



ISTISAN CONGRESSI 24|C5

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

17° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 18-19 novembre 2024

RIASSUNTI

Edited by
N. Locuratolo, A. Ancidoni, I. Bacigalupo,
P. Piscopo, E. Salvi e P. Ruggeri

The bottom of the page features several thick, wavy, horizontal lines in a dark red color, creating a decorative border.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

17° Convegno

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

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 18-19 novembre 2024

RIASSUNTI

A cura di

Nicoletta Locuratolo (a), Antonio Ancidoni (a), Ilaria Bacigalupo (a),
Paola Piscopo (b), Emanuela Salvi (c) e Paola Ruggeri (c)

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

(b) Dipartimento di Neuroscienze

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

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
24/C5

Istituto Superiore di Sanità

17° Convegno. I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 18-19 novembre 2024. Riassunti.

A cura di Nicoletta Locuratolo, Antonio Ancidoni, Ilaria Bacigalupo, Paola Piscopo, Emanuela Salvi e Paola Ruggeri

2024, ix, 171 p. ISTISAN Congressi 24/C5

Il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale comporterà, nel prossimo futuro, un aumento esponenziale del numero di casi di demenza. Questo dato epidemiologico, associato alla complessa storia naturale della malattia, caratterizzata da declino progressivo delle funzioni cognitive, disturbi psico-comportamentali e conseguente progressiva perdita dell'autonomia, obbligano a considerare la demenza una delle più grandi e complesse sfide per i Sistemi sanitari mondiali. Nel 2017 il Piano Mondiale delle Demenze (*Global Action Plan on Dementia*) dell'OMS ha definito le azioni prioritarie da mettere in atto. Dal 2015 l'Italia ha un Piano Nazionale Demenze, che sottolinea la necessità che i CDCD siano organizzati in una rete di servizi, in una logica di gestione integrata e costruzione di percorsi assistenziali dedicati alla demenza. Il Convegno si propone di documentare rilevanti attività di prevenzione, trattamento, assistenza e ricerca condotte presso le strutture del SSN deputate alla presa in carico delle persone con demenza e dei loro familiari/caregiver, oltre a fornire un aggiornamento delle iniziative italiane nel panorama internazionale.

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

Istituto Superiore di Sanità

17. Congress. Centers for Cognitive Disorders and dementia and integrated dementia management. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 18-19, 2024. Abstract book.

Edited by Nicoletta Locuratolo, Antonio Ancidoni, Ilaria Bacigalupo, Paola Piscopo, Emanuela Salvi and Paola Ruggeri

2024, ix, 171 p. ISTISAN Congressi 24/C5 (in Italian)

The progressive ageing of the world's population will lead to an exponential increase in the number of cases of dementia in the near future. This epidemiological fact, coupled with the complex natural history of the disease, characterised by a progressive decline in cognitive function, psycho-behavioural symptoms and progressive loss of autonomy, obliges us to consider dementia as one of the greatest and most complex challenges for the world's health systems, to be addressed. In 2017, the WHO presented in the Global Action Plan on Dementia the priority actions to be implemented. Since 2015, Italy has had a National Dementia Plan, which highlights the need to include Centres for Cognitive Disorders and Dementia in an integrated network for the management and planning of care dedicated to dementia. The aim of the conference is to document the most relevant prevention, treatment, care and research activities carried out in institutions of national health system, responsible for the care of people with dementia and their families/caregivers, as well as to provide an update on Italian initiatives and policies in the international panorama.

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

Per informazioni su questo documento scrivere a: nicoletta.locuratolo@iss.it

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

Citare questo documento come segue:

Locuratolo N., Ancidoni A., Bacigalupo I., Piscopo P., Salvi E. e Ruggeri P. (Ed.). *17° Convegno. I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e la gestione integrata della demenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 18-19 novembre 2024. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2024 (ISTISAN Congressi 24/C5).

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

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

Direttore Responsabile della serie: *Antonio Mistretta*

Redazione: *Patrizia Mochi e Cristina Gasparrini*

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

© Istituto Superiore di Sanità 2024

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	ix
Riassunti	1
Indice degli autori	165

PROGRAMMA

Lunedì 18 novembre 2024

8.30 Registrazione dei partecipanti

8.50 Saluto di benvenuto

Rocco Bellantone

Presidente ISS

Giovanni Capelli

Direttore CNaPPS

9.05 Presentazione del Convegno

Nicoletta Locuratolo

Prima Sessione

FONDO DEMENZE 2024-2026: UNA PROSPETTIVA INTERNAZIONALE

Moderatrice: **Teresa Di Fiandra**

09.20 *Decisioni dell'Italia nella governance della demenza rispetto al contesto internazionale*

Paola Barbarino

09.40 *Politiche dell'OMS tra invecchiamento attivo e brain health: quali ricadute per i disturbi cognitivi*

Matteo Cesari

10.00 *Nuovo Fondo Alzheimer 2024-26*

Caterina Bianchi

10.20 *Fondo per l'Alzheimer e le Demenze: una strategia Integrata con il Global Action Plan dell'OMS*

Antonio Ancidoni

10.40 Discussione

11.00 Coffee break

Seconda Sessione

LA PREVENZIONE NELLA DEMENZA

Moderatore: Guido Bellomo

11.20 *PNP tra passato e futuro: quali ricadute per la demenza?*

Daniela Galeone

11.40 *Esperienza italiana del FINGER Study: obiettivi e possibili ricadute nella pratica clinica*

Luca Cuffaro

12.00 *Prevenzione nella Joint Action europea sulla demenza e altre malattie neurologiche*

Guido Bellomo

12.20 *Prevenzione della demenza in Italia: analisi documentale dei 21 Piani Regionali di Prevenzione*

Simone Salemmè

12.30 *Prevenzione del declino cognitivo in Casa di Comunità*

Chiara Guarnerio

12.40 *Discussione*

13.00 *Pausa pranzo e Discussione poster*

Moderatori: Eleonora Lacorte, Francesco Sciancalepore

Terza sessione

PROSPETTIVE DIAGNOSTICHE TRA BIOLOGIA E CLINICA

Moderatrice: Paola Piscopo

14.00 *Il contributo dei biomarcatori nel processo diagnostico di MCI e demenza tra pratica clinica e ricerca*

Giovanna Zamboni

14.20 *Il ruolo della neuropsicologia in uno scenario in cambiamento*

Camillo Marra

14.40 *Contributo dell'IA nella definizione dei biomarcatori di neuroimmagine*

Federica Agosta

15.00 *p-tau 181, A-beta 40 e 42 plasmatiche e traiettorie cognitive in anziani senza demenza*

Annalisa Davin

15.10 *Cambiamenti demografici e studi normativi. Aggiornamento di tre test cognitivi*
Marina Gasparini

15.20 Discussione

Quarta sessione

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE FARMACOLOGICHE

Moderatrice: Nicoletta Locuratolo

15.40 *Prime analisi del progetto Interceptor - fattori di rischio per la demenza: dati sociodemografici*
Paolo Maria Rossini

16.00 *Il processo regolatorio dell'approvazione dei nuovi farmaci nella demenza*
Francesco Nonino

16.20 *Uso dei farmaci a RNA nelle demenze*
Michela Denti

16.40 *Terapie a RNA per la Demenza Frontotemporale: validazione in un modello neuronale MAPT IVS10+16*
Ilaria Brentari

16.50 *Declino cognitivo nel paziente diabetico: ruolo del trattamento con i "più nuovi" ipoglicemizzanti orali*
Maria Rosaria Rizzo

17.00 Discussione

17.30 Chiusura della giornata

Martedì 19 novembre 2024

Quinta Sessione

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVE E PSICOSOCIALI

Moderatrice: Marina Gasparini

9.00 *Il progetto AGE-it nello scenario della demenza*
Rabih Chattat

- 9.20 *Lo strumento Isupport dell'OMS: implicazioni per la disseminazione ed implementazione*
Maddalena Fiordelli, Emiliano Albanese
- 9.40 *“Scuola Online del Caregiver”:* telemedicina come strumento di psicoeducazione
Elisa Ferriani
- 9.50 *Train the Brain: effetti neuropsicologici in pazienti con deficit cognitivo lieve*
Simona Cintoli
- 10.00 *Interventi cognitivi per persone con demenza: revisione sistematica e metanalisi*
Alice Paggetti
- 10.10 *Intervento psicologico breve per caregiver di persone con demenza: quale efficacia?*
Serena Passoni
- 10.20 *Immaginario Guidato in Musica e sindrome da stress dei caregiver informali e formali*
Elide Scarlata
- 10.30 *Supporto psicologico e la stimolazione cognitiva nei soggetti con MCI e disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve e moderato*
Piero Secreto
- 10.40 *Ausili e persone con demenza: dati preliminari di follow-up dai CDCD dell'Ausl di Modena*
Devis Trioschi
- 10.50 Discussione
- 11.10 Coffee break

Sesta Sessione

DEMENTIA E MIGRAZIONI

Moderatore: Simone Pomati

- 11.30 *Demenza nei migranti e nei rifugiati: una prospettiva globale*
Marco Canevelli
- 11.50 *Disturbi cognitivi ed esiti di salute nei migranti residenti nel Lazio: uno studio longitudinale basato sui Sistemi Informativi Sanitari*
Anna Acampora

- 12.10 *ImmiDem, Aim 2: test neuropsicologici cross-culturali e adattamento in italiano"*
Giorgia Maestri
- 12.30 *IMMIDEM MODENA - Progetto di miglioramento dei servizi nell'ambito di migrazione e demenza*
Valentina Guerzoni
- 12.40 *Demenza negli immigrati e nelle minoranze etniche ad Agrigento*
Liana Gucciardino
- 12.50 *Screening e assistenza a profughi ucraini affetti da sospetta demenza: esperienza sul campo*
Massimo Marianetti
- 13.00 Discussione
- 13.20 Pausa pranzo e Discussione poster
Moderatori: Antonio Ancidoni, Elisa Fabrizi

Settima Sessione

GESTIONE DELL'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENZA

Moderatrice: Ilaria Bacigalupo

- 14.30 *Qualità della dieta, consumo di alimenti ultra-processati e rischio di deterioramento cognitivo e malattie neurodegenerative*
Licia Iacoviello
- 14.50 *L'organizzazione dei CD per le persone con demenza*
Enrico Mossello
- 15.10 *Persone con demenza nelle strutture residenziali: prospettive di cambiamenti organizzativi*
Antonio Guaita
- 15.30 *Impatto economico della demenza in Italia*
Paolo Sciattella
- 15.50 *Il ruolo degli Psicologi del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023: una prospettiva per il futuro*
Rita Bonanni
- 16.00 *La telemedicina per assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali nei pazienti affetti da demenza*
Lucia Amadori

- 16.10 *Assistenza nutrizionale nel Centro Disturbi Cognitivi e Demenze*
Matilde Ghidoni
- 16.20 *Unità di Risoluzione Crisi Alzheimer (URCA): modello innovativo per la presa in carico manageriale della persona con demenza*
Fabrizio Lattanzio
- 16.30 *Impatto del deterioramento cognitivo-funzionale sulla diade: studio longitudinale*
Antonia Pierobon
- 16.40 *INSIEME – Percorso psicoeducazionale diretto ai caregiver dei pazienti affetti da disturbi cognitivi e/o demenze per la promozione del benessere del familiare che si prende cura del malato. esperienza dei CDCD dell'Asl Napoli 2 Nord*
Katia Schiano Di Cola
- 16.50 *Fattibilità e caratteristiche della linea telefonica dedicata del CDCD ASST Rhodense*
Claudia Menia Timoftica
- 17.00 Discussione
- 17.30 Chiusura del Convegno

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al XVII Convegno “Il contributo dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze nella gestione integrata dei pazienti”.

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

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

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

Riassunti

DISTURBI COGNITIVI ED ESITI DI SALUTE NEI MIGRANTI: STUDIO LONGITUDINALE NEL LAZIO

Acampora Anna, Angelici Laura, Cascini Silvia, Cacciani Laura, Bargagli Anna Maria
Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio, Asl Roma 1, Roma

Introduzione. La demenza è una delle principali cause di disabilità e morte tra le persone anziane. In Italia, il numero di anziani migranti è in aumento e si prevede che la prevalenza della demenza in questa popolazione aumenterà. Mancano, ad oggi, informazioni sugli esiti di salute di questa popolazione. L'obiettivo di questo studio, come proseguimento del progetto Immidem, è stato analizzare la mortalità a 5 anni nei migranti con demenza residenti nel Lazio al 31 dicembre 2018.

Metodi. In uno studio di coorte retrospettivo basato sui Sistemi Informativi Sanitari (SIS), sono state incluse le persone con demenza di età ≥ 50 anni residenti nel Lazio al 31 dicembre 2018 e seguite per 5 anni. Lo status migratorio è stato definito in base al Paese di nascita: nativi italiani, migranti provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) o Paesi Altamente Sviluppati (PAS). Per l'analisi della mortalità è stato dapprima stimato il tasso di mortalità standardizzato per età (SMR), nel totale e per status migratorio. Successivamente è stata condotta un'analisi time-to-event utilizzando le curve di Kaplan-Meier, il *log-rank test* e la regressione di Cox.

Risultati. Al 31 dicembre 2018, 38.835 individui con demenza vivevano nel Lazio, il 2,1% provenienti da PFPM e lo 0,9% da PAS. I nativi italiani e le persone provenienti da PAS risultavano più anziani rispetto ai PFPM, mentre tra i migranti si osservava una maggiore proporzione di donne. Il SMR era più basso nei migranti provenienti da PFPM (42,2%; IC95% 37,0%-48,1%) e da PAS (33,2%; IC95% 25,4%-43,4%) rispetto ai nativi italiani (52,4%; IC95% 50,7%-54,1%). L'Hazard Ratio (HR) aggiustato per età risultava inferiore nei migranti (HR=0,76, IC95%:0,66-0,89 per i PAS; HR=0,88, IC95%:0,80-0,97 per i PFPM) rispetto ai nativi italiani.

Conclusioni. Le analisi presentate hanno mostrato un tasso di mortalità inferiore tra i migranti con demenza rispetto ai nativi italiani. Questi risultati, apparentemente inattesi, potrebbero essere spiegati con alcuni fenomeni come il "*salmon bias*" e l'"*healthy migrant effect*", in linea con la letteratura disponibile, ma anche con una possibile sotto-diagnosi di demenza nei migranti. Bisogna, inoltre, tener conto che monitorare l'accesso all'assistenza sanitaria dei migranti attraverso i SIS può essere più difficile rispetto ai nativi e questo può portare ad una sottostima maggiore della patologia. I risultati ottenuti possono, in ogni caso, contribuire a migliorare la comprensione di questo fenomeno e alla formulazione di politiche sensibili e servizi sanitari più efficaci nella gestione della demenza nei migranti.

ATTIVITÀ FISICA E AMINOACIDI NEL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE: IL LORO RUOLO NELLA PROGRESSIONE VERSO LA DEMENZA

Acchiappati Vincenzo, Villani Emanuele Rocco, Manni Barbara, Galli Chiara, Vaccina Antonella Rita, Fabbo Andrea

Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena

Introduzione. Nel Decadimento Cognitivo Lieve (*Mild Cognitive Impairment* - MCI), gli individui presentano deterioramento cognitivo franco con un impatto minimo o nullo delle attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activities of Daily Living Scale* - IADL). Sebbene l'MCI possa essere la prima espressione cognitiva della Malattia di Alzheimer (AD) o di altre forme di demenza, può anche essere secondaria ad altri processi patologici come la sarcopenia e la fragilità, che sono due delle sindromi geriatriche più importanti. Lo scopo del nostro progetto è valutare l'effetto del solo allenamento fisico e dell'allenamento fisico combinato e dell'intervento dietetico (aminoacidi essenziali secondo indicazioni dell'OMS) sulla progressione dell'MCI verso l'AD.

Metodi. PHACADE è uno studio monocentrico, prospettico, in aperto che confronta due coorti di pazienti con MCI durante un periodo di *follow-up* di 2 anni. L'arruolamento è iniziato nell'aprile 2023 ed è terminato nel giugno 2024, e il protocollo di studio ha avuto luogo a partire da maggio 2023. Per ciascun partecipante del gruppo di controllo è stato proposto un programma di due sedute a settimana di 60 minuti ciascuna di Attività Motoria Adattata (AMA) condotta da un Chinesiologo AMPA (Attività Motoria Preventiva e Adattata). Il programma di attività fisica supervisionata (APA) dura due mesi, con 4 mesi di attività libera per 4 cicli. Ai partecipanti appartenenti al gruppo di intervento, in aggiunta all'APA viene somministrata un'integrazione di aminoacidi essenziali basata sulle linee guida dell'OMS. I partecipanti sono stati assegnati al gruppo di intervento se il loro SPPB (*Short Physical Performance Battery*) di base era compreso tra 9 e 10.

Risultati. Le analisi preliminari comprendono i dati di 16 partecipanti (8 nel gruppo di intervento, 8 in quello di controllo). L'età media del campione è di 78 anni, il MMSE medio è di 26.2, le IADL medie sono di 7. I risultati parziali sono stati promettenti, con un miglioramento nella maggior parte delle valutazioni fisiche: SPPB (da 10 a 11,7 in media), test del cammino di 6 minuti (da 367 metri a 431 metri in media) e *Hand Grip Test* (da 33,9 kg a 36 kg in media per gli uomini e da 22 kg a 24,6 kg per le donne), mentre 2 pazienti (1 dal gruppo di intervento, 1 da quello di controllo) sono stati censiti per evoluzione in AD.

Conclusioni. L'effetto dell'AMA da solo e dell'AMA combinato con l'intervento dietetico sull'MCI sembra essere efficace nel migliorare i parametri fisici. Alla valutazione di *follow-up* di 24 mesi, verrà valutata l'efficacia del trattamento complessivo, con un'approfondita considerazione delle differenze tra i gruppi.

TELEMEDICINA PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Amadori Lucia, Linarello Simona, Di Luccio Christian, Conti Silvia, Tempestini Antonella, Gueli Cristina, Gaggi Lorenzo, Lanzoni Elisabetta, Cozza Maria Giovanna
Unità Operativa Complessa Cure Intermedie, Dipartimento dell'Integrazione, Ausl, Bologna

Introduzione. Gli obiettivi clinici-assistenziali della televisita sono la valutazione delle condizioni generali del paziente e la somministrazione della testistica, dove possibile, per il monitoraggio delle funzioni cognitive, la gravità dei disturbi del comportamento, il livello di autonomia nelle comuni attività quotidiane.

Metodi. Nell'ambito dell'Area Progettuale 3 del "Fondo Alzheimer: i progetti della Regione Emilia-Romagna", volta a sperimentare, valutare e diffondere interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi *setting* assistenziali, l'Ausl di Bologna ha implementato un sistema di teleconsulto/televisita per un campione di persone con demenza, dedicato alla prevenzione e al monitoraggio dei *Behaviours and Psychological Symptoms of Dementia* nelle Casa Residenti Anziani (CRA) di Bologna e provincia e al controllo dei disturbi comportamentali dei residenti afferenti alle Case della Salute di territori remoti. Sono state eseguiti 235 teleconsulti per le Casa Residenti Anziani (77,6%) e 68 per le Case della Salute (22,4%). I dati sono stati raccolti su REDcap del progetto di telemedicina del Fondo per l'Alzheimer.

Risultati. Il motivo della televisita nelle Casa Residenti Anziani è stato prevalentemente per revisionare la terapia farmacologica relativa ai disturbi comportamentali (55,7%), seguita dal rinnovo del Piano Terapeutico dell'antipsicotico atipico (43,8%). La maggior parte dei teleconsulti sono avvenuti in presenza di un infermiere (64,7%). Altresì, nelle Case della Salute era sempre presente un medico di medicina generale che cercava una *second opinion* (50%). La diagnosi prevalente nei pazienti affetti da demenza e residenti in CRA era una demenza mista, con componente neurodegenerativa (Demenza di Alzheimer)/vascolare (49,4%), la maggior parte dei quali con una stadiazione di demenza grave (*Clinical Dementia Rating* 3, 53,8%) o molto grave (*Clinical Dementia Rating* 4, 39,7%), in trattamento almeno con due farmaci per il disturbo neurocognitivo. È risultata più diversificata la verifica delle diagnosi dei pazienti afferenti alle Case delle Salute, con la demenza di Alzheimer prevalente (16,2%), ed una presenza di pazienti con diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (4,5%). Il 91,5% dei pazienti nelle Casa Residenza Anziani e seguiti dal progetto non è stato ricoverato durante il processo di implementazione delle teleconsulenze.

Conclusioni. La telemedicina permette tempi di risposta più rapidi in merito alle richieste delle Strutture residenziali o alla gestione dei casi complessi. La percezione degli operatori è di avere un supporto costante. Il telemonitoraggio dei pazienti con diagnosi di demenza, oltre ad essere efficace, evita lo spostamento dei pazienti e degli operatori nelle zone remote.

◉ FONDO PER L'ALZHEIMER E LE ALTRE DEMENZE: UNA STRATEGIA INTEGRATA CON IL *GLOBAL ACTION PLAN ON DEMENTIA* DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Ancidoni Antonio

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

Introduzione. Come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), azioni concrete di sanità pubblica dovrebbero essere adottate al fine di ridurre il carico della demenza. Il primo finanziamento pubblico sul tema della demenza è rappresentato dal Fondo per l'Alzheimer e le altre Demenze nel triennio 2021-2023 con 15 milioni di euro. Le attività presentate descrivono i risultati ottenuti grazie al contributo delle Istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), supportate dalle Regioni e dalle Province Autonome, per promuovere una risposta concreta di sanità pubblica sul tema della demenza in Italia.

Metodi. Partendo dal *framework* del *Global Action Plan on Dementia* dell'OMS, è stata effettuata un'analisi dei principali risultati ottenuti nell'ambito del Fondo per l'Alzheimer e le altre Demenze nel triennio 2021-2023. Sono stati inoltre considerati documenti di *policy* sia nazionali che internazionali per esplorare il contesto italiano e lo scenario internazionale sulla demenza.

Risultati. L'analisi ha rilevato che il 39,5% dei casi di demenza è attribuibile a 11 fattori di rischio modificabili. Una riduzione del 20% di questi fattori potrebbe prevenire fino a 67.000 casi di demenza. Mentre i fattori di rischio cardiovascolare sono generalmente affrontati, non esistono ancora strategie specifiche per fattori come la perdita dell'udito, l'istruzione e la depressione. È stata pubblicata una Linea Guida Nazionale che include 167 raccomandazioni per la pratica clinica e 39 per la ricerca. Un'analisi economica ha stimato il costo della demenza in Italia in 23,5 miliardi di euro. Inoltre, un'indagine nazionale ha mostrato un ritardo diagnostico medio di 12 mesi, con costi diretti per i pazienti e le loro famiglie pari a circa 1.800 euro al mese. La conduzione di 21 *focus group* con i caregiver di persone affette da demenza ha rivelato bisogni insoddisfatti nei servizi sanitari e assistenziali. Un censimento delle Comunità Amiche della Demenza ha identificato 57 comunità, localizzate principalmente nel Nord Italia (77%), seguite dal Centro (9%) e dal Sud (14%). Una mappa dei servizi per le demenze è stata sviluppata e resa disponibile online, includendo Centri per i Disturbi Cognitivi, Centri Diurni e Residenze Sanitarie Assistenziali.

Conclusioni. Attraverso un'analisi dello scenario italiano riteniamo sia necessaria una strategia europea volta all'armonizzazione delle migliori pratiche ma che al contempo faciliti il coordinamento della ricerca e sostenga iniziative di *science-for-policy*.

DECISIONI DELL'ITALIA NELLA GOVERNANCE DELLA DEMENZA RISPETTO AL CONTESTO INTERNAZIONALE

Barbarino Paola

Alzheimers Disease International, Londra, Regno Unito

La demenza è la settima causa di mortalità a livello globale e sta diventando sempre più la causa principale di mortalità in molte nazioni. Si stima che 55 milioni di persone in tutto il mondo vivano con questa condizione, e si prevede che questo numero salirà a 78 milioni entro il 2030 e a 139 milioni entro il 2050. La demenza costa all'economia globale 1,3 trilioni di dollari statunitensi ogni anno, una cifra che potrebbe aumentare a 2,8 trilioni di dollari entro il 2030. Dopo anni di sensibilizzazione da parte di *Alzheimer's Disease International* (ADI) in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'OMS ha lanciato il Piano d'Azione Globale sulla Risposta della Sanità Pubblica alla Demenza nel 2017, piano che è stato universalmente adottato da tutti gli Stati membri. Da allora ADI ha promosso l'adozione di Piani Nazionali per la Demenza in tutti gli Stati membri, coprendo le 7 aree di azione del piano, e ha monitorato i progressi attraverso la sua serie di rapporti "*From Plan to Impact*". Ad oggi, solo 39 Stati membri hanno implementato Piani Nazionali per la Demenza (PND), numero ben al di sotto dell'obiettivo di 146 su 194 (75%) Stati membri. Non tutti questi 39 piani dispongono di finanziamenti sufficienti per la loro attuazione. In Europa, si stima che vi siano 20 Stati membri con PND. L'Italia, ad esempio, ha un PND, ma i finanziamenti per sostenere la sua realizzazione sono stati limitati. Solo dopo attività di sensibilizzazione da parte di numerosi enti nazionali e internazionali, il governo ha stanziato 15 milioni di euro di finanziamento e più recentemente 25 milioni. Un finanziamento sostenuto è essenziale per sostenere gli obiettivi delineati nel piano. Sebbene i PND richiedano finanziamenti, vi sono aree che possono essere affrontate in modo economico o a costo zero. Ad esempio, l'Area d'Azione 2 del Piano d'Azione Globale, che riguarda la consapevolezza e la sensibilità verso la demenza, può essere affrontata senza risorse finanziarie significative ma attraverso campagne di sensibilizzazione pubblica. Anche l'area che riguarda la riduzione del rischio potrebbe essere realizzata con relativa semplicità anche se fare arrivare l'informazione corretta agli operatori sanitari non è sempre semplice. Il 20 settembre, ADI ha lanciato il Rapporto Mondiale Alzheimer 2024: Cambiamenti Globali nelle Attitudini verso la Demenza. Il rapporto ha sondato oltre 40.000 operatori sanitari, caregiver, persone affette da demenza e membri del pubblico generale in 166 paesi per comprendere le percezioni delle persone sulla demenza e come queste siano cambiate dal 2019. Il rapporto ha rilevato che il 65% degli operatori sanitari e l'80% del pubblico generale considera la demenza una parte normale dell'invecchiamento. Questa convinzione errata ha conseguenze concrete nella vita di molti, ed ha come conseguenza un numero ridotto di persone che cercano diagnosi e supporto in maniera tempestiva. Di conseguenza, meno individui hanno accesso alle risorse necessarie per mantenere la loro autonomia aumentando così la loro dipendenza dai parenti e dallo stato.

PREVENZIONE NELLA *JOINT ACTION* EUROPEA SULLA DEMENZA E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE

Bellomo Guido

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

Introduzione. EU4Health è il programma dell'Unione europea dedicato alla salute che mira a integrare le politiche degli Stati membri garantendo la protezione della salute umana in tutte le attività dell'Unione.

Metodi. Nell'ambito del programma EU4Health è stata presentata una proposta di *Joint Action* europea sulla demenza e le altre malattie neurologiche che prevede la partecipazione di 18 Paesi europei e 39 entità e istituzioni. Tra i 10 *work-package* nei quali si articola la proposta, l'Istituto Superiore di Sanità, coinvolto in qualità di Autorità Competente italiana, riveste il ruolo di *leader* del *Work-Package 7* (WP7) sulla prevenzione di demenza e ictus. Sotto il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità sono presenti anche due *network*, uno delle Regioni italiane e uno dei centri clinici e di ricerca.

Risultati. Per il WP7, dedicato allo sviluppo di strategie prevenzione di demenza e ictus, è stato definito l'obiettivo generale, ovvero quello di caratterizzare la prevenzione nei Paesi coinvolti, definendo strategie armonizzate di supporto nella formulazione delle *policy*. Sono stati dunque definiti 4 *task* per il raggiungimento di tale obiettivo: 1) identificazione e caratterizzazione delle strategie di prevenzione, 2) raccolta dei dati epidemiologici sulla prevalenza dei fattori di rischio e stima dei casi evitabili, 3) conduzione di un intervento pilota per l'implementazione delle *best practice* sulla prevenzione e 4) definizione degli elementi chiave per un approccio armonizzato al monitoraggio dei fattori di rischio e degli interventi.

Conclusioni. La raccolta sistematica di dati, lo sviluppo di strategie coordinate sulla prevenzione della demenza e dell'ictus e il relativo monitoraggio, sia a livello europeo, che a livello nazionale/sub-nazionale, contribuiranno a ottimizzare il rapporto costo-efficacia, attraverso la riduzione della frammentazione e duplicazione degli interventi, oltre che dell'uso iniquo delle risorse e delle disparità nella copertura della popolazione.

PROGETTO LIVING LAB BYRON: CONSOLIDAMENTO E AMPLIAMENTO DI UN MODELLO TECNOLOGICO A FAVORE DELLE PERSONE CON DETERIORAMENTO COGNITIVO E DEI LORO CAREGIVERS

Bilanzola Valeria (a), Lazzarotto Veronica (b), Norfo Alessandro (b), Ferriani Elisa (c), Stinziani Sabrina (a), Manfredini Cristina (d), Amadori Lucia (a), Linarello Simona (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Cure Intermedie, Dipartimento dell'Integrazione, Ausl, Bologna*

(b) *Fondazione ASPHI Onlus, Bologna*

(c) *Unità Operativa Complessa Psicologia Ospedaliera, Dipartimento Oncologico, Ausl, Bologna*

(d) *Fondazione Asphi Onlus, Bologna*

Introduzione. Nel 2020 a Bologna è stato progettato il primo *Living Lab* rivolto a persone con disturbo neurocognitivo maggiore e ai loro caregivers. *Living Lab Byron* ha sperimentato una metodologia multidisciplinare integrata di approccio ai bisogni della persona, elaborando risposte mirate attraverso l'uso di tecnologie assistive e supporti digitali per migliorare la qualità di vita. L'obiettivo principale del presente progetto è ampliare tale metodologia introducendo elementi innovativi di telemedicina per l'elaborazione e la realizzazione di interventi altamente personalizzati mediante attività di terapia occupazionale e di stimolazione cognitiva.

Metodi. L'approccio adottato, basato sull'analisi dei bisogni e degli interessi della persona e del suo caregiver, prevede trattamenti non farmacologici personalizzati con l'utilizzo di tecnologie assistive e strumenti digitali, per supportare le difficoltà cognitive, psicologiche e funzionali e favorire il mantenimento delle autonomie del paziente. Sono stati reclutati 10 pazienti, suddivisi in Gruppo Lievi (disturbo neurocognitivo minore) e Gruppo Moderati (disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve/moderato). Gli interventi principali includono percorsi di stimolazione cognitiva computerizzata e training cognitivi strategici individuali, attività di terapia occupazionale, supporto psicologico e brevi percorsi di psicoterapia per il paziente e il suo familiare per affrontare momenti di maggiori difficoltà legati alla patologia.

Risultati. Dopo 6 mesi di trattamento, a livello qualitativo, le soluzioni co-create e adattive si sono dimostrate essenziali per rispondere ai bisogni specifici dei pazienti, garantendo risultati positivi sia sul piano cognitivo, psicologico e funzionale. Nel Gruppo Lievi, mediante protocollo neuropsicologico somministrato pre e post trattamento, si è osservato stabilità del profilo cognitivo e in alcuni casi punteggi migliori in specifiche aree cognitive. L'utilizzo di tecnologie si è dimostrato efficace nel favorire il mantenimento delle autonomie e il ruolo attivo nel percorso di cura con risvolti positivi sulla sfera psicologica. Nel Gruppo Moderati, seppur con maggiori criticità sul piano cognitivo, avere obiettivi nel quotidiano e una routine strutturata, con attività occupazionali focalizzate su interessi personali, ha portato ad un'attivazione emotiva e sociale. Gli strumenti digitali, in questo caso, sono risultati efficaci come strategia

adattiva e a sostegno di attività significative e motivanti, e utili al caregiver per il monitoraggio dell'evoluzione della patologia e la gestione dei disturbi del comportamento.

Conclusioni. L'esperienza del *Living Lab* suggerisce la necessità di trattamenti sempre più personalizzati, facilitati dall'utilizzo di strumenti tecnologici. I dati preliminari raccolti possono costituire una base per raccomandazioni più strutturate future per il trattamento delle persone affette da disturbo neurocognitivo, favorendo una migliore gestione e il mantenimento a domicilio della persona e del suo caregiver.

MILD BEHAVIORAL IMPAIRMENT E LE FUNZIONI COGNITIVE: RASSEGNA SISTEMATICA E META-ANALISI

Blasutto Barbara (a), Fattapposta Francesco (b), Casagrande Maria (c)

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

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

(c) *Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. Il *Mild Behavioral Impairment* (MBI) rappresenta un concetto diagnostico di recente introduzione caratterizzato dalla presenza di sintomi neuropsichiatrici sostenuti a insorgenza tardiva (a partire dai 50 anni) e che comporta uno stato a rischio di declino cognitivo e demenza. Tuttavia, la relazione tra queste dimensioni rimane poco chiara. A tal proposito, è stata condotta una revisione sistematica e meta-analisi al fine di analizzare la relazione tra MBI e funzionamento cognitivo.

Metodi. Il processo di revisione è stato condotto in accordo con il PRISMA-Statement. Sono stati selezionati articoli pubblicati su riviste peer-reviewed, nei quali era presente un gruppo di soggetti sani o con *Mild Cognitive Impairment* o Declino Cognitivo Soggettivo con MBI e con un'età minima di almeno 50 anni, la ricerca doveva indagare almeno una funzione cognitiva o il funzionamento cognitivo globale e confrontare i risultati con una popolazione di soggetti sani, paragonabili per età, o con lo stesso gruppo ma a distanza di tempo. Sono stati esclusi tutti gli studi nei quali erano presenti partecipanti con disturbi neurologici, demenza o disturbi psichiatrici o che effettuavano solo uno studio di neuroimaging o genetico. Alla fine del processo, sono stati inclusi ventidue studi nella revisione sistematica, mentre nella meta-analisi solamente diciassette studi presentavano dati utili per condurre le analisi.

Risultati. I risultati sono stati suddivisi in base ai seguenti domini cognitivi: funzionamento cognitivo globale, memoria, linguaggio, funzioni esecutive, attenzione, abilità visuospatiali e velocità di elaborazione. Nell'analisi quantitativa sono stati valutati solo il funzionamento cognitivo globale, le funzioni esecutive, l'attenzione e la memoria. Sia i risultati dell'analisi qualitativa che quantitativa indicano che i soggetti con *Mild Behavioral Impairment* mostrano prestazioni peggiori nei compiti cognitivi rispetto a quelli senza sintomi MBI. Questi risultati sono più forti quando si considerano i vari domini singolarmente (in particolare la memoria e le funzioni esecutive) rispetto a quando viene condotta una valutazione globale del funzionamento cognitivo.

Conclusioni. Questi risultati evidenziano il ruolo potenziale dei sintomi del *Mild Behavioral Impairment* come indicatori precoci di processi neurodegenerativi, rafforzando la necessità di valutazioni complete che comprendano sia valutazioni comportamentali/psicologiche che cognitive. L'individuazione precoce di questi sintomi nelle fasi prodromiche può essere molto utile per lo sviluppo di interventi comportamentali e psicologici e può fornire linee guida rilevanti per i clinici nella gestione e nella diagnosi dei disturbi neurodegenerativi.

RUOLO DEGLI PSICOLOGI DEL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2021-2023: UNA PROSPETTIVA PER IL FUTURO

- Bonanni Rita (a), Castellino Manuela (b), Ricci Monica (c), Coltelli Maila (d), Conte Nadia (e), Di Cesare Gabriela (f), Donno Federica (g), Farinet Erika (h), Fonte Cristina (i), Galli Chiara (j), Giorgio Vincenzo (k), Gurtner Monica (l), Maltempi Eleonora (m), Onorato Erika (n), Podestà Mirta (o), Sensi Francesca (p), Viggiani Angela (q), Laganà Valentina (r)
- (a) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023; Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Distretto X, Asl Roma 3, Roma*
- (b) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023; Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine della Consolata, Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino*
- (c) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023; Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Rete Territoriale, Asl Viterbo, Viterbo*
- (d) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Massa Carrara*
- (e) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Napoli*
- (f) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Campobasso*
- (g) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Olbia*
- (h) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Aosta*
- (i) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Verona*
- (j) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Modena; Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena*
- (k) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Manfredonia, Foggia*
- (l) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Trieste, Gorizia-Monfalcone*
- (m) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Perugia*
- (n) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Pesaro Urbino*
- (o) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Genova*
- (p) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Pescara*
- (q) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Potenza*
- (r) *Coordinamento Rete Nazionale Psicologi Fondo Demenze 2021-2023, Lamezia Terme, Catanzaro*

Introduzione. Una *Survey* dell'Istituto Superiore di Sanità del 2019, su 511 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ha evidenziato una prevalenza di medici fino al 59,8% e una rappresentanza di psicologi e neuropsicologi per il 26,4% e il 30%. Solo il 57,7% dei pazienti aveva ricevuto una valutazione neuropsicologica completa e il 25,5% interventi psicosociali, educazionali e riabilitativi. Sebbene le Linee Guida Internazionali evidenzino la necessità dello psicologo esperto in Neuropsicologia per la diagnosi, solo un terzo di questi Centri presentava tale figura. Il Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023, attraverso bandi pubblici, ha selezionato psicologi con specifiche competenze. Questo

studio ha lo scopo di evidenziare quali cambiamenti siano conseguiti a seguito di tale selezione, in termini di servizi rivolti ai pazienti e alle famiglie, come definiti dalle cinque Linee Progettuali indicate dal Fondo.

Metodi. È stata condotta una *Survey* nazionale su 135 psicologi di 17 regioni. Lo scopo è stato quello di acquisire dati a livello nazionale, sulla formazione e sull'esperienza lavorativa, sulla tipologia di contratto instaurato nonché sui risultati prodotti riguardo l'implementazione e/o attivazione di servizi.

Risultati. Il 57% degli psicologi ha una specializzazione in Psicoterapia, il 20% in Neuropsicologia. Il 6,7% possiede un Dottorato di ricerca, il 51,1% un Master, entrambi in Neuropsicologia. L'esperienza lavorativa è inferiore ai 5 anni per il 37%, tra i 5 e i 20 anni per il 55,5% e oltre i 20 anni per il 7,5%. I contratti libero professionali costituiscono il 58,5%, il 28,9%, risultano essere borse di studio e il 12,6% altre forme contrattuali, di cui a tempo determinato solo la Regione Puglia. La valutazione neuropsicologica sia nella fase precoce che nella definizione diagnostica ha riguardato l'80% delle attività, il 40% i trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali. Oltre alle Linee progettuali designate, il 50,4% delle attività, hanno riguardato altri servizi diretti ai pazienti e alla rete familiare.

Conclusioni. L'implementazione degli psicologi, la cui continuità contrattuale è garanzia di continuità assistenziale, ha consentito di incrementare le valutazioni neuropsicologiche; individuare forme prodromiche del Disturbo Neurocognitivo maggiore; abbattere le liste di attesa; prendere in carico precocemente il paziente e la rete familiare; attivare servizi di riabilitazione e sostegno diretti ai pazienti e ai caregiver. Ciò ha permesso l'attuazione di specifici Piani Assistenziali Individuali, come da recenti Linee di Indirizzo Nazionale e dai Livelli Essenziali di Assistenza, nonché dai già esistenti Percorsi Diagnostici Terapeutici per le Demenze a livello Nazionale, Regionale e Aziendale.

TEORIA DELLA MENTE NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO DI POTENZIAMENTO COGNITIVO-SOCIALE

Bonanni Rita (a), Mancini Giovanni (a), Cavallini Elena (b)

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Distretto X, Asl Roma 3, Roma*

(b) *Psicologia dell'invecchiamento, Università degli Studi, Pavia*

Introduzione. La teoria della mente è quell'insieme di conoscenze che l'individuo ha sulla mente, propria e altrui, sul suo funzionamento e sul suo rapporto con la realtà. È una competenza complessa, fondamentale per orientarsi nel mondo sociale. La capacità di comprendere le correlazioni tra pensieri, emozioni e desideri e il collegamento tra stati mentali, consente di avere una visione unitaria del contesto sociale nel quale si interagisce e di effettuare inferenze. Recente è l'interesse per lo studio della Teoria della Mente nell'invecchiamento "sano", per la capacità di attribuire stati mentali (desideri, emozioni e credenze) agli altri in situazioni sociali complesse. A partire dai 65 anni, tali capacità subiscono un decremento nella loro funzionalità con una maggiore conservazione della Teoria della mente emotiva (comprendere e fare inferenze su emozioni) rispetto a quella cognitiva (fare inferenze su pensieri e credenze altrui). I fattori responsabili di questo declino, sembrano essere le abilità esecutive, con i relativi processi mnesici correlati, il linguaggio oltre che la motivazione. La Teoria della mente diviene centrale in un programma di intervento non solo sulle componenti cognitive, ma anche sociali: la sua graduale compromissione nell'anziano porta ad isolamento e ritiro sociale. Più recenti sono gli studi sulla Teoria della Mente in pazienti con Disturbo Neurocognitivo sia nella sua dimensione affettiva che cognitiva e come la compromissione delle funzioni cognitive correlate influenzi il suo funzionamento e la dimensione cognitivo-sociale.

Metodi. Viene qui proposto un protocollo "Ti capisco" di stimolazione della Teoria della Mente già applicato a soggetti anziani sani con esiti positivi e che può essere diretto a pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore, in un'ottica di prevenzione secondaria. Il protocollo è articolato in una valutazione iniziale e finale sia delle competenze specifiche relative alla Teoria della Mente che delle funzioni cognitive ad essa correlate e in cinque sessioni intermedie di potenziamento delle principali manifestazioni della Teoria della Mente, attraverso compiti di falsa credenza di secondo ordine, inerenti le gaffe sociali, la comprensione del doppio inganno, del fraintendimento e del sarcasmo.

Risultati. Una valutazione neuropsicologica pre e post stimolazione dovrebbe esitare in un potenziamento delle funzioni proprie della Teoria della Mente con effetto sulle diverse funzioni cognitivo-sociali e relazionali.

Conclusioni. È ipotizzabile che gli interventi sulla Teoria della Mente, possano portare ad un miglioramento delle capacità socio-relazionali e cognitivo-sociali, permettendo un importante intervento di prevenzione secondaria nel paziente con Disturbo Neurocognitivo minore e agendo su uno dei principali fattori di rischio, cioè l'isolamento sociale.

FATTORI DI RISCHIO E DEMENZA. RUOLO DEL LUTTO COMPLICATO NELLO SVILUPPO DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO TIPO MALATTIA DI ALZHEIMER

Bonansega Alessandro (a), Cirigliano Mara (b), Gallo Federica (c), Mardegan Sara (d), Ramonda Evelin (e), Chiavarino Claudia (f)

(a) *Coordinatore Aziendale CDCD, Componente Commissione Regionale PDTA Demenze; Struttura Complessa Psicologia Clinica, Asl TO3, Torino*

(b) *Struttura Complessa Psicologia Clinica, Asl TO3, Ambulatorio di Neuropsicologia, CDCD Presidio Ospedaliero di Rivoli, Torino*

(c) *Struttura Complessa Psicologia Clinica, Asl TO3, Ambulatorio di Psicogeriatría Poliambulatorio Cottolengo CDCD, Presidio Ospedaliero di Pinerolo, Torino*

(d) *Struttura Complessa Psicologia Clinica, Asl TO3, Ambulatorio di Neuropsicologia Patologie ECE, Presidio Ospedaliero di Pinerolo, Torino*

(e) *Struttura Complessa Psicologia Clinica, Asl TO3, Ambulatorio di Psicogeriatría Area Metropolitana Centro, Coordinatore Area Funzionale Neuropsicologia e Psicogeriatría, Grugliasco, Torino*

(f) *Professore Ordinario di Psicologia Generale, Psicobiologia e Psicometria, Responsabile del Centro Innovazione e Ricerca, Direttore Accademico IUSTO, Torino*

Introduzione. Alcuni studi hanno ipotizzato che coloro che hanno vissuto un lutto complicato possono sviluppare un declino cognitivo con incidenza maggiore rispetto alla popolazione generale, in particolare nello sviluppo di Disturbo Neurocognitivo (DNC) Tipo Malattia di Alzheimer. L'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene aumenta i livelli di cortisolo, che attiva la microglia e gli astrociti, portando a una condizione di neuroinfiammazione cronica, elemento comune sia nei disturbi neurocognitivi, come l'Alzheimer, sia nel disturbo da lutto complicato e persistente. Nella Malattia di Alzheimer, le placche amiloidi e i grovigli neurofibrillari sono associati a livelli di citochine infiammatorie elevate, simili a quelle prodotte durante lo stress cronico. L'attivazione prolungata delle microglia danneggia la mielina e provoca la perdita di neuroni.

Metodi. Sono state analizzate 889 cartelle d'archivio, di pazienti sottoposti a visita neuropsicologica presso il CDCD dell'Asl TO3 Regione Piemonte, nel periodo 2011-2023; il campione è composto da 101 soggetti di età 55-91 anni, con lutto complicato in anamnesi. Le valutazioni sono state effettuate con test neuropsicologici di I e II livello e diagnostica strumentale di riferimento.

Risultati. In un modello di regressione gerarchica con DNC Tipo Malattia di Alzheimer come variabile dipendente, i predittori standard (età, sesso, scolarità, familiarità) inseriti nel primo blocco, spiegano solo l'11,3% della varianza e non risultano significativi ($F(4,46)=1.47$, $p=.228$). L'aggiunta nel secondo blocco di variabili come i ricoveri in psichiatria e l'uso di psicofarmaci, aumenta la varianza spiegata al 34,8% ($F(2,44)=7.94$, $p=.001$). La variabile maggiormente significativa è l'uso di psicofarmaci, che ha un effetto inverso sulla probabilità di sviluppare la malattia ($Beta=-.051$, $p<.001$): più psicofarmaci

vengono assunti, minore è la probabilità di sviluppare l'Alzheimer. Infine, l'inclusione nel terzo blocco di variabili legate al tipo di lutto e al tempo dal decesso aggiunge un ulteriore 8,3% di varianza, spiegata con un effetto marginalmente significativo ($F(2,42)=3,05$, $p=,058$). In nessuna altra analisi di regressione con variabili dipendenti, quali disturbo neurocognitivo vascolare, disturbo neurocognitivo frontotemporale, disturbo neurocognitivo senza specificazione e morbo di Parkinson, l'effetto del lutto risulta significativo, suggerendo che ci sia un effetto specifico solo nel caso della Malattia di Alzheimer.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che il disturbo da lutto complicato potrebbe essere un fattore di rischio specifico per il DNC Tipo Malattia di Alzheimer e non per gli altri DNC. Questi risultati sottolineano l'importanza di considerare il lutto complicato come un potenziale *target* per la prevenzione dell'Alzheimer.

CENTRO DIURNO: UNA STRUTTURA DEFINITA A GARANZIA DI UN PERCORSO FLESSIBILE

Bonventre Giovanna, Tripi Stefania, Tripi Gabriele
*Unità Operativa Dipartimentale Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Dipartimento di
Salute Mentale, Azienda Servizi alla Persona 9, Trapani*

Introduzione. Il Centro Diurno (CD) Alzheimer nell'ambito dei percorsi riabilitativi svolge un ruolo, poiché permette di stimolare il paziente dal punto di vista cognitivo, relazionale, psicologico mantenendone le abitudini della sua vita quotidiana in famiglia. Si sono individuate alcune metodologie di lavoro che garantiscono una "buona prassi" d'intervento, con risultati a lungo termine, ricadute positive sui pazienti, sui familiari e sugli operatori. I pazienti, infatti, si ambientano più velocemente (circa dieci giorni), frequentano più assiduamente, abbandonano meno frequentemente. Gli operatori si muovono in maniera più autonoma e consapevole. I caregiver sviluppano una maggiore compliance rendendo molto più semplice la gestione del paziente all'interno del CD.

Metodi. Un'organizzazione ben strutturata degli spazi, del tempo, degli orari, del materiale e la programmazione delle attività prevengono le situazioni stressanti, riducono i comportamenti problematici, favoriscono le abilità relazionali e mantengono più a lungo le abilità cognitive residue. Per tale ragione, ogni sessione di lavoro (mattutina e pomeridiana) viene suddivisa in tre parti: training cognitivi, laboratori occupazionali e attività psicomotoria. Confronti quotidiani con il familiare durante l'accoglienza del paziente, disponibilità telefonica all'ascolto da parte di un *case manager*, colloqui di sostegno a cadenza mensile migliorano la compliance familiare.

Risultati. La routine permette di rispettare i tempi di attenzione dei pazienti e scandisce il lavoro degli operatori durante l'arco della giornata. Il metodo di lavoro routinario permette ai pazienti di sapersi orientare in quel setting (necessariamente ordinato e silenzioso), in quella fascia oraria, con quell'operatore, riducendo lo stato d'ansia e migliorando l'adattamento. Inoltre, la strutturazione di un supporto quotidiano nei confronti dei familiari consente di raggiungere una buona alleanza terapeutica.

Conclusioni. In questo modo, durante la giornata al CD non ci sono spazi vuoti se non quelli dedicati al riposo, per il resto il tempo è suddiviso in attività strutturate, all'interno delle quali inserire i pazienti non solo secondo le loro capacità residue, il livello cognitivo, ma seguendo anche le loro passioni e il tono dell'umore della giornata. Il fine è quello di creare delle abitudini talmente strutturate che consentano di gestire anche l'imprevisto (agitazione, ansia, alterazioni del comportamento) rimodulando il percorso riabilitativo individualizzato, tutte le volte che lo si ritiene opportuno per il paziente o per il gruppo.

SPERIMENTAZIONE DELLA TERAPIA DEL VIAGGIO PER I RESIDENTI DI UNA RSA ESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE TRADIZIONALE

Brasero Pier Claudio, Sciutto Andrea Giulia
*Azienda Servizi alla Persona Emanuele Brignole, Residenza Sanitaria Assistenziale Doria,
Genova*

Introduzione. L'assenza di terapie farmacologiche capaci di modificare la patogenesi dei disturbi neuro-cognitivi ha spinto la comunità scientifica ad esplorare l'efficacia di Interventi Psico-Sociali, finalizzati a rallentare il declino cognitivo, ridurre i disturbi comportamentali, mantenere le capacità residue e migliorare la qualità di vita della persona con disturbo neuro-cognitivo. La Terapia del Viaggio fa parte degli Interventi Psico-Sociali, teorizzata nel 2009 dal Dottor Ivo Cilesi, il quale sostiene che l'esperienza del viaggio in treno, anche grazie alla relazione con l'operatore, abbia la capacità di alleviare gli stati d'ansia tipici delle persone con disturbo neuro-cognitivo, inducendo un senso di quiete e attivando la stimolazione cognitiva. I destinatari di questa terapia sono persone anziane, istituzionalizzate, con disturbo neuro-cognitivo da moderato ad elevato. L'utilizzo della Terapia del Viaggio, nelle prime sperimentazioni di Cilesi, ha diminuito il ricorso alla terapia farmacologica. L'Azienda Servizi alla Persona Emanuele Brignole di Genova, grazie alla donazione del presidio da parte dell'associazione filantropica Rotary e attraverso la realizzazione della Stanza del viaggio di Generali Arredamenti, ha introdotto presso la Residenza Sanitaria Assistenziale Doria l'utilizzo della Terapia del viaggio per alcuni Residenti con disturbo neuro-cognitivo.

Metodi. Per l'attivazione della Terapia del viaggio è stata costituita una specifica *équipe* multidisciplinare, composta da medici, fisioterapisti, animatrice e assistente sociale. L'*équipe* ha predisposto un Protocollo sperimentale che comporta: la selezione dei potenziali beneficiari attraverso test *Mini Mental State Examination* e *Neuropsychiatric Inventory*; l'attivazione della fase di osservazione, che prevede cinque proposte di viaggio per ciascun residente, valutate attraverso Scheda di appropriatezza; al termine dei cinque viaggi se gli effetti sono positivi, la Terapia viene inserita nel Piano Assistenziale Individualizzato del residente e prosegue con un viaggio a settimana. In tutte le fasi l'*équipe* multidisciplinare condivide con il personale di struttura e con la famiglia del residente l'andamento della terapia.

Risultati. Essendo ancora in fase sperimentale, è possibile riportare solo indicatori di processo: 7 operatori impegnati, 7 residenti coinvolti, 35 sedute effettuate; rivalutazione con test *Mini Mental State Examination* e *Neuropsychiatric Inventory*; rivalutazione della terapia farmacologica.

Conclusioni. Abbiamo constatato che l'introduzione della Terapia del Viaggio ha determinato importanti cambiamenti nell'approccio dell'organizzazione al trattamento della persona con disturbo neuro-cognitivo: grazie al coinvolgimento della famiglia e all'ingaggio di tutto il personale, si tende ad una presa in carico "comunitaria" e ad una maggiore

umanizzazione delle cure, anche attraverso un cambiamento lessicale, passando dal termine “Ospite” a “Residente”. Si ritiene di fondamentale importanza continuare ad investire nel migliorare la qualità assistenziale, implementando l'utilizzo di Interventi Psicosociali.

CENTRO DI ECCELLENZA FINALIZZATO ALLA GESTIONE COMPLESSIVA E CONTINUATIVA DELLE DEMENZE

Brasceso Pier Claudio (a), Palummeri Ernesto (b), Pardini Matteo (c), Ivaldi Claudio (d)
(a) Azienda Servizi alla Persona Emanuele Brignole, Residenza Sanitaria Assistenziale Doria, Genova
(b) Rete Regionale Demenze Alisa, Genova
(c) Dipartimento Neuroscienze, Università degli Studi, Genova
(d) CDCD Asl 3, Genova

Introduzione. La gestione delle demenze e delle patologie associate al decadimento cognitivo in Liguria è affidata ai CDCD. Sono 7, distribuiti in tutto il territorio ligure: 3 per l'area metropolitana (Asl 3, Galliera, Policlinico San Martino) e 1 per le restanti Asl. In Liguria, la demenza è un problema significativo: ci sono circa 25.748 persone affette da demenza nella regione, con una leggera prevalenza tra le donne. Di queste, circa il 55-60% soffre di demenza di tipo Alzheimer. A Genova, una recente indagine ha rilevato una prevalenza di casi di Alzheimer pari al 5,4% su un totale di 45.075 assistiti.

Metodi. I servizi sanitari e socioassistenziali dedicati alle demenze a Genova, pubblici e privati, accreditati e convenzionati, sono: Servizio di Ascolto e Orientamento Sociale (Segretariato Sociale Professionale) gestito dal Comune di Genova, attraverso i Municipi; Azienda Sanitaria Locale 3 Genovese: assistenza territoriale, prenotare prestazioni ambulatoriali e ricevere supporto in vari ambiti; Servizi Semiresidenziali: Centri Diurni, 17 in Liguria di cui 8 in Asl 3; Assistenza domiciliare per anziani affetti da demenza solo attraverso Centri privati; Volontariato. Costituzione di un gruppo di progetto composto da professionisti operanti presso: ALISA, Università di Genova, Asl 3 Genovese, ASP Emanuele Brignole/RSA Doria. Il progetto prevede l'avvio di un centro di eccellenza in grado di rispondere ai bisogni sanitari e socioassistenziali dei pazienti con demenza e delle loro famiglie nell'area genovese. È stata individuata una struttura adiacente alla RSA Doria di ASP Brignole che, previa ristrutturazione, riteniamo essere adeguata ad ospitare il suddetto centro. Caratteristiche operative del centro:

- obiettivo principale: realizzazione di un centro per la diagnosi precoce e la cura del paziente con demenza;
- responsabilità operative/sanitarie: gestione affidata alla collaborazione di ASP Emanuele Brignole, Asl, Università di Genova, Alisa;
- servizi: tutti quelli associabili alla gestione delle demenze e delle patologie da degrado cognitivo. Si prevede anche un corso di formazione e un centro studi per il personale sanitario per la gestione dei disturbi neuro cognitivi.

Conclusioni. Questo progetto soddisfa un bisogno del territorio in linea al modello di Cura globale del PSSR della Liguria., ma punta a diventare il centro di una realtà innovativa che mira alla definizione di un nuovo modo di vivere la terza età.

TERAPIE A RNA PER LA DEMENZA FRONTOTEMPORALE: VALIDAZIONE IN UN MODELLO NEURONALE MAPT IVS10+16

Brentari Ilaria (a), Covello Giuseppina (b), Trentini Gabriele (a), Denti Michela Alessandra (a)
(a) *Dipartimento di Biologia Cellulare, Computazionale e Integrata, Università degli Studi, Trento*
(b) *Dipartimento di Biologia, Università degli Studi, Padova*

Introduzione. La demenza frontotemporale con parkinsonismo legata al cromosoma 17 (FTDP-17) (OMIM # 600274) è una taupatia causata da mutazione nel gene MAPT (*Microtubule-Associated Protein Tau*). Questo gene, che codifica per la proteina tau, è soggetto a *splicing* alternativo e normalmente produce 6 diverse isoforme contenenti tre (3R) o quattro (4R) domini che legano i microtubuli, in base allo *splicing* alternativo dell'esone 10 del trascritto MAPT. Nel cervello umano adulto, sia i neuroni che le cellule gliali contengono entrambe le isoforme 3R e 4R in un rapporto 1:1. Tra le varie mutazioni del gene MAPT, questo progetto si focalizza su un sottotipo di FTDP-17 causato da una mutazione nell'introne 10, dove una C è sostituita da una T nella posizione 16 (10+16). Questa mutazione causa uno sbilanciamento tra l'isoforma 4R e la 3R di tau, causando il suo accumulo in depositi neuronali insolubili che causano varie malattie neurodegenerative chiamate taupatie, come la FTDP-17. Ripristinare il corretto rapporto delle isoforme è teoricamente possibile usando siRNA specifici per colpire l'esone 10. In precedenza, tre siRNA capaci di modulare l'isoforma 4R di tau hanno dimostrato la loro efficacia nel ripristinare l'equilibrio fisiologico 3R/4R di tau in modelli di coltura cellulare.

Metodi. Abbiamo utilizzato neuroni derivati da hiPSCs con la stessa mutazione puntiforme riscontrata nei pazienti (10+16) in confronto con il controllo isogenico appropriato (EBiSC; Sigma-Aldrich SIGi001-A-1 e SIGi001-A-12). Dopo aver caratterizzato la coltura neuronale in vitro, abbiamo testato l'efficacia delle migliori molecole di siRNA precedentemente validate.

Risultati. I livelli di mRNA e proteina di tau 3R e 4R sono stati valutati a vari giorni di differenziazione e maturazione neuronale. I neuroni mutati 10+16 hanno mostrato un aumento dell'espressione di mRNA di tau 4R dopo 120 giorni di differenziamento, rispecchiando il fenotipo del paziente. Di conseguenza, i neuroni WT e 10+16 a 120 giorni di differenziamento sono stati trasfettati con diverse concentrazioni di siRNA scramble e terapeutici e i livelli di mRNA e proteina di tau 4R sono stati valutati.

Conclusioni. I nostri risultati indicano che l'uso di siRNA specifici contro l'isoforma 4R ha un notevole potenziale nel trattamento della FTDP-17 e, possibilmente, di altre taupatie.

MICRORNA COME BIOMARCATORI DI DEMENZA FRONTOTEMPORALE CON PARKINSONISMO

Brentari Ilaria, Detassis Simone, Ferrari Flavia, Nervo Caterina, Denti Michela Alessandra
Dipartimento di Biologia Cellulare, Computazionale e Integrata, Università degli Studi, Trento

Introduzione. I microRNA (miR) sono piccoli RNA coinvolti nella regolazione post-trascrizionale e sono stati spesso indicati come biomarcatori per diverse patologie. In particolare, il nostro gruppo ha identificato miR-92a-3p e miR-320b come buoni biomarcatori per distinguere tra controlli sani e pazienti con demenza frontotemporale con parkinsonismo legata al cromosoma 17 (FTDP-17), e miR-320a per distinguere diverse tauopatie. Un'ostacolo al raggiungimento di questi miR in clinica è la mancanza di tecniche adeguate per la loro rilevazione che introducono variabilità e difficoltà di uso in ambito diagnostico. Questo lavoro, aggiunge all'analisi dei miR-92a-3p, 320a e 320b in neuroni differenziati da hiPSCs di pazienti FTDP-17, lo sviluppo di una nuova tecnica di analisi di miR (ODG) che supera gli ostacoli delle attuali tecniche di rilevazione.

Metodi. Neuroni derivati da hiPSCs portatori di una mutazione puntiforme riscontrata nei pazienti con FTDP-17 e il rispettivo controllo isogenico sono stati coltivati fino a 120 giorni, mostrando la sovraregolazione patologica dell'isoforma tau 4R. miR-92a-3p, 320a e 320b sono stati analizzati dagli estratti cellulari con RT-qPCR. Lo studio attuale presenta anche l'implementazione della piattaforma ODG all'interno di un protocollo semi-automatizzato per creare la piattaforma "SA-ODG", migliorando l'efficienza e la precisione dei test dei miR riducendo il tempo di lavoro richiesto al personale di laboratorio.

Risultati. miR-92a, 320a e 320b al giorno 120 sono deregolati nei neuroni hiPSCs mutati rispetto ai neuroni isogenici, confermando la capacità discriminativa tra individui sani e FTDP-17. I nostri risultati indicano possibili ruoli di questi miR nella patogenesi della FTDP e suggeriscono un potenziale promettente per l'uso di miR-92a-3p, 320a e 320b come biomarcatori. Dimostriamo inoltre che SA-ODG è una tecnologia innovativa che permette la rilevazione e quantificazione diretta dei miR in tessuti solidi (biopsie o estratti cellulari) e in biopsie liquide senza necessità di estrazione né amplificazione e con specificità per singola base.

Conclusioni. Questi sviluppi rappresentano un passo cruciale nel progresso del campo della rilevazione e quantificazione degli acidi nucleici senza estrazione e amplificazione, avvicinando i miR all'utilizzo clinico. Inoltre, lo studio dimostra una validazione a livello cellulare della bontà dei miR-92a, 320a, 320b come biomarcatori per FTDP-17.

ISTITUZIONE DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE NELL'ASL NAPOLI 3 SUD: UN NUOVO APPROCCIO ALL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA”

Buonincontri Veronica (a), Carlino Ilenia (a), Guasco Noemi (a), De Cicco Angelo (a), Giordano Maria (a), Seccia Giovanni (a), Simone Maurizio (b), Amoroso Francesco (c), Zupo Vincenzo (d), Colin Antonio (e), Primiano Ferdinando (f), Ambrosino Immacolata (a), Maggi Gianpaolo (g)

(a) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale Anziani Fragili e Demenze, Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, Napoli*

(b) *Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, Distretto Sanitario 53, Castellammare di Stabia, Napoli*

(c) *Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, Distretto Sanitario 57, Torre del Greco, Napoli*

(d) *Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, Distretto Sanitario 59, Sant'Agnello, Napoli*

(e) *Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, Distretto Sanitario 34, Portici, Napoli*

(f) *Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, Napoli*

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

Introduzione. La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una priorità mondiale di salute pubblica. Nel 2015, le persone affette da demenza nel mondo erano 47 milioni, con relativi costi superiori a 1 trilione di dollari all'anno. Si stima che in Italia vivano oltre un milione di persone con demenza, e che ulteriori 900.000 individui presentino un Declino Cognitivo Lieve (DCL). Le proiezioni demografiche italiane suggeriscono che, entro il 2051, la popolazione anziana supererà notevolmente quella giovane, con 280 anziani ogni 100 giovani. Diversi studi hanno dimostrato che l'accesso precoce ai servizi specializzati di valutazione cognitiva può migliorare significativamente la prognosi dei pazienti, rallentando il declino cognitivo e riducendo l'accesso alle cure istituzionali. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) in Italia risulta fondamentale per fornire diagnosi, trattamento e gestione a lungo termine della demenza, come delineato nel Piano Nazionale Demenze. Questo studio descrittivo ha l'obiettivo di presentare i risultati ottenuti dal CDCD della Asl Napoli 3 Sud durante un periodo di 7 mesi.

Metodi. Sono stati inclusi nello studio i partecipanti che si sono rivolti ai centri CDCD della Asl Napoli 3 Sud (ovvero: CDCD1: Castellammare di Stabia, CDCD2: Torre del Greco, CDCD3: Sant'Agnello, CDCD4: Nola, CDCD5: Portici) nel periodo che va dal 1° giugno 2023 al 31 gennaio 2024. Per fornire una panoramica complessiva dell'attività del CDCD della Asl Napoli 3 Sud nel periodo sopra indicato, abbiamo riportato i valori medi e le frequenze dei dati demografici e clinici dei partecipanti suddivisi in 3 sottogruppi comprendendo controlli sani (HC), pazienti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e pazienti con demenza. Inoltre, questi gruppi sono stati confrontati per identificare differenze significative sulle variabili demografiche e cliniche tra i gruppi.

Risultati. I gruppi differivano significativamente per livello di istruzione ($p < 0,001$), con i pazienti con MCI che presentavano livelli di istruzione più elevati rispetto ai pazienti con demenza. I pazienti con demenza riportavano frequenze più elevate nel comportamento sedentario ($p = 0,002$) e isolamento sociale ($p < 0,001$). Non sono state rilevate differenze significative in comorbidità come malattie cardiache o ipertensione. Tuttavia, i pazienti con demenza presentavano disturbi cognitivi, psichiatrici e comportamentali più gravi ($p < 0,001$), con tassi più elevati di allucinazioni ($p = 0,006$), disinibizione ($p = 0,021$) e apatia ($p = 0,010$) rispetto agli altri gruppi. I punteggi MMSE (*Mini-Mental State Examination*) erano significativamente più bassi nei pazienti con demenza ($p < 0,001$), che mostravano anche una ridotta autonomia funzionale nelle attività di base (BADL - *Basic Activities of Daily Living*) e strumentali della vita quotidiana (IADL - *Instrumental Activity of Daily Living*) rispetto agli altri gruppi ($p < 0,001$).

Conclusioni. La diagnosi precoce e l'intervento multidisciplinare risultano cruciali per migliorare gli esiti nei pazienti con demenza e MCI. I pazienti con demenza hanno mostrato disturbi cognitivi e psichiatrici più gravi, insieme a una ridotta autonomia funzionale, evidenziando l'importanza dello screening precoce e del monitoraggio continuo. L'accesso tempestivo a cure specializzate, come quelle fornite dai CDCD, può contribuire a rallentare la progressione della malattia, migliorare la qualità della vita e ridurre il carico sui servizi sanitari.

SENESCENZA MICROGLIALE E ALZHEIMER: REVISIONE SISTEMATICA E SISTEMI DI VALUTAZIONE

Calatuzzolo Chiara (a), Malvaso Antonio (b), Gatti Alberto (b), Negro Giulia (c), Davin Annalisa (a), Ferrari Riccardo Rocco (a,d), Guaita Antonio (a), Medici Valentina (a,e), Poloni Tino Emanuele (a)

(a) *Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(b) *Dipartimento di Scienze del Cervello e del Comportamento, IRCCS C. Mondino, Pavia*

(c) *Dipartimento di Neurologia, Università di Milano-Bicocca, Milano*

(d) *Università degli Studi, Pavia*

(e) *Dipartimento di Medicina TrAslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara*

Introduzione. La microglia è la prima linea di difesa del sistema nervoso centrale e svolge altre importanti funzioni, rispondendo alle perturbazioni e ai segnali ambientali. Il suo ruolo chiave nella neuroinfiammazione spiega l'interesse verso le modificazioni cui va incontro durante l'invecchiamento cerebrale fisiologico e nella Malattia di Alzheimer (AD).

Metodi. Abbiamo effettuato una ricerca sistematica in PubMed e Scopus cercando studi nell'uomo che comprendessero “*Microglial Senescence*” e “*Microglial Activation*” nell'invecchiamento e nell'AD, in accordo con le linee guida PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Gli articoli sono stati valutati in modo indipendente dai due revisori e sottoposti a due fasi selettive.

Risultati. Dei 1.947 articoli esaminati, 289 sono stati considerati eleggibili e, dopo la lettura dei manoscritti, sono stati selezionati per la revisione 47 studi. Questi lavori comprendevano un totale di 3.630 casi, di cui il 41% erano controlli sani, il 45% pazienti AD, il 12% presentavano un lieve deterioramento cognitivo e, i restanti casi, demenze non-AD. Sono stati analizzati i profili trascrittomici e neuropatologici dei pazienti AD e dei controlli, e gli studi su modelli murini e su modelli in vitro con popolazioni cellulari ottenute da differenziamento di cellule staminali umane pluripotenti. È emerso che la microglia svolge il suo ruolo neuroprotettivo con la rimozione dei depositi di A β e pTAU, e la fagocitosi delle sinapsi danneggiate. Durante l'invecchiamento, la microglia può diventare meno efficiente per l'accumulo di stress ossidativo e disfunzione mitocondriale, o esacerbare la risposta infiammatoria causando ulteriore perdita sinaptica. La salute del cervello dipende dall'equilibrio tra le azioni e le reazioni della microglia che mantiene l'omeostasi cerebrale in cooperazione con le altre cellule gliali. Nello studio morfologico della microglia, si distingue l'aspetto ramificato associato alla microglia omeostatica, quello ameboide che rappresenta la microglia reattiva e quello senescente/distrofico per la microglia esausta. Abbiamo proposto un sistema di valutazione semiquantitativo, utilizzato in un precedente lavoro sui cervelli infetti da SARS-COV2, che usa il marcatore immunoistochimico CD68 per identificare la microglia reattiva e fagocitica nel tessuto fissato.

Conclusioni. Le evidenze attuali ci hanno mostrato quanto la microglia sia una popolazione estremamente eterogenea e quanto gli studi sugli animali chiariscano solo parzialmente la complessità dell'invecchiamento e della neurodegenerazione nell'uomo. Molti aspetti rimangono irrisolti e auspichiamo che la combinazione di diversi approcci

(epigenetici, trascrittomici, metabolomici e proteomici) permetta di svelare il ruolo della microglia nella neurodegenerazione, anche in prospettiva terapeutica. A questo scopo, riteniamo che l'utilizzo di tessuto cerebrale ben caratterizzato rimanga insostituibile.

TRAINING DI NEUROFEEDBACK ALFA-SUPERIORE NELLA DEMENZA PRODROMICA: EVIDENZE DA UNO STUDIO PILOTA

Camassa Nahi Ylenia (a), Dibiasi Gaia (a), Piovesan Francesca (a), Moiso Alessia (a), Battistella Miriam (a), Jubera Garcia Esperanza (b,c), Javier Minguez Giuliano (c), Geminiani Giuliano Carlo (a), Ronga Irene (a), Diano Matteo (a,d), Villa Maria Chiara (a)

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

(b) *Università di Cambridge, Cambridge, Regno Unito*

(c) *Bitbrain, Zaragoza, Spagna*

(d) *Centro Interdipartimentale di Studi Avanzati di Neuroscienze, Torino*

Introduzione. Il numero di persone affette da demenza è in continuo aumento. Tali patologie provocano un notevole peggioramento della qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare. Anche se non esistono terapie che consentano una remissione della sintomatologia associata alle demenze, è possibile intervenire precocemente per rallentarne il decorso. L'utilizzo di tecniche di neuromodulazione si è rivelato efficace, soprattutto sui pazienti con sintomatologia lieve; il *neurofeedback* con Elettroencefalogramma (EEG) costituisce una tipologia di trattamento promettente per il potenziamento delle funzioni cognitive.

Metodi. In questo studio, 4 pazienti con demenza in fase prodromica sono stati coinvolti in 180 sessioni di *neurofeedback*, distribuite in 30 sedute nell'arco di 8 settimane. Nello specifico, la tecnica utilizzata si focalizza sul potenziamento delle onde alpha, responsabili dei processi di soppressione e selezione delle informazioni; ciò è particolarmente rilevante in quanto è possibile osservare una diminuzione delle onde alpha alte (9-12 Hz) nei pazienti con demenza. Ai partecipanti è stata richiesta l'implementazione di strategie individualizzate per stimolare l'attivazione delle onde cerebrali alpha, segnalata attraverso l'apparizione di un quadrato di colore rosso su un dispositivo tablet. Inoltre, sono state eseguite misure pre e post trattamento per valutare l'efficacia del training attraverso misure elettrofisiologiche (EEG) e comportamentali (test neuropsicologici). Sono stati, infine, monitorati i livelli di benessere e motivazione dei pazienti coinvolti nello studio.

Risultati. I risultati mostrano un incremento significativo delle onde alpha superiori, mentre i test neuropsicologici hanno rilevato effetti variabili, probabilmente a causa dell'esiguità del campione. A livello qualitativo, si è osservato un livello soddisfacente di coinvolgimento dei pazienti nel corso del training, con una buona aderenza al trattamento.

Conclusioni. Nel complesso, sembra che il training con *neurofeedback* produca risultati promettenti nei pazienti con demenza in fase prodromica. Ciò, nel contesto di una presa in carico globale del paziente, potrebbe contribuire al rallentamento dei sintomi associati all'avanzare della patologia. Tuttavia, trattandosi di uno studio pilota e di dati preliminari, è opportuno implementare il trattamento su un campione più ampio e confrontare i risultati ottenuti con quelli di un gruppo di controllo.

TEATRO FRAGILE - MANEGGIARE CON CURA

Campostrini Alvise (a), Manzella Alessandro (b)

(a) Associazione di Promozione Sociale Le Compagnie Malviste, Milano

(b) ACASI, Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero, Teatro Sociale, Roma

Introduzione. Dal 2009, Le Compagnie Malviste portano avanti una pratica teatrale denominata “Teatro Fragile - Maneggiare con cura”. Rivolgendosi principalmente a persone con morbo di Alzheimer, è pensata per rispondere alla necessità di farle uscire da una condizione di marginalità e isolamento e per permettere loro di godere di una migliore qualità di vita.

Metodi. “Teatro Fragile - Maneggiare con Cura” è il metodo che viene somministrato a tutte le persone che hanno scelto di mettersi in gioco. La metodologia di questi interventi psicosociali di tipo artistico mira a far sentire i partecipanti ben accolti e a creare un clima amichevole e di fiducia. Ai giochi verbali e corporei, si aggiungono tecniche da altre discipline, come la danza/movimento terapia, sempre accompagnate dalla componente musicale per stimolare la mobilità. Inoltre, viene incoraggiata l’espressione di sé con parole - ove possibile - movimento, canto, anche facendo uso di oggetti per il risveglio della memoria fisica. Ai partecipanti si aggiungono anche i loro familiari o caregiver, così come altri cittadini e volontari di diverse età. Il termine “fragile” perché viene somministrato solo alle persone deboli? No. Fragilità non è debolezza. Fragile è un’indicazione per gli addetti ai lavori. Su un pacco, indica di maneggiarlo con cura perché dentro c’è qualcosa di prezioso. Sono molti i progetti che nel corso degli anni hanno portato a realizzare rappresentazioni sceniche in pub, bar, enoteche, teatri, sale culturali, parchi privati e pubblici, dando sempre più importanza all’aspetto intergenerazionale che ha portato a coinvolgere le scuole di ogni ordine e grado, inclusa l’università, presenti sul territorio.

Risultati. La nostra esperienza ha dimostrato quanto sia importante e vincente la combinazione di far incontrare e stare tutti insieme, portando avanti un lavoro collettivo dove differenze, definizioni e lo stigma sfumano fino a perdersi e si colgono invece i valori e gli apporti significativi e preziosi di ogni singola persona. Questo ci ha permesso di capire quanto importante sia la relazione tra le persone, uscire dalla propria solitudine e confrontarsi.

Conclusioni. La cosa più importante è creare un campo da gioco che sia libero dal giudizio, dove ognuno fa quello che può e dove, attraverso tentativi ed errori, si possono trovare nuove soluzioni a vecchi problemi, come quello dell’inclusione. Si punta a risvegliare e rafforzare il senso di appartenenza a un gruppo e il teatro è proprio l’azione che crea relazione. La fragilità è un fatto di comunità, come esemplificato dalla formula Io + Tu + Loro = Noi. Noi non appartiene solo a me, ma è Nostro. È in quest’ottica che si sviluppa in noi il senso di appartenenza, il senso di squadra. Da questo parte il Teatro Sociale e di Comunità.

IL MANTO - L'ARTE DELLA CURA

Campostrini Alvise (a), Manzella Alessandro (b)

(c) Associazione di Promozione Sociale Le Compagnie Malviste, Milano

(d) ACSI, Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero, Teatro Sociale, Roma

Introduzione. Il Manto - L'Arte della Cura è una *performance* teatrale ideata e prodotta da Le Compagnie Malviste che si interroga sull'arte della cura e vuole inserirsi in un percorso di welfare culturale per promuovere una partecipazione attiva e creativa anche delle persone più svantaggiate e fragili, che altrimenti rischierebbero di rimanere ai margini della società.

Metodi. La drammaturgia e le coreografie sono il frutto di un laboratorio di teatro sociale e di comunità per e con un gruppo di persone adulte e anziane che si è svolto in alcuni quartieri nel nord-ovest di Milano. I testi, disponibili anche in inglese, sono stati ideati da un membro del gruppo, una donna che per più di diciassette anni ha accompagnato e assistito la sorella nella sua malattia, dalla diagnosi dell'Alzheimer fino alla fine. La *performance* si ispira al dipinto La Madonna del Manto di Piero della Francesca che ritrae la Madonna con un manto aperto che ripara, scalda e protegge tutta la comunità: non solo anziani, non solo persone con disabilità, ma tutti. Qual è il ruolo degli anziani nel prossimo futuro? Chi si prende cura di chi si prende cura? Queste sono alcune delle domande a cui la *performance* cerca di dare una risposta utilizzando oggetti, ricordi e storie emersi da un percorso artistico e creativo che ha coinvolto i cittadini. Questi entrano in scena insieme a professionisti del palcoscenico: attori, danzatori, musicisti... Le attrici e gli attori vestono delle tipiche sottovesti, che nell'armadio delle nostre nonne non mancavano mai. Si tratta di una scelta appositamente studiata che simboleggia la volontà di far emergere anche quei corpi che, pur non essendo più giovani come una volta, ma anzi proprio attraverso le rughe e lo scorrere del tempo, sono in grado di raccontare la propria storia e quelle della propria comunità d'appartenenza.

Risultati. La grande capacità e competenza degli attori sta proprio nel saper passare dalla vita reale al teatro e viceversa, lavorando con chi c'è e con le risorse che può offrire. Insieme, lavoriamo per trasformare un trauma in una trama e, attraverso la rappresentazione, per promuovere una nuova cultura della malattia.

Conclusioni. Il teatro non è sapere a memoria, ma fare memoria insieme; per poter fare questo, è necessario imparare un linguaggio/una lingua che sia in grado di arrivare all'altro, essendo sempre consapevoli e convinti che siamo tutti diversi, che siamo pezzi unici.

DEMENTZA NEI MIGRANTI E NEI RIFUGIATI: UNA PROSPETTIVA GLOBALE

Canevelli Marco (a,b)

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

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

Introduzione. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione globale, un numero crescente di rifugiati e migranti è affetto da demenza e disturbi cognitivi, con importanti ripercussioni cliniche e sociali. Infatti, la storia di migrazione e i determinanti di salute associati possono influenzare profondamente tutti gli aspetti inerenti alla cura e all'assistenza alla persona demenza. Inoltre, molteplici barriere possono ostacolare l'attuazione di modelli di cura e presa in carico sensibili alle diversità. Al fine di mappare le evidenze e i *knowledge gap* sulla demenza nei migranti e rifugiati, il gruppo di studio ImmiDem ha recentemente coordinato, per conto del WHO *Health and Migration Programme*, una *Global Evidence Review on Health and Migration* (GEHM) incentrata sul tema della demenza.

Metodi. È stata condotta una *scoping review* della letteratura scientifica e grigia, aggiornata al 1° luglio 2022, combinando due ampi blocchi di termini di ricerca facenti riferimento alle seguenti aree di interesse: 1) demenza e 2) rifugiati e migranti. Per allineare il lavoro all'attuale *framework* della risposta di *global health* alla demenza, i risultati della revisione sono stati mappati in accordo alle sette aree prioritarie delineate dal WHO *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*.

Risultati. La demenza nei rifugiati e nei migranti sta suscitando un crescente interesse scientifico, come indicato dal crescente numero di articoli scientifici in questo ambito. Le evidenze disponibili confermano come, a causa dell'invecchiamento globale, un numero crescente di rifugiati e migranti sia affetto da demenza e potrebbe aver bisogno di risorse sanitarie adattate alle loro specifiche esigenze nei paesi ospitanti. Inoltre, è sempre più evidente come la migrazione e lo sfollamento forzato possano influenzare molti aspetti dell'assistenza alla demenza, tra cui prevenzione e riduzione del rischio, diagnosi e supporto. Nel complesso, rifugiati e migranti con demenza rischiano di sperimentare disuguaglianze nell'accesso alla cura e alle risorse socio-sanitarie. Sono state inoltre identificati gap rilevanti nella letteratura disponibile, come la mancanza di dati sui rifugiati e migranti che vivono in contesti di crisi umanitaria e provenienti da paesi a basso e medio reddito.

Conclusioni. Il documento conferma come rifugiati e migranti debbano essere inclusi nelle politiche socio-sanitarie sulla demenza, con l'obiettivo prioritario di prevenire l'emarginazione e ridurre le disuguaglianze sanitarie.

PRIME ANALISI DEL PROGETTO INTERCEPTOR - FATTORI DI RISCHIO PER LA DEMENZA: DATI SOCIODEMOGRAFICI

Carrarini Claudia (a,b), Caraglia Naike (c), Quaranta Davide (c), Vecchio Fabrizio (d,e), Miraglia Francesca (d,e), Giuffrè Guido Maria (c), Pappaletta Chiara (d,e), Cacciotti Alessia (d,e), Nucci Lorenzo (b,d), Vanacore Nicola (f)*, Redolfi Alberto (g)*, Perani Daniela (h)*, Spadin Patrizia (i)*, Tagliavini Fabrizio (j)*, Cotelli Maria (k), Cappa Stefano (l)*, Marra Camillo (c)*, Rossini Paolo Maria (a,d)** e la rete Interceptor ***

(a) Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, IRCCS San Raffaele, Roma

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

(c) Clinica della Memoria, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(d) Laboratorio di Brain Connectivity, Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, IRCCS San Raffaele, Roma

(e) Dipartimento di Scienze Teoretiche e Applicate, Università eCampus, Novedrate, Como

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

(g) Laboratorio di Neuroinformatica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

(h) Università Vita-Salute San Raffaele, Unità di Medicina Nuclare, IRCCS San Raffaele Istituto Scientifico, Milano

(i) Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Milano

(j) Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

(k) IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

(l) Istituto Universitario di Studi Superiori, Pavia

Introduzione. Il progetto Interceptor ha l'obiettivo di identificare nella popolazione italiana coloro che, affetti da una condizione di declino neurocognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment*, MCI), sono maggiormente a rischio di sviluppare una demenza. Un secondo obiettivo, inoltre, è quello di sviluppare un modello organizzativo nazionale volto a una gestione comune della malattia. Questo studio ha lo scopo di descrivere e confrontare le caratteristiche sociodemografiche e neuropsicologiche tra i partecipanti che sono rimasti clinicamente stabili nel tempo (MCI-NC) e coloro che sono convertiti a demenza (MCI-C), considerando soltanto quei soggetti che hanno completato la prima visita e le successive valutazioni di *follow-up* del progetto Interceptor.

Metodi. Nel corso dei tre anni sono stati raccolti i dati sociodemografici e neuropsicologici dei partecipanti. Le visite sono state così suddivise: prima visita e visite di *follow-up* ogni 6 mesi per un totale di 36 mesi.

Risultati. Tra i 356 partecipanti che hanno completato il progetto, 104 sono risultati MCI-C, mentre 252 sono stati classificati come MCI-NC. Rispetto ai partecipanti MCI-NC, i soggetti MCI-C sono prevalentemente di sesso femminile ($p=0,020$), più anziani ($p<0,001$) e con una maggiore compromissione del quadro cognitivo ($p<0,001$). L'attività

fisica è risultata essere un fattore protettivo di progressione a demenza ($p < 0,001$). Risultati simili sono stati osservati anche nei partecipanti che sono convertiti a Malattia di Alzheimer (gruppo AD) rispetto ai soggetti MCI o progrediti verso altre forme di demenza (gruppo MCI-C/non-AD). La curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), basata su un classificatore *Random Forest* che distingue i soggetti MCI-C da quelli MCI-NC, ha mostrato un'area sotto la curva (AUC) di 0,7347.

Conclusioni. I risultati di questo studio confermano le precedenti evidenze in letteratura in merito ai principali fattori di rischio coinvolti nella progressione a demenza. Un'approfondita conoscenza dei fattori protettivi e/o di rischio a demenza può rappresentare un valido aiuto nel comprendere i meccanismi fisiopatologici sottostanti la malattia e può facilitare l'introduzione di strategie di intervento per prevenire o rallentare la progressione del declino cognitivo nel tempo.

* *Membri del Gruppo di Coordinamento di Interceptor*

** *Coordinatore Nazionale di Interceptor*

** *Componenti della rete Interceptor <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39049042/>*

PROGETTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA E MOTORIA IN SOGGETTI RESIDENTI IN RSA CON DEFICIT COGNITIVO LIEVE-MODERATO

Cartocini Claudio, Ziletti Angelica, Beltrami Silvia, Bertozzi Anna Maria
Residenza Sanitaria Assistenziale Fondazione Soldi E. e F. onlus, Vescovato, Cremona

Introduzione. Valutare la risposta sulla sfera cognitivo-comportamentale e sulle abilità fisiche in soggetti residenti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) con deficit cognitivo lieve o moderato dopo un percorso di stimolazione cognitiva e motoria.

Metodi. Sono stati selezionati i residenti con punteggio al *Mini-Mental State Examination* (MMSE) maggiore di 15/30 e inferiore a 24/30 formando due gruppi da 8 ospiti. Un gruppo è stato sottoposto a 15 sedute di stimolazione cognitiva e 20 di stimolazione motoria per 10 settimane, il secondo gruppo ha continuato con le attività educative e riabilitative previste. Prima e dopo il percorso di stimolazione sono state somministrate scale di valutazione cognitive e motorie ad entrambi i gruppi. Il programma di stimolazione cognitiva si è ispirato al programma base della *Cognitive Stimulation Therapy* strutturato con delle sessioni a tema. Durante le sedute sono state considerate la storia di vita, le capacità conservate, gli interessi e i gusti personali creando un clima di appartenenza, di divertimenti e riconoscimento. Tutti gli esercizi sono stati proposti cercando di evitare il più possibile che la persona si sentisse incompetente o sotto esame e il punto focale è stato ricontattare le emozioni collegate a determinati ricordi. All'interno della seduta di stimolazione motoria sono stati inseriti esercizi per la mobilità articolare di tutti i distretti corporei, di rinforzo muscolare, con particolare attenzione alla presa manuale e ai distretti coinvolti nei passaggi posturali, esercizi di equilibrio in stazione eretta e di coordinazione oculo manuale, attraverso l'utilizzo di attrezzi, quali bastoni, palle e palline. Nelle pause sono stati inseriti esercizi/tecniche di respirazione consapevole.

Risultati. Dai risultati non emergono significative variazioni alle scale somministrate. Si evidenzia un lieve miglioramento nei punteggi dei test cognitivi del gruppo di studio ed una buona stabilità nei test motori e nelle valutazioni comportamentali. Il gruppo di controllo mostra un lieve peggioramento dei dati cognitivi e maggiori disturbi del comportamento. È stato rilevato un grande interesse per le attività proposte, con un aumento della motivazione e delle abilità relazionali all'interno del gruppo attivo, aumentando di fatto la qualità di vita percepita dai residenti che hanno partecipato allo studio.

Conclusioni. Nonostante il campione selezionato fosse limitato nei numeri e non possa fornire un dato statisticamente significativo, lo studio ha evidenziato il miglioramento della qualità di vita e delle capacità relazionali degli ospiti coinvolti, con mantenimento nel tempo delle capacità cognitive e motorie.

DECLINO COGNITIVO NEL PAZIENTE DIABETICO: RUOLO DEL TRATTAMENTO CON I "PIÙ NUOVI" IPOGLICEMIZZANTI ORALI

Cerasuolo Michele, Di Meo Irene, Auriemma Maria Chiara, Chianese Antonella, Rizzo Maria Rosaria

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, Università della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Introduzione. Le incretine e le gliflozine sono classi di farmaci antidiabetici orali, di più recente scoperta, che agiscono con meccanismo diverso rispetto agli insulino-sensibilizzanti e agli insulinosecretori. Le linee guida cliniche ne raccomandano l'uso soprattutto nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 (T2DM) con complicanze vascolari e/o insufficienza cardiaca, evidenziando l'importanza degli effetti pleiotropici di questi farmaci. È interessante notare che il declino cognitivo è una complicanza ampiamente riconosciuta del T2DM e, inoltre, per chiarirne la fisiopatologia, esiste un urgente bisogno di capire come e se le terapie antidiabetiche possono controllare la disfunzione cognitiva correlata al diabete.

Metodi. 1) Disamina dei meccanismi di azione a livello cerebrale dei farmaci antidiabetici oggetto dello studio; 2) valutazione clinica, cognitiva e strumentale in pazienti affetti da diabete di tipo 2 e in trattamento con i farmaci antidiabetici oggetto dello studio.

Risultati. Sebbene con meccanismi diversi e in per alcuni versi sovrapponibili, entrambi i trattamenti sono efficaci nel migliorare le *performance* cognitive e rallentare la progressione del declino cognitivo nel paziente diabetico.

Conclusioni. Gli studi clinici sulla disfunzione cognitiva correlata al diabete mellito, trattata con incretine e/o con gliflozine sono molto limitati. Per questi motivi, sono necessari ulteriori studi, in coorti più ampie, per chiarire meglio se queste terapie, oltre a migliorare le *performance* cognitive e rallentare la progressione del declino cognitivo nel paziente diabetico, possano prevenire il declino cognitivo stesso, quale complicanza spesso poco valutata nel paziente diabetico.

📌 POLITICHE DELL'OMS TRA INVECCHIAMENTO ATTIVO E *BRAIN HEALTH*: QUALI RICADUTE PER I DISTURBI COGNITIVI?

Cesari Matteo

Ageing and Health Unit, World Health Organization, Ginevra, Svizzera

Nel 2020, la *General Assembly* delle Nazioni Unite ha dichiarato la Decade dell'*Healthy Ageing* (2021-2030). Si tratta di un'iniziativa globale, coordinata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che coinvolge tutti gli *stakeholders* (i.e., governi, organizzazioni internazionali, università, media, settore privato, persone anziane e le loro famiglie) ed ha come obiettivo quello di promuovere un invecchiamento in salute. Il *Plan of Action* è organizzato in quattro *Action Areas*, quattro *enablers* e vede la centralità della persona anziana. La promozione dell'*Healthy Ageing* passa attraverso 1) la riduzione dell'ageismo, 2) la costituzione di ambienti *age-friendly*, 3) l'erogazione di cure integrate (soprattutto a livello primario) e 4) l'accesso alle cure a lungo termine per la cronicità per le persone che ne hanno bisogno. Queste quattro aree sono particolarmente importanti per la persona che soffre di disturbi cognitivi. Il proposto riorientamento delle cure, da una dimensione malattia-centrica ad una persona-centrica, può permettere l'accesso a cure in grado di meglio percepire gli eterogenei bisogni dell'individuo, personalizzando gli interventi e adottando un approccio preventivo anche in risposta alle necessità del caregiver. Questa presentazione fornisce una panoramica di quanto l'OMS propone e sta cercando di sviluppare per permettere non solo "*to add more years of life, but more life to years*".

PROGETTO AGE.IT NELLO SCENARIO DELLA DEMENZA

Chattat Rabih (a) Santini Sara (b), Golino Antonella (c), Grignoli Daniela (c), Casanova Georgia (b), Cancellieri Serena (b), Moretti Veronica (d), Pronzato Riccardo (a), Chirico Ilaria (a)

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

(b) *IRCCS INRCA National Institute of Health and Science on Ageing, Centro di Ricerca Socio-Economica sull'Invecchiamento, Ancona*

(c) *Università del Molise, Campobasso*

(d) *Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università degli Studi, Bologna*

Introduzione. Il progetto AGE.it, sviluppato nell'ambito della missione 4, Istruzione e ricerca del Piano Nazionale Ripresa Resilienza, si propone di affrontare le 10 sfide dell'invecchiamento ed è articolato in 10 *spoke*. Lo *spoke* 5 è focalizzato sulla sostenibilità della cura in una società che invecchia. Lo *spoke* 5 è diviso in 6 *workpackage* che affrontano il tema della sostenibilità del sistema di cura da prospettive demografiche, di *policy*, di organizzazione dei servizi, dell'uso di sistemi di monitoraggio a distanza e della informazione e formazione ai caregivers formali e informali. Nell'ambito di questo *spoke* 5 due *workpackage* si focalizzano sul tema del supporto alla cura dei caregivers di persone con demenza. La scelta di focalizzare sul tema della demenza ha l'obiettivo di sottolineare l'importanza e la specificità del tema e dell'impatto sulla salute pubblica e di evidenziare l'importanza del supporto ai diversi carers, in particolare i familiari nella cura delle persone con demenza. La sostenibilità della cura richiede, oltre all'aspetto economico, un sostegno a chi prende cura e la formazione/informazione è un pilastro importante come sottolineano diverse ricerche. Il *workpackage* 5 è dedicato allo sviluppo di una piattaforma di informazione e formazione online accessibile e fruibile con contenuti mirati a familiari che si prendono cura, a assistenti familiari e a professionisti.

Metodi. Per lo sviluppo dei contenuti è stata svolta un'analisi della letteratura sui bisogni formativi e informativi dei diversi gruppi *target*. La revisione della letteratura ha riguardato anche le specifiche della tecnologia più adatta e adeguata per facilitare la fruizione. Oltre all'analisi della letteratura sono stati condotti dei *focus group* e delle interviste con diversi attori al fine di raccogliere i bisogni formativi e i suggerimenti sul format migliore da utilizzare per erogare la formazione e il di supporto audio-visivo necessario per rendere la formazione rispondente ai bisogni dei potenziali utilizzatori.

Risultati. Sono stati individuati i bisogni formativi ed elaborato un *syllabus* tematico e i contenuti dei diversi temi. La piattaforma in corso di sviluppo rendere i moduli formativi disponibili e accessibili, su diversi device, il materiale elaborato e sarà dotata di un sistema che permetterà al fruitore di individuare i contenuti rispondenti alla domanda informativa al fine di potere selezionare i contenuti in modalità personalizzata.

Conclusioni. La fase di sviluppo della piattaforma in corso verrà poi testata su potenziali utenti al fine di raccogliere i loro commenti e suggerimenti al fine di ottenere un prodotto che possa essere reso disponibile alla platea interessata.

UNITÀ DI RISOLUZIONE CRISI ALZHEIMER (URCA): MODELLO INNOVATIVO PER LA PRESA IN CARICO MANAGERIALE DELLA PERSONA CON DEMENZA

Chiapparino Claudia (a), Ventrella Angela Alessandra (a), Laforgia Alessia (a), Latti Adriana (a), Pinto Katia (a), Lattanzio Fabrizio (b)

(a) Associazione Alzheimer, Organizzazione di Volontariato, Bari

(b) Associazione Memory Team ETS, Bari

Introduzione. Il *World Alzheimer Report 2023* pone l'attenzione sull'importanza di fornire un'assistenza primaria centrata sulla persona nella fase pre e post diagnosi per supportare e accompagnare la famiglia nel percorso di gestione del disturbo neuro-cognitivo. L'associazione *Memory Team*, sorta in seguito all'assegnazione del finanziamento del Dipartimento per le Politiche Giovanili della Presidenza del Consiglio dei Ministri, mira a promuovere, attraverso il *case management*, il benessere e la sicurezza della persona con demenza e del caregiver presso il proprio domicilio.

Metodi. Sono state selezionate 150 famiglie, residenti nella città di Bari, costituite da persone con diagnosi di demenza di età compresa tra i 65 ai 90 anni. Queste, per 12 mesi, hanno potuto usufruire gratuitamente di interventi utili nella gestione delle fasi critiche della patologia, attraverso: 1) servizio domiciliare di emergenza "a chiamata" per la gestione di "crisi" comportamentali; 2) supporto di un *case manager* familiare dedicato, che si è avvalso dell'ausilio di una *web-app* ideata e strutturata da *Memory Team*; 3) la valutazione ambientale con l'affidamento, in comodato d'uso gratuito, di dispositivi tecnologici per la messa in sicurezza del paziente in casa.

Risultati. L'87% del campione ha valutato utile interagire con un *case manager*; il 77% di questo 87% non ha aumentato la terapia farmacologica per BPSD (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*), il 72% ha ritenuto utile seguire corsi di psico-educazione. Da un'analisi dati pre e post intervento è emersa una riduzione delle manifestazioni di stress nei pazienti per il 58% del campione (decremento punteggi NPI), con maggiore effetto legato alla partecipazione attiva agli incontri di psico-educazione; una riduzione nei punteggi nelle scale volte ad indagare la presenza di ansia e depressione nelle persone con demenza (rispettivamente 53% e 58% del campione); un miglioramento nella qualità di vita del paziente secondo quanto riferito dal caregiver (nel 53% del campione).

Conclusioni. I dati relativi alle variabili oggetto dello studio dimostrano un effetto importante dell'approccio descritto nel ridurre le manifestazioni comportamentali dei pazienti, nel migliorarne il tono dell'umore e soprattutto la loro qualità di vita (QoL - *Quality of Life*).

PREVENZIONE DELLE DEMENZE SENILI E GIOVANILI: ALZHEIMER E FRONTO-TEMPORALE

Chiarella Pieranna

INAIL, Dipartimento di Medicina Igiene del Lavoro e Ambientale, Monte Porzio, Roma

Introduzione. A differenza dell'Italia, negli Stati Uniti la prevenzione della demenza senile viene praticata correntemente come screening preventivo in modo da identificare la popolazione più suscettibile al fine di preservare le attività cognitive delle persone anziane e meno giovani.

Metodi. Tuttavia, negli ultimi anni sono in aumento gli screening effettuati con tecniche diagnostiche non invasive quali la PET encefal (tomoscintigrafia a emissione di positroni), che in numerosi casi possono aumentare non soltanto nelle persone over 60 ma che possono essere riscontrate anche in demenze giovanili, tra i 40-45 anni e che si trovano all'esordio di una probabile e sospetta presenza di Beta amiloide e/o in combinazione con la diagnosi di demenza frontotemporale (FTD).

Risultati. In generale la terapia con anticorpi monoclonali, quali lecanemab, donanemab e aducanumab è sicuramente di utilità sebbene in Italia le terapie a base di anticorpi monoclonali non sono ancora disponibili nel nostro Paese in larga scala. La terapia attuale, viene utilizzata, impiegando terapie a base di mamentina cloridrato, un agonista non competitivo (NMDA) e Donepezil, un farmaco inibitore specifico e reversibile dell'acetilcolinesterasi a livello centrale e con lunga emivita. Per le fasce fasce più giovanili spesso vengono si aggiungono a tali farmaci test cognitivi, utili alla attività al paziente più giovane.

Conclusioni. La tempestività di una diagnosi precoce delle demenze giovanili e senili può alleviare lo stato di salute della popolazione affetta con rapidi screening e opportune terapie, includendo soprattutto la PET encefalo che viene impiegata correntemente nello screening del cervello al fine di ottenere una diagnosi per ottenere cure efficaci e migliorare la qualità della vita delle persone affette. Tuttavia le indagini devono essere tempestive e mirate, considerando che sia le patologie senili, che quelle giovanili, potrebbero aumentare nella popolazione Italiana.

POTENZIAMENTO CDCD REGIONE PUGLIA: ESPERIENZA DELLA ASL TARANTO

Chiloiro Addolorata (a), De Vanna Floriana (b), Bruno Ludovica (b), Sumerano Annamaria (b), Di Dio Cristina (c), Vilella Davide (c), Musio Marco (c), Pompilio Angela (a), Di Quarto Gaetano (d), Boero Giovanni (a), Logroscino Giancarlo (c)

(a) *Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta ed Evolutiva, Dipartimento di Salute Mentale, Asl, Taranto*

(b) *Progetto PND Afferente alla Struttura Complessa Neurologia e Stroke Unit, Ospedale S.S. Annunziata Asl TA e al Servizio di Psicologia Clinica DSM, Asl, Taranto*

(c) *Centro per le Malattie Neurodegenerative Invecchiamento Cerebrale, Università degli Studi, Bari; Pia Fondazione di Culto e Religione Cardinale G. Panico, Tricase, Lecce*

(d) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Distretto Socio Sanitario 2, Asl, Taranto*

Introduzione. Si stima che globalmente, nel 2050, la prevalenza dei disturbi neurocognitivi e delle demenze subirà un significativo incremento, con implicazioni economiche e sociali di rilievo. In Italia, il Piano Nazionale delle Demenze rappresenta il più importante documento strategico di sanità pubblica. Il Decreto relativo al Fondo per l'Alzheimer e le Demenze (GU 30/03/2022), ha assegnato per il triennio 2021-2023, fondi mirati al miglioramento del percorso diagnostico-assistenziale delle persone affette da disturbo neurocognitivo. La diagnosi precoce appare di primaria importanza per intervenire direttamente sui fattori di rischio modificabili e sul decorso della patologia. Il presente lavoro si inserisce nell'ambito della progettualità della Regione Puglia, in riferimento ai servizi territoriali e ospedalieri avviati nel primo semestre 2024 dalla Asl di Taranto, per il potenziamento della diagnosi precoce del disturbo neurocognitivo.

Metodi. L'attività espletata ha consentito come primo obiettivo la creazione di protocollo clinico di valutazione neuropsicologica standardizzato, che ha indagato il funzionamento cognitivo globale, dominio-specifico, asse timico-comportamentale, autonomie funzionali e strumentali. I pazienti coinvolti sono stati segnalati dai Medici di Medicina Generale e/o specialisti territoriali o ospedalieri. Il servizio ha consentito la copertura capillare del territorio, in virtù dell'attivazione di ambulatori dedicati presso le seguenti sedi: Presidio Ospedaliero Centrale S.S. Annunziata TA; Dipartimento di Salute Mentale Psicologia Clinica TA; Distretto Socio Sanitario 1 Asl TA, Distretto Socio Sanitario 2 Asl TA, Distretto Socio Sanitario 5 Asl TA, Distretto Socio Sanitario 6 Asl TA e Distretto Socio Sanitario 7 Asl TA. La presa in carico del paziente ha considerato non solo aspetti diagnostici, ma anche i successivi percorsi terapeutici. Il progetto ha consentito altresì l'avvio di una prima attività di sensibilizzazione locale.

Risultati. Nel periodo dal 01/01/2024 al 30/06/2024, hanno avuto accesso al servizio 455 persone con sospetto decadimento cognitivo. Sono stati identificati i seguenti orientamenti diagnostici: disturbo neurocognitivo lieve: 36%; disturbo neurocognitivo maggiore: 35%; compromissioni settoriali isolate: 11%; assenza di deterioramento neurocognitivo: 14%; alterazione asse timico-comportamentale: 3%; altro: 1%. Il progetto ha permesso inoltre il raggiungimento dei seguenti risultati:

- potenziamento dei servizi locali Asl TA, relativamente la diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo minore/*Mild Cognitive Impairment*;
- presa in carico globale dei pazienti;
- copertura capillare dei Servizi CDCD all'interno della rete provinciale Asl TA;
- assunzione figure sanitarie, 3 neuropsicologhe a tempo determinato (38 ore settimanali);
- creazione di un protocollo clinico di valutazione, diagnosi, *follow-up* e quantificazione del rischio per il *Mild Cognitive Impairment* standardizzato;
- riduzione liste di attesa;
- realizzazione di prime azioni locali volte a sensibilizzare la popolazione sulla tematica.

Conclusioni. Le attività svolte in riferimento al primo semestre 2024, rappresentano per l'Asl TA, una prima e concreta risposta al fabbisogno diagnostico-assistenziale delle persone con demenza e dei loro familiari. Tra le criticità incontrate si annoverano: mancanza di un protocollo neuropsicologico unico e condiviso a livello nazionale, frammentarietà dell'équipe multidisciplinare CDCD.

INTERVENTO RIABILITATIVO: “IL TEATRO...PER RIDARE AZIONE ALLE EMOZIONI”

Cifaldi Linda

Centro di Riabilitazione Villaggio Eugenio Litta, Grottaferrata, Roma

Introduzione. L’operare come educatore nel settore socio sanitario mi ha condotto a sperimentare modalità non convenzionali di intervento basate sull’efficacia del teatro nella sua funzione riabilitativa. Obiettivo comune di tutti gli interventi non farmacologici è di ridurre l’impatto funzionale e mantenere il più elevato livello di autonomia per migliorare la qualità di vita della persona. Il progetto è uno strumento che permette di offrire un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato e/o di gruppo, esso è realizzato sulla base delle caratteristiche specifiche, dei bisogni e delle abilità del soggetto fruitore. Basilare per la buona riuscita di un progetto riabilitativo è costruire un gruppo che si muova armonicamente, percorso realizzabile solo dopo aver creato una relazione di fiducia tra il conduttore ed il gruppo, come anche tra i soggetti coinvolti. La fiducia si può costruire con molti esercizi e/o giochi, ma è solamente attraverso la condivisione reale con l’altro che questo step “magico” può essere valicato, il teatro rende protagonista questo elemento con lo scopo di rendere azione le emozioni.

Metodi. L’obiettivo è di intervenire in modo diverso da qualsiasi approccio classico di riabilitazione e di realizzare un progetto teatrale che tenga conto della parte sana della persona e non di quella malata. Tutti sono considerati protagonisti del proprio recupero. “Una delle principali sfide per la neuro biologia del nuovo millennio è quella di indirizzare a fini riabilitativi le insospettite capacità plastiche del sistema nervoso”. Il laboratorio si svolge in gruppo (10/12 persone) con due incontri settimanali da un’ora e mezza. Metodologicamente si segue un programma strutturato al fine di promuovere abitudini e rituali che facilitano l’assimilazione, la familiarità e la memoria emotiva. L’incontro segue un programma fisso all’interno dei quali si “muove” tutto il percorso teatrale, l’attività è suddivisa in quattro fasi principali. Al fine di rendere il laboratorio anche un momento di sperimentazione e per meglio rendersi conto dell’andamento complessivo e del singolo si utilizzano scale di valutazione e monitoraggio. Per la valutazione e la misurazione del tono dell’umore è utilizzata l’UCLA. Nel caso di progetto mirato alla stimolazione cognitiva il *Mini Mental State Examination*. Il Questionario del linguaggio per la comprensione e la produzione linguistica. I test sono somministrati prima dell’inizio del laboratorio, dopo sei mesi, e alla sua conclusione. Per il monitoraggio è utilizzata una griglia d’osservazione, nella griglia è anche presente un’area per le riflessioni del conduttore dalla quale si evincono quelle sfumature non rinvenibili dalla sola check list. Le griglie d’osservazione rilevano il tono dell’umore, il livello di attenzione e ascolto, il livello di partecipazione e collaborazione, l’agitazione, nonché la capacità di avere, ricercare o mostrare interesse per le relazioni sociali e interpersonali con gli altri

Risultati. Le prime osservazioni sull’esperienza hanno messo in evidenza che, ad un’iniziale resistenza collaborativa di alcuni, è seguita una decisa collaborazione, dimostrando un cambiamento significativo a livello umorale e comportamentale. Dai grafici si evince un miglioramento dei disturbi comportamentali, riducendo di un terzo i valori dell’UCLA, a riguardo agitazione, apatia e irritabilità, presenti in forma moderata all’inizio dell’intervento si riducono fino a sparire o stabilizzarsi al termine del percorso

Conclusioni. L'esperienza ha dimostrato che con un approccio riabilitativo che utilizza l'arte della drammatizzazione si possono influenzare positivamente alcuni aspetti sintomatologici, in particolare il miglioramento del tono umorale-motivazionale e la conseguente possibilità di diminuire l'utilizzo della psicofarmacologia.

TRAIN THE BRAIN: EFFETTI NEUROPSICOLOGICI IN PAZIENTI CON DEFICIT COGNITIVO LIEVE

Cintoli Simona (a), Nicoletti Valentina (a), Siciliano Gabriele (a,b), Tognoni Gloria (a)
(a) *Train the Brain Consortium, Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Neurologia, CDCD, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa*
(b) *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Pisa*

Introduzione. Il declino cognitivo legato all'invecchiamento è destinato a diventare un'emergenza di grande impatto dal punto di vista clinico, economico e assistenziale. L'età è, infatti, il fattore di rischio maggiore per lo sviluppo di demenza. Attualmente non esistono strategie terapeutiche efficaci: risulta sempre più impellente la necessità di sperimentare, validare ed attuare interventi di contenimento e rallentamento del deterioramento cognitivo a partire da uno stadio iniziale della malattia. Il progetto *Train the Brain* è nato con lo scopo di verificare l'efficacia di un intervento combinato di esercizio fisico e cognitivo sulla progressione dei sintomi in persone nelle fasi precliniche di malattia.

Metodi. Il presente studio preliminare analizza un campione di 126 *Mild Cognitive Impairment* (MCI), (75,1±4,7 età; 10,3±4,4 scolarità) reclutati presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze di Pisa all'interno del progetto *Train the Brain*. Alla baseline e dopo 7 mesi, i partecipanti hanno eseguito una valutazione neuropsicologica completa, atta a valutare i domini cognitivi e i sintomi neuropsichiatrici. Per analizzare l'efficacia del trattamento è stata somministrata la scala cognitiva *Alzheimer's Disease Assessment Scale*. Durante l'intervallo di tempo i soggetti randomizzati nel braccio di intervento (MCI-Training; n=76) hanno partecipato tre volte alla settimana ad attività cognitivamente stimolanti e ad esercizio fisico aerobico in piccoli gruppi, mentre i soggetti randomizzati nel gruppo di controllo (MCI-Controllo; n=50) hanno proseguito l'usuale attività sociale in base alle abitudini individuali.

Risultati. I gruppi sperimentali non differiscono per le caratteristiche demografiche, età, scolarità e genere ($p > 0,05$, per tutti i valori p). Al termine del percorso di *training* le *performance* cognitive globali misurate con la scala cognitiva risultano migliorate ($p = 0,003$); viene evidenziato anche un incremento statisticamente significativo nelle *performance* di memoria verbale e fluenza verbale ($p < 0,01$, rispettivamente). Risultano, inoltre, significativamente ridotti i sintomi neuropsichiatrici ($p < 0,001$). Non si registrano cambiamenti a carico del gruppo MCI-Controllo.

Conclusioni. Le evidenze di questo studio hanno indicato che un intervento non farmacologico, in particolare un allenamento fisico e cognitivo svolto in un contesto sociale, migliora lo stato cognitivo e comportamentale delle persone nelle fasi iniziali di malattia. Tali miglioramenti comportano notevoli vantaggi in termini di salute pubblica. Dai risultati emerge l'importanza di agire sullo stile di vita, come possibile strategia di intervento per ridurre o ritardare la progressione dei sintomi a forme di demenza. In futuro, lo studio ha come obiettivo quello di valutare la durata di tali effetti e verificare l'efficacia con misure strumentali, quali risonanza magnetica.

ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI A RISCHIO DI SVILUPPO DEL *DELIRIUM*

Clementi Carlo (a), Ronconi Daniela (b), Gimignani Giancarlo (a,c)

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

(b) *Lungodegenza Medica, Ospedale Padre Pio, Bracciano, Roma*

(c) *Unità Operativa Complessa Medicina Interna Azienda Ospedaliera San Paolo, Civitavecchia, Roma*

Introduzione. Per delirio nell'anziano si intende un disturbo del contenuto del pensiero presente in varie malattie psichiche e in diverse condizioni patologiche quali le psicosi tardive, il disturbo di personalità, i disturbi schizofrenici o schizo-affettivi, la sospensione di alcol o sostanze di abuso, il trauma cranico, la depressione e meccanismi iatrogeni. Obiettivo: valutazione della frequenza di comparsa di *delirium* in due gruppi di anziani istituzionalizzati in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) ad alto mantenimento.

Metodi. È stato condotto uno studio osservazionale, nel periodo 2020-2022, su 126 ospiti di una struttura geriatrica (40 posti letto), tutte di sesso femminile, età media 87,5 anni (range 70-103). Divise in due gruppi per età: 1° gruppo 35 grandi vecchi (>90 anni) e 2° gruppo 91 anziani (70-89 anni).

Risultati. I due gruppi sono stati sottoposti a test di autonomia giornaliera *Activities of Daily Living / Instrumental Activities of Daily Living (ADL/IADL)*. *Fisher Exact Test* p=ns. Il secondo test è stato il *Mini-Mental State Examination (MMSE)* per la presenza di disturbo cognitivo e la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva *Fisher Exact Test* p=ns. Le ospiti essendo delle polipatologiche sono state valutate mediante la *Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)*, ma anche tra i due gruppi non c'è significatività statistica T-student p=ns. Gli episodi di *delirium* sono stati del 15,8% in totale, [(nel gruppo I: 14,2%) e (nel gruppo II: del 21,9%)] *Fisher Exact Test* p=0,04.

Conclusioni. Il delirio si verifica quando la riserva funzionale soccombe ai fattori di stress. I pazienti di una RSA sono pazienti fragili con presenza di una infiammazione sistemica, la neuro infiammazione, le alterazioni del flusso sanguigno cerebrale, l'aumento della permeabilità della barriera emato-encefalica (BBB), la ridotta sensibilità all'insulina cerebrale e gli squilibri nella sintesi dei neurotrasmettitori sono i principali meccanismi invocati per precipitare l'insorgenza del delirio. Pertanto, l'età, il deterioramento cognitivo precedente, la demenza, l'elevato carico di comorbidità, la fragilità, la malnutrizione e l'uso cronico di farmaci neurolettici e sedativi sono stati riconosciuti come i fattori predisponenti più frequenti. Prevenire e curare il *delirium*, indipendentemente dalla sua gravità, significa anche combattere la demenza in atto; a tal fine, è fondamentale valutare e controllare il più possibile i fattori di stress e inserire, nell'ambito della valutazione multidimensionale geriatrica all'ingresso di un paziente in una struttura, anche delle scale che valutino il rischio o lo stato stesso di *delirium* e delirio; utile anche la scala *Rowland Universal Dementia Assessment (RUDAS scale)*.

ANTICIPATE: TECNOLOGIE INTELLIGENTI NELLA RICONFIGURAZIONE DELLA CURA DELLE DEMENZE

Consoloni Martina (a), di Leo Andrea (a), Miele Francesco (b), Moretti Veronica (a), Rubini Ludovica (b)

(a) *Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università degli Studi, Bologna*

(b) *Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi, Trieste*

Introduzione. Come sostenuto nell'ultimo report dell'Osservatorio Demenze dell'ISS (2024), le demenze hanno un impatto profondo su caregiver, organizzazioni sanitarie e comunità. Tuttavia, nonostante la crescente diffusione delle demenze e di altre condizioni croniche legate all'invecchiamento, non si è ancora verificata una riconfigurazione coerente degli assetti del welfare e le reti familiari sono sempre più deboli e frammentate. In questo contesto, nel dibattito tecnico e scientifico è stata dedicata una crescente attenzione al potenziale ruolo delle tecnologie digitali e dell'Intelligenza Artificiale nell'assistenza delle persone con demenza.

Metodi. Ispirato dai quadri teorici delle *Science & Technology Studies*, degli studi organizzativi e della sociologia della salute, il progetto ANTICIPATE - *Artificial intelligence and dementia care in practice* (PRIN PNRR) dell'Università di Trieste e dell'Università di Bologna si inserisce in questo dibattito con lo scopo di indagare l'implementazione di tecnologie digitali e intelligenti nei contesti di cura residenziali e domiciliari. In particolare, gli obiettivi sono comprendere:

- come queste tecnologie si integrano nella cura della demenza, definendo le discrepanze e le convergenze tra usi progettati e usi reali;
- come l'utilizzo di queste tecnologie attivi dinamiche di integrazione, conflitto e mutua trasformazione tra diverse forme di conoscenza;
- se e come queste tecnologie cambiano le relazioni tra professionisti sanitari, caregiver e careneeder, portando (o meno) ad una maggiore depersonalizzazione delle stesse.

Il progetto adotta un disegno di ricerca misto e si articola nelle seguenti fasi di ricerca: 1) mappatura delle tecnologie digitali e di Intelligenza Artificiale nei contesti di cura residenziale e domiciliare; 2) *survey* sull'utilizzo delle tecnologie digitali da parte dei caregiver; 3) studio etnografico in contesti di cura residenziali; 4) interviste semi-strutturate a caregiver in contesti domiciliari; 5) workshop partecipativi per il *co-design* con gli utenti.

Risultati. Il poster si concentrerà sui risultati preliminari A) emersi dalla ricerca etnografica condotta all'interno del Nucleo Demenze di una Residenza Sanitaria Assistenziale dove è in uso un sistema di monitoraggio, basato su un sensore ottico intelligente, che affianca gli operatori socio-sanitari e i manager nella gestione della cura B) della *survey* a caregiver di persone con demenza che utilizzano diverse tecnologie digitali.

Conclusioni. Il principale risultato atteso è un'analisi approfondita dell'utilizzo di tecnologie intelligenti nella cura delle demenze in Italia con un focus su sistemi di robotica e telemonitoraggio, con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di tali tecnologie includendo le prospettive dei loro utilizzatori.

TRAINING COGNITIVO INDIVIDUALE E DI GRUPPO PER SOGGETTI CON LIEVE COMPROMISSIONE COGNITIVA

Conti Silvia (a), Bilanzola Valeria (a), Stinziani Sabrina (a), Ferriani Elisa (b), Cozza Maria Giovanna (a), Linarello Simona (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Cure Intermedie, Dipartimento dell'Integrazione, Ausl, Bologna*

(b) *Unità Operativa Complessa Psicologia Ospedaliera, Dipartimento Oncologico, Ausl, Bologna*

Introduzione. Il seguente studio presenta un programma di training cognitivo sia individuale che di gruppo, per soggetti con lieve compromissione cognitiva (diagnosi di Disturbo cognitivo soggettivo e Disturbo neurocognitivo minore). L'obiettivo è migliorare le funzioni cognitive, in particolare la memoria di lavoro e le funzioni esecutive, al fine di supportare la memoria a lungo termine, e implementare strategie che rendano più efficace il funzionamento delle abilità di memoria anterograda residue (migliorando codifica e recupero) e che sfruttino l'uso di sistemi di memoria preservati (memoria implicita). Lo scopo finale è ridurre le difficoltà riscontrate nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e migliorare la qualità di vita dei partecipanti.

Metodi. Il *training*, basato su letteratura esistente e precedenti studi di efficacia, si compone di 2 fasi. La fase iniziale prevede un process-based training individuale, per il potenziamento delle funzioni cognitive che supportano la memoria a lungo termine, attraverso sessioni settimanali di 1 ora per 3 mesi. La fase successiva include uno strategy-based training di gruppo in cui vengono apprese strategie mnemoniche applicate al contesto quotidiano, con 5 incontri bisettimanali. In entrambe le fasi, vengono assegnati esercizi (carta e penna e app) da svolgere a casa per rendere più intensivo ed ecologico l'intervento. Sono stati sottoposti al trattamento completo 13 partecipanti, selezionati in base a criteri di inclusione specifici (diagnosi di disturbo cognitivo soggettivo con punteggi equivalenti PE=2 nei compiti di memoria e indici clinici di rischio; diagnosi di disturbo neurocognitivo minore con alterazione della memoria a lungo termine e/o a breve termine/di lavoro; alta motivazione alla partecipazione e consapevolezza di malattia preservata).

Risultati. I risultati, valutati mediante analisi neuropsicologica pre e post trattamento, evidenziano miglioramenti statisticamente significativi nella prova di memoria a lungo termine verbale (15 Parole di Rey) sia nell'immediato ($41,54 \pm 10,89$ vs $47,69 \pm 10,31$ con $p < 0,05$), sia a un intervallo breve di 15 minuti dall'apprendimento ($8,54 \pm 2,33$ vs $10,38 \pm 3,18$ con $p < 0,05$) e, in misura maggiore, a distanza di una settimana ($5,09 \pm 2,51$ vs $2,91 \pm 2,12$ con $p < 0,001$). Non sono emersi alla valutazione pre post altri risultati significativi.

Conclusioni. Lo studio ha rilevato, nel campione considerato, l'efficacia di un *training* cognitivo integrato sulla memoria a lungo termine verbale. Tali risultati sono ancora preliminari e, benché risentano del grande limite della bassa numerosità dei soggetti coinvolti, costituiscono un primo passo per la sperimentazione futura di questo tipo di training. Inoltre si ritiene fondamentale valutare il mantenimento dei risultati ottenuti sul lungo termine.

INTERVENTI COGNITIVI NEGLI ANZIANI SANI E CON MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: META-ANALISI DI META-ANALISI

Corbo Ilaria (a), Forte Giuseppe (a), Favieri Francesca (a), Chirico Ilaria (b), Chattat Rabih (b), Della Vedova Anna Maria (c), Pecchinenda Anna (d), Casagrande Maria (a)

(a) *Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Roma*

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

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

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

Introduzione. Secondo dati Istat si stima che in Italia l'età media degli individui sia aumentata e che gli anziani negli ultimi anni abbiano superato il 22% della popolazione. Questo incremento si sta verificando a un ritmo eccezionale. La popolazione anziana aumenterà e di conseguenza si prevede che anche la popolazione con declino cognitivo crescerà in maniera esponenziale. La vecchiaia e le sue conseguenze rappresentano una sfida per l'individuo, così come per le società e le comunità di tutto il mondo. Dal punto di vista sociale, la vecchiaia rappresenta un nucleo problematico in molti settori, come l'assistenza sanitaria e sociale, questo ha fatto sì che la ricerca si focalizzasse sia su approcci farmacologici sia su interventi comportamentali, psicologici e cognitivi per far fronte a processi di invecchiamento fisiologico e patologico. Fra gli interventi non farmacologici, uno dei principali metodi per contrastare l'invecchiamento è l'uso di interventi cognitivi. Molteplici evidenze scientifiche hanno evidenziato l'efficacia degli interventi cognitivi, però a causa dell'elevata eterogeneità dei protocolli di ricerca i risultati risultano scarsamente generalizzabili. Per questo motivo è stata condotta una meta-analisi di meta-analisi con l'obiettivo di analizzare lo stato dell'arte sull'efficacia degli interventi cognitivi sul funzionamento cognitivo negli anziani sani e con *Mild Cognitive Impairment*.

Metodi. La meta-analisi di meta-analisi è stata condotta in accordo con il metodo PRISMA. Per la ricerca sistematica si sono utilizzate le seguenti banche dati Cinahl, Cochrane Library, PsycINFO, Pubmed, Scopus, Web of Science. Sono stati analizzati 9.734 pubblicazioni e sono state incluse 25 meta-analisi che esaminavano gli effetti degli interventi cognitivi, non combinati con altri tipi di interventi, sia nella popolazione con invecchiamento sano che con *Mild Cognitive Impairment*. Sono stati confrontati 111 *effect size* su un campione di 80.910 partecipanti.

Risultati. I risultati hanno mostrato un impatto significativo dei diversi interventi cognitivi sul funzionamento cognitivo globale, la memoria, le funzioni esecutive, le abilità visuo-spaziale e la velocità di elaborazione sia negli anziani sani che con *Mild Cognitive Impairment*, sebbene le dimensioni dell'effetto fosse caratterizzato da una certa variabilità tra gli studi. I risultati non hanno evidenziato una differenza significativa fra i due gruppi.

Conclusion. I risultati dimostrano come gli interventi cognitivi siano la miglior opzione per fronteggiare i processi di invecchiamento sano e patologico poiché hanno un effetto positivo sul miglioramento di tutte le prestazioni cognitive. L'intervento cognitivo non offre solo benefici cognitivi ma anche vantaggi sociali e psicologici, che andrebbero ulteriormente analizzati.

RUOLO DELLA FLESSIBILITÀ COGNITIVA NELL'INVECCHIAMENTO SANO E CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Corbo Ilaria, Forte Giuseppe, Favieri Francesca, Casagrande Maria
*Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma,
Roma*

Introduzione. La flessibilità cognitiva è definita come la capacità di adattare il comportamento in risposta a richieste ambientali inaspettate e nuove ed è fondamentale per eseguire comportamenti appropriati. Secondo il modello di Diamond, le funzioni esecutive sono classificate in due categorie: funzioni esecutive di base e di livello superiore. Le funzioni esecutive di base sono la memoria di lavoro, il controllo inibitorio e la flessibilità cognitiva. Tuttavia, la flessibilità cognitiva è considerata una funzione esecutiva intermedia a causa della sua dipendenza dallo sviluppo completo delle altre due funzioni esecutive. Dalle funzioni esecutive di base si sviluppano quelle superiori (pianificazione e intelligenza fluida). Lo scopo di questo studio è esaminare la relazione tra la flessibilità cognitiva e le funzioni esecutive di livello superiore (pianificazione e intelligenza fluida) nel contesto dell'invecchiamento fisiologico e con *Mild Cognitive Impairment* (MCI), con i seguenti obiettivi: 1) definire le componenti della flessibilità cognitiva; 2) valutare il ruolo del funzionamento cognitivo globale nel mediare la relazione tra le componenti della flessibilità cognitiva e le funzioni esecutive superiori; 3) valutare come queste componenti predicano le funzioni esecutive di livello superiore; 4) valutare la capacità di queste componenti di predire le funzioni esecutive di livello superiore negli adulti e negli anziani; 5) valutare le differenze tra anziani sani e con MCI; 6) definire se le componenti della flessibilità cognitiva predicano differenzialmente le funzioni esecutive superiori negli anziani sani e con MCI.

Metodi. Per il primo studio sono stati selezionati un campione di 210 partecipanti e uno di 108 partecipanti, mentre per la seconda parte dello studio è stato reclutato un campione di 90 partecipanti. Sono state utilizzate analisi della varianza e modelli di mediazione per testare le ipotesi di studio.

Risultati. I risultati dell'analisi di mediazione hanno evidenziato che le componenti della flessibilità cognitiva (*switching* e *set-shifting*) sono mediate in modo diverso dal funzionamento globale. Inoltre, le regressioni lineari hanno mostrato che il *set-shifting* è la variabile che meglio predice la pianificazione e l'intelligenza fluida nell'invecchiamento fisiologico e nel MCI. Infine, la MANOVA ha indicato che gli anziani con MCI presentano prestazioni peggiori nelle funzioni esecutive rispetto agli anziani sani.

Conclusioni. Il *set-shifting* è la variabile che influenza maggiormente la pianificazione e l'intelligenza fluida, sia nell'invecchiamento fisiologico che nel *Mild Cognitive Impairment*. Inoltre, si evidenzia come maggiori difficoltà nella flessibilità cognitiva possono portare a traiettorie differenti nel funzionamento esecutivo superiore.

INTERVENTO INCENTRATO SUL CLIENTE E BASATO SULL'OCCUPAZIONE PER LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA: CASE-SERIES

Corrado Alessia (a), Galeoto Giovanni (a), Canevelli Marco (a,b), Simeon Rachele (a), Berardi Anna (a)

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

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

Introduzione. La letteratura scientifica suggerisce che gli interventi non farmacologici precoci sono quelli maggiormente efficaci nel mantenimento delle autonomie residue e la riduzione del carico assistenziale del caregiver. Gli interventi che hanno dimostrato una maggiore efficacia sono quelli che riguardano la stimolazione cognitiva o la terapia occupazionale. Tuttavia, non esistono studi in letteratura che valutino l'efficacia dei due trattamenti combinati. Pertanto, l'obiettivo del presente *case-series* è stato valutare il mantenimento della funzionalità cognitiva, della *performance* occupazionale, della riduzione del carico assistenziale e della partecipazione sociale in seguito ad un intervento di terapia occupazionale e di stimolazione cognitiva su pazienti con demenza ed i loro caregiver.

Metodi. Per il presente studio sono stati reclutati tre pazienti, affetti da demenza, con un punteggio iniziale del *Mini Mental State Examination* (MMSE) compreso tra 10-24. In seguito, i soggetti dello studio sono stati invitati a seguire un protocollo dato da due sedute settimanali ambulatoriali della durata di 45 minuti a seduta, per un tempo equivalente ad otto settimane, in seguito poi, sono stati seguiti al domicilio per un numero di quattro sedute per quattro settimane. Il trattamento è stato diviso in quattro fasi: la prima valutativa utilizzando le seguenti scale di valutazione: *Occupational Performance History Interview* (OPHI-II), MMSE, *Canadian Occupational Performance Measurement* (COPM), *Caregiver Burden Inventory*, *Disability Assessment for Dementia*; la seconda ambulatoriale effettuando un trattamento di stimolazione cognitiva; la terza effettuata al domicilio per il lavoro sulle autonomie della persona; la quarta è stata la fase rivalutativa.

Risultati. Per tutte le scale sono stati riscontrati dei risultati clinicamente significativi, anche se, non è stata ottenuta una significatività statistica. In particolare, sono stati confrontati i valori del MMSE e della COPM dov'è stato riscontrato un miglioramento di due punti per entrambe le scale, i quali si sono considerati clinicamente significativi rispetto ai loro *Minimal Detectable Change* riportati per le scale in letteratura.

Conclusioni. In conclusione, abbiamo dimostrato che l'intervento di stimolazione cognitiva associato all'intervento di terapia occupazionale domiciliare ha ottenuto miglioramenti sia sugli aspetti cognitivi, di *performance* che di soddisfazione nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Pertanto, il presente studio, getta le basi per studi futuri, con un reclutamento di un campione maggiore, affinché possano emergere risultati generalizzati e statisticamente significativi; con lo scopo di massimizzare l'impatto positivo sul mantenimento delle funzioni cognitive, con un conseguente miglioramento della qualità della vita, sia della persona con demenza che del suo caregiver.

ESPERIENZA ITALIANA DEL *FINGER-MODEL*: IN-TEMPO STUDY. OBIETTIVI E POSSIBILI RICADUTE NELLA PRATICA CLINICA

Cuffaro Luca (a,b,c), Pozzi Federico Emanuele (a,b,c), Ferrarese Carlo (a,b,c)

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

(b) *Milan Center for Neuroscience, NeuroMI, Università degli Studi di Milano - Bicocca, Milano*

(c) *Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza*

Introduzione. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che richiede interventi efficaci per prevenire la disabilità e il declino cognitivo negli anziani. Approcci multidimensionali, come le linee guida ICOPE-WHO, mirano a identificare fattori di rischio e promuovere la riserva cognitiva. Il progetto In-TEMPO (*ItaliaN study with Tailored Multidomain interventions to Prevent functional and cognitive decline in community-dwelling Older adults*), parte di Age-It (*Ageing Well in an Ageing Society*), e del network WW-Fingers, si propone di valutare l'efficacia di interventi multidimensionali personalizzati nel prevenire il declino cognitivo e funzionale negli anziani che vivono in comunità.

Metodi. Il progetto si sviluppa in diverse fasi. Una fase preliminare di 12 mesi (fase 1) coinvolgerà 3.000 soggetti anziani per uno *screening* basato su criteri demografici. Durante i primi 6 mesi (fase 1A) verrà valutata la fattibilità, con i primi dati attesi per il Q2 2025. Successivamente, i restanti 6 mesi (fase 1B) espanderanno il campione, con i primi risultati dello studio osservazionale previsti per il Q3 2025. I soggetti idonei verranno arruolati nello studio di efficacia (fase 2), un *trial* randomizzato e controllato che analizzerà l'impatto degli interventi multidimensionali su declino cognitivo e funzionale. La fase 2 prevede un nuovo consenso informato e valutazioni presso un centro di riferimento.

Risultati. Lo studio prevede di arruolare 1.340 partecipanti nella fase 2. I soggetti saranno randomizzati in due gruppi: un gruppo di intervento attivo, che riceverà consigli su stili di vita sani e interventi multidimensionali (dieta, esercizio fisico, allenamento cognitivo, socializzazione e controllo dei fattori di rischio), e un gruppo di auto-gestione, che riceverà informazioni senza il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari. L'analisi finale dei dati di efficacia è attesa per il Q3 2026.

Conclusioni. L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia di 18 mesi di interventi multidimensionali nella prevenzione del declino cognitivo e funzionale negli anziani. Oltre agli obiettivi di ricerca, il progetto mira a creare l'Istituto Italiano dell'Invecchiamento e una biobanca condivisa, che potranno supportare futuri studi sull'invecchiamento sano.

UNIONE FA LA FORZA: APPROCCIO TERAPEUTICO COMBINATO ALLA CAREGIVER BURDEN SYNDROME

D'Angelo Miriam (a), Olivieri Luigi (b), De Berardis Domenico (c), Tomasetti Carmine (a)
(a) *Unità Operativa Complessa Centro di Salute Mentale di Teramo, Dipartimento di Salute Mentale, Asl, Teramo*
(b) *Dipartimento di Salute Mentale, Asl, Teramo*
(c) *Centro Alzheimer di Giulianova, Dipartimento di Salute Mentale, Asl, Teramo*

Introduzione. I caregivers familiari (informali) di pazienti con diagnosi di Disturbo Neurocognitivo/Demenza sono sottoposti a stress emotivi, fisici, sociali ed economici, le cui le conseguenze psicopatologiche possono configurare la cosiddetta *caregiver burden syndrome*. Diversi approcci psicoterapeutici, tra cui protocolli di psicoterapia familiare e gruppi psicoeducazionali, si sono dimostrati validi per il sollievo del caregiver dal proprio carico socio-sanitario. Allo stato, tuttavia, nessuno studio è stato effettuato che proponesse l'integrazione di diversi protocolli di intervento psicoterapeutico per il trattamento dello stress del caregiver. Lo scopo del presente studio è stato, appunto, quello di sperimentare e valutare un approccio combinato di interventi familiari e psicoeducazionali nel trattamento della *caregiver burden syndrome*.

Metodi. I caregivers, selezionati attraverso questionari appositi tra i familiari degli utenti del Centro Alzheimer di Giulianova, sono stati avviati ad un protocollo psicoterapeutico combinato costituito da: un set di sessioni settimanali di colloqui individuali ad orientamento familiare/sistemico-relazionale per 8 settimane, seguiti da un set di incontri psicoeducazionali di gruppo settimanali per 6 settimane, e successivamente da un nuovo set di colloqui individuali settimanali (con l'eventuale coinvolgimento del paziente e/o di altri membri significativi della famiglia con ruoli di assistenza) per 4 settimane. I caregivers sono stati valutati per l'efficacia dell'intervento in tre tempi: prima dell'intervento (T0), dopo il termine dei gruppi (T1/2), e dopo l'ultima sessione individuale (T1). Sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione standardizzate: *Caregiver Burden Inventory* (CBI); *Zarit Burden Inventory*; *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS 4.0); *Coping Orientation to Problems Experienced Inventory* (Brief-COPE). L'analisi statistica ha previsto un confronto a coppie di medie (*Student's T test one-sided and two-sided*), con *post hoc correction*, utilizzando il programma statistico SPSS Statistics v.29.

Risultati. L'analisi statistica dei dati ha rilevato che i valori di tutte le scale (e delle sottoscale fattoriali) risultano significativamente migliorati ($p < 0,001$) sia a T1/2, dopo la prima parte dell'intervento, sia a T1, alla conclusione. A T1 tutti i valori sono significativamente migliorati anche rispetto a T1/2, indicando una costante progressione del miglioramento, sia delle strategie di coping al carico assistenziale sia dei sintomi correlati allo stress, nel corso degli interventi.

Conclusioni. La combinazione di approcci psicoterapeutici risulta efficace e sinergica rispetto alle singole strategie di intervento, per il sollievo del corteo sintomatologico della *caregiver burden syndrome*.

USO DEI FARMACI A RNA NELLE DEMENZE

Denti Michela Alessandra

Dipartimento di Biologia Cellulare, Computazionale e Integrata, Università degli Studi, Trento

Introduzione. Le terapie basate sull'RNA rappresentano una nuova classe di farmaci in rapida evoluzione, grazie soprattutto ai recenti successi dei vaccini a RNA messaggero. Questi farmaci innovativi, composti da acidi nucleici, agiscono generalmente legandosi al trascritto del gene *target*, offrendo una gamma di soluzioni terapeutiche che variano in base al meccanismo d'azione.

Metodi. Le principali strategie includono: la modulazione dello *splicing* dell'RNA, il silenziamento genico con conseguente riduzione della sintesi della proteina *target* e l'aumento della trascrizione o della traduzione della proteina di interesse. Si può affermare con ragionevole certezza che i farmaci a RNA rappresentano l'apice delle terapie personalizzate, poiché la conoscenza approfondita dei meccanismi patologici a livello molecolare permette di progettare soluzioni terapeutiche altamente specifiche e mirate.

Risultati. L'importanza clinica delle terapie a RNA è testimoniata dal numero crescente di molecole approvate per l'uso clinico: ben 16, la maggior parte delle quali è stata autorizzata negli ultimi otto anni. In questa presentazione mi concentrerò sui farmaci a RNA approvati per il trattamento delle malattie neurologiche o neuromuscolari. Si annoverano 10 oligonucleotidi antisenso, utilizzati per modulare lo *splicing* o ridurre la produzione di proteine specifiche, 3 *short interfering RNA* (siRNA) per il silenziamento genico e un aptamero per l'inibizione della proteina *target*. Sebbene nessuno di questi farmaci sia attualmente approvato per il trattamento delle demenze, oligonucleotidi antisenso e siRNA sono in fase avanzata di sperimentazione clinica per il morbo di Alzheimer e alcune forme di demenza frontotemporale.

Conclusioni. Uno degli ostacoli principali nello sviluppo di farmaci a RNA per le malattie del sistema nervoso centrale è la difficoltà di superare la barriera ematoencefalica, a causa della natura chimico-fisica di queste molecole, che sono generalmente troppo grandi e idrofile per attraversare passivamente la barriera stessa. Tuttavia, lo studio delle sfide incontrate finora nello sviluppo di terapie a RNA per le malattie neurologiche e le soluzioni proposte contribuiranno certamente ad accelerare il progresso in questo campo, includendo anche il trattamento delle demenze.

USO SICURO DEI FARMACI INDICATI PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER

Di Giorgio Paola, Bove Angela, Pezzuto Benedetta
Area Gestione Servizio Farmaceutico, ASL, Brindisi

Introduzione. La Malattia di Alzheimer è un disordine neurodegenerativo progressivo che rappresenta la principale causa di demenza nell'anziano e si caratterizza per il declino lento e inesorabile della memoria e della funzione cognitiva. Il quadro istopatologico della malattia è caratterizzato da una riduzione della densità e del numero delle sinapsi che precedono la più marcata degenerazione neuronale a cui si associano delle specifiche lesioni. Tra i farmaci impiegati per il trattamento di tale patologia ci sono gli inibitori della colinesterasi donepezil, rivastigmina e galantamina (anticolinesterasici di seconda generazione) e memantina come antagonisti-NMDA.

Metodi. Dal report delle prescrizioni della farmaceutica convenzionata della ASL di Brindisi sono stati ricavati i dati dei pazienti in terapia con farmaci a base di Memantina, Rivastigmina, Donepezil, Galantamina nel biennio giugno 2021 - giugno 2023. Per il campione di popolazione in trattamento con tali farmaci sono stati analizzati i farmaci prescritti in concomitanza, quali nello specifico beta-bloccanti, verapamil, diltiazem, digossina farmaci antipsicotici (N05) e antidepressivi (N06). Ciò con riferimento ai farmaci potenzialmente inappropriati in particolari condizioni cliniche (Criteri di STOPP - *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*) ovvero farmaci anche oggetto di interazioni di rilevanza clinica con donepezil e galantamina.

Risultati. Nel periodo considerato il campione trattato è di 1.692 pazienti dei quali 1.677 hanno ricevuto prescrizioni con farmaci concomitanti riportati nei metodi. Di questi 37,4% maschi – 62,6% femmine, 10,7% di età ≥ 90 anni, 88,3% tra 60 e 90 anni e 1% di età inferiore a 60 anni. Il 68,7% della popolazione trattata assume memantina, 20% rivastigmina, 11,1% donepezil e 0,2% galantamina. Per i pazienti con terapie concomitanti è emerso che il 40,2% riceve prescrizioni di farmaci beta-bloccanti, 2,3% digossina, 0,71% diltiazem, 0,77% verapamil, 28,4% farmaci antipsicotici e 46,2% farmaci antidepressivi. I pazienti in trattamento con donepezil e galantamina ricevono la terapia con farmaci antipsicotici rispettivamente per il 23,2% e 66,7% e la terapia con farmaci antidepressivi rispettivamente per il 57,1% e per il 66,7%.

Conclusioni. L'analisi dei dati condotta riporta percentuali significative di alcune categorie terapeutiche di farmaci concomitanti, evidenziando l'opportunità di un costante monitoraggio delle terapie farmacologiche nel paziente anziano affetto da demenza, per considerare l'eventuale possibilità di modifiche ai farmaci prescritti nell'ambito di una valutazione attenta al rapporto rischio-beneficio. Ciò attraverso un processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura.

ENCEFALITE VIRALE E FAMILIARITÀ DETERMINANTI COMUNI PER SVILUPPO PRECOCE DI ALZHEIMER

Di Marco Salvatore (a), Garaffa Giuseppe (b), Tripi Gabriele (a)

(a) *Unità Operativa Dipartimentale Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Dipartimento di Salute Mentale, ASP 9, Trapani*

(b) *Unità Operativa Dipartimentale Medicina Nucleare, Ospedale Sant'Antonio Abate, ASP, Trapani*

Introduzione. La Malattia di Alzheimer (AD) con deposizione di beta amiloide può essere correlata con le encefaliti virali in particolare *Herpes Simplex* di tipo 1 (HSV1).

Metodi. Un uomo di 68 anni giunge alla nostra attenzione in seguito alla comparsa, da un anno, di deficit della memoria a breve termine episodica con associata ripetitività e difficoltà nell'orientamento. Tali disturbi hanno determinato un ulteriore peggioramento nello svolgimento di attività strumentali della vita quotidiana quali assunzione di farmaci e utilizzo del cellulare. Non vengono riferiti disturbi del comportamento eccetto note di ansia e irascibilità. Il ritmo sonno veglia è regolare grazie all'assunzione di melatonina. Gentilizio positivo (madre) per deterioramento cognitivo con esordio dopo gli 80 anni e prevalente compromissione della memoria a breve termine. In anamnesi patologica, oltre a Trait talassemico, Diabete mellito tipo 2, Insufficienza renale cronica di grado lieve, Storia di depressione, Ipertrofia prostatica benigna, Ipertensione arteriosa, vi è una pregressa encefalite virale in assenza di esiti cognitivi ma con residuo deficit stenico agli arti di destra, esordita nel 1990 e per la quale il paziente è stato ricoverato in unità di terapia intensiva per 10 giorni. Nel corso degli anni progressiva difficoltà di deambulazione da mielopatia cervicale con multiple protrusioni erniarie. All'esordio dei sintomi (2023) una risonanza magnetica cerebrale ha documentato quadro di sofferenza cerebrovascolare cronica con note di atrofia corticale diffusa. Valutazione neurologica mostrava già deterioramento cognitivo di grado moderato (MMSE corretto 17/30) ed una grave tetraparesi spastica. PET amiloide ha evidenziato una deposizione di grado moderato in sedi tipiche. È stata quindi posta diagnosi di probabile Malattia di Alzheimer.

Risultati. La particolarità del presente caso sta nella concomitante presenza di due fattori potenziali per lo sviluppo della Malattia di Alzheimer con conseguente esordio precoce: la familiarità per deterioramento cognitivo e la pregressa encefalite virale. Relativamente all'encefalite non è stato possibile sapere se si trattasse di un quadro relativo a HSV1. La familiarità con preminente compromissione della memoria a breve termine fa pensare ad un quadro di AD. I due fattori congiunti hanno contribuito allo sviluppo precoce di AD e ad una progressione rapida già ad un anno dall'esordio dei primi sintomi.

Conclusioni. La concomitante presenza di familiarità per deterioramento cognitivo e una pregressa storia di infezione virale del sistema nervoso centrale dovrebbero essere considerate una vera e propria "*red flag*" per il potenziale sviluppo di un quadro precoce di probabile AD.

IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA “DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI DEMENZA E *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*”: ESPERIENZA DI UN CENTRO PUGLIESE PER LA DIAGNOSI E CURE DELLE DEMENZE

Distaso Eugenio, Capozzo Rosa, Grieco Romi, Morleo Claudia, Dell'Aquila Claudia, Cardinali Valentina, Palagano Guerrino, Rinaldi Giuseppe
Ospedale Di Venere, ASL, Bari

Introduzione. Nel 2023 sono state pubblicate le linee guida italiane per “Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*”. Questo studio ha come obiettivo verificare l'applicazione delle linee guida in un Centro per la Diagnosi e Cura delle Demenze (CDCD) e come possono cambiare l'approccio al paziente. In particolare modo si è andato a valutare l'aderenza alle raccomandazioni terapeutiche numero 77, 79, 147.

Metodi. Questo è uno studio descrittivo. Sono stati analizzati tutti i pazienti afferenti per la prima volta presso il CDCD dell'ospedale Di Venere di Bari tra il 15 ottobre 2023 e il 15 giugno 2024. Sono stati analizzati 197 pazienti di cui 88 con diagnosi di disordine neurocognitive maggiore da Malattia di Alzheimer (DNM) e 109 con diagnosi di disordine neurocognitive minore (DNM) in accordo con i criteri del DSM V. Tutti i pazienti avevano un'anamnesi accurata, hanno eseguito esame clinico ed esami diagnostici. Dal 1 febbraio tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica. Sono stati esclusi i soggetti che avessero diagnosi di demenza diversa dalla Malattia di Alzheimer.

Risultati. Analizzando la raccomandazione 77 delle linee guida 34/88 (39%) assumevano o veniva prescritta terapia con uno dei tre inibitori delle acetilcolinesterasi, in accordo alla raccomandazione 79 37/88 (42%) assumeva o veniva prescritta terapia in mono somministrazione con memantina. 44 pazienti con DNM avevano una diagnosi pregressa di depressione e pertanto tutti assumevano terapia con antidepressivi in accordo alla raccomandazione 147. Non sono presenti dall'analisi pazienti che assumessero antidepressivi senza una diagnosi di depressione. Per quanto riguarda i pazienti affetti da DNM 66 pazienti avevano diagnosi di depressione, tuttavia 77 pazienti con diagnosi di DNM assumevano antidepressivi, quindi è risultato che il 10% di questi pazienti (11/109) assumessero terapia senza una reale diagnosi di depressione.

Conclusioni. Dall'analisi dei dati è emerso sia necessario promuovere maggiormente le linee guida italiane per maggior uniformare il trattamento dei pazienti. Una quota discretamente elevata di pazienti (19%) non ha potuto assumere farmaci anticolinesterasici o memantina per severe controindicazioni cardiologiche, e al momento non esistono strategie terapeutiche alternative. Interessante è il dato sull'uso degli antidepressivi nei pazienti con DNM, infatti c'è una quota di pazienti 10% che nonostante non avessero una diagnosi di depressione, assumono antidepressivi verosimilmente perché la depressione è riconosciuta come fattore di rischio di conversione da DNM a DNM, pertanto potrebbe essere utile valutare eventuale efficacia di tale tipo di approccio terapeutico.

INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI SUI PAZIENTI CON DEMENZA

Errera Paola (a), Scarlata Elide (a), Tripi Stefania (a), Pipitone Silvia (a), Scavone Luca (b), De Luca Maria Elvira (a), Tripi Gabriele (a)

(a) *Unità Operativa Dipartimentale Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Dipartimento di Salute Mentale, ASP 9, Trapani*

(b) *Escola Superior de Musica de Catalunya, Barcellona, Spagna*

Introduzione. “Avere cura” non è altro che la capacità di vedere l’altro nei suoi concreti bisogni di persona umana e i bisogni dei pazienti affetti da demenza sono: attaccamento, inclusione, occupazione, identità e conforto (Tom Kitwood, 1997). La gestione integrata della demenza, presso l’Unità Operativa Semplice Dipartimentale Centri Disturbi Cognitivi e Demenza di Trapani e Marsala, si basa su un approccio olistico e multidisciplinare che pone, appunto, la persona al centro del processo di cura. Questo modello di approccio psicosociale centrato sulla persona mira a trattare i sintomi clinici, ma anche a migliorare la qualità della vita del paziente e del suo ambiente familiare e sociale.

Metodi. Interventi psico-educazionali: gruppi di formazione e supporto psicologico per i caregiver, volti a migliorare la conoscenza della malattia, acquisire strategie e abilità per gestire al meglio i disturbi comportamentali del proprio congiunto, imparare a prendersi cura di se stessi. Interventi orientati alla cognitività e alla sfera emotivo-comportamentale e sensoriale-relazionale: training cognitivo, ROT (*Reality Orientation Therapy*) formale e informale, terapia della reminiscenza, terapia di ri-motivazione, terapia di validazione, terapia occupazionale, musicoterapia, esplorazioni territoriali.

Risultati. Le attività psico-educazionali hanno rafforzato la competenza della maggior parte dei caregiver, riducendo lo stress e migliorando la gestione quotidiana dei pazienti, come dimostrato dalla Scala CBI (*Caregiver Burden Inventory*) somministrata ai familiari. Le attività di potenziamento cognitivo hanno portato ad una maggiore stabilità e per alcuni pazienti persino ad un miglioramento, nelle funzioni cognitive, come dimostrato dai risultati dei *Mini-Mental State Examination* in baseline e *follow-up*. La somministrazione della Scala MiDAS (*Music in Dementia Assessment Scale*), ha rilevato, dopo interventi di Musicoterapia, un incremento dei valori di interesse, risposta, iniziativa e coinvolgimento dei pazienti che hanno partecipato in maniera continuativa agli incontri di musicoterapia.

Conclusioni. L’approccio psicosociale centrato sulla persona si è dimostrato efficace nel trattamento delle persone con demenza. La combinazione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali ha portato a miglioramenti complessivi per il benessere e la qualità della vita nella maggior parte dei pazienti, nonché a una riduzione dello stress per i caregiver. Questi risultati sottolineano l’importanza di un approccio integrato e centrato sulla persona nel trattamento della demenza, che consideri non solo gli aspetti cognitivi della malattia, ma anche il benessere psicologico e sociale dei pazienti e dei loro caregiver.

AMNESIA PROGRESSIVA NON ALZHEIMER: UNA NUOVA SFIDA DIAGNOSTICA PER I CDCD

Farina Elisabetta, Vernè Davide, Trimarchi Pietro Davide, Viganò Alessandro, Alberoni Margherita

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Fondazione Don Gnocchi, Milano

Introduzione. La disponibilità di marker biologici della Malattia di Alzheimer (AD) ha avuto un impatto significativo sulle capacità di diagnosi differenziale dei CDCD. In assenza di farmaci modificanti il decorso di malattia, ci si potrebbe chiedere se una diagnosi differenziale “fine” abbia o meno uno scopo clinico reale.

Metodi. Discuteremo una situazione clinica non infrequente presso il nostro CDCD: l’amnesia progressiva a lenta evoluzione non AD. Presenteremo un caso clinico significativo, le implicazioni della diagnosi differenziale, la possibile frequenza e le caratteristiche di nuove forme di demenza che si stanno affacciando alla realtà clinica dei CDCD.

Risultati. Il nostro caso è una signora di 80 anni, affetta da declino cognitivo amnesico esordito a 74 anni. Familiarità positiva in età assai tarda. Una valutazione neuropsicologica nel 2020 rilevava disturbi di memoria a lungo termine verbale e difficoltà di denominazione e comprensione. Il quadro neuropsicologico è rimasto stabile fino a 6 mesi fa, con MMSE molto alto (pg 29/30), fino al 12/2022, ridottosi solo a 5/2024 (25/30). Solo a quasi 6 anni dall’esordio comparsa di iniziale dipendenza nelle IADL (*Instrumental Activities of Daily Living Scale*). Conservate memoria a breve termine, funzioni esecutive e prassico-costruttive. Risonanza magnetica del 2018: ventricoli laterali leggermente asimmetrici. ridotto trofismo temporo-polare anteriore sinistro, ippocampale ed insulare. Esame liquor del 5/2023: Tau, P-Tau, e beta amiloide ampiamente nella norma. Tomografia ad Emissione di Positroni/Tomografia Computerizzata del 7/2023: lieve ipocaptazione in sede temporo-mesiale e laterale sinistra. Una PET amiloide risultava poi negativa. Si tratta quindi di un quadro clinico dominato da amnesia progressiva e anomalie a progressione molto lenta con marker per AD negativi.

Conclusioni. Riteniamo possa trattarsi di una *Limbic-predominant Age-related TDP-43 Encephalopathy* (LATE), patologia in cui le inclusioni sono costituite da TDP 43 e interessano regioni limbiche e mesiali ippocampali. I soggetti con LATE hanno un profilo amnesico simile ai soggetti con AD. Non è possibile distinguere AD e LATE tramite la neuropsicologia (solo dato significativo il declino molto più lento del *Mini-Mental State Examination*), ma solo tramite i dati biologici. In alternativa potrebbe trattarsi di *Primary Age-Related Tauopathy* (PART), una patologia caratterizzata dalla deposizione di grovigli neurofibrillari a livello ippocampale senza placche amiloidi. L’aver potuto effettuare una diagnosi differenziale ha permesso di evitare l’utilizzo di farmaci senza indicazione e di assicurare la signora relativamente alla probabile evolutività molto più lenta rispetto a una situazione di amnesia legata ad AD. La diagnosi dell’amnesia progressiva appare meno semplice rispetto a quanto poteva sembrare nell’epoca antecedente alla disponibilità clinica di marker biologici.

RIABILITAZIONE E ALZHEIMER, ALLA RICERCA DI UN EQUILIBRIO

Fascendini Sara

FERB, Fondazione Europea di Ricerca Biomedica Onlus, Gazzaniga, Bergamo

Introduzione. Parlando di riabilitazione nella demenza, risulta chiaro come il termine non vada inteso solamente nel senso più abituale. In particolare nel caso di scompensi comportamentali, non sempre i servizi disponibili sono in grado di dare risposte tempestive ed adeguate. La letteratura indica come la presenza di gravi disturbi comportamentali rappresenti il principale predittore di istituzionalizzazione, ma non esistono ad oggi risposte univoche circa le strategie da adottare. Il Centro di Eccellenza Alzheimer dell'ospedale di Gazzaniga è un reparto di riabilitazione specialistica dedicato a Persone con demenza, che ha il preciso intento di rispondere all'esigenza di riequilibrare situazioni di scompenso comportamentale e consentire il rientro a domicilio dei pazienti.

Metodi. Il presente lavoro nasce dalla necessità di “fare il punto” su quasi vent'anni di attività, analizzando in modo approfondito e critico i dati raccolti, con l'obiettivo di porre le basi per il futuro, anche alla luce del contesto normativo attuale, che ha visto la recente introduzione di nuove norme sia in tema di riabilitazione sia di percorsi assistenziali dedicati demenze. Vengono quindi presentati dati descrittivi relativi ai ricoveri degli ultimi dieci anni di attività, per un totale di 3.484 ricoveri e un'analisi statistica dei dati di efficacia del ricovero relativi ad un campione di 607 pazienti.

Risultati. La diagnosi più frequente alla dimissione è stata di Malattia di Alzheimer (74% dei casi), seguita dalla demenza vascolare (15% dei casi). Meno frequenti le altre forme di malattie neurodegenerative (demenza frontotemporale, demenza a corpi di Lewy ed altre). L'89% dei pazienti proviene dal domicilio ed è inviato alla nostra attenzione dai medici di medicina generale; solo l'8% dei ricoveri avviene per trasferimento da un reparto per acuti. Un dato di particolare interesse riguarda la percentuale di persone che vengono dimesse al domicilio, che è del 72%, testimoniando l'efficacia nel ritardare l'istituzionalizzazione, che avviene comunque in una percentuale del 22% dei ricoveri. Le analisi statistiche evidenziano un considerevole miglioramento dei sintomi comportamentali misurato con il questionario NPI, con un *effect size* di quasi due punti.

Conclusioni. L'approccio innovativo proposto dal Centro di Eccellenza Alzheimer di Gazzaniga rappresenta una risposta ad un bisogno largamente insoddisfatto: la gestione in acuto degli scompensi comportamentali nelle Persone affette da Demenza. La nostra unità operativa è oggi in grado di fornire ai pazienti e alle loro famiglie un importante e qualificato supporto nei periodi di crisi e rappresenta un luogo privilegiato per la formazione di operatori sanitari e caregiver sul tema delle demenze.

RUOLO PROTETTIVO DELLA RISERVA COGNITIVA NEGLI ANZIANI: DAL “THE NUN STUDY” ALLE RECENTI EVIDENZE EMPIRICHE

Favieri Francesca, Casagrande Maria

Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. Il processo di invecchiamento è caratterizzato da un fisiologico declino del funzionamento globale. I dati epidemiologici e clinici suggeriscono la presenza di diversi fattori protettivi e di rischio che possono influenzare sia il fisiologico declino che caratterizza l'anziano quanto la deriva verso una traiettoria patologica (es. demenze). Da queste premesse, è emerso un rinnovato interesse verso una dimensione a lungo indagata negli studi sull'invecchiamento, ovvero la Riserva Cognitiva, un costrutto latente di resilienza cerebrale che aiuta a preservare il funzionamento dell'individuo nella vita quotidiana. In questo senso, tale costrutto è considerato una dimensione che può compensare il deterioramento cognitivo durante l'invecchiamento, ma soprattutto può rappresentare un fattore protettivo nei confronti di condizioni patologiche (dal deterioramento cognitivo lieve ad alcune forme di demenza). Questo studio si è posto l'obiettivo di valutare se e come la Riserva Cognitiva possa essere associata al funzionamento cognitivo durante l'invecchiamento (da sano a patologico) verificando il tasso di rischio di deterioramento cognitivo associato a un basso indice di Riserva Cognitiva.

Metodi. A un campione di 335 adulti di età compresa tra i 51 e gli 88 anni è stato somministrato un questionario per la valutazione della Riserva Cognitiva, determinata da istruzione, lavoro e attività di tempo libero svolte nel corso della vita (*Cognitive Reserve Index*). Inoltre, un'ampia batteria neuropsicologica è stata adottata per valutare il funzionamento cognitivo e l'eventuale presenza di deterioramento.

Risultati. I risultati sottolineano come la condizione di deterioramento cognitivo, così come il suo livello di severità, si associ a minori punteggi di Riserva Cognitiva ($p < 0,001$), in particolare riferita alle esperienze di istruzione e di lavoro. Inoltre, emerge che una più povera Riserva Cognitiva incrementa il rischio di appartenere al gruppo con deterioramento cognitivo rispetto a quello con un buono funzionamento cognitivo (Odd Ratio=1,02; $p < 0,001$).

Conclusioni. I risultati di questo studio suggeriscono come un programma di promozione dei fattori che definiscono la Riserva Cognitiva possa rappresentare una strategia di prevenzione e rallentamento del declino cognitivo. Coltivare la Riserva Cognitiva nell'arco di vita avrebbe ripercussioni positive sul benessere psicologico e globale degli anziani anche in condizioni patologiche. Sebbene sia necessario approfondire l'influenza diretta e indiretta della Riserva Cognitiva (e delle sue differenti componenti) sulle diverse forme di demenza, è innegabile che questa rappresenti uno dei fattori modificabili di protezione degli esiti infausti del processo di invecchiamento, in parte patologico, che i dati di prevalenza e le proiezioni a livello mondiali ci prospettano.

VIVERE BENE LA DEMENZA: IL PATIENT ADVOCACY PER IMPLEMENTARE DI NUOVI MODELLI DI CURA

Ferrari Arianna (a), Cosmo Chiara (a), Bigatello Isabel (b), Maso Daniela (c), Mantoan Paola (d)

(a) Associazione Rindola Impresa Sociale, Vicenza

(b) Servizi Sociali Comune di Mirano, Venezia

(c) Istituto Scolastico Superiore 8 Marzo K. Lorenz, Mirano, Venezia

(d) Direzione Servizi Sociali Aulss 3 Serenissima, Venezia

Introduzione. Il progetto “Vivere bene la demenza: percorso di preparazione e supporto alla consapevolezza di malattia volto alla creazione di un gruppo di pazienti esperti per la coprogettazione e l’implementazione di nuovi modelli di cura”, sostenuto dal bando Invecchiamento attivo-Regione Veneto, ha come capofila Aulss 3 Serenissima, Associazione Rindola Impresa Sociale, Istituto Superiore 8 Marzo K. Lorenz di Mirano e 16 comuni del territorio. Finalità del progetto sono: la costituzione di un di un team interdisciplinare integrato da gruppo di pazienti esperti per l’implementazione di nuovi modelli di *care* e di *co-design*; l’implementazione di modelli di sensibilizzazione/prevenzione per la comunità con un lavoro integrato con scuola.

Metodi. Il gruppo di lavoro si fonda sulla multidisciplinarietà dei professionisti (psicologo, educatore, assistente sociale, docente coordinatore, studenti, regista) e sulla partecipazione di un gruppo di pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo in fase iniziale e con un buon grado di consapevolezza. Il team di pazienti ha coadiuvato il gruppo nella fase sperimentale di sviluppo di iniziative di sensibilizzazione/prevenzione sul DNC rivolte all’adolescenza al fine di incorporare nel curriculum scolastico la comprensione di tale patologia. Da gennaio 2024 si sta conducendo un’indagine conoscitiva per comprendere quali siano le conoscenze dei giovani sulla malattia. Il progetto ha coinvolto la classe IV (16 studentesse), in un percorso di 11 incontri (32 ore) in cui si sono confrontate con il team al fine di realizzare uno strumento di sensibilizzazione.

Risultati. Al questionario hanno finora aderito 124 adolescenti. Per quanto riguarda la conoscenza generale emerge che: per il 20% la malattia non è correlata con la perdita di memoria e con l’orientamento; l’89,8% pensa che sia un processo di invecchiamento naturale. Per quanto attiene agli aspetti di prevenzione: il 42,5% non conosce la relazione virtuosa con l’attività fisica; l’85,2% non conosce gli effetti dell’alcool sulla cognitività; il 40% pensa che non si possa prevenire. Prodotto finale del percorso è il cortometraggio “Come un campo di girasoli: un cambio di prospettiva a sostegno delle persone con Disturbo Neurocognitivo”, uno strumento di riflessione sul DNC. Protagonisti sono i pazienti esperti e le studentesse.

Conclusioni. In Italia molti sono i percorsi di prevenzione dedicati agli adolescenti; spesso si utilizza un approccio cattedratico con scarse ricadute sulla conoscenza generale della patologia e sulla prevenzione. Il presente progetto ha utilizzato un approccio partecipato, intersettoriale e coordinato con particolare attenzione alla centralità della persona (PNP 2020-2025): fondamentale è la promozione di progettualità generative, capaci di corresponsabilizzare i destinatari degli interventi.

📄 P-TAU 181, A-BETA 40 E 42 PLASMATICHE E TRAIETTORIE COGNITIVE IN ANZIANI SENZA DEMENZA

Ferrari Riccardo Rocco (a,b), Rossi Michele (c), Rolandi Elena (d), Di Gerlando Rosalinda (e), Guaita Antonio (c), Colombo Mauro (f), Poloni Tino Emanuele (a), Gagliardi Stella (e), Davin Annalisa (a)

(a) *Dipartimento di Neurobiologia e Neurogenetica, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(b) *Università degli Studi, Pavia*

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

(d) *Laboratorio di Neuropsicologia, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(e) *Unità di Biologia Molecolare e Trascrittomica, Fondazione Mondino, Pavia*

Introduzione. Studi su coorti di pazienti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) o Alzheimer (AD) hanno riportato che variazioni nella concentrazione plasmatica di Tau iperfosforilata 181 (p-tau 181), beta-amiloide 40 (Abeta 40), beta-amiloide 42 (Abeta 42) sono rappresentativi della patologia amiloide e della patologia Tau della malattia Alzheimer, sebbene una variazione di questi biomarcatori sia stata riscontrata anche in soggetti cognitivamente sani. Avere marcatori plasmatici è molto importante per una diagnosi tempestiva basata su metodi meno invasivi e meno costosi. Risulta quindi cruciale la comprensione del loro ruolo anche nell'invecchiamento non patologico.

Metodi. In un campione di convenienza di 85 soggetti (età media 76 anni al *baseline*) non affetti da demenza e partecipanti al quarto *follow-up* dello studio longitudinale di popolazione InveCe.Ab (NCT01345110, ClinicalTrial.gov) sono stati misurati i biomarcatori plasmatici p-tau 181, A-beta 40 e A-beta 42 nell'arco di 8 anni a tre punti di *follow-up* mediante LUMIPULSE® G600II (Fujirebio). Per le analisi si è anche considerato il rapporto Abeta 42/Abeta 40. La cognitività globale è stata misurata utilizzando il *Mini Mental State Examination* (MMSE) e sono stati valutati anche specifici domini cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive, funzioni visuospatiali e linguaggio) utilizzando dei punteggi composti calcolati come la media degli *z-scores* dei singoli test neuropsicologici inclusi in ciascun dominio cognitivo. Per il calcolo dello *z-score* si sono utilizzate la media e la deviazione standard stratificate per scolarità di un campione di riferimento interno composto da tutti i partecipanti allo studio Invece.Ab valutati cognitivamente sani al *baseline* e dopo 2 anni. Sono state quindi eseguite analisi longitudinali lineari con un modello lineare misto per valutare l'effetto dei biomarcatori plasmatici sul cambiamento cognitivo nel tempo.

Risultati. Si è osservata una relazione lineare negativa tra il cambiamento della concentrazione di pTau181 e quello della cognitività globale nel tempo (LMM: $\beta = -0,37$; *p value* = 0,010). Gli altri biomarcatori considerati non hanno dimostrato questa relazione. Inoltre, nessuno dei marcatori plasmatici analizzati sembra essere associato al cambiamento nelle funzioni cognitive misurate tramite con i punteggi composti.

Conclusioni. In una popolazione di anziani non affetti da demenza, la *performance* in singoli domini cognitivi non è associata ad una differente concentrazione di marcatori plasmatici di AD. Il cambiamento nella concentrazione di p-Tau 181 è invece risultato inversamente associato ai cambiamenti nella cognitiv  globale. Alla luce di questi risultati, quindi, possiamo ipotizzare che p-Tau 181 sia un marcatore di cognitiv  globale anche in assenza di demenza.

“SCUOLA ONLINE DEL CAREGIVER”: TELEMEDICINA COME STRUMENTO DI PSICOEDUCAZIONE

Ferriani Elisa (a), Bilanzola Valeria (b), Stinziani Sabrina (b), Amadori Lucia (b), Linarello Simona (b)

(a) *Unità Operativa Complessa Psicologia Ospedaliera, Dipartimento Oncologico, Ausl, Bologna*

(b) *Unità Operativa Complessa Cure Intermedie, Dipartimento dell’Integrazione, Ausl, Bologna*

Introduzione. La telemedicina è stata approvata dal Servizio Sanitario Nazionale nel dicembre 2020. Costituisce “una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative” (Linee di indirizzo nazionali). In breve tempo è diventata uno strumento di *empowerment* a favore di caregiver di persone affette da deterioramento cognitivo, che ben coniuga l’importanza da parte del caregiver di conoscere la malattia e le modalità più appropriate di gestione delle difficoltà correlate.

Metodi. Il progetto “Scuola Online del Caregiver” è nato nel 2020, dopo l’esperienza del Covid. Nel 2023, utilizzando la piattaforma online sono stati organizzati 12 incontri, della durata di due ore ciascuno, con l’obiettivo di approfondire alcuni temi fondamentali: primi segnali di malattia, aspetti clinici cognitivi e disturbi del comportamento, trattamenti farmacologici e non farmacologici, rete dei servizi socio-assistenziali e sanitari, ruolo dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) e del terzo settore, fasi conclusive di malattia e pianificazione condivisa della cura, strategie di relazione e di gestione delle problematiche presenti. I relatori erano i professionisti dei diversi CDCD del territorio bolognese. La partecipazione era libera e gratuita. Ogni incontro era articolato in una prima parte di relazione a cura del docente (con presentazione di slide o altri documenti) ed una seconda parte di discussione partecipata con il pubblico.

Risultati. Nel 2023 hanno partecipato complessivamente 518 partecipanti, con una frequenza media ad incontro pari a 43 persone. Nel 2020 sono stati realizzati 2 incontri a cui hanno partecipato 61 persone, 11 nel 2021 con 429 presenze ed infine 12 nel 2022 con un totale di 474 partecipanti. Il Progetto della Scuola Online del Caregiver è stato inoltre proposto dall’Ausl di Bologna ad Agenas 2023 quale *good practice*.

Conclusioni. L’iniziativa “Scuola Online del caregiver” ha mostrato a livello qualitativo un forte gradimento, testimoniato dall’alto numero di partecipanti, con un aumento significativo dal 2020 ad oggi. Nel 2024 gli incontri vengono registrati e la registrazione viene inserita nel sito dell’Ausl di Bologna, nella sezione dei CDCD e sul canale YouTube Ausl Bologna Formazione. Per il caregiver la possibilità di conoscere la patologia nei vari aspetti, avere risposte esaustive ai quesiti quotidiani e portare la propria esperienza di *caregiving*, costituiscono fattori fondamentali di *empowerment* e di miglior gestione delle situazioni correlate alla malattia, comprese quelle più problematiche.

CDCD COME STRUTTURE PER LE CERTIFICAZIONI MEDICO-LEGALI PER LE DEMENZE. UPDATE 2024

Ferrigno Salvatore

Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Costa d'Amalfi, Maiori, Salerno

Introduzione. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) Costa d'Amalfi ha subito nell'ultimo ventennio un'evoluzione del suo ruolo. Allo screening e alle prescrizioni farmacologiche a pazienti con demenza degenerativa sono state implementate attività di rilascio di certificazioni medico - legali ed altro. Il seguente studio si pone come obiettivo quello di dimostrare questa trasformazione che si è avuta negli anni.

Metodi. Sono stati osservati gli andamenti delle valutazioni cliniche, delle prescrizioni e delle certificazioni emesse negli anni 2012 - 2024 dal CDCD Costa d'Amalfi.

Risultati. Dal 2012 al 30/6/2024 sono stati registrati 1.831 accessi, con un progressivo incremento delle visite annuali. Escludendo i primi anni dal 2012 al 2015, per una minore specificità delle richieste, e il 2021 per la pandemia da SARS-CoV-2, le relazioni medico-legali rappresentano mediamente circa il 40% dell'attività annuale del centro. Il numero di prescrizioni di farmaci ha subito una riduzione complessiva a fronte dell'incremento del numero di accessi (dal 68% nel 2012 al 30% nel 2024). Sul totale delle prescrizioni farmacologiche, la rivastigmina costituisce il farmaco più prescritto, mentre si registra un incremento della memantina (dal 25% nel 2012 al 39% nel 2024) e una riduzione del donepezil (dal 21% nel 2012 al 2% nel 2024). Dal 2019 si sono aggiunti accessi per il trattamento di pazienti con disordini del comportamento in demenza trattati con antipsicotici atipici, con una media di circa il 5% sul totale delle visite annuali. Inoltre, mentre nei primi anni il numero di prescrizioni per presidi ed ausili risulta essere minimo (1-3% sul totale delle visite annuali), dal 2023 si è riscontrato un considerevole incremento (22% nel 2024).

Conclusioni. Dall'analisi dei dati si evince come il CDCD Costa d'Amalfi da ente per la valutazione delle demenze e prescrizione di farmaci, abbia progressivamente allargato il raggio di azione comprendendo le certificazioni medico-legali e prescrizione di presidi ed ausili. In aggiunta, si registra negli ultimi anni, anche la prescrizione di antipsicotici atipici per i disordini comportamentali, dimostrando che i CDCD sono fondamentali per la presa in carico globale del paziente con demenza.

STRUMENTO ISUPPORT DELL'OMS: IMPLICAZIONI PER LA DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE

Fiordelli Maddalena (a), Albanese Emiliano (a,b)

(a) *Istituto di Salute Pubblica, Facoltà di Scienze Biomediche, Università della Svizzera Italiana, Lugano, Svizzera*

(b) *Institute of Global Health, Facoltà di Medicina, Università degli Studi, Ginevra, Svizzera*

Introduzione. I caregiver informali sono una risorsa cruciale per affrontare l'emergenza globale della demenza. Tra i numerosi programmi di supporto esistenti spicca quello sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. iSupport for Dementia è una soluzione digitale multi-componente progettata per sostenere i caregiver che affrontano "sentimenti di stress o carico emotivo, o che presentano problemi di sintomi di depressione o ansia". iSupport è in fase di adattamento, sperimentazione e implementazione in oltre 30 paesi, tra cui India, Australia, Cina e Brasile. L'adattamento e la fase iniziale di implementazione di iSupport avvenuti tra marzo 2020 e maggio 2023 in Svizzera sono un'opportunità per estendere il programma anche all'Italia.

Metodi. Attraverso un approccio metodologico partecipativo basato sulla comunità, il team svizzero iSupport ha tradotto, adattato culturalmente e testato il programma in collaborazione con i principali portatori d'interesse compresi autorità governative locali, fondazioni e associazioni di pazienti e anziani. Un Comitato Consultivo Locale è stato costituito *ad hoc* per garantire la rilevanza culturale e contestuale della versione locale di iSupport. Attraverso un coinvolgimento attivo e continuo il Comitato Consultivo ha svolto un ruolo cruciale, coinvolgendo le parti interessate, e identificando ostacoli e potenziali facilitatori per l'accesso e l'uso su larga scala di iSupport, e la sua integrazione nel sistema socio-sanitario assistenziale.

Risultati. I risultati quanti-qualitativi mostrano la necessità di integrare un approccio meno formale, che riconosca, valorizzi e incorpori le competenze e conoscenze acquisite autonomamente dai caregivers come "esperti" nell'assistenza. La versione beta è disponibile in italiano, francese e tedesco, su supporto mobile (smartphone e tablet) e computer. I nostri risultati mostrano anche possibili barriere linguistiche e culturali all'adozione di iSupport. Sia i caregivers che i diversi portatori d'interesse hanno giudicato positivamente l'utilità, la usabilità e l'accettabilità di iSupport. Ciononostante, i nostri risultati indicano chiaramente che è indispensabile non solo integrare iSupport nell'offerta di servizi e prestazioni socio-assistenziali, ma anche garantire un'assistenza continua all'uso e applicazione quotidiana di iSupport.

Conclusioni. Grazie a un progetto finanziato dal Fondo Nazionale Svizzero per la ricerca è possibile oggi tradurre le esperienze dei familiari curanti in messaggi comunicativi multimediali, al fine di restituire una rappresentazione fedele della complessità della demenza e disseminare pubblicamente iSupport.

RELAZIONE TRA VARIABILITÀ INTERBATTITO, IPERTENSIONE ARTERIOSA E DECLINO COGNITIVO NELL'ANZIANO

Forte Giuseppe, Casagrande Maria

Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. L'ipertensione essenziale, ossia l'aumento della pressione arteriosa, è uno dei principali fattori di rischio modificabili per la mortalità. Diversi studi osservazionali hanno dimostrato che l'ipertensione ha un impatto significativo sul funzionamento cerebrale contribuendo allo sviluppo di malattie cerebrovascolari e demenza. Tuttavia, i cambiamenti funzionali e strutturali nel cervello che mediano la relazione tra l'aumento della pressione e il deterioramento cognitivo rimangono sconosciuti. Comprendere le variabili predittive di compromissione cognitiva in individui con ipertensione è fondamentale per sviluppare strategie di intervento preventive e terapeutiche. Questo studio si propone di esplorare l'interazione tra la variabilità della frequenza cardiaca (*Heart Rate Variability*, HRV) e la pressione arteriosa, indagando se la loro sinergia possa fungere da indicatore delle *performance* cognitive.

Metodi. Lo studio ha coinvolto 52 adulti (età media: 64 anni) con ipertensione essenziale e un gruppo di controllo di 41 adulti sani senza ipertensione. Ad eccezione della diagnosi di ipertensione, sono stati adottati gli stessi criteri di inclusione per bilanciare i gruppi. L'intero campione è stato suddiviso in base ai parametri di HRV. È stata somministrata una batteria neuropsicologica completa.

Risultati. I risultati hanno rivelato che i pazienti ipertesi con HRV alterata mostrano *performance* cognitive peggiori, in particolare nel dominio esecutivo, che include funzioni cruciali come la pianificazione, la presa di decisione e il controllo dell'attenzione. Questi risultati suggeriscono che la bassa HRV e l'ipertensione non solo coesistono, ma presentano anche associazioni interdipendenti e sinergiche con la compromissione cognitiva. In particolare, la HRV potrebbe fungere da indicatore precoce di deterioramento cognitivo, suggerendo la necessità di monitorare tali aspetti negli individui a rischio.

Conclusioni. I nostri risultati indicano che l'associazione tra ipertensione e *performance* cognitiva è influenzata dalla HRV. Le implicazioni di tali scoperte sono significative, in quanto suggeriscono che il monitoraggio della HRV potrebbe fornire informazioni preziose sulla salute cognitiva e sul rischio di sviluppare deficit cognitivi nei pazienti ipertesi. Inoltre, il trattamento e la gestione dell'ipertensione dovrebbero integrare strategie per migliorare la variabilità della frequenza cardiaca, contribuendo così a preservare le funzioni cognitive. Per i neuroscienziati, è tempo di guardare oltre il cervello e considerare l'interazione complessa tra sistema cardiovascolare e funzioni cognitive. I clinici che trattano il corpo non possono presumere che il cervello sia esente da coinvolgimento; una visione olistica della salute del paziente è fondamentale. Solo considerando le interconnessioni tra le varie funzioni fisiologiche possiamo sperare di sviluppare approcci terapeutici più efficaci e personalizzati per la gestione dell'ipertensione e della salute cognitiva.

RIABILITAZIONE MULTIDIMENSIONALE NEL DETERIORAMENTO COGNITIVO VASCOLARE E COMORBIDO

Fundarò Cira (a), Mancini Daniela (b), Torlaschi Valeria (b), Maffoni Marina (b), Chimento Pierluigi (a), Buonocore Michelangelo (a), Pierobon Antonia (b)

(a) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Servizio di Neurofisiopatologia, Istituto di Montescano, Montescano, Pavia*

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

Introduzione. Questo studio, randomizzato controllato, presenta un intervento riabilitativo multidominio rivolto a pazienti con declino cognitivo secondario a malattie cerebrovascolari o ad altre patologie mediche nelle fasi iniziali. Dopo aver identificato pazienti affetti da disturbi neurocognitivi per malattie vascolari o ad eziologie multiple (fase di screening e diagnostica), obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia di protocolli riabilitativi distinti (fase di intervento): training motorio, training cognitivo di tipo cartaceo combinato al training motorio, training cognitivo digitale combinato al training motorio.

Metodi. I pazienti dell'ambulatorio del Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze degli Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS Servizio di Neurofisiopatologia Montescano, saranno sottoposti a una valutazione comprendente un'anamnesi clinica, neuropsicologica (orientamento, memoria, attenzione, linguaggio, abilità visuo-spaziali) eseguita dal Servizio di Psicologia, psicologica (depressione, ansia, sintomi neuropsichiatrici), della qualità della vita correlata alla salute, funzionale (attività quotidiane di base e strumentali), motoria (rischio di caduta, equilibrio statico e dinamico) e del caregiver burden. I criteri di inclusione dello studio sono: presenza di declino cognitivo lieve secondario (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*, età: 65-80 anni, comorbidità, *Clinical Dementia Rating Scale 0,5-1*). Lo studio prevede la suddivisione in tre gruppi mediante randomizzazione; motorio (gruppo di controllo), training carta-matita e motorio o training digitale e motorio. Verranno valutati in basale (T0) e in *follow-up* (T1) dopo 8 settimane a seguito dell'intervento riabilitativo motorio e/o cognitivo.

Risultati. Attualmente, sono stati arruolati 17 soggetti (gruppo motorio: 5; gruppo carta-matita e motorio: 8; gruppo digitale e motorio: 4 pazienti (età: 74,3±5,4; maschi=11; istruzione: 9,1±5,0). I dati preliminari dello studio in corso, sono relativi ai pazienti (n=10) che hanno completato il training riabilitativo (T0 vs T1): Mini Mental State Examination (27,3±2 vs 28,5±1,8), attenzione (77,7±38,5 vs 54,3±12,5), depressione (9,7±6,4 vs 6,6±4,7), ansia (7,7±5,6 vs 6,7±4,4) e qualità di vita legata alla salute (65,0±18,9 vs 64,0±19,5). Sebbene la dimensione del campione impedisca al momento di stimare la significatività statistica e di effettuare confronti tra i gruppi, i dati preliminari appaiono promettenti.

Conclusioni. L'approccio multidimensionale al paziente qui adottato affronta la complessa interazione tra declino cognitivo e comorbidità, al fine di individuare strategie di prevenzione ed intervento efficaci per rallentare il decorso del deterioramento cognitivo e migliorare il benessere psicofisico dei pazienti fragili. L'attività fisica e il training cognitivo possono essere un fattore protettivo contro la progressione del declino cognitivo. Se i dati preliminari saranno confermati, sarebbero funzionali programmi riabilitativi multidisciplinari individualizzati adattabili all'evoluzione di malattia.

VALORE PROGNOSTICO DEI CRITERI NEUROPSICOLOGICI PER LA DIAGNOSI DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Galati Simone, Rossi Michele, Del Signore Federica, Locatelli Giulia, Guaita Antonio, Rolandi Elena

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. Formulare una diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) tempestiva e clinicamente rilevante è un presupposto fondamentale per una presa in carico precoce delle persone a rischio di sviluppare demenza. Tuttavia ad oggi non esistono criteri e strumenti condivisi per la diagnosi di MCI, con conseguente variabilità sugli indici prognostici (tassi di conversione e reversione). Scopo del presente studio è stato quello di confrontare il valore predittivo di due principali criteri utilizzati per la diagnosi di MCI (criteri di Petersen o convenzionali e criteri neuropsicologici), nell'ambito di uno studio di popolazione longitudinale con *follow-up* fino a 12 anni.

Metodi. Sono stati inclusi i partecipanti allo studio di popolazione InveCe.Ab che al basale (*range* età 70-74 anni) fossero senza diagnosi di demenza o disturbi mentali maggiori e avessero completato la valutazione neuropsicologica, composta da 7 test di ampio utilizzo nella pratica clinica per valutare i principali domini cognitivi. Sono stati classificati come MCI o sani in base ai criteri convenzionali (almeno 1 test al di sotto di 1,5 deviazione standard (DS) dalla media, presenza di disturbo cognitivo soggettivo) e neuropsicologici (almeno 2 test al di sotto di 1 DS dalla media all'interno dello stesso dominio). Tramite modelli Cox è stato valutato l'impatto delle 2 classificazioni al basale sull'incidenza di demenza in 12 anni. La stabilità dei 2 metodi di classificazione nel tempo è stata valutata tramite test di McNemar, considerando tutti i partecipanti classificati come MCI secondo i diversi criteri almeno una volta. Sono stati condotti modelli Cox per vedere l'impatto della stabilità della diagnosi sulla conversione a demenza.

Risultati. Sui 1021 casi eleggibili, 222 (21,7%) sono stati classificati come MCI al basale con i criteri convenzionali, mentre 404 con i criteri neuropsicologici (39,6%). La diagnosi di MCI con criteri neuropsicologici era associata ad un più alto tasso di conversione a demenza nel tempo (HR=2,37, $p<0,001$ vs HR=1,74, $p<0,001$). Una diagnosi di MCI stabile era più frequente con i criteri neuropsicologici (N=240, 52%) che con i criteri convenzionali (N=167, 36,2%; $p=0,026$). Inoltre, i criteri neuropsicologici erano associati ad un più alto tasso di conversione a demenza a prescindere dalla stabilità della diagnosi (stabili: HR=4,73, $p<0,001$; instabili: HR=4,46, $p<0,001$).

Conclusioni. I criteri neuropsicologici per la diagnosi di MCI risultano più stabili e più sensibili nell'identificare le persone che progrediranno a demenza in un arco temporale ampio e in un setting di popolazione generale.

INTERVENTI DI ASSISTENZA AL PASTO E DISTURBO NEUROCOGNITIVO: REVISIONE NARRATIVA

Galli Federica Lucia (a), Simoni Marco (b), Reverberi Cristina (c), Gollin Donata (b), Lovato Giovanna (d), Rossetto Tiziana (e)

(a) *Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università Politecnica delle Marche, Ancona*

(b) *Azienda Ospedale Università degli Studi, Padova*

(c) *Azienda USL, IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia*

(d) *Azienda ULSS 6 Euganea Ospedale di Camposampiero, Padova*

(e) *Federazione Logopedisti Italiani, Padova*

Introduzione. Il decadimento cognitivo, fisico e motorio nelle persone con Disturbo Neurocognitivo Maggiore (DNC-M) può impattare significativamente il momento del pasto, in cui le persone necessitano di un'adeguata assistenza, per evitare malnutrizione ed infezioni respiratorie.

Metodi. L'obiettivo di questa revisione narrativa è identificare e descrivere la letteratura relativa agli interventi di assistenza al pasto per le persone con demenza che vivono in strutture residenziali, in un'ottica multiprofessionale, riassumendo l'impatto di tali attività sugli assistiti, sullo staff medico-sanitario e sulle strutture di cura.

Risultati. Gli interventi al pasto della persona con DNC-M si possono classificare in quattro categorie: assistenziali, educativi, ambientali e multicomponentiali. Tra di essi gli interventi assistenziali durante i pasti mostrano maggiore efficacia nell'aumentare l'assunzione di cibo e nel contenere i disturbi di carattere comportamentali, come ad esempio agitazione ed aggressività. L'impatto degli interventi educativi rivolti al personale infermieristico-assistenziale è legato ad una maggiore consapevolezza ed attitudine verso i bisogni al pasto della persona con demenza. Gli interventi ambientali sono legati ad adattamenti di fonti luminose e sonore, possibilità di utilizzo di sale da pranzo comuni e modalità di presentazione dei cibi; tali azioni mostrano certamente effetti positivi nelle persone con demenza, ma sarebbe interessante poter osservare anche se vi sono effetti a livello economico ed amministrativo nei centri e nelle residenze dedicate a tale popolazione di pazienti. Infine, gli interventi multicomponentiali combinando gli interventi precedentemente descritti, mostrano anch'essi un impatto positivo in termini di ottimizzazione del momento del pasto, sia da parte dell'assistito che da parte dello staff assistenziale.

Conclusioni. L'assistenza al pasto mediante l'utilizzo di interventi mirati mostra un impatto positivo sia sulle persone con demenza, sia sullo staff medico-sanitario, e rappresenta dunque un aspetto essenziale nella gestione delle persone con DNC-M. Tale lavoro è volto a supportare lo sviluppo di programmi di gestione del pasto e strategie assistenziali per contenere le complicanze, favorire percorsi nelle strutture residenziali e migliorare l'esperienza del pasto nelle persone con declino cognitivo.

CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI E STUDI NORMATIVI. AGGIORNAMENTO DI TRE TEST COGNITIVI

Gasparini Marina (a), Scandola Michele (b), Salati Emanuela (c), Margiotta Roberta (c), Barbetti Sonia (c), Diana Sofia (c), Amato Stefania (d), Gambina Giuseppe (d), Bruno Giuseppe (c), Vanacore Nicola (e), Moro Valentina (b)

(a) Centro di Riabilitazione Cognitiva e del Linguaggio Sinapsy, Roma

(b) Dipartimento Scienze Umane, Università degli Studi, Verona

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

(d) Verona Memory Center, CEMS, Verona

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

Introduzione. L'obsolescenza dei dati normativi è un problema cruciale per i test cognitivi, in quanto impiegati nella pratica clinica come supporto alla diagnosi; sebbene non vengano fornite indicazioni dirette su quando i valori diventano obsoleti, la letteratura raccomanda un loro aggiornamento ogni 10 anni a causa dell'Effetto Flynn. Nel contesto dei test cognitivi, il fenomeno sembra infatti operare allo stesso modo del QI: maggiore è il tempo trascorso dalla standardizzazione del test, maggiore è la probabilità che il punteggio sovrastimi le reali capacità dell'individuo. Dalla *survey* sui CDCD italiani emerge un'obsolescenza media dei test di oltre 18 anni, sollevando il problema della loro attendibilità. Lo studio si è proposto l'aggiornamento normativo di tre test, di largo impiego nei CDCD per lo screening delle demenze: Figura Complessa di Rey (dati normativi 2002), Matrici Progressive Colore (dati normativi 1996) e Fluenza Verbale Fonologica (FAS; dati normativi 2014).

Metodi. Il campione normativo si compone di 364 individui neurologicamente indenni (130 M, 234 F; - età $65,67 \pm 0,29$ (*range* 40-85), scolarità $12,98 \pm 3,88$ (*range* 5-17), MMSE = $29,32 \pm 1,11$), residenti nel territorio di Roma e provincia e arruolati presso la Clinica della Memoria dell'Università "Sapienza" di Roma. I criteri di inclusione comprendevano: età ≥ 40 anni; assenza di patologie cerebrali attuali o pregresse, alcolismo, disturbi psichiatrici e traumi cranici; assenza di deficit cognitivi oggettivi. L'analisi statistica è stata condotta seguendo il metodo dei punteggi equivalenti sviluppato da Capitani nel 1987 e da Facchin nel 2022.

Risultati. Per i fattori di correzione sono stati applicati i modelli lineari con gli effetti modulatori di età, scolarità e sesso: quest'ultimo non è rientrato nei modelli predittivi dei test e nella definizione dei punteggi di correzione. Sia i punteggi *cut-off* che i valori medi sono risultati maggiori rispetto alle precedenti tarature.

Conclusioni. Nei paesi sviluppati, i fattori socio-economici interagiscono con altri indicatori (salute, alimentazione, immigrazione e nuove tecnologie) influenzando il background culturale degli individui. Secondo i dati Istat, dal 2004 al 2020 si è assistito ad un aumento delle scolarità medio-alte, e un contestuale calo della scolarità elementare. Lo studio evidenzia la necessità di un periodico aggiornamento dei dati normativi, in linea con i cambiamenti della popolazione e con il concetto che le coorti nate più tardi hanno prestazioni cognitive migliori rispetto alle precedenti.

DIGITALIZZAZIONE DEL LAVORO: UNO STRUMENTO DI PREVENZIONE DEL DECADIMENTO COGNITIVO?

Gatto Maria Pia, del Gaudio Michele, Piccolo Carmine
Unità Operativa Territoriale di Certificazione, Verifica e Ricerca, INAIL, Avellino

Introduzione. È consapevolezza comune che l'occupazione lavorativa abbia un impatto significativo sulla salute mentale dei lavoratori. Le esposizioni professionali possono fungere da fattore sia protettivo sia di rischio, influenzando a lungo termine la velocità e l'entità del declino neuro-cognitivo nel tempo, prolungando un sano funzionamento cognitivo oppure accelerando l'invecchiamento e predisponendo alla demenza. La robotica avanzata e collaborativa sta cambiando rapidamente il mondo del lavoro, comportando opportunità, ma anche nuove sfide e rischi per la sicurezza e la salute sul lavoro. Scopo del presente elaborato è stato quello di valutare i possibili effetti dell'utilizzo della robotica sulla salute cognitiva dei lavoratori in età senile.

Metodi. Attraverso una ricerca bibliografica computerizzata, adoperando i database Scopus, MEDLINE, PubMed, *Web of science* e *Google scholar*, sono stati valutati studi pubblicati negli ultimi venti anni sulla relazione tra caratteristiche occupazionali e decadimento cognitivo, utilizzando i termini di ricerca "demenza", "deficit cognitivo", "salute mentale", "Alzheimer", in combinazione con le parole chiave pertinenti, come "robotica collaborativa", "intelligenza artificiale", "automazione" e i termini più generici, quali "complessità occupazionale", "mansioni ripetitive". Sulla base dell'abstract, gli articoli sono stati accettati per una successiva analisi approfondita o esclusi dallo studio; una meta-analisi verrà eseguita qualora gli studi inclusi risultassero omogenei.

Risultati. La letteratura scientifica riporta diverse ricerche che individuano collegamenti tra l'attività lavorativa, soprattutto in termini di impegno cognitivo e benessere lavorativo, e il mantenimento di un buon livello di riserva cognitiva, come pure associazioni tra i disturbi vascolari, fattori predisponenti di talune demenze, e determinate esposizioni occupazionali. Di contro, ancora troppo esigui, ad oggi, sono gli studi che esaminano le possibili associazioni tra l'automazione dei processi lavorativi e lo stato cognitivo in età avanzata. L'introduzione delle nuove tecnologie, rappresentate dai sistemi basati sull'intelligenza artificiale e sulla robotica, offre indubbi vantaggi, riducendo l'esposizione diretta dei lavoratori ai rischi occupazionali, ma propone anche diversi interrogativi in tema di interazione uomo-macchina, potenziale fattore di rischio per patologie di natura psicosociale e neurodegenerativa. I sistemi di sicurezza basati sull'autocontrollo digitale possono, infine, aiutare i lavoratori a evitare errori legati ai sintomi precoci di demenza.

Conclusioni. Lo studio presentato evidenzia la necessità di approfondimenti circa i potenziali effetti dell'uso della robotica collaborativa sulla salute neuro-cognitiva dei lavoratori, per meglio chiarirne i meccanismi e le relazioni causali e affinché si possa agire in modo tempestivo ed efficace per sviluppare eventuali interventi migliorativi e consolidarne le potenzialità quale mezzo di prevenzione delle demenze in età avanzata.

TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA PER PERSONE CON DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE AFFERENTI AL CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

Ghersetti Daria, Di Russo Sara, Furlan Erika
ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Trieste

Introduzione. In considerazione delle raccomandazioni delle Linee Guida risulta fortemente positiva quella di offrire un trattamento di Stimolazione Cognitiva per persone con demenza da lieve a moderata e con *Mild Cognitive Impairment*. Nel contesto del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze del Distretto Trieste 2, di afferenza Territoriale, l'equipe multi-professionale ha adottato questa buona pratica attivando un protocollo di Terapia di Stimolazione Cognitiva.

Metodi. Campione: 2 gruppi composti ciascuno da 6 persone con diagnosi di Demenza di grado lieve. Un primo gruppo ha partecipato al protocollo di Terapia di gruppo di Stimolazione Cognitiva costituita da 14 sessioni a cadenza bisettimanale, e alla Terapia di Mantenimento della Stimolazione Cognitiva con 24 sedute settimanali. Un secondo gruppo ha frequentato le 14 sessioni di Terapia di gruppo di Stimolazione Cognitiva. I membri del primo gruppo sono stati valutati pre Trattamento, pre e post Mantenimento mentre quelli del secondo sono stati valutati pre e post Trattamento e trascorso il periodo di sei mesi, senza che gli venisse erogato il Mantenimento, che sarà comunque garantito. Strumenti e scale di valutazione utilizzate: *Mini Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, Addenbrooke's Cognitive Examination, Digit Span Forward and Backward, Matrici di Raven, Test di memoria verbale rievocazione immediata e differita, Frontal Assessment Battery, Geriatric Depression Scale, Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living e Disability Assessment for Dementia, Zarit Burden Interview, Quality of Life in Alzheimer's Disease* versione per l'utente e versione per i familiari.

Risultati. Dal punto di vista qualitativo le persone, grazie ad un monitoraggio costante da parte degli operatori, non hanno avuto accessi in Pronto Soccorso e ricoveri impropri. Le persone hanno raggiunto la sede distrettuale in autonomia o accompagnati dai familiari, e nei casi in cui se ne è ravvisata la necessità, si è attivato il Terzo Settore per il servizio di trasporto affinché fosse garantita la frequenza agli incontri. Dai risultati emerge un miglioramento della qualità di vita percepita dal soggetto e una diminuzione del carico assistenziale dei caregivers. Nel complesso le *performances* cognitive non hanno subito un peggioramento e si è riscontrato un lievissimo miglioramento nelle prove di rievocazione mnemonica.

Conclusioni. Le persone che hanno usufruito del Protocollo hanno riferito essere stata un'esperienza gradita sia in termini di contesto (dinamica di gruppo e interazione tra i partecipanti) che in termini di soddisfazione per l'impegno settimanale. I caregivers hanno apprezzato il coinvolgimento dei propri familiari in un'attività gratificante e positiva e che restituisse loro un ruolo.

ASSISTENZA NUTRIZIONALE NEL CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

Ghisoni Matilde (a), Morana Paola Patrizia (b), Ballarino Grazia Rita (a), Martino Elvira (a), Nardi Lorena (a), Bocchi Simona (a), Monari Katuscia (c), Minozzi Rita (a), Salerno Andrea (a), Ponanti Giorgia (d), Vaccina Antonella Rita (a), Fabbo Andrea (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena*

(b) *Servizio Nutrizione e Dietologia, Ausl, Modena*

(c) *Specialistica Ambulatoriale Casa della Comunità Castelfranco Emilia, Ausl, Modena*

(d) *Corso di Laurea Dietistica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*

Introduzione. La malnutrizione è una condizione molto diffusa tra le persone con demenza poiché i cambiamenti fisiopatologici hanno un impatto negativo sullo stato nutrizionale, con conseguente peggioramento del declino cognitivo ed un incremento di sarcopenia, fragilità, morbilità e mortalità. Le procedure per l'assistenza nutrizionale presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze dell'Ausl di Modena nel distretto di Castelfranco Emilia, identificano ruoli e responsabilità dei professionisti coinvolti e definiscono indicatori per il monitoraggio. Il presente abstract descrive le fasi dell'assistenza nutrizionale e gli indicatori di processo e di efficacia.

Metodi. Le persone che afferiscono al Centro, individuate tramite screening (calo ponderale $\geq 5\%$, disfagia, lesioni da pressione), sono inviate al dietista. Il dietista, sulla base del *Nutrition Care Process*, effettua la valutazione nutrizionale, definisce la diagnosi nutrizionale e pianifica l'intervento nutrizionale. Nella fase di monitoraggio e valutazione degli esiti, verifica lo stato della diagnosi nutrizionale e il raggiungimento degli obiettivi nutrizionali concordati. I pazienti che hanno risolto le diagnosi nutrizionali e raggiunto gli obiettivi nutrizionali sono riaffidati allo *screening*.

Risultati. Da gennaio 2023 a giugno 2024 sono stati inviati al dietista 77 pazienti (età media di 84,1 anni), 30% maschi e 70% femmine, 39% ambulatoriali, 36% domiciliari, 25% in struttura socioassistenziali. Il 48% presenta disfagia, il 25% lesioni da decubito e il 34% calo ponderale $\geq 5\%$. Il *drop-out* è del 32%, di cui un 16% dovuto al decesso. L'Indice di Massa Corporea, calcolato su 57 pazienti, ha un valore medio di 24,8 kg/m² (min 13, max 47,5), il 48% ha un apporto stimato di energia $< 90\%$ rispetto al fabbisogno stimato. La circonferenza del polpaccio e del braccio sono $< 5^{\circ}$ percentile rispettivamente nel 47% e 46% dei pazienti. Sono state identificate 119 diagnosi nutrizionali, di cui 49 rivalutate in fase di monitoraggio, di queste il 53,1% è stata risolta, il 10% dei pazienti ha raggiunto tutti gli obiettivi nutrizionali ed è stato riaffidato allo *screening* nutrizionale. Per ogni paziente sono stati implementati uno o più interventi nutrizionali: piano di trattamento dietetico 75% (pasti fortificati, diete a consistenza modificata, igiene orale, gestione dei pasti), nel 35% è stato prescritto l'addensante e nel 38% un supplemento nutrizionale orale, educazione nutrizionale 62%.

Conclusioni. La definizione del percorso di assistenza nutrizionale ha permesso la presa in carico degli aspetti nutrizionali prioritari per il benessere delle persone con demenza e la raccolta degli indicatori ha evidenziato punti di forza e limiti per individuare strategie di miglioramento.

STUDIO NORMATIVO DEL SATURN IN ITALIA: STRUMENTO DIGITALE, AUTO-SOMMINISTRATO E OPEN-SOURCE PER LA VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE DI PRIMO LIVELLO

Giaquinto Francesco (a), Asseconi Sara (b), Leccese Giuliana (c), Romano Daniele Luigi (d), Angelelli Paola (c)

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

(b) *CIMeC, Centro Interdipartimentale Mente/Cervello, Università degli Studi, Rovereto, Trento*

(c) *Dipartimento di Medicina, Università degli Studi del Salento, Lecce*

(d) *Dipartimento di Psicologia e Milan Center for Neuroscience, NeuroMI, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano*

Introduzione. I test di primo livello per la valutazione globale delle funzioni cognitive (ad esempio *Mini Mental State Evaluation*, MMSE e *Montreal Cognitive Impairment*, MoCA) sono stati sviluppati per il rilevamento precoce del deterioramento cognitivo, ma la loro applicazione nel setting di medicina generale è ancora limitata. I progressi tecnologici potrebbero aiutare a superare questi problemi attraverso l'auto-somministrazione, lo *scoring* automatico e la riduzione del tempo impiegato dai professionisti. Una revisione sistematica ha rivelato l'assenza di studi normativi o di validazione per questi strumenti digitali in Italia. Questo studio mira a stabilire i dati normativi per il *Self-Administered Tasks Uncovering Risk of Neurodegeneration* (SATURN), stratificati per età, istruzione e sesso in un campione di individui italiani in assenza di patologia neurologica auto-riferita.

Metodi. 323 soggetti (180 donne; età: $61,33 \pm 8,75$, intervallo: 50-80; anni di istruzione: $11,32 \pm 4,59$) hanno preso parte allo studio. SATURN è un test digitale auto-somministrato per la valutazione della cognizione globale, somministrato al computer con utilizzo del mouse tramite il software *PsychoPy* versione 2022.2.2. Fornisce punteggi per accuratezza e tempi di risposta, indagando memoria, attenzione, orientamento, abilità visuo-spaziali, calcolo, funzioni esecutive e tempi di lettura. Il protocollo di confronto carta e matita consisteva nel MMSE e MoCA. Il protocollo cartaceo è stato somministrato da neuropsicologi esperti e studenti di psicologia. La somministrazione ha avuto una durata di circa 30 minuti. Sono state effettuate analisi di correlazione, regressione multipla, limiti di tolleranza interni ed esterni, punteggi equivalenti e griglie di correzione.

Risultati. È emerso un effetto significativo dell'età e dell'istruzione sul punteggio totale di accuratezza del SATURN, mentre il sesso ha influenzato significativamente il tempo totale. I punteggi e i tempi dei sottodomini sono influenzati in modo diverso dalle caratteristiche sociodemografiche. Per il punteggio totale corretto del SATURN, il limite esterno corrisponde a 16,56 su 29,00 (*cut-off*), mentre il limite interno a 18,57. SATURN ha mostrato una correlazione significativa con MMSE ($r=0,19$, $p<0,001$) e MoCA ($r=0,30$, $p<0,001$).

Conclusioni. Il valore di *cut-off* in questo studio è molto inferiore rispetto a quello riportato nello studio originale (21,00 su 30). L'influenza dell'età e dell'istruzione sul punteggio grezzo totale è coerente con Tagliabue et al. (2023), così come con gli studi normativi italiani di MMSE e MoCA. Questa ricerca rappresenta il primo tentativo di fornire dati normativi stratificati per età, istruzione e sesso per la versione italiana di SATURN, il primo strumento digitale open-source per la valutazione iniziale delle funzioni cognitive ad essere introdotto nel contesto italiano. Studi futuri dovranno valutare i valori di sensibilità e specificità dello strumento nell'identificare i casi di declino cognitivo rispetto ai soggetti sani.

PROFILO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E LE NUOVE TERAPIE PER L'ALZHEIMER

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

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

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

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

(d) *Gruppo di Studio FONDEM sul Tavolo Permanente sulle Demenze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Laboratori Scientifici Culturali, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Como*

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

(g) *Dipartimento di Neurologia, Casa di Cura Igea, Milano*

Introduzione. Il Fondo Italiano per l'Alzheimer e altre demenze, istituito nel dicembre 2020, ha commissionato all'Istituto Superiore di Sanità l'analisi dell'offerta dei servizi per le demenze. A tal fine, è stata condotta un'indagine nazionale presso i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) per raccogliere dati sulle loro caratteristiche organizzative, sui servizi offerti, e sulle figure professionali presenti. L'arrivo delle terapie *Disease Modifying Therapy* (DMT) per l'Alzheimer in Europa solleva interrogativi sulla preparazione dei sistemi sanitari nazionali; i nuovi farmaci richiederanno una diagnostica specializzata e una valutazione approfondita dei pazienti. L'indagine si propone di fornire una descrizione completa dei CDCD, considerando che le nuove terapie richiederanno strutture con specifiche caratteristiche per soddisfare i criteri di prescrizione. Inoltre, si intende confrontare le strutture con capacità prescrittive con altre, evidenziando differenze negli aspetti organizzativi e nei servizi forniti ai pazienti.

Metodi. È stata condotta un'indagine nazionale utilizzando un questionario online tra luglio 2022 e febbraio 2023. Sono stati identificati 534 CDCD e 450 (84%) hanno risposto alle domande relative ad aspetti strutturali e organizzativi. Per effettuare la prescrizione di queste nuove terapie DMT le strutture dovrebbero disporre di: a) team multiprofessionali, cioè più di un medico specializzato in disturbi cognitivi e almeno uno psicologo/neuropsicologo; b) capacità di condurre valutazioni neuropsicologiche complete; c) capacità di effettuare la valutazione dei biomarcatori con liquor e/o PET (*Positron Emission Tomography*) e la risonanza magnetica celebrale. L'analisi delle risposte ricevute ha permesso di identificare le strutture che soddisfano i requisiti per la prescrizione. Sono state effettuate inoltre analisi univariate e multivariate.

Risultati. Solo il 10,4% dei CDCD soddisfano i requisiti per garantire una prescrizione ottimale dei nuovi farmaci, con significative differenze geografiche. La maggior parte di queste strutture si trova nel Nord Italia ed in alcune regioni sono del tutto assenti. Queste strutture sono solitamente universitarie, hanno un maggior numero di professionisti, un registro elettronico, un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) (regionale o aziendale) e sono aperte per almeno 15 ore settimanali.

Conclusioni. È necessario un intervento per migliorare la capacità dei CDCD di effettuare in modo appropriato in base alle nuove terapie la diagnosi e la prescrizione. Le informazioni ottenute dovrebbero promuovere iniziative per ridurre la frammentazione e garantire risorse adeguate per i CDCD.

* *Componenti del Tavolo Nazionale permanente delle Demenze:*

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

** *Componenti del Gruppo di Studio CDCD <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39213073/>*

CONDIZIONI NEUROLOGICHE CLINICAMENTE RILEVANTI NEI PAZIENTI ADULTI CON SINDROME DI DOWN

Grotteschi Nicola (a), Pirazzoli Gianluca (b), Magali Jane Rochat (c), Bacalini Maria Giulia (c), Pellegrini Camilla (c), Ghezzi Alessandro (d), Lodi Raffaele (c), Tonon Caterina (c), Cortelli Pietro (a), Sambati Luisa (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Clinica Neurologica Rete Metropolitana, IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna*

(b) *Dipartimento Medico, Ospedale Maggiore, Bologna*

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

(d) *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi, Bologna*

Introduzione. Considerando il quadro clinico estremamente complesso dei pazienti adulti con Sindrome di Down (SD), in questa popolazione i risultati neurologici devono essere valutati tenendo conto delle anomalie neuroanatomiche, del deficit sensoriale, della disabilità intellettiva, delle comorbidità legate all'età e della polifarmacoterapia. L'obiettivo di questo articolo è contribuire a questo campo descrivendo i risultati di un esame fisico neurologico completo eseguito su una coorte di adulti con SD reclutati a Bologna, Italia. Inoltre, i risultati neurologici emersi durante la visita saranno valutati considerando eventuali dati clinici e strumentali.

Metodi. Sono stati reclutati ed esaminati 70 partecipanti con SD presso l'UOC Clinica Neurologica Rete Metropolitana (NeuroMet), IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, in collaborazione con l'UOC Rete Geriatrica Integrata Ospedale Territorio, Ausl Bologna. I criteri di inclusione erano: 1) una diagnosi clinica e cariotipica di SD, 2) essere maggiori di 18 anni, 3) avere un informatore/caregiver affidabile. I pazienti hanno subito un esame geriatrico e neurologico e test del sangue di routine.

Risultati. Il Disturbo Neurocognitivo (NcD) è stato rilevato in 20 soggetti pazienti (28,6%). Cinque pazienti (7,1%), di età inferiore ai 40 anni, hanno ricevuto una diagnosi di Disturbo da Regressione nella Sindrome di Down (DSRD). Disturbi psichiatrici sono stati trovati in 28 (40%) pazienti della coorte di partecipanti. Disturbi ipocinetici sono stati rilevati in 20 pazienti (28,6%) della coorte, senza che nessuno fosse diagnosticato con parkinsonismo. La diagnosi di Major NcD, disturbi psichiatrici e disturbi ipocinetici erano più probabili nei soggetti di età più avanzata ($p\text{-value}<0,01$), con livelli più bassi di ADL ($p\text{-value}=0,03$) e con livelli di istruzione più bassi ($p\text{-value}<0,01$) rispetto al resto della coorte. Considerando la co-occorrenza di disturbi, abbiamo trovato che NcD ed epilessia tendono a co-occorrere ($p\text{-value}=0,02$). I partecipanti con DSRD erano più inclini a presentare movimenti stereotipati durante il nostro esame ($p\text{-value}<0,01$). La diagnosi di disturbi psichiatrici era più frequente nei soggetti con Major NcD ($p\text{-value}=0,04$). Il disturbo ossessivo-compulsivo era comunemente associato ai tic ($p\text{-value}=0,001$). I partecipanti con sintomi psicotici e i partecipanti in trattamento con antipsicotici solitamente mostravano disturbi ipocinetici durante l'esame ($p\text{-value}=0,03$).

Conclusioni. L'elevata prevalenza di comorbidità neurologiche negli adulti con SD e la loro complessa relazione con il quadro sindromico evidenziano la necessità di una cura specializzata.

PERSONE CON DEMENZA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI: PROSPETTIVE DI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI

Guaita Antonio (a), Cutaia Chiara (b)

(a) *Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(b) *Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Abbiategrasso, Milano*

Introduzione. In Italia gli ultra65enni in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) sono 1,9% ben al di sotto della media europea del 4% o di stati come Germania (5,4%), Francia (5,0%), Spagna (4,4%), secondo dati europei (*Oecd Health Statistics*). Questo ha portato in Italia ad una selezione di casi più gravi fra i residenti, con una maggior quota di persone con demenza che nelle RSA in Italia affligge il 73% dei residenti contro, ad esempio, il 48% nel Regno Unito e il 51% in Belgio e Olanda. In tutti i paesi la presenza di demenza rappresenta la più importante causa di trasferimento in RSA.

Metodi. L'alta percentuale di persone con demenza propone alle RSA una serie di bisogni diversi rispetto alle persone non autosufficienti per motivi solo fisici: 1) non autosufficienza senza riduzione delle capacità motorie se non nelle fasi gravi e terminali della malattia; 2) presenza dei disturbi del comportamento: una quota rilevante di questi residenti presenta disturbi del comportamento, dell'82% in una revisione sistematica; 3) le persone con demenza sono state colpite da COVID-19 più del resto dei coetanei.

Risultati. Questa diversa non autosufficienza impone un ripensamento di tutti gli aspetti sia di processo che strutturali delle RSA.

Di processo: organizzazione centrata sulla persona, promozione di un approccio "protesico" nella organizzazione degli spazi, delle attività e delle persone che curano. Formazione specifica per prendersi cura delle persone con problemi del comportamento riducendo al minimo la contenzione farmacologica e non farmacologica.

Strutturali:

- Residenza: l'ambiente è cruciale; deve garantire sicurezza degli spazi (sicurezza=libertà) ma anche *privacy* e comfort (spazi privati: il COVID ha mostrato come la mortalità e morbilità siano state più alte nelle RSA con più alto indice di affollamento, cioè nel rapporto residenti/numero di stanze);
- Sanitaria: tutti gli aspetti della cura sono parte del mantenimento della autonomia residua e della qualità di vita, ma i dati mostrano come la presenza di personale sanitario sia insufficiente e in calo;
- Assistenziale: il personale di cura in Italia è gravemente carente nelle RSA, al confronto con altri paesi (vi è stata una riduzione di mortalità e morbilità da COVID del 22% per ogni 20 minuti in più di assistenza).

Conclusioni. Le persone con demenza pongono inusitati problemi di sicurezza e libertà nel rapporto fra assistenza e sorveglianza.

PREVENZIONE DEL DECLINO COGNITIVO IN CASA DI COMUNITÀ

Guarnerio Chiara (a), La Spina Isidoro (b), Rigoli Mattia (a), Colombo Irene (c), Calcaterra Andrea (d), Tremamondo John (e)

(a) Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona, Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Presidio Ospedaliero Gallarate, Busto Arsizio, Varese

(b) ASST Valle Olona, Struttura Complessa Neurologia, Presidio Ospedaliero Gallarate, Busto Arsizio, Varese

(c) ASST Valle Olona, Presidio Ospedaliero Gallarate, Varese

(d) ASST Valle Olona, Struttura Semplice Dipartimentale Governo della Psicologia Clinica, Busto Arsizio, Varese

(e) ASST Valle Olona, Direzione Socio-Sanitaria, Busto Arsizio, Varese

Introduzione. È ormai noto come la manifestazione delle demenze, specie della Malattia di Alzheimer, sia da attribuire all'interazione tra fattori non modificabili, come l'aumentare dell'età e la predisposizione genetica, e fattori su cui invece possiamo agire per deviare la traiettoria relativa alla manifestazione della patologia. Sono altresì altrettanto noti gli interventi utili in caso di patologia già espressa al fine di contenere il peggioramento della patologia. Dalla legge n. 22 del 2021 in Regione Lombardia sono state istituite le Casa di Comunità che devono garantire diverse attività tra cui quella di prevenzione. Presso la Casa di Comunità di Cassano Magnago è stato attivato un progetto pilota dedicato alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria del declino cognitivo.

Metodi. Dopo uno studio delle evidenze a disposizione in merito ai programmi di prevenzione, sono stati reclutati 36 soggetti provenienti dal Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze del Presidio Ospedaliero di Gallarate, di cui 6 con diagnosi di Disturbo Cognitivo Soggettivo (DCS) (età media 63,5 anni; 66,6% femmine, 33,4% maschi), 18 con diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) (età media 75,75; 66,7% maschi, 33,3% femmine) e 12 di demenza (età media 79,5; 5,5% maschi, 94,5% femmine). I soggetti sono stati sottoposti in Casa di Comunità ad una valutazione multidisciplinare ed in seguito hanno partecipato a programmi differenziati di *training* cognitivo/stimolazione cognitiva di gruppo, attività motoria/prevenzione alla cadute di gruppo, controllo dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.), educazione alimentare/dieta, visite specialistiche in base ai bisogni emersi, attività educativo-informativa circa i fattori di rischio per deterioramento cognitivo (solo per il gruppo con DCS e MCI).

Risultati. Da una prima analisi dei dati eseguita sul gruppo con DCS, che ha terminato il programma, è emerso che al 33,3% dei pazienti sono state riscontrate patologie cardiovascolari non ancora note e al 16,6% obesità. Il 100% dei pazienti, al termine del programma, non è peggiorato sia da un punto di vista cognitivo che motorio. Seguirà in sede congressuale la presentazione dei dati relativi ai restanti gruppi che termineranno gli interventi a ottobre 2024.

Conclusioni. La sfida futura sarà quella di individuare e implementare programmi di prevenzione, specie primaria, con i miglior rapporto costo-efficacia.

DEMENTIA NEGLI IMMIGRATI E NELLE MINORANZE ETNICHE AD AGRIGENTO

Gucciardino Liana (a), La Sala Paola (a,b), Vullo Marta (c), Chillemi Gaetana (b), Di Francesco Giacomina (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Malattie Degenerative ed Involutive CDCD, Azienda Sanitaria Provinciale AGI, Agrigento*

(b) *Corso di Laurea in Mediazione Linguistica e Culturale, ECUA, Empedocle Consorzio Universitario degli Studi, Agrigento*

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

Introduzione. L’iniziativa nasce dalla consapevolezza di due importanti cambiamenti demografici ed epidemiologici: l’invecchiamento progressivo della popolazione e l’aumento dei flussi migratori. In provincia di Agrigento si assiste ormai da anni all’incremento della popolazione straniera essendo Agrigento considerata “la Porta del sud”. Sono infatti circa 18 mila i residenti, nel territorio, di origine straniera, con o senza permesso di soggiorno, tracciati dall’Ufficio Anagrafe dei Comuni di Agrigento, Porto Empedocle e Realmonte, comunità di migranti in particolare Tunisine, Marocchine, Algerine e del Gana oramai stanziali da diversi anni. Partendo da questo dato e comparandolo con gli ultimi dati ISTAT, il numero di migranti con un’età al di sopra dei 60 anni equivale a circa il 17% del totale della popolazione migrante presente sul territorio per cui il progressivo invecchiamento comporterà un cambiamento nei bisogni di salute che sarà sempre più esposta a condizioni patologiche legate all’età, come le demenze e le altre patologie neuro-degenerative. Il percorso scaturisce dalla considerazione che malgrado il numero considerevole di soggetti migranti anziani che risiedono nel territorio il ricorso ai servizi del CDCD è veramente minimo quasi inesistente. Questo gap ha portato l’UOC Malattie Degenerative ed Involutive dell’ASP di Agrigento a preparare una campagna di promozione alla salute e sensibilizzazione sulle demenze dedicato alla popolazione immigrata, per far conoscere e facilitare l’accesso ai servizi sanitari dedicati. Il piano di comunicazione appositamente preparato è stato predisposto e condiviso con i docenti e con gli studenti del corso di laurea in Mediazione Linguistica e Culturale del Consorzio Universitario di Agrigento ECUA, che hanno collaborato anche nella fase attuativa e di contatto con la popolazione migrante.

Metodi. Partendo dalla consapevolezza che la popolazione migrante non si rivolge facilmente al sistema sanitario nazionale, e che nell’approccio con il migrante si deve tener conto delle etnie e origini culturali differenti rafforzando e veicolando un approccio culturalmente sensibile al problema delle demenze tra i migranti nella sua complessità e nelle sue sfumature culturali. Considerato che lo stato di salute del migrante può essere influenzato da diversi fattori ci si è soffermati su quelli che riguardano le caratteristiche del Paese di origine e di destinazione (reddito, livello di istruzione, risorse sanitarie, ...), gli attributi individuali e biologici (età, sesso, alimentazioni e pratiche sanitarie, ...), ed infine quelli che riguardano la stessa esperienza migratoria (come durata, motivazione, supporto). È stato quindi sviluppato un modello di questionario/intervista, per raccogliere informazioni su questi dati da parametrare in seguito con i risultati dei test cognitivi. Inoltre

per promuovere l'accesso ai servizi è stato distribuito del materiale informativo sulle demenze adattato culturalmente e tradotto in 4 lingue, inoltre sono stati previsti degli incontri informativi presso alcune strutture sanitarie dove poter incontrare la popolazione straniera e fornire informazioni e approfondimenti sulle patologie degenerative e le demenze, questi incontri verranno condotti con i mediatori assegnati dall'università. La presenza di giovani mediatori è indispensabile per supportare lo sviluppo di raccomandazioni sanitarie e stili di vita adeguati.

Risultati. La presenza di una barriera linguistica e di una diversità culturale complica l'approccio clinico e assistenziale al paziente con una storia di migrazione. Questo primo approccio di promozione e di sensibilizzazione ci ha permesso di meglio evidenziare la necessità di quantificare e caratterizzare il problema dei disturbi cognitivi nei migranti e nelle minoranze etniche presenti nel territorio e di adottare politiche sanitarie adeguate, incentrate su una visione sensibile alle diversità. Il ruolo del mediatore diventa importantissimo, è quello che ci ha permesso di colmare le distanze linguistiche e di trasmettere le informazioni in maniera accurata e completa facilitando il ricorso alle strutture sanitarie del territorio.

Conclusioni. Questa campagna di promozione alla salute, sensibilizzazione ai temi della demenza e del declino cognitivo, dedicata alla popolazione straniera ha consentito una prima stima di numeri, nel territorio afferente all'ASP 1 di Agrigento, individuando criticità e barriere per identificare e promuovere percorsi sanitari dedicati e buone pratiche dedicate ai migranti affetti da demenza e disturbi cognitivi. La conoscenza dei servizi del territorio il contatto con i sanitari del CDCD e la presenza di mediatori hanno sicuramente facilitato l'approccio della popolazione migrante al sistema di cure offerto dall'ASP di Agrigento.

STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA: NUOVE FRONTIERE DELLE TERAPIE COGNITIVE NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Gucciardino Liana, Chillemi Gaetana, Sgarito Claudia, La Sala Paola
Unità Operativa Complessa Malattie Degenerative ed Involutive CDCD, Azienda Sanitaria Provinciale AGI, Agrigento

Introduzione. La Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) è potenzialmente efficace nel contrastare la progressione del declino cognitivo nei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (MA). A differenza dei farmaci di recente sviluppo che agiscono sulla sostanza amiloide o sulla proteina tau, la TMS genera campi magnetici che attraversano la scatola cranica e si trasformano in impulsi elettrici, stimolando così la riattivazione delle sinapsi e dei neuroni la cui eccitabilità è ipertattivata nei soggetti con Malattia di Alzheimer. Volendo modulare l'eccitabilità dei circuiti corticali iperstimolati si è pensato di applicare un protocollo di stimolazione inibitoria, nell'area prefrontale dorsolaterale destra, area che risulta essere controlaterale all'area prefrontale dorsolaterale sinistra che da letteratura risulta essere iperattiva nei soggetti con MA. Questa regione è collocata in porzione estesa del cervello facilmente individuabile. È precocemente danneggiata dalla Malattia di Alzheimer poiché è una sede privilegiata di accumulo della sostanza amiloide e degli aggregati di proteina tau. La corteccia prefrontale dorsolaterale svolge un ruolo chiave all'interno del *default mode network*, ed è altamente connesso con altre aree, tra cui il lobo temporale coinvolto nei processi di memoria e consapevolezza e controllo.

Metodi. Soggetti reclutati: *Mild Cognitive Impairment* con *Mini-Mental State Examination* tra 18 e 24. Per valutare i deficit del paziente viene utilizzata una batteria di test standardizzati, orientata a definire il grado di flessione nelle funzioni cognitive. I test usati sono: *Matrici Attentive*, *Trial Making*, *15 parole di Rey*, *Frontal Assesment Battery*, *Montreal Cognitive Assessment*, *Esame Neuropsicologico Breve*, *Geriatric Depression Scale* e *Short Form Health Survey 36*. I pazienti sono stati trattati con rTMS, 18 sessioni di stimolazione, 4 volte le prime due settimane, e 10 sedute unisettimanali per un totale di 12 settimane.

Risultati. L'obiettivo è modificare le funzioni cognitive dell'area stimolata, ottenendo un miglioramento sul piano delle funzioni cognitive e dell'umore.

Conclusioni. In atto abbiamo riscontrato un miglioramento del tono dell'umore e maggiori capacità attentive.

SPORTELLO ALZHEIMER: UNO SPAZIO PER CHI SI PRENDE CURA

Gucciardino Liana, La Sala Paola, Cinquemani Tiziana, Chillemi Gaetana, Pecoraro Emanuela

Unità Operativa Complessa Malattie Degenerative ed Involutive CDCCD, Azienda Sanitaria Provinciale AGI, Agrigento

Introduzione. Le caratteristiche proprie della Malattia di Alzheimer fanno sì che il suo impatto non si limiti al paziente, ma ricada pesantemente anche sui suoi familiari. Mano a mano che la demenza si fa più severa, i malati diventano progressivamente privi di qualsiasi autonomia e, di conseguenza, totalmente dipendenti dall'aiuto dei caregivers per qualsiasi attività. Avviene così una profonda ristrutturazione di un legame stabile, quale quello moglie-marito o figlio-genitore, in cui l'aiuto, l'affetto e l'assistenza diventano unidirezionali, fino ad occupare interamente il rapporto. Tale drammatica trasformazione della relazione, provoca un grave disagio emotivo e psichico, che si va a sommare all'imponente peso fisico e materiale dell'onere assistenziale. In particolare, l'onerosità del carico assistenziale si ripercuote negativamente su molteplici aspetti della vita del caregiver: sulla sua dimensione lavorativa, sulla situazione economica complessiva della famiglia, sulla sua salute fisica, insieme al peso psicologico che questo compito così oneroso comporta. Ecco perché diventa importante fornire un sostegno alle famiglie anche attraverso la trasmissione di informazioni utili alla gestione relazionale e pratica del malato (modalità di approccio, di comunicazione e di gestione dei disturbi del comportamento; saper riconoscere le proprie reazioni psicologiche di fronte alla malattia cronica; sapere quali servizi sono disponibili sul proprio territorio per "dare un aiuto" nel compito assistenziale). Questa consapevolezza è alla base della realizzazione di uno servizio presso l'Unità Operativa Complessa Malattie Degenerative ed Involutive dell'ASP 1 di Agrigento, "Sportello Alzheimer".

Metodi. Lo sportello, nasce dall'esigenza di creare un servizio omogeneo e di facile accesso, in grado di accogliere le istanze di chi si deve confrontare con la Malattia di Alzheimer; ha l'obiettivo di fornire gratuitamente, di offrire una consulenza dedicata al caso specifico e delle strategie di assistenza più funzionali in relazione alle difficoltà presentate e strettamente correlate alla malattia, considerata l'equipe pluridisciplinare che compone il servizio (psicologi, assistenti sociali e sociologi) e che permette interventi ed azioni diversificate come:

- informazioni sulle fasi della malattia;
- indicazioni pratiche su come seguire il malato e come fronteggiare i disturbi del comportamento grazie ad atteggiamenti adeguati;
- orientamento ai servizi e agli enti specializzati del territorio che si occupano di demenze;
- indicazioni su pratiche socio sanitarie con i servizi sociali dei comuni;
- incontri su tematiche specifiche;

- ascolto e sostegno psicologico. In caso di necessità, in modo individuale per mezzo di incontri con uno specialista; altrimenti in un gruppo di auto mutuo aiuto condividendo le esperienze.

Lo sportello è attivo 2 giorni alla settimana ma si può avere consulenza anche telefonica.

Risultati. Costruire una rete di supporto per la famiglia in particolare per il caregiver che si prende il maggiore carico, fornire informazioni ma in particolare supportarlo ad uscire fuori dalla spirale di isolamento che questa patologia crea, sia attorno al malato sia attorno a chi se ne prende cura. Dall'attivazione del servizio ad oggi il numero di richieste e di interventi è stato in crescita esponenziale con un alto livello di gradimento espresso dall'utenza.

Conclusioni. La rete, il supporto individuale o grupale e le informazioni, sono elementi indispensabili per fronteggiare la complessità gestionale del paziente affetto di alzheimer. Supportare le famiglie non lasciarle sole in questo lungo e faticoso percorso assistenziale è un elemento di cura che migliora l'assistenza nel suo complesso. Per cui è necessario creare delle risposte di assistenza socio sanitaria, articolate e diversificate in grado di rispondere alla molteplicità dei bisogni.

IMMIDEM MODENA - PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI NELL'AMBITO DI MIGRAZIONE E DEMENZA

Guerzoni Valentina (a), Galli Chiara (a), Salerno Andrea (a), Tozzi Rossella (b), Mussi Chiara (b), Fabbo Andrea (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena*

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

Introduzione. Le evidenze più recenti hanno dimostrato come il numero di persone provenienti da realtà linguistiche e culturali differenti che accede ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) è in progressivo aumento a fronte, tuttavia, di sistemi sanitari nazionali e locali ancora impreparati nella valutazione clinica e nell'intercettazione di specifici bisogni. Il progetto Immidem-Modena vuole promuovere lo sviluppo di un contesto capace di caratterizzare il fenomeno della demenza nella popolazione migrante, favorendo un approccio socio-sanitario culturalmente sensibile e consapevole.

Metodi. Il progetto è stato suddiviso in 3 macroaree di intervento progettate a partire da febbraio 2024: 1) *training* specifico sul tema demenze e migranti mediante corso di formazione interna rivolto a medici geriatri, infermieri, psicologi, neuropsicologi e terapisti occupazionali, 2) incontri formativi rivolti ai mediatori culturali per stabilire linee guida finalizzate a lavorare in team durante la valutazione neuropsicologica, 3) incontri di sensibilizzazione sul tema della prevenzione dei disturbi cognitivi e sui percorsi di accesso ai servizi dedicati all'interno di comunità straniere.

Risultati. 1) Ad aprile 2023 sono state condotte due edizioni del corso "Immidem a Modena" a cui hanno partecipato 19 geriatri, 9 Terapisti Occupazionali, 16 infermieri, 4 psicologi, tutti appartenenti all'UOC Disturbi Cognitivi e Demenze dell'Ausl di Modena e operanti nei 7 CDCD provinciali. Il corso ha permesso di diffondere evidenze e conoscenze sul fenomeno ed acquisire competenze specifiche per la somministrazione della scala RUDAS (*Rowland Universal Dementia Assessment Scale*). 2) In aprile 2023 è stato condotto un corso con modalità online sul tema demenza e servizi della rete locale ad un totale di 6 mediatori culturali (lingue araba, albanese, russa-ucraina, sikh) della Cooperativa Gulliver di Modena, che fornisce il servizio di mediazione culturale nei servizi Ausl. 3) A maggio 2023 il CDCD è stato ospite del raduno regionale sikh a Castelfranco Emilia e della moschea di Modena: in entrambi gli eventi è stato messo a disposizione materiale informativo tradotto e presentato il servizio territoriale mediante breve comunicazione orale. È in corso l'organizzazione di evento analogo presso la comunità araba montana della provincia. Per identificare le priorità di azione e di argomenti da trattare, è stato realizzato e tradotto in lingua araba un questionario rivolto alla comunità.

Conclusioni. Il progetto ha permesso di avviare un processo di potenziamento della pratica assistenziale per la valutazione cognitiva cross-culturale e di promuovere incontri con le comunità straniere per migliorarne la consapevolezza e l'alfabetizzazione sanitaria nell'ambito dei disturbi cognitivi.

DIETA IPERCALORICA IN MODELLI ANIMALI DI MALATTIA DI ALZHEIMER: REVISIONE SISTEMATICA

Hallulli Marsida (a), Carbone Elena (a), Scibetta Sofia (b), Cappella Marisa (a), Crestini Alessio (a), Rosa Paolo (b,c), Rivabene Roberto (a), Simonelli Valeria (d), Ricceri Laura (e), Di Bari Michele Angelo (f), De Luca Gabriele (g), Vanacore Nicola (h), Lacorte Eleonora (h), Piscopo Paola (a)

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

(b) *Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e Biotecnologie, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino, Latina*

(c) *ICOT, Istituto di Traumatologia e Ortopedia, Latina*

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

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

(f) *Dipartimento di Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

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

Introduzione. Secondo numerosi studi, una dieta ipercalorica potrebbe rappresentare un fattore di rischio per le malattie neurodegenerative, tra cui la Malattia di Alzheimer. Lo scopo di questa revisione sistematica è di fornire una panoramica dei dati recentemente pubblicati sugli effetti della dieta ipercalorica su modelli animali di demenza, al fine di approfondire i meccanismi molecolari coinvolti e mettere in luce ciò che rimane ancora inesplorato.

Metodi. La strategia di ricerca è stata sviluppata definendo tre componenti principali: demenza, dieta e modelli animali. I lavori provenienti dai tre database sono stati esportati e i duplicati sono stati rimossi. Da essi sono stati esclusi gli studi che includevano solo modelli *wild-type* o che non consideravano una dieta standard come condizione di controllo. Inoltre, sono stati esclusi lettere, commenti, editoriali, atti di conferenze, case report o serie di casi e revisioni non sistematiche. Gli studi inclusi sono stati valutati qualitativamente per il rischio di bias utilizzando lo strumento *Syracle's Risk of Bias*.

Risultati. Sono stati identificati 5.554 articoli: 1.950 da PubMed, 2.000 da Embase e 1.592 da *Web of Science*. Di questi, 130 hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Le diete ipercaloriche più comunemente utilizzate negli studi inclusi erano caratterizzate da più del 20% di grassi, con o senza supplementazione di colesterolo, o erano tipiche della dieta occidentale. I modelli transgenici utilizzati esprimevano o sovraesprimevano le proteine umane APP, APP/swe, APP/PS1 e Tau. Gli esiti più valutati riguardavano il profilo comportamentale e l'espressione di tau e amiloide, meno frequentemente sono stati esaminati neuroinfiammazione e stress ossidativo.

Conclusioni. La maggior parte degli studi ha riportato differenze significative nelle prestazioni nei test comportamentali tra i topi sottoposti a dieta ipercalorica rispetto a quelli

sottoposti a dieta standard (*Morris Water Maze, Open Field, test Y-maze*), anche se è stata osservata una notevole eterogeneità nelle procedure utilizzate per ciascun test comportamentale. Inoltre, sono state osservate differenze significative nell'espressione di tau e dell'amiloide, specialmente nella corteccia e nell'ippocampo. Nonostante l'eterogeneità dei test eseguiti, i risultati hanno indicato che i gruppi esposti a dieta ipercalorica mostrano un peggioramento significativo nelle prestazioni dei test comportamentali e un aumento dell'espressione di tau e amiloide nel cervello.

QUALITÀ DELLA DIETA, CONSUMO DI ALIMENTI ULTRA-PROCESSATI E RISCHIO DI DETERIORAMENTO COGNITIVO E MALATTIE NEURODEGENERATIVE

Iacoviello Licia (a,b), Bonaccio Marialaura (a)

(a) *Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione. IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo. Pozzilli, Isernia*

(b) *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Libera Università Mediterranea Giuseppe Degennaro, Casamassima, Bari*

Introduzione. Un'alimentazione inadeguata da un punto di vista nutrizionale è la causa principale di malattie metaboliche e cronico-degenerative. Recentemente l'attenzione della comunità scientifica si è spostata sul ruolo della lavorazione industriale degli alimenti. Con il termine alimenti ultra-processati si indicano formulazioni pronte per il consumo prodotte industrialmente, costituite principalmente o interamente da sostanze estratte da alimenti o derivate da costituenti alimentari spesso contenenti aromi, coloranti, emulsionanti e altri additivi aggiunti. Studi di popolazione in tutto il mondo hanno mostrato che un elevato consumo di alimenti ultra-processati è associato a una sopravvivenza più breve e ad un aumentato rischio di malattie non trasmissibili. Il potenziale impatto di questi alimenti sulla salute cognitiva e sul rischio di malattie neurodegenerative è stato invece meno esplorato.

Metodi. È stata condotta una revisione della letteratura volta ad approfondire il rapporto tra qualità della dieta, misurata come aderenza alla dieta mediterranea, e consumo di alimenti processati in relazione alla salute cognitiva e al rischio di malattie neurodegenerative (Alzheimer e demenze). Sono stati considerati studi di popolazione osservazionali condotti in tutto il mondo su popolazioni adulte.

Risultati. L'evidenza finora disponibile suggerisce in maniera consistente che una maggiore aderenza alla dieta mediterranea è associata a una riduzione del disturbo cognitivo lieve e ad un rischio ridotto di sviluppare demenza o Malattia di Alzheimer. Gli studi che hanno considerato gli alimenti ultra-processati come esposizione alimentare sono ancora limitati, tuttavia si segnala un aumento del rischio di demenza in associazione ad un consumo elevato di questi cibi, unitamente all'impatto negativo sulla funzione cognitiva. Da segnalare anche una relazione diretta tra consumo di alimenti ultra-processati e depressione, un fattore di rischio indipendente sia per la demenza che la Malattia di Alzheimer.

Conclusione. Gli studi disponibili confermano il ruolo protettivo della Dieta Mediterranea per la salute cognitiva negli adulti e per la riduzione del rischio di demenza e Malattia di Alzheimer. D'altro canto, si segnala un aumento del rischio di queste patologie in adulti che hanno una dieta ricca di alimenti ultra-processati. Questi dati suggeriscono la necessità di investigare in maniera più approfondita il ruolo della lavorazione dei cibi per la salute cognitiva, esplorando anche i meccanismi biologici alla base di queste osservazioni epidemiologiche. Fondamentale è inoltre capire se oltre al basso profilo nutrizionale, altri meccanismi, possono essere coinvolti nell'associazione tra alimenti ultra-processati e salute cerebrale come ad esempio l'alterazione della matrice o la presenza di vari additivi alimentari.

IMMIDEM, AIM 2: TEST NEUROPSICOLOGICI CROSS-CULTURALI E ADATTAMENTO IN ITALIANO

Maestri Giorgia (a), Cova Ilaria (a), Pantoni Leonardo (a,b), Pomati Simone (a)

(a) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

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

Introduzione. Una recente *survey* nell'ambito del progetto Immidem condotta con i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) italiani ha evidenziato un aumento del numero di pazienti migranti richiedenti una prima visita per la presenza di disturbi cognitivi. La maggior parte dei centri si è, tuttavia, dimostrata impreparata a valutare dal punto di vista neuropsicologico pazienti con un background culturale differente rispetto ai pazienti italiani.

Metodi. È stata effettuata una revisione della letteratura per individuare strumenti neuropsicologici che si fossero dimostrati validi nel valutare le abilità cognitive in popolazioni multiculturali allo scopo di tradurli ed adattarli alla lingua italiana seguendo dei passaggi delineati da Sousa e Rojjanasrirat (2010) comprensivi di: *forward translation*, sintesi 1, *back translation*, sintesi 2 e studio pilota della versione tradotta su un campione di soggetti sani e pazienti.

Risultati. Sono stati individuati i seguenti test e batterie: 1) la *Rowland Universal Dementia Assessment Scale* (RUDAS); 2) la *Multicultural Cognitive Examination* (MCE); 3) la *Cross-cultural Neuropsychological Test Battery* (CNTB). Sono state completate le prime 4 fasi del processo di traduzione e adattamento. È stato programmato lo studio pilota con 40 soggetti italiani sani e con declino cognitivo lieve. Verrà inoltre inserita un'ulteriore fase di studio pilota per la discussione della versione italiana con 10 mediatori culturali volta a garantire che gli item e le istruzioni dei test siano di facile e immediata traduzione in altre lingue.

Conclusioni. Diversi strumenti neuropsicologici si sono rivelati validi ai fini di una valutazione neuropsicologica cross-culturale. Tali strumenti sono stati tradotti ed adattati in italiano, verranno proposti ad un gruppo di soggetti sani, pazienti e mediatori culturali per valutarne la comprensibilità e successivamente diffusi tramite il sito www.immidem.it per essere fruibili da tutti i CDCD italiani.

DIAGNOSI PRECOCE DI DEFICIT COGNITIVO IN AMBITO MULTISPECIALISTICO: SCREENING

Manera Marina Rita (a), Grossi Federica (a), Chimento Pierluigi (b), Berra Eliana (c), Gabanelli Paola (a), Buonocore Michelangelo (b), Fundarò Cira (b)

(a) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Unità Complessa di Psicologia Pavia-Montescano, Istituto di Pavia, Pavia*

(b) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Servizio di Neurofisiopatologia, Istituto di Montescano, Montescano, Pavia*

(c) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Unità Complessa di Neurofisiopatologia Pavia-Montescano, Istituto di Pavia, Pavia*

Introduzione. Presso l'Istituto ICS Maugeri di Pavia è attivo dal marzo 2021 un ambulatorio neurologico, sede di CDCD, dedicato alla diagnosi e trattamento riabilitativo dei deficit cognitivi. Abbiamo applicato il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dedicato alle demenze (PDTA) nell'ambito del nostro Istituto con l'intento di individuare soggetti con sospetto decadimento cognitivo nell'ambiente multi-specialistico che caratterizza la nostra Istituzione impiegando strumenti di screening testistico combinati.

Metodi. Il percorso prevede l'invio all'ambulatorio da parte di specialisti cardiologi, pneumologi, endocrinologi, internisti e da specialisti neurologi e geriatri, non esperti in demenza. Con i primi è stato impostato un percorso educativo, con i secondi è stato condiviso il PDTA. La presa in carico in caso di sospetto decadimento cognitivo prevede un livello di valutazione di *screening* mediante esecuzione di TAC encefalo senza mezzo di contrasto, esami ematochimici (dosaggio vitamina B12, acido folico, TSH-*reflex*), somministrazione di *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e *Montreal Cognitive Impairment* (MoCA) da parte di specialisti neuropsicologi. A questo livello di valutazione segue un livello di approfondimento per la definizione eziologica della patologia costituito da valutazione clinica neurologica e batteria neuropsicologica, eseguiti da neurologo e neuropsicologo esperti in demenza, neuroimaging e diagnostica di medicina nucleare.

Risultati. Nell'arco di 24 mesi abbiamo valutato 168 pazienti, di cui 80 inviati dagli ambulatori multi-specialistici e da neurologi/geriatri non esperti in demenza e sottoposti a screening e 88 da neurologi dell'ambulatorio CDCD sottoposti direttamente ad approfondimento specialistico; degli 80 sono risultati patologici in almeno uno dei due test di screening in 74 (MMSE patologici 33, MoCA patologici 74, MMSE+MoCA patologici 33); ulteriori 2 pazienti con caratteristiche cliniche di deficit cognitivo soggettivo sono stati sottoposti ad approfondimento neuropsicologico e risultati entro la norma. I pazienti patologici sono stati così inquadrati dal punto di vista eziologico: 17 *Mild Cognitive Impairment*, 29 Malattia di Alzheimer, 8 demenza fronto-temporale, 20 demenza vascolare.

Conclusioni. Dall'analisi preliminare dei dati del nostro campione emerge che l'uso di due strumenti di screening combinati aumenta significativamente la sensibilità diagnostica nell'individuare il deterioramento cognitivo. Questo modello di lavoro che parte dalle valutazioni di screening testistico neuropsicologico riteniamo possa ridurre i tempi di diagnosi favorendo quindi un intervento terapeutico e riabilitativo precoce.

TRADUZIONE E ADATTAMENTO CULTURALE IN ITALIANO E VALIDAZIONE DEL *BRIEF ASSESSMENT OF IMPAIRED COGNITION* E DEL *BRIEF ASSESSMENT OF IMPAIRED COGNITION QUESTIONNAIRE*

Marchetti Sara (a), Pecorari Chiara (a), Sarti Giulia (a), Toccaceli-Blasi Marco (a), Nuti Filippo (a), Salati Emanuela (a), Maestri Giorgia (b), Pomati Simone (b), Canevelli Marco (a,c), Bruno Giuseppe (a)

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

(b) *Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

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

Introduzione. A causa dell'invecchiamento demografico, il numero di migranti affetti da disturbi cognitivi e demenza che vivono in Italia è in considerevole aumento. Diagnosticare la demenza in modo tempestivo ha delle notevoli implicazioni cliniche, assistenziali, e di sanità pubblica; tuttavia, i migranti con disturbi cognitivi hanno spesso un ridotto e tardivo accesso ai servizi dedicati e alla diagnosi. Appare pertanto fondamentale validare e rendere disponibili agli operatori sanitari nuovi strumenti di valutazione che siano appropriati in una popolazione sempre più multiculturale. Il presente studio si è proposto di tradurre e adattare in italiano, e validare il *Brief Assessment of Impaired Cognition* (BASIC) e il *Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire* (BASIC-Q), due strumenti di *case-finding* che hanno mostrato eccellenti capacità discriminative per la demenza e il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) in popolazioni multiculturali, in diversi Paesi Europei ed in differenti setting assistenziali.

Metodi. Il BASIC ed il BASIC-Q sono stati sottoposti ad un processo di traduzione e adattamento culturale in italiano che ha previsto le seguenti fasi: 1) *forward translation*; 2) *back translation*; 3) riconciliazione e adattamento. La versione italiana dei due strumenti (iBASIC e iBASIC-Q) è stata somministrata a pazienti (e caregiver) afferenti ai CDCD del Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, e dell'Ospedale Luigi Sacco - Polo Universitario di Milano, classificati nei seguenti tre gruppi diagnostici: 1) cognitivamente integri; 2) MCI; 3) demenza. Sono state condotte analisi di correlazione e modelli di regressione lineare per valutare l'influenza di variabili sociodemografiche sui punteggi di iBASIC e iBASIC-Q. L'analisi delle curve ROC è stata impiegata per testare l'accuratezza discriminativa di iBASIC e iBASIC-Q in confronto alla diagnosi specialistica.

Risultati. Nello studio sono stati arruolati 246 pazienti (età mediana 77 anni, 55,7% donne). Alle analisi univariate, i punteggi di iBASIC e iBASIC-Q sono risultati significativamente inferiori nei pazienti con demenza (n=116) e MCI (n=88) rispetto ai partecipanti cognitivamente integri (n=42). I modelli di regressione hanno evidenziato un'associazione statisticamente significativa tra iBASIC e iBASIC-Q ed età, mentre i punteggi dei test non sono risultati significativamente influenzati da sesso e anni di

scolarità. iBASIC e iBASIC-Q hanno mostrato un'elevata accuratezza diagnostica per il deterioramento cognitivo (MCI o demenza) con aree sotto la curva (AUC) rispettivamente di 0,95 e 0,94.

Conclusioni. iBASIC e iBASIC-Q sono validi strumenti di *case-finding* per il deterioramento cognitivo nella popolazione multiculturale italiana.

SCREENING E ASSISTENZA A PROFUGHI UCRAINI AFFETTI DA SOSPETTA DEMENZA: ESPERIENZA SUL CAMPO

Marianetti Massimo, Rosari Mattia, Conti Simonetta, Federici Cristiana, Onofri Lucia, Venuti Angelo Antonio, Miele Cristina, Guerra Cinzia, D'Auria Ciro, Barbato Giuseppe, Contini Lorenzo, Scribano Massimo, Benemerito Rio
Istituto S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Roma

Introduzione. I dati sui profughi provenienti dall'Ucraina attestano una crisi umanitaria senza precedenti, con una stima pari a circa 2,5 milioni di persone che hanno già lasciato il Paese. Molti di queste persone sono assistite grazie alla Caritas Diocesana nelle parrocchie del territorio dei Castelli Romani. In questo territorio la provincia Romana Fatebenefratelli con la sua Onlus A.F.Ma.L (Associazione con i Fatebenefratelli per i Malati Lontani) effettua da anni assistenza sanitaria gratuita a persone bisognose mediante un camper attrezzato. Tale progetto ha il nome di "Oasi della Salute". Frequentemente abbiamo prestato e continuiamo a prestare assistenza a persone anziane con sospetto decadimento cognitivo.

Metodi. Abbiamo effettuato un'analisi retrospettiva dell'attività dell'Oasi della Salute sui rifugiati ucraini da quando è esploso il conflitto restringendo la nostra analisi a persone con sospetto decadimento cognitivo. A tutt'oggi sono giunti alla nostra osservazione per deficit cognitivi riferiti 122 persone, tutte di sesso femminile, età $72,4 \pm 8,6$, livello di scolarizzazione $9,4 \pm 3,9$. Coadiuvati da una interprete abbiamo somministrato come strumenti il CDT (*Clock Drawing Test*), il *Mini-Mental State Examination* e il PIT (*Picture Interpretation Test*). Abbiamo inoltre avuto dei colloqui con il caregiver, ove possibile, somministrando il *Neuropsychiatric Inventory*.

Risultati. Tutti i 122 pazienti hanno mostrato significativa presenza di disturbi comportamentali rilevanti (prevalenti apatia, depressione, disturbi del sonno, disturbi dell'appetito, agitazione). 82 pazienti hanno mostrato alla *performance* ai test un sospetto di decadimento cognitivo. In 44 di questi pazienti è stato possibile arrivare a una diagnosi di demenza effettuando indagini strumentali presso le nostre strutture sanitarie (21 pazienti AD, 13 VD, 7 VD, 2 PD, 1 FTLD). Ove possibile è stato dato supporto farmacologico e non farmacologico, *counseling* e sostegno (22 pazienti). Degli 82 risultati positivi allo *screening* cognitivo la quasi totalità (76) ha riferito l'esordio della sintomatologia post trauma migratorio.

Conclusioni. Il fenomeno dei migranti affetti da demenza è una realtà nuova con la quale la nostra società e il sistema sanitario nazionale devono confrontarsi. È indispensabile trovare delle strategie comuni per superare le barriere e aiutare queste persone anche da questo punto di vista.

RUOLO DELLA NEUROPSICOLOGIA IN UNO SCENARIO IN CAMBIAMENTO

Marra Camillo

Clinica della Memoria, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

L'indagine neuropsicologica dall'inizio degli anni '80 è entrata a far parte della diagnostica delle demenze non solo per definire la gravità clinica della patologia demenziale ma anche per individuare profili di alterazione cognitiva. I profili erano ritenuti indicativi di una specifica alterazione del funzionamento locoregionale cerebrale e potevano così ricondurre alla patologia alla base della manifestazione clinica. Il disturbo della memoria episodica indica prevalentemente una lesione ippocampale e quindi l'osservazione di tale deficit riconduce deterministicamente ad una patologia neurodegenerativa a partenza ippocampale quale l'Alzheimer. Con l'introduzione del costrutto del *Mild Cognitive Impairment* (MCI) alla fine degli anni '90 il ruolo della neuropsicologia cambia da una funzione puramente descrittiva diagnostica ad una funzione predittiva ovvero prognostica. Pur rimanendo ancorata alla descrizione dei profili cognitivi (amnesico o non amnesico ed anche singolo o multiplo dominio) la neuropsicologia è stata in questa fase chiamata a una valutazione qualitativa capace di distinguere la presenza di disturbi mnesici predittivi o meno di progressione in demenza. I paradigmi di studio si sono modificati in tal senso e test come il *cued recall* o indicatori di discrepanza tra forme di memoria logica o di liste di parole sono stati proposti come affidabili indici neuropsicologici in grado di predire i soggetti con MCI a rischio di progressione in Alzheimer disease. Nell'ultimo decennio due aspetti principali hanno stimolato la ricerca neuropsicologica da un lato i nuovi approcci diagnostici con biomarcatori liquorali e di neuroimmagine e dall'altro lo sviluppo di molecole in grado di intervenire sul processo neuropatologico che dall'accumulo di beta amiloide porta alla morte cellulare e allo sviluppo di demenza. Lo sviluppo di biomarcatori ha a lungo spiazzato la ricerca neuropsicologica in quanto la possibilità di diagnosi liquorale rappresenta un modo diretto per l'identificazione della patologia Alzheimeriana molto più affidabile e precoce di quanto possa fare la valutazione neuropsicologica che è un metodo indiretto ed è in grado di intercettare il processo demenziale solo in una fase più tardiva. La possibilità di utilizzare, sperimentalmente ma in alcuni paesi anche clinicamente, farmaci che agiscono sul processo di accumulo amiloideo (Aducanumab, Lecanemab, Donanemab) ha reso urgente la necessità di avere una diagnosi precoce e biologica di malattia prima della somministrazione di questi composti anche più precocemente della condizione di MCI ovvero nella condizione di Disturbo Cognitivo Soggettivo. La necessità di avere una diagnosi precoce e biologica è l'aspetto che più ha portato a spostare il percorso diagnostico di questi pazienti portando alla formulazione di criteri diagnostici e di stadio di malattia principalmente basati sui biomarcatori. In realtà il determinismo tra presenza di patologia Alzheimeriana e sviluppo di demenza non è ancora ben definito e accettato. Sappiamo che la presenza di *biomarkers* sopra i 75 anni in soggetti sani e anche con MCI non è un indicatore di sicura progressione in demenza. Studi di coorte hanno dimostrato che circa il

40% dei soggetti sani possono avere biomarcatori positivi per patologia amiloidea e non sviluppare mai l'Alzheimer. Il rischio di trattare, a fronte di enormi effetti collaterali, soggetti con positività biologica alla malattia che mai si ammaleranno di Alzheimer ed anche di definire come paziente Alzheimer un soggetto che potrebbe vivere a lungo senza mai sviluppare la demenza ha delle importanti ricadute in termini di economia sanitaria oltre a presentare importanti risvolti etici. Il ruolo della neuropsicologia sta quindi cambiando e i nuovi paradigmi in questo momento cercano di validare degli strumenti sempre più sensibili in grado di identificare quei soggetti con positività a *biomarkers* che presentano in fase preclinica dei segni minimi di danno non rilevabili con le batterie neuropsicologiche standardizzate. Da questo punto di vista i programmi di analisi del linguaggio hanno dimostrato una promettente capacità diagnostica. La disgregazione del sistema semantico può intervenire molti anni prima del deficit di memoria episodica nell'identificare i soggetti che con MCI o Disturbo Cognitivo Soggettivo svilupperanno demenza. Lo studio con paradigmi di analisi linguistica sono oggetto di studio anche attraverso nuove metodiche di acquisizione del linguaggio mediate da *devices*. Altri paradigmi studiati sono i paradigmi di *memory binding* che coinvolgono la *working memory* e paradigmi di pattern separation spaziale che sono tra i primi sensibili a un impegno minimo ippocampale. Basandosi sulle prime alterazioni funzionali della corteccia dei pazienti positivi ai *biomarkers* e che intervengono sul funzionamento dei sistemi del resting state, nuovi e promettenti indicatori di arousal e metacognizione potrebbero permettere in fase preclinica di distinguere, nei soggetti con diagnosi biologica, quelli in fase di compenso grazie a fattori di resilienza individuale da quelli che svilupperanno una condizione di MCI negli anni successivi.

RUOLO DELLA MEMORIA AUTOBIOGRAFICA NEL DECLINO COGNITIVO LIEVE E SEVERO NELL'ANZIANO

Marselli Giulia (a), Casagrande Maria (b)

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

(b) *Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI), è uno stato di declino cognitivo lieve, più pronunciato rispetto all'età e al livello di istruzione di un individuo, ma che non compromette significativamente il funzionamento quotidiano. Una delle funzioni cognitive maggiormente compromesse nel MCI è la memoria. In particolare, la Memoria Autobiografica (MA) è un sistema di memoria specifico, definito come il processo attraverso il quale un individuo conserva, recupera e organizza informazioni relative agli episodi significativi della propria vita. La MA è composta da una componente episodica e una semantica. La componente episodica si riferisce alla capacità di ricordare eventi specifici e dettagliati, permettendo agli individui di richiamare esperienze personali passate in modo vivido e dettagliato. La memoria semantica comprende informazioni sulla propria vita più generali, non legate a un momento o a un luogo specifico.

Metodi. Mentre il funzionamento della MA è stato ampiamente indagato nella Malattia di Alzheimer, sono presenti in letteratura evidenze contrastanti nelle forme di declino cognitivo lieve. Una recente revisione sistematica della letteratura su entrambe le componenti della MA nei pazienti con MCI evidenzia un deficit nella componente episodica nei pazienti con MCI; al contrario, i risultati sulla componente semantica appaiono contrastanti, in quanto solo parte degli studi ha evidenziato una peggiore MA semantica nei pazienti con MCI rispetto agli individui sani. Per superare le ambiguità emerse da questa revisione sistematica, abbiamo sviluppato uno strumento innovativo per valutare la memoria autobiografica nella popolazione italiana, concentrandoci sia sulle componenti episodiche che semantiche, così come sulle dimensioni retrospettive e prospettive.

Risultati. A tal fine, abbiamo condotto uno studio per validare un nuovo colloquio semi-strutturato, denominato Memoria Autobiografica del Sé (MA-SElf). L'intervista è composta da una serie di compiti mirati a valutare in modo specifico le componenti della memoria autobiografica episodica e semantica, oltre a una componente di memoria non autobiografica relativa a eventi pubblici, che serve da scala di controllo interna.

Conclusioni. Successivamente alla fase di validazione e taratura di questo nuovo strumento, stiamo conducendo uno studio volto ad indagare le diverse componenti della MA in anziani sani e con MCI, con l'obiettivo di individuare nelle componenti di memoria studiate degli indicatori di gravità per la condizione di MCI, che possano guidare la successiva fase di trattamento e di prevenzione, per evitare la conversione da MCI a demenza.

ALLENARE LE FUNZIONI COGNITIVE CON *HOLDER*. PROTOCOLLO PER UNO STUDIO DI USABILITÀ

Matascioli Fabio (a), Atripaldi Danilo (a,b), Guasco Noemi (a), Borroso Agostino (a), Scognamiglio Martina (a), Colalillo Guglielmo (a), Tessitore Alessandro (b,c), Esposito Sabrina (c)

(a) *Associazione Tieni A Mente Organizzazione di Volontariato, San Giorgio a Cremano, Napoli*

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

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

Introduzione. Le terapie digitali rappresentano una nuova frontiera di intervento terapeutico non farmacologico per la gestione, monitoraggio e trattamento di una condizione clinicamente rilevante attraverso un software apposito. Il crescente interesse di applicazioni riguardanti la salute digitale (eHealth apps) utilizzabili tramite apparecchi digitali di uso comune (come smartphone e tablet) è dimostrato dalla diffusione delle pratiche di valutazione di usabilità. Secondo le recenti linee guida dell'ISS i trattamenti non farmacologici più efficaci per i pazienti con Declino Cognitivo Lieve (*Mild Cognitive Impairment* - MCI) sono rappresentati dal training cognitivo e dalla stimolazione cognitiva per i pazienti con demenza in stadio lieve o moderato. Recenti evidenze sottolineano che la "user experience" è inficiata in caso di alterazione delle abilità cognitive, richiedendo pertanto l'assistenza di un familiare. *holder* è un'applicazione comprendente 24 esercizi mirati all'allenamento delle diverse funzioni cognitive, attraverso il progressivo adattamento della difficoltà secondo la *performance* dell'utente, accessibile anche ai caregiver formali ed informali. L'obiettivo di questo studio è valutare l'usabilità, la tolleranza e la sicurezza di un trattamento con *holder* rivolto a soggetti adulto-anziani cognitivamente sani e/o con declino cognitivo lieve e moderato.

Metodi. Saranno reclutati circa 100 partecipanti, residenti nella città Metropolitana di Napoli. Tra i criteri di inclusione: età superiore ai 60 anni, capacità di adoperare un tablet. Tra i criteri di esclusione: diagnosi di disturbo psichiatrico o neurologico documentato, severa compromissione d'organo, deficit sensoriale non correggibile. I soggetti consenzienti, stratificati mediante il GP-COG, verranno trainati all'uso di *holder* per poi eseguire, autonomamente, sessioni di allenamento di 45 min al giorno, per 5 giorni a settimana, per 4 settimane. Al termine dell'intervento verranno registrati eventuali eventi avversi occorsi durante l'utilizzo di *holder*, il numero di sedute completate ed iniziate, la media delle sedute settimanali e delle misure di gradimento (SUS: *System Usability Scale*; NPS: *Net Promoter Score*).

Risultati. Rilevare nei partecipanti: un punteggio totale SUS medio superiore a 51 (valutazione di grado sufficiente); eventuali fattori demografici o clinici che possano influenzare la valutazione di usabilità; un punteggio medio NPS superiore a 6; una buona tollerabilità del trattamento. I dati saranno analizzati attraverso il software statistico JASP.

Conclusioni. Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'usabilità, la sicurezza e la tollerabilità di hOLDer nella popolazione over 60. *Trial* clinici finalizzati a verificare l'efficacia dell'intervento saranno necessari per comprenderne la trAslabilità nel setting clinico.

SURVEY SUI SERVIZI DIURNI CHE ACCOLGONO PERSONE CON DEMENZA

Matascioli Fabio (a), Lorenzini Patrizia (b), Salvi Emanuela (c), Giaquinto Francesco (d), Carnevale Giulia (e), Vaccaro Roberta (e,f), Corbo Massimo (g), Locuratolo Nicoletta (b), Vanacore Nicola (b), Bacigalupo Ilaria (b)

(a) *Associazione Tieni A Mente Organizzazione di Volontariato, San Giorgio a Cremano, Napoli*

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

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

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

(e) *Gruppo di Studio FONDEM sul Tavolo Permanente sulle Demenze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(f) *Laboratori Scientifici Culturali, Centro Terapia Cognitiva, Como*

(g) *Dipartimento di Neuroriabilitazione, Casa di Cura Igea, Milano*

Introduzione. Il Decreto del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze ha assegnato all'Istituto Superiore di Sanità la conduzione di una indagine nazionale sui servizi esistenti per le demenze. Sono state sviluppate tre specifiche *survey* per ogni nodo assistenziale. In questo documento riporteremo i dati raccolti sui Centri Diurni (CD).

Metodi. L'elenco dei centri diurni per anziani è stato richiesto a i referenti regionali per le demenze. È stato sviluppato un questionario su una piattaforma on line contenente informazioni sulle caratteristiche organizzative e sui servizi e trattamenti offerti nelle strutture. La *survey* è stata condotta tra marzo e ottobre 2023.

Risultati. Dopo aver verificato che i CD presenti negli elenchi richiesti accogliessero effettivamente persone con demenza, sono stati inclusi nello studio un totale di 1.084 CD. Complessivamente, 443 strutture (41%) hanno completato la sezione del profilo e 300 (27,7%) hanno anche completato la raccolta dati. La maggior parte dei CD partecipanti erano strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario (88,5% private vs 11,5% pubbliche). Solo un quinto delle strutture ammetteva esclusivamente pazienti con demenza ed il tempo di attesa per poter accedere al servizio diurno per più della metà delle strutture era inferiore a 3 mesi. Va evidenziato inoltre che il tempo di permanenza delle persone nei CD in media va dai 12 ai 24 mesi (56,9%) e che nel 62,5% dei casi dopo aver frequentato i CD i pazienti vengono dimessi o verso servizi domiciliari o verso RSA.

Conclusioni. Per quanto riguarda i servizi forniti dai CD vi è una notevole diffusione di servizi di natura medico assistenziale (assistenza medica nel 63,7% dei casi, assistenza infermieristica nel 78,7%), sebbene molte strutture riferiscono di praticare interventi come la stimolazione cognitiva (80,3%), terapia occupazionale (44%) ed animazione sociale ed attività ricreative (89%). Poco diffuse inoltre sono le consulenze nutrizionali (12,3%) ed i giardini Alzheimer (28%). Quasi una struttura su due riferisce infine di fornire supporto o fare attività di training con i familiari (55,7%). Questi dati presentano

un aggiornamento sulla situazione attuale dei CD che ospitano persone con demenza in Italia, mostrando ancora una notevole eterogeneità basata anche sulla posizione geografica.

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

ASSENZA DI MEMORIA A BREVE LASCIA INTEGRA LA PERSONA E LA SUA DIGNITÀ

Mazzillo Luigi
Associazione Alzheimer Uniti, Roma

Introduzione. Il convincimento - abbastanza diffuso - che intendo contrastare sulla base della mia esperienza di caregiver è quello secondo cui, essendo venuta a mancare nell'ammalato di Alzheimer la memoria a breve, non si formi e non resti in lui traccia di reazioni a comportamenti omissivi nei suoi confronti (ad esempio essere ignorato nei saluti da parte di persone che frequentano la sua casa o non essere incluso in una conversazione). Nessun danno comporterebbe quindi l'eventuale mancanza di attenzione nei suoi confronti.

Metodi. Il metodo seguito per la verifica è stato quello di cercare di leggere i segnali percepibili attraverso i vari canali e livelli e le varie modalità di comunicazione, oltre che attraverso gli stessi comportamenti, con i quali l'ammalato (nel mio caso mia moglie ammalata di Alzheimer ad uno stadio severo) reagisce, risponde, si esprime, comunica, anche a distanza di tempo, a fronte di comportamenti omissivi e/o non inclusivi tenuti nei suoi confronti. I risultati delle mie osservazioni li ho poi riscontrati con quelli ai quali sono pervenuti altri partecipanti al gruppo di sostegno psicologico di Alzheimer Uniti.

Risultati. Ho potuto osservare espressioni di evidente delusione e tristezza negli sguardi e nel comportamento di mia moglie quando visitatori - specie se congiunti - hanno distrattamente fatto a meno di salutarla o di coinvolgerla in conversazioni, nell'evidente, ma erroneo e dannoso, convincimento che fosse tempo sprecato e che non ci sarebbero state conseguenze negative. Laddove mia moglie sembra, in realtà, non solo percepire, ma anche in qualche modo "memorizzare", di essere stata ignorata. Analoga la reazione a comportamenti inclusivi, con il protrarsi, anche a distanza di tempo, di atteggiamenti e manifestazioni di gradimento nei confronti di persone che tali comportamenti abbiano posto in atto.

Conclusioni. Si può concludere che la persona con Alzheimer anche grave conserva nel profondo una capacità di comprendere, resta e si sente persona con tutta la sua dignità e come tale va trattata, a prescindere peraltro da pur rilevanti considerazioni di ordine etico. Bisogna prestare attenzione e tempo, comunicando - a livello verbale, ma soprattutto non verbale (contatto visivo e fisico, gestualità) - per capire e farsi capire. Dal rispetto o meno di questa regola dipende se l'ammalato d'Alzheimer possa, nonostante tutto, realizzare ancora qualche sorta di felicità, o comunque di miglioramento del suo benessere, anche quando tutte le capacità cognitive sembrerebbero compromesse.

UTILIZZO DELLA MUSICA COME ELEMENTO INTEGRATIVO NEL MODELLO DI CURA *GENTLECARE*

Molteni Daniele, Cannata Marco, Zibardi Susanna, Cerasoli Benedetta, Cutaia Chiara
Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Abbiategrasso, Milano

Introduzione. Il modello di cure *GentleCare*, ideato per l'assistenza alle persone con demenza, considera l'ambiente protesico come elemento cardine per migliorare la qualità della vita dei pazienti e degli operatori. Tra i diversi fattori dell'ambiente protesico, la musica svolge un ruolo cruciale quale elemento integrativo e risorsa che può impattare positivamente su disturbi comportamentali e sul benessere di caregiver e operatori. L'ascolto di brani musicali familiari può stimolare reminiscenze e, ricreando un ambiente noto e gradito, promuove il miglioramento dello stato emotivo.

Metodi. L'integrazione della musica nel modello *GentleCare* richiede un'accurata selezione dei brani e una pianificazione funzionale dei momenti di ascolto. È essenziale considerare le preferenze musicali individuali e adeguare l'ambiente sonoro alle esigenze specifiche di ogni contesto e momento. La musica, se connotata come risorsa condivisa e a disposizione di tutte le figure di cura, può essere utilizzata in molteplici situazioni per scandire i diversi momenti o arricchire le attività quotidiane. Linee Guida Generali:

- Personalizzazione: programmi d'ascolto personalizzati in base ai gusti musicali dei pazienti, coinvolgendo anche le famiglie per ottenere informazioni utili.
- Volume: mantenere il volume della musica adeguato, affinché non risulti invadente.
- Controllo del Tempo: utilizzare la musica per periodi specifici, la diffusione prolungata potrebbe risultare disfunzionale.

La musica, se pensata e impiegata opportunamente da parte di tutti i membri dell'equipe curante, ha una rilevanza positiva. In particolare, è possibile declinarne l'impiego su più livelli e per differenti finalità da parte di professionalità diverse. La figura del musicoterapeuta agisce con modalità terapeutiche in base a un invio specifico e in setting individuale o di piccolo gruppo. Terapisti occupazionali e fisioterapisti modulano ambiente e attività integrando la musica per mantenere la motivazione e attivare sul piano fisco-motorio. Altri operatori sfruttano la musica per agevolare le procedure di igiene o intervengono rispetto alle musiche scelte per un sottofondo in momenti circoscritti della giornata, come l'alzata al mattino.

Risultati. Il presente contributo vuole portare delle riflessioni qualitative consolidate dall'osservazione diretta di elementi legati al miglioramento del livello di benessere su pazienti, familiari e operatori.

Conclusioni. Un uso attento e consapevole della musica ne fa uno strumento utile nel quotidiano con ricadute non solo sulla persona con demenza e su uno specifico momento problematico, ma anche sull'ambiente allargato, che va considerato come elemento strutturale ma anche relazionale. Gli interventi e le modalità così tratteggiate sono strumenti utili anche per formare prassi alternative adottabili da operatori e familiari.

STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA CONVERSIONE DEL DISTURBO COGNITIVO LIEVE IN DEMENZA

Morreale Angela (a), Filippone Francesco (b), Boni Stefano (b)

(a) CDCD Ausl Romagna, Lugo e Faenza, Ravenna

(b) Unità Operativa Geriatria, Ausl Romagna, Faenza, Ravenna

Introduzione. Il concetto di Disturbo Cognitivo lieve o Minore (*Mild Cognitive Impairment* – MCI), caratterizzato da un’alterazione lieve di qualunque dominio cognitivo, si è affermato come condizione clinica che si può osservare tra il normale invecchiamento e la demenza. La prevalenza del MCI è stimata tra il 15% ed il 20% nelle persone di età >60 anni e, in una percentuale variabile dal 8% al 15% all’anno, MCI può evolvere in franca demenza. La possibilità di individuare precocemente, con gli strumenti diagnostici utilizzati nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), i quadri clinici con maggiori probabilità di evolvere verso la demenza è di fondamentale importanza per una migliore gestione sia assistenziale sia terapeutica, soprattutto in vista dei nuovi approcci farmacologici specifici. L’ultima revisione Cochrane (2021) sulla capacità del *Mini Mental State Examination* (MMSE) di individuare precocemente la “conversione” del MCI in demenza, ha rilevato una sensibilità variabile dal 25% al 76% con una specificità dal 40% al 94%. I dati analizzati sono apparsi molto eterogenei e, pertanto, non è stato possibile trarre conclusioni rispetto alla capacità predittiva del test di screening diffusamente utilizzato nei CDCD.

Metodi. Il nostro studio osservazionale si è posto l’obiettivo di valutare, con l’applicazione del MMSE e della valutazione clinica e neuroradiologica routinaria, l’evoluzione dei pazienti MCI afferenti a 2 CDCD dell’Ausl della Romagna (Faenza e Lugo), dal 2022 al 2024. Sono stati inseriti i pazienti che, alla valutazione basale (T0), hanno ottenuto un punteggio al MMSE compreso tra il 23 e 29/30. Tutti i pazienti sono stati rivalutati per almeno due volte nell’arco del periodo di osservazione.

Risultati. Il gruppo è di 391 pazienti (213 femmine) con età e scolarità media, rispettivamente, di 79,7 e 7,2 anni. Alla neuroradiologia 27 pazienti non presentavano alcuna alterazione, 88 avevano segni di neurodegenerazione, 146 una sofferenza vascolare e 130 un’encefalopatia mista (vascolare e neurodegenerativa). Il punteggio medio ottenuto al MMSE è risultato 25,6/30. 311 pazienti presentavano un MCI amnesico (231 multidominio e 80 singolo dominio) e 80 un MCI non amnesico (54 multidominio e 26 singolo dominio). Durante il periodo dello studio, sono evoluti in demenza 116 pazienti (29%): in particolare, 68 (17%) nel primo anno ed altri 47 pazienti (12%) nel secondo anno.

Conclusioni. I nostri dati confermano che circa 1 paziente su 3 con MCI evolve verso la franca demenza nell’arco di due anni. L’identificazione di eventuali predittori dell’evoluzione è, pertanto, quanto mai auspicabile per una gestione più appropriata delle risorse sia assistenziali che terapeutiche.

ORGANIZZAZIONE DEI CENTRI DIURNI PER LE PERSONE CON DEMENZA

Mossello Enrico

Università degli Studi di Firenze e Struttura Organizzativa Dipartimentale Geriatria-Unità di Terapia Intensiva Geriatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze; Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer, Firenze

Introduzione. Nel 2009 viene fondato il Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer, che, oltre ad organizzare un convegno nazionale annuale dedicato al tema, il cui materiale è raccolto sul sito centridiurnialzheimer.it, ha pubblicato delle Linee di Indirizzo sui Centri Diurni Alzheimer e, dopo la pandemia COVID-19, ha effettuato sondaggi indirizzati ai Centri Diurni, finalizzati a valutare la ripresa delle attività e le difficoltà di queste strutture a seguito della crisi pandemica.

Metodi. Le Linee di Indirizzo sui Centri Diurni Alzheimer sono state sviluppate da un gruppo multidisciplinare di esperti che, sulla base delle evidenze disponibili, ha formulato indicazioni relative a specifiche aree tematiche. I sondaggi sono stati effettuati in forma anonima contattando le strutture via mail in aprile 2021, nel 2022 e nel 2024; l'ultimo di questi è stato rivolto a tutto l'indirizzario reso disponibile dalle Regioni dei CD italiani.

Risultati. Le Linee di Indirizzo contengono indicazioni relative a: caratteristiche architettoniche finalizzate a rispondere ai bisogni specifici delle persone con demenza; fabbisogno di personale in termini numerici e qualitativi; interventi psicosociali efficaci, con focus sui sintomi psicologici e comportamentali; modalità di adeguamento della terapia psicofarmacologica; prevenzione e cura delle sindromi geriatriche; vaccinazioni e prevenzione delle infezioni; modalità di supporto dei caregiver familiari. Nel primo campione di 81 CD Alzheimer raggiunto dal sondaggio in aprile 2021, il 31% era ancora chiuso, soprattutto al Nord, e il numero degli ospiti era ridotto a meno della metà rispetto al periodo pre-pandemico. Le attività sono state inizialmente riprese con distanziamento e in piccoli gruppi e sono state messe in atto nuove attività di tipo multimediale e all'aria aperta. Il numero di ospiti, ancora inferiore del 25% rispetto al periodo pre-pandemico nel 2022, è tornato sovrapponibile al periodo precedente tra le 166 strutture che hanno risposto al sondaggio del 2024. Si rileva una notevole disomogeneità sia nello staff che nei costi delle diverse strutture. Meno di metà delle strutture dispongono di modalità di cura importanti come musicoterapia e giardino Alzheimer. Circa il 40% delle strutture segnala carenze di personale, circa il 60% problemi di sostenibilità economica del servizio.

Conclusioni. La disponibilità numerica di posti nei CD per le demenze sembra tornata sovrapponibile a quella del periodo pre-pandemico. Tale disponibilità resta tuttavia bassa e molto disomogenea sul piano quali-quantitativo sul territorio nazionale. La carenza di personale e le difficoltà economiche mettono tuttora in difficoltà le attività svolte da questo importante servizio-socio-sanitario.

Tutte le attività del Gruppo Centri Diurni Alzheimer avvengono grazie al supporto della Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia.

COMUNICAZIONE EFFICACE E GESTIONE DELLA DEMENZA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Musca Carmen, Giuffré Giuseppe, Musarra Fabiana
Casa di Riposo Villa Pacis Sant'Andrea, Capo d'Orlando, Messina

Introduzione. La demenza è una sindrome caratterizzata da sintomi cognitivi come deficit di memoria e abilità linguistiche, spesso accompagnati da sintomi non cognitivi come alterazioni del comportamento e della personalità. Questi ultimi tendono a manifestarsi più frequentemente durante le attività quotidiane che richiedono assistenza, come la cura personale e l'alimentazione. Le reazioni di rabbia e aggressività possono essere causate da una non piena comprensione di questi momenti, dalla confusione e dalla sensazione di minaccia percepita dal paziente. In questo contesto, l'utilizzo di strategie di comunicazione efficaci può contribuire a ridurre i disturbi comportamentali alleviando lo stress degli operatori sanitari durante l'intervento assistenziale.

Metodi. È stata effettuata una revisione della letteratura edita sull'argomento, dal 1990 al 2024, consultando in modo prevalente PubMed e *Google Scholar*.

Risultati. Gli studi consultati hanno confermato l'importanza di utilizzare determinate strategie di comunicazione, sia verbali che non, nella gestione dei pazienti affetti da demenza primaria o secondaria. Alcune tecniche sono emerse come particolarmente efficaci nel migliorare la qualità della vita. Una di queste è stabilire un contatto visivo diretto, un gesto semplice ma significativo che può facilitare la comunicazione. Parlare con tono pacato e lento, utilizzare affermazioni semplici, evitare di porre domande che richiedono scelte tra più opzioni possono essere tecniche di comunicazione molto utili. Consapevoli che i pazienti con demenza possono essere particolarmente sensibili alle critiche evitare l'utilizzo di rimproveri è un'altra strategia importante. Infine, utilizzare indicatori visivi, come gesti o espressioni facciali, ripetere la stessa affermazione fino a quando si è certi di essere stati compresi, e mantenere coerenza tra le parole pronunciate e il linguaggio del corpo costituiscono tecniche altrettanto valide.

Conclusioni. L'utilizzo di una comunicazione assertiva sembra avere un impatto positivo sul contenimento dei disturbi comportamentali. La revisione degli studi esistenti sarà punto di partenza per avviare una ricerca sperimentale presso la Casa di Cura Villa Pacis Sant'Andrea-Gruppo Villa Pacis. La ricerca coinvolgerà 10 Operatori sanitari e 11 ospiti con demenza di diversa eziologia. Durante la fase preliminare verrà utilizzata una scala di osservazione sistematica personalizzata per valutare la tipologia, l'intensità e la frequenza dei disturbi comportamentali di ciascun ospite. Inoltre, verrà utilizzata la scala SIB (*Scale for Interpersonal Behavior*) in versione ridotta per valutare le capacità assertive degli operatori. L'intervento consisterà in un corso di formazione della durata di 5 incontri, teoria ed esercitazioni pratiche da 3 ore ciascuno. Nella fase successiva della ricerca verranno ripetute le misurazioni per valutare eventuali miglioramenti.

MESE MONDIALE SULL'ALZHEIMER 2023: RISULTATI DI UNO SCREENING SUL TERRITORIO

Musso Sabrina, Muratore Stefano, Tasca Domenica, Catania Valentina, Lupica Capra Patricia Maria Domenica, Galati Anna Rita, Ferri Raffaele
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Oasi Maria Santissima, Troina, Enna

Introduzione. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la demenza è una delle principali cause di disabilità. Più di 55 milioni di persone ne sono affette. Si prevede il raggiungimento dei 78 milioni di persone al 2030. A partire dal G7 del 2023 è sorta l'urgenza di promuovere la ricerca e lo sviluppo di nuove strategie per la prevenzione e il trattamento della demenza. Recenti ricerche sottolineano che circa il 40% dei casi di demenza potrebbe essere prevenibile a partire dalla mezza età quando le persone sono ancora cognitivamente sane. Il nostro studio nasce in occasione del mese sull'Alzheimer del settembre 2023 all'interno di questa prospettiva preventiva. Uno *screening* gratuito è stato rivolto a persone di età compresa tra i 50 e i 70 anni a Troina (Enna) presso il CDCD dell'IRCSS Oasi Maria Santissima.

Metodi. È stato effettuato uno screening gratuito di primo livello dal 18 al 21 settembre 2023, pubblicizzato precedentemente mediante social media e locandine sul territorio. L'esame neuropsicologico prevedeva un breve colloquio iniziale, la somministrazione del test MOCA (*Montreal Cognitive Assessment*) e la restituzione dei risultati. Si consigliava un approfondimento diagnostico nei casi in cui emergevano prestazioni cognitive deficitarie o ai limiti di norma.

Risultati. Sono state esaminate 46 persone (24% uomini e 76% donne). L'età media del campione era di 64 anni e la scolarità di 10 anni. Il 33% del campione percepiva problemi di memoria, il 22% aveva familiarità per demenza, il 30% eseguiva lo screening in chiave preventiva, una piccola percentuale oltre ai deficit di memoria avvertiva difficoltà nell'attenzione e nel linguaggio. L'analisi statistica effettuata sui punteggi grezzi ai sotto-domini del test MOCA e al punteggio globale, faceva emergere una correlazione negativa statisticamente significativa tra abilità visuospatiali, funzioni esecutive, attenzione e l'età ($r=-,6447$) ed una correlazione positiva statisticamente significativa tra funzioni esecutive, linguaggio e attenzione rispetto alla scolarità ($r=,52805$).

Conclusioni. La percezione di un declino cognitivo soggettivo nella memoria o in altri ambiti cognitivi, la preoccupazione legata a questa percezione e l'età di esordio sono tra i fattori di rischio per la demenza. Gli studi mostrano come le funzioni esecutive sono quelle maggiormente associate alla progressione dell'esordio della malattia. I nostri dati, in linea con quanto sottolineato, evidenziano sempre più l'urgenza di mettere in campo a livello socio-sanitario campagne preventive che possano da un lato chiarire i meccanismi sottostanti l'esordio della demenza e dall'altro favorire la promozione a livello politico di azioni sinergiche di intervento.

PROCESSO REGOLATORIO DELL'APPROVAZIONE DEI NUOVI FARMACI NELLA DEMENZA

Nonino Francesco (a), Giroladini Roberta (b)

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

(b) *Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Ospedaliera, Area Farmaci e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

Sebbene non esclusivamente specifico della Malattia di Alzheimer, l'accumulo di proteina beta-amiloide nel tessuto cerebrale ne è ritenuto uno dei principali fattori patogenetici. Gli anticorpi monoclonali diretti contro la proteina beta-amiloide, essendo in grado di ridurre gli ammassi di amiloide nel tessuto cerebrale, hanno aperto un nuovo capitolo nella terapia farmacologica della Malattia di Alzheimer, creando grandi aspettative tra le persone affette e i loro familiari. Gli studi registrativi sugli anticorpi monoclonali aducanumab, lecanemab e donanemab sono stati i primi con risultati sottoposti al vaglio delle agenzie regolatorie, mentre diversi altri sono attualmente oggetto di studio. Sebbene i *trial* clinici registrativi ne abbiano dimostrato l'efficacia, questi risultati non sono stati interpretati univocamente dalle agenzie regolatorie dei vari Paesi del mondo. Alcune agenzie come la *Food and Drug Administration* (FDA) statunitense ne hanno autorizzato l'immissione in commercio, nel caso dell'aducanumab non senza aspre polemiche da parte di molti esperti in disaccordo con questa decisione. Altre, tra cui l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) l'hanno negata sia ad aducanumab, sia a lecanemab, motivando le proprie scelte con la considerazione che il bilancio beneficio-rischio di entrambi i farmaci è sfavorevole. A pesare sulle decisioni regolatorie di EMA, soprattutto la dubbia rilevanza clinica dei risultati favorevoli riportati dagli studi e l'alto rischio di eventi avversi potenzialmente pericolosi, particolarmente frequenti in alcune sottopopolazioni di pazienti. L'organo decisionale di EMA è il *Committee for Medicinal Products for Human Uses* (CHMP). In casi di particolare complessità il CHMP può chiedere un parere non vincolante ai *Scientific Advisory Groups* (SAG), panel multidisciplinari di esperti in clinica e metodologia della ricerca, indipendenti e liberi da conflitti di interesse. Nel caso di problematiche riguardanti farmaci per malattie neurologiche, il CHMP convoca il SAG Neurology (SAG-N). Alle sedute dei SAG frequentemente partecipano in qualità di esperti anche pazienti e rappresentanti di loro associazioni, e portano il proprio contributo anche esperti clinici esterni invitati da EMA. Gli *outcome* degli studi registrativi, finalizzati - oltre che fornire una terapia efficace e sicura per i pazienti - ad ottenerne l'autorizzazione al commercio, non sempre forniscono stime con ricadute rilevanti e nettamente favorevoli sulla salute delle persone. La significatività statistica dei loro risultati non è sufficiente a dimostrarne un beneficio clinico netto: va valutata criticamente e attentamente contestualizzata nella pratica clinica.

PROCESS MINING: UN UTILE STRUMENTO DI VALIDAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DIAGNOSTICHE

Orini Stefania (a,b), Singh Solorzano Claudio (c), Festari Cristina (c), Castagna Eleonora (d), Cotta Ramusino Matteo (e), D'Antonio Fabrizia (d), Di Crosta Adolfo (f), Masòtino Alessia (g), Massa Federico (h), Mazzonetto Alice (i), Panigutti Massimiliano (d), Ravi Noemi (i), Pievani Michela (c), Bonanni Laura (j), Bruno Giuseppe (d), Cagnin Annachiara (i), Gatta Roberto (a), Frisoni Giovanni Battista (k)

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

(b) *Unità Operativa Alzheimer, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

(c) *Laboratorio Neuroimmagine ed Epidemiologia Alzheimer, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

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

(e) *Unità di Neuroscienze Cliniche della Demenza, IRCCS Fondazione Mondino, Pavia*

(f) *Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università G. d'Annunzio Chieti-Pescara, Chieti*

(g) *Reparto di Neurologia, Ospedale San Pio da Pietralcina, Vasto, Chieti*

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

(i) *Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi, Padova*

(j) *Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università G. d'Annunzio Chieti-Pescara, Chieti*

(k) *Centro della Memoria, Università degli Studi, Ginevra, Svizzera*

Introduzione. La definizione di raccomandazione da parte di esperti di settore ed enti regolatori ha come cruciale obiettivo il miglioramento dell'efficienza dei percorsi diagnostici, riducendo i tempi e ottimizzando le risorse disponibili. Tuttavia, valutare l'applicabilità e l'impatto nella prassi clinica dell'uso di raccomandazioni è complesso. Questo studio, ancora in corso, ha l'obiettivo di testare l'uso di algoritmi di *Process Mining* (PM) per valutare l'utilizzo delle raccomandazioni inter-societarie per la diagnosi eziologica basata sull'utilizzo di *biomarkers* del disturbo cognitivo lieve (Boccardi 2020) nei percorsi diagnostici routinari di tre CDCD italiani.

Metodi. È stata condotta una revisione retrospettiva delle cartelle cliniche dei pazienti afferenti ai CDCD di Padova, Chieti e Roma, nel 2019 e nel 2023 (pre e post pubblicazione delle raccomandazioni). I dati raccolti includono: dati sociodemografici, visite cliniche, valutazioni neuropsicologiche, esami ematochimici, diagnostici (tomografia computerizzata - TC, *Magnetic Resonance Imaging* - MRI, Dat-scan, tomografia a emissione di positroni - PET con FDG o tracciante per amiloide (AMYPET), Fluido Cerebro-Spinale - CSF), ipotesi diagnostiche e diagnosi finali. I dati sono stati analizzando utilizzando due tecniche di PM. Il *Process Discovery* (PD) un approccio "*fully data-driven*", ha fatto emergere percorsi diagnostici

reali dei pazienti; il *Conformance Checking* (CC) ha permesso di quantificare l'aderenza alle raccomandazioni, rappresentando l'iter diagnostico atteso e le deviazioni da esso.

Risultati. Dalla valutazione di 1.013 cartelle emerge che solo 214 pazienti hanno ricevuto una diagnosi basata sull'utilizzo di biomarcatori. Di questi 16 pazienti con sospetta Malattia di Alzheimer hanno seguito il percorso diagnostico raccomandato: esami ematochimici, neuroimaging (MRI or TC), valutazione neuropsicologica, CSF o AMIPET. Una prima valutazione delle deviazioni ha mostrato l'esecuzione di un maggior numero di esami rispetto a quelli indicati dalle raccomandazioni: il 33% dei pazienti con sospetta diagnosi di Malattia di Alzheimer sotto i 75 anni ha eseguito FDG-PET oltre ai biomarcatori consigliati e 48% degli over 75 ha sostituito CSF o AMYPET con FDG-PET. Nei casi di sospetta demenza frontotemporale, il 28% dei pazienti ha aggiunto CSF alla FDG-PET.

Conclusioni. Il PD ci permette di analizzare i percorsi diagnostici-terapeutici, descrivendo i percorsi reali di cui a volte non siamo consapevoli. I tempi di attesa, la difficoltà ad accedere ad alcune metodiche, la tipologia di paziente possono condizionare le scelte cliniche. Per i CDCD la consapevolezza dei percorsi reali potrebbe portare a profonde riflessioni interventi mirati. Con il CC inoltre è possibile descrivere l'aderenza alle raccomandazioni e valutarne la validità. Il PM potrebbe quindi diventare uno standard sia per la validazione delle linee guida che per l'analisi quantitativa dei processi.

📄 INTERVENTI COGNITIVI PER PERSONE CON DEMENZA: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

Paggetti Alice (a), Druda Ylenia (b), Sciancalepore Francesco (a,c), Della Gatta Francesco (d), Ancidoni Antonio (a), Locuratolo Nicoletta (a), Piscopo Paola (e), Vignatelli Luca (f), Sagliocca Luciano (g), Guaita Antonio (h), Secreto Piero (i), Stracciari Andrea (j), Caffarra Paola (k), Vanacore Nicola (a), Fabrizi Elisa (a), Lacorte Eleonora (a), Gruppo di Lavoro della Linea Guida, Istituto Superiore di Sanità*, Gruppo di lavoro FONDEM**

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

(b) *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi, Bologna*

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

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

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

(f) *IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, Bologna*

(g) *Azienda Sanitaria Locale, Salerno*

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

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

(j) *già Direttore del Centro per i Disturbi Cognitivi, Unità di Neurologia, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Bologna*

(k) *Membro del Tavolo Permanente sulle Demenze, Parma*

Introduzione. I trattamenti orientati alla cognizione sono una classe di trattamenti non farmacologici che mirano a mantenere o migliorare il funzionamento cognitivo. Nell'ambito della Linea Guida "Diagnosi e Trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*", sviluppata dall'Istituto Superiore di Sanità, sono state formulate raccomandazioni specifiche sull'uso di questi interventi in persone con demenza. La presente revisione sistematica, basata sulla metodologia GRADE, è parte del lavoro effettuato per la Linea Guida. Gli esiti considerati includono il funzionamento cognitivo, la qualità di vita e le abilità funzionali delle persone con demenza e il burden dei caregiver, considerando il grado di malattia, la tipologia e forma d'intervento, e la modalità di somministrazione.

Metodi. È stata condotta una ricerca sistematica della letteratura su Cochrane Library, PubMed, ed EMBASE.

Risultati. In totale sono stati inclusi 53 studi su l'efficacia degli interventi cognitivi. Per la stimolazione cognitiva sono stati estratti i dati da 30 studi, per il *training* cognitivo da 19, per la riabilitazione cognitiva da 6. Le evidenze riportano un effetto positivo della stimolazione cognitiva in gruppo sulle funzioni cognitive misurate tramite *Mini Mental State Evaluation* (MMSE) in persone con demenza lieve (MD=2,61; 95%CI=1,45–3,77; I²=42%), lieve-moderata (MD=2,24; 95%CI=0,01–4,46; I²=40%) e moderata (MD=1,31; 95%CI=0,59–2,04; I²=21%), mentre quella individuale sembra essere efficace nelle

persone con demenza lieve-moderata (MD=4,96, 95%CI=2,61–7,3; I2=0%). Gli studi riportano un effetto positivo del training cognitivo sulle funzioni cognitive misurate con il MMSE in persone con demenza lieve (individuale: MD=2,43; 95%CI=0,86–4,00; I2=75%; di gruppo: MD=5,18; 95%CI=3,04–7,31; I2=69%) e un effetto positivo della riabilitazione cognitiva sulle abilità funzionali in persone con demenza lieve (SMD=0,52; 95%CI=0,04–1,00; I2=86%). Gli studi sulla stimolazione cognitiva implementavano principalmente Programmi di Stimolazione Cognitiva e la Terapia di Riorientamento alla Realtà nella demenza lieve, e la Terapia di Stimolazione Cognitiva nella demenza moderata. Per quanto riguarda gli effetti sul burden dei caregiver, la riabilitazione cognitiva sembra apportare maggiori benefici rispetto a training cognitivo e stimolazione cognitiva.

Conclusioni. Le evidenze riportano un potenziale effetto positivo delle diverse modalità e protocolli di stimolazione cognitiva sulle funzioni cognitive delle persone con demenza. Per quanto riguarda training cognitivo e riabilitazione cognitiva, l'effetto è limitato alle persone con demenza lieve, con effetti rispettivamente su funzioni cognitive e abilità funzionali. Nonostante i numerosi studi disponibili, si è osservata un'alta eterogeneità sia statistica che clinica. Sono necessari studi più rigorosi dal punto di vista metodologico, per chiarire l'efficacia di ciascun protocollo e modalità d'intervento.

Project carried out with the technical and financial support of the Ministry of Health-chapter 230

* Gruppo di Lavoro della Linea Guida, Istituto Superiore di Sanità https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312

** Gruppo di lavoro FONDEM <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36128968/>

📍 INTERVENTO PSICOLOGICO BREVE PER CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA: QUALE EFFICACIA?

Passoni Serena (a,b), Simioni Maura (a,b,c), Serughetti Francesca (a), Delor de Ferrabonc Giulia (a), Bottini Gabriella (a,b,c)

(a) *Centro di Neuropsicologia Cognitiva, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

(b) *Milan Center for Neuroscience, NeuroMI, Università degli Studi, Milano-Bicocca, Milano*

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

Introduzione. In letteratura vi sono numerose evidenze scientifiche che mostrano l'utilità degli interventi di supporto psicologico per caregiver di persone con demenza. A seguito della pandemia da Covid-19, il CDCD dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, che da sempre eroga interventi psicologici di gruppo come parte integrante dell'attività clinica, ha optato per dei percorsi di supporto individuali.

Metodi. Ad ogni caregiver è stato erogato un ciclo di 3 colloqui psicologici individuali, a cadenza mensile, per soddisfare le numerose richieste di accesso al servizio. Sono stati arruolati 55 caregiver nell'arco di tre anni. Ogni percorso è stato individualizzato sulla base delle principali problematiche presentate, spaziando dalla psicoeducazione al trattamento psicoterapico (e.g. EMDR - *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). All'inizio e al termine del trattamento sono state somministrate la Scala per la valutazione dell'Ansia di stato e della Depressione - forma Ridotta (AD-R), e la *Revised Memory and Behavior Problems Checklist* (RMBPC), volta ad indagare sia la frequenza dei principali disturbi cognitivi, emotivi e comportamentali tipici della persona con demenza, sia la reazione del caregiver a tali sintomi. Inoltre, è stata predisposta una scheda clinica *ad hoc* per raccogliere le principali informazioni socio-demografiche di caregiver e paziente e la valutazione soggettiva della qualità della relazione caregiver-paziente, della velocità e della gravità della malattia e dell'utilità del percorso effettuato, mediante *Scale Likert*. L'efficacia del trattamento è stata indagata confrontando i punteggi ottenuti alle scale cliniche prima e dopo il percorso.

Risultati. A seguito del trattamento, si è osservata una riduzione significativa di ansia ($t(42)=2.514$, $p=0,016$) e depressione ($W=481$, $p=0,048$). Per quanto riguarda l'ansia, tale effetto è influenzato dal tipo di trattamento impiegato ($F(1,41)=7.181$, $p=0,011$, $\eta^2p=0,149$), ovvero solo i caregiver che hanno ricevuto un trattamento con EMDR hanno mostrato un decremento della sintomatologia ansiosa ($p_{bonf}=0,003$). Per quanto concerne la RMBPC, l'intervento è stato efficace nel ridurre la reazione complessiva dei caregiver a pressoché tutti i disturbi presentati dal paziente ($t(42)=3.687$, $p<0,001$), in assenza di una variazione nella frequenza degli stessi ($t(42)=1.772$, $p=0,084$). Tale miglioramento è stato soggettivamente riconosciuto anche dagli stessi caregiver, i quali riportano un significativo sollievo emotivo, che correla con la riduzione della reazione emotiva a seguito del ciclo di colloqui ($\rho=-0,321$, $p=0,038$).

Conclusioni. I dati mostrano che anche un intervento di breve durata, se individualizzato rispetto alle caratteristiche e alle principali problematiche dei caregiver, può risultare efficace nel migliorarne lo stato psico-affettivo e le capacità assistenziali, riducendo la reattività emotiva alle problematiche cognitive e comportamentali presentate del paziente, che restano tuttavia inalterate nel tempo.

ANALISI RETROSPETTIVA SULL'IMPATTO DELL'ANEMIA E DEI BPSD NELLE CADUTE IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI IN UNA RSA

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

Introduzione. L'anemia ed i disturbi del comportamento (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSD) hanno un effetto significativo anche sulla qualità della vita negli anziani con affaticamento, alterazione della funzione cognitiva, depressione e diminuzione della forza muscolare. Le cadute rappresentano un evento frequente nei soggetti anziani, spesso con conseguenze anche drammatiche. A nostra conoscenza, non esistono molti studi che abbiano analizzato una possibile correlazione tra anemia, BPSD e cadute. Lo scopo del presente lavoro, è stato quello di valutare la presenza di una possibile correlazione tra valori di emoglobina, BPSD e rischio di cadute in soggetti anziani istituzionalizzati della RSA "S. Pertini" di Garbagnate Milanese (MI) – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense.

Metodi. Sono stati studiati gli ospiti anziani istituzionalizzati nel periodo gennaio 2014 - giugno 2024. In tale periodo nei nostri nuclei si sono verificate 1.344 cadute accidentali (con una media all'anno di 128). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a esame obiettivo completo, esami emato-chimici di routine, valutazione dimensionale; il rischio di cadute è stato valutato mediante scala di Tinetti. Il campione dei soggetti presentava le seguenti caratteristiche: età media $85,33 \pm 3,67$; Funzioni Cognitive MMSE (media): $8,09/30 \pm 1,69$; Gravità (CDR) (media): $2,59 \pm 1,03$; NPI-UCLA (media): $13,11 \pm 8,41$; Scala Tinetti (media): $12,74 \pm 1,82$; Indice Barthel (media): $40,19 \pm 3,11$; Comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale* - CIRS): Indice severità (media): $2,57 \pm 0,58$; Indice di comorbilità (media): $2,97 \pm 1,25$. Le comparazioni tra gruppi sono state effettuate mediante τ -test di Student o del χ -quadrato. Per valutare la correlazione tra il punteggio della scala di Tinetti e differenti covarianti è stata effettuata un'analisi di regressione lineare semplice e multipla.

Risultati. L'anemia era riscontrabile nel 68,23% dei pazienti, con una minore prevalenza negli uomini rispetto alle donne (23,8 vs 35,2%). I valori medi di emoglobina (Hb) nell'intera popolazione dello studio erano $11,2 \pm 2,19$ ed il punteggio medio della scala di Tinetti era di $13,04 \pm 1,82$. All'analisi di regressione lineare il punteggio della scala di Tinetti è risultato direttamente correlato con l'Hb ($r=0,357$, $P<0,0001$) e con BPSD ($r=0,348$, $P<0,0001$) ed inversamente correlato con l'età ($r=-0,2147$, $P=0,012$), e la presenza di patologie cardio-vascolari ($r=-0,368$, $P<0,0001$) e con decadimento cognitivo ($r=-0,3017$, $P<0,0001$). All'analisi di regressione multipla l'Hb e i BPSD sono risultati essere i principali predittori indipendente del punteggio della scala di Tinetti, spiegandone il 14,1% della sua variazione, mentre la presenza di patologie cardio-vascolari e decadimento cognitivo aggiungeva un ulteriore 9,56%.

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

BIOMARCATORI PLASMATICI PER IL NEUROCOVID E IL DECLINO COGNITIVO

Perciballi Marta (a), Carbone Elena (a), D'Errico Mariarosaria (b), Pascucci Barbara (c), Rivabene Roberto (a), Crestini Alessio (a), Rusi Eqrem (d), Scavelli Aurora (d), Ravoni Ottavia (d), Fortini Paola (b), Bruno Giuseppe (d), Talarico Giuseppina (d), Piscopo Paola (a)

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

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

(c) Istituto di Cristallografia, Centro Nazionale Delle Ricerche, Montelibretti, Roma

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

Introduzione. Recenti studi suggeriscono che l'infezione da SARS-CoV-2 può portare a deficit neurologici in un numero significativo di pazienti. Inoltre, il NeuroCOVID sembrerebbe essere associato a un rischio aumentato di sviluppare un disturbo neurodegenerativo o potrebbe accelerarne la progressione. L'ipotesi è che l'infezione da SARS-CoV-2 possa innescare un insieme di fattori che sono associati al declino cognitivo, come fattori di neurodegenerazione, neuroinfiammazione o disfunzione mitocondriale. L'indagine di un potenziale collegamento tra NeuroCOVID e declino cognitivo analizzando alcuni parametri di campioni ematici rappresenta un approccio promettente per migliorare la nostra comprensione di questo fenomeno e sviluppare nuove strategie terapeutiche.

Metodi. Sono stati selezionati 30 soggetti afferenti al CDCD del Policlinico Umberto I di Roma, di questi 15 erano controlli sani, 8 affetti da NeuroCOVID e 7 con decadimento cognitivo lieve (MCI - *Mild Cognitive Impairment*). Dopo il prelievo di sangue intero, i campioni sono stati centrifugati a $1.600 \times g$ a 4°C per 15 minuti e il plasma ottenuto è stato aliquotato. In seguito a estrazione e retrotrascrizione dell'RNA, la concentrazione dei miRNA è stata valutata mediante RT-qPCR. Per l'analisi del DNA mitocondriale circolante (ccfree-mtDNA), il DNA è stato estratto utilizzando il Kit della Norgen. Il numero di copie/microlitro di ccfree-mtDNA è stato determinato per Digital droplet PCR tramite l'uso di sonde Taqman della *Life Technologies*.

Risultati. Analisi dei miRNA plasmatici. Uno studio da noi pubblicato di recente ha identificato tre miRNA circolanti (miR-92a-3p, miR-320a e miR-320b) che regolano il gene della MAPT espressi in modo differenziale nei pazienti con demenza frontotemporale (FTD) rispetto ai controlli sani e/o ai pazienti con Malattia di Alzheimer (AD). L'analisi di questi miRNA effettuata nella nostra popolazione ha evidenziato un aumento significativo dell'espressione dei miR-320a e miR-320b nei pazienti NeuroCOVID rispetto ai controlli e un aumento significativo del miR-320b anche nei pazienti con decadimento cognitivo lieve. Non vi è un aumento significativo per miR-92a-3p. Analisi dell'mtDNA circolante. Il numero di copie di mtDNA circolante nel plasma è inferiore negli MCI rispetto ai controlli in maniera significativa e si osserva una tendenza simile anche nel gruppo di pazienti con NeuroCOVID.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che i parametri presi in esame siano associati sia al gruppo degli MCI che a quello dei NeuroCOVID. Ulteriori analisi su questi possibili biomarcatori potrebbero essere utili per definire meccanismi comuni fra le due patologie.

APPROCCIO NEUROPSICOLOGICO NEL TRATTAMENTO DELL'AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA

Petrini Francesca (a), Nicoletti Valentina (a), Spadoni Giulia (a), Orselli Ilaria (a), Bergamin Enrico (b), Del Prete Eleonora (a), Siciliano Gabriele (a,b), Tognoni Gloria (a)
(a) *Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Neurologia, CDCD, Azienda Ospedaliero
Universitaria Pisana, Pisa*
(b) *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Pisa*

Introduzione. Svitati studi hanno dimostrato i benefici del trattamento del linguaggio nell'Afasia Primaria Progressiva, con la possibilità di apprendere strategie per mantenere, sebbene per un tempo limitato, le possibilità comunicative dell'individuo. L'obiettivo del presente lavoro è di evidenziare gli effetti positivi di un trattamento con approccio neuropsicologico rivolto alle persone con Afasia Primaria Progressiva.

Metodi. 12 pazienti di età compresa tra i 61 e gli 81 anni con Afasia Primaria Progressiva (di cui 10 con variante logopenica, 1 non fluente/agrammatica e 1 semantica) hanno completato un ciclo di trattamento individuale di una durata variabile compresa tra 8 e 16 sedute svolte con frequenza monosettimanale. 4 pazienti hanno svolto anche un ciclo di trattamento di gruppo di 8 sedute. Sono state eseguite due valutazioni pre- e post-trattamento con test standardizzati in un periodo di tempo compreso fra i tre e i sei mesi. È stato somministrato inoltre un breve questionario focalizzato su 4 domini: comunicazione, relazioni sociali, attività quotidiane e umore, dove pazienti e caregivers potevano indicare i cambiamenti percepiti dopo il trattamento. Durante ogni seduta era previsto un momento iniziale di condivisione e rfigurazione dei vissuti emotivi del paziente; successivamente, veniva svolto un esercizio di attivazione mirato a stimolare l'allerta fasico, seguito da attività di stimolazione dell'attenzione, della memoria di lavoro e del linguaggio.

Risultati. Dalle valutazioni pre- e post-trattamento, è emerso in tutti i pazienti un generale mantenimento delle abilità linguistiche. Da un punto di vista qualitativo, ai questionari proposti 9 pazienti hanno riferito una maggiore sicurezza nella comunicazione, nelle relazioni sociali e nello svolgimento delle attività quotidiane; tra questi pazienti, 6 hanno riferito anche un incremento del tono dell'umore. I cambiamenti più evidenti sono stati osservati nei pazienti che hanno svolto anche le sessioni di gruppo. 3 dei 12 pazienti non hanno riportato cambiamenti nei diversi domini sopra elencati.

Conclusioni. Seppur con un numero limitato di pazienti e con una durata ridotta dei trattamenti, il presente lavoro mostra come un approccio neuropsicologico nel trattamento dell'Afasia Primaria Progressiva possa avere effetti positivi per il paziente a livello emotivo e relazionale. Inoltre, dopo il trattamento, in tutti i pazienti si è osservato un generale mantenimento delle abilità linguistiche rispetto all'inizio del training. Tuttavia, sarebbero necessari ulteriori studi per valutare gli effetti del trattamento in un arco di tempo maggiore.

IMPATTO DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO-FUNZIONALE SULLA DIADE: STUDIO LONGITUDINALE

Pierobon Antonia (a), Mancini Daniela (a), Torlaschi Valeria (a), Maffoni Marina (a), Maestri Roberto (b), Chimento Pierluigi (c), Buonocore Michelangelo (c), Fundarò Cira (c)
(a) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Servizio di Psicologia, Istituto di Montescano, Montescano, Pavia*
(b) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Servizio di Bioingegneria, Istituto di Montescano, Montescano, Pavia*
(c) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Servizio di Neurofisiopatologia, Istituto di Montescano, Montescano, Pavia*

Introduzione. Il deterioramento cognitivo (lieve o maggiore) coinvolge il paziente ma anche il caregiver, su cui grava il carico assistenziale ed emotivo. Le variabili sociodemografiche e psicologiche rappresentano fattori di rischio per il *burden* nel caregiver. Il presente studio indaga l'impatto del deterioramento cognitivo sulla diade che evidenzia l'influenza delle condizioni di salute del paziente (autonomia e sintomi neuropsichiatrici) sul *burden* e qualità di vita del caregiver. A due anni dall'arruolamento, l'obiettivo è esplorare longitudinalmente l'impatto del deterioramento cognitivo sulle diadi.

Metodi. Lo studio svolto nell'Istituto ICS Maugeri di Montescano, ha coinvolto pazienti afferenti all'ambulatorio di disturbi cognitivi e demenze (CDCD) per sospetto o conclamato deterioramento cognitivo. I pazienti accompagnati dai caregiver primari (*Mini-Mental State Examination* >22) sono stati reclutati e suddivisi per punteggio allo screening neuropsicologico: a) *Mild Cognitive Impairment* (18,3-22, questionari compilati da caregiver e pazienti); b) demenza (<18,3, questionari solo al caregiver); c) soggetti senza deterioramento cognitivo (>22, monitoraggio). Sono state indagate le variabili sociodemografiche, cliniche, psicologiche e di qualità di vita della diade. Ad un anno dalla valutazione basale (T0), i pazienti sono stati contattati telefonicamente per un accertamento delle condizioni cliniche e per effettuare un *follow-up* (T1).

Risultati. Sono stati valutati 51 soggetti (età: 80,0±6,1) e 34 caregiver (età: 58,8±15,9). I pazienti erano equamente divisi per genere (maschi: 52,9%, femmine: 47,1%), prevalentemente pensionati (96,1%), sposati (62,7%), con un caregiver figlio (47,1%) o coniuge (47,1%). Le diagnosi dei pazienti erano: Demenza Vascolare (41,2%), Alzheimer (31,4%), Frontotemporale (5,9%), Parkinson (5,9%), Mista (3,9%) e *Mild Cognitive Impairment* (11,8%). Sono state considerate le esenzioni (basso reddito ed età ≥65 anni: 49%; invalidità civile: 15,7%) come indice di gravità della malattia. La maggior parte dei caregiver erano femmine (85,4%), lavoratori (46,4%), sposati (68,3%) e avevano un caregiver moglie-marito (50%). Osservando i pazienti longitudinalmente (T0 vs T1): 6 soggetti sani hanno sviluppato deterioramento lieve (n=4) e demenza (n=2); 4 pazienti con deterioramento lieve sono evoluti in demenza. Inoltre, sono emerse nei caregiver, in entrambi i gruppi e tempi, correlazioni negative significative tra qualità della vita e rispettivamente *distress* (T0: $r = -0,71$, $p < 0,0001$; T1: $r = -0,54$, $p < 0,0009$) e *burden* del caregiver (T0: $r = -0,67$, $p < 0,0001$; T1: $r = -0,44$, $p < 0,006$).

Conclusioni. Indipendentemente dal livello di gravità di deterioramento cognitivo dell'assistito, i caregiver sperimentano bassa qualità di vita legata alla salute. La comprensione delle variabili psicosociali coinvolte nella diade e la valutazione della qualità di vita è fondamentale a scopo preventivo e per fornire servizi di supporto efficaci a ridurre gli esiti negativi per pazienti e caregiver (burden fisico/emotivo).

PRESA IN CARICO GLOBALE DELLA PERSONA CON DEMENZA

Pinto Katia (a), Chiapparino Claudia (a), Lograno Claudia (a), Santoro Doriana (a), Montanaro Roberta (a), Lattanzio Fabrizio (b), Schino Pietro (a)

(a) Associazione Alzheimer Bari, Organizzazione di Volontariato, Bari

(b) Associazione Memory Team ETS, Bari

Introduzione. L'Associazione Alzheimer Bari nasce nel 2002 per supportare le famiglie e le persone con demenza. Centinaia di queste sono state seguite in un'ottica di presa in carico globale del nucleo familiare, realizzando interventi mirati e specifici sulla base delle diverse necessità.

Metodi. Il primo contatto con l'utenza avviene presso il centro d'ascolto, dove i volontari, ex familiari, analizzano attentamente le richieste per indirizzare le famiglie verso gli interventi più adeguati. Il percorso di presa in carico procede con una fase conoscitiva della persona con demenza e dei suoi cari per raccogliere dati sul profilo cognitivo e comportamentale, seguendo una cura personalizzata attraverso gruppi di stimolazione cognitiva selezionati. Viene raccolta la storia di vita, essenziale per personalizzare le attività. Si provvede alla cura dei caregiver, fornendo strumenti di supporto attraverso il programma Amaryliss, che funziona come un Alzheimer Cafè, con incontri strutturati tre volte alla settimana per incoraggiare la condivisione e offrire supporto psicologico. Dal 2019, l'estensione della *Dementia Friendly Community* (DFC) a tutta la città metropolitana di Bari promuove attività di sensibilizzazione e interazione, migliorando direttamente l'accesso ai servizi essenziali e la qualità di vita, con un impegno attivo nel ridurre lo stigma e favorire il mantenimento della propria vita nella comunità.

Risultati. Nei primi 7 mesi del 2024 sono state seguite 112 persone con demenza di cui 61 nei gruppi di stimolazione cognitiva e 51 in attività individuale. Analogamente sono state effettuate 93 valutazioni neuropsicologiche. I dati relativi all'ultima progettualità DFC - Bari Area Metropolitana sono in fase di elaborazione.

Conclusioni. L'approccio innovativo adottato dall'Associazione Alzheimer Bari nella cura e supporto delle persone con demenza ha dimostrato un miglioramento significativo nella loro gestione quotidiana. Personalizzando i percorsi di cura in base alle storie di vita e alle specifiche cognitive delle persone con demenza, si è osservato un innalzamento della qualità di vita. L'iniziativa della *Dementia Friendly Community* ha ulteriormente ampliato la rete di supporto, migliorando l'integrazione e la sensibilizzazione della comunità, e facilitando interazioni positive. Questi risultati suggeriscono il valore di estendere questo modello ad altre realtà, ponendo le basi per strategie più inclusive nel trattamento delle demenze.

STIMOLAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO IN PAZIENTI CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO LIEVE: ESPERIENZA DELLA ASL ROMA 3

Pizzoni Luca (a), Di Matteo Federica (a), Bonanni Rita (a), Cavalli Andrea (a), Scoyni Raffaella Maria (b), Mancini Giovanni (a)

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

(b) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Distretto XII, ASL Roma 3, Roma

Introduzione. La Stimolazione Cognitiva è una terapia non farmacologica molto utilizzata nel trattamento delle Demenze e della loro fase prodromica. Numerose evidenze scientifiche hanno riportato un miglioramento del funzionamento cognitivo dei pazienti che hanno seguito un trattamento di questo tipo. Il presente studio, integrazione di quello già presentato lo scorso anno, ha come obiettivo l'osservazione degli esiti di un trattamento di Stimolazione Cognitiva di gruppo sul funzionamento cognitivo dei pazienti afferenti al nostro Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze.

Metodi. Abbiamo raccolto un campione di 17 soggetti con diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Lieve che hanno effettuato, a cadenza settimanale, un ciclo di 10 sedute di Stimolazione Cognitiva di gruppo caratterizzate da esercizi di orientamento spazio-temporale, esercizi specifici per funzione cognitiva (soprattutto memoria a breve e lungo termine) e dalla Terapia della Reminiscenza tramite l'ausilio di vecchie fotografie portate dai soggetti. A fine seduta, venivano assegnati degli esercizi da portare compilati all'incontro successivo. Come misura del funzionamento cognitivo è stato utilizzato il punteggio ottenuto dai soggetti, all'inizio (t0) e al termine del ciclo (t1), al test *Mini Mental State Examination*. Per valutare l'effetto del trattamento sul funzionamento cognitivo dei soggetti è stato usato il *T-paired test*. Le due ipotesi concorrenti sono state: l'ipotesi nulla, che prevedeva non ci fosse differenza tra le medie dei punteggi al t0 e al t1 ($H_0: \mu_0 = \mu_1$); l'ipotesi alternativa, che invece prevedeva che la media dei punteggi ottenuti al t0 fosse minore di quelli ottenuti al t1 ($H_1: \mu_0 < \mu_1$), ipotizzando dunque un incremento dei punteggi dopo il trattamento. Abbiamo stabilito un limite di significatività pari a $p < ,05$.

Risultati. Le medie dei punteggi ottenuti al t0 e al t1 sono state: $\mu_0 = 25,29 \pm 1,61$; $\mu_1 = 27,29 \pm 2,08$. Applicando la procedura statistica suddetta, si è ottenuto un p-value di 0,0002, che essendo minore del limite di significatività prestabilito, ci ha permesso di scartare l'ipotesi nulla $H_0: \mu_0 = \mu_1$, ed accettare l'ipotesi alternativa $H_1: \mu_0 < \mu_1$, mostrando come il trattamento di Stimolazione Cognitiva di gruppo abbia avuto un effetto positivo statisticamente significativo sul funzionamento cognitivo dei soggetti.

Conclusioni. Il presente studio, seppur limitato dall'esiguità del campione e dal possibile effetto apprendimento nel test-retest, conferma le precedenti evidenze e mostra come un trattamento di Stimolazione Cognitiva di gruppo possa portare ad un miglioramento del funzionamento cognitivo in soggetti con Disturbo Neurocognitivo Lieve.

TEST DI FLUENZA VERBALE: UNO STRUMENTO NEUROPSICOLOGICO PREDITTIVO DEI PROFILI ETEROGENEI DI *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*

Pizzoni Luca (a), Di Matteo Federica (a), Bonanni Rita (a), Cavalli Andrea (a), Scoyni Raffaella Maria (b), Mancini Giovanni (a)

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

(b) Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Distretto XII, ASL Roma 3, Roma

Introduzione. I Test di Fluena Verbale sono strumenti semplici, di rapida somministrazione e particolarmente efficaci nel valutare diversi aspetti del funzionamento cognitivo. Le prove di fluena fonemica valutano soprattutto componenti esecutive, mentre quelle di fluena semantica valutano prevalentemente componenti di memoria semantica. Negli ultimi anni, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato come una prestazione deficitaria in prove di fluena semantica potesse essere un marcatore cognitivo predittivo della fase prodromica di Demenza di Alzheimer, il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) amnesico. Lo scopo di questo studio è quello di evidenziare diversi profili ai test di fluena verbale tra i pazienti affetti da MCI di tipo amnesico e non amnesico.

Metodi. Sono stati arruolati 21 soggetti con diagnosi di MCI (*Media Mini Mental State Examination*: $26,80 \pm 1,63$), di cui 12 classificati come amnesici, e 9 come non amnesici. Ai soggetti è stato somministrato un test di Fluena Verbale che prevede tre stimoli fonemici e tre stimoli semantici (colori, animali, frutti). Il punteggio che si ottiene, per entrambe le componenti fonemica e semantica, è la somma delle parole prodotte in un minuto per ogni stimolo. L'ipotesi è che il gruppo dei MCI amnesici mostri una prestazione peggiore nella prova semantica rispetto a quella fonemica, mentre l'opposto viene ipotizzato che accada nel gruppo dei MCI non amnesici. Per l'analisi dei dati sono stati usati l'ANOVA (*Analysis of Variance*) per misure ripetute e il *T-paired test*. Il limite di significatività posto è stato pari a $p < 0,05$.

Risultati. I risultati dell'ANOVA hanno dimostrato che c'è una interazione, *Group-by-Test*, tendenzialmente significativa ($p = 0,07$), tuttavia con un elevato *size effect* ($\eta^2 = 0,16$). Il *T-paired test* evidenzia infatti che il gruppo dei soggetti amnesici ottiene una prestazione significativamente peggiore nella prova di fluena semantica rispetto alla prova di fluena fonemica ($p = 0,03$), mentre il contrario accade nel gruppo dei non amnesici ($p = 0,02$).

Conclusioni. Questo studio, seppur su un esiguo campione di pazienti, ha mostrato come in un test di Fluena Verbale i soggetti con MCI amnesico e MCI non amnesico ottengano delle prestazioni sostanzialmente diverse. Questa netta dissociazione può essere utile nella pratica clinica per distinguere le due forme di MCI, individuando precocemente quelli più a rischio di conversione verso la Demenza di Alzheimer.

REAZIONE GLIALE E ALZHEIMER: CENTRINA-2 È UNA NUOVA PROTEINA DEGLI ASTROCITI UMANI

Poloni Tino Emanuele (a), Degl'Innocenti Elisa (b), Medici Valentina (a,c), Olimpico Francesco (b), Profka Xhulja (a), Guaita Antonio (a), Dell'Anno Maria Teresa (b)

(a) *Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano*

(b) *Fondazione Pisana per la Scienza ONLUS, San Giuliano Terme, Pisa*

(c) *Dipartimento di Medicina TrAslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara*

Introduzione. Nella neurodegenerazione il deposito di proteine patologiche attiva una reazione astrocitaria attraverso segnali cellulari mediati dal calcio, con riarrangiamento del citoscheletro e sovraespressione di proteine specifiche, soprattutto filamenti intermedi come GFAP (*Glial Fibrillary Acidic Protein*). Cellule gliali e “*calcium signaling*” hanno un ruolo centrale nella neuroinfiammazione/neurodegenerazione. Infatti, gli astrociti reattivi circondano le placche neuritiche, mostrando cambiamenti strutturali. Centrina-2 (CETN2), una proteina centrosomiale legante il calcio, è un nuovo marcatore astrocitario peculiare e specifico dell'uomo, completamente assente negli astrociti murini. Questo studio esplora il possibile ruolo di CETN2 nella Malattia di Alzheimer (AD).

Metodi. Selezionati 16 casi comprendenti l'intero spettro clinico della malattia: 3 cognitivamente normali, 4 *Mild Cognitive Impairment*, 9 *Alzheimer Disease* (AD) sporadici in diverse fasi evolutive. I cervelli sono stati prelevati e caratterizzati neuropatologicamente secondo protocollo pubblicato (*Abbategrasso Brain Bank*). Tre aree (prefrontale, entorinale e cervelletto), colpite in modo differente dalla patologia AD, sono state analizzate mediante immunistochemica al microscopio confocale e tramite immunoblot. L'analisi statistica è stata condotta con i test di Kruskal-Wallis, Pearson e Spearman.

Risultati. Neuropatologicamente abbiamo osservato: 7 casi con AD-lieve (Braak I-II/Thal 1-4), 3 casi con AD-intermedio (Braak III-IV/Thal 3-5) e 6 casi con AD-grave (Braak V-VI/Thal 4-5). Emerge una correlazione positiva e significativa tra CETN2 entorinale e deterioramento cognitivo, nonché tra CETN2, amiloide e grovigli neurofibrillari. Si evidenzia chiaramente una relazione lineare tra CETN2 entorinale e la progressione della patologia AD. Gli astrociti CETN2-positivi si mostrano raggruppati attorno alle placche neuritiche con inclusioni citoplasmatiche di A β 40 e A β 42. CETN2 ha una chiara co-localizzazione con marcatori gliali reattivi (STAT3, NFATc3 e YKL-40) che indicano un ruolo di CETN2 nell'astrocitosi reattiva indotta dalla neurodegenerazione.

Conclusioni. Insieme alla microglia, gli astrociti sono necessari per rimuovere detriti proteici (A β , pTAU) e sinapsi danneggiate, con ripercussioni sui processi riparativi e neurodegenerativi. CETN2, assente negli astrociti murini, ha un ruolo di rilievo nel “*toolkit*” del calcio astrocitario specifico dell'uomo e sottoposto a riarrangiamenti nell'AD. Gli astrociti umani e murini appaiono assai diversi e gli studi sui modelli animali chiariscono solo parzialmente cosa accade negli esseri umani. CETN2 emerge come proteina importante per la fisiologia astrocitaria; ulteriori studi funzionali di proteomica potranno chiarire meglio il ruolo di CETN2. Aprire linee di ricerca sulle cellule gliali è

fondamentale per comprendere la neurodegenerazione, un fenomeno specie-specifico per la cui comprensione resta cruciale la disponibilità di tessuto cerebrale umano ben caratterizzato, da cui ricavare anche modelli cellulari.

PRIMI PASSI DALLE REALTÀ OSPEDALIERE

Possenti Mario, Arosio Francesca
Federazione Alzheimer Italia, Milano

Introduzione. Nonostante le raccomandazioni istituzionali per il potenziamento dei servizi di assistenza continuativa sul territorio per le persone con demenza, l'ospedale continua ad essere un punto fondamentale per la cura.

Metodi. Federazione Alzheimer Italia ha creato un Tavolo di lavoro con componenti di realtà ospedaliere del territorio italiano per confrontarsi e redigere un documento finale di Linee di indirizzo. Si è proceduto dapprima alla stesura di un questionario di raccolta dell'esperienza di coloro che lavorano in reparto ospedaliero.

Risultati. Sono state raccolte 81 risposte. Il campione è composto: 45% medici e per il 36% da infermieri che operano in degenza ospedaliera o in ambulatorio e con esperienza ventennale (58%). Solo il 21% ha avuto esperienza come familiare. Il 46,3% ritiene di possedere buone conoscenze: per il 71,6% acquisite dal percorso di studi. Queste consentono loro di ritenersi abbastanza in grado sia di comunicare con le persone con demenza (48,1%) sia di comprenderne i bisogni (49,4%) anche laddove la persona sia confusa o agitata (46,9%). Il 20% ritiene di possedere scarse conoscenze, mentre il 25% degli operatori non si sente a proprio agio nell'assistenza. Un quarto del campione ritiene che il parere del familiare possa incidere abbastanza sul ricovero ed altrettanto che il periodo di degenza possa avere delle conseguenze negative sulla qualità di vita, alle dimissioni. Il campione riporta che molto spesso o spesso (55%) nel reparto siano assistite persone con demenza e nel 50% vi sia l'utilizzo di misure di contenzione fisica o farmacologica. Oltre il 50% riporta che non siano quasi mai predisposti percorsi assistenziali specifici pur dichiarando (50%) che il carico di lavoro aumenti molto e moltissimo. Il 55% riferisce che sia consentita una permanenza oltre orario al caregiver. Quanto ritengono possa migliorare la vita all'interno dell'UO sia il poter contare su un maggior numero di figure dedicate nei reparti (82,7%), maggiori informazioni sui servizi dedicati in dimissione (65,4%) e maggior flessibilità negli orari di visita (50,6%). Quanto ritenuto necessario per migliorare l'esperienza di ricovero siano maggiori corsi di formazione al personale (79%), maggior coinvolgimento dei volontari (50%) ed infine poco meno del 40% ritiene importante la rivalutazione dei protocolli esistenti.

Conclusioni. Dai primi questionari buona parte del personale sanitario ritiene di possedere le conoscenze ma di non sentirsi confidente nel metterle in pratica. Parrebbe una situazione di stallo in cui raccomandazioni condivise, comunicazione all'interno dell'equipe e motivazione al cambiamento potrebbero smuovere anche un sistema rigido e complesso come quello ospedaliero.

ALLA SALUTE... COGNITIVA": IL PRIMO CAFFÈ ALZHEIMER A MONFALCONE

Prestia Annapaola (a), Fabris Silvia (a), Carneiro Solange (b), Calligaris Diego (b), Fontana Sabrina (c), Bidoli Giuliana (c), Riolo Antonino (d)

(a) *SOFIA, Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia Srl, Gorizia*

(b) *Associazione Alzheimer Isontino Organizzazione di Volontariato, Monfalcone, Gorizia*

(c) *Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale Carso Isonzo Adriatico, Monfalcone, Gorizia*

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

Introduzione. I caffè Alzheimer sono luoghi di incontro e supporto per le persone con demenza e i loro familiari. "Alla Salute... Cognitiva" rappresenta un'innovazione nel panorama di questi servizi. Nato dalla partnership tra l'Azienda Sanitaria, l'Ambito territoriale Carso Isonzo Adriatico, l'Associazione Alzheimer Isontino, e la Startup SOFIA, è finanziato con fondi del Ministero della Salute 2021-2023 e comunali.

Metodi. Il servizio, avviato il 18/3/2024, si svolge ogni lunedì e venerdì per tre ore a settimana. Durante questi incontri, le persone con demenza partecipano a gruppi di stimolazione cognitiva mentre i familiari prendono parte a varie attività. Fino a luglio 2024, sono state erogate 51 ore di stimolazione cognitiva e altrettante ore di attività con i familiari, comprendendo 17 ore di conferenze, 25 di attività rilassanti e socializzanti, 6 di laboratori creativi e 3 di eventi musicali.

Risultati. Al 20/7/2024, il caffè Alzheimer conta 30 famiglie iscritte, per un totale di 70 persone coinvolte, tra cui persone con demenza, familiari e altri caregiver. Le attività sono supportate da 24 professionisti (11 psicologi, 1 fisioterapista, 1 logopedista, 2 infermiere, 2 educatrici, 2 istruttrici di *pet therapy* con 2 cani, 1 animatrice, 1 arteterapeuta, 2 operatori sanitari, 1 musicoterapista) e 2 tirocinanti psicologi e 4 volontarie per l'accoglienza. La partecipazione media è di 9 persone con demenza e 13 familiari per incontro. Solo le famiglie residenti nei 10 comuni finanziatori e con membri con demenza lieve o moderata possono accedere al servizio. Prima dell'accesso, le famiglie completano un questionario per valutare le abilità delle persone con demenza, la gravità dei disturbi comportamentali e il grado di stress dei familiari. Al 20 luglio, il 56% delle persone con demenza iscritte sono donne, con un'età media di 81 anni \pm 5 anni, abilità di base mediamente conservate (5 su 8), alto carico di disturbi comportamentali e frequente stress tra i familiari.

Conclusioni. Il servizio terminerà a dicembre 2024 e tutte le famiglie iscritte verranno rivalutate per misurarne l'utilità in termini di riduzione dello stress nei caregiver e dei disturbi comportamentali nelle persone con demenza, oltre al mantenimento delle abilità di base. "Alla Salute... Cognitiva" è un servizio innovativo che offre supporto, socializzazione e formazione ai caregiver, promuovendo la salute intesa come un globale benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale. Parallelamente alle attività sono stati calendarizzati incontri informativi rivolti alla popolazione ed a specifici *target* volti a sensibilizzare la comunità e renderla sempre più vicina alle persone con demenza.

ATELIER TERAPEUTICO IN UN PERCORSO ARTISTICO ESPRESSIVO

Ragionieri Stefania

Azienda Speciale Regina Elena, Carrara, Massa Carrara

Introduzione. L'attenzione alla qualità della vita degli ospiti, è il compito primario delicato ed ineludibile, stante la fragilità dei soggetti con diagnosi di demenza, che soggiornano nel nostro Centro Diurno Alzheimer. La presa in carico di ogni ospite riguarda tutti gli ambiti del benessere e nel ventaglio delle attività proposte dal servizio animazione, il laboratorio artistico-espressivo-creativo è un intervento di aiuto e sostegno basato sulla mediazione, anche non verbale, attraverso l'uso di materiali artistici dove il processo creativo messo in atto nel fare arte, produce benessere. Momento particolarmente gradito e terapeutico nei modi di percepire, costruire, concentrarsi ed operare in relazione nel gruppo, dove le attività artistiche libere sono un modo per esprimersi, anche quando non si hanno più le parole, utilizzando materiali facilmente plasmabili o che danno colore: pennarelli, fogli, matite, pennelli, ecc.

Metodi. Nell'ambito del progetto "Riconciliarsi" - Artisti, comunità istituzioni – promosso dal Comune di Carrara in collaborazione con il museo cittadino MudaC (tenutosi in struttura da gennaio a maggio 2023 una volta a settimana per due ore al giorno) l'attività artistica proposta in un *atelier* condotto in collaborazione con professionalità esterne, ha offerto agli ospiti interessati, una esperienza ricca di aspetti percettivi, qualità sensoriali, possedendo caratteristiche visive. Il contatto con i materiali, il gesto, il tratto hanno comportato l'aspetto tattile e senso motorio del corpo. Al primo incontro conoscitivo e di dialogo, ne sono seguiti altri di osservazione caratterizzati dall'ascolto al fine di creare un clima spontaneo e amichevole. Dal terzo incontro venivano inserite le tecniche di rilassamento, prima dello svolgimento dell'attività terapeutica artistica: complemento necessario all'arteterapia poiché l'arte di dipingere e di modellazione dell'argilla, interessa il braccio, la mano, le posture corporee, la respirazione ed il comportamento tonico-emozionale poiché lo stato globale del corpo affettivo si riflette sull'opera e facilita lo sblocco dell'immaginario.

Risultati. Grazie all'arteterapia, quale sistema riabilitativo capace di migliorare le capacità comunicative e relazionali, è stato possibile per i partecipanti, sviluppare il potenziale espressivo e creativo di ogni individuo e stimolare un percorso per riorganizzare avvenimenti e pensieri del vissuto.

Conclusioni. L'interiorità di ciascun ospite si è espressa con ampio spazio di flessibilità e tutto il lavoro svolto è stato valorizzato con l'esposizione finale dei lavori con due mostre pubbliche corredate di catalogo: una per le realizzazioni plastiche ed una per le tele dipinte o colorate con matite, nelle quali gli spettatori sono entrati in contatto con il vissuto interiore degli artisti/ospiti esponenti, creando un sentimento di unione fra essi. L'arteterapia un metodo armonioso di grande aiuto per rielaborare avvenimenti: foglio, tela e creta i contenitori per riversare sensazioni, fantasie, tensioni.

DEMEDIACARE: SVILUPPO DI UN PROGRAMMA DI TELEASSISTENZA OCCUPAZIONALE DEDICATO ALLA DIADE PERSONA CON DEMENZA E CAREGIVER A DOMICILIO PER MIGLIORARE LE CAPACITÀ DI COPING E RIDURRE IL BURDEN

Rinaldi Eleonora, Suffritti Lucia, Collalto Paola, Albanese Giuseppina, Strozzi Michela, Negri Chinaglia Cinzia
Careapt SpA, Bresso, Milano

Introduzione. Le persone affette da demenza necessitano di elevati livelli di assistenza garantita, nella maggior parte dei casi, da caregiver familiari o informali. Gli interventi psicosociali hanno dimostrato di ridurre il carico dei caregiver e di ritardare l'istituzionalizzazione e sono raccomandati anche nelle recenti linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità; la telemedicina può favorirne l'accessibilità e la migliore fruibilità.

Metodi. È stato sviluppato un modello di teleassistenza rivolto alle diadi persona con demenza e caregiver che ha coinvolto geriatri, psicologi, neurologi, infermieri e terapisti occupazionali. Il programma comprende una valutazione clinica multidimensionale e la stesura di un piano di teleassistenza. La terapeuta occupazionale, in qualità di *care manager*, supportata dall'*équipe* multidisciplinare, si interfaccia con il caregiver attraverso una piattaforma di telemedicina che incorpora una serie di strumenti di valutazione clinica. Gli accessi di teleassistenza hanno come obiettivi il miglioramento della conoscenza e della gestione dei disturbi comportamentali e della comunicazione, l'adattamento delle *Activity of Daily Living*, il monitoraggio delle comorbidità e il sostegno emotivo.

Risultati. Valutazione basale relativa ad un campione di 65 pazienti e 79 caregiver. Pazienti: età media: 84,5 anni, 63%F/37%M; IB: 67,1/100; IADL: 1,2/8; NPI: 25,7/144. Caregiver: età media: 66,8 anni, 48% coniugi / 43% figli o nipoti / 9% caregiver formali, 77% femmine / 23% maschi, 59% conviventi / 41% non conviventi; *Neuropsychiatric Inventory stress* (NPI): 9,1/66 (64% con carico di stress ≥ 3), Zarit: 33,1/88 (su 52 caregiver), *Dementia Knowledge Assessment Scale* (DKASmod): 8/12. RSA: 10/65; Exitus: 15/65; in attesa T1: 13/65; *drop out*: 1/65. Di 26 diadi è disponibile la rivalutazione T1 dopo una media di 9 mesi di presa in carico. Pazienti: età media: 85,1 anni, 62% femmine / 38% maschi; IB T0: 71,9/100 - T1: 52,3/100; *Instrumental Activities of Daily Living Scale* T0: 1,9/8 - T1: 1/8; NPI medio: T0 27,7/144 - T1 19,5/144, pari ad una riduzione del 30%. Le variazioni maggiori si sono verificate in frequenza/gravità per: depressione, irritabilità, sonno, allucinazioni e deliri. Numero totale accessi: 779; circa 30/paziente di cui 15% per valutazione e 85% per interventi; durata media accessi: circa 30 minuti. Di 21/26 caregiver è disponibile la rivalutazione a T1. Età media: 64,5, 81% femmine / 19% maschi. Zarit medio: T0: 37,1/88 - T1: 31,7/88 (riduzione 15%). NPI stress: T0: 12,4/60 - T1: 10,5/60 (riduzione 15%, soprattutto a carico di disinibizione, irritabilità, sonno, deliri e comportamento motorio aberrante). DKASmod (indaga il livello di conoscenza della malattia) media: T0: 8/12 - T1: 10,4/12; *score* da 10/12 a 12/12: 29% a T0 vs 88% a T1. Il questionario di soddisfazione ha documentato miglioramento della conoscenza della

malattia (88%) e del senso di competenza (87%); il 97% si è sentito supportato emotivamente. La *Perceived Change Scale*, recentemente introdotta, è stata somministrata a 6/26 caregiver. È stato percepito miglioramento nella capacità di gestire nuovi problemi (67%), di capire il comportamento (67%) e di controllo di nuovi problemi (83%).

Conclusioni. Gli obiettivi principali erano la comprensione e la mitigazione dei disturbi comportamentali da parte dei caregiver, finalizzata alla riduzione del burden. Sono necessarie ulteriori indagini in termini di risultati clinici.

RISERVA COGNITIVA E PREVENZIONE DELLA DEMENZA. È TEMPO DI INVESTIRE RISORSE?

Riolo Antonino

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali, Disabilità, Regione Friuli Venezia Giulia, Trieste

Introduzione. Alcune dimensioni psicosociali quali l'istruzione e l'occupazione, le attività cognitive nell'età di mezzo e le attività ricreative sembrerebbero associate con una migliore *performance* nell'età avanzata, configurandosi come effetto tampone contro il deterioramento cognitivo. Il concetto di riserva cognitiva può costituire un settore in cui investire risorse non solo nell'ottica di rallentare l'insorgenza ma soprattutto di prevenire le demenze nella popolazione generale.

Metodi. Partendo dall'analisi sistematica della letteratura, abbiamo rivisto i concetti di riserva cognitiva e le diverse modalità per misurarla, soprattutto in un settore come quello psicosociale che sfugge a valutazioni oggettive e a criteri standardizzati di misurazione.

Risultati. Gli aspetti biologici, i fattori genetici, le stesse esperienze di vita da soli non riescono a spiegare il *Mild Cognitive Impairment* e l'insorgenza delle varie forme di demenza, spesso peraltro in comorbilità con altre problematiche cliniche ma occorrerebbe considerare il ruolo di quelle impalcature o traiettorie compensative che mitigano l'impatto dell'invecchiamento cerebrale.

Conclusioni. Occorrerebbe uscire dalla logica puntiforme dei singoli fattori di rischio da aggredire nell'ottica della prevenzione e valutare la sostenibilità di strategie di prevenzione multifattoriale, pianificando investimenti di risorse nel medio-lungo periodo per il mantenimento della salute cognitiva nella popolazione.

DROP OUT NELL'INTERVENTO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE: COLLABORARE CON LO PSICOLOGO

Romano Elisabetta, Paolini Caterina, Rossi Cristina, Montanari Alessandra, Manni Barbara, Fabbo Andrea

Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena

Introduzione. La letteratura raccomanda una presa in carico multidisciplinare della persona con demenza e del suo caregiver; vengono descritti gli interventi delle singole figure, ma non le possibili attività da svolgere congiuntamente e in compresenza da due o più professionisti. Nell'equipe multidisciplinare del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze di Sassuolo (MO), da marzo 2021, sono presenti due terapisti occupazionali. Tali professionisti effettuano interventi al domicilio che prevedono l'applicazione di due programmi: il *Tailored Activity Programme (TAP)* e il *Community Occupational Therapy in Dementia (COTiD)* che richiedono la presenza attiva della persona con demenza e del caregiver. In questi interventi non sempre è possibile stabilire obiettivi chiari, non potendo così seguire i protocolli da manuale e in letteratura non si trovano specifici studi a tal proposito.

Metodi. Da marzo 2021 ad agosto 2024 le terapisti occupazionali del Centro hanno condotto 344 interventi al domicilio rilevando 117 *drop out* così suddivisi per motivazione: 24 ricoveri, 9 decessi, 31 rifiuti, 43 per impossibilità di impostare obiettivi con i caregiver familiari, 10 altre motivazioni. Sui *drop out* dovuti all'impossibilità di impostare obiettivi con i caregiver familiari è stata condotta una Analisi SWOT (*Strengths Weaknesses Opportunities Threats*) che ha rilevato come:

- punto di forza (S) 1. livello di prontezza $\geq 2,0$ della scala "*Readiness of Caregiver*";
- punti di debolezza (W) 1. presenza altalenante del caregiver; 2. presenza di difficoltà relazionali tra persona con demenza e caregiver; 3. caregiver tendente al rimuginio/ansioso;
- opportunità (O) 1. presenza dello Psicologo in equipe 2. propensione al lavoro multiprofessionale;
- minacce (T) 1. presenza di relazioni conflittuali tra più caregiver (es. più figli) 2. resistenza alla partecipazione alle sedute del terapeuta occupazionale.

Risultati. Dagli elementi raccolti si evidenzia che dei 43 casi di *drop out* dovuti a impossibilità di impostare obiettivi con i caregiver familiari, 22 soddisfacevano sia il punto di debolezza sia il punto di forza. Attraverso l'analisi SWOT si ipotizza pertanto che questi 22 possano beneficiare dell'opportunità di intervento congiunto multiprofessionale tra psicologa e terapeuta occupazionale per raggiungere gli obiettivi del trattamento di terapia occupazionale a domicilio. Dai risultati ottenuti è stata creata un *flow chart* rappresentativa del protocollo proposto.

Conclusioni. Questo protocollo innovativo che prevede interventi congiunti in compresenza tra psicologo e terapeuta occupazionale, non descritto in letteratura,

potrebbe avere come esito il recupero di parte dei *drop out* degli interventi di terapia occupazionale nelle demenze al domicilio. Stiamo cominciando ad applicare il protocollo con l'obiettivo di raccogliere dati e valutarne l'efficacia.

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

Salemme Simone (a,b), Marconi Domitilla (c), Pani Sara Maria (d), Ancidoni Antonio (e), Zamboni Giovanna (a), Lazzeri Giacomo (c), Sardu Claudia (d), Lacorte Eleonora (e), Locuratolo Nicoletta (e), Vanacore Nicola (e), Bellomo Guido (e)

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

(b) *Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati, Università degli Studi, Camerino*

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

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

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

Introduzione. La prevenzione della demenza rappresenta una delle principali sfide di sanità pubblica. A livello globale, fino al 40% dei casi di demenza può essere prevenuta tramite interventi su individuo e di popolazione focalizzati su 12 fattori di rischio potenzialmente modificabili. In Italia, i Piani Regionali di Prevenzione offrono una struttura fondamentale per valutare le azioni di prevenzione su scala territoriale e dettaglio regionale.

Metodi. Abbiamo condotto un'analisi documentale dei 21 Piani Regionali di Prevenzione, categorizzando gli interventi preventivi specifici per la demenza a livello di popolazione in base al fattore di rischio affrontato, al gruppo di età *target* e alla popolazione di riferimento. I benefici potenziali indiretti degli interventi sono stati identificati attraverso una revisione della letteratura esistente sulle plausibili relazioni tra i fattori di rischio. Infine, abbiamo sviluppato e applicato una checklist per valutare la qualità e la completezza delle analisi situazionali e della pianificazione preventiva.

Risultati. L'analisi ha rivelato che l'inattività fisica è l'unico fattore di rischio affrontato da tutti i Piani Regionali della Prevenzione, comparando in 117 dei 248 interventi indirizzati alla demenza. Il fumo è stato incluso in oltre il 50% dei piani, mentre meno del 50% ha affrontato il consumo di alcol e l'obesità. Solo il 25% dei piani includeva interventi specifici per la demenza relativi all'isolamento sociale, all'ipertensione e al diabete. L'inquinamento atmosferico è stato affrontato da due piani e il trauma cranico da uno. Nessun piano ha direttamente affrontato la bassa istruzione, la depressione o la perdita uditiva come fattori di rischio per la prevenzione della demenza. I punteggi della checklist sono variati da 7 a 28 su un massimo di 63, indicando frequenti carenze nelle informazioni sul carico della malattia e sulla fattibilità degli interventi.

Conclusioni. I risultati suggeriscono una prevalente attenzione ai fattori di rischio cardiovascolari da parte dei decisori politici, potenzialmente riflettendo una scarsa consapevolezza sui fattori di rischio più specifici per la demenza, come i traumi cranici e la perdita dell'udito. L'assenza di analisi situazionali dettagliate specifiche per la demenza nei piani potrebbe ostacolare l'efficace implementazione di interventi mirati. Ciò evidenzia la

necessità di un approccio più completo alla prevenzione della demenza che includa tutti i fattori di rischio modificabili. Lo sviluppo e l'applicazione di strumenti specifici per la demenza per l'analisi situazionale e la pianificazione delle strategie di popolazione potrebbero migliorare la completezza dei piani e facilitare una migliore comunicazione e programmazione a livello regionale.

NUOVO SITO DI OSSERVATORIO DEMENZE: DISSEMINAZIONE DELLE ATTIVITÀ E IMPATTO DEI SOCIAL

Salvi Emanuela (a), Bacigalupo Ilaria (b), Lacorte Eleonora (b), Locuratolo Nicoletta (b), Bellomo Guido (b), Ancidoni Antonio (b), Fabrizi Elisa (b), Paggetti Alice (b), Lombardo Flavia (b), Lorenzini Patrizia (b), Palazzesi Ilaria (b), Porrello Maria Cristina (b), Sciancalepore Francesco (b,c), Vanacore Nicola (b)

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

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

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

Introduzione. A partire da dicembre 2023, il nuovo sito web dell'Osservatorio demenze consente di accedere alla Mappa dei Servizi dedicati alle demenze; il portale consente inoltre di accedere alle informazioni presenti attraverso le tre sezioni dedicate a: Professionisti sociosanitari; Pazienti, familiari/caregiver e Comunicazioni e media. Quest'ultima sezione riporta il prospetto aggiornato di eventi come Corsi, Convegni e Webinar che l'Osservatorio demenze conduce annualmente. Nel corso del 2024, il sito ha aggiornato ed ampliato i suoi contenuti, dedicando particolare attenzione ad una più efficace presentazione grafica ed ampliando la strategia di diffusione tramite l'utilizzo del social, in particolare della rete LinkedIn, adatta a stabilire e consolidare relazioni professionali e del quale anche lo stesso ISS ha una pagina pubblica e i cui contenuti spaziano alle varie tematiche degli scenari di sanità pubblica.

Metodi. Gli eventi dell'Osservatorio demenze sono diffusi attraverso più canali:

- attraverso il sito web dell'Osservatorio demenze, è possibile ricercare gli eventi in programmazione, accedere al programma ed al link per inviare la propria richiesta di iscrizione all'evento scrivendo all'account oss.demenze.formazione@iss.it;
- con notifiche indirizzate agli oltre 6.000 contatti e-mail presenti sul database dell'Osservatorio demenze;
- tramite condivisione sugli account privati del personale del Reparto di Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche.

Attraverso lo strumento *ShinyStat* (nella versione *free*), che consente l'analisi del traffico dei siti web, è possibile misurare l'interazione tra evento pubblicato e gli accessi al sito per gli ultimi 15 o 100 giorni, la provenienza dei visitatori, i motori, le chiavi di ricerca e i social network utilizzati, le statistiche di tipo geografico e dati socio-demografici sugli utenti (sesso, età, interessi).

Risultati. Negli ultimi sei mesi - dal 18 marzo al 18 settembre 2024 - il sito dell'Osservatorio demenze ha raggiunto 31.446 visite (media giornaliera 170, trend a 185 giorni +130,2%), con 46.075 pagine viste (media giornaliera 249, trend a 185 giorni +90,6%). La pubblicazione su LinkedIn degli eventi ha incrementato gli accessi fino ad un picco di 2.285 accessi in un solo giorno, con ricaduta positiva anche nei giorni successivi.

Conclusioni. La relazione tra la pubblicazione di un evento sui *social network* e gli accessi al sito dell'Osservatorio demenze mostra come questo metodo di diffusione delle informazioni è efficace per raggiungere i professionisti, ma che supportare e ampliare l'utilizzo di questi canali può essere estremamente utile a coinvolgere ed interessare una platea sempre più ampia di potenziali partecipanti a tutti di tipi di eventi organizzati.

DISCONNESSIONE EMISFERICA E NEURODEGENERAZIONE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLE APRASSIE E ALL'ALZHEIMER

Sanna Marco

*Dipartimento di Storia e Scienze dell'Uomo e della Formazione, Università degli Studi,
Sassari*

Introduzione. L'Alzheimer è un disturbo neurodegenerativo che porta alla demenza. Sulle cause dell'*Alzheimer Disease* (AD) questa ricerca propone ipotesi inedite basate sulla Teoria Multimodale della Grammatica (TMG) pubblicata altrove dall'autore. La TMG studia l'origine evolutiva del linguaggio gestuale-motorio come supporto di tutti i linguaggi umani. Questo linguaggio ha una sua sintassi e una semantica, che si differenziano e si esprimono nel lavoro congiunto dei due emisferi. Venendo a mancare questa l'interconnessione emisferica si pongono le condizioni di base per la degenerazione dell'AD.

Metodi. Consiste nella assunzione della validità della MTG come orientamento per una consistente revisione critica di letteratura multidisciplinare. Le ricerche convocate sono integrate nella teoria e si arricchiscono nel confronto.

Risultati. La MTG si dimostra in grado di spiegare in modo assai coerente le ipotesi sull'importanza fondamentale della disconnessione emisferica nelle malattie neurodegenerative. La teoria assume forza da argomenti che si validano per interrelazioni e inter-definizioni.

Conclusioni. La consapevolezza mentale degli atti motori (propriocezione) è resa possibile nell'uomo da circuiti integrati asimmetrici che coinvolgono la rete di default allargata al cerebellum e ad altre aree. Se si interrompe la rete in uno dei nodi viene a mancare il dialogo interemisferico. La disconnessione si accompagna con la perdita di valori emotivi iscritti nelle motivazioni ad agire, procedure di cui si fa carico l'emisfero sinistro. Si perde inoltre la comprensione del significato intrinseco e autonomo del singolo gesto, che dipende dall'emisfero destro. La mancanza di dialogo interemisferico provoca l'incapacità di agire in maniera emotivamente sensata. La memoria si perde insieme ai significati che la animano. La paralisi dell'informazione provoca la necrosi dei neuroni che disfacendosi formano placche e grovigli di proteine tossiche. La prevenzione dell'AD deve puntare al mantenimento dei valori emotivi esistenziali della persona e al controllo preventivo della disconnessione emisferica.

EFFETTO DELLA STIMOLAZIONE ELETTRICA TRANSCRANICA CON CORRENTE DIRETTA IN PAZIENTI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* AMNESICO

Santoro Rossella (a), Ferrari Susy (a,b), Sambati Luisa (a), Cretella Lucia (a), Santucci Marianna (a), Civolani Lorenza (a), Rucci Paola (b), Guarino Maria (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Clinica Neurologica Metropolitana, IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna*

(b) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, DIBINEM, Università degli Studi, Bologna*

Introduzione. Negli ultimi anni, tecniche di stimolazione non invasive si sono dimostrate efficaci nel trattamento dei disturbi cognitivi in numerose malattie neurologiche, tra cui la Malattia di Alzheimer. Tuttavia, ad oggi, pochi studi hanno investigato gli effetti della stimolazione transcranica con corrente diretta (tDCS) su soggetti con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) amnesico. Il presente studio ha indagato l'effetto della tDCS sulle prestazioni mnestiche in soggetti con MCI.

Metodi. In questo studio prospettico, monocentrico, randomizzato, controllato, in doppio cieco, 30 pazienti con MCI amnesico sono stati arruolati ed assegnati a 3 diversi gruppi. Il primo gruppo è stato sottoposto a tDCS attiva associata a training cognitivo (TC), il secondo gruppo a tDCS *sham* e TC ed il terzo gruppo a tDCS attiva e TC *sham*. La stimolazione è stata effettuata sull'area dorsolaterale frontale sinistra (F3) per 10 sessioni di 20 minuti ciascuna (5 a settimana). Le abilità mnestiche sono state valutate mediante il *Rivermead Behavioural Memory Test* (RBMT) al basale (T0), due giorni dopo la fine del trattamento (T1), a 3 mesi (T2) e 6 mesi (T3) dalla stimolazione.

Risultati. L'analisi della varianza per misure ripetute (*Analysis of Variance* - ANOVA) ha dimostrato in tutti i gruppi una variazione significativa del RBMT nel tempo ($p=0,017$), con un miglioramento significativo al T2 ($p=0,016$) e al T3 ($p=0,004$) rispetto al basale. L'analisi di regressione multipla ha documentato una correlazione positiva tra il miglioramento al RBMT al T2 e punteggi più elevati al T0 ($p<0,001$) ed una correlazione inversa tra le prestazioni del RBMT al T2 e la durata di malattia ($p=0,013$). Analogamente si è riscontrato un incremento al *Mini Mental State Examination* (MMSE) significativamente maggiore nei soggetti con punteggi più elevati al T0 ($p=0,012$). Nessuna differenza significativa al RBMT è emersa al confronto tra i diversi gruppi, mentre il punteggio del MMSE al T2 peggiora significativamente nella condizione tDCS *sham* rispetto a quelle di tDCS attiva ($p=0,018$), cui i punteggi rimangono stabili nel tempo.

Conclusioni. Un miglioramento significativo della memoria, fino a 6 mesi dal trattamento, è stato riscontrato in tutti i gruppi. Un peggioramento significativo al MMSE a 3 mesi è stato invece rilevato nella condizione tDCS *sham* rispetto a quella di tDCS attiva. Alla luce di questi dati preliminari non è chiaro il contributo della tDCS attiva sulla memoria rispetto al TC, tuttavia l'esiguità del campione spinge ad eseguire ulteriori approfondimenti.

IMMAGINARIO GUIDATO IN MUSICA E SINDROME DA STRESS DEI CAREGIVER INFORMALI E FORMALI

Scarlata Elide (a), Surdo Viviana (b), Tripi Gabriele (a)

(a) *Unità Operativa Dipartimentale Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, Dipartimento di Salute Mentale, ASP 9, Trapani*

(b) *Unità Operativa Complessa di Psicologia, ASP 9, Trapani*

Introduzione. I disturbi cognitivi e le demenze hanno impatti fisici, psicologici, sociali ed economici, non solo per i pazienti, ma anche per i loro caregivers, le famiglie e la società in generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce la demenza come una priorità di salute pubblica e promuove ogni tipo di supporto per migliorare la vita delle persone con demenza, dei loro caregivers e delle famiglie. I caregivers hanno un ruolo cruciale nello sviluppo di piani di cura e assistenza personalizzati ed efficaci. La sindrome da stress del caregiver familiare è una condizione di esaurimento fisico, mentale ed emotivo, che porta a trascurare la propria salute perché si è concentrati sulla cura di una persona cara disabile. La sindrome da stress del caregiver professionale (infermieri, assistenti socio-sanitari) nei centri diurni Alzheimer ha un forte impatto sulla qualità del lavoro e la vita personale.

Metodi. È stata proposta una specifica metodologia di Musicoterapia recettiva denominata Immaginario Guidato e Musica (GIM) condotta da un musicoterapeuta professionista, denominato GIM Fellow, che ha svolto lunga e specifica formazione personale e professionale secondo le indicazioni dell'*Association of Music and Imagery*. La Musicoterapia è l'uso professionale della musica e dei suoi elementi da parte di un musicoterapeuta qualificato con individui, gruppi, famiglie o comunità che cercano di migliorare la loro qualità di vita e la loro condizione fisica, sociale, comunicativa, emotiva, intellettuale e spirituale. L'immaginario Guidato e Musica, come tecnica di musicoterapia, si propone di condurre alla risoluzione di problematiche legate allo stress del cliente e al potenziamento dell'espressione emotiva.

Risultati. Il Progetto di ricerca (Comitato Etico, 5/5/2022, numero registro: 57 TP 2022) ha coinvolto 4 gruppi di caregivers familiari e professionali dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze Trapani e Marsala del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asp di Trapani ed è stato svolto per la durata di 13 mesi. Per ciascun gruppo è stato applicato uno specifico protocollo di intervento costituito da focus group, sessioni di Musicoterapia recettiva e un *follow-up* a distanza di sei mesi. Sono stati effettuati 40 incontri e sono stati raccolti dati qualitativi e quantitativi secondo specifica procedura.

Conclusioni. Da un'analisi preliminare dei dati si evince che gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti (risoluzione di problematiche legate allo stress e al potenziamento dell'espressione emotiva) e che è auspicabile un'ulteriore applicazione di tale protocollo su una popolazione più vasta di partecipanti.

INSIEME - PERCORSO PSICOEDUCAZIONALE DIRETTO AI CAREGIVER DEI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI COGNITIVI E/O DEMENZE PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE DEL FAMILIARE CHE SI PRENDE CURA DEL MALATO. ESPERIENZA DEI CDCD DELL'ASL NAPOLI 2 NORD

Schiano Di Cola Katia (a), Coppola Maria (b), Del Gais Maria Teresa (c), Principe Maria (c), Castaldo Giovanna (a), Micillo Ivana (a), Cucciniello Angelo (c), Capasso Andrea (a), Vanni Monica (d), Iervolino Mario (d)

(a) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale Disturbi Cognitivi e Demenze, Asl Napoli 2 Nord, Napoli*

(b) *CDCD Distretto 38, Asl Napoli 2 Nord, Napoli*

(c) *Dipartimento Salute Mentale, Asl Napoli 2 Nord, Giugliano, Napoli*

(d) *Direzione Generale, Asl Napoli 2 Nord, Napoli*

Introduzione. Il progetto psicoeducazionale “INSIEME” disegna una serie di incontri per conoscere Insieme l’area dei disturbi cognitivi nei pazienti con Deterioramento Cognitivo e/o Demenze, associato a disturbi psico-comportamentali (BPSD - *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*) L’obiettivo è fornire sostegno concreto ai familiari che si occupano della relazione d’aiuto ed evitare che essi affrontino in solitudine la complessità dell’assistenza lungo il decorso della malattia. Il progetto rappresenta la continuità della presa in carico del paziente e dei suoi familiari, con il tramite di una formazione/informazione diretta ai caregiver ed uno spazio dedicato alla dimensione emotiva, rispetto al livello di riorganizzazione familiare necessario ai nuovi bisogni del congiunto e rispetto alle dinamiche emotive ed affettive che attraversano i legami familiari nel hic et nunc della relazione. Un percorso guidato da psicologi e professionisti esperti in materia, con i quali attraversare le tematiche relative ai deficit cognitivi e ai disturbi comportamentali tipici della malattia e sulla opportuna gestione della cura.

Metodi. I caregiver selezionati sono familiari di pazienti in carico alla UOSD Disturbi Cognitivi e Demenze. I test somministrati per l’esplorazione delle funzioni cognitive e dei disturbi psico-comportamentali sono stati: MMSE punteggio corretto: 18-25; NPI punteggio: 2-5 (versione breve - criterio categoriale: presenza/assenza max 12); GDS punteggio: 7-15; il gruppo riveste una duplice valenza, sia di supporto che AMA esperenziale; numero di partecipanti per gruppo: 8; sono presenti nel gruppo nel duplice ruolo, di facilitatori e di sostegno, due psicologi-psicoterapeuti; è prevista una sessione di intervizione e supervisione a cura di un medico psichiatra ed un medico neurologo; un medico geriatra ha coordinato il gruppo di lavoro. Frequenza: un incontro bisettimanale; durata: 10 incontri. Ai Familiari selezionati è stato somministrato in ingresso: *Caregiver Burden Assesment*, Questionario somministrato in uscita: questionario di utilità del gruppo.

Risultati. I partecipanti hanno ottenuto un punteggio superiore a 23 per la sessione del disagio oggettivo, la media dei partecipanti è stata di 26 ds 0,76; per il disagio da stress la media è stata 16 ds 1,12; per il carico soggettivo la media è stata 18 ds 0,76.

Conclusioni. Il progressivo deterioramento cognitivo e le alterazioni della personalità e del comportamento richiedono al caregiver assistenza continuativa e costante, implicando una riorganizzazione della struttura familiare e un impegno considerevole di risorse psichiche. Il gruppo ha rappresentato per i caregiver un contenitore emotivo che ha permesso di elaborare i vissuti e ha potenziato le strategie di *coping*. Le esigenze emerse sono state la richiesta di un maggiore aiuto presso il proprio domicilio per scardinare l'isolamento in cui spesso si sentono. Rispetto all'utilità della partecipazione al gruppo, dal questionario è stato possibile individuare il rafforzamento delle strategie di *coping* nella gestione dello stress correlato alla relazione d'aiuto, una maggiore consapevolezza ed una conoscenza puntuale rispetto alle manifestazioni cliniche della patologia, una migliore gestione della relazione d'aiuto, inibendo i comportamenti di specchio e muro.

IMPATTO ECONOMICO DELLA DEMENZA IN ITALIA

Sciattella Paolo, Bini Chiara

EEHTA Economic Evaluation and HTA, CEIS, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

Introduzione. Nell'ambito della Linea Guida “Diagnosi e trattamento della demenza e del *Mild Cognitive Impairment* (MCI)”, è stata condotta un'analisi dell'impatto economico della demenza mediante l'identificazione e la misurazione delle componenti di costo associate alla gestione e al trattamento dei casi prevalenti in Italia.

Metodi. È stata condotta un'analisi di *Cost-Of-Illness* (COI), basata sui casi prevalenti di demenza, secondo una prospettiva sociale, considerando i costi sanitari diretti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), i costi indiretti legati alla perdita di produttività dei caregiver e la spesa *out-of-pocket*, completamente a carico dei pazienti e delle famiglie. I dati relativi al consumo di risorse sanitarie sono stati desunti dalle *survey* nazionali condotte dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze negli anni 2022-2023, dal flusso nazionale della Scheda di Dimissione Ospedaliera e dalla letteratura disponibile. La valorizzazione delle prestazioni sanitarie è stata effettuata considerando le tariffe nazionali di remunerazione delle prestazioni sanitarie; la spesa *out-of-pocket* è stata stimata utilizzando i risultati dell'indagine nazionale rivolta ai caregiver dei pazienti con demenza e i costi indiretti sono stati stimati applicando il metodo del capitale umano (*Human Capital Approach*).

Risultati. L'analisi ha permesso di stimare 1.150.691 casi prevalenti di demenza e 952.101 casi prevalenti di MCI. Il numero di pazienti con demenza istituzionalizzati è risultato pari a 141.994 (12% dei casi prevalenti), mentre il numero di pazienti afferenti ai centri diurni e ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze è risultato rispettivamente pari a 24.400 (2% dei prevalenti) e 250.920 pazienti (22% dei prevalenti). Il restante 64% dei pazienti con demenza non risultava in carico presso strutture sociosanitarie. La spesa totale annua complessiva per la gestione e il trattamento dei pazienti con demenza è stata stimata pari a € 23,6 miliardi, di cui circa € 14,8 miliardi (63%) totalmente a carico dei pazienti e delle famiglie. La seconda voce di spesa è risultata associata ai costi indiretti, corrispondenti a circa € 5 miliardi (20,9%), mentre la spesa a carico del SSN è risultata pari € 3,8 miliardi (16%), di cui il 53% associata alle strutture residenziali.

Conclusioni. L'analisi ha permesso di quantificare i costi legati al trattamento e alla gestione della demenza in Italia, fornendo un elemento di supporto per i decisori nel formulare e stabilire le priorità nell'ambito delle politiche e degli interventi sanitari destinati ai pazienti e ai loro caregiver.

📄 SUPPORTO PSICOLOGICO E LA STIMOLAZIONE COGNITIVA NEI SOGGETTI CON *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE DI GRADO LIEVE E MODERATO

Secreto Piero, Castellino Manuela

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

Introduzione. Le recenti raccomandazioni, inserite nelle “Linee Guida per la diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*” sottolineano la necessità di fornire alla persona con demenza informazioni pertinenti alla sua situazione, ai cambiamenti attesi, ai suoi diritti e alle sue responsabilità legali. Inoltre si raccomanda di presentare quali professionisti socio-sanitari saranno coinvolti nei trattamenti e a quali servizi, gruppi e associazioni di supporto la persona interessata può rivolgersi. È fondamentale incoraggiare e mettere la persona con demenza in grado di esprimere le proprie opinioni offrendole l’opportunità di discutere i propri desideri, credenze e valori circa l’assistenza futura. Infine, secondo le suddette Linee Guida, fra gli interventi indicati a favore di questi pazienti vi è la stimolazione cognitiva comprendente attività e discussioni (solitamente in gruppo) che mirano al miglioramento generale del funzionamento cognitivo e sociale.

Metodi. Si sono strutturati interventi di gruppo per pazienti con Disturbo Neurocognitivo Lieve e con Disturbo Neurocognitivo Maggiore di grado lieve-moderato per favorire il benessere nelle prime fasi di malattia attraverso l’elaborazione dei vissuti legati alla propria condizione attuale, promuovendo una maggiore consapevolezza e incrementando il senso di auto-efficacia anche utilizzando strategie utili ad affrontare al meglio le difficoltà quotidiane. Nel mentre, agli stessi pazienti sono stati proposti gruppi di stimolazione cognitiva con l’uso di appropriati strumenti al fine di mantenere e potenziare le abilità residue e di acquisire strategie compensative per mantenere l’autonomia nella quotidianità. Nei gruppi si è promossa l’interazione sociale per ridurre l’isolamento e il senso di solitudine migliorando il tono dell’umore dei partecipanti. Intanto si sono osservati in un periodo di tre mesi 70 pazienti afferenti al Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze che non hanno effettuato alcun trattamento.

Risultati. Il progetto ha coinvolto 140 pazienti con un *Mini Mental State Examination* superiore a 23/30. Terminato lo studio, nei 70 pazienti inclusi nel progetto sperimentale si è riscontrato un incremento di almeno 2 punti al questionario *Quality of Life Alzheimer Disease* (77%) e un aumento di almeno 1 punto al *Mini Mental State Examination* (42%). Il 57% del gruppo di controllo ha presentato un miglioramento di almeno 2 punti al *Quality of Life Alzheimer Disease* e di almeno 1 punto al *Mini Mental State Examination* (27%).

Conclusioni. Dato il buon risultato nell’interazione dei due interventi non farmacologici sono stati redatti due Protocolli di cura condivisi da tutta la realtà piemontese che potrebbero essere proposti, con le dovute modifiche, a tutto il territorio nazionale.

DIMENSIONE SPIRITUALE NELLA CURA INTEGRALE DELLA PERSONA CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO

Secreto Piero, Castellino Manuela, Pitzanti Emanuela, Rogodanza Daniela
Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine della Consolata, Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino

Introduzione. La cura integrale si fonda sull'attenzione alla persona in tutte le sue dimensioni, dando valore alla dimensione spirituale come parte essenziale del benessere complessivo. Differentemente dalla religiosità, che si esprime attraverso pratiche/credenze collettive, la spiritualità è un aspetto intimo/personale della nostra esistenza che ci spinge a cercare il significato più profondo della vita, della malattia, della sofferenza, della morte e a metterci in relazione con il trascendente nella ricerca interiore di senso della nostra esistenza. Nel concetto di "Dolore Totale", in un modello dove interagiscono dolore fisico, psicologico, sociale e spirituale, quest'ultimo rappresenta la sofferenza più profonda. La dimensione spirituale diviene un canale privilegiato per relazionarsi con il malato poiché, favorendo un'esperienza di accettazione e di senso della malattia, rappresenta l'unico ponte verso la speranza di avere una vita degna di essere vissuta. La spiritualità può diventare "strumento di cura"; in letteratura l'approccio spirituale porta alla riduzione dei sintomi depressivi, maggiore adesione ai trattamenti e adozione di corretti stili di vita.

Metodi. Sono stati valutati 40 pazienti affetti da disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve/moderato, coinvolti in attività di gruppo su temi legati alla spiritualità strutturate in un protocollo predefinito inserite nel percorso riabilitativo cognitivo-motorio del *Day Hospital Alzheimer*. I soggetti coinvolti hanno compilato la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* e la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale Spiritually, Religiousness, Personal, Beliefs Module* prima del ciclo, al termine dello stesso e un questionario costruito *ad hoc* sul significato della vita. I risultati ottenuti sono stati confrontati con un gruppo di controllo che ha partecipato soltanto ai gruppi di riattivazione cognitivo-motoria compilando gli stessi questionari.

Risultati. Nel gruppo dei partecipanti agli interventi inerenti la Spiritualità, la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* e la *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale Spiritually Religiousness, Personal, Beliefs Module* hanno evidenziato un miglioramento (rispettivamente 87,5% e 80,2%), una stabilità (10% e 16,4%) ed un peggioramento (2,5% e 3,4%) del punteggio, mentre il gruppo di controllo ha presentato significative differenze rispetto al gruppo di studio in termini di peggioramento (20% e 33,2%), stabilità (75% e 34,7%) e miglioramento (5% e 32,1%). Si sono analizzate qualitativamente le risposte al questionario costruito *ad hoc*.

Conclusioni. I risultati dello studio si sono rivelati incoraggianti. In futuro sarebbe opportuno introdurre un percorso di ricerca spirituale anche nelle fasi avanzate della malattia poiché, nonostante il declino delle capacità cognitive, le emozioni e l'identità spirituale permangono.

INTERVENTO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA IN PAZIENTI CON ATROFIA CORTICALE POSTERIORE

Spadoni Giulia (a), Cintoli Simona (b), Del Chicca Marta (b), Nicoletti Valentina (b), Siciliano Gabriele (a,b), Tognoni Gloria (b)

(a) Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Pisa

(b) Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Neurologia, CDCD, Azienda Ospedaliero
Universitaria Pisana, Pisa

Introduzione. L'Atrofia Corticale Posteriore, forma atipica di Alzheimer, è una sindrome neurodegenerativa che colpisce prevalentemente le funzioni cognitive visuo-percettive e spaziali, in assenza di disturbi visivi periferici; i disturbi mnesici e linguistici possono essere presenti in fase iniziale oppure comparire tardivamente. Data l'età di esordio (50-60 anni) e l'impatto significativo sull'autonomia quotidiana, risultano importanti gli interventi terapeutici non farmacologici; ma attualmente gli studi risultano esigui e riportano casi clinici individuali.

Metodi. 7 pazienti (66,86±5,69 età; 11,57±2,70 scolarità; 4 femmine; 3±0,82 anni dall'esordio dei sintomi) due dei quali non compatibili con patologia amiloidea, hanno svolto 2 valutazioni una pre (T0) ed una post a distanza di 6 mesi (T1) e 2 cicli da 8 sedute individuali, in modalità presenza (4) vs online (3). Al termine è stato somministrato al paziente e al familiare un Questionario di Gradimento *ad hoc*. Il protocollo è basato su evidenze di efficacia ed adattato alla popolazione clinica in oggetto, alle differenze individuali e alla modalità telematica (da cui il prevalente utilizzo di stimoli uditivo-verbali). I *target* dell'intervento e le rispettive tecniche utilizzate sono: memoria di lavoro (compiti di *running memory task*, *spelling* inverso e riordinamento), attenzione uditiva, velocità di accesso al lessico, apprendimento di strategie mnesiche (categorizzazione con utilizzo di *spaced retrieval* e *vanishing cue*). Il trattamento in presenza ha permesso inoltre un lavoro sulle strategie compensatorie per la scrittura e per lo *scanning* visuo-spaziale.

Risultati. Nessuna differenza significativa nel profilo cognitivo a seconda della modalità del trattamento (online vs presenza) che, dal confronto delle medie a T0 e T1, risulta stabile: *Mini Mental State Examination* (23,14±2,43 vs 23,76±3,15; p>0,5); Test dell'ascensore (6,14±1,86; 6,14±1,46; p>0,5); Memoria di Cifre Forward (4,98±1,10 vs 4,41±0,78; p>0,5) e Backward (2,84±1,11 vs 3,40±1,32; p>0,5), 15 Parole di Rey-Apprendimento (30,37±8,3 vs 30,55±13,62 p>0,5) e Richiamo (5,82±2,17 vs 5,94±4,81; p>0,5); Fluenza Fonemica (28,02±7,74 vs 23,71±6,44; p> 0,5) e Semantica (30,04±10,03 vs 31,50±11,18; p>0,5). Stabile inoltre il grado di autonomia nelle attività strumentali (5,71±0,76 vs 6,14±2,41; p>0,05). Al questionario di gradimento la percezione di utilità e piacevolezza da parte di pazienti e familiari è rispettivamente di 90 e 96,67 vs 96,67 e 90 su 100; la frequenza è stata del 100% (n°0 *drop-out*).

Conclusioni. L'elevata partecipazione, i punteggi al questionario e la stazionarietà del profilo cognitivo e del grado di autonomia sono indicativi rispettivamente dell'alto gradimento e della fattibilità dell'intervento, anche in modalità telematica. Nel futuro sarà opportuno consolidare il dato con una maggiore dimensione campionaria.

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

Tessari Annalisa, Durante Giorgia, Crivellari Stefano, De Zanche Andrea, Favaretto Alice, Kassabian Benedetta, Menegazzo Elisabetta, Milan Marta, Milner Anna Vera, Villa Matteo, Bartolomei Luigi, Fabbri Maurizio

Unità Operativa Complessa Neurologia, Azienda ULSS3 Serenissima, Mirano, Venezia

Introduzione. Il concetto di rtvFTD (*right temporal variant of Fronto-Temporal Degeneration*) è relativamente recente e per certi versi appare ancora equivoco. Ad oggi la diagnosi di rtvFTD rimane complicata, rendendo la condizione difficile da discriminare nelle sue fasi iniziali da bvFTD (*behavioural-variant Fronto Temporal Dementia*), svPPA (*semantic variant Primary Progressive Aphasia*) e AD (*Alzheimer Disease*). Sebbene manchi ancora una definizione diagnostica riconosciuta della rtvFTD, le manifestazioni cliniche più evidenti includono alterazioni comportamentali, con disinibizione, ridotta empatia e processi di pensiero rigidi, e sintomi cognitivi quali perdita di conoscenze specifiche inerenti persone familiari. Qui descriviamo il caso di un paziente di 57 anni con progressivo declino della memoria semantica e della cognizione sociale possibilmente associato a rtvFTD.

Metodi. Un uomo di 57 anni senza storia familiare di malattie neuropsichiatriche è giunto alla nostra attenzione per un progressivo declino della memoria correlato alla perdita di conoscenze specifiche della persona. Al colloquio con la moglie è emerso un incremento dell'irritabilità e l'insorgenza di comportamenti ossessivi. Il paziente è stato sottoposto ad una valutazione multidisciplinare completa che includeva test neuropsicologici, esame neurologico, indagini di neuroimaging e biomarcatori. L'esame neurologico non ha dato risultati significativi, ma una valutazione neuropsicologica ha descritto la presenza di difficoltà di memoria episodica. L'esame del liquido cerebrospinale per la ricerca di biomarcatori degenerativi ha dato esito negativo, la risonanza magnetica mostrava un ampliamento degli spazi liquorali prevalentemente nelle regioni temporali bilaterali e la PET-FDG (Tomografia ad Emissione di Positroni con fluorodesossiglucosio) ha evidenziato un ipometabolismo temporale bilaterale, maggiore sul lato destro. Dopo nove mesi un *follow-up* neuropsicologico ha rivelato un deterioramento della memoria semantica, con difficoltà nel riconoscimento e denominazione di stimoli, e una riduzione della competenza socio-emotiva (ToM), con perdita di comprensione dei segnali socio-emotivi e ridotta esperienza emotiva. Il paziente, ristoratore e suonatore di corno in un'orchestra professionale, continuava a svolgere le proprie attività senza disagi significativi.

Risultati. Descriviamo qui le caratteristiche cliniche, neuropsicologiche, di *neuroimaging* e di *biomarkers* di un paziente con possibile rtvFTD. Il paziente inizialmente presentava una compromissione della conoscenza semantica basata sul volto (i.e. difficoltà nel nominare e identificare persone conosciute) e mancanza di empatia, associata a sintomi comportamentali come disinibizione verbale, irritabilità, pensieri rigidi e ossessivi. Un

follow-up neuropsicologico ha mostrato un disturbo della conoscenza semantica con compromissione nel riconoscimento e denominazione di stimoli su presentazione visiva e su descrizione orale. Inoltre, il paziente ha mostrato difficoltà nella decodifica, comprensione e attribuzione delle emozioni altrui sulla base dell'espressione facciale (*Emotional Theory of Mind*), indicando una scarsa comprensione degli stati emotivi individuali. Dati di *neuroimaging* (*Magnetic Resonance Imaging* e FDG-PET) hanno evidenziato atrofia e ipometabolismo nelle aree corrispondenti.

Conclusioni. Il caso con possibile diagnosi di rtvFTD qui presentato indica la peculiarità clinica di questa sindrome, che, se non conosciuta, può essere erroneamente diagnosticata con altre forme di demenza. Le manifestazioni cliniche più frequenti all'esordio comprendono alterazioni comportamentali e difficoltà nel riconoscimento di volti familiari, quest'ultima a causa di un quadro predominante di atrofia corticale a livello del giro fusiforme e delle regioni anteriori del lobo temporale destro, che gioca un ruolo chiave nel garantire questa funzione. Va notato che la presentazione amnestico-prosopagnosica della rtvFTD all'esordio può essere facilmente confusa con l'AD. Tuttavia, i pazienti con rtvFTD sembrano avere prestazioni migliori nei test neuropsicologici per la valutazione delle funzioni mnestiche rispetto a quelli con AD. In conclusione, rtvFTD, pur condividendo alcuni aspetti con svPPA, bvFTD e AD, dimostra caratteristiche cliniche uniche che dipendono dalla distribuzione anatomica dell'atrofia, che colpisce in una prima fase il lobo temporale destro.

FATTIBILITÀ E CARATTERISTICHE DELLA LINEA TELEFONICA DEDICATA DEL CDCD ASST RHODENSE

Timoftica Claudia Menia (a), Mancini Camilla (b), Adesso Angela Nadia (a), Campanello Cristina (a), Ciagola Caterina (a), Cravello Luca (a), Ciagola Caterina (a), Fonte Enrico (a), Gessa Valentina (a), Martini Eleonora (a), Mazzone Andrea (a), Montesano Fernanda (a), Pezzoli Gisella (a), Viti Niccolò Vito (a), Perotta Daniele (a)

(a) *Unità Operativa Semplice Dipartimentale Centro Disturbi Cognitivi e Demenza ASST Rhodense, Passirana di Rho, Milano*

(b) *Università degli Studi, Milano*

Introduzione. Il CDCD dell'ASST Rhodense è l'unico centro sul territorio, comprendente circa 500.000 persone, per la diagnosi e la cura dei disturbi cognitivi e delle demenze. Esso convoglia la quasi totalità delle richieste: solo nel 2023 sono state eseguite 3.716 visite, di cui 1.614 prime visite. Ai pazienti vengono forniti numerosi servizi diagnostici e di presa in carico previsti dal Piano Nazionale Demenze e dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale regionale, inclusa una linea telefonica dedicata.

Metodi. La linea telefonica è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 16:00. Tutti gli utenti, durante il colloquio post-diagnostico, vengono informati della disponibilità di questo servizio a cui possono fare riferimento per problematiche relative alla malattia. I dati dell'utente e il motivo della chiamata vengono riportati su un registro apposito. Se le domande riguardano informazioni o strategie assistenziali l'infermiere evade la richiesta e annota l'esito nel registro, altrimenti viene inviato all'attenzione del medico/psicologa, che entro 48h contattano telefonicamente il familiare.

Risultati. In un anno il numero totale di telefonate è stato di 2.994 (1.926 in entrata, 1.068 in uscita). Il 77% sono state effettuate dai caregiver, le restanti da utenti generici. Delle 1.499 telefonate effettuate dai caregiver, 1.068 sono state indirizzate al medico, mentre 431 alle attività infermieristiche e/o di segreteria. I principali motivi delle telefonate sono stati: disturbi del comportamento (28%), informazioni varie (23,5%), terapia (20,9%). Il tempo dedicato alle chiamate telefoniche è stato di 7.855' in entrata e 6.417' in uscita (totale 14.272', circa 238h), con una durata media di 4,08' (range 1-50') in entrata e 6,01' in uscita a seconda del motivo. Il 93,1% delle telefonate si conclude con la "risoluzione del problema", mentre il restante 6,9% risulta "fallito" a causa di "mancata risposta" o "numero errato". L'indicatore positivo dell'indagine è rappresentato dalla bassa percentuale (0,9%) di richiamata dello stesso caregiver durante l'anno di osservazione.

Conclusioni. Peculiarità del servizio è l'offerta di un consulto individualizzato, multiprofessionale e tempestivo, all'interno di un percorso olistico di presa in carico e secondo una prospettiva bio-psico-sociale, da parte della stessa équipe curante. Il personale, appositamente formato, s'incontra in riunioni d'équipe per condividere le esperienze ed uniformare l'intervento. Nel futuro, ipotizziamo l'inserimento di una

valutazione di gradimento dell'utenza, al fine di rilevare e correggere eventuali criticità e quantificare l'efficacia dello strumento, e l'analisi di impatto del servizio su altri parametri, quali il burden del caregiver e il numero di accessi inappropriati in pronto soccorso e dal medico di medicina generale.

DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE MIGRANTE AFFERENTE AL CDCD DI MODENA E APPLICAZIONE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE TRANSCULTURALE

Tozzi Rossella (a), Crocetti Elisa (a), Galli Chiara (b), Guerzoni Valentina (b), Fabbo Andrea (b)

(a) *Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*

(b) *Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena*

Introduzione. In futuro ampie porzioni delle popolazioni dei Paesi occidentali saranno costituite da persone anziane con storia di migrazione. L'aumento d'età della popolazione migrante comporta un cambiamento dei loro bisogni di salute, con maggiore esposizione a condizioni patologiche legate all'età, come le demenze. Molti strumenti della valutazione cognitiva comunemente utilizzati presentano pregiudizi culturali e sono difficile utilizzo in popolazioni di pazienti etnicamente diverse. Da qui l'esigenza di creare ed applicare una scala di valutazione per popolazioni culturalmente diverse, in grado di limitare le possibili interferenze culturali, e di caratterizzare la popolazione di soggetti migranti afferenti ai Servizi per Disturbi Cognitivi.

Metodi. Studio prospettico osservazionale svolto presso l'UOC Centro Disturbi Cognitivi e Demenze della Provincia di Modena da febbraio 2024. Tutti i pazienti reclutati hanno età >65 anni, nati all'estero da genitori non italiani e valutati presso i CDCD di primo livello del territorio di Modena per eseguire una Valutazione Multidimensionale Geriatrica o una visita Geriatrica. La valutazione qualora possibile è stata svolta in presenza di mediatore culturale ed è stata applicata scala di valutazione RUDAS (*Rowland Universal Dementia Assessment Scale*).

Risultati. Il campione analizzato è attualmente composto da 44 pazienti di cui il 77,3% di sesso femminile, età media 78,3+6,7anni, la maggior parte è in possesso di un permesso di soggiorno permanente, ma non è cittadino italiano. Principalmente abbiamo registrato pazienti provenienti dall'Albania (22,7%), dal Marocco (20,5%) e dall'Ucraina (11,4%). Dal punto di vista cognitivo la diagnosi più frequente è quella di demenza con un punteggio grezzo al MMSE di 18,13+7,43 ed un punteggio medio alla RUDAS di 17,39+7,81, entrambi i test si sono dimostrati in grado di differenziare i pazienti con demenza da quelli cognitivamente integri o affetti da disturbo lieve in modo statisticamente significativo ($p<0,05$). I pazienti sono assistiti dai figli e dai coniugi e presentano un livello di autonomia per le attività complesse e di base intermedio (*Activity of Daily Living* 3,95+1,68; *Instrumental Activities of Daily Living Scale* 2,75+2,75). Sul piano comportamentale abbiamo riscontrato con maggior frequenza disturbi del sonno, irritabilità e depressione e complessivamente i pazienti hanno un grado di comorbilità medio (CIRSc mediana 2).

Conclusioni. Il campione analizzato mostra come i pazienti afferenti al nostro CDCD con storia di migrazione presentino già al momento della valutazione un quadro conclamato di demenza, pur mantenendo un discreto grado di autonomia. Sia la scala RUDAS che il MMSE sono risultati test efficaci per identificare i pazienti affetti da demenza.

📄 AUSILI E PERSONE CON DEMENZA: DATI PRELIMINARI DI FOLLOW-UP DAI CDCD DELL'AUSL DI MODENA

Trioschi Devis (a), Vaccina Antonella Rita (a), Nenna Claudio (a), Minozzi Rita (a), Marchi Alessia (b), Besozzi Martina (b), Fabbo Andrea (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Ausl, Modena*

(b) *Corso di Studi in Terapia Occupazionale, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*

Introduzione. Il livello più alto della politica sanitaria mondiale (OMS) riconosce che gli ausili sono strumenti che possono incidere notevolmente sulla qualità di vita e la partecipazione delle persone con disabilità, anche in età geriatrica. Nel 2022 in Ausl a Modena è stata indagata per la prima volta la soddisfazione relativa agli ausili valutati in 1 CDCD. Considerando i dati emersi, si è deciso di estendere l'indagine a tutti i CDCD del territorio modenese. L'obiettivo di questo studio è misurare gli effetti sulla soddisfazione relativa agli ausili valutati dai terapisti occupazionali dei 7 CDCD dell'Ausl di Modena durante il 2023 e considerare i dati emersi al fine di uniformare i servizi offerti nei vari distretti e migliorare l'appropriatezza prescrittiva in età geriatrica.

Metodi. L'indagine è impostata con studio quantitativo attraverso intervista telefonica in cui sono sottoposti agli assistenti delle persone che utilizzano ausili strumenti e test validati in lingua italiana per la misurazione dell'*outcome* legato agli ausili e alla qualità del processo di valutazione. Gli strumenti utilizzati sono i seguenti:

- QUEST 2.0 - "*Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology 2.0*", punteggi da 1 (per niente soddisfatto) a 5 (molto soddisfatto)
- KWAZO - "*Kwaliteit van Zorg*", termine olandese che significa qualità del prendersi cura, punteggi da 1 (insufficiente) a 5 (molto buono).

Popolazione dello studio: pazienti in carico ai 7 CDCD dell'Ausl di Modena che hanno ricevuto almeno una valutazione ausili nel 2023 da parte di un terapeuta occupazionale.

Risultati. Nel 2023 nei 7 CDCD dell'Ausl di Modena sono stati suggeriti dai terapisti occupazionali 381 ausili/tecnologie in favore di 216 pazienti di cui hanno risposto all'intervista telefonica 154 dei rispettivi caregiver. Considerando che ogni paziente mediamente ha ricevuto più di un ausilio, sono stati somministrati complessivamente 212 QUEST 2.0 e 154 KWAZO, uno per ogni percorso di valutazione e fornitura ausili. Gli ausili valutati e prescritti dai CDCD sono prevalentemente finalizzati a migliorare la mobilità, il comfort in posizione seduta, l'igiene e la prevenzione di lesione da pressione. I dati relativi al QUEST 2.0 esprimono una soddisfazione totale media elevata, tra il "piuttosto soddisfatto" ed il "molto soddisfatto" (media = 4,60), sia in riferimento all'ausilio (media = 4,59), che ai relativi servizi di valutazione e fornitura (media = 4,61). I dati relativi al KWAZO riportano valori in media molto alti per il percorso ausili: tra "buono" e "molto buono" (media = 4,68).

Conclusioni. L'indagine ha permesso di raccogliere per la prima volta in Ausl a Modena dati di *follow-up* relativi al numero di valutazioni ausili effettuate e corrispondente

soddisfazione dei caregiver, in tutti i 7 CDCD nel corso del 2023. Sono emerse alcune difformità tra i vari distretti relative al numero di prestazioni effettuate dai terapisti occupazionali in questo ambito, imputabili a diverse cause tra cui: il disomogeneo numero di invii da parte dei geriatri distrettuali, la carenza di ore di terapia occupazionale dedicate alla valutazione ausili rispetto alla popolazione distrettuale, la disomogeneità di formazione dei terapisti occupazionali per l'ambito di interesse. Pur considerando che emerge una soddisfazione buona o molto buona, sia riferita agli ausili valutati che ai relativi percorsi, al fine di uniformare le prestazioni tra i vari distretti e migliorare l'appropriatezza prescrittiva, si ritiene utile mettere in campo le seguenti azioni: continuare le attività formative relative alla valutazione ausili iniziate nel 2023 in favore degli operatori dei CDCD; sperimentare un nuovo Servizio di Valutazione Ausili Domiciliare (SVAD) come articolazione funzionale dell'Unità Operativa Complessa CDCD. Il servizio potrà svolgere un'attività di consulenza e informazione sugli ausili e gli adattamenti del domicilio in stretta sinergia con gli operatori dei CDCD territoriali.

IMPATTO DELLA PERSONALITÀ SUL DECLINO COGNITIVO: FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

Troisi Giovanna (a,b), Marotta Andrea (b), Lupiañez Juan (b), Casagrande Maria (c)

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

(b) *Department of Experimental Psychology, and Mind, Brain, and Behavior Research Center, Università di Granada, Granada, Spagna*

(c) *Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. L'invecchiamento è caratterizzato da un fisiologico declino cognitivo; tuttavia diversi fattori genetici, ambientali e psicologici possono influenzare le traiettorie e la gravità di tale declino. I cinque tratti di personalità, conosciuti come i "Big Five", sono definiti come tendenze di pensiero e comportamento relativamente stabili nel corso della vita. Tali tratti possono influenzare in maniera diretta e indiretta il rischio di sviluppare forme patologiche di declino cognitivo. Nonostante la grande quantità di studi incentrati sulla relazione tra personalità e declino cognitivo, manca ancora una sintesi sistematica aggiornata dei risultati che includa una più ampia gamma di disegni di studio.

Metodi. Questa revisione sistematica si propone di riassumere i risultati degli studi che indagano: a) le differenze nei tratti di personalità tra gruppi di individui sani e quelli con *Mild Cognitive Impairment*, b) l'impatto dei tratti di personalità sul rischio di *Mild Cognitive Impairment* e demenza e c) i cambiamenti dei tratti di personalità negli individui che migrano da livelli normali di funzionamento cognitivo a un *Mild Cognitive Impairment*.

Risultati. Il risultato più solido vede il nevroticismo come un fattore di rischio significativo per lo sviluppo del *Mild Cognitive Impairment* e della demenza. Da un punto di vista comportamentale, gli individui con una bassa stabilità emotiva hanno maggiori probabilità di assumere comportamenti a rischio e abitudini malsane, sviluppando condizioni mediche e croniche che, col tempo, possono compromettere il funzionamento cognitivo. Da un punto di vista fisiologico, livelli più elevati di nevroticismo possono associarsi a un'iperattivazione dei sistemi di risposta allo stress dell'organismo, con un impatto sul funzionamento cognitivo. Al contrario, la Coscienziosità risulterebbe un fattore protettivo per un buon funzionamento cognitivo, ciò potrebbe dipendere dalla capacità di questo tratto di favorire la messa in atto di comportamenti che preservano la salute psicofisica dell'individuo. L'Apertura all'esperienza sembrerebbe rappresentare un fattore di protezione contro le forme moderate e gravi di declino cognitivo; gli studi suggeriscono che alti livelli di Apertura all'esperienza incrementano la riserva cognitiva, ovvero la capacità del nostro sistema di riadattarsi in modo flessibile alla perdita di materiale neurale.

Conclusioni. Nel complesso, questi risultati suggeriscono un ruolo centrale dei tratti di personalità nel modellare le traiettorie cognitive nell'anziano. Dato che i tratti della personalità sono influenzati da fattori ambientali e, a loro volta, possono influenzare il modo in cui percepiamo e sperimentiamo il mondo, possono influire sui fattori modificabili che aumentano il rischio di demenza.

ACCOGLIENZA E RESIDENZIALITÀ NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI IN ITALIA

Vaccaro Roberta (a), Lorenzini Patrizia (b), Salvi Emanuela (c), Giaquinto Francesco (d), Carnevale Giulia (e), Matascioli Fabio (f), Corbo Massimo (g), Locuratolo Nicoletta (b), Vanacore Nicola (b), Bacigalupo Ilaria (b)

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

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

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

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

(e) *Gruppo di Studio FONDEM sul Tavolo Permanente sulle Demenze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(f) *Associazione Tieni A Mente Organizzazione di Volontariato, San Giorgio a Cremano, Napoli*

(g) *Dipartimento di Neurologia, Casa di Cura Igea, Milano*

Introduzione. Il Fondo Italiano per l'Alzheimer e le Demenze ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità l'aggiornamento della mappa dei servizi per la diagnosi e la presa in carico della persona affetta da demenza. In particolare, è stata condotta una *survey* rivolta alle Residenze Sanitarie Assistenziali in Italia.

Metodi. Alle Residenze Sanitarie Assistenziali, il cui elenco è stato fornito da ciascuna regione, è stato chiesto di compilare un questionario composto da una scheda anagrafica relativa ad ubicazione, tipologia e caratteristiche fisiche della struttura e una scheda raccolta dati relativa ad accessi, caratteristiche dell'utenza, organizzazione, servizi e trattamenti forniti. Le indagini sono state condotte su una piattaforma online tra gennaio e ottobre 2023.

Risultati. Hanno partecipato all'indagine 1.671 strutture che ospitano persone con demenza, con un tasso di risposta del 46,3% (58,4% al Centro, 47,5% al Nord, 39,8% al Sud e Isole). Di questi, 1.109 strutture hanno compilato entrambe le schede. Le strutture sono prevalentemente territoriali (92,3%) e private convenzionate (94,7%), queste ultime localizzate soprattutto al Nord. Le strutture classificate come R2D - cioè cure estensive per pazienti ad elevata instabilità clinica (Nuclei Speciali Alzheimer) - sono circa un quinto e più frequenti al Centro Italia. Per quanto riguarda la residenzialità, al Sud Italia le persone con demenza si trovano più frequentemente in camere singole e in Nucleo Alzheimer, mentre al Nord e Centro Italia condividono più spesso la stanza con persone affette da altre patologie. Al Nord le residenze sono più grandi (in media, 77 posti letto e 46 camere), mentre al Sud e al Centro le strutture sono più piccole (in media, rispettivamente, 55 e 58 posti letto e 28 e 29 camere). Allo stesso modo, il numero dei residenti con demenza in carico nel 2019 è significativamente più elevato al Nord (134 e 54), rispetto al Centro (98 e 37) e al Sud (78 e 26). Per quanto riguarda gli spazi, sala da tè/bar (47,9%) e giardino

Alzheimer (19%) sono ambienti meno presenti nelle strutture, in particolare al Centro Italia. Valutazione multidimensionale iniziale e *follow-up* periodici sono effettuate nella maggior parte delle residenze, gli strumenti più utilizzati sono *Barthel Activities of Daily Living* (86,3%), *Mini Mental State Evaluation* (75,6%) e scala Braden/Northon (58,0%); mentre il *Neuropsychiatric Inventory* è utilizzato solo nel 43,3% delle residenze.

Conclusioni. L'indagine ha consentito per la prima volta di fotografare l'offerta dei servizi residenziali per le persone con demenza, con marcate differenze tra le macro-aree geografiche del Paese.

INCIDENTAL-PROSPECTIVE-MEMORY-TASK (INPROMETA): UN GIORNO VIRTUALE DA RICORDARE

Valenzano Valentina (a), Bozzetto Beatrice (b), Crocetti Gloria (c), De Sanctis Brunetto (d), Stamin Laura (d), Gnisci Cristina (d), Zinghini Daniele (d), Salotti Paolo (d), Matteucci Martina (d), Ricci Monica (d)

(a) *SLOP, Scuola Lombarda di Psicoterapia, Padova*

(b) *Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, Università degli Studi, Trento*

(c) *Istituto Psicologico Europeo, Centro di Psicologia e Psicopatologia Clinica, Roma*

(d) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Rete Territoriale, Asl, Viterbo*

Introduzione. Le difficoltà legate alla memoria prospettica (ricordarsi di svolgere un'azione nel futuro) e alla memoria incidentale (rievocare informazioni apprese senza un apprendimento intenzionale) sono comuni a diverse patologie neurodegenerative e incidono notevolmente sull'autonomia nella vita quotidiana. In molti casi, emergono già ai primi stadi della patologia rappresentando dei potenziali indici per una diagnosi precoce. Nonostante ciò, gli strumenti standardizzati attualmente a disposizione sono pochi e nessuno di questi prende in considerazione entrambe queste tipologie di memoria in un'unica batteria. Questo studio riguarda lo sviluppo e la validazione di una nuova batteria che permetta di misurare la memoria prospettica e incidentale in un contesto ecologico, e che quindi possa essere utilizzata con persone con diversi background culturali e linguistici, ma anche tra persone con poca scolarizzazione.

Metodi. La nuova batteria "*Incidental-Prospective-Memory-Tasks*" simula una giornata di vita quotidiana mediante vignette che si susseguono. In ogni vignetta è presente il disegno di un luogo o di alcune strade da percorrere, e un orologio che indica lo scorrere del tempo della giornata. I compiti prospettici vengono appresi attraverso un'agenda mostrata all'inizio (3 minuti). I compiti incidentali vengono acquisiti durante il susseguirsi dei luoghi proposti e delle attività svolte. Dopo l'apprendimento delle attività prospettiche, e prima dell'inizio effettivo del nuovo test, vengono somministrati i seguenti test: Figura Complessa di Rey; *Rey Auditory Verbal Learning Test*; *Trail Making Test A e B*; Test di Stroop. La memoria prospettica viene misurata sia nella sua componente *event-based* che *time-based*. La memoria incidentale viene rilevata attraverso rievocazioni implicite o esplicite delle informazioni acquisite.

Risultati. L'arruolamento dei soggetti è tutt'ora in atto e prevede soggetti sani di nazionalità Italiana e straniera (in grado di parlare e comprendere l'italiano) stratificati per età e livello di istruzione, soggetti con *Mild Cognitive Impairment* e disturbo soggettivo di memoria. Dato il costrutto della batteria, ci aspettiamo: 1) di non osservare differenze significative tra il gruppo di soggetti sani italiani e stranieri; 2) di osservare prestazioni deficitarie sia nel gruppo dei soggetti con *Mild Cognitive Impairment* che nel gruppo dei soggetti con disturbo soggettivo di memoria.

Conclusioni. Questo è il primo studio che valuta la memoria prospettica e incidentale in una popolazione di nazionalità italiana e straniera in un contesto ecologico, particolarmente utile nella pratica clinica neuropsicologica per individuare sempre più precocemente soggetti a rischio di sviluppare demenza.

IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI NON-FARMACOLOGICI NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE

Vilella Davide (a), Chiloiro Addolorata (b), Valguarnera Agnese (a), Volpe Giuseppe (a), Di Dio Cristina (a), Gnoni Valentina (a), Rollo Eleonora (a), Urso Daniele (a), Giugno Alessia (a), Barone Roberta (a), Bramato Giulia (a), Tatulli Emanuela (c), Sollecito Raffaele (c), Musio Marco (a), Cozzari Maria Pia (c), Boero Giovanni (d), Memeo Elena (e), Logroscino Giancarlo (a)

(a) *Centro per le Malattie Neurodegenerative l'Invecchiamento Cerebrale, Università degli Studi, Bari; Pia Fondazione di Culto e Religione Cardinale G. Panico, Tricase, Lecce*

(b) *Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta ed Evolutiva del Dipartimento di Salute Mentale, Asl, Taranto*

(c) *Centro diurno Gocce di Memoria, Associazione Antrophos, Giovinazzo, Bari*

(d) *Struttura Complessa di Neurologia e Stroke Unit, Ospedale SS. Annunziata, Asl, Taranto*

(e) *Dipartimento Promozione della Salute e Benessere Animale, Regione Puglia, Bari*

Introduzione. Il Disturbo Neurocognitivo Minore è una condizione clinica caratterizzata da un lieve, ma significativo, declino delle capacità cognitive che, tuttavia, non limita la funzionalità del soggetto nelle attività di vita quotidiana. Studi scientifici hanno fornito prove coerenti che tale stadio rappresenta un'entità prodromica allo sviluppo di un quadro di Demenza. Nonostante i progressi della ricerca in ambito farmacologico, ad oggi non esiste un trattamento raccomandato. Al contempo, molta letteratura scientifica ha evidenziato i benefici apportati da interventi non-farmacologici, facendo emergere l'importanza della diagnosi precoce per rallentare e, idealmente, bloccare l'evoluzione della neurodegenerazione.

Metodi. Sono stati sviluppati e implementati, come studi pilota, due protocolli di intervento non-farmacologico rivolti a pazienti con diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Minore: 1) Protocollo di trattamento basato sul Training cognitivo: studio multi-centrico della durata di 2 mesi con 33 pazienti arruolati in totale (15% *drop-out*). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un'estesa valutazione neuropsicologica per una più adeguata scelta e strutturazione dell'intervento e hanno ricevuto due sessioni individuali a settimana attraverso l'utilizzo del software riabilitativo "Erica" della Giunti. Gli indicatori di risultato sono stati basati variazioni di punteggi a scale cliniche e test psicometrici somministrate pre- e post-trattamento. 2) Protocollo di trattamento basato su interventi "multi-dominio" sui potenziali e modificabili fattori di rischio: studio monocentrico della durata di 2 mesi con 20 pazienti arruolati in totale (32% *drop-out*). Sono state previste tre visite specialistiche (1 di *baseline* e 2 di *follow-up*) con 4 specialisti (geriatra, specialista medicina del sonno, psicologo, nutrizionista) e consegnati diari del sonno, della nutrizione e materiale per esercizi di stimolazione cognitiva.

Risultati.

1) Protocollo di trattamento basato sul *Training* cognitivo: Sono stati eseguite delle analisi parametriche T-test e si è osservata:

- una stabilizzazione della *performance* complessiva al test ADAS-Cog (*Alzheimer's disease assessment scale*) (p=0,6);
 - un miglioramento statisticamente significativo nel sub-test "orientamento" (p=0,013);
 - un peggioramento statisticamente significativo nel sub-test "linguaggio" (anomie nell'eloquio spontaneo) (p=0,03);
 - trend di miglioramento del tono dell'umore, ma non statisticamente significativo (p=0,07);
 - un trend di miglioramento al *Mini-Mental State Examination* ma non statisticamente significativo (p=0,66).
- 2) Protocollo di trattamento basato su interventi "multi-dominio": Sono stati eseguite delle analisi parametriche T-test e si è osservata:
- un miglioramento statisticamente significativo nel punteggio alla *Mini Nutritional Assessment* - nutrizione (p=0,047);
 - un punteggio stabile al PSQI (p=0,198);
 - un miglioramento statisticamente significativo nel punteggio alla *Short Physical Performance Battery* - frailty (p=0,047);
 - trend di miglioramento del tono dell'umore ma non statisticamente significativo (p=0,07);
 - trend di miglioramento al MMSE ma non statisticamente significativo (p=0,14).

Conclusioni. Questi rappresentano i dati di due studi pilota condotti all'interno della progettualità della Linea 5 della Regione Puglia e devono essere interpretati alla luce della breve durata del trattamento offerto. Tuttavia, questi sono risultati promettenti sull'efficacia dei trattamenti non-farmacologici nelle fasi precoci di malattia e richiedono ulteriori ricerche con campioni più ampi e protocolli di intervento più estesi.

CONTRIBUTO DEI BIOMARCATORI NEL PROCESSO DIAGNOSTICO DI MCI E DEMENZA TRA PRATICA CLINICA E RICERCA

Zamboni Giovanna, Chiari Annalisa

Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neurali, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduzione. L'uso dei biomarcatori nel processo diagnostico di demenza sta guadagnando sempre più rilievo nella pratica clinica per differenziare tra Malattia di Alzheimer (AD) e altre demenze non Alzheimer. Questo è stato possibile grazie alla messa a punto di metodiche sempre più avanzate e di facile accesso di neuroradiologia strutturale e funzionale e di analisi bioumorale, specialmente su liquor.

Metodi. Saranno presentati alcuni casi clinici che dimostrano come l'integrazione di diversi tipi di biomarcatori liquorali e di imaging possa migliorare la precisione diagnostica anche laddove non c'è ovvia congruenza fra dato clinico e biomarcatori.

Risultati. La ricerca ha anche evidenziato che i biomarcatori possono avere un ruolo prognostico significativo anche nelle fasi iniziali di disturbo cognitivo lieve o *Mild Cognitive Impairment*. Tuttavia l'integrazione dell'informazione fornita dal biomarcatore nel contesto di un disturbo cognitivo lieve merita particolare attenzione e ancora necessita di validazione clinica. Saranno presentati alcuni casi clinici in cui tale informazione è stata dirimente. Infine, sarà fatto cenno alla ricerca sui biomarcatori plasmatici, la cui applicazione clinica è ancora in fase di sviluppo e richiede ulteriori indagini per stabilire la loro efficacia diagnostica.

Conclusioni. È fondamentale che la comunità scientifica continui a esplorare e validare questi strumenti, poiché una diagnosi precoce e accurata è cruciale per l'intervento terapeutico e la gestione della malattia. La loro integrazione nei protocolli diagnostici non solo aumenterà l'accuratezza diagnostica nelle fasi precoci, ma guiderà lo sviluppo di terapie mirate e personalizzate.

FARE MEMORIA - UNA RICERCA INTERVENTO - CDCD APUANE

Zanetti Michela (a), Pallotti Serena (b), Attuoni Carola (b), Ratti Elisa (b)

(a) *Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze Apuane, Massa Carrara*

(b) *Unità Operativa Complessa Psicologia di Continuità Ospedale Territorio, Massa Carrara*

Introduzione. Il progetto di ricerca-intervento nasce come progetto di analisi della domanda degli utenti, dei familiari e degli operatori socio – sanitari coinvolti a diverso titolo nell'attività di uno dei Centro Disturbi Cognitivi Demenza dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest. Nel 2022 nasce il nuovo Centro Disturbi Cognitivi Demenza Apuane. Il coordinamento si pone immediatamente la questione di quali interventi offrire all'attuale generazione di pazienti e familiari, con le caratteristiche peculiari della società odierna, differenti da quelle degli anni 90. Una generazione di anziani uscita dalla pandemia, in un territorio particolarmente battuto dal virus COVID-19. Finalità del coordinamento: 1) conoscere prima di intervenire; 2) evitare di “costruire sopra” bensì di costruire con diretti interessati. Fase 1. fondazione di un gruppo di psicoterapia espressiva, aperto a pazienti e caregiver, ma anche a cittadini over 60 interessati a prevenire. Fase 2. registrazione e codifica dei verbatim degli incontri: annotazione del discorso libero di tutti coloro che hanno posto una domanda al servizio. L'analisi degli emergenti ha orientato la costruzione della stimolazione socio-cognitiva dal titolo FARE MEMORIA. Progettato e costruito insieme con i partecipanti al gruppo di psicoterapia espressiva. Il titolo per sottolinearne l'aspetto pragmatico, relazionale e sociale. Intendendo competenza mnestica come processo in continuo divenire, implicata ed emozionata. Lo stesso logo del percorso è stato scelto tra gli elaborati dei partecipanti.

Metodi. Contesti di raccolta degli emergenti: riunioni di equipe con operatori socio-sanitari, neurologi, fisiatri. Gruppo di psicoterapia con care-giver, pazienti e cittadini. Visite neuropsicologiche. Convegni sul tema. Annotazione degli emergenti del discorso, calcolo della frequenza relativa e percentuale dell'occorrenza di ciascun emergente e loro codifica. Lettura critica delle co-occorrenze statisticamente rilevanti e loro categorizzazione. Costruzione dell'intervento di stimolazione socio-cognitiva: gruppo di psicoterapia espressiva alternato a sessioni di stimolazione cognitiva, a cadenza quindicinale, della durata di 90 minuti. Co-conduzione psicoterapeuta e neuropsicologa.

Risultati. Percentuale del vissuto di frustrazione al termine delle sessioni: 0,42% medio. Incremento percezione ben-essere. Promozione NON completa identificazione della persona alla diagnosi.

Conclusioni. In un clima culturale come quello attuale in cui la prestazione, l'efficienza e l'immagine sono valori assoluti, l'invecchiamento con tutte le sue caratteristiche porta con sé, inevitabilmente, emozioni a tinte fredde. L'idea di costruire un percorso di stimolazione socio-cognitiva fatto di pazienti ma anche di persone anziane libere da diagnosi, cittadini interessati a fare legame, rappresenta una nuova occasione per allargare e continuare a colorare il proprio vissuto emotivo ed identitario.

INDICE DEGLI AUTORI

Acampora Anna	3	Boero Giovanni.....	39; 161
Acchiappati Vincenzo	4	Bonaccio Marialaura	92
Adesso Angela Nadia	152	Bonanni Laura.....	112
Albanese Emiliano	66	Bonanni Rita	12; 14; 125; 126
Albanese Giuseppina.....	132	Bonanseia Alessandro	15
Alberoni Margherita.....	58	Boni Stefano	107
Amadori Lucia	5; 9; 64	Boniforti Laura	118
Amato Stefania.....	72	Bonventre Giovanna	17
Ambrosino Immacolata.....	23	Borroso Agostino	101
Amoruso Francesco.....	23	Bottini Gabriella.....	116
Ancidoni Antonio.....	6; 114; 137; 139	Bove Angela	54
Angelici Laura.....	3	Bozzetto Beatrice.....	160
Arienti Stefania	118	Bramato Giulia.....	161
Arosio Francesca	129	Brascesco Pier Claudio	20
Atripaldi Danilo	101	Brentari Ilaria	21; 22
Attuoni Carola.....	164	Bruno Giuseppe	72; 95; 112; 120
Auriemma Maria Chiara.....	34	Bruno Ludovica	39
Bacalini Maria Giulia.....	80	Buonincontri Veronica.....	23
Bacigalupo Ilaria	78; 103; 139; 158	Buonocore Michelangelo	68; 94; 122
Ballarino Grazia Rita	75	Cacciani Laura	3
Barbarino Paola.....	7	Cacciotti Alessia	31
Barbato Giuseppe.....	97	Caffarra Paola	114
Barbetti Sonia.....	72	Cagnin Annachiara.....	112
Bargagli Anna Maria.....	3	Calatozzolo Chiara.....	25
Barone Roberta.....	161	Calcaterra Andrea	83
Bartolomei Luigi	150	Calligaris Diego	130
Battistella Miriam.....	27	Camassa Nahi Ylenia.....	27
Bellomo Guido	8; 137; 139	Campanello Cristina.....	152
Beltrami Silvia	33	Campostrini Alvise	28; 29
Benemerito Rio	97	Cancellieri Serena	36
Berardi Anna	50	Canevelli Marco.....	30; 50; 95
Bergamin Enrico	121	Cannata Marco	106
Berra Eliana.....	94	Capasso Andrea	144
Bertozzi Anna Maria	33	Capozzo Rosa	56
Besozzi Martina	155	Cappa Stefano	31
Bidoli Giuliana	130	Cappella Marisa	90
Bigatello Isabel.....	61	Caraglia Naike	31
Bilanzola Valeria.....	9; 46; 64	Carbone Elena.....	90; 120
Bini Chiara	146	Cardinali Valentina	56
Blasutto Barbara.....	11	Carlino Ilenia	23
Bocchi Simona	75	Carneiro Solange.....	130

Carnevale Giulia.....	78; 103; 158	Corbo Ilaria.....	47; 49
Carrarini Claudia.....	31	Corbo Massimo.....	78; 103; 158
Cartocini Claudio.....	33	Corrado Alessia.....	50
Casagrande Maria.....	11; 47; 49; 60; 67; 100; 157	Cortelli Pietro.....	80
Casanova Georgia.....	36	Cosmo Chiara.....	61
Cascini Silvia.....	3	Cotelli Maria.....	31
Castagna Eleonora.....	112	Cotta Ramusino Matteo.....	112
Castaldo Giovanna.....	144	Cova Ilaria.....	93
Castellino Manuela.....	12; 147; 148	Covello Giuseppina.....	21
Catania Valentina.....	110	Cozza Maria Giovanna.....	5; 46
Cattaneo Nicoletta.....	118	Cozzari Maria Pia.....	161
Cavalli Andrea.....	125; 126	Cravello Luca.....	152
Cavallini Elena.....	14	Crestini Alessio.....	90; 120
Cerasoli Benedetta.....	106	Cretella Lucia.....	142
Cerasuolo Michele.....	34	Crivellari Stefano.....	150
Cesari Matteo.....	35	Crocetti Elisa.....	154
Chattat Rabih.....	36; 47	Crocetti Gloria.....	160
Chianese Antonella.....	34	Cucciniello Angelo.....	144
Chiapparino Claudia.....	37; 124	Cuffaro Luca.....	51
Chiarella Pieranna.....	38	Cutaia Chiara.....	82; 106
Chiari Annalisa.....	163	D'Angelo Miriam.....	52
Chiavarino Claudia.....	15	D'Antonio Fabrizia.....	112
Chillemi Gaetana.....	84; 86; 87	D'Auria Ciro.....	97
Chiloiro Addolorata.....	39; 161	Davin Annalisa.....	25; 62
Chimento Pierluigi.....	68; 94; 122	De Berardis Domenico.....	52
Chirico Ilaria.....	36; 47	De Cicco Angelo.....	23
Ciagola Caterina.....	152	De Luca Gabriele.....	90
Cifaldi Linda.....	41	De Luca Maria Elvira.....	57
Cinquemani Tiziana.....	87	De Sanctis Brunetto.....	160
Cintoli Simona.....	43; 149	De Vanna Floriana.....	39
Cirigliano Mara.....	15	De Zanche Andrea.....	150
Civolani Lorenza.....	142	Degl'Innocenti Elisa.....	127
Clementi Carlo.....	44	Del Chicca Marta.....	149
Colalillo Guglielmo.....	101	Del Gais Maria Teresa.....	144
Colin Antonio.....	23	del Gaudio Michele.....	73
Collalto Paola.....	132	Del Prete Eleonora.....	121
Colombo Irene.....	83	Del Signore Federica.....	70
Colombo Mauro.....	62	Dell'Anno Maria Teresa.....	127
Coltelli Maila.....	12	Della Gatta Francesco.....	114
Consoloni Martina.....	45	Della Vedova Anna Maria.....	47
Conte Nadia.....	12	Dell'Aquila Claudia.....	56
Conti Silvia.....	5; 46	Delor de Ferrabonc Giulia.....	116
Conti Simonetta.....	97	Denti Michela Alessandra.....	21; 22; 53
Contini Lorenzo.....	97	D'Errico Mariarosaria.....	120
Coppola Maria.....	144	Detassis Simone.....	22
		Di Bari Michele Angelo.....	90

Di Cesare Gabriela.....	12	Fonte Cristina.....	12
Di Crosta Adolfo.....	112	Fonte Enrico.....	152
Di Dio Cristina.....	39; 161	Forte Giuseppe.....	47; 49; 67
Di Francesco Giacomina.....	84	Fortini Paola.....	120
Di Gerlando Rosalinda.....	62	Frisoni Giovanni Battista.....	112
Di Giorgio Paola.....	54	Fundarò Cira.....	68; 94; 122
di Leo Andrea.....	45	Furlan Erika.....	74
Di Luccio Christian.....	5	Gabanelli Paola.....	94
Di Marco Salvatore.....	55	Gaggi Lorenzo.....	5
Di Matteo Federica.....	125; 126	Gagliardi Stella.....	62
Di Meo Irene.....	34	Galati Anna Rita.....	110
Di Quarto Gaetano.....	39	Galati Simone.....	70
Di Russo Sara.....	74	Galeoto Giovanni.....	50
Diana Sofia.....	72	Galli Chiara.....	4; 12; 89; 154
Diano Matteo.....	27	Galli Federica Lucia.....	71
Dibiase Gaia.....	27	Gallo Federica.....	15
Distaso Eugenio.....	56	Gallo Stefania.....	118
Donno Federica.....	12	Gambina Giuseppe.....	72
Druda Ylenia.....	114	Garaffa Giuseppe.....	55
Durante Giorgia.....	150	Gasparini Marina.....	72
Durante Rocco.....	118	Gatta Roberto.....	112
Errera Paola.....	57	Gatti Alberto.....	25
Esposito Sabrina.....	101	Gatto Maria Pia.....	73
Fabbo Andrea.....	4; 75; 89; 135; 154; 155	Geminiani Giuliano Carlo.....	27
Fabbri Maurizio.....	150	Gessa Valentina.....	152
Fabris Silvia.....	130	Ghersetti Daria.....	74
Fabrizi Elisa.....	114; 139	Ghezzi Alessandro.....	80
Farina Elisabetta.....	58	Ghidoni Matilde.....	75
Farinet Erika.....	12	Giaquinto Francesco.....	78; 103; 158
Fascendini Sara.....	59	Gimignani Giancarlo.....	44
Fattapposta Francesco.....	11	Giordano Maria.....	23
Favaretto Alice.....	150	Giorgio Vincenzo.....	12
Favieri Francesca.....	47; 49; 60	Giroldini Roberta.....	111
Federici Cristiana.....	97	Giuffrè Giuseppe.....	109
Ferrarese Carlo.....	51	Giuffrè Guido Maria.....	31
Ferrari Arianna.....	61	Giugno Alessia.....	161
Ferrari Flavia.....	22	Gnisci Cristina.....	160
Ferrari Riccardo Rocco.....	25; 62	Gnoni Valentina.....	161
Ferrari Susy.....	142	Golino Antonella.....	36
Ferri Raffaele.....	110	Gollin Donata.....	71
Ferriani Elisa.....	9; 46; 64	Grassi Vanna.....	118
Ferrigno Salvatore.....	65	Grieco Romi.....	56
Festari Cristina.....	112	Grignoli Daniela.....	36
Filippone Francesco.....	107	Grossi Federica.....	94
Fiordelli Maddalena.....	66	Grotteschi Nicola.....	80
Fontana Sabrina.....	130	Guaita Antonio.....	25; 62; 70; 82; 114; 127

Guarino Maria	142
Guarnerio Chiara	83
Guasco Noemi	23; 101
Gucciardino Liana	84; 86; 87
Gueli Cristina	5
Guerra Cinzi	97
Guerzoni Valentina	89; 154
Gurtner Monica	12
Hallulli Marsida	90
Iacoviello Licia	92
Iervolino Mario	144
Ivaldi Claudio	20
Javier Minguez Giuliano	27
Jubera Garcia Esperanza	27
Kassabian Benedetta	150
La Sala Paola	84; 86; 87
La Spina Isidoro	83
Lacorte Eleonora	90; 114; 137; 139
Laforgia Alessia	37
Laganà Valentina	12
Lanzoni Elisabetta	5
Lattanzio Fabrizio	37; 124
Latti Adriana	37
Lazzarotto Veronica	9
Lazzeri Giacomo	137
Linarello Simona	5; 9; 46; 64
Locatelli Giulia	70
Locuratolo Nicoletta ...	78; 103; 114; 137; 139; 158
Lodi Raffaele	80
Lograno Claudia	124
Logroscino Giancarlo	39; 161
Lombardo Flavia	139
Lorenzini Patrizia	78; 103; 139; 158
Lovato Giovanna	71
Lupiañez Juan	157
Lupica Capra Patricia Maria Domenica	110
Maestri Giorgia	93; 95
Maestri Roberto	122
Maffoni Marina	68; 122
Magali Jane RoCHAT	80
Maggi Gianpaolo	23
Maltempi Eleonora	12
Malvaso Antonio	25
Mancini Camilla	152
Mancini Daniela	68; 122
Mancini Giovanni	14; 125; 126
Manera Marina Rita	94
Manfredini Cristina	9
Manni Barbara	4; 135
Mantoan Paola	61
Manzella Alessandro	28; 29
Marchetti Sara	95
Marchi Alessia	155
Marconi Domitilla	137
Mardegan Sara	15
Margiotta Roberta	72
Marianetti Massimo	97
Marotta Andrea	157
Marra Camillo	31; 98
Marselli Giulia	100
Martini Eleonora	152
Martino Elvira	75
Maso Daniela	61
Masòtino Alessia	112
Massa Federico	112
Matascioli Fabio	78; 101; 103; 158
Matteucci Martina	160
Mazzillo Luigi	105
Mazzone Andrea	152
Mazzonetto Alice	112
Medici Valentina	25; 127
Memeo Elena	161
Menegazzo Elisabetta	150
Micillo Ivana	144
Miele Cristina	97
Miele Francesco	45
Milan Marta	150
Milner Anna Vera	150
Minozzi Rita	75; 155
Miraglia Francesca	31
Moiso Alessia	27
Molteni Daniele	106
Monari Katuscia	75
Montanari Alessandra	135
Montanaro Roberta	124
Montesano Fernanda	152
Morana Paola Patrizia	75
Moretti Veronica	36; 45
Morleo Claudia	56
Moro Valentina	72

Morreale Angela.....	107	Pezzoli Gisella	152
Mossello Enrico	108	Pezzuto Benedetta.....	54
Muratore Stefano.....	110	Piccolo Carmine.....	73
Musarra Fabiana.....	109	Pierobon Antonia	68; 122
Musca Carmen	109	Pievani Michela	112
Musio Marco	39; 161	Pinto Katia	37; 124
Mussi Chiara	89	Piovesan Francesca	27
Musso Sabrina.....	110	Pipitone Silvia.....	57
Nardi Lorena	75	Pirazzoli Gianluca	80
Negri Chinaglia Cinzia.....	132	Piscopo Paola.....	90; 114; 120
Negro Giulia.....	25	Pitzanti Emanuela	148
Nenna Claudio.....	155	Pizzoni Luca	125; 126
Nervo Caterina	22	Podestà Mirta	12
Nicoletti Valentina	43; 121; 149	Poloni Tino Emanuele.....	25; 62; 127
Nonino Francesco.....	111	Pomati Simone.....	93; 95
Norfo Alessandro	9	Pompilio Angela	39
Nucci Lorenzo.....	31	Ponanti Giorgia	75
Nuti Filippo.....	95	Porrello Maria Cristina	139
Olimpico Francesco	127	Possenti Mario	129
Olivieri Luigi.....	52	Pozzi Federico Emanuele.....	51
Onofri Lucia.....	97	Prestia Annapaola	130
Onorato Erika.....	12	Primiano Ferdinando	23
Orini Stefania.....	112	Principe Maria	144
Orselli Ilaria	121	Profka Xhulja.....	127
Paggetti Alice	114; 139	Pronzato Riccardo.....	36
Palagano Guerrino.....	56	Quaranta Davide	31
Palazzesi Ilaria	139	Ragionieri Stefania.....	131
Pallotti Serena	164	Ramonda Evelin.....	15
Palummeri Ernesto	20	Ratti Elisa.....	164
Pani Sara Maria.....	137	Ravi Noemi	112
Panigutti Massimiliano.....	112	Ravoni Ottavia.....	120
Pantoni Leonardo	93	Redolfi Alberto	31
Paolini Caterina.....	135	Reverberi Cristina	71
Pappalettera Chiara	31	Ricceri Laura	90
Pardini Matteo.....	20	Ricci Monica.....	12; 160
Pascucci Barbara	120	Rigoli Mattia.....	83
Passoni Serena.....	116	Rinaldi Eleonora	132
Pecchinenda Anna.....	47	Rinaldi Giuseppe.....	56
Pecorari Chiara.....	95	Riolo Antonino	130; 134
Pecoraro Emanuela.....	87	Rivabene Roberto	90; 120
Pellegrini Camilla.....	80	Rizzo Maria Rosaria	34
Pelucchi Loris	118	Rogodanza Daniela	148
Perani Daniela	31	Rolandi Elena.....	62; 70
Perciballi Marta.....	120	Rollo Eleonora	161
Perotta Daniele.....	152	Romano Elisabetta	135
Petrini Francesca	121	Ronconi Daniela.....	44

Ronga Irene	27	Simoni Marco	71
Rosa Paolo	90	Singh Solorzano Claudio	112
Rosari Mattia	97	Sollecito Raffaele	161
Rossetto Tiziana	71	Spadin Patrizia	31
Rossi Cristina	135	Spadoni Giulia	121; 149
Rossi Michele	62; 70	Stamin Laura	160
Rossini Paolo Maria	31	Stinziani Sabrina	9; 46; 64
Rubini Ludovica	45	Stracciari Andrea	114
Rucci Paola	142	Strozzi Michela	132
Rusi Eqrem	120	Suffritti Lucia	132
Sagliocca Luciano	114	Sumerano Annamaria	39
Salati Emanuela	72; 95	Surdo Viviana	143
Salemme Simone	137	Tagliavini Fabrizio	31
Salerno Andrea	75; 89	Talarico Giuseppina	120
Salotti Paolo	160	Tasca Domenica	110
Salvi Emanuela	78; 103; 139; 158	Tatulli Emanuela	161
Sambati Luisa	80; 142	Tempestini Antonella	5
Sanna Marco	141	Tessari Annalisa	150
Santini Sara	36	Tessitore Alessandro	101
Santoro Doriana	124	Timoftica Claudia Menia	152
Santoro Rossella	142	Tocaceli-Blasi Marco	95
Santucci Marianna	142	Tognoni Gloria	43; 121; 149
Sardu Claudia	137	Tomasetti Carmine	52
Sarti Giulia	95	Tonon Caterina	80
Scandola Michele	72	Torlaschi Valeria	68; 122
Scarlata Elide	57; 143	Tozzi Rossella	89; 154
Scavelli Aurora	120	Tremamondo John	83
Scavone Luca	57	Trentini Gabriele	21
Schiano Di Cola Katia	144	Trimarchi Pietro Davide	58
Schino Pietro	124	Trioschi Devis	155
Sciancalepore Francesco	114; 139	Tripi Gabriele	17; 55; 57; 143
Sciattella Paolo	146	Tripi Stefania	17; 57
Scibetta Sofia	90	Troisi Giovanna	157
Scognamiglio Martina	101	Urso Daniel	161
Scoyni Raffaella Maria	125; 126	Vaccaro Roberta	78; 103; 158
Scribano Massimo	97	Vaccina Antonella Rita	4; 75; 155
Seccia Giovanni	23	Valenzano Valentina	160
Secreto Piero	114; 147; 148	Valguarnera Agnese	161
Sensi Francesca	12	Vanacore Nicola	31; 72; 78; 90; 103; 114; 137; 139; 158
Serughetti Francesca	116	Vanni Monica	144
Sgarito Claudia	86	Vecchio Fabrizio	31
Siciliano Gabriele	43; 121; 149	Ventrella Angela Alessandra	37
Simeon Rachele	50	Venuti Angelo Antonio	97
Simioni Maura	116	Vernè Davide	58
Simone Maurizio	23	Viganò Alessandro	58
Simonelli Valeria	90		

Viggiani Angela	12	Volpe Giuseppe.....	161
Vignatelli Luca.....	114	Vullo Marta.....	84
Vignati Marco	118	Zamboni Giovanna.....	137; 163
Vilella Davide	39; 161	Zanetti Michela	164
Villa Maria Chiara.....	27	Zibardi Susanna	106
Villa Matteo	150	Ziletti Angelica	33
Villani Emanuele Rocco.....	4	Zinghini Daniele	160
Viti Niccolò Vito.....	152	Zupo Vincenzo.....	23

*Serie ISTISAN Congressi
ottobre-dicembre 2024 (n. 4)*

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