

## Progettare l'inclusione nei luoghi di cura. Primi passi dalle realtà ospedaliere.

M. Possenti/ F. Arosio – Federazione Alzheimer Italia

Nonostante le raccomandazioni istituzionali per il potenziamento dei servizi di assistenza sul territorio per le persone con demenza, l'ospedale continua ad essere un punto fondamentale per la cura.

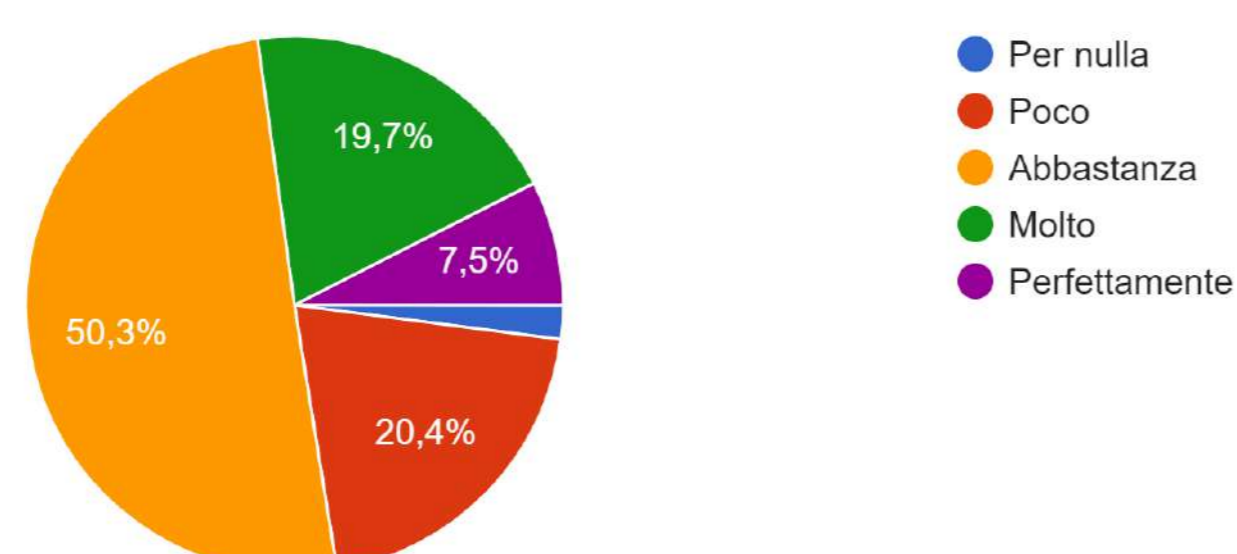
Federazione Alzheimer Italia ha creato un **Tavolo di lavoro** con componenti di realtà ospedaliere del territorio italiano per confrontarsi e **redigere un documento finale di Linee di indirizzo**. Si è proceduto dapprima alla stesura di un questionario di raccolta dell'esperienza di coloro che lavorano in reparto ospedaliero.

Sono state raccolte **147 risposte**. Il campione è composto dal 42% infermieri e dal 29% medici che operano in degenza ospedaliera varia (41.5%) e con esperienza ventennale (51%).

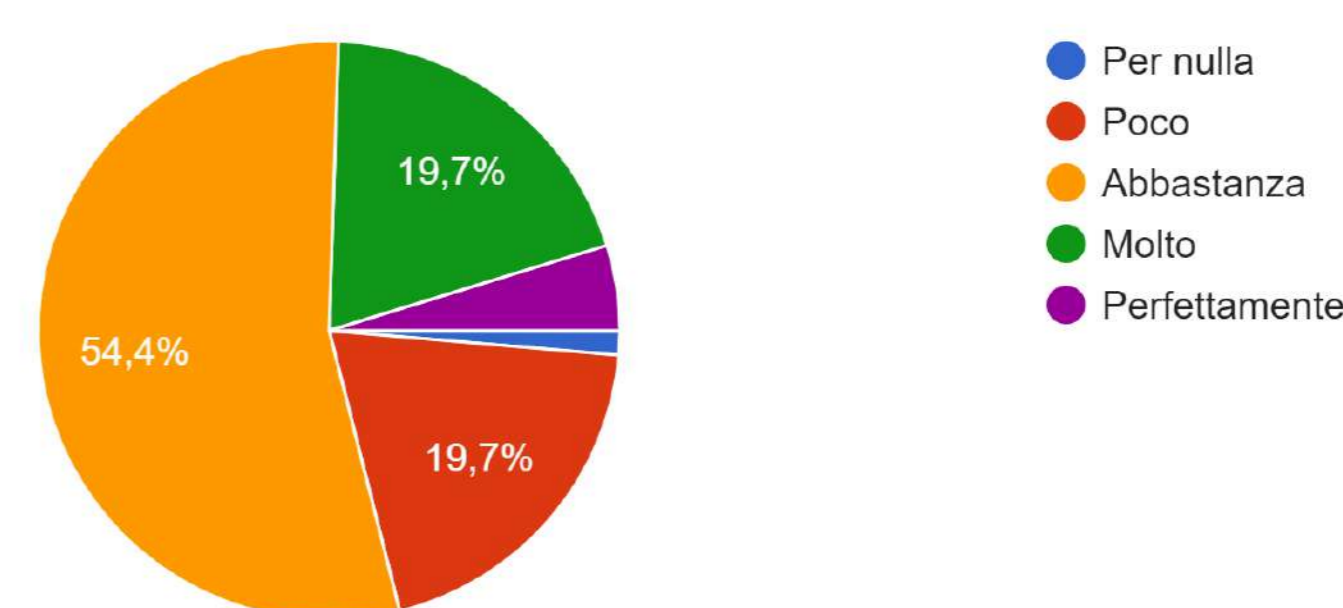
Il 50.3% ritiene di possedere buone conoscenze - per il 66% acquisite dal percorso di studi.

Queste consentono loro di ritenersi abbastanza in grado sia di comunicare con le persone con demenza (50.3%) sia di comprenderne i bisogni (54.4) anche laddove la persona sia confusa o agitata (48.3%).

Si sente in grado di interagire e comunicare con una persona con demenza (sia verbalmente che nel modo di comportarsi)?  
147 risposte



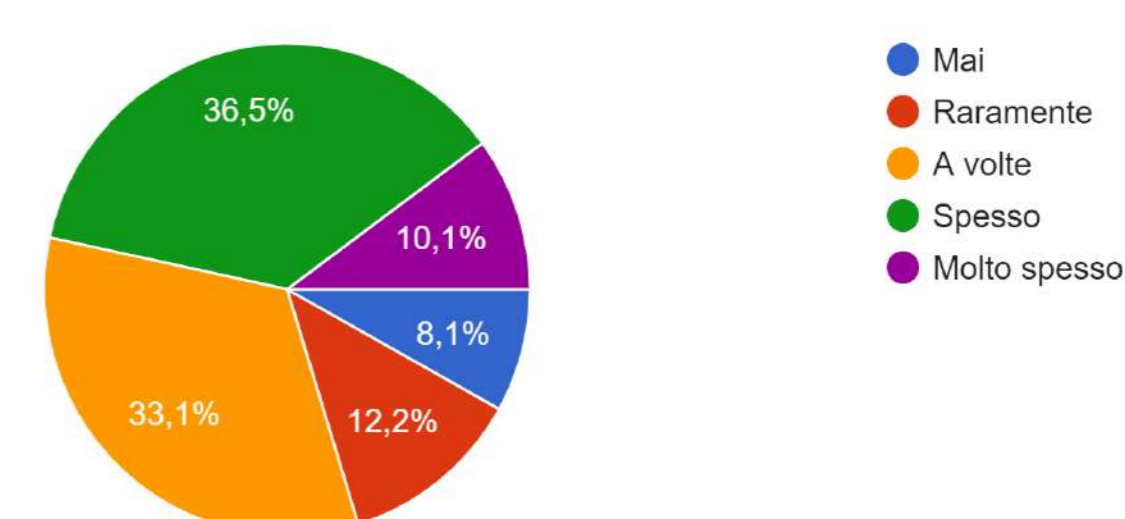
Si sente in grado di comprendere i bisogni di una persona con demenza?  
147 risposte



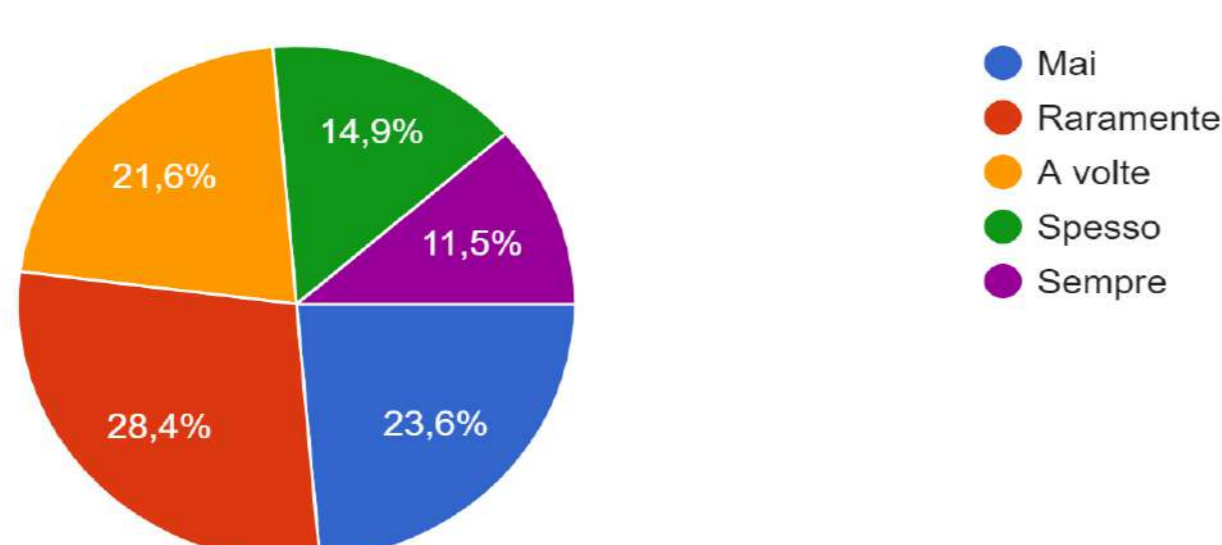
**Solo il 40% dei professionisti si sente a proprio agio nell'offrire assistenza ed oltre un quarto del campione dichiara invece di non sentirsi a proprio agio.**

Poco oltre la metà del campione riporta che molto spesso o spesso (53%) nel reparto siano assistite persone con demenza e nel 46% vi sia l'utilizzo di **misure di contenzione fisica o farmacologica**.

Nella sua esperienza, quanto spesso vengono utilizzate misure di contenzione fisica o farmacologica sulle persone con demenza?  
148 risposte



Nel Suo reparto, vengono predisposti percorsi assistenziali specifici per le persone con demenza?  
148 risposte



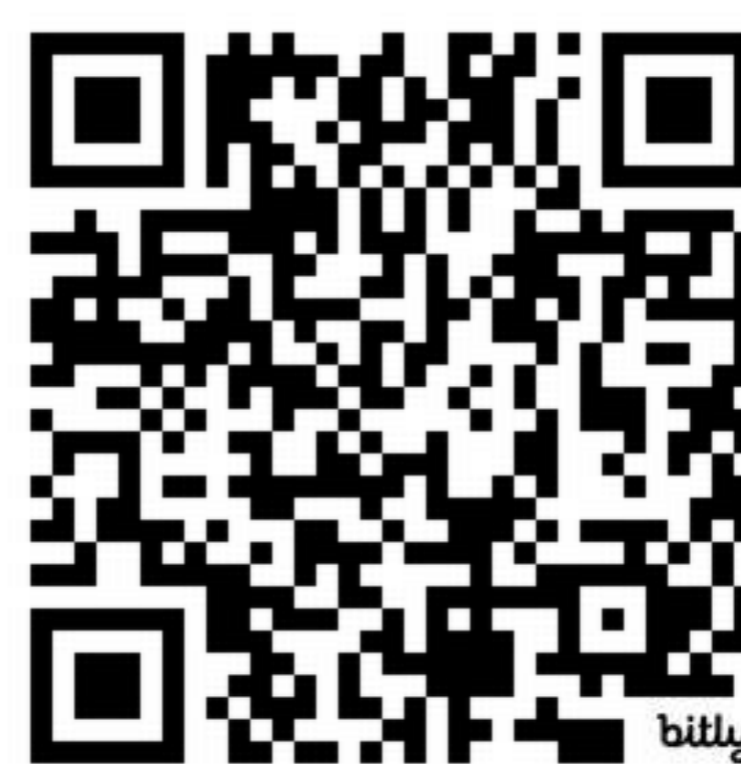
Oltre il 50% riporta che non siano **quasi mai predisposti percorsi assistenziali** specifici pur dichiarando (52%) che il carico di lavoro aumenti molto e moltissimo.

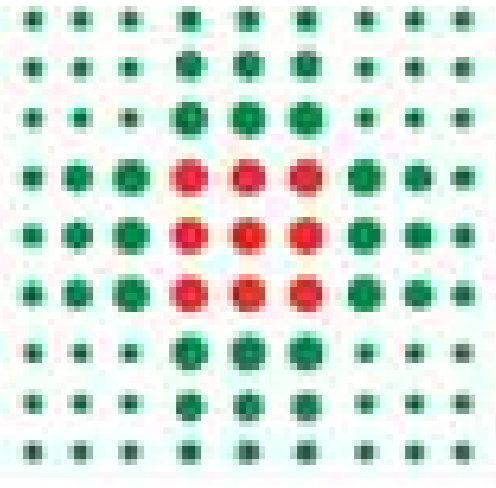
### CONCLUSIONI

Buona parte del personale sanitario ritiene di possedere conoscenze adeguate ma dichiara di non sentirsi confidente nel metterle in pratica. Si tratta pertanto di lavorare su **informazioni condivise sui servizi dedicati (61%), operare maggior coinvolgimento di personale anche volontario (55%)** e garantire **maggior flessibilità negli orari di visita (50%)**.

Tali fattori potrebbero smuovere un sistema complesso come quello ospedaliero grazie ad una **migliore comunicazione all'interno dell'equipe** e **motivazione al cambiamento**.

SCARICA IL POSTER!





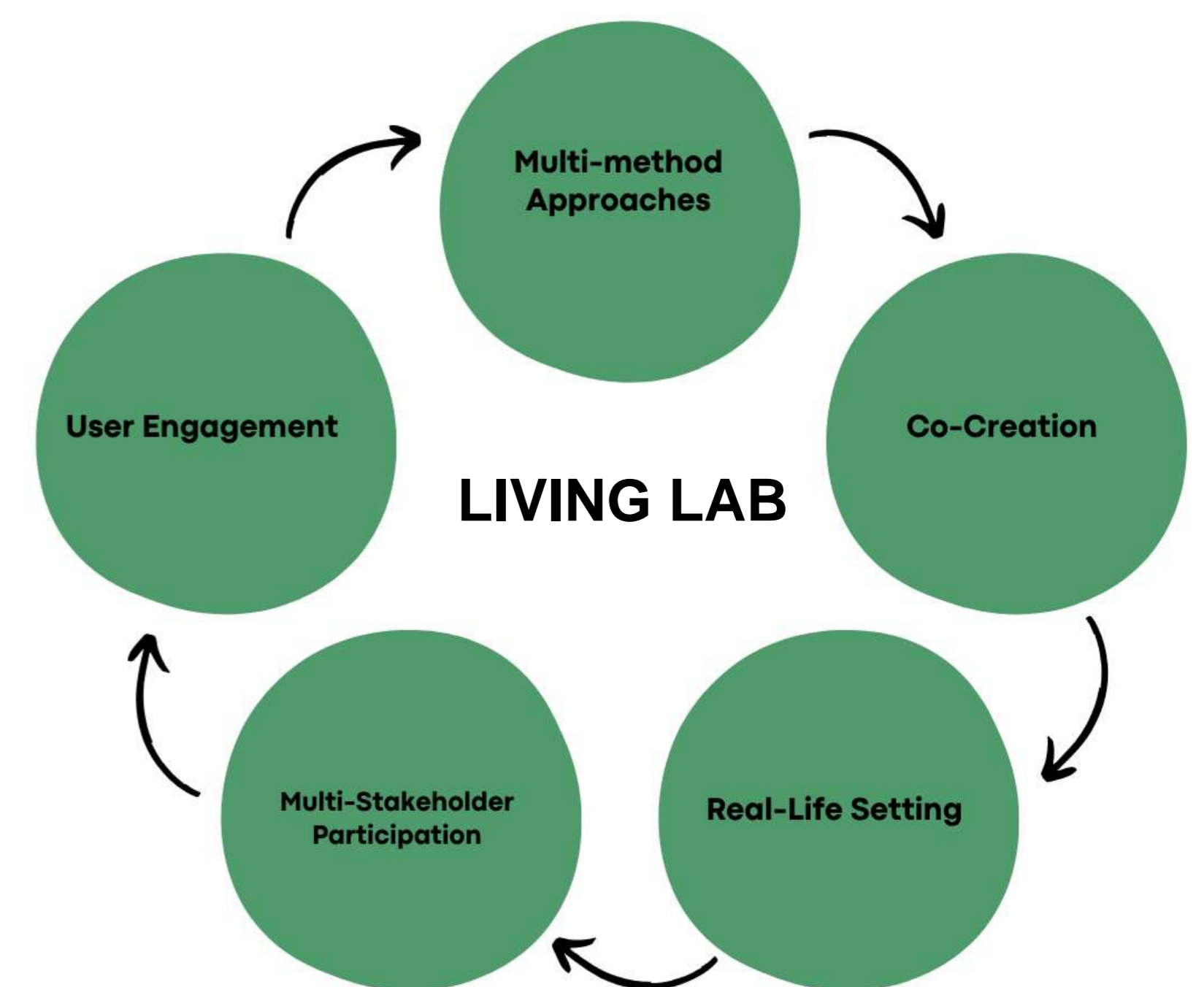
## Progetto Living Lab Byron: consolidamento e ampliamento di un modello tecnologico a favore delle persone con deterioramento cognitivo e dei loro caregivers

Valeria Bilanzola<sup>1</sup>, Veronica Lazzarotto<sup>2</sup>, Alessandro Norfo<sup>2</sup>, Elisa Ferriani<sup>3</sup>, Sabrina Stinziani<sup>1</sup>, Cristina Manfredini<sup>2</sup>, Lucia Amadori<sup>1</sup>, Simona Linarello<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UOC Cure Intermedie-Lungodegenza Ospedale di Budrio, Dipartimento dell'Integrazione, AUSL di Bologna; <sup>2</sup> Fondazione ASPHI Onlus (Bologna); <sup>3</sup> UOC Psicologia Ospedaliera, Dipartimento Oncologico, AUSL di Bologna  
Contact: v.bilanzola@ausl.bologna.it

### Introduzione:

Il progetto *Living Lab Byron*, rivolto a persone con disturbo neurocognitivo e ai loro caregivers, ha sperimentato nei CDCD Ausl Bologna, una metodologia multidisciplinare integrata di approccio ai bisogni della persona, realizzando per 6 mesi interventi terapeutici altamente personalizzati per il mantenimento delle autonomie e il miglioramento della qualità di vita, attraverso l'uso di tecnologie assistive, elementi innovativi di telemedicina e supporti digitali.



### Metodi

- Approccio focalizzato sull'analisi dei bisogni e degli interessi della persona e del suo caregiver e sui trattamenti non farmacologici personalizzati mediante l'utilizzo di tecnologie assistive e strumenti digitali.
- Reclutati 10 pazienti, suddivisi in Gruppo Lievi (DNC minore) e Gruppo Moderati (DNC maggiore di grado lieve/moderato).
- Interventi principali: stimolazione cognitiva computerizzata e training cognitivi strategici individuali, attività di terapia occupazionale e percorsi di psicoterapia per il paziente e il suo familiare per affrontare momenti di maggiori difficoltà legati alla patologia.

FASE 1 Reclutamento	FASE 2 Accesso	FASE 3 Trattamento	FASE 4 Monitoraggio	FASE 5 Conclusione
<i>Criteri di inclusione:</i>	- Colloquio clinico psicologico	-Stimolazione cognitiva computerizzata	-Riunioni d'equipe	↓
-DNC minore	-Valutazione domiciliare	-Training strategico	-Diario di monitoraggio	
-DNC maggiore		-Terapia occupazionale con tecnologie assistive	-rimodulazione degli obiettivi in base ai bisogni emergenti	
-Presenza del caregiver				

### Risultati

#### Gruppo Lievi:

- Stabilità del profilo cognitivo e, in alcuni casi, punteggi migliori in specifiche aree cognitive (MLT verbale e visuospatiale e funzioni esecutive).
- Ruolo delle tecnologie: efficace nel favorire il mantenimento delle autonomie e il ruolo attivo nel percorso di cura con risvolti positivi anche sulla sfera psicologica.

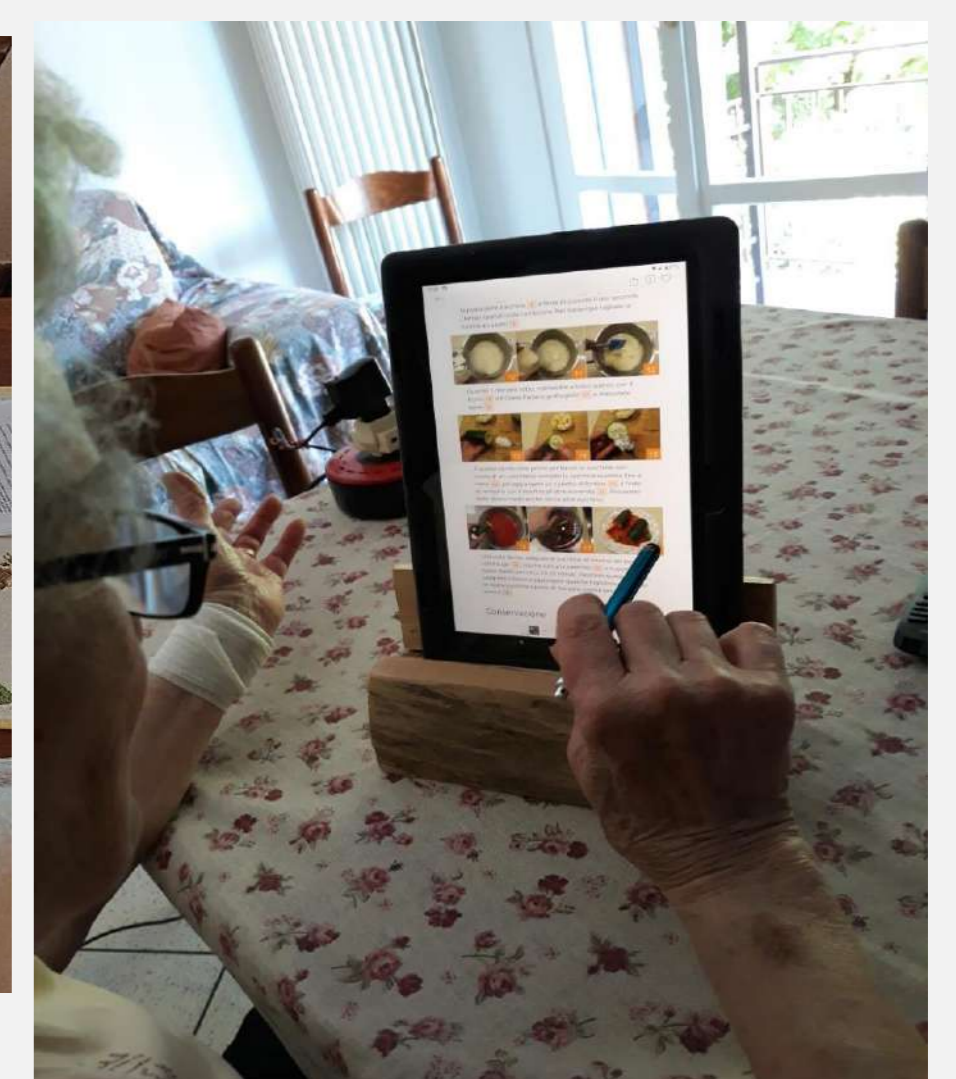
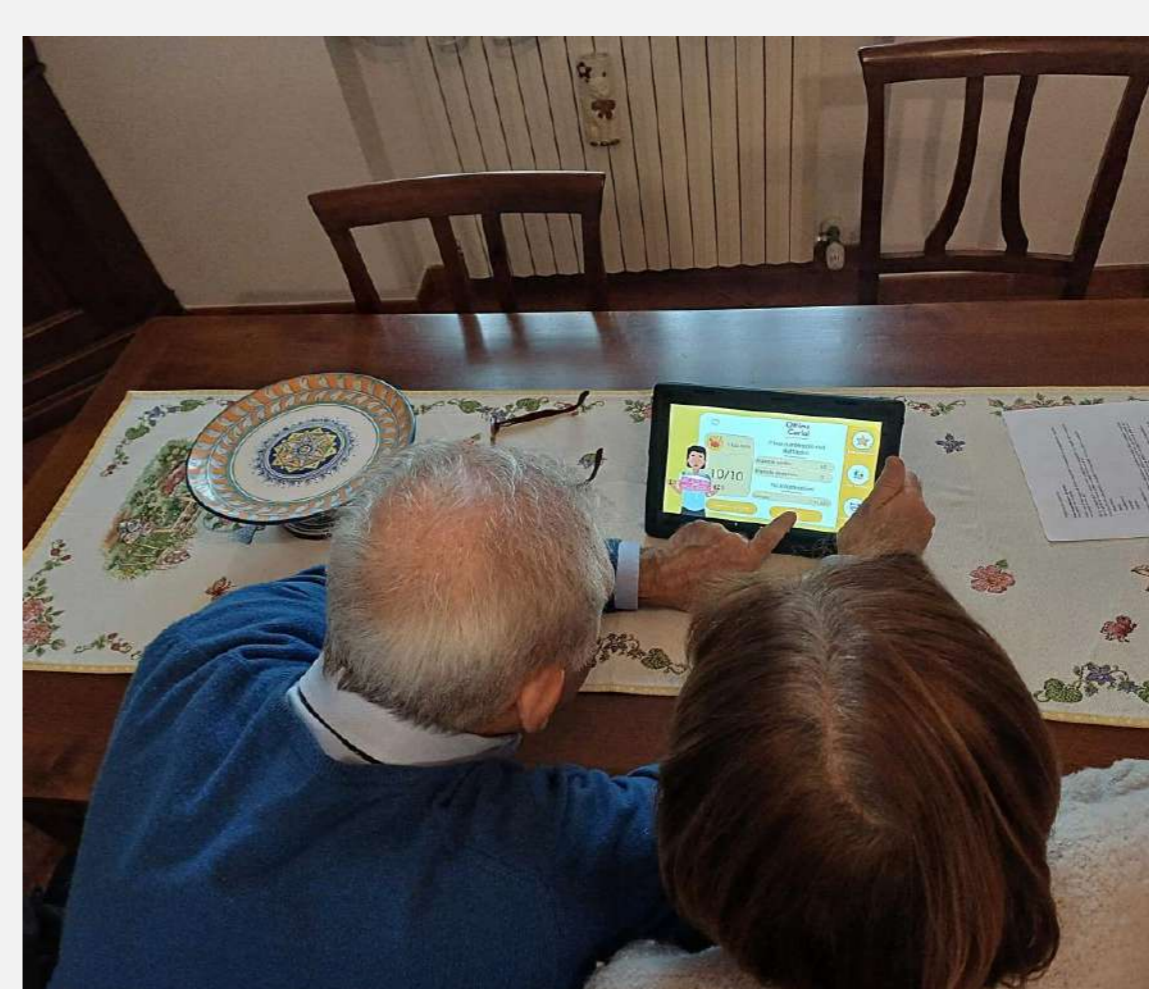
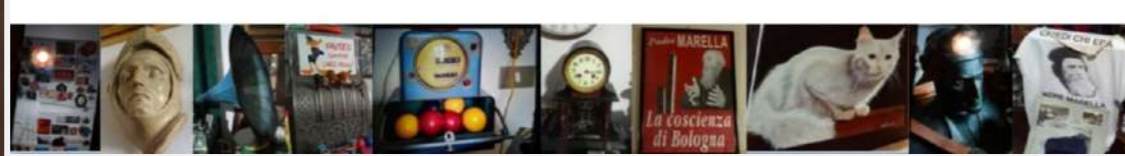
#### Gruppo Moderati:

- Miglioramento sul piano emotivo e sociale attraverso attività occupazionali focalizzate su interessi personali.
- Stabilità e lieve peggioramento sul piano cognitivo.
- Ruolo delle tecnologie: strategie 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.



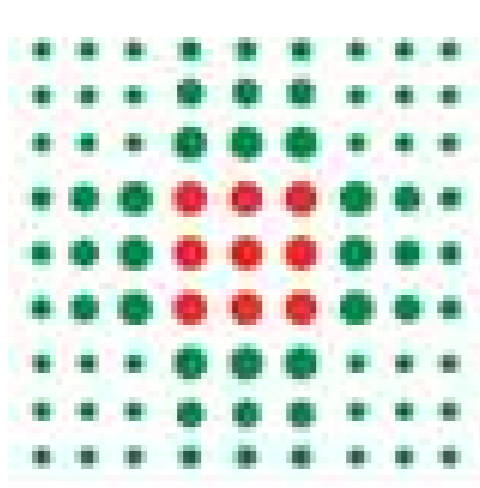
### UNA RACCOLTA D'ARTE DI FR.

Libro digitale realizzato nell'ambito del progetto "Living Lab Byron"  
CDCD Byron e Fondazione ASPHI Onlus  
Maggio 2024



### 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.



## Un training cognitivo individuale e di gruppo per soggetti con lieve compromissione cognitiva (diagnosi di Disturbo cognitivo soggettivo e Disturbo neurocognitivo minore).

Silvia Conti<sup>1</sup>, Valeria Bilanzola<sup>1</sup>, Sabrina Stinziani<sup>1</sup>, Elisa Ferriani<sup>2</sup>, Maria Giovanna Cozza<sup>1</sup>, Simona Linarello<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Cure Intermedie Intermedie-Lungodegenza Ospedale di Budrio, Dipartimento dell'Integrazione, AUSL di Bologna <sup>2</sup>UOC Psicologia Ospedaliera, Dipartimento Oncologico, AUSL di Bologna; Contact: silvia.conti@ausl.bologna.it

### Introduzione

Si presenta l'implementazione di un programma multifattoriale e combinato, per soggetti con lieve compromissione cognitiva erogato presso i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze.

**Obiettivo:** ridurre le difficoltà riscontrate nella vita quotidiana a carico della memoria.

### Metodo

Il training, basato su precedenti studi<sup>3 4 5</sup>, si compone di 2 fasi:

1- *Process-based training individuale*, di 10 sessioni settimanali, in modalità adattiva, per il potenziamento della memoria di lavoro (WM) e delle funzioni esecutive-attentive (FE), al fine di supportare la memoria a lungo termine (MLT);

2- *Training combinato (strategy-based e metacognitivo)* di gruppo di 5 incontri bisettimanali in cui vengono fornite informazioni rispetto ai processi di memoria, cosa ne ostacola e cosa ne facilita il funzionamento e vengono corrette credenze disfunzionali rispetto all'invecchiamento per migliorare l'atteggiamento verso i compiti di memoria quotidiani; apprese mnemotecniche applicabili al quotidiano implementare strategie di compenso interno che rendano più efficace il funzionamento delle abilità di memoria anterograda residue (migliorando codifica e recupero); continuato il potenziamento della WM in gruppo.

Entrambe le fasi, prevedono esercizi da svolgere a casa per rendere più intensivo l'intervento.

**Soggetti:** 12 partecipanti, valutati pre e post trattamento mediante il test 15 parole di Rey<sup>6</sup> e il questionario PMRQ (memoria prospettica e retrospettica<sup>7</sup>).

### Risultati

I confronti pianificati eseguiti con il test di Wilcoxon, evidenziano miglioramenti nella prova di **MLT verbale a distanza di 15 minuti** dall'apprendimento (Richiamo libero: Me(pre)=8.50 IQR=2.50; Me(post)=11.5 IQR=4;  $w=1.5$   $p=0.02$ . Riconoscimento: Me(pre)12.5 IQR=3; Me(post)=15 IQR=1;  $w=0$ ,  $p=0.01$ ) e **a distanza di una settimana** (Rievocazione libera: Me(pre)=2 IQR=3 vs Me(post)=4.5 IQR=4.25,  $w=0$ ,  $p=0.006$ ). Il questionario evidenzia una ricaduta positiva nella vita quotidiana grazie a una riduzione delle dimenticanze ascrivibili alla **memoria retrospettica** (Me(pre)=19,5 IQR=4.5 vs Me(post)=19 IQR=5.25;  $w=21$ ,  $p=0.03$ ).

	Età	Scolarità
N	12	12
Media	68.8	11.8
Mediana	68.0	13.0
Deviazione standard	3.88	3.51
Minimo	60	6
Massimo	77	18

Genere	Frequenze	% del Totale
M	4	33.3 %
F	8	66.7 %

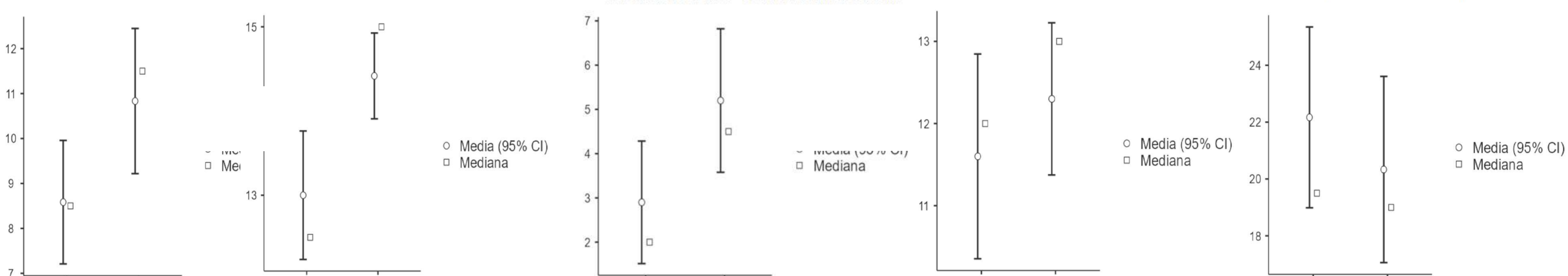
Criteria di Inclusione	Criteria di Esclusione
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosi di disturbo soggettivo di memoria o di disturbo neurocognitivo minore con selettiva alterazione della memoria</li> <li>P.E. <math>\leq 2</math> nei compiti di MLT e/o MBT/WM</li> <li>Indici neuroradiologici di rischio neurodegenerativo rilevati con RMN/18F-FDG-PET</li> <li>Consapevolezza di malattia preservata e motivazione alla partecipazione al percorso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disturbi psichiatrici</li> <li>Alterazione della MLT di tipo primario</li> <li>Stroke</li> <li>Disturbi sensoriali primari</li> </ul>

	N	Media	Mediana	SD
PRE-Recall Imm.	12	43.08	40.50	9.774
POST Recall Imm	12	48.58	47.00	10.229
PRE Recall diff 15min	12	8.58	8.50	2.429
POST Recall diff 15min	12	10.83	11.50	2.855
PRE Riconoscimento a 15 min	12	13.00	12.50	1.348
POST Riconoscimento a 15 min	12	14.42	15.00	0.900
PRE Recall diff a 1sett	10	2.90	2.00	2.234
POST Recall diff 1settimana	10	5.20	4.50	2.616
PRE Riconoscimento a 1 settimana	10	11.60	12.00	2.011
POST Riconosc 1settimana	10	12.30	13.00	1.494

	N	Media	Mediana	SD
PREPMRQprospettica	12	24.5	24.5	5.02
POSTPMRQprospettica	12	21.5	22.0	4.40
PREPMRQretrospettica	12	22.2	19.5	5.62
POSTPMRQretrospettica	12	20.3	19.0	5.79

	Statistiche	p	Dimensione dell'Effetto	
PRE-Recall Imm. vs POST Recall Imm	W di Wilcoxon	13.50	0.050	Correlazione biseriale di rango -0.654
PRE Recall diff 15min vs POST Recall diff 15min	W di Wilcoxon	1.50*	0.023	Correlazione biseriale di rango -0.917
PRE Riconoscimento a 15 min vs POST Riconoscimento a 15 min	W di Wilcoxon	0.00*	0.014	Correlazione biseriale di rango -1.000
PRE Recall diff a 1sett vs POST Recall diff 1settimana	W di Wilcoxon	0.00	0.006	Correlazione biseriale di rango -1.000
PRE Riconoscimento a 1 settimana vs POST Riconosc 1settimana	W di Wilcoxon	12.00*	0.437	Correlazione biseriale di rango -0.333
PREPMRQprospettica vs POSTPMRQprospettica	W di Wilcoxon	59.0	0.125	Correlazione biseriale di rango 0.513
PREPMRQretrospettica vs POSTPMRQretrospettica	W di Wilcoxon	21.0*	0.031	Correlazione biseriale di rango 1.000

PRE Recall diff 15min - POST Recall diff 15min PRE Riconoscimento a 15 min - POST Riconoscimento a 15 min PRE Recall diff a 1sett - POST Recall diff 1settimana PRE Riconoscimento a 1 settimana - POST Riconosc 1settimana PREPMRQretrospettica - POSTPMRQretrospettica



### Conclusioni

I risultati preliminari dello studio suggeriscono l'efficacia di un training cognitivo integrato. Tali evidenze risultano interessanti per un approfondimento futuro, che preveda una maggiore numerosità del campione, necessaria per confermare tali risultati e l'evidenza del trattamento.

### Bibliografia

- <sup>3</sup> Benso, F., Moretti, S., Bellazzini, V., Benso, E., Ardu, E., Gazzellini, S., (2021). "Principles of integrated cognitive training for executive attention: application to an instrumental skill". Front Psychol 22;12:647749  
<sup>4</sup> Ciarmiello, A., Gaeta, M. C., Benso, F., & Del Sette, M., (2015). "FDG-PET in the evaluation of brain metabolic changes induced by cognitive stimulation in aMCI subjects". Current Radiopharmaceuticals, 8, 69-75.  
De Beni, R., Zavagnin, M., & Borella, E., (2020). "Invecchiamento Attivo. Training per sostenere il funzionamento cognitivo negli anziani. Ed Erickson, Trento.  
<sup>6</sup> Ricci, M., Ruggeri, R., Gnisci, C., Pizzoni, L., Gerace, C & Blundo, C., (2022). «Improving Amnesia Diagnostic Accuracy with RAVLT Single Scores and Composite Indices: Italian Normative Data» Arch Clin Neuropsychol 21;37(8):1749-1764  
<sup>7</sup> Crawford, J.R., Smith, G., Maylor, E.A., Della Sala, S., Logie, R., H., (2003). «The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample». Memory 11(3):261-75



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata della demenza»

18-19 novembre 2024



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

Rita Bonanni<sup>^</sup>, Giovanni Mancini<sup>^</sup>, Elena Cavallini\*  
<sup>^</sup>CDCD, ASL Roma 3, Distretto X; \*Università degli Studi di Pavia

<b>DOMINI COGNITIVI</b>	<b>COMPETENZE COGNITIVO-SOCIALI (DSM-V TR™, 2022)</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
Attenzione complessa, Funzioni esecutive, Apprendimento e memoria, Linguaggio Percezione motoria, <b>Competenza sociale</b>		Riconoscimento facciale, Associazione nome-volto Prosodia, <b>Teoria della Mente (ToM)</b>

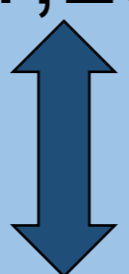
Abilità fondamentale per la vita sociale---Capire e prevedere il comportamento--Comprendere degli stati mentali propri e altrui—Avere conoscenze sulla mente, propria e altrui, sul suo funzionamento e sul suo rapporto con la realtà---Competenza complessa per orientarsi nel mondo sociale, nella comunicazione sociale e nelle interazioni sociali--Consapevolezza che le azioni e i pensieri non sono casuali, diretti verso qualcosa o qualcuno e spiegabili (Premack, Woodruff 1978)

## COS'E' LA TEORIA DELLA MENTE (ToM)?

<b>ELEMENTI DELLA ToM</b>	<b>ToM cognitiva</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Porre attenzione ai pensieri degli altri</li><li>• Mentalizzare (connotare in termini mentali l'esperienza sociale)</li><li>• Lessico psicologico (stati mentali interni propri e altrui)</li><li>• Collegare stati mentali diversi</li></ul>	Fare inferenze sui pensieri e sulle credenze altrui Comprendere ironia, fraintendimenti, doppio inganno, credenze di secondo ordine
	<b>ToM affettiva</b>
	Fare inferenze sulle emozioni e sugli stati emotivi altrui e saperli decodificare

## LA TEORIA DELLA MENTE NELL'INVECCHIAMENTO COGNITIVAMENTE SANO

Difficoltà nell'interpretare stati mentali; Declino della ToM cognitiva  
(Cavallini, 2010, 2013, 2015, 2021; Lecce, Bianco, 2018; Lecce, 2015, 2018, 2019)



Scarsa partecipazione sociale, Isolamento sociale

## COMPETENZE

Ragionamento ricorsivo di primo ordine, Ragionamento ricorsivo di secondo ordine, Gaffe sociali  
Doppio inganno, Fraintendimento, Sarcasmo

## FUNZIONI COGNITIVE CORRELATE

**Funzioni esecutive** (attenzione, comportamento inibitorio, pianificazione, memoria di lavoro, shifting)  
**Linguaggio** (conoscenza di vocaboli)  
**Aspetti motivazionali** (*selective engagment*)

## LA TEORIA DELLA MENTE NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO

- Correlazioni tra ToM, livello neuroanatomico e comportamentale (fenotipi clinici, Castelli 2009, 2011; Hildirim, 2020, Maggi, 2024))
- Predittività del comportamento sociale e valutazione delle funzioni esecutive, attentive, working memory (Rosetto, 2020)
- Individuazioni di compromissioni specifiche della ToM cognitiva e affettiva (De Michelis Oliva, 2020)
- Specifici profili di compromissione della ToM nei diversi Disturbi Neurocognitivi (Dodich, 2020, Rosetto, 2020)

**Deficit ToM: segno prodromico del bvFTD; stadio lieve e moderato dell'AD**

## Programma di potenziamento «Ti Capisco»

Cavallini, Lecce, Ceccato (2019)

**Valutazione iniziale-Attività di intervento-Valutazione finale-Restituzione**

## AREE DI INTERVENTO

- Riflessione sui punti di vista altrui
- Considerare il punto di vista altrui nel mettere in atto una azione
- Riflettere sulla soggettività degli stati mentali
- Comprendere punti di vista divergenti sullo stesso evento (fraintendimenti)
- Comprendere oltre il significato letterale di ciò che viene comunicato (sarcasmo)
- Considerare più prospettive e fornire interpretazioni alternative degli stessi eventi sulla base dei pensieri e delle emozioni altrui
- Comprendere gli effetti delle nostre azioni e parole sugli stati mentali altrui
- Riflettere sugli stati mentali ed emotivi altrui attraverso stimoli visivi (immagini)
- Considerare pensieri e emozioni altrui all'interno di una conversazione attraverso stimoli uditivi (audio)
- Allenare l'uso e la comprensione del lessico psicologico

**STUDIO DI EFFICACIA**  
63 soggetti anziani cognitivamente 'sani' (63-81 anni): miglioramento ToM affettiva e cognitiva

## PERCHE' POTENZIARE LA ToM?

Diagnosi differenziale con individuazione di fenotipi clinici (bvFTD vs AD)  
Prevenzione primaria (ritiro sociale come fattore di rischio del Disturbo Neurocognitivo) e secondaria (potenziamento abilità cognitivo-sociali)  
Correlazione con funzioni cognitive (funzioni esecutive, attentive e working memory) e loro potenziamento



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# Il C.D.A.: una struttura definita, a garanzia di un percorso flessibile

Bonventre G.<sup>1</sup>, Tripi S.<sup>1</sup>, Tripi G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unità Operativa Dipartimentale Centro Disturbi Cognitivi e Demenza Trapani-Marsala, Dipartimento di Salute Mentale, ASP 9 Trapani

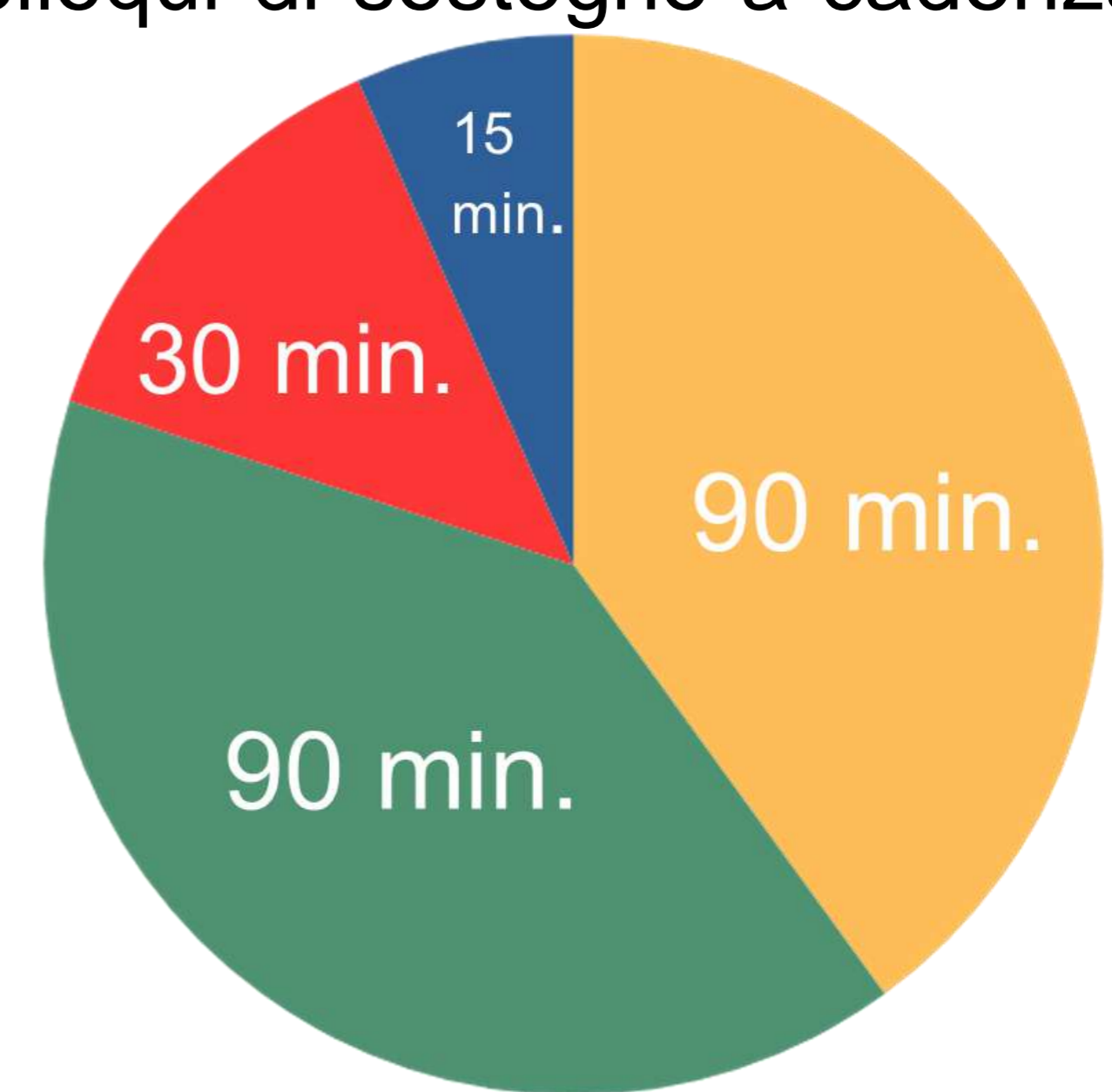
## INTRODUZIONE

Il **Centro Diurno Alzheimer** nell'ambito dei percorsi riabilitativi, svolge un ruolo fondamentale poiché permette di stimolare il paziente dal punto di vista cognitivo, relazionale, psicologico, mantenendo le abitudini della sua vita quotidiana familiare. Si sono individuate metodologie di lavoro che garantiscono una "buona prassi" di intervento, con 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 maggiore compliance, rendendo molto più semplice la gestione del paziente all'interno del CD.

## METODI

Da Luglio 2024, il nostro CDA ha iniziato a lavorare con un nuovo metodo che può essere riassunto in due punti fondamentali:

- 1) Un'**organizzazione** ben **strutturata** degli spazi, del tempo, degli orari, del materiale e la programmazione dettagliata 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 riabilitativo-terapeutici e Attività psicomotoria.
- 2) **Metodo di lavoro routinario**: Tutte le attività quotidiane, programmate e organizzate con orari specifici e pause regolari, permettono di ridurre l'ansia e la confusione e di rispettare i tempi di attenzione dei pazienti. Confronti quotidiani con il familiare durante l'accoglienza del paziente e la dimissione, la disponibilità telefonica all'ascolto da parte di un case manager, i colloqui di sostegno a cadenza mensile, migliorano la compliance familiare.



Laboratori occupazionali 40%

Training cognitivo: 40%

Attività psicomotoria 13%

Compliance familiare 7%

## Risultati Service Review

E' stato rilevato, attraverso i feedback ricevuti dai familiari, dagli operatori e dai pazienti stessi, che questo metodo di lavoro permette: a) di coinvolgere quei pazienti che manifestano momentanei disturbi del comportamento senza dovere allontanarli dal setting; b) di ridurre al minimo tempi inattivi che favoriscono la noia e aumentano l'ansia; c) di gestire i pazienti anche con numero esiguo di personale a disposizione adeguatamente formato; d) di aumentare la compliance familiare attraverso l'assegnazione di un case manager fin dall'inserimento e per tutta la durata del percorso riabilitativo; e) di ottenere uno scambio quotidiano delle informazioni relative al paziente, sia al momento dell'ingresso che all'uscita; f) di favorire la partecipazione agli incontri con cadenza mensile di tutti i caregiver dei pazienti del CD.

I risultati ottenuti potrebbero essere convalidati in un progetto di ricerca scientifica futura con specifici strumenti di valutazione.

## Conclusioni

Questo metodo di lavoro svolto in modo strutturato, ma flessibile, permette di mantenere più a lungo le abilità cognitive residue, ridurre i comportamenti problema e lo stress, coinvolgere maggiormente i caregiver nel percorso riabilitativo, rendere più efficace ed efficiente il lavoro degli operatori coinvolti.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# SPERIMENTAZIONE DELLA TERAPIA DEL VIAGGIO PER I RESIDENTI DI UNA RSA TRADIZIONALE

## AUTORI

Dottor Pier Claudio Brasesco (D.S. RSA Doria, Genova), Dottoressa Andrea Giulia Sciutto (Assistente Sociale RSA Doria, Genova)

## PREMESSE

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 STANZA DEL VIAGGIO COME OPZIONE INNOVATIVA PER UNA TERAPIA NON FARMACOLOGICA

**La Terapia del Viaggio fa parte degli Interventi Psico-Sociali**, teorizzata nel 2009 dal dottor Ivo Cilesi: l'esperienza del viaggio in treno, anche grazie alla relazione con l'operatore, ha 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 ha diminuito il ricorso alla terapia farmacologica.

## METODI DI ATTUAZIONE CON I RESIDENTI DI RSA

Per l'attivazione della Terapia del Viaggio è stata costituita una specifica equipe multidisciplinare, composta da medici, fisioterapisti, animatrice e assistente sociale.

7 operatori impegnati

7 residenti coinvolti

35 sedute effettuate

L'equipe 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;**
- **inserimento della terapia nel Piano Assistenziale Individualizzato del Residente**

In tutte le fasi l'equipe multidisciplinare condivide con il personale di struttura e con la famiglia del residente l'andamento della terapia.

## RISULTATI

Dopo la fase di osservazione è iniziata la **somministrazione della terapia in modo costante** al fine di stabilizzarne gli effetti positivi di più serena qualità della vita; si è deciso di coinvolgere altri soggetti e si sta valutando la possibilità di utilizzare il presidio anche in fase di criticità, quindi una somministrazione a richiesta e/o urgenza per vedere gli effetti a breve termine della Stanza del Viaggio sui soggetti già inseriti nella sperimentazione.

## OBBIETTIVI

ASP Emanuele Brignole intende attuare tutte le procedure burocratico-istituzionali per aprire alla **fruizione della Stanza del Viaggio anche soggetti esterni alla RSA**, per aumentare l'offerta di opzioni terapeutiche sul territorio Genovese per i soggetti affetti da decadimento cognitivo e Alzheimer.

# GESTIONE DELL'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENZA CENTRO DI ECCELLENZA FINALIZZATO ALLA GESTIONE COMPLESSIVA E CONTINUATIVA DELLE DEMENZE

Doria

## AUTORI

Dottor Pier Claudio Brasesco (D.S. RSA Doria, Genova), Dottor Ernesto Palummeri (Coordinatore Rete Regionale Demenze Alisa), Dottor Matteo Pardini (Professore UniGe, Dipartimento Neuroscienze), Dottor Claudio Ivaldi (referente CDCD per ASL3).

## IL CONTESTO GENOVESE E LIGURE

La gestione delle demenze e delle patologie associate al decadimento cognitivo in Liguria è affidata ai 7 Centri CDCD, distribuiti in tutto il territorio ligure: tre per l'area metropolitana (Asl 3, Galliera, Policlinico San Martino) e uno per le restanti Asl (Asl1, Asl2, Asl4, Asl5). **In Liguria**, la demenza è un problema significativo: ci sono circa **25.748 persone affette da demenza**, 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. Oltre ai centri CDCD, la gestione delle demenze è affidata a: Servizio di Ascolto e Orientamento Sociale (Segretariato Sociale Professionale) gestito dal Comune di Genova, attraverso i Municipi; ASL3 Genovese (Azienda Sanitaria Locale): assistenza territoriale, prenotare prestazioni ambulatoriali e ricevere supporto in vari ambiti; Servizi Semiresidenziali: Centri Diurni, 17 in Liguria di cui 8 in ASL3; Assistenza domiciliare per anziani affetti da demenza solo attraverso Centri privati; Volontariato

## PROGETTO CENTRO GESTIONE DEMENZE

Dalla **sinergia tra ALISA, azienda Sanitaria Regione Liguria, Università di Genova, ASL3 Genovese e ASP Emanuele Brignole** è nata la progettazione di un **centro di eccellenza**, che accentra in un'unica struttura:

- **gli ambulatori per le diagnosi dei disturbi cognitivi e delle demenze;**
- **centro diurno e caffè Alzheimer;**
- **CAF e uffici per il disbrigo delle pratiche legate alla perdita di autosufficienza;**
- **posti letto per ricoveri brevi di persone con DNC (destinato prevalentemente al trattamento dello scompenso dei disturbi comportamentali), che in ambito ospedaliero non potrebbero ricevere un'assistenza idonea alle loro problematiche;**
- **modulo per ricoveri prolungati.**
- **creazione di un "Centro studi e formazione"**
- **centro per il coordinamento dell'assistenza domiciliare e insediamento di alcuni studi di MMG.**

## OBBIETTIVI

L'interazione tra realtà pubbliche e private darà il via, in un'unica area già in prossimità del polo sanitario della ASL3, ad una struttura in cui si potranno **concentrare il maggior numero di servizi sociosanitari inerenti le problematiche del DNC**. Nell'ottica di offrire un punto di riferimento di alto livello per la gestione dei disturbi correlati alla Demenze non solo alla città di Genova ma a tutta la Regione Liguria.

RSA

Brignole

ASP

Emanuele

Brignole

ASP

Emanuele

Brignole

XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



## Il Manto – L'Arte della Cura

APS Le Compagnie Malviste ETS

A. Campostrini – A. Manzella

Una performance teatrale 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 fragili



«Qual è il ruolo degli anziani nel prossimo futuro? Chi si prende cura di chi si prende cura?» sono domande a cui si cerca di rispondere utilizzando oggetti, ricordi e storie emersi da un percorso artistico e creativo che ha coinvolto i cittadini residenti nelle periferie di Milano.



Lo spettacolo è il frutto di un laboratorio di teatro fragile. In scena, una ballerina, un musicista e un gruppo di persone anziane (over 80) con fragilità.



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



Il focus è trasformare un trauma in una trama e attraverso la rappresentazione promuovere una nuova cultura della malattia.



Drammaturgia a cura di Alvis Campostrini;  
Regia di Alessandro Manzella;  
Coreografie di Letizia Dradi;  
Musiche composte ed eseguite dal vivo da Gianpietro Marazza



## Teatro Fragile – Maneggiare con cura

### APS Le Compagnie Malviste ETS

A. Campostrini – A. Manzella

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.



lecompagniemalviste

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.



Attualmente, *Le Compagnie Malviste* hanno attivi due laboratori di *Teatro Fragile – Maneggiare con cura*:

- ogni lunedì alle 15:00 presso il Teatro Sasseti nel quartiere Isola, Milano;
- ogni giovedì alle 15:30 presso lo Spazio Teatro 89 del quartiere di Quarto Cagnino, Milano.



Ai partecipanti, si aggiungono anche i familiari, *caregiver*, cittadini e volontari di diverse età. Con tutti, si realizzano performance sceniche nello spazio pubblico lavorando con chi c'è e con le risorse che può offrire.

L'intergenerazionalità è un altro punto di forza; sono infatti attivamente e creativamente coinvolte scuole di ogni ordine e grado, inclusa l'Università



L'esperienza ci ha insegnato quanto sia importante e vincente la combinazione di far incontrare e stare tutti insieme e rafforzare il senso di appartenenza a un gruppo portando avanti un lavoro collettivo dove differenze, definizioni e lo stigma sfumano fino a perdersi



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



## Progetto di stimolazione cognitiva e motoria in soggetti residenti in RSA con deficit cognitivo lieve e moderato

Dr. Cartocini C., Dr.ssa Ziletti A., Dr.ssa Beltrami S., Dr.ssa Bertozzi AM  
Fondazione E. e F. Soldi ONLUS – Vescovato (CR)

**Obiettivo:** valutare la risposta sulla sfera cognitivo-comportamentale e sulle abilità fisiche su soggetti residenti in RSA con deficit cognitivo lieve o moderato dopo un percorso di stimolazione cognitiva e motoria.



**Materiali e metodi:** sono stati selezionati i residenti con punteggio al MMSE maggiore di 15/30 e inferiore a 24/30 per formare un gruppo che ha partecipato al programma e un gruppo di controllo. Prima e dopo il percorso di stimolazione sono state somministrate scale di valutazione cognitive e motorie.

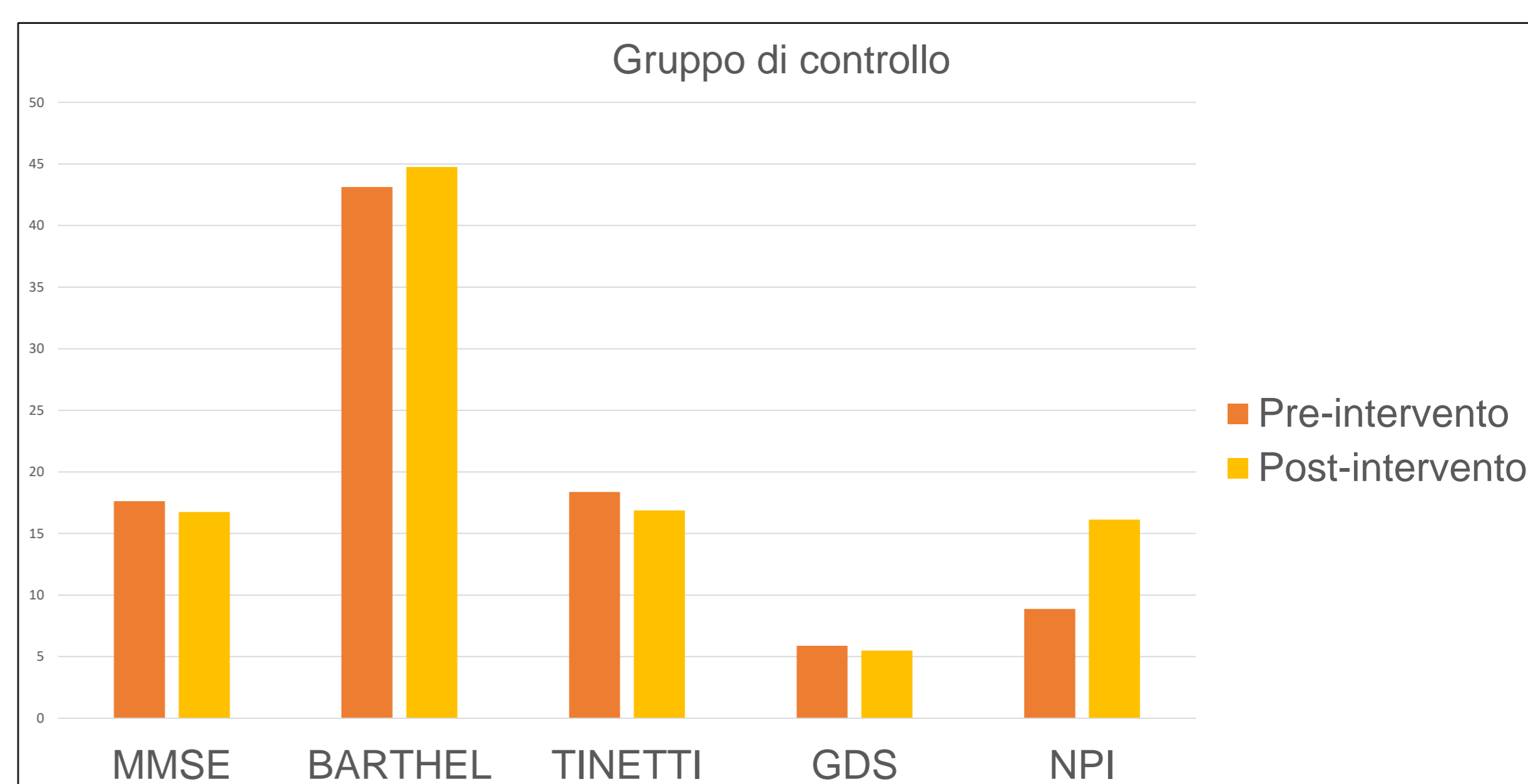
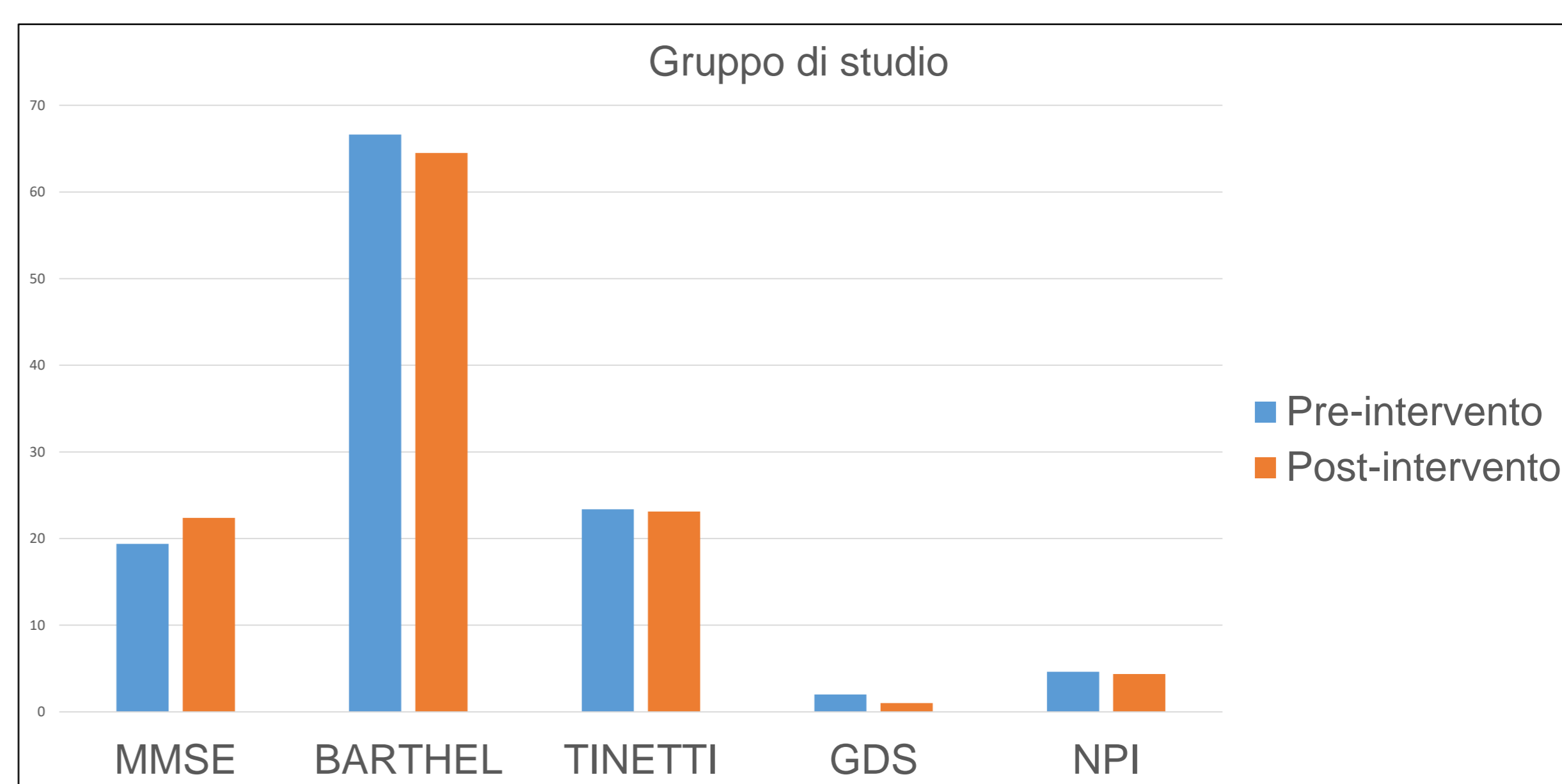
Il programma di stimolazione cognitiva si è ispirato al programma base della Cognitive Stimulation Therapy strutturato con delle sessioni a tema. Il punto focale è stato ricontattare le emozioni collegate a determinati ricordi.

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 e di coordinazione oculo manuale, attraverso l'utilizzo di attrezzi, quali bastoni, palle e palline.

**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.



**XVII Convegno**  
**«I CDCD e la gestione**  
**integrata della demenza»**  
**18-19 novembre 2024**

# LA DIMENSIONE SPIRITUALE NELLA CURA INTEGRALE DELLA PERSONA CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO

Piero Secreto, Manuela Castellino, Emanuela Pitzanti, Daniela Rigodanza  
Presidio Ospedaliero Riabilitativo "B.V. Consolata" – Fatebenefratelli – S. Maurizio C.se (To)



## INTRODUZIONE

La cura integrale abbraccia tutte le dimensioni della persona, in particolare la Spiritualità, un aspetto intimo che ci guida nella ricerca del significato della vita e delle sue sfide, come la malattia e la sofferenza.

Nel contesto di "Dolore Totale", dove si intrecciano dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e spirituali, il dolore più intenso è proprio la sofferenza spirituale. La Spiritualità diviene un canale prezioso per entrare in contatto con il paziente, offrendo un senso di accettazione e speranza.

La Spiritualità può, in un nuovo paradigma, diventare «strumento di cura».

## OBIETTIVI

La Spiritualità trasforma la gestione della malattia in un percorso condiviso di resilienza e comprensione. L'approccio spirituale diviene "strumento di cura" quando è finalizzato a:

- Considerare la persona nella sua globalità
- Valorizzare la dignità della persona
- Favorire l'espressione e la condivisione dei bisogni esistenziali/spirituali in un clima non giudicante
- Migliorare l'autostima rispettando la sensibilità, il vissuto, le credenze e le convinzioni della persona.
- Instillare /consolidare sentimenti che suscitano il senso di appartenenza e di identità sociale.

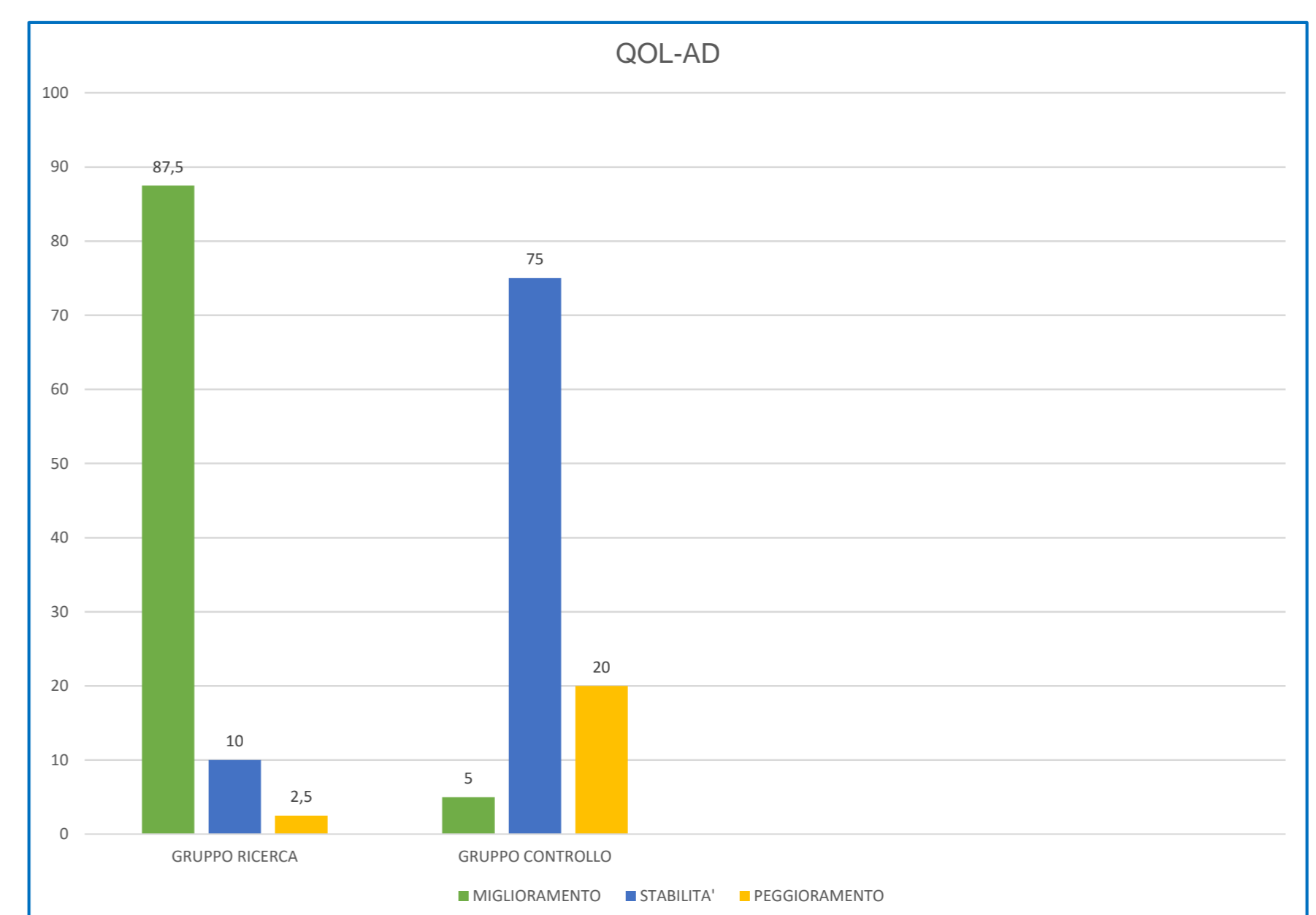
## METODI

Si sono valutati 40 pazienti con disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve/moderato, coinvolti in attività di gruppo su temi legati alla Spiritualità, strutturate in un protocollo predefinito (10 incontri) e inserite nel percorso riabilitativo cognitivo-motorio del Day Hospital Alzheimer. I soggetti coinvolti hanno compilato la Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD) e la Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale Spirituality, Religiousness, Personal, Beliefs Module (WHOQOL-SRPB) prima e al termine del ciclo e un questionario costruito ad hoc sul significato della vita. Si sono confrontati i risultati ottenuti con un gruppo di controllo che ha partecipato soltanto ai gruppi di riattivazione cognitivo-motoria compilando gli stessi questionari.

## BIBLIOGRAFIA

- Beuscher L., Grando VT. Using spirituality to cope with early-stage Alzheimer's Disease. West J Nurse Res 2009; 31: 583-99.
- Cipriani G., Borin G. La dimensione religiosa/spirituale nelle demenze. Sezione Gerontologia psicosociale, G. Gerontol. 2010; 58:184-187..
- Goodall MA. The evaluation of spiritual care in dementia care setting. Dementia 2009; 8:167-83.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. J Palliat Med. 2009 Oct;12(10):885-904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142.PMID: 19807235 Review.

## RISULTATI



## DISCUSSIONE

La QOL-AD e la WHOQOL-SRPB del gruppo di studio 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 in termini di peggioramento (20% e 33,2%), stabilità (75% e 34,7%) e miglioramento (5% e 32,1%).

Si sono analizzate qualitativamente quattro domande del questionario costruito ad hoc:

- 1) Quali sono i miei bisogni più profondi?
- 2) Che cos'è il disagio per me?
- 3) Che cosa è per me la spiritualità? Che rapporto ho con la mia spiritualità?
- 4) Che rapporto ho con la diversità? (Cultura, religione, nazionalità, handicap...).

I bisogni emersi sono chiari, una richiesta di aiuto da accogliere in tutta sua essenza: avere una speranza, condividere ideali, avere legami positivi, essere apprezzati e rispettati come persona. 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.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata  
della demenza»

18-19 novembre 2024



# Demedyacare: 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

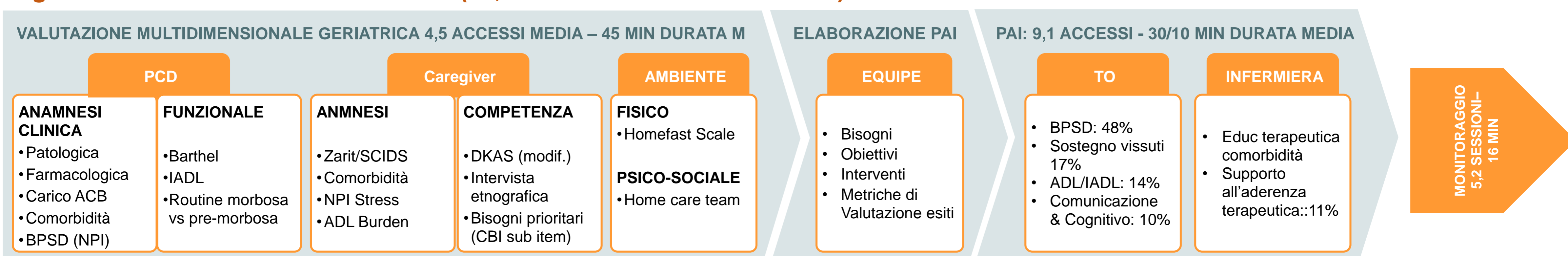
Eleonora Rinaldi (Terapista Occupazionale), Lucia Suffritti (Terapista Occupazionale), Paola Collalto (Infermiera), Giuseppina Albanese (Infermiera), Michela Strozzi (Psicologa), Cinzia Negri Chinaglia (Geriatra Coordinatore Programmi Demenze) – Careapt (Milano).



**Introduzione:** Il 64%<sup>1</sup> delle persone con demenza non ha accesso ai servizi. Gli interventi psicosociali hanno dimostrato di ridurre il carico dei caregiver<sup>2</sup> e di ritardare l'istituzionalizzazione<sup>3</sup>. La telemedicina può favorirne accessibilità e fruibilità a domicilio.

**Metodi:** Attraverso un processo di co-design con geriatri, terapisti occupazionali, neurologi, psicologi e caregiver, è stato sviluppato un programma di teleassistenza occupazionale che affianca i caregiver a domicilio per allineare ambiente, routine pratiche assistenziali e comunicazione alle capacità cognitive della persona con demenza. Il programma è operato da un care manager (terapista occupazionale) e da un'équipe formata da infermieri, psicologi, neurologi e coordinata da un geriatra e si articola in 4 fasi: 1) valutazione multidimensionale della diade e dell'ambiente, 2) elaborazione del PAI in équipe 3) esecuzione del PAI 4) monitoraggio. Il programma si propone di migliorare nel caregiver la conoscenza di malattia, il senso di competenza e i vissuti di malattia, in modo particolare nella gestione dei BPSD.

Figura 1 – LE FASI DEL PROGRAMMA (18,9 ACCESSI MEDI PER DIADE)



**Risultati:** Sono stati arruolati 65 PcD (età media 84,5 aa, 63% donne) e 79 CG (età media 66,8 aa, 48% coniugi, 43% figli/nipoti e 9% caregiver informali). Nell'arco di 24 mesi dall'avvio del programma 10 PcD sono state inserite in RSA, 15 sono decedute, 1 drop out e 13 sono in attesa di completare il programma. 26 PcD e 21 CG hanno completato il programma e sono state valutate a T1 (9 - 15 mesi) cfr. Tabella 1.

Tabella 1 – Le Diadi valutate al T1

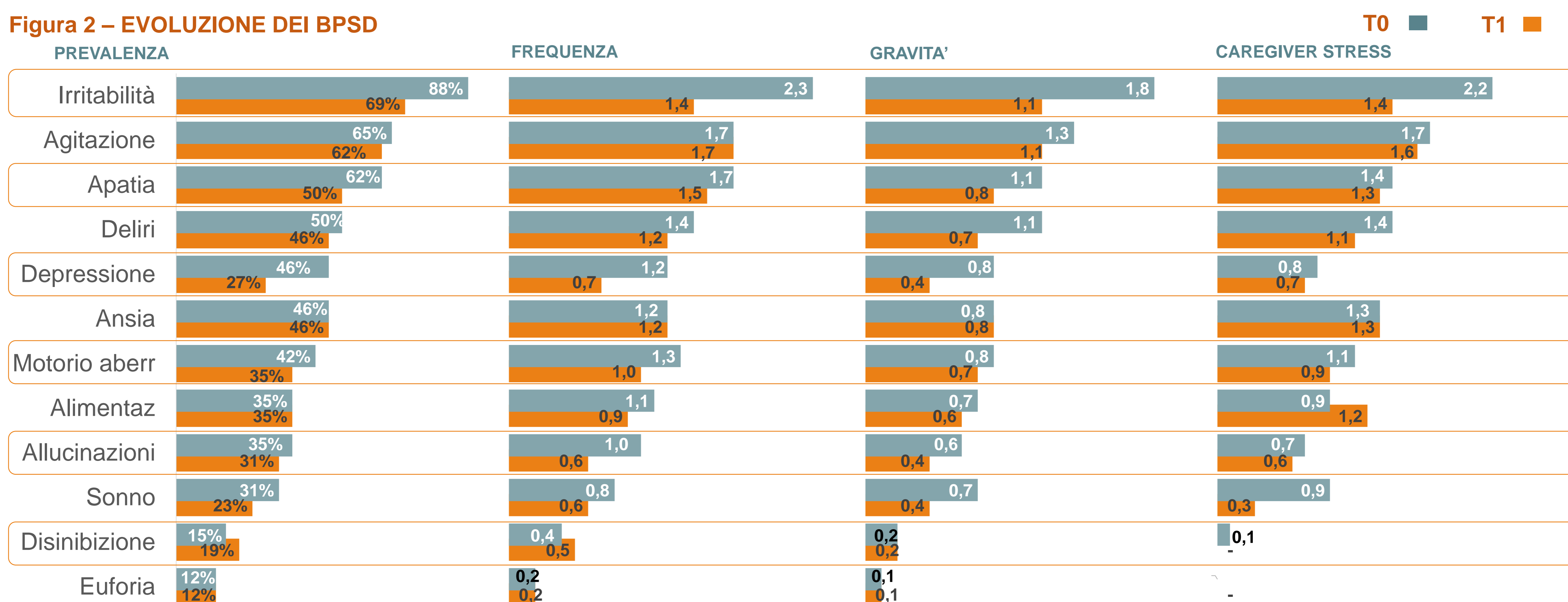
26 PcD età media 85,1 aa F 62%, M 38% - MMSE Medio 16,9	T0	T1
Indice di Barthel	71,9/100	52,3/100
IADL	1,9/8	1/8
NPI	27,7/144	19,5/144

21 Caregiver età media 64,5 aa F 81%, M 19%.	T0	T1
NPI Stress	12,4/60	10,5/60
Zarit	37,1/88	31,7/88
DKAS modificata	8/12	10,4/12

A fronte di un miglioramento generale dell'NPI Index (-30%), l'analisi dei dati di prevalenza, frequenza, gravità e stress per singolo comportamento evidenzia come l'**Irritabilità** sia il BPSD più comune e sensibile all'intervento (-39% frequenza e -37% gravità e stress). Non si riflettono in un miglioramento del caregiver stress, riduzioni anche sensibili nella gravità e/o nella frequenza per **Apatia** e **Depressione** (-55% gravità). Mentre miglioramenti anche modesti nella frequenza (-27%) e nella gravità (-39%) dei **disturbi del Sonno** si traducono in importanti riduzioni dello stress del caregiver (-61%). Modestamente o del tutto non responsivi appaiono invece **Agitazione** e **Ansia**. La Zarit, che al basale presenta un carico 'moderato', registra una inversione di tendenza verso il carico 'lieve'.

Un questionario autoprodotta ha infine registrato un miglioramento della conoscenza di malattia (88%), senso di competenza (87%) e dei vissuti (97%).

Figura 2 – EVOLUZIONE DEI BPSD



**Conclusioni:** La sperimentazione ha permesso di esplorare le condizioni di applicabilità della teleassistenza per migliorare accessibilità e fruibilità degli interventi psico-sociali a domicilio. Con una media di 19 accessi per diade, il programma presenta caratteristiche di scalabilità e sostenibilità economica, a fronte di prime interessanti evidenze di efficacia clinica. Una più ampia casistica è necessaria per corroborare queste considerazioni.

1- Italia Longeva, I numeri della Long Term Care in Italia, 2024

2- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. JAMA. 2010 Sep 1;304(9):983-91. Corcoran M, Gitlin L. Dementia management: an occupational therapy home-based intervention for caregivers. Am J Occup Ther. 1992; 46:801-808. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Olickert MG. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Sep;62(9):1002-9.

3- Spillman BC, Long SK. Does high caregiver stress predict nursing home entry? Inquiry. 2009 Summer;46(2):140-61.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024





**“Una delle principali sfide per la neurobiologia del nuovo millennio è quella di indirizzare a fini riabilitativi le insospettite capacità plastiche del sistema nervoso”**

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.

**BUONA PRATICA IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE**

*“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”*

**La teatro terapia è una forma di arte terapia di gruppo. Negli ultimi anni si è sviluppato questo approccio che coniuga le teorie psicologiche e riabilitative con le tecniche e gli strumenti dell’arte e del mestiere dell’attore.**

**“Il Teatro... per Ridare Azione alle Emozioni”**

*L’operare come educatore nel settore socio sanitario mi ha portato a realizzare modalità non convenzionali di intervento e a sperimentare l’efficacia del teatro nella sua funzione riabilitativa.*

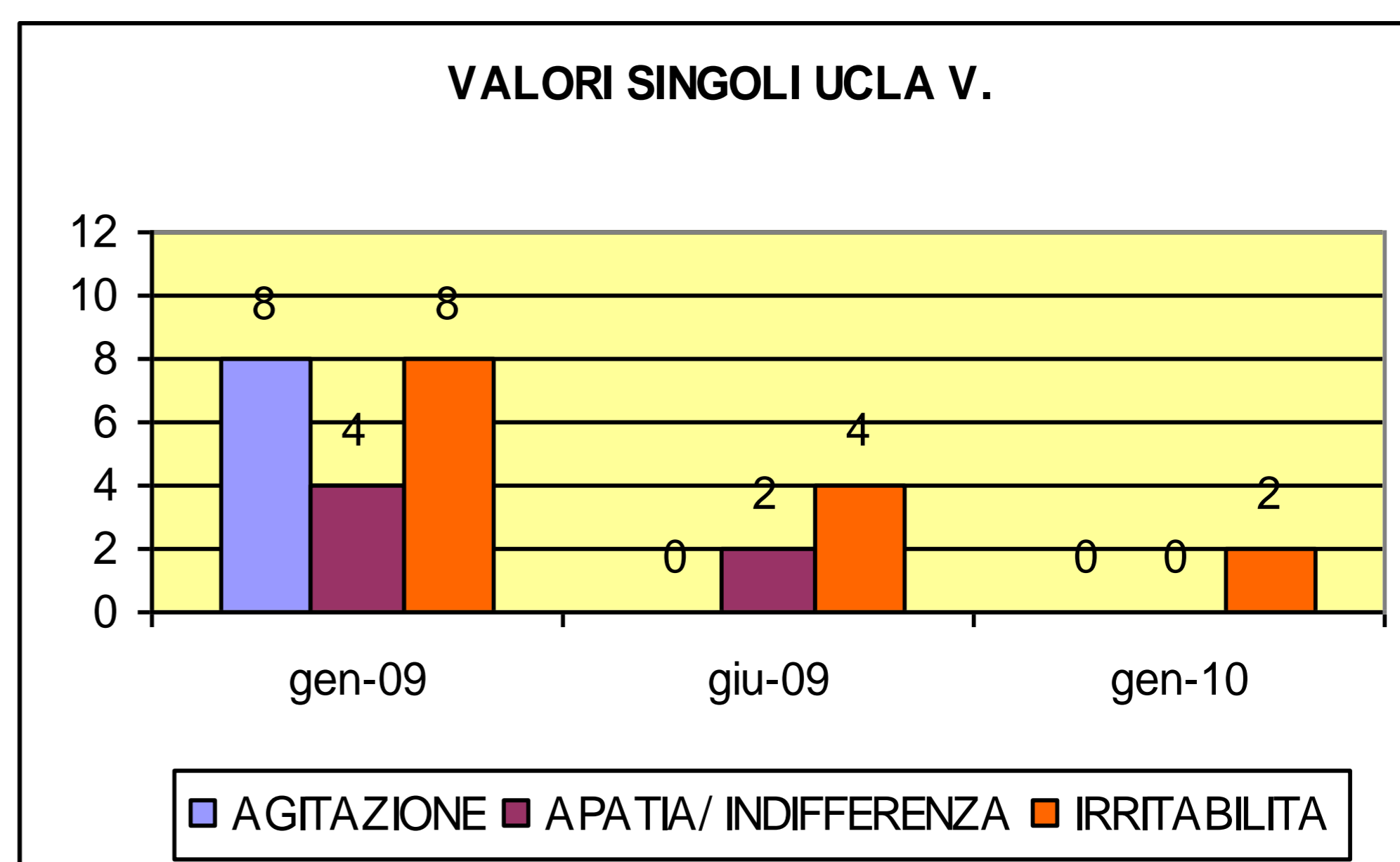
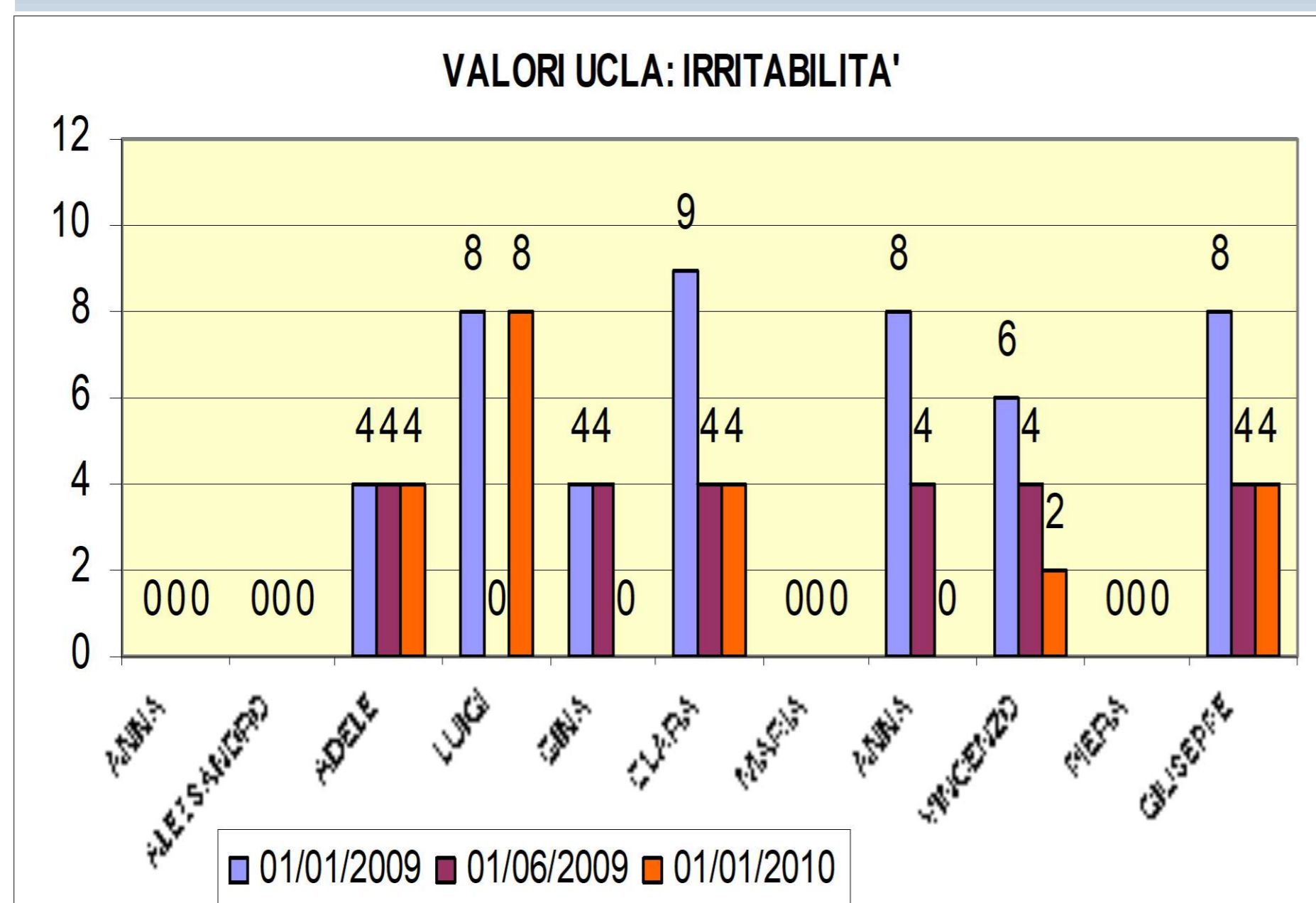
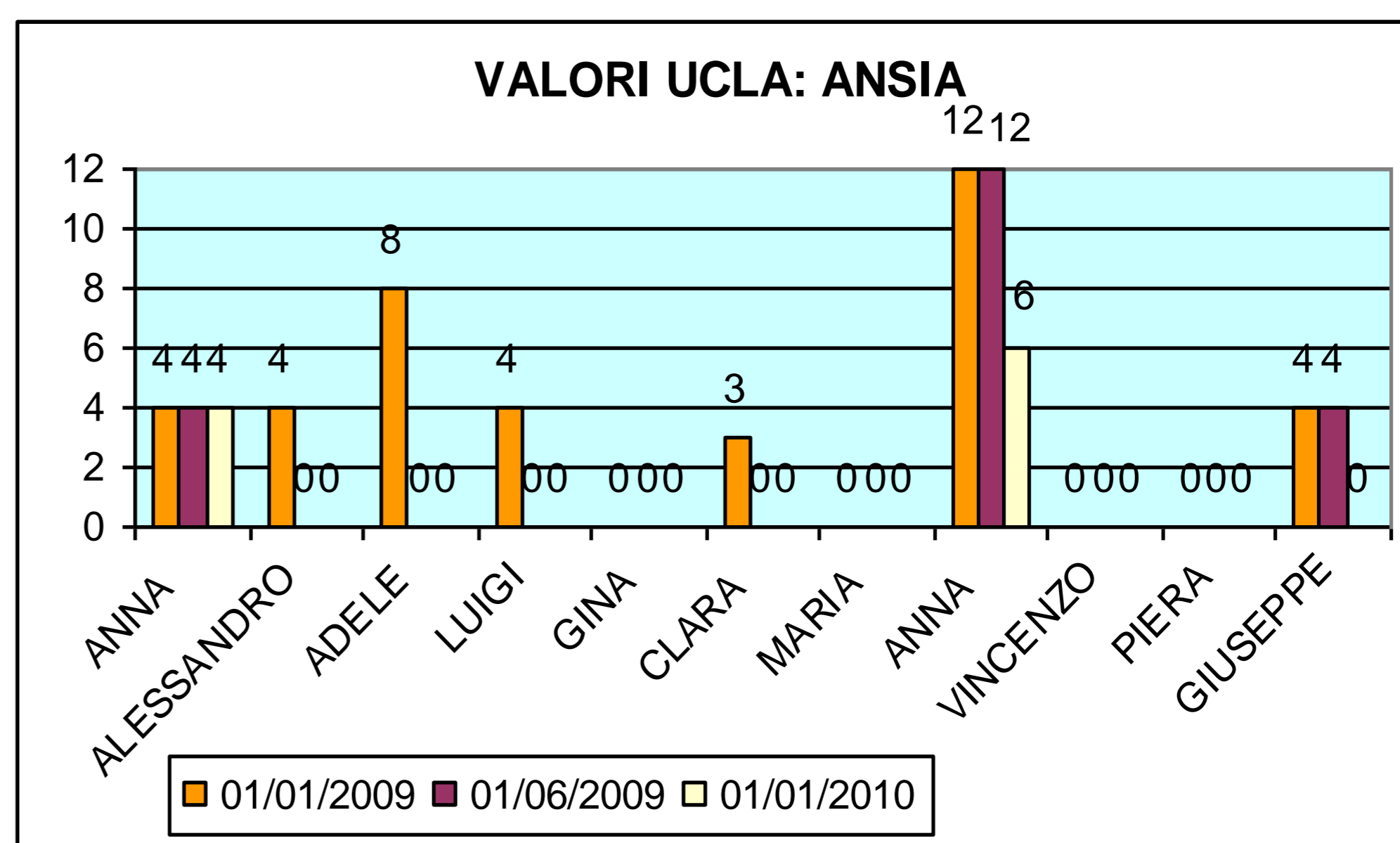
*Dott.ssa Linda Clfaldi*

**L’obiettivo è di intervenire in modo diverso da qualsiasi approccio classico di riabilitazione /riattivazione 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**

*Le prime osservazioni hanno evidenziato che l’esperienza di teatro terapia ha influito su alcuni aspetti sintomatologici (cambiamenti significativi a livello umorale e comportamentale).*

*È stato rilevato come il fruitore può apprendere un nuovo vocabolario interiore ed emotivo e acquisire una maggiore fiducia in se stesso, alzando il tono umorale-motivazionale e permettendo un migliore potenziamento degli interventi individuali*



**XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024**



# Anziani istituzionalizzati a rischio di sviluppo del delirium

Carlo Clementi<sup>1</sup>-Daniela Ronconi<sup>2</sup>-Giancarlo Gimignani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Istituto Climatico "Santo Volto" Santa Marinella (Roma), <sup>2</sup>Lungodegenza Medica Ospedale "Padre Pio" Bracciano (Roma), <sup>3</sup>UOC Medicina Interna Az. Osp. "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 RSA ad alto mantenimento.

## Pazienti e metodi:

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

## Risultati:

gruppo 35 : I due gruppi sono stati sottoposti a test di autonomia giornaliera ADL/IADL: I 35 pazienti del gruppo I sono grandi vecchi con età superiore a 90 aa, mentre il gruppo II, 91 pz. hanno una età inferiore a 90aa. Fisher Exact Test p=n.s. Il secondo test è stato il 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 CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*), 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.

## Discussione e 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 comorbilità, 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 RUDAS.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024





# Valutazione dell'Efficacia degli Interventi Cognitivi negli Anziani Sani e con Mild Cognitive Impairment: Una Meta-Analisi di Meta-Analisi

Ilaria Corbo<sup>1</sup>, Giuseppe Forte<sup>1</sup>, Francesca Favieri<sup>1</sup>, Ilaria Chirico<sup>2</sup>, Rabih Chattat<sup>2</sup>, Anna Maria Della Vedova<sup>3</sup>, Anna Pecchinenda<sup>4</sup>, Maria Casagrande<sup>1</sup>

1: Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza; 2: Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna  
3: Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia; 4: Dipartimento di Psicologia, Sapienza

## INTRODUZIONE

Dal punto di vista sociale la vecchiaia rappresenta una sfida in molti settori, questo ha fatto sì che la ricerca si focalizzasse sia su approcci farmacologici e non per far fronte ai processi di invecchiamento. Fra gli interventi non farmacologici, uno dei principali metodi per contrastare l'invecchiamento è l'uso di interventi cognitivi. Gli interventi cognitivi hanno mostrato molteplici evidenze scientifiche riguardo la loro efficacia, però a causa dell'elevata eterogeneità dei protocolli di ricerca i risultati risultano essere 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.**

## METODO

**È stata condotta una meta-analisi di meta-analisi in accordo con il metodo PRISMA 2020.**

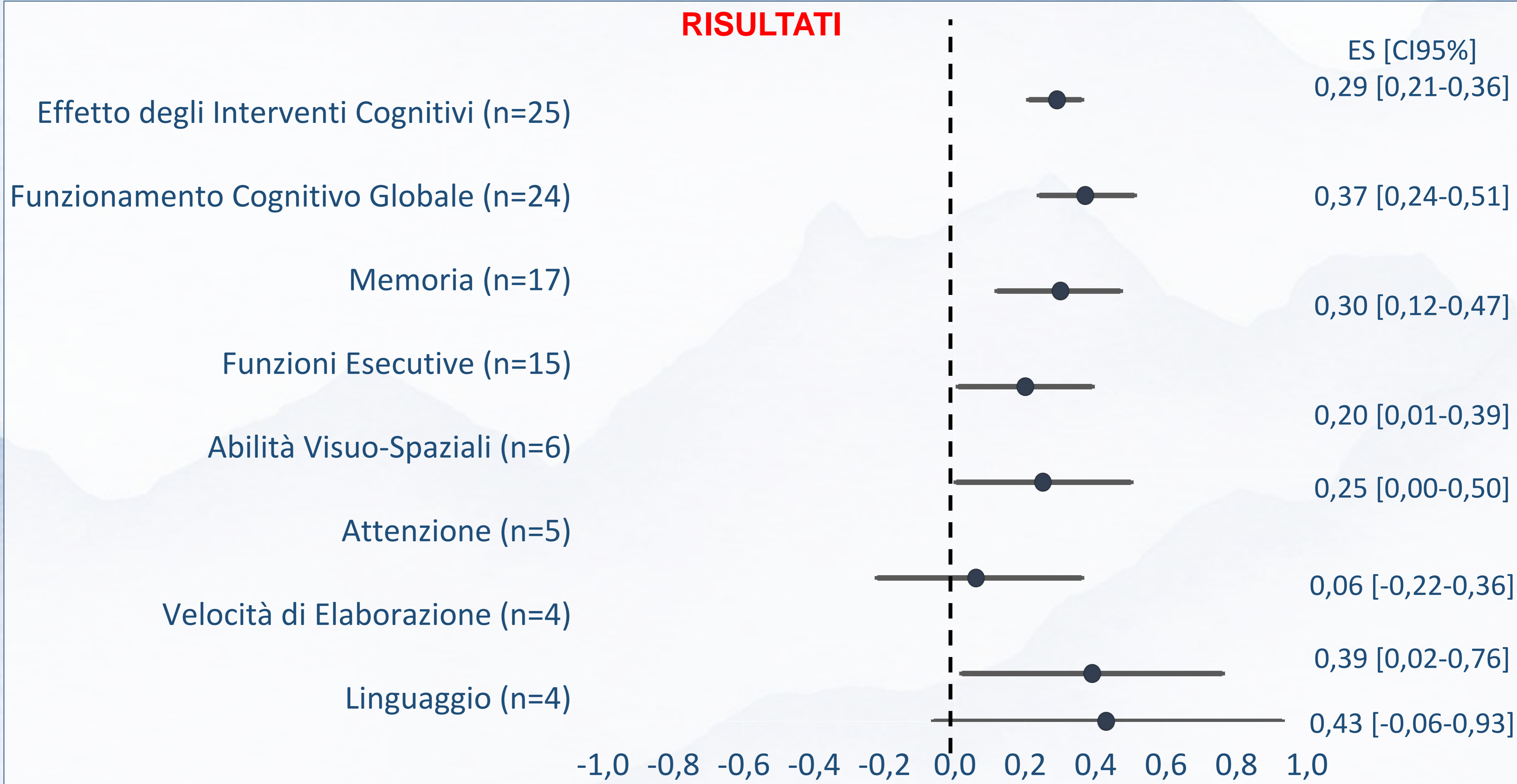
La ricerca sistematica è stata condotta nelle seguenti banche dati:  
*Cinahl, Cochrane Library, PsycINFO, Pubmed, Scopus, Web of Science.*

Sono state analizzate

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 comparati 111 effect size su un campione di 80.910 partecipanti.**

## RISULTATI



## CONCLUSIONI

**In conclusione, i risultati sembrano dimostrare come gli interventi cognitivi siano la miglior opzione per fronteggiare i processi di invecchiamento, sano e patologico, poiché hanno un effetto positivo sul miglioramento della prestazione cognitiva.**

L'intervento cognitivo non offre solo benefici cognitivi ma anche vantaggi sociali e psicologici, che andrebbero ulteriormente analizzati.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



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

Corrado Alessia, Berardi Anna, Marco Canevelli, Giovanni Galeoto  
Dipartimento di Neuroscienze Umane, Policlinico Umberto I, Sapienza università di Roma

**Introduzione:** La letteratura scientifica ci suggerisce che gli interventi non farmacologici precoci sono quelli maggiormente efficaci nel mantenimento delle autonomie residue e la riduzione del carico del caregiver nei pazienti affetti da demenza (*mhGAP Intervention Guide - Version 2.0, s.d.*).

Gli interventi che hanno dimostrato una maggiore efficacia sono quelli che riguardano la **stimolazione cognitiva** e la **terapia occupazionale** (M. J. L. Graff et al., 2006).

**L'obiettivo** del presente **case-series** è stato quello di 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.

### Partecipanti e popolazione:

Per il presente studio sono stati reclutati tre pazienti, affetti da demenza, con un punteggio iniziale del Minimental State Examination compreso tra 10-24.

### MATERIALI E METODI

OPHI-II

MMSE

COPM

DAD

CBI

Occupational Performance History Interview (OPHI-II); Mini-Mental State Examination (MMSE); Misura Canadese della Performance Occupazionale (COPM); Disability Assessment for Dementia (DAD); Caregiver Burden Inventory (CBI).

**Risultati:** Per tutte le scale sono stati riscontrati dei **risultati clinicamente significativi (tabella1 e tabella2)**, 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 per entrambe le scale, i quali si sono considerati clinicamente significativi rispetto ai loro **Minimal Detectable Change** riportati per le scale in letteratura.

	T1mmse tot	T1CBI T	T1CBI S	T1CBI F	T1CBI D	T1BI E
1	<u>22,7</u>	7	11	4	0	1
2	<u>22</u>	2	4	0	0	1
3	<u>22,3</u>	9	13	5	9	9

Tabella 1: Considerando il valore del Minimal Detectable Change, riportato per la malattia d'Alzheimer, dell'MMSE è di tre punti, per tre pazienti su tre, è risultato un miglioramento delle funzioni cognitive clinicamente rilevante.

	COPM performance2	COPM soddisfazione2	T1DAD TOTINI	T1DAD TOTPRO	T1DAD TOTREN
1	<u>7</u>	<u>6</u>	6	3	12
2	<u>8,5</u>	<u>8,5</u>	9	3	13
3	4,6	5	8	5	14

Tabella 2: Il valore del Minimal Detectable Change per la COPM scale, è di 2 punti. Per due pazienti su tre è risultato un miglioramento sia nella performance che nella soddisfazione.

**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.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata  
della demenza»  
18-19 novembre 2024





# L'unione fa la forza: approccio terapeutico combinato alla Caregiver Burden Syndrome

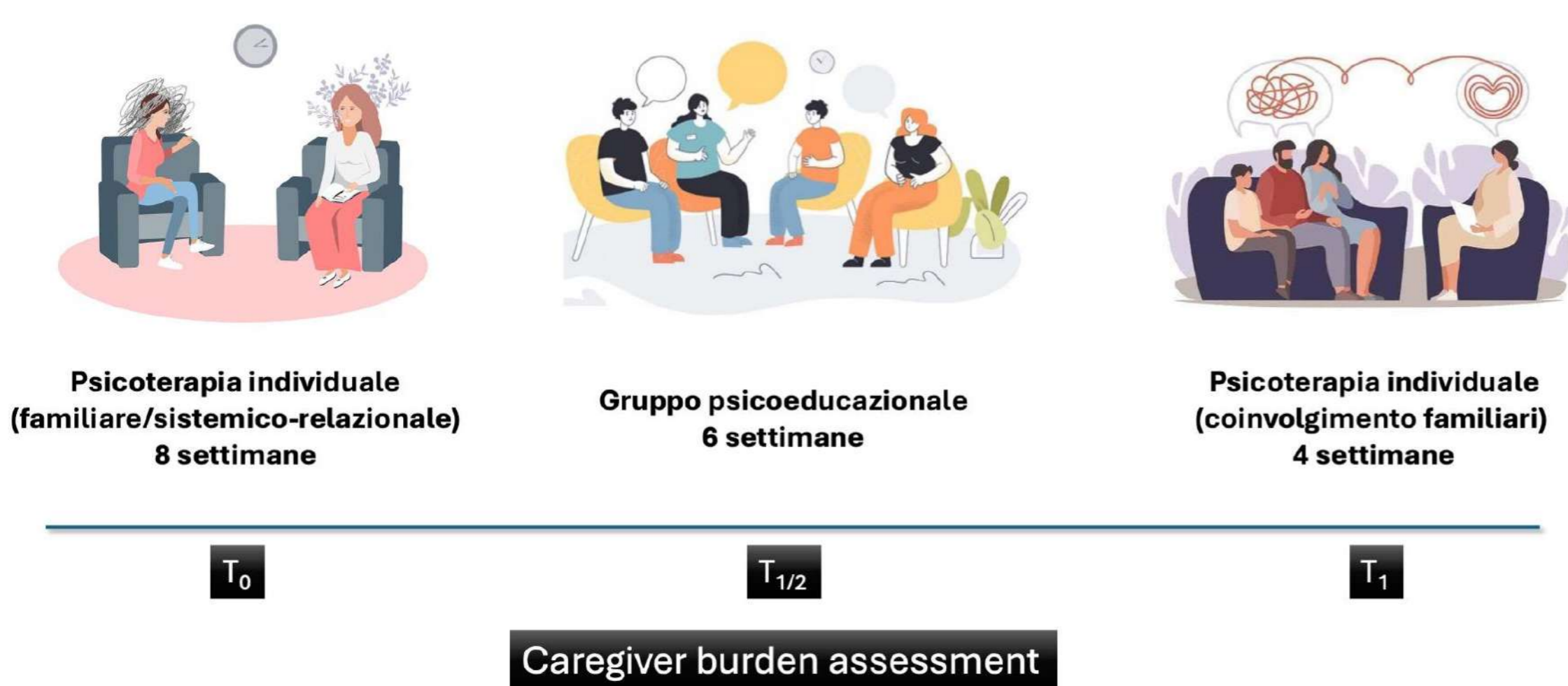
M. D'Angelo<sup>1</sup>, L. Olivieri<sup>2</sup>, D. De Berardis<sup>3</sup>, C. Tomasetti<sup>1,3</sup>

1. Centro Alzheimer di Giulianova, CSM CD-RP di Giulianova. Dipartimento di Salute Mentale ASL Teramo  
2. Centro di Salute Mentale CD-RP di Teramo, Dipartimento di Salute Mentale ASL Teramo  
3. Centro di Salute Mentale CD-RP di Giulianova, Dipartimento di Salute Mentale ASL Teramo

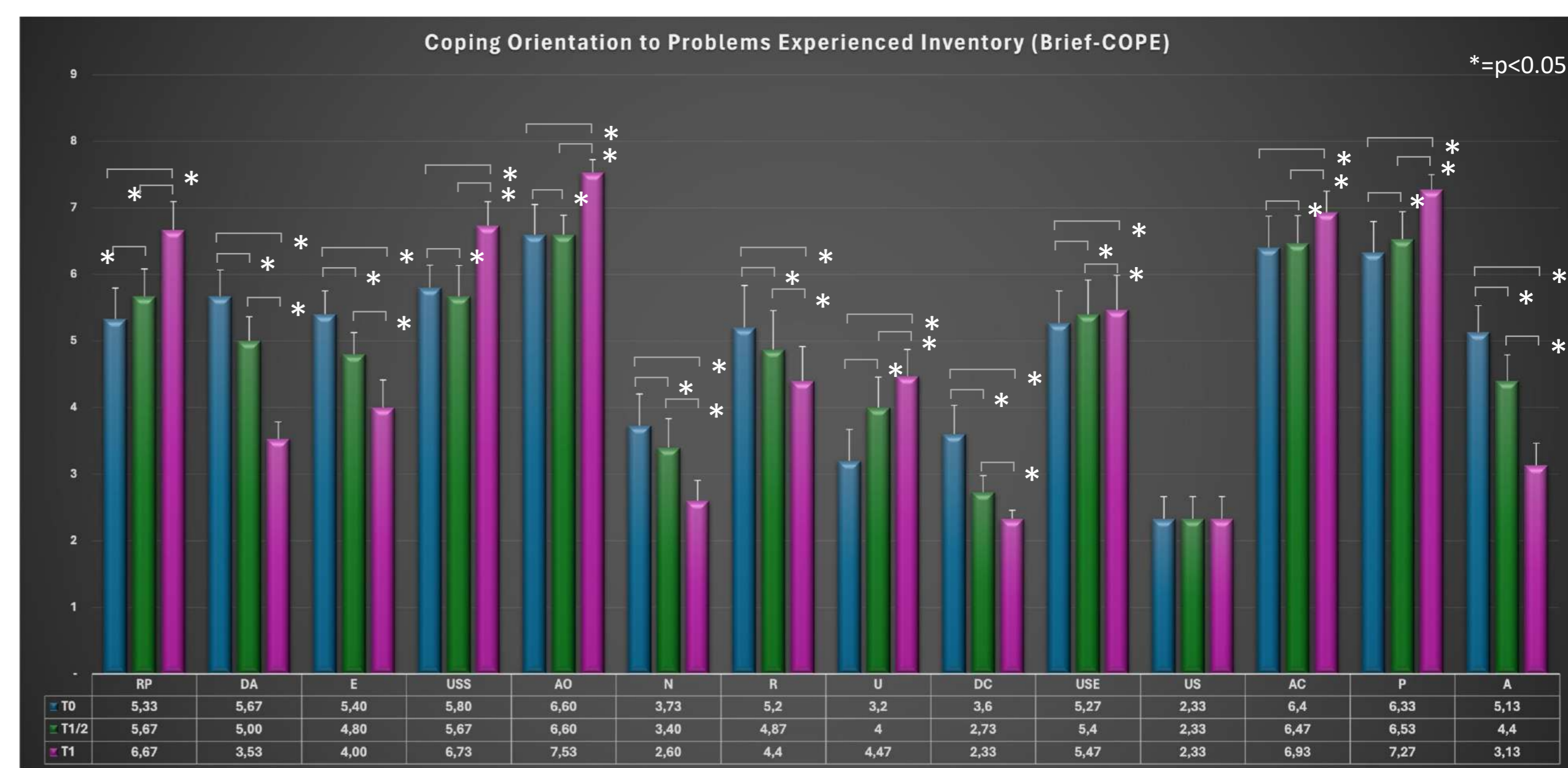
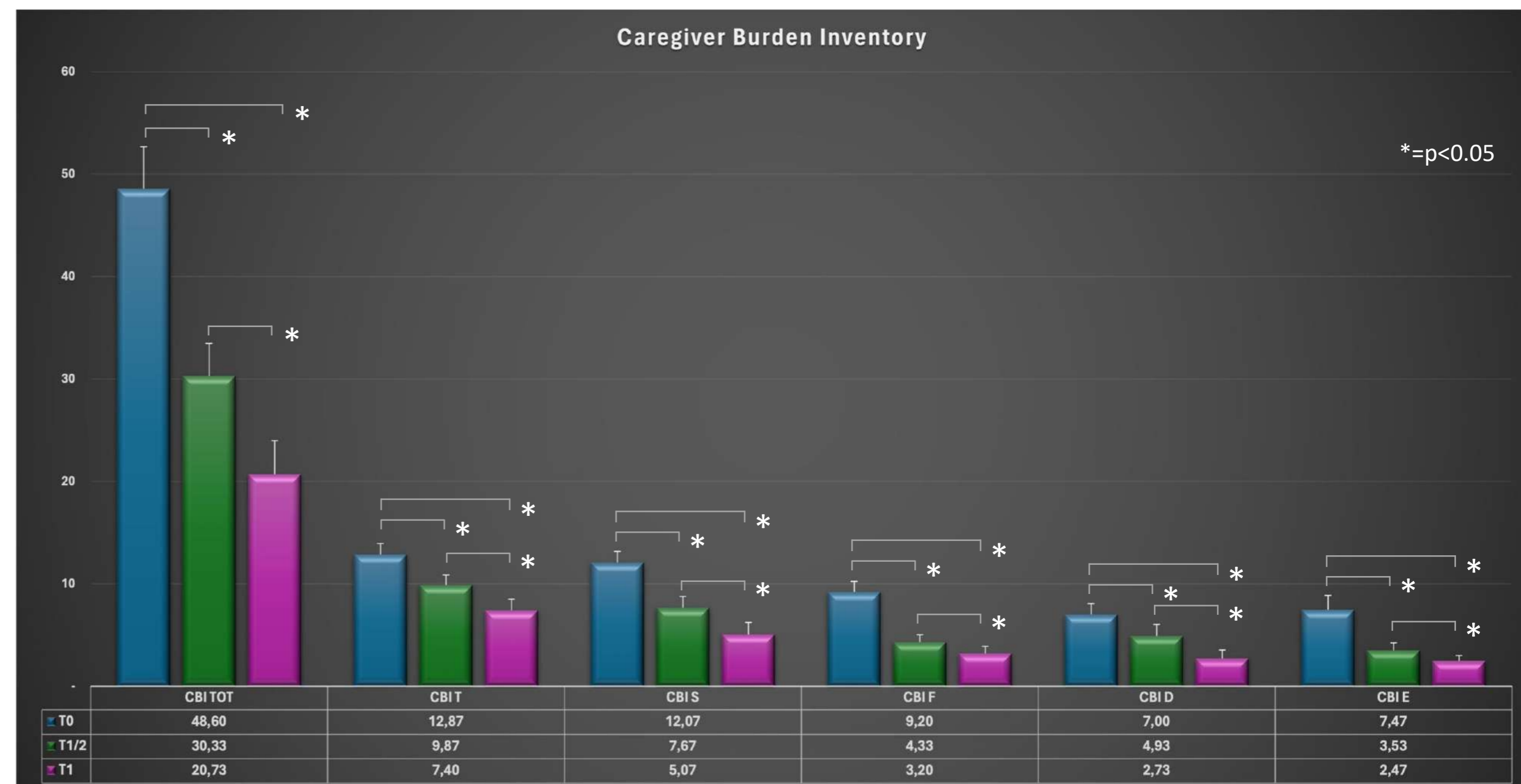
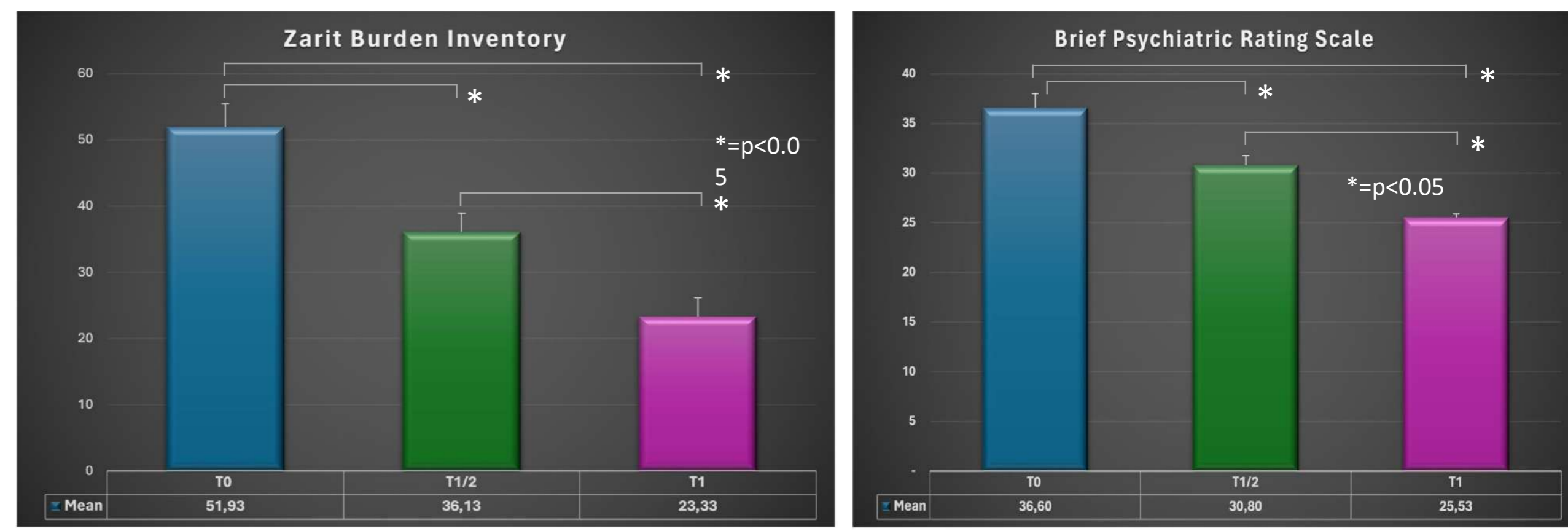
## Introduzione

- I caregivers familiari di pazienti con Disturbi Neurocognitivi/Demenze (NCD) sono sottoposti a stress emotivi, fisici, sociali ed economici, le cui conseguenze psicopatologiche possono configurare la cosiddetta "caregiver burden syndrome".
- La gravità dei sintomi NCD risulta proporzionale allo stress del caregiver.
- 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.
- La terapia familiare coinvolge i caregivers in approcci attivi e mirati alla risoluzione dei problemi legati al caregiving per migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre il carico e migliorare il funzionamento familiare.
- Le attività psicoeducative rappresentano un forum per la condivisione delle conoscenze e dello sviluppo di capacità e strategie di coping.
- Al momento, 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, quello di sperimentare e valutare un approccio combinato di interventi familiari e psicoeducazionali nel trattamento della caregiver burden syndrome.

## Protocollo psicoterapeutico per i caregivers



- Caregiver Burden Inventory
- Zarit Burden Inventory
- Brief Psychiatric Rating Scale
- Brief COPE



## 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.
- Le scale di valutazione del carico (ZBI, CBI) e quelle psicometriche (BPRS), rilevano che a T1 tutti i valori sono significativamente migliorati anche rispetto a T1/2, indicano una costante progressione del miglioramento, sia delle strategie di coping al carico assistenziale sia dei sintomi correlati allo stress, nel corso degli interventi.
- La Brief COPE riporta un miglioramento dei profili adattivi dei caregivers, con un beneficio sostanziale nelle strategie con cui essi tendono ad affrontare la gestione normativa e non normativa del familiare con NCD, nonché una risposta resilienziale migliore all'impatto stressogeno del caregiving.

## Conclusioni

- La combinazione di approcci psicoterapeutici risulta non solo efficace, ma sinergica rispetto alle singole strategie di intervento, per il sollievo del corredo sintomatologico della caregiver burden syndrome.

# Training di neurofeedback alfa-superiore nella demenza prodromica: evidenze da uno studio pilota



UNIVERSITÀ DI TORINO

Camassa Nahi Y. <sup>‡</sup> & Dibiase G. <sup>‡</sup>, Piovesan F., Moiso A., Battistella M., Jubera Garcia E., Minguez J., Geminiani G. C., Ronga I., Diano M. <sup>°</sup>, Villa M-C<sup>°</sup>



Universidad Zaragoza

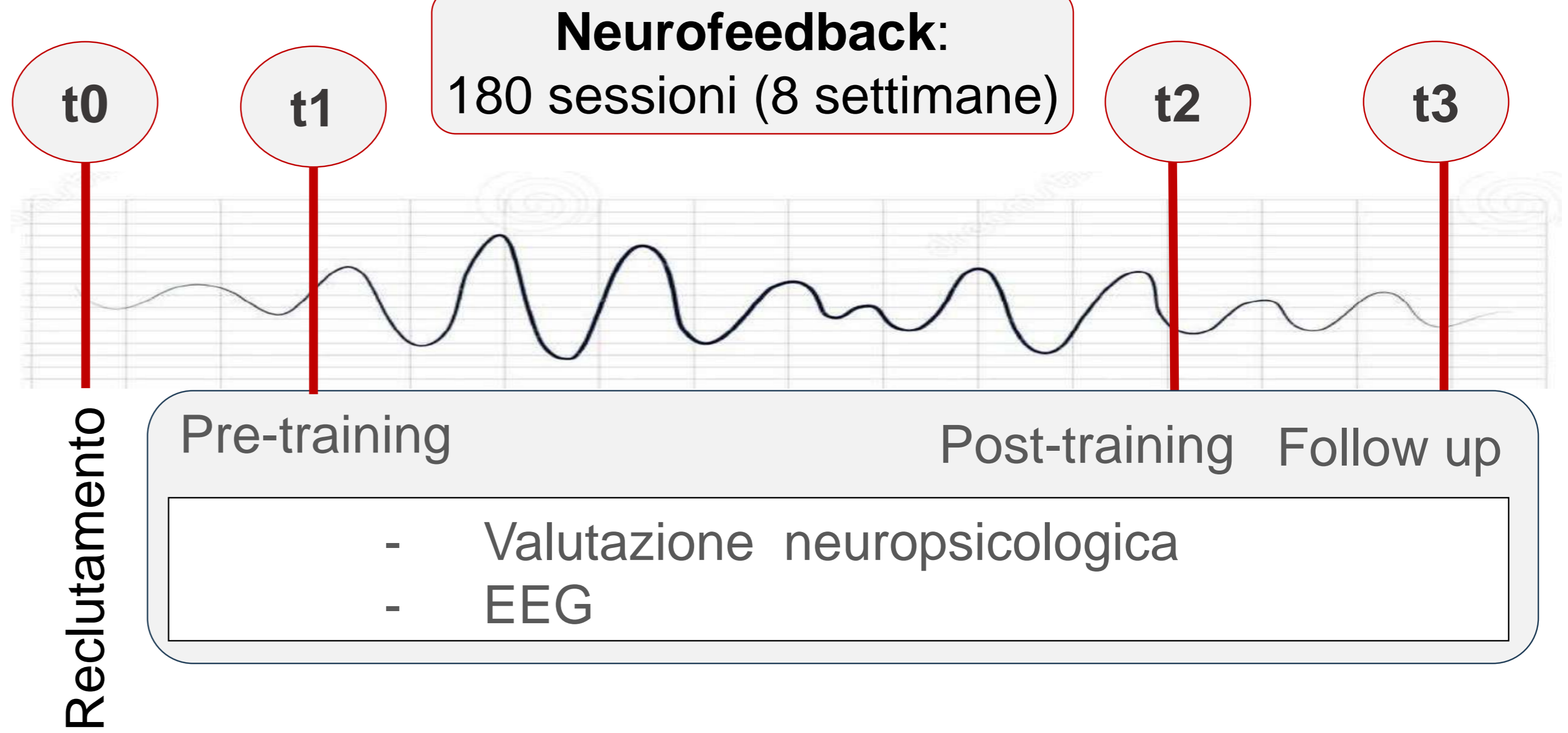
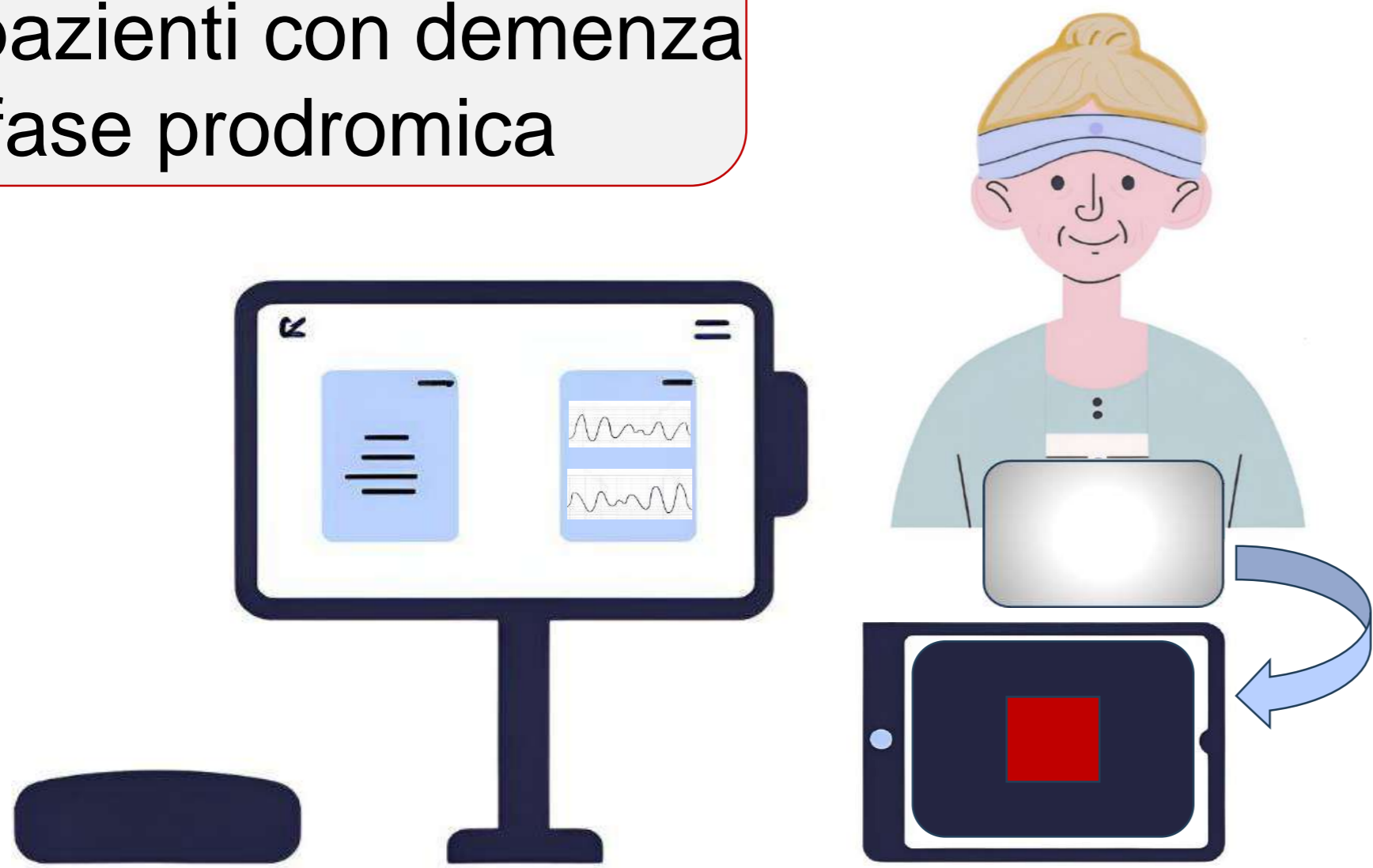
## Introduzione

Il neurofeedback con elettroencefalogramma (EEG) costituisce una tipologia di trattamento promettente per il potenziamento delle funzioni cognitive. Nei pazienti con demenza è possibile osservare una diminuzione dell'attività delle onde alpha alte (9-12 Hz), responsabili dei processi di soppressione e selezione delle informazioni. Il presente training ha l'obiettivo di stimolare le onde alpha, attraverso un training di neurofeedback con modalità visiva.

## Metodi

### Partecipanti:

4 pazienti con demenza in fase prodromica



## Risultati

PRE



POST



FOLLOW UP



P>0.05

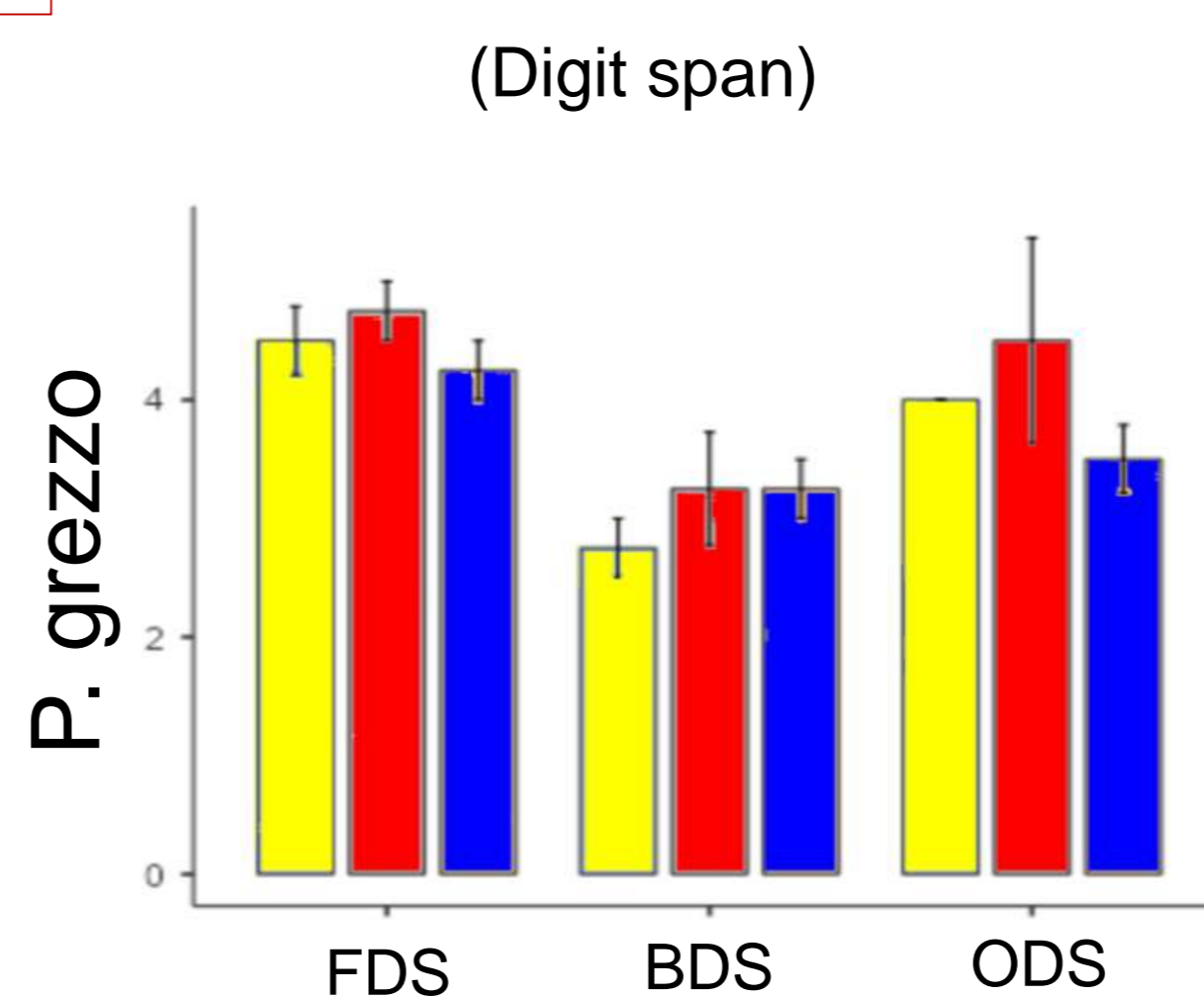
Power analysis  
→ Numerosità campionaria: 28

### Valutazione neuropsicologica

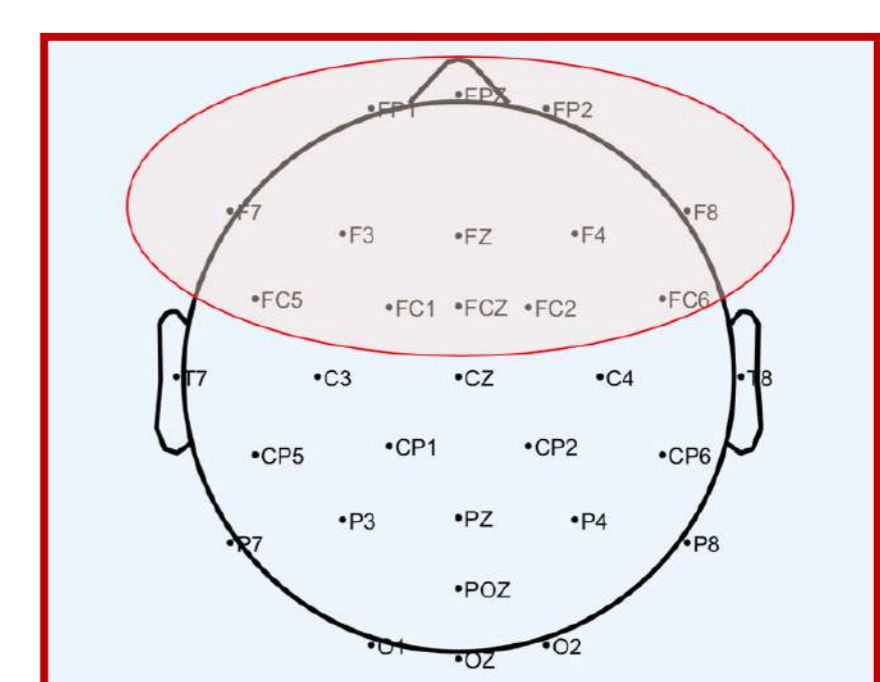
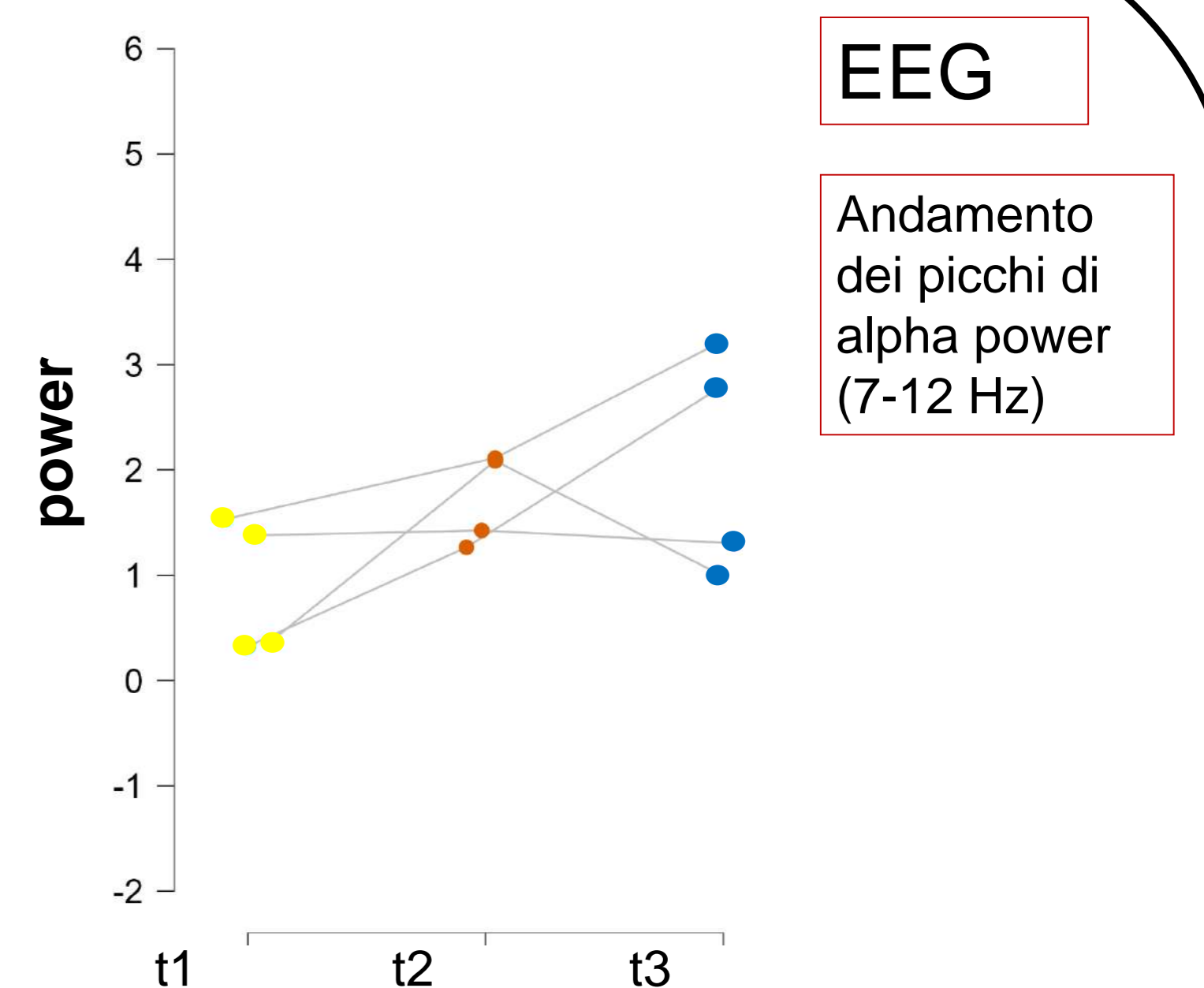
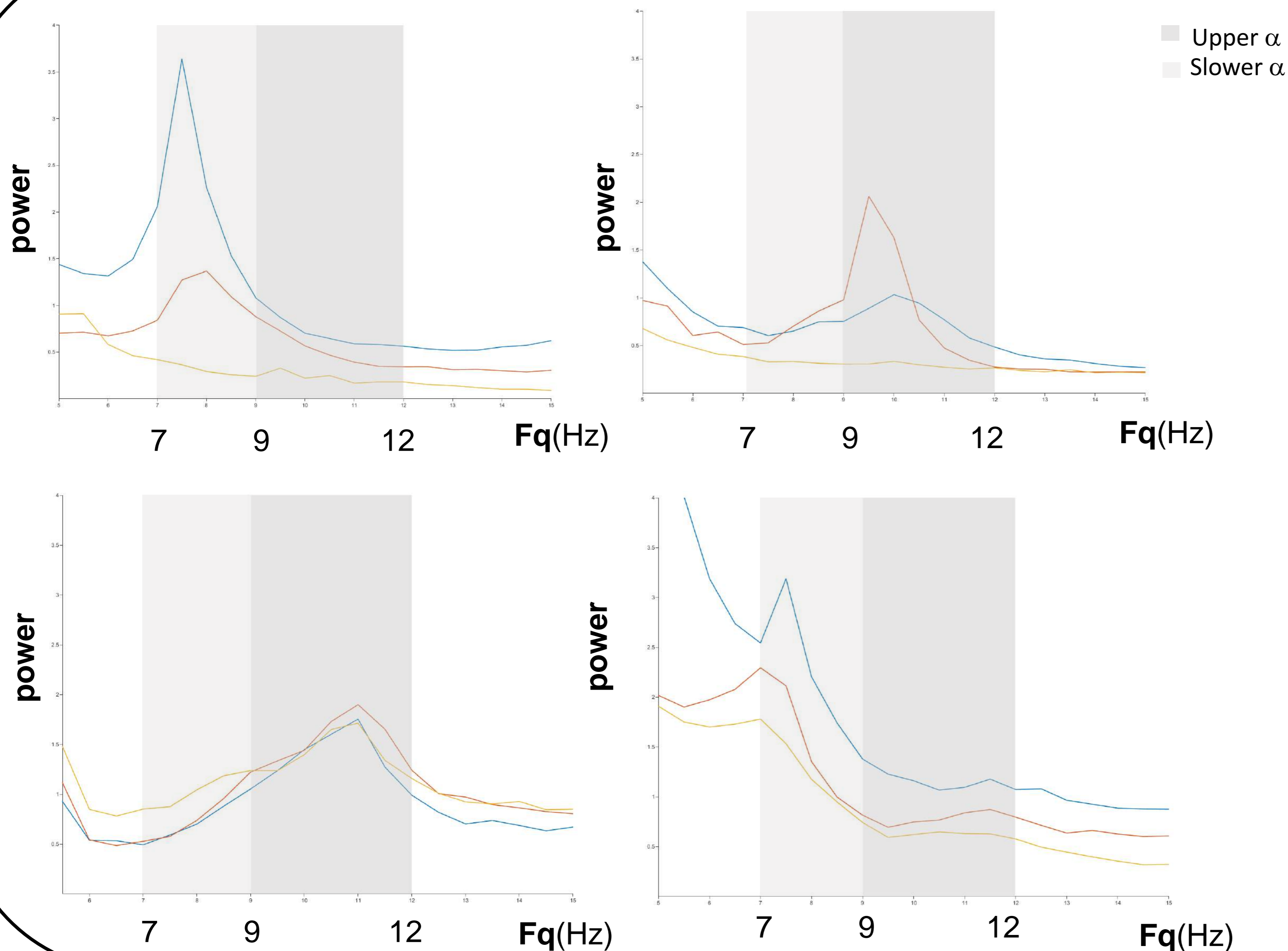
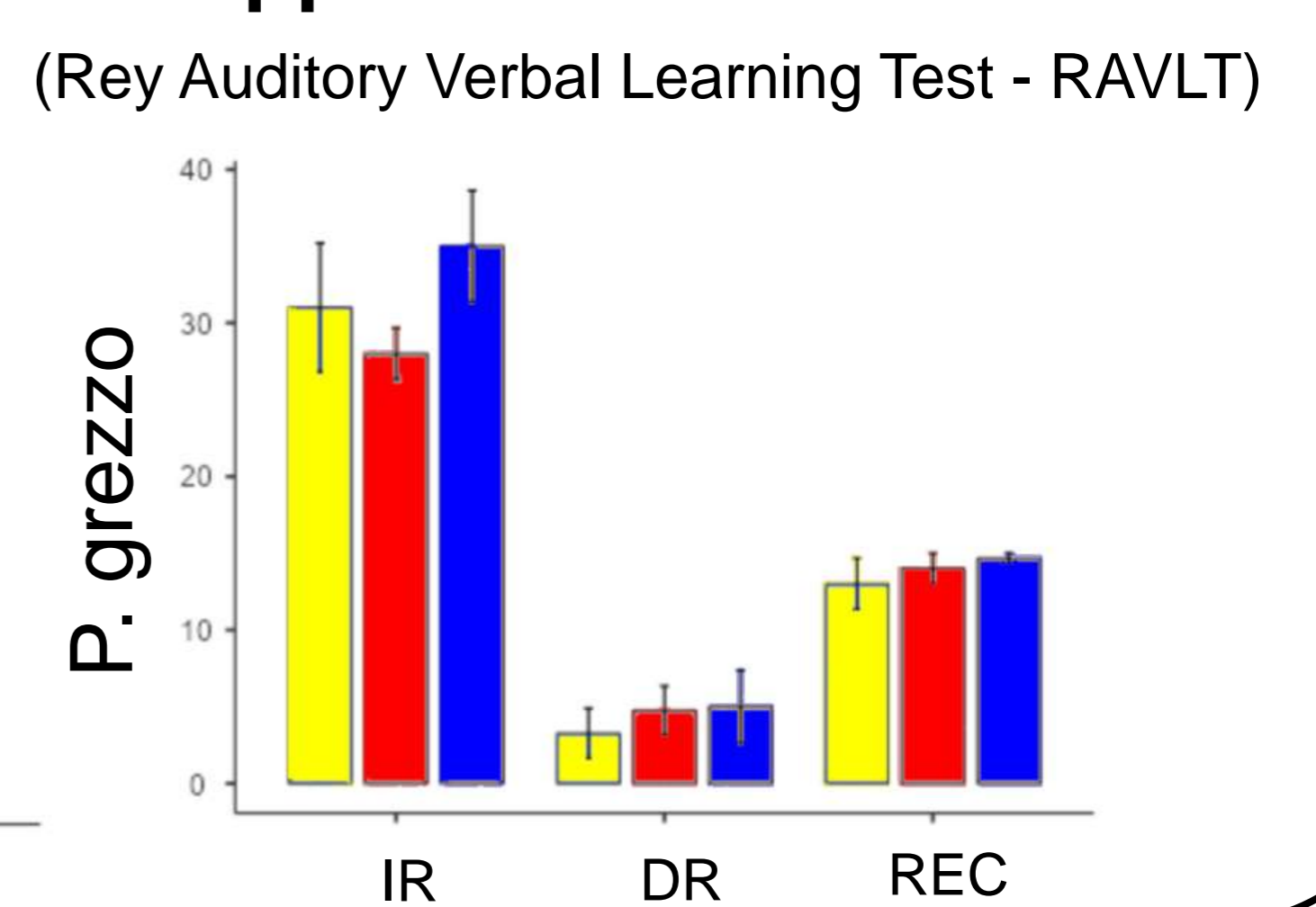
**FDS** : Forward Digit Span  
**BDS**: Backward Digit Span  
**ODS**: Ordering Digit Span

**IR**: Immediate Recall  
**DR**: Delayed Recall  
**REC**: Recognition

### Memoria di lavoro (Digit span)



### Apprendimento verbale (Rey Auditory Verbal Learning Test - RAVLT)



Elettrodi impiegati per il calcolo dell'Alpha power

## Conclusioni

I risultati mostrano un trend crescente del picco nelle onde alpha superiori in funzione del trattamento. Inoltre, si osserva una certa variabilità nei test neuropsicologici, probabilmente a causa dell'esiguità del campione. Per validare i dati ottenuti, è opportuno implementare il trattamento su un campione più ampio e confrontare i risultati ottenuti con quelli di un gruppo di controllo. A livello qualitativo tuttavia, si è osservato un livello ampiamente soddisfacente di coinvolgimento dei pazienti nel corso del training, con una buona aderenza al trattamento.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



## INTRODUZIONE

Nel contesto del CDCD del Distretto Trieste 2, di afferenza territoriale, l'equipe multi-professionale, ha adottato il protocollo di Cognitive Stimulation Therapy (CST). Secondo le Linee Guida risulta una raccomandazione fortemente positiva quella di offrire un trattamento di CST per persone con demenza da lieve a moderata. Gli interventi proposti fino allo scorso anno riguardavano training cognitivi individuali (solo su casi selezionati) e trattamenti psicosociali per persone, assistite a domicilio, affette da decadimento cognitivo di grado moderato-grave. In quest'ultimo caso l'obiettivo è quello di preservare le abilità residue, partecipando ad attività piacevoli nel contesto di vita di comunità, e garantire momenti di sollievo ai caregivers. L'equipe multi-disciplinare, contestualmente al lavoro diagnostico-terapeutico-assistenziale finora svolto, ha **implementato le risposte ai bisogni dei pazienti** con un intervento riabilitativo, quale la CST.

## METODI

Il campione è costituito da 11 persone (8 donne e 3 uomini) con età compresa tra 72 e 82 anni e una scolarità media di 8 anni affette da decadimento cognitivo di grado lieve-moderato. Il primo gruppo, composto da 6 pazienti, ha partecipato alla CST costituita da 14 sessioni a cadenza bisettimanale e alla Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) con 24 sedute settimanali. Il secondo gruppo ha frequentato le 14 sessioni di CST e, a partire dal mese di ottobre, ha iniziato le sessioni di Mantenimento.

L'attività è stata condotta in sinergia dalla TeRP (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica) e dalla neuropsicologa. Sono state effettuate valutazioni pre Trattamento, pre e post Mantenimento mediante l'utilizzo delle seguenti scale: MMSE, MOCA, FAB, Digit Span Forward and Backward, Matrici attentive, Test di memoria verbale rievocazione immediata e differita, GDS, ADL, IADL, DAD, QoL-AD, ZBI.

## RISULTATI

L'aspetto neurodegenerativo e progressivo della demenza deve far pensare che l'intervento proposto mira a **mantenere la condizione di salute per il periodo più lungo possibile**, riducendo il grado di disabilità tramite il monitoraggio costante dell'evoluzione della malattia (secondo le buone pratiche e i dettami della CST). L'intervento ambisce a **favorire il maggiore livello di qualità della vita** dei pazienti ponendo particolare attenzione alla loro autonomia e alla loro soddisfazione. Dal punto di vista qualitativo, grazie al monitoraggio costante i pazienti non hanno avuto né accessi in Pronto Soccorso né ricoveri. Le persone hanno raggiunto la sede distrettuale in autonomia o accompagnati dai familiari e, qualora ci sia stata la necessità, si è attivato il Terzo Settore per il servizio di trasporto andata e ritorno. Dai risultati emerge un miglioramento della qualità di vita percepita dal soggetto ed un livello inalterato del carico assistenziale dei caregivers. Le performances cognitive non si sono ristabilite ma sono rimaste invariate e si è riscontrato nella prova di rievocazione verbale un lievissimo aumento di performance. Le persone che hanno beneficiato della CST hanno riferito che la stessa è 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, indipendentemente dal loro diverso livello di resilienza, hanno apprezzato il coinvolgimento dei propri familiari in un'attività gratificante e che restituisse loro un ruolo e hanno fornito feedback positivi relativi al minor senso d'isolamento nel percorso di cura (operatori come mediatori e punto di riferimento).

## CONCLUSIONI

L'equipe ad oggi continua a garantire l'intervento evidence-based CST ad un terzo gruppo, reclutato nell'ambito delle visite geriatriche e neuropsicologiche del CDCD. Gli specialisti, oltre ai pre-requisiti clinici, considerano l'**aspetto motivazionale, emotivo, la personalità, le attitudini comportamentali** per affrontare una dinamica di gruppo oltre a porre attenzione alla **personalizzazione** dell'intervento. Dal punto di vista operativo la maggior criticità risulta essere legata alla pianificazione e alla programmazione congiunta degli operatori che garantiscono una presenza continuativa e con ridotta flessibilità, assicurando allo stesso tempo l'adempimento delle altre attività previste all'interno del Servizio.

## BIBLIOGRAFIA

Manuale di riabilitazione neuropsicologica - Vallar G. Papagno C. ed. Il Mulino 2022

Linee Guida Diagnosi e trattamento di demenza e MCI - ISS 2024

La terapia di stimolazione cognitiva: un intervento efficace per la persona con demenza Gardini S. Pradelli S. Faggian S. Borella E. ed. F. Angeli 2021



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# Prospettive psicoeducazionali, cognitive e psicosociali

Errera P.<sup>1</sup>, Tripi S.<sup>1</sup>, Scarlata E.<sup>1</sup>, De Luca M.<sup>1</sup>, Pipitone S.,<sup>1</sup> Scavone L.<sup>1</sup>, Surdo V.<sup>2</sup>, Tripi G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unità Operativa Dipartimentale Centro Disturbi Cognitivi e Demenza Trapani, Dipartimento di Salute Mentale, ASP 9 Trapani

<sup>2</sup> Unità Operativa Complessa Psicologia, ASP 9 Trapani

## INTRODUZIONE

La gestione integrata della demenza presso l'U.O.S.D. Centri Disturbi Cognitivi e Demenza di Trapani e Marsala, si basa su un approccio olistico e multidisciplinare che pone la persona al centro del processo di cura.

## OBIETTIVO

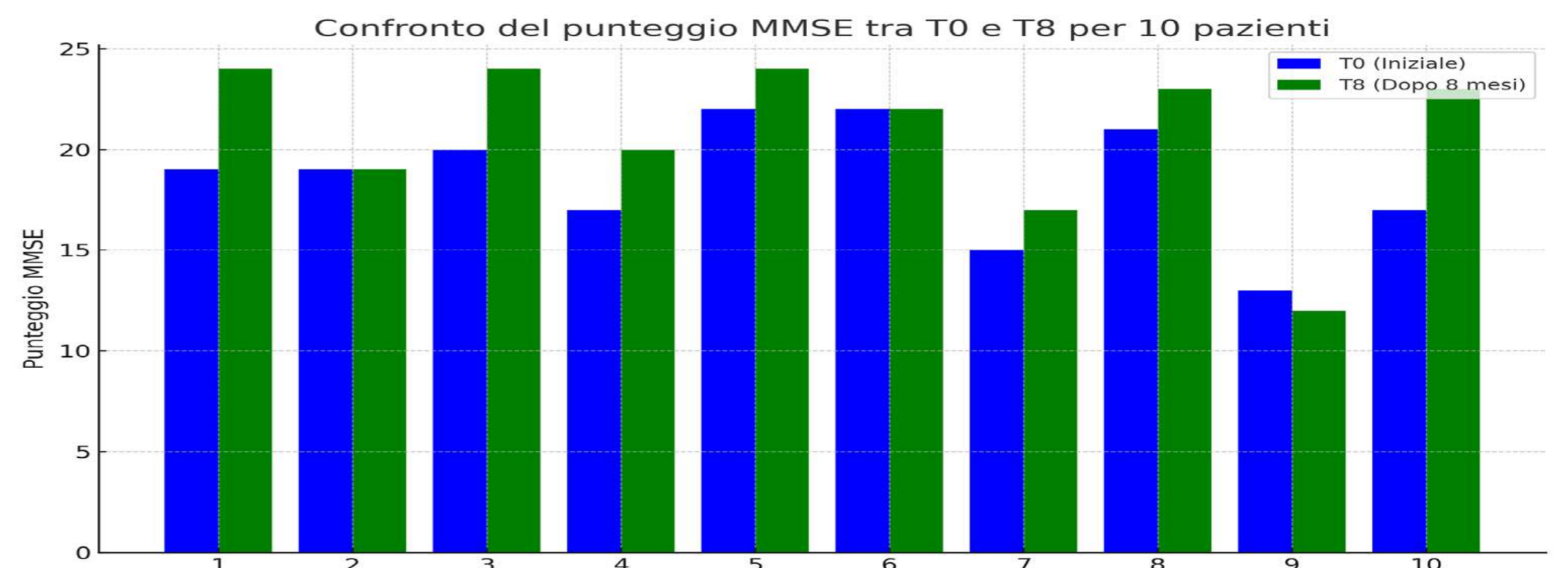
Affermare la valenza dell'approccio olistico e multidisciplinare come metodo elettivo per il paziente affetto da Alzheimer e per i caregiver.

## METODI

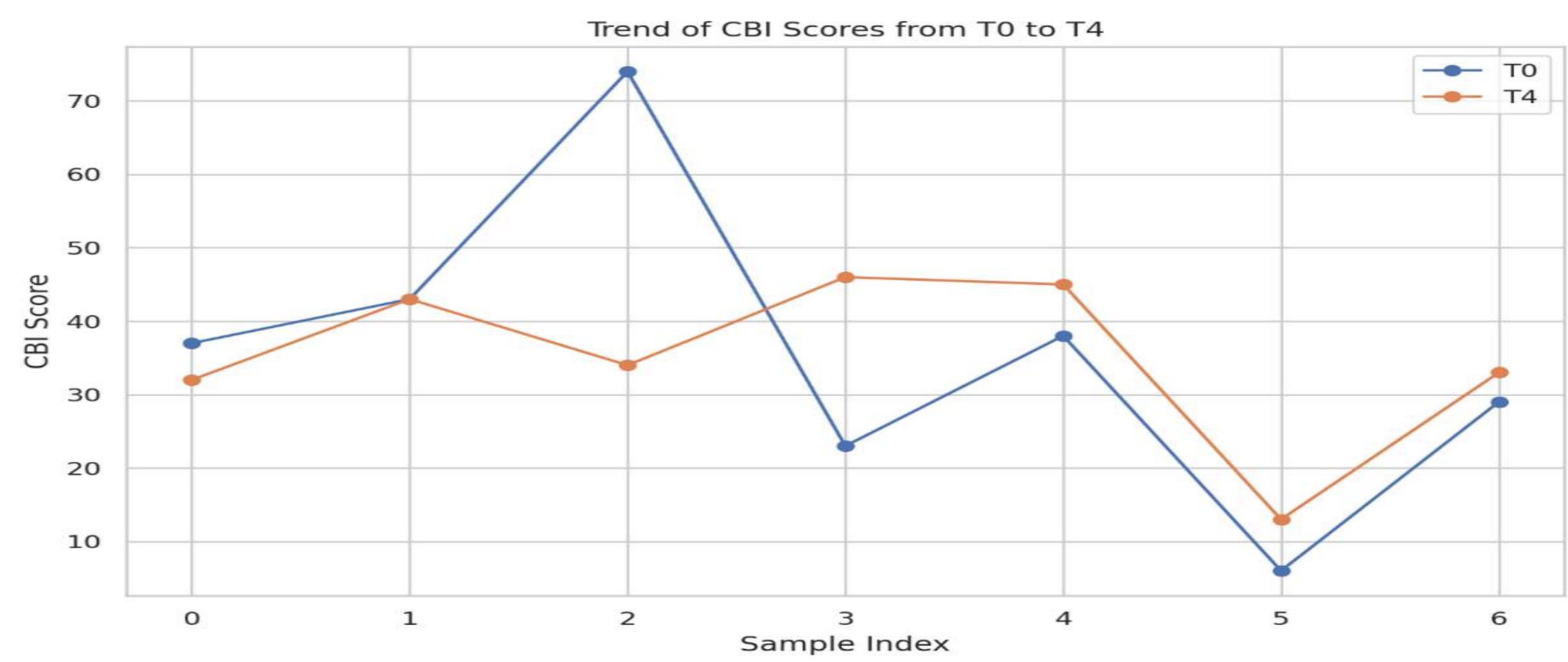
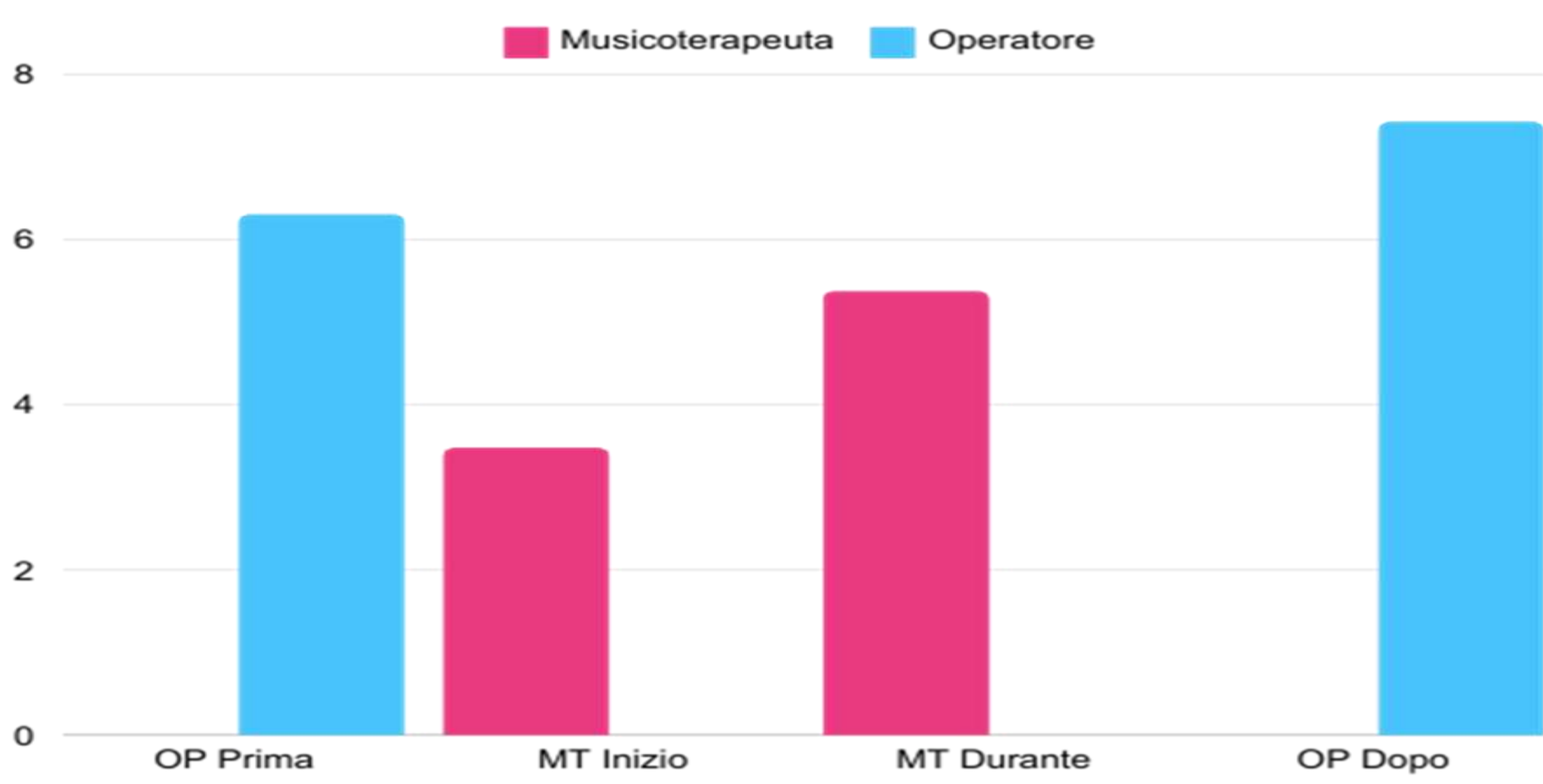
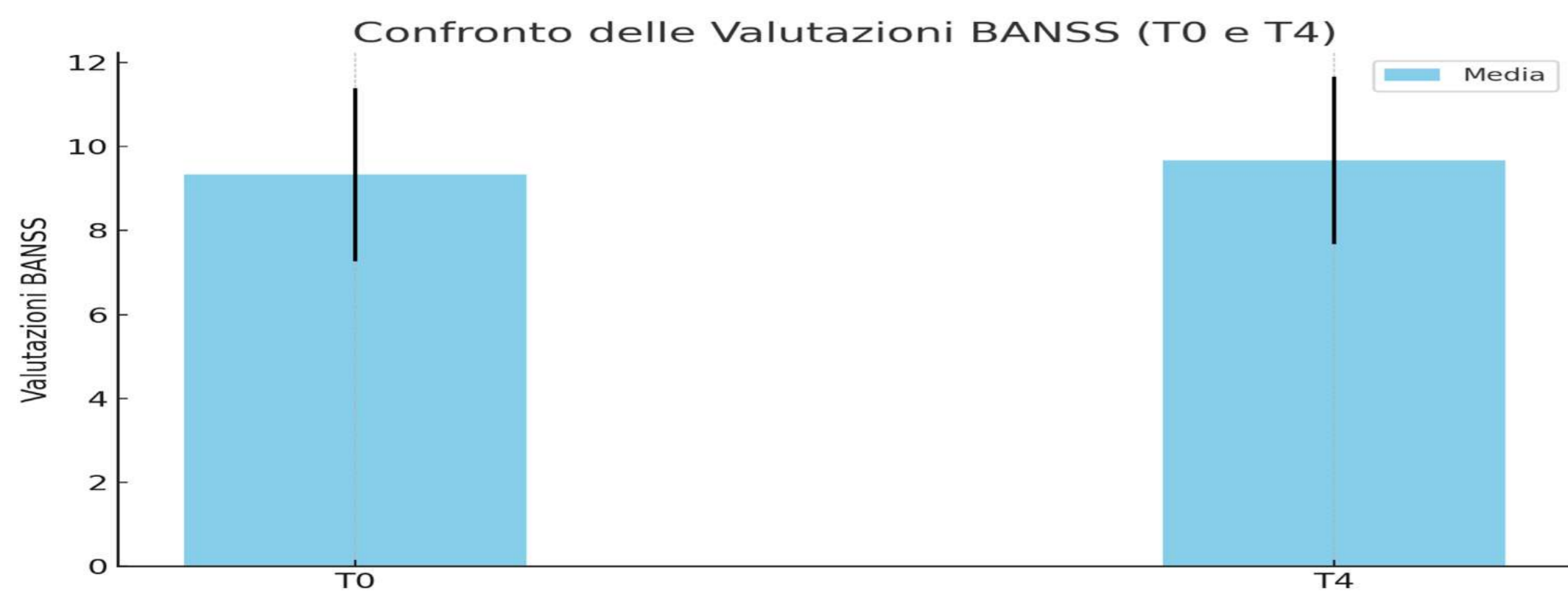
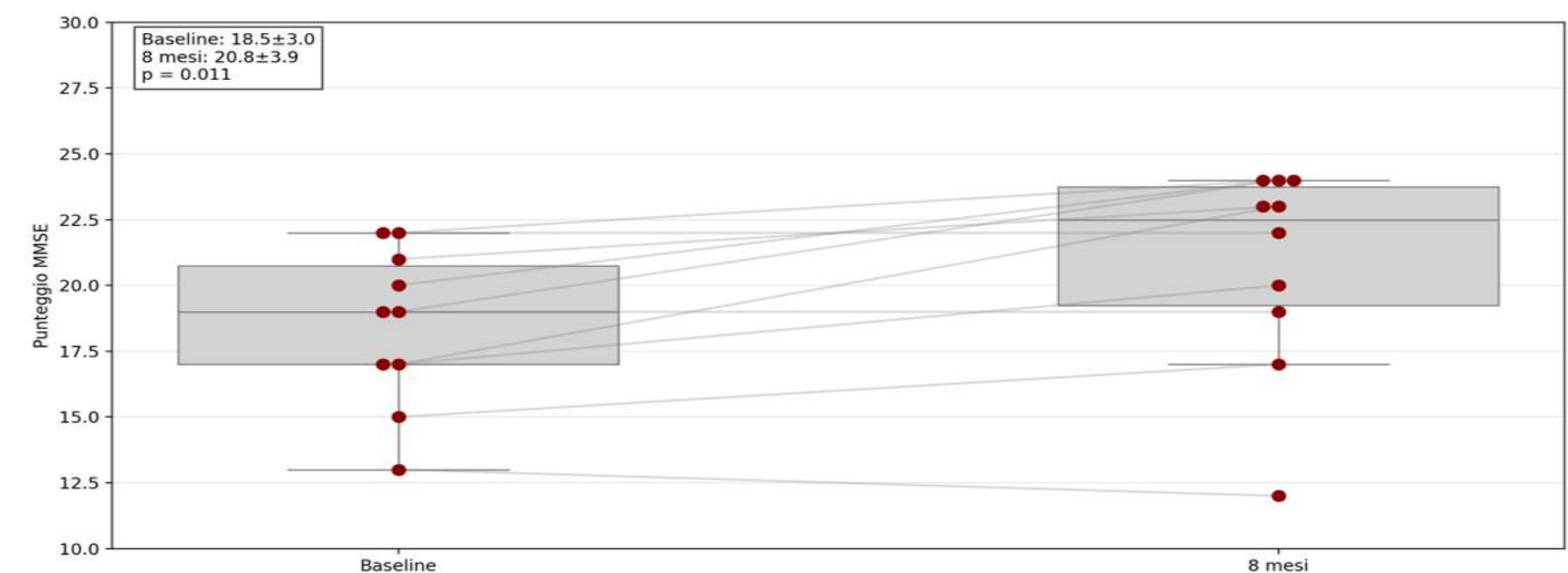
Sono stati utilizzati diversi test e scale di valutazione per valutare i pazienti nel corso del tempo, attraverso la somministrazione di MMSE, NPI, CBI, BANSS, MIDAS.

## PARTECIPANTI

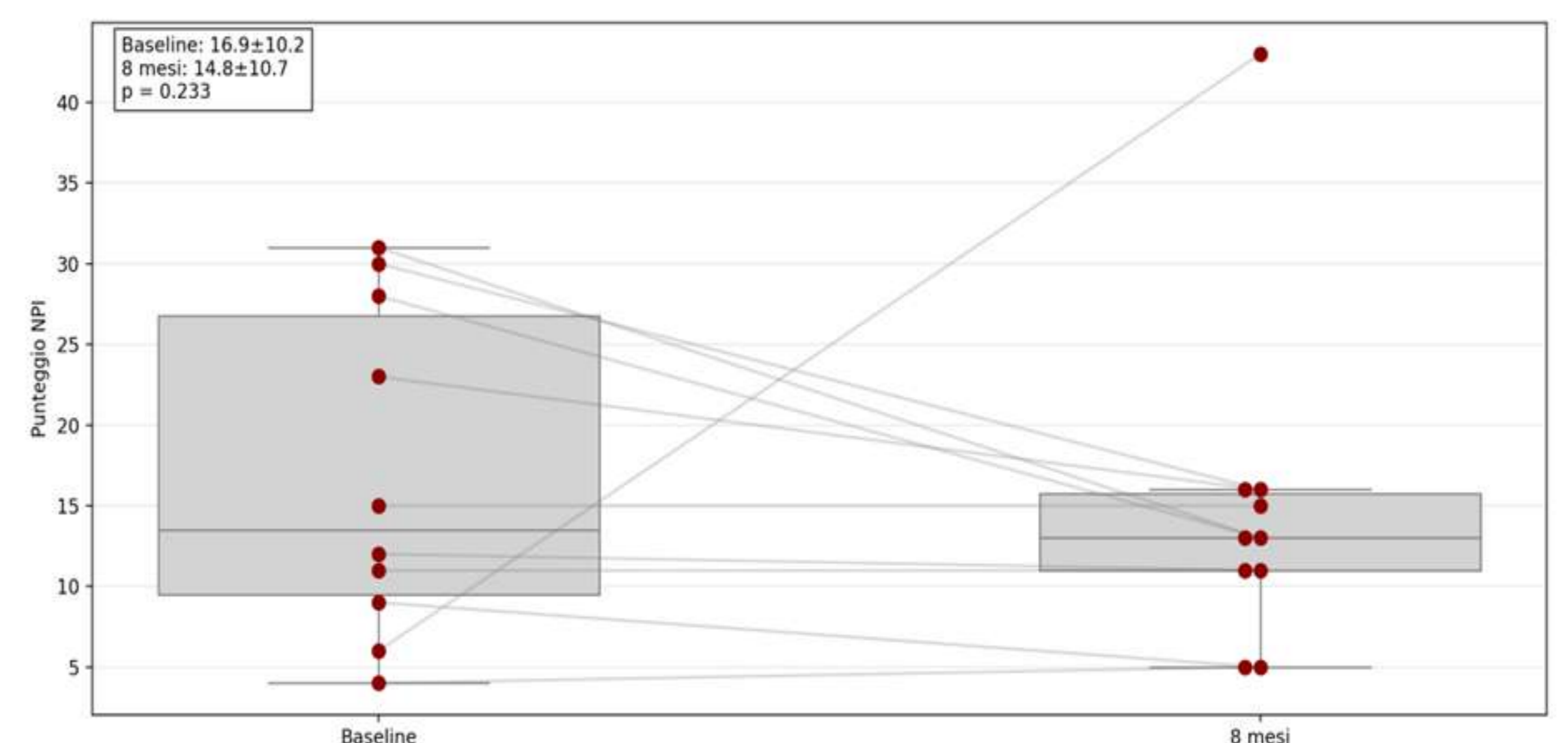
10 pazienti affetti da Alzheimer (6 F e 4 M) di  $11,3 \pm 2,4$  anni e 6 caregiver (3 M e 3 F).



Evoluzione dei punteggi MMSE dal baseline a 8 mesi



Evoluzione dei punteggi NPI dal baseline a 8 mesi



## RISULTATI

**MMSE:** il test t per campioni appaiati ha dato un valore statistico di -3.21 e un valore p di 0.011, indicando che c'è una differenza statisticamente significativa tra le misurazioni iniziali e quelle dopo 8 mesi.

**CBI:** I risultati mostrano una statistica F di circa 0,004 e un valore p di circa 0,950. Poiché il valore p è molto più alto del livello di significatività comune di 0,05, non riusciamo a rifiutare l'ipotesi nulla. Ciò indica che non vi è alcuna differenza statisticamente significativa tra i punteggi CBI a T0 e T4.

**NPI:** Il punteggio medio è leggermente diminuito da T0 ( $16.9 \pm 10.2$ ) a T8 ( $14.8 \pm 10.7$ ). La variazione media è di  $-2.1 \pm 15.4$  punti. Il test di Wilcoxon non mostra una differenza statisticamente significativa ( $p = 0.233$ ).

**BANSS:** t-statistic: circa -0.82; p-value: circa 0.44. Non ci sono differenze statisticamente significative tra le valutazioni T0 e T4.

**MIDAS:** valore medio degli items valutati prima, all'inizio, durante e dopo la musicoterapia da parte degli operatori (OP) e dei musicoterapeuti (MT).

## CONCLUSIONI

L'approccio psicosociale centrato sulla persona e la combinazione di interventi psico-educativi, cognitivi e sociali si è dimostrato efficace nel trattamento delle persone con demenza. Nella finestra temporale presa in considerazione non si sono evidenziati peggioramenti comportamentali o cognitivi e lo stress dei caregiver è rimasto invariato.

## BIBLIOGRAFIA

- De Beni, R. & Borella, E. (2024) Psicologia dell'invecchiamento e della longevità. Ed. Il Mulino
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2015). The development of music in dementia assessment scales (MiDAS). *Nordic journal of music therapy*, 24(3), 232-251
- Ottoboni, G. & Rusolo, D. (2023) La cura psicosociale per le persone con demenza. Modelli, diagnosi e interventi. Ed. Erickson
- Trabucchi, M. (2018) Cura. Una parola del nostro tempo. San Paolo Ed.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



**INTRODUZIONE**

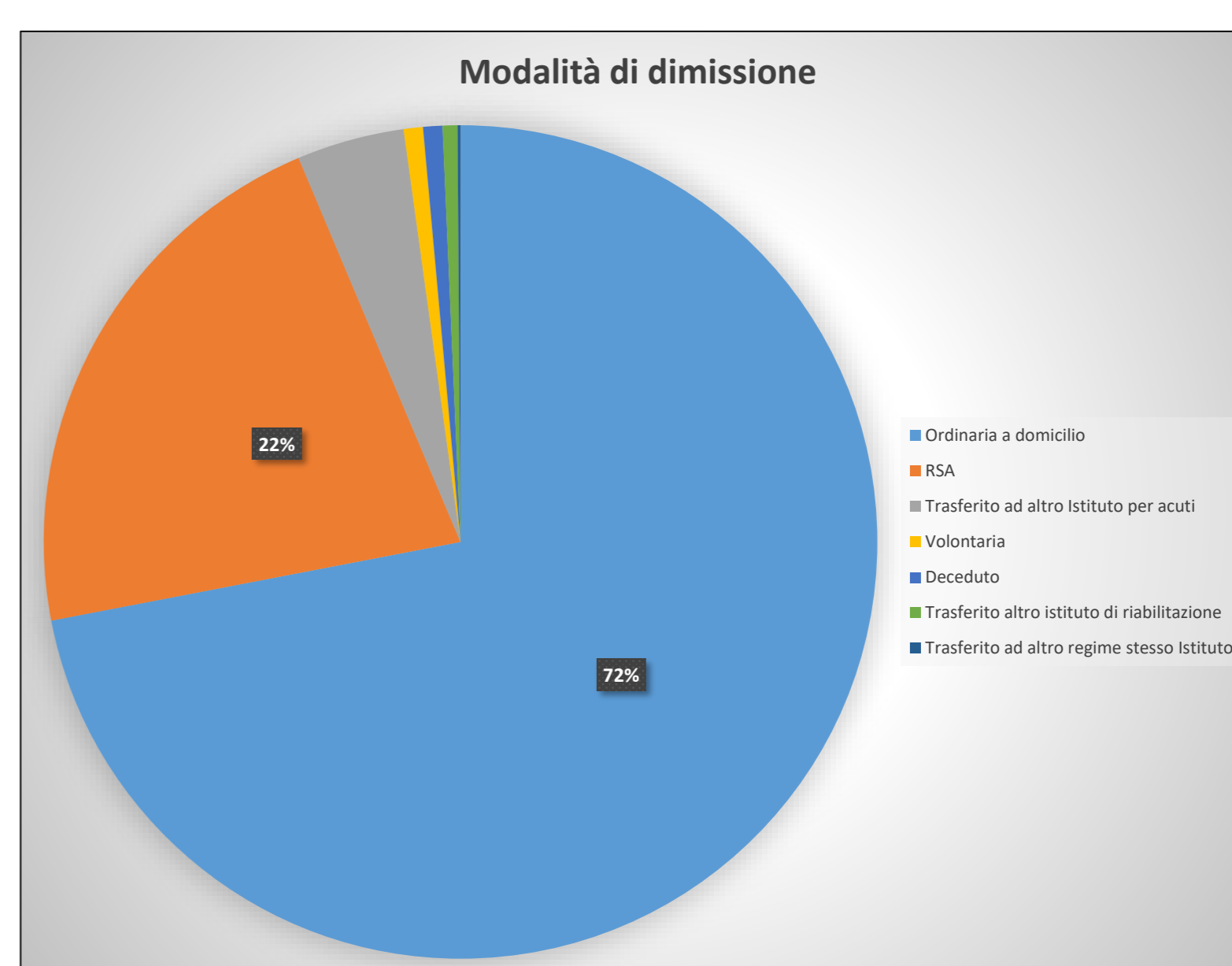
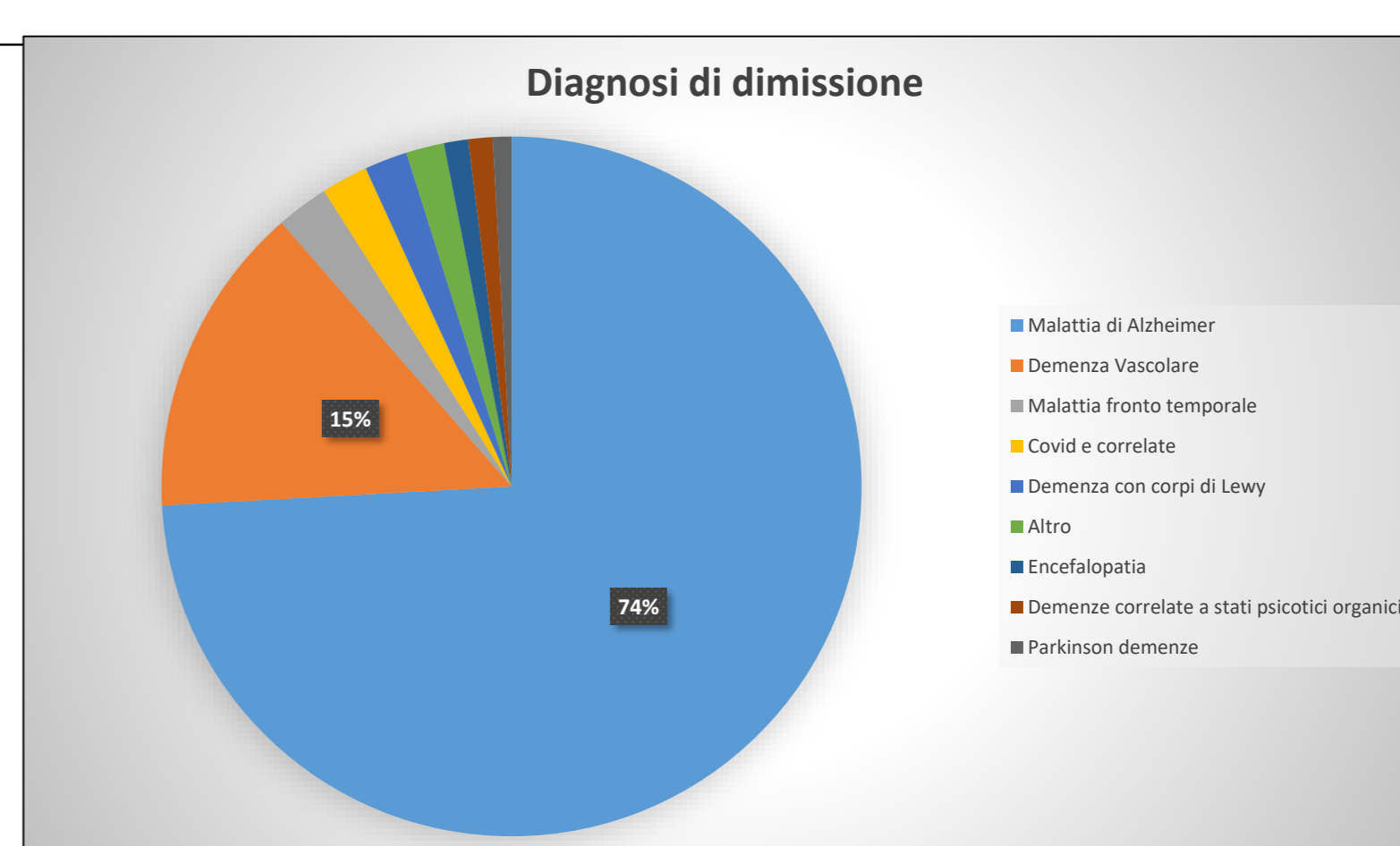
Parlando di riabilitazione nella demenza, risulta chiaro come il termine non vada inteso solamente nel senso più abituale. In particolare nel caso di scompensi comportamentali, non sempre i servizi disponibili sono in grado di dare risposte tempestive ed adeguate. La letteratura indica come la presenza 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 **3484 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 (FTD, LBD 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.**


**Paired Samples T-Test**

## Paired Samples T-Test

			statistic	df	p		Effect Size
BARTHEL.ING	BARTHEL.DIM	Student's t	-8.232	607.000	< .001	Cohen's d	-0.334
MMSE.ING	MMSE.DIM	Student's t	-0.717	607.000	0.473	Cohen's d	-0.029
NPI.ING	NPI.DIM	Student's t	47.747	607.000	< .001	Cohen's d	<b>1.936</b>
TINETTI.a.ING	TINETTI.a.DIM	Student's t	-6.914	607.000	< .001	Cohen's d	-0.280
TINETTI.e.ING	TINETTI.e.DIM	Student's t	-4.164	607.000	< .001	Cohen's d	-0.169

 Note.  $H_0: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} = 0$ 
**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.

## I CDCD come strutture per le certificazioni medico-legali per le demenze – Update 2024

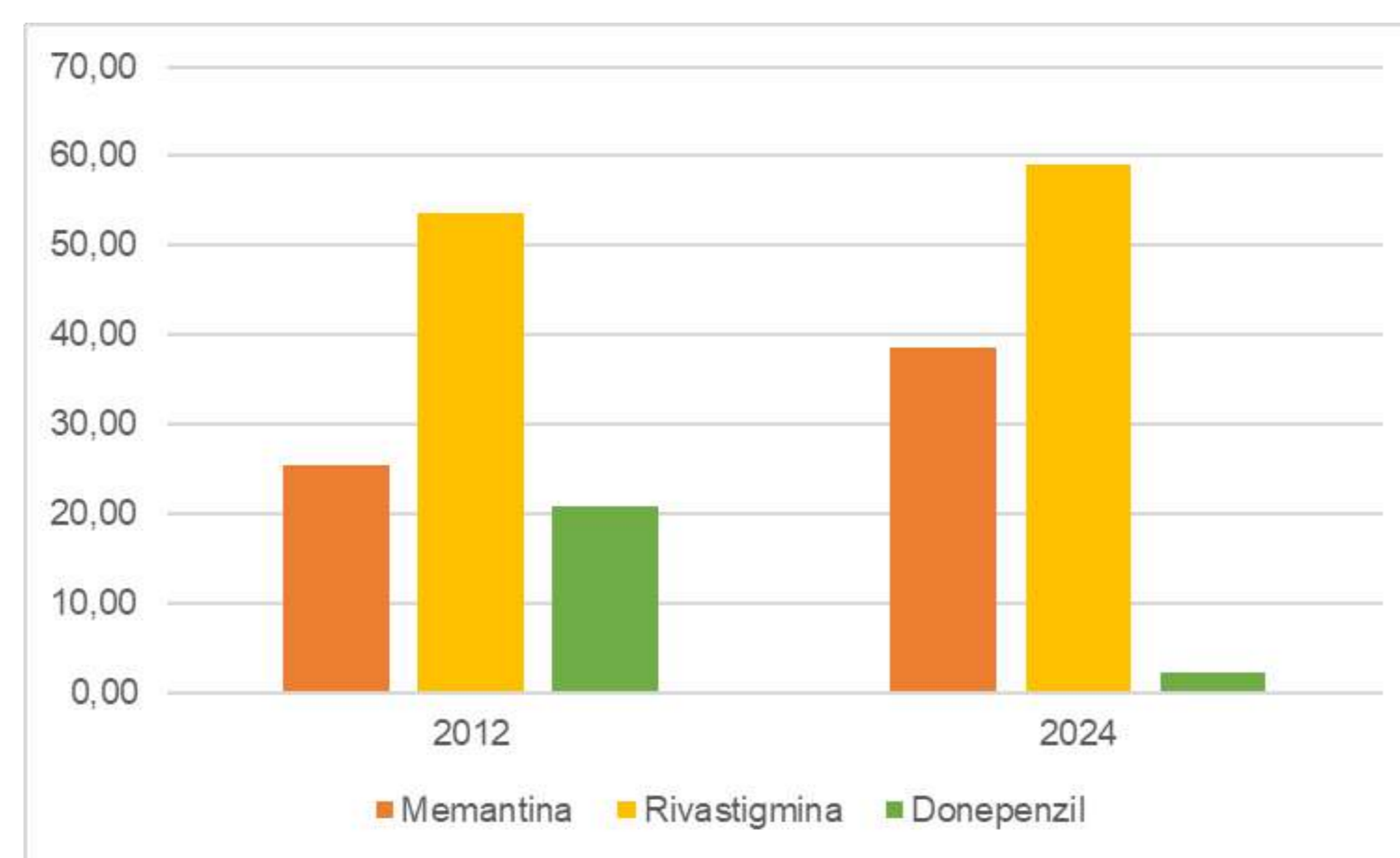
**Dr. Ferrigno Salvatore**

Distretto Sanitario 63 Cava dei Tirreni – Costa d'Amalfi  
Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) Costa d'Amalfi  
[s.ferrigno@aslsalerno.it](mailto:s.ferrigno@aslsalerno.it)

**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 1831 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).



Prescrizioni farmacologiche

**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 demente.

## Introduzione

La letteratura mostra che il **rischio di decline cognitivo** aumenta con il peggiorare delle condizioni cliniche organiche dei soggetti (**multicomorbidità**). In questi pazienti sono necessari una **valutazione e un intervento di tipo multidisciplinare**. Nel tempo questi pazienti mostrano **complessi problemi di cura** che riguardano gli **operatori sanitari** e i **familiari**. La ricerca dimostra che la **combinazione di training cognitivi e motori** sembra migliorare o mantenere le funzioni cognitive in maniera superior rispetto ad un singolo tipo di intervento.

Questo protocollo ha lo scopo di valutare se un intervento multidominio mirato ai pazienti con declino cognitivo secondario a cerebrovasculopatia o ad altra condizione medica (DSM V): **A)** identificare se il paziente è affetto da questa condizione (fase di screening e diagnostica); **B)** valutare l'efficacia di protocolli riabilitativi (fase di intervento): 1.training motorio (MT), 2.training cognitivo carta-matita e motorio (P-CT+MT), 3.training cognitivo digitale e motorio (D-CT+MT).

## Materiali e metodi

### Partecipanti

17 pazienti di ICS Maugeri IRCCS  
CDCD Montescano (PV).

#### ● Criteri di inclusione:

- ✓ Età: 65-80 anni, declino cognitivo, esordio della sintomatologia < 12 mesi, CDR ≤ 1, espressione di consenso informato allo studio.

#### ⊗ Criteri di esclusione:

- X Altre patologie neurologiche che coinvolgano la sfera cognitiva, storia di abuso di alcool, compenso organico severo, patologia psichiatrica severa, deficit sensoriali severi, soggetti analfabeti, partecipazione ad altri training nei 6 mesi precedenti lo studio, interventi farmacologici nel mese precedente.

### Materiali

Pazienti ambulatoriali sottoposti a **screening multidimensionale** comprendente valutazioni cliniche, neuropsicologiche, psicologiche, relative alla qualità di vita correlata alla salute, funzionali, motorie, correlate al burden del caregiver.

**T<sub>0</sub> (Valutazione basale):** raccolta dati, criteri inclusione/esclusione, randomizzazione (3 gruppi di training):



MOTORIO



PAPER-BASED



COMPUTER-BASED

**T<sub>1</sub> (Follow up post-training):** misure di outcome dopo 8 settimane di training

Lo studio è stato registrato su:

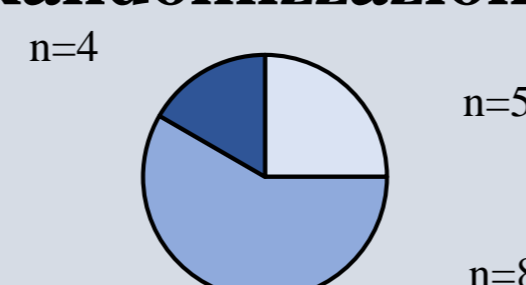
ClinicalTrials.gov: <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05954741>.

## Risultati

Sono stati arruolati 17 apzienti comorbidi

**Pazienti:**  
**74.3±5.4 anni**  
**9.1±5.0 anni di scolarità**  
**36% F, 64% M sesso**

### Randomizzazione

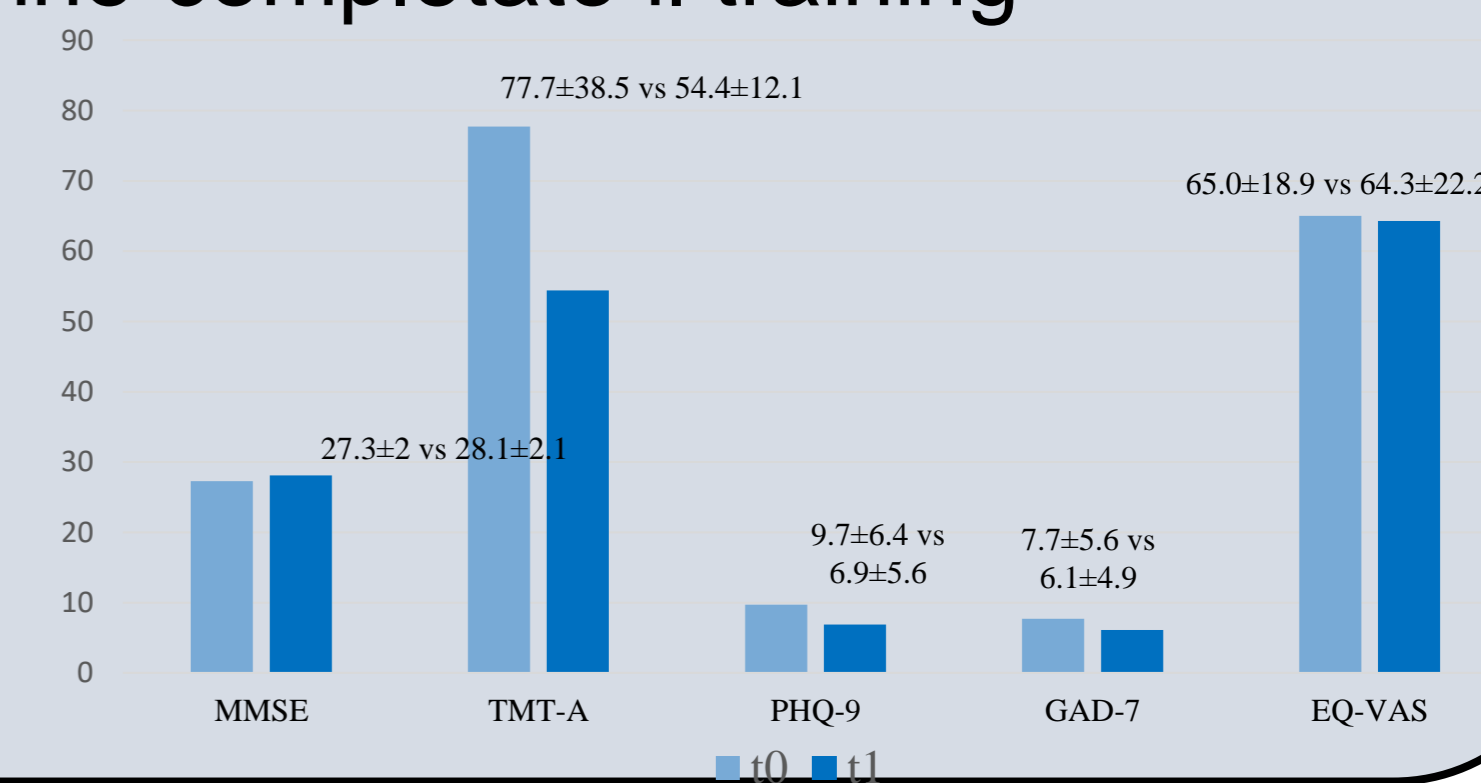


- Motor
- Motor and paper-based cognitive training
- Motor and computer-based cognitive training

### Analisi statistica

IBM SPSS Statistics (version 27.0)

Lo studio è in corso e nello schema sottostante sono rappresentati i 10 pazienti che hanno completato il training



## Conclusioni

Sebbene questi dati preliminary siano qualitativamente incoraggianti, il campione limitato di soggetti non consente di esprimere risultati stasticamente significativi. Questo protocollo ha lo scopo di evidenziare la complessità del declino cognitivo in comorbidità attraverso un approccio multidimensionale, consentendo riflessioni che possono condurre ad interventi futuri atti a migliorare la qualità di vita in questa popolazione clinica fragile così che il training cognitive possa essere un promettente fattore protettivo contro il declino cognitivo. Se I dati preliminary saranno confermati, sarebbe desiderabile implementare programmi riabilitativi multidisciplinari che siano individualizzati e adattabili all'evoluzione della malattia

### Riferimenti bibliografici

- Astell, A. J et al. (2019). Technology and Dementia: The Future is Now. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 47(3), 131. <https://doi.org/10.1159/000497800>
- Panza, F. et al. (2018). Different Cognitive Frailty Models and Health- and Cognitive-related Outcomes in Older Age: From Epidemiology to Prevention. *Journal of Alzheimer's Disease*, 62(3), 993. <https://doi.org/10.3233/JAD-170963>
- Walston, J. et al. (2018). Frailty Screening and Interventions: Considerations for Clinical Practice. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(1), 25. <https://doi.org/10.1016/J.CGER.2017.09.004>

### Informazioni

cira.fundaro@icsmaugeri.it

# INTERVENTI DI ASSISTENZA AL PASTO DELLA PERSONA CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO: REVISIONE NARRATIVA.



Galli FL<sup>1</sup>, Simoni M<sup>2</sup>, Reverberi C<sup>3</sup>, Gollin D<sup>2</sup>; Lovato G<sup>4</sup>, Rossetto T<sup>5</sup>

1 Logopedista, Università Politecnica delle Marche, Ancona

2 Logopedista, Azienda Ospedale Università di Padova

3 Logopedista, Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia

4 Logopedista, Azienda ULSS 6 Euganea Ospedale di Camposampiero

5 Logopedista, Federazione Logopedisti Italiani

## 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 multicomponentziali. 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 (Beattie et al., 2004; Cleary et al., 2012). 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 (Batchelor-Murphy et al., 2015; Jung et al., 2020; Wu et al.; 2018). 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 (Chang et al., 2010; Charras et al., 2010; Ho et al. 2011; Mc Hugh et al., 2012; Thomas & Smith, 2009), 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 multicomponentziali 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 (Cartwright et al. 2022; Rehman et al., 2023; Wu et al.; 2014).

## 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 complicità, favorire percorsi nelle strutture residenziali e migliorare l'esperienza del pasto nelle persone con declino cognitivo.

### BIBLIOGRAFIA

- Beattie ERA, Algase DL, Song J. Behavioral symptoms of dementia: their measurement and intervention. Keeping wandering nursing home residents at the table: improving food intake using a behavioral communication intervention. *Aging Ment Health*. 2004; 8: 109–116.
- Batchelor-Murphy M, Amella EJ, Zapka J, Mueller M, Beck C. Feasibility of a web-based dementia feeding skills training program for nursing home staff. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2015; 36: 212–218.
- Cartwright J, Roberts K, Oliver E, Bennett M, Whitworth A. Montessori mealtimes for dementia: A pathway to person-centred care. *Dementia*. 2022; 21: 1098–1119.
- Cleary S, Hopper T, van Soest D. Reminiscence therapy, mealtimes and improving intake in residents with dementia. *Canadian Nursing Home*. 2012; 23: 8–13.
- Chang F-Y, Huang H-C, Lin K-C, Lin L-C. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2010; 19: 939–948.
- Charras K, Fre'montier M. Sharing Meals With Institutionalized People With Dementia: A Natural Experiment. *J Gerontol Soc Work*. 2010; 53: 436–448.
- Ho S-Y, Lai H-L, Jeng S-Y, Tang C, Sung H-C, Chen P-W. The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25:e49–e55.
- Jung D, De Gagne JC, Lee M, Lee H, Lee K, Choi E, et al. Feasibility of a Mobile Meal Assistance Program for Direct Care Workers in Long-Term Care Facilities in South Korea. *Clin Interv Aging*. 2020; Volume 15: 2019–2029.
- McHugh L, Gardstrom S, Hiller J, Brewer M, Diestelkamp WS. The Effect of Pre-Meal, Vocal Re-Creative Music Therapy on Nutritional Intake of Residents with Alzheimer's Disease and Related Dementias: A Pilot Study. *Music Ther Perspect*. 2012; 30: 32–42.
- Rehman S, Likupe G, McFarland A, Watson R. Evaluating a brief intervention for mealtime difficulty on older adults with dementia. *Nurs Open*. 2023; 10: 182–194.
- Thomas DW, Smith M. The Effect of Music on Caloric Consumption Among Nursing Home Residents with Dementia of the Alzheimer's Type. *Act Adapt Aging*. 2009; 33: 1–16.
- Wu HS, Lin LC, Wu SC, Lin KN, Liu HC. The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia. *J Adv Nurs*. 2014; 70: 1891–1901.
- Wu S, Morrison JM, Dunn-Ridgeway H, Vucea V, Iuglio S, Keller H. Mixed methods developmental evaluation of the CHOICE program: a relationship-centred mealtime intervention for long-term care. *BMC Geriatr*. 2018; 18: 277.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024





## TMS NUOVE FRONTIERE DELLE TERAPIE COGNITIVE NELLA M.A

AUTORI: Gucciardino L; Chillemi G., La Sala P., Sgarito C.  
CD.CD. Asp 1 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 la riattivazione delle sinapsi e dei neuroni la cui eccitabilità è ipertattiva 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 ds, area che risulta essere controlaterale all'area prefrontale dorsolaterale sn che da letteratura risulta essere iperattiva nei soggetti con MA. Questa regione è collocata in porzione estesa del cervello facilmente individuabile. E' 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.

### Risultati

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



### Metodi

Soggetti reclutati MCI con MMSE 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 (FAB), Montreal cognitive assessment (MoCa), Esame Neuropsicologico Breve (ENB), Geriatric Depression Scale GDS e Short Form Health Survey 36 (SF-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.



### Conclusioni

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

**AUTORI:** Gucciardino L., La Sala P., Cinquemani T., Chillemi G., Pecoraro E.  
CD.CD. ASP 1 AG

**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. 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.

**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;**



**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



## 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





<sup>1</sup>Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, Ospedale Luigi Sacco, Milano

<sup>3</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS, 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, adattare in italiano e validare due strumenti di *case-finding*: il **Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC)** e il **Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q)**, i quali hanno dimostrato eccellenti capacità discriminative per la demenza e il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) in popolazioni multiculturali, in diversi Paesi Europei ed in differenti setting assistenziali.

## PER VISIONARE I QUESTIONARI



Basic



Basic-Q

## MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto secondo il seguente framework metodologico

### Step 1: FORWARD TRASLATION

Due traduttori professionisti nativi italiani, uno con background medico e uno senza, si sono occupati della traduzione del test

### Step 2: SINTESI

Un terzo traduttore indipendente bilingue ha confrontato le due versioni per ottenerne una nuova comune finale

### Step 3: BACKWARD TRASLATION

Due traduttori professionisti «non informati» hanno eseguito una retrotraduzione dall'italiano all'inglese

### Step 4: CONSENSO

Le due versioni retrotradotte sono poi state confrontate con le versioni originali da un comitato multidisciplinare composto da: un metodologo, un professionista sanitario esperto di valutazione cognitiva, tutti e quattro i traduttori e gli sviluppatori del test

### Step 5: COGNITIVE DEBRIFING

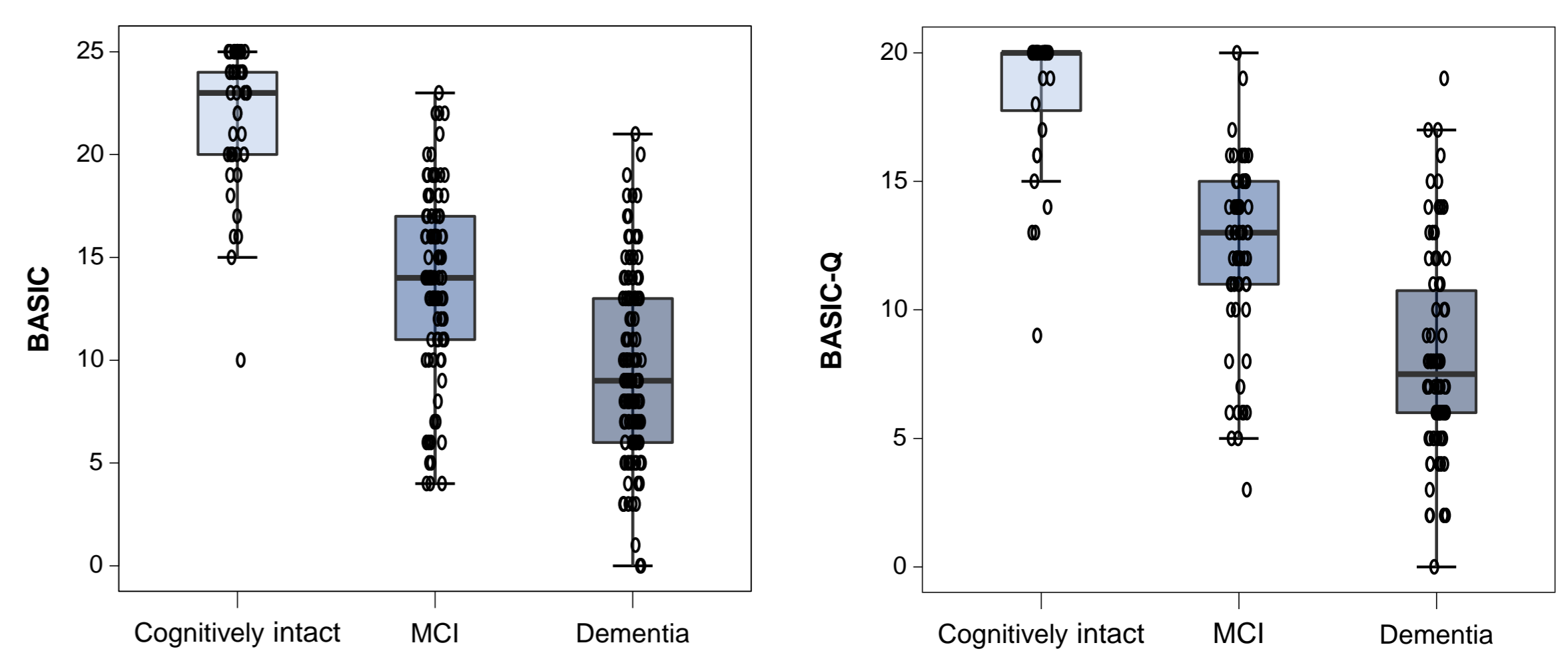
Le versioni italiane del test saranno testate per verificarne la comprensibilità e la chiarezza in studi pilota che coinvolgono un campione di circa 40 anziani italiani, MCI e affetti da demenza

## RISULTATI

	Cognitivamente Sani (n=42)	MCI (n=88)	Demenza (n=116)	p
<b>Età, anni</b>				<0.001
Mediana (IQR)	66.5 (19.8)	75.0 (11.0)	79.0 (8.0)	
Range	44.0 - 91.0	28.0 - 89.0	57.0 - 93.0	
<b>Sesso, N (%)</b>				0.56
Donne	24 (57.1)	45 (51.1)	68 (58.6)	
Uomini	18 (42.9)	43 (48.9)	48 (41.4)	
<b>Educazione (anni)</b>				<0.001
Mediana (IQR)	13.0 (5.0)	13.0 (5.0)	8.0 (8.0)	
Range	4.0 - 18.0	3.0-18.0	0-18.0	
<b>Storia di Migrazione</b>	0 (0.0)	3 (3.4)	2 (1.7)	0.63
<b>MMSE</b>				
Mediana (IQR)	29.0 (2.0)	25.5 (5.0)	18.0 (6.0)	
Range	25.0 - 30.0	1.0 - 30.0	2.0 - 28.0	
<b>BASIC (n=246)</b>				<0.001
Mediana (IQR)	23.0 (4.0)	14.0 (6.0)	9.0 (7.0)	
Range	10.0 - 25.0	4.0 - 23.0	0 - 21.0	
<b>BASIC-Q (n=173)</b>				<0.001
Mediana (IQR)	20.0 (2.3)	13.0 (4.0)	7.5 (4.8)	
Range	9.0 - 20.0	3.0 - 20.9	0 - 19.0	

**Table 1.** Caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti in relazione al loro stato cognitivo

## RISULTATI (2)



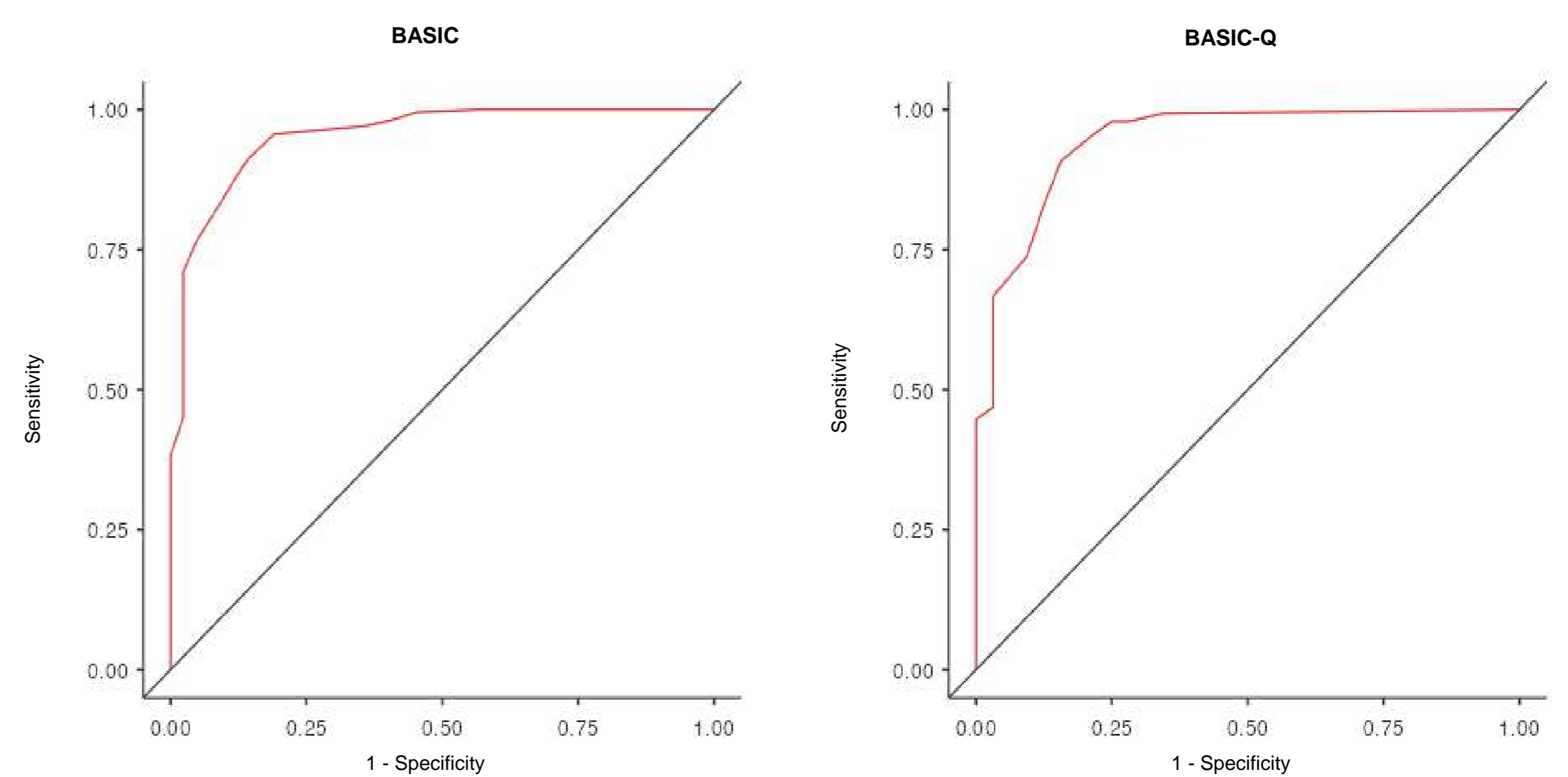
**Figure 1.** Boxplots delle distribuzioni dei punteggi di BASIC e BASIC-Q in relazione allo stato cognitivo dei pazienti.

## RISULTATI (3)

	Age	Education	BASIC	BASIC-Q	MMSE
Age					
Education	-0.36***		0.16*	0.22**	0.38***
BASIC	-0.36***	0.16*		0.91***	0.76***
BASIC-Q	-0.35***	0.22**	0.91***		0.79***
MMSE	-0.41***	0.38***	0.76***	0.79***	

**Figure 2.** Matrice di correlazione di Spearman tra il BASIC e il BASIC-Q con altre variabili sociodemografiche e cognitive.

## RISULTATI (4)



**Figure 3.** Curve ROC per il BASIC e BASIC-Q per il rilevamento del deterioramento cognitivo (ovvero MCI o demenza vs. normalità cognitiva)

## CONCLUSIONI

Il BASIC e il BASIC-Q si sono rivelati validi strumenti di *case-finding* per il deterioramento cognitivo nella popolazione multiculturale italiana.

XVII Convegno

«I CDCD e la gestione integrata della demenza»

18-19 novembre 2024



# ACCOGLIENZA E RESIDENZIALITA' NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI IN ITALIA

Roberta Vaccaro<sup>a,e</sup>, Patrizia Lorenzini<sup>b</sup>, Emanuela Salvic<sup>c</sup>, Francesco Giaquinto<sup>d</sup>, Giulia Carnevale<sup>e</sup>, Fabio Matascio<sup>f</sup>, Massimo Corbo<sup>g</sup>, Nicoletta Locuratolo<sup>b</sup>, Nicola Vanacore<sup>b</sup>, Ilaria Bacigalupo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Laboratori scientifico-culturali, Centro di terapia cognitiva, Como (Italia); <sup>b</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; <sup>c</sup>Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione preclinica e clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma; <sup>d</sup>Laboratorio di Psicologia Applicata e Intervento, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce; <sup>e</sup>Gruppo di studio FONDEM sul Tavolo Permanente sulle Demenze, Istituto Superiore di Sanità, Roma; <sup>f</sup>Cooperativa Sociale TAM Onlus, San Giorgio a Cremano, Napoli; <sup>g</sup> Dipartimento di Neurologia, Casa di Cura Villa Igea, Milano

## INTRODUZIONE

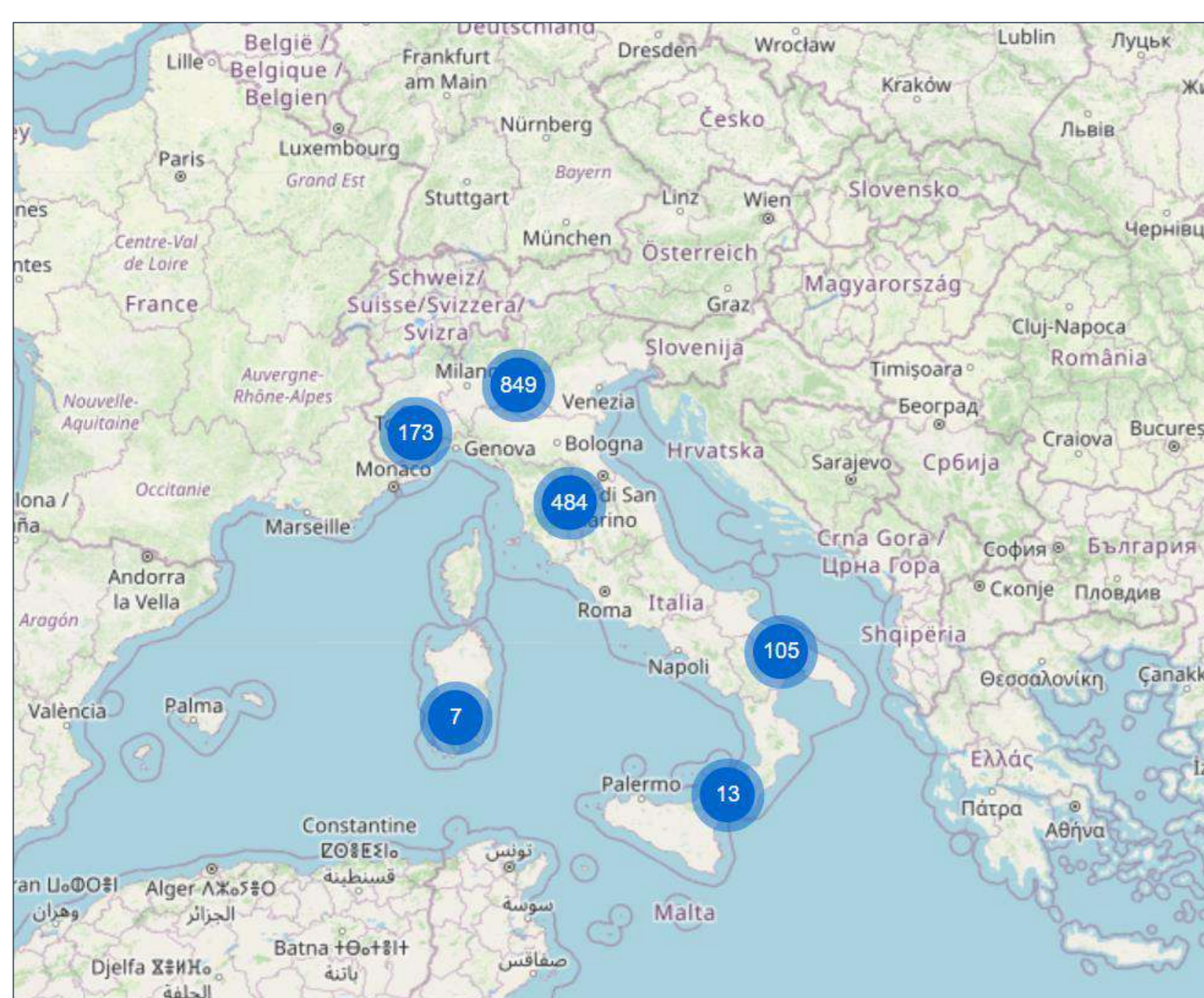
Il Fondo Italiano per l'Alzheimer e le Demenze ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità l'aggiornamento della mappa dei servizi per la persona affetta da demenza. In particolare, è stata condotta una survey rivolta alle Residenze Sanitarie Assistenziali in Italia.

## METODI

Ciascuna regione ha fornito l'elenco delle Residenze Sanitarie Assistenziali cui è stato chiesto di compilare un **questionario on line** composto da una **scheda anagrafica** e una **scheda raccolta dati** relativa ad accessi, caratteristiche dell'utenza, organizzazione, servizi e trattamenti forniti.

## RISULTATI

Hanno partecipato 1.671 su un totale di 3607 RSA (tasso di risposta 46,3%). Di queste, 1109 hanno compilato entrambe le schede.



**Ricerca un servizio**

SCEGLI UNA TIPOLOGIA

Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

Centri Diurni/ Centri Diurni Integrati

Strutture Residenziali

Scrivi nome o località

Seleziona una regione

Seleziona una provincia

Si tratta prevalentemente di RSA territoriali (92,3%) e private convenzionate (94,7%). Le strutture classificate come R2D [cure estensive per pazienti ad elevata instabilità clinica (Nuclei Speciali Alzheimer)] sono circa 1/5 e più frequenti al Centro Italia.

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, i residenti senza e con demenza in carico nel 2019 sono più numerosi 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 ADL (86,3%), MMSE (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.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# Allenare le funzioni cognitive con hOLDER - protocollo per uno studio di usabilità

\*Matascioli Fabio<sup>1</sup>, \*Atripaldi Danilo<sup>1,2</sup>, Guasco Noemi<sup>1</sup>, Borroso, Agostino<sup>1</sup>, Scognamiglio Martina<sup>1</sup>, Colalillo Guglielmo<sup>1</sup>, Tessitore Alessandro<sup>2,3</sup>, Esposito, Sabrina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Associazione TAM – Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano (NA)

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli”, Napoli

<sup>3</sup>Prima Clinica Neurologica e Neurofisiopatologia - Azienda Ospedaliera Universitaria “Luigi Vanvitelli”, Napoli

\*Gli autori hanno contribuito equamente alla stesura del contributo

## 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 (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 attesi:

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.

Tempo in settimane	1	1-4	5
Valutazione anamnestica	X		
GP-COG	X		
Training cognitivo		X	
SUS / NPS			X

## Bibliografia:

- Hong, J. S., Wasden, C., & Han, D. H. (2021). Introduction of digital therapeutics. *Computer methods and programs in biomedicine*, 209, 106319.

- Maqbool, B., & Herold, S. (2023). Potential effectiveness and efficiency issues in usability evaluation within digital health: A systematic literature review. *Journal of Systems and Software*, 111881.

- Maramba, I., Chatterjee, A., & Newman, C. (2019). Methods of usability testing in the development of eHealth applications: a scoping review. *International journal of medical informatics*, 126, 95-104.

- Pirani, A., Benini, L., Codeluppi, P. L., Ricci, C., Casatta, L., Lovascio, S., ... & Brignoli, O. (2017). Il GPCog nel case-finding del deterioramento cognitivo in Medicina Generale: esperienze nella pratica ambulatoriale. *Prevenzione cardiovascolare nuove carte del rischio: un'esigenza condivisa*, 20.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# Survey sui servizi diurni che accolgono persone con demenza

Matascioli Fabio (a), Lorenzini Patrizia (b), Salvi Emanuela (c), Giaquinto F. (d), Carnevale G. (e), Vaccaro R. (f), Corbo M. (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 del Salento, Lecce

e) Psicologa Roma

f) Laboratori scientifici culturali, Centro Terapia Cognitiva (CTC), 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).

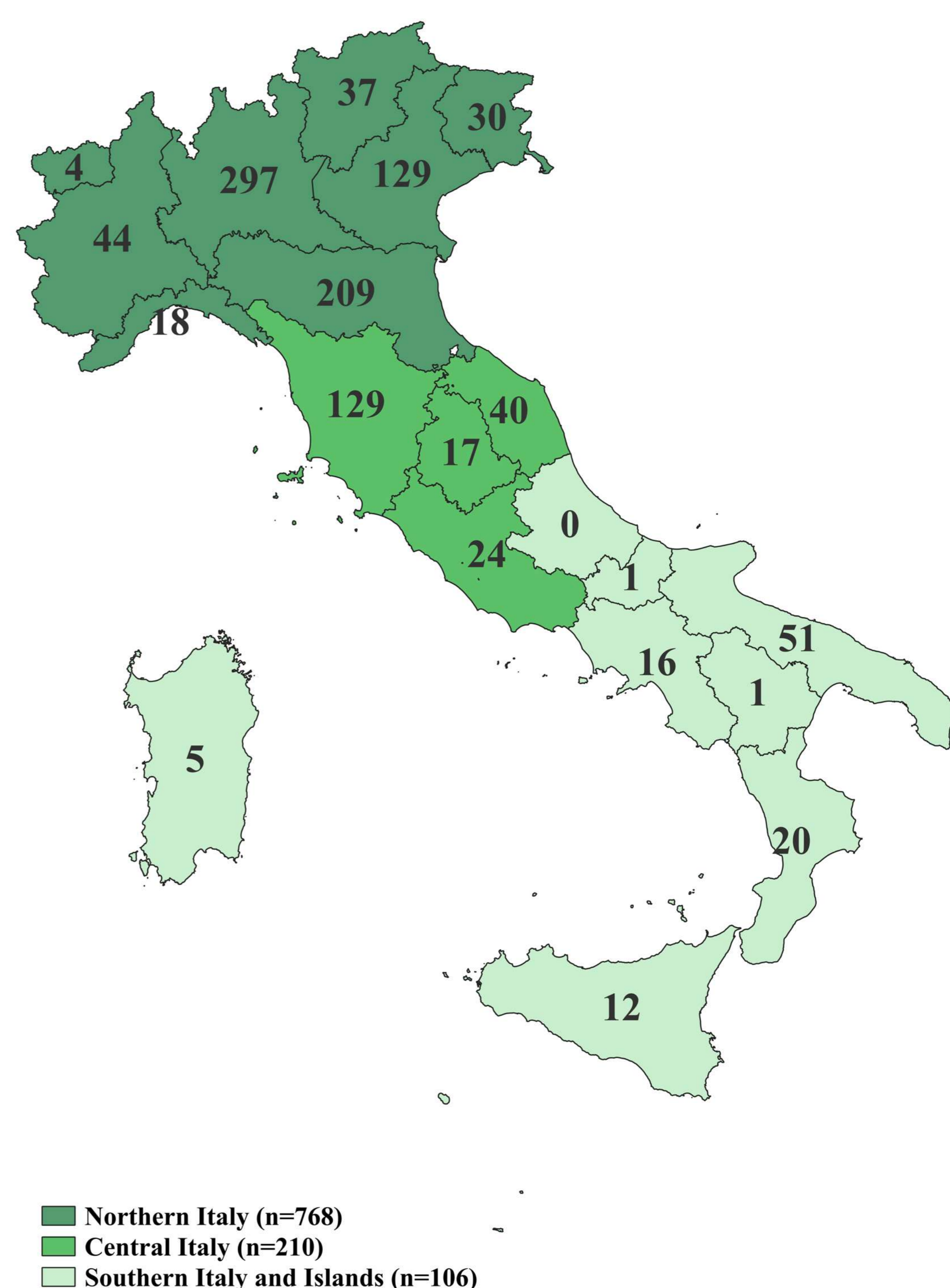
**Metodi.** L'elenco dei centri diurni per anziani è stato richiesto a i referenti regionali per le demenze. È stato sviluppato un questionario su una piattaforma on line contenente informazioni sulle caratteristiche organizzative e sui servizi e trattamenti offerti nelle strutture. La survey è stata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



**Osservatorio Demenze**  
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



MAPPA DEI SERVIZI



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# L'ASSENZA DI MEMORIA A BREVE NON CANCELLA LA PERSONA E LA SUA DIGNITA'

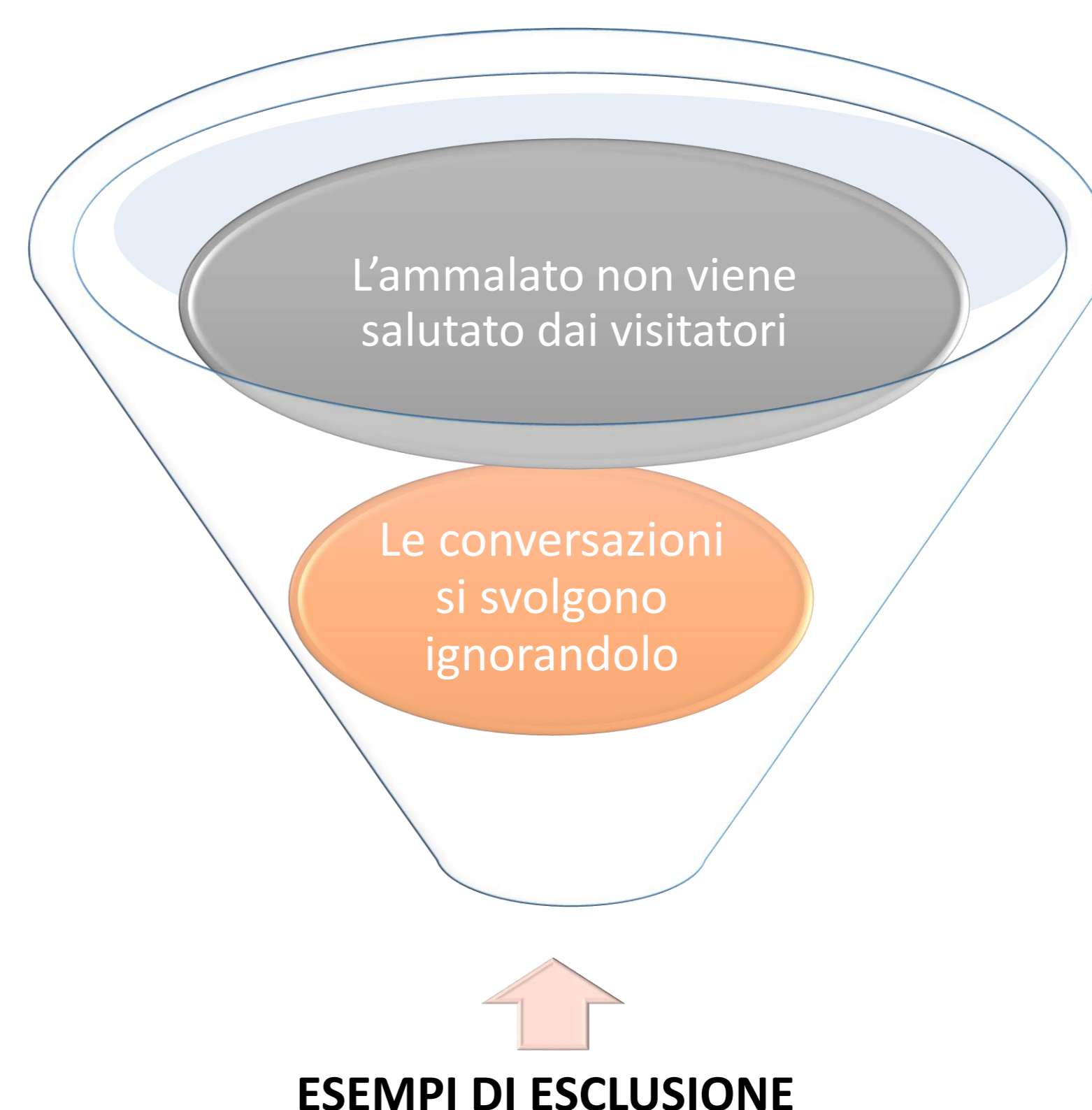
di Luigi Mazzillo  
Alzheimer Uniti, Roma

## 1. L'assenza di memoria a breve non impedisce all'ammalato di sentirsi escluso od ignorato

È fallace il convincimento che, mancando nell'ammalato di Alzheimer la memoria a breve, non si formino e non restino in lui – anche a distanza di tempo - tracce di consapevolezza e di reazione a comportamenti di sua non inclusione nessun danno comporti, quindi, l'eventuale mancanza di attenzione nei suoi riguardi.

### Esempi di esclusione

- Non viene salutato dai visitatori (familiari, amici)
- Le conversazioni si svolgono ignorandolo



Gruppo di sostegno psicologico  
Alzheimer Uniti



Confronto di osservazioni ed esperienze

## 2. Come verificare la fondatezza dell'assunto

- con la lettura dei segnali percepibili dalle comunicazioni verbali e dai comportamenti con i quali l'ammalato, anche a distanza di tempo, reagisce, risponde, si esprime, comunica;
- confrontando i risultati delle osservazioni personali con quelli di altri caregiver.

### Esempio di sede di confronto delle osservazioni

- Gruppo di sostegno psicologico Alzheimer Uniti, Roma

## 3. Pur in assenza di memoria a breve, è riscontrabile nell'ammalato la formazione e la permanenza di sottofondi duraturi di memoria e la loro emersione a livello comunicativo

Che l'ammalato non solo percepisce, ma anche, a suo modo, "memorizza" di essere stato ripetutamente ignorato o di essere stato invece incluso da persone che frequentano la sua casa è reso evidente da:

- comunicazioni verbali
- manifestazioni, rispettivamente, di tristezza o di gioia, ovvero di gradimento o di freddezza verso le persone

### Esempi di emersione di sottofondi di memoria

- Nessuno viene per me!
- Nessuno mi dice mai niente!
- È venuto. È una bella persona!
- Sei meraviglioso e ti voglio bene!

## ESEMPI DI EMERSIONE DI SOTTOFONDI DI MEMORIA

Nessuno viene per me!

Nessuno mi dice mai niente!

È venuto. È una bella persona!

Sei meraviglioso e ti voglio bene!

## 4. Rispettare la dignità umana dell'ammalato

Si può concludere che:

- la persona con Alzheimer anche grave
  - conserva nel profondo qualche forma di capacità di comprendere e di memorizzare
  - può ancora provare sentimenti
  - vivere momenti, di felicità o di vera tristezza, a seconda che venga trattata, oppure no, come "persona"
  - trova il modo di comunicarlo
- all'ammalato di Alzheimer va prestata attenzione e tempo, comunicando positivamente con lui
  - a livello verbale,
  - ma anche non verbale (contatto visivo e fisico, gestualità)
  - e soprattutto con i comportamenti



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# L'UTILIZZO DELLA MUSICA COME ELEMENTO INTEGRATIVO NEL MODELLO DI CURA GENTLE CARE

Daniele Molteni, Marco Cannata, Susanna Zibardi,  
Benedetta Cerasoli, Chiara Cutaia.

Nucleo Riabilitativo Alzheimer di Cure Intermedie

Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Abbiategrasso (MI).



## VALUTAZIONE GLOBALE EFFICACIA



IN PARTICOLARE AL  
MATTINO E  
DURANTE ATTIVITA'  
RICREATIVE (evitare  
durante i pasti).

EFFETTI NEGATIVI LIMITATI:  
MUSICA NON ADEGUATA O VOLUMI  
TROPPO ALTI POSSONO CREARE  
CONFUSIONE E IRRITABILITA'

## BENEFICI OSSERVATI

70% MIGLIORAMENTO UMORE

65% RIDUZIONE AGITAZIONE

50% AUMENTO  
PARTECIPAZIONE ATTIVITA'

40% MIGLIORAMENTO  
INTERAZIONE SOCIALE

0% NESSUN CAMBIAMENTO  
OSSERVATO

## MUSICA E OPERATORI

- Strumento di riduzione dello **stress**.
- Migliora le **relazioni** interpersonali e facilita la centratura durante il lavoro.
- Rende l'**ambiente** lavorativo più sereno e piacevole.

## INTRODUZIONE

### GENTLE CARE E RUOLO DELLA MUSICA

- L'**ambiente protesico** è un supporto fondamentale per migliorare la qualità della vita della persona con demenza.
- La **musica** ne è parte integrante e contribuisce a ridurre i **disturbi comportamentali**, migliorare il **benessere** dei **pazienti**, dei **familiari** e facilitare il lavoro degli **operatori**.

## OBIETTIVO

Capire meglio l'utilità della musica rispetto al livello di **benessere** su **pazienti**, **familiari** e **operatori**.

## METODOLOGIA

- **RIFLESSIONI QUALITATIVE**
  - Osservazione diretta.
  - Mini survey su 20 operatori.
- **SELEZIONE DELLA MUSICA**
  - **Brani personalizzati** per i pazienti, con il coinvolgimento dei caregiver, in base agli obiettivi.
  - **Regolazione attenta di volume e durata** per evitare effetti negativi.
- **INTEGRAZIONE NELLA GIORNATA**
  - **Momenti chiave:** risveglio, igiene, pasti, attività riabilitative.
  - **Coinvolgimento del team:** utilizzo della musica adattato a esigenze e competenze specifiche.
- **RUOLO DEI PROFESSIONISTI**
  - **Musicoterapeuta:** sessioni individuali o di gruppo con finalità riabilitativa/terapeutica
  - **Terapisti occupazionali e fisioterapisti:** supporto ad attività strutturate.
  - **Operatori sociosanitari:** musica come sottofondo e per facilitare attività quotidiane o assistenziali.

## CONCLUSIONI

L'uso consapevole della musica emerge come una pratica positiva per migliorare il **benessere** psicologico e sociale dei pazienti, specialmente in momenti di attività ricreativa e nella fascia mattutina.

Gli **operatori** percepiscono la musica come uno strumento che alleggerisce il carico di lavoro, **riduce lo stress** e crea un **ambiente più sereno e collaborativo**.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata  
della demenza»  
18-19 novembre 2024





# COMUNICAZIONE EFFICACE PER LA GESTIONE DELLA DEMENZA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA PER UNA RICERCA SPERIMENTALE



**INTRODUZIONE** La demenza è una sindrome caratterizzata da deficit cognitivi, come problemi di memoria e linguaggio, spesso associati a disturbi comportamentali e della personalità. Questi sintomi si manifestano durante attività quotidiane, come la cura personale e l'alimentazione, e possono generare rabbia e aggressività a causa di confusione o percezione di minaccia da parte del paziente. Strategie di comunicazione efficaci possono ridurre i disturbi comportamentali e alleviare lo stress degli operatori sanitari durante l'assistenza.

**METODI:** è stata effettuata una revisione della letteratura edita sull'argomento, dal 1990 al 2024, consultando in modo prevalente PubMed e Google Scholar, Researchgate e Semantic Scholar

## RISULTATI

Gli studi dimostrano che strategie di comunicazione efficaci, come contatto visivo, tono pacato e affermazioni semplici, migliorano la gestione dei pazienti con demenza.

Evitare domande complesse e rimproveri riduce stress e confusione.

L'uso di gesti, ripetizioni e coerenza tra parole e linguaggio del corpo facilita la comprensione e il benessere del paziente.



**CONCLUSIONI:** La revisione degli studi esistenti suggerisce che la comunicazione assertiva possa contribuire a ridurre i disturbi comportamentali nei pazienti con demenza.

Uno studio pilota sarà condotto presso la Casa di Cura Villa Pacis Sant'Andrea (Capo d'Orlando, Messina), coinvolgendo 10 operatori sanitari e 11 ospiti con demenza di diversa eziologia. Nella fase preliminare, saranno utilizzate scale di osservazione personalizzate per valutare tipologia, intensità e frequenza dei disturbi, mentre una versione ridotta della scala SIB misurerà le capacità assertive degli operatori.

L'intervento consisterà in un corso di formazione di 5 incontri, che includeranno teoria ed esercitazioni pratiche. Alla fine della ricerca, verranno ripetute le misurazioni per valutare i miglioramenti sia nei disturbi comportamentali che nelle competenze assertive.



Gruppo Villa Pacis - Casa di riposo Villa Pacis Sant'Andrea (Capo d'Orlando)  
Dott.ssa Carmen MUSCA



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



# ANALISI RETROSPETTIVA SULL'IMPATTO DELL'ANEMIA E DEI BPSD NELLE CADUTE IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI IN UNA R.S.A.

Loris Pelucchi, Stefania Gallo, Laura Boniforti, Vanna Grassi, Rocco Durante, Stefania, Arienti, Marco Vignati

R.S.A. "S. Pertini" Garbagnate Milanese – ASST RHODENSE

**Introduzione** - L'anemia ed i disturbi del comportamento (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.

**Scopo** - 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 R.S.A. "S. Pertini" di Garbagnate Milanese (MI) – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (A.S.S.T.)

## Materiali e Metodi -

Cadute accidentali verificate nel periodo gennaio 2014 - giugno 2024	1344
Media di cadute all'anno	128

Le comparazioni tra gruppi sono state effettuate mediante  $t$ -test di Student o del  $\chi$ -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.

Caratteristiche degli ospiti	
Età media	85,33 ± 3,67
Funzioni cognitive MMSE (media)	8,09/30 ± 1,69
Gravità (CDR) (media)	2.59 ± 1,03
NPI-UCLA (media)	13,11 ± 8,41
Scala Tinetti (media)	12,74 ± 1,82
Indice Barthel (BI) (media)	40,19 ± 3,11
Comportabilità (SIRS)	
Indice severità (media)	2.57 ± 0,58
Indice di comorbilità (media)	2.97 ± 1.25

**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 ± 2.19** ed il punteggio medio della scala di Tinetti era di **13.04 ± 1.82**.

### All'analisi di regressione lineare il punteggio della scala di Tinetti è risultato direttamente correlato

Emoglobina (Hb)	$r = 0,357, P < 0,0001$
BPSD	$r = 0,348, P > 0,0001$

### All'analisi di regressione lineare il punteggio della scala di Tinetti è risultato inersamente correlato

Età	$r = 0,2147, P=0,012$
Presenza di patologie cardiovascolari	$r = 0,368, P<0,0001$
Decadimento cognitivo	$r = 0,3017, P<0,0001$

All'analisi di regressione multipla l'Hb ed 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%**.

**Conclusione** - 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 S.N.C., 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.

lpelucchi@asst-rhodense.it



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



## 1 INTRODUZIONE

Nonostante la sfiducia di molti clinici riguardo alle possibilità di un trattamento riabilitativo in casi di patologie neurodegenerative, svariati studi hanno dimostrato i benefici del trattamento del linguaggio nell'Afasia Primaria Progressiva (Primary Progressive Aphasia - PPA) [1,2], con la possibilità di apprendere strategie per mantenere e, talvolta, migliorare le possibilità comunicative dell'individuo. Sono stati, inoltre, osservati effetti duraturi nel tempo [3] e cambiamenti a livello neurale in seguito a un trattamento riabilitativo in soggetti con PPA [4].

### OBIETTIVO

L'obiettivo del presente lavoro è evidenziare gli effetti positivi di un trattamento con approccio neuropsicologico rivolto alle persone con Afasia Primaria Progressiva.

## 2 METODI

- 12 soggetti di età compresa tra 61 e 81 anni, con diverse varianti di PPA:
  - 10 lvPPA
  - 1 ag/nfvPPA
  - 1 svPPA
- Ai soggetti è stato proposto un ciclo di trattamento individuale della durata variabile da un minimo di 8 a un massimo di 16 sedute (in base alla gravità del quadro clinico e all'efficacia del trattamento sul singolo paziente), una volta a settimana; ciascuna seduta prevedeva le seguenti fasi:

1 **Condivisione e rfigurazione dei vissuti emotivi del paziente**

2 **Un esercizio di attivazione (per stimolare l'allerta fasico)**

3 **Training di stimolazione di attenzione, memoria di lavoro verbale e linguaggio**

- 4 dei 10 pazienti con quadro di lvPPA hanno partecipato anche a un ciclo di trattamento di gruppo di 8 sedute, una volta a settimana;
- sono state eseguite due valutazioni pre- e post-trattamento con test standardizzati (ENPA, BADA, Descrizione di figura della SAND, Test delle Matrici Attentive, VOSP) in un periodo di tempo compreso fra 3 e 6 mesi;
- al termine del ciclo di trattamento è stato somministrato un breve questionario focalizzato su quattro domini:
  - comunicazione
  - relazioni sociali
  - attività quotidiane
  - umore

dove pazienti e caregivers potevano indicare i cambiamenti percepiti dopo il trattamento.

## 3 RISULTATI

- Ai test neuropsicologici è stato osservato, in generale, un complessivo mantenimento delle abilità linguistiche dopo il trattamento.
- Ai questionari proposti:
  - 6 pazienti hanno riferito un miglioramento in tutti i domini indagati (comunicazione, relazioni sociali, svolgimento attività quotidiane, umore);
  - 3 pazienti, hanno riferito un miglioramento nella comunicazione, nelle relazioni sociali, nello svolgimento attività quotidiane, ma non nel tono dell'umore;
  - 3 pazienti non hanno riferito cambiamenti.

I cambiamenti più evidenti sono stati osservati nei pazienti che hanno svolto anche le sessioni di gruppo.



Fig.1 cambiamenti riportati dai pazienti nei domini di: comunicazione, relazioni sociali, attività quotidiane, umore

## 4 CONCLUSIONI

Seppur con un numero limitato di pazienti e con una durata ridotta dei trattamenti, il presente lavoro suggerisce che un approccio neuropsicologico nel trattamento dell'Afasia Primaria Progressiva può 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. Sono in corso ulteriori studi per valutare gli effetti del trattamento in un arco di tempo maggiore.

## 3 BIBLIOGRAFIA

- [1] Henry, M.L., et al. (2008). "Treatment for lexical retrieval in progressive aphasia". *Aphasiology* 22 (7-8): 826-838.
- [2] Beeson, P.M., et al. (2011). "Positive Effects of Language Treatment for the Logopenic Variant of Primary Progressive Aphasia". *J. Mol. Neurosci.* 45(3): 724-736.
- [3] Meyer, A.M., et al. (2019). "Long-Term Maintenance of Anomia Treatment Effects in Primary Progressive Aphasia". *Neuropsychol. Rehabil.* 29(9): 1439-1463.
- [4] Jokel, R., et al. (2016). "Behavioural and neuroimaging changes after naming therapy for semantic variant primary progressive aphasia". *Neuropsychologia* 89: 191-216.

## LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELLA PERSONA CON DEMENZA

**Pinto K., Chiapparino C., Lograno C., Santoro D.,  
Lattanzio F., Montanaro R., Schino P.**

Associazione Alzheimer Bari – Casa Don Tonino Bello

### INTRODUZIONE

L'Associazione Alzheimer Bari nasce nel 2002 per supportare le persone con demenza e i caregiver che se ne prendono cura. Da allora migliaia di persone sono state seguite in un'ottica di presa in carico globale del nucleo familiare, attraverso la realizzazione di interventi mirati e specifici definiti sulla base delle diverse necessità. Infatti dal momento del primo contatto con l'Associazione, da parte del centro d'ascolto, viene definito un percorso volto a rispondere alle esigenze della specifica diade persona con demenza-caregiver. Inoltre attraverso l'attività promossa con la DFC l'associazione lavora sul territorio per sensibilizzare la cittadinanza sui bisogni e sulle esigenze delle persone con demenza attraverso un coinvolgimento attivo di commercianti, scuole, farmacisti, residenti, forze dell'ordine, ecc. Se la prima progettualità DFC (2019-2020) avvenuta durante il periodo Covid ha coinvolto e raggiunto circa 18.434, la seconda fase del progetto DFC estesa all'intera città metropolitana e attualmente in corso sembra presentare risultati incoraggianti.

### SCOPI

- Assicurare alla persona con demenza un percorso individualizzato di stimolazione cognitiva di gruppo o attività individuali;
- Prendere in carico il caregiver della persona con demenza, al fine di ridurre lo stress e migliorarne il benessere;
- Fornire alle famiglie una rete supportiva con i servizi presenti sul territorio;
- Sensibilizzare la cittadinanza sulle necessità ed esigenze delle persone con demenza.

**ALZHEIMER ITALIA BARI** **Dementia Friendly**

**IN LINEA - MENTE II Edizione:**  
**Esercizi cognitivi per un invecchiamento sano**  
**A partire dal 7 Febbraio**

Ogni Mercoledì dalle 10:00 alle 11:00 online su zoom

Iscriviti subito!  
Chiama 080 556.36.47 o scrivi a [alzheimerbari@libero.it](mailto:alzheimerbari@libero.it)

REGIONE PUGLIA

### METODO

Il primo contatto con l'utenza avviene attraverso il centro d'ascolto, dove i volontari, la maggior parte dei quali ex familiari, analizzano attentamente le richieste per orientare 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, al fine di raccogliere informazioni relative al profilo cognitivo e comportamentale, delineando una cura personalizzata attraverso il suggerimento di attività di stimolazione cognitiva di gruppo o di percorsi individuali. Viene raccolta la storia di vita, essenziale per personalizzare le attività. Grande attenzione viene rivolta al benessere dei caregiver, fornendo loro, attraverso il gruppo Amaryllis, (strutturalmente nato come Alzheimer Cafè), incontri plurisettimanali, finalizzati alla condivisione delle loro esperienze, all'offerta di supporto psicologico e di incontri di psicoeducazione. Dal 2019, l'estensione del progetto DFC a tutta la città metropolitana di Bari permette di promuovere attività di sensibilizzazione e di interazione, migliorando direttamente l'accesso ai servizi essenziali e la qualità di vita delle persone, con un impegno attivo nel ridurre lo stigma e nel ridurre l'isolamento sociale delle persone con demenza.

### 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 individuali. Analogamente sono state effettuate 93 valutazioni neuropsicologiche. I dati relativi all'ultima progettualità DFC - Bari Area Metropolitana sono in fase di elaborazione.

**ALZHEIMER ITALIA BARI** **Dementia Friendly**

**DA VENERDÌ 4 OTTOBRE TORNA IL PROGETTO PUZZLE**  
TUTTI INSIEME APPASSIONATA... MENTE!  
Stimolazione cognitiva di gruppo, esercizio fisico, della memoria procedurale e tanto c  
OGNI LUNEDÌ E VENERDÌ DALLE 16.45 ALLE 18.45  
presso CASA ALZHEIMER DON TONINO BELLO VIA PAPA BENEDETTO XIII, 21 - BARI

**Amaryllis Cafe**  
DA GIOVEDÌ 19 SETTEMBRE  
Tutti i lunedì e giovedì dalle 16.00 alle 18.00  
LABORATORI CREATIVI, STIMOLAZIONE COGNITIVA DI GRUPPO, ATTIVITÀ MUSICALE  
RIVOLTE A PERSONE CON DECADIMENTO COGNITIVO

**I SERVIZI SUL TERRITORIO**  
D.ssa Chiloiro  
Incontro di psicoeducazione per familiari e caregiver  
Giovedì 7 Marzo  
ORE 16:00  
Casa Alzheimer Don Tonino Bello  
Ingresso libero 080 556.36.47 [alzheimerbari@libero.it](mailto:alzheimerbari@libero.it)

**PROGETTO IRIS**  
Attività di stimolazione cognitiva e musicale di gruppo, laboratori di terapia occupazionale, creativi e di cucina, finalizzati a stimolare le capacità cognitive e a promuovere momenti di socializzazione e di benessere.  
DAL 1 OTTOBRE 2024 OGNI MARTEDÌ DALLE 09:50 ALLE 11:30  
presso Casa Alzheimer Don Tonino Bello via Papa Benedetto XIII, 21 - Bari  
Per informazioni contattare:  
• coordinamento.alzheimerbari@gmail.com  
• Dott.ssa De Carro Roberta 349/5045881  
• Dott.ssa Ventrella Alessandra 320/7648061

**SCENDO... I NOSTRI RICORDI**  
INGRESSO LIBERO  
ORE 9:00-12:30  
Casa Alzheimer Don Tonino Bello  
Ingresso libero 080 556.36.47 [alzheimerbari@libero.it](mailto:alzheimerbari@libero.it)

## XVII Convegno

«I CDCD e la gestione integrata della demenza»

18-19 novembre 2024



## La Stimolazione Cognitiva di gruppo in pazienti con Disturbo Neurocognitivo Lieve: l'esperienza della ASL Roma 3

Luca Pizzoni, Federica Di Matteo, Rita Bonanni, Andrea Cavalli, Raffaella Maria Scoyni, Giovanni Mancini.

Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), Distretti X e XII, ASL Roma 3.

### Introduzione

Il presente studio 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 un ciclo di 10 sedute di Stimolazione Cognitiva di gruppo.

Come misura del funzionamento cognitivo dei soggetti, sono state confrontate le medie dei punteggi ottenuti al test di screening Mini Mental State Examination (MMSE) all'inizio ( $\mu_{t0}$ ) e al termine ( $\mu_{t1}$ ) del trattamento.

Per l'analisi statistica dei dati è stato utilizzato il t – paired test, ipotizzando un incremento della media dei punteggi al termine del ciclo.

$$N = 17$$

$$H_0: \mu_{t0} = \mu_{t1}$$

$$H_1: \mu_{t0} < \mu_{t1}$$

$$p = < .05$$

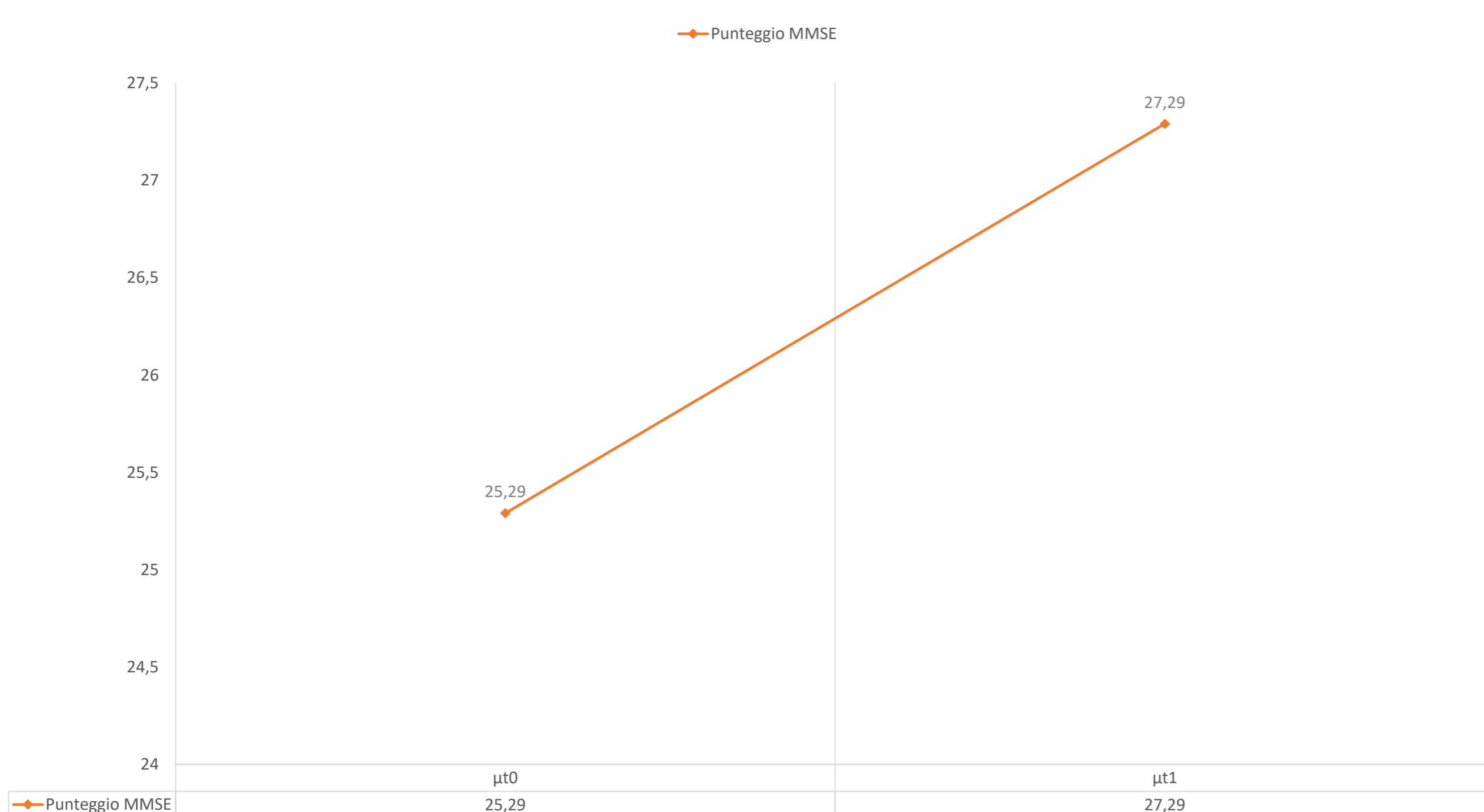
### Risultati

$$t(16) = -4,331, p = .0002$$

Il punteggio ottenuto è stato statisticamente significativo ed abbiamo potuto accettare l'ipotesi alternativa  $H_1: \mu_{t0} < \mu_{t1}$ , mostrando come il trattamento di Stimolazione Cognitiva di gruppo abbia avuto un effetto positivo sul funzionamento cognitivo dei soggetti.

$t_0$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\mu = 25,29</math></li> <li>• <math>DS = \pm 1.61</math></li> </ul>
$t_1$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\mu = 27,29</math></li> <li>• <math>DS = \pm 2.08</math></li> </ul>
$d$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\mu_d = 2</math></li> <li>• <math>DS_d = \pm 1.90</math></li> </ul>

PUNTEGGIO MMSE



### Conclusioni

Il presente studio, seppur limitato dall'esiguità del campione, 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.

# «Alla Salute... Cognitiva»: Il Primo Caffè Alzheimer a Monfalcone

Annapaola Prestia<sup>1</sup>, Silvia Fabris<sup>1</sup>, Solange Carneiro<sup>2</sup>, Diego Calligaris<sup>2</sup>, Sabrina Fontana<sup>3</sup>, Giuliana Bidoli<sup>3</sup>, Antonino Riolo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>S.O.F.I.A. – Sostenero Ogni Famiglia In Autonomia Srl Gorizia, <sup>2</sup>Alzheimer Isontino OdV Monfalcone, <sup>3</sup>Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale Carso Isonzo Adriatico, <sup>4</sup>ASUGI – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina 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 di ambito

## DISEGNO DEL PROGETTO

### STEP 1

Serata informativa e raccolta iscrizioni secondo i criteri di inclusione stabiliti dal progetto

### STEP 2

Contatto con i professionisti e le opportunità del territorio; valutazione domiciliare dei nuclei familiari iscritti

### STEP 3

appuntamenti per le famiglie iscritte di rilassamento/socializzazione per i familiari e di stimolazione cognitiva per le persone con demenza. Possibilità di consulenze personalizzate e di trasporto da e per la sede del caffè per permettere a tutti di partecipare agli incontri

### STEP 4

Rivalutazione al domicilio dei nuclei familiari che hanno concluso il percorso, somministrazione dei questionari di gradimento, analisi dei dati e stesura della relazione bimestrale

**METODI:** Il servizio, avviato il 18/3/2024, si svolge ogni martedì 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 ad agosto 2024, sono state erogate 78 ore di stimolazione cognitiva e altrettante ore di attività con i familiari, comprendendo 32 ore di conferenze, 37 di attività rilassanti e socializzanti, 6 di laboratori creativi e 3 di eventi musicali.

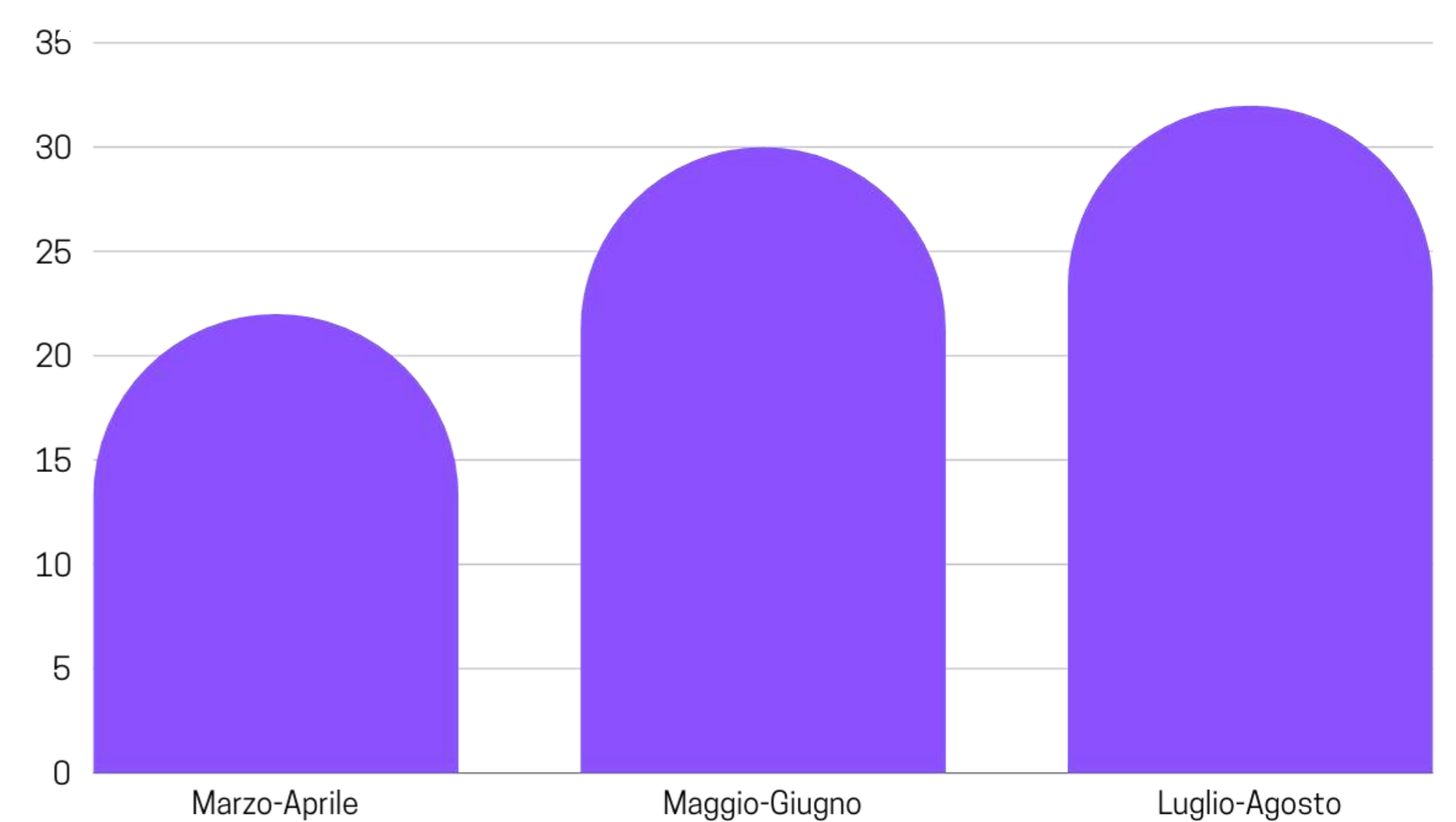
Caratteristiche	Media/Frequenza	SD	Minimo	Massimo
<b>Sociodemografiche</b>				
N=32				
Genere, Femminile	18 (56%)	//	//	//
Età	80.4	5.3	71	92
<b>Caratteristiche Cliniche</b>				
ADL (funzioni conservate)	5.2	5.3	0	6
IADL (funzioni conservate)	2.5	2.6	0	6
NPI (punteggio totale)	27.9	28.3	6	87
<b>Stress Percepito dai familiari</b>				
NPI Stress Familiari	18.2	18.7	4	50



**RISULTATI:** Al 31/08/2024, il caffè Alzheimer conta 32 famiglie iscritte, per un totale di 74 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 OSS, 1 musicoterapista) e 2 tirocinanti psicologi e 4 volontarie per l'accoglienza. La partecipazione media è di 10 persone con demenza e 16 familiari per incontro. Solo le famiglie residenti nei 10 comuni dell'Ambito Territoriale 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 31 agosto, il 56% delle persone con demenza iscritte sono donne, con un'età media di 80 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.

N° Famiglie Arruolate a bimestre



**XVII Convegno**  
**«I CDCD e la gestione**  
**integrata della demenza»**  
**18-19 novembre 2024**



# L'ATELIER TERAPEUTICO IN UN PERCORSO ARTISTICO ESPRESSIVO

Stefania Ragionieri

L'attenzione alla qualità della vita degli Ospiti Centro Diurno Alzheimer è il compito primario delicato ed ineludibile.

Nel ventaglio delle attività del 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.



E' un 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, etc.

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) è stata proposta un' atelier di attività artistica che ha offerto agli Ospiti 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.



Dai primi incontri conoscitivi e di dialogo, sono poi state inserite 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.



Tutto il lavoro, realizzazioni plastiche e tele dipinte, è stato valorizzato con l'esposizione finale dei lavori con due mostre pubbliche corredate di catalogo.



Grazie all'arteterapia 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.

*L'arteterapia un metodo armonioso di grande aiuto per rielaborare avvenimenti: foglio, tela e creta i contenitori per riversare sensazioni, fantasie, tensioni.*



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione integrata della  
demenza»

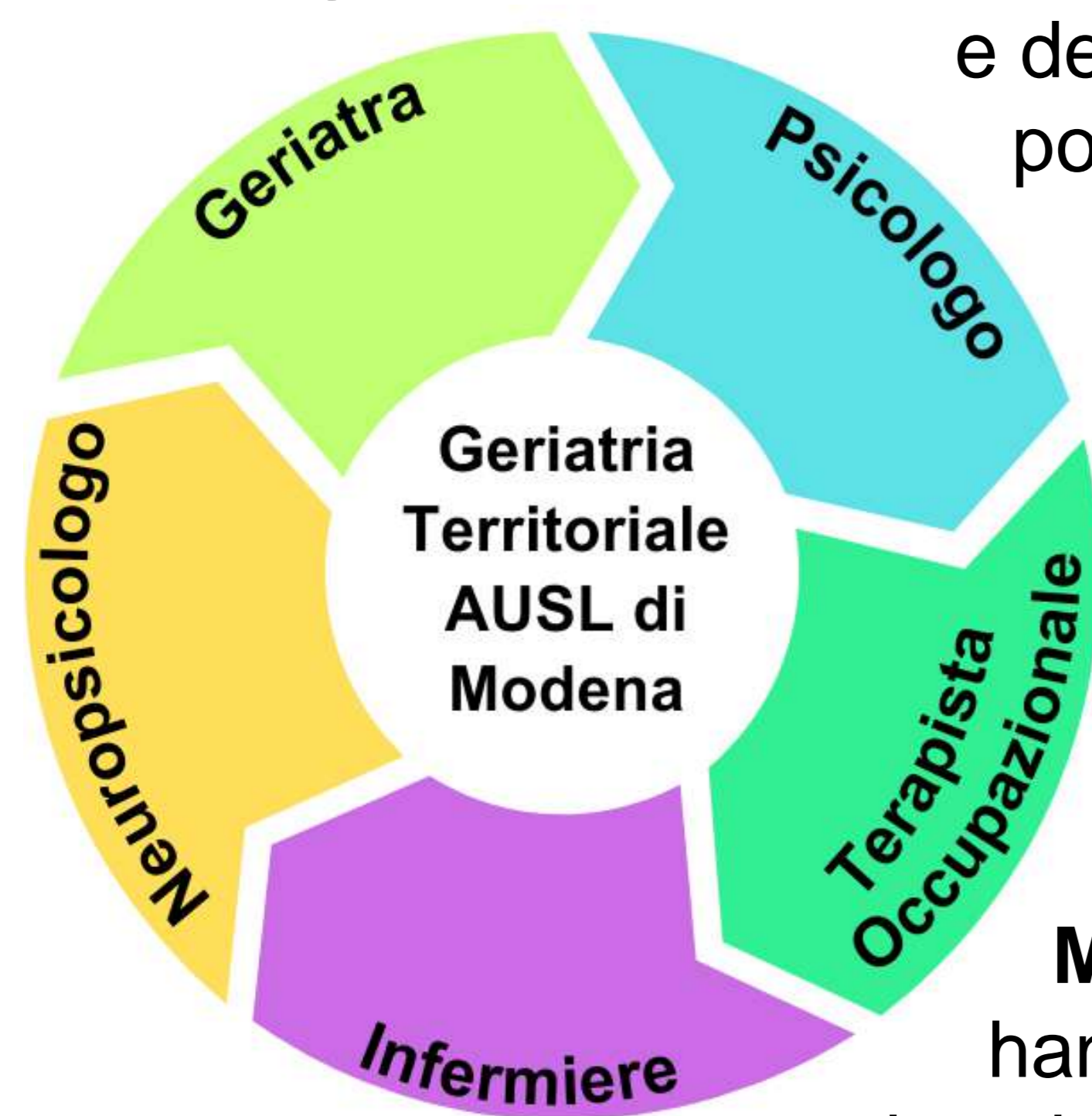
18-19 novembre 2024



## I Drop Out nell'intervento di Terapia Occupazionale: collaborare con lo Psicologo

E. Romano<sup>1</sup>, C. Paolini<sup>1</sup>, C. Rossi<sup>1</sup>, A. Montanari<sup>1</sup>, B. Manni<sup>1</sup>, A. Fabbo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UOC. Geriatria Territoriale, AUSL di Modena

**Background:** 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 presenza da due o più professionisti.



Interventi  
a domicilio

- Tailored Activity Programme (TAP)
- Community Occupational Therapy In Dementia (COTiD)

Criticità

Difficoltà nel concordare obiettivi con il Caregiver

**Metodi:** Da marzo 2021 ad agosto 2024 le Terapiste Occupazionali del Centro hanno condotto 344 interventi al domicilio rilevando 117 drop out. Sui Drop Out dovuti alla difficoltà di concordare obiettivi con i caregiver familiari è stata condotta una Analisi SWOT:

### Punti di forza

1. livello di prontezza  $\geq 2.0$  della scala "Readiness of Caregiver"

S

### Punti di debolezza

1. presenza altalenante del caregiver;
2. presenza di difficoltà relazionali tra persona con demenza e caregiver;
3. caregiver tendente al rimuginio/ansioso

W

### Opportunità

1. presenza dello Psicologo in equipe
2. propensione al lavoro multiprofessionale

O

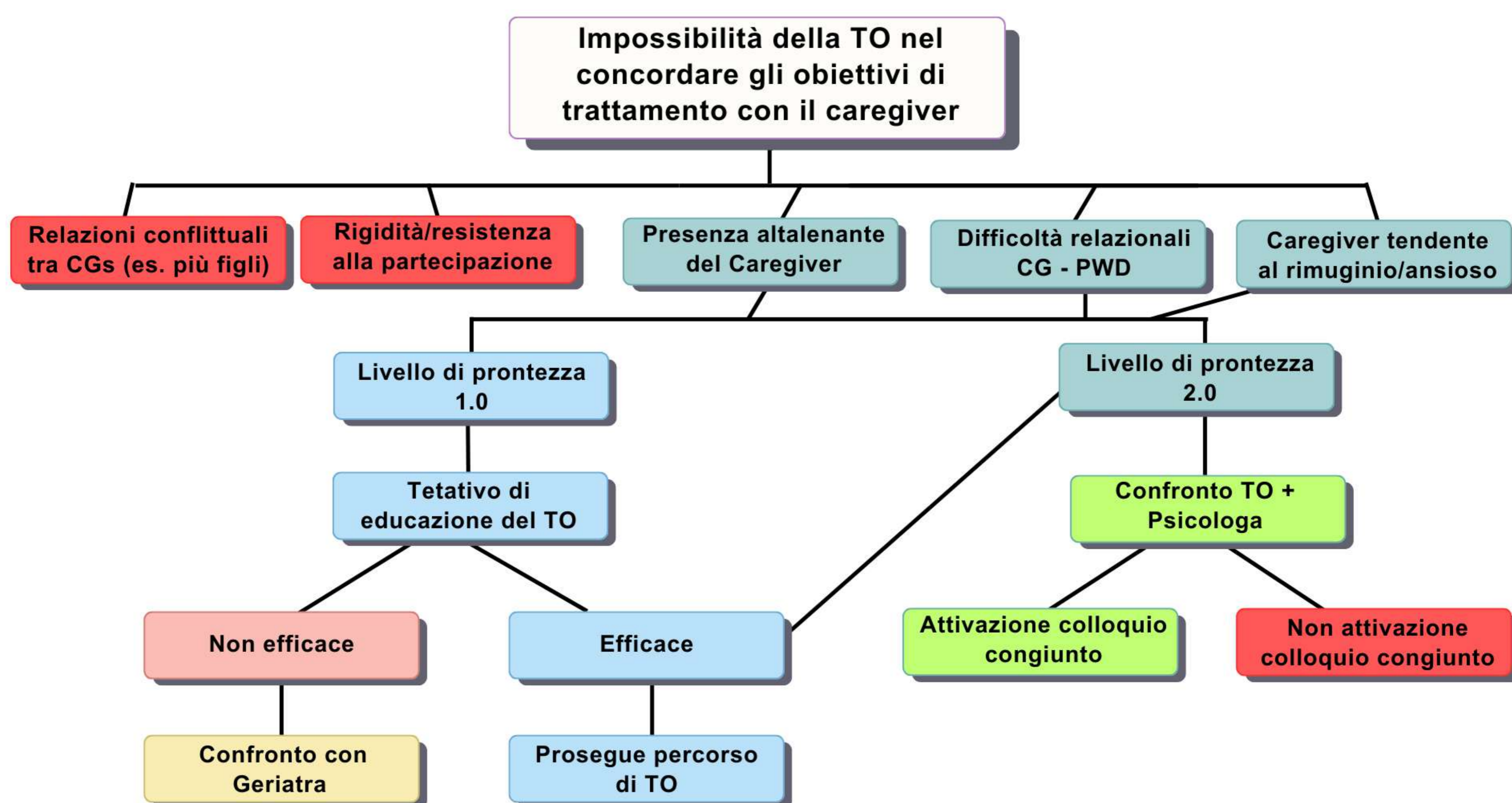
### Minacce

1. presenza di relazioni conflittuali tra più caregiver (es. più figli)
2. resistenza alla partecipazione alle sedute del terapeuta occupazionale.

T



**Risultati:** Dei 43 casi, 22 soddisfano sia il punto di forza che i punti di debolezza dell'Analisi SWOT, per cui si ipotizza che l'intervento congiunto della Terapista Occupazionale con la Psicologa possa incrementare la possibilità di concordare obiettivi con il caregiver e ridurre il numero di Drop Out negli interventi di Terapia Occupazionale al domicilio. Dai risultati ottenuti è stata creata una flow chart rappresentativa del protocollo proposto.



**Conclusioni:** Questo protocollo innovativo che prevede interventi congiunti in presenza tra psicologo e Terapista 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.



## ANTICIPATE: tecnologie intelligenti nella riconfigurazione delle cure delle demenze

Martina Consoloni<sup>1</sup>, Andrea Di Leo<sup>1</sup>, Francesco Miele<sup>2</sup>, Veronica Moretti<sup>1</sup>, Ludovica Rubini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste

### Razionale

- Le demenze hanno un impatto significativo su caregiver, organizzazioni sanitarie e comunità (Osservatorio Demenze, 2024); tuttavia manca una riconfigurazione coerente degli assetti di welfare e le reti familiari sono sempre più deboli
- Date queste premesse, qual è il ruolo delle **tecnologie digitali e dell'Intelligenza Artificiale nell'assistenza delle persone con demenza**? Il progetto ANTICIPATE - *Artificial intelligence and dementia care in practice* (PRIN PNRR) si inserisce in questo dibattito con i seguenti obiettivi:

### Obiettivi

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

### Metodi e linee di ricerca

La ricerca si ispira ai quadri teorici delle Science & Technology Studies, degli Studi Organizzativi e della Sociologia della Salute e adotta un disegno di ricerca misto che si articola nelle seguenti attività di ricerca:

**Mappatura** delle tecnologie nei contesti di cura residenziale e domiciliare

**Survey** sull'utilizzo delle tecnologie digitali da parte dei caregiver

**Studio etnografico** in contesti di cura residenziali

**Interviste semi-strutturate** a caregiver in contesti domiciliari

**Workshop partecipativi** per il co-design con gli utenti

### Risultati preliminari etnografia

**76 ore** osservazione turni 18.00-06.00

Nucleo demenze **senza contenzioni**

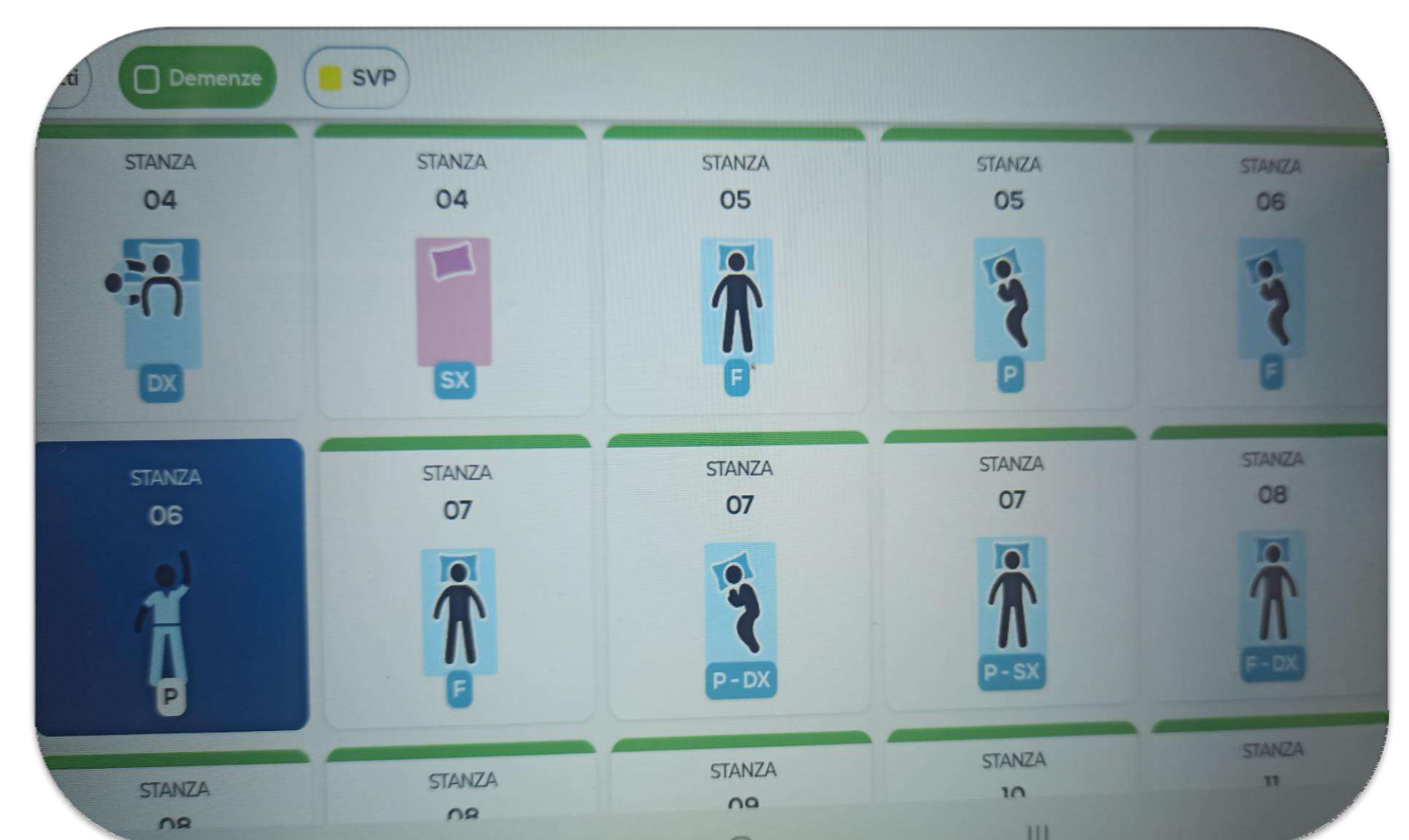
Tecnologia di **telemonitoraggio** Ancelia

Nuove pratiche di monitoraggio nell'assistenza alle persone con demenza con IA:

- Supporto nella raccolta di **dati standardizzati**, da inserire nelle consegne;
- Aiuto nella valutazione dello stato generale di salute e nell'**interpretazione del comportamento non verbale** degli ospiti su lungo periodo;
- Impatto sulla **sicurezza e benessere lavorativo** degli operatori;

Alcuni temi:

- sostituzione vs. supporto** al lavoro di cura degli operatori;
- depersonalizzazione della relazione vs. **relazione mediata dalla tecnologia**;
- Conoscenza standardizzata vs. conoscenza «intuitiva»



### Info e contatti



<https://progettoanticipate.wordpress.com/>

# 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

## 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:

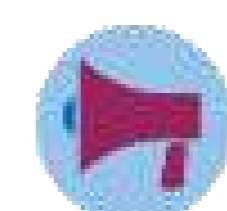
**Professionisti sociosanitari**  
**Pazienti, familiari/caregiver**  
**Comunicazioni e media**

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 i cui contenuti spaziano alle varie tematiche degli scenari di sanità pubblica.



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Comunicazione e Media



Attraverso il sito web di  è possibile:

## Metodi



## Comunicazione e Media

Qui puoi trovare informazioni utili sulle demenze.

[Demenze](#)

[Corsi, Convegni e Webinar](#)

[Piano Nazionale Demenze](#)

[Covid-19 e demenza](#)

[Mappa dei servizi](#)

[Fondo Demenze](#)



Ricerca gli eventi in programmazione



Accedere al Programma



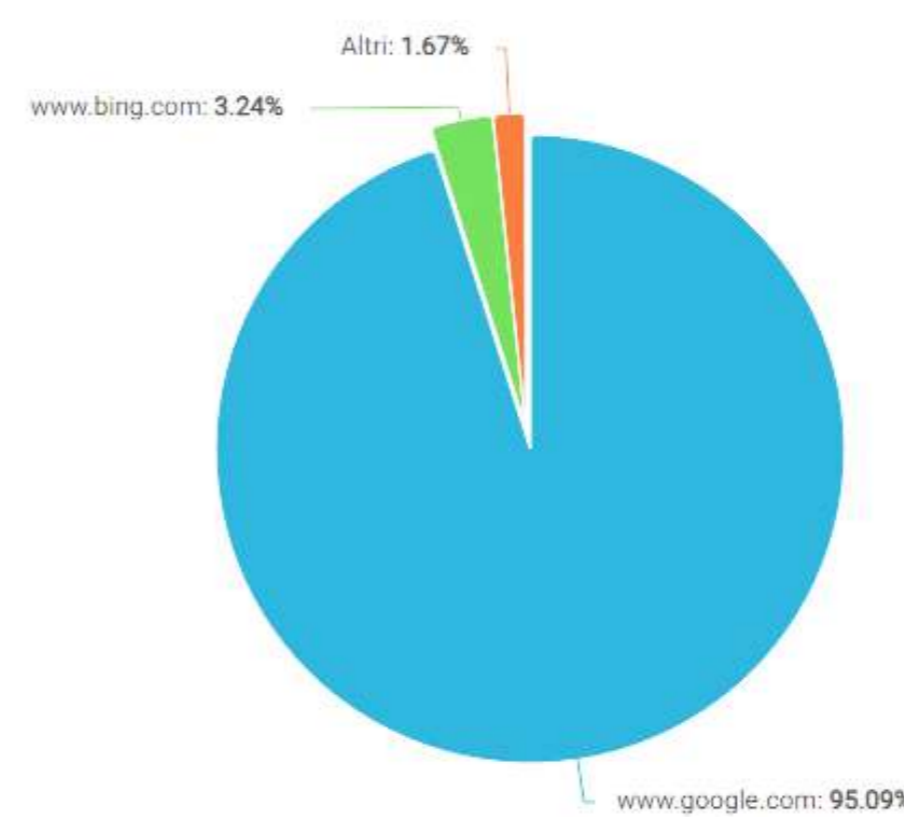
Inviare la richiesta di iscrizione



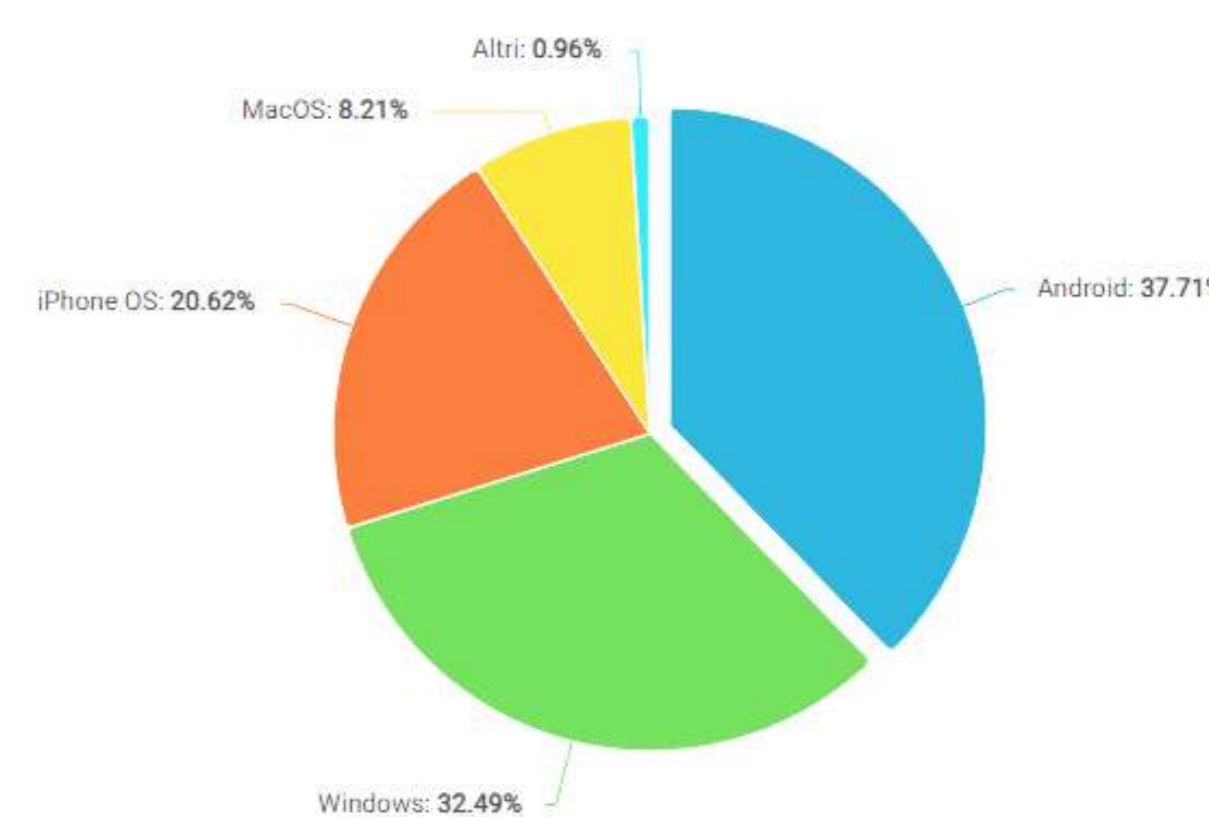
Condividere l'evento su [LinkedIn](#) [WhatsApp](#) e altri principali social network

Osservatorio Demenze dispone di un indirizzario di circa 6000 contatti che ricevono i nuovi eventi tramite [oss.demenze.formazione@iss.it](mailto:oss.demenze.formazione@iss.it)

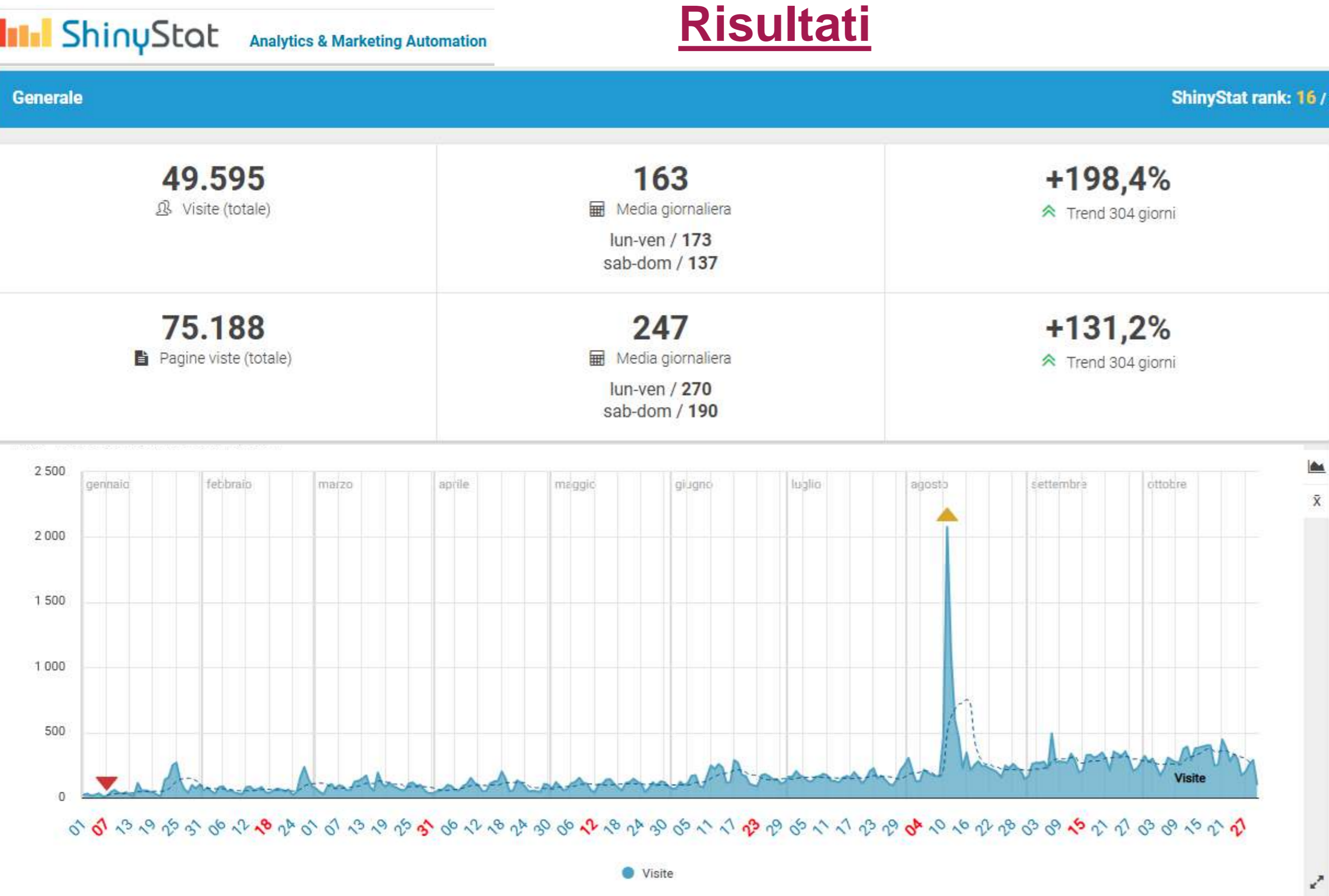
## Motori di ricerca



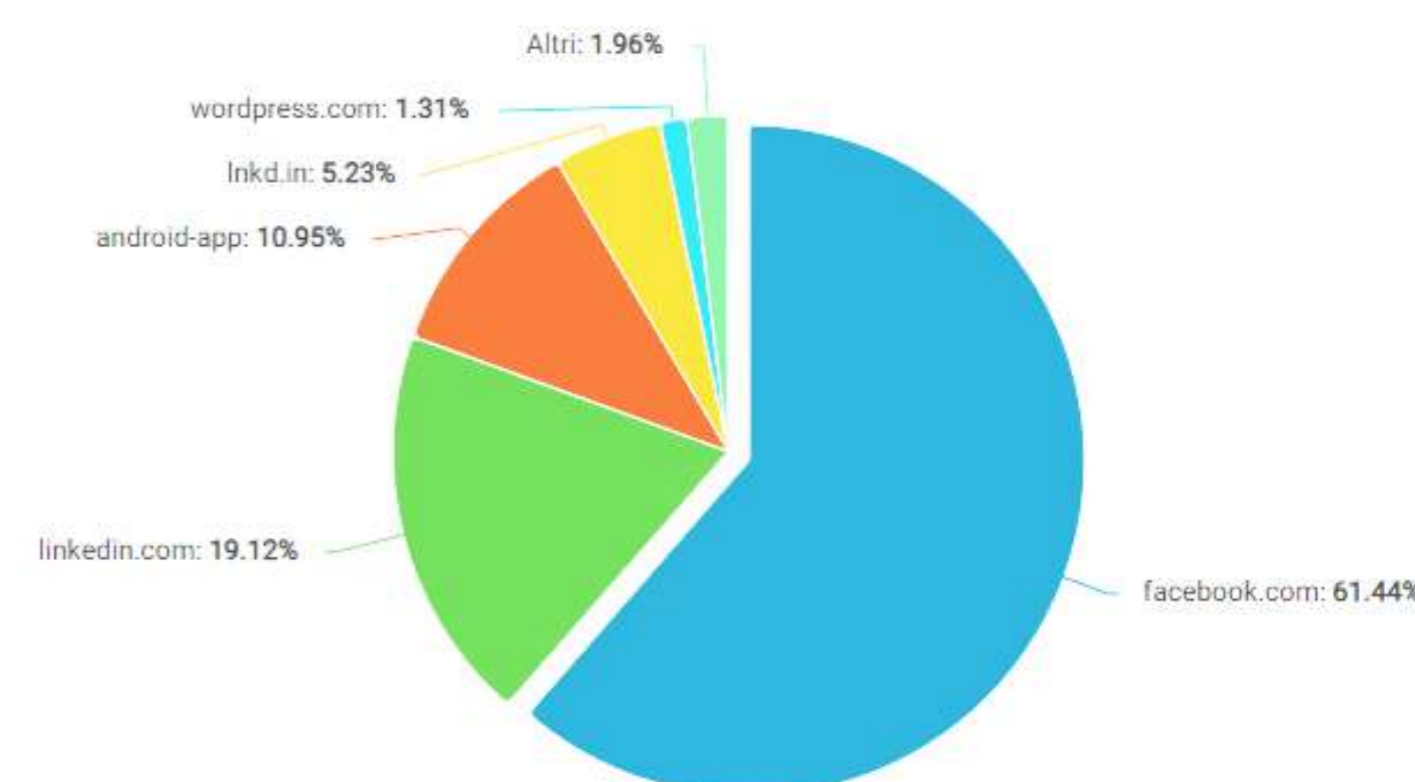
## Sistemi operativi



## Risultati



## Social network



## 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.

## XVII Convegno

«I CDCD e la gestione integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024



## L'effetto della stimolazione elettrica transcranica con corrente diretta in pazienti con mild cognitive impairment amnesico

Rossella Santoro<sup>1</sup>, Susy Ferrari<sup>1</sup>, Luisa Sambati<sup>1</sup>, Lucia Cretella<sup>1</sup>, Marianna Santucci<sup>1</sup>, Lorenza Civolani<sup>1</sup>, Paola Rucci<sup>2</sup>, Maria Guarino<sup>1</sup>.

1 IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna - UOC Clinica Neurologica Metropolitana (Neuro-Met) – Bologna, Italia  
2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuro Motorie (DIBINEM) - Università di Bologna, Bologna, Italia

### 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<sup>1,2,3</sup>. 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 dalla stimolazione (T3).

### RISULTATI

L'analisi della varianza per misure ripetute (ANOVA) ha dimostrato nell'intero campione 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 (Figura 1).

L'analisi di regressione multipla ha evidenziato che il punteggio al RBMT al T2 ha una relazione positiva con punteggi più elevati al T0 ( $p<0.001$ ) ed una relazione inversa con 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 nella variazione temporale 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 (Figura 2,3).

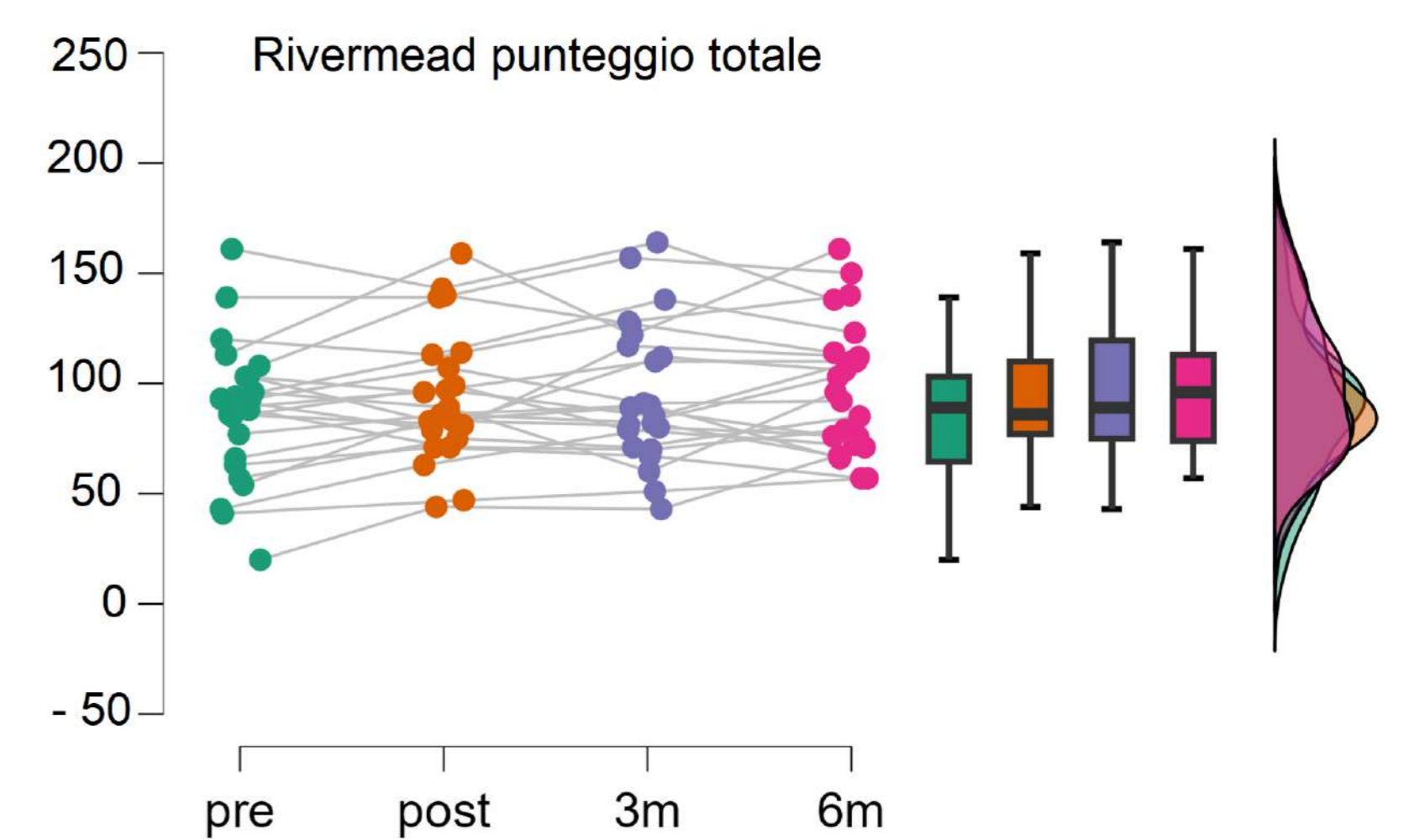


Figura 1. Andamento dei dati individuali e distribuzione di frequenza dei punteggi al Rivermead ai 4 tempi.

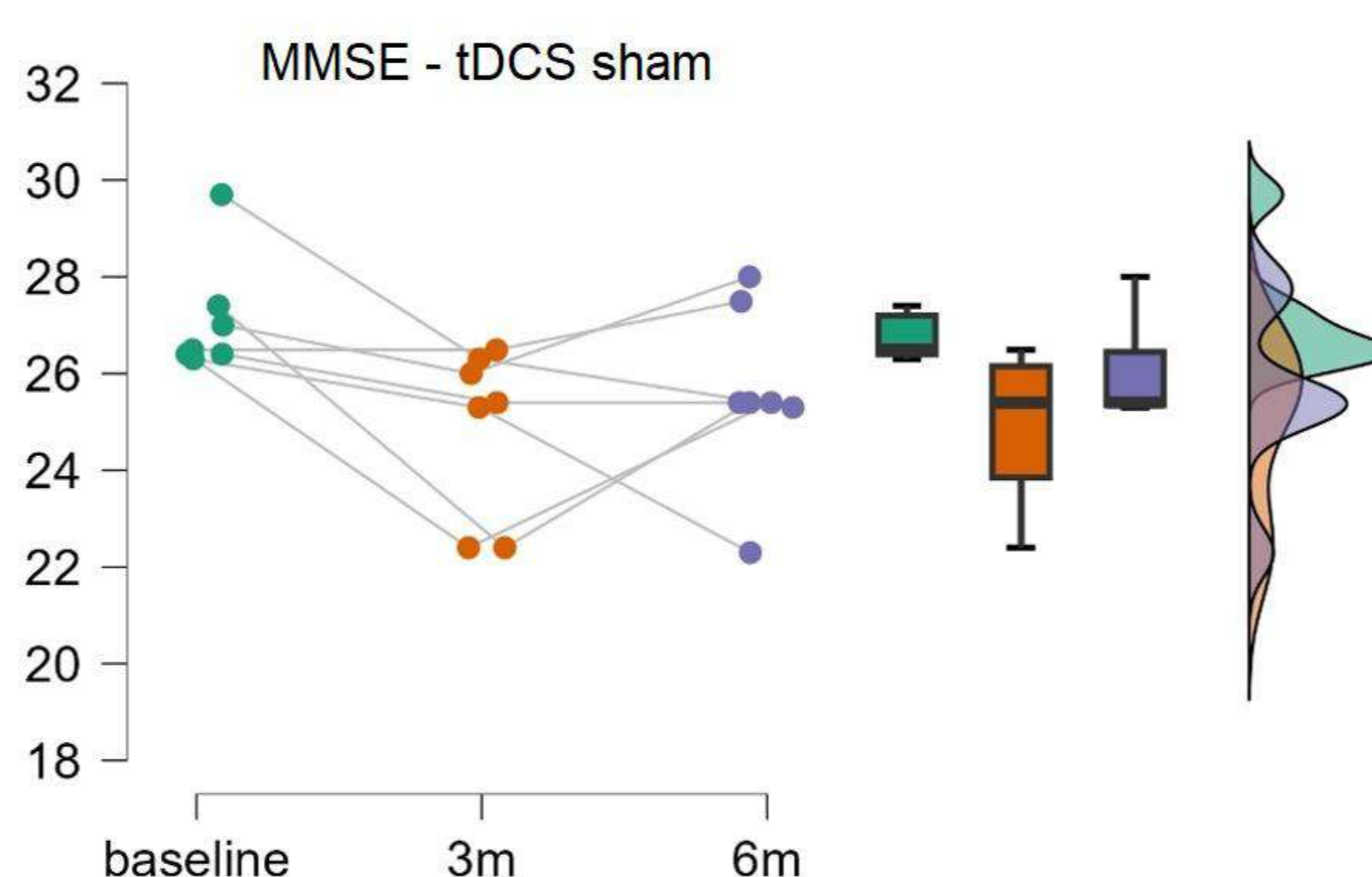


Figura 2. Punteggi al MMSE nel gruppo tDCS sham ai 3 tempi.

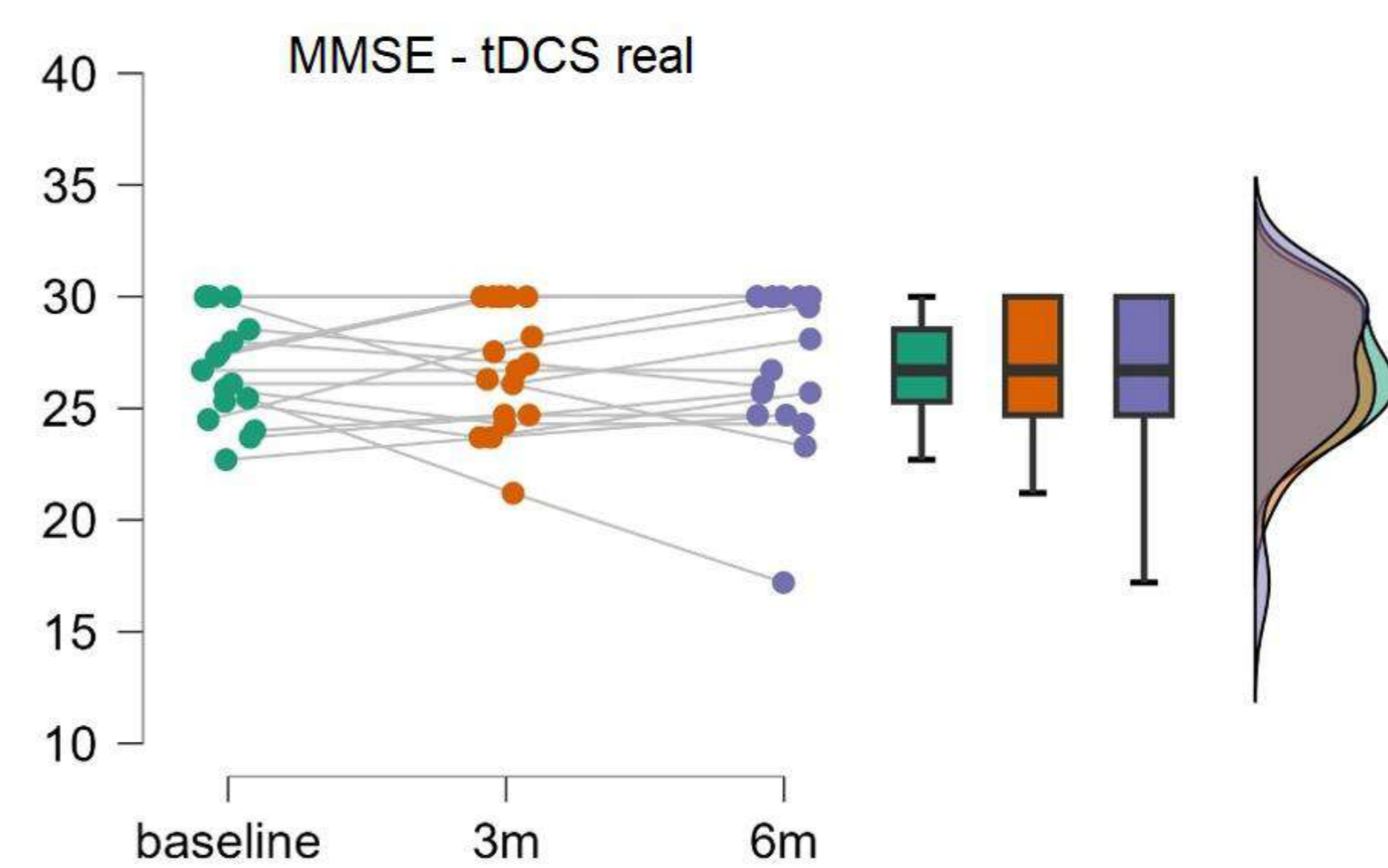


Figura 3. Punteggi al MMSE nei gruppi tDCS real ai 3 tempi.

### CONCLUSIONI

Alla luce di questi dati preliminari è possibile apprezzare un miglioramento significativo della memoria in tutti i gruppi fino a 6 mesi dal trattamento. Un peggioramento significativo al MMSE a 3 mesi è stato invece rilevato nella condizione tDCS sham rispetto a quella di tDCS attiva.

Tali dati suggeriscono un possibile effetto della tDCS associata a TC nel miglioramento delle funzioni cognitive nelle fasi precoci di malattia.

### BIBLIOGRAFIA

1. Lee HK, Ahn SJ, Shin YM, Kang N, Cauraugh JH. Does transcranial direct current stimulation improve functional locomotion in people with Parkinson's disease? A systematic review and meta-analysis. *J Neuroeng Rehabil.* 2019 Jul 8;16(1):84. doi: 10.1186/s12984-019-0562-4.
2. LoBue C, McClintock SM, Chiang HS, Helpfrey J, Thakkar VJ1, Hart J. A Critical Review of Noninvasive Brain Stimulation Technologies in Alzheimer's Dementia and Primary Progressive Aphasia. *Alzheimers Dis.* 2024;100(3):743-760. doi: 10.3233/JAD-240230.
3. Zaninotto AL, El-Hagrassy MM, Green JR, Babo M, Paglioni VM, Benute GG, Wellingson SP. Transcranial direct current stimulation (tDCS) effects on traumatic brain injury (TBI) recovery: a systematic review. *Dement Neuropsychol.* 2019 Apr-Jun;13(2):172-179. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-020005.

# INTERVENTO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA IN PAZIENTI CON ATROFIA CORTICALE POSTERIORE

Giulia Spadoni<sup>1</sup>, Simona Cintoli<sup>2</sup>, Valentina Nicoletti<sup>2</sup>, Marta del Chicca<sup>2</sup>, Gabriele Siciliano<sup>1,2</sup>, Gloria Tognoni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Pisa, <sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

**INTRODUZIONE:** L'Atrofia Corticale Posteriore è una sindrome neurodegenerativa che **colpisce prevalentemente le funzioni cognitive visuo-percettive e spaziali**, in assenza di disturbi visivi periferici; mentre i disturbi mnesici e linguistici possono essere presenti in fase iniziale (PCA-PLUS) oppure comparire tardivamente (PCA pure). Data l'età di esordio (50-60 anni) e l'impatto significativo sull'autonomia quotidiana, risultano importanti gli **interventi terapeutici non farmacologici**, anche se attualmente gli studi risultano esigui e riportano casi clinici individuali.

**METODI:** 7 pazienti (4 femmine, età 66,86  $\pm$ 5,69; scolarità 11,57 $\pm$ 2,70), tra i quali 5 due to AD con durata media dei sintomi 11,57 $\pm$ 2,70, hanno svolto 2 valutazioni (T0= valutazione iniziale; T1=valutazione a distanza di 3 mesi) intervallate da 1 ciclo da 16 sedute individuali (Fig.1). Il protocollo è stato sviluppato a partire dalle evidenze scientifiche ed adattato alle differenze individuali nonché alla modalità telematica (da cui il prevalente utilizzo di stimoli uditivo-verbali) (Fig.2).

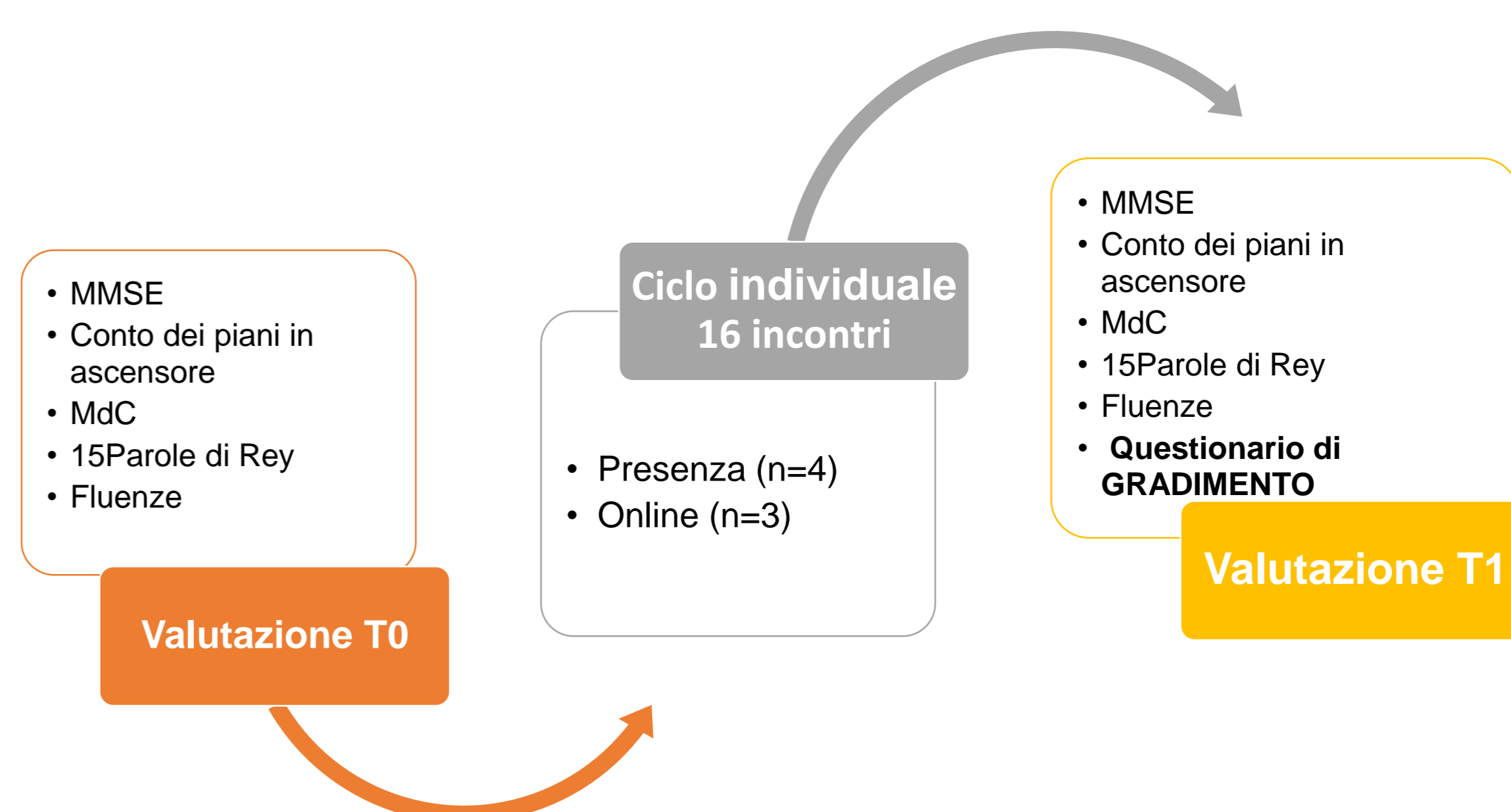


Figura 1. Flow-chart del protocollo di studio.

<b>Memoria di lavoro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compiti di <i>running memory task</i>, spelling inverso, riordinamento di parole o numeri e compiti di <i>updating</i></li> </ul>
<b>Attenzione uditiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compiti di attenzione selettiva e divisa (doppio compito) e <i>shifting</i> attentivo</li> </ul>
<b>Memoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprendimento di strategie mnesiche (es. categorizzazione e/o visualizzazione) e di strategie compensative (utilizzo di ausili esterni) esercizi di potenziamento con utilizzo di tecniche di <i>spaced retrieval</i> e <i>vanishing cue</i></li> </ul>
<b>Linguaggio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compiti per aumentare la velocità di accesso al lessico; esercizi per la scrittura con apprendimento di strategie compensatorie e training per facilitare lo <i>scanning</i> visuo-spaziale</li> </ul>

Figura 2.

Flow-chart dei domini cognitivi oggetto del protocollo di stimolazione cognitiva con i relativi esercizi e tecniche utilizzate.

**RISULTATI:** non si evidenzia nessuna differenza significativa nel **profilo cognitivo** a seconda della modalità del trattamento (online vs presenza) ( $p>0.5$ ) e a distanza di tempo (T0 vs T1) ( $p>0.5$ ) (Fig.3). Stabile inoltre il **grado di autonomia nelle attività strumentali** (5,71 $\pm$ 0,76 vs 6,14 $\pm$ 2,41;  $p>0,05$ ).

Al **questionario di gradimento** (Fig.4) 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% (assenza di drop-out).

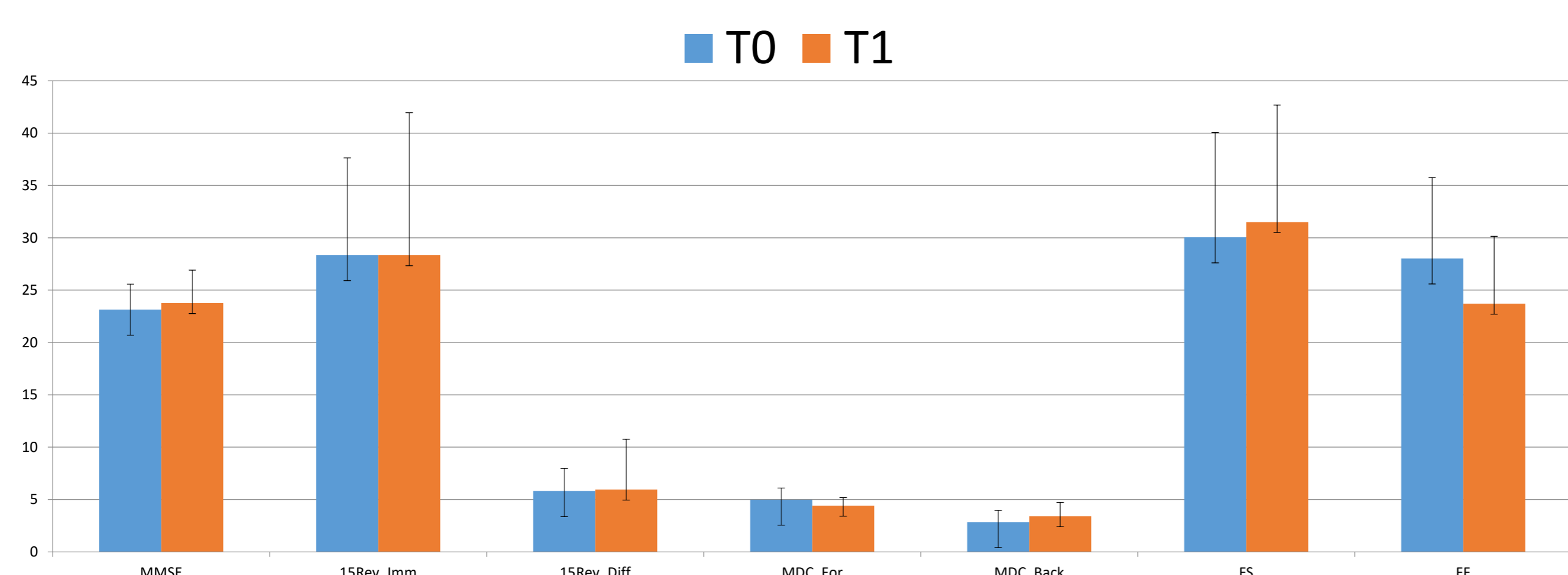


Figura 3. Punteggi medi ottenuti ai test a T0 e a T1. Nessuno dei confronti effettuati risulta statisticamente significativo ( $p>0.5$ ). Barre di errore=deviazione standard. 15Rey\_imm= rievocazione immediata delle 15 parole di Rey; 15Rey\_Diff= rievocazione differita delle 15 parole di Rey; MDC\_For= Memoria di cifre forward; MDC\_Back= Memoria di cifre backward; FS= Fluenza semantica; FF= Fluenza fonemica.



Figura 4. Questionario di gradimento su scala analogica (da 0 a 100) costruito ad hoc ed utilizzato per valutare la percezione del paziente di gradimento e piacevolezza dell'intervento.

**CONCLUSIONI:** la stazionarietà del profilo cognitivo e del grado di autonomia potrebbero essere un indice positivo di efficacia dell'intervento, inoltre, l'elevata partecipazione e l'alto gradimento sono indicativi della fattibilità dell'intervento, anche in modalità telematica.

Nel futuro sarà opportuno consolidare il dato con una maggiore dimensione campionaria.

## 1) INTRODUZIONE

In futuro ampie porzioni delle popolazioni dei Paesi occidentali saranno costituite da **persone anziane con storia di migrazione**; ciò comporterà un cambiamento dei loro bisogni di salute, per la maggiore esposizione a condizioni patologiche legate all'età, come le demenze. Molti strumenti della valutazione cognitiva, comunemente utilizzati, presentano pregiudizi culturali e sono di difficile utilizzo. Da qui l'esigenza di 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.

## 2) METODI

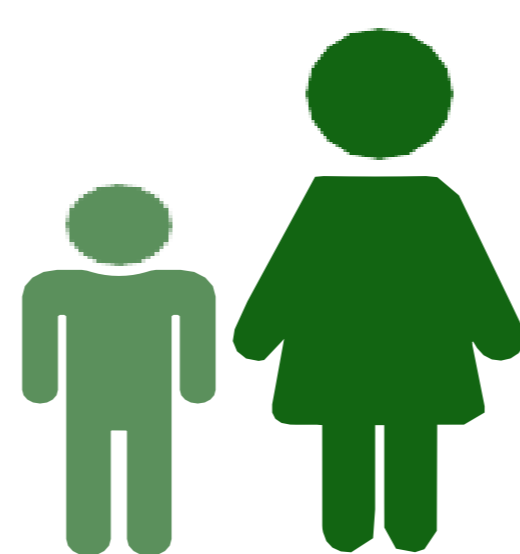
Studio prospettico osservazionale svolto presso l'UOC Centro Disturbi Cognitivi e Demenze della Provincia di Modena da Febbraio ad Agosto 2024. Tutti i pazienti reclutati:

- hanno età >65 anni,
- sono nati all'estero da genitori non italiani,
- hanno eseguito una Valutazione Multidimensionale Geriatrica.

La valutazione qualora possibile è stata svolta in presenza di **mediatore culturale** ed è stata applicata **scala di valutazione RUDAS**.

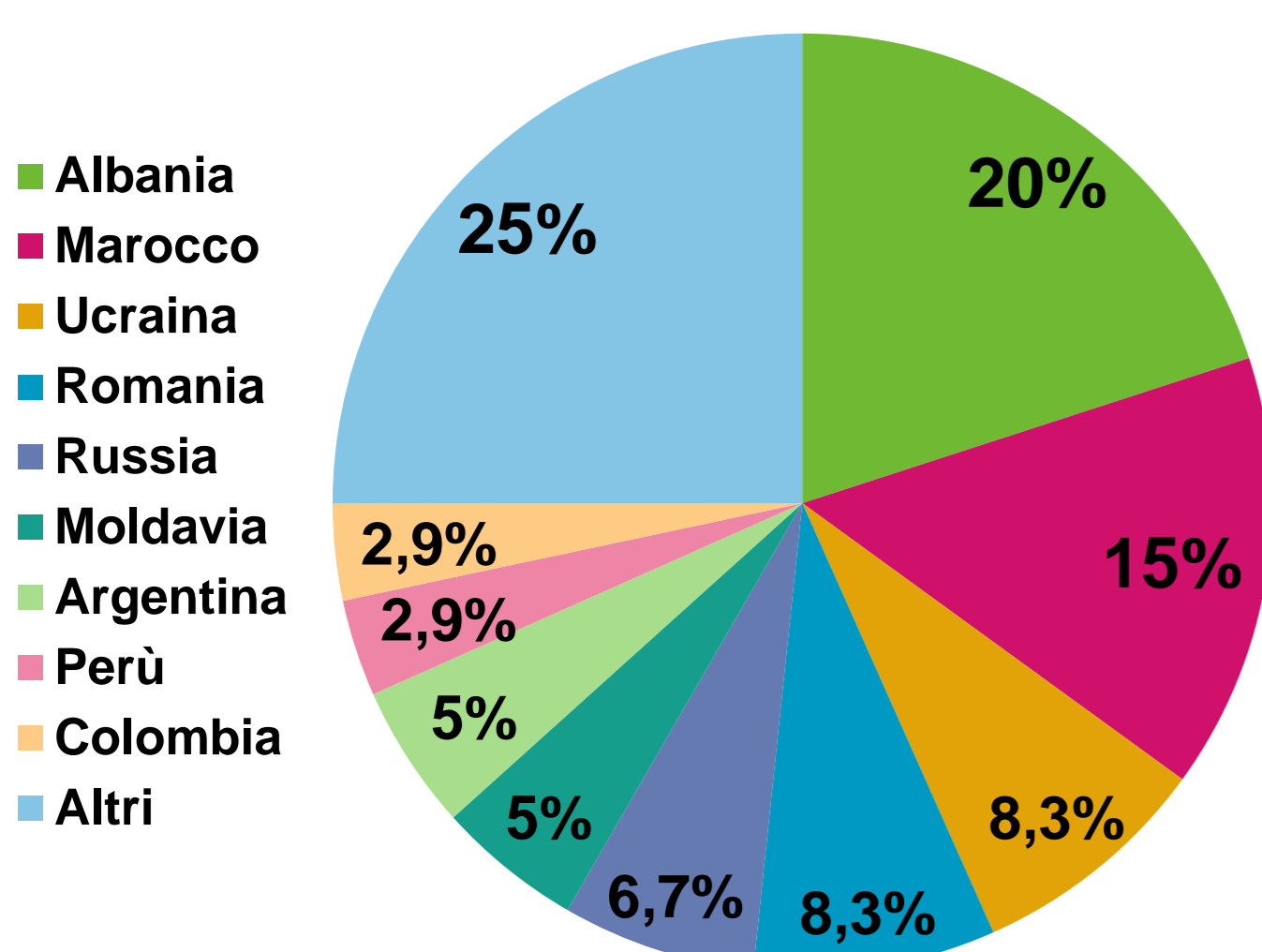
## 3) RISULTATI

Il campione analizzato è composto da 60 pazienti stranieri, di cui il 73,7% di sesso femminile. L'età media è di 78,3+6,7 anni, la maggior parte dei pazienti è in possesso di un permesso di soggiorno permanente, ma non è cittadino italiano.

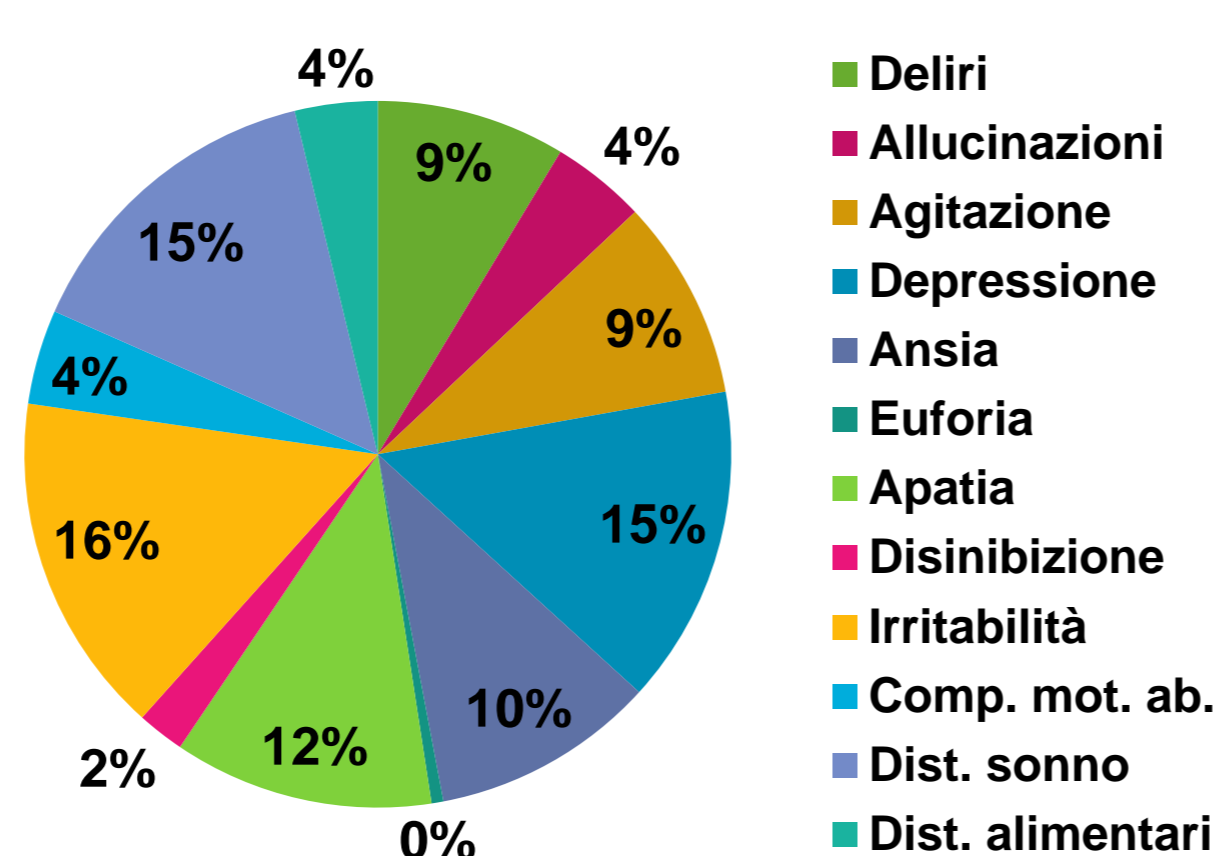


Principalmente abbiamo registrato pazienti provenienti dall'Albania (20%), dal Marocco (15%) e dall'Ucraina (8,3%).

I pazienti sono assistiti dai figli (68,3%) e dai coniugi (18,3%) nella maggior parte dei casi.

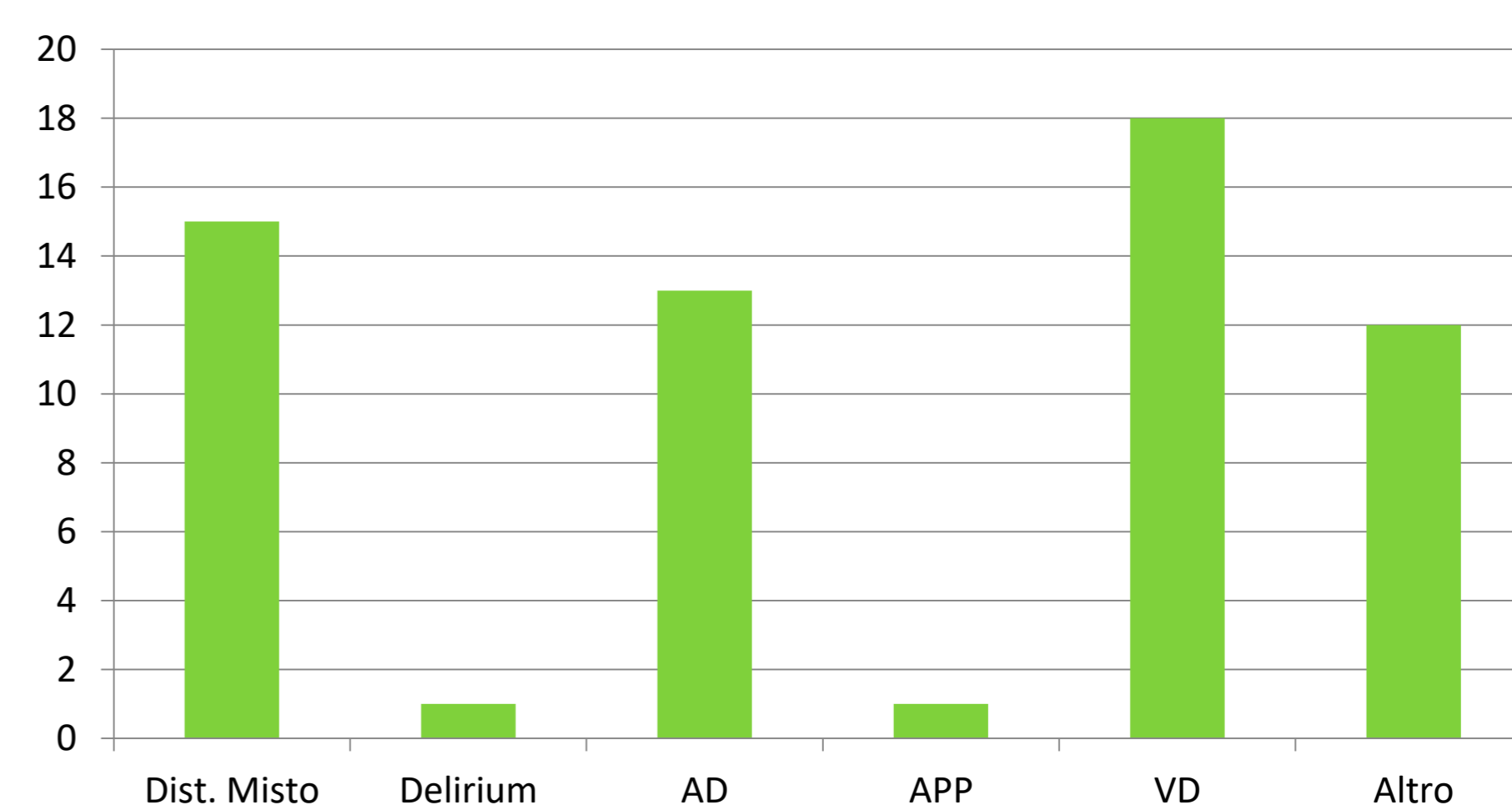


Sul piano comportamentale abbiamo riscontrato con maggior frequenza disturbi del sonno, irritabilità, apatia ansia e depressione.



La diagnosi sindromica più frequente è quella di **demenza** (71,7%), seguita da MCI (16,7%) ed in minima parte non è stata posta diagnosi di disturbo cognitivo (11,6%). Le diagnosi eziologiche più frequenti sono VD ed AD, seguite da disturbo misto.

Il punteggio medio grezzo ottenuto al **MMSE** è **18,13+7,43** e quello ottenuto alla somministrazione della scala **RUDAS** è **17,39+7,81**.



Sono state eseguite in presenza di **mediatori culturali** un totale di **38 valutazioni** (63,3%).

## 4) 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. **Sia la scala RUDAS che il MMSE** sono risultati **test efficaci** per identificare i pazienti affetti da disturbo neurocognitivo. La presenza del mediatore culturale permette di superare le barriere culturali e linguistiche.

## 5) BIBLIOGRAFIA

- [1] Cognitive disorders in migrants: retrospective analysis in a Center for Cognitive Disorders and Dementia in Milan. Aging Clin Exp Res 2020;32(3):535-538 Cova I, Del Tedesco F, Maggiore L, Pantoni L, Pomati S.  
[2] Estimating dementia cases in the immigrant population living in Italy. Neurol Sci 2018;39(10):1775-1778 Canevelli M, Lacorte E, Cova I, Zaccaria V, Valletta M, Agabiti N, Bruno G, Bargagli AM, Pomati S, Pantoni L, Vanacore N.  
[3] Cognitive assessments in multicultural populations using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2015 Mar 17;187(5):E169-75 Raza M Nagvi, Sehrish Haider, George Tomlinson, Shabbir Alibhai.  
[4] Dementia among migrants and ethnic minorities in Italy: rationale and study protocol of the ImmiDem project BMJ Open, 2020 Jan 7;10(1):e032765 Canevelli M, Lacorte E, Cova I, Cascini S, Bargagli AM, Angelici L, Giusti A, Pomati S, Pantone L, Vanacore N; ImmiDem Study Group.

# Implementazione di interventi non-farmacologici nel Disturbo Neurocognitivo Minore:

## Il progetto di Regione Puglia

Davide Vilella<sup>1</sup>, Addolorata Chiloire<sup>2</sup>, Agnese Valguarnera<sup>1</sup>, Giuseppe Volpe<sup>1</sup>, Cristina Di Dio<sup>2</sup>, Valentina Gnoni<sup>1</sup>, Eleonora Rollo<sup>1</sup>, Daniele Urso<sup>1</sup>, Alessia Giugno<sup>1</sup>, Roberta Barone<sup>1</sup>, Giulia Bramato<sup>1</sup>, Emanuela Tatulli<sup>4</sup>, Raffaele Sollecito<sup>4</sup>, Marco Musio<sup>1</sup>, Maria Pia Cozzari<sup>4</sup>, Giovanni Boero<sup>3</sup>, Elena Memeo<sup>5</sup>, Giancarlo Logroscino<sup>1</sup>

1. Centro per le Malattie Neurodegenerative l'Invecchiamento Cerebrale - Università degli Studi di Bari – Pia Fondazione di Culto e Religione "Cardinale G. Panico", Tricase (LE)

2. Servizio di "Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'età adulta ed evolutiva del Dipartimento di Salute Mentale" (ASL TA)

3. S.C. di Neurologia e stroke unit - Ospedale SS. Annunziata- ASL TA

4. Centro diurno "Gocce di Memoria" - Associazione "Antrophos"- Giovinazzo (BA)

5. Dip. Dipartimento Promozione della Salute e Benessere Animale - Regione Puglia – Bari (BA)

## INTRODUZIONE

Il Disturbo Neurocognitivo Minore è caratterizzato da un lieve declino delle capacità cognitive senza compromettere la funzionalità quotidiana. È considerato uno stadio prodromico alla demenza. Nonostante non esistano trattamenti farmacologici raccomandati, interventi non-farmacologici hanno mostrato benefici.

## METODI

Due protocolli di intervento non-farmacologico per pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore (studi pilota):

1. **Training cognitivo:** Studio di 2 mesi con 33 pazienti (15% drop-out). Valutazione neuropsicologica e due sessioni settimanali con il software "Erica". Risultati misurati con scale cliniche e test psicometrici pre- e post-trattamento.

2. **Interventi multi-dominio:** Studio di 2 mesi con 20 pazienti (32% drop-out). Tre visite specialistiche con geriatra, specialista medicina del sonno, psicologo e nutrizionista. Inclusi diari del sonno e della nutrizione, e materiali per esercizi di stimolazione cognitiva.

## RISULTATI

Gli indicatori di risultato sono stati basati su variazioni di punteggi a scale cliniche e test psicometrici somministrati pre- e post-trattamento (paired t-TEST).

I due protocolli hanno mostrato i seguenti risultati:

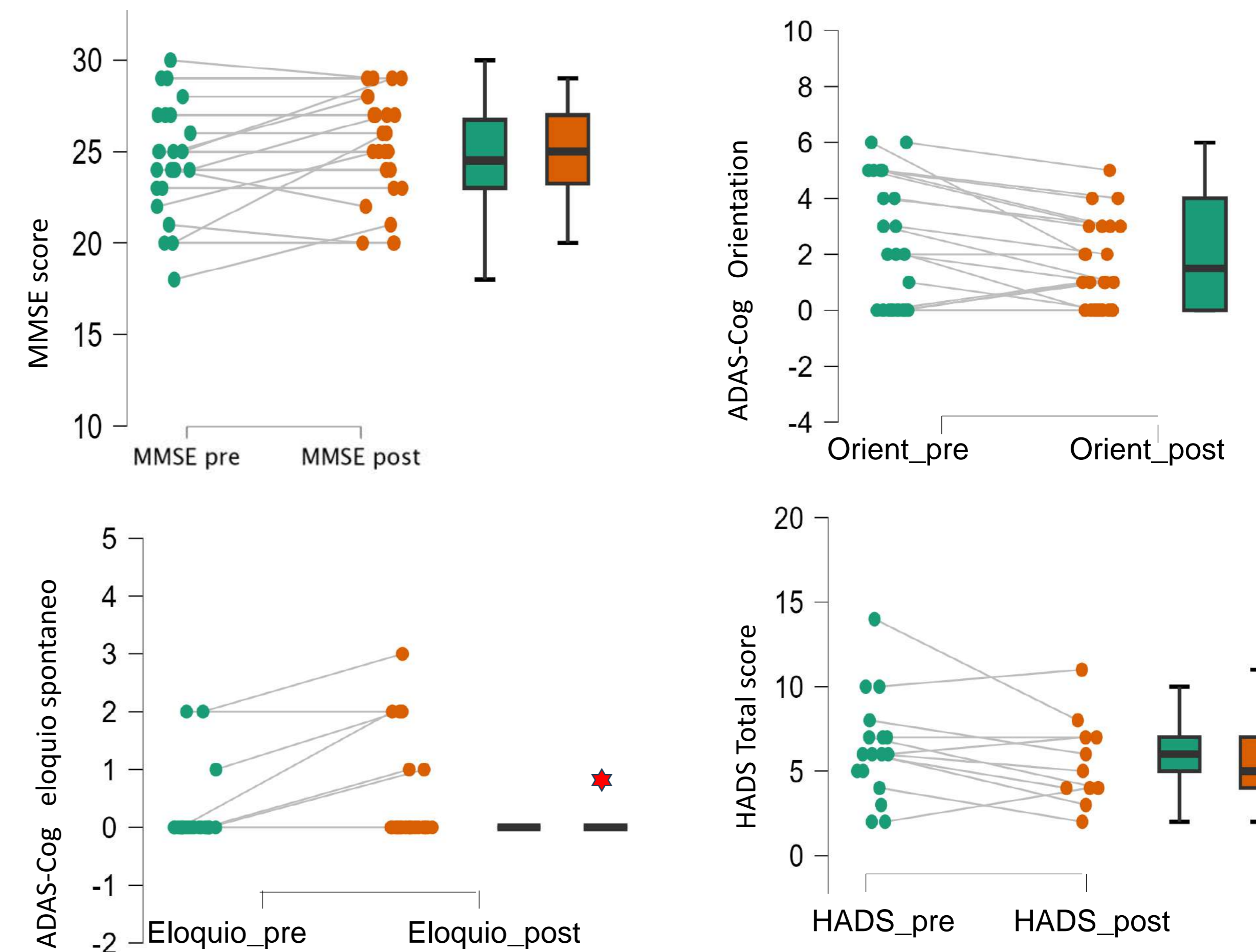
### 1. Training cognitivo:

- Stabilizzazione della performance al test ADAS-Cog ( $p=0.6$ ).
- Miglioramento significativo nell'orientamento ( $p=0.013$ ).
- Peggioramento significativo nel linguaggio ( $p=0.03$ ).
- Trend di miglioramento del tono dell'umore ( $p=0.07$ ) e al MMSE ( $p=0.66$ ), ma non significativi.

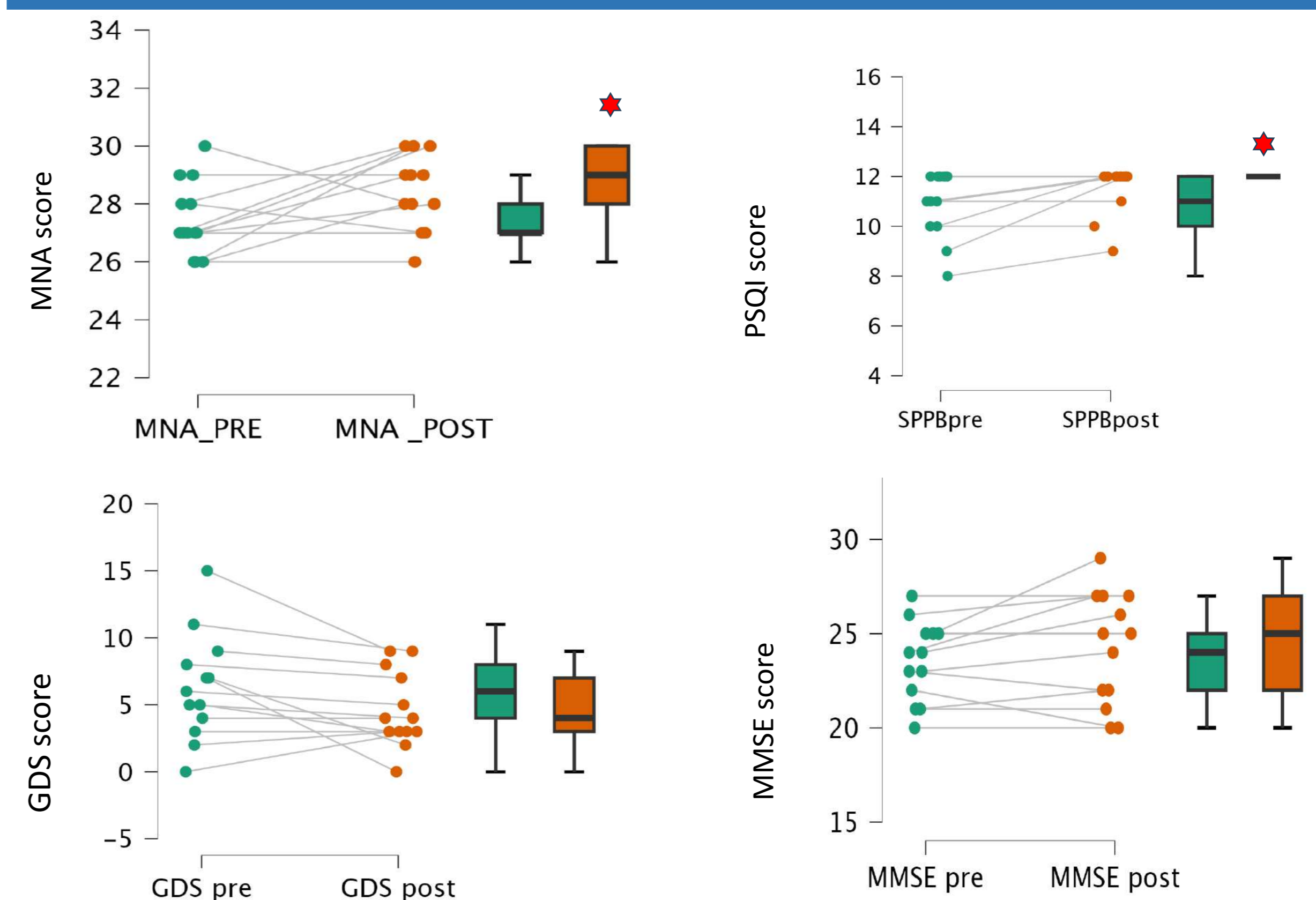
### 2. Interventi multi-dominio:

- Miglioramento significativo nella nutrizione MNA ( $p=0.047$ ) e frailty SPPB ( $p=0.047$ ).
- Punteggio stabile al PSQI ( $p=0.198$ ).
- Trend di miglioramento del tono dell'umore ( $p=0.07$ ) e al MMSE ( $p=0.14$ ), ma non significativi.

## TRAINING COGNITIVO



## INTERVENTI MULTIDOMINIO



## 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.

## BIBLIOGRAFIA

- Gates, N. J., Vernooij, R. W., Di Nisio, M., Karim, S., March, E., Martinez, G., & Rutjes, A. W. (2019). Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Salzman, T., Sarquis-Adamson, Y., Son, S., Montero-Odasso, M., & Fraser, S. (2022). Associations of multidomain interventions with improvements in cognition in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 5(5), e226744-e226744.



XVII Convegno  
«I CDCD e la gestione  
integrata della demenza»  
18-19 novembre 2024





Logo del percorso scelto fra 20 elaborati dei partecipanti.

**Progetto di ricerca intervento:** dall'Analisi della Domanda rivolta al CDCD Apuane allo sviluppo di un intervento di stimolazione socio-cognitiva: quali i bisogni e i desideri della generazione di anziani appena uscita dalla pandemia?

Caratteristiche, peculiarità e differenze rispetto alla domanda rivolta ai Centri UVA degli anni '90.

**Finalità della ricerca - intervento:**

conoscere prima di intervenire.

Evitare di costruire sopra bensì costruire con...i diretti interessati.

AUTORI:

ZANETTI M., PSICOLOGA, COORDINATRICE CDCD APUANE

PALLOTTI S., DIRIGENTE PSICOLOGA

RATTI E., SPECIALIZZANDA

ATTUONI C., TIROCINANTE PSICOLOGA

UOC Psicologia di Continuità Ospedale Territorio – Azienda USL Toscana Nord Ovest

Neuropsicologia.apuane@uslnordovest.toscana.it

## INTRODUZIONE

Il progetto di ricerca-intervento nasce come progetto di Analisi della Domanda rivolta al CDCD Apuane da parte degli utenti, dei familiari e degli operatori socio-sanitari coinvolti a diverso titolo nell'ambito dei disturbi cognitivi e delle demenze nel periodo 2022-2024.

## MATERIALE & METODO

**Creazione di contesti per la raccolta degli emergenti:**

- Focus – group con operatori socio sanitari, neurologi, fisiatri, psichiatri.
- Gruppo di psicoterapia con caregiver, pazienti e cittadini.
- Visite neuropsicologiche.
- Convegni sul tema.
- Richiesta di consulenza setting ospedaliero.

**Annotazione degli emergenti del discorso:**

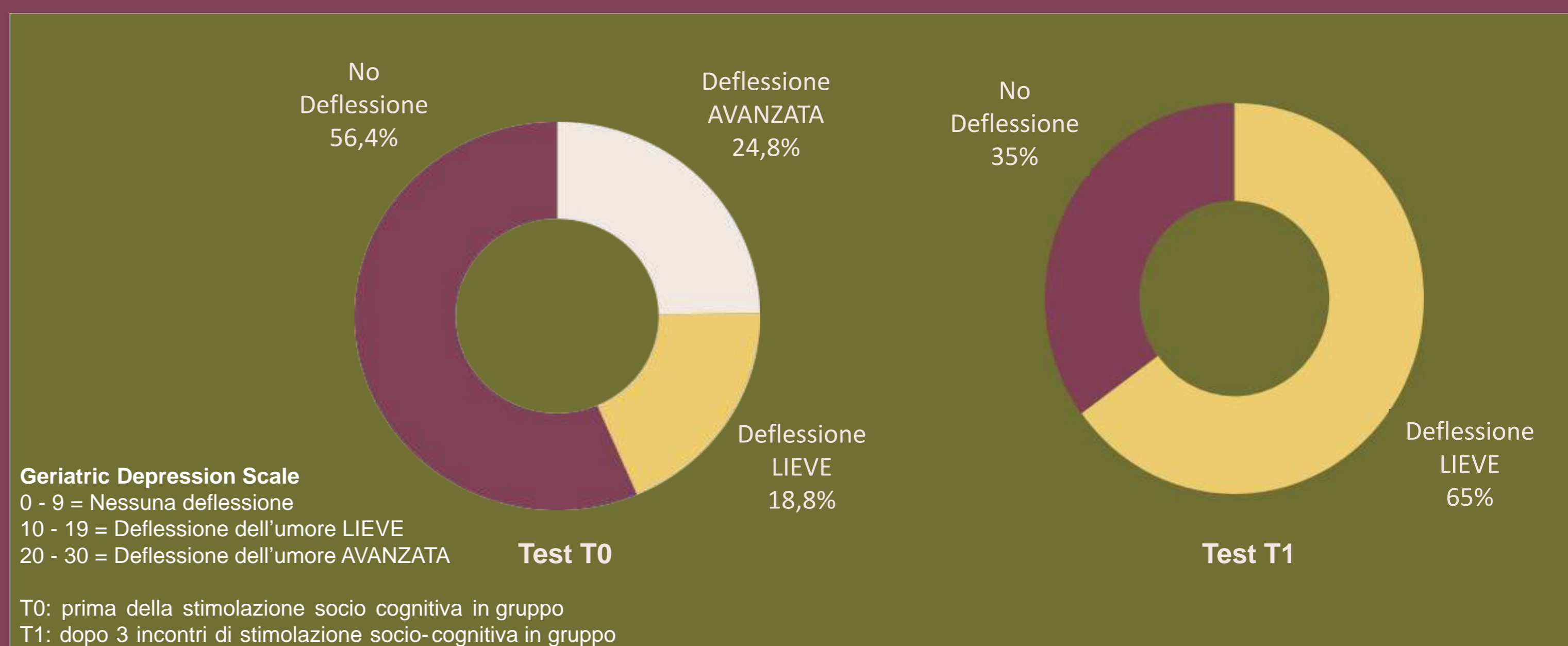
- Calcolo della frequenza relativa e percentuale dell'occorrenza di ciascun emergente e loro codifica.
- Lettura critica degli emergenti statisticamente rilevanti.

## RISULTATI

- **g.s (T0; T1)=30 ss**
- **Numerosità campione: 24**
- **Età  $\mu$  : 71 anni [f=69,88 | m=74,33]**
- **Scolarità  $\mu$ : 11,41 [f=11,55 | m=11]**
- **Sex: 18 f; 6 m**

**Geriatric Depression Scale**  
(Yesavage, 1983)

- **Pre-test:** Punteggio  $\mu= 11,87$
- **Post -Test:** Punteggio  $\mu= 11,7$



**Costruzione dell'intervento:**

- Due incontri al mese: un incontro di terapia di gruppo espressiva e uno di stimolazione socio-cognitiva.
- Somministrazione della **Geriatric Depression Scale** al T0 e al T1.

Nello spazio del gruppo **FARE MEMORIA:**

Il **GIOCO** come organizzatore centrale per sperimentare:

1. La convivenza, in un ambiente protetto, con i propri deficit cognitivi e i deficit di Theory of Mind (ToM), alla ricerca della migliore strategia da utilizzare nella quotidianità.
2. La NON adesione completa e globale con la diagnosi di DNCm.

## CONCLUSIONI

In un clima culturale come quello attuale in cui la prestazione, l'efficienza e l'immagine sono valori assoluti, **l'invecchiamento** porta con sé, inevitabilmente, emozioni a tinte fredde.

L'idea del percorso di stimolazione socio-cognitiva rappresenta una nuova occasione per ampliare e continuare a colorare il proprio vissuto emotivo ed identitario.

Sebbene la consapevolezza del proprio funzionamento cognitivo possa correlarsi ad un aumento del punteggio della GDS di grado Lieve, è evidente dai risultati ottenuti al post-test una diminuzione della sintomatologia globale rilevata dalla scala.