore degli effetti collaterali rappresenta la maggiore delle perplessità, la fiducia nell'*équipe* del Centro e la speranza di beneficiare di una terapia *disease modifying* rappresentano i due elementi principali che spingono il *caregiver* a partecipare in un RCT. Indagare questi aspetti su un campione più esteso, potrebbe aiutare a comprendere meglio i bisogni e le richieste di chi assiste un paziente complicato come quello affetto da MA contribuendo ad agevolare il reclutamento ed evitare il *drop out* nel corso degli RCT.

EVOLUZIONE DI UN CASO: DA OPERATORE A PAZIENTE

Provenzano Sandra (a), Principato Pietro (b), La Sala Paola (b), Rizzo Anita (b), Conte Maddalena (a), Cavallaro Concetta (b), Provenzano Giuseppe (b)

(a) *Università degli Studi Federico II, Napoli*

(d) *Azienda Sanitaria Provinciali AGI, Agrigento*

Introduzione. Il caso che presentiamo è stato scelto per la sua peculiare dinamica che ha condotto la paziente a vivere, nell'esordio della sua malattia, un'esperienza vera permettendo un rallentamento del processo di declino cognitivo e per alcuni anni affrontando con una consapevolezza diversa la sua condizione di paziente. La paziente Anna è una donna di 84 anni di gradevole ed elegante aspetto e di buona cultura. Per circa 40 anni è stata una insegnante molto impegnata nel sociale con una vita piena di esperienze, viaggi ed amante della lettura. Questo suo bagaglio culturale ed esperienziale la rende particolarmente eclettica ed ancora interessata e partecipe alla vita sociale. Presa in carico presso l'Unità Operativa Complessa di Psicogeriatrica di Agrigento nel luglio 2011, con una valutazione MMSE di 21/30. Dopo i primi colloqui con molta attenzione le viene proposto di partecipare alle attività del Centro Diurno Alzheimer, attivo presso l'UOC ovviamente l'invito ha il fine di inserirla in un percorso di stimolazione cognitiva che all'interno del Centro Diurno Alzheimer viene condotto da un *équipe* di operatori e psicologi. La Signora accetta con piacere l'invito ritagliandosi immediatamente il suo ruolo di volontaria a supporto degli operatori. Le si raccomanda il rispetto degli orari e la costanza nella frequenza indicazioni che verranno sempre rispettate. Nel primo incontro la Signora A viene presentata al gruppo di pazienti come volontaria, ascolta ed osserva tutte le dinamiche e le attività proposte dagli operatori, dopo alcuni incontri la Signora si cala immediatamente nel suo nuovo ruolo e la sua grande esperienza di insegnante le permette con facilità di inserirsi ed attirare l'attenzione del gruppo dei pazienti. Inizia lei stessa a preparare delle schede di attività per il laboratorio di "reminiscenza", usa sempre toni chiari pacati e spesso ripete e semplifica i concetti, attiva giochi di gruppo ed attività individuali, viene seguita con piacere dagli utenti diventando sempre più una "animatrice" e questo la gratifica e la stimola ad andare avanti. Nei due anni successivi la Signora continua con grande partecipazione alle attività essendo oramai riconosciuta da tutti quale indispensabile operatore di supporto e creando un clima di armonia con tutto il personale e con i familiari degli utenti. Questo la rende orgogliosa e viva ed anche in famiglia registrano questo suo entusiasmo e per tre anni vengono completamente dimenticati i timori e le ansie presentate nel primo incontro all'esordio della malattia.

Metodi. Gioco dei ruoli, Supporto e stimolazione, Mantenimento e riconoscimento dei ruoli, Stimolazione cognitiva, rot Terapia occupazionale, Musico-terapia, Ginnastica dolce, Supporto Psicologico e clinico. Con tale approccio si è cercato di migliorare la qualità di vita della persona e il suo senso di benessere, ponendo attenzione alle abilità psicologiche e sociali che influenzano la cognitivtà.

NUTRIZIONE E PREVENZIONE DELLA DEMENZA: UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Quarata Federica, Canevelli Marco, Lucchini Flaminia, Valletta Martina, Remiddi Francesca, Vico Carlo, Ruocco Ciro, Letteri Federica, Talarico Giuseppina, Bruno Giuseppe
Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Nel corso degli ultimi anni, gli studi osservazionali hanno indicato l'esistenza di un'ampia gamma di fattori di rischio o protettivi per l'insorgenza delle demenze potenzialmente modificabili. Tali fattori potrebbero rappresentare il target di strategie preventive mirate. In tale contesto un'attenzione crescente è stata rivolta alla possibile associazione tra abitudini alimentari e funzionamento cognitivo/rischio di demenza. L'obiettivo del presente studio è stato quello di raccogliere le evidenze provenienti da Trial Clinici Randomizzati (RCT), condotti negli ultimi 3 anni, esploranti l'efficacia di interventi nutrizionali nel migliorare la *performance* cognitiva e/o prevenire la demenza in soggetti cognitivamente sani o con disturbi cognitivi minori.

Metodi. È stata eseguita una revisione sistematica degli studi, pubblicati tra novembre 2012 e dicembre 2015, utilizzando i seguenti termini di ricerca: ("diet*" OR "nutr*" OR "food" OR "aliment*") AND ("cognit*" OR "dement*" OR "Alzheimer" OR "memory"). Gli articoli così identificati sono stati singolarmente valutati in accordo ai seguenti criteri d'inclusione: 1) disegno di RCT; 2) attuazione di un intervento nutrizionale; 3) adozione di almeno una misura relativa alla *performance* cognitiva e/o all'incidenza di demenza o decadimento cognitivo lieve (MCI); 4) arruolamento di partecipanti non dementi al *baseline* e 5) età media dei partecipanti ≥ 55 anni.

Risultati. La revisione della letteratura ha portato all'identificazione di 10 RCT di interesse. Sette studi esploravano l'efficacia di singoli componenti nutrizionali (creatina, flavonoidi, proteine del latte, acidi grassi polinsaturi, Nigella sativa), mentre 3 RCT investigavano l'efficacia cognitiva di regimi dietetici più complessi (dieta mediterranea e uno schema alimentare basato sulle *Finnish Nutritional recommendations*). Complessivamente, la maggior parte degli interventi testati è risultata produrre benefici cognitivi (intesi come miglioramento dei punteggi ai test cognitivi) statisticamente significativi. Tuttavia, la significatività clinica di tali risultati non è stata adeguatamente chiarita e appare al momento discutibile. Solo 2 studi hanno investigato eventuali differenze in termini di incidenza di demenza o MCI tra i diversi gruppi di trattamento, riportando peraltro risultati contrastanti.

Discussione. I risultati di questa *review* suggeriscono come vari *pattern* dietetici e componenti nutrizionali potrebbero rappresentare delle promettenti strategie per posticipare, rallentare o prevenire il declino cognitivo. Le evidenze a sostegno di tale ipotesi sono tuttavia al momento limitate. Sono necessari RCT con lunghi *follow-up* per chiarire se specifici interventi nutrizionali possano effettivamente ridurre l'occorrenza di disturbi cognitivi e demenze conclamate in soggetti non dementi. Parallelamente la rilevanza clinica dei benefici cognitivi osservati deve essere più propriamente approfondita e discussa.

INTERVENTO PSICOEDUCAZIONALE E DI SUPPORTO AI CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA

Raccichini Alessandra (a), Briganti Piera (a), Fabbietti Paolo (a), Mercuri Giulia (b), Lattanzio Fabrizia (a), Vanacore Nicola (c), Pelliccioni Giuseppe (a)

(a) *Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani, Ancona*

(b) *Yeshiva University, New York City, USA*

(c) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. L'obiettivo del nostro studio è quello di dimostrare che il *caregiver* della persona con demenza percepisce un carico legato all'assistenza e l'intervento psico-educazionale e di supporto è in grado di ridurlo.

Metodi. Il campione consiste di 100 diadi (*caregiver/paziente*) circa. Al *caregiver* sono stati somministrati oltre che un questionario sulle caratteristiche sociodemografiche e il consenso informato, test per la valutazione del *burden*, dei disturbi neuropsichiatrici del paziente, del grado di disabilità del paziente, la capacità di *coping*, depressione, ansia e qualità della vita. Al paziente è stato somministrato il *Mini Mental State Examination*. I protocolli sono stati somministrati prima dell'intervento, alla fine dell'intervento e dopo tre mesi.

Risultati. Nel nostro campione il carico del *caregiver* valutato prima dell'intervento si riduce al *follow-up*.

Conclusioni. L'intervento psicoeducazionale e di supporto è in grado di ridurre il carico percepito dai *caregiver* di persone con demenza.

DEPRESSIONE E MEMORIA AUTO-PERCEPITA IN PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER E MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Razza Grazia, Castro Giuseppe, Nicolosi Federica, Trovato Maria Giovanna, Baraldo Lucia
Walmara, Santagati Mario
Centro Alzheimer, Psicogeriatría ASP3, Catania

Introduzione. Con il progressivo allungamento della vita media nei Paesi industrializzati, lo studio delle demenze ha assunto una sempre maggiore rilevanza. Diversi lavori hanno individuato che la mancata consapevolezza dei *deficit* delle abilità mnestiche sia comune in pazienti con Demenza di Alzheimer (AD) e in quelli con *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Da alcuni studi è emerso che i pazienti con AD hanno consapevolezza del proprio *deficit* solo durante lo svolgimento di un compito, ma questa consapevolezza non viene mantenuta nel tempo. Scopo del presente lavoro è mettere in correlazione i risultati della valutazione neuropsicologica con la consapevolezza dei *deficit* delle abilità mnestiche e con la sintomatologia depressiva, evidenziando le eventuali differenze tra le persone con AD e quelle con MCI.

Metodi. Campione di 48 persone di età compresa tra 61-90 di cui 20 uomini e 28 donne reclutati presso il Centro Alzheimer di Acireale (ASP3 Catania). Il campione è costituito da 24 persone con AD e 24 con MCI. Gli strumenti utilizzati sono test cognitivi quali: MMSE, MoCA, FAB, FAS, TMT, test delle 15 parole di Rey, Test della figura complessa di Rey, test di Corsi, *Digit Span* e per valutare il tono dell'umore la GDS. Per valutare la percezione della gravità dei disturbi mnestici è stata somministrata una *Visual Analogue Scale* (VAS). I dati sono stati analizzati mediante analisi correlazionali.

Risultati. Dalla valutazione è emerso che sia le persone con AD che quelle con MCI manifestano una ridotta percezione del disturbo cognitivo rispetto alla condizione reale. I punteggi ottenuti ai test per misurare il disturbo depressivo delle persone con AD e quelle con MCI evidenziano che non ci sono differenze significative in relazione alla gravità della patologia. Dal confronto tra i risultati ottenuti alla GDS e alla VAS si rileva una correlazione positiva nei pazienti con MCI. Mentre la correlazione tra il disturbo di memoria valutato con RAVLT e la VAS nei pazienti con AD è negativa.

Conclusioni. Dall'analisi dei risultati è stato possibile rilevare che pazienti con AD hanno una ridotta consapevolezza del disturbo di memoria, mentre pazienti MCI con depressione correlata tendono ad aumentare la percezione del disturbo di memoria. È opportuno che tali condizione venga monitorata in quanto è emerso che negli AD in fase iniziale è un elemento che risulta correlato alla presenza de sintomi neuropsichiatrici.

IMPATTO DI SESSO E GENERE SULL'EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLE TERAPIE PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER: UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Remiddi Francesca, Canevelli Marco, Quarata Federica, Lucchini Flaminia, Valletta Martina, Vico Carlo, Ruocco Ciro, Letteri Federica, Talarico Giuseppina, Bruno Giuseppe
Clinica della Memoria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Numerose evidenze epidemiologiche, cliniche e biologiche hanno recentemente richiamato l'attenzione sull'influenza di sesso (inteso come l'insieme delle differenze biologiche tra uomini e donne) e genere (inteso come l'insieme delle differenze psicosociali e culturali tra maschi e femmine) sulla Malattia di Alzheimer (AD) e le altre demenze. Stime recenti indicano come, nella maggior parte delle regioni del Mondo, circa i 2/3 dei soggetti con diagnosi di AD siano di sesso femminile. Uomini e donne tendono inoltre a presentare differenti caratteristiche cliniche e fenotipiche nonché differenze rilevanti concernenti i meccanismi patofisiologici sottostanti. Il presente studio è stato disegnato al fine di raccogliere e discutere le evidenze disponibili circa l'impatto di sesso e genere sull'efficacia e sicurezza/tollerabilità dei farmaci attualmente in commercio per l'AD (*i.e.*, inibitori delle acetilcolinesterasi [ChEIs] e memantina).

Metodi. È stata eseguita una ricerca sistematica degli studi pubblicati tra gennaio 1996 (anno di pubblicazione del primo RCT sul donepezil nell'AD) e giugno 2016, utilizzando i seguenti termini di ricerca: (“donepezil” OR “galantamine” OR “rivastigmine” OR “memantine” OR *cholinesterase inhibitor**) AND (alzheimer* OR “Alzheimer’s Disease”). Gli articoli identificati sono stati valutati singolarmente in accordo ai seguenti criteri d'inclusione: 1) disegno di RCT; 2) reclutamento di pazienti con diagnosi di AD e 3) valutazione dell'efficacia, contro placebo, di un ChEI o memantina.

Risultati. La revisione della letteratura ha condotto alla selezione di 48 studi di interesse. Nella stragrande maggioranza degli studi considerati è stata reclutata una maggior proporzione di partecipanti di sesso femminile, in linea con la maggior prevalenza nelle donne dell'AD osservata nel “mondo reale”. Solo 2 RCT hanno valutato l'influenza di sesso e genere sull'efficacia dei trattamenti investigati, non riportando alcuna differenza significativa tra uomini e donne. Nessuno degli studi inclusi ha fornito evidenze concernenti eventuali differenze di sesso e genere nella sicurezza/tollerabilità dei farmaci testati.

Discussione. Il presente studio evidenzia chiaramente come l'impatto di sesso e genere sull'efficacia e tollerabilità di ChEIs e memantina in pazienti affetti da AD sia stato sino a oggi scarsamente considerato e investigato. Tuttavia, la nostra *review* indica come una grande quantità di dati, rappresentativi in termini di distribuzione per sesso della malattia, sia già disponibile per condurre analisi dedicate su tale argomento. Appare comunque necessario compiere uno sforzo maggiore per raccogliere e riportare dati riguardanti i numerosi fattori legati al sesso e al genere che potrebbero influenzare significativamente le manifestazioni cliniche, gli *outcome* e le traiettorie nel tempo dell'AD.

ATTIVITÀ EXTRA DIDATTICHE E *CREATIVE DAY* NELLA GESTIONE QUOTIDIANA DEL PAZIENTE CON DEMENZA: CENTRO DIURNO “IL FILO CONTINUO” TORREMAGGIORE

Robusto Carlo (a), Bagoj Eriola (b), Ariano Luigi (b), Antonucci Giuseppe (a), Palma Ettore (a)
(a) Centro Diurno Il Filo Continuo, Cooperativa OASI, Torremaggiore, Foggia
(b) Azienda Ospedaliero-Universitaria OORR Ospedali Riuniti, Foggia

Introduzione. La frequenza di un centro diurno sembra rallentare il declino cognitivo che inevitabilmente si verifica nel caso di una successiva istituzionalizzazione nei pazienti con demenza. Oltre alla costante stimolazione cognitiva sono molto importanti gli interventi di socializzazione come: attività fisica di gruppo, attività extra didattiche e giornate creative. Queste ultime riducono i disturbi comportamentali dei pazienti quali: l'agitazione, attività motorie aberranti, allucinazioni visive e depressione. Una misura indiretta del beneficio di tali attività ci viene dai *caregivers*, che riferiscono un sostegno più efficace ed un minor peso nell'assistenza del proprio familiare.

Metodi. 13 pazienti (5 F, 8 M) con probabile diagnosi di "Demenza Alzheimer" in fase moderata (MMSE=13) ed una storia di malattia da diversi anni (media *onset* 7 anni) sono stati coinvolti in attività extra didattiche come passeggiate presso centri ricreativi o giornate creative. La cadenza degli eventi è di 5 volte al mese e richiede il coinvolgimento del *caregiver*. Le attività extra didattiche si sono svolte presso fattorie didattiche, masserie didattiche, attività al mare, passeggiate in pineta, incontro con pittore.

Risultati. Tutti i *caregiver* sono stati sottoposti ad un questionario per la valutazione del carico familiare (*Quantitative Precipitation Forecast - QPF*) ed hanno riportato un netto abbassamento del punteggio in senso positivo. Nello specifico è diminuito il carico oggettivo e soggettivo. È migliorata la percezione dell'aiuto ricevuto, gli atteggiamenti positivi ed è diminuito il criticismo. Nei pazienti sono state osservate attraverso il *Neuropsychiatric Inventory (NPI)* minori attività motorie aberranti; sono scomparse le allucinazioni; maggiore partecipazione emotiva; minore agitazione.

Conclusioni. Il centro diurno è un ambito privilegiato nella gestione del paziente con demenza. Consente di costruire un rapporto con la famiglia e favorisce la socializzazione nei pazienti attraverso attività di gruppo. A differenza delle relazioni che si sviluppano in ambiti residenziali, il centro diurno stringe con la famiglia un rapporto più paritario, in equilibrio tra il professionale e amicale. I momenti della presa in carico del paziente al mattino ed il momento della restituzione a casa nel pomeriggio, lo scambio di consegne e informazioni famiglia/operatori che avviene in questi due momenti porta alla costruzione di un rapporto con la famiglia che, se ben gestito, produce risultati positivi sul malato e sulla famiglia stessa. Nella nostra esperienza clinica oltre alla riabilitazione olistica del paziente sono risultate molto importanti le attività extra didattiche che coinvolgono il paziente in passeggiate esterne ed incontri creativi che stimolano la loro fantasia.

PROPOSTA DI UN APPROCCIO INTEGRATO: DALLA DIAGNOSI AL SOSTEGNO E ALLA RIABILITAZIONE COGNITIVA

Sacchetti Marta, Terazzi Emanuela, Cantello Roberto
Clinica Neurologica, Azienda Ospedaliera Universitaria, Novara

Introduzione. Nella quotidianità del nostro ambulatorio UVA della Clinica Neurologica dell'AOU di Novara, si evidenzia sempre di più la difficoltà di proporre percorsi diversificati e tempestivi ai pazienti e ai loro familiari. Queste difficoltà si riferiscono sia ai tempi di attesa all'accesso al servizio che alla mancanza all'interno dell'*équipe* di altre figure professionali (es: neuropsicologo, assistente sociale, infermiere dedicato). Per questo motivo, è stato messo a punto un percorso di diagnosi, di supporto e di riabilitazione non solo a livello ambulatoriale, ma anche attraverso le moderne tecniche computerizzate (teleriabilitazione).

Metodi. A partire dal 2015, nell'Ambulatorio UVA, oltre al Neurologo è stato affiancato un neuropsicologo, che effettua test di *screening*, valutazioni neuropsicologiche, supporto ai familiari e propone in via sperimentale degli esercizi in teleriabilitazione. Nell'anno 2016, a quindici pazienti afferenti all'Ambulatorio UVA, è stato proposto ed avviato un percorso di teleriabilitazione personalizzato. In contemporanea circa il 50% dei loro familiari ha ricevuto sedute psico-educazionali, somministrazione di materiale divulgativo e circa il 15% dei parenti effettua mensilmente un sostegno psicologico.

Risultati. L'ambulatorio UVA della Clinica Neurologica dell'AOU di Novara, attraverso la partnership esterna di una ditta di telecomunicazione e una di software, ha implementato la diversificazione dei percorsi di gestione delle demenze. Vengono infatti proposte diagnosi integrate (strumentali e neuropsicologiche), sostegno e supporto individuale ai pazienti e ai loro familiari, visite psico-educazionali (neurologo e neuropsicologo) e sedute di teleriabilitazione. Nello specifico, i risultati preliminari mostrano un'ottima aderenza alla terapia riabilitativa (75% di pazienti che continuano il trattamento) ed un miglioramento qualitativo nelle singole funzioni a distanza di tempo (aumento delle fluenze, diminuzione dei tempi di reazione). A livello psicologico si nota inoltre una stabilizzazione del tono dell'umore (GDS>10 nel 75% dei pazienti) ed una diminuzione del tratto ansioso-depressivo anche nei *caregivers* di riferimento (valutati attraverso colloqui e test di *screening* sull'ansia e depressione). L'utilizzo della teleriabilitazione funge infatti da filtro costante di comunicazione per possibili cambiamenti o problematiche inerenti l'andamento della malattia.

Conclusioni. L'approccio multiprofessionale e l'offerta differenziata di più servizi rivolti ai pazienti affetti da decadimento cognitivo e ai loro *caregiver* offre una modalità di terapia più personalizzata e flessibile rispetto a quella tradizionale. L'integrazione tra terapia farmacologica e non farmacologica sembra migliorare in modo più consistente la qualità di vita, il tono dell'umore ed il mantenimento delle funzioni cognitive almeno nelle fasi iniziali.

DIFFUSIONE, USO E ARMONIZZAZIONE DEI BIOMARCATORI LIQUORALI NELLA DIAGNOSI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: UN *SELFIE* ITALIANO

Sancesario Giulia (a), Toniolo Sofia (b), Chiasserini Davide (c), Di Santo Simona (a), Bernardi Gaetano (d), Musicco Massimo (e), Caltagirone Carlo (a), Parnetti Lucilla (c), Bernardini Sergio (b)

(a) *IRCCS Santa Lucia, Roma*

(b) *Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma*

(c) *Università degli Studi, Perugia*

(d) *Istituto Besta, Milano*

(e) *Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano*

Introduzione. Il livello dei biomarcatori liquorali β amyloide 1-42, tau totale e fosforilata (tau e p-tau) riflettono le modificazioni patologiche che caratterizzano il cervello dei pazienti con Malattia di Alzheimer (MA), ovvero la formazione delle placche di amiloide e dei grovigli neuro fibrillari. Recentemente, l'analisi di tali marcatori di neuro degenerazione è stata inclusa nelle raccomandazioni per i criteri diagnostici della MA, poichè rappresentano l'evidenza biologica della patologia di Alzheimer *in vivo*. Sebbene l'uso di questi marcatori aggiunga un valore diagnostico e prognostico, la diffusione è ancora limitata nella pratica clinica e solo un ristretto numero di pazienti riceve una diagnosi integrata clinico-biologica.

Metodi. Attraverso un questionario, inviato online ai membri della Società Italiana di Biochimica Clinica (SIBIOC) e della Società Italiana di Neurologia - piattaforma italiana per lo studio delle demenze (SINdem ITALPLANED), abbiamo effettuato un *selfie* dell'uso dei biomarcatori nella pratica clinica. Abbiamo inoltre valutato la diffusione e la distribuzione dei laboratori, la cooperazione attraverso reti di laboratori, l'armonizzazione dei valori di riferimento, l'osservazione delle procedure analitiche, i metodi utilizzati, la partecipazione a controlli di qualità.

Risultati. In base ai dati raccolti, abbiamo disegnato una mappa dei centri che utilizzano i biomarcatori liquorali nella diagnosi della MA. In Italia, ci sono 25 laboratori che eseguono l'esame liquorale anche per una rete di 15 ospedali vicini. In totale, 40 centri neurologici richiedono l'analisi liquorale; la loro distribuzione varia lungo il territorio. In 7/20 regioni (35%) non ci sono laboratori che effettuano l'esame dei marcatori. Il numero di esami svolti è generalmente inferiore a 10 (41,66% delle risposte) e meno di 20 per mese (45,83% delle risposte). Solo in pochi laboratori il numero di analisi è superiore a 20 al mese (12,50%). La standardizzazione delle procedure preanalitiche è presente solo nel 62,02% dei laboratori e solo la metà (56%) partecipa in controlli di qualità esterni. Inoltre, non c'è armonizzazione dei valori di riferimento tra i centri.

Conclusioni. In Italia, la diffusione dei biomarcatori liquorali nella pratica clinica è varia. La collaborazione tra centri esperti con risorse adeguate ed altri ospedali lungo il territorio potrebbe favorire l'uso dei marcatori nella diagnostica di routine della MA e delle

altre forme di demenza, offrendo ad un maggior numero di pazienti una diagnosi precoce e più accurata. È inoltre necessaria la standardizzazione delle procedure pre analitiche e l'armonizzazione dei valori di normalità, comparando vantaggi e svantaggi dei laboratori locali e dei laboratori centralizzati. Per ottimizzare e diffondere l'uso dei biomarcatori nei centri specializzati, è necessaria una analisi dei costi-benefici promossa dalle società scientifiche e dal servizio sanitario nazionale.

RUOLO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE DEMENZE POTENZIALMENTE REVERSIBILI: IDROCEFALO NORMOTESO

Santangelo Roberto, Cecchetti Giordano, Cardamome Rosalinda, Pinto Patrizia, Caso Francesca, Falautano Monica, Passerini Gabriella, Comi Giancarlo

Dipartimento di Neurologia, Istituto di Neurologia Sperimentale, Università Vita-Salute e IRCCS San Raffaele, Milano

Introduzione. L'idrocefalo normoteso (NPH - *Normal Pressure Hydrocephalus*) è ad oggi una delle poche forme di demenza curabili, caratterizzata clinicamente dalla cosiddetta "triade di Hakim": disturbo del cammino, decadimento cognitivo e incontinenza urinaria. Si tratta di una patologia la cui frequenza è spesso sottostimata, anche per la frequente coesistenza di altre demenze, quali la demenza vascolare (VaD - *Vascular Dementia*) o la malattia di Alzheimer (AD - *Alzheimer's Disease*). Considerando le possibilità terapeutiche, una corretta diagnosi diventa pertanto fondamentale. Il dosaggio dei biomarcatori liquorali dell'AD, ovvero β -amiloide 1-42 ($A\beta_{42}$), tau totale (t-tau) e tau fosforilata (p-tau), potrebbe rivelarsi utile nel differenziare i soggetti affetti da NPH dai soggetti affetti da altre forme di demenza, in particolare dall'AD.

Metodi. Abbiamo selezionato 400 soggetti ricoverati presso il Dipartimento di Neurologia dell'Ospedale San Raffaele di Milano tra il gennaio del 2009 ed il giugno 2016 e abbiamo confrontato le concentrazioni dei tre bio-marcatori liquorali ($A\beta_{42}$, t-tau e p-tau) nei 6 diversi gruppi in cui abbiamo suddiviso il nostro campione in base alla diagnosi clinica (194 AD; 67 FTD - *Frontotemporal Dementia*; 30 LBD - *Lewy Body Dementia*; 19 VaD; 53 NPH; 37 controlli).

Risultati. I livelli liquorali di $A\beta_{42}$ si sono rivelati significativamente più bassi negli NPH rispetto ai controlli e quelli di t-tau e p-tau più bassi rispetto alle altre demenze e sovrapponibili rispetto ai controlli. I livelli delle proteine liquorali totali, invece, non differivano in maniera significativa fra i diversi gruppi. Rispetto ai valori normativi presenti in letteratura, la maggior parte dei pazienti NPH ha presentato valori patologici di $A\beta_{42}$, mentre la percentuale di pazienti con valori patologici di t-tau e p-tau era sovrapponibile a quella dei controlli. Inoltre i valori liquorali di p-tau hanno mostrato un trend di significatività nel predire l'*outcome* dei pazienti a 12 mesi dall'operazione. Abbiamo inoltre trovato una correlazione inversa tra i valori liquorali di p-tau e i test cognitivi afferenti al dominio della memoria. Anche un indice di Evans (calcolato attraverso TAC o RM encefalo) superiore a 0,30 si è mostrato in grado di individuare i pazienti che beneficeranno dall'intervento con una sensibilità del 92,6% e un valore predittivo positivo dell'86,2%.

Conclusioni. L'analisi dei marcatori liquorali dell'AD potrebbe rivelarsi utile anche nel work up diagnostico dell'idrocefalo normoteso, sia da un punto di vista della diagnosi differenziale tra NPH ed altre demenze, sia da un punto di vista prognostico, permettendo di individuare quei pazienti che meglio potranno beneficiare dell'intervento chirurgico.

ASSISTENZA ALLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA PRESSO UN CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Scala Giovanni (a), Santini Alessia (b), Magro Valerio Massimo (c)

(a) Centro Assistenza Domiciliare, Distretto 9, ASL Roma2, Roma

(b) Centro Diurno Alzheimer Attivamente, Roma

(c) Scuola di Specializzazione in Geriatria, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli

Introduzione. Il Centro Diurno Alzheimer Attivamente (CDA) è un servizio semiresidenziale, con una reale integrazione fra il sociale ed il sanitario, sancita nel 2006 con il Protocollo d'intesa tra la ex ASL RMC e il Comune di Roma, con presenza di una *équipe* integrata composta da personale sanitario, sociale e di cooperativa dipendente da ognuno dei due Enti. Particolarmente utile è stata la presenza del Centro Assistenza Domiciliare (CAD) Distretto 9 che oltre ad effettuare i controlli gestionali e le valutazioni cliniche e geriatriche ha permesso di fornire anche con estrema rapidità ed efficienza prestazioni sanitarie a domicilio per gli utenti che ne necessitavano in una visione di rete territoriale.

Metodi. L'inserimento presso il CDA è finalizzato alla realizzazione di due obiettivi prioritari: favorire il recupero ed il mantenimento delle residue capacità psicofisiche dell'utente ed offrire un concreto servizio di sostegno al nucleo familiare. Il Geriatra del CAD D9 (Unità Valutativa Alzheimer Poliambulatorio) ha garantito la casistica selezionata, la valutazione multidimensionale geriatrica, ed il *follow-up*. Si è proceduto ad un riesame delle persone in carico al servizio.

Risultati. I giorni di frequenza settimanale presso il Centro sono stati stabiliti sulla base di un piano di trattamento elaborato dall'*équipe* al momento dell'ingresso dell'utente, che avviene in modo progressivo, intervento che viene condiviso con la famiglia, e poi verificato trimestralmente e ricalibrato tenendo presente l'evolversi della malattia. I servizi offerti dal CDA sono: trasporto, pasto, servizio di assistenza alla persona, attività di socializzazione, attività motoria di gruppo, terapia occupazionale, servizio medico, di infermeria e di fisioterapia, attività di sostegno alla famiglia e di orientamento per la fruizione di altri servizi sociali o sanitari. Il lavoro comune di *équipe* ha fatto sì che l'accoglienza dell'utente e del suo disagio ha trovato quasi sempre risposte adeguate.

Conclusioni. L'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito della rete dei servizi dedicati al malato affetto da demenza consente di realizzare la continuità assistenziale e di migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari evitando il ricorso improprio ad altri servizi sanitari. La capacità e la competenza del personale, dovuta ai diversi anni di lavoro con anziani che presentano questo tipo di caratteristiche, nonché alla continua formazione sul campo, ha permesso di sostenere situazioni anche piuttosto complesse. Nella nostra realtà territoriale il CDA è stato concepito con forte valenza sociale al fine di venir incontro anche a situazioni socio-sanitarie familiari critiche e problematiche. I dati finora ottenuti dimostrano l'effettiva utilità del Centro Diurno Alzheimer per la gestione dei pazienti affetti da demenza.

GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CON DEMENZA NEL DISTRETTO 9 ASL ROMA2

Scala Giovanni (a), Santini Alessia (b), Puzio Gianfranco (c), Magro Valerio Massimo (d)

(a) *Centro Assistenza Domiciliare, Distretto 9, ASL Roma2, Roma*

(b) *Centro Diurno Alzheimer Attivamente, Roma*

(c) *Distretto 9, Poliambulatorio,, ASL Roma2, Roma*

(d) *Scuola di Specializzazione in Geriatria, Seconda Università degli Studi di Napoli, 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. La creazione di Centri Territoriali Esperti per le Demenze (CTED) permette di migliorare la continuità della presa in carico e di fornire risposte appropriate sul piano assistenziale dall'ospedale al territorio.

Metodi. Le UVA istituite con il Progetto Cronos hanno permesso di creare un insieme di strutture dedicate, ma nel tempo si è rilevato un limite nella presa in carico dei pazienti per la distribuzione non uniforme e per difficoltà di accesso. È fondamentale assicurare il ruolo centrale delle cure primarie, che rappresentano il principale riferimento del paziente e della famiglia, e l'integrazione tra le diverse strutture e servizi assistenziali. Dal 1° settembre 2014 presso il Poliambulatorio di Via Nocera Umbra, ASL Roma2 è presente un Centro UVA con vari specialisti che esercitano ambulatorialmente, presso il Centro Diurno Alzheimer, e al domicilio del paziente.

Risultati. Nella ASL RMC vi sono circa 8.000 pazienti affetti da demenza. 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. Il CTED è una struttura sanitaria di territorio, inserita nella rete dei servizi distrettuali, con la finalità di rispondere in modo appropriato ai bisogni dei soggetti affetti da Demenza. Criticità sono la non formale istituzione del Centro (mancanza di direttive centrali, attuale fase di riorganizzazione ASL), la mancanza di procedure condivise e di un percorso per la demenza secondo direttive regionali, l'assistenza domiciliare esternalizzata, la formazione del personale (*case manager*), la necessità di un coordinamento delle risorse umane in carico ed il reperimento di ulteriori operatori, il collegamento con la rete dei servizi e con gli ospedali.

Conclusioni. La presenza di un CTED presso il Poliambulatorio di Via Nocera Umbra 110, ASL Roma2, pur non formalmente istituito e con varie criticità, permette di fornire un adeguato livello di cure ai pazienti affetti da demenza (diagnosi e valutazione, trattamento farmacologico del disturbo cognitivo, terapia sintomi non cognitivi e patologie concorrenti, terapie non farmacologiche, prevenzione complicanze), senza trascurare le informazioni al paziente e alla famiglia, anche sui possibili supporti socio-assistenziali (servizi territoriali e residenziali, consulenza legale, assistenza economica e psicologica). Ciò è coerente con i nuovi orientamenti programmatici e legislativi permettendo un intervento appropriato che può contribuire anche alla significativa riduzione del decadimento psico-funzionale e della

mortalità dei soggetti presi in carico, ad una loro minore istituzionalizzazione, oltre che a minori costi assistenziali nel lungo periodo.

ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO ISS/MIUR: PERCORSO “OSSERVATORIO DEMENZE: RICERCA IN SANITÀ PUBBLICA”

Scoppola Maddalena (a), Ventura Jacopo (a), Pugliese Stefano (a), Forgelli Antonella (a), Agresti Cristina (b), Ambrosini Elena (b), Barbaro Maria Cristina (b), Salinetti Sandra (b), Sorrentino Eugenio (b), De Castro Paola (b), Di Pucchio Alessandra (c), Lacorte Eleonora (c), Marzolini Fabrizio (c), Vanacore Nicola (c)

(a) *Liceo Classico Torquato Tasso, Roma*

(b) *Gruppo di Coordinamento ISS, Alternanza Scuola Lavoro, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. “Osservatorio Demenze: ricerca in sanità pubblica” è stato uno dei 30 percorsi di alternanza scuola-lavoro che l’ISS ha attivato nella fase pilota dell’iniziativa, in collaborazione con il MIUR, per “Rafforzare il rapporto tra scuola e mondo del lavoro” (Legge 107/2015 la Buona scuola).

Metodi. Tre studenti del Liceo classico Torquato Tasso di Roma hanno scelto il percorso “Osservatorio Demenze” articolato in 7 giornate in ISS. Gli studenti, con la supervisione dei tutor-ricercatori, sono stati coinvolti in diverse attività finalizzate a promuovere l’acquisizione di capacità teorico-pratiche sulla ricerca e comunicazione in sanità pubblica in tema di demenze. Particolare attenzione è stata posta all’organizzazione del lavoro con l’elaborazione di un cronoprogramma, alla costituzione del gruppo di ricerca, all’utilizzo delle riunioni di lavoro e supervisione per il monitoraggio delle attività svolte, alla valorizzazione delle diverse competenze e stili personali in un gruppo “multidisciplinare”. Attraverso lezioni frontali gli studenti hanno acquisito concetti base sulle demenze, sui principali strumenti dell’epidemiologia clinica e sulla loro applicazione, e sulla rilevanza della ricerca in sanità pubblica. In particolare, le attività proposte sono state mirate a:

- comprendere le demenze, informandosi e orientandosi fra diverse fonti informative (web, letteratura scientifica, documenti tecnici);
- utilizzare strumenti di epidemiologia clinica per definire la rilevanza del fenomeno;
- comprendere come prevenire le demenze, individuando fattori di rischio e protettivi;
- conoscere i Servizi per le persone con demenza, resi disponibili ai cittadini mediante una piattaforma informatica e una mappa online consultabile sul sito istituzionale “Osservatorio Demenze” (www.iss.it/demenze);
- veicolare formazione e informazione, utilizzando il sito “Osservatorio Demenze”, organizzando un convegno sulle demenze e realizzando materiali divulgativi.

Risultati. Le informazioni individuate attraverso una ricerca guidata in PubMed e in siti istituzionali sono state utilizzate dagli studenti per elaborare un opuscolo divulgativo, organizzato in 4 principali sezioni per fornire informazioni su cosa si intende per demenza e

sulla rilevanza del problema; sulla prevenzione e sui fattori di rischio; sui campanelli d'allarme e il ruolo di familiari e *caregiver*; sui servizi a cui rivolgersi e su come individuarli grazie alla mappa on-line e al sito "Osservatorio Demenze".

Conclusioni. La proposta di percorso è stata un'occasione per utilizzare il metodo scientifico avvicinando i giovani studenti al tema delle demenze, stimolando l'attenzione ad una tematica di grande interesse per la ricerca in sanità pubblica. La partecipazione al convegno nazionale annuale sulle demenze con la presentazione di un poster scientifico rappresenta un ulteriore momento di scambio fra la scuola e la comunità scientifica.

© MORBO DI ALZHEIMER 100 ANNI DOPO E OLTRE L'AMILOIDE. MECCANISMI FISIOPATOLOGICI NELLA GENESI DEI PROCESSI NEURODEGENERATIVI

Sensi Stefano

Università degli Studi G. D'annunzio, Chieti-Pescara, Chieti

Il *World Alzheimer Report 2015*¹ stima in oltre 9,9 milioni i nuovi casi di demenza per anno in tutto il mondo. Un nuovo caso ogni 3,2 secondi. L'invecchiamento è il principale fattore di rischio per le malattie neurodegenerative e la demenza di tipo Alzheimer. Tra il 2015 e il 2050, è previsto un aumento del 56% del numero di persone anziane che vivono in paesi a reddito più elevato, fatto che alimenta i timori di una imminente epidemia di demenza. Stiamo guadagnando grande terreno nel campo della diagnosi precoce, ma sono ancora assenti farmaci utili in grado di modificare la malattia. Mentre gli interventi farmacologici indirizzati verso target associati all'amiloide non hanno completamente mantenuto le loro promesse, le strategie che hanno come bersaglio fattori di comorbidità cardiovascolare e di *lifestyle* (bassa istruzione, ipertensione di mezza età, obesità, diabete, inattività fisica, fumo e depressione) sembrano essere più incoraggianti. Dati epidemiologici dimostrano infatti che, almeno un terzo dei casi di Morbo di Alzheimer sono fortemente dipendenti dall'attività congiunta di questi fattori modificabili 2-7. Il *talk* verterà sull'analisi del ruolo delle vie amiloide-dipendenti e indipendenti nello sviluppo e nella progressione del Morbo d'Alzheimer.

EMERGENZA SOCIALE ANZIANI

Sergio Giovanni
AUSL Roma 2, Roma

Introduzione. OMS: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l’assenza di malattia e di infermità” e chiede ai governi di adoperarsi responsabilmente, attraverso un programma di educazione alla salute, per la promozione di uno stile di vita consono allo sviluppo di condizioni pratiche in grado di garantire ai cittadini un alto livello di benessere. Alcuni dati salienti relativi alla popolazione anziana italiana: pensionati (dati ISTAT, dicembre 2014) 2013=16,4 milioni (F=52,9%; M=47,1%) pari al 41,3% (6,7 milioni) hanno pensione <1.000 euro/mese; 21,0% (pari a 3,5 milioni) ha una pensione <500 Euro/mese; 50% non ha denaro sufficiente per arrivare a fine mese. Afferma “Passi d’Argento”: «Secondo l’OMS le cadute negli anziani sono uno dei “quattro giganti della Geriatria” insieme a problemi di memoria, incontinenza e depressione. La depressione ... è presente tra gli anziani intervistati in misura del 21%, maggiore nelle classi d’età 75 e più rispetto ai 65-74 (25% vs 18%), con notevoli differenze per genere (uomini 14% vs donne 26%). Anche per la depressione sembra pesare molto la differente percezione delle difficoltà economiche: presente nel 12% di coloro che sentono di arrivare a fine mese con nessuna difficoltà, si riscontra nel 22% e nel 41% per chi rispettivamente percepisce qualche e molte difficoltà economiche». Indennità di accompagnamento >65 anni: circa 1,5 milioni=12,5% degli anziani (min 8,4% in Trentino-Alto Adige, max 19,5% in Umbria); N% dal 2005 al 2010=+1,7% spesa totale; N% dal 2010 al 2011=-0,2% spesa totale.

Metodiche. Sono state individuate sette classi funzionali secondo il grado di alterazione di altrettanti indicatori di funzione: questi sono le BADL (*Basic Activities of Daily Living*), le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), il *Physical Performance Score* di Guralnik (1994) basato su semplici tests di equilibrio e deambulazione, il MMSE corretto per l’età e il grado di istruzione, ovvero (nelle valutazioni abbreviate) lo SPMSQ - *Short Portable Mental Status Questionnaire* (si calcolano gli errori), il visus e la SVaMa udito (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane).

Risultati e conclusioni. Le sette classi sono così definite: 1. resilienza* ossia autosufficienza (punteggio pieno in tutti gli indicatori); 2. resilienza parziale (parziale autosufficienza con lieve *deficit* in uno o più indicatori); 3a, 3b e 3c. autosufficienza parziale (con vario grado di alterazione degli indicatori); 4a e 4b. non autosufficienza per disabilità medio-grave, grave e gravissima (indicatori fortemente alterati).

Le classi 3c e 4a dovrebbero essere meritevoli di concessione dell’indennità di accompagnamento, al pari della 4b, se sussiste disagio economico (es. reddito da pensione <1.000 Euro), ma la proposta necessita di una convalida normativa.

* *In campo geriatrico la “resilienza... si oppone concettualmente alla fragilità degli anziani, che invece rappresenta un insieme di caratteristiche in grado di identificare in una fase precoce i soggetti a rischio di peggiorare le proprie qualità di vita, e che con opportuni interventi possono ridurre tale possibilità”. R = 1/F.*

IL CORPO NELLA DEMENZA: TERAPIE ESPRESSIVO CORPOREE INTEGRATE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE

Sodano Elena

Associazione Ra.Gi. Onlus Spazio Al.Pa.De. Alzheimer Parkinson e Demenze, Catanzaro

Introduzione. Come vive il suo corpo una persona con la malattia di Alzheimer? E, se la mente "è via" è possibile creare con il corpo un ponte di comunicazione e di relazione affettiva ancora possibile? Loro, che spesso non hanno alcun altro strumento per esprimersi e per difendersi se non attraverso un corpo spesso violento, possono essere capiti ed aiutati con l'attenta osservazione di una simbologia gestuale che rappresenta forse la proiezione visibile delle loro più profonde paure? È partendo da questi interrogativi che, nel Centro Diurno "Spazio Al.Pa.De." della Ra.Gi. Onlus di Catanzaro, si è cercato di offrire ai pazienti la possibilità di essere presenti al mondo con la libera espressione di abitudini, esperienze, emozioni e sentimenti che sono forgiati nel loro corpo e che, se non c'è la comprensione della parola, solo attraverso quel corpo possono essere esternate. Portiamo avanti il concetto di una individualità incarnata nella malattia di Alzheimer perchè, mentre il cervello si atrofizza, il corpo dei pazienti si materializza per mostrarsi al mondo prego di tutto il suo vissuto emozionale. Un paziente con Alzheimer deve essere principalmente visto nella drammatizzazione di quelle sensazioni dolorose che spesso invece vengono ignorate o represses con i farmaci.

Metodi. La base di partenza è la Terapia Espressivo Corporea Integrata che mette insieme cornici concettuali e diverse discipline scientifiche che offrono ai pazienti la possibilità di esplorare e potenziare quello che il loro corpo riesce ancora a fare e creare. Con attività/gioco, ritmi danzati, musiche, contatti corporei e l'utilizzo di strumenti colorati, il paziente lascia emergere un movimento che viene strutturato in sequenze spesso dimenticate. Attraverso l'osservazione della simbologia dei gesti abbiamo scoperto una "Alfabetizzazione Emozionale Corporea" ricca di significati. Ci rifacciamo principalmente a modelli psicoanalitici come: la gruppoanalisi di Heinrick Foulkes perchè crediamo nel potere relazionale che proviene dal gruppo; la simbologia archetipica di Jung; i nostri modelli tecnici di riferimento sono: Laban Moviment Analysis di Rudolf Laban; Body-Mind Centering di Bonnie Cohen; Strutture psicocorporee di Denys Struif.

Risultati. Le terapie corporee integrano movimenti funzionali, consapevolezza mentale del corpo che influenzano la funzione cognitiva. Le aree cerebrali stimulate e attivate contemporaneamente attraverso tale metodo sono tante. Il movimento simbolico aiuta a riappropriarsi del proprio corpo ed a stimolare la memoria procedurale coinvolgendo il sistema emotivo e motorio. La musica rilassa e stimola i pazienti, mentre la creazione di gesti spesso ampliati e rispecchiati restituisce loro protagonismo e autostima facendoli sentire importanti.

Conclusioni. Sarebbe interessante sviluppare uno studio per capire i processi neuronali attivati attraverso l'applicazione di tale metodo per comprendere i sorrisi dei pazienti quando vanno via.

UTILIZZO DELLA TERAPIA ASSISTITA DA ANIMALI NEL NUCLEO ALZHEIMER DELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA GESTITA DAL REPARTO DI GERIATRIA DELL'OSPEDALE DI BOLZANO

Soelva Gertrud (a), Lubian Francesca (a), Sleghe Ferisa Crescentia (a), Morosetti Giulia (b), Lorenzi Giovanni (b), Piffer Christian (b), Fugatti Alessandro (b), March Albert (a)

(a) *Comprensorio Sanitario Bolzano, Reparto di Geriatria, Bolzano*

(b) *Comprensorio Sanitario Bolzano, Servizio Veterinario, Bolzano*

Introduzione. Gli effetti benefici della compagnia di animali sulle persone è ben nota. Particolare attenzione è stata posta sul ruolo della AAT (Terapia Assistita da Animali) in persone affette da deterioramento cognitivo e disturbi comportamentali con la finalità di migliorare il benessere dei pazienti e la qualità di vita. IL CDCD e il Servizio Veterinario del Comprensorio Sanitario di Bolzano hanno pianificato uno Studio in un Nucleo Alzheimer con lo scopo di valutare l'impatto della AAT in soggetti istituzionalizzati affetti da disturbi del comportamento.

Metodi. Dei 24 ospiti del Nucleo Alzheimer della RSA aggregata all'Ospedale di Bolzano, 18 persone affette da demenza sono state arruolate nel nostro Studio; 9 persone sono state messe in trattamento con AAT, mentre 9 fungevano da gruppo di controllo. Entrambi i gruppi hanno mantenuto invariata la terapia già in atto per tutto il periodo dello Studio. Il nostro protocollo di intervento prevedeva due sedute settimanali di AAT della durata di un'ora per un periodo di 12 settimane (giugno-agosto 2016). I 9 soggetti trattati potevano interagire durante l'ora di terapia con 3 cani, accarezzandoli, nutrendoli, tendoli in grembo sotto la supervisione del conduttore e del personale sanitario e riabilitativo. Tutti i partecipanti sono stati valutati all'inizio e alla fine del trattamento con le *Scale Cornell* per la depressione e BEHAVE-AD per i disturbi comportamentali. I dati sono stati analizzati statisticamente con software SPSS 22 (test t Student).

Risultati. I 16 soggetti di sesso femminile e i 2 di sesso maschile partecipanti allo studio avevano un'età media di $81,7 \pm 8,3$ anni e un MMSE medio di $9,2 \pm 2,5$. Il punteggio medio della Scala Cornell all'inizio del trattamento era di $22,78 \pm 7,17$ nei trattati e di $22,33 \pm 10,11$ nei controlli; il punteggio della Scala BEHAVE-AD era rispettivamente di $23,67 \pm 10,92$ e $23,44 \pm 8,53$. Le caratteristiche erano sovrapponibili nei due gruppi. La rivalutazione testistica effettuata dopo 12 settimane evidenziava un punteggio medio della Scala Cornell di $13,44 \pm 4,28$ nel gruppo trattato e di $27,22 \pm 6,89$ nei controlli. La Scala BEHAVE-AD era di $16,22 \pm 8,76$ nei trattati e di $30,22 \pm 6,0$ nei controlli. La differenza è risultata statisticamente significativa con $p < 0,001$ in entrambi i gruppi. Analizzando i singoli *item* della BEHAVE-AD abbiamo riscontrato poi un significativo miglioramento nell'aggressività, disturbi del sonno e disturbi affettivi.

Conclusioni. Nel nostro studio la AAT si è rilevata una terapia non farmacologica efficace nel trattamento dei disturbi comportali in soggetti istituzionalizzati affetti da demenza grave.

PRENDERSI CURA DI CHI ASSISTE: BISOGNI DEI CAREGIVERS DEI PAZIENTI CON DEMENZA

Travi Nicole, Cova Ilaria, Maggiore Laura, Cucumo Valentina, Mariani Claudio, Pomati Simone
Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano

Le demenze sono in continuo aumento, in modo proporzionale alla crescita dell'età media della popolazione. Gli interventi a favore dell'anziano fragile puntano a garantire la maggiore autonomia possibile a questi pazienti in rapporto alle loro condizioni di salute; anche se sono presenti sul territorio servizi di vario tipo (sociale, economico, infermieristico e medico-specialistico) è fondamentale la presenza di una persona di riferimento (*caregiver*) che si occupi di assistere ed accudire il paziente nelle attività quotidiane e di consentirne l'accesso ai servizi. Scopo del nostro studio è stato di valutare il punto di vista dei *caregiver* in relazione ai bisogni percepiti e di metterlo in relazione con altri aspetti clinici e socio-culturali. Nell'estate del 2016 sono stati reclutati 50 *caregivers* di pazienti affetti da demenza, ai quali sono stati proposti alcuni questionari *ad hoc* (*Caregivers Needs Assessment* (CNA), *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), *Zarit Burden Inventory* (ZBI)) e due domande aperte sui bisogni percepiti (prima e dopo il CNA).

È stata osservata una relazione fra la quantità di bisogni e il carico assistenziale avvertito; quest'ultimo è apparso correlato con la severità delle alterazioni psico-comportamentali dei pazienti e con il disturbo arrecato ai *caregivers*. I figli dei pazienti sono risultati i *caregivers* che hanno espresso un maggior numero di bisogni, fra i quali la necessità di maggiori informazioni sulla malattia e sul suo decorso sono risultati i più rilevanti. Il CNA si è dimostrato un questionario affidabile e che ha consentito di evidenziare la maggior parte dei bisogni segnalati spontaneamente dai *caregivers* nelle domande aperte: l'unico *item* non presente nel CNA è stato il bisogno di sicurezza per il paziente. Il nostro studio ha dimostrato come con un semplice questionario sia possibile ottenere maggiori informazioni sui reali bisogni dei *caregivers* al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi offerti.

RIABILITAZIONE COGNITIVA E DECLINO COGNITIVO: STUDIO DI EFFICACIA

Tripodi Francesca Saveria, Acito Rosalia, Pisano Dolindo, Giustizia Francesca, Dello Monaco Maria Grazia, Carpinelli Mazzi Michele, De Falco Caterina, Marchiano Daniela, Simonelli Immacolata, Toscano Armando, De Gregorio Alessandro, Milan Graziella
Centro Geriatrico Frullone ASL NA 1, Centro DSB 28, Napoli

Introduzione. L'intervento di riabilitazione cognitiva in pazienti con demenza è un approccio multidimensionale finalizzato al rallentamento del declino cognitivo, e non al recupero delle funzioni cognitive compromesse. A tal fine prevede l'utilizzo di tecniche di stimolazione delle abilità cognitive residue.

Obiettivi. Lo studio mira a verificare l'influenza esercitata dalle tecniche di intervento di riabilitazione cognitiva in pazienti con demenza sull'andamento del declino cognitivo.

Pazienti e metodi. Sono stati presi in esame 18 pazienti affetti da demenza suddivisi in due gruppi. Un gruppo composto da 10 soggetti che hanno effettuato trattamenti di riabilitazione cognitiva e un gruppo di controllo composto da 8 soggetti omogenei per età, scolarità e declino cognitivo. Lo strumento di misurazione globale delle funzioni cognitive utilizzato è stato il MODA.

Procedura. L'intervento di riabilitazione cognitiva prevede sei cicli, ciascuno composto da dieci sedute; il trattamento è bisettimanale per una durata complessiva di circa sei mesi. L'intervento è basato su attività di stimolazione delle abilità cognitive residue attraverso la riabilitazione delle funzioni esecutive, capacità logiche, abilità visuo-spaziali, capacità attentive, funzioni mnestiche. Il trattamento di riabilitazione cognitiva è stato frapposto tra due somministrazioni del MODA. I pazienti sono stati osservati per un periodo che varia tra i 175 e i 961 giorni.

Risultati. Il gruppo di soggetti che hanno effettuato trattamenti di riabilitazione cognitiva mostra un aumento medio del punteggio del MODA di 0,646 punti ogni 6 mesi (175 giorni). Il gruppo di controllo mostra una diminuzione media di 2,912 punti ogni 6 mesi (175 giorni). La differenza tra le medie è significativa per alfa 0,05.

Conclusioni: Il trattamento di riabilitazione cognitiva esercita una significativa influenza sull'andamento del declino cognitivo globale in soggetti con demenza.

VALUTAZIONE DELLO SPESSORE RETINICO NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Troili Fernanda, Orlando Bianca, Calafiore Silvia, Cipollini Virginia, Pranna Federica, De Carolis Antonella, Scuderi Gianluca, Giubilei Franco
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma, Roma

Obiettivi. È verosimile che i cambiamenti degenerativi caratteristici della Malattia di Alzheimer (AD) si verifichino, già nelle prime fasi di malattia, anche prima del danno ippocampale, a livello delle fibre del nervo ottico e della retina. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare se il deterioramento della retina possa rappresentare un biomarcatore precoce di patogenesi e di chiarire la possibile correlazione funzionale con il declino cognitivo.

Materiali. Lo studio è stato condotto presso l'Azienda Ospedaliera S. Andrea di Roma. Sono stati arruolati 25 soggetti con diagnosi di AD probabile e con *Mini Mental State Examination* (MMSE) ≥ 15 e 17 controlli sani.

Metodi. Tutti i soggetti sono stati sottoposti al MMSE per valutare il funzionamento cognitivo globale e a Tomografia a Coerenza Ottica (OCT) per valutare lo spessore della retina. In ogni occhio sono stati valutati i seguenti parametri: lo strato delle fibre nervose (*Retinal Nerve Fiber Layer*, RNFL); il complesso cellulare ganglionare perimaculare (*perimacular Ganglionar Cellular Complex*, GCC); il volume maculare (*Macular Volume*, MV). Tutti i pazienti affetti da AD sono stati sottoposti ad una batteria neuropsicologica. Sulla base del risultato di ciascun test neuropsicologico, abbiamo creato un indice delle funzioni cognitive prevalentemente deteriorate (memoria VS funzioni esecutive) in ciascun paziente.

Risultati. Lo spessore del RNFL risultava significativamente ridotto nei soggetti AD rispetto ai controlli, con la differenza più rilevante nel quadrante nasale (-22,3%) e nel quadrante superiore (-17,4%). Inoltre, i valori di CCG e MV nei soggetti AD erano significativamente più bassi rispetto a quelli dei controlli. Tuttavia, non è stata trovata nessuna correlazione tra il punteggio di MMSE e il grado di compromissione del RNFL e del GCC nei soggetti AD. I dati neuropsicologici non hanno mostrato alcuna correlazione con le modifiche della retina.

Conclusioni. In accordo con studi precedenti, i nostri risultati suggeriscono che il nervo ottico è coinvolto nella fase iniziale dell'AD. A questo proposito, in considerazione del fatto che la patologia amiloide inizia molti anni prima delle manifestazioni cliniche, trovare biomarcatori di facile utilizzo per la diagnosi precoce è diventato sempre di più uno dei target fondamentali nella ricerca nel campo delle demenze. Possiamo ipotizzare che la caratterizzazione retinica con metodi non invasivi potrebbe rivelare accuratamente la patologia della corteccia nel tempo, poiché la sua atrofia può essere il risultato di una degenerazione retrograda transinaptica. Tuttavia il rapporto tra degenerazione del nervo ottico e la progressione clinica dell'AD rimane ancora poco chiaro. Sono necessari studi longitudinali su grandi campioni di pazienti per chiarire se i cambiamenti della retina potrebbero rappresentare un *biomarker* eleggibile per lo sviluppo di uno strumento di *screening* a basso costo e non invasivo.

INTERVENTI PSICOSOCIALI PER LE DEMENZE

Turci Marina (a), De Vreese Luc Pieter (b)

(a) ASL Modena, Carpi, Modena

(b) Fondazioni Boni, Suzzara, Mantova

Gli interventi psicosociali sono strategie (approcci globali di cura) o interventi comportamentali strutturati basati sull'interazione tra le persone volti a facilitare l'adattamento alle disabilità e alle conseguenze della malattia (il senso del controllo), mantenere la dignità personale, rispondere ai bisogni e desideri delle persone con demenza. Gli interventi psicosociali assumono rilievo in quanto le terapie farmacologiche per tentare di rallentare il decorso della demenza e diminuire i disturbi del comportamento hanno un'efficacia limitata ed effetti collaterali, mentre gli interventi psicosociali sono solitamente privi di effetti collaterali e ampliano la possibilità di intervento. La plasticità neuronale è presente anche in questi pazienti e i diversi interventi, che presentano un'ampio spettro di possibilità sfruttano meccanismi di azione diversi (attivazione dei neurotrasmettitori, neurogenesi...). A partire dagli anni 30 sono stati elaborati dei modelli di cura globali centrati sulla persona. essi non si escludono a vicenda ma spesso di integrano e completano. Vengono descritti: modello ABC (antecedente e conseguente), ambiente adattato alle esigenze del malato, abbassamento della soglia di stress riguardo agli stimoli presentati al malato, approccio centrato sulla persona, metodo gentle care, modificare l'assistenza in base ai bisogni del paziente. Tali modelli poi vengono tradotti nella pratica quotidiana attraverso diversi tipi di intervento. Questi interventi possono andare a stimolare la cognitivtà del paziente, a cercare di mitigare i disturbi comportamentali, a gestire lo stress del *caregiver*, a offrire al paziente momenti di socializzazione e benessere. La misurazione dell'efficacia di questi interventi non è semplice: infatti diversi elementi complicano gli studi quali per esempio la differente risposta dei pazienti al medesimo approccio a seconda del *setting*, l'impossibilità al doppio cieco, la difficoltà a misurare questi risultati a domicilio piuttosto che in casa residenza, l'estrema variabilità di come viene condotto l'intervento a seconda del paziente e dell'operatore. Difficile inoltre confrontare i diversi studi pubblicati, molto pochi sono i trial randomizzati controllati. Nonostante ciò dalle review recentemente pubblicate emerge che tra gli interventi che hanno raggiunto la migliore efficacia e quindi sono raccomandati troviamo: attività occupazionali, musicoterapia, interventi multisensoriali, *dementia care mapping*, addestramento del *caregiver* guidato, assistenza centrata sulla persona. È inoltre necessario incrementare la misurazione costo- efficacia degli interventi psicosociali per poterli meglio confrontare. In conclusione: gli interventi psicosociali hanno dimostrato essere efficaci in diversi aspetti della gestione del malato di demenza e della sua famiglia. Occorrono tuttavia maggiori studi per verificare l'efficacia di alcuni approcci e studi per misurare costo-efficacia dei diversi approcci.

ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE CON DEMENZA: ESPERIENZA DEL TRENTO

Vieno Lorenza (a), Perino Annamaria (b)

(a) Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

(b) Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi, Trento

Introduzione. L'intervento proposto intende descrivere il percorso di attivazione del nuovo servizio di Assistenza Domiciliare per Persone con Demenza (ADPD) introdotto dal primo gennaio 2015 in tutta la provincia di Trento. L'ADPD è uno strumento di elezione a disposizione delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) territoriali per dare risposta a pazienti con diagnosi di demenza in fase moderata-severa che presentino disturbi del comportamento complessi e impegnativi da gestire per i *caregiver* e che abbiano nel contempo una rete familiare orientata al mantenimento a domicilio della persona. Scopo del servizio è quello di offrire interventi domiciliari di tipo assistenziale, educativo, di stimolazione ad utenti individuati con criteri di appropriatezza clinica e interventi di supporto per i loro *caregiver*. Il percorso, dal livello diagnostico (CDCD) all'erogazione degli interventi assistenziali, è stato strutturato con una modalità di interazione il più possibile circolare tra i diversi soggetti coinvolti.

Metodi. Il processo di erogazione del servizio ADPD prevede una valutazione multidimensionale dei bisogni da parte dell'UVM, la stesura di un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), condiviso con i *caregiver*, per l'erogazione di diverse tipologie di intervento (assistenza domiciliare, riabilitazione cognitiva e motoria, supporto psicologico ed affiancamento dell'assistente familiare) e una rivalutazione periodica del PAI. La rete di presa in carico della persona coinvolge il MMG curante del paziente, l'infermiere del territorio, il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), che assicura il livello specialistico, e l'assistente sociale.

Risultati. La valutazione del servizio dopo il primo anno di operatività è stata attuata analizzando diversi aspetti fra cui i dati di attività (casi attivati nell'anno, casi in carico, ore di assistenza erogate, media ore settimanali di assistenza, motivo delle dimissioni, servizi attivati dopo la dimissione, ecc.), la combinazione delle diverse tipologie di intervento previste nei PAI, il grado di adesione delle UVM territoriali rispetto al percorso organizzativo definito, la soddisfazione dei *caregiver*, la percezione dei professionisti delle UVM e degli operatori delle cooperative che erogano il servizio.

Conclusioni. L'analisi dei dati di attività, dei questionari di soddisfazione e della percezione dei professionisti ha consentito di rilevare un impatto positivo sia sulla qualità dell'assistenza dei pazienti, sia sulla qualità di vita dei *caregiver* familiari, nonché uno sviluppo di competenze nei professionisti e negli operatori nella valutazione multidimensionale dei pazienti e dei *caregiver*, nella pianificazione e gestione dell'assistenza. Con i dati raccolti il gruppo di coordinamento del progetto, coadiuvato anche dai professionisti dei CDCD, ha condiviso con i soggetti interessati un piano che prevede le azioni di miglioramento per le diverse fasi di gestione del processo.

INDICE DEGLI AUTORI

Abraha Iosief	5	Borroni Barbara	16
Acito Rosalia	94	Bottini Gabriella.....	28
Addante Luigi Mario.....	3; 4; 8; 53	Bozzali Marco.....	16
Aggio Antonio.....	30	Braggion Gabriella.....	21
Agnolin Francesca.....	19	Bramini Alessandra.....	34
Agosta Federica.....	16	Briganti Piera	76
Agresti Cristina.....	87	Bruni Amalia Cecilia.....	16
Albanese Emiliano	39	Bruno Giuseppe	75; 78
Albanese Paolo.....	51	Bruno Patrizia.....	58
Aleotti Federica.....	14	Buffone Ebba	13; 60
Alumni Silvia	5	Buonocore Annamaria	56
Ambrogio Teresa Viviana.....	28	Busonera Flavio	51
Ambrosini Elena	87	Cagnin Annachiara.....	16
Amici Serena.....	5	Calafiore Silvia	95
Antonucci Giuseppe	79	Caltagirone Carlo	81
Ariano Luigi.....	79	Campanelli Alessandra.....	50; 73
Atti Anna Rita	71	Camuri Chiara	20
Aufiero Daiana	20	Caneparo Stefania	21
Avossa Francesco.....	30	Canevelli Marco.....	75; 78
Babiloni Claudio	16	Cannella Salvatore	54
Bagoj Eriola	7; 79	Cantello Roberto	80
Balsamo Tiziana	3	Capitani Andreina.....	9
Baraldo Lucia Walmarà.....	77	Capriello Rosa.....	38
Barbaro Maria Cristina.....	87	Cardamome Rosalinda	83
Bartorelli Luisa.....	69	Cardarelli Maria	70
Basilico Stefania.....	28	Carlotta Annunziata	29
Basso Cristina	30	Carnevali Cristiano	20
Becchi Maura	14	Carpinelli Mazzi Michele.....	94
Bergamini Lucia.....	9	Casi Erika.....	28
Bernardi Gaetano	81	Caso Francesca	83
Bernardini Sergio	81	Castagna Alberto.....	22; 45
Bertolini Alberto.....	3; 4; 8; 53	Castro Giuseppe	23; 77
Bevilacqua Petra.....	9	Cavallaro Concetta.....	74
Biagini Carlo Adriano	11	Cecchetti Giordano	83
Bianchini Filippo.....	5	Ceraso Anna	24
Bisogno Alfredo	12	Ceschel Silvia	30
Boccardi Daniela.....	13; 60	Cester Alberto	51
Boiardi Roberta	14	Chattat Rabih	5; 25
Bologna Fabiola	15	Chiasserini Davide.....	81
Bonanni Laura.....	16	Chiesa Roberto.....	49
Bonanseà Alessandro	18; 19	Cingolani Raffaella.....	5
Bonerba Marco.....	3	Cipollini Virginia	27; 95

Circugno Andrea	28	Dodi Anna	42
Cirigliano Mara	19	Donato Nicole	27
Clementi Carlo	29	Dotta Federica	19
Coda Zabetta Maria Grazia	21	Eleuteri Stefano	43
Coi Giovanni	13	Fabbietti Paolo	76
Collobiano Anna	21	Fabbo Andrea	9; 20; 46; 71
Comi Giancarlo	83	Falaschi Paolo	43
Conte Maddalena	74	Falautano Monica	83
Corti Maria Chiara	30	Fanisio Lorella	29
Costa Bruno	13; 60	Farina Elisabetta	25
Cova Ilaria	93	Ferlisi Franco	21
Criscuolo Vittoria	18	Fiandra Alessia	69
Croci Luca	59	Filippi Massimo	16
Cucumo Valentina	93	Forgelli Antonella	87
D'Agostino Erica	37; 66	Formilan Marino	51
D'Amico FIORA	8	Francone Caterina	58
D'Amore Carmen	32	Frisco Laura	54
D'Antonio Fabrizia	73	Fugatti Alessandro	92
D'Elia Alessio	34	Gabelli Carlo	35
D'Eramo Elisa	37; 66	Gaio Fabiola	35
Da Cas Roberto	32	Galimberti Daniela	16
D'Amico FIORA	4; 53	Gallo Federica	18
D'Andrea Emanuele	70	Gallucci Maurizio	44
D'Antonio Fabrizia	50	Galvin James	71
Darvo Gianluca	33	Gareri Pietro	22; 45
De Carolis Antonella	27; 95	Garzetta Glenda	9; 46
De Carolis Stefano	25	Gaspari Giuliana	14
De Castro Paola	87	Gasparini Marina	47
De Falco Caterina	94	Gelosa Giorgio	28
De Gregorio Alessandro	94	Gentile Salvatore	12
De Lena Carlo	50; 73	Giordano Antonello	61
De Lucia Elena	70	Giordano Bernando	12
De Rosa Giuliana	58	Giovannini Gianni	5
De Sarro Giovambattista	45	Giubilei Annalisa	69
De Simone Stefano	38	Giubilei Franco	27; 95
De Vreese Luc Pieter	20; 96	Giustizia Francesca	94
Dellai Angela	35	Giusto Antonella	64
Dello Monaco Maria Grazia	94	Gnoato Francesca	51
Dello Russo Massimo	68	Gollin Donata	35
Di Battista Maria Elena	44	Graff Maud	46
Di Fiandra Teresa	39; 40; 47	Grano Caterina	43; 48
Di Nunno Paola	12	Graziani Manuela	25
Di Pucchio Alessandra	5; 40; 47; 62; 87	Guerzoni Valentina	49
Di Santo Simona	81	Hartin Phillip	43
Di Toro Mammarella Massimiliano	41	Iannizzi Pamela	5
Dibello Lisa	7	Iemolo Francesco	61

Imbriano Letizia	50; 73	Mercuri Nicola	55
Italiano Domenico	71	Miceli Giuseppina	54
Izzi Francesca	55	Milan Graziella	94
Josè Rocco Maria	67; 68	Minardi Valentina.....	61
La Sala Paola.....	54; 74	Minio Antonio	70
Lacerenza Anna.....	51	Monastero Roberto.....	16
Lacorte Eleonora.....	87	Montanari Enrico	42; 64
Ladisi Luciano.....	3; 4; 8; 53	Montedori Alessandro	5
Lancioni Giulio	4; 8; 53	Morini Goretta	5
Lanzoni Alessandro	20	Morosetti Giulia.....	92
Lato Federica.....	64	Morselli Linda.....	49
Lattanzio Fabrizia.....	76	Mundi Ciro.....	7
Leonardi Tamara.....	5	Murianni Laura	62
Letteri Federica	75; 78	Muscio Cristina	16
Liguori Claudio	55	Musicco Massimo	32; 81
Lo Basso Maria Stefania	56	Napolitano Anna	57
Longo Annalisa	69	Nicolosi Federica	77
Lorenzi Giovanni	92	Norton Maria.....	43
Lorenzini Alessandra.....	60	Nucera Valentina	64
Lubian Francesca	92	Oddo Paola Roberta	64
Lucchini Flaminia	75; 78	Orlando Bianca	95
Lucidi Fabio	43; 48	Ortone Elena	21
Ludovico Livia.....	42; 64	Orzi Francesco	27
Maggiore Laura.....	93	Padovani Alessandro	16; 24
Magro Valerio Massimo	84; 85	Palma Ettore.....	79
Maiotti Mariangela	5	Papa Mario Virgilio.....	38
Malagnino Anna Maria	57	Papa Stefania.....	21
Manni Barbara.....	9; 46	Papa Virginia Federica	38
Mantoan Domenico	30	Parnetti Lucilla.....	5; 16; 81
Marano Francesca	58	Paschetto Paola	19
March Albert.....	92	Passerini Gabriella	83
Marchiano Daniela.....	94	Pavino Valentina	37; 66
Mardegan Sara	18	Pellati Morena.....	14
Marianetti Massimo	70	Pelliccioni Giuseppe	76
Mariani Claudio.....	93	Pelosi Annalisa.....	42
Marinoni Vito.....	21	Perani Daniela.....	16
Marzolini Fabrizio	40; 47; 87	Perino Annamaria.....	97
Mascagni Paola.....	25	Perrone Patrizia.....	67; 68
Mazzarolo Anna Paola	44	Petturiti Francesca	5
Mazzetto Manela.....	44	Piffer Christian	92
Mazzoleni Francesco.....	71	Pigliautile Martina	69
Mecocci Patrizia.....	5; 69	Pinna Silvia	70
Menabue Giacomo	9	Pinto Patrizia.....	83
Menerini Dario	59	Piovesan Cinzia.....	44
Menini Sarah	13; 60	Pirani Alessandro	71
Mercuri Giulia.....	76	Pisano Dolindo.....	94

Pisano Giovanna.....	54	Scognamiglio Paola	57
Pizzolla Paola.....	7	Scoppola Maddalena.....	87
Placidi Fabio.....	55	Scorrolli Claudia.....	25
Podda Livia.....	50; 73	Scuderi Gianluca.....	95
Polise Francesco.....	56	Sensi Stefano.....	89
Pomati Simone.....	93	Sepe-Monti Micaela.....	27
Pranna Federica.....	95	Sergio Giovanni.....	90
Principato Pietro.....	74	Serra Laura.....	16
Provenzano Giuseppe.....	54; 74	Serrani Virginia.....	33
Provenzano Sandra.....	74	Silani Vincenzo.....	16
Pugliese Stefano.....	87	Silvaroli Maria.....	37; 56; 66
Puzio Gianfranco.....	85	Simonelli Immacolata.....	94
Quarata Federica.....	75; 78	Sleghe Ferisa Crescentia.....	92
Rabitti Irene.....	20	Sodano Elena.....	91
Raccichini Alessandra.....	76	Soelva Gertrud.....	92
Ragni Silvia.....	69	Sorrentino Eugenio.....	87
Ramonda Evelin.....	18	Spadaro Daniela.....	61
Ravanello Alberto.....	14	Spadoni Laura.....	5
Razionale Giancarlo.....	68	Speranza Angela.....	50; 73
Razza Grazia.....	23; 61; 77	Spinelli Annalaura.....	5
Remiddi Francesca.....	75; 78	Staglianò Mario.....	22
Rendace Lidia.....	50; 73	Struglia Carlo.....	29
Rizzo Anita.....	74	Tabarelli Giorgia.....	13
Robusto Carlo.....	79	Talarico Giuseppina.....	75; 78
Rocca Maurizio.....	22; 45	Targa Martina.....	44
Romeo Mirko.....	38	Tarozzi Adriano.....	49
Romorini Alessandro.....	68	Terazzi Emanuela.....	80
Rossi Graziella.....	19	Tessari Annalisa.....	51
Rossi Mariangela.....	32	Timperio Luana.....	7
Rozzini Luca.....	24	Tiraboschi Pietro.....	16
Ruocco Ciro.....	75; 78	Tofanelli Mirko.....	56
Sacchetti Maria Luisa.....	50	Toniolo Sofia.....	81
Sacchetti Marta.....	80	Torresi Martina.....	14
Salimbeni Isabella.....	20	Toscano Armando.....	94
Salinetti Sandra.....	87	Traversa Giuseppe.....	32
Sancesario Giulia.....	81	Travi Nicole.....	93
Sancesario Giuseppe.....	34; 55	Trebbastoni Alessandro.....	50; 73
Sandri Giulia.....	13; 60	Trequattrini Alberto.....	5
Santagati Mario.....	23; 77	Tripodi Francesca Saveria.....	94
Santangelo Roberto.....	83	Troili Fernanda.....	95
Santillo Antonella.....	58	Trovato Maria Giovanna.....	77
Santini Alessia.....	84; 85	Turci Marina.....	9; 71; 96
Sanzaro Enzo.....	61	Valletta Martina.....	75; 78
Sarra Francesca.....	43	Valmara Baraldo Lucia.....	23
Sartori Giuseppe.....	51	Vanacore Nicola.....	5; 32; 40; 47; 62; 76; 87
Scala Giovanni.....	84; 85	Varricchio Gina.....	38

Veneruso Enza.....	56	Vieno Lorenza.....	97
Ventura Jacopo.....	87	Violani Cristiano	43; 48
Venturelli Francesca	49	Volpe Francesco	54
Venuti Angelo.....	70	Volpini Alice	70
Veschi Mara.....	9	Volpini Maurizio	70
Vico Carlo	75; 78		

*Stampato da De Vittoria srl
Via degli Aurunci 19, 00185 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2016 (n.4)