

Highlights

SILVER AND THE CITY. L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ URBANA A FAVORE DEGLI ANZIANI E IL RUOLO DI AIP

DIFFERENZE DI GENERE IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI ANZIANI AFFERENTI AD UN CENTRO PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

FRAGILITÀ, FUNZIONI DI RAPPRESENTANZA ED ESERCIZIO DEI DIRITTI PERSONALISSIMI

INVECCHIARE IN UNA CITTÀ AD ALTO IMPATTO AMBIENTALE

E SECONDO IL BISOGNO [...] VI SIA SEMPRE LA DOVUTA ASSISTENZA. ORGANIZZAZIONE, FORMAZIONE, ASSISTENZA E VITA QUOTIDIANA IN 250 ANNI DI REGOLAMENTI DEL PIO ALBERGO TRIVULZIO (P.A.T.)

RECENSIONI

POESIA

20° CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA - Abstract

Psicogeriatría

Direttore Editoriale

Marco Trabucchi

Comitato Editoriale

Diego De Leo
Giovanna Ferrandes
Nicola Ferrara
Alessandro Padovani
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

Comitato Scientifico

Roberta Annicchiarico
Raffaele Antonelli Incalzi
Fabrizio Ascoli
Matteo Balestrieri
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Giuseppe Bellelli
Carlo Adriano Biagini
Enrico Brizioli
Amalia Cecilia Bruni
Mattia Brunori
Carlo Caltagirone
Fabio Cembrani
Alberto Cester
Antonino Cotroneo
Pierluigi Dal Santo
Laura De Togni
Luc Pieter De Vreese
Fabio Di Stefano
Babette Dijk
Andrea Fabbo
Bianca Faraci

Giuseppe Fichera
Marino Formilan
Domenico Foti
Lodovico Frattola
Pietro Gareri
Marcello Giordano
Guido Gori
Antonio Guaita
Marco Guidi
Ester Latini
Cristian Leorin
Daniela Leotta
Giancarlo Logroscino
Elena Lucchi
Maria Lia Lunardelli
Albert March
Niccolò Marchionni
Massimiliano Massaia
Patrizia Mecocci
Fiammetta Monacelli
Alessandro Morandi
Enrico Mossello

Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Luigi Pernigotti
Elvezio Pirfo
Nicola Renato Pizio
Giuseppe Provenzano
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Michaela Santoro
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Luca Serchisu
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Anna Laura Spinelli
Francesca Tesi
Claudio Vampini
Flavio Vischia
Orazio Zanetti
Giovanni Zuliani

QUADRIMESTRALE
ANNO XV
NUMERO 1
GENNAIO-APRILE 2020

Rivista ufficiale



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Direttore Editoriale
Marco Trabucchi

Comitato Editoriale
Diego De Leo
Giovanna Ferrandes
Nicola Ferrara
Alessandro Padovani
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico
Luigi Ferrannini

Segreteria di Redazione
Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

Comitato Scientifico
Roberta Annicchiarico
Raffaele Antonelli Incalzi
Fabrizio Asoli
Matteo Balestrieri
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Giuseppe Bellelli
Carlo Adriano Biagini
Enrico Brizioli
Amalia Cecilia Bruni
Mattia Brunori
Carlo Caltagirone
Fabio Cembrani
Alberto Cester
Antonino Cotroneo
Pierluigi Dal Santo
Laura De Togni
Luc Pieter De Vreese
Fabio Di Stefano
Babette Dijk
Andrea Fabbo
Bianca Faraci
Giuseppe Fichera
Marino Formilan
Domenico Foti
Lodovico Frattola
Pietro Gareri
Marcello Giordano
Guido Gori
Antonio Guaita
Marco Guidi
Ester Latini
Cristian Leorin
Daniela Leotta
Giancarlo Logroscino
Elena Lucchi
Maria Lia Lunardelli
Albert March
Niccolò Marchionni
Massimiliano Massaia
Patrizia Mecocci
Fiammetta Monacelli
Alessandro Morandi
Enrico Mossello
Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Luigi Pernigotti
Elvezio Pirfo
Nicola Renato Pizio
Giuseppe Provenzano
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Michaela Santoro
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Luca Serchisu
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Anna Laura Spinelli
Francesca Tesi
Claudio Vampini
Flavio Vischia
Orazio Zanetti
Giovanni Zuliani

Rivista registrata presso il tribunale di Firenze
Registrazione: n. 5808
Data di registrazione: 1/12/2010
Proprietario: Associazione Italiana Psicogeriatría

online: ISSN 2611-8920
testo stampato: ISSN 2611-9420

Le norme editoriali sono consultabili sul sito:
www.psicogeriatría.it
I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale o parziale
con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie
fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.
La violazione di tali diritti è perseguibile a norma
di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Casa Editrice: Cobalto s.r.l.
24121 Bergamo - Via A. Maj, 24

Stampa: Grafiche Masneri s.n.c.
25036 Palazzolo s/O (BS) - Viale Europa, 7

Care Colleghe e cari Colleghi,

questo primo numero di Psicogeriatria 2020 avrebbe dovuto uscire in concomitanza con il nostro 20° Congresso nazionale.

Le circostanze hanno indotto lo spostamento della data dell'evento, come ben sapete. Ma abbiamo voluto ugualmente uscire, anche se per ora rinviando l'edizione cartacea, per ricordare a tutti che l'AIP continua a rispettare il proprio dovere di informare, formare, collegare. In questa prospettiva pubblichiamo gli abstract delle comunicazioni libere e dei poster: la vita continua e speriamo di poterli presentare dal vivo in settembre!

Un pensiero di gratitudine a tutti le colleghe e ai colleghi di qualsiasi professione che si sono impegnati allo spasimo in questi giorni di grandissima fatica: grazie, grazie! Siete il meglio della nostra Patria.

Un commosso saluto ai colleghi che hanno sacrificato la loro vita. Alla loro memoria dedichiamo il molto lavoro che dovremo ancora compiere per tornare all'agognata normalità. Il loro esempio ci guidi.

Marco Trabucchi

INDICE

PSICOGERIATRIA

Quadrimestrale - Anno XV - Numero 1 – Gennaio–Aprile 2020

EDITORIALE

SILVER AND THE CITY. L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ URBANA A FAVORE
DEGLI ANZIANI E IL RUOLO DI AIP

Marco Trabucchi _____ pag. 5

ARTICOLI ORIGINALI

DIFFERENZE DI GENERE IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI ANZIANI AFFERENTI
AD UN CENTRO PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

Chiara Pazzaglini, Gloria Brombo, Daniele Deplano, Tommaso Romagnoli,
Stefania Bonazzi, Lisa Marabini, Michele Polastri, Patrizia Guasti,
Gianluca Guerra, Amedeo Zurlo, Giovanni Zuliani _____ pag. 16

FRAGILITÀ, FUNZIONI DI RAPPRESENTANZA ED ESERCIZIO DEI DIRITTI
PERSONALISSIMI

Fabio Cembrani, Claudio Agostini _____ pag. 26

INVECCHIARE IN UNA CITTÀ AD ALTO IMPATTO AMBIENTALE

Francesco Scapati _____ pag. 33

E SECONDO IL BISOGNO [...] VI SIA SEMPRE LA DOVUTA ASSISTENZA.
ORGANIZZAZIONE, FORMAZIONE, ASSISTENZA E VITA QUOTIDIANA
IN 250 ANNI DI REGOLAMENTI DEL PIO ALBERGO TRIVULZIO (P.A.T.)

Maura Lusignani, Edoardo Manzoni, Francesco Granata _____ pag. 36

RECENSIONI

VECCHIAIA PER PRINCIPIANTI di Alberto Cester

Marco Trabucchi _____ pag. 44

MALEDETTA SOLITUDINE di Diego De Leo, Marco Trabucchi

Fabrizio Ascoli _____ pag. 46

POESIA

L'AMORE È PIÙ FORTE DELL'ALZHEIMER?

Franca Grisoni _____ pag. 49

20° CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA - Abstract

Il senso delle cure in psicogeriatría _____ pag. 56

L'innovazione in psicogeriatría _____ pag. 69

La depressione nel setting di cura _____ pag. 73

L'anziano candidato agli interventi chirurgici _____ pag. 76

La malattia di Alzheimer: il vecchio e il nuovo _____ pag. 77

È possibile prevenire l'Alzheimer? Attività motoria, stimolazione cognitiva, prevenzione delle malattie cardiovascolari e del dolore _____ pag. 88

Patologia somatica e alterazioni cognitive _____ pag. 94

La vecchiaia e gli antidoti alla solitudine _____ pag. 103

Terapia dell'ictus acuto nei molto vecchi _____ pag. 110

I servizi per le demenze: dal MMG, al CDCD, al follow up mirato, alle cure palliative _____ pag. 111

BPCO e funzioni cognitive _____ pag. 123

Insufficienza renale e funzioni cognitive _____ pag. 124

Diabete e funzioni cognitive _____ pag. 125

Il consumo di farmaci nella terza età: salvavita e sintomatici _____ pag. 126

Le nuove tecnologie per l'anziano a casa, in ospedale e nelle residenze _____ pag. 128

La riabilitazione motoria della persona affetta da demenza _____ pag. 131

Dieta, salute, ambiente _____ pag. 135

Sonno, insonnia e loro terapie nell'anziano _____ pag. 139

EDITORIALE

SILVER AND THE CITY L'impegno della comunità urbana a favore degli anziani e il ruolo di AIP.

MARCO TRABUCCHI

Associazione Italiana di Psicogeriatrics

trabucchi.m@grg-bs.it

Introduzione

La comunità urbana è il luogo della vita di una parte crescente di individui. Preoccuparsi quindi del benessere degli anziani in questo ambito rappresenta un compito al quale non possiamo sottrarci, anche se non vorremmo dimenticare la condizione di chi invecchia in realtà rurali e montane, dove sempre più si accentua il fenomeno dello spopolamento e della solitudine.

Anche una società scientifica di area medica come l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics deve farsi carico con delicatezza di queste tematiche, partendo da alcuni punti fermi, di seguito schematicamente riassunti. L'obiettivo di fondo è garantire una vita libera e dignitosa, soggettivamente gradevole e adeguatamente supportata quando le crisi oggettive e la sofferenza divengono compagne del tempo che passa. La vita del singolo diviene così in grado di arricchire, nei limiti delle reali possibilità, la vita delle comunità, contribuendo da una parte sul piano pratico ad alleggerire alcuni pesi provocati dalla presenza di tante persone non più giovani, dall'altra a costruire il "capitale sociale" necessario per un'equilibrata e serena vita delle comunità.

Il primo dei punti fermi riguarda la complessità dei fenomeni legati all'invecchiamento e la sicura inadeguatezza delle analisi segmentarie. La vecchiaia degli individui e l'invecchiamento della specie sono alla base di un intreccio di fenomeni che andrebbero analizzati alla luce delle interazioni reciproche che rendono inutile (e spesso dannosa) qualsiasi analisi condotta separatamente. Va considerato in particolare che il rapporto tra la città e le persone di età avanzata riguarda tutte le condizioni, cioè chi è sano e chi è fragile o ammalato, chi è solo e chi è supportato da una valida rete, chi è povero e chi invece non ha problematiche economiche; infatti, la città ricopre una funzione centrale per tutti, sia in negativo che in positivo, anche se, ovviamente, i più deboli hanno bisogni più accentuati, sia sul piano qualitativo che quantitativo. Qualsiasi semplificazione in un ambito di complessità è destinata a fallire; su problemi di questa portata possono cimentarsi solo individui e collettività in grado di cogliere il senso di una vita lunga, mai collegabile solo a realtà semplici, separate tra loro.

Un secondo aspetto riguarda una condizione strettamente correlata alla precedente, e cioè che il rapporto tra la città e gli anziani è in continua evoluzione su vari piani, da quello demografico-epidemiologico, a quello degli stili di vita. Parallelamente a questa si modificano anche i bisogni delle persone, che sono la conseguenza di attese mutate, di condizioni oggettive che cambia-

no (disponibilità economiche, relazioni, servizi, ecc.), di risposte che si ricevono a livello personale e collettivo.

Un ulteriore aspetto, certamente il primo nella prospettiva della cura rivolta al singolo individuo e alle comunità, è il carico di angoscia, più o meno riconosciuto dai singoli, che talvolta li colpisce rispetto alla loro collocazione nella città e alle dinamiche che la caratterizzano, angoscia che provoca sofferenza, disagio, ma soprattutto malattia, anche sul piano strettamente somatico. A fronte di queste realtà, che richiederebbero un impegno enorme da parte della comunità civile a tutti i livelli, da quello massimo della politica a quello delle comunità intermedie, a quello dei centri di studio e di elaborazione, si registrano solo impegni marginali. Si susseguono denunce più o meno ben motivate sulla prossima insostenibilità delle dinamiche future, ma nessuno si occupa con un adeguato investimento intellettuale e pratico della costruzione di un "pensiero" sull'età avanzata che, partendo dalla constatazione degli enormi cambiamenti, si ponga domande su come rispondervi. Solo la voce di Papa Francesco si è fatta sentire nel deserto politico e culturale, quando ha affermato: "Questo periodo della vita è diverso dai precedenti, non c'è dubbio. Dobbiamo anche un po' inventarcelo, perché le nostre società non sono pronte, spiritualmente e moralmente, a dare ad esso il suo pieno valore". Con un linguaggio semplice ha messo in luce la realtà difficile del nostro tempo rispetto alla vita delle persone in età avanzata. Allo stesso tempo il Papa invita a un impegno condiviso tra l'elaborazione colta, scientificamente fondata, e l'interpretazione attenta di quanto viene dal "territorio", cioè dalle costruzioni sorte spontaneamente per rispondere alle esigenze dei singoli e delle comunità. L'incontro tra il mondo reale nella sua ricchezza e il mondo degli studi e delle ricerche porterà a progressi certi, in un continuo impegno di reciproca modulazione, alla base del progresso più vero. Attraverso questa metodologia si evitano anche atteggiamenti superficiali e proposte senza fondamento, come purtroppo ancora si può registrare in alcuni ambiti. La città deve diventare il luogo dell'incontro governato tra le mille esigenze di chi è fragile e le altrettante offerte di risposte spontanee dettata da generosità diffuse. Ma proprio per governare senza prevaricare la delicatezza di questo incontro la città deve essere culturalmente preparata e concreta-

mente allenata. È infatti facile fare errori, però i potenziali guadagni, utili per la collettività, inducono al coraggio delle sperimentazioni. In ogni città sono moltissime le iniziative spontanee che hanno bisogno di essere messe in rete; il comune è normalmente un'autorità che viene accettata senza ritenere che limiti la libertà delle singole iniziative. Ad esempio, di recente si è molto sviluppata la gestione del circuito dello spreco, importante per risparmiare cibo da donare a chi ha fame, ma anche esperienza che offre un orizzonte di scopo a chi si organizza per poter donare. L'autorità comunale può fare molto, attraverso il riconoscimento dell'importanza civile del gesto, l'abbattimento di barriere burocratiche, il supporto di eventuali servizi a basso costo.

In questo scenario del possibile si inseriscono anche le problematiche economiche, sempre più cogenti, in particolare rispetto agli enti locali. Anche se in Italia non hanno spazio scelte simili a quelle di Trump, volte a prosciugare gli interventi sul welfare per privilegiare la difesa, la sicurezza, la lotta all'immigrazione, dobbiamo convivere con la realtà di disponibilità limitatissime delle città a causa dei ridotti trasferimenti. Trump per tener fede alla diminuzione delle tasse ha, per esempio, ridotto del 15% i finanziamenti al dipartimento per la Casa e lo sviluppo umano, provocando una grave crisi a livello locale, in particolare nelle zone più degradate delle grandi città. Anche in Italia, una seria politica di attenzione verso gli anziani nelle città deve necessariamente coinvolgere il livello decisionale più elevato (ma quanto interesse reale vi è a livello centrale per affrontare i problemi delle realtà municipali?). È però certo che la rinuncia a porre questi problemi come primari nelle agende della politica non aiuta la crescita di progettualità coraggiose, che implicano anche notevoli investimenti.

In questo scenario la medicina sta iniziando a prendere posizioni importanti, uscendo dalle logiche strettamente biologiche; oggi l'impegno di una parte della cultura medica per chiarire le determinanti sociali della salute trova sempre più spazio sulle grandi riviste internazionali, testimonianza di una posizione di avanguardia, ma che potrebbe essere più largamente condivisa nel prossimo futuro. L'anziano nella città pone una serie di domande alla cui risposta concorre anche la medicina, chiamata a interpretare i fenomeni collettivi, per impegnarsi in azioni di

prevenzione e a rispondere concretamente ai bisogni del singolo anziano, il cui benessere è dovere primario della città.

Non vorrei dare l'impressione attraverso queste righe iniziali di assumere aprioristicamente un atteggiamento di pessimismo; al contrario, questo editoriale è volto a superare la condizione attuale, al fine di costruire possibili soluzioni, da ipotizzare realisticamente in tempi diversi, ma non troppo lontani. Non si vuole infatti auspicare una sorta di "città ospedale", dove tutto è incentrato sugli anziani bisognosi, ma la creazione di uno stile di vita collettivo dove gli anziani possano sempre sentirsi rispettati e aiutati nel momento del bisogno. Una "città curante", in grado di accompagnare i cittadini senza esercitare oppressione o limitazioni, ma capace di mostrare gentilezza e tolleranza verso il corpo e l'anima di chi cerca risposte adeguate alla sua condizione di disagio. Una "città amica" non è una "città fragile", ma, al contrario, una "città forte", perché in grado di non trascurare nessuno; una città che non opprime, non vuole controllare tutto, ma offre una protezione serena, gentile, senza interruzioni. Ovviamente la città da sola non può considerarsi responsabile di tutte le dinamiche vitali dell'anziano, ma deve coordinare e controllare le azioni di ogni altro ente pubblico, privato o volontaristico che abbia la funzione di migliorare la vita delle persone anziane. Si potrebbe adattare a chi non è più giovane il detto africano secondo il quale per crescere un bambino ci vuole un villaggio; per permettere a un anziano di proseguire secondo la traiettoria naturale la sua esperienza vitale ci vuole attorno a lui una città, capace di costruire reti sulle quali si possa appoggiare, per crescere entro l'ambito della sua traiettoria biologica, senza malattie prevenibili e disagi evitabili. La differenza però è rilevante: il villaggio africano è naturalmente operativo per storia e tradizioni, mentre la città di oggi deve acquisire un ruolo per il quale non è preparata. Ha quindi bisogno di studio, di impegno collettivo, di sperimentazioni costruite su specifici obiettivi, di controllo attento dei risultati ottenuti. Purtroppo, vi saranno molte differenze locali rispetto alla capacità di realizzare questi progetti, a causa di storie, culture, prassi diverse; però sempre più dovranno essere operative condizioni per le quali ogni città, seppure con tempi diversi, si adatti ai nuovi compiti. Ben sapendo che

non vi è molto tempo, perché l'evoluzione della realtà non attende i ritardatari, ma scarica le sue negatività su chi resta indietro. E lasciare indietro un numero sempre più numeroso di cittadini -gli anziani- renderebbe disumana ogni collettività.

L'AIP nella sua storia ormai ventennale ha affrontato i temi più svariati, sempre correlati con il benessere e la salute degli individui anziani. Anche se non è mai stato trattato esplicitamente, il tema dei vecchi nella città (il titolo di questo editoriale, *Silver and the City*, descrive in modo sintetico, ma fortemente esplicativo, la tematica) costituisce la cornice di tutto quanto si muove per garantire il massimo di benessere a ogni età, partendo dalla dichiarazione di fondo che "invecchiare non è una malattia". Infatti, questo slogan chiarisce che gli atti di cura rivolti all'anziano, sul piano psicosociale e clinico, non sono tamponamenti di una situazione irreversibile, ma atti rivolti alla realizzazione di un'esistenza governata dalla dignità e dalla libertà.

L'AIP concorre attraverso lo studio continuo, sperimentazioni diffuse, impegno su specifiche tematiche a costruire un modello di città nella quale nessun anziano si senta senza protezione sul piano clinico, psicologico, sociale.

1. Premesse culturali: la vita dell'anziano nella città

Un editoriale di JAMA (2020) ha riassunto le condizioni per invecchiare bene in una prospettiva complessiva, non solo medica: avere uno scopo nella vita, godere di buone relazioni, impegnandosi per mantenerle e svilupparle, seguire un regime di vita salutare. Attorno a questi atteggiamenti si dovrebbe realizzare ogni lavoro per favorire la vita dell'anziano in città, caratterizzato da un tempo lungo. Infatti, sono aspetti che coinvolgono la vita nel suo complesso, sottoposti a forti condizionamenti esercitati dall'ambiente. Come potrebbe un anziano costruire un obiettivo, uno scopo della sua vita se costretto in un ambiente inospitale, dove deve difendersi ogni giorno dalle crisi, invece di dedicare attenzione al proprio futuro? Inoltre, come è possibile costruire relazioni significative, una rete di supporti nella normalità e nelle difficoltà quando l'ambiente vitale non permette l'attenzione ai rapporti tra le persone, in un deserto sempre più desolato? Infine, come mantenere uno stile di vita sano, caratterizzato da un'adeguata attività fisica, da un attento ricor-

so alle strutture sanitarie se queste sono lontane, inadeguate, spesso poco accoglienti?

Ma la domanda cruciale, dopo aver delineato le condizioni per un buon invecchiamento è: la città di oggi è pronta ad accogliere un numero sempre più grande di anziani, ognuno profondamente diverso dall'altro, affrontando esigenze altamente differenziate, nel segno di un'apertura che riconosce ad ogni persona un ruolo, qualsiasi sia l'impegno che questo atteggiamento comporta? La domanda di fondo non è se invecchiare sia una malattia, ma se la città è in grado di accogliere e "dare un nome" alle persone che invecchiano; solo così il tempo non diventa il segnapassi della decadenza. L'insieme dei dati epidemiologici, biologici e clinici induce a concludere che non vale l'equazione vecchiaia-malattia, ma che vi è uno spazio per scelte personali e della città che deve essere valorizzato attraverso un'intensa attività educativa, civile e politica e che porta ad una condizione di libertà possibile a tutte le età. Ciò però può avvenire solo in una società che ha compreso il dovere di dare (o di conservare) all'anziano un ruolo non marginale, e quindi non di dipendenza.

Le pagine che seguono sono dedicate a dimostrare l'importanza del singolo, delle sue scelte e dei suoi bisogni per costruire attorno a lui una città che riconosce la pressione dei numeri, ma soprattutto il valore delle scelte dei singoli ("democracy and not demography"). Il secondo paragrafo descrive come il vivere assieme costituisce l'unica modalità per un'esistenza significativa, in generale e nello specifico della città ("bowling not alone"). Il terzo paragrafo continua il percorso dei primi due, descrivendo le potenzialità di una città al fine di diventare fonte di speranza per gli uomini e le donne di oggi. I vecchi sono l'esempio concreto della speranza che diviene modello di vita ("una città tra inquietudine e speranza").

"Democracy and not demography"

"Democracy and not demography": il titolo di un editoriale pubblicato ormai molti anni fa ha costituito una chiave interpretativa di grande significato nell'ambito degli studi sulla condizione anziana. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione non deve essere vissuto solo in termini problematici, spesso angoscienti, ma come un evento da leggere con impegno, cercando di trovare gli spazi per rispondere alle grandi sfide fondandosi sulla realtà dei singoli individui e

le motivazioni per costruire una convivenza significativa per tutti, a tutte le età. "1.5 miliardi di persone oltre 65 anni popoleranno il mondo nel 2050 (il doppio di quanti sono oggi)": un titolo di giornale, come ne compaiono sempre più di frequente, che delinea il futuro. Gli studi demografici e le ricerche epidemiologiche -sui quali le scienze, e la medicina in particolare, sono abituati a costruire le proprie ipotesi di lavoro quando si affrontano i problemi degli anziani- offrono certamente risposte corrette sul piano metodologico se l'attenzione dello studioso e del medico è rivolta a comprendere la tendenza dominante rispetto ad un dato parametro biologico, clinico o psicosociale. Però queste analisi non devono illuderci di conoscere tutto "l'universo", per non perdere la possibilità di capire la singola persona che invecchia, caratterizzata dal fenomeno umanissimo della grande differenziazione che si accompagna al trascorrere del tempo. Solo riuscendo a comprendere l'unità della condizione umana e la diversità degli esseri umani a tutte le età della vita, soprattutto nella vecchiaia, si superano gli stereotipi negativi che per tanto tempo hanno accompagnato la nostra cultura, per i quali il processo di invecchiamento indurrebbe un'omogeneizzazione dei comportamenti individuali, nel segno comune della perdita e del fallimento.

La vecchiaia della persona contrapposta all'invecchiamento delle specie: è una dialettica che fortunatamente incomincia ad essere superata, perché più gli anziani diverranno persone libere più sapranno insegnare, come soggetti sociali, che i loro diritti non devono diventare angosce per gli altri, ma problemi che possono essere risolti con impegno, serenamente. Nessuna persona razionale può pensare che la più grande conquista di questo nostro tempo -l'aumento della speranza di vita alla nascita ed in età avanzata- sia fonte di catastrofi prossime e quindi motivo di pessimismo e di angosce. La libertà faticosamente conquistata da alcuni -i vecchi- non può certamente essere motivo per minore libertà alle altre età della vita! Inoltre, fino a che non riusciremo a capire quali sono stati i fattori che hanno determinato questo fenomeno (socio-economici, ambientali, clinici, di stili di vita?), l'atteggiamento più serio è mettersi in osservazione per capirne le dinamiche e quindi essere in grado nel prossimo futuro di indirizzarne, per quanto possibile, l'evoluzione (si ricordi che -ad esempio-

non siamo ancora in grado di spiegare le differenze tra l'uomo e la donna per quanto riguarda sia la durata assoluta della vita, sia il rapporto tra vita attiva e vita accompagnata da diversi livelli di dipendenza).

"Bowling not alone"

Nessuno vive bene da solo, in balia degli eventi. Ogni persona ha bisogno dell'altro e di trovare la forza per costruire un'esistenza equilibrata e libera, in particolare nei momenti critici quali la vecchiaia. Da più parti è stata studiata l'importanza, rispetto alla salute, di mantenere un controllo sulla propria vita attraverso l'adozione di atteggiamenti personali e collettivi che privilegiano da una parte la costruzione di reti sociali, sulle quali la persona più fragile possa "adagiarsi" nei momenti di difficoltà, dall'altra la possibilità di sentirsi pienamente immersi nelle problematiche che riguardano il proprio corpo, lo spirito, la vita sociale ed anche la storia passata e quindi di poterle controllare. Robert Putnam nel suo ormai classico volume *"Bowling alone"* (2001) dedica particolare attenzione a quell'aspetto della vita collettiva che valorizza il concetto di "capitale sociale" come insieme di operazioni volte a mantenere un rapporto vivo tra i componenti di una società. Normalmente siamo abituati a parlare di capitale in termini economici oppure -talvolta- in termini umani per dare valore al contributo di alcune persone ad un'impresa. Il termine "capitale sociale" esprime invece la ricchezza di relazioni e contatti che si sviluppano a vari livelli, grazie alla capacità ed alla volontà degli individui di costruire uno stile che sia appunto ispirato alla collaborazione ed alla definizione di percorsi vitali comuni.

Un altro studioso di grande fama, Michael Marmot, ha sostenuto nei suoi più recenti contributi concetti che coincidono con quelli di Putnam; ha infatti enfatizzato l'importanza di sentirsi padroni della propria vita come mezzo per conservare una buona salute. Chi è padrone di sé è anche più disponibile ed attento a donare attraverso la costruzione di relazioni sociali significative. La "mastery" sulla vita è più importante del livello di benessere in senso assoluto, perché vi è un gradiente di salute (e quindi di longevità) per ogni livello di benessere. In quest'ottica sono importanti le risorse spirituali, perché fonte di autonomia della persona di fronte alle difficoltà,

e quelle legate alla vita sociale, anch'esse fonte di libertà rispetto al peso dell'esistenza. Coloro che hanno un basso controllo sulla propria vita ricorrono di più al medico, perché sono contemporaneamente più malati, meno liberi dai condizionamenti ambientali, e quindi meno capaci di affrontare da soli le difficoltà. Anche alcuni parametri biologici, indici di una condizione di fragilità, sono diversi nei due gruppi, ad esempio quelli che fanno riferimento all'infiammazione cronica. Marmot sostiene che la condizione di mancato controllo sulla propria vita è costante in una parte dell'umanità, indipendentemente dal mutare della convivenza e delle sue dinamiche. Ha così ripetuto il detto evangelico: "I poveri saranno sempre in mezzo a voi", intendendo per poveri non solo quelli specificamente inseriti in questa categoria, ma anche chi in ogni società e per ogni livello di benessere non è in grado di vivere appieno la propria libertà.

Secondo Putnam e Marmot è quindi possibile costruire un modello di comportamento che porta alla longevità attraverso una modulazione della struttura genetica e degli eventi chimico-fisici, fondata sul controllo delle dinamiche socio-economiche, sulla partecipazione sociale e sulla capacità di governo della vita. Ma questo richiede un ruolo importante della città, che deve costruire una vita equilibrata per tutti, considerando le ingiustizie come condizioni che uccidono. Marmot ha dichiarato a tal proposito: "Come individui ciascuno di noi può lavorare per creare comunità più coese e sostenibili e per convincere i politici a operare i cambiamenti necessari per arrivarci. Tale azione individuale ha maggiore probabilità di essere efficace a livello di città, più che a livello nazionale".

La città tra inquietudine e speranza

Una considerazione particolare può essere fatta attorno alla città come luogo per abitare; gli anziani devono poter vivere in un ambito accogliente, sicuro, dove trovare servizi adeguati ed accessibili. Non è sempre così: allora bisogna intervenire non con la presunzione di cambiamenti rapidi e incisivi, ma con la continua proposizione di momenti che mettano al centro l'amicizia, la convivialità, il rapporto sereno, la sicurezza, l'accompagnamento nelle difficoltà. Puntare sulla cortesia e sul vicinato può trasformare la città da luogo alienante, anonimo, confuso, pericolo-

so, in uno dove sia a poco a poco recuperabile la dignità della persona attraverso la ricchezza di rapporti cortesi. È l'utopia della normalità: il vecchio ne ha particolarmente bisogno. La normalità prevede rapporti significativi tra le persone che vivono la città.

La società contemporanea, percorsa da un sentimento permanente di insicurezza e precarietà, offre alle persone anziane scarse possibilità di comprendere il significato della loro presenza in una storia collettiva; vi è quindi sempre più bisogno di chi ricostruisce i legami e contribuisce a ridare senso al tempo, breve o lungo, della vita. In generale, di fronte alla crisi, si assiste ad una sorta di privatizzazione del futuro, dove ognuno cerca di trovare uno spazio proprio. Ma l'anziano spesso non è in grado -anche per condizioni oggettive- di costruire in solitudine (e talvolta nell'abbandono) il proprio futuro. Ha quindi bisogno di un impegno diffuso, dell'utopia di molti non volta a costruire una società perfetta, ma a proporre via di uscita concrete. Non con l'ordinaria amministrazione, ma costruendo sempre nuove occasioni perché la speranza si fondi con la realtà.

Una città aperta è difficile oggi da costruire. È più facile (ma non meno doveroso) identificare le condizioni di disagio diffuso tra gli anziani ("mi chiudo in casa per difendermi dal mondo"), la tristezza che invade le abitazioni, sia quelle più eleganti della borghesia, sia quelle pur ordinate e tirate a lucido, ma meno ricche. Non è nemmeno facile verificare come vivono le persone della terza età, carichi di richieste, spesso connotate dalla superficialità che deriva dal trasferire il sentire del tempo del lavoro a quello del pensionamento. Ma dall'indagine alla risposta concreta spesso si smarrisce la capacità di governo di una città dove nessuno si deve sentire ospite. Al di là delle denunce dei casi limite, specchio però di un disagio che si allarga, alla massa di vecchi che non fanno notizia e vivono nel silenzio la propria difficoltà bisogna dare condizioni migliori per la vita di tutti i giorni.

2. Il 2020 e la città: lo scenario umano, demografico e organizzativo

Molti fenomeni che caratterizzano oggi la città nei riguardi della popolazione anziana sono nel loro complesso particolarmente negativi. Ad esempio, in molte periferie il problema della si-

curezza fisica e psicologica dell'anziano rispetto a violenze di vario tipo è un problema aperto. Si parla in modo superficiale di "piccola criminalità", sminuendo di fatto a livello sociale le ricadute di questi atti sulla vita di tutti i giorni dell'anziano; di conseguenza, questi è sempre più indotto a chiudersi entro le mura di casa, aggravando così la propria condizione di solitudine, la capacità di allacciare relazioni, di rifornirsi di cibo, di realizzare le proprie attese, ecc.

La parte povera della popolazione anziana rappresenta un grave problema per una comunità che vuole esser coesa e rispettosa; infatti, la povertà sta alla base di una serie di condizioni negative quali la solitudine, la scarsa attività fisica, un'alimentazione insufficiente, un ricorso irregolare ai servizi sanitari, spesso un continuo stress psicologico. L'anziano povero ha minori relazioni con gli altri, tende a non uscire di casa, in generale subisce la vita come il susseguirsi di eventi che non controlla e quindi come continua fonte di difficoltà dalle quali si sente schiacciato. Tutto questo aumenta la vulnerabilità della persona, soprattutto se molto vecchia, e quindi il rischio di malattia. Ma come andare oltre alla denuncia e alla constatazione dei danni indotti? Cosa può fare la città con le sue risorse limitate? Certamente sono utili le mense popolari, i dormitori pubblici e altri supporti concreti, ma occorre di più per far sentire l'anziano povero partecipe della comunità. Un aspetto di nicchia a questo proposito è rappresentato dai vecchi senza tetto; anche se quelli anagraficamente di età avanzata sono pochi a causa dell'alta mortalità, molti sono quelli biologicamente vecchi e quindi bisognosi di cure particolari. La città deve imparare a portare i servizi da loro, nella strada. Anche la medicina deve comportarsi allo stesso modo, come sotto-linea sempre più frequentemente la letteratura medica internazionale, di fronte a un fenomeno che si va ingrandendo in modo incontrollato. La strada è della città: chi vi abita, anche se in modo fuori dalle regole formali, ha il diritto di essere accompagnato e curato.

Il sistema abitativo

Il sistema abitativo delle città presenta notevoli criticità. Si pensi alla dimensione delle case, non progettate per la coabitazione di più generazioni; in particolare, gli alloggi costruiti con scopi sociali hanno completamente trascurato la possibilità di permettere all'anziano di vivere con i

figli o altri parenti. Sempre sul piano dell'abitare si deve ricordare che molte case sono prive di ascensore o dotate di ascensori privi di manutenzione e quindi spesso fuori servizio; questa condizione è lamentata soprattutto negli alloggi di edilizia popolare, assieme ad altre numerose criticità che danneggiano in particolare le persone più fragili come gli anziani (scarsa igiene negli spazi comuni, violenza, occupazioni abusive da parte di persone pericolose, ecc.). Un fenomeno recente e incontrollato è rappresentato dalla diffusione di forme di ospitalità ai turisti alternative a quelle alberghiere; gli anziani sono costretti a convivere con situazioni non gradite per rumorosità, confusione, violenza, che impongono la chiusura nelle loro abitazioni. La diffusione del turismo, sempre più pervasiva, ma rilevante sul piano economico, porta a una profonda trasformazione dell'habitat cittadino, senza che la città stessa abbia pensato a governare il cambiamento, evitando conflitti tra ciò che produce profitto, anche se "pesante" sulla vita collettiva, e ciò che va rispettato da parte di ogni comunità civile, in particolare la dignità e la libertà delle persone anziane.

Nella città ospitale verso gli anziani divengono luoghi speciali di aggregazione quelli dove le persone si ritrovano. Si pensi ai cimiteri, frequentati da persone di età avanzata per ricordare persone e atmosfere del passato. Potrebbe sembrare marginale, ma la vivibilità dei cimiteri (trasporti, pulizia, sicurezza, ecc.) è un aspetto non secondario nella vita di molti nostri concittadini, una tappa irrinunciabile nello scorrere del loro tempo. Nell'ottica di conservare la fruibilità di luoghi importanti per l'anziano è doveroso ricordare la progressiva sostituzione dei bar-osteria, dove l'anziano era ospitato senza una forte pressione sulle consumazioni, con realtà umane meno calorose, costose, spesso elegantemente asettiche, dove l'anziano non si ritrova sul piano psicologico, ma anche economico. Tra i luoghi "critici" vi sono i centri commerciali che hanno sostituito, talvolta brutalmente, i negozi di prossimità; la loro accessibilità è resa difficile dalla lontananza dalle abitazioni, in particolare per chi ha smesso di guidare. Ma anche l'aspetto esteriore dei centri commerciali non sempre è gradito all'anziano, che ha bisogno di ambienti che permettono contatti più diretti, come era possibile nei piccoli negozi sottocasa. Ancora una volta è opportuno controbattere le critiche di chi ritiene che que-

ste trasformazioni siano necessarie e irreversibili dimostrando il reale disagio provocato tra gli anziani; si pensi, ad esempio, alle problematiche nutrizionali, sempre più rilevanti in una popolazione di persone che esce di casa con difficoltà, non trova nel vicinato cibi freschi, non riesce ad arrivare nei centri commerciali. È ben noto, peraltro, quanto l'alimentazione sia importante per la salute fisica e per il benessere delle mente.

Nell'elenco delle criticità che rivestono un ruolo nella vita dell'anziano, è importante ricordare l'organizzazione dei trasporti pubblici, perché costituiscono una rete essenziale per garantire l'accesso ai diversi luoghi di vita. È ben noto quanti sono, purtroppo, i mezzi di trasporto di difficile accessibilità per chi ha qualche limitazione, quanti quelli dove è impossibile viaggiare in sicurezza (sia rispetto al rischio di caduta, sia alla presenza di persone irrispettose delle debolezze), quanti infine non rispondono alle necessità pratiche di spostamento del singolo. A livello di sogno (però realizzabile entro pochi anni!), si deve pensare a una città nella quale circolano prevalentemente automezzi a guida autonoma, in grado di trasportare l'anziano in modo confortevole e sicuro, indipendentemente dalle capacità individuali. Le amministrazioni locali devono seguire con attenzione il progresso tecnologico nei trasporti, perché a fruirne per primi saranno le persone più fragili (non si devono peraltro scordare anche gli aspetti ambientali, sempre considerando che gli anziani fragili sono tra coloro che maggiormente subiscono gli effetti negativi dell'inquinamento sulla salute). Anche gli spazi aperti della città vanno analizzati per garantirne una facile fruibilità (percorsi protetti, pulizia, servizi igienici, luoghi di ristoro, ecc.); lo stato del verde cittadino è spesso vergognoso, condizione che sembra essere agli ultimi posti nell'interesse degli amministratori.

Lo scenario cittadino riportato nelle righe precedenti è caratterizzato da un progressivo aumento della solitudine degli anziani; sebbene i dati non siano sempre affidabili, si ritiene che le persone sole siano il 20% della popolazione (a questo proposito ci si scontra con la difficoltà di definire la solitudine che non è l'abitare da soli, ma "il non avere nessuno a cui rivolgersi nel momento del bisogno"). Alla possibilità di creare per questi cittadini una vita serena deve essere dedicato un impegno crescente, anche considerando la continua evoluzione del fenomeno in senso negativo;

la città può fare molto a livello urbanistico e delle singole abitazioni, oltre che dei luoghi di aggregazione, per facilitare le relazioni, riducendo la fatica di vivere indotta dalla solitudine. Recentemente sulla scia di interventi specifici realizzati in molte città straniere anche in Italia qualche amministrazione si sta muovendo. Ad esempio, la nomina di un assessore alla solitudine è un segno importante di attenzione, un inizio che quantomeno sollecita la comunità a farsi carico della problematica. “La città e le sue solitudini” è il titolo di un seminario che verrà organizzato in occasione della 3a Giornata nazionale per la lotta contro la solitudine. Tra le risposte più significative quelle indicate da Papa Francesco: “Uscite per le strade e andate a cercare gli anziani che vivono soli. La solitudine può essere una malattia, ma la carità, la vicinanza e il conforto spirituale possono guarirla”. Un’esortazione opportuna, ma che difficilmente può portare a risposte concrete se l’ambiente circostante non è sensibile, come dovrebbe invece avvenire in una città che non vuole diventare un inferno per i più soli. Una condizione peculiare di solitudine, tra le molte sperimentate dalle donne e dagli uomini di oggi, vi è quella del medico. Questi si trova schiacciato tra richieste dei cittadini sempre più assillanti e talvolta ingenerose, un’organizzazione sanitaria che non facilita il lavoro clinico, una catena di governo interessata solo agli aspetti economici e a quelli di potere. In questi casi deve essere la città che con modi diversi fa capire al medico di comprendere le sue difficoltà, di apprezzare il lavoro di cura, di dare un senso alle sue fatiche nell’ambito di un’impresa comune, volta al benessere di chi soffre. In generale l’anziano rischia di sentirsi umanamente solo nei periodi di cambiamento, come quelli che stiamo vivendo: solo di fronte al nuovo che non capisce o non accetta, solo davanti a stili di vita profondamente mutati. In questi casi la città deve far comprendere che è di tutti, qualsiasi siano le idee e gli stili di vita, e che anche i più deboli psicologicamente si devono sentire protetti, perché gli spazi sono aperti per tutti.

3. 2020: il bisogno dell’anziano e la risposta della città

Come rispondono oggi le città, in particolare quelle italiane, alle esigenze di vita delle persone anziane? Come rispondono al bisogno di

sicurezza, di supporto nelle difficoltà, di vita relazionale normale nel corso della giornata? È certo che qualsiasi risposta deve essere mirata a bisogni sempre più diversificati; la schematica suddivisione in terza e quarta età è stata sostituita dall’attuale prevalenza di necessità specifiche che richiedono risposte flessibili e graduali. È necessario adattare le risposte della città a un modello a rete, in grado di cogliere le diverse esigenze e di rispondervi anche attraverso strategie di partecipazione e di coinvolgimento degli anziani stessi e la stimolazione di sinergie intergenerazionali. L’ente locale dovrà assumere ruoli diversi: in alcuni casi di supporto e di facilitazione a iniziative che nascono dal territorio, in altri invece dovrà direttamente realizzare interventi che prevedono il coinvolgimento di dinamiche sociali complesse, che trovano nell’ente locale un indispensabile punto di equilibrio. Ovviamente questo atteggiamento richiede una profonda rielaborazione culturale, che, partendo dalle scelte politiche, sia in grado di coinvolgere la tecnostuttura, non sempre pronta ad adeguarsi ai nuovi bisogni e quindi all’adozione di nuovi strumenti operativi. La città del 2020 è profondamente diversa da quella dell’inizio del secolo: sono cambiati i modelli culturali di riferimento, si è accentuata la mobilità sociale, si è sviluppata la tecnologia, si sono ridotte alcune certezze: non è più possibile leggere il presente con gli occhi del passato (e questa non è operazione sempre facile né diffusa)!

Uno sguardo particolare deve essere dato alla struttura delle abitazioni degli anziani, la maggior parte delle quali costruite in decenni lontani quando le esigenze erano diverse e le tecnologie costruttive più precarie. Si pensi ai servizi igienici di molte case dei centri storici, alla mancanza di ascensori, ai riscaldamenti precari.

Un altro aspetto rilevante rispetto alla qualità della vita degli anziani nelle città è la profonda modificazione della rete dei negozi di prossimità e di altri luoghi di aggregazione. Lo sviluppo di Amazon ha indotto la trasformazione del vivere comune più drastica avvenuta nell’ultimo secolo. Il tutto nel giro di pochissimi anni, per cui è stato quasi impossibile ipotizzare risposte adeguate. Il cambiamento epocale sta portando alla scomparsa della rete naturale dei negozi, costruitasi in secoli di lavoro mirato a incontrare i cittadini fornendo risposte ai loro bisogni. Il trasporto a domicilio dei prodotti ordinati attraverso la rete

elimina la mediazione umana; ogni persona funziona come un'entità unidimensionale. La città subisce un cambiamento profondo; è stato sostenuto infatti che non sono state costruite per supportare questo tipo di attività, con un enorme aumento dei trasporti di merci per uso individuali. Il cittadino che non partecipa al "nuovo mondo" rischia di subirne solo gli svantaggi: rarefazione dei luoghi di incontro e di socializzazione, difficoltà nel reperimento delle cose importanti per la vita normale, un traffico disordinato e talvolta aggressivo, che si riflette soprattutto sulle persone più fragili, le strade mediamente poco frequentate da persone appiedate. Tra i servizi del territorio che hanno subito un ridimensionamento che non ha assolutamente tenuto in conto le esigenze dei cittadini più fragili vanno considerati gli uffici postali, le banche, le farmacie. Purtroppo in molti casi sembra che non vi sia ascolto per le esigenze degli anziani, molti dei quali non sono in grado di utilizzare i servizi telematici messi a disposizione; peraltro si è dimenticato che posta, banca, farmacia, hanno rappresentato per molti anni luoghi di incontro sicuri, piacevoli e funzionali.

I servizi sanitari e assistenziali

Nell'ambito dell'evoluzione dei parametri demografici e psicosociali si colloca in posizione primaria il problema dell'assistenza alle persone fragili e ammalate. Dal 2003 al 2016 gli ultra65 non in grado di badare a se stessi sono aumentati del 46%, con gravi conseguenze sull'organizzazione dell'assistenza, sia all'interno della famiglia sia nei servizi. Oggi si calcola che in Italia vi sia oltre 2 milioni e 800 mila persone che si occupano regolarmente di famigliari malati o disabili, in particolare anziani. La città non si è posta il problema di accompagnare quest'opera fondamentale per la convivenza, facilitando la vita delle persone dedite al caregiving, ad esempio permettendo la conciliazione tra il lavoro e la vita in famiglia. Nell'ambito del lavoro di cura un fenomeno particolarmente significativo è stato l'aumento, avvenuto negli ultimi anni, in assenza di servizi pubblici o privati adeguati, del ricorso a sistemi informali di assistenza (le cosiddette "badanti"). Oggi costituiscono una rete sostanzialmente efficace, anche se in buona parte sottratta a qualsiasi controllo sociale, se non quello che le stesse badanti hanno costruito. La città in generale ha assistito passivamente alla riorganizzazione del

sistema di caregiving, né si vedono nel prossimo futuro possibili modifiche di tendenza (ma fino a quando potrà durare un'organizzazione così strutturalmente fragile?). La città ospitale con l'anziano deve imparare a essere ospitale anche con chi si occupa di lui; quante volte abbiamo visto gruppi di donne straniere esposte al caldo o al freddo per godere assieme qualche ora di pausa, senza che nessuno si preoccupi di fornire luoghi per una serena ospitalità. La città sembra non avere occhi per vedere chi rende possibile la vita di molti cittadini, perché non protesta e non si lamenta. Anche il lasciar fare al volontariato può avere due facce: quella negativa del disinteresse, perché ci sono altri coinvolti in queste vicende, e quella invece della città che segue con attenzione l'evolversi delle situazioni, pronta a fornire appoggi concreti o morali quando fossero necessari.

Nelle città i servizi sanitari non costituiscono un mondo a se stante, come talvolta vengono invece organizzati dai programmatori e vissuti dai cittadini. Si pensi da una parte ai servizi di pronto soccorso che devono intervenire in maniera adeguata e efficace quando la persona anziana ha problemi di salute. La città amica degli anziani non deve trascurare di controllare (anche se non sempre può gestire direttamente) sia i servizi di pronto soccorso che arrivano nelle case sia il pronto soccorso degli ospedali. Sarebbe infatti ben strano ipotizzare una città amica dei vecchi che li trascura quando sono più fragili, esposti alla volontà di altri, non sempre rispettosi né realmente coinvolti nelle logiche della cura. La città deve organizzare sistemi di controllo efficaci e anche di accompagnamento reale, ad esempio quando una persona anziana ammalata cronica viene dimessa dall'ospedale e non potendo talvolta ritornare nella sua casa si trova in una situazione di incertezza sul futuro e di timori per la propria sorte. Ma, in generale, la città amica degli anziani deve occuparsi dei servizi, a cominciare da quelli ospedalieri. Il ricovero è sempre un momento di debolezza, di paura, di preoccupazione. Non spetta certo alla città esercitare forme di lenimento diretto in questo ambito; è però importante che crei un'atmosfera di attenzione verso chi è in difficoltà, il che significa anche intervenire nel caso di particolari criticità o mancanze da parte dell'ospedale. Il cittadino deve sentirsi protetto quando non dispone di protezioni psicologiche, pratiche, economiche; la città guida

una comunità che non abbandona nelle crisi le persone più fragili, disarmate di fronte alla vita. Tra i servizi che la città amica deve controllare sono quelli forniti all'anziano attraverso le varie forme di assistenza domiciliare e all'interno di strutture residenziali. I vecchi fanno parte della comunità cittadina anche quando per condizioni di salute e psicosociali non possono più vivere nel proprio domicilio. La città deve quindi occuparsi di loro, controllare la qualità dei servizi tecnici forniti, ma anche le modalità umane con le quali vengono assistiti. Dovrebbero essere cittadini privilegiati rispetto all'attenzione agli interventi della città, con vera preoccupazione si deve però riconoscere che questo avviene molto di rado, forse perché in modo più o meno razionale la città comprende l'enorme difficoltà di gestione di queste situazioni e quindi preferisce non interferire.

Una condizione esemplare dell'attenzione della città verso gli anziani è rappresentato dalle cure odontoiatriche, spesso poco diffuse nel territorio. Non deve organizzare direttamente un servizio, ma sollecitare e controllare la qualità di iniziative spontanee, con attenzione agli aspetti economici e all'efficacia degli interventi. Un altro ambito di intervento specifico, ma frequentemente trascurato, riguarda la cura dei piedi, tanto importante per la salute dell'anziano, quanto trascurata. Per gli aspetti organizzativi vale quanto scritto per i servizi odontoiatrici: nessun vecchio di una città civile dovrebbe mangiare male e camminare con difficoltà perché nessuno si è preso cura delle sue difficoltà.

Un aspetto peculiare del rapporto anziani-città è rappresentato dall'elevato numero di persone affette da demenza. È stato infatti rilevato che in Italia vi sono 350.000 nuovi casi della malattia ogni anno. Dal dato consegue che, ad esempio in una città attorno ai 100.000 abitanti (una dimensione diffusa nel nostro paese), vi sono circa 700 nuovi casi all'anno, i quali si vanno ad aggiungere ai probabili altri 1500 già ammalati. Il dato diviene ancora più critico se si considera che due terzi dei 700 nuovi casi riguardano persone con più di 80 anni. Sono numeri ai quali dare attenzione, non solo per gli aspetti di stretta competenza sanitaria (purtroppo, però, anche in quest'area si verificano numerose inadeguatezze, nei cui confronti la città spesso si sente impotente), ma anche quelli che afferiscono alla vita della comunità. Sempre riferendosi al modello

di una città di 100.000 abitanti, chi si cura delle oltre 5000 persone direttamente coinvolte nella malattia e nelle diverse forme di assistenza? Chi ascolta i loro problemi clinici, psicologici, organizzativi, economici? Mediamente i servizi di assistenza sociale sono già oberati da altri compiti importanti: di conseguenza le famiglie devono arrangiarsi, pur avendo poco tempo, scarse informazioni, pochi soldi, essendo talvolta anche circondate dallo stigma sociale che accompagna la malattia. In questo ambito si crea uno spazio rilevante per interventi di tipo volontaristico, ma anche privatistico, che sono certamente di grande utilità concreta, ma andrebbero coordinati dall'ente locale, che ne garantisca la serietà e l'efficienza.

La città dovrebbe anche occuparsi dei tempi ultimi della vita dei cittadini, della loro protezione nel momento della grande debolezza, della creazione di una coralità di presenze nel tempo della morte. La città non può essere indifferente rispetto alla scomparsa di un cittadino, il più importante o il più negletto: è sempre un pezzo di storia che non può essere cancellato. Quindi anche negli aspetti esteriori la morte va rispettata, a cominciare dalla dignità del funerale, sempre riconosciuta. La città è in grado di esprimere una preghiera laica e corale: nessuno può morire abbandonato e solo. Anche una vita di disperazione e di dolore può essere riscattata dalla attenzione della città nel momento della fine; di conseguenza anche i servizi opportuni vanno curati senza superficialità, nelle diverse specifiche circostanze (si pensi, ad esempio, a quelli per la cremazione, troppo spesso ancora trascurati).

Un modello complessivo sviluppato in questo ambito, anche con la collaborazione di AIP, è quello della "Dementia Friendly Community". Si tratta di impostare relazioni verso le persone affette da demenza e le loro famiglie che ne permettano il massimo di libertà, nel rispetto di bisogni multipli indotti dalla malattia. Dove questi progetti sono stati realizzati, in particolare attraverso l'informazione/formazione di attori come gli operatori sociali, gli insegnanti, i commercianti, i sacerdoti, i bancari, ecc., l'intero network civile viene indotto a rispettare i bisogni di supporto di chi soffre per una riduzione delle funzioni cognitive e può assumere comportamenti altrimenti difficili da comprendere. La Dementia Friendly Community può rappresentare il punto di partenza per strutturare un intervento più ampio, indiriz-

zato a tutte le persone anziane. Ma quante amministrazioni comunali hanno davvero un progetto concreto in questa direzione, che prenda lo spunto da situazioni specifiche (ad esempio la demenza) per impostare un lavoro continuo e su vari livelli?

4. Conclusioni

Non è il tempo delle conclusioni possibili, perché troppe dinamiche sono in movimento; però i punti fermi identificati nell'introduzione restano validi. A quelli si dovrebbe aggiungere l'impegno di formazione delle giovani generazioni perché comprendano il senso dell'invecchiare del singolo e le conseguenze sociali dell'invecchiamento della popolazione e quindi si preparino a mettere in atto adeguati interventi. I giovani saranno anche quelli in grado di utilizzare al massimo le nuove tecnologie, che dovranno facilitare il rapporto tra l'anziano e la città. Saranno utilizzatori in proprio, ma soprattutto dovranno aiutare i vecchi a sfruttarne gli aspetti positivi. Dal riceve-

re informazioni in casa su tutto quanto avviene fuori, dall'essere coinvolti in attività di socializzazione attraverso i social, dal comunicare all'esterno quanto avviene tra le mura domestiche: la città dovrà farsi promotrice di stendere una rete comunicativa di facile accesso, che possa aiutare l'anziano nelle attività di tutti i giorni, evitando le code agli uffici, le liste d'attesa, qualsiasi altro impegno faticoso, ma privo della capacità di aumentare le relazioni.

Per l'anziano la città rappresenta il luogo della stabilità all'interno dei mille diversi momenti di una vita incerta e faticosa; è doveroso per ogni attore della comunità lavorare per costruire condizioni affinché l'esistenza dei cittadini possa essere condotta serenamente a tutte le età. L'AIP si colloca al fianco di questo impegno diffuso, mettendo a disposizione conoscenze e esperienza; facendo questo non snatura la propria funzione di società scientifica, ma, al contrario, valorizza la propria competenza in funzioni concrete nei diversi ambiti della vita delle donne e degli uomini del nostro tempo e delle loro sofferenze.

Bibliografia

De Leo D, Trabucchi M. Maledetta solitudine. Cause ed effetti di un'esperienza difficile da tollerare. San Paolo, Milano 2019.

Marmot M. La salute disuguale fa male a tutti. Corriere della Sera, 06.02.2020.

Melloni AM, Trabucchi M [a cura di]. L'anziano attivo. 6° Rapporto sulla vita nelle età avanzate. Promosso da Fondazione Leonardo. Maggioli Editore, Rimini 2016.

Pizzo PA. A Prescription for Longevity in the 21st Century: Renewing Purpose, Building and Sustaining Social Engagement, and Embracing a Positive Lifestyle. JAMA. 2020 Jan 9. doi: 10.1001/jama.2019.21087.

Putnam RD. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Simon & Schuster, New York 2001.

Taccolini M, Trabucchi M (a cura di). L'anziano e la sua casa. Vita e Pensiero, Milano 2013.

Trabucchi M. Invecchiamento della specie e vecchiaia della persona. Franco Angeli, Milano 1992.

Trabucchi M. I segreti di una vita sana e lunga. Il Mulino, Bologna 2014.

Trabucchi M. I volti dell'invecchiare. San Paolo, Milano 2016.

Trabucchi M. Cura. Una parola del nostro tempo. San Paolo, Milano 2018.

ARTICOLI ORIGINALI

Differenze di genere in un campione di soggetti anziani afferenti ad un centro per disturbi cognitivi e demenze

CHIARA PAZZAGLINI¹, GLORIA BROMBO¹, DANIELE DEPLANO¹, TOMMASO ROMAGNOLI¹, STEFANIA BONAZZI¹, LISA MARABINI¹, MICHELE POLASTRI¹, PATRIZIA GUASTI¹, GIANLUCA GUERRA², AMEDEO ZURLO², GIOVANNI ZULIANI¹

¹ U.O.C. di Medicina Interna Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara

² U.O.C. di Geriatria-Ortogeriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara

zlngnn@unife.it

Parole chiave: Demenza, Deterioramento cognitivo, Sesso, Genere, Epidemiologia.

Keywords: Dementia, Cognitive Impairment, Sex, Gender, Epidemiology.

Abstract

Obiettivo: Valutazione delle principali caratteristiche basali di un campione di soggetti anziani afferenti al Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze di Ferrara in base al genere di appartenenza, nell'ipotesi che differenze tra uomini e donne possano influenzare i processi patologici che conducono alla demenza.

Metodi: Il campione era composto da 1207 soggetti di età >64 anni arruolati dal 2008 al 2017, suddivisi in: demenza tipo Alzheimer tardiva (LOAD), demenza vascolare, demenza "mista", disturbo neurocognitivo lieve, altre forme di demenza, funzioni cognitive integre.

Risultati: Il sesso femminile rappresentava il 63.5% e la sua prevalenza era superiore nel gruppo LOAD ($p:0.005$). Le donne erano mediamente più anziane e meno istruite; gli uomini erano più spesso fumatori. Le donne presentavano una maggiore compromissione funzionale nelle attività quotidiane di base (BADL) e strumentali (IADL). Cardiopatia ischemica, ictus, diabete e BPCO avevano una frequenza circa doppia nei maschi, mentre tra le donne era più frequente l'ipotiroidismo. Il punteggio del Mini Mental State Examination era significativamente più basso nelle donne rispetto agli uomini; al contrario, quello della Geriatric Depression Scale era più alto. Gli uomini ottenevano punteggi significativamente migliori alla valutazione neuropsicologica, tranne che nel test di fluenza verbale per lettera.

Conclusioni: Il sesso femminile rappresenta la maggioranza dell'utenza ed è più spesso affetto da LOAD. Le donne si presentano con età più avanzata e maggiore compromissione cognitivo/funzionale; nonostante la minore scolarità mantengono più a lungo capacità verbali integre. La comorbidità è significativamente diversa, con fattori di rischio cardiovascolare molto più frequenti tra gli uomini e una maggiore sintomatologia depressiva tra le donne.

Objective: We evaluated the main basal characteristics of a sample of elderly subjects admitted to the Center for Cognitive Disorders and Dementia of Ferrara on the basis of sex, in the hypothesis that differences between men and women can influence the pathological processes that lead to dementia.

Methods: The sample consisted of 1207 subjects aged >64 years enrolled from 2008 to 2017, divided into: Late Onset Alzheimer Disease (LOAD), vascular dementia, "mixed" dementia, mild cognitive impairment, other types of dementia and normal cognition.

Results. The female sex represented 63.5% and its prevalence was higher in the LOAD group ($p < 0.005$). Women were older and had lower level of education; men were most often smokers. Hypothyroidism was more frequent in women, while prevalence of ischemic heart disease, stroke, diabetes and chronic obstructive pulmonary disease was approximately halved. The Mini Mental State Examination score was significantly lower in women, while the Geriatric Depression Scale score was higher. Men also scored significantly better at the second-level neuropsychological assessment, except in the verbal fluency test per letter. Women had greater functional impairment in basic (BADL) and instrumental activities (IADL) of daily living.

Conclusions: Female patients represent the majority of users and are more affected by LOAD. Women present with more advanced age and greater cognitive / functional impairment; despite the lower level of education, they maintain intact verbal skills for longer. Comorbidity is significantly different, with more frequent cardiovascular risk factors among men and depressive symptoms among women.

Introduzione

Numerosi fattori sono stati correlati alla comparsa di deterioramento cognitivo in età avanzata; tra quelli non modificabili, oltre ovviamente all'età, vi è il genere. La malattia di Alzheimer (AD) e le altre forme di demenza costituiscono un problema di salute pubblica a livello mondiale e le donne ne risultano affette in maniera preponderante. Negli Stati Uniti si stima che 5.5 milioni di

persone di età superiore o pari a 65 anni siano colpite da AD: di queste, 3.4 milioni sono femmine mentre 2.1 milioni sono maschi. Le persone di sesso femminile inoltre vivono più a lungo ed hanno quindi un maggiore rischio di sviluppare AD nel corso della vita (Alzheimer's Association Report, 2018). Già i dati provenienti dallo studio Framingham (Seshadri S. et al., 1997) avevano messo in evidenza un maggiore rischio di demenza per il sesso femminile. Un uomo di 65 anni presentava infatti un rischio pari al 6.3% per l'insorgenza di AD e del 10.9% per ogni forma di demenza, mentre una donna di pari età aveva un rischio rispettivamente del 12% per AD e del 19% per ogni tipo di demenza. Per giustificare queste differenze tra i sessi è stata chiamata in causa la maggiore longevità delle donne; tuttavia questo sembra essere solo uno dei possibili fattori implicati. In soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI), Holland et al. (Holland D. et al., 2013) hanno riportato una maggiore rapidità di peggioramento del deterioramento cognitivo a un anno nel sesso femminile rispetto a quello maschile. In seguito, Lin et al. (Lin K.A. et al., 2015) hanno confermato una progressione più veloce sia dal punto di vista cognitivo che funzionale nelle donne affette da MCI rispetto agli uomini, durante un follow-up di ben otto anni. Anche dal punto di vista neuropatologico sono state riportate differenze interessanti tra i due sessi: Holland et al. (Holland D. et al., 2013) hanno evidenziato un maggior tasso di atrofia cerebrale nelle donne affette da LOAD rispetto ai maschi, in tutti gli stadi della malattia, dalla fase prodromica alla demenza conclamata. Hua et al. (Hua X. et al., 2010) hanno documentato, tramite risonanza magnetica, una maggiore progressione annuale del grado di atrofia nelle donne rispetto ai maschi. Barnes et al. (Barnes L.L. et al., 2005) hanno inoltre evidenziato una associazione più forte nel sesso femminile tra la presenza delle alterazioni anatomo-patologiche tipiche dell'AD (valutate post-mortem) e l'espressione clinica della malattia stessa. La presenza di placche neurofibrillari e grovigli neurofibrillari comportava un rischio triplo di sviluppare le manifestazioni cliniche della AD negli uomini, mentre il rischio era di oltre venti volte nelle donne.

Sin dalla nascita esistono differenze cerebrali sia anatomiche che funzionali tra i due sessi, che si estrinsecano nell'intero corso della vita

e risentono delle influenze ormonali, ma anche ambientali (Podcasy J.L. e Epperson C.N., 2016). In una recente revisione, Jänke (Jäncke L., 2018) afferma tuttavia che, sebbene vi siano differenze di genere in termini di anatomia cerebrale e performance cognitive, queste non sono tali da supportare l'idea di un dimorfismo e sottolinea come tali diversità siano influenzate anche da fattori ambientali e culturali. A questo proposito appare opportuna una distinzione tra *Sesso*, inteso come differenza biologica e fisiologica tra uomini e donne, correlata prevalentemente ai cromosomi sessuali e all'assetto ormonale, e *Genere*, che è invece frutto di una combinazione di fattori ambientali, sociali e culturali che integrano ovviamente con i caratteri biologici. Storicamente, ad esempio, le donne hanno avuto minore accesso all'istruzione. Sebbene siano stati fatti passi in avanti nella comprensione dei meccanismi patologici implicati nello sviluppo della demenza, utili anche a sviluppare interventi terapeutici mirati, in generale è stata prestata una scarsa attenzione alle differenze di sesso/genere: rimane quindi poco chiaro in che modo tali diversità possano influenzare lo sviluppo del deterioramento cognitivo. Diversi autori (Nebel R.A. et al., 2018; Mielke M.M. et al., 2018) hanno recentemente sottolineato l'importanza di considerare le eventuali differenze tra uomo e donna per una maggiore comprensione delle patologie neurodegenerative.

Nel presente studio abbiamo valutato le principali caratteristiche (prima valutazione in corso di pacchetto ambulatoriale complesso - PAC) di un campione di soggetti anziani afferenti al Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di Ferrara, con l'obiettivo di individuare eventuali differenze in relazione al genere di appartenenza.

Materiali e metodi

Popolazione

Il campione comprendeva 1207 soggetti di età superiore a 64 anni, afferenti al CDCD di Ferrara, Arcispedale Sant'Anna (U.O.C. di Medicina Interna & Geriatria), arruolati consecutivamente dal 2008 al 2017. Sono stati inclusi:

- 264 soggetti con demenza di tipo Alzheimer ad esordio tardivo (LOAD), definita in accordo con i criteri del NIA-AA workgroups (McKhann G.M. et al., 2011);

- 74 soggetti con demenza vascolare (DV), definita in base ai criteri di National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (Román G.C. et al., 1993);
- 198 con demenza definita "mista" (caratteristiche cliniche-strumentali sia di LOAD che di DV secondo i criteri sopra-citati);
- 469 soggetti con disturbo neurocognitivo lieve (MCI), definito come la presenza di un deficit di memoria o altro dominio cognitivo (associato o meno ad un disturbo in altri domini), in un individuo ancora autonomo nelle attività strumentali del vivere quotidiano (IADL) e che non soddisfacesse i criteri standardizzati per la diagnosi di demenza (Petersen R.C., 2004);
- 74 pazienti affetti da altre forme di demenza (idrocefalo normoteso, demenza a corpi di Lewy, forme fronto-temporali);
- 131 soggetti con funzioni cognitive nella norma (C), senza alcuna evidenza di deterioramento cognitivo dopo valutazione neuropsicologica e senza una dipendenza funzionale possibilmente correlata ad un deterioramento cognitivo, che accedevano al CDCD per un generico controllo, per una percezione soggettiva di un calo della memoria o su indicazione di altri medici.

Lo studio è stato condotto in accordo con la Dichiarazione di Helsinki (World Medical Association) e le indicazioni per la Good Clinical Practice dell'European Medicines Agency e del comitato etico locale di Ferrara (Protocollo di Studio n. 170579); è stato ottenuto consenso informato scritto da ogni partecipante (e/o da un caregiver per i soggetti con demenza) nel corso della prima visita.

Caratteristiche della popolazione di studio

La descrizione del campione fa riferimento alla prima valutazione nel corso di un pacchetto ambulatoriale complesso (PAC). Da un'intervista con i pazienti ed i caregiver sono state raccolte informazioni riguardo a età, anni di istruzione ed abitudine tabagica. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un esame obiettivo generale e neurologico. È stata eseguita una valutazione multidimensionale mediante Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein M.F. et al., 1975), attività

di base del vivere quotidiano (indice di Barthel, Mahoney F.I. e Barthel D.W., 1965) e strumentali (Scala Lawton-Brody, Lawton M.P. e Brody E.M., 1969 e Geriatric Depression Scale (GDS, Sheikh J.I. e Yesavage J.A., 1986). Successivamente, i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica standardizzata (Zuliani G. et al., 2007) comprensiva di Test di Rey immediato e dilazionato, Matrici di Raven, Trail Making Test A e B, Token Test, Fluency verbale per lettera e categoria, Racconto di Babcock immediato e dilazionato, Frontal Assessment Battery. Nel corso della valutazione è stata inoltre riportata la presenza di multimorbidità (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, diabete, ictus, broncopneumopatia cronica ostruttiva BPCO, ipotiroidismo). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esami ematochimici, che includevano livelli plasmatici di emoglobina (g/dl), creatinina (mg/dl), acido urico (mg/dl), albumina (g/dl), colesterolo totale (mg/dl), trigliceridi (mg/dl), colesterolo HDL (mg/dl), proteina C-reattiva ultrasensibile (hs-PCR, mg/dl), glicemia (mg/dl), emoglobina glicata (HbA1c, %), omocisteina ($\mu\text{mol/l}$), vitamina B12 (pg/ml) e folati (ng/ml). Al fine di acquisire informazioni sulla morfologia cerebrale tutti i pazienti hanno eseguito una risonanza magnetica cerebrale o, in alternativa, una tomografia computerizzata. Sono stati esclusi soggetti affetti da scompenso cardiaco grave (classe III-IV secondo New York Heart Association), insufficienza epatica o renale severe, BPCO grave o neoplasie. Al momento della valutazione non c'era evidenza di malattia acuta.

Analisi statistica

Le caratteristiche cliniche, cognitive, funzionali, neuroradiologiche e biochimiche della popolazione di studio sono state confrontate in base al sesso dei pazienti. Le variabili continue con distribuzione normale sono state espresse come medie e deviazioni standard (DS) e confrontate usando il test t o l'analisi della varianza. Le variabili continue non distribuite normalmente sono state espresse come mediane e range interquartili (RIQ) e confrontate con il test di Kruskal-Wallis. Le variabili categoriali sono state espresse come percentuali e confrontate con il test χ^2 . I test neuropsicologici, gli indici funzionali e le caratteristiche neuroradiologiche risultati significativamente associati al sesso nell'analisi univariata sono stati poi sottoposti ad un'ulteriore analisi di correlazione con modelli di regressione lineare o logistica aggiustati per potenziali fattori di confondimento. Le analisi sono state condotte utilizzando Stata 11.0 for Windows (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

Risultati

Le donne costituivano il 63.5% del campione totale (766 donne vs 441 uomini) (Tab. 1). Nei pazienti affetti da LOAD la prevalenza del sesso femminile era superiore alla media: risultava affetto il 24.8% delle donne contro il 16.8% degli uomini ($p: 0.005$). Non sono emerse differenze significative tra i due sessi per quanto riguarda la diagnosi di altre forme di demenza o MCI.

Tabella 1 - Diagnosi neurocognitive della popolazione studiata.

	Totale (n=1207)	Femmine (n=766, 63.5%)	Maschi (n=441, 36.5%)	P
DIAGNOSI				0.005
Controlli	128 (10.6)	79 (10.3)	49 (11.1)	
Demenza vascolare	74 (6.1)	43 (5.6)	31 (7.0)	
Malattia di Alzheimer	264 (21.9)	190 (24.8)	74 (16.8)*	
Demenza mista (LOAD + VD)	198 (16.4)	134 (17.5)	64 (14.5)	
Declino cognitivo lieve (MCI)	469 (38.9)	272 (35.5)	197 (44.7)	
Altre forme di demenza	74 (6.1)	48 (6.3)	26 (5.9)	

I valori sono espressi come numero (%)

*differenza statisticamente significativa

Come mostrato nella Tab. 2, sono emerse importanti differenze di genere per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, ematochimiche e cliniche. Le donne si presentavano con una età più elevata (78.7 ± 5.2 F vs 77.5 ± 5.8 M) ed una scolarità più bassa (anni di studio 5.6 ± 3.4 F vs 7.6 ± 4.1 M), mentre l'abitudine tabagica (attuale o pregressa) era molto più frequente tra gli uomini (66% M vs 27% F). Gli uomini presentavano livelli più elevati di emoglobina, creatinina, acido

urico e glicemia, mentre le donne avevano valori più elevati di colesterolo totale, colesterolo HDL, folati e vitamina B12. La comorbidità era significativamente diversa nei due sessi: le donne risultavano maggiormente affette da ipotiroidismo, mentre fra gli uomini era circa doppia la prevalenza di BPCO, diabete, ictus e cardiopatia ischemica. Non sono emerse differenze significative per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa.

Tabella 2 - Caratteristiche demografiche, ematochimiche e cliniche della popolazione studiata.

CARATTERISTICHE	Totale (n=1207)	Femmine (n=766, 63.5%)	Maschi (n=441, 36.5%)	P
Età (anni)	78.3 ± 5.5	78.7 ± 5.2	77.5 ± 5.8	<0.001
Scolarità (anni di studio)	6.3 ± 3.8	5.6 ± 3.4	7.6 ± 4.1	<0.001
Fumo (pregresso o attuale) †	498 (41.3)	207 (27.0)	291 (66.0)	<0.001
VARIABILI EMATOCHIMICHE				
Emoglobina (g/dl)	13.1 ± 1.6	12.8 ± 1.5	13.7 ± 1.6	<0.001
Creatinina (mg/dl)	1.0 ± 0.4	0.9 ± 0.4	1.2 ± 0.5	<0.001
Acido urico (mg/dl)	5.1 ± 1.5	4.7 ± 1.5	5.7 ± 1.3	<0.001
Albumina (g/dl)	4.0 ± 0.4	4.0 ± 0.4	4.0 ± 0.4	0.4
Colesterolo totale (mg/dl)	207.7 ± 41.5	217.8 ± 39.1	190.4 ± 39.8	<0.001
Trigliceridi (mg/dl)	114.3 ± 52.0	116.3 ± 52.7	110.9 ± 50.5	0.08
Colesterolo HDL (mg/dl)	60.9 ± 20.1	64.5 ± 15.8	54.7 ± 24.6	<0.001
Hs-PCR (mg/dl)*	0.18 (0.09-0.39)	0.19 (0.1-0.38)	0.16 (0.07-0.41)	0.1
Glicemia (mg/dl)	102.0 ± 30.8	99.8 ± 29.4	105.8 ± 32.7	0.002
HbA1c (%)	6.1 ± 1.0	6.0 ± 1.0	6.1 ± 1.0	0.3
Omocisteina ($\mu\text{mol/l}$)	18.7 ± 11.9	18.0 ± 12.2	19.8 ± 11.3	0.06
Vitamina B12 (pg/ml)	372.0 ± 261.1	392.5 ± 279.8	336.2 ± 220.4	<0.001
Folati (ng/ml)	6.8 ± 3.7	7.0 ± 3.7	6.5 ± 3.7	0.03
COMORBIDITÀ †				
Iipertensione arteriosa	779 (64.5)	504 (65.8)	275 (62.4)	0.2
Cardiopatia ischemica	172 (14.3)	76 (9.9)	96 (21.8)	<0.001
Diabete	191 (15.8)	99 (12.9)	92 (20.9)	<0.001
Ictus	53 (4.4)	24 (3.1)	29 (6.6)	0.01
BPCO	83 (6.9)	41 (5.4)	42 (9.5)	0.01
Ipotiroidismo	138 (11.4)	118 (15.4)	20 (4.5)	<0.001

I valori sono espressi come media $\pm$ DS

* valore espresso come mediana (RIQ)

† valore espresso come numero (%)

La Tab. 3 mostra le caratteristiche cognitive, funzionali e neuroradiologiche nei due sessi. Alla prima valutazione, le donne avevano un punteggio mediamente inferiore di 1.2 punti al MMSE (22.5 ± 7.6 F vs 23.7 ± 3.9 M) ed un punteggio maggiore di 1.4 punti alla GDS (5.7 ± 3.5 F vs 4.3 ± 3.1 M), dato significativo anche dopo correzione per età e scolarità; presentavano inoltre migliori risultati alla prova di Fluenza verbale per lettera, dopo correzione per età e scolarità. I soggetti di sesso maschile hanno invece ottenuto punteggi migliori alle Matrici di Raven, Token

test, Raccontino di Babcock dilazionato e Frontal Assessment Battery.

Il genere femminile mostrava anche una maggiore compromissione funzionale rispetto agli uomini (Barthel 86.1 ± 22.8 F vs 90.5 ± 18.1 M; Lawton-Brody 13.9 ± 4.3 F vs 15.3 ± 4.1 M). Tuttavia, dopo correzione per età, scolarità e punteggio al MMSE, l'associazione restava significativa solamente per le IADL. Per quanto riguarda l'aspetto neuroradiologico, è stata documentata una maggiore prevalenza di lesioni ischemiche corticali nel sesso maschile.

Tabella 3 - Caratteristiche neurocognitive, funzionali e neuroradiologiche della popolazione studiata.

CARATTERISTICHE	Totale (n=1207)	Femmine (n=766, 63.5%)	Maschi (n=441, 36.5%)	P	
TEST NEUROCOGNITIVI					P¹
Mini Mental State Examination (/30)	22.9 ± 6.5	22.5 ± 7.6	23.7 ± 3.9	0.004	-
Geriatric Depression Scale (/15)	5.2 ± 3.4	5.7 ± 3.5	4.3 ± 3.1	<0.001*	<0.001*
Test di Ray immediato (/75)	29.2 ± 9.7	29.4 ± 9.6	28.8 ± 10.0	0.33	-
Test di Ray dilazionato (/15)	4.2 ± 3.1	4.3 ± 3.0	4.1 ± 3.2	0.34*	-
Matrici di Raven (/36)	22.4 ± 6.0	22.0 ± 5.7	23.2 ± 6.3	0.002	-
Trail Making Test A (sec)	130.8 ± 81.6	140.7 ± 84.1	119.1 ± 77.0	0.004*	0.60*
Trail Making Test B (sec)	228.5 ± 122.0	250.0 ± 124.3	206.8 ± 116.1	0.01*	0.42*
Token Test (/36)	28.8 ± 4.3	27.9 ± 4.3	30.0 ± 3.9	<0.001	0.007
Fluenza verbale per lettera (n)	12.7 ± 9.0	12.7 ± 9.0	12.7 ± 9.1	0.8*	0.03*
Fluenza verbale per categoria (n)	18.0 ± 14.5	17.6 ± 13.4	18.7 ± 16.3	0.5*	0.8*
Racconto di Babcock immediato (/8)	3.5 ± 2.2	3.3 ± 2.2	3.7 ± 2.3	0.02	0.6
Racconto di Babcock dilazionato (/8)	3.4 ± 2.7	3.2 ± 2.6	3.9 ± 2.8	<0.001	0.04
Frontal Assessment Battery (/18)	11.7 ± 3.6	11.4 ± 3.6	12.3 ± 3.5	<0.001†	-
TEST FUNZIONALI					P²
Indice di Barthel (/100)	87.7 ± 21.3	86.1 ± 22.8	90.5 ± 18.1	0.03*	0.6†
Scala di Lawton-Brody (/19)	14.5 ± 4.3	13.9 ± 4.3	15.3 ± 4.1	<0.001†	0.01†
CARATTERISTICHE NEURORADIOLOGICHE †					P³
Lesioni corticali	127 (10.5)	66 (8.6)	61 (13.8)	0.003	0.001
Lacuna singola	82 (6.8)	44 (5.7)	38 (8.6)	0.04	0.08
Lacune multiple	349 (28.9)	213 (27.8)	136 (30.8)	0.2	0.6
Leucoaraiosi	495 (41.0)	314 (41.0)	181 (41.0)	0.8	0.6

I valori sono espressi come media $\pm$ SD

* significatività calcolata con variabili normalizzate con la loro radice quadrata

† valore espresso come numero (%)

‡ significatività calcolata con variabili normalizzate con il loro valore esponenziale

P¹ Analisi corretta per età e scolarità, per i test i cui punteggi non sono già stati corretti, utilizzando modelli di regressione lineare;

P² Analisi corretta per età, scolarità e punteggio di MMSE utilizzando modelli di regressione lineare;

P³ Analisi corretta per età e scolarità utilizzando modelli di regressione logistica

Discussione

I dati riportati dal nostro studio dimostrano come la maggioranza dell'utenza del nostro CDCD sia costituita da donne. Nel genere femminile abbiamo inoltre osservato una maggiore prevalenza di LOAD rispetto ai maschi, mentre non sono emerse differenze di genere per quanto concerne la prevalenza di demenza vascolare o di MCI. Tale osservazione è in linea con vari dati di letteratura. Nello studio EURODEM, Andersen et al. (Andersen K. et al., 1999) hanno riportato un'incidenza più elevata di LOAD nelle donne rispetto agli uomini dopo gli 85 anni, senza evidenziare differenze per quanto riguarda la DV. Una metanalisi basata su popolazione cinese (Liu L. et al., 2003) ha mostrato una prevalenza maggiore di AD, ma non di DV, nelle donne rispetto agli uomini di età superiore ai 60 anni. Per quanto riguarda la popolazione italiana, Ravaglia et al. (Ravaglia G. et al., 2005) hanno osservato un'associazione significativa tra genere femminile e comparsa di demenza, mentre Di Carlo et al. (Di Carlo A. et al., 2002) riportavano un rischio più elevato di AD per le donne e di DV per gli uomini. Studi precedenti suggerivano invece una maggiore prevalenza ed incidenza di MCI tra gli uomini (Caracciolo B. et al., 2008; Roberts R.O. et al., 2012). Le differenze tra i risultati degli studi riportati potrebbero dipendere dal tempo e dal luogo in cui gli studi sono stati condotti, lasciando ipotizzare la presenza di fattori di rischio, anche modificabili, alla base di tali diversità.

Nel nostro CDCD le donne presentavano mediamente un'età più elevata ed una scolarità più bassa. L'età costituisce un fattore di rischio non modificabile per insorgenza di demenza/LOAD; d'altra parte, come riportato dalla Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care (Livingston G. et al., 2017), il rischio di sviluppare demenza aumenta al diminuire dei livelli di scolarità. La maggiore longevità e la minore istruzione delle donne potrebbero pertanto giustificare il fatto che il genere femminile rappresenti la maggior parte dell'utenza del nostro CDCD e delle persone affette da LOAD nel nostro campione. Langa et al. (Langa K.M. et al., 2017) hanno documentato che la prevalenza di demenza negli Stati Uniti si è ridotta in maniera significativa dal 2000 al 2012 ed allo stesso tempo è stato osservato un maggiore livello

di istruzione nella popolazione; l'aumento della riserva cognitiva tramite una maggiore scolarità potrebbe rappresentare una strategia rilevante nella prevenzione della demenza. Il riscontro di un maggior numero di donne nel nostro CDCD potrebbe risentire di un effetto di genere, frutto di regole culturali e sociali che vedevano (specie in passato) una disparità nell'accesso all'istruzione tra uomini e donne. Nei prossimi anni, in relazione ai notevoli cambiamenti sociali e culturali occorsi soprattutto nei Paesi occidentali, ci si potrebbe attendere una modifica radicale delle differenze attualmente osservate.

Nel nostro campione, ed in linea con l'epidemiologia corrente, l'abitudine tabagica, il diabete, la cardiopatia ischemica, l'ictus e la BPCO risultavano decisamente più frequenti tra gli uomini. Fumo, diabete di tipo 2 ed ictus sono stati associati al rischio di sviluppare demenza (Livingston G. et al., 2017; Guo X. et al., 2018); d'altra parte, la BPCO è notoriamente associata ad un peggioramento delle funzioni cognitive che correlano inversamente con la gravità della malattia (Dodd J.W. et al., 2010). Chatterjee et al. hanno evidenziato come i soggetti con diabete tipo 2 abbiano un rischio più elevato di sviluppare demenza; tra questi, le donne diabetiche hanno una probabilità maggiore di sviluppare DV (Chatterjee S. et al., 2016). Il fatto che diverse condizioni mediche notoriamente associate a deterioramento cognitivo siano molto più rappresentate nei maschi contrasta con l'osservazione che le donne rappresentano oltre il 63% della utenza del nostro CDCD. In una recente revisione, Podcasy et al. hanno sottolineato come una stessa condizione potrebbe avere un peso differente nei due sessi nel favorire l'insorgenza di deterioramento cognitivo (Podcasy J.L. e Epperson C.N., 2016). Del resto, anche l'epidemiologia conferma che tra i pazienti affetti da disturbo cognitivo/demenza le donne rappresentano la maggioranza (circa i due terzi, Alzheimer's Association Report, 2018). Questo fenomeno non è necessariamente dovuto ad una maggiore incidenza di demenza nelle donne (che non è dimostrato, almeno fino agli 80 anni, Beama C.R. et al., 2018) ma anche ad una minore sopravvivenza negli uomini con demenza. In aggiunta, come appare probabile nel caso del nostro CDCD, un ruolo determinante potrebbe essere giocato da una sotto-diagnosi sistematica di demenza nei maschi, a causa della loro minore

disponibilità agli accertamenti medici. Ancora, la minore età media e la maggiore istruzione formale potrebbero contribuire ad aumentare in modo significativo la “resilienza” di maschi nei confronti della demenza.

Nel sesso femminile abbiamo invece evidenziato una maggiore prevalenza di ipotiroidismo. Una ridotta funzione tiroidea è notoriamente correlata ad un deterioramento cognitivo e non sempre una terapia ormonale sostitutiva efficace comporta una completa restituzione delle funzioni mnesiche (Dugbartey A.T., 1998).

Inoltre, le donne hanno ottenuto mediamente un maggiore punteggio alla GDS. Esiste indubbiamente uno stretto legame tra sintomatologia depressiva e demenza, sia dal punto di vista clinico che epidemiologico. Come già precedentemente riportato (Soavi C. e Zuliani G., 2017) varie evidenze hanno mostrato come la depressione possa rappresentare un prodromo ma anche un fattore di rischio per la comparsa di demenza. Nell'epidemiologia delle malattie mentali è noto il divario di genere esistente per la depressione: nel sesso femminile si evidenzia una frequenza circa doppia di disturbi depressivi nel corso della vita (Bromet E. et al., 2011; Van de Velde S. et al., 2010). La maggiore deflessione del tono dell'umore osservata tra le donne nel nostro campione potrebbe quindi essere un ulteriore fattore alla base della maggiore frequenza di demenza rilevata rispetto agli uomini, pur in presenza di minori fattori di rischio cardiovascolare.

Al momento della prima valutazione abbiamo osservato, nel sesso femminile, una maggiore compromissione, sia dal punto di vista cognitivo (funzioni mnesiche e frontali, capacità logico-astrattive, comprensione verbale) che funzionale, indipendentemente da età e scolarità. Le donne ottenevano tuttavia punteggi migliori alle prove di fluenza verbale per lettera. È interessante notare come, nel genere femminile, sia stato osservato nel corso della vita un vantaggio in termini di memoria verbale (Kramer J.H. et al., 2003); i test volti a valutare questo dominio cognitivo sono spesso utilizzati nella diagnostica di AD, ma anche di MCI. Studi svolti nell'ambito dell'Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative hanno evidenziato, in soggetti con MCI amnestico, un vantaggio in termini di memoria verbale nelle donne rispetto agli uomini, a parità di stadio della malattia (Sundermann E.E. et al., 2016a;

A, Sundermann E.E. et al., 2016b; B, Sundermann E.E. et al., 2017); invece, negli stadi più avanzati di malattia tale differenza di sesso scompariva. È stato pertanto ipotizzato che il vantaggio nella memoria verbale possa costituire una riserva cognitiva peculiare per il genere femminile. Le donne manterrebbero un livello di funzionamento cognitivo (e conseguentemente sociale) adeguato nelle fasi iniziali e intermedie di malattia, giungendo all'attenzione clinica in una condizione più avanzata, con una compromissione più severa e, di conseguenza, con un più rapido declino. Quindi, il vantaggio in termini di memoria verbale potrebbe ritardare la diagnosi di MCI ed eventuali trattamenti.

Nonostante la buona numerosità del campione, il nostro lavoro presenta alcuni limiti. Si tratta di una valutazione monocentrica, pertanto alcuni riscontri potrebbero essere influenzati da fattori socio-culturali ed ambientali. Inoltre, lo studio fa riferimento alla prima valutazione, mentre sarebbe interessante valutare anche la evoluzione nel tempo al fine di identificare eventuali traiettorie cognitive/funzionali legate al genere. Infine non è possibile escludere l'interferenza di altri fattori di confondimento oltre a quelli già inclusi nella nostra analisi.

In conclusione, nel nostro CDCD le donne costituiscono oltre due terzi dell'utenza e risultano affette da LOAD più spesso dei maschi. Questo sicuramente è in parte correlato alla loro maggiore longevità e alla più bassa scolarità. Dato che le donne giungono all'attenzione del medico in uno stadio più avanzato di malattia, sarebbe auspicabile la messa in atto di strategie tali da favorire una diagnosi più precoce, tenendo anche in considerazione la possibilità di un vantaggio in termini di capacità verbali nel sesso femminile. D'altra parte, la maggiore compromissione, anche funzionale, che emerge nelle donne è indipendente da età, scolarità e stato cognitivo. Vi possono essere pertanto dei fattori, non ancora chiariti, che comportano una maggiore presenza di malattia e relativa disabilità tra le donne. A tale proposito, l'idea che uno stesso fattore di rischio di demenza possa avere un peso diverso tra uomini e donne è affascinante; sono necessari studi che approfondiscano questi aspetti. I dati che abbiamo riportato sottolineano la necessità di considerare le differenze di genere non solo nella ricerca ma anche nella pratica clinica.

Bibliografia

- Alzheimer's Association Report. 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2018 Mar;14(3):367-429.
- Andersen K, Launer IJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: the EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. *Neurology*. 1999;53(9):1992-7.
- Barnes LL, Wilson RS, Bienias JL, Schneider JA, Evans DA, Bennett DA. Sex Differences in the Clinical Manifestations of Alzheimer Disease Pathology. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):685-91.
- Beama CR, Kaneshiroa C, Janga JY, Reynoldsb CA, Peder-sena NL, Gatz M. Differences Between Women and Men in Incidence Rates of Dementia and Alzheimer's Disease. *Alzheimers Dis*. 2018;64(4):1077-83.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine J-P, Levinson D, Matschinger H, Medina Mora ME, Oakley Browne M, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.
- Caracciolo B, Palmer K, Monastero R, Winblad B, Bäckman L, Fratiglioni L. Occurrence of cognitive impairment and dementia in the community: a 9-year-long prospective study. *Neurology*. 2008 May;70(19 Pt 2):1778-85.
- Chatterjee S, Peters SA, Woodward M, Mejia Arango S, Batty GD, Beckett N, Beiser A, Borenstein AR, Crane PK, Haan M, Hassing LB, Hayden KM, Kiyohara Y, Larson EB, Li CY, Ninomiya T, Ohara T, Peters R, Russ TC, Seshadri S, Strand BH, Walker R, Xu W, Huxley RR. Type 2 Diabetes as a Risk Factor for Dementia in Women Compared With Men: A Pooled Analysis of 2.3 Million People Comprising More Than 100,000 Cases of Dementia. *Diabetes Care*. 2016 Feb;39(2):300-7.
- Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, Bonaiuto S, Perissinotto E, Scarlato G, Farchi G, Inzitari D; ILSA Working Group. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):41-8.
- Dodd JW, Getov SV, Jones PW. Cognitive function in COPD. *Eur Respir J*. 2010 Apr;35(4):913-22.
- Dugbartey AT. Neurocognitive Aspects of Hypothyroidism. *Arch Intern Med*. 1998;158(13):1413-8.
- Folstein MF, Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
- Guo X, Östling S, Kern S, Johansson L, Skoog I. Increased risk for dementia both before and after stroke: A population-based study in women followed over 44 years. *Alzheimers Dement*. 2018;14(10):1253-60.
- Holland D, Desikan RS, Dale AM, McEvoy LK, & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Higher rates of decline for women and apolipoprotein E epsilon4 carriers. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2013;34(12):2287-93.
- Hua X, Hibar DP, Lee S, Toga AW, Jack CR Jr, Weiner MW, Thompson PM; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Sex and age differences in atrophic rates: an ADNI study with n=1368 MRI scans. *Neurobiol Aging*. 2010 Aug;31(8):1463-80.
- Jäncke L. Sex/gender differences in cognition, neurophysiology, and neuroanatomy. *F1000Res*. 2018;7.
- Kramer JH, Yaffe K, Lengsfelder J, Delis DC. Age and gender interactions on verbal memory performance. *J Int Neuropsychol Soc*. 2003;9(1):97-102.
- Langa KM, Larson EB, Crimmins EM, Faul JD, Levine DA, Kabeto MU, Weir DR. A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Intern Med*. 2017;177(1):51-8.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- Lin KA, Choudhury KR, Rathakrishnan BG, Marks DM, Petrella JR, Doraiswamy PM; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Marked gender differences in progression of mild cognitive impairment over 8 years. *Alzheimers Dement (NY)*. 2015;1(2):103-10.
- Liu L, Guo XE, Zhou YQ, Xia JL. Prevalence of dementia in China. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003;15(4):226-30.
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017 Dec;390(10113):2673-734.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, Klunk WE, Koroshetz WJ, Manly JJ, Mayeux R, Mohs RC, Morris JC, Rossor MN, Scheltens P, Carrillo MC, Thies B, Weintraub S, Phelps CH. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011 May;7(3):263-9.
- Mielke MM, Ferretti MT, Iulita ME, Hayden K, Khachaturian AS. Sex and gender in Alzheimer's disease - Does it matter? *Alzheimers Dement*. 2018 Sep;14(9):1101-03.
- Nebel RA, Aggarwal NT, Barnes LL, Gallagher A, Goldstein JM, Kantarci K, Mallampalli MP, Mormino EC, Scott L, Yu WH, Maki PM, Mielke MM. Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action. *Alzheimers Dement*. 2018 Sep;14(9):1171-83.

- Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*. 2004 Sep;256(3):183-94.
- Podcasy JL, Epperson CN. Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016 Dec;18(4):437-46.
- Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Martelli M, Servadei L, Brunetti N, Dalmonte E, Bianchin M, Mariani E. Incidence and etiology of dementia in a large elderly Italian population. *Neurology*. 2005 May;64(9):1525-30.
- Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik RJ, Rocca WA, Petersen RC. The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men: the Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*. 2012 Jan 31;78(5):342-51.
- Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Brun A, Hofman A, Moody DM, O'Brien MD, Yamaguchi T, Grafman J, Drayer BP, Bennett DA, Fisher M, Ogata J, Kokmen E, Bermejo F, Wolf PA, Gorelick PB, Bick KL, Pajean AK, Bell MA, De Carli C, Culebras A, Korczyn AD, Bogousslavsky J, Hartmann A, Scheinberg P. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993 Feb;43(2):250-60.
- Seshadri S, Wolf PA, Beiser A, Au R, McNulty K, White R, D'Agostino RB. Lifetime risk of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*. 1997 Dec;49(6):1498-504.
- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5(1-2):165-73.
- Soavi C, Zuliani G. La depressione nella demenza: fattore di rischio, predittore o sintomo prodromico? *Psicogeriatría*. 2017;2:38-47.
- Sundermann EE, Maki PM, Rubin LH, Lipton RB, Landau S, Biegon A; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Female advantage in verbal memory: Evidence of sex-specific cognitive reserve. *Neurology*. 2016 Nov;87(18):1916-24. A
- Sundermann EE, Biegon A, Rubin LH, Lipton RB, Mowrey W, Landau S, Maki PM; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Better verbal memory in women than men in MCI despite similar levels of hippocampal atrophy. *Neurology*. 2016 Apr;86(15):1368-76. B
- Sundermann EE, Biegon A, Rubin LH, Lipton RB, Landau S, Maki PM; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Does the Female Advantage in Verbal Memory Contribute to Underestimating Alzheimer's Disease Pathology in Women versus Men? *J Alzheimers Dis*. 2017;56(3):947-57.
- Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*. 2010;71(2):305-13.
- Zuliani G, Ranzini M, Guerra G, Rossi L, Munari MR, Zurlo A, Volpato S, Atti AR, Blè A, Fellin R. Plasma cytokines profile in older subjects with late onset Alzheimer's disease or vascular dementia. *J Psychiatr Res*. 2007 Oct;41(8):686-93.

Fragilità, funzioni di rappresentanza ed esercizio dei diritti personalissimi

FABIO CEMBRANI¹, CLAUDIO AGOSTINI²

¹ Direttore U.O. di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

² Direttore U.O. di Psichiatria, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

Fabio.Cembrani@apss.tn.it

Parole chiave: diritti personalissimi, persone incapaci, rappresentanti legali, rete familiare.

Key words: exclusive personal rights, no consent persons, support administrator.

Abstract

Gli Autori, a partire dalla legge n. 219 del 2017, riflettono sui doveri di protezione giuridica che gravano oltre che sul medico anche sulle persone vicine al malato e sui diritti di quest'ultimo. Suggestiscono che, per le persone incapaci non ancora sottoposte a misure di protezione giuridica, sia valorizzato il ruolo di proxy esercitato dai familiari della persona con un ruolo però attivo posto in capo al medico laddove emerge un dissidio con questi protettori naturali.

The Authors, starting from the L. n. 2019/2017, reflect on the legal protection duties which engage not only the physician but also the persons close to the patient, and on the patient's rights. They suggest that, for no consent persons not yet under legal protection, may be reinforced the role of "proxy" held by family members, with a more active role of the physician, in case of disagreement between the last and the patient's relatives.

Nonostante il pensiero giuridico si sia progressivamente affrancato dalle prospettive psichiatriche positivistiche (o organicistiche) dell'800 basate sulla contrapposizione tra una (presunta) normalità e una (postulata) pericolosità della malattia mentale, è pur vero che la tutela della persona fragile è un ambito in cui il diritto si è mostrato particolarmente restio ad intervenire¹ con soluzioni chiare, coraggiose e non equivocate. Anche se, per il vero, bisogna ammettere che qualche correttivo alla disciplina civilistica del 1942, qua e là, sia stato apportato, in particolare con le due fondamentali leggi approvate nel 1978. Ci riferiamo ovviamente della legge n. 194, che ha legittimato la donna interdetta a formulare personalmente la richiesta di interruzione volontaria della gravidanza e della legge n. 180 che ha spazzato via l'idea che la capacità giuridica e la capacità di agire sarebbero categorie diverse. Ciò, almeno, è ciò che è successo fino al 2004 quando, finalmente, il legislatore è intervenuto in maniera più strutturata sulla disciplina civilistica con l'introduzione dell'am-

1 Si veda M.G. Stanzione, *Gli atti di natura personale dell'interdetto*, www.comparazionedirittocivile.it

ministrazione di sostegno che, in buona sostanza, ha di fatto modificato la disciplina dell'interdizione e dell'inabilitazione: un cambiamento di prospettiva radicale che ha talmente eroso l'ambito applicativo di questi due istituti da far dubitare gli interpreti sulla necessità della loro sopravvivenza². Anche se sono ancora molti gli snodi non ancora risolti di quella legge a cui bisogna però riconoscere almeno tre meriti straordinari: (a) quello di aver saputo finalmente porre attenzione alle persone fragili in tutte le loro dimensioni di vita, non solo riguardo agli aspetti privatistico-contrattuali ed alla tutela della proprietà privata; (b) quello di aver pensato alla loro protezione con la minor limitazione possibile della capacità di agire; (c) quello, infine, di aver superato lo scoglio del vizio di mente, sostituito dall'autonomia della persona nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, che ne esalta il funzionamento nella vita reale senza pregiudizi o stereotipi culturali. La conseguenza è stata che gli istituti giuridici previsti dal Codice civile del 1942 sono divenuti una tutela del tutto residuale, anche se va rilevato che, nella pratica, l'economicità e la snellezza della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno si perdono nella complessità organizzativa della giurisdizione e, molto probabilmente, nei vincoli finanziari che avvolgono tutto il nostro sistema istituzionale. Tutto ciò si traduce nel fatto che purtroppo, nei decreti di nomina, il Giudice tutelare fornisce frequentemente un lungo e complesso elenco di atti sottoposti ai vincoli dell'ufficio, annoverando costantemente, oltre alle molte situazioni esistenziali della persona e all'esercizio di quei diritti individualissimi che riguardano la cura, anche gli aspetti più strettamente patrimoniali. E ciò in barba alla sentenza n. 440 del 2005 in cui la Consulta ha chiarito che mai i poteri dell'amministratore di sostegno possono sovrapporsi in tutto o in parte a quelli del tutore poiché, se così fosse, verrebbe violato il principio della residualità dell'interdizione ed il suo (intervento) carattere di non obbligatorietà.

La titubanza dimostrata del legislatore riguardo all'ipotesi, sempre più frequente nella pratica clinica, di persone non più in grado di esprimere

una volontà consapevole (*rectius*, il "consenso informato") o sottoposte a misure di protezione giuridica è stato interrotto molto recentemente con l'approvazione della legge n. 219 del 22 dicembre 2017, recante *Disposizioni in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 16 gennaio 2018 ed entrata in vigore il 31 gennaio successivo con la *claque* di un larghissimo plauso mediatico, interrotto da sporadiche voci non già dissenzienti ma semmai preoccupate della possibile deriva burocratica di alcune sue discutibilissime previsioni (Cembrani F. et al., 2018)³. La nuova legge tocca molte importanti questioni pratiche della libertà di cura relativamente a due distinte categorie di persone: (1) quelle sane; (2) e quelle affette da una «*patologia cronica o invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta*» (art. 5, comma 1), distinguendo, tra questi ultimi, le persone capaci e quelle giuridicamente incapaci. Si è così riposizionato al centro della discussione non solo la situazione soggettiva dell'incapacità legale - essendo da tempo noti i suoi difetti e la sua sostanziale rigidità (Salvaterra G., 2011)⁴ - ma anche quella dei doveri (poteri) di protezione giuridica che gravano, oltre che sul medico, anche sulle persone vicine al malato (facenti parte della rete parentale o amicale), che lo affiancano o lo sostituiscono nell'assunzione di decisioni riguardanti la cura.

Questione, quest'ultima, davvero complessa, anche se è fuori discussione che il nostro ordinamento preveda due diverse tipologie di figure di protezione giuridica (Piccinni M., 2011)⁵: (a) quelle sostitutive, in tutto (interdizione) o in par-

3 Si veda F. Cembrani, M. Trabucchi, L. Ferrannini, C. Agostini, *Capacità ed incapacità al banco di prova della nuova legge sul biotestamento: i tempi della vita nel traffico di un diritto (sempre meno) gentile*, Responsabilità medica, 2018; 3:1-9.

4 Si veda E. Salvaterra, *Capacità e competence*, nel *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, *I diritti in medicina*, a cura di L. Lenti, E. Palermo Fabris e P. Zatti, Milano, 2011, volume III, p. 341 e ss., la quale sottolinea la permanenza in molti ambiti di «una distanza significativa tra dimensione fattiva e normativa della capacità di consentire alle cure, distanza particolarmente presente nel diritto continentale» ed il carattere artefatto della capacità legale.

5 Così M. Piccinni, *Relazione terapeutica e consenso dell'adulto "incapace": dalla sostituzione al sostegno*, in *I diritti in medicina*, volume III, p. 361 e ss., la quale ricorda la particolare difficoltà che si incontra nell'individuare l'ambito di rilevanza giuridica del consenso al trattamento medico, sia sul piano dei soggetti legittimati a prestarlo, che con riferimento ai limiti che derivano dalla rilevanza oggettiva degli interessi.

2 Così A. Gorgoni, *L'infermità tra amministrazione di sostegno e interdizione*, www.personaemercato.it.

te (inabilitazione); (b) e quelle con poteri di rappresentanza maggiormente ridotti, il cui ruolo è quello di affiancare e sostenere la persona nelle scelte di vita con il minor sacrificio possibile della sua capacità di agire, grazie anche all'elasticità del provvedimento di nomina dell'amministrazione di sostegno che deve, in primo luogo, valutare l'idoneità della misura, come sottolineato dalla Corte Costituzionale nella già citata sentenza del 2005.

I volti dell'incapacità sono quindi diversi e molto variegati, non potendo essere essi circoscritti alla sola protezione dell'infermità di mente o alle altre condizioni previste per l'inabilitazione (la prodigalità, l'abuso abituale di sostanze alcoliche o stupefacenti, la sordità e la cecità dalla nascita o dalla prima infanzia che abbiano impedito un sufficiente grado di educazione e di istruzione), visto che la norma sull'amministrazione di sostegno contempla non solo le infermità psichiche ma anche quelle fisiche, permanenti o temporanee, che riducano l'autonomia della persona nell'espletamento dei comuni atti della vita. Se ne deve dedurre che l'infermità alla base della situazione di fragilità della persona non può mai essere valutata sul solo piano quantitativo, avvalendosi delle categorie della nosografia clinica, essendone da esplorare le conseguenze funzionali perché «*soltanto la specificità della singola fattispecie, e delle esigenze da soddisfare di volta in volta, possono determinare la scelta tra i diversi istituti*» (Cass., n. 13584 del 12 giugno 2006). Con la flessibilità appunto richiesta dall'ordinamento.

La recentissima legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento, pur dimostrando consapevolezza rispetto all'evidenza che le condizioni cliniche del paziente sono difficilmente standardizzabili (art. 1, comma 4) subordina, tuttavia, la *competence to consent* alla capacità di agire (art. 1, comma 5), rinunciando a far incontrare la tradizione filosofica e scientifica dell'autonomia morale con le figure fissate dall'antropologia giuridica. La quale non considera tale competenza come un'attitudine biografica della persona ma come la possibilità concreta di compiere atti giuridici mediante i quali si acquisiscono diritti e si assumono doveri

(Ferrajoli L., 2007)⁶ (art. 2 c.c.). In tal guisa essa viene pertanto subordinata al raggiungimento della maggiore età ed alla capacità di discernimento, di comprensione e di decisione (art. 3, comma 1), quasi identificandola - per dirla con il cifrario dell'archeologia giuridica - con la *capacità di intendere e volere* (art. 4, comma 1). Questo parrebbe un errore davvero imperdonabile, perché la capacità di agire e quella di intendere e di volere non sono un'endiadi, visto e considerato che la stessa legge sull'amministrazione di sostegno evita questi discutibilissimi riferimenti categoriali parlando, in maniera scientificamente più appropriata, dell'incapacità della persona di svolgere in piena autonomia gli atti della vita quotidiana.

Questi ultimi, come ben sanno i molti di noi che si occupano della valutazione multi-dimensionale della disabilità, non sono certo definibili in astratto a partire da un elenco valido per tutte le persone e per tutte le età della vita, essendo pacifico ammettere che il funzionamento di una persona in età lavorativa richieda di essere esplorato con domini diversi da quelli di un centenario o di un neonato di qualche mese. E ciò non già per mettere in discussione la dignità di questi ultimi quanto per ricercare quali siano realmente gli atti quotidiani della vita di persone che ben difficilmente possono reggere l'esercizio di un'attività sportiva, di coltivare *hobbies*, di avere una vita familiare adeguata, di avere un mondo relazionale più o meno ampio e di produrre, naturalmente, reddito da lavoro.

Capacità di agire, maggiore età, capacità di discernimento, capacità di comprensione, capacità di decisione, grado di maturità, capacità di intendere e di volere e incapacità sono così le tante locuzioni che si alternano, in maniera davvero confusa e poco strutturata, nella nuova legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento, che si caratterizza per una gergalità discutibile e spesso fuorviante anche per gli addetti ai lavori, nonostante l'intenzione del legislatore sia, purtroppo, chiara: lasciare la

⁶ Così L. Ferrajoli, *Principia iuris. Teoria del diritto e della democrazia*, Laterza, Bari, 2007, che la rappresenta come l'idoneità ad essere autore di qualunque atto giuridico in quanto produttivo di effetti: non solo, quindi, degli atti negoziali, ma anche di tutti gli altri atti precettivi con cui vengono esercitati i diversi tipi di potere, e perfino degli atti di adempimento e degli atti illeciti.

questione del consenso alle cure all'interno dei rapporti giuridici privatistici/negoziati, visto anche l'esonero dalla colpa (sia civile che penale) del professionista che rispetti la volontà della persona, senza alcuna apertura a quei modelli comparativi che al contrario identificano il consenso alle cure come una scelta dal carattere prioritariamente morale. Perché ogni scelta umana, dalla più semplice alla più complessa, non può mai essere scissa dai nostri personali tratti biografici, dai nostri valori di riferimento, dal nostro sentire, dal senso che diamo alle nostre esistenze, dalle relazioni che ci circondano e nelle quali ci rispecchiamo, da ciò che siamo e vogliamo diventare e dal ricordo che vogliamo lasciare di noi dopo la nostra morte. In queste irripetibili (perché uniche, personali) declinazioni del vivere prende forma la dimensioni soggettiva (o non astratta) della dignità umana, la quale stenta a tenere il passo con la rigidità della capacità di agire, che considera *competent* la persona capace *ex lege* o, ancor più rozzamente, semplicemente quella non ancora sottoposta a misure di protezione giuridica. Quasi a dire che se non sono state ancora attivate misure di protezione giuridica la persona deve essere considerata sempre e comunque capace (Piccinni M., 2018)⁷ pur essendo, come ben sanno i medici che animano le corsie, tutt'altra la realtà.

L'art. 3 della nuova norma prevede così che, nel caso del minore, il consenso o il rifiuto alla cura debba essere espresso dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà del minore stesso; che nel caso dell'interdetto sia il tutore ad esprimerlo o a rifiutarlo, sentita, «*ove possibile*», la persona; che la persona inabilitata o quella in amministrazione di sostegno possano invece esprimere di norma personalmente il consenso o il dissenso, anche se per quest'ultima forma di tutela giuridica (teoricamente la più "mite" in termini di rappresentanza sostitutiva), può/deve intervenire anche l'amministrazione di sostegno *tenendo conto della volontà dell'interessato e della sua capacità di intendere e di volere* (art. 3, comma 4°). Con ciò riproponendo un ruolo (per così dire)

suppletivo, difficile da comprendere e da accettare essendo il ruolo dell'Amministratore di Sostegno per definizione non sostitutivo ma piuttosto finalizzato a supportare le residue capacità della persona (ciò che, dunque, c'è ancora e non quel che manca, permanentemente o temporaneamente). La norma del 2004 si riferisce infatti non già alla capacità di agire né a quella di intendere e di volere ma alla sola riduzione dell'autonomia personale provocata da menomazioni di natura sia fisica che psichica. Non si comprende pertanto quali siano i reali effetti e la portata di quel "*tener conto della volontà dell'interessato*" e della sua capacità di intendere e di volere, vista la *ratio* della riforma del 2004 che, del tutto appropriatamente, mai si riferisce a questa categoria giuridica e che attualizza i suoi effetti nell'ambito della sfera patrimoniale della persona senza coinvolgere la sua autonomia morale.

A questa criticità si accompagna un'altra discutibilissima previsione contenuta nella recente legge nella parte in cui essa rinvia alla giurisdizione (al giudice tutelare) la soluzione delle eventuali controversie che possono sempre sorgere tra i rappresentanti legali della persona ed il medico nell'ipotesi in cui i primi rifiutino le cure ritenute appropriate e necessarie per la cura della persona protetta, non configurabili quindi come mero accanimento terapeutico; soluzione poi prevista anche nel caso in cui, nel rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento, sorgano problemi di vedute tra il medico ed il fiduciario nominato dalla persona (art. 4, comma 5°). Ora, se può essere da un lato comprensibile che il medico non debba essere lasciato solo nelle non insolite conflittualità che sorgono in seguito a difformità di vedute riguardo alle scelte cliniche, rinviare la loro soluzione alla giurisdizione ordinaria ed all'attuale struttura processuale significa di fatto annullare la funzione di garanzia pubblica ricoperta dal medico medesimo, trasformandolo in un impiegato pubblico delegittimato dal suo ruolo e privato della sua più autentica autonomia e responsabilità, proprio riguardo a quelle persone che in virtù della loro particolare fragilità richiedono sempre un sussulto di umanità, per usare le parole di Papa Francesco (Francesco, 2015)⁸.

⁷ Così suggerisce, nostro malgrado, M. Piccinni, *Prendere sul serio il problema della capacità dopo la l. n. 219/2017*, in *Responsabilità medica*, 2018, 3.

⁸ Cfr. Francesco, in *Bolla di indizione del Giubileo straordinario della misericordia*, Roma, 2015.

A fronte di queste criticità, occorre seriamente riflettere su due questioni per verificare: (a) se la nuova norma sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento abbia o meno interrotto quell'asse interpretativo in ragione del quale risultano insindacabili gli atti personalissimi, ovverosia quelli afferenti a diritti costituzionalmente garantiti come la salute (art. 32 Cost.); (b) a quale autorità morale debba essere data la preferenza nell'ipotesi in cui la persona esprima una scelta di cura diversa da quella dell'amministratore di sostegno. Per dirlo con altre parole occorre seriamente chiedersi se, riguardo al diritto di accettare o di rifiutare la cura, valga sempre il principio della rappresentanza legale (qualunque essa sia) o se, al contrario, in questa ipotesi debba essere comunque rimessa all'interessato la scelta in ordine alla decisione da adottare trattandosi di un diritto personalissimo (Cassazione Civile, 2000)⁹ le cui intersezioni con la dignità umana sono di stridente evidenza. Perché quest'ultima non può essere certo selezionata sulla base delle nostre personali scale valoriali senza con ciò violare la sfera di libertà riconosciuta ad ogni persona umana dagli artt. 2 e 3 della Costituzione.

La questione è naturalmente complessa per molte ragioni, perché se è pur vero che restano vitali le *incapacità speciali* della persona sottoposta a tutela giuridica (il divieto di contrarre matrimonio, di riconoscere i figli e di redigere il testamento) - non essendo state le relative norme abrogate dalla legge del 2004 - non così può dirsi per gli *atti personalissimi*, che non possono certo essere compiuti dal rappresentante legale, nemmeno nell'ipotesi di interdizione, visto che questo istituto esaurisce i propri effetti nell'ambito della sfera patrimoniale (Stanzione M.G., 2000)¹⁰. Tale complessità sopravvive (ed è bene che sia così vista la caratura dei diritti in gioco) nonostante il pericolosissimo *revirement* compiuto dalla nuova legge che, proprio all'art. 3, conferma tutta la sua discutibilità con l'evidente destabilizzazione e sovversione della gradualità delle tutele giuridiche avendo posizionato l'amministrazione di sostegno tra l'interdizione e l'inabilitazione. Ogni

tentativo di semplificazione di questa complessità rischia di tradursi in un'operazione rozza, non solo perché il modello della capacità sotteso alla legge è dichiaratamente in crisi (Venchiariuti A., 1993)¹¹ ma anche perché, quando si affronta in prospettiva etico-pratica il problema degli incapaci rispettando le graduazioni quali-quantitative del vizio di mente e quelle della fragilità che l'esperienza clinica ci consegna nella quotidianità, le situazioni sono straordinariamente diverse, mai simili, fenotipicamente instabili nonostante l'apparente ed ingannevole fissità della nosografia scientifica.

I dubbi da affrontare sono dunque quelli che riguardano l'esercizio dei diritti della persona cd. personalissimi (la salute, primo tra tutti) laddove sia siano in atto misure di protezione giuridica, interrogandosi su quale possa essere il ruolo di surroga sostitutiva delle figure di rappresentanza e, in caso di conflitto riguardo alle decisioni di cura, quale debba essere la volontà a cui il medico debba dare la preferenza.

Sulla prima questione non ci sembrano sussistere dubbi interpretativi e se esistono essi sono sciolti dalla Suprema Corte nella sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007 in cui si conferma che «*il diritto personalissimo del diritto alla salute dell'incapace comporta che il riferimento all'istituto della rappresentanza legale non trasferisca sul tutore [...] un potere incondizionato di disporre della salute della persona in stato di totale e permanente incoscienza*» perché il potere di rappresentanza è un potere che si estrinseca nell'agire nell'esclusivo interesse dell'incapace «*ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente [...] tenendo conto dei desideri da lui espressi [...], ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche*». Risultano così incomprensibili le ragioni del perché la nuova norma sul consenso informato faccia un salto all'indietro rispetto a tali conclusioni scaricando sul tutore la responsabilità della scelta di cura quando, come già ricordato, l'interdizione

9 Così Cass. civ., 21 luglio 2000, n. 9582.

10 M.G. Stanzione, op. cit. supra.

11 Così A. Venchiariuti, *Incapaci*, in *Digesto disc. priv.*, sez. civ., IX, Torino, 1993, p. 384 ss.

sviluppa il suo raggio d'azione nel solo campo degli interessi patrimoniali, con l'aggravante, altrettanto incomprensibile, che deriva dal sentire l'interessato solo *ove possibile*. Perché delle due l'una: o il tutore si sostituisce completamente all'interessato anche nell'esercizio di quei diritti personalissimi che rappresentano il fulcro dell'asse costituzionale o, come invece è, egli è il custode del suo miglior interesse contribuendo ad adeguare le scelte di cura alla struttura identitaria della persona.

Ancor più preoccupante ed incomprensibile è l'altro *revirement* di cui si rende responsabile la nuova norma laddove, in maniera assolutamente incomprensibile, spezza la linearità delle misure di protezione giuridica prevedendo che nel caso in cui la persona sia stata salvaguardata con la più debole delle tre forme di protezione giuridica il consenso (o il rifiuto) alla cura debba essere espresso dall'Amministratore di Sostegno, mentre nell'ipotesi in cui la persona sia stata inabilitata debba prevalere la sua decisione. A nulla valendo il richiamo al tener conto della volontà della persona amministrata subordinato, paradossalmente, a quella capacità di intendere e di volere che perpetua i cortocircuiti messi in tensione dal vizio di mente. Il tutto appare inoltre aggravato dall'esigenza di adire al Giudice tutelare nell'ipotesi, non certo remota, in cui la decisione dell'amministratore di sostegno e quella della persona amministrata non coincidano, essendo evidente che in tal caso la preferenza dovrà essere data a quest'ultima a meno che non la si ritenga in antitesi rispetto ai valori biografici ed esistenziali della persona stessa. Non siamo però certi che ciò avverrà perché conosciamo a fondo la tendenza dei medici a delegare alle aule di giustizia la soluzione delle molte criticità che si osservano nella pratica clinica, pur non potendo certo condannare frettolosamente comportamenti difensivi agiti con l'obiettivo di arginare il sempre più largo spettro della responsabilità professionale. Certo è che una delega di quella parte della responsabilità che ne enfatizza le connotazioni etiche-deontologiche si tradurrà nella rinuncia ad esercitare quel ruolo di garanzia e di affidamento che l'ordinamento attribuisce comunque al medico, non importa se all'interno di una relazione contrattuale o extracontrattuale.

C'è un'ulteriore criticità sulla quale occorre riflettere perché, molto spesso, i luoghi di cura sono frequentati da persone malate che, pur non essendo ancora state dichiarate incapaci legali, non sono in grado di partecipare alle scelte che le riguardano.

In queste situazioni abbiamo fin qui, di regola, privilegiato la strada indicata dall'art. 406 (comma 3) della legge approvata nel 2004¹², con alterne fortune essendo stati inermi testimoni dei lunghi tempi della giurisdizione molto spesso incompatibili con le esigenze di cura della persona ed avendo, qualche volta, assistito alla maggior efficienza dei Tribunali rispetto agli Uffici dei Giudici Tutelari, a tutto discapito degli obiettivi della legge sull'amministrazione di sostegno, che restano quelli di incidere con la minor limitazione possibile dell'autonomia personale.

Questa soluzione resta naturalmente aperta anche se occorre chiedersi se la nuova norma sul consenso informato fornisca qualche utile soluzione per uscire dall'*impasse*. La individuiamo in due passaggi: il primo molto chiaro, il secondo meritevole di una più strutturata riflessione che ci auguriamo possa avvenire con il contributo del sapere giuridico.

L'art. 1, comma 7, di quella norma prevede, infatti, che «*nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle*», con la conseguenza che il professionista è legittimato ad intervenire per salvaguardare la vita e la salute della persona, purché: (1) essa non abbia depositata una disposizione anticipata di trattamento; (2) astenendosi, comunque, da ogni trattamento futile ed irragionevole (art. 2, comma 2). Ciò anche nell'ipotesi in cui i familiari esprimano idee contrarie, fermo restando che, laddove uno di essi sia stato nominato dalla persona come suo fiduciario, occorrerà ricorrere al Giudice tutelare ogniquale volta la presa di posizione di quest'ultimo non risulti conforme alla volontà espressa in anticipo dal suo titolare.

12 «[...] I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero».

Resta aperta la strada di valorizzare anche il ruolo di *proxy* (o di protettori naturali) esercitato dai familiari della persona e, quando occorra, della sua rete amicale anche se sappiamo che la tenuta giuridica di questa alternativa è molto debole nonostante gli interpreti del diritto sembrano insistere sull'idea che «*nel nostro ordinamento giuridico il rappresentante legale non è l'unica figura incaricata di occuparsi della cura della persona*» (Piccinni M., 2018)¹³. Perché se è vero che la rete dei nostri affetti ha una funzione di garanzia a cui ogni nostra identità è debitrice, è altrettanto vero che non si può negare a chi fa parte della stessa la possibilità di un qualche potere di rappresentanza riguardante la cura nonostante il suo perimetro sia necessariamente più debole rispetto al rappresentante legale; pur dando per scontato che, in questa complessa materia, ogni primato di forza deve essere guardato con sana prudenza e con diffidente sospetto.

Bibliografia

Cembrani F, Trabucchi M, Ferrannini L, Agostini C. Capacità ed incapacità al banco di prova della nuova legge sul biotestamento: i tempi della vita nel traffico di un diritto (sempre meno) gentile, *Responsabilità medica*, 2018; 3: 1-9.

Ferrajoli L. *Principia iuris. Teoria del diritto e della democrazia*. Laterza, Bari 2007.

Piccinni M. Relazione terapeutica e consenso dell'adulto "incapace": dalla sostituzione al sostegno. In: *I diritti in medicina*, volume III, p. 361 e ss.

Sitografia

[https:// www.personaemercato.it](https://www.personaemercato.it)

[https:// www.comparazionedirittocivile.it](https://www.comparazionedirittocivile.it)

Anche perché la questione dei poteri e dei limiti delle funzioni di tutela giuridica dei protettori naturali nulla toglie al fatto che è il medico a ricoprire una posizione di garanzia, sia pur con il loro coinvolgimento diretto sia nella fase di informazione che nel processo decisionale, che dovrà comunque tener conto della struttura biografica della persona quando non sia stata redatta una volontà anticipata e non sia stato individuato nessun fiduciario, come prevede la nuova legge sul consenso informato.

Ovvio quindi il suggerimento per il medico, laddove emergesse un contrasto tra i poteri di cura dei diversi protagonisti, di attivare il procedimento per la nomina dell'amministratore di sostegno, spiegandone le motivazioni e fornendo una chiara rappresentazione sui motivi del dissidio con i protettori naturali, così da orientare la scelta più adeguata.

Piccinnini M. Prendere sul serio il problema della capacità dopo la l. n. 219/2017, in *Responsabilità medica*, 2018; 3.

Salvaterra E. Capacità e competence, in *Trattato di biodiritto*, diretto da Rodotà S., Zatti P., *I diritti in medicina*, (a cura di) Lenti L., Palermo Fabris E., Zatti P., Giuffrè, Milano 2011; volume III, p. 341 e ss.

Venchiariutti A. voce Incapaci in diritto comparato, in *Digesto IV ed.*, Disc. priv., sez. civ., IX, Utet, Torino 1993, p. 384 e ss.

¹³ Cfr. M. Piccinni, op. cit. supra.

Invecchiare in una città ad alto impatto ambientale

FRANCESCO SCAPATI

Associazione Italiana di Psicogeriatrics, sezione Puglia – Basilicata

francescoscapati18@gmail.com

Parole chiave: Invecchiamento, Impatto, Ambiente, Interazione.

Keywords: Aging, Impact, Environment, Interaction.

“Credo che a ben pochi, in Italia, sia capitato di fare ,in un giorno, l'intera costa da Reggio a Taranto. Ora che sono qui a Taranto - che brilla sui due mari come un gigantesco diamante in frantumi - mi pare che la cosa sia successa in sogno. Pier Paolo Pasolini, 1959”

(Séclier P., 2005)

Abstract

L'autore esprime alcune considerazioni circa l'invecchiamento in una città ad alto impatto ambientale, ovvero Taranto, stretta tra l'assurdo dilemma salute/lavoro, come monito anche alle future generazioni.

The author expresses some considerations about aging in a city with a high environmental impact, namely Taranto, squeezed between the absurd dilemma health/work, as a warning to future generations.

Il Convegno tenutosi a Taranto il 6 novembre 2019 su “Invecchiamento in una città ad alto impatto ambientale” fortemente voluto sia dal Prof. Marco Trabucchi che dal Prof. Giancarlo Logroscino, mi ha permesso di effettuare alcune considerazioni.

Lo storico Roberto Nistri nel suo pregevole volume su “L'età dell'acciaio: Taranto negli anni settanta”(2009) mette in evidenza come: “se in Italia gli anni settanta sono stati riduttivamente qualificati come gli anni di piombo a Taranto possono essere certamente ricordati come gli anni dell'acciaio, nel complesso una memoria non infelice. Mentre nel Mezzogiorno andavano accentuandosi sempre più le differenziazioni interne presentando la distinzione di Rossi - Doria tra polpa e osso, Taranto poteva vantare una bella fetta di polpa. La cittadinanza poteva finalmente godersi il suo miracolo economico in ritardo, assistendo ad una crescita continua del reddito pro capite e assumendo con comprensibile orgoglio la nuova identità di capitale dell'acciaio. Con il raddoppio dell'insediamento siderurgico, la Megamacchina celebrava i propri trionfi, alimentando l'illusione di una crescita illimitata tanto della produzione

quanto dell'occupazione, una fantasia destinata a dissolversi nel decennio successivo".

In definitiva con l'emergere e lo svilupparsi di una monocultura siderurgica, "rimanevano deficitarie le strutture civili e culturali, mancavano scuole, impianti sportivi, servizi sanitari, fognature, l'artigianato languiva, il Centro Ittico era in perpetuo fallimento e l'agricoltura era penalizzata. Ogni critica rivolta al rapido deteriorarsi della qualità ambientale e paesaggistica era sopita dalla droga più potente: il denaro" (Nistri R., 2009).

In quegli anni l'indimenticato Walter Tobagi (1979) coniò il termine "metalmezzadro" quale protagonista dell'economia sommersa nel sud che bene esprimeva questo ibrido tra acciaio ed agricoltura, (ricordo al proposito come per costruire l'impianto siderurgico a Taranto furono smantellati circa 40000 ulivi) in una città ed in una provincia che all'epoca vedeva girare tanti soldi tra ristoranti, pensioni, affitti in nero, appalti e subappalti, che ponevano le basi per lo sviluppo avvenuto in quegli anni dell'economia criminale che ovviamente si inserì in quel terreno biologico ideale.

Rammenta in modo inequivocabile a tal proposito il contributo di Corradi et al. (1967) "Per circa tre quarti di secolo e fino a cinque - sei anni or sono, il nome di Taranto ha praticamente richiamato tre immagini alla mente degli italiani. Il ponte girevole, l'Arsenale e la base della Marina. Più profondi erano però i pensieri che lo stesso nome suscitava e da gran tempo, nelle persone colte. In costoro il nome di Taranto evocava la Magna Grecia, gli insegnamenti di Pitagora e Archita, la vittoria di Pirro, alcuni versi di Orazio, il mitico fiume Galeso, qualche impressione dei viaggiatori stranieri, gli ori fulgenti del Museo Archeologico ed altro ancora...".

E gli anziani? Riporto una interessante testimonianza di una anziana abitante del quartiere Tamburi risalente al 2010 "da casa della mamma si andava sul terrazzo e giorno dopo giorno si vedeva che buttavano giù queste masserie, radevano al suolo tutti questi alberi di ulivo, vigne. Tanto dicevamo, è lontano. Chi pensava che ce lo portavano proprio sotto le finestre di casa nostra?

Queste macchine così grandi, non era la prima volta che vedevamo questi camion così enormi, che passavano il primo piano. Quando passavano per la strada, passavano da sotto casa nostra, tremavano le palazzine, le ruote erano una cosa spaventosa tanto che erano grandi e facevano va e viene fino a quando hanno distrutto tutta la campagna", ricordi di bambina rimasti impressi nella mente anche da anziani.

Ma cosa vuol dire invecchiare in una città ad alto impatto ambientale? Dai risultati preliminari di una ricerca che viene condotta dalla Lumsa di Taranto in collaborazione con importanti Enti di ricerca, i cui dati non sono ancora disponibili, emerge come una delle preoccupazioni più rilevanti degli anziani della città di Taranto e della Provincia non riguardi se stessi ma le future generazioni, in quanto alle problematiche socio - economiche relative al Sud in generale (calo demografico, disoccupazione, emigrazione al Nord o all'estero) si aggiunge il timore che l'alto impatto ambientale, ancora irrisolto, venga pagato soprattutto dalle nuove generazioni (basta pensare all'elevato numero di tumori infantili specie ematologici, oltre ai danni legati all'utilizzo dell'amianto), tenendo presente l'ancora irrisolta dicotomia tra salute e lavoro con tuttora rilevante numero di infortuni sul lavoro, legati anche a non adeguata manutenzione degli impianti.

Occorre salvaguardare il lavoro a scapito della salute oppure la salute a scapito del lavoro? È possibile coniugare entrambi gli aspetti?

Recenti dati di una ricerca condotta 2019 dal Centro Studi di Confindustria che analizzando i dati Istat, Inps, Bankitalia, mostra come il Sud si avviti in una spirale recessiva, destinata ad allargare ancor di più il solco con il resto di Italia con l'emergenza occupazione giovanile che non accenna a ridursi lavorando un giovane su quattro, con debolezza sia degli investimenti privati che di quelli pubblici. Ed ancora, secondo i dati di Bankitalia Puglia, crescita dell'indebitamento delle famiglie con aumento delle richieste di credito al consumo e contrazione della domanda di mutui. L'anziano in Puglia ed a Taranto in particolare, all'interno di questa situazione economi-

ca, è spesso una delle poche risorse su cui poter contare anche in riferimento alla abitazione.

Anche il recente 53° Rapporto Censis 2019 mette in evidenza come gli italiani siano sfiduciati, ansiosi ed impoveriti con crescita del consumo degli ansiolitici (23% in tre anni), della diffidenza verso gli altri (75%), mancanza di prospettive (74%), con particolare riferimento al Sud, con un allarmante dato demografico 436.000 cittadini in meno dal 2015 ad oggi ed a fronte di una diminuzione delle nascite con crescita del numero degli anziani (nel 1959 gli under 35 erano il 56,3% della popolazione e gli over 64 solo il 9,1%, tra venti anni queste due popolazioni si equivarranno rappresentando ciascuna il 31% della popolazione).

Tanto all'interno dell'evidente declino industriale nel mezzogiorno con in particolare all'ex Ilva di Taranto circa 20000 lavoratori coinvolti tra diretti ed indiretti all'interno di una trattativa sempre più in salita che vede allontanarsi sempre più una soluzione che vada nella direzione della tutela della salute, della salvaguardia dell'ambiente, della garanzia dei livelli occupazionali e della continuità produttiva (Censis, 2019).

In definitiva è possibile che la *poisonville* definita da Giancarlo De Cataldo (città dei veleni) diventi una città quali quelle del bacino della Ruhr,

Bilbao ed altre nelle quali sia possibile invecchiare serenamente fornendo il proprio contributo alle future generazioni? È una scommessa che ci si augura possa essere vinta, tenendo conto che lo stesso rapporto Censis evidenzia all'interno di una situazione come descritta la presenza di "reazioni molecolari di resistenza e resilienza sociale ed economia della gente di questo Paese".

Segnale del prezioso contributo che in tale senso è stato posto dal Convegno di Taranto è l'intervento della Segretaria di Cittadinanza Attiva Puglia, dell'Avv. Marina Venezia che in un interessante articolo sulla Gazzetta del Mezzogiorno del 13 novembre 2019 dal titolo "Contributi preziosi dal convegno: invecchiamento ed impatto ambientale le ricerche arrivino sul tavolo dei decisori politici "che rivolge appunto" un accorato appello affinché le ricerche che sono state illustrate e le criticità che sono state evidenziate possano essere portate sui tavoli dei decisori politici perché ne facciano strumenti di analisi ed adottino provvedimenti concreti nella nostra città martoriata dal problemi di inquinamento ove la salute è in continuo baratto con il lavoro e stretta in una morsa di altre logiche economiche e di mercato che impediscono ai nostri cittadini, affetti da gravissime patologie, di godere di una città vivibile ed amica" (Venezia M., 2019).

Bibliografia

Censis. 53° Rapporto Censis sulla situazione sociale dell'Italia. Franco Angeli, Milano 2019.

Corradi E. et al. La città del ferro. Italsider, Genova 1967, p. 137, in Sgobio C. La Taranto dell'Ilva. Veleno salute e lavoro. Artebaria, Taranto 2015.

Nistri R. (a cura di) La città dell'acciaio: Taranto negli anni settanta. Mandese Editore, Taranto 2019, p. 21 e ss.

Séclier P. Pier Paolo Pasolini. La lunga strada di sabbia. Contrasto, Milano 2005, p. 149.

Tobagi W. Il "metamezzadro" protagonista dell'economia sommersa al Sud. Corriere della Sera, 15.10.1979.

Venezia M. Contributi preziosi dal Convegno: invecchiamento ed impatto ambientale le ricerche arrivino sul tavolo dei decisori politici. Gazzetta del Mezzogiorno, 13.11.2019.

E secondo il bisogno [...] vi sia sempre la dovuta assistenza¹

Organizzazione, formazione, assistenza e vita quotidiana in 250 anni di regolamenti del Pio Albergo Trivulzio (P.A.T.)

MAURA LUSIGNANI¹ EDOARDO MANZONI² FRANCESCO GRANATA³

¹ Università degli Studi Milano

² Istituto Palazzolo Bergamo

³ RN- MSN

maura.lusignani@unimi.it

edoardomanzoni@istitutopalazzolo.it

francescogranata@studenti.unimi.it

Parole Chiave: “ricerca storica”, “assistenza”, “assistenza infermieristica”, “anziani”, “Pio Albergo Trivulzio”, “stile di vita”.

Keywords: “historical research”, “assistance”, “nursing care”, “elderly”, “Pio Albergo Trivulzio”, “lifestyle”.

Riassunto

Obiettivo: Lo scopo di questo articolo è di analizzare i diversi scenari tipici della vita all'interno del Pio Albergo Trivulzio, si è perseguito questo intento studiando le principali fonti archivistiche custodite all'interno dei diversi archivi dell'omonima struttura. Questa relazione muove dai precedenti contributi già presentati al convegno² e pertanto vuole omettere ogni introduzione di ordine storico sia della città di Milano e del contesto lombardo, sia della gloriosa storia del Pio Albergo Trivulzio, delle Stelline e dei Martinitt nel suo lungo percorso di 250 anni. Va altresì premesso come la ricerca di archivio si sia concentrata sul Pio Albergo Trivulzio (P.A.T.) quale istituzione per vecchi evitando la già così ben studiata vicenda degli orfani e minori (Cenedella C.-Giuliacchi L., 2013), (Cenedella C. - Fumi G., 2015).

Materiali e Metodi: L'esame delle fonti si è basata sull'utilizzo della metodologia storica, pertanto si è fatto riferimento alle teorie classiche di J.G. Droysen (1808-1884) e F. Chabod (1901-1960).

Risultati: La letteratura sul P.A.T. e i preziosi studi storici già compiuti e pubblicati sono stati integrati dall'esame di nove 9 pubblicazioni interne a stampa e 121 documenti d'archivio pari a 6695 pagine.

Conclusioni: Il lavoro di ricerca è solo all'inizio. Da un lato, attraverso la documentazione storica, si suffragano elementi consolidati nella storia dell'as-

1 ARCHIVIO STORICO DI MILANO (A.S.MI.), fondo Trivulzio Nuovo Archivio (T.N.A.), Cartella n° 50, “Regolamento capitolarmente stabilito per buon governo del Pio Albergo Trivulzio”, 22 agosto 1766.

2 “I bisogni della città e l'impegno del Pio Albergo Trivulzio. 250 anni di assistenza e cura”. Convegno Nazionale, 23 febbraio 2018.

sistenza e dell'assistenza infermieristica. Dall'altro lato si aprono invece nuovi filoni di ricerca. Anzitutto quello del rapporto con la città in una opera che definiamo laica e che tale ha sempre voluto essere pur nei legami con la straordinaria storia di *charitas* ed *hospitalitas* della diocesi di Ambrogio.

Abstract

Objective: The purpose of this article is to analyze several typical scenarios of life in Pio Albergo Trivulzio, this aim was pursued studying the main archival sources kept in various archives of the same building. This report starts from the previous contributions already presented at the conference and therefore wants to omit any historical introduction both of the city of Milan and the Lombard context, and of the glorious history of Pio Albergo Trivulzio, Stelling and Martinitt in its long journey of 250 years. It should also be stated that the archival research has focused on Pio Albergo Trivulzio (P.A.T.) as an institution for the elderly, avoiding the already well-studied story of orphans and minors (Cenedella C. - Giliacci L., 2013), (Cenedella C. - Fumi G., 2015).

Materials and Methods: The examination of the sources was based on the use of the historical methodology; therefore, reference was made to the classical theories of J.G. Droysen (1808-1884) and F. Chabod (1901-1960).

Results: The literature on P.A.T. and the valuable historical studies already completed and published were supplemented by the examination of 9 internal printed publications and 121 archival documents equal to 6695 pages.

Conclusions: The research work is only at the beginning. On the one hand, through historical documentation, elements consolidated in the history of assistance and nursing care are supported. On the other hand, new lines of research are opening. First, that of the relationship with the city in a work that we define secular and which has always wanted to be in bonds with the extraordinary history of *charitas* and *hospitalitas* of the diocese of Ambrogio.

Obiettivo

Focus della nostra ricerca è stata la vita quotidiana all'interno del Pio Albergo Trivulzio (P.A.T.), nel succedersi del tempo attraverso le attività ordinarie e straordinarie che, nel corso dei secoli, sono state regolamentate. Una convivenza civile, quale essa sia, abbisogna di regole al fine di permettere una chiara definizione di missione, di limite, di eguaglianza e di controllo. Le regole sono di molteplice natura: cronologiche riguardo lo scandire del tempo, remunerazioni, ruoli, servizi, criteri di ammissione ed esclusione, relazione con l'esterno dell'istituzione, di scelta di allocazione delle risorse, ecc. Queste regole, pur soffermandosi su un particolare stile della vita, identificano una precisa filosofia di fondo dell'istituzione e della vicenda storica, facendo integrare un primordiale insieme di singoli individui in una comunità. Le regole sono tanto più necessarie quanto più l'istituzione è grande, diversificata ed impegnativa. Ed è questo il caso del P.A.T. che già dalla sua origine si presenta tra le più grandi istituzioni assistenziali di ricovero dei poveri vecchi in Italia. Le regole sono racchiuse in regolamenti. La nomenclatura del sistema delle regole assume quindi due tipologie di fondo:

- 1) Quella del tempo; i regolamenti vengono periodicamente rivisti per far fronte a diverse nuove esigenze: ampliamenti e cambiamenti di sede, cambio di ruoli di cura e assistenza, modifiche degli assetti amministrativi al cambio del "governo" civile della città; esigenze degli anziani e della concezione di vecchiaia, sviluppo della concezione igienica della medicina e dell'assistenza.
- 2) Quella della specializzazione; il P.A.T. è una comunità di vita e non solo di assistenza e pertanto abbraccia molte dimensioni che richiedono specializzazione delle regole: dal riscaldamento alla gestione dei beni, dalle infermerie al cambio di letteracci e abiti degli ospiti, dagli approvvigionamenti ai provvedimenti di censura, condanna ed espulsione.

Il P.A.T. ha attraversato nei suoi 250 anni numerose concezioni di cura ed assistenza ai vecchi derelitti cambiando più volte anche configurazione giuridica. Dall'era teresiana è giunto alle

riforme napoleoniche e poi alle congregazioni di carità, fino alla costituzione del Regno d'Italia; da lì ancora versus le riforme crispine all'era protezionistica fascista e fino ai moderni sistemi di accreditamento regionale di cui è stato antesignano. Il tema dell'analisi dei regolamenti nel P.A.T. è particolarmente significativo poiché già l'atto testamentario del principe è di fatto un regolamento dal quale prendere il via per la nostra ricerca storica. Dal punto di vista tecnico per il nostro lavoro di ricerca storica è stato necessario dare una definizione operativa. Con il termine regolamento si intende un insieme ordinato di regole soprannominate nel tema specifico che intendono regolamentare, approvato dall'organo di amministrazione competente, e divulgato a coloro che ne sono interessati. Ai nostri fini - e nell'integrazione dei temi di questo convegno - si è deciso di seguire, nella analisi di archivio, tre tipologie di regolamenti:

- i regolamenti del personale,
- i regolamenti degli ospiti lavoratori,
- i regolamenti della vita quotidiana degli ospiti

Materiali e metodi

Le fonti storiche analizzate hanno una triplice origine:

- Archivio storico P.A.T. presso il Museo Martinitt e Stellite, corso Magenta 57, Milano
- Archivio presso P.A.T. nella sede attuale in via Trivulzio 16, Milano
- Pubblicazioni P.A.T.

Non sono state utilizzate le fonti dell'Archivio di Stato, già utilizzate in precedenti convegni (Zanobio B., 1993). In occasione dei momenti di revisione architettonica e organizzativa, come ad esempio lo spostamento nella nuova sede nel 1910, o nella presentazione di proposte di evoluzione ai consigli di amministrazione e alla città, il P.A.T. ha proceduto a pubblicazioni in proprio che spesso contengono atti di archivio poi rinvenuti nei documenti storici. Tali pubblicazioni sono per lo più state stampate in proprio, nelle stamperie dei Martinitt, o - più tardi - in stamperie che adoperavano gli orfani formati. Queste pubblicazioni sono quindi state utili al fine

di confermare la veridicità delle fonti. Va precisato come la presente relazione deve intendersi come un primo assaggio alla poderosa documentazione di archivio storico che merita ben altro e più esteso studio. Sulle fonti è stata applicata una metodologia di classificazione. Le fonti sono per lo più Avanzi, ossia "tutto ciò che rimane direttamente dagli eventi, non prodotto per tramandare il ricordo di sé ma per utilità diverse, scevre da ogni idea di ricordo", secondo Droysen (Luzzato S., 2010); esse sono appunto fatte per regolare la vita. Abbiamo avuto anche a disposizione delle fonti testuali, per lo più programmatiche, che sono da considerarsi volontà di trasmissione ai posteri a partire dal testamento che diede inizio alla fulgida vicenda. Usando la medesima scuola di pensiero metodologica possiamo affermare che, in termine di emissione/dipendenza, ci troviamo di fronte in quasi totalità a Fonti primarie e testuali (Arduini M. L., 1996). La critica delle fonti è stata effettuata secondo il consolidato metodo di Chabod (Chabod F., 2012). Certamente la provenienza delle fonti e l'incrocio con le pubblicazioni a stampa del P.A.T. ha enormemente aiutato la verifica dei meccanismi estrinseci alle fonti stesse. Assolutamente utili ai fini della verifica estrinseca chabodiana sono stati i nutriti dati statistici ed epidemiologici del Pio Albergo. La critica attraverso i meccanismi intrinseci è stata effettuata nella ortodossa metodologia di analisi dei contenuti e delle formule tipiche del tempo. Al di là della letteratura sul P.A.T. e i preziosi studi storici già compiuti e pubblicati, si sono esaminate 9 Pubblicazioni interne a stampa e 121 documenti d'archivio pari a 6695 pagine. È solo la punta dell'iceberg, nella consapevolezza che la massa maggiore rimane sommersa.

Risultati

I regolamenti del personale

Il Pio Albergo Trivulzio nasce da subito come luogo di vita e come ricovero³ per vecchi. Non di ammalati vecchi, ma di vecchi, poveri ed abbandonati. Questa precisazione è da subito una

3 Il termine *ricovero*, sopravvivenza terminologica che incredibilmente sopravvive ancor oggi come segno di ospedalizzazione, nasce non legato alla cura clinica ma alla presa in carico del povero e del pellegrino sulle antiche vie come sinonimo di rifugio, ospitalità e vita minacciata

scelta di campo che si pone nel dovere civico della città e della chiesa di Milano già dai secoli precedenti. Definire il P.A.T. come luogo di vita identifica la rappresentazione di una sorta di città interna nella quale la cura clinica, infermieristica prima e medica poi, saranno un luogo specializzato all'interno dello spazio del Pio Albergo. La città esterna si rappresenta nella città interna. Troviamo personale generico per la cura del ricovero e vi troviamo personale specializzato per le questioni tecniche, amministrative e cliniche. Il testamento del Principe definisce già da sé i ruoli necessari al Pio Luogo: *i Deputati; i Confessori e Rettori; l'Agente generale; Il Sindaco; il Cancelliere; il Cassiere; il Ragionato; il Maggiordomo subalterni per la Porta, Infermeria, Guardaroba, Dispensa, Cucina, Cantina, Prestino ecc.; Priora e Sottopriora*.⁴ Per ognuno viene definito il ruolo, spesso il nome, le funzioni e anche il lascito di salario. Ma sono le ordinazioni capitolari del 1791 (primi regolamenti) che, delle figure descritte, definiscono gli *obblighi*. Così il medico ed il chirurgo maggiore in ogni giorno dell'anno alle ore otto si trasferiranno al Pio Albergo per visitare gli infermi e per le operazioni. Il chirurgo minore *effettuerà tutte le operazioni di chirurgia minore, il maggiordomo avrà l'obbligo di soprintendere a tutti gli uffici della pia casa*, e via dicendo per le altre figure.

La Priora, *ossia donna di governo, ogni mattina andrà ad osservare né dormitori, perché alle ore prefisse sieno tutte levate, e perché dopo avere rassettati i letti vadano tutte sollecitamente alla Chiesa, e così alla sera in tempo della ritirata perché tutte con quiete vadano a letto nelle ore stabilite, e per riparare a quei disordini, che potrebbero occorrere*.

Il Capo infermiere, *avrà cura dell'infermeria degli uomini, e delle donne, e invigilerà, che gli ammalati non manchino d'assistenza tanto nelle malattie croniche, quanto nelle altre accidentali osservando il metodo, che gli verrà prescritto dal Medico, e dal Chirurgo circa la cura, ed assistenza degl'infermi, e del Maggiordomo rispetto alla pulizia, ed al buon ordine degli stessi. Osserverà, che gl'infermieri non*

abbandonino gli ammalati tutti ad un tempo, dovendo gli stessi infermieri andare di concerto col Capo infermiere acciò vi sia sempre la dovuta assistenza, come pure invigilerà, che vi sia uno, o due degl'infermieri secondo i bisogni ripartitamente cogli altri, che veglino di notte, visiterà frequentemente gli ammalati aggravati, e porterà loro gli opportuni soccorsi; facendo esso pure di tempo in tempo delle visite notturne per riconoscere se sia ad essi prestata la dovuta caritatevole assistenza, massime in tempo di affluenza di ammalati". Singolare come nel suo nascere, il P.A.T., abbia già sviluppato una chiara definizione delle figure, dei ruoli e delle funzioni specifiche. Sono soprattutto funzioni di comando e controllo, nel bisogno di moralizzazione dell'azione assistenziale. Un secolo dopo, nel 1873, un resoconto interno afferma come poche modificazioni erano intervenute nell'ordinamento interno e come queste fossero più legate ai nomi che alle funzioni. Nell'ottobre di quest'anno, *affinché ciascun dei ricoverati e dei serventi non allenti i propri doveri*, viene istituita la figura di Capo servente.⁵ Sono gli anni della rivoluzione igienica, che - di regola - raggiungono con lentezza anche i luoghi pii. Anche nelle case per i vecchi, e segnatamente nelle infermerie, si fa largo il valore della nettezza, del cambio dell'aria, la separazione dei malati, pur negli non ottimali spazi di Via della Signora. Il Pio Albergo Trivulzio, in questo, è antesignano e anticipa anche alcune concezioni igieniche che solo dopo arriveranno negli ospedali milanesi. Le innovazioni normative del tardo Ottocento spingono quindi sul rifacimento dei letti, il lavaggio di biancheria, la classificazione e divisione degli ospiti, la definizione di ambiente di vita sollecitando molto le posizioni di controllo ed amplificando le figure di coordinamento.⁶ In questo percorso entra anche la definizione chiara del vitto, secondo le nascenti prescrizioni del tempo, per il personale e per i ricoverati.⁷ All'inizio del 900 è tempo di pensare alla nuova sede poiché *non sarebbe più consentito dallo spazio, né l'ubicazione dell'Ospizio ne rende possibile l'ingrandimento*.⁸

5 Fonte 122

6 Fonti 50,51,52,53,55,65,114

7 Fonte 78

8 Fonte 125

4 ARCHIVIO STORICO DI MILANO (A.S.MI.), fondo Trivulzio Nuovo Archivio (T.N.A.), Cartella n° 50, "Regolamento capitolamente stabilito per buon governo del Pio Albergo Trivulzio", 22 agosto 1766.

Nella relazione del 1903 del Consigliere De Andreis vi è una precisa e dettagliata descrizione di una nuova possibile struttura, della sua collocazione e della costituzione interna, in particolare delle infermerie. Da essa evinciamo non solo le questioni strutturali quanto invece il progetto economico finanziario, l'incremento del personale e del suo impatto sull'andamento economico del futuro P.A.T. Dopo un secolo e mezzo di prevalenza di salario attraverso alimenti, vino e spezie – come costume dell'epoca – sia fa largo l'idea del salario in danaro, che riuscirà ad imporsi con lentezza anche per l'obbligo di internato di tutti i lavoratori. *La media giornaliera dei malati nel P.A.T., dal 1882 al 1902, durante cioè un ventennio, fu di 132. Sono dunque più di 48.000 giornate di ammalati ogni anno, cioè quasi un milione di giornate di ammalati nel ventennio. È evidente quindi che anche soltanto per i malati ordinari il P.A. Trivulzio è di notevole sollievo all'Ospedale Maggiore e al Comune.*⁹ Nel 1904 vengono regolamentati gli uffici patrimoniali, i ruoli e le attività.¹⁰ La fonte che meglio racchiude la preparazione della nuova struttura è del 1906. Essa include tutta una serie di deliberazione riscontrate nelle fonti storiche primarie del trentennio precedente¹¹, *La Guida analitica ai vari servizi organizzati secondo le disposizioni del P.A.T. del 10 novembre- 14 dicembre 1904, delle norme speciali per ricoverati 9 maggio 1901 e del regolamento per le infermerie*¹², viene pubblicata nel 1906. La Guida contiene una serie di norme e regole tra cui: assegno di abiti in emolumento al personale, norme sul vitto per i ricoverati sani e per i malati nelle infermerie, il vitto per il personale con le specifiche per i giorni di magro, le norme di consumo del vitto per il personale, l'assistenza ai ricoverati, l'igiene della casa, le norme funebri e religiose. È il primo documento che fornisce una declaratoria chiara della divisione delle figure di assistenza. Con la dizione Servente viene identificato il personale della casa e di fatica, con la dizione infermiere, colui o colei che è impiegato nelle infermerie. Le funzioni di comando,

ribadiamo, sono tracciate nella genesi dell'opera. Pur nella fatica della ormai inadeguata sede, si descrivono le attività, i compiti ed i materiali: disinfezioni, bagni e pediluvii, trasporto dei ricoverati colpiti da malore nell'Istituto o fuori, servizio al nuovo malato giunto, registrazioni nei libri di infermeria, turni di guardia e sistemi di rotazione del personale, lavori quotidiani degli infermieri fino alla dimissione. Vi sono infermieri ordinari e straordinari per i casi di aumento di morbidità. Gli infermieri vivono nelle vicinanze dell'infermeria e, nel caso delle donne, coltivano il nubilato; richiedono permessi di uscita nei momenti di riposo settimanale. Non ci è dato conoscere la formazione del personale; la documentazione storica suggerisce uno sviluppo della conoscenza di tipo esperienziale visto che *i servizi di infermeria vengo talvolta affidati anche a ricoverati idonei, contro compenso*.¹³ È tempo di trasferirsi alla *Baggina* la cui struttura razionale, nel 1910, prevede un ospizio *che potrà ricevere 1084 letti, compresi quelli di infermeria e riparti speciali*¹⁴. L'infermeria, su due piani, ha 324 letti. Tutte le modernità del tempo sono presenti: il vapore per il riscaldamento, l'acqua calda per la cucina e bagni, lavabi. La città si riconferma nella città. Ai poveri vecchi impotenti si aggiungeranno le semigratuità e le sezioni a pagamento¹⁵ Ma poco dopo tempo, l'ingresso del Regno d'Italia nel primo conflitto mondiale, richiede l'impegno del P.A.T. come ospedale militare. È un momento importante che segnerà il successivo periodo di pace ampliando l'attività sanitaria ed arricchendo le dotazioni strumentale del Pio Luogo¹⁶ Il 1925 dà alla luce il regolamento per il personale addetto al riparto cronici. È interessante la dotazione organica: *9 medici, 1 medico podojatra, 1 farmacista, 1 aiuto farmacista, 1 assistente spirituale, 1 applicato, 31 suore, 9 infermieri, 2 cuccinieri, 2 serventi uomini, 6 lavandai, 1 fuochista e il suo aiuto, 85 infermiere, 37 serventi donne e personale di fatica*¹⁷. Il miglioramento strumentale del P.A.T., per il lavoro del personale

9 Fonte 125, pag. 35

10 Fonte 126

11 Fonti 68, 73

12 Fonte 127

13 Fonte 127

14 Fonte 129

15 Fonte 130

16 Fonti 57, 70

17 ibidem

è continuo. Nel dopoguerra, a metà del 900, la tecnologia entra nella struttura rendendola luogo di innovazione¹⁸. Nei tempi recenti le regolamentazioni del personale si rifaranno all'assetto legislativo della Repubblica che procede, seppur con lentezza, e revisioni delle leggi crispine sulle Istituzioni di assistenza. Saranno le legiferazioni regionali a dare percorsi di riconoscimento e dotazioni organiche. Un ultimo accenno, riferendosi al personale, deve essere fatto in ambito formativo. Il P.A.T. si è sempre trovato nella necessità di istruire il proprio personale. In larga parte, nelle fonti storiche, tale addestramento è stato affidato alle figure del Maggiordomo, della Priora, del Capo Infermiere e, più tardi, del Capo Servente. Questa formazione ha creato la necessità di istituire veri corsi teorico-pratici per alcuni settori specifici¹⁹. Il P.A.T. si preoccupa di creare legami con le scuole per infermiere erogando contributi *ad hoc* e realizzando sedi di tirocinio.²⁰ Da subito, non appena approvata la scuola per infermieri generici, nel 1954, ne istituirà una, al fine di riqualificare il personale interno.

I regolamenti degli ospiti lavoratori

Oggi sarebbe inaudito che gli ospiti di una struttura assistenziale possano essere impiegati come lavoratori ma nella tradizione anche ospedaliera italiana medievale e post-tridentina è stato evento normale. Nella concezione che abbiamo dato del P.A.T. quale rappresentazione della città e del suo vivere il tutto diviene ancor più comprensibile. La classificazione dei poveri, tra potenti ed impotenti, è vicenda antica. La necessità di distinguere quali fossero i *pauperes* da assistere e coloro che se ne sarebbero profittati risale all'imperatore Diocleziano anche se la classificazione più affine all'ambito sanitario rimane quella di Vincent Paul (Geremek B., 1995). Certamente i poveri validi al lavoro avrebbero dovuto lavorare ed è ciò che è successo al P.A.T. Cominciamo dai dati. Nel 1771 i poveri impotenti che trovarono ricovero nel Pio Luogo furono centocinquanta. Un secolo dopo, nel 1883, furono 933. A metà

Novecento arriveranno ad essere oltre 1200²¹. Vi è una dettagliata reportistica statistica al P.A.T.: presenze, uscite, mortalità, morbidità, ecc. La mortalità, nell'Ottocento, si colloca su una media annuale del 10% e le dimissioni volontarie attorno all'1%. Gli ospiti vengono ammessi con una età media, sia per gli uomini che le donne, di anni 73. È interessante notare le professioni di appartenenza degli ospiti prima del loro ricovero: i maschi ammessi provengono, in prevalenza dai mestieri delle botteghe (i falegnami, i calzolai e i sarti rappresentano oltre il 40% degli ammessi); le femmine sono perlopiù bugandaie, cucitrici e domestiche (le tre categorie rappresentano da sole il 50%): È certo che queste fasce sono più povere rispetto alle residue ammissioni di professionisti ma dai dati si evince chiaramente come vi sia una selezione di ammissione anche all'interno dei mestieri e della manodopera. Gli ammessi sono per lo più vedovi e vedove con una permanenza media di 3 anni per i maschi e 4 anni per le femmine. Nelle infermerie, nel ventennio 1865-1884, gli ammessi rispetto ai ricoverati totali hanno una media statistica del 73,45% di cui il 67,83 % maschi e il 79,91% femmine²². Tra gli ospiti delle infermerie la mortalità è del 16,79%, simile tra i due sessi. Le stesse hanno curato in media 716 ammalati per anno con una presenza media di 114 ricoverati al giorno (43 uomini e 71 donne)²³. La durata media del ricovero si attesta in 58 giornate, le donne hanno ricoveri più lunghi degli uomini. In una rappresentazione simbolica della città esteriore, il P.A.T. è un fiorire di attività lavorative effettuate dagli ospiti. Lavori che prevedono ruoli, regolamenti e remunerazioni. La sicurezza anzitutto e il rispetto delle regole di vita, di cui al paragrafo successivo. Portieri, sorveglianti dei dormitori, lampionieri, calzolai, sarti, ricamatrici, aiuto domestico, supporto alle cucine ed ai trasporti; chi può lavora e riceve il suo salario, per sostentare sé stesso nelle necessità voluttuarie e la famiglia esterna²⁴. Lavoro effettuato per le esigenze interne ma anche per le commissioni esterne. Va ricordato come il

18 Fonti 59,60,61,62,63,64,66, 22,23,24,25,26,27,28,29,30

19 Fonti 51, 70

20 Fonte 115

21 Fonte 123; fonti 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

22 Fonte 123

23 ibidem

24 Fonte 3, 17,18,19,20,21,37,66

P.A.T. sia un tutt'uno con i Martinitt e le Stellinghe e che un efficace scambio di servizi ne regola il sistema di autosufficienza. È il caso della lavanderia e della stamperia, effettuate al Martinitt. *“Il principe Trivulzio, compreso che della necessità che ad ogni persona sana giova il lavoro, ordinava si allestissero due locali separati per i due sessi, per quivi occuparli, sempre ben inteso in modo proporzionato alla età e perizia di ciascuno. Quei vecchi che per una eccezionale vigoria del corpo e per antico mestiere fossero atti ad allestire oggetti di vestiario, dovevano prestare l'opera loro in pro del Luogo Pio. Proibito il lavorare per proprio esclusivo guadagno, dovendo tutto essere a partecipazione del Luogo Pio, e passare per mano di chi soprintende al lavorerio. A titolo di incoraggiamento largivasi ad ognuno un terzo del guadagno. Le successive Amministrazioni, accortesi dei gravissimi inconvenienti che accagiona il divieto di lavorare per terzi, temperavano questa disposizione obbligandoli però a versare una piccola parte del guadagno nella Cassa del Pio Albergo.”*²⁵ I poveri impiegati nel Lavorerio – ed anche il personale – sono, fino a tutto l'Ottocento, remunerati poco in danaro e molto in vino, spezie e generi alimentari di conforto.²⁶ I dati di bilancio, infatti, identificano come la maggior spesa del P.A.T. sia in alimenti e bevande che rappresentano tre volte l'uscita per i salari in danaro. Un ultimo accenno ai *Beneficati*. Sono ospiti (a volte anche personale) che ricevono una dote di lascito elargita in quota mensile per tutto il tempo della vita. In generale essa si aggiunge al salario ed è dettata da particolari servizi effettuati a qualche importante famiglia nel periodo precedente della vita. Sono quindi ex domestici o cocchieri o personale delle case nobili che resi non più potenti continuano ad avere benefici perpetui.

I regolamenti della vita quotidiana degli ospiti

In cento anni di vita, il P.A.T., e pur nella vecchia sede, arriva a decuplicare i propri poveri vecchi accolti. Le già precise regole dell'inizio abbisognano quindi di grande affinamento. Nella sua

visione di città, il Pio Luogo, ha le sue leggi, le sue regole. Regole che scandiscono l'ordinario dei giorni, nell'estate e nell'inverno, e regole che sanno cogliere l'imprevisto. Regole per la cura del proprio dormitorio, regole per l'abbigliamento, regole per l'ammissione, regole per il vino, regole per la dietetica, regole per l'uso dell'acqua calda, regole per poter uscire dall'istituzione, regole per ricevere le persone, regole per le funzioni religiose, per i giorni dei Santi patroni e per le feste maggiori, regole per l'astinenza quaresimale. Regole per il lavoro dei vecchi, per la porta e la custodia dei propri effetti, regole per la gerarchia interna dei ricoverati. Insomma, la vita è regolata come è necessario in una comunità che conta più di mille persone. *“L'orario delle infermerie cangia esso pure a seconda delle stagioni. Nell'invernata la Messa viene celebrata alle ore 7, la visita medica si fa alle 8, la colazione alle 9, il pranzo alla 1 pom., la seconda visita alle 3, la cena alle 5 e mezza. In primavera ed autunno si anticipano di mezz'ora tutti i servizi, tranne la seconda visita che rimane alle tre pom., e la cena alle 6 e mezza. Nella stagione calda anticipazione di altra mezz'ora, tranne la visita vespertina e la cena che si dà alle sette e un quarto”*.²⁷ Gli ospiti che non seguono le regole vengono censurati e, a seconda della gravità, fino alla dimissione ed allontanamento.²⁸ Ma questi sistemi di regole, nella seconda metà del XIX e nel XX secolo, nascono anche da precise richieste degli ospiti. *Ante litteram* vengono raccolte le lamentele e di esse si fa tesoro modificando atti regolamentali.²⁹ I regolamenti per i ricoverati e la loro vita quotidiana risentiranno delle innovazioni architettoniche ed impiantistiche del P.A.T., nella vecchia e nella nuova sede. La disponibilità di nuovi ambienti, del vapore, dell'acqua calda, di unità di vita personali, di luoghi in cui mettere le proprie cose in sicurezza, daranno spazio a cambiamenti a volte avvenirentistici. L'istituzione delle sezioni semi-gratuite e di solvenza, anche per finanziare la nuova opera del 1910, diversificherà la vita degli ospiti nel P.A.T. generando sistemi di vita paralleli ma disgiunti.

²⁷ Fonte 122 pag. 35

²⁸ Fonti 93,94,95,96,97,98,99,100,101

²⁹ Fonti 105,106,107,108,109,110,111,112

²⁵ Fonte 122, pag. 27

²⁶ Fonti 3, 37

Conclusioni

Il lavoro di ricerca è solo all'inizio. In esso si leggono tuttavia risultati diversificati. Da un lato, attraverso la documentazione storica, si suffragano elementi consolidati nella storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica. La nascita dell'istituzione come ricovero e il suo delinearsi solo nel tempo come luogo di cura clinica; l'affermarsi di figure di coordinamento prima di quelle professionali, il trionfo igienico ottocentesco, la costruzione delle infermerie, le caratteristiche della filantropia milanese lombarda, sono solo alcuni temi i cui risultati consolidano i dati di letteratura storica. Dall'altro lato si aprono invece nuovi filoni di ricerca. Anzitutto quello del rapporto con la città in una opera che definiamo laica e che tale ha sempre voluto essere pur nei legami con la straordinaria storia di *charitas* ed

hospitalitas della diocesi di Ambrogio. Inoltre, merita ulteriore analisi il rapporto tra personale ed ospiti lavoratori poiché nel P.A.T. pare assumere caratteristiche nuove rispetto alla consolidata esperienza storica di esposti ed orfani.

Infine, merita approfondimento il legame tra questa istituzione e le poche altre istituzioni di queste dimensioni presenti nelle regioni nordiche della penisola italiana. Un confronto demografico, epidemiologico, strutturale, gestionale, economico, sociale.

Di certo, per concludere, possiamo affermare come il P.A.T. sia stato luogo di innovazione. Le fonti storiche definiscono bene il passaggio tra il mutare del bisogno e l'adeguamento del servizio. E si sono provate vie nuove per innovare la consolidata assistenza ai poveri vecchi. Vie nuove affinché *“e secondo il bisogno [...] vi sia sempre la dovuta assistenza”*³⁰.

Bibliografia

Arduini M. L. Trattato di metodologia della ricerca storica. Jaca Book, Milano 1996.

Cenedella C. e Giuliacci L. (a cura di) La vita fragile. Infanzia, disagi e assistenza nella Milano del lungo Ottocento. Vita e Pensiero, Milano 2013.

Cenedella C. e Fumi G. (a cura di) Oltre l'assistenza. Vita e Pensiero, Milano 2015.

Chabod F. Lezioni di metodo storico, a cura di L. Firpo, 18 ed, Laterza, Roma 2012.

Geremek B. La pietà e la forza: storia della miseria e della carità in Europa. Laterza, Roma 1988.

Luzzato S. Prima lezione di metodo storico. Laterza, Roma-Bari 2010.

Zanobio B. L'organizzazione del Pio Albergo Trivulzio alla luce della medicina del tempo. In catalogo Mostra, La nascita del Pio Albergo Trivulzio. Electa, Milano 1993.

30 ARCHIVIO STORICO DI MILANO (A.S.MI.), fondo Trivulzio Nuovo Archivio (T.N.A.), Cartella n° 50, *“Regolamento capitolarmente stabilito per buon governo del Pio Albergo Trivulzio”*, 22 agosto 1766

RECENSIONI

Vecchiaia per principianti

di Alberto Cester

Laterza, 2019

MARCO TRABUCCHI

Associazione Italiana di Psicogeriatrics

trabucchi.m@grg-bs.it

Il libro di Alberto Cester che è anche un amico, è un libro apparentemente breve e semplice, ma pieno di scienza e consigli, declinati con un lessico di facile lettura. Il testo è pieno della sua ironia e del suo sapere, sapere maturato in 40 anni di medicina e particolarmente in medicina geriatrica.

I capitoli formati ed introdotti da testi di canzoni significative, sono sintetici, ma completi. Molto bella la metodologia di allegare ad alcuni capitoli “L’intermezzo del principiante”, un pezzo dedicato ad una interpretazione spesso anche individuale, di comportamenti e modifiche ascrivibili allo scorrere degli anni, conditi da quel giusto tono di autolettura ironica e dalla descrizione delle sue reazioni ai primi tradimenti del corpo e della mente, adesso che anche lui inizia ad invecchiare.

L’indice dei capitoli è accattivante dal prologo, si passa alle varie età: cronologica, biologica “percepita”, spaziando dalle percezioni dell’autore a qualche riferimento bibliografico, alle apparenze ed alle realtà delle varie età di ogni individuo, confrontandosi quindi sulle manifestazioni del sé, nel primo “Intermezzo del principiante” in cui analizza alcune modificazioni dell’età sulla propria natura estetica.

Si passa poi all’analisi puntuale dei primi tradimenti del corpo nell’invecchiamento fisico, qualche richiamo all’antropologia, all’analisi fisica dei cambiamenti, passando per alcuni cambiamenti sostanziali, sostenuti anche da nuovi orizzonti esperienziali. Scaturiscono in questo capitolo tutta una serie di consigli specifici sui vari apparati sensoriali e su alcuni organi in particolare. Si passa quindi in rassegna una serie di abitudini ed attitudini comportamentali, alimentari e sulla necessità a tutte le età di avere un giusto controllo su peso ed alimentazione e sulla necessità di mantenere una forma fisica adeguata al proprio morfotipo. Segue anche qui un gusto “Intermezzo del principiante” sulla igiene del pensiero con vari spunti personali dell’autore.

Si passa poi al capitolo delle differenze di genere, materia ancora in parte da indagare, ma oltremodo affascinante, passando per alcuni cenni di epidemiologia delle malattie, si chiude con un dettaglio su salute e trasformazione di vari organi ed apparati. Il capitolo si chiude sull’amore da vecchi con garbati cenni alle fisicità e sui comportamenti collegati all’evoluzione cronologica dell’esistere affettivo e fisico. Segue un interessante capitolo su di un argomento di difficile traduzione culturale: “Che cosa migliora da vecchi”. Numerosi gli spunti con originali richiami alle varie epoche. Qui segue sempre il

simpatico confronto dell'Intermezzo del principiante.

Il quinto capitolo tratta poi i consigli utili e riflessioni profonde sul come affrontare le malattie acute e croniche. Molti gli spunti di ragionamento e qui traspare ancora la cultura clinica dell'autore e la leggerezza con cui sa affrontare anche temi difficili. Nel successivo "Intermezzo del principiante", vi sono anche cenni biografici molto toccanti.

Si chiude e qui va il mio personale plauso, con un argomento a me tanto caro come il tema della solitudine, il capitolo titola "La vera epidemia: la solitudine". L'epilogo preceduto da una dolce vignetta del maestro Donarelli, è l'affermazione del non dover rincorrere un elisir di giovinezza, con un accenno molto azzeccato su quali potranno essere gli sviluppi della specie umana anche in termini di longevità. Sagge riflessioni finali chiudono questo gustoso libro.

Tra le righe di questo testo si respira l'esperienza clinica ed umana di Alberto, il giusto rigore metodologico e il suo amore per i vecchi, come li chiama lui... È un libro scientifico, che non annoia, facile, ma allo stesso tempo complesso, di quella complessità tanto cara alla nostra scienza Geriatrico/Gerontologica.

Insomma è un libro da leggere, per esperti, ma anche per chi per sola curiosità, od avvicinandosi alla terza e quarta età vuole confrontarsi e contaminarsi con un vademecum pratico, snello, spendibile, non esageratamente scientifico, ma pieno anche di quello che sta alla base della costruzione del rapporto medico e paziente rappresentato dalla vita, dall'esperienza e dalla passione di chi si prende cura come Alberto, dei pazienti anziani e della vecchiaia, prendendo il lettore anche un poco per mano in questo viaggio!

Maledetta solitudine

di Diego De Leo, Marco Trabucchi

Edizioni San Paolo, Milano 2019

FABRIZIO ASIOLI

Associazione Italiana di Psicogeriatría

f.asioli@virgilio.it

Questo libro è la prosecuzione conseguente di due eventi fra loro collegati. Innanzi tutto è la continuazione di un altro testo dal titolo simile (*Nemica solitudine*) che raccoglieva gli atti di un Convegno tenuto a Padova lo scorso anno, il 15 novembre del 2018. Tuttavia, allo stesso tempo, è anche segno tangibile della scelta della Associazione Italiana di Psicogeriatría di cimentarsi su un tema di carattere non clinico e “di confine”, quello della solitudine, e della decisione di contrastare con forza questo fenomeno. Questa scelta e questo impegno sono stati sostenuti con forza da Diego De Leo a cui va riconosciuta l’idea e il merito di averla proposta e sostenuta; a Marco Trabucchi va invece attribuita l’intelligenza di averla recepita pienamente quale obiettivo primario della Associazione Italiana di Psicogeriatría, che si vuole realizzare attraverso iniziative adeguate ad avversare questo diffuso e nefasto evento.

In qualità di psichiatra, auguro miglior fortuna a questo progetto rispetto a quello, per certi aspetti simile, promosso da noi psichiatri negli anni 2000 quando abbiamo dato vita ad una campagna contro lo stigma che circonda i pazienti mentali e la loro vita, perché l’atteggiamento di discredito e di incomprendimento che circonda coloro che soffrono di questi disturbi ne aumenta la gravosità, e rende più difficile il compito di chi cerca di alleviarli. La campagna contro lo stigma si è però affievolita in poco tempo, restando lo stigma di cui sono oggetto i pazienti psichiatrici sempre lì, intatto, con tutte le sue ricadute negative sulle persone che soffrono di disturbi mentali. Non ho dubbi che in questa occasione le cose andranno diversamente, sia per la consistenza della Associazione Italiana di Psicogeriatría sia perché la scelta è stata compiuta in prima persona dal suo Presidente, di cui è ben nota la tenacia e la fedeltà agli impegni assunti. Già oggi, a distanza di un solo anno dalla promozione della campagna contro la solitudine, sono molteplici le iniziative pubbliche sviluppate in tutta Italia: non solo i due Convegni nazionali organizzati a Padova nel 2018 e a Firenze nel 2019, sempre il 15 novembre, giornata che è stata scelta per celebrare annualmente l’impegno dell’AIP per contrastare la solitudine e per coinvolgere tutti coloro che sono e possono essere interessati a questo scopo: Sindaci, giornalisti, sindacati dei pensionati, Associazioni dei familiari. In questi dodici mesi passati sono state inoltre realizzate numerosissime iniziative in molte Regioni ed in più sedi, tutte promosse dalle Sezioni regionali dell’AIP, a testimonianza del loro pieno supporto all’iniziativa ma anche segno tangibile del “funzionamento” della Associazione Italiana di Psicogeriatría anche nelle sue articolazioni periferiche.

Molte persone e molte discipline si sono interessate alla solitudine: la sociologia, l’arte, la letteratura, la religione. Perché dovrebbero interessarsene anche

la Medicina e noi medici? La solitudine è forse una malattia? A questa domanda sostanziale il libro risponde con grande chiarezza ed onestà: forse. Certamente la solitudine è un evento che altera profondamente la vita delle persone e ne peggiora alla radice la qualità, avendo importanti ricadute sulla salute fisica, su quella psichica, quindi anche sulla clinica. È noto, ad esempio, che su due malattie diffusissime nei nostri tempi, la depressione e la malattia di Alzheimer, la solitudine esercita influenze a più livelli: nel contribuire a determinarle, nel peggiorarne prognosi, nel rendere ancora più insoddisfacente il trattamento di questi disturbi. Noi medici ci occupiamo di malattie ma siamo chiamati anche ad interessarci della salute della popolazione e a contrastare con ogni mezzo a nostra disposizione i fattori determinanti o co-determinanti le malattie. La affermazione, scolpita nelle parole di un grande visionario, Gabriel García Márquez, *“la morte non arriva con la vecchiaia ma con la solitudine”*, deve indurci a riflettere e non risparmiare tutto il nostro impegno nella direzione di contrastare questa condizione.

Volendo permettermi un gioco di parole un po' bizzarro direi che questo libro è impresentabile. Alla lettera, cioè, risulta impossibile da presentare compiutamente. Per una ragione molto semplice. Il libro che l'ha preceduto (Nemica solitudine) si costituiva come una raccolta di saggi, frutto degli interventi che i vari Autori avevano compiuto al Convegno di Padova. La caratteristica principale era la sua eterogeneità, da più punti di vista. Era un libro facilmente commentabile e anche criticabile. Invece con questo secondo, dal titolo molto forte, quasi sgarbato, che colpisce come un pugno allo stomaco, ci troviamo di fronte ad un volume interamente dedicato alla questione della solitudine che i due Autori hanno organizzato per affrontare compiutamente tutti gli aspetti collegati a questo tema: le sue cause determinanti; il ruolo della cultura sociale moderna e il paradosso che riguarda il mondo digitale e delle interconnessioni che, al di là di una prima apparenza, con i loro strumenti, la loro invasività, le conseguenze che producono, sono tra le cause attuali dell'isolamento delle persone nella vita reale; e poi la diffusione della solitudine nei diversi Paesi del mondo; il ruolo che le differenze di genere esercitano nel determinar-

si della solitudine e, all'inverso, le diversità con cui le differenze di genere forniscono modalità per affrontarla, con maggiore o minor successo; il rapporto fra la solitudine e la vecchiaia; infine i fattori di rischio e gli effetti della solitudine sulla salute, con particolare riferimento alla salute psichica (depressione e suicidio, in particolar modo) ma anche alle molte ricadute sulla salute fisica. L'ultimo capitolo del volume viene dedicato ad illustrare le iniziative concrete che si possono sviluppare per combattere questo fenomeno, sia quelle rivolte al singolo che quelle indirizzate alla collettività. Per ultimo, desidero segnalare in particolare le pagine che analizzano e descrivono come, attraverso quali modalità e quali “passaggi”, la solitudine influenzi la mente, i comportamenti, le relazioni, perché mi sono sembrate di alta qualità psicopatologica. Insomma ci si trova fra le mani un vero e proprio Manuale sul tema della solitudine, con dettagliata presentazione di dati, di ricerche, di prospettive, di informazioni. Dunque, si tratta di un libro “impresentabile” ma del tutto consigliabile e che richiede di essere studiato con attenzione.

Mi permetto di entrare nel merito di un solo tema, che viene trattato all'inizio, nel capitolo 1°, dove si chiarisce subito cosa si intenda per solitudine, rispetto a possibili (e frequenti) malintesi che possono ingenerare confusione. La solitudine di cui si tratta così compiutamente, con tanta competenza e rigore non è quella solitudine dai tratti un po' romantici, esistenziali e anche spirituali sui quali la nostra cultura ci induce molto più spesso a soffermarsi, facendoci dissertare sulla “beata solitudo”, cioè sulla *capacità di stare soli* (capacità peraltro fondamentale e la cui importanza desidero sottolineare anche in questa occasione). Ci si riferisce invece a quella “solitudine nemica” (appunto!) che fa sentire soli anche in mezzo agli altri, non amati, trascurati, esclusi, quando si ha la percezione di non contare per nessuno e di non avere più alcun valore.

Quella e quelle situazioni in cui si costruisce lentamente dentro di noi l'esperienza di perdita di significato di sé stessi e della propria esistenza quale concreta e devastante ricaduta prodotta dall'isolamento. Gli anglosassoni, anche in questa situazione, ci vengono in aiuto con la loro lingua che propone una distinzione fra due accezioni diverse della medesima, unica, parola che si uti-

lizza invece nella lingua italiana. Nel nostro caso, *Loneliness* piuttosto che *Aloneless*: quel tipo di solitudine che non viene scelta ma subìta, che minaccia e oltraggia il bisogno di socialità che - insieme al parallelo bisogno di differenziarsi dagli altri - si struttura dentro di noi costituendo uno dei due sistemi motivazionali profondi che ci governano. Queste due spinte istintuali, pur avverse, contrastanti fra loro ed in continuo equilibrio instabile, ci condizionano durante tutta la nostra esistenza, richiedendo - entrambe - di essere soddisfatte.

Il progetto di cui questo libro è fondamento documentato, è quello di contrastare la solitudine, non tanto con vaghe azioni culturali o intellettuali,

ma con iniziative concrete. Si tratta di una prospettiva controcorrente e coraggiosa, in particolare se si guarda alla tendenza che ci condiziona profondamente nel mondo di oggi e che - come Marco Trabucchi ci ricorda - ci vede egoisticamente ma masochisticamente al centro del nostro mondo, ma soli.

Nel segnalare il libro con grande piacere, ammirazione ed una certa dose di invidia, sia per i contenuti che propone che per lo stile asciutto ma efficacissimo con cui è scritto, mi auguro che in molti vengano sollecitati dal desiderio di leggerlo. E anche dalla passione a partecipare alla impresa a cui invita con determinazione.

POESIA

L'amore è più forte dell'Alzheimer?

FRANCA GRISONI

*Mettimi come sigillo sul tuo cuore,
come sigillo sul tuo braccio:
poiché forte come la morte è l'amore,
dura come lo Sheol è la passione:
le sue vampe, vampe di fuoco,
fiamma del Signore!*

Cantico dei Cantici 8,6

Il tema di questo intervento, suggerito dal professor Marco Trabucchi, suona così: "L'amore è più forte dell'Alzheimer" (il punto interrogativo del titolo è mio). In questa affermazione risuona l'eco di un famosissimo verso del *Cantico dei Cantici*: «forte come la morte è l'amore» (8,6), espressione massima questa, che si legge verso la fine di un poema in cui l'amore totale è un dono del cielo. Possiamo concordare con il Cantore biblico perché sappiamo che la persona amata può morire, ma l'amore per lei continuerà a vivere. Lo sappiamo per esperienza personale o per quel tipo di conoscenza che si acquisisce tramite l'arte.

L'arte, la poesia nel nostro caso, può mostrare che l'amore è addirittura più forte dell'Alzheimer? Tra i materiali biografici in versi raccolti in questi anni¹ si trovano dichiarazioni d'amore di famigliari, di caregivers, di medici e infermieri che sono stati ispirati dall'esperienza vissuta con persone colpite da diverse forme di deficit cognitivi. Sì, perché l'amore è capace di acuire i sensi e di attivare il linguaggio poetico di chi registra la propria esperienza di dolore, di fatica e d'amore vicino a persone che si sono affidate a loro. E gli ammalati? È possibile che la poesia riveli qualcosa dei loro sentimenti?

Grazie all'ascolto e all'attenzione di poeti che sono stati accanto a persone che soffrono di demenza sappiamo che nell'evolversi della malattia il sentimento amoroso può arrivare a svilupparsi in modi impensabili. Il «rebus di un amore», così lo definisce Alberto Bertoni nel suo *Ricordi di Alzheimer* (Bretoni A., 2008)² un circuito lirico dedicato al padre, dove sintomi come il disorientamento, l'amnesia e la ripetitività, lungo i dieci anni della malattia paterna, sono diventati occasioni per dire l'amore. Come quando il padre «ripete in poco tempo / sei-sette volte la stessa frase / e dopo che mi adora / come l'amore più grande non si sogna». O come quando il padre non lo riconosce più, sbaglia il suo nome, ma vede sempre nel figlio una figura amata. Così scrive in una poesia: «Un passo ed è qui / vicino al letto / ne riconosco l'odore /

1 La mia collaborazione è iniziata dal n. 3 di *Psicogeriatría* del 2008. Le testimonianze di alcuni di questi autori sono state raccolte in numeri diversi di *Psicogeriatría* ed ora sono nel volume da me curato *Alzheimer d'amore. Poesie e meditazioni su una malattia*, postfazione di Marco Trabucchi, Interlinea, Novara, 2017.

2 Alberto Bretoni, *Ricordi di Alzheimer*, Book, Ro Ferrarese (Ferrara), 2008.

i gesti non a fuoco // Si piega sul mio sogno / in un sussurro vuol essere sicuro / che l'accompagno io, fra poco // - Il vicino, mio cugino, un amico / appena gli chiedo chi sono». L'amore per il figlio rimane eloquente anche quando il morbo di Alzheimer è così avanzato che il sentimento non può più essere comunicato con la parola, ma per chi li sa leggere ci sono linguaggi che vanno oltre la parola, anche gli occhi possono parlare: «si sono / cambiati gli occhi / sciolti d'amore, acquosi». Bertoni ci ha consegnato una storia con le stazioni numerate del calvario percorso, ed ha mostrato la possibilità di rendere testimonianza della persistenza dell'amore anche in chi è gravemente compromesso dall'Alzheimer.

L'amore che le persone sofferenti di diverse forme di demenza provano per chi sta vicino a loro, può essere letto negli atteggiamenti del loro corpo, nei loro gesti e nelle espressioni del loro volto perché la memoria è inscritta anche nel corpo. Su questo si è pronunciato Seamus Heaney scrivendo: «I misteri dell'amore crescono nelle anime / e tuttavia il corpo è il suo libro». Il poeta irlandese Premio Nobel per la letteratura nel 1995, lo ha affermato in "Chanson d'aventure" (Heaney S., 2011)³, una poesia in cui si descrive mentre fa gli esercizi di riabilitazione dopo un ictus che, avendolo minato nel corpo, lo ha reso consapevole della memoria tracciata in esso.

L'attenzione e l'empatia, permettono a chi si prende cura delle persone ammalate di leggere la continuità del loro amore anche nei gesti, nella postura, nei silenzi, nei minimi «segnali / di vita» che continuano ad essere emessi dal loro corpo; lo asserisce Cesare Lievi in uno dei "Frammenti" dedicati alla madre con il morbo di Alzheimer, dove ha affermato che fin che durano «segnali / di vita ovunque ancora, ci avviciniamo al nulla, / al cuore» (Lievi C., 2020)⁴.

Amore coniugale

«Continuo a provare sentimenti, paure, emozioni: d'amore non sono vecchio», ha detto Gianni Zanotti (76 anni) vicino alla moglie sorridente,

Michele Farina ne ha tratto lo slogan per l'Alzheimer Fest 2019.

Testimonianze vissute, intense, commosse, sono state offerte da poeti che hanno cantato la persistenza viva dell'amore nel coniuge colpito da Alzheimer.

Tra questi, il poeta americano Don Burness (2012)⁵, che nelle poesie civili denuncia le torture e le guerre in atto a diverse latitudini della terra, le grandi tragedie della storia, universali e individuali, e canta le vicissitudini della sua vita personale, con l'amicizia, l'amore, la vecchiaia, le malattie e la morte. Don Burness lo testimonia attraverso la poesia perché «la poesia ammette il dolore». È amore per la moglie Mary Lou e dolore per «la serie di ictus» che l'hanno colpita, per la sua «memoria instabile», per la perdita parziale del linguaggio che le fa pronunciare «parole spesso incomprensibili»; perché, con l'insorgere di invalidità fisiche si sposta lentamente «con il suo girello / zoppicando», dorme «sulla sedia a rotelle» sulla veranda. La perdita di facoltà fisiche e mentali di Mary Lou, però, non ha compromesso il proseguimento della loro vivace vita amorosa fino in tarda età. Nella poesia intitolata "Di notte" lui così la descrive:

83 anni
colpita da una serie di ictus
memoria instabile
parole spesso incomprensibili
lei "tartaruga" per la sua via con il suo girello
zoppicando verso
il paese finale
ma
la notte
nel letto
lei diventa ancora l'amante felice
che ho conosciuto per 46 anni
(fortunato io!)
il suo corpo ancora allettante
il suo seno pienamente sodo
lei prende la via
lei piange di gioia
il suo volto espressivo
erutta sorrisi

³ Seamus Heaney, *Catena Umana*, traduzione di Luca Guerneri, Mondadori, Milano, 2011.

⁴ Cesare Lievi, *Nel ritmo dell'assenza*, MC Edizioni, Milano, 2020.

⁵ Don Burness, *Odissea di un poeta*, introduzione di Angelo Gaccione, a cura di Max Luciani, Odissea, Milano, 2012.

lei attorciglia le sue gambe
attorno a me
ed insieme
scopiamo, ci amiamo, scopiamo
vita
domani
lei si sveglierà
e non ricorderà nulla
farfuglia qualche parola
"tartaruga" per la sua vita durante il giorno
la notte...

E ancora. Nella poesia "La notte prima del tuo ultimo ictus", l'autore ricorda:

La notte prima del tuo ultimo ictus
a tarda notte
sei venuta nel mio letto
facciamo l'amore, hai detto
un regalo
perfetto.

Poesie di amore totale, che dura e si reinventa fino alla fine, quelle di Don Burness svelano le tenerezze e i dettagli dell'intimità di una coppia di anziani, che ha condiviso «la pura gioia» e l'ha sperimentata fino in tarda età mostrando di vivere autenticamente, anche senza salute. Una coppia, questa, che è stata unita da molte passioni e da un intenso erotismo, che è continuato anche nella malattia. Una felicità durata a lungo, la loro, ma che non ha salvato il poeta dal dolore:

il pensiero di te morta
e di me che cammino sulle sabbie del deserto
tenendoti le mani con la memoria -
quel pensiero è insostenibile.

La poesia offre conferme di amori coniugali che durano nelle prove, che nella malattia si fanno sempre più grandi.

Per festeggiare i trent'anni di matrimonio, il poeta uruguayano Mario Benedetti ha dedicato alla moglie un poemetto intitolato "Nozze di perle" (Benedetti M., 2001)⁶, dove, elogiando il primato dell'«amore lungo» rispetto all'«amore breve», scrive: «l'amore lungo non conosce scismi / né

soluzioni di continuità / ma piuttosto continuità di soluzioni». Con la «continuità di soluzioni» il poeta indica le strategie che permettono all'amore coniugale di rinnovarsi continuamente. Dopo 60 anni di matrimonio, però, è arrivato l'Alzheimer che li ha privati di «quel vivere in pace a due battiti», e nella poesia "Sentimenti" (Canfield M.L., 2010)⁷ così si lamenta:

[...]
Malgrado tutto arrivò l'Alzheimer
quella malattia misteriosa
quella maledetta che è riuscita a togliermela
così dalle mie braccia
a cambiarla in un'altra
altra voce altro corpo
altre mani.
e quando certe volte poche
lei mi guarda oggi con i suoi occhi chiusi
vai a sapere che cose mi domanda che io
dal mio nulla
non rispondo

la memoria mi avvicina il possibile
ciò che l'abitudine non ha consumato
e il cuore ottantenne
e il pace-maker che aiuta
imparano la tristezza

Amore, più forte della malattia così dolorosamente sofferta, quello cantato da Mario Benedetti. Nella poesia dedicata alla morte dell'amatissima Luz, la compagna di lotta da cui è stato a lungo separato dalla condanna all'esilio per essersi opposto al regime militare, il poeta uruguayano scrive: «non potrò mai dimenticare / quegli occhi così miei». Sì, perché quando si ama si vedono le cose del mondo anche come le vedrebbe l'altro, fino all'ultimo sguardo sugli occhi della sposa morente in una fusione di sguardi che si donano «un amore ultimo». Così in "Epilogo"⁸

Prima della sua immeritata fine
Luz aprì gli occhi per l'ultima volta
e il suo sguardo diventò un addio

⁶ Mario Benedetti, *Inventario*, traduzione e cura di Martha L. Canfield, Le Lettere, Firenze, 2001.

⁷ In Martha L. Canfield, "La vita una parentesi", *Poesia*, n. 251, Crocetti Editore, Milano, 2010.

⁸ Ibid.

non potrò mai dimenticare
 quegli occhi così miei
 riassumendo una vita
 dando un amore ultimo
 più o meno consapevole
 del tremore delle mie mani
 [...].

Nell'esperienza di Luciano Luisi, la realtà drammatica dell'Alzheimer ha perfino rinnovato l'amore coniugale. Nato a Livorno nel 1924, Luisi, nel 2016, al traguardo dei novant'anni, ora superato, ha pubblicato *Tutta l'opera in versi 1944-2015* (Luisi L., 2016)⁹. Il capitolo dedicato a "L'amore coniugale" riunisce tutte le poesie dedicate alla moglie e si chiude con la sezione: "Alzheimer, quasi un diario", con la dedica «A Vera, mia moglie». In questo diario poetico della malattia, l'autore si chiede: «E chi l'avrebbe immaginato allora / che quella che chiamavo / la ricchezza del cuore, in questa nostra sorprendente vecchiezza, dopo tanti / anni di vita insieme / sarebbe diventata / così dolce e straziante / da rinverdire l'amore» ("La tenerezza").

Dolcezza e strazio per Vera, la compagna di classe che ha sposato. Straniata dall'Alzheimer, Vera non riconosce più la sua casa e il marito che le sta accanto; lo cerca e non lo trova, ma talvolta si riprende, lo scopre vicino a sé, lo abbraccia tremante, «un solo pianto li unisce» e per entrambi scocca un'«incontenibile / [...] / felicità che nasce / da uno straziante dolore» ("Cerchi me"). Dolore e gioia si alternano, ed è consolante scoprire che la sofferenza può lasciare spazio a momenti di «felicità» che attestano la vitalità dell'amore, che dura e può ancora manifestarsi, anche nella persona ammalata. Così, quando l'anziano poeta guarda gli occhi dell'amata, può notare che: «hanno perso il colore / come fa il mare in burrasca. Ma io vi leggo ancora / un'ansiosa richiesta d'amore, / un'infinita tenerezza / a cui mi aggrappo per vivere».

Sentimento e sensualità

I bisogni affettivi e sessuali rimangono vivi anche negli anni del massimo declino. Un'occasione di

riflessione su questo tema la offre Clery Celeste, radiologa. In una poesia tolta da *La traccia delle vene* (Celeste C., 2014)¹⁰, l'autrice ha colto l'emergere di Eros e il baratro di Tananos legati indissolubilmente in un luogo dove i decessi avvengono frequentemente:

"La casa di riposo"

Ci sono radici che crescono alla base
 di carrozzine, gli immobili sono lì
 aspettano la sera e quella tregua
 dalla morte mostra il suo baccello.
 Così si sono amati da vecchi
 con l'imbarazzo dei pannoloni pieni
 sui letti tutti uguali.

Senza ostentare giudizi, Clery Celeste, una professionista della salute che – come si intuisce da altre poesie di questa sua raccolta – conosce i bisogni e le fragilità di ammalati che sa ascoltare e di cui sa interpretare ansie e timori, dà spazio alle esigenze affettive ed erotiche di pazienti inchiodati ad una carrozzina in una casa di riposo, che non vengono inghiottite dall'immobilità. Questi suoi «vecchi» devono aver trovato vie di soddisfazione amorosa anche «con l'imbarazzo dei pannoloni pieni». Comportamenti di tipo sessuale, in chi ha perso il controllo del proprio corpo, si manifestano frequentemente nelle strutture per anziani. La perdita delle inibizioni in alcuni malati con decadimento cognitivo, il bisogno di contatto umano e di intimità, permette ad alcuni di intrecciare relazioni rilevabili da chi è attento ai loro modi di agire e sa raccontare con la poesia.

La poesia conferma che anche persone che non sono nel pieno possesso delle proprie facoltà hanno ancora qualcosa da offrire e da chiedere, non solo nella ricerca di vie per la soddisfazione erotica. Il bisogno, la volontà e la capacità di instaurare un rapporto può persistere anche in degenti che, con la perdita della memoria, hanno perduto la propria identità, il proprio nome, il proprio io e gran parte delle abilità cognitive. Lo leggiamo in una bellissima poesia di Gianni Montieri che è una micro storia d'amore dall'incipit fulminante:

9 Luciano Luisi, *Tutta l'opera in versi 1944-2015*, a cura e con un saggio di Dante Maffia, introduzione di Giuseppe Langella, Arago, Milano, 2016.

10 Clery Celeste, *La traccia delle vene*, LietoColle, Faloppio (Como), 2014.

“Rispetto”

Io ti rispetto, le ha detto
non ti conosco, ha risposto
non ricordo il mio nome
ha chiarito lui, piegando la testa
di lato – il vento passava
sulle loro nuche bianche
sul tempo consumato
sulla sigaretta dell'infermiere
sopra la città – che posto è questo?
Ha domandato lui, potrebbe essere
Roma, ha spiegato lei, Roma dici?
Sì, mi ricordo la grandezza.
Io ricordo solo il mare, ha detto lui.
Io ti rispetto, gli ha detto.
Chi sei? Ha chiesto lui
prendendole una mano tra le sue.

(Montieri G. et al., 2019)¹¹

Rispetto, dunque, una parola che deriva da *respectus-respicere* che significa avere riguardo, prendersi cura. Il rispetto della dignità dell'altro è il presupposto della reciprocità. E sappiamo che non sempre la dignità delle persone con deficit cognitivi viene rispettata.

Spesso gli operatori sanitari si rivolgono ai famigliari come se il paziente non fosse presente, ed anche se l'ammalato non è in grado di offrirsi come interlocutore valido, può sentire il peso di questa esclusione. Ed ecco qui due persone fragili che s'incontrano davvero: un lui e una lei. I due non si conoscono, o non si riconoscono più. Non sanno più chi sono e dove sono. Sono soli. Il dettaglio della sigaretta dell'infermiere, forse il suo fumo portato dal vento, ci avverte: sono su un terrazzo o nel giardino di una Residenza Sanitaria per Anziani, e con questo Gianni Montieri ci immette in un luogo dove i contatti possono essere precari. Il «vento [...] / sulle loro nuche» non conferma soltanto che i due sono all'aperto, ci dice anche che hanno assunto la medesima posizione, lui, «piegando la testa / di lato», si è offerto mite all'incontro, lei lo ha imitato. È lui ad aver preso l'iniziativa: offrendole rispetto ha attivato sentimenti positivi, di reciprocità, ponendo le basi per un rapporto animato da domande, dall'ascolto e da risposte, in un dialogo sostenuto dal rispetto che si offrono vicendevolmente confessando le proprie fragilità, fino al contatto fisico che, anche nella transitorietà dell'evento, sigilla un amore che ha la forma di due mani che si toccano.

Bibliografia

- Benedetti M. *Inventario*, traduzione e cura di Martha L. Canfield, Le Lettere, Firenze 2001.
- Bretoni A. *Ricordi di Alzheimer*, Book, Ro Ferrarese 2008.
- Canfield M.L. *La vita una parentesi*, Poesia, n. 251, Crocetti Editore, Milano 2010.
- Celeste C. *La traccia delle vene*, LietoColle, Faloppio 2014.
- Don Burness, *Odissea di un poeta*, introduzione di Angelo Gaccione, a cura di Max Luciani, Odissea, Milano 2012.

Grisoni F. *Alzheimer d'amore. Poesie e meditazioni su una malattia*, postfazione di Marco Trabucchi. Interlinea, Novara 2017.

Heaney S. *Catena Umana*, traduzione di Luca Guerneri, Mondadori, Milano 2011.

Lievi C. *Nel ritmo dell'assenza*, MC Edizioni, Milano 2020.

Luisi L. *Tutta l'opera in versi 1944-2015*, a cura e con un saggio di Dante Maffia, introduzione di Giuseppe Langella, Aragno, Milano 2016.

Montieri G et al. *Piccolo dizionario della cura. Poesie e saggi*, coordinato da Vincenzo Mascolo, Mursia, Milano 2019.

¹¹ Gianni Montieri in Autori vari, *Piccolo dizionario della cura. Poesie e saggi*, coordinato da Vincenzo Mascolo, Mursia, Milano, 2019.

**20° Congresso Nazionale
Associazione Italiana di Psicogeriatria**

Abstract

Il senso delle cure in psicogeriatra

SOSTEGNO AI CAREGIVER DI PAZIENTI CON DEMENZA AD ESORDIO PRECOCE COINVOLTI IN UN PROGETTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA

ALEOTTI ALEOTTI¹, BARONI MP¹, CODELUPPI ALBERTO¹, CODELUPPI CHIARA¹, MENOZZI CRISTINA¹, MOLON MARTINA¹, POLETTI MONICA¹, PELLATI MORENA¹

¹ Reggio Emilia - IT

Il numero delle persone con demenza in età presenile (≤ 70 anni) è in aumento. L'impatto del compito di cura su questi soggetti è superiore rispetto a quello su pazienti con demenza ad esordio senile. I caregiver possono sviluppare più problematiche fisiche e psicologiche. Inoltre, paziente e caregiver sono in una fase del ciclo di vita caratterizzato dall'assunzione di più ruoli (professionale, genitoriale, di cura alla famiglia di origine). In seno al Programma Anziani e Fragilità dell'AUSL di R. Emilia, parallelamente al progetto di stimolazione cognitiva un gruppo di familiari si è riunito spontaneamente per momenti di scambio e condivisione in presenza dello psicologo. Tali occasioni rispondono all'esigenza di avere uno spazio di confronto sulle difficoltà nella relazione quotidiana con la persona ammalata e l'accompagnamento alla fruizione delle risorse presenti sul territorio. L'obiettivo dello studio è quello di valutare il beneficio del gruppo in termini di qualità di vita, riduzione del burden, resilienza con alcuni questionari raccolti in forma anonima e somministrati a distanza di 8 mesi.

Sono stati coinvolti n. 9 caregiver (una madre e 8 coniugi) di altrettanti pazienti in fase lieve-moderata di malattia (CDR 1-2), 3 M- 6 F con AD e una PPA. Range di età 50 - 71 anni; range scolarità 8-17 anni. Assenza di BPSD ad eccezione di apatia e depressione di lieve entità. Gli strumenti proposti ai caregiver sono: questionario sulla qualità di vita QoL (Longsdon et al., 1999), Caregiver Burden Inventory CBI (NovaK&Guest, 1989) Resilience Appraisal Scale RAS (Johnson et al., 2010). Gli incontri di gruppo sono a cadenza settimanale e durata un'ora.

I dati sotto riportati si riferiscono ai valori medi dei punteggi alle scale likert degli strumenti utilizzati:

RAS: emerge che la capacità di reagire positivamente di fronte alla gestione del familiare ammalato, è stabile (2,73 - 2,56) "né d'accordo né in disaccordo".

QoL: la media rimane pressoché invariata, (1,78 - 1,75) ovvero "passabile/buono".

CBI: emerge una flessione positiva sulla percezione del carico associato alla restrizione di tempo, una migliore percezione rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei e un maggior senso di benessere fisico. Rimane difficoltoso per il familiare adempiere al ruolo di caregiver quando questo entra in conflitto con altre dimensioni sociali della persona come ad esempio essere genitore, lavoratore, moglie, marito ecc. Infine si osserva un leggero incremento dei sentimenti negativi che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri che spesso aumentano con la progressione della malattia.

I risultati emersi al CBI ci portano ad ipotizzare che lo scambio d'informazioni dia la possibilità di apprendere e personalizzare nuove strategie che rendono più fluida la relazione e migliorano la gestione del malato. Anche le altre dimensioni ne risentono positivamente. La maggiore competenza e le relazioni significative createsi si rendono evidenti nella scelta del gruppo di mantenere ritrovi settimanali, anche in assenza di attività strutturata, alla presenza delle persone ammalate. La resilienza e la qualità della vita rimangono stabili. Prospettive future: l'esigua numerosità del campione impone un'implementazione dei dati che raccoglieremo nel 2020.

Bibliografia

Flynn R, Mulchay H. Early-onset dementia: the impact on family care-givers. Br J Community Nurs. 2013 Dec; 18(12):598-606.

Kimura NR, Maffioletti VL, Santos RL, Baptista MA, Dourado MC. Psychosocial impact of early onset dementia among caregivers. Trends Psychiatry Psychother. 2015 Oct-Dec; 37(4):213-9.

Lauritzen J, Pedersen PU, Sørensen EE, Bjerrum MB. The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Jul 17; 13(6):373-433.

Lim et al., High Journal of Alzheimer's Disease. 2017.

Richardson A et al., Psychosocial interventions for people with young onset dementia and their carers: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2016 Sep; 28(9):1441-54.

Svanberg E, Spector A, Stott J. The impact of young onset dementia on the family: a literature review. Int Psychogeriatr. 2011 Apr; 23(3):356-71.

van Vliet D, de Vugt ME, Bakker C, Koopmans RT, Verhey FR. Impact of early onset dementia on caregivers: a review. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Nov; 25(11):1091-100.

VARIANTE COMPORTAMENTALE DI DEMENZA FRONTO-TEMPORALE IN TARDA ETÀ: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

AMOROSO ISABELLA¹, ZARCONI CRISTINA¹, SIDOLI CHIARA¹, MOTTADELLI CHIARA¹, BELLELLI GIUSEPPE¹

¹ Università di Milano - Bicocca, Milano - IT

Descrizione di un caso clinico di demenza fronto-temporale variante comportamentale.

La variante comportamentale di demenza fronto-temporale (bv-FTD) è rara nella popolazione generale e risulta ancora più rara nella popolazione > di 65 anni. La prevalenza della bv-FTD nella popolazione anziana varia tra 0.2% e 0.5% nella popolazione tra 70 e 79 anni, tra 2.5% e 3.6% tra 80 e 89 anni e tra 1.7% e 2.2% tra 90 e 95 anni (Gislana TB et al., 2015). La neuropatologia alla base di questa demenza è l'accumulo di proteina tau fosforilata, in particolare dell'isoforma 3R (Mandelkow EM et al., 2012).

Secondo i criteri internazionali revisionati da Rascovsky et al., nel 2011 la diagnosi di bv-FTD possibile è la precoce presenza di tre caratteristiche: disinibizione, apatia o inerzia, perdita di empatia, comportamenti perseveranti o stereotipie rituali, iperoralità o cambiamenti nella dieta, profilo neuropsicologico con precoci deficit esecutivi e risparmio delle funzioni mnesiche e visivo-spaziali. La diagnosi diventa probabile quando coesistono bv-FTD possibile, evidenza di declino funzionale, imaging consistente (atrofia/ipometabolismo). La diagnosi certa è posta solo dopo conferma istopatologica.

Caso clinico

Uomo di 84 anni, vedovo, vivente al domicilio con badante, ex ingegnere. In anamnesi ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale parossistica, spondilo-discite, ateromasia carotidea.

Giunge a visita psico-geriatrica inviato dal figlio che riporta comportamenti di accentuata disinibizione (inappropriate sexual behaviours) per i quali sono state cambiate 4 badanti negli ultimi mesi. Sono presenti inoltre comportamenti bizzarri e comportamenti negativi (aspontaneità e disattenzione). Al colloquio il paziente appare disponibile, orientato spazio-temporalmente, lievemente disinibito. Reca in visione una serie di indagini mirate, tra cui: esami ematochimici (nella norma) e TC encefalo (spazi liquorali ampliati alle convessità frontali e vasculopatia cerebrale cronica).

Al Mini Mental Status Examination (MMSE) riporta un punteggio di 24/30 ed al Clock Drawing Test (CDT) un punteggio di 4/5. Coesiste parziale compromissione dell'autonomia funzionale nelle attività strumentali della vita quotidiana. Viene eseguita una valutazione neuropsicologica, sostanzialmente nella norma, con l'eccezione di un punteggio borderline in un test valutante la comprensione. Nel sospetto di bv-FTD vs demenza di Alzheimer (AD) variante frontale, viene eseguita FDG-PET encefalo con evidenza di ipocaptazione del tracciante in sede frontale e pre-frontale bilaterale. Viene quindi introdotto in terapia trazodone per i disturbi comportamentali con parziale beneficio.

Il caso clinico è interessante per una serie di motivi. Come già detto, la bv-FTD è una patologia rara nella popolazione geriatrica. Per questo motivo, inizialmente, la bv-FTD non era stata presa in considerazione nella diagnosi differenziale e ci si era orientati verso una variante frontale dell'AD. Tuttavia, la valutazione neuropsicologica, che mostrava un risparmio della memoria verbale e visivo-spaziale, e la FDG-PET, che non evidenziava ipocaptazione né temporale né parietale, ci ha indirizzato verso una forma di bv-FTD. A completamento diagnostico abbiamo suggerito l'esecuzione di biomarkers liquorali, attualmente non ancora effettuati. Se il nostro orientamento diagnostico fosse confermato, il caso suggerirebbe l'importanza di non escludere questa diagnosi differenziale anche nei pazienti molto anziani.

Bibliografia

Gislason TB, Östling S, Börjesson-Hanson A, Sjögren M, Simoni M, Pantoni L, Skoog I. Effect of diagnostic criteria on prevalence of frontotemporal dementia in the elderly. *Alzheimers Dement*. 2015 Apr; 11(4): 425-33.

Mandelkow EM, Mandelkow E. Biochemistry and cell biology of tau protein in neurofibrillary degeneration. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2012 Jul; 2(7):a006247.

Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011 Sep; 134(Pt9):2456-77.

CONTRIBUTO DEL GRUPPO DI INTERESSE SPECIALISTICO IN FISIOTERAPIA GERIATRICA AL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE DELL'ANZIANO FRAGILE

BOSELLO CHRISTIAN¹

¹ ISRAA (Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani), Treviso - IT

La contenzione sugli anziani è praticata nel 41-64% dei residenti nelle case di riposo e nel 33-68% dei ricoverati in ospedale. La contenzione farmacologica è utilizzata nel 52,4% dei residenti e può associarsi a quella fisica. I fattori di rischio di contenzione sono: età avanzata, delirium, deterioramento cognitivo, disabilità, preoccupazione di evitare implicazioni legali, disponibilità di mezzi di contenzione, attitudini dello staff. Le conseguenze negative della contenzione sono correlate alla sua durata e sono di tipo fisico, comportamentale, psicologico, etico e legale. L'uso della contenzione non riduce il rischio di cadute e di altri effetti avversi. In Italia non esiste una normativa specifica che tuteli le persone contenute o che regoli l'uso e la tipologia dei mezzi di contenzione. Il Gruppo di Interesse Specialistico di Fisioterapia Geriatrica (GFG), fondato nel dicembre 2013 all'interno dell'Associazione Italiana Fisioterapisti, promuove pratiche riabilitative centrate sulla persona, caratterizzate da un approccio funzionale, integrato e multidimensionale. La contenzione è un argomento di grande interesse e il GFG ne rifiuta l'abuso e si impegna al suo superamento. Gli obiettivi del cambiamento culturale proposto dal GFG sono: informare e formare gli operatori sanitari sulla contenzione; supportare le azioni del Ministero della Salute e delle Associazioni dei Cittadini sul superamento della contenzione; promuovere modelli assistenziali abilitanti liberi da contenzione; modificare il Codice Deontologico del Fisioterapista.

Proposta di modifica alla Direzione Nazionale AIFI dell'art. 28 del Codice Deontologico del Fisioterapista; organizzazione del convegno GFG AIFI "Superare la contenzione? Si può, si deve!", Novembre 2018, Roma, e ulteriori 5 edizioni in Italia; promozione del seminario "Uso e abuso di contenzione. Aspetti giuridici, deontologici, ed etici per la messa al bando di una pratica gravemente lesiva della dignità umana. Quali alternative?", Maggio 2014, Exposanità Bologna; diffusione di articoli sulle riviste AIFI, Residenze Sanitarie, Elisir di salute; adesione alla campagna nazionale "... e tu slegalo subito" promossa dal Forum Salute Mentale, 2015, Roma.

Riscrittura dell'Art. 28 del Codice Deontologico del Fisioterapista "La contenzione non è un atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche di contenzione" (Congresso Nazionale AIFI, Ottobre 2018, Roma).

La contenzione non è un atto sanitario, ma può causare lesioni, grave disabilità e morte della persona assistita, ed è inefficace come mezzo di prevenzione e gestione del rischio clinico. L'uso estensivo della contenzione è impiegato per sopperire a carenze organizzative. Si auspica la creazione di un nuovo paradigma di cura fondato sul riconoscimento della persona e dei suoi diritti, la realizzazione di linee guida e procedure operative per il superamento della contenzione, che agiscano sui modelli organizzativi e sulla formazione del personale. Fondamentale il coinvolgimento dei familiari con interventi di informazione e discussione sulle decisioni prese. La modifica del Codice deontologico del Fisioterapista è fondamentale per il cambiamento culturale dei professionisti implicati nella cura della persona anziana, finalizzata all'abilitazione, al mantenimento e al recupero della funzione.

Bibliografia

La contenzione: problemi bioetici, Comitato Nazionale di Bioetica, Aprile 2015.

Manuale di Competenze in Geriatria, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 2019.

Raccomandazione per il superamento della contenzione, Delibera FVG n. 1904, Ottobre 2016.

CANTIAMO INSIEME: STUDIO PILOTA NELLA SOFFERENZA PSICOLOGICA E NEI DISTURBI COMPORTAMENTALI IN RESIDENTI IN UNA COMUNITÀ

CARLI ANNALISA¹, TEDDE PAOLA²

¹ Cagliari - IT

² Cagliari - IT

Lo studio pilota è rivolto a 13 persone in età geriatrica dai gradi di competenza cognitiva differenti, ospiti di una struttura residenziale di Cagliari. Coinvolgendo gli ospiti in attività di gruppo, lo studio si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Socializzazione e condivisione
- Rafforzamento dell'identità gruppale
- Miglioramento dello stato dell'umore e riduzione dello stato ansioso
- Diminuzione degli stati di agitazione e di aggressività
- Favorire la distrazione dai propri disturbi fisici e/o dalla propria tristezza
- Accrescimento dell'autostima e della considerazione di sé
- Favorire la riattivazione della memoria musicale e emozionale
- Stimolare un comportamento attivo
- Instaurare e/o rinforzare relazioni significative.

Lo studio si è svolto in 12 incontri della durata di un'ora e trenta ciascuno, lungo un arco di tempo di 3 mesi a cadenza settimanale.

In ciascun incontro abbiamo somministrato una parte iniziale e finale di improvvisazione sonora con strumentazione percussiva elementare. Ad ogni incontro veniva aggiunto un nuovo strumento e negli ultimi 6 incontri si è fatta un'esperienza partecipativa di improvvisazione sonora. Nei primi 6 incontri l'improvvisazione sonora rappresentava un momento di profondo ascolto che i residenti accoglievano con interesse. La fase successiva all'ascolto era caratterizzata dall'utilizzo della diversa strumentazione, da parte dei residenti, i quali si sono esibiti in un'improvvisazione collettiva.

Al principio e al termine dell'intero percorso si è condotta una valutazione dei sintomi depressivi attraverso la Cornell Scale for Depression in Dementia CDS (Alexopoulos GS. et al., 1988). All'inizio e alla fine di ciascun incontro ha avuto luogo un'indagine di osservazione qualitativa da parte dell'operatore e l'utilizzo dello strumento Pain Assessment in Advanced Dementia PAINAD (Warden V. et al., 2003) da cui emergerà lo stato emotivo, comportamentale e fisiologico di ciascun residente.

Alcune parti degli incontri sono state videoregistrate e fotografate: questo ha permesso di poter apprezzare e condividere, anche in momenti successivi, l'impatto di tale esperienza.

Nonostante i differenti livelli di deterioramento cognitivo, è stato possibile constatare quanto certe abilità musicali fondamentali si mantengano intatte (intonazione, musicalità, recitazione dei testi, ecc.) dimostrando quanto la memoria musicale sia più a lungo preservata rispetto ad altri tipi di memorie che vengono perse invece più precocemente. Una tale partecipazione ha favorito un'adeguata percezione di sé, un sentirsi vivi e attivi e in relazione l'uno con l'altro. Il riproporre melodie dei loro "vecchi tempi" ha favorito il riemergere di reminiscenze personali e culturali importanti e la conseguente condivisione dei vissuti emotivi.

Dai risultati emersi dalla Cornell Scale si evince che 8 ospiti hanno tratto un significativo beneficio del proprio stato di salute, un ospite non riporta nessun miglioramento e 4 ospiti riportano un peggioramento, verosimilmente determinato anche da altre situazioni personali contingenti. Dai risultati della somministrazione del Painad emerge un miglioramento dello stato emotivo comportamentale e fisiologico in 10 ospiti, un ospite riporta un peggioramento e due ospiti non presentano nessuna differenza significativa al termine degli incontri.

Nel complesso l'intero percorso ha favorito un processo di depatologizzazione estremamente significativo nell'influenzare positivamente la qualità di vita, sia a livello individuale che comunitario. È stato un appuntamento fortemente atteso e desiderato dalla maggior parte degli ospiti, un arricchimento della routine proposta dalla struttura, attraverso il quale si è sperimentato contatto umano e stimolazione sensoriale.

Estremamente significativo il ricredersi di un'ospite (non inclusa nello studio) che si è rifiutata di partecipare all'intero percorso, manifestando grande entusiasmo soltanto all'ultimo incontro.

Bibliografia

Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia, *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1; 23(3):271-84.

Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale, *J Am Med Dir Assoc*. 2003 Jan-Feb; 4(1):9-15.

L'INCIDENZA DEI SINTOMI SUI CAREGIVER DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

CELLA VALENTINA³, REANO ALESSANDRO¹, RUA ALESSIA², SANTAGATA FRANCESCA³, PAPURELLO MARTINA³, SECRETO PIERO², GALDINO FRIDA², FACCIO SILAVANA⁴, POLITI ANTONIETTA⁴, MASSAIA MASSIMILIANO³

¹ A.O. Ordine Mauriziano, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza, Torino - IT

² Presidio Ospedaliero "Beata Vergine Consolata" Fatebenefratelli di San Maurizio Canavese, San Maurizio Canavese - IT

³ Città della Scienza e della Salute, S.C. Geriatria e malattie metaboliche dell'osso, Torino - IT ⁴ S.S. PSICOLOGIA della SALUTE degli Adulti _ASL TO4, Torino - IT

Valutare quali siano i quadri sintomatologici del paziente con deterioramento cognitivo ad incidere maggiormente sullo stress dei caregiver informali.

Il campione è composto da caregiver di pazienti ricoverati nel 2016 presso Il presidio ospedaliero riabilitativo "Fatebenefratelli" di San Maurizio Canavese (TO) il cui livello di stress è stato delineato grazie alla compilazione di un questionario volto ad indagare quali sintomi incidessero maggiormente sullo stress del caregiver. Il questionario, compilato direttamente dai caregiver, richiedeva di assegnare un punteggio da 0 (sintomo per niente disturbante) a 4 (molto disturbante, non lo sopporto e mi provoca disagio) ad una serie di item relativi a sintomi cognitivi (mnesici, di orientamento, attentivi, intellettivi, esecutivi, agnosici, afasici, aprassici) e non cognitivi (disturbi del comportamento, disturbi del tono dell'umore, disturbi della percezione, disturbi del carattere). Ai soggetti intervistati è stato chiesto di indicare se reputassero generalmente più disturbanti i sintomi cognitivi o i sintomi non cognitivi, al fine di dividerli in due gruppi.

Il campione è risultato di 50 caregiver di età media di 45 anni, prevalentemente figli dei pazienti (60% del campione) e coniugi dei pazienti (24%). La maggioranza dei soggetti è di sesso femminile (76%). I sintomi indicati come più stressanti da gestire sono stati quelli non cognitivi (70% del campione).

Per quanto riguarda l'analisi dei risultati della scala relativi ai sintomi cognitivi è emerso che con una media di 2,6 (media $\pm 1,12$) il deficit attentivo e l'afasia sono i sintomi che creano maggiore stress per il campione preso in considerazione, a seguire deficit esecutivo (2,47 media $\pm 1,30$), agnosia (2,2 media $\pm 1,14$), deficit mnesico e dell'intelligenza (2,13 media $\pm 0,83$), deficit dell'orientamento (2,7 media $\pm 1,22$) ed infine l'aprassia (1,93 media $\pm 0,70$).

Nell'analisi dei dati relativi ai sintomi non cognitivi possiamo indicare i disturbi del carattere come quelli che arrecano maggiore stress al careg-

ver con una media di 2,77(media $\pm 1,05$).A seguire i disturbi di percezione (2,71 media $\pm 0,78$), disturbi del comportamento (2,63 media $\pm 0,68$) e infine i disturbi dell'umore (2,14 media $\pm 1,00$).

Il campione ottenuto è stato successivamente diviso in due gruppi: nel primo gruppo caregiver che hanno definito più stressanti i sintomi cognitivi (15 soggetti, 30% del campione, punteggio medio $2.35 \pm 0,92$) nel secondo gruppo caregiver che hanno definito più stressanti i sintomi non cognitivi (35 soggetti, 70% del campione, punteggio medio $2.56 \pm 0,84$). Le due medie sono state confrontate con il test t di Student con 48 gradi di libertà. La differenza tra le due medie risulta statisticamente significativa ($p < 0,0011$) con un carico maggiore a favore del gruppo dei sintomi non cognitivi.

Il paziente affetto da demenza che manifesta sintomi prevalentemente a carattere non cognitivo (ovvero deliri, allucinazioni, depressione e ansia) risulta arrecare maggior malessere psicologico ai propri caregiver; è pertanto necessario individuare correttamente il profilo comportamentale e relazionale di ogni paziente per proteggere e prevenire danni in potenza che possono colpire i caregiver.

PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER IDENTIFICAZIONE DI SOLITUDINE E DIPENDENZA FUNZIONALE NELL' ANZIANO FRAGILE

CHISCIOTTI VALENTINA¹, ROMBOLI BENEDETTA¹, VENEZIA BIANCA MARIA¹, SEQUI FRANCESCA¹, LANDI VINCENZO¹, LUMINI ANNALISA¹, PAGGETTI DONATELLA², VADALA BARBARA¹, CRACOLICI FRANCO¹, MUGELLI CARLO¹

¹ Casa di cura Ulivella e Glicini, IFCA-GIOMI, Firenze - IT

² Noipervoionlus, Firenze - IT

Incrementare il riconoscimento proattivo della fragilità dell' anziano mediante valutazione multidimensionale, valutazione infermieristica integrata ed anamnesi sociale. Integrare il percorso di conoscenza dei problemi psicorelazionali e sociali del paziente ricoverato al fine di potenziare la presa in carico per il rientro al domicilio. L'intento è quello di garantire un servizio al domicilio e di coinvolgere e tutelare coloro che vivono isolati e di promuovere quindi, reti di relazioni.

Viene compilata a fine degenza una scheda relativa alla gestione del dolore, all' insorgenza di infezioni urinarie, respiratorie, e lesioni da decubito. Tali indicatori contribuiscono a determinare lo stato clinico e funzionale. Viene inoltre attivato il progetto della Regione Toscana Caribel di continuità assistenziale con attivazione del servizio sociale ospedaliero. Viene attivato durante la degenza un percorso di volontariato, con associazione Noi per Voi Onlus, al fine di fornire al paziente una consulenza psicologica e successiva presa in carico dei volontari che può proseguire anche dopo il percorso ospedaliero.

Abbiamo analizzato i dati relativi a 819 pazienti ricoverati presso la medicina Interna Casa di Cura Ulivella e Glicini, nel secondo semestre 2019. Il 20% dei pazienti presentava dolore di intensità rilevante (VNS-PAINAD > 3). Il dolore è stato trattato nel 100% dei pazienti. Nel 91% dei pazienti trattati la terapia è stata efficace. Nei rimanenti pazienti che non hanno avuto una risposta al primo trattamento è stata implementata la terapia sia medica che con agopuntura. I trattamenti sono risultati efficaci in tutti i pz. Soltanto 0,66% dei pz ha sviluppato in reparto infezioni respiratorie di nuova insorgenza, lo 0,5% infezioni urinarie. Il 40% dei pz presentava lesioni da pressione all' ingresso; dei rimanenti pz circa 83% erano a rischio di sviluppare lesioni da decubito. Al momento della dimissione il 34% dei pz è stato dimesso con lesioni. Il servizio di volontariato è stato attivato in 200 pazienti.

La presa in carico personalizzata mediante gli strumenti utilizzati è utile per aumentare il riconoscimento dei pazienti fragili. Attuare un programma di presa in carico multidisciplinare, ponendo il paziente al centro della cura, permette di incrementare i progetti domiciliari e la rete per la long term care.

Bibliografia

Linee per lo sviluppo di attività volte a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane. Regione Emilia Romagna. Documento realizzato nell'ambito del Piano regionale per la prevenzione (DGR 2071/10).

Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Adv Nurs. 2003 Oct; 44(1):58-68.

OMS, Comitato Regionale Europeo. Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020 (versione italiana). Malta, 10 - 13 Settembre 2012.

IL PROGETTO AGORÀ: UN MODELLO DI INTERVENTO NON FARMACOLOGICO SU ANZIANI AFFETTI DA ALZHEIMER CON GRAVI DISTURBI COMPORTAMENTALI

CONTE GIUSEPPINA¹, SINISI ILEANA², FRANZA FRANCESCO³

¹ Psicologa Psicoterapeuta, Presidente della Coop. Soc. Il filo di Arianna Venosa- IT

² Psicologa Psicoterapeuta, Referente per la ricerca e le attività socio-riabilitative dei Gruppi Appartamento per la terza età e l'Alzheimer il filo di Arianna - IT

³ Presidente EDA Italia Onlus, Direttore Tecnico. SIR Psichiatrica "Villa dei Pini" di Avellino - IT

Il morbo di Alzheimer è una malattia neurologica degenerativa, che distrugge gradualmente le cellule del cervello, cancellando a poco a poco le abilità che la persona aveva acquisito durante il corso della sua esistenza. La perdita delle abilità cognitive genera, nell'anziano, estrema sofferenza e disagio, mancanza di autodeterminazione e confusione, che danno origine, a loro volta, ad una serie di disturbi comportamentali dal significato psicologico. Il progetto Agorà messo in campo dalla cooperativa sociale Il filo di Arianna Venosa, specializzata nella presa in carico di anziani affetti da Alzheimer, punta a sviluppare un mix di interventi non farmacologici e applicarli ad un cluster di pazienti definito, nel numero e nelle caratteristiche, al fine di monitorarne gli effetti, per un arco temporale stabilito, con l'obiettivo comune di creare terapie comportamentali finalizzate al miglioramento della qualità della vita dei pazienti/operatori/familiari coinvolti in modo diretto e/o indiretto dalla malattia.

Il mix di interventi ha previsto una serie di attività informali legate alla spontaneità del momento e del quotidiano e altre attività strutturate e condotte dalle psicologhe e dagli educatori. L'idea cardine del progetto Agorà è stata quella di puntare a nuove scoperte, rispetto al patrimonio delle conoscenze esistenti nel settore, partendo dal modello Gentlecare ma cercando di andare oltre. Le attività formali si sono svolte sistematicamente (cioè condotte in modo pianificato con registrazioni sia del processo seguito che dei risultati). Le attività attuate sono state misurate con continuità al fine di misurarne l'efficacia nel tempo, attraverso le schede di valutazione elaborate e le statistiche prodotte per singolo paziente e attività svolta. Nello specifico:

- i disturbi comportamentali sono stati monitorati quotidianamente con una scheda di rilevazione costruita ad hoc sulla base di schede già esistenti;
- Ogni settimana somministrata la "UCLA, Neuropsychiatric inventory (NPI)
- Ogni mese somministrato il "Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa
- All'ingresso e dopo 3 mesi somministrato ai caregiver familiari il "Caregiver Burden Inventory-CBI" la scala di autovalutazione dello stress psicofisico;

• Dopo 6 e 12 mesi dall'ingresso, viene somministrata ai pazienti il "Mini Mental State Examination" (MMSE), "l'Activities of daily living (ADL) e "l'Instrumental Activities of daily living (IADL)" – ai caregiver viene somministrato di nuovo il "Caregiver Burden Inventory (CBI).

I dati evidenziano un miglioramento su tutti i disturbi comportamentali, alcuni dei quali si sono ridotti fino a scomparire. Dallo studio condotto, in generale, si rileva un miglioramento evidente e stabile nel tempo, degli anziani ospiti, se trattati con un mix di terapie comportamentali, non farmacologiche, in un ambiente stimolante.

La ricerca longitudinale condotta in questi anni ha dimostrato come la centralità del paziente e la capacità di adattabilità dell'organizzazione alle sue esigenze, la relazione come strumento principale di cura, la presenza di una équipe motivata e adeguatamente formata, la ricerca e la sperimentazione continua di modalità di intervento non farmacologiche, possono incidere significativamente sui disturbi di memoria e comportamentali al fine di rallentare quel decadimento cognitivo causa della riduzione drastica delle aspettative di vita di questi pazienti. Tutto questo pensiamo si possa fare a partire da attività normalizzate, che facilitano la partecipazione e il coinvolgimento degli anziani ospiti, dei familiari, dei volontari e studenti, ma che, allo stesso tempo, consentono una valutazione e una validazione dell'attività in maniera oggettiva e standardizzata.

Bibliografia

Bianchetti A, Trabucchi M. Alzheimer. Il Mulino, Bologna 2010

Bortolomiel E, Lionetti L, Angiolini E. Gentilecare: cronache di assistenza. Soluzioni, modalità e idee di applicazione del metodo. Erickson, Trento 2015.

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA DEGLI ANZIANI IN CONTESTI RESIDENZIALI: L'ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE DI PADOVA

COPES ALESSANDRO¹, CANTARELLA ALESSANDRA¹, GUZZON CRISTINA², PLATAMONE GIULIO², SABATELLI MARIA TERESA², SIMOVIC ZORICA², RIGON MICHELA FERNANDA¹

¹ *Civitas Vitae Research Centre - Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus, Padova - IT*

² *Università degli Studi di Padova, Padova - IT*

Una delle mission che persegue la Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus è quella del miglioramento/mantenimento di una buona Qualità di Vita dell'anziano residente (e dei familiari).

Per fare questo è stato necessario "dare voce" ai longevi che vivono all'interno delle residenze della Fondazione attraverso uno strumento standardizzato e validato su un campione italiano che fornisca indicatori chiari sui fattori che determinano la qualità di vita (QdV). La ricerca aveva quindi come obiettivo generale quello di valutare la QdV globale dei residenti. Ha cercato inoltre di verificare gli effetti sulla QdV delle seguenti variabili: età, tempo di permanenza in struttura e funzionamento cognitivo. Essendo la QdV un costrutto dinamico e multidimensionale che riflette quello che un individuo sente in un determinato momento dell'esistenza e che varia al mutare delle circostanze di vita la ricerca ha cercato di identificare i singoli fattori che contribuiscono a favorirla.

Lo strumento utilizzato è l'intervista strutturata Quality-VIA messa a punto da Cantarella, De Beni e Borella dell'Università di Padova nel 2019. L'intervista oltre a fornire un valore globale di QdV esplora 7 dimensioni: la soddisfazione dei bisogni primari e bontà delle cure, la soddisfazione ambientale, il rapporto con il personale di cura, la soddisfazione delle attività, la privacy e autodeterminazione, la coesione sociale/senso di appartenenza nonché l'autorealizzazione/spiritualità. L'intervista, composta da 34 item, è somministrabile anche a persone con decadimento cognitivo lieve-moderato. Per ridurre l'effetto della desiderabilità sociale gli intervistatori erano psicologi del Master di Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità dell'Università degli Studi di Padova. La ricerca ha coinvolto, ad oggi, 6 residenze della Fondazione OIC per un totale di 301 anziani residenti (M età: 86aa; M MMSE: 22,86; M permanenza: 1.140gg). In ogni sede la raccolta dati è durata al massimo tre mesi.

La QdV globale dei rispondenti si attesta sopra la media dello strumento: 6 scale su 7 mostrano punteggi al di sopra della media. Dalle analisi statistiche (anova Multivariata e T-test) emerge che chi ha un miglior profilo cognitivo (MMSE > 24) valuta più positivamente la propria QdV nelle dimensioni soddisfazione ambientale, rapporto con il personale di cura, soddisfazione delle attività e privacy/autodeterminazione. Differenziando il gruppo per periodo di permanenza in struttura emerge come gli anziani residenti da un tempo tra 1 e 3 anni sono coloro che mostrano punteggi più alti nelle scale. Questa tendenza è significativa solo nella sottoscala attività che viene valutata come più bassa da chi è entrato di recente (meno di un anno). Le donne sono tendenzialmente più soddisfatte degli uomini: significativa però solo la differenza sulla dimensione delle attività.

La variabile età appare influire sulla percezione di QdV: le persone più anziane (>85aa) valutano più positivamente la loro QdV rispetto ai residenti più giovani (65-75aa). La tendenza è significativa in tutte le dimensioni misurate.

Complessivamente all'interno delle Residenze della Fondazione OIC le persone percepiscono di avere una buona QdV sia intesa globalmente che nelle sue dimensioni più pregnanti. Le variabili dell'età, della situazione cognitiva e della durata di permanenza in struttura appaiono predittive di una variazione di percezione. L'intervista QVia si dimostra uno strumento sensibile e utile sia sul piano della ricerca che come supporto clinico per intercettare quegli aspetti che possono migliorare la permanenza di un anziano in struttura.

Bibliografia

Cantarella A, Borella E, De Beni R. Valutare la qualità della vita nelle residenze per anziani. Guida all'uso dell'intervista standardizzata Quality_VIA. Franco Angeli, Milano 2019.

LAVORARE CON SOGGETTI ANZIANI: UNA SFIDA CULTURALE E PROFESSIONALE PER GLI PSICOLOGI. PRIMI RISULTATI DI UNA RICERCA

D'AMICO TIZIANA¹, MAGLIE ROSITA¹, GRATTAGLIANO IGNAZIO¹

¹ *Università degli Studi di Bari Aldo Moro - Dipartimento di scienze della formazione, psicologia, comunicazione, Bari - IT*

Indagare il fenomeno dell'ageismo da parte degli psicologi e valutare eventuali differenze in base alle precedenti esperienze con pazienti anziani, alla regione di residenza, all'età, al genere, alla nazionalità, alla presenza di anziani in famiglia, allo stato civile e alla presenza di figli.

Il presente lavoro utilizza la Discourse Analysis di (Fairclough N., 1995; Sarangi S., 2010) che, servendosi di strumenti fini, quali corpora e software di analisi dei testi (Baker P., 2010), è in grado di individuare l'eventuale presenza di ageismo da parte degli psicologi nelle risposte date agli item della Fraboni Scale of Ageism (Fraboni M. et al., 1990) utilizzata nella validazione italiana (Donizetti AR., 2010).

Dall'analisi linguistica delle risposte agli item del questionario, si evidenzieranno rappresentazioni mentali e processi di attribuzione del lavoro professionale in campo geriatrico.

Le criticità emerse serviranno ad orientare la formazione degli psicologi individuando punti di forza e punti di debolezza che necessitano di ristrutturazione culturale e professionale.

Bibliografia

Baker P. Sociolinguistics and Corpus Linguistics. Edinburgh: Edinburgh University Press. 2010.

Coupland J. Discourse, identity and change in mid-to-late life: Interdisciplinary perspectives on language and ageing. *Ageing & Society*. 2009 Aug; 29(6):849-61.

Donizetti AR. Misurare il pregiudizio verso gli anziani: Validazione italiana della Fraboni Scale of Ageism e analisi delle differenze per genere ed età. *Giornale di Psicologia*. 2010 Nov; 4(3):262-74.

Fairclough N. *Critical Discourse Analysis*, London, Longman. 1995; Pp 265.

Fraboni M, Saltstone R. & Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging*. 1990; 9(1):56-66.

Sarangi S. Practising discourse analysis in healthcare settings. In: Bourgeault I, Dingwall R, and de Vries R. (eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. London: Sage. 2010; Pp. 397-416.

Sarangi S. Reconfiguring self/identity/status/role: the case of professional role performance in healthcare encounters. *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*. 2010; 7(1):75-95.

UNA COMUNITÀ AMICA DELLE PERSONE CON DEMENZA? RIFLESSIONI SU UN INTERVENTO PSICOLOGICO DOMICILIARE

DE CAROLIS STEFANO¹, BOSCHETTI MANUELA², CELLI MARIKA¹, SILINGARDI ELISABETTA³

¹ Centro per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD), Rimini - U.O. Anziani e Disabili fisici e sensoriali - AUSL della Romagna, Ambito Territoriale Rimini, Rimini - IT

² Associazione Alzheimer Rimini ODV, Rimini - IT

³ U.O. Anziani e Disabili fisici e sensoriali - AUSL della Romagna, Ambito Territoriale Rimini, Rimini - IT

Dal 2013 il Centro per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD) di Rimini – in collaborazione con l'Associazione Alzheimer Rimini ODV – fornisce un servizio di consulenze psicologiche domiciliari (CPD) a persone con demenza che presentano sintomi neuropsichiatrici (NPS), attraverso un intervento psico-educativo e di consulenza psicologica ai familiari. I risultati dei primi cinque anni sono stati presentati al 19° Congresso Nazionale AIP (De Carolis S. et al., 2019): gli interventi hanno mostrato un miglioramento dei NPS e una riduzione della sola percezione soggettiva del carico assistenziale da parte del caregiver.

Nel luglio 2019, per la prima volta, una CPD è stata attivata per una donna di 87 anni, che appartiene a una comunità di suore di clausura. La persona, affetta da malattia di Alzheimer, è seguita dal CDCD da gennaio 2018; dall'inizio del 2019 ha iniziato a presentare disturbi comportamentali (deliri di persecuzione e latrocinio, aggressività verbale, irritabilità, disturbi del sonno) scarsamente controllati dalla terapia farmacologica.

Sono stati effettuati cinque accessi all'interno del monastero. Agli incontri erano presenti tutte le suore le quali, abitualmente, si alternano alla supervisione della consorella malata. Sono emersi un clima di condivisione e di accoglienza ma anche un costante senso di preoccupazione e di impotenza che sono stati confermati dalla valutazione finale (punteggi dello Zarit Burden Interview immutati rispetto al primo accesso sia per il carico soggettivo che per quello oggettivo).

È possibile fare alcune riflessioni. Nell'assistenza a una persona con demenza, il monastero e la piccola comunità ivi ospitata presentano sia aspetti positivi (supervisione quasi continuativa, alternanza nella gestione, possibilità di aiuto nei momenti di difficoltà, confronto continuo per migliorare l'assistenza) sia aspetti negativi (le regole, la disciplina e gli obblighi della vita religiosa possono ridurre la flessibilità richiesta nella gestione e condizionare l'agire della persona con demenza). Inoltre, la riservatezza e l'intimità della cella, se da un lato rendono più complessa la gestione quotidiana (igiene personale, uso dello spazio), dall'altro possono essere utilizzati come spazio "soft corner" o "stanza relax" per ridurre i NPS. Da ultimo, i momenti di preghiera possono essere un'occasione per ritrovare un autocontrollo (spesso inconsapevole) che riduce la confusione mentale e l'agitazione del malato.

Dal 1986, allorché David Snowdon ha iniziato il "Nun Study", le comunità religiose femminili hanno offerto un grande contributo alla comprensione della malattia di Alzheimer (Snowdon DA. E Nun Study, 2003; Bennett DA. et al., 2018). Da queste stesse comunità si possono ora ricavare spunti interessanti per migliorare la gestione complessiva della persona con demenza.

Bibliografia

Bennett DA, Buchman AS, Boyle PA, Barnes LL, Wilson RS, Schneider JA. Religious Orders Study and Rush Memory and Aging Project. *J Alzheimers Dis*. 2018; 64 (s1): S161-S189.

De Carolis S, Celli M, Ciacci C, Citarella M, Fabbri E, Garruti A, Pietrapertosa G, Silingardi E. Consulenze psicologiche domiciliari a persone con demenza affette da disturbi comportamentali: rivalutazione di efficacia a cinque anni di distanza. *Psicogeriatrics* 2019; 1(Suppl 2):84.

Snowdon DA, Nun Study. Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Ann Intern Med*. 2003 Sep 2; 139(5 Pt 2):450-4.

TEATRO INCLUSIVO. UNA POSSIBILE FORMA DI STIMOLAZIONE EMOTIVO-SENSORIALE PER LA DEMENZA DI GRADO MODERATO-GRAVE

FLESIA LUCA¹, BOLAMPERTI EMANUELA¹, CERON DAVID¹, RAPATTONI MONICA¹, RIGON MICHELA FERNANDA¹

¹ Civitas Vitae Research Centre - Fondazione "Opera Immacolata Concezione" Onlus, Padova - IT

Fondazione O.I.C. Onlus, in collaborazione con l'associazione Teatro Periferico, ha voluto testare la realizzabilità e la possibile efficacia di un modello di intervento psico-sociale per persone con deficit cognitivo moderato-grave attraverso un'esperienza di teatro immersivo, a prevalente valenza emotivo-sensoriale, nello stimolare i partecipanti a coinvolgersi in una storia e ad essere attivamente partecipi nel momento presente. Obiettivo secondario del progetto, secondo il filone del teatro sociale, è utilizzare il teatro come strumento di elaborazione e apprendimento per i caregivers formali e informali e come strumento di disseminazione e di sensibilizzazione alla popolazione, per contrastare lo stigma sociale nei confronti della demenza.

L'idea del teatro inclusivo per persone con demenza è che i partecipanti abbiano la possibilità di partecipare in modo attivo ad una scena teatrale, che rappresenti scene della loro stessa storia di vita. La disposizione è circolare, in piccoli gruppi. I temi e la sceneggiatura derivano da interviste raccolte con i familiari. Le fasi del progetto: 1. selezione dei partecipanti (12 anziani affetti da demenza di grado moderato-grave residenti da almeno un anno in struttura, MMSE = min 6 – max 18); 2. incontro di presentazione ai familiari; 3. interviste con i familiari degli ospiti partecipanti

e con alcuni operatori; 4. sbobinatura delle interviste e creazione dei canovacci teatrali; 5. creazione e svolgimento di cinque laboratori teatrali a tema, in due piccoli gruppi paralleli da sei partecipanti; 6. restituzione ai familiari e alla comunità in forma di rappresentazione teatrale da parte della compagnia teatrale.

È emerso durante gli incontri un potenziamento delle modalità comunicative e creative dei partecipanti al gruppo, anche in soggetti fortemente apatici e comunicativamente compromessi. Tenzialmente i partecipanti si sono espressi attivamente e creativamente all'interno delle sessioni, in momenti ad alta valenza emotiva. Naturalmente e senza forzature i partecipanti si sono immersi nelle finestre teatrali predisposte (finestre della loro stessa storia di vita), come in una dimensione di gioco, divenendo, in questo spazio intermedio in cui finzione e realtà si integrano, spett-attori attivi e partecipi.

Al termine della restituzione teatrale ai familiari e alla comunità, molti familiari hanno riferito di aver riconosciuto nella scena momenti delle loro stesse esperienze e di aver trovato un'esperienza estremamente significativa il canale espressivo del teatro per comprendere più globalmente l'esperienza del relazionarsi con una persona con demenza.

Il teatro inclusivo per persone con demenza potrebbe inserirsi tra gli interventi psico-sociali alla demenza come un interessante approccio di stimolazione emotivo-sensoriale per persone affette da demenza di grado anche avanzato ad alta valenza integrativa ed elaborativa, personale, familiare e di sensibilizzazione sociale.

Bibliografia

Gjengedal E, Lykkeslet E, Sæther WH, Sørbo JI. Theatre as an eye-opener: How theatre may contribute to knowledge about living close to persons with dementia. *Dementia*. 2016 May 13; DOI: 10.1177/1471301216647890.

Harel D. Autobiographical Therapeutic Theatre with Older People with Dementia. *The Self in Performance*. 2016; DOI: 10.1057/978-1-137-53593-1_15.

Mendes A. Immersive theatre for the person living with dementia. *Nursing and Residential Care*. 2016 Jun 21; DOI: 10.12968/nrec.2016.18.6.325.18.6.325.

APPROCCIO FARMACOLOGICO INTEGRATO ALLA DEMENZA VASCOLARE DI GRADO LIEVE (CON BACOPA, COLINA ALFOSCERATO, SELENIO, VITAMINA D3, VITAMINA E, VITAMINA C E VITAMINA B6)

LERA ANTONIO¹, LERA FEDERICA²

¹ Università degli Studi L'Aquila, L'Aquila - IT

² L'Aquila - IT

Abbiamo sottoposto a studio sessanta pazienti affetti da Demenza Vascolare di Grado Lieve. La metà dei soggetti in studio sono stati inseriti nel trattamento con Integratore a base di CON BACOPA, COLINA ALFOSCERATO, SELENIO, VITAMINA D3, VITAMINA E, VITAMINA C E VITAMINA B6, valutandone l'eventuale ruolo positivo sulla Cognizione dei pazienti in studio, tramite MMSE.

I pazienti risultati affetti da Demenza Vascolare di Grado Lieve, sono stati sottoposti prima dell'arruolamento allo studio, a valutazione clinica e psicodiagnostica, con Test MMSE, riportando un punteggio medio compreso tra 20 e 24 (indice di Decadimento cognitivo lieve). Quindi il gruppo studio di trenta soggetti, è stato sottoposto a trattamento farmacologico con Integratore a base di CON BACOPA, COLINA ALFOSCERATO, SELENIO, VITAMINA D3, VITAMINA E, VITAMINA C E VITAMINA B6 1 bustina die, per la durata di sei mesi, mentre il gruppo controllo sempre di 30 soggetti effettuava terapia con la sola Bacopa.

Al termine dei sei mesi, entrambi i gruppi, cioè tutti e sessanta i soggetti, sono stati sottoposti a rivalutazione clinica e psicologica. Sul piano clinico, abbiamo osservato un lieve miglioramento sul piano cognitivo nel gruppo studio, nell'arco dei sei mesi. I punteggi ottenuti nel confronto tra l'MMSE iniziale e quello di verifica, hanno mostrato un incremento di 5 punti nel 50%, di 3 punti nel 25%, di 2 punti nel 10%, di 1 punto nel 10%, con nessun miglioramento solo nel 5%, per i soggetti del gruppo studio. Nel gruppo controllo invece, il miglioramento è stato meno evidente con un incremento di 3 punti nel 20%, di 2 punti nel 15%, di 1 punto nel 45%, con nessun miglioramento nel 20% dei casi. Vedi tabella 1. Il risultato è stato quindi, più evidente nei soggetti sottoposti trattamento con Integratore a base di CON BACOPA, COLINA ALFOSCERATO, SELENIO, VITAMINA D3, VITAMINA E, VITAMINA C E VITAMINA B6, di migliorare lo stato cognitivo, sia in rapporto ai risultati all'MMSE di controllo, che riguardo all'espressione clinica.

In base ai risultati ottenuti, nel gruppo studio oltre ad essere migliorata la performance cognitiva, valutata attraverso l'MMSE, dato che acquista valore soprattutto riguardo al rapporto con il bilancio scarsamente modificato del gruppo controllo, l'aspetto che appare significativo è il miglioramento del livello cognitivo. L'integrazione farmacologica a base di BACOPA, COLINA ALFOSCERATO, SELENIO, VITAMINA D3, VITAMINA E, VITAMINA C E VITAMINA B6 1 bustina die, confrontata con la sola Bacopa, sembra svolgere un ruolo positivo nell'ottica di un migliore evidenza clinica e psicodiagnostica nel trattamento della Demenza Vascolare di Grado Lieve.

ANALISI VALUTATIVA SULLA RICADUTA ORGANIZZATIVA DA PARTE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DEI SOGGETTI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI CON BPSD NELL'R.S.A. E PRESENTI NEL C.D.I. "SANDRO PERTINI" - A.S.S.T. RHODENSE

PELUCCHI LORIS¹, GALLO STEFANIA¹, DEMATTEIS AGATA¹, DURANTE ROCCO¹, BANDIRALI MARIA PIA¹, VIGNATI MARCO¹

¹ R.S.A. "S. Pertini" ASST Rhodense, Garbagnate Milanese - IT

I disturbi del comportamento (Behavioral Psychiatric Sintoms in Dementia BPSD) rappresentano gli aspetti non cognitivi che colpiscono più frequentemente i malati affetti da demenza. Essi causano gravi problemi ai pazienti ed a chi interagisce con loro determinando la principale fonte di stress per chi li deve gestire. Inoltre i BPSD sono soggetti ad interventi errati con esiti negativi ed eccessiva esposizione a farmaci; tali interventi sono correlati a peggiori prognosi, maggiore disabilità, riduzione della qualità di vita sia del paziente che del caregiver, aumento dei costi diretti per la gestione del paziente. È stato svolto un corso e successiva indagine a tutte le figure professionali che lavorano presso R.S.A. per favorire una cultura assistenziale ed organizzativa centrata sulla persona con demenza con BPSD per meglio riconoscerli e gestirli attraverso approcci adeguati e strategie di intervento di tipo non farmacologico.

È stato effettuato un Corso di formazione residenziale tra aprile 2019 e giugno 2019 presso R.S.A.-C.D.I. "S. Pertini" di Garbagnate-Milanese (MI)-ASST Rhodense. Il corso era destinato a tutti gli operatori addetti all'assistenza della struttura residenziale. Dopo circa 3 mesi è stata effettuata la somministrazione di un questionario per la valutazione sulla ricaduta organizzativa.

Al questionario hanno risposto 33 Persone (20 Operatori Socio-sanitari - 2 Coordinatori infermieristici - 5 Infermieri - 2 Fisioterapisti - 2 Educatori - 2 Medici). Sono state fatte 4 domande. 1° Domanda: Come è cambiato il tuo atteggiamento nei confronti degli ospiti con BPSD dopo la frequenza del corso? 25 Risposte: è migliorato l'atteggiamento e si è manifestata maggiore attenzione. 3 Risposte: L'atteggiamento di come com-

portarsi era già noto. 5 Risposte: Non è cambiato il proprio atteggiamento. 2° Domanda(a): Ritieni che il corso sia servito per migliorare le tue conoscenze? 20 Risposte: sono migliorate le conoscenze. 9 Risposte: sono migliorate in parte le conoscenze. 4 Risposte: conoscenze invariate. 2° Domanda(b): In che modo? (Risposte multiple) 10 Risposte: nella comunicazione\relazione nei confronti degli ospiti. 6 Risposte: nell'apprendimento e nella metodologia. 9 Risposte: nelle conoscenze e nelle strategie. 4 Risposte: nelle proprie lacune personali. 10 Risposte: nell'approccio con i pazienti. 3° Domanda(a): Hai provato a mettere in atto le conoscenze e/o le strategie acquisite nella gestione dei pazienti con BPSD? 25 Risposte: SI. 7 Risposte: In Parte. 1 Risposta: NO. 3° Domanda(b): Prova a fare alcuni esempi. (Risposte multiple) 9 Risposte: nella gestione del tono della propria voce nei confronti dei pazienti. 13 Risposte: nell'ascolto e nella comprensione delle esigenze dei pazienti. 34 Risposte: nell'utilizzo della musica. 12 Risposte: nel tranquillizzare il paziente. 11 Risposte: nel mantenere la calma. 6 Risposte: nel somministrare alimenti\bevande ai pazienti. 3 Risposte: nel far camminare il paziente.

4° Domanda: Hai dei suggerimenti da consigliare per migliorare la tua realtà lavorativa e per il lavoro in équipe? (Risposte Multiple) 11 Risposte: maggiori riunioni in équipe. 1 Risposta: attivazione del Psicologo per i pazienti e per la propria persona. 11 Risposte: migliorare la comunicazione tra il personale. 6 Risposte: migliorare l'ascolto ed l'osservazione delle situazioni e dei pazienti. 8 Risposte: ambiente lavorativo più confortevole ed idoneo. 4 Risposte: attivazione della Terapista occupazionale. 4 Risposte: presenza di più personale assistenziale. 5 Risposte: nessun suggerimento.

Tutte le figure professionali che partecipano al processo di cura dei soggetti anziani, oltre ad essere adeguatamente formate e motivate, devono operare secondo un principio di condivisione sia degli obiettivi che dei piani di cura. Il setting specializzato nella cura del malato affetto da BPSD e le attività ad esso collegate sempre di più rappresentano uno strumento di intervento specifico e sinergico con le strategie terapeutiche attualmente disponibili, finalizzato a garantire un'adeguata qualità di cure ed una risposta adeguata nei momenti di maggiore criticità, quali lo scompenso comportamentale e/o la presenza di BPSD di difficile gestione.

L'ANZIANO CHE SPERA, LA FAMIGLIA CHE SI DISPERA. APPUNTI DI MEDICINA NARRATIVA

RIOLO ANTONINO¹, ALBERT UMBERTO¹

¹ Trieste - IT

L'irrompere sulla scena familiare dei primi sintomi allucinatori e/o deliranti dell'anziano, l'aggressività, i comportamenti bizzarri, incongrui, rischiosi, l'instabilità nell'attenzione e nella memoria possono generare nei familiari un senso di impotenza, di frustrazione, di disperazione con toni talvolta molto concitati, graffianti, polemico verso i servizi sanitari, interrogandoci sul senso delle cure in psichiatria. Di qui la richiesta pressante di soluzioni rapide nel tempo presente, all'insegna del come ci si deve comportare nella quotidianità, come se l'anziano fosse un oggetto da trattare o da schivare, in un processo di disconoscimento e di alienazione dal gruppo. Dall'altra parte c'è l'anziano come persona, il quale, appena ricevuta la possibilità di narrarsi, rivela nel piacere di ricordare il bisogno di affermare un tempo soggettivo lento rispetto alla velocità mondano-familiare, reclamando una speranza nel futuro.

Abbiamo estrapolato due casi, uno maschile e uno femminile, approcciati secondo la medicina narrativa, di anziani in contatto con il servizio sanitario pubblico, affetti da disturbi psicologici e comportamentali in iniziale demenza, verificando se le richieste dei familiari e la loro disperazione fossero mutate a distanza di 2 mesi. Ai due pazienti, 78enni, erano stati applicati i normali protocolli diagnostici che avevano evidenziato una iniziale demenza e prescritta terapia farmacologica per os, una volta al dì.

Pur trattandosi di uno studio solo qualitativo, è stato possibile comunque verificare, nell'approccio narrativo, come la dimensione della speranza non fosse affatto sopita nei due anziani, una volta restituita la titolarità di persone e come la disperazione dei familiari si sia attenuata attraverso una diversa sincronizzazione della loro cognitività, automatica, intuitiva, veloce con il pensiero lento, riflessivo dei loro congiunti anziani.

La medicina narrativa, nell'affiancarsi alla medicina dei protocolli e delle linee guida, può contribuire alla conoscenza "pratica" del paziente. Per una migliore gestione del contesto familiare può essere di ausilio il vecchio ragionamento "fronetico", pratico, di aristotelica memoria che mette in relazione azioni da sviluppare e valori da tutelare.

IL FENOMENO DEL CLOSING-IN BEHAVIOR NEL PAZIENTE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO

SANTAGATA FRANCESCA¹, MASSAIA MASSIMILIANO¹, PAPURELLO MARTINA¹, CELLA VALENTINA¹, SARDI DAVIDE¹, SCHIARA LAURA¹, DONVITO FRANCESCO¹, D'AMELIO PATRIZIA²

¹ AOU Città della salute e della scienza di Torino, Torino - IT

² Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Losanna - Switzerland

Il closing-in behaviour (CIB) è un disturbo visuocostruttivo e visuospatiale si manifesta nei compiti di copia di disegni come la tendenza a riprodurre una figura, semplice o complessa, in prossimità dell'immagine originale, senza rispettare le dovute distanze dai contorni. Può manifestarsi vicino al modello da copiare ma senza che vi sia contatto, o può invadere totalmente o parzialmente i segmenti dell'immagine che funge da modello, con sovrapposizioni lungo il perimetro della figura. Due sono le ipotesi che spiegano la genesi del CIB. L'ipotesi compensativa sostiene che il CIB sia una strategia adattiva alle disfunzioni visuospatiali e della memoria di lavoro e l'ipotesi attrattiva, afferma che il CIB sia un comportamento primitivo di attrazione della mano verso il focus dell'attenzione. Scopo di questo lavoro retrospettivo è stato valutare la presenza di CIB in pazienti con diagnosi di disturbo neurocognitivo.

Abbiamo valutato 342 pazienti, con età media di 73 aa (ds. 4,29). Per ogni paziente abbiamo raccolto le performance neuropsicologiche mediante somministrazione standardizzata di test relativi la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive, il linguaggio e prassia costruttiva.

Il CIB è stato osservato su 108 pazienti (52,32%), di cui 86 manifestavano CIB near type (79,65%) e 19 CIB overlap type (17,60%). Tre pazienti invece manifestavano entrambe le tipologie di CIB (2,75%).

Le correlazioni positive ottenute per i test neuropsicologici FAB (P=0,00), Token test (P=0,00), Test di corsi (P=0,017), TMT A (P=0,013) TMT B (P=0,00) e TMT B-A (P=0,00), test delle matrici (P=0,021) e la figura di Rey (copia immediata e differita) (P=0,00) in relazione al closing-in near type confermano il coinvolgimento delle abilità esecutive e visuospatiali. Inoltre, solo la FAB (P=0,002) e il Token test (P=0,00) sono risultati significativi anche per il closing-in overlap type. È molto interessante osservare la forte significatività statistica ottenuta al Token test sia per il closing-near type che overlap type, verosimilmente perché il task del compito viene effettuato mediante interazione spaziale. I risultati per il closing-in near type e overlap type, evidenziano una correlazione molto significativa con il lobo temporale (P=0,003). Per cui, nel nostro campione le lesioni a quest'area potrebbero aver contribuito alla genesi del closing-in. Anche il lobo parietale (P=0,012) è risultato significativo per il closing-in near type.

Per quanto riguarda la correlazione con le diagnosi dei pazienti, come da ipotesi, la demenza di Alzheimer (P=0,004) è significativa, sia per il closing-in near type sia per il closing-in overlap type. La demenza a genesi vascolare (P=0,039) e il disturbo neurocognitivo minore (P=0,00) invece sono significativi solo per il closing-in near type.

Il CIB è un fenomeno descritto in letteratura nel paziente con DNC. Nel nostro studio è confermato il coinvolgimento delle abilità esecutive e visuo-spaziali ed un coinvolgimento del lobo temporale e parietale nel fenomeno CIB. Inoltre, il CIB NT e OT, si manifesta nella demenza di AD con un alto indice di significatività.

Bibliografia

Mayer-Gross W. Some Observations on Apraxia: (Section of Neurology). *Proc R Soc Med.* 1935 Jul; 28(9):1203-12.

Trojano L, Grossi D, Flash T. Cognitive neuroscience of drawing: contributions of neuropsychological, experimental and neurofunctional studies. *Cortex.* 2009 Mar; 45(3):269-77.

EXPLORING CAREGIVER BURDEN AMONG CAREGIVERS OF ELDERLY OUTPATIENTS: THE ROLE OF PATIENTS-RELATED PSYCHOLOGICAL, COGNITIVE AND FUNCTIONAL FACTORS

SARDELLA ALBERTO¹, LENZO VITTORIO¹, GALOFARO ANGELA¹, ALIBRANDI ANGELA², CATALANO ANTONINO³, CORICA FRANCESCO³, QUATTROPANI MARIA C¹, BASILE GIORGIO³

¹ Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Messina, Messina - IT

² Department of Economics, University of Messina, Messina - IT

³ Unit and School of Geriatrics, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Messina, Messina - IT

The onset and the progression of chronic pathological conditions usually represent stressful events not only for the patients but also for their caregivers, which are often exposed to a high risk of emotional and psychological distress, principally in relation to the degree of the patient's impairments. In the context of elderly population, given the substantial patients' age-related multimorbidity, patients' health status has been recently discussed as potentially linked to the onset and the severity of caregiver burden.

The main purpose of the study was to explore potentially novel associations between caregiver burden and elderly outpatients' health status. We precisely hypothesized that patients' cognitive, functional and psychological factors could differently affect the caregivers' perceived burden dimensions.

The study was designed as cross sectional. Patients unable to undergo the execution of required tasks due to severe cognitive impairment, severe functional limitations, or severe sensory deficits were excluded. Those selected patients who were accompanied by their caregivers were consecutively included.

The Caregiver Burden Inventory was used to investigate caregiver burden. The questionnaire explores five different burden dimensions: time-dependence, developmental, physical, social, and emotional burden.

For each elderly patients, scores of global cognitive functioning (MMSE), physical performances (handgrip strength and gait speed), and functional status (BADL and IADL) were collected. In addition, patients' frailty status was evaluated by a Frailty Index, based on 35 collected clinical and functional variables, according to the accumulation of deficits model.

Moreover, patients' premorbid IQ and cognitive reserve level were also evaluated, through the Brief Intelligence Test and the Cognitive Reserve Index Questionnaire, respectively. Eventually, patients' dispositional optimism and psychological resilience (namely, context sensitivity, emotional flexibility) were investigated as psychological factors.

114 elderly patients (mean age 80.4 ± 6.84) and their caregivers (mean age 58.8 ± 10.6) were enrolled. Several significant correlations have been found between caregiver burden and patients' related factors, namely psychological resilience, cognitive status, functional autonomy, and physical performances.

Moreover, patients' cognitive status (MMSE), daily autonomy level (BADL), gait velocity, cognitive reserve and emotional flexibility were also found to be predictors of different caregiver burden dimensions.

The study confirmed previous evidence, as the predictive role of patients' cognitive and functional autonomy for caregiver burden. Furthermore, we highlighted original correlations between caregiver burden and patients' health status expressed in terms of cognitive reserve indexes, physical performances, frailty status, and psychological profile. In this context, patients' gait speed, cognitive reserve and emotional flexibility were also found to be novel predictors of caregiver burden.

The findings of this study suggest that novel factors might be accounted in clinical practice for the evaluation of caregiver burden. Caregiver burden represents a relevant public health issue, since subjects with chronic illness or disability need increasingly constant care and support.

Bibliography

Marvardi M, Mattioli P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Rinaldi P, Polidori MC, Cherubini A, Quartesan R, Bartorelli L, Bonaiuto S, Cucinotta D, Di Iorio A, Gallucci M, Giordano M, Martorelli M, Masaraki G, Nieddu A, Pettenati C, Putzu P, Solfrizzi V, Tammaro AE, Tommassini PF, Vergani C, Senin U, Mecocci P. The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: Results from a multicenter study. *Aging Clinical and Experimental Research.* 2005 Feb; 17(1):46-53.

Ringer T, Hazzan AA, Agarwal A, Mutsaers A, Papaioannou A. Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Systematic Reviews.* 2017 Mar 14; 6(1), 55.

LA MALATTIA DI HUNTINGTON NEI CENTRI PER LA DIAGNOSI E CURA DELLE DEMENZE

SARRO LIDIA¹, CAPELLERO BARBARA¹, QUARNERO MARTINA¹, PAVANELLI ENRICA¹, CASOLI GIOVANNA¹, ZURLO FRANCESCO¹, LEOTTA DANIELA¹, MARCHET ALBERTO¹

¹ S.C. Neurologia, Ospedale Martini, ASL Città di Torino, Torino - IT

La Malattia di Huntington (MH) è una patologia neurodegenerativa ereditaria a trasmissione autosomica dominante caratterizzata da deterioramento cognitivo, sintomi psichiatrici ed ipercinesie coreiche. L'esordio può avvenire tardivamente (65-85aa) nel 10% dei casi e spesso il disturbo cognitivo precede i sintomi motori. Nel 2019 è stata avviata la sperimentazione in fase III della terapia genica con oligonucleotide antisense RG6042, che detiene il potenziale di bloccare l'espressione del gene Huntington e quindi la progressione della malattia stessa. Ciò rende concreta l'utilità di sospettare la MH tra le diagnosi differenziali dei disturbi neurocognitivi. In questo studio ci siamo posti l'obiettivo di quantificare il numero di pazienti afferenti al Centro per la diagnosi e cura delle demenze (CDCD) del nostro ospedale che hanno ottenuto una diagnosi di MH e che, auspicabilmente nel breve futuro, potranno trarre beneficio da un'eventuale terapia genica efficace.

Abbiamo retrospettivamente analizzato le cartelle dei pazienti ambulatoriali afferenti consecutivamente agli ambulatori CDCD dell'Ospedale Martini di Torino tra il gennaio 2000 e il gennaio 2020. Abbiamo pertanto quantificato il numero di pazienti giunti con sospetto di malattia degenerativa e che hanno ricevuto diagnosi di MH geneticamente determinata.

Su un totale di 6028 pazienti afferenti ai nostri ambulatori in 22 pazienti è stata posta diagnosi di MH (3,6 MH ogni 1000 pazienti; ovvero 1 MH ogni 278 pazienti). Per ciascun paziente abbiamo analizzato e discusso le caratteristiche cliniche, neuropsicologiche e funzionali focalizzandoci in particolare modo sulla diagnosi differenziale con le altre patologie dementigene.

I recenti progressi e lo sviluppo di terapie geniche rendono quanto mai attuale la necessità di diagnosticare precocemente questa malattia gravemente disabilitante. La pronta diagnosi di MH permetterà di indirizzare i pazienti a cure con il potenziale di modificare la progressione della malattia.

Bibliografia

Erkkinen MG, Kim MO, Geschwind MD. Clinical Neurology and Epidemiology of the Major Neurodegenerative Diseases. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2018 Apr 2;10(4). pii: a033118.

Paulsen JS. Cognitive impairment in Huntington disease: diagnosis and treatment. Curr Neurol Neurosci Rep. 2011 Oct; 11(5):474-83.

IL SETTIMO RISCHIO

SCAGLIA LUIGINA¹, MEDIOLI ALESSIA², COLOSIO WAIFRO², BERTA VANINA², PEZZOLI CRISTINA²

¹ Fondazione Richiedei, Palazzolo S/O, Brescia - IT

² Italy

Ai noti rischi dell'ospedalizzazione per il paziente geriatrico:

1. allettamento
2. disorientamento
3. piaghe da decubito
4. TVP
5. colonizzazione e infezione da MDR
6. colite da Clostridium difficile

è forse oggi necessario aggiungerne un settimo.

Infatti il ricovero di un paziente nella UO di geriatria per acuti ci trova pronti a prevenire le complicità del ricovero stesso ma noi operatori sanitari siamo spesso spiazzati da un rischio che è sempre più frequente e riguarda la comunicazione con i caregiver.

La comunicazione della terminalità o della drammatica perdita funzionale conseguente al fatto acuto diviene sempre più faticosa e pretende che ci si prepari per evitare equivoci ed incomprensioni che si ripercuotono sul percorso post-dimissione.

I fattori da tenere presente consistono in:

- a- la pretesa di immortalità che non prevede la morte dei propri genitori (anche se centenari);
- b- la crisi occupazionale per cui non è raro che un figlio cinquantenne viva con la pensione del genitore;
- c- la difficoltà economica che può determinare l'impossibilità di sostenere il costo di una retta in RSA;
- d- la presenza di conflitti familiari che esplodono con il variare delle condizioni del genitore.

Tutto ciò, ed altro ancora, determina uno stato emotivo che impedisce al familiare l'ascolto reale dei contenuti che l'operatore cerca (a suo parere) di illustrare nel modo più chiaro ed efficace.

Diviene perciò sempre più importante curare la relazione col caregiver, con la famiglia in generale, assicurarsi che l'interlocutore abbia compreso. Tenere a mente che ogni giorno bisognerà riprendere l'argomento.

I cambi repentini di prospettive rispetto alle nuove necessità assistenziali del grande anziano sono evidenziabili dai seguenti dati.

Su 2531 casi di pazienti che accedevano ad un reparto di geriatria acuti analizzai 167(6,59%) sono deceduti. Su 167 decessi in 147(88,02%) casi la patologia causa di morte era la stessa d'ingresso, in 20 (11,98%) non corrispondeva.

La media della Barthel in ingresso era di 18,79/100, 78(46,70%) pazienti presentavano una Barthel d'ingresso di 0/100, 114(68,26%) avevano ≤ 20; solo 12(7,18%) pazienti all'ingresso presentavano Barthel di 100/100. La media del Karnofsky performance status era di 35,38/100, mentre ben 105(62,87%) pazienti presentavano un valore ≤ 30.

Per 18(10,78%)pazienti è stato necessario attivare la richiesta hospice.

Cercare di posizionarsi sul piano emotivo diventa una necessità per il clinico che si relazioni con il caregiver di un paziente grande anziano che intraprende un percorso di ospedalizzazione. La comunicazione assume un ruolo fondamentale nella cura, per far comprendere ed accettare al familiare, anch'esso sempre più spesso anziano, quali prospettive aspettarsi per il futuro del proprio caro.

DALL'ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ SOCIO SANITARIA - "MI FIDO" UNA PERSONA AL TUO FIANCO: IL CUSTODE SOCIALE

SERPIERI CHIARA¹, PERUGINI LORELLA¹, RUGOLO LUCIA¹

¹ ASL VC, Vercelli - IT

Sviluppare o potenziare interventi di assistenza leggera a favore di anziani per i quali :

- non siano già in atto progetti individuali di presa in carico da parte dei Servizi socio sanitari territoriali;
- sussistano condizioni di fragilità lieve-media e vulnerabilità sociale tali da costituire una minaccia per la salute.

Individuazione dei pazienti con fragilità lieve media.

Condivisione del progetto con i medici di medicina generale.

Formazione di volontari "custodi sociali" da destinare ai progetti individuali per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

Si attende di:

- Sviluppare, e implementare la rete dei servizi socio sanitari e il volontariato per identificare tempestivamente soggetti con profilo di fragilità lieve-medio;
- Sperimentare un servizio di prossimità più articolato, puntando sul ruolo del custode sociale e su un modello organizzativo flessibile e complesso, che valorizzi le sinergie dei diversi soggetti istituzionali.
- Costruire riferimenti stabili e qualificati in tutto il territorio dell'ASL VC in contesti socioambientali disagiati e a rischio.

Con questo progetto L'ASL VC mira al potenziamento di una rete integrata di servizi socio sanitari, più efficace e flessibile a favore di una fascia di utenza che sino a oggi risulta essere non conosciuta dai servizi preposti e non in carico ma che versa in condizioni di vulnerabilità tali che se non controllate /monitorate possono degenerare in condizioni di fragilità grave.

Bibliografia

Italia Longeva - L'assistenza domiciliare in Italia : chi la fa, come si fa e buone pratiche.

Linee di indirizzo Regione Piemonte sulla cronicità 2018.

Piano nazionale Cronicità 2016.

Piemonte Innovazione. Edizioni Forum PA. 2018.

PERSONALIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI DELLE PSICOSI SCHIZOFRENICHE: DESCRIZIONI DELLE FREQUENZE DI UTILIZZO DEI LONG ACTING INJECTION (LAI)/GLI ANTIPSICOTICI DI NUOVA GENERAZIONE CON SOMMINISTRAZIONE INTRAMUSCOLARE VS I FARMACI ANTIPSICOTICI DI PRIMA GENERAZIONE

SERRITELLA CRISTINA¹, RUSSO ANGELO², ZANGHERI SABRINA¹, BUONINCONTI ROBERTO¹, PEPE GIUSEPPE¹, BALDOSCHINO MARIA¹, DEL VECCHIO HEIDEGRET¹, PAOLINO MICHELA¹, SALVATI TIZIANA³

¹ Unità Operativa Di Salute Mentale (Uosm) Di San Cipriano D'aversa, Dipartimento Di Salute Mentale (Dsm) Asl Caserta, Caserta - IT, San Cipriano d'Aversa - IT

² Dipartimento di Economia - Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Capua - IT ³ Cattedra Dell'età Evolutiva - Università Degli Studi Di Napoli Suor Orsola Benincasa, Napoli - IT

Allo stato dell'arte, nel real world, non disponiamo di studi clinici esaustivi che valutino le differenze di utilizzo dei farmaci Long Acting Injection (LAI), gli Antipsicotici di Nuova Generazione a Rilascio Prolungato a somministrazione intramuscolare vs i classici Farmaci Antipsicotici di Prima Generazione con Cinetica di Deposito (Farmaci Antipsicotici DEPOT).

Abbiamo effettuato un'analisi descrittiva delle frequenze delle diagnosi mediante il Software Statistical Package for Social Science (IBM SPSS) per fasce d'età stabilite ad intervalli di 10 anni in un campione di 330 pazienti della nostra Unità Operativa di Salute Mentale in terapia con LAI e DEPOT sia a domicilio sia presso la struttura (Tabelle 3.1).

L'analisi della varianza per le classi LAI e DEPOT (tabella 6.1 e grafico combinato 7.1) ha evidenziato che in tutte le fasce analizzate per la medesima diagnosi, la gestione clinica dell'utilizzo dei farmaci LAI e DEPOT è personalizzata con dosaggi, intervalli e luogo di somministrazione definiti per ciascun paziente (Tabella 5.1).

Si può dedurre che il management clinico di tali farmaci è di pertinenza territoriale che segue la logica della esperienza degli operatori e del contesto socio-culturale del campione dei pazienti esaminati.

Software Statistical Package for Social Science (IBM SPSS)

PADRE E FIGLIO: DUE RARI CASI DI AMNESIA TOPOGRAFICA IN EPILESSIA DEL LOBO TEMPORALE

TUDOR FLORINA¹, CESTER ALBERTO¹, TESSARI ANNALISA², BOLZETTA FRANCESCO¹, VERONESE NICOLA³, BALDAN ANNA², FORMILAN MARINO¹, BUSONERA FLAVIO¹, MENEGALDO GIULIA¹, BARTOLOMEI LUIGI²

¹ Dipartimento Medico - U.O.C. di Geriatria, AULSS N.3 Serenissima, Distretto di Dolo, Mirano, sede Ospedaliera di Dolo (VE) - IT

² Dipartimento Medico - U.O.C. di Neurologia, AULSS N.3 Serenissima, Distretto di Dolo, Mirano, sede Ospedaliera di Mirano (VE) - IT

³ U.O.C. Cure Primarie - Geriatria territoriale, AULSS N.3 Serenissima, Distretto di Dolo, Mirano (VE) - IT

Abbiamo studiato due soggetti con epilessia del lobo temporale e sospetta amnesia tomografica. Il nostro obiettivo è stato di valutare mediante un'approfondita indagine neuropsicologica la presenza di amnesia topografica in due pazienti con epilessia del lobo temporale. Il disorientamento topografico è un deficit cognitivo caratterizzato dall'incapacità di memorizzare un itinerario nuovo o di seguirne uno già noto. La presenza di tale deficit rende complicati anche gli spostamenti all'interno di ambienti familiari e può essere secondaria ad una lesione dell'emisfero cerebrale destro. Nell'epilessia del lobo temporale, la forma più comune di epilessia focale dell'adulto, è molto raro trovare un deficit selettivo di disorientamento topografico. Solitamente in questa forma di epilessia, infatti, i deficit cognitivi coinvolgono il linguaggio e la memoria. Questa patologia è raramente ereditaria e nel 70% dei casi è rilevabile alla RMN cerebrale una lesione temporale, in particolare un'atrofia ippocampale. Il caso presenta diversi fattori di interesse: i soggetti studiati sono padre e figlio e presentano gli stessi tipi di deficit cognitivo esclusivamente di natura topografica, con linguaggio e memoria conservati. La loro RMN cerebrale risultava inoltre negativa per lesioni a livello ippocampale.

Per la nostra indagine abbiamo eseguito una valutazione neuropsicologica approfondita volta a valutare tutte le funzioni cognitive. Particolare attenzione è stata rivolta alla valutazione dell'orientamento topografico. Sono state inoltre eseguite, oltre a RMN ed EEG, anche le analisi genetiche. I due soggetti presentavano difficoltà qualitative nel ragionamento logico, nella percezione e pianificazione visuo-spaziale, nonché difficoltà qualitative nella memorizzazione di un percorso complesso. Il figlio presentava anche un deficit dell'attenzione selettiva. Nessuno dei due presentava, invece, agnosia topografica. Entrambi presentavano capacità linguistiche e mnestiche nella norma. L'analisi genetica nel padre ha evidenziato una mutazione in eterozigosi del gene DEPDC5, verosimilmente patognomica. Nel figlio l'analisi genetica risulta ancora in corso.

Nei due casi di epilessia del lobo temporale esaminati abbiamo rilevato un pattern simile di deficit cognitivi topografici isolati rari e con carattere familiare (mutazione in eterozigosi gene DEPDC5), in assenza di lesioni radiologicamente rilevabili.

Bibliografia

Brunsdon R, Nickels L, Coltheart M. Topographical disorientation: towards an integrated framework for assessment. *Neuropsychological rehabilitation*. 2007 Jan; 17(1):34-52.

Claessen MHG, van der Ham IJ. Classification of navigation impairment: a systematic review of neuropsychological case studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017 Feb; 73:81-97.

Cormack F, Cross JH, Isaacs E, Harkness W, Wright I, Vargha-Khadem F, Baldeweg T. The development of intellectual abilities in pediatric temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*. 2007 Jan; 48(1): 201-4.

Descloux V, Bellmann A, Maurer R. Assessment of topographical disorientation: First application of new tests and case report. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2015; 22(5):373-80.

Epstein R, Deyoe EA, Press DZ, Rosen AC, Kanwisher N. Neuropsychological evidence for a topographical learning mechanism in parahippocampal cortex. *Cognitive Neuropsychology*. 2001 Set; 18(6):481-508.

Felician O, Tramon E, Bartolomei F. Transient epileptic amnesia: update on a slowly emerging epileptic syndrome. *Revue neurologique*. 2015 Mar; 171(3):289-97.

Labate A, Gambardella A, Andermann E, Aguglia U, Cendes F, Berkovic SF, Andermann E. Benign mesial temporal lobe epilepsy. *Nature Reviews Neurology*. 2001 Apr; 7(4):237-40.

Orsini DL, Van Gorp WG, Boone KB. The neuropsychology casebook. Springer Science & Business Media. 11 Nov 2013 - 270 p.

Trojano L, Conson M, Maffei R, Grossi D. Categorical and coordinate spatial processing in the imagery domain investigated by rTMS. *Neuropsychologia*. 2006; 44(9):1569-74.

IL DELIRIUM IN AREA MEDICA: (RI)CONOSCERE, PREVENIRE E CURARE

TURCO RENATO², FUMANELLI EMANUELA³, GALVAGNINI KATIA², GASPERI GIUSEPPINA¹, ZANELLA PAOLO², MINERVINI SERGIO³, SPAGNOILLI WALTER¹, BENETOLLO PIER PAOLO⁴, BELLELLI GIUSEPPE⁵, GIRARDELLO RENZO⁶

¹ U.O. Medicina Interna Ospedale di Trento, Trento - IT

² U.O. Geriatria Ospedale di Trento, Trento - IT

³ U.O. Geriatria Ospedale di Rovereto, Rovereto - IT

⁴ Direzione Sanitaria APSS, Trento - IT

⁵ Cattedra di Geriatria Università degli Studi Milano-Bicocca, Monza, Monza - IT

⁶ U.O. Geriatria Ospedale di Trento e Ospedale di Rovereto, Trento - IT

Il delirium (D) è una sindrome caratterizzata da un'alterazione acuta e fluttuante delle performance cognitive (in particolare attenzione e consapevolezza) e alterazioni dello stato di vigilanza, in possibile associazione a disturbi comportamentali (dispercezioni, alterazioni del ritmo sonno-veglia). È un'emergenza medica, con riflessi negativi sulla durata della degenza ospedaliera e su outcome "forti" come istituzionalizzazione e mortalità. Gli studi scientifici dimostrano che la diagnosi precoce, l'identificazione e la correzione dei fattori modificabili possono migliorare la qualità delle cure e le complicanze a medio e lungo termine.

Nel corso del 2019 è stato avviato nell'Area Medica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento un progetto per un percorso di conoscenza e formazione rivolto al personale sanitario dei reparti internistici di tutti gli Ospedali Trentini, coinvolgendo esperti del settore. Il primo passo di questo percorso è stata la rilevazione della prevalenza del D nei reparti dell'Area Medica (Medicina Interna e Geriatria), preceduta da un incontro formativo sulla somministrazione del test 4AT agli infermieri incaricati.

Il 12 febbraio 2020 è stato realizzato uno studio di prevalenza di D in tutti i pazienti degenti nelle U.O. dell'Area Medica. Sono stati esclusi i pazienti afasici o comatosi, i minori e i soggetti che non parlavano la lingua italiana. I restanti degenti sono stati sottoposti al 4AT test. Sono stati raccolti in forma anonima i risultati del test e i dati inerenti età, genere, e precedente diagnosi di demenza. I risultati sono stati suddivisi in tre gruppi in base al punteggio della scala 4AT (Gruppo A: punteggio = 0; Gruppo B: punteggio da 1 a 3; Gruppo C: punteggio ≥ 4). Il Gruppo A era indicativo di assenza di D e demenza, il Gruppo B di possibile decadimento cognitivo senza D e il Gruppo C di possibile diagnosi di D (sovrapposto o meno a demenza). Una ulteriore analisi è stata condotta suddividendo i pazienti in tre classi d'età (<65 anni; tra i 65 e i 75 anni, >75 anni).

Sono stati reclutati 342 pazienti. Avevano un'età media di 73 anni, erano prevalentemente di sesso maschile (51.8%) e in 20 casi (5.8%) avevano una precedente diagnosi di demenza. Il 21.4% dei pazienti apparteneva al gruppo C (possibile D), il 34.2% al gruppo B (deficit cognitivo ma non D) e il restante 44.4% al gruppo A (non D né deficit cognitivo). La percentuale dei pazienti con screening positivo per D è risultata aumentare progressivamente per fasce d'età crescenti (<65 anni= 10.5%; 65-75 anni= 15.8%; > 75 anni= 27.0%).

I dati di prevalenza rilevati nelle U.O. della nostra Provincia confermano che il D è un problema molto rilevante dal punto di vista epidemiologico, soprattutto nelle fasce d'età più avanzata, e avvalorano ulteriormente l'importanza e la necessità di percorsi di conoscenza e formazione del personale sanitario al fine di migliorarne la gestione e ottenere una qualità di cure migliore. La formazione proseguirà con lo svolgimento di due seminari rivolti al personale medico, infermieristico, riabilitativo e occupazionale. L'obiettivo finale è l'implementazione nelle procedure di reparto di elementi utili per la prevenzione e la gestione del D evidenziando specifici indicatori di processo.

Bibliografia

Bellelli G. et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age Ageing. 2014 Jul; 43(4):496-502.

Rieck KM, Pagali S, Miller D. Delirium in hospitalized older adults. Hosp Pract (1995). 2020 Jan 18:1-14.

L'EFFICACIA DELL'ARTETERAPIA NELLA RIDUZIONE DEI SINTOMI COMPORTAMENTALI NELLA MALATTIA D'ALZHEIMER APPLICATA IN UN CENTRO DIURNO

VARDÈ VITTORIA¹, FILASTRO ANTONELLA STEFANIA²

¹ Centro diurno Gocce di Memoria, CSPE, Mileto - IT

² IPUE Istituto di Psicologia Umanistica Esistenziale, Roma - IT

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati e valutati una varietà di interventi psicosociali per le persone affette da demenza. Diverse revisioni sistematiche dimostrano che i programmi di supporto multicomponente per le persone affette da demenza in sintonia con le esigenze individuali, sono più efficaci delle singole attività di supporto per i pazienti. In modo particolare l'utilizzo dell'Arteterapia è riconosciuta come tecnica capace di ridurre i sintomi depressivi e comportamentali del quadro clinico e di migliorare nel complesso la qualità di vita dei pazienti.

Scopo dello studio è quello di valutare l'efficacia dell'arteterapia nella riduzione dei sintomi comportamentali e depressivi in pazienti affetti da demenza d'Alzheimer.

Lo studio è stato condotto sui pazienti inseriti all'interno di un centro diurno in cui vengono effettuate sedute di arteterapia due volte a settimana. L'osservazione è stata effettuata nell'arco di tempo di 6 mesi. A tutti i pazienti oltre all'esame psicologico e all'intervista clinica sono state somministrate le seguenti scale di valutazione:

- Mini Mental State Examination (M.M.S.E) per la valutazione delle funzioni cognitive;
- Activities of Daily Living Scale (ADL) per la valutazione delle attività della vita quotidiana;
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) per la valutazione psicopatologica generale;
- Geriatric Depression Scale per la valutazione dei sintomi depressivi.

Le scale menzionate, sono state somministrate in modalità pre-post trattamento, ovvero nella fase di inserimento dei pazienti al centro e successivamente a distanza di 6 mesi.

Sono stati valutati 10 pazienti che all'ingresso al centro presentavano:

- decadimento cognitivo moderato;
- disabilità moderata;
- disturbi comportamentali, caratterizzati da ansia e agitazione, di grado moderato;
- moderati livelli di sintomi depressivi.

La valutazione effettuata nella fase post trattamento, non ha rilevato alcun miglioramento dello stato cognitivo e funzionale dei pazienti bensì ha evidenziato una riduzione significativa dei disturbi comportamentali ed un miglioramento dei sintomi depressivi.

L'Arteterapia, inserita in un complesso intervento multi componenziale al trattamento della demenza d'Alzheimer, dimostra una notevole efficacia nella riduzione dei sintomi comportamentali e depressivi, favorendo conseguentemente un miglioramento della qualità della vita sia dei pazienti che dei familiari.

Bibliografia

- Bortolomiol E. Gentlecare: l'approccio assistenziale alla persona con demenza. In Gambina G., Pasetti C. (a cura di) *Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze: dalla clinica alla bioetica*. Edizioni libreria Cortina, Verona 2008; pp. 377-380.
- Broggio E, Sala F, Martini MC. Trattamenti non farmacologici dei disturbi comportamentali (BPSD). In Gambina G., Pasetti C. (a cura di) *Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze: dalla clinica alla bioetica*. Edizioni libreria Cortina, Verona 2008, pp. 349-356.
- Gabbard GO. *Sindromi mentali organiche*, in *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano 1999.
- Pillot Igne M. *Psicologia e psicopatologia dell'espressione artistica*. UTET Università, Torino 2000.
- Resnik S. *Avventura estetica*. Franco Angeli, Milano 2002.
- Ricci Bitti PE. (a cura di) *Regolazione delle emozioni e Artiterapie*. Carrocci editore, Roma 1998.

SINDROME DI CAPGRAS E DEMENZA A CORPI DI LEWY

ZARCONI CRISTINA¹, AMOROSO ISABELLA¹, BELLELLI GIUSEPPE¹

¹ Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano - IT

Descrizione di un caso clinico

La Demenza a Corpi di Lewy (DCL) è la seconda più comune causa di demenza su base neurodegenerativa. È causata dall'accumulo di aggregati insolubili di alfa-sinucleina (detti Corpi di Lewy) all'interno delle cellule neuronali e gliali. Secondo i criteri di McKeith la DCL è caratterizzata da marcate fluttuazioni della vigilanza, disturbi cognitivi, allucinazioni visive, caratteristiche motorie simili a quelle del Parkinson e disturbi del sonno REM (McKeith IG. et al., 2017). Dal punto di vista neuropsicologico i pazienti con DCL hanno una spiccata compromissione delle funzioni attentive, delle funzioni esecutive e delle abilità visuo-spaziali (Di Felice F. et al., 2014).

La sindrome di Capgras è un delirio di misidentificazione in cui il paziente crede che una persona cara sia stata rimpiazzata da un impostore (Thaipisuttikul P. et al., 2013).

Caso clinico

Donna di 77 anni, 5 anni di scolarità, vedova, vivente da sola al proprio domicilio con costante supervisione della figlia. In anamnesi, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale permanente, ipotiroidismo post-tiroidectomia e cataratta bilaterale. Giunge a visita psico-geriatrica per «sindrome depressiva con allucinazioni». Al colloquio la paziente e i familiari riferiscono allucinazioni visive, incapacità a riconoscere la propria immagine riflessa nello specchio, anomia, sintomi di depressione del tono dell'umore, migliorati dopo l'introduzione di farmaco antidepressivo. All'esame obiettivo neurologico lieve ipertonico bilaterale. Reca in visione una serie d'indagini mirate, tra cui: esami ematochimici (nella norma) e TC encefalo (atrofia cerebrale in particolare nelle regioni frontali, angioma cavernoso).

Al Mini Mental Status Examination (MMSE) riporta un punteggio di 25/30 e al Clock Drawing Test (CDT) un punteggio di 3/5. Coesiste parziale compromissione dell'autonomia funzionale nelle attività strumentali della vita quotidiana. Alla valutazione neuropsicologica (vedasi tabella) deficit multi-dominio interessanti la memoria a lungo termine verbale e spaziale, le funzioni esecutive, visuo-costruttive e la fluency semantica.

Nel sospetto di DLB viene posta indicazione a eseguire DAT-scan che evidenzia ipocaptazione del tracciante a carico dei corpi striati bilateralmente, maggiormente a sinistra. Viene quindi iniziata terapia con rivastigmina. Al controllo a 1 mese permangono misidentificazioni, sebbene l'immagine dell'impostore allo specchio sembri generare minor stress. Ad un ulteriore controllo a 7 mesi si evidenzia un netto peggioramento delle performance cognitive (MMSE 19/30) ma stazionarietà dei disturbi comportamentali.

La Sindrome di Capgras è relativamente meno rara nella DCL rispetto alla DA (Nagahama Y. et al., 2007). Anche nella DCL la sindrome di Capgras è rara nella variante in cui è la propria immagine riflessa nello specchio ad essere oggetto di misidentificazione. Nella maggior parte dei casi è infatti l'immagine di una persona cara ad essere misidentificata. Ad oggi non sono ancora stati descritti in letteratura casi in cui è la propria immagine riflessa che scatena la misidentificazione nei pazienti con DC.

Il nostro caso quindi rappresenta un caso al momento unico. Qualora altri casi venissero segnalati, sarà importante verificare quali siano i meccanismi fisiopatogenetici coinvolti.

Bibliografia

- Di Felice F, Tinarelli C, Mangialasche F et al. Dementia with Lewy bodies: up-to-date, *G Gerontol.* 2014; 62:483-49.
- McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW et al., Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 2017 Jul 4; 89(1):88-100.
- Nagahama Y, Okina T, Suzuki N et al. Classification of Psychotic Symptoms in Dementia With Lewy Bodies. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007 Nov; 15(11):961-7.
- Thaipisuttikul P, Lobach I, Zweig Y et al. Capgras syndrome in Dementia with Lewy Bodies, *Int Psychogeriatr.* 2013 May; 25(5):843-9.

L'innovazione in psicogeriatría

COME GESTIRE LO STRESS: IL POTERE DELLA MENTE “CONSAPEVOLE” TRAINING DI EMPOWERMENT COGNITIVO ED EMOTIVO RIVOLTO A PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI PARKINSON ED AI LORO FAMILIARI

CAPOTOSTO EMANUELA¹, CARENA ELISA¹

¹ ISRAA, Treviso - IT

L'ISRAA (Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani) di Treviso, in collaborazione con l'Associazione Parkinsoniani di Treviso, presenta un intervento di promozione del benessere psicologico rivolto a malati di Parkinson e ai loro familiari.

L'obiettivo generale è la riduzione dello stress attraverso lo sviluppo di risorse più funzionali alla gestione degli eventi stressanti, dei quali la malattia costituisce solo un aspetto.

L'intervento ideato integra la letteratura tradizionale riguardante i modelli di stress e coping (Selye H., 1936; Lazarus R.S. e Folkman S., 1984), i modelli del cambiamento (Prochaska e Di Clemente 1982), e del benessere psicologico (Ryff 1989; Seligman 2011), con i modelli psicologici di terza generazione: l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Harris R., 2009), gli interventi basati sulla mindfulness (Kabat-Zin J., 2003) e la Compassion Focused Therapy (Gilbert 2012).

Gli obiettivi specifici sono:

- Ridurre il livello di stress percepito;
- Aumentare il senso di consapevolezza verso i propri stati mentali;
- Aumentare la resilienza e l'autoefficacia percepita;
- Sviluppare un atteggiamento di gentilezza e compassione verso gli stati emotivi propri ed altrui.

Si ipotizza che, l'acquisizione di una maggior consapevolezza in termini di funzionamento degli stati cognitivi ed emotivi, accompagnata dall'acquisizione di strategie utili, non tanto a modificare l'evento stressante in sé, bensì la relazione con esso produca: una riduzione dello stress percepito, un aumento della resilienza, dell'autoefficacia percepita e una modifica dell'atteggiamento mentale in termini di maggior gentilezza e compassione verso gli stati emotivi propri ed altrui.

Il percorso si è articolato in 6 appuntamenti a cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza, con una partecipazione media di 20 persone, tra familiari e malati (9 familiari e 11 malati), per ogni incontro. Previsto un incontro di follow-up a distanza di due mesi.

L'efficacia dell'intervento è stata valutata mediante i seguenti questionari:

- URICA (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989);
- Scala dello Stress Percepito (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1994);
- Scala di Autovalutazione della Resilienza (Ad.to da Sinclair, Wallstone, 2004);
- Scala dell'Autoefficacia Percepita nella gestione dei compiti complessi (Farnese, Avallone, Pepe e Porcelli, 2007);
- Scala di Self-Compassion (Neff 2003).

Le analisi statistiche hanno evidenziato, solo nel gruppo dei caregiver, differenze significative tra la valutazione pre test e post test nelle dimensioni di: resilienza ($t=4,59$ $p<.05$) e stress percepito ($t=2,87$ $p<=.01$) e, in entrambi i gruppi, correlazioni significative ($p<=.05$) tra scale di resilienza, self-compassion e cambiamento.

I risultati ottenuti, che andranno integrati ed approfonditi, confermano le ipotesi iniziali sottolineando la relazione tra atteggiamento mentale e sviluppo di risorse utili a fronteggiare la patologia in supporto della validità ed utilità di interventi basati sulla mindfulness e, più in generale, sugli approcci psicologici di terza generazione. Gli sviluppi futuri del progetto prevedono un ampliamento del campione e la sperimentazione con target di popolazione differenti.

Bibliografia

Harris R. ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publication, Oakland (CA) 2009.

Kabat-Zinn J. Vivere momento per momento. TEA, 2003.

Selye H. The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones in American Scientist 1963;61 (6):692-699.

Siegel DJ. Mindfulness e cervello. Raffaello Cortina, 2009.

Sitografia

Mcgonigall K. How to make stress your friend. National Institute for Health and Care Excellence, TED Talk 2013; Parkinson's disease in adults: diagnosis and management. July 2017. <http://www.ted.com>

IL PROGETTO ANTHROPOS PER GIOVINAZZO: ALZHEIMER PERSONAL MIND TRAINER, L'ATTIVAZIONE DI PROGRAMMI AGLI ESORDI DI MALATTIA

COZZARI MARIA PIA¹, DE VANNA FLORIANA¹, GIAMMARINO STEFANIA¹

¹ Anthropos Soc. Coop. Sociale, Giovinazzo - IT

Il Servizio Multispecialistico Domiciliare promosso dall'Anthropos, Soc. Coop. Soc. di Giovinazzo (BA), si configura come un nuovo modo di approcciarsi alla malattia di Alzheimer agli esordi. Esso prevede un approccio con il paziente fondato sul concetto di invisibilità, in cui ogni operatore agisce come «figura sfondo» rispettando volontà e tempi soggettivi di ogni persona. L'obiettivo è rappresentato dal tentativo di fornire risposte domiciliari «multispecialistiche», «tempestive» e «personalizzate» ad ogni bisogno. Ogni programma di intervento è costruito ad personam, strutturato in funzione delle risorse soggettive possedute. L'intervento si rivolge a persone affette da Disturbo Neurocognitivo lieve dovuto

a malattia di Alzheimer (DSM V). Tale disturbo si caratterizza principalmente da un declino cognitivo rispetto ad un precedente livello di funzionamento in uno o più domini cognitivi. Tale declino non interferisce con le attività di vita quotidiana, svolte con maggiore difficoltà e/o lentezza. La metodologia di lavoro è strutturata in fasi diversificate ma tra loro complementari. Essa prevede la conoscenza approfondita di ogni persona (lavoro, hobby, relazioni, etc.), un mirato approfondimento neurologico e psico-diagnostico, l'elaborazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), strutturato in funzione delle risorse e delle potenzialità possedute, l'attuazione a domicilio e nei principali contesti di vita della persona, dello specifico protocollo di intervento (il quale prevede anche l'utilizzo di tecnologie innovative) e il monitoraggio costante dell'andamento del programma personalizzato con verifica dei risultati. Il Servizio Multispecialistico Domiciliare prevede il coinvolgimento strategico di un'intera équipe multiprofessionale altamente specializzata e selezionata. Al suo interno, ogni membro dello staff opera secondo le proprie competenze per la realizzazione degli obiettivi terapeutici.

I primi risultati possono considerarsi significativi ed incoraggianti sul fronte terapeutico. I pazienti seguiti dal protocollo multispecialistico domiciliare, infatti, presentano nel tempo un significativo mantenimento delle funzioni cognitive e delle proprie autonomie di vita, tale da consentire loro la possibilità di mantenere attivi ruoli sociali e familiari. Importanti possono essere considerati anche i risultati sul versante emotivo-psicologico. Confrontando i report dei pazienti stessi e dei caregiver di riferimento, dalla fase di presa in carico ad oggi, si rileva un incremento della percezione del benessere e della serenità familiare, legato in modo particolare alla sensazione di poter sempre contare sul supporto di un'intera équipe multispecialistica a servizio delle proprie esigenze. Le campagne di prevenzione cittadina insieme con la rete attivata con i principali centri di ricerca locali e nazionali, rappresentano allo stato attuale la modalità elettiva per intercettare tempestivamente persone che presentano sintomi iniziali di malattia.

Il Servizio Multispecialistico Domiciliare è pensato come un Servizio innovativo, attraverso cui rispondere tempestivamente e concretamente al crescente fabbisogno della popolazione affetta da Disturbo Neurocognitivo. Riconoscendo sin da subito, le difficoltà che possono presentarsi negli usuali contesti di vita di ogni persona, tale servizio presenta vantaggi tangibili per il paziente stesso, il nucleo familiare ed il Servizio Sanitario Nazionale. Nello specifico esso soddisfa un bisogno attualmente insoddisfatto di persone ora escluse da qualsiasi forma di circuito riabilitativo, consentendo tanto la dilatazione dei tempi di autonomia quanto il ritardo della istituzionalizzazione della persona.

Inoltre, già attivo a livello territoriale, il Servizio contribuisce ad alimentare forme di prevenzione e a sensibilizzare l'intera comunità rispetto al delicato tema delle demenze. Il Metodo qui proposto è stato oggetto di pubblicazione edito dalla Maggioli Editore (Novembre 2017) dal titolo: "Alzheimer niente panico ma intervenire subito! L'attivazione di programmi agli esordi di malattia". Il Volume rivolto a familiari e professionisti del settore, contiene riflessioni ed indicazioni per attuare un intervento agli esordi di malattia.

Bibliografia

De Vanna F, Cozzari MP, Giammarino S. Alzheimer niente panico ma intervenire subito! L'attivazione di programmi agli esordi di malattia. Maggioli Editore, Novembre 2017.

PERFORMANCE COGNITIVE E MOBILITÀ FUNZIONALE NELL'ANZIANO: QUALI FATTORI INFLUENZANO IL LORO LEGAME?

MULAS ILARIA², PUTZU VALERIA¹, VIALE DANIELA¹, ASONI GESUINA¹, MAMELI IRENE¹, PAU MASSIMILIANO¹

¹ Cagliari - IT

² IT

La popolazione mondiale invecchia repentinamente, e l'aumento del numero di individui anziani è associato a un incremento di patologie età correlate, tra le quali rivestono grande rilevanza le demenze e i deficit cognitivi. Il decadimento cognitivo si accompagna frequentemente ad alterazioni del controllo motorio e limitazioni funzionali nel movimento che possono compromettere l'indipendenza e lo svolgimento di importanti attività quotidiane. Partendo da tali considerazioni, il presente studio si propone di verificare l'esistenza e l'entità delle correlazioni esistenti tra performance cognitive e mobilità funzionale, quest'ultima valutata utilizzando sensori indossabili miniaturizzati.

Presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Territoriale della ASSL di Cagliari (ATS Sardegna) sono stati reclutati 91 individui (57 donne e 34 uomini) di età compresa tra 63 e 92 anni. Essi sono stati sottoposti a visita geriatrica, valutazione cognitiva di secondo livello completa (che ha incluso tra gli altri Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, Test di Fluenza semantica e verbale, Matrici attenzionali) e una valutazione delle funzionalità motoria di base. In particolare, sono stati analizzati il cammino e la mobilità funzionale (con test Timed Up and Go, TUG) utilizzando un sensore inerziale indossabile posizionato sulla parte bassa del rachide.

I dati relativi alle accelerazioni del tronco sono stati elaborati per fornire i principali parametri spazio-temporali del cammino (velocità, lunghezza del passo, cadenza, ecc.) e quelli del TUG (durata totale, durata delle rotazioni intermedia e finale, tempo di alzata e seduta). Le relazioni tra parametri motori e i risultati dei test neuropsicologici sono state analizzate calcolando il coefficiente di correlazione di Spearman.

L'analisi statistica effettuata sull'intero gruppo di partecipanti, ha evidenziato l'esistenza di moderate significative correlazioni (positive e negative) tra performance cognitive e motorie. In particolare sono state riscontrate correlazioni positive tra la velocità del cammino e lunghezza del passo con tutti i test di valutazione cognitiva (lunghezza del passo vs. ACE-R, $r=.437$, $p<.01$, velocità vs. fluenza verbale $r=.566$, $p<.01$). Tuttavia, stratificando i partecipanti per sesso, è emerso che per le donne i valori del coefficiente di Spearman sono nettamente più elevati rispetto agli uomini.

I risultati del presente studio dimostrano l'utilità di una valutazione multidisciplinare (geriatrica, neuropsicologica e motoria) nei pazienti affetti da decadimento cognitivo.

Bibliografia

Ansai JH, Andrade LP, Rossi PG, Almeida ML, Carvalho Vale FA, Rebelatto JR. Association between gait and dual task with cognitive domains in older people with cognitive impairment. J Mot Behav. 2018 Jul-Aug; 50(4):409-415.

Blazer DG. Cognitive Aging: What We Fear and What We Know. Perspectives in Biology and Medicine. 2017; 60(4): 569-582.

Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006 Nov; 21(11):1078-85.

Sakowski SA, Cameron F, Feldman EL. Metabolism, cognition, and the brain throughout life. Neurobiol Dis. 2020 Feb; 134:104698. doi: 10.1016/j.nbd.2019.104698. Epub 2019 Nov 28.

LA POPOLAZIONE CARCERATA CON DEFICIT COGNITIVO: UNA SFIDA PER I CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

NEVIANI FRANCESCA¹, BERETTA ROBERTO¹, BERTOLOTTI MARCO², DE SALVATORE LUIGI¹, GAMBARELLI CHIARA², PETRELLA STEFANO¹, FABBO ANDREA¹

¹ AUSL Modena, Modena - IT

² Università di Modena e Reggio Emilia, Modena - IT

Attualmente in Italia, come in molti altri paesi nel mondo, non è noto il numero di persone affette da demenza all'interno delle carceri. Tale popolazione è costituita da pazienti già carcerati che sviluppano nel corso della detenzione un disturbo neurocognitivo maggiore e da persone che commettono reato già in corso di malattia. La disabilità cognitiva è spesso non riconosciuta dagli operatori e il paziente con demenza può peggiorare la sua condizione. Infatti, la convivenza in spazi comuni o celle spesso affollate, la mancanza di attività, la privazione di stimoli, la perdita di riferimenti familiari, la convivenza con altri detenuti possono essere fattori peggiorativi e scatenanti disturbi del comportamento. Attualmente i dati relativi al numero di detenuti con demenza non sono certi e gli operatori che lavorano nelle carceri spesso non hanno conoscenza di come affrontare il problema. Tuttavia uno studio condotto in Inghilterra ha dimostrato come nelle carceri sia possibile applicare i principi della Dementia Friendly Community (Samantha Tracy et al, 2019).

Nella Provincia di Modena la rete dei servizi per le demenze appare ben sviluppata e raggiunge pienamente gli standard previsti dal Piano nazionale Demenze. Dal 2017 esiste un servizio di consulenza psicogeriatrica per i soggetti con demenza. Nel carcere di Modena sono attualmente presenti n° 19 soggetti ultrasessantacinquenni; questa popolazione permane in carcere per tempi ridotti: nel 2018 sono stati carcerati 9 soggetti con età superiore ai 65 anni di cui 2 sono usciti dal carcere già nel 2018 e 3 nel 2019. Il medico responsabile del carcere può richiedere una consulenza psicogeriatrica al CDCD che viene organizzata direttamente presso la Casa Circondariale.

Dal 2018 ad oggi sono stati valutati 10 pazienti detenuti nella sezione per i reati sessuali (età media 73,7 anni ds 8,6: 4 di loro (30%) hanno ricevuto una diagnosi di demenza (20% demenza vascolare and 10% demenza mista) e il 30% è stato classificato come portatore di un disturbo neurocognitivo minore. Per un soggetto di 87 anni, carcerato da soli 3 mesi, è stata diagnosticata demenza di Alzheimer in fase moderata (MMSE20/30) sicuramente già presente al momento della carcerazione. Il soggetto aveva già necessità di essere supportato in attività basali della vita quotidiana poiché non più autonomo nel lavarsi e nel vestirsi, presentava disorientamento spaziale, misidentificazioni verso l'ambiente, falsi convincimenti e difficoltà a ricordare le motivazioni che avevano condotto alla carcerazione. Un giovane detenuto si occupava di lui come caregiver, secondo un programma di riabilitazione attraverso l'aiuto e il supporto a detenuti disabili. Nella nostra esperienza tutti i prigionieri detenuti con demenza o deterioramento cognitivo lieve presentavano disturbi comportamentali associati valutati con la scala NPI (punteggio medio 25,3 min 18 max 38). Questo studio preliminare pone domande importanti riguardo all'organizzazione sanitaria all'interno delle carceri, all'utilità e all'etica della detenzione in pazienti anziani e con decadimento cognitivo e all'opportunità di eseguire valutazioni multidimensionali nei pazienti anziani preventive alla carcerazione.

Bibliografia

Aday RH. Ageing prisoners: Crisis in American corrections. Praeger Publishers, Westport (CT) 2003.

Chiu T. It's About Time: Ageing Prisoners, Increasing Costs and Geriatric Release. VERA Institute of Justice, New York 2010.

Cooney F, Braggins J. Doing Time: Good practice with older people in prison - the views of prison staff (Report). Prison Reform Trust, London 2010.

Moll A. Losing track of time: Dementia and the ageing prison population: treatment challenges and examples of good practice. Report. Publisher: Mental Health Foundation, 1 February 2013.

DALLA SPERIMENTAZIONE ALLA FRUIBILITÀ PER IL CITTADINO. ATELIER ALZHEIMER: UN MODELLO TOSCANO DI UN SERVIZIO EXTRA – DOMICILIARE PER IL SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ DELLA PERSONA CON DECLINO COGNITIVO

POLI ELENA¹, FARALLI ALESSIO¹, FILIPPELLI SARA¹

¹ Centro Studi Orsa e Cooperativa Nomos, Bagno a Ripoli - IT

L'ATELIER ALZHEIMER (Centro Studi Orsa in collaborazione con AIMA Firenze) è un servizio di stimolazione cognitiva e sociale che ha come obiettivo generale il favorire l'utilizzo delle funzioni cerebrali superiori in pazienti con demenza lieve-moderata, patologie neurologiche come ictus e invecchiamento fisiologico.

Il metodo utilizzato è quello della stimolazione neurocognitiva che riproduce il programma della Cognitive Stimulation Therapy (Spector et al., 2008) del gruppo londinese della ricercatrice e clinica Aime Spector.

Durante gli anni di sperimentazione del progetto è stata svolta una breve ricerca in collaborazione con la ASL 10 di Firenze e ARSToscana ("Valutazione dei vantaggi del progetto Atelier Alzheimer, intervento cognitivo-motorio nelle persone con demenza e il suo impatto sui loro caregivers") che ha dimostrato l'effettiva efficacia di questo modello sia rispetto agli utenti che ai loro familiari. Nel 2018 infine, attraverso il DGR 224/2018, Regione Toscana ha inserito il modello Atelier Alzheimer nelle azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza.

L'Atelier Alzheimer, rientra tra quelle strategie innovative non-invasive che potenzialmente sono efficaci nella stimolazione della plasticità cerebrale. Si tratta di un gruppo di massimo 15 utenti che svolgono attività programmate sotto la supervisione di uno Psicologo esperto in Psicogeriatrica e/o un Neuropsicologo. Gli Operatori, formati sul progetto, sono esperti nella gestione e occupazione della persona con Demenza e conducono attività occupazionali finalizzate al contenimento dei sintomi, al mantenimento delle autonomie e al miglioramento della qualità della vita. Le attività proposte sono mutate dalla vita quotidiana seguendo quindi, un approccio prettamente ecologico. Il servizio Atelier Alzheimer svolge una presa in carico sia dell'utente che del suo familiare. La famiglia accede infatti, attraverso un colloquio clinico di inquadramento generale dell'utente non solo dal punto di vista medico, ma soprattutto in riferimento alla sua storia di vita. L'utente viene in seguito valutato dal Neuropsicologo, attraverso un inquadramento funzionale che permette di mantenere gruppi perlopiù omogenei e predisporre un progetto individualizzato per l'utente. La famiglia infine, viene invitata a partecipare ad incontri di Psicoeducazione con il professionista Psicologo di riferimento, per dare continuità alle attività svolte all'interno dell'Atelier Alzheimer e per ottenere, oltre ad un supporto emotivo - psicologico, utili strumenti e strategie di gestione della demenza a domicilio.

Bibliografia

Faralli A, Bigoni M, Mauro A, Rossi F, Carulli D. Noninvasive strategies to promote functional recovery after stroke. *Neural Plast.* 2013;2013:854597. doi: 10.1155/2013/854597. Epub 2013 Jun 24.

Foscarin S, Ponchione D, Pajaj E, Leto K, Gawlak M, Wilczynski GM, Rossi F, Carulli D. Experience-dependent plasticity and modulation of growth regulatory molecules at central synapses. *PLoS One.* 2011 Jan 31; 6(1):e16666. doi: 10.1371/journal.pone.0016666.

Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15; (2):CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

Sitografia

Ierardi F, Pizzimenti A. "Un aiuto per chi aiuta" L'Atelier Alzheimer nelle parole dei caregiver. Agenzia regionale di sanità della Toscana. Aprile 2016; <http://www.ars.toscana.it/>.

VALIDAZIONE IN LINGUA ITALIANA DI UN NUOVO TEST PSICOMETRICO: IL QUICK MILD COGNITIVE IMPAIRMENT SCREEN – VERSIONE ITALIANA (QMCI-I) SU UN CAMPIONE DI SOGGETTI DELLA REGIONE CAMPANIA

RUSSO GENNARO¹, LIGUORI ILARIA¹, IAVARONE SANDRO², CARPINELLI MAZZI MICHELE¹, MILAN GRAZIELLA³, POSTIGLIONE ALFREDO¹, ABETE PASQUALE¹

¹ Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli - IT

² U.O.C. Neurologia e Stroke, Ospedale CTO, AORN "Ospedali dei Colli", Napoli - IT

³ Ospedale Geriatrico "Frullone", ASL Napoli 1 Centro, Napoli - IT

Validazione in lingua italiana del Quick Mild Cognitive Impairment (QMCI) screen, recente test di screening di rapida e facile somministrazione in grado di rilevare e valutare in modo più accurato il deficit cognitivo lieve.

La versione originale del QMCI è stata tradotta dalla lingua inglese a quella italiana (QMCI-I) con la supervisione di colleghi neurologi e psicologi con una ottima conoscenza della lingua inglese. Ai soggetti arruolati è stato somministrato sia QMCI-I che il MMSE.

È stato selezionato un campione di 352 soggetti dei quali 252 sani, 50 affetti da MCI e 50 da demenza.

Il reclutamento dei pazienti è stato effettuato in diversi centri della Campania: l'AOU "Federico II" di Napoli, il Centro Geriatrico "Frullone" dell'ASL Napoli 1, l'AORN dei Colli di Napoli, l'AOU San "Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno.

Criteri di inclusione:

- Età > 40 anni;
- Scolarità ≥ 3 anni;
- Diagnosi di MCI attendendosi ai criteri clinici di Petersen e colleghi, NIA-AA o del DSM IV;
- Diagnosi di demenza attenendosi ai criteri NIA-AA o DSM IV.

Per confrontare tra i punteggi ottenuti al QMCI-I screen e al MMSE nei vari gruppi è stato utilizzato il test one-way-ANOVA. L'accuratezza diagnostica del QMCI-I screen e del MMSE è stata misurata calcolando l'Area Sotto la Curva (AUC) delle rispettive curve ROC (Receiver Operating Characteristic). Il cut-off ottimale del QMCI-I è stato individuato in base al valore dell'Indice di Youden e da quest'ultimo sono state ricavate la sensibilità e specificità ottimali.

Il 48% del campione era rappresentato da soggetti maschi e l'età media è stata di 66±10 anni. L'età media dei soggetti sani, con MCI e demenza è risultata rispettivamente 63,5 ± 9,2, 73,3 ± 8,2, 73,4 ± 8,4.

Il QMCI-I screen ha mostrato una maggiore accuratezza rispetto al MMSE nel distinguere i soggetti sani dai soggetti affetti da MCI (AUC 0.854 vs. 0.807) e da quelli con deficit cognitivo (AUC 0.924 vs. 0.894) e nell'individuare i soggetti con MCI e demenza (AUC 0.946 vs. 0.9;). Il cut-off del QMCI-I screen per differenziare i soggetti sani da quelli con MCI è risultato essere 51/100 [AUC.QMCI-Ig (IC 95%) = 0,854, sensibilità = 74 %, specificità = 81%], mentre quello per distinguere i soggetti con MCI da quelli con demenza è risultato essere 31/100 [AUC.QMCI-Ig (IC 95%) = 0,94, sensibilità = 90 %, specificità = 92%]. Il cut-off per distinguere soggetti con deficit cognitivo dai soggetti sani è risultato essere 25 essere 48/100 [AUC.QMCI-Ig (IC 95%) = 0,92, sensibilità = 79 %, specificità = 89%].

I risultati ottenuti permettono di affermare che il QMCI-I è uno strumento dotato di eccellenti proprietà psicometriche ed adatto a distinguere soggetti con normali capacità cognitive da quelli con MCI o con demenza. Dal confronto con i tradizionali test di screening per il decadimento cognitivo, risulta che il QMCI-I è dotato di maggiore sensibilità e specificità nel discriminare tali condizioni, anche se non in modo statisticamente significativo, un dato che potrà essere confermato con il raggiungimento di una maggiore numerosità campionaria. Inoltre, la semplicità ed il breve tempo di somministrazione (ca. 5 minuti) rendono il test di facile esecuzione anche in ambito non specialistico (ad esempio gli ambulatori di medicina generale), consentendo di identificare precocemente soggetti affetti da MCI e quindi a maggior rischio di sviluppare un quadro franco di demenza.

PREVALENZA DELL'UTILIZZO DI HALDOL DECANOAS IN UN CAMPIONE DI 330 PAZIENTI

SERRITELLA CRISTINA¹, RUSSO ANGELO², ZANGHERI SABRINA¹, BUONINCONTI ROBERTO¹, PEPE GIUSEPPE¹, BALDASCINO MARIA¹, DEL VECCHIO HEIDEGRET¹, PAOLINO MICHELE¹, SALVATI TIZIANA³

¹ Unità Operativa Di Salute Mentale (Uosm) Di San Cipriano D'aversa - Dipartimento Di Salute Mentale (Dsm) Asl Caserta, San Cipriano d'Aversa - IT

² Facoltà Di Economia - Università Degli Studi Della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta - IT

³ Cattedra dell'età Evolutiva - Università Degli Studi Di Napoli Suor Orsola Benincasa, Napoli - IT

Allo stato dell'arte, non vi sono dati certi sull'utilizzo nel real world dei Long Acting Injections (LAI), rispetto all'Aloperidolo Decanoato, in pazienti affetti da Psicosi Schizofreniche e da Altre Psicosi non Organiche.

Abbiamo suddiviso l'utilizzo dei farmaci LAI e di quelli DEPOT in base all'età (Tabella 4.7 e Istogrammi delle percentuali di utilizzo dei farmaci in base all'età 4.8).

Per le diagnosi prevalenti considerate, il Test Chi-Quadro ha rilevato "p < 0.05" significativo per l'utilizzo di Haldol D. (DEPOT) nelle fasce di età tra i 25-50 anni ed ancora di più nei probandi con età maggiore di 50 anni (Test Chi-Quadro per le Diagnosi Prevalenti 5.1).

L'Haldol Decanoas è, pertanto, più utilizzato in fasce di età più avanzate, denotando da una parte il decadimento cognitivo di pazienti cronicizzati con problematiche multi organo, e dall'altro, il dovuto mancato cambio di direttive terapeutiche da parte degli operatori della Salute Mentale, direttive strettamente correlate agli studi di efficacia in doppio cieco.

La depressione nel setting di cura

DEPRESSIONE E SALUTE SOMATICA DELL'ANZIANO NELLA MEDICINA DI BASE

BAGNOLI ALESSANDRA¹

¹ Cormano - IT

Identificare la depressione "mascherata" per evitare e/o eliminare le somatizzazioni ed il peggioramento delle patologie croniche preesistenti. Sono stati coinvolti circa 600 pazienti over 65 anni, in un periodo temporale dal 01.04.2010 al 01.09.2019 con colloqui ed esami clinici. Nelle forme depressive riscontrate nello studio, la via di somatizzazione è stata più facilmente praticata da quei soggetti che vengono definiti "alexitimici", ossia da coloro che non riconoscono o non riescono ad esprimere le proprie emozioni. Spesso il paziente ha parole solo per descrivere i suoi disturbi fisici, ma svaluta lo stato emotivo fino talvolta a negarlo. In sostanza egli assume quello che la scuola francese di psicosomatica (Marty & de M'Uzan 1963) definiva "pensiero operatorio", utilizza un linguaggio spesso privo di emozioni, di associazioni (per un'incapacità immaginativa e di creare forme di pensiero e simbolizzazioni) e riferisce solo sintomi fisici. Inoltre, nello studio, la sindrome depressiva si è spesso associata a periodi di maggiore vulnerabilità somatica, facendo supporre anche una riduzione dell'efficienza del sistema immunitario. Il medico di base è il primo filtro per il paziente di fronte alla malattia, quindi ha un ruolo fondamentale in termini di tempestività. Possiamo quindi comprendere da un lato la forte esigenza di umanizzazione della medicina di base e dall'altro un miglioramento della collaborazione tra medicina di base, ospedale e specialistica ambulatoriale. Il medico di medicina generale ha una posizione privilegiata sulla salute della popolazione, grazie all'osservazione clinica longitudinale del paziente e della sua famiglia nel corso degli anni. Questo può favorire la costruzione di un buon rapporto medico - paziente a tutto vantaggio della salute somatica dello stesso. Le somatizzazioni che si esprimono dapprima come singoli disturbi funzionali, se non riconosciuti e trattati possono trasformarsi in vere e proprie patologie e le patologie croniche in atto possono andare incontro ad un peggioramento prognostico in presenza forme depressive. In conclusione, possiamo sostenere che l'ascolto ed il supporto del paziente anziano con un disagio psichico, oltre che essere un "atto medico di alto valore", risulta di grande utilità per la sua salute somatica.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR MG. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali per la Medicina Generale. Masson, Milano 2002.
- Bot I, Kuiper J. Stressed brain, stressed heart?. *Lancet*. 2017 Feb 25; 389(10071):770-771. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30044-2. Epub 2017 Jan 12.
- Cavallari G. *Creatività: l'uomo oltre le crisi*. La Biblioteca Vivarium, Milano 2013.
- Cavallari G., Marini A. Gioia e tristezza, nel corpo e nell'anima le emozioni dell'uomo moderno. Convegno Aneb, Febbraio 2014.
- Centro Grosso Poletti. Screening per depressione nei pazienti con malattia cardiovascolare. *J Amer Coll Cardiol* (IF=16.834) 73:1827, 2019.
- Cocita F, Vernuccio L, Dominguez LJ, Inzerillo F, Barbagallo M. *Depressione e malattie somatiche nell'anziano*. Focus on Brain Rivista di Neuroscienze. N.4, *Depressione*, Volume 2, Ottobre 2018.
- Frances A. *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Bollati Boringhieri, Torino 2013.
- Gabbard GO. *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.
- Invernizzi G. *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*. McGraw-Hill, Milano 2006.
- Linee Guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Depression in adult: treatment and management of depression in adult*. 2009.
- Taylor GJ. *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi Contemporanea*. Astrolabio Ubaldini, Roma 1993.

BEHAVIOURAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: COULD THEY DIFFERENTIATE ALZHEIMER DEMENTIA VS OTHER DEMENTIA IN VERY EARLY STAGES?

CARATOZZOLO SALVATORE¹, SCALVINI ANDREA¹, TURRONE ROSANNA¹, COSSEDDU MAURA¹, ROZZINI LUCA¹, PADOVANI ALESSANDRO¹

¹ Neuroscience Section, Department Clinical and Experimental Sciences- University of Brescia, Brescia - Italy

Neuropsychiatric symptoms (NPS) are core features of Alzheimer's Dementia (AD) and related dementias. These symptoms are currently to manifest commonly also in very early disease such as Mild Cognitive Impairment (MCI). Depression, anxiety, apathy, irritability, agitation, sleep disorders have been hypothesized to represent a prodromal stage of dementia increasing the risk for conversion from minor to major neurocognitive disorder. We assessed frequency and severity of NPS in a consecutive sample of MCI patients evaluating relationship between NPS and etiology of dementia according with Amyloid biomarker assessment (PET or CSF). 423 subjects affected by MCI were enrolled. Of those, 177 with unclear clinical diagnosis, were evaluated for amyloid biomarkers. Geriatric Depression Scale (GDS) and Neuropsychiatric Inventory (NPI and NPI-4) were administered to subject and their caregivers to understand prevalence and severity of NPS. Female Gender was prevalent (58.2%) in a sample with a mean age of 69.5 (5.8 SD). Of the Amyloid Positive Patients, the 49.2% was positive at GDS for Depressive symptoms, while only the 33.3% of the Amyloid Negative reported depressive symptoms. Total burden of NPS was higher in Amyloid Positive Patients (26.4 SD 4.4) than Amyloid Negative subjects (18.9 SD 3.7). Neurodegenerative Dementia due to Amyloid Deposition

showed a rate of Depression, anxiety and apathy are the prevalent NPS in Amyloid positive patients while Hallucinations, and Sleep and Appetite Behaviour disorders are prevalent in Amyloid Negative Patients.

AD prevalent NPS, such as Depression and Apathy were significantly more present in Amyloid Positive MCI patients.

Those findings confirmed as NPS could be used as Prodromal non cognitive symptoms that could helped physicians in defining diagnosis of Dementia since prodromal phases.

IL RUOLO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA SELF-EFFICACY E SELF-SATISFACTION DELL'ANZIANO CON DEPRESSIONE

DOGLIANI PAOLA¹, GROSSI ELEONORA¹, BELUFFI RICCARDO¹, MORANDI ALESSANDRO¹, GENTILE SIMONA¹

¹ *Anelle della Carità - FTC, Cremona - IT*

La depressione è un disturbo psichiatrico rappresentato da un calo del tono dell'umore a cui si associano diversi sintomi quali mancanza di energia, insonnia, clinofilia. Le attività di routine e significative della vita quotidiana appaiono pressoché impossibili, diminuisce la soddisfazione e il senso di autoefficacia percepita nello svolgimento di attività occupazionali e di interesse, con il conseguente ritiro e abbandono. La prevalenza di disturbi depressivi in età senile è più elevata in ambienti sanitari con una incidenza del 40%. La terapia occupazionale, inserita nell'intervento riabilitativo multidisciplinare per il trattamento e il recupero delle competenze di vita quotidiana, agisce indirettamente sulla self-performance-efficacy e aumenta il livello di soddisfazione personale percepito nello svolgimento di attività significative per il paziente, indipendentemente dalla presenza e dalla gravità della depressione.

È stato analizzato un gruppo di 11 pazienti con depressione del tono dell'umore, ricoverati presso il Dipartimento di Riabilitazione della Casa di Cura Anelle della Carità di Cremona, inseriti in trattamento di terapia occupazione per il recupero di competenze nelle attività significative di vita quotidiana e strutturato in 10 incontri della durata di 60 minuti l'uno. I pazienti sono stati monitorati con una scala di terapia occupazionale (Canadian Occupational Performance Measure, COPM) per valutare i cambiamenti nelle performance occupazionali durante il trattamento riabilitativo. In particolare la COPM comprende due componenti, una che valuta il livello di efficacia (COPM-P) ed una che valuta il livello di soddisfazione (COPM-S). Le attività sono state successivamente raggruppate in cluster e sono stati analizzati i livelli percepiti di performance e soddisfazione per ogni gruppo di attività: cura del sé, attività domestiche, attività di interesse.

All'ingresso in reparto i pazienti presentavano sintomi depressivi moderati (Geriatric Depression Scale 8.5 ± 2.02), deterioramento cognitivo lieve (MMSE 23.64 ± 2.58), erano parzialmente dipendenti nelle B/IADL (Barthel Index 53.27 ± 17.55) ed avevano uno scarso livello di efficacia (COPM-P) e soddisfazione (COPM-S) personale percepita nello svolgimento di tutte le attività valutate alla COPM. È stato evidenziato un significativo cambiamento nell'autonomia nelle B-ADL (BI 66.27 ± 24.14) ed in particolare nelle performance occupazionali tra l'inizio ed il termine del trattamento riabilitativo: cura del sé (COPM-P 2.89 ± 1.94 , COPM-S 2.81 ± 1.94 vs. COPM-P 5.87 ± 0.87 , COPM-S 6.58 ± 0.83); attività domestiche (COPM-P 2.86 ± 1.74 , COPM-S 2.81 ± 1.99 vs. COPM-P 6.29 ± 0.90 , COPM-S 6.95 ± 0.80), ed attività di interesse (COPM-P 3.19 ± 1.22 , COPM-S 3.15 ± 1.48 vs. COPM-P 6.11 ± 0.44 , COPM-S 6.80 ± 0.50).

Gli interventi di terapia occupazionale, inseriti in un percorso di trattamento riabilitativo multidisciplinare e volti al recupero del ruolo occupazionale e delle abitudini di vita quotidiana, non solo migliorano l'outcome funzionale dei pazienti ma incrementano il senso di self-performance-efficacy e la soddisfazione personale nello svolgere attività significative, riducendo il rischio di abbandono delle stesse dato dalla presenza di depressione.

Bibliografia

Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2004 Oct; 71(4):210-22. Review.

Fisher AG. Occupational therapy intervention process model. 2009.

Kielhofner G. Model of Human Occupation: theory and application. 2007.

Law M, Cooper B, Stromg S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996 Apr; 63(1):9-23.

Leibold ML, Holm MB, Raina KD, Reynolds CF 3rd, Rogers JC. Activities and adaptation in late-life depression: A qualitative study. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014 Sep-Oct; 68(5):570-7. doi: 10.5014/ajot.2014.011130.

Speicher SM, Walter KH, Chard KM. Interdisciplinary residential treatment of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: effects on symptom severity and occupational performance and satisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014 Jul-Aug; 68(4):412-21.

Waters D. Recovering from a Depressive Episode Using the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1995.

PROFILO METABOLICO, CARDIOVASCOLARE E COGNITIVO IN SOGGETTI ANZIATI DEPRESSI IN TRATTAMENTO CON VORTIOXETINA

FRANZA FRANCESCO¹, SOLOMITA BARBARA¹, COLUCCI ANNALISA¹, PERITO MARIANGELA², PELLEGRINO FERDINANDO³, DEL BUONO GIANFRANCO²

¹ *Struttura Riabilitativa Psichiatrica Villa dei Pini, Avellino - IT*

² *Associazione Neamente, Avellino - IT*

³ *Italy*

L'uso di antidepressivi nelle persone anziane ha subito negli ultimi decenni un aumento delle prescrizioni. Tra il 10 % e il 15 % di persone anziane hanno sintomi depressivi, sebbene la depressione maggiore sia relativamente poco frequente con conseguente aumentato rischio (circa il 40%) di trascorrere gli ultimi anni della propria vita in strutture residenziali. Tra i fattori di rischio del trattamento farmacologico in questo gruppo di

persone si sottolinea l'elevata comorbidità con altre patologie e la polifarmacologia. Associati all'uso degli antidepressivi numerosi effetti collaterali e indesiderati fisici e cognitivi possono complicare e peggiorare la qualità della vita e il management dei depressi anziani. La possibilità di somministrare farmaci con minori effetti collaterali e con minori interazioni farmacologiche può garantire oltre al miglioramento della sintomatologia depressiva e la possibilità di una migliore gestione complessiva di questo gruppo di pazienti.

Lo scopo del nostro studio osservazionale è stato quello di valutare non solo l'efficacia clinica della vortioxetina ma anche la comparsa di eventuali effetti collaterali fisici (ad es., patologie cardiovascolari, ipotensione, profilo metabolico, cadute, etc.) e influenza sui diversi domini cognitivi. Sono stati reclutati nel nostro studio 46 pazienti anziani affetti da Disturbo depressivo (criteri diagnostici DSM-5), trattati con vortioxetina per un periodo di 24 mesi. I principali criteri di inclusione sono stati l'età ≥ 65 anni, la presenza di un solo tipo di trattamento farmacologico per problematiche fisiche; punteggio alla short version GDS ≥ 7 (almeno mild depression), assunzione precedente di un solo SSRI (vs vortioxetina). Sono stati raccolti al baseline (T0) i seguenti parametri fisiologici e patologici: P/A, FC, Profilo metabolico; peso corporeo, profilo enzimatico epatico, ECG, elettroliti. I suddetti dati sono stati registrati successivamente dopo 3 mesi (T1), 6 mesi (T2); 12 mesi (T3), 24 mesi (T4).

Al baseline e ai successivi intervalli sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: BPRS; GDS (Geriatric Depression Scale). L'MMSE per la valutazione cognitiva, e la QLi per la valutazione della qualità della vita.

A tutti i pazienti è stata somministrata la vortioxetina da sola o con benzodiazepine a basse dosi utilizzate solo nella fase iniziale della terapia.

I dati statistici sono stati elaborati con il free-software EZAnalyze 3.0 per la piattaforma Excel.

La vortioxetina ha determinato parziale riduzione della depressione alla fine del periodo di osservazione. È stato evidenziato un moderato aumento non statisticamente significativo del peso corporeo, del profilo glicidico e lipidico, nessuna modificazione degli elettroliti. Non state evidenziate modificazioni statisticamente significate all'MMSE. I punteggi complessivi della QLi e il numero ridotto di ricoveri in strutture residenziali sottolineano un miglioramento della qualità della vita dei soggetti analizzati e maggior capacità di autogestione.

I dati complessivi del nostro studio osservazionale evidenziano l'importanza e il ruolo che la vortioxetina può avere nella gestione della sintomatologia depressiva i soggetti anziani. Viene sottolineata la maneggevolezza, l'efficacia e i ridotti effetti collaterali della molecola.

Bibliografia

Wang G, Zhao K, Reynaud-Mougin C, Loft H, Ren H, Eriksen HF, Ettrup A. Successfully treated patients with vortioxetine versus venlafaxine: a simplified cost-effectiveness analysis based on a head-to-head study in Asian patients with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin.* 2020 Feb 13:1-8.

Qato DM, Ozenberger K, Olsson M. Prevalence of Prescription Medications With Depression as a Potential Adverse Effect Among Adults in the United States. *JAMA.* 2018 Jun 12;319(22):2289-2298.

Perini G. et al. I disturbi cognitivi nel paziente depresso: recenti acquisizioni e ruolo della vortioxetina. *Psicogeriatría* 2018; 2:45-56.

L'anziano candidato agli interventi chirurgici

POST-OPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION NEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE: STUDIO PILOTA

MARTELLA LETIZIA¹, MELLO ANNA MARIA¹, BULLI GIULIA¹, BARUCCI RICCARDO¹, BENVENUTI ENRICO¹, DI BARI MAURO²

¹ USL Toscana centro- soc. geriatria Firenze-Empoli, Firenze - IT

² Università degli Studi di Firenze, Firenze - IT

La frattura di femore è una delle maggiori cause di morbidità e mortalità nei pazienti anziani. L'intervento chirurgico precoce è il trattamento principale al fine di ridurre il tasso di complicanze mediche legate all'ospedalizzazione e promuovere il maggior recupero funzionale possibile. La Postoperative Cognitive Dysfunction (POCD - disfunzione cognitiva post-operatoria) viene definita come un disordine neurocognitivo lieve che esordisce dopo una procedura chirurgica e si manifesta prevalentemente come disturbo di memoria, attenzione, funzioni esecutive, associato o meno a declino funzionale. Tale condizione appare più frequente in età avanzata e sembra essere associata, maggiormente in questa fascia di età, ad outcome avversi sia nell'immediato post-operatorio che a lungo termine, tra cui mancato recupero funzionale, sviluppo di demenza ed aumentata mortalità. D'altra parte, ad oggi la mancanza di criteri diagnostici ben definiti per la POCD e l'estrema eterogeneità degli studi rendono questa condizione molto sfumata e incerti i fattori di rischio e gli outcome ad essa associati. Scopo del presente studio è stato quello di descrivere l'incidenza della POCD in un campione di soggetti anziani ricoverati per frattura di femore ed identificare eventuali fattori funzionali, clinici, cognitivi, anestesiológicos che possano spiegare l'insorgenza di tale condizione. Presentiamo in questo lavoro i risultati preliminari.

sono stati arruolati tutti i soggetti di età superiore a 70 anni ricoverati per frattura di femore (cervicale o pertrocanterica) presso l'Unità di Ortopediatria del P.O. Santa Maria Annunziata, afferente alla SOC Geriatria Firenze - Empoli dell'Azienda USL Toscana Centro, tra maggio ed agosto 2019. Costituiscono criteri di esclusione la presenza di una diagnosi preesistente di Mild Cognitive Impairment o di demenza. In tutti i pazienti è stata effettuata una valutazione multidimensionale geriatrica all'ingresso e sono stati raccolti dati clinici relativi al decorso ospedaliero, agli eventi intra-operatori, al recupero funzionale e dal percorso alla dimissione. È stato inoltre effettuato un follow-up telefonico a circa un mese dalla dimissione.

sono stati inclusi nell'analisi 44 soggetti (età media 85,6±5,5 anni, 66% di sesso femminile, il 57% dei casi ricoverato per frattura cervicale ed il 43% per frattura pertrocanterica. Il 9% dei soggetti ha sviluppato un delirium in corso di degenza, risolto entro la dimissione. La prevalenza di POCD, definita come peggioramento di almeno un punto del punteggio alla scala di valutazione cognitiva al follow-up, è risultata del 38,6% in un follow-up medio di 54,7±14 giorni. Dall'analisi multivariata sono risultati indipendentemente associati allo sviluppo di POCD la comparsa di ipotensione arteriosa intra-operatoria e l'utilizzo intra-operatorio di morfina intratecale.

In questo campione di soggetti anziani ricoverati per frattura di femore, la POCD si è rilevata una condizione frequente ed associata a eventi intra-operatori quali lo sviluppo di ipotensione arteriosa e l'utilizzo di morfina intratecale. L'ampliamento della casistica ed il monitoraggio nel tempo di questi soggetti sarà necessario per meglio definire la POCD, le sue caratteristiche ed il suo ruolo prognostico.

Bibliografia

Evered L, Silbert B, Knopman DS, Scott DA, DeKosky ST, Rasmussen LS, Oh ES, Crosby G, Berger M, Eckenhoff RG; Nomenclature Consensus Working Group. Recommendations for the Nomenclature of Cognitive Change Associated With Anaesthesia and Surgery Analg. 2018 Nov;127(5):1189-1195.

Evered LA, Silbert BS, Scott DA, Maruff P, Ames D. Prevalence of Dementia 7.5 Years after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Anesthesiology. 2016 Jul;125(1):62-71

Evered LA, Silbert BS. Postoperative Cognitive Dysfunction and Noncardiac Surgery. Anesth Analg. 2018 Aug;127(2):496-505.

Silbert B, Evered L, Scott DA, McMahon S, Choong P, Ames D, Maruff P, Jamrozik K. Preexisting cognitive impairment is associated with postoperative cognitive dysfunction after hip joint replacement surgery. Anesthesiology. 2015 Jun;122(6):1224-34.

IDROCEFALO NORMOTESO IDIOPATICO: SURVEY SULLA PERCEZIONE DEI PAZIENTI IN SEGUITO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

PERTICHETTI MARTA¹, PANCIANI PIER PAOLO¹, BELOTTI FRANCESCO¹, MIGLIORATI KAROL¹, FONTANELLA MARCO MARIA¹

¹ Unità Operativa di Neurochirurgia, Spedali Civili di Brescia, Università degli Studi di Brescia, Brescia - IT

L'obiettivo della survey è stato quello di indagare le aspettative dei pazienti riguardo all'intervento chirurgico, il miglioramento percepito dopo l'intervento e il suo impatto sulla qualità di vita.

È stata creata una survey composta da 25 domande: 4 riguardanti la diagnosi di iNPH, 5 riguardanti i sintomi, 2 riguardanti le aspettative sull'intervento chirurgico, 2 sull'intervento stesso, 7 sui risultati dell'intervento, 5 sulla QoL. Le domande sono state somministrate tramite intervista telefonica, per quanto riguarda i pazienti operati presso il nostro centro, e sono state pubblicate sul sito web del Gruppo di terapia dell'idrocefalo della nostra Unità Operativa.

I risultati della survey hanno mostrato un soggettivo miglioramento dei sintomi in seguito all'intervento chirurgico, soprattutto per quanto riguarda i disturbi della marcia e dell'umore. A prescindere dal miglioramento della sintomatologia riportato, la quasi totalità dei pazienti (94%) ha riferito un incremento della propria QoL. A conferma di tali risultati positivi riferiti nel post-operatorio, la maggior parte dei pazienti (69%) ha affermato che, se avesse la possibilità di tornare indietro, sarebbe assolutamente disposta a sottoporsi nuovamente all'intervento chirurgico. Inoltre, l'idea di avere un device all'interno del proprio corpo non è fonte di preoccupazione per la maggior parte dei pazienti. Globalmente, i pazienti hanno riferito di aver riacquisito la sensazione di controllo sulla propria vita nel 78% dei casi.

I risultati del nostro studio, sebbene necessitino di ulteriori conferme, suggeriscono l'importanza di includere la percezione dei pazienti con iNPH nella valutazione dell'outcome dell'intervento chirurgico, in modo da avere una valutazione multidimensionale complessiva.

La malattia di Alzheimer: il vecchio e il nuovo

IL RUOLO DELL'ATTEGGIAMENTO NELLA REALIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI APPLICATI ALLA DEMENZA IN UN CONCETTO DI QUALITÀ

BERGAMO FILIPPO¹

¹ I.P.A.V., Venezia - IT

Questo testo sottolinea l'importanza dell'atteggiamento di coloro che conducono interventi non farmacologici applicati alla demenza. Analizza il concetto di atteggiamento e come si inserisce in un'equazione che riassume l'idea di qualità degli interventi stessi.

Comparazione tra teoria di Kitwood e la "Personhood" con un'altra teoria con variabili relative alla conduzione degli interventi non farmacologici applicati alle demenze.

Formula pubblicata su piattaforma scientifica Qeios: 'Non-pharmacological treatments applied to Dementia in a quality concept' (<https://doi.org/10.32388/SXHWTV>).

I concetti espressi si sono tradotti in una "formula" che cerca di dare il senso di cosa significhi svolgere un intervento non farmacologico di qualità come prodotto di una serie di elementi in relazione alla persona e alla personalità, nonché alla patologia e livello della stessa. Il setting assume un'importanza esponenziale in quanto attenzione all'ambiente e alla sua strutturazione, compresi gli attori presenti con la loro esperienza, conoscenza e il loro atteggiamento.

Ciò che si introduce come nuovo concetto tra le variabili da prendere in considerazione nei trattamenti non farmacologici applicati alla demenza è l'"Atteggiamento".

Bibliografia

Ballard CG, O'Brien J, James I, Swann A. Dementia: Management of Behavioural and Psychological Symptoms. New York: Oxford University Press UK, 2001 Jun 1; Pp 324.

Bird M, Llewellyn-Jones R, Smithers H, Korten A. Psychosocial Approaches to Challenging Behaviour in Dementia: A Controlled Trial. Report to the Commonwealth Department of Health and Ageing. Canberra: Dept. of Health and Ageing, 2002.

Burgio L, Fisher S. Application of psychosocial interventions for treating behavioural and psychological symptoms of dementia. International Psychogeriatrics, 2000; 12(Suppl. 1):351-358.

Emerson E, Thompson S, Reeves D, Henderson D, Robertson J. Descriptive analysis of multiple response topographies of challenging behaviour across two settings. Research in Developmental Disabilities, 1995 Jul-Aug; 16(4):301-29.

Emerson E, Working with people with challenging behaviour. In Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities (eds E. Emerson, C. Hatton, J. Bromley, et al), Chichester: John Wiley & Sons, 1998 Jan; Pp. 127-53.

Kitwood T. Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Buckingham: Open University Press, 1997.

Kitwood T. Positive long-term changes in dementia: some preliminary observations. Journal of Mental Health, 1995; 4(2): 133-144.

Kitwood T. Towards a Theory of Dementia Care: the interpersonal process. Ageing and Society, 1993 Mar; 13(1):51-67.

La Vigna G, Donnellan A. Alternative to Punishment: Solving Behaviour Problems with Non-aversive Strategies. New York: Irvington, 1986.

Marriott A, Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. British Journal of Psychiatry, 2000 Jun; 176:557-62.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. Vol: The British Psychological Society and Gaskell; 2007.

Rogers C. On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston (MA) 1961.

Spector A, Orrell M, Davies S, et al. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. Neuropsychological Rehabilitation, 2001; 11:377-97.

Spector A, Orrell M, Davies S, et al. Reality orientation for dementia. Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software, 2002a.

Spector A, Orrell M, Davies S, et al. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software, 2002b.

Woods RT. Psychological Problems of Ageing. Chichester: John Wiley and Sons, 1999.

CI CREDO SOLO SE LO VIVO?

BRIGNOLI PAOLA¹

¹ The Care Group, Bergamo - IT

Diffondere un nuovo strumento che simula il più possibile le compromissioni riconosciute e al contempo il declino cognitivo attraverso l'assegnazione di incarichi in un ambiente strutturato. Rilevante è la simulazione della neuropatia periferica, per far comprendere al partecipante come il dolore influenzi il comportamento, unitamente al fatto che le persone con uno stadio moderato di demenza non sono in grado di comunicare di provare dolore. Ciò consente di aprire poi un dialogo a quale sia la cura migliore per creare un approccio di cura corretto con le persone con demenza.

Viene illustrato il percorso VDT® comprensivo di istruzioni e l'utilizzo dei dispositivi brevettati che consentono la simulazione dei danni delle aree cerebrali che caratterizzano le persone con demenza. Questi permettono di simulare alcune caratteristiche fisiologiche che rendono una visione più realistica del comportamento del paziente quando rapportato a uno stato di comorbidità e al decadimento fisico. Quando i partecipanti provano l'esperienza del tour virtuale, indossano i dispositivi brevettati (occhiali, inserti nelle scarpe, guanti e cuffie con audio ad effetto confusionale) e trascorrono alcuni minuti nella stanza del VDT®, allestita in modo tale da simulare un ambiente dove la persona con demenza

vive comunemente e in questo tempo deve portare a termine dei compiti che sono stati loro assegnati, mentre personale istruito osserva e registra il loro comportamento.

Ricerche scientifiche a livello internazionale dimostrano che l'esperienza personale vissuta del VDT® porta alla riduzione del burnout degli operatori, alla riduzione degli abusi e alla riduzione della somministrazione del farmaco psicotropo; in linea con questi risultati, l'esperienza italiana di due anni di lavoro nelle Comunità e nelle RSA conferma che l'esperienza personale vissuta del VDT® aiuta a capire i comportamenti dell'assistito, riduce il turnover degli operatori, aumenta la soddisfazione del caregiver e fornisce una formazione mirata sulla demenza.

Vestire i panni della persona con demenza rende comprensibile i comportamenti messi in atto dalla persona con decadimento cognitivo, non più visti come disturbo comportamentale bensì come reazioni a difesa del desiderio di esprimersi. Permette di abbattere lo stigma della demenza e l'isolamento sociale, migliorando la qualità di vita sia per la persona assistita sia per i caregiver.

Bibliografia

Beville PK. Virtual Dementia Tour® helps sensitiz health care providers. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2002 May-Jun;17(3):183-90.

Campbell M, Warmack ARN, Larche D. Lasting Impact to Dementia Sensitivity Training: Nursing Staff Experience After the Virtual Dementia Tour. Poster Presentation, Canadian Gerontological Nursing Association, 2012 May.

Donahoe J, Moon L, VanCleave K. Increasing Student Empathy Toward Older Adults Using the Virtual Dementia Tour. *Journal of Baccalaureate Social Work*. 2014; 19(1):23-40.

LA DOLL-THERAPY COME APPROCCIO NON FARMACOLOGICO AL PAZIENTE DEMENTE IN UN SETTING OSPEDALIERO

CALVI ELISA¹, D'AMELIO PATRIZIA², SANTAGATA FRANCESCA¹, GARRO MARIA¹, QUARANTA VALERIA¹, CALZONI EMMA¹, MASSAIA MASSIMILIANO¹, BO MARIO¹

¹ Università degli studi di Torino – Geriatria, Torino - IT

² Department of Medicine, Geriatric Medicine and Geriatric Rehabilitation, Lausanne University Hospital, CHUV, 1011, Lausanne - Switzerland.

Background

È noto come i pazienti affetti da demenza tendano a essere ricoverati più spesso a parità di età e patologie e che la loro degenza in ospedale spesso si associ al peggioramento dei disturbi comportamentali o alla comparsa di delirium. Nonostante la maggior parte delle linee guida internazionali raccomandino in prima linea l'uso di terapie non farmacologiche per il trattamento di tali disturbi, nella pratica clinica quotidiana prevale tuttora l'uso improprio di farmaci antipsicotici, a fronte di un rischio di effetti collaterali anche gravi. Tra le terapie non farmacologiche la Doll-therapy, storicamente inserita nell'ambito della teoria dell'attaccamento, consiste nel processo di interazione che l'anziano sviluppa con la bambola in un contesto terapeutico. In studi per lo più osservazionali e in setting residenziali la Doll-therapy si è dimostrata utile in pazienti dementi nel ridurre i disturbi comportamentali, l'aggressività, la necessità di somministrare la terapia farmacologica al bisogno nonché il distress correlato del caregiver.

Obiettivo

Scopo del nostro studio sperimentale quasi-randomizzato controllato in aperto è stato quello di valutare l'efficacia della Doll-therapy in aggiunta alla clinical practice in un setting ospedaliero in termini di riduzione di disturbi comportamentali misurati con la scala A.D.I.CO, del delirium sovrapposto a demenza misurato con la scala 4AT, dello stress del caregiver familiare e professionale valutati rispettivamente con la scala CBI e la scala di Gruetzner e della terapia farmacologica con antipsicotici.

Soggetti e metodi

Previo consenso informato, sono stati arruolati tutti i pazienti con una diagnosi di demenza consecutivamente ricoverati c/o il reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino dal 1 gennaio 2019 al 31 ottobre 2019 (età media $\pm$ DS 85.15 $\pm$ 6.32; punteggio medio $\pm$ DS alla scala CDR 2.75 $\pm$ 0.61; media $\pm$ DS giorni di degenza 9.98 $\pm$ 6.18; media $\pm$ DS funzioni perse alle ADL 3.89 $\pm$ 1.85); in totale sono stati arruolati 46 pazienti, assegnati attraverso una randomizzazione alternata alla terapia con la bambola o al gruppo di controllo (usual care). Sono stati esclusi i pazienti senza un caregiver, con aspettativa di vita inferiore a un mese, con necessità di isolamento per patologie infettive e con storia di eventi luttuosi o traumatici legati alla genitorialità, che controindicano l'utilizzo della Doll-therapy. Risultati: Il nostro studio ha dimostrato una riduzione del ricorso alla terapia farmacologica al bisogno espressa in n° di somministrazioni/giorni di degenza ($p=0.046$) nonché un trend in termini di riduzione della terapia antipsicotica totale; è stato inoltre osservato un trend in termini di riduzione del punteggio alla scala 4AT nel gruppo Doll-therapy. Non è stata invece riscontrata una differenza significativa in termini di riduzione dello stress del caregiver.

Conclusioni

Con i limiti di uno studio sperimentale condotto su un basso numero di pazienti i nostri risultati suggeriscono come la Doll-therapy rappresenti uno strumento valido e privo di effetti collaterali nell'approccio terapeutico ai disturbi comportamentali insorgenti nel corso di un ricovero ospedaliero nei pazienti dementi. Ulteriori studi con una più alta numerosità campionaria saranno necessari per trarre conclusioni definitive.

DIFFERENZE DI GENERE NEI PAZIENTI DEMENTI CON DISINIBIZIONE SESSUALE

CAVALLERO STEFANO¹, VERRUCCIO LAURA², CATANIA ANGELA², TAGLIAFERRI FEDERICA¹, BONGIORNO PIETRO¹, COSTA CONCETTA¹, INZERILLO FLORENZA², DOMINGUEZ LIGIA J¹, BARBAGALLO MARIO¹

¹ Università degli Studi, Palermo - IT

² Policlinico "P. Giaccone", Palermo - IT

Questo studio, in linea con il ruolo emergente della medicina di genere, si propone di analizzare i dati al fine di individuare, nei pazienti dementi con disturbi del comportamento, una differenza tra uomini e donne nella manifestazione della disinibizione sessuale e l'associazione con variabili ricorrenti.

In questo studio retrospettivo sono state analizzate 1348 cartelle di pazienti afferenti al CDCD di Geriatria del Policlinico di Palermo dal 2016 ad oggi. È stata fatta un'analisi descrittiva dei dati riferiti dal paziente e/o dal caregiver riguardo alla disinibizione sessuale, differenziando: sesso, età, scolarità, diagnosi, grado di malattia, MMSE, ADL, IADL, CIRS, disturbi comportamentali e dell'umore correlati, tipologia e numero di farmaci assunti.

Su 1348 soggetti, 27 (2%) riportano disinibizione sessuale. Di questi il 78% sono uomini, il 22% donne, età media 81 anni (D.S.8) e scolarità media 7 anni (D.S.6). Riguardo la diagnosi, 12 soggetti (44%) sono affetti da demenza di Alzheimer, 2 (8%) da demenza vascolare, 1 (4%) da demenza fronto-temporale, 12 (44%) da demenza mista. Circa il grado di malattia, sono state utilizzate la scala CDR per i soggetti non affetti da malattia di Alzheimer e la scala Barry-Reisberg per quelli affetti da malattia di Alzheimer. Per la prima sono risultati 5 pazienti con CDR 2 (33%), 6 con CDR 3 (40%) e 4 con CDR 4 (27%), nessuno con punteggio al CDR inferiore a 2 o maggiore di 4, la media del punteggio CDR è di 3 (D.S.0,76). Per i pazienti valutati con la scala di Barry-Reisberg, 1 paziente veniva valutato con 2 (8%), 3 con 3 (25%), 7 con 4 (59%), 1 con 6 (8%), nessuno con altri valori della scala, con una media di 3,75 (D.S.0,97). Sono risultati valori medi al MMSE di 18,67 (D.S.6,66), ADL 3,6 (D.S.1,6), IADL 2,4 (D.S.2,3). 25 pazienti (93%) presentano almeno un altro disturbo del comportamento o dell'umore associato alla disinibizione sessuale. Il 29,6% presenta depressione, 66,7% insonnia, 22,2% affaticamento, 29,6% allucinazioni, 11,1% apatia, 14,8% wandering, 40,7% idee deliranti, 63,0% aggressività, 14,8% confabulazioni. Tutti i pazienti con disinibizione sessuale assumono più farmaci, con una media di 7,22 farmaci a paziente (D.S.3,24). Dei farmaci specialistici, il 14,8% assume ACHEI, 22,2% memantina, 40,7% quetiapina, 3,7% olanzapina, 3,7% sereprile, 7,4% promazina, 37,0% anticonvulsivanti, 3,7% stabilizzatori dell'umore, 11,1% benzodiazepine, 22,2% SSRI, 22,2% trazodone, 44,4% integratori. I pazienti presentano una scala CIRS I.S. media di 1,69 (D.S.0,44) e CIRS I.C. media 3,37 (D.S.2,15).

Nonostante l'ampio numero di pazienti dementi con disturbi del comportamento, un numero esiguo riporta disinibizione sessuale, in qualsiasi forma. I fattori confondenti sono numerosi, a partire dalla soggettività della percezione di questi disturbi, alla componente sociale e psicologica sul soggetto e sui caregiver. Pertanto, i dati raccolti, che confermano sostanzialmente quelli presenti in letteratura, vanno letti tenendo presente come la sessualità, soprattutto nell'anziano, sia soggetta a stereotipi che ne inficiano la giusta raccolta anamnestica durante le visite ambulatoriali. Dunque, la netta prevalenza maschile di questo sintomo non può prescindere dalle considerazioni fatte, potendo presumere come, agli occhi della società, la sfera sessuale, costituendo tabù meno per gli uomini che per le donne, sia maggiormente riferita come sintomo dai primi che dalle seconde.

Bibliografia

Cipriani G, Ulivi M, Danti S, Lucetti C, Nuti A. Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*. 2016 Mar; 16(2):145-53.

SERUM BETA-SECRETASE 1 (BACE1) AS BIOMARKER FOR THE DIAGNOSIS OF DEMENTIA

CERVELLATI CARLO¹, BROMBO GLORIA², TRENTINI ALESSANDRO¹, ROSTA VALENTINA¹, PASSARO ANGELINA², BONAZZI STEFANIA¹, MARABINI LISA², ROMAGNOLI TOMMASO¹, POLASTRI MICHELE², ZULIANI GIOVANNI¹

¹ Università di Ferrara, Ferrara - IT

² Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara - Arcispedale Sant'Anna, Ferrara - IT

Cumulating evidence suggests that beta-secretase (BACE1) may be a good candidate in as biomarker of the diagnosis of Late Onset Alzheimer's disease (LOAD) [1,2]. This aspartyl protease participates in the formation of amyloid- β ($A\beta$) which is generated from the sequential enzymatic cleavage of amyloid precursor protein (APP) by enzymes bearing β - and γ -secretase activities [3]. Notably, BACE1 catalyzes the rate limiting step of the amyloidogenic process; interestingly, unlike other β -secretases BACE1 is mainly, but not solely, expressed in the brain [3]. The protein and activity of BACE1 was found to be increased in the frontal and temporal cortices of AD brains and CSF [1,4,5].

The present study aimed to evaluate the validity of BACE1 as biomarker for the diagnosis of LOAD.

We optimized the assay methodology and measured the serum activity of BACE1 in a sample of elderly individuals, including patients affected by LOAD (n=151), Mixed dementia (n=61), and cognitively healthy controls (n=162).

We found that BACE1 changed across groups ($p < 0.001$) with a 20% increase in both LOAD and Mixed dementia vs Controls; notably this change was independent of age, gender and comorbidities. BACE1 was inversely correlated ($p < 0.001$) with mini mental state examination (MMSE). High levels of BACE1 (IV quartile) were independently associated with the diagnosis of LOAD (O.R.:2.6; 95% CI: 1.3-5.9) and Mixed (O.R. 2.4; 95% C.I., 1.3-5.1). Positive predictive positive values were 67% and 65% fir LOAD and Mixed dementia, respectively. Negative predictive values were 76 and 89%, for LOAD and mixed dementia, respectively.

In conclusion, data from the present study suggest that increased BACE1 activity in serum may represent a suitable candidate as diagnostic biomarker for LOAD and Mixed dementia. Although we provided interesting findings on this potential serum biomarker, additional studies are needed in order to confirm the usefulness of BACE1, most likely in combination with other markers, in discriminating patients and in predicting disease onset and progression.

Bibliografia

Fukumoto H, Cheung B, Hyman BT, Irizarry MC. Beta-secretase protein and activity are increased in the neocortex in Alzheimer disease. *Arch. Neurol.* 2002 Sep; 59(9):1381-9.

Liesch F, Kulic L, Teunissen C, Shobo A, Ulku I, Engelschalt V, Hancock MA, van der Flier WM, Kunach P, Rosa-Neto P, Scheltens P, Poirier J, Saftig P, Bateman RJ, Breitner J, Hock C, Multhaup G. $A\beta_{34}$ is a BACE1-derived degradation intermediate associated with amyloid clearance and Alzheimer's disease progression. *Nat. Commun.* 2019 May 20; 10(1):2240.

Shen Y, Wang H, Sun Q, Yao H, Keegan AP, Mullan M, Wilson J, Lista S, Leyhe T, Laske C, Rujescu D, Levey A, Wallin A, Blennow K, Li R, Hampel H. Increased Plasma Beta-Secretase 1 May Predict Conversion to Alzheimer's Disease Dementia in Individuals With Mild Cognitive Impairment. *Biol Psychiatry*. 2018 Mar 1; 83(5):447-455.

Zetterberg H, Andreasson U, Hansson O, Wu G, Sankaranarayanan S, Andersson ME, Buchhave P, Londos E, Umek RM, Minthon L, Simon AJ, Blennow K. Elevated cerebrospinal fluid BACE1 activity in incipient Alzheimer disease. *Arch. Neurol.* 2008 Aug; 65(8):1102-7.

Zhong Z, Ewers M, Teipel S, Bürger K, Wallin A, Blennow K, He P, McAllister C, Hampel H, Shen Y. Levels of beta-secretase (BACE1) in cerebrospinal fluid as a predictor of risk in mild cognitive impairment. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007 Jun; 64(6):718-26.

RIABILITAZIONE COGNITIVA IN PAZIENTI CON MCI E AD LIEVE: UN FOCUS SULL'APATIA

FURNERI GIOVANNA⁴, RAZZA GRAZIA¹, MACI TIZIANA², DRAGO FILIPPO³, SANTAGATI MARIO², CARACI FILIPPO⁵, DI NUOVO S.⁶

¹ U.O.S DIP Centro Alzheimer e Psicogeriatría ASP3, Catania - IT

² U.O.S DIP Centro Alzheimer e Psicogeriatría ASP3, Catania - IT

³ Biometec, Università degli Studi di Catania, Catania - IT

⁴ Biometec, Università degli Studi di Catania, Dottorato in Neuroscienze, Catania - IT

⁵ Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Catania, Catania - IT

⁶ Dipartimento di Scienze della Formazione - Sezione di Psicologia, Università degli Studi di Catania

L'apatia è una dimensione caratterizzata da una mancanza di motivazione orientata all'obiettivo. È associata a scarsa risposta al trattamento, incapacità di iniziare attività autonomamente, rapido declino cognitivo e funzionale e ad aumento della mortalità. In letteratura emerge che l'apatia è predominante sia nel "Mild Cognitive Impairment" (MCI) che nella demenza ed è stato avvalorato che può essere un fattore predittivo del passaggio alla Malattia di Alzheimer (AD), dimostrandosi così un indicatore specifico. L'AD è una malattia neurodegenerativa che si caratterizza per un inevitabile avanzamento dei deficit cognitivi. Di fronte ai sempre più crescenti manifesti limiti dell'efficacia clinica del solo trattamento farmacologico, negli ultimi anni maggiore attenzione è stata posta sull'utilità di combinare il trattamento farmacologico con un percorso di riabilitazione cognitiva, in particolar modo nelle fasi precoci e moderate dell'AD, al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. A partire da questi presupposti, è stata formulata l'ipotesi che la riabilitazione cognitiva, intesa come stimolazione cognitiva, oltre che esercitare le funzioni cognitive e migliorare la qualità della vita, avesse una rilevanza nella manifestazione e nel contenimento della apatia. Abbiamo pertanto svolto uno studio pilota con l'obiettivo di verificare se vi fossero delle differenze tra i soggetti con MCI e AD lieve inseriti all'interno di un percorso di riabilitazione e i soggetti che, al contrario, non svolgevano alcuna attività di questo tipo, nei punteggi al test per l'Apatia [Apathy Evaluation Scale (AES)].

Lo studio ha previsto il reclutamento di due gruppi di pazienti presso l'U.O.S DIP Centro Alzheimer e Psicogeriatría ASP3 Catania:

1. gruppo di studio con pazienti che svolgevano riabilitazione intesa come stimolazione cognitiva, composto da 31 soggetti (F=21; M=10) di età compresa tra 65 e 90 anni (media $\pm$ d.s.: 76,71 $\pm$ 7,862), con punteggio al MMSE con media 23,76 e d.s. 3,114;
2. gruppo di controllo con pazienti che non svolgevano riabilitazione composto da 31 soggetti (F=22; M=9), di età compresa tra 65 e 90 anni (Media $\pm$ d.s.: 77,16 $\pm$ 7,847) con punteggio al MMSE con media 23,32 e d.s. 3,712.

Ad entrambi i gruppi è stato somministrato l'AES. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il test di Mann-Whitney per dati non appaiati.

I risultati ottenuti mostrano che vi è una differenza significativa pari a $P = 0.0183$ tra i due gruppi. In particolar modo l'analisi dei punteggi al test AES, dimostra che vi è un minor grado di apatia nei soggetti sottoposti a percorso riabilitativo di stimolazione cognitiva.

I nostri risultati confermano l'ipotesi che la riabilitazione cognitiva in soggetti con MCI e AD lieve possa migliorare la qualità della vita dei soggetti, anche per ciò che riguarda la sfera emozionale, in particolar modo il costrutto dell'apatia, caratteristico di tale quadro patologico. Inoltre, si ipotizza che il miglioramento della qualità della vita del paziente possa rendere più gestibili le dinamiche relazionali tra i pazienti e i caregivers. Un proseguimento dello studio sul costrutto dell'apatia potrebbe permettere di consolidare ulteriormente i nostri risultati.

Bibliografia

Brodsky H, Altendorf A, Withall A, Sachdev P. Do people become more apathetic as they grow older? A longitudinal study in healthy individuals. *International Psychogeriatrics*, 2010 May; v22(3):426-36.

Cotelli M, Miniussi C, Zanetti O. "Riabilitazione cognitiva nella malattia di Alzheimer". In: Mazzocchi A. (a cura di). *La riabilitazione neuropsicologica*. Edra Masson, 2012; Pp. 343- 358.

Lancôt KL, Agüera-Ortiz L, Brodsky H, Francis PT, Geda YE, Ismail Z, Marshall GA, Mortby ME, Onyike CU, Padala PR, Politis AM, Rosenberg PB, Siegel E, Sultzer DL, Abraham EH. Apathy associated with neurocognitive disorders: Recent progress and future directions. *Alzheimers Dement*. 2017 Jan; v13(1):84-100.

NUOVO MODELLO DI PIANO DI ASSISTENZA INTEGRATO PER NUCLEO RSA ALZHEIMER E RIDUZIONE DELLO STRESS DEL CAREGIVER

GANELLI MONICA¹, SANTI IVANA¹, AUFIERO VALENTINA¹, ZUCCOLIN SILVIA¹, TURRI LORETTA¹, DEMARCHI CHIARA¹, ROSSI PIERLUIGI¹

¹ Pio Albergo Trivulzio Milano, Milano - IT

Il PAI, Piano di Assistenza Integrato, rappresenta uno strumento culturale e pratico fondamentale a disposizione dell'equipe del nucleo Alzheimer; occorre investire su nuovi modelli di PAI, che consentano il passaggio da una organizzazione del lavoro, che affida agli operatori l'esecuzione delle mansioni ad un assetto in cui l'equipe viene formata e responsabilizzata nella relazione con l'ospite ed il suo caregiver con strategie non farmacologiche.

Il primo passo per l'elaborazione del modello di PAI proposto è stata la conoscenza approfondita, con una Scheda ad hoc, raccolta dalla Terapista Occupazionale con il familiare dell'ospite: La scheda descrive l'Io sano (storia, carattere, hobbies, ricordi ...) e l'Io malato con il suo percorso di malattia, con i problemi affrontati dal caregiver.

L'obiettivo del modello PAI proposto è di attuare un percorso della équipe lungo tre assi: L'Approccio Farmacologico (considerando obiettivi e aspettative del team), l'Aspetto Relazionale (esplicitando l'approccio capacitante da parte dell'equipe) e l'Ambiente (inteso come ambiente fisico, quindi personalizzazione degli spazi, ad esempio la camera e attività significative per l'ospite).

Cardine del progetto è l'individuazione di un tutor infermiere che supporti il Terapista Occupazionale e il team nella raccolta della storia dell'ospite con il caregiver e segua nei mesi successivi l'ingresso il raggiungimento degli obiettivi indicati nel PAI e le criticità riscontrate.

In concreto il PAI Comprende Tre Macroaree: L'area dedicata all'obiettivo Contenimento e gestione delle manifestazioni comportamentali, l'area dedicata alla fragilità delle autonomie residue e l'area dedicata al caregiver. In particolare per le manifestazioni comportamentali si esplicano:

- 1) Le strategie Farmacologiche mirate alle manifestazioni comportamentali ed alle comorbidità.

- 2) Le strategie Relazionali basate sulle capacità di comunicazione residue dell'ospite, con tecniche di Conversazionalismo risultate idonee, motivi narrativi (argomenti parole chiave che facilitano una relazione positiva) e l'utilizzo di linguaggio paraverbale.
- 3) L'ambiente e le Attività Significative: personalizzazione degli spazi e attività per l'ospite significative, coinvolgendo i familiari.

Gli indicatori utilizzati per queste aree comprendono indicatori oggettivi (NPI UCLA, Cornell, PSMS) e indicatori descrittivi (il miglioramento degli aspetti relazionali percepiti dal team e la riduzione dello stress del team stesso).

La seconda Macroarea è dedicata alle fragilità delle autonomie semplici residuo ed ha come obiettivo la delucidazione delle capacità dell'ospite con l'esplicitazione, da parte di tutte le figure del team, Oss infermieri, fisioterapista, terapeuta occupazionale, educatore delle strategie per sostenerle (indicatori Barthel e Baans). Infine la terza grande area del PAI riguarda il Caregiver ed affronta la necessità di: formazione, informazione dello stesso, le difficoltà delle dinamiche intra familiari, le criticità riscontrate nella struttura RSA Alzheimer e l'iter giuridico di amministratore di sostegno.

Oltre il 75% dell'equipe ha sottolineato il beneficio quotidiano con il nuovo PAI.

L'esperienza di un progetto pilota, durato 1 anno, nei 2 nuclei Rsa Alzheimer (40 ospiti) ha sottolineato con questionari specifici per personale del nucleo, che l'utilizzo di un PAI, ove l'aspetto relazionale rappresenta il fulcro della metodologia di lavoro dell'equipe ha un beneficio collettivo.

Bibliografia

Farrington A. Strategies for reducing stress and burnout in nursing. British journal of nursing. 1997 Jan 9-22; 6(1):44-50.

Grazia C. Obiettivi infermieristici in geriatria. Casa editrice ambrosiana, Milano 1992. Pag 64.

Sundin-Huard D, Fahy K. Moral Distress, advocacy and Burnout: Theorising the relationship. International Journal of nursing Practice. 1999 Mar; 5(1):8-13.

Vigorelli P. Alzheimer, come favorire la comunicazione nella vita quotidiana. Ed. Franco Angeli, Milano 2016.

LO STUDIO CITIDEMAGE: TERAPIA COMBINATA ED IPOTESI COLINERGICA NEI PAZIENTI CON DEMENZA DI ALZHEIMER. DATI PRELIMINARI

GARERI PIETRO¹, COTRONEO ANTONINO MARIA², ORSITTO GIUSEPPE³, PUTIGNANO SALVATORE⁴

¹ Responsabile Centro Disturbi cognitivi e Demenze - Catanzaro Lido, ASP Catanzaro, Catanzaro - IT

² Dipartimento Salute Anziani - Ospedale Birago di Vische Hospital and Geriatria Territoriale Botticelli - ASL TO 2, Torino - IT

³ U.O.C. Reparto Medicina Interna, P.O. Bari Sud "Di Venere", Bari - Azienda Sanitaria Locale di Bari, Bari - IT

⁴ U.O. Tutela Anziani, Distretto 30, ASL Napoli Centro, Napoli - IT

Lo scopo dello studio è stato quello di dimostrare l'efficacia della terapia di combinazione con citicolina orale, inibitori delle colinesterasi (AChEI) e memantina in pazienti non ospedalizzati affetti da demenza di Alzheimer (AD).

Lo studio, retrospettivo, ha coinvolto 4 Centri per Demenze in Italia ed è stato condotto tra il 2016 ed il 2018 su 150 pazienti ultrasessantacinquenni affetti da AD (età media 78.2±4.3anni). 80 pazienti erano trattati con AChEI più memantina e citicolina 1g per via orale (gruppo A), 70 pazienti erano trattati con AChEI più memantina (gruppo B). In entrambi i gruppi memantina ed AChEI sono stati utilizzati al massimo dosaggio tollerato. I test utilizzati sono stati MMSE, ADL e IADL, NPI, CIRS, GDS-forma abbreviata a 5 items, EuroQoL e Questionario del Sonno. I test sono stati somministrati al baseline (T0), dopo 6 (T1), e 12 mesi (T2). Gli outcomes primari sono stati gli effetti della terapia combinata vs AChEI più memantina sulle funzioni cognitive valutate attraverso il MMSE. Gli outcomes secondari sono stati la valutazione dei possibili effetti collaterali della terapia combinata vs AChEI più memantina, l'influenza sulle attività della vita quotidiana, sui sintomi comportamentali, la qualità della vita ed il sonno.

I pazienti del gruppo A hanno mostrato un lieve incremento dello score del MMSE a 6 (15.78±2.79 vs 16.4±2.83) e 12 mesi (16.4±2.83 vs 16.7±2.97). La differenza nel punteggio del MMSE è stato significativo comparando i due gruppi, sia a T1 (p=0.002) che a T2 (p=0.01). È stato anche registrato un miglioramento significativo del punteggio della GDS (p=0.000) e del punteggio del test EuroQoL relativo alla qualità della vita (p=0.01).

Il presente studio incoraggia il ruolo del trattamento combinato nella gestione della malattia, potendo favorire un rallentamento della sua progressione. Questo è uno dei primi studi che hanno valutato l'effetto della terapia di combinazione con citicolina a 12 mesi.

FOCUS SULLA STORIA NATURALE E PREVALENZA DEI BPSD NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER E NELLA DEMENZA FRONTOTEMPORALE

LAGANÀ VALENTINA¹, BRUNI GIULIA¹, SMIRNE NICOLETTA¹, CURCIO SABRINA¹, MIRABELLI MARIA¹, COLAO ROSANNA¹, PUCCIO GIANFRANCO¹, FRANGIPANE FRANCESCA¹, SCIUTTO PAOLA ZAIRA¹, DI LORENZO RAFFAELE¹, BRUNI AMALIA CECILIA¹

¹ Centro Regionale di Neurogenetica-ASP CZ, Lamezia Terme - IT

I sintomi psicologici e comportamentali della demenza (BPSD) sono molto comuni e alcuni studi indicano che sono presenti praticamente in tutti i pazienti nel corso della malattia. Lo scopo di questo lavoro è di esaminare la prevalenza di BPSD e del loro momento medio di insorgenza nell'arco della malattia in un'ampia coorte di pazienti con demenza frontotemporale (FTD) e malattia di Alzheimer (AD). Sono state prese in considerazione tre fasi temporali: preclinica (T0), dall'esordio a cinque anni (T1) e da cinque anni in poi (T2).

Sono state consultate 2599 cartelle cliniche dall'e-database del Centro Regionale di Neurogenetica (CRN) di Lamezia Terme (CZ) di pazienti visitati tra il 2006 al 2016. Di questi, 674 avevano diagnosi di FTD (età di insorgenza: 66,7 ± 11,1 follow-up 2,6 ± 2,8 anni) e 1925 avevano diagnosi di AD (età di insorgenza: 71,5 ± 8,9 anni; follow-up 3,5 ± 2,9 anni). I BPSD sono stati estratti da NPI e da una check list di sintomi cognitivi e comportamentali per tutti i periodi osservati (T0,T1,T2). L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando IBM SPSS 20 (il significato è stato dato da p <0,05). La prevalenza di almeno un BPSD è elevata in entrambi i gruppi: 96,4% del campione con FTD, nel 90,8% del campione con AD.

I profili BPSD dei due gruppi erano simili ma non identici. I sintomi più rappresentati sono: apatia (FTD 74,6%; 57,4% AD), irritabilità/labilità affettiva (FTD 52,5%; 50,2 AD) e agitazione/aggressività (FTD 49,7%; 42,3% AD).

Considerando invece la media dei tempi di insorgenza dei sintomi, abbiamo trovato che la depressione è il primo BPSD a manifestarsi, seguito da apatia e ansia in entrambi i gruppi di AD e FTD.

Nel T1, in entrambe le coorti compaiono: apatia, ansia, irritabilità/labilità affettiva, disturbi del sonno, agitazione/aggressività, delusioni, allucinazioni. In T2: comportamento motorio aberrante e wandering. Si nota una differenza tra i gruppi nel tempo di insorgenza nella depressione (T0 in FTD; T1 in AD), disinibizione, euforia e disturbi alimentari (T1 in FTD; T2 in AD).

I BPSD sono presenti in almeno il 90% dei soggetti affetti da demenza, nel corso della loro malattia.

Considerando la storia naturale dei sintomi neuropsichiatrici nell'AD e nell'FTD, i disturbi dell'umore (depressione, ansia) si manifestano prima degli altri BPSD, con la stessa prevalenza in entrambe le demenze. Ciò significa che devono essere considerati come un'importante indicatore nella diagnosi tempestiva. Con l'aumento della gravità della malattia (T2), invece, si notano il comportamento motorio aberrante e il wandering in entrambe le malattie.

Le differenze tra i BPSD in AD e FTD è nella prevalenza: sistematicamente, nell'FTD tutti i sintomi sono più rappresentati che nell'AD, tranne le allucinazioni, depressione, ansia e irritabilità.

La corretta identificazione e valutazione dei BPSD deve diventare una parte cruciale dell'approccio clinico e della gestione della demenza.

LE RELAZIONI FRA I BPSD E IL CAREGIVER BURDEN E IL RUOLO DEI TRATTI DI PERSONALITÀ E DELLE STRATEGIE DI COPING ADOTTATE DAL CAREGIVER DI PAZIENTI CON DEMENZA

NATALE CLAUDIA¹, FATTAPPOSTA FRANCESCO¹, BERTINI MARCELLO¹, MINA CONCETTA¹

¹ Centro per lo studio delle demenze del Policlinico Umberto I di Roma (U.O.C. - Neurologia A), Roma - IT

Lo scopo del presente studio è quello di valutare se vi sono delle relazioni fra i disturbi psico-comportamentali-BPSD e il caregiver burden e il ruolo dei tratti di personalità e delle strategie di coping utilizzate dai caregiver che assistono persone con demenza.

Lo studio è stato condotto su 25 caregiver e 23 pazienti giunti all'osservazione presso il Centro per lo studio delle demenze del Policlinico Umberto I di Roma (U.O.C. - Neurologia A), per un totale di 48 soggetti partecipanti. La diagnosi nosografica comprendeva demenza di tipo Alzheimer, vascolare e mista. Tutti i soggetti venivano reclutati dopo essere stati informati sugli obiettivi dello studio e dopo aver firmato un consenso informato. I pazienti sono stati valutati con il Mini Mental State Examination (MMSE), l'Activities of Daily Living (ADL) e l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL). I caregiver, dopo aver compilato una scheda per la raccolta delle informazioni socio-demografiche, venivano sottoposti alla somministrazione dei questionari quali il Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q), il Big-Five Inventory (BFI), il Coping Inventory for Stressful Situation (CISS) e il Caregiver Burden Inventory (CBI).

La maggior parte dei caregiver sono donne (80,0%), di età media 61,8±13,1 anni, sono lavoratori (56%), disoccupati (8%) e pensionati (36%), e tra i caregiver informali il 93% vive con il proprio familiare demente di cui il 70% è il coniuge (demente), il 17% (figli) vive con il proprio genitore (demente); il 4% è il familiare rappresentato di grado diverso e il 2% vive in un altro domicilio. Dei caregiver formali solo l'8% vive nella stessa casa della persona malata. L'84% dei pazienti ha ottenuto un punteggio al MMSE decisamente al di sotto del cut-off; Di questi il 56% presenta una riduzione di autonomia nell'attività strumentali della vita quotidiana. Il restante 16% dei pazienti, ha ottenuto un punteggio borderline al MMSE e una ridotta autonomia nel 64% dei casi. Si è rilevata una correlazione significativa tra i BPSD e la loro gravità con il livello di stress/emozione (burden) dei caregiver. Attualmente i dati di correlazione fra i BPSD nelle sue componenti depressione, apatia, agitazione, psicosi e aggressività è in fase di perfezionamento. Emerge, inoltre, una correlazione significativa ($p<0.05$) tra i tratti di personalità del caregiver e le strategie di coping circa la gestione dell'emozione.

Dai dati raccolti si evince una correlazione significativa tra i BPSD e il burden caregiver e il ruolo dei tratti di personalità con la strategia di coping che sarà ulteriormente descritta con l'ampliamento del campione esaminato.

Bibliografia

Baharudin AD, Din NC, Subramaniam P, Razali R. The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. BMC Public Health. 2019 Jun 13;19(Suppl. 4):447.

Finkel SI, Burns A. Behavioral and psychological signals and symptoms of dementia (BPSD): a clinical and research update. International Journal of Psychogeriatrics, 2000; 12(Suppl. 1):9-14.

Hooker K, Bowman SR, Coehlo DP, Lim SR, Kaye J, Guariglia R, Li F. Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregivers. The Journal of Gerontology: Series B, 2002 Sep; 57(5), 453-460.

John O P, Donahue EM, Kentle RL. The "Big Five" Inventory--Versions 4a and 54. Berkeley: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

Katz TF, Ford AB, et al. Autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL). JAMA, 1963;185:914-919.

Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T et al. Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q). J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12(2):233-239.

Lawton MP, Brody EM. Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Gerontologist, 1969; 9:179-86.

Melo G, Maroco J, de Mendonça A. Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Dec; 26(12):1275-82.

Monteiro AMF, Santos RL, Kimura N, Baptista MAT, Dourado MCN. Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review. Trends Psychiatry Psychother. 2018 Jul-Sep; 40(3):258-268.

Novak M, Guest C. Caregiver Burden Inventory (CBI). Gerontologist. 1989 Dec; 29(6):798-803.

Sirigatti S, Stefanile C. CISS - Coping Inventory for Stressful Situations. Giunti O.S., Firenze giugno 2009.

UNO STUDIO SULL'ASSE MICROBIOTA-INTESTINO-CERVELLO: INFEZIONI BATTERICHE CRONICHE COME POSSIBILE EZIOLOGIA DEL DISTURBO NEURODEGENERATIVO?

PALUMBO NICOLA¹, LIARDO LUNETTA¹

¹ Centro per la Memoria, Bolzano - IT

Il processo di invecchiamento cerebrale è caratterizzato da significativi cambiamenti funzionali e strutturali, che includono la degenerazione delle cellule del sistema nervoso centrale, legata anche ad alterazioni nella composizione della membrana plasmatica e a neuroinfiammazione. Il microbioma intestinale e la neuroinfiammazione sono strettamente correlati alle malattie del sistema nervoso, sebbene il meccanismo specifico non sia chiaro.

L'obiettivo del nostro lavoro è quello di aprire una discussione sulla relazione tra neuroinfiammazione, microbioma intestinale e malattia di Alzheimer (AD).

RI, femmina, 59 aa., manualità dx, coniugata, 4 figli, diploma professionale, 11 aa. di scolarità, attualmente casalinga, diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore tipo AD (10/2019) in trattamento con rivastigmina. A seguito di diagnosi viene presa in carico presso il nostro servizio di neuroriabilitazione.

Sono stati analizzati i valori degli esami ematochimici, le visite gastroenterologiche, gli esami del laboratorio di virologia e microbiologia dal 2008 al 2019.

Si osservano valori crescenti (fuori norma) di colesterolo LDL, VES, TSH e positività all'esame parassitologico standard; nel 2013 viene rilevata la presenza del protozoo flagellato *Giardia intestinalis* e nel 2015 del parassita patogeno *Blastocystis* sp.

L'asse microbiota-intestino-cervello è un sistema di comunicazione bidirezionale poco compreso. L'AD è stata a lungo associata a infezioni batteriche e immunosenescenza che causa infiammazione.

Recenti studi che hanno esaminato il microbiota intestinale dei pazienti con AD hanno rivelato che il loro microbioma differisce da quello dei soggetti senza demenza. Lo studio del caso singolo presentato intende portare all'attenzione della comunità scientifica il possibile nesso tra microbioma, perdita dell'omeostasi intestinale e neuroinfiammazione.

Bibliografia

Fink MY, Singer SM. The Intersection of Immune Responses, Microbiota, and Pathogenesis in Giardiasis. *Trends Parasitol.* 2017 Nov; 33(11):901-913.

Haran JP, Bhattarai SK, Foley SE, Dutta P, Ward DV, Bucci V, McCormick BA. Alzheimer's Disease Microbiome Is Associated with Dysregulation of the Anti-Inflammatory P-Glycoprotein Pathway. *mBio.* 2019 May 7; 10(3).

Jeyakumar T, Beauchemin N, Gros P. 2019. Impact of the Microbiome on the Human Genome. *Trends Parasitol.* 2019 Oct; 35(10):809-821.

Lin L, Zheng LJ, Zhang LJ. Neuroinflammation, Gut Microbiome, and Alzheimer's Disease. *Mol Neurobiol.* 2018 Nov; 55(11):8243-8250.

Rivero MR, Miras SL, Quiroga R, Rópolo AS, Touz MC. 2011. *Giardia lamblia* low-density lipoprotein receptor-related protein is involved in selective lipoprotein endocytosis and parasite replication. *Mol Microbiol.* 2011 Mar; 79(5):1204-19.

TEST NEUROPSICOLOGICI ASSOCIATI ALLO STATO FUNZIONALE IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI ANZIANI AFFERENTI AD UN CDCD

PAZZAGLINI CHIARA¹, GUASTI PATRIZIA¹, BONAZZI STEFANIA¹, MARABINI LISA¹, DEPLANO DANIELE¹, ROMAGNOLI TOMMASO¹, POLASTRI MICHELE¹, ZURLO AMEDEO², BROMBO GLORIA², ZULIANI GIOVANNI¹

¹ Università di Ferrara, Ferrara - IT

² Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ferrara - IT

Lo stato funzionale di ogni individuo è influenzato da abilità cognitive, motorie e percettive; con l'insorgenza di demenza c'è un progressivo declino dell'autonomia nelle attività quotidiane, che si correla al peggioramento delle performance cognitive. In particolare nei pazienti con malattia di Alzheimer il graduale coinvolgimento di vari domini cognitivi (memoria, funzioni esecutive, linguaggio) potrebbe rendere ragione della perdita di autonomia. Abbiamo quindi valutato la correlazione tra lo stato funzionale al basale e la performance alla testistica neuropsicologica (prima valutazione: PAC - pacchetto ambulatoriale complesso) di un campione di soggetti anziani afferenti al CDCD di Ferrara (U.O. di Medicina Interna e Geriatria).

Il campione era composto da 1194 soggetti (F: 63%) di età > 64 anni arruolati consecutivamente dal 2008 al 2017 e comprendeva: 256 soggetti con demenza tipo Alzheimer tardiva (LOAD), 72 con demenza vascolare (DV), 195 con demenza "mista" (MIX), 468 soggetti con disturbo neurocognitivo lieve (MCI), 72 altre forme di demenza e 131 soggetti con funzioni cognitive integre (C). Le BADL (Katz: punteggio da 0, totale disabilità, a 6, totale autonomia) e le IADL (Lawton-Brody: punteggio da 0, totale disabilità, a 8, totale autonomia) sono state correlate con i punteggi di una batteria standardizzata di test neuropsicologici mediante test di Spearman (analisi univariata). La regressione lineare multipla (metodo stepwise-forward) è stata utilizzata per valutare la associazione tra stato funzionale ed i test risultati significativi all'analisi univariata. Le correlazioni sono state successivamente valutate nel sottogruppo di pazienti con LOAD.

Considerando l'intero campione, è emersa, utilizzando la regressione lineare, un'associazione tra punteggio delle BADL e test di Raven e fluenza verbale per categoria (R2 aggiustato: 0.098); il test indipendentemente associato al punteggio delle IADL è risultato invece la Frontal Assessment Battery, FAB (R2 aggiustato: 0.230). Abbiamo quindi valutato le correlazioni presenti all'interno del sottogruppo dei pazienti affetti da LOAD: è emersa una associazione tra BADL e performance a FAB, test di Raven e prova di fluenza verbale per categoria (R2 aggiustato 0.068), mentre le IADL sono risultate associate al punteggio alla FAB ed al test di Rey (R2 aggiustato 0.156).

Nel campione di soggetti anziani afferenti al nostro CDCD, la performance in alcuni test neuropsicologici è risultata essere predittore indipendente dello stato funzionale; in particolare è emersa una correlazione tra abilità esecutive ed il grado di autonomia sia nelle BADL che nelle IADL, confermata anche nel sottogruppo di pazienti affetti da LOAD. Strategie di intervento per mantenere in esercizio tale dominio potrebbero essere utili a ritardare la comparsa di disabilità anche nei pazienti affetti da deterioramento cognitivo.

DEMENTIA FRIENDLY COMMUNITY: NUOVE FRONTIERE NELLA FORMAZIONE DELLA COLLETTIVITÀ. L'USO DELLA REALTÀ VIRTUALE

PINTO KATIA¹, COLUCCI ROSSANA¹, CHIAPPARINO CLAUDIA¹, LOGRANO CLAUDIA¹, SCHINO PIETRO¹

¹ Associazione Alzheimer Bari, Bari - IT

Il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di Alzheimer's Disease International, come ribadito nel Piano Nazionale Demenze (30/10/2014) evidenzia la necessità di promuovere "comunità amiche" delle persone con demenza e dei loro familiari al fine di consentire un processo di normalizzazione delle loro condizioni. È acclarato che se le persone con demenza ricevessero maggior attenzione e supporto in attività quali spostarsi, andare per negozi e visitare centri di culto potrebbero avere un ruolo più attivo nella loro Comunità.

L'iniziativa promossa da Alzheimer Bari riguarda l'avvio di un progetto pilota mirato a qualificare come Dementia Friendly Community i rioni Pogiofranco e Picone della città metropolitana di Bari che contano 45000 abitanti. In data 11 dicembre 2018 è stato firmato un protocollo d'intesa tra l'Associazione Alzheimer Bari e il Municipio 2 al fine di consentire all'intera comunità di diventare parte attiva nel collaborare per dare un sostegno concreto alle persone con demenza e alle loro famiglie. Il progetto finanziato da Intesa San Paolo ha l'obiettivo di costruire una comunità accogliente, competente ed inclusiva delle persone con demenza e dei loro familiari e di evidenziare il miglioramento della qualità di vita.

Al fine di sensibilizzare la collettività il progetto si avvale dell'utilizzo di uno strumento innovativo tecnologico della realtà virtuale. Attraverso l'uso di visori da indossare e la proiezione di 3 diversi video (relativi a 3 diverse situazioni: cena di Natale, parco, supermercato) si intende raccontare in prima persona a coloro che interagiscono con persone affette da demenza, quello che le stesse sperimentano e provano quotidianamente. Tale iniziativa va ad inserirsi in una serie più ampia di attività tra cui il Progetto Spesa Più (prima partnership con una catena di grandi supermercati) in cui familiari e pazienti con demenza hanno la possibilità di essere assistiti da personale adeguatamente formato e possono usufruire di un contesto a misura di paziente, tra cui posti auto riservati e panchine per la sosta, casse preferenziali, precedenza ai banchi assistiti.

Ulteriore partnership è quella con Ortodomingo, il laboratorio urbano dove è possibile socializzare e realizzare percorsi di stimolazione cognitiva per i pazienti, che possono camminare lungo un circuito ad anello senza il rischio di perdersi.

Attualmente il progetto è stato esteso alle farmacie del quartiere con un impegno rivolto a:

- adeguamento delle barriere architettoniche;
- formazione del personale attraverso la realtà virtuale;
- promozione di giornate rivolte alla prevenzione dell'invecchiamento mentale;
- distribuzione di materiale informativo relativo ai segni premonitori della malattia e alla modalità migliori per comunicare con i clienti/pazienti con demenza.

È stata inoltre avviata la III fase del progetto "Ricordando a scuola" negli Istituti scolastici di I grado della città, con una maggiore attenzione agli stessi siti nel Municipio 2, al fine di sensibilizzare insegnanti, genitori e bambini sul tema dell'invecchiamento e contestualmente combattere lo stigma legato alla malattia.

Lo studio prevede momenti di formazione rivolti a medici, commercianti, vigili urbani, forze dell'ordine afferenti al municipio 2 al fine di creare un ambiente a misura di paziente.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELL'AMARYLLIS CAFÈ: UN INTERVENTO VOLTO A FAVORIRE IL COINVOLGIMENTO DI PERSONE CON MALATTIA DI ALZHEIMER

PINTO KATIA¹, FIORENTINO CLAUDIA¹, GASSI ROSITA¹, VENTRELLA ANGELA ALESSANDRA¹, SCHINO PIETRO¹

¹ Associazione Alzheimer Bari, Bari - T

L'Alzheimer Cafè nato in Olanda, nel 1997 per iniziativa del Dottor Bère Miesen, si pone l'obiettivo di ridurre l'isolamento e lo stigma che colpisce le persone affette da Alzheimer e i loro familiari, offrendo in modo informale un luogo di incontro e di scambio interpersonale.

Si tratta di uno spazio, in cui si possono condividere informazioni riguardanti la malattia ed esplorare vissuti ed esperienze, della persona con demenza.

Questo intervento è dunque finalizzato alla psicoeducazione, al supporto e all'aiuto informale per il caregiver tramite un gruppo di auto mutuo aiuto in un ambiente accogliente e conviviale.

Dal 2012 presso Casa Don Tonino Bello, sede dell'Associazione Alzheimer Bari è stata strutturata una forma sui generis di Alzheimer Cafè, dal nome "Amaryllis Cafè". Sono previsti 3 incontri settimanali, della durata ciascuno di due ore, in cui i familiari partecipano ad attività di psicoeducazione e i pazienti divisi in gruppi omogenei, sono impegnati in attività psico-sociali altamente rilevanti.

Da settembre 2019 all'interno dell'Amaryllis Cafè è stato inoltre attivato un ciclo di incontri di terapia occupazionale, condotti da una terapeuta occupazionale e tre psicologhe al fine di valutare l'effetto delle attività proposte nella stimolazione della memoria procedurale, spesso inficiata dalla malattia, e nel coinvolgimento dei pazienti presenti.

In particolare ogni incontro settimanale è stato incentrato su un tema, coerente con il periodo dell'anno in cui ci si trova al fine di sollecitare le abilità cognitive, mnesiche, attentive, linguistiche, prassiche ed esecutive.

Obiettivo della ricerca è valutare se le istruzioni verbali fornite dall'operatore nello svolgimento dei passaggi previsti dalla Task Analysis, possano aiutare persone con demenza di grado moderato nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e attività manuali. Inoltre, si è valutato il coinvolgimento dei partecipanti nel corso delle diverse attività.

Lo studio ha incluso 10 partecipanti, coinvolti in attività quali: preparazione di cibi, manufatti, decorazioni etc. Le attività svolte durante la fase di intervento hanno previsto l'uso di istruzioni verbali, fornite dagli operatori, per consentire la corretta esecuzione dei diversi passaggi necessari allo svolgimento del compito (Task Analysis), secondo il disegno sperimentale ABAB. Il coinvolgimento è stato valutato utilizzando una griglia osservativa appositamente realizzata, al fine di rilevare il grado di: accettazione, rifiuto, attenzione, disinteresse, ansia/agitazione, gradimento e felicità.

È stato verificato che l'uso di istruzioni verbali ha aiutato i partecipanti nell'esecuzione dei diversi compiti e ha aumentato il coinvolgimento nelle attività, come rilevato dall'incremento di alcuni degli indicatori presi in esame.

Attualmente lo studio è ancora in corso. Pertanto i dati relativi a tali osservazioni sono ancora in fase di raccolta, ma ci si auspica di pubblicare a breve i risultati di questo lavoro.

CENTRI SOLLIEVO: UNA PROPOSTA ECONOMICAMENTE SOSTENIBILE CON IMPATTO POSITIVO SULLA VITA DEL MALATO DI DEMENZA E DEL SUO CAREGIVER

POZZA MICHELA¹, PAULETTO SIMONE¹

¹ *Vicenza - IT*

Creare un luogo di accoglienza fisica e relazionale per i malati di demenza lieve, lieve-moderata, permettendo ai familiari di beneficiare di alcune ore di "libertà" nella settimana, senza anteporre vincoli a livello economico.

La Regione Veneto tra gli interventi regionali a sostegno della Domiciliarità e in particolare della famiglia che assiste un anziano fragile, con delibera n.1873/2013 ha approvato il Progetto Sollievo, che ha come obiettivo primario il favorire la permanenza a domicilio della persona affetta da demenza e sostenere le famiglie che se ne fanno carico.

Nel distretto 2 dell'ulss7 sono attualmente attivi 7 centri, aperti con orario 9-12 e in due di questi si è attivata la seconda apertura settimanale.

Gli spazi ed il trasporto sono garantiti gratuitamente dagli enti locali.

Gli ammalati sono gestiti da volontari, formati e supportati da personale specializzato, nello specifico da quattro educatrici ed una psicologa.

Durante l'a. 2019, all'interno del progetto sollievo sono stati organizzati degli incontri dedicati ai familiari (quattro per ogni centro) con lo scopo di offrire uno spazio di ascolto e di confronto; durante questi incontri sono stati somministrati ai familiari un questionario informativo e un questionario anonimo, rispetto all'esperienza loro e del loro familiare nel centro sollievo frequentato.

Le persone coinvolte sono state 36.

Il "questionario informativo" è composto da nove domande a scelta multipla riguardanti la figura del caregiver (sesso, età scolarità,...) mentre il "questionario di gradimento" è formato da otto domande a scelta multipla sulla soddisfazione rispetto al centro, al rapporto con i volontari, alle attività, alla rilevazione di eventuali cambiamenti.

Dai dati rilevati emerge che anche solo tre ore di supporto al settimana, o sei per i centri con due giornate d'apertura, riescono ad avere un impatto positivo sia sul malato che sui familiari.

Per quanto riguarda la persona malata:

nella maggior parte dei casi sono stati osservate delle variazioni positive a livello comportamentale in termini di maggior serenità, socievolezza, allegria e maggior predisposizione allo stare in compagnia; si evidenzia quindi la possibilità di contrastare quella tendenza all'isolamento, che spesso interessa le persone ammalate di demenza.

In alcuni casi si rilevano alcune modifiche anche in termini di autonomia: si osservano maggiore attenzione all'abbigliamento, all'igiene personale oltre alla capacità di ricordare il giorno di partecipazione al centro.

Per quanto riguarda il familiare:

la maggior parte dei familiari (32 su 36) ritiene che il centro abbia avuto conseguenze positive anche per sé, indicando un maggior senso di serenità e di libertà.

Il fatto di non avere la persona malata a casa, anche se per poche ore, permette ai familiari di riposare o svolgere attività quotidiane, nella consapevolezza che il malato è accudito e al sicuro.

Interessante è anche la percezione un "minor carico emotivo" da parte dei familiari.

Questo servizio, grazie alla collaborazione degli enti locali e dei volontari, riesce ad avere un impegno di spesa ridotto nell'esigenza della sostenibilità del sistema di cure, con una spesa di circa 30 € ad ospite al mese.

I dati della presente rilevazione indicano che le ore del centro sollievo, per i caregivers, rappresentano un aiuto reale e concreto; si auspica per il futuro di poter ampliare l'offerta del progetto a più comuni, con il coinvolgimento quindi di un maggior numero di famiglie e per più ore a settimana.

HIPPOCAMPAL RATIO AND ITS ASSOCIATION WITH MEMORY PERFORMANCES IN ALZHEIMER'S DISEASE

SERRA LAURA¹, IOSA MARCO¹, BONAROTA SABRINA¹, CALTAGIRONE CARLO¹, MARRA CAMILLO², BOZZALI MARCO¹

¹ *Fondazione Santa Lucia, IRCCS, Rome - IT*

² *Catholic University, Rome - IT*

The hippocampus plays a fundamental role in consolidation of information from short- to long-term memory (Serra L. et al., 2018). Hippocampal atrophy is typically observed in patients with typical Alzheimer's disease (AD) (Serra L. et al., 2019). Aim of this study was to assess whether the proportions of hippocampal subparts change over the transition from normal aging to AD.

A cohort of 152 participants, 60 with a diagnosis of probable AD, 35 with a diagnosis of amnesic mild cognitive impairment (a-MCI), and 57 healthy subjects (18 young-HS, and 39 elderly-HSe) underwent an extensive neuropsychological battery and MRI at 3T. T1-weighted volumes were collected from each subject and used for the manual segmentation of the hippocampus in head (HH), body (HB) and tail (HT). Changes in hippocampal subparts were assessed by calculating ratios in length and volume (HR-line and HR-volume respectively) using the following formula: $(HB+HH+HT)/HB$. A series of ANOVAs were used to assess between group differences in HR-volume and HR-line. Correlations and multiple regressions were used to assess associations between memory performances and HR-volume and HR-line.

Reduced volumes of HB were found in HSe compared to HS, as well as in a-MCI compared to HSe. AD patients showed reduced volumes in every hippocampal subpart when compared to both a-MCI and HSe. We found that bilateral HR-volumes in HS was significantly reduced in HSe, and between AD to a-MCI patients; we also found significant reduction in the bilateral HR-line comparing HSe to both a-MCI and AD patients and comparing a-MCI to AD patients. Significant correlations were found in AD patients between the right HR-volume and scores obtained at the visuo-spatial memory test. In HSe individuals correlations were found between verbal episodic memory scores and both, the left HR-volume and the right HR-line. Multiple regressions confirmed associations between memory performances and HR changes in both AD patients and HSe individuals.

This study highlights changes in the hippocampal subparts that occur over the transitional stage from normal aging to AD and account for the decline in specific memory performances. In HS, HRs approached the so called golden value of 1.618. Interestingly, this is believed to be the perfect proportion of many biological structures to ameliorate their functioning (Ozturk S. et al., 2016). Conclusions: Our results show a non-uniform hippocampal atrophy occurring in the transition to AD, which firstly involves the HB.

Bibliografia

- Serra L, Bozzali M, Fadda L, De Simone MS, Bruschini M, Perri R, Caltagirone C, Carlesimo GA. The role of hippocampus in the retrieval of autobiographical memories in patients with amnesic Mild Cognitive Impairment due to Alzheimer's disease. *J Neuropsychol*. 2018 Nov 19.
- Serra L, Petrosini L, Salaris A, Pica L, Bruschini M, Di Domenico C, Caltagirone C, Marra C, Bozzali M. Testing for the Myth of Cognitive Reserve: Are the Static and Dynamic Cognitive Reserve Indexes a Representation of Different Reserve Warehouses? *J Alzheimers Dis*. 2019; 72(1):111-126.
- Ozturk S, Yalta K, Yetkin E. Golden ratio: A subtle regulator in our body and cardiovascular system?. *Int J Cardiol*. 2016 Nov 15; 223:143-145.

MEMORY DEFICITS IN AMNESTIC MILD COGNITIVE IMPAIRMENT REDUCE FACILITATION AND INHIBITION EFFECTS DURING RETRIEVAL OF SEMANTICALLY - RELATED ITEMS

SERRA LAURA¹, DEL BONO CHIARA¹, BECHI GABRIELLI GIULIA¹, DI DOMENICO CARLOTTA¹, BIANCHI GUENDALINA¹, PAVIA JENNIFER¹, CALTAGIRONE CARLO¹, MARRA CAMILLO², BOZZALI MARCO¹

¹ Fondazione Santa Lucia, IRCCS, Rome - IT

² Catholic University, Rome - IT

During the memory process, retrieval of significant information reduces the possibility to access semantically-related stimuli, thus inducing failure to remember (Anderson M.C. et al., 1994). In fact, the repetition (practice) of stimuli to remember produces an over-learning effect that interferes with retrieval of semantically-related items by frontal inhibition mechanisms that produce forgetting. These inhibition mechanisms have been observed during normal aging (Moulin C.J. et al., 2002) but there is no clear evidence about what happens in pathological aging (Barber S.J. et al., 2012). Objective: to investigate the retrieval-induced forgetting and its neural correlates in patients with amnesic Mild Cognitive Impairment (a-MCI).

Thirty-one a-MCI patients and 30 healthy subjects (HS) underwent Cognitive Examination of Addenbrooke (ACE-R) and Retrieval Practice Paradigm (RPP), that evaluates the retrieval-induced forgetting by producing three different indexes: the remember effect (Baseline-remembering), the retrieval-induced facilitatory (FAC) and the retrieval-induced forgetting (RIF) effects. A-MCI patients underwent 3T-MRI for voxel-based morphometry (VBM). One-way ANCOVAs were used to assess between-groups differences in ACE-R subtests and RPP indexes (formal education was used as covariate of no interest in all analyses). Correlations were performed separately in a-MCI and HS groups to assess associations between ACE-R subtests and RPP indexes. Finally, in patients only, one-sample t-test models were employed to investigate associations between regional grey matter (GM) volumes and RPP indexes.

There were no between-group differences in age and gender distribution. Conversely, a-MCI patients were significantly more educated than HS. Patients showed significantly reduced performances, compared to HS in some ACE-R subtests, in the MMSE scores and in all RPP indexes (i.e., remembering and forgetting abilities). Significant correlations were found between ACE-R subtests and all RPP indexes in a-MCI patients, while HS showed significant association between ACE-R executive functions and RIF only. Finally, MCI patients showed significant positive correlations between baseline-remembering and GM volumes in the lateral occipital cortex bilaterally, and between RIF and GM volumes in the right fusiform cortex and hippocampus.

The present study shows lower performances in all indexes of the RPP in a-MCI patients when compared to HS. These changes correlate with both cognitive functioning and GM volumes, mainly in the meso-temporal lobe structures. The reduction of effects that are normally present in normal aging such as the facilitation in remembering due to over-learning and forgetting induced by inhibition mechanisms, are likely due to the widespread memory impairment that characterizes a-MCI patients and does not allow them to process over-learned items in a different way.

Bibliografia

- Anderson MC, Bjork RA, Bjork EL. Remembering can cause forgetting: retrieval dynamics in long-term memory. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 1994 Sep; 20(5):1063-87.
- Barber SJ, Mather M. Forgetting in context: the effects of age, emotion, and social factors on retrieval-induced forgetting. *Mem Cognit*. 2012; 40(6):874-888. doi:10.3758/s13421-012-0202-8.
- Moulin CJ, Perfect TJ, Conway MA, North AS, Jones RW, James N. Retrieval-induced forgetting in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*. 2002; 40(7):862-7.

VENTRAL TEGMENTAL AREA CONNECTIVITY AND THE CONVERSION FROM MILD COGNITIVE IMPAIRMENT TO ALZHEIMER'S DISEASE

SERRA LAURA¹, D'AMELIO MARCELLO², DI DOMENICO CARLOTTA¹, MARRA CAMILLO³, MERCURI NICOLA BIAGIO⁴, CALTAGIRONE CARLO¹, CERCIGNANI MARA⁵, BOZZALI MARCO¹

¹ Fondazione Santa Lucia, IRCCS, Rome - IT

² University Campus - Biomedico, Rome - IT

³ Catholic University, Rome - IT

⁴ University of Rome 'Tor Vergata', Rome - IT

⁵ University of Sussex, Brighton - United Kingdom

Recent studies based on animal models (Nobili A. et al., 2017) and neuroimaging (De Marco M. et al., 2018; Serra L. et al., 2018) data collected from patients with Alzheimer's disease (AD) have highlighted the loss of dopaminergic neurons in the ventral tegmental area (VTA) as an important and early pathophysiological event in AD. A reduction of connectivity was observed, in cross-sectional data, between VTA and regions of the brain belonging to the default-mode network, which is known being selectively targeted by AD pathology. Interestingly a progression of this

disconnection was observed from early to advanced AD stages. Moreover, this VTA-driven disconnection accounted for some clinical symptoms observed in AD patients. Aim of the present longitudinal study was to assess whether VTA connectivity predicts the risk of conversion from mild cognitive impairment MCI to AD.

We recruited 35 patients with amnesic MCI, 20 of them showing an isolated memory impairment, and 15 showing both memory deficits and executive dysfunction. At baseline and follow-up (two years apart) all patients underwent an extensive neuropsychological assessment and MRI at 3T, which included the acquisition of a T1-weighted volume, and a 8 minute duration T2*-weighted echo-planar imaging (EPI) scan sensitized to BOLD contrast at rest (resting-state functional MRI). Patients were neuropsychological reassessed and clinically reclassified in AD converters and non-converters at two years interval. EPI images were processed as previously described to obtain maps of functional connectivity and using VTA for a seed-based analysis of FC (Serra L. et al., 2018). Two sample T-test models were used for group comparisons between MCI-converters and non-converters. Grey matter volumes and age were used as covariate of no-interest.

At follow-up, 16 out of 35 patients converted to AD. At baseline, the 2 groups were not significantly different for demographic or neuropsychological variables, including the distribution of subjects with single and multiple domain impairment. VTA-driven connectivity on the baseline data revealed a significant reduction in MCI-converters compared to non-converters in the posterior cingulate cortex bilaterally. The same significant differences in FC connectivity were maintained between the two groups in the data collected at follow-up.

This study demonstrates that a more extensive VTA-driven brain disconnection predicts an increased risk for conversion from MCI to AD in a short time. The disconnection involves the posterior cingulate cortex (i.e., a key node of the default mode network), which was previously interpreted as mainly due to hippocampal atrophy. These results have potential implications for AD prognosis and pharmacological and non-pharmacological interventions.

Bibliografia

De Marco M, Venneri A. Volume and Connectivity of the Ventral Tegmental Area are Linked to Neurocognitive Signatures of Alzheimer's Disease in Humans. *J Alzheimers Dis.* 2018; 63(1):167-180.

Nobili A, Latagliata EC, Viscomi MT, Cavallucci V, Cutuli D, Giacobuzzo G, Krashia P, Rizzo FR, Marino R, Federici M, De Bartolo P, Aversa D, Dell'Acqua MC, Cordella A, Sancandi M, Keller F, Petrosini L, Puglisi-Allegra S, Mercuri NB, Coccorello R, Berretta N, D'Amelio M. Dopamine neuronal loss contributes to memory and reward dysfunction in a model of Alzheimer's disease. *Nat Commun.* 2017 Apr 3; 8:14727.

Serra L, D'Amelio M, Di Domenico C, Dipasquale O, Marra C, Mercuri NB, Caltagirone C, Cercignani M, Bozzali M. In vivo mapping of brainstem nuclei functional connectivity disruption in Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging.* 2018 Dec; 72:72-82.

INVECCHIAMENTO E SINDROME DI DOWN: PROFILO CLINICO E OSSERVAZIONE DI ASPETTI NEUROPSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

ULGIATI AURORA MARIA¹, VILLANI EMANUELE ROCCO², CARFÌ ANGELO²

¹ Department of Neurology, RUG - UMCG, University of Groningen, Groningen - Netherlands

² Polo interdipartimentale Scienze dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - IT

Nella sindrome di Down (SD) con il miglioramento delle condizioni di vita si è determinato un aumento dell'aspettativa di vita, ma un aumento del rischio di sviluppare patologie associate all'invecchiamento precoce. Vi è una stretta relazione fra la Malattia di Alzheimer (MA) e la SD dovuta alle conseguenze della sovra-espressione genica.

Risulta però difficile nella SD reperire misure per determinare il livello di disabilità intellettiva premorbo e strumenti con qualità psicometriche specifiche.

Lo studio riportato è un primo passo verso uno studio più ampio con l'obiettivo di implementare metodi di valutazione dell'invecchiamento nella SD.

Hanno preso parte allo studio soggetti con SD valutati nell'arco di 6 mesi presso il DH di Geriatria del Policlinico Universitario A. Gemelli.

Sono raccolte informazioni riguardanti la scolarizzazione dei soggetti e dei genitori e eseguite le seguenti valutazioni: ADL e IADL, DSQIID, orientamento, Leiter-3, prove di attenzione, memoria, linguaggio e abilità visuo-spaziali (RBANS) e la batteria FAB.

I dati raccolti sono stati confrontati in due gruppi per età < e ≥ di 45 anni tramite T-Student e tramite ANCOVA per i fattori anni scolarizzazione del soggetto e della madre, risultati significativamente diversi, correggendo le medie per queste due variabili.

40 adulti con SD (21 di sesso femminile) di età tra 27 e 60 anni (M=44,7; DS=8,4). Tra i due gruppi, sono risultati significativamente diversi gli anni di scolarizzazione della madre (M gruppo < 45=12,5; DS=4,3 e M gruppo ≥ 45=9,3; DS=3,7, p<.05) che del partecipante (M gruppo < 45=13; DS=2,3 e M gruppo ≥ 45=11; DS=3,1, p<.05). I punteggi grezzi dei test cognitivo-comportamentali sono stati convertiti in rate. Controllando per i fattori anni scolarizzazione del soggetto e madre, si evidenzia un pattern funzionale peculiare.

Si analizza, inoltre, le performance dei soggetti in funzione dell'età considerando il gruppo per intero, procedendo con la correlazione parziale.

Con l'età si assiste ad un generale peggioramento nell'acquisizione di materiale verbale, sia in compiti di richiamo che di riconoscimento. Inoltre, si evidenzia un peggioramento nelle ADL e IADL e un incremento nel punteggio del DSQIID.

Si evidenzia quindi un profilo peculiare, in cui i soggetti più anziani mostrano un quadro psicologico-comportamentale peggiore rispetto a soggetti più giovani. Tuttavia, si ritiene necessario ampliare il campione ed effettuare un follow-up a 12 mesi.

È possibile prevenire l'Alzheimer? Attività motoria, stimolazione cognitiva, prevenzione delle malattie cardiovascolari e del dolore

DALL'MCI ALL'AD LIEVE: ESEMPI DI INTERVENTI MULTIMODALI INDIVIDUALIZZATI NELL'AMBITO DEL PROGETTO ME.MO.RI.

BINETTI VANESSA¹, MENEGHINI ELISA¹, MAZZONE ANDREA¹

¹ ASP Golgi-Redaelli - Istituto Redaelli, Milano - IT

Lo screening precoce, l'introduzione di strumenti sensibili, e la crescente sensibilità del clinico nell'indagare gli aspetti cognitivi alla prima visita geriatrica e la reale presa in carico del paziente M.C.I. rappresentano oggi la sfida per contrastare il decadimento cognitivo e procrastinare la conversione in demenza.

Una valutazione neuropsicologica approfondita, una condivisione del progetto di intervento e la costruzione di un'alleanza terapeutica con il paziente e la famiglia, rappresentano la modalità vincente per impostare l'intervento multimodale.

Lo scopo di questo lavoro è esaminare, presentando due pazienti giunti al Servizio con bisogni e profili cognitivi differenti, come un intervento multimodale possa avere un impatto positivo su MCI e demenze.

Il modello si fonda su tre cardini: esercizio motorio, educazione nutrizionale e training cognitivo. Secondo necessità sono previsti, inoltre, incontri psico educativi al familiare e sostegno psicologico al paziente.

Caso 1: uomo, 77 anni, giunge in DH per effettuare terapie fisiche per lombalgia. Alla visita geriatrica riferisce recente comparsa di dismnesia; viene somministrato il test MOCA con punteggio di: 25/30.

Segue valutazione neuropsicologica dalla quale emerge un profilo cognitivo a MCI. Alla restituzione dei test il paziente mostra atteggiamento ambivalente: preoccupazione per ciò che è emerso ai test psicometrici e atteggiamento minimizzante. È risultato efficace costruire un rapporto di fiducia, un'alleanza terapeutica in un contesto rassicurante e non giudicante per creare una buona motivazione a partecipare attivamente al trattamento multimodale in un contesto di gruppo omogeneo per livello cognitivo, superando la diffidenza iniziale.

Caso 2: uomo, di 81 anni, noto al servizio CDCD dal 2016 per MCI poi convertito in demenza AD di grado lieve e s. depressiva scarsamente responsiva al trattamento farmacologico. Le ultime valutazioni neuropsicologiche confermavano la progressione della compromissione cognitiva (MMSE 23,1/30 Gennaio '18; MMSE 18,7/30 Aprile '19), permanere dell'umore depresso e la difficoltà di gestione familiare con tendenza ad isolarsi, scarsa iniziativa nel quotidiano e dismnesia ingravescente.

È risultato di importanza cruciale stabilire un'alleanza terapeutica con la famiglia, che ha svolto il ruolo di "spinta motivazionale" nell'intraprendere il trattamento.

Con l'avvio del Progetto Me.Mo.Ri. il paziente è stato inserito nel gruppo di training cognitivo con altri tre soggetti, omogeneo per patologia ed età. Nonostante l'iniziale diffidenza e la fragile motivazione, nel corso del tempo, il paziente ha esternato soddisfazione, partecipazione attiva e proficua, creando nuove relazioni sociali con i partecipanti anche al di fuori del setting clinico.

L'intervento multimodale ha evidenziato risultati positivi - misurati con scale e questionari validati - sia nell'ambito delle funzioni cognitive, sia nell'ambito delle performance motorie, oltre all'aumento dell'autostima e una migliore percezione delle proprie competenze e consapevolezza dei punti di forza di cui ciascuno è portatore.

Nonostante il progetto sia nelle sue fasi iniziali, con un numero ancora esiguo di soggetti trattati ha già mostrato come una reale presa in carico multi disciplinare ad alta intensità associata a trattamenti individualizzati sia una risposta possibile ed efficace nel contrastare il declino cognitivo e l'isolamento sociale ad esso associato.

PIEMEMONTE "INSIEME PER LA MEMORIA"

BIOLCATI ALDO¹, MONTI FRANCESCO¹, BALZANO ROSSELLA¹, BOCCA CORSICO PICCOLINO MARIA¹, BIOLCATI LUCA¹, D'ANDREA FEDERICO², MARINONI VITO³, CASSISA MARCO³, FERLISI FRANCO³, TOMBINI ANNA MARIA³, CANEPARO STEFANIA³, DE MARTIS ROBERTA³, COLLOBIANO ANNA³, FONTANA EMANUELA⁴, RANGHINO EMANUELA⁴, DI COLA ALESSANDRA⁴, DONIS MANUELA⁴, ZARINI VANNA⁵, DOLCI SERGIO⁵, ERBETTA MARTA⁵, CAPPELLI SIMONE⁵, PIPPIONE MARIA TERESA⁶, FRANCESCONI MARCELLO⁶, RABINO PAOLA⁶, DEMICHELIS CHRISTIAN⁶, SARACCO GIULIA⁶, MARRANDINO MONICA⁶, SCERBO ERICA⁶, GUIDO MANTOVANI⁷, MALERBA GIUSEPPINA⁷, BORRELLI GABRIELLA⁷, STEFFANELLI EVARISTO⁷, COSTABILE TIZIANA⁷, HORTA DE REZENDE RICCI ADRIANA⁷, FERRUA VALENTINA⁷

¹ AMA NOVARA, Novara - IT

² Ordine dei Medici Chirurghi e odontoiatri, Novara - IT

³ AIMA, Biella - IT

⁴ AVMA, Vercelli - IT

⁵ AFA, VCO - IT

⁶ Associazione Alzheimer, Asti - IT

⁷ AMA, Chieri - IT

Il progetto si è svolto dal 15 ottobre 2018 al 15 ottobre 2019. È stato realizzato in collaborazione fra 6 associazioni Alzheimer del Piemonte (Asti, VCO, Novara, Vercelli, Chieri e Biella capofila) facenti parte del CAAP (Comitato Associazioni Alzheimer Piemonte) è stato finanziato dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali in collaborazione con la Regione Piemonte all'interno del programma "Finanziamenti per il sostegno di progetti di rilevanza locale promossi da organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale ai sensi degli articoli 72 e 73 del D.lgs 117/2017, Codice del terzo settore."

Questa iniziativa, sintetizzata nello slogan "misura la tua memoria come misuri la pressione", ha avuto lo scopo primario di coinvolgere una fascia di popolazione over 60 ambo sessi con soggettivi disturbi della memoria. Un'altra caratteristica del progetto è rappresentata, già in questa fase, dal contrasto alla solitudine involontaria, così frequente nella popolazione anziana, attraverso iniziative e percorsi di coinvolgimento ad hoc.

Nel periodo dicembre 2018-aprile 2019, gli over 60 gratuitamente, su prenotazione in farmacia sono stati sottoposti a test di semplice applicazione (GPCOG-MOCA), per valutare un'eventuale presenza di decadimento cognitivo somministrato da psicologi professionisti. L'esito del test, che non aveva valore diagnostico in sé, poteva tuttavia essere utilizzato persona interessata, per avviare un approfondimento tramite il proprio medico di famiglia.

Sono stati coinvolti in queste attività di screening più di 1000 cittadini ambo sessi in oltre quaranta farmacie Associazioni Alzheimer piemontesi promotrici dell'evento. Nella seconda fase di PieMEMonte sono stati coinvolti, circa il 10% dei partecipanti alla fase di screening, soggetti volontari, più spesso viventi da soli e con familiarità cognitiva significativa e pertanto maggiormente a rischio di decadimento cognitivo, che hanno partecipato a percorsi gratuiti di stimolazione cognitiva della durata di 3 mesi (un incontro settimanale di 1 ora, in gruppi fino a max. di 6 persone) condotti dagli stessi psicologi testanti, allo scopo di potenziare le funzioni cognitive delle diverse aree cognitive superiori.

1074 soggetti ambo sessi di età media 72 anni 30.4% M - 69.6% F

496 soggetti sottoposti al test MOCA punteggio medio 25.1/30 18.9% MCI - 3.6% sospetto declino cognitive.

578 soggetti sottoposti al test CPCOG punteggio medio 7.4/8 32.6% MCI - 9.5% sospetto declino cognitive.

99 soggetti sottoposti a stimolazione cognitiva con 12 sedute settimanali di 90 ' ciascuno Test utilizzato : MOCA incremento significativo + 1.7 da T0 23.2 a T3 24.9

Il progetto PieMEMonte riconosciuto e sostenuto economicamente sia a livello nazionale che regionale, rappresenta l'inizio di un percorso di valutazione preventiva con successiva stimolazione cognitiva in persone di età avanzata a rischio per familiarità cognitiva e solitudine.

Bibliografia

Bartorelli L, Berardinelli M, Bocca M, Bruno P, Chattat R, Fabbo A. Dalla parte dei Fedeli. Alzheimer Uniti Italy Onlus, Roma 2015.

Biolcati A, Pistoletto M, Simonetti N. (a cura di) D'Amico F. Riflessioni sullo specchio. Aracne editore, Roma 2019.

De Leo D, Trabucchi M. Maledetta Solitudine. Edizione S. Paolo, Cinisello Balsamo 2019.

Grosso L. Memofilm: la creatività contro l'Alzheimer. Mimesis Edizioni - Frontiere della Psiche, Milano-Udine 2013;

Trabucchi M. I volti dell'invecchiare. Edizioni S. Paolo, Cinisello Balsamo 2016.

GLI EFFETTI DI UN TRATTAMENTO ASSOCIATO A TDCS SUI DISTURBI COGNITIVI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

FILOSA ANGELICA¹, FONTE CRISTINA¹, BARLETTA COSIMO², VARALTA VALENTINA¹, MARCOLINI SOFIA¹, MUTI ETTORE², BOTTURA RENATO², EVANGELISTA ELISA¹, PICELLI ALESSANDRO¹, GANDOLFI MARIALUISA¹, SMANIA NICOLA¹

¹ Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva (CRRNC) - Dipartimento di Neuroscienze Biomedicina e Movimento (Università di Verona), Verona - IT

² Fondazione Mons. Arrigo Mazzali ONLUS, Mantova - IT

Scopo del presente studio è valutare l'efficacia di un trattamento combinato attività motoria e tDCS o attività cognitiva e tDCS sulle funzioni cognitive in pazienti affetti da AD.

Sono stati arruolati pazienti con diagnosi di AD lieve-moderata (MMSE > 15) presso la Fondazione Mons. Arrigo Mazzali di Mantova. I pazienti dovevano mostrare un buon livello di compliance, in assenza di pregresse malattie neurologiche, psichiatriche o sistemiche. Essi sono stati randomizzati in quattro gruppi: attività motoria+tDCS anodica o sham (MotA e MotS) e attività cognitiva+tDCS anodica o sham (CogA e CogS) e sottoposti a 2 settimane di trattamento, 5 giorni a settimana, 45 minuti al giorno di cui i primi 15 minuti con tDCS. La stimolazione veniva eseguita sulla corteccia prefrontale dorsolaterale con intensità di 2mA.

I pazienti sono stati valutati pre- (T0), post-trattamento (T1) e ad una settimana di follow-up (T2) con una batteria testistica: Mini Mental State Examination (MMSE), Digit Span backward (DSB), Digit Span forward (DSF), Riconoscimento di Figure (Subtest della batteria Rivermead Behavioral Memory Test-RBMT), Test delle Matrici Attentive (MA), Test di Fluenza Verbale Fonemica (FVF), Sustained Attention to Response Task (SART), Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Sono stati inclusi 20 pazienti: 5 in MotA, 4 in MotS, 7 in CogA e 4 in CogS. È stata eseguita un'analisi non parametrica con il software SPSS (versione 26.0). Dal test di Mann-Whitney, confrontando i cambiamenti T0-T1 di MotA e CogA vs. MotS e CogS emerge un miglioramento dei gruppi riceventi le stimolazioni anodiche (MotA, CogA) in MMSE (p=.042; z= -2.03), MA (p=.012, z= -2.51) e nei falsi allarmi al test SART (p=.012; z= -2.50), che non viene mantenuto a T2. Approfondendo gli effetti della stimolazione anodica, confrontando i cambiamenti T0-T1 di MotA vs CogA, non emerge alcuna differenza significativa tra i due gruppi, tuttavia a T2 si osserva un miglioramento di MotA in RBMT (p=.027; z= -2.21) e nei tempi di reazione del test SART (p=.047; z= -1.99).

Il presente studio ci mostra come un trattamento combinato attività motoria o cognitiva sommato a tDCS anodica possa rallentare la progressione dei disturbi cognitivi in pazienti con AD. In particolare si notano miglioramenti nello stato cognitivo globale e nell'attenzione a T1 rispetto a T0. Confrontando gli effetti di MotA e CogA si conferma che attività motoria e attività cognitiva sembrano avere lo stesso effetto sulle funzionalità cognitive, nonostante rimangano da approfondire gli effetti dell'attività motoria nel tempo.

Bibliografia

Chang CH, Lane HY, Lin CH. Brain Stimulation in Alzheimer's Disease. Front Psychiatry. 2018 May 22;9:201.

Fonte C, Smania N, Pedrinolla A, Munari D, Gandolfi M, Picelli A, Varalta V, Benetti MV, Brugnera A, Federico A, Muti E, Tamburin S, Schena F, Venturelli M. Comparison between physical and cognitive treatment in patients with MCI and Alzheimer's disease. Aging (Albany NY). 2019 May 24; 11(10):3138-3155.

World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia. Alzheimer's Disease International, London 2019.

PROGETTO ME.MO.RI. - UN APPROCCIO MULTIMODALE PER CONTRASTARE IL DECLINO COGNITIVO

MAZZONE ANDREA¹, BINETTI VANESSA¹, MENEGHINI ELISA¹, NAVARRO ESCUDERO MERCEDES¹, ROSASPINA STEFANIA¹, PASCHINO LUISA¹, VILLABRUNA LAURA¹, CASTOLDI RICCARDO¹, SUARDI TERESA¹, BELLELLI GIUSEPPE²

¹ ASP Golgi-Redaelli - Istituto Redaelli, Milano - IT

² Università Milano Bicocca - Scuola di Specializzazione in Geriatria, Monza - IT

Negli ultimi anni diversi lavori scientifici hanno evidenziato il ruolo chiave che un approccio non farmacologico può avere nella prevenzione e nel trattamento precoce del declino cognitivo. Solo nell'ultimo anno due importanti studi randomizzati controllati hanno dimostrato come interventi multimodali (basati su dieta, esercizio fisico e interventi cognitivi) in pazienti a rischio per sviluppo di demenza o con una condizione di mild cognitive impairment (MCI) possano migliorare in maniera significativa le funzioni cognitive (Lehtisalo J. et al., 2019; Blumenthal J.A. et al., 2019). La più recente metanalisi sul tema ha evidenziato che stimolazione e training cognitivo sono efficaci nel migliorare le funzioni cognitive dei pazienti con MCI (Liang J.H. et al., 2019). Questi risultati hanno portato l'American Academy of Neurology e l'Organizzazione Mondiale della Sanità a raccomandare la promozione di esercizio fisico, interventi cognitivi e sana alimentazione per contrastare il declino cognitivo (Petersen R.C. et al., 2018; WHO, 2019).

Il progetto Me.Mo.Ri. nasce sulla base di queste evidenze per offrire un servizio che si fondi sulla reale presa in carico del soggetto con disturbi cognitivi lievi. Gli obiettivi prefissati sono (a) favorire le possibilità di reversione dell'MCI o, quantomeno, stabilizzare per il maggior tempo possibile le capacità cognitive residue; (b) il benessere del soggetto nella sua totalità, promuovendo interventi volti a preservare la qualità della vita sua e dei suoi famigliari; (c) promuovere il mantenimento dell'autonomia; (d) sostenere il paziente e la sua famiglia lungo tutto il percorso. Viene proposto un trattamento multimodale, vale a dire un approccio che si avvale di diversi interventi combinati e complementari. I cardini di questo trattamento sono: (a) Intervento cognitivo basato sull'utilizzo di protocolli/metodi (es. LAB, Feuerstein, CST) e di singoli strumenti selezionati secondo il profilo dei pazienti; (b) Intervento motorio basato su attività per lo più di tipo aerobico ma anche di resistenza ed equilibrio; (c) Intervento cognitivo-motorio basato su attività che integrano aspetti cognitivi e motori; (d) Intervento nutrizionale con incontri di formazione e educazione sui principi dietetici da seguire. All'occorrenza sono inoltre previsti interventi di supporto psicologico (sia per il paziente sia per il caregiver), logopedia (in presenza di disturbi del linguaggio o della deglutizione) e terapia occupazionale (per promuovere il mantenimento dell'autonomia).

Il progetto, avviato a fine 2019, è articolato in una prima fase di screening a cui segue una valutazione neuropsicologica mirata volta a definire le caratteristiche dei disturbi cognitivi e il tipo di intervento più appropriato. Sulla base del profilo del paziente e dopo la discussione del caso in équipe viene definito il percorso di intervento cognitivo e motorio. Al termine del percorso si organizza un incontro di restituzione con paziente e caregiver in cui si pianifica la fase di mantenimento e il follow-up. I primi risultati sono incoraggianti e mostrano, nel breve termine, un impatto positivo sulla qualità della vita e la consapevolezza dei pazienti.

Il progetto Me.Mo.Ri. propone un intervento innovativo, multimodale, individualizzato, basato su evidenze scientifiche con l'obiettivo di stabilizzare o rallentare il declino cognitivo. Le misure di outcome utilizzate prevedono la valutazione delle performance cognitive, la modificazione dello stile di vita, lo stato di benessere e la qualità della vita del paziente e dei caregiver.

Bibliografia

Blumenthal JA, Smith PJ, Mabe S, Hinderliter A, Lin PH, Liao L, Welsh-Bohmer KA, Browndyke JN, Kraus WE, Doraiswamy PM, Burke JR, Sherwood A. Lifestyle and neurocognition in older adults with cognitive impairments: A randomized trial. *Neurology*. 2019 Jan 15; 92(3):e212-e223.

Lehtisalo J, Levälähti E, Lindström J, Hänninen T, Paajanen T, Peltonen M, Antikainen R, Laatikainen T, Strandberg T, Soininen H, Tuomilehto J, Kivipelto M, Ngandu T. Dietary changes and cognition over 2 years within a multidomain intervention trial-The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER). *Alzheimers Dement*. 2019 Mar; 15(3):410-417.

Liang JH, Shen WT, Li JY, Qu XY, Li J, Jia RX, Wang YQ, Wang S, Wu RK, Zhang HB, Hang L, Xu Y, Lin L. The optimal treatment for improving cognitive function in elder people with mild cognitive impairment incorporating Bayesian network meta-analysis and systematic review. *Ageing Res Rev*. 2019 May; 51:85-96.

Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, Gronseth GS, Marson D, Pringsheim T, Day GS, Sager M, Stevens J, Rae-Grant A. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018 Jan 16; 90(3):126-135.

WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization, 2019.

UNA PRATICA DI CONTRASTO AL DETERIORAMENTO COGNITIVO DEGLI ANZIANI CON LE ARTI VISIVE

MORO ROBERTO STEFANO¹

¹ Ipab Orfanelle, Chieri (TO) - IT

Attivare il circuito cuore-mente di Utenti lievemente o moderatamente deteriorati mediante il ricorso alle arti visive, che costituiscono un potente catalizzatore di ricordi, di emozioni e di intuizioni. Come afferma Fabio Benfenati, la creatività artistica produce emozioni e genera bellezza e armonia, di conseguenza osservando le opere d'arte stimoliamo la plasticità cerebrale e nuovi processi neurologici. Socialmente palestra cognitiva attribuisce uguale importanza alla stimolazione cognitiva e a quella fisica, all'intelligenza emotiva e alla socializzazione. E desidera diffondere e condividere il proprio approccio olistico, che supera i paradigmi "cogito ergo sum", "io sono la mia memoria".

Proiezione dell'immagine di opere d'arte visiva sulla Lim (Lavagna interattiva multimediale). L'arte contemporanea, che non nasconde le patologie, può essere utilmente utilizzata se l'opera non è troppo esplicita e/o deprimente.

Riattivazione di capacità astrattive e logico critiche compromesse.

Gli Omini di Keith Haring (1950-1990) :

Il commento di Giorgio, piuttosto sorprendente se rapportato alle sue diagnosticate difficoltà con le capacità astrattive e logico critiche, è: verde egocentrico. Giorgio ha colto l'isolamento delle figure, compresa quella al centro del quadro. Sono gli abitanti di New York che, immersi nel loro frenetico ritmo di vita quotidiano, rimangono estranei l'uno all'altro, a dispetto degli spostamenti in massa. In questo caso la visione del quadro ha permesso l'ardito e affascinante accostamento di due termini, verde e egocentrico, solo apparentemente scollegati. La stessa équipe educativa ha colto l'intuizione di Giorgio solo a fatica, dopo avere letto la critica al quadro.

Superamento vincoli caratteriali.

A Bigger Splash di David Hockney, 1967:

I commenti spaziano da esotico a marino, vacanza e così via. Quello di Paolo, la cui compromissione cognitiva è di grado lieve, è: "cosa morta", in quanto, aggiunge: "privo di figure umane." L'impressione che Paolo ricava dalla vista del quadro è di: "solitudine". Aggiunge poi di vivere "da solo", anche se noi dell'équipe educativa sappiamo che abita nella stessa casa del figlio, della nuora e dei nipoti, sia pure in appartamenti indipendenti. Comprendiamo quindi che il quadro ha permesso a Paolo, di carattere riservato e taciturno, di manifestare il senso di solitudine che lo amareggia, a dispetto della vicinanza fisica della famiglia del figlio. Una confidenza preziosa per l'équipe educativa, che solo attraverso l'impatto emotivo creato in lui dalla visione del quadro ha potuto essere espressa, superando l'imbarazzo.

Nei due casi considerati, le arti visive hanno permesso a Giorgio e a Paolo di superare le rispettive difficoltà logico critiche e caratteriali, suscitando in loro soddisfazione e sollievo.

Bibliografia

Benfenati F. L'arte del ricercare: rapporti tra arte e scienza. Istituto Italiano di Tecnologia, Genova.

Fiorentini A, Maffei L. Arte e cervello. Zanichelli, Bologna II ed. 2005.

Penna N. Chi sa perdersi nelle tentazioni di Sant'Antonio scatenerà i neuroni addormentati. Speciale La Stampa Festival della Scienza di Genova, 20 ottobre 2019; pag. 22.

Sitografia

<http://rivista-rmh.ch/articolo.php?id=665>. Caradonna M. Curare con l'arte. Rivista per le Medical Humanities, settembre-dicembre 2016; n. 35.

<https://artepericre.wordpress.com/2018/04/30/la-vita-secondo-keith-haring-per-leggere-il-logo-del-cre-2018/>. Artexicre, 2018.

<https://it-it.facebook.com/SocialMenteinpalestracognitiva/>. Pagina Facebook dal 2016.

<https://www.youtube.com/watch?v=Mw8HBx2PdHU>. Moro RS. Arte e stimolazione cognitiva (intelligenza emotiva). Verde egocentrico, 2019.

GAIT ANALYSIS ED IMPIEGO DEL "DUAL-TASK" NELL'ANZIANO CON DECADIMENTO COGNITIVO: RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

NIGRO FRANCESCA MARIA¹, GAVRILITA IULIA², GIRARDI ELENA², NUCCI VERONICA², PAOLI MARTINA², UNGAR ANDREA², DI BARI MAURO², MARCO INZITARI³, MOSSELLO ENRICO²

¹ Università degli Studi di Firenze, Firenze - IT

² Italy

³ Vall d'Hebron University Hospital-Parc Sanitari Pere Virgili, Barcellona - Spain

Il significato prognostico della valutazione della performance motoria in corso di decadimento cognitivo iniziale è oggetto di studio e non è ancora chiaro se la valutazione strumentale del cammino fornisca informazioni aggiuntive rispetto alla valutazione clinica. Valutare l'associazione tra performance motoria e cognitiva sia mediante il confronto tra gruppi con diversa prestazione cognitiva che mediante la correlazione con indici di funzione cognitiva, utilizzando indicatori clinici e strumenti di analisi del cammino, in single task (ST) e dual task (DT).

Sono stati inclusi nello studio 120 soggetti (≥ 65 anni), di cui 47 non affetti da decadimento cognitivo (D-), e 73 affetti da decadimento cognitivo (D+), di cui 57 con Mild Cognitive Impairment (MCI), 16 con demenza, seguiti presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze della Geriatria Universitaria di Firenze ed il Parc Sanitari Pere Virgili di Barcellona.

Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a valutazione della performance motoria mediante SPPB, in particolare è stata registrata la velocità di cammino (Gait Speed 4 m), e analisi computerizzata del cammino (sistema GAITRite®, ZENO®) in "single task" (ST) motorio e cognitivo e in DT con compito di fluency verbale su stimolo fonemico.

I punteggi alla SPPB e alla Gait Speed 4 m, sono risultati significativamente inferiori nel gruppo con decadimento cognitivo (D+) rispetto al gruppo di controllo (D-). È stata osservata una minore velocità del cammino e un minor punteggio all' SPPB nei soggetti con MCI e con malattia di AD rispetto al gruppo D- con una differenza complessiva tra i tre gruppi significativa (Gait speed: $p=0,035$; SPPB: $p<0,001$). Il costo del DT è invece risultato sovrapponibile nei due gruppi. Sia in ST che in DT i D+, rispetto ai D-, hanno mostrato un coefficiente di variabilità della lunghezza del passo significativamente superiore, ed una differenza ai limiti della significatività statistica nella lunghezza del passo.

Per i parametri della marcia per i quali è stata osservata un'associazione significativa con il livello cognitivo, è stata effettuata un'analisi multivariata. Per quanto riguarda la valutazione clinica i due gruppi (D+, D-) non mostrano più differenze significative per la velocità del cammino. Resta invece significativa la differenza tra i due gruppi per quanto riguarda l'SPPB ($p: 0.046$). All'interno del sottogruppo valutato con GAITRite, resta significativa la differenza per il coefficiente di variabilità della lunghezza del passo.

Si conferma una stretta correlazione tra decadimento cognitivo e performance motoria nell'anziano, anche in una popolazione con decadimento cognitivo molto iniziale e con buona performance motoria. Le differenze tra gruppi sono catturate sia dalla valutazione clinica (SPPB > gait speed) che dall'analisi mediante GAITRite in ST, particolarmente la variabilità del passo.

L'utilizzo del paradigma "dual task" non sembra fornire informazioni rilevanti sul piano dell'identificazione clinica dei casi.

Fattori non cognitivi risultano associati alla performance motoria: tra questi la maggiore complessità clinica da cui l'importanza dell'approccio multidimensionale. L'analisi quantitativa del cammino potrebbe avere un ruolo per identificare, all'interno dei gruppi con decadimento cognitivo, i soggetti a maggior rischio di caduta per il potere prognostico rappresentato dalla variabilità del passo.

Bibliografia

Martin KL, Blizzard L, Wood AG, Srikanth V, Thomson R, Sanders LM, Callisaya ML. Cognitive function, gait, and gait variability in older people: a population-based study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013 Jun; 68(6):726-32.

Montero-Odasso M, Muir SW, Speechley M. Dual-task complexity affects gait in people with mild cognitive impairment: the interplay between gait variability, dual tasking, and risk of falls. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Feb; 93(2):293-9.

Verghese J, et al. Motoric cognitive risk syndrome: multicountry prevalence and dementia risk. *Neurology*. 2014 Aug 19; 83(8):718-26.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL NEURO-NUTRACEUTICO SYNAID® SU UN CAMPIONE AD AMPIO SPETTRO (SOGETTI CON DEMENZA, SOGETTI COGNITIVAMENTE CONSERVATI E/O CON DEPRESSIONE): RISULTATI DI UNO STUDIO CLINICO PROSPETTICO A 24 MESI

VENEZIANO MASSIMO¹

¹ Ambulatorio di Neuropsicologia e Psicogeriatría - Osp. Celesia Genova - ASL3 Sistema Sanitario Regione Liguria - IT

La definizione utilizzata dall'OMS "public health priority" per descrivere l'allarme socio-economico-sanitario generato dal progressivo aumento della demenza nel mondo, ha indotto la comunità scientifica, anche alla luce del fallimento delle terapie farmacologiche, ad intraprendere nuove forme d'intervento per affrontare la malattia come la prevenzione primaria (riduzione fattori di rischio, riserva cognitiva). In tal senso è cresciuta la ricerca neuro-nutraceutica e i conseguenti trattamenti, concorrendo alla neuroplasticità, possono prevenire o rallentare il declino cognitivo. Scopo di questo studio era valutare l'efficacia e la sicurezza del neuro-nutraceutico SYNAID® (INPHA Duemila Srl) in soggetti affetti da declino cognitivo (somministrazione associata ai farmaci anticolinesterasici) e in soggetti cognitivamente conservati con o senza disturbi ansioso-depressivi.

L'arruolamento dei pazienti e lo studio clinico sono stati eseguiti presso l'ambulatorio disturbi cognitivi dell'Ospedale Celesia ASL3 di Genova. I criteri d'esclusione erano: 1) diagnosi psichiatrica; 2) gravi deficit sensoriali. I criteri d'inclusione erano: 1) soggetti con MCI (amnestico e vascolare), 2) soggetti con demenza di Alzheimer, 3) soggetti con demenza vascolare, 4) soggetti con demenza mista; 5) soggetti cognitivamente conservati con o senza disturbi ansioso-depressivi. I pazienti arruolati (280) sono stati divisi in 2 gruppi tramite metodo randomizzato in aperto. Al primo gruppo denominato trattamento (grT) è stato somministrato il neuro-nutraceutico SYNAID® (Bacopa monnieri, L-teanina, Crocus sativus, rame, vitamina D, B6, B12, biotina e acido folico) sotto forma di una compressa/die, mentre il secondo gruppo, denominato controllo (grC), non è stato esposto all'azione neuro-nutraceutica. I gruppi sono stati analizzati tramite t di Student e confrontati al basale, a 6, 12, 18, 24 mesi dall'inizio del trattamento. L'outcome cognitivo è stato valutato tramite somministrazione seguenti test: MMSE; CDR; CDT; RAVLT; FVL. L'outcome stato psichico tramite CES-d, l'outcome sintomi psico-comportamentali associati alla demenza tramite NPI. L'outcome funzionale tramite scala IADL. L'outcome qualità della vita tramite QoL-SF12.

Il grT ai follow-up, rispetto al grC, ha fatto registrare un graduale quanto significativo aumento dei punteggi ai test: MMSE, RAVLT, FVL, CDT, IADL e QoL-SF12 ed una significativa riduzione dei punteggi al CES-d e all'NPI. Non sono emersi effetti collaterale, né eventi avversi in seguito all'uso del neuro-nutraceutico. I dropout sono stati 20 (9 grT e 11 grC). I soggetti che hanno terminato tutti i controlli cognitivi, psichici e funzionali previsti sono stati 260.

Lo studio dimostra che l'assunzione protratta nel tempo del neuro-nutraceutico SYNAID® migliora la memoria e le altre funzioni neuropsicologiche, non solo nei soggetti cognitivamente conservati (effetto protettivo), ma anche nei soggetti con demenza di Alzheimer e/o vascolare (somministrazione associata ai farmaci anticolinesterasici) e nei pazienti con sfumato declino cognitivo (MCI). Inoltre è risultato efficace nel migliorare il tono dell'umore, le abilità strumentali della vita quotidiana e la qualità della vita in tutti i sottogruppi del campione trattato.

Bibliografia

From plan to impact. ADI, Report 2018.

G8 Dementia Summit: Global Action against dementia, 2014.

Gauthier et al. Why has therapy development for dementia failed in the last two decades? *Alzheimers & Dementia*. 2016 Jan; 12(1):60-4.

Global action plan on the public health response to Dementia 2017-2025. WHO 2017.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; Committee on Preventing Dementia and Cognitive Impairment; Downey A, Stroud C, Landis S, Leshner AI, editors. Preventing Cognitive Decline and Dementia: A Way Forward. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Jun.

Orgeta V, Mukadam N, Sommerlad A, Livingston G. The Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care: a call for action. *Ir J Psychol Med*. 2019 Jun; 36(2):85-88.

Sindi S, Mangialasche F, Kivipelto M. Advances in the prevention of Alzheimer's disease. *F1000Prime Rep*. 2015 May 12; 7:50.

The global impact of Dementia. ADI, Report 2015.

Wortmann M. Dementia: a global health priority - highlights from an ADI and World Health Organization report. *Alzheimers Res Ther*. 2012 Sep 21; 4(5):40.

INTERVENTO DI PREVENZIONE PRIMARIA PER CONTRASTARE LA DEMENZA: RISULTATI DI UN PROGRAMMA DI ALLENAMENTO COGNITIVO (MEMORY TRAINING) SU 1037 SOGETTI 60+ COGNITIVAMENTE CONSERVATI DELLA REGIONE LIGURIA

VENEZIANO MASSIMO³, PALUMMERI ERNESTO⁶, MINETTI LOREDANA¹, ANSALDI FILIPPO⁴, PAGANINO CHIARA⁵, PIAZZA MARIA FRANCESCA³, LA ROCCA MAURIZIO⁷

¹ ASL3 Sistema Sanitario Regione Liguria, Genova - IT

³ Ambulatorio Neuropsicologia e Psicogeriatría per i Disturbi Cognitivi Osp. Celesia ASL3 Sistema Sanitario Regione Liguria, Genova - IT

⁴ Università degli Studi di Genova - Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), Genova - IT

⁵ Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), Genova - IT

⁶ Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) - Coordinatore Rete Demenze, Genova - IT

⁷ Regione Liguria, Genova - IT

Per combattere la demenza trovano sempre più spazio interventi di prevenzione primaria (Imitiaz B. et al., 2014; NASEM, 2017; Livingston G. et al., 2017; Ritchie CW et al., 2018; WHO, 2019). Tra questi, i programmi di stimolazione cognitiva, favorendo la neurogenesi, hanno mostrato un certo grado di efficacia (Valenzuela M.J. et al., 2008; Belleville S. et al., 2011; Lampit A. et al., 2015; Fotuhi M. et al., 2016).

Scopi principali dello studio: 1. verificare l'efficacia del programma di stimolazione cognitiva Memory Training (MT) protratto nel tempo (3 mesi) su un campione di 1037 soggetti 60+ cognitivamente conservati, 2. verificare la tenuta dei miglioramenti a medio e lungo termine (6-12 mesi). Scopi secondari: 1. valutazione dell'intervento sull'umore, 2. valutazione dell'intervento sulla metamemoria dei partecipanti.

Il progetto, coordinato dalla Regione Liguria e dalla ASL3 genovese in collaborazione con tutte le ASL, i distretti socio-sanitari e le associazioni di tutto il territorio della regione Liguria, ha permesso a 2680 persone tra il 2011 e il 2019, di beneficiare del trattamento MT e, a 1037 di poter essere arruolate nello studio. Prima di iniziare il training (t0) tutti i soggetti venivano sottoposti a screening psico-fisico. I criteri d'inclusione erano: 1. età >60; 2. punteggio al MMSE >24; 3. punteggio al CDT >7; 4. assenza di malattie psichiatriche o neurologiche; 5. assenza di gravi disturbi senso-motori. Successivamente, tramite metodo randomizzato, i soggetti reclutati venivano suddivisi in 2 gruppi: gruppo training (gT) cui veniva somministrato il MT (10 sedute, durata 1,30h, cadenza settimanale) e gruppo controllo (gC) cui veniva fornito materiale informativo e manuale esercizi mnemonici. I partecipanti venivano valutati al t1 (inizio studio), al t2 (fine trattamento), al t3 e al t4 (6-12 mesi dalla conclusione intervento). Outcomes misurati: 1. stato cognitivo (A3LP, FVL), 2. metamemoria (MAC-Q cut-off >25), 3. umore (GDS-4short version).

1037 persone (età media: 72,4; DS: 5,53; F: 78,6%; mediana istruzione: 8 anni; IQR: 5-13), di cui 635 gT e 402 gC. In entrambi i gruppi predominavano le donne (83%gT, 72%gC). Tutti i partecipanti alla baseline erano uguali per caratteristiche (età $p=0.0521$, scolarità $p=0.2148$, stato cognitivo MMSE $p=0.6422$, CDT $p=0.7077$). Sia l'analisi monovariata che la multivariata hanno evidenziato differenze statisticamente significative alla conclusione del trattamento tra i 2 gruppi in tutti gli outcomes misurati (valori mediani delle risposte ai test del gT variavano positivamente rispetto ai valori registrati dal gC). Al follow-up a 6 mesi si sono registrati andamenti positivi delle variabili misurate, mentre a 12 mesi si registrava una deflessione dei punteggi a tutti gli outcomes tranne alla variabile MAC-Q che si manteneva significativa.

Lo studio longitudinale caso-controllo evidenzia come il MT produca non solo significativi miglioramenti cognitivi, ma anche miglioramenti dell'umore e della metamemoria. Tali effetti si mantengono anche a 6 mesi dalla fine del trattamento, mentre a 12 mesi si attenuano tranne la percezione di benessere cognitivo che viceversa perdura nel tempo.

Bibliografia

Belleville S, Clément F, Mellah S, Gilbert B, Fontaine F, Gauthier S. Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*. 2011 Jun; 134(Pt 6):1623-34.

Fotuhi M, Lubinski B, Trullinger M, Hausterman N, Riloff T, Hadadi M, Raji CA. A personalized 12-week "brain fitness program" for improving cognitive function and increasing the volume of Hippocampus in elderly with mild cognitive impairment. *The Journal of prevention of Alzheimer's disease* 2016; 3(3):133-137.

Imtiaz B, Tolppanen AM, Kivipelto M, Soininen H. Future directions in Alzheimer's disease from risk factors to prevention. *Biochem Pharmacol*. 2014 Apr 15; 88(4):661-70.

Lampit A, Hallock H, Suo C, Naismith SL, Valenzuela M. Cognitive training-induced short-term functional and long-term structural plastic change is related to gains in global cognition in healthy older adults: a pilot study. *Front Aging Neurosci*. 2015 Mar 9; 7:14.

Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017 Dec 16; 390(10113):2673-2734.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; Committee on Preventing Dementia and Cognitive Impairment; Downey A, Stroud C, Landis S, Leshner AI. Preventing Cognitive Decline and Dementia: A Way Forward. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Jun.

Ritchie CW, Solomon A, Kivipelto M, Molinuevo JL, Tom B, the EPAD Consortium. European Prevention of Alzheimer's Dementia Longitudinal Cohort Study (EPAD LCS): study protocol. *BMJ Open*. 2018; 8(12):e021017.

Valenzuela MJ, Sachdev P, Wen W, Chen X, Brodaty H. Lifespan mental activity predicts diminished rate of hippocampal atrophy. *PLoS One*. 2008 Jul 9; 3(7):e2598.

WHO Guidelines. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia. Geneva: World Health Organization, 2019.

Patologia somatica e alterazioni cognitive

LA RELAZIONE TRANSCULTURALE NEL TRATTAMENTO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE: STUDIO DI UN CASO CLINICO

BELUFFI RICCARDO¹, DOGLIANI PAOLA¹, GROSSI ELEONORA¹, MORANDI ALESSANDRO¹, GENTILE SIMONA¹

¹ Casa di cura Ancelle della carità. Fondazione Teresa Camplani, Cremona - IT

Il fenomeno migratorio comporta lo sviluppo di nuove dinamiche sociali che influiscono in campo sanitario poiché i professionisti si devono dotare di strumenti nuovi per rispondere ai bisogni emergenti dei cittadini stranieri. La Terapia Occupazionale è fondata su un approccio client centered e il terapeuta deve tener conto che si rapporta con individui che hanno una percezione e un ordine di priorità dei propri bisogni legati a esperienze, valori e storia personale. Le differenze linguistico-culturali riflettono diverse concezioni della salute e della malattia, della cura e del ruolo del Terapeuta Occupazionale.

Analisi di un caso clinico di un uomo GX, ricoverato per emiparesi in esiti di craniotomia temporale destra in seguito a trauma cranico. Risiede in Italia con la moglie da 30 anni, ha due figli che vivono lontani. Il paziente è stato valutato all'ingresso somministrando scale di valutazione e il Volitional Questionnaire. Il trattamento di Terapia Occupazionale ha previsto incontri quotidiani di 45 minuti in cui si è lavorato sui trasferimenti in ambiente ecologico, sulle abilità residue nella cura personale attraverso attività ritenute significative. Si sono svolti incontri programmati con la moglie per reperire informazioni personali e per comprendere le abilità cognitive residue in assenza di barriera linguistica.

Il percorso riabilitativo ha evidenziato una difficoltosa valutazione della comprensione di ordini semplici a causa della barriera linguistica e dell'alterazione dello stato cognitivo. La moglie si è mostrata disponibile al dialogo quando coinvolta nei trattamenti come interprete, nonostante sia emerso un limite nella sua partecipazione perché tendeva a rielaborare le informazioni ricevute dal marito e a fornirgli un numero elevato di comandi durante l'esecuzione delle attività. Si è mostrata parzialmente consapevole dei limiti cognitivi del marito e del suo potenziale miglioramento. Al termine del percorso riabilitativo gli Outcome evidenziano una dipendenza totale nelle BADL e IADL e un incremento della performance motoria. È stato fondamentale coinvolgere il mediatore culturale per individuare il percorso post-dimissione ottimale.

Familiari e amici fungono spesso da supporto per ridurre il gap tra pazienti stranieri e professionisti. Gli "interpreti informali" portano con sé sia aspetti positivi che negativi. Nel caso specifico la moglie ha garantito supporto emotivo e ha fornito informazioni fungendo da facilitatore; di contro tendeva a sostituirsi al paziente escludendolo dalla conversazione. Per ottenere il massimo beneficio il professionista dovrebbe avere come interlocutori il paziente, il caregiver e il mediatore culturale, così da sollevare il familiare dalla responsabilità di colmare il divario culturale e linguistico. L'introduzione tempestiva del mediatore culturale avvicina il servizio favorendo l'instaurazione di una relazione terapeutica, la compliance al piano riabilitativo, l'efficacia della prestazione e la percezione della stessa.

Bibliografia

- Beagan BL. Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Can J Occup Ther.* 2015 Dec; 82(5):272-82.
- Côté D. Intercultural communication in health care: challenges and solutions in work rehabilitation practices and training: a comprehensive review. *Disabil Rehabil.* 2013 Jan; 35(2):153-63.
- Humbert TK, Burket A, Deveney R, Kennedy K. Occupational therapy practitioners' perspectives regarding international cross-cultural work. *Aust Occup Ther J.* 2011 Aug; 58(4):300-9.
- Kinébanian A, Stomph M. Cross-cultural occupational therapy: a critical reflection. *Am J Occup Ther.* 1992 Aug; 46(8):751-7.
- Lindsay S, Tétrault S, Desmaris C, King GA, Piérart G. The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care. *Can J Occup Ther.* 2014 Apr; 81(2):114-23.
- Shi Y, Howe TH. A Survey of Occupational Therapy Practice in Beijing, China. *Occup Ther Int.* 2016 Jun; 23(2):186-95.

VITAMINA D, ESPRESSIONE SINTOMATOLOGICA E FUNZIONAMENTO COGNITIVO IN OLDER ADULTS AFFETTI DA DEPRESSIONE

BONFITTO IRIS², MONIELLO GIOVANNI³, CALIFANO MARIANO³, CIARAMBINO TIZIANA⁴, DIMALTA SAVINO², BELLOMO ANTONELLO¹

¹ Dipartimento di scienze cliniche e sperimentali - UNIFG, Foggia - IT

² U.O.C./S.P.D.C. P.O. "San Camillo de Lellis" - ASL FG, Manfredonia - IT

³ U.O.C. di Lungodegenza P.O. "Ave Gratia Plena" - ASL CE, San Felice a Cancelli - IT

⁴ U.O.C. di Medicina Interna P.O. "A. Guerriero" - ASL CE, Marcellinise - IT

Numerosi studi dimostrano alterazioni ai test neuropsicologici dei pazienti depressi rispetto ai soggetti sani. La deficienza di Vit-D, attraverso il venir meno dell'ormai acclarata funzione neuroprotettiva del colecalciferolo, giocherebbe un ruolo chiave nella patogenesi sia del disturbo depressivo che della compromissione cognitiva. Il presente studio si prefigge l'obiettivo di esplorare l'associazione esistente tra livelli ematici di Vit-D, sintomi depressivi e performance cognitive durante l'Episodio Depressivo Maggiore (EDM) in older adults ospedalizzati.

78 pazienti depressi over 60, ricoverati presso le U.O.C. di Psichiatria del P.O. di Manfredonia (FG) e di Lungodegenza del P.O. di San Felice a Cancelli (CE), sono stati sottoposti ad un prelievo di sangue venoso per il dosaggio della Vit-D sierica e ad una valutazione psicometrica attraverso la somministrazione di: HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) per studiare la gravità della sintomatologia depressiva; RAVLT (Rey Auditory Verbal Learning Test) per la valutazione della memoria verbale a breve e lungo termine; ROCF (Rey-Osterrieth Complex Figure) per memoria ed abilità visuospatiali; TMT (Trail Making Test) per attenzione, velocità motoria, elaborazione visiva e funzioni esecutive.

Il punteggio medio ottenuto alla HAM-D è di 20,65±7,85, con prevalenza della forma lieve di depressione (38,5%) rispetto a quella moderata (32%) e grave (29,5%). I punteggi medi calcolati al RAVLT relativi alla rievocazione immediata e differita risultano, invece, di 32,28±10,96 e 6,41±3,33, mentre quelli calcolati al ROCF alle prove di copia e rievocazione differita sono di 27,9±7,12 e 8,2±6,14, rispettivamente. Il TMT consta di 3 subtest, i cui punteggi medi sono: 66,55±40,17 per il TMT-A, 170,52±104,92 per il TMT-B e 108,22±75,35 per il TMT-B-A. Per quanto riguarda il dosaggio sierico della Vit-D (valore medio: 10,63±7,5 ng/ml), appena il 2,55% del campione riporta valori di sufficienza. Dall'analisi dei dati emerge, in primis, un'associazione statisticamente significativa tra livelli di Vit-D e punteggi HAM-D, tale che lo stato di carenza vitaminica risulta correlato alla presenza di depressione (p=0,0079). Inoltre, livelli più bassi di Vit-D correlano con punteggi più bassi ai test RAVLT (riev. imm. p=0,0368; riev. diff. p=0,0254) e ROCF (copia p<0,0001; riev. diff. p<0,0001) e a punteggi più elevati al TMT (A p=0,0372; B p<0,0001; B-A p<0,0001), indicando che l'ipovitaminosi D è associata a performance cognitive più scadenti. Analogamente, i soggetti con punteggi più elevati

alla HAM-D (quindi più gravemente depressi) riportano punteggi inferiori ai test di memoria RAVLT e ROCF (tutti $p=0,0001$) e punteggi più alti al TMT (A $p=0,0146$; B $p=0,0369$) risultando, pertanto, più compromessi dal punto di vista cognitivo di coloro che presentano forme più lievi di depressione.

Durante l'EDM l'ipovitaminosi D risulta correlata a peggiori indici di malattia quali gravità della sintomatologia affettiva e compromissione cognitiva. Poiché i deficit cognitivi rappresentano i sintomi più invalidanti in corso di depressione, spesso resistenti ai comuni trattamenti e persistenti nelle fasi di remissione clinica, strategie di augmentation a base di Vit-D potrebbero rappresentare un valido strumento per combattere la disfunzione cognitiva, ridurre il rischio di ricadute e migliorare funzionamento e qualità di vita di questi pazienti.

Bibliografia

Berridge MJ. Vitamin D and Depression: Cellular and Regulatory Mechanisms. *Pharmacol Rev.* 2017 Apr; 69(2):80-92.

D'Amelio P, Fornelli G, Isaia GC. Hypovitaminosis D and neurodegenerative disease. *G Gerontol* 2012; 60:127-133.

Kuningas M, Mooijaart SP, Jolles J, Slagboom PE, Westendorp RG, van Heemst D. VDR gene variants associated with cognitive function and depressive symptoms in old age. *Neurobiol Aging.* 2009 Mar; 30(3):466-73.

DESCRIZIONE DI UN CASO DI DISCINESIA TARDIVA

CRISTINA DAVIDE¹

¹ ULSS3 Serenissima, Venezia - IT

I sintomi extra-piramidali (EPS) e le distonie tra cui le forme tardive, sono effetti indesiderati solitamente associati all'uso di farmaci antipsicotici di prima generazione (tipici) ad alta potenza che bloccando cronicamente i recettori dopaminergici D2 presenti in maggioranza nella via nigro-striatale, esplicano un'azione antidopaminergica prolungata che favorirebbe in ultimo il tono colinergico.

La distonia tardiva (TD) è un effetto indesiderato raro, caratterizzato da movimenti di torsione involontaria, che possono interessare gli arti, il tronco, il collo e la zona cranioencefalica (occhi bocca e lingua). La TD è generalmente disabilitante, persistente e potenzialmente irreversibile, il trattamento raramente provoca un sollievo o una remissione soddisfacente dei sintomi.

I fattori di rischio identificati sono diversi, l'età avanzata, il sesso femminile, il diabete mellito, l'esordio precoce di EPS durante il trattamento neurolettico o l'interruzioni della terapia (discinesia da sospensione).

L'incidenza della TD è pari al 3- 5% per anno negli adulti in trattamento con neurolettici tipici e del 25% circa negli anziani, mentre il rischio con i neurolettici atipici è solo del 2,1 % annuo non età correlato.

Paziente femmina dell'età di 81 anni giungeva all'osservazione in stato di agitazione psicomotoria, confabulante, deficit mnesici, presentava movimenti involontari di tipo masticatorio a livello periorale con corrugamento delle labbra, stazione eretta e deambulazione conservate, si apprendeva che la paziente era affetta da demenza con disturbi del comportamento, dalla TC cerebrale emergeva quadro di atrofia associata a vasculopatia cerebrale cronica, Mini Mental State Examination (MMSE) = 22.4/30.

La storia della paziente presentava esordio psicotico post partum, da circa 10 anni discinesia tardiva trattata in passato senza apparente beneficio (non documentato uso di tetrabenazina). La terapia assunta era a base di quetiapina 50 mg die, alogiperidolo 1,5 mg al bisogno se agitazione, triazolam, trazodone 75 mg die, citalopram 20 mg die e biperidene 4 mg die.

È stata eseguita prima del trattamento l'Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) con risultato dell'item labbra e area periorale = 3 (quadro clinico moderato) appartenente all'area dei movimenti facciali e orali.

Il quadro ipotensivo di base aveva escluso l'utilizzo di clozapina, è stato sostituito l'alogiperidolo al bisogno con promazina senza miglioramenti significativi. In ultimo l'introduzione di tetrabenazina prima a 12,5 mg die e successivamente a 25 mg die con mantenimento della terapia precedente, aveva dato miglioramento della sintomatologia nel giro di due settimane.

La rivalutazione a 6 mesi con l'AIMS risultava all'item labbra e area periorale = 2 (quadro clinico di grado lieve) appartenente all'area dei movimenti facciali e orali coincideva con l'osservazione clinica.

Il quadro clinico era migliorato, risultati ottenuti erano in linea con le aspettative dell'utilizzo della tetrabenazina, benché a dose limitata per accentuazione indesiderate di EPS.

Il miglioramento del quadro clinico della TD è stato graduale passando successivamente da quadro clinico di grado moderato a grado lieve.

Bibliografia

Burke RE, Fahn S, Jankovic J, Marsden CD, Lang AE, Gollomp S, et al. Tardive dystonia: Late onset and persistent dystonia caused by antipsychotic drugs. *Neurology.* 1982; 32:1335-46.

Frascarelli M, Paolemili M, Gallo M, Parente F, Biondi M. Tardive dyskinesia: diagnosis, assessment and treatment. *Riv Psichiatr.* 2013 May-Jun; 48(3):187-96.

Kiriakakis V, Bhatia KP, Quinn NP, Marsden CD. The natural history of tardive dystonia. A long-term follow-up study of 107 cases. *Brain.* 1998 Nov; 121(Pt 11):2053-66.

van Harten PN, Kahn RS. Tardive dystonia. *Schizophr Bull.* 1999; 25(4):741-8.

IL DELIRIUM NEI REPARTI OSPEDALIERI DI AREA MEDICA: UNA PROPOSTA DI INTERVENTO NELLA ASL 3 LIGURIA

IVALDI CLAUDIO¹, GATTI ANNA MARIA¹, LEALE TIZIANA¹, CALTABELLOTTA MARTA¹, SAMPIETRO LORENZO¹, BOTTARO LUIGI¹

¹ Asl 3 Liguria, Genova - IT

Il delirium (American Psychiatric Association, 2013) è una sindrome clinica caratterizzata da un cambiamento acuto delle performances cognitive (in particolare, attenzione e consapevolezza di sé nell'ambiente), alterato «arousal» e tendenza alla fluttuazione dei sintomi. Il delirium è associato ad elevata mortalità, peggioramento dello stato funzionale, aumento della durata di degenza intraospedaliera, aumentato rischio di istitutizzazione.

I dati della letteratura internazionale evidenziano che, utilizzando idonei strumenti di valutazione, la diagnosi di delirium viene posta diagnosi al 20% di pazienti degenti presso l'area medica.

I dati italiani del Delirium day, svoltosi negli anni 2015 - 2016 - 2017, hanno confermato tale riscontro.

ASL 3 Genovese è l'ente che presiede alla salute dell'area Metropolitana di Genova, e tutela una popolazione di 841.180 persone¹. Nell'area sono presenti tre Presidi Ospedalieri, gestiti direttamente dall'Azienda.

Su mandato della Direzione Sanitaria, sono stati avviati interventi volti all'individuazione ed al trattamento dei pazienti con delirium, degenti presso le Medicine.

L'intervento avrà inizio presso i reparti dell'Area Medica, già coinvolti in un processo riorganizzativo concluso nel 2019. L'Area Medica dispone di 153 posti letto (Medicina I e II dell'Ospedale Villa Scassi, Medicina e Cure Intermedie dell'Ospedale Gallino, Medicina e Cure Intermedie all'Ospedale Micone).

Congruentemente con le indicazioni intersocietarie recentemente pubblicate (Morandi A. et al, 2019) è stata avviata la formazione del personale, la revisione delle attuali modalità operative, l'adattamento degli ambienti e la modalità di informazione dei familiari.

Il Corso di formazione sul delirium, della durata di 20 ore, è attuato da medici specialisti in differenti ambiti (medicina interna, geriatria, neurologia, psichiatria, cure palliative) e da altre figure professionali (psicologo, infermiere, fisioterapista) ed è rivolto a tutti gli operatori (medici, infermieri, OSS, assistenti sanitari) dei sei reparti coinvolti.

Attualmente è in atto la seconda delle sei edizioni previste per il primo trimestre dell'anno in corso.

Parallelamente, un gruppo di professionisti si sta occupando di redigere un percorso aziendale sul delirium, volto alla prevenzione ed alla precoce identificazione dello stesso, all'individuazione delle corrette procedure diagnostiche, alla creazione di un team di esperti per la gestione dei casi complessi ed alla strutturazione dei rapporti con i servizi territoriali cui affidare il Paziente alla dimissione. Fondamentale la rete dei CDCD. La Direzione Sanitaria Aziendale sta supportando attivamente il progetto.

L'avvio del progetto rappresenta un potenziale punto di svolta nell'assistenza dei nostri utenti, fornendo un approccio preventivo, un percorso diagnostico-assistenziale-terapeutico fondato sulle più recenti evidenze scientifiche e la garanzia di assistenza anche sul territorio.

L'applicazione su larga scala di un approccio multidisciplinare geriatrico potrebbe inoltre favorire la maggior attenzione degli operatori sugli aspetti funzionali del Paziente, incrementando la mobilitazione del paziente ospedalizzato ed il mantenimento delle autonomie.

È inoltre probabile che, ponendo maggior attenzione ai problemi cognitivi dei pazienti, emergano disturbi neurocognitivi precedentemente non diagnosticati.

Bibliografia

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DMS- 5. American Psychiatric Publishing, 31 maggio 2013.

Morandi A. et al, An interdisciplinary statement of scientific societies for the advancement of delirium care across the Europe. BMC Geriatrics, 11 settembre 2019.

ALLUCINAZIONI E DISTURBO DI CONVERSIONE NELL'ANZIANO

MANCINI CARLOTTA¹, TORTU' VIRGINIA², FERRARI FILIPPO¹, MIGLIORINI MARTA¹, GIRARDI ELENA¹, MOSSELLO ENRICO¹

¹ Unità di Ricerca in Medicina dell'Invecchiamento, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze - IT

² Italy

Premessa: La presenza di allucinazioni viene spesso considerata sinonimo di psicosi, pur essendo descritta anche in altri quadri psicopatologici. Negli anziani frequentemente la sofferenza psichica si manifesta con sintomi somatici, raramente con disturbi della percezione.

Descrizione del caso: Donna, 76 anni, viene a visita presso il Centro per i Disturbi Cognitivi per episodi di allucinazioni uditive, da 3 anni, che si presentano nelle fasi terminali del sonno descritte come "voci dialoganti che parlano male di lei, del suo passato e della sua famiglia". Le allucinazioni sono criticate e migliorano all'allontanarsi della routine e dal coniuge.

In anamnesi ipertensione arteriosa; ateromasi carotidea; ipoacusia bilaterale.

Autonoma nelle attività di base e strumentali di vita quotidiana, al Mini Mental State Examination punteggio di 26/30. Al colloquio non franca deflessione del tono dell'umore né ideazione paranoidea. All'obiettività neurologica non alterazioni di forza, sensibilità e tono muscolare.

Alla RM encefalo aree di iperintensità sottocorticale esito lacunare nel talamo destro.

Miglioramento della sintomatologia con Quetiapina a basse dosi.

Il disturbo da conversione tipicamente consiste in un deficit neurologico che ha origine da una sofferenza o conflitto psicologico. Tipicamente interessa una funzione motoria o sensitiva, ma raramente è descritta una manifestazione allucinatoria, in forma di scene complesse o frammenti d'azione che riproducono una scena di vita o un evento passato di elevato significato emotivo. D'altra parte le allucinazioni nell'anziano sono spesso scatenate da deficit sensoriali e possono essere scatenate da un deficit del controllo esecutivo delle esperienze sensoriali. Nel caso in oggetto le voci dialoganti udite dalla paziente sono compatibili con un disturbo di conversione, slatentizzato dall'ipoacusia e dal lieve deficit di funzioni esecutive associato all'encefalopatia vascolare.

Bibliografia

Bliss EL, Larson EM, Nakashima SR. Auditory hallucinations and schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 1983 Jan; 171(1):30-3.

Fava GA, Sonino N. The clinical domains of psychosomatic medicine. J Clin Psychiatry 2005; 66(7):849-58.

Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, Gabbard GO, Gau SS, Javitt DC, Oquendo MA, Shrout PE, Vieta E, Yager J. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. Am J Psychiatry. 2013 Jan; 170(1):1-5.

Nemiah H. Somatoform disorders. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985; 4:924-942.

Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. Int Rev Psychiatry. 2013 Feb; 25(1):116-24.

Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, Löwe B. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study. J Psychosom Res. 2013 Oct; 75(4):358-61.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health - Version for Children and Youth. Geneva: World Health Organization, 2007.

THE GREAT PRETENDER: UNA COMPLESSA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

MARTINELLI ELISA¹, CARLUCCI ROSARIA¹, SAPONE PASQUALINA¹, ABBALDO ANNA¹, CEROTTI STEFANIA¹, DI STEFANO ANGELO¹, GHIGGIA FEDERICA¹, MONDINO SIMONA¹, SCARPINATO AURA¹, COTRONEO ANTONINO MARIA¹

ASL Città di Torino - S.C. Geriatria OMV, Torino - IT

Si descrive un caso clinico di delirium e declino funzionale che ha richiesto un'attenta diagnosi differenziale delle patologie sottese. Nel dicembre 2019 accede al PS di Medicina Interna un paziente di 67aa per astenia e addominalgie in stato confusionale, sostenendo di essere stato aggredito e rapinato e di aver scoperto essere HIV positivo. Il cugino che lo accompagna, con cui ha contatti sporadici, riferisce di averlo trovato barricato in casa, spaventato e agitato. Il paziente vive solo, per la recente perdita dei genitori con cui conviveva, nella propria abitazione, che risultava in condizioni igieniche mediocri e ospitava numerosi animali domestici. Il familiare segnalava comparsa da alcuni mesi di deficit mnemonici rapidamente ingravescenti, tendenza al ritiro sociale, perdita di iniziativa, minor cura di sé, calo ponderale. Descritto come autonomo alle ADL e IADL. Tra gli accertamenti eseguiti in PS emergeva iperglicemia (308mg/dl), leucocitosi neutrofila (WBC12940, PCR2,5), Hb16.7/dl, Rx torace e Tc encefalo negative. La valutazione psichiatrica del PS escludeva sintomi di pertinenza. All'APR: Ipertensione arteriosa, sindrome ansioso-depressiva, non abuso di sostanze, omosessualità, scarsità laurea, ex professore di matematica, familiarità negativa. TD: nebulololo 5 mg, lorazepam 2.5 mg.

All'ingresso in reparto il paziente era confuso e ansioso. All'EO presenza di soffio sistolico 3/6 all'ito, addome dolente e dolorabile in epigastrio, presenza di ascessi perianali. Dal colloquio iniziale emergeva un parziale disorientamento T/S, deficit attentivi e della memoria a breve termine, convinzioni errate, apatia e iporessia associate a grave sintomatologia depressiva, turbe del sonno (4AT6, SPMSQ6 errori, MNAScreening8, GDS15, ADL3/6, IADL5/16). Agli esami ematici: iperglicemia, ipoproteinemia, deficit di folati, TSH di norma. Sono stati effettuati approfondimenti diagnostici quali HIV, HBV, HCV negativi, anticorpi anti Treponema positivi, HBA1c76%. È stata eseguita puntura lombare Film Array negativo, VDRL negativa, chimico-fisico (lieve incremento della glicorachia), rapporto amiloide Beta42/Beta40 0,092. La RMN encefalica evidenziava lieve ampliamento degli spazi liquorali e minima vasculopatia cronica della sostanza bianca degli emisferi cerebrali. Nei primi giorni di ricovero comparsa di melena con anemizzazione (Hb10g/dl), per cui veniva eseguita EGDS con evidenza di ulcera duodenale trattata con IPP.

Il paziente è stato trattato con 1mg/die di alopèridolo con risoluzione del delirium, quindi è stata impostata terapia con sertralina e delorazepam con miglioramento dell'assetto umorale e gestione dell'ansia; il paziente è stato rassicurato riguardo l'infezione da HIV e da Treponema. È stato ottimizzato il compenso glicometabolico con basse dosi di insulina, impostata una terapia antibiotica con risoluzione degli ascessi perianali. È stato effettuato un breve ciclo di riattivazione motoria con miglioramento delle autonomie. In dimissione netto miglioramento delle performance cognitive (SPMSQ2errori), funzionali (ADL6/6) e dell'assetto umorale (GDS10).

In accordo con il familiare e il paziente è stato attivato un percorso di deospedalizzazione protetta e supporto psicologico; gli animali sono stati affidati a un centro veterinario.

Il presente caso di delirium e decadimento cognitivo-funzionale secondario a sindrome depressiva e a patologia organica acuta (scompenso glicemico, infezione dei tessuti molli, anemia in ulcera peptica) evidenzia come un corretto e precoce inquadramento del delirium, un'attenta diagnosi differenziale del decadimento cognitivo, senza escludere patologie rare nella popolazione geriatrica, ma emergenti con l'evoluzione socio-culturale, associato ad un'accurata valutazione anamnestica e clinica siano fondamentali per impostare un tempestivo e idoneo percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare finalizzato a un trattamento precoce, efficace e risolutivo, volto a garantire il migliore recupero cognitivo-funzionale possibile e un corretto e precoce percorso di deospedalizzazione.

Disponibile se richiesta.

VALUTAZIONE DEI PREDITTORI DI OUTCOMES A BREVE E MEDIO TERMINE IN UNA POPOLAZIONE DI OLDEST-OLD (ULTRA 90ENNI) RICOVERATI IN UN REPARTO DI MEDICINA

MINELLI GIORGIO¹, GUERINI FABIO¹, CRISTO MARZIA¹, RICCI ANTONELLA¹, BIANCHETTI ANGELO¹

¹ Istituto Clinico S.Anna U.O. Medicina, Brescia - IT

La fragilità è una sindrome geriatrica di sempre maggior rilievo e la sua quantificazione attraverso scale internazionalmente validate ha mostrato una chiara predittività nei confronti di eventi clinici avversi, quali la mortalità, la probabilità di caduta, di sviluppo di disabilità, la probabilità di nuove ospedalizzazioni o di istituzionalizzazione. L'obiettivo della nostra ricerca è stato quello di valutare il potere predittivo di mortalità a breve e lungo termine di uno score di fragilità creato su una popolazione di pazienti ultra-90enni ricoverati in un reparto di medicina interna (Zucchelli A. et al., 2019).

Sono stati reclutati ai fini dello studio tutti i pazienti con un'età uguale o superiore a 90 anni compiuti ricoverati per la prima volta nella UO di Medicina dell'Istituto Clinico Sant'Anna di Brescia dal 1 Giugno 2017 al 1 Luglio 2018. I parametri della valutazione multidimensionale al baseline sono stati estrapolati retrospettivamente dalle cartelle cliniche. Tutti i soggetti, durante il ricovero, sono stati sottoposti ad un assessment multidimensionale. I pazienti sopravvissuti al ricovero sono stati quindi sottoposti ad un follow-up telefonico.

Ai fini dello studio è stata costruita una scala di fragilità (S.Anna Frailty Index - SA-FI), secondo il modello di accumulo dei deficit di Rockwood (Rockwood K. et al., 2005), attribuendo a 47 variabili includenti 8 domini principali di ogni soggetto un punteggio 0 in caso di deficit assente, e punteggio 0.5 o 1 quando il deficit era presente. Per ogni soggetto la media della somma dei punteggi così ottenuti ha rappresentato l'indice di fragilità SA-FI. La popolazione è stata quindi stratificata in 3 livelli di fragilità (lieve, moderata e severa). Attraverso una regressione logistica bivariata e multivariata (per le variabili statisticamente correlate con l'indice di fragilità) è stato valutato il rischio di mortalità intra-ospedaliera e a distanza di 12 mesi.

Sono stati reclutati ai fini dello studio 161 pazienti ultra-90enni su 870 pazienti totali ricoverati in reparto nel medesimo periodo (18%). Della popolazione di studio nel corso della degenza 16 pazienti sono deceduti (10%). Solo 132 pazienti dei 145 dimessi sono stati raggiunti dal follow-up telefonico. Di questi 22 pazienti erano deceduti entro 12 mesi (16.7%).

Le caratteristiche della popolazione di studio, stratificata per livello di fragilità (lieve, moderata, severa) sono riportate nella tabella allegata. Al modello di regressione logistica bivariata l'appartenenza al gruppo SA-FI moderato e severo prediceva un incremento della mortalità intra-ospedaliera rispettivamente di 2,5 e di 16,2 volte. Nell'analisi multivariata l'OR è risultato rispettivamente di 4,9 per il gruppo a media fragilità e di 36,6 per il gruppo a bassa fragilità. Il SA-FI ha mantenuto il suo potere predittivo, benché in modo meno evidente, anche sulla mortalità a 12 mesi, con un OR nella popolazione affetta da fragilità severa di 2,20 e 9,61 rispettivamente nell'analisi bivariata e multivariata.

Il ricovero in un reparto di Medicina dei pazienti oldest-old rappresenta un evento segnato da una elevata insorgenza di outcome negativi. Lo strumento di valutazione della fragilità elaborato nel presente studio si è dimostrato efficace nel predire la mortalità intraospedaliera e a lungo termine anche in una popolazione di pazienti ultra-90enni.

Bibliografia

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005 Aug 30; 173(5):489-95.

Zucchelli A, Vetrano DL, Grande G, Calderón-Larrañaga A, Fratiglioni L, Marengoni A, Rizzuto D. Comparing the prognostic value of geriatric health indicators: a population-based study. BMC Med. 2019 Oct 2; 17(1):185.

PREDITTORI DI DELIRIUM IN GERIATRIA PER ACUTI: FOCUS SULLE FORME INCIDENTI E SULL'EFFETTO DEI FARMACI

NOVELLI DILETTA³, TONON ELISABETTA¹, MOSSELLO ENRICO², TONARELLI FRANCESCO⁴, CORSINI DALILA¹, MARAVIGLIA ALICE¹, BARONCINI CATERINA¹, CALERI VERONICA¹, BENCINI FRANCESCA¹, CANTINI CLAUDIA¹, BIAGINI CARLO ADRIANO¹

¹ S.O.C. Geriatria di Pistoia, Azienda Usl Toscana Centro, Pistoia - IT

² Unità di Ricerca in Medicina dell'invecchiamento, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze - IT

³ Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena - S.O.C. Geriatria di Pistoia, Azienda Usl Toscana Centro, Siena - IT

⁴ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze - IT

Il delirium rappresenta una delle sindromi neuropsichiatriche più frequenti tra gli anziani ospedalizzati, per i quali rappresenta un fattore prognostico negativo. Sono inoltre limitati gli studi che hanno differenziato i casi di delirium incidente (insorto cioè dopo il ricovero ospedaliero). Il presente studio osservazionale si propone di stimare i fattori di rischio di delirium, ed in particolare di delirium incidente, all'interno di un reparto di Geriatria per acuti con un'elevata prevalenza di demenza. È stato inoltre valutato l'effetto del delirium sulla prognosi intraospedaliera. Sono stati arruolati in maniera prospettica i pazienti ultrasessantacinquenni provenienti dal Pronto Soccorso e ricoverati da maggio a luglio 2019 presso la S.O.C. di Geriatria dell'Ospedale di Pistoia. Sono stati registrati dati anagrafici, comorbidità (Charlson Index), deficit sensoriale, stato funzionale precedente il ricovero (ADL di Katz, IADL di Lawton), precedente diagnosi di demenza, Rapid Emergency Medicine Score (REMS) modificato (pressione arteriosa media, frequenza cardiaca, temperatura corporea, creatinina, sodio, potassio, globuli bianchi), terapia assunta a domicilio ed in ospedale. La presenza di delirium è stata rilevata all'ingresso sulla base dei criteri del DSM-V e quotidianamente per una settimana. Sono stati arruolati 178 pazienti (età media 86 anni, 60% di sesso femminile, 81% con demenza, 53% con punteggio ADL ≤ 1). Il delirium è stato diagnosticato nel 57% dell'intero campione, nel 37% dei casi presente già all'ingresso (delirium prevalente) mentre nel 20% sviluppatosi durante la degenza (delirium incidente). Tra le variabili cliniche all'ingresso, nell'analisi multivariata sono risultati essere predittori indipendenti di delirium il sesso maschile (OR 2.1; 95%CI 1.1, 4.1), la diagnosi di demenza (OR 2.5; 95%CI 1.1, 5.9), il punteggio REMS (OR 1.2; 95%CI 1.1, 1.5), la presenza di catetere vescicale (OR 2.4; 95%CI 1.2, 5.0). Aggiungendo al modello la terapia domiciliare, l'utilizzo di antipsicotici atipici è risultato associato ad un maggior rischio di delirium (OR 2.3; 95%CI 1.1, 5.1). Escludendo i casi di delirium all'ingresso, sono risultati indipendentemente associati al rischio di delirium incidente il punteggio REMS all'ingresso (OR 1.3; 95%CI 1.1, 1.7), il sesso maschile (OR 3.1; 95%CI 1.3, 7.7) e la presenza di dolore (OR 4.9; 95%CI 1.5, 16.4). Tra i farmaci, è risultata associata al successivo sviluppo di delirium incidente la prescrizione intraospedaliera di trazodone (OR 2.8; 95%CI 1.1, 7.2). Dal punto di vista prognostico la mortalità intraospedaliera è stata significativamente più alta nei pazienti con delirium (20% vs 4%, $p = 0.002$), soprattutto tra i casi di delirium prevalente. La degenza ospedaliera è stata mediamente 2.5 giorni più lunga nel gruppo di pazienti con delirium (8.5 vs 6 gg; $p < 0.001$) e alla dimissione gli stessi avevano una minor probabilità di rientro a domicilio ($p = 0.02$). Il presente studio ha mostrato, come atteso, un'elevata frequenza di delirium in anziani ricoverati in reparto di Geriatria per acuti, ampiamente giustificata dall'elevata prevalenza di demenza. Tra i fattori potenzialmente reversibili associati alla presenza di delirium hanno un ruolo rilevante il catetere vescicale e, relativamente ai casi incidenti, la presenza di dolore. Tra i farmaci, la presenza di antipsicotici atipici in terapia domiciliare risulta associata alla presenza di delirium e la prescrizione di trazodone in ospedale alle forme incidenti. L'attenzione a tali fattori potrebbe ridurre gli effetti prognostici negativi del delirium, sia in termini di durata della degenza che di destinazione alla dimissione.

L'ATTIVITÀ DI CONSULENZA PSICOGERIATRICA IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN OSPEDALE

ORIO GIUSEPPE¹, LEVI STEFANIA¹, MAESTRI LORENZO¹, MORAMARCO ANNA², VEDELE CARMEN², MACCHIARULO MARIA², LUNARDELLI MARIA LIA²

¹ Scuola di Specializzazione in Geriatria UNIBO, Bologna - IT

² CDCD Geriatria LUNARDELLI Bologna, Policlinico di Sant'Orsola, Bologna - IT

Introduzione

Gli anziani ultra75enni ("middle-old") ed i grandi anziani ultra85enni ("oldest old") sono tra i principali utenti dei servizi sanitari e degli ospedali (1). Il ricovero in ospedale rappresenta un momento critico per la persona anziana. Il delirium è estremamente comune nei pazienti anziani ospedalizzati (2).

Al Policlinico di S. Orsola nel 2018 il numero dei pazienti ultraottantenni ricoverati da Pronto Soccorso è pari al 32% (7414) del totale dei ricoveri. Di questi 7414 pazienti, il 57% (5039) è stato ricoverato nei sette reparti di Medicina Interna e il 43% è stato ricoverato nei due reparti di Geriatria. Negli anni il numero delle consulenze psicogeriatriche si è quasi triplicato passando da 134 del 2016 a 327 del 2018.

Scopo dello studio

Analizzare le caratteristiche anagrafiche e cliniche dei pazienti ricoverati presso il Policlinico e per i quali è stata eseguita la consulenza psicogeriatrica. L'analisi dei dati è preliminare e relativa al primo semestre dell'anno 2018.

Studio osservazionale retrospettivo condotto su tutte le consulenze eseguite da parte del CDCD geriatrico del Policlinico di Sant'Orsola nell'anno 2018. Sono state analizzate le caratteristiche demografiche del campione (età e genere), le tipologie di Disturbo Neurocognitivo Maggiore (DNC) secondo i criteri del DSM5 e i reparti presso cui sono state eseguite.

I pazienti visitati sono stati 179, con un'età media di 81,7 anni (65-98), il 57% (102) dei quali di sesso maschile. Il 35% (63) dei pazienti aveva una diagnosi di DNC maggiore pre-ricovero, il 30% (53) aveva una diagnosi di depressione pre-ricovero.

La tipologia di disturbo più frequentemente riscontrata è stato il delirium, diagnosticato nel 58% (104) dei pazienti.

Il 76% (137) delle consulenze è stato erogato presso reparti di Medicina, dove il 63% (87) dei pazienti aveva delirium, il 12% (16) depressione, il 3% (4) BPSD.

Il presente lavoro ha confermato la prevalenza dell'insorgenza di delirium in una popolazione di pazienti geriatrici ospedalizzati e l'appropriatezza di una valutazione specialistica psicogeriatrica. I dati emersi supportano positivamente la scelta di aver creato un PDTA apposito per la gestione del delirium e dei BPSD all'interno del nostro Policlinico, che ha anche aumentato la sensibilità degli altri specialisti a riconoscere tale problematica clinica molto frequente e poco diagnosticata nell'anziano.

Bibliografia

Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med. 2017 Oct 12; 377(15):1456-1466.

Ministero della Salute. Rapporto Annuale sull'attività di Ricovero Ospedaliero. 2016.

IL DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO ASSISTITO AL DOMICILIO: STUDIO PILOTA NELLA MEDICINA GENERALE

RICCI CLARA¹, PIRANI ALESSANDRO², BELLELLI GIUSEPPE⁴, CASATTA LUCIA¹, CELOTTO STEFANO¹, DIGIOVANBATTISTA ELISABETTA¹, LOVASCIO SERAFINA¹, MARROCCHIELLA RAFFAELLA³, NUZZO TERESITA³, PATAMIA FRANCESCA¹, PELLEGRINI MARINA¹, SCIORTINO MAURIZIO³, SIEF DENISE¹, SPANGARO PAOLA¹, TAMBALO CLAUDIO³, URLI KATIA¹, ZANIER ILARIA¹

¹ SIMG, Udine - IT

² SIMG, Ferrara - IT

³ SIMG, Verona - IT

⁴ Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca; UOC Geriatria, Azienda Ospedaliera San Gerardo Monza, Milano - IT

La ricerca italiana è all'avanguardia nello studio del delirium nell'anziano ospedalizzato (1) mentre non risulta vi siano ricerche in Medicina Generale (MG). La diagnosi di delirium è clinica e si basa sull'osservazione del paziente e sulle informazioni fornite dai caregiver. È quindi una diagnosi di competenza del Medico di Medicina Generale (MMG) che conosce bene il paziente e i suoi caregiver ma in MG mancano formazione e strumenti validati per diagnosticare il delirium. Per colmare questa lacuna, MMG delle province di Udine e Verona hanno intrapreso una ricerca per studiare la presenza di delirium nel proprio setting quotidiano.

MMG partecipanti: 13 (9 di Udine e 4 di Verona). Setting: visite domiciliari urgenti e programmate a pazienti ≥ 75 anni (nuova soglia di anzianità, SIGG 2018). Periodo: 1-31 ottobre 2019. Strumenti: a) scheda conoscitiva (visita urgente o controllo programmato, tipologia assistenza, farmacoterapia in particolare antipsicotici, sedativi, anticolinesterasici, memantina); b) delirium: 4AT (2); c) comorbidità: Charlson Index. Nelle analisi è stato considerato soltanto il punteggio del test eseguito al primo accesso domiciliare. Criteri di esclusione: afasia, cofosi, coma, urgenza medica incompatibile con esecuzione dei test.

4AT è stato somministrato a 123 pazienti, età compresa fra i 75 e i 99 anni: 36 (29%) hanno riportato cut-off valori compatibili con una diagnosi di delirium. Caratteristiche dei 36 pazienti con score al 4AT compatibile con diagnosi di delirium: Patologie: SNC 27 (75%) con Disturbo Neuro-Cognitivo Maggiore, 3 Parkinson, 2 ictus pregresso, 1 di psicosi depressiva; Comorbidità: 7 con Charlson Index ≥ 5 (cut off oltre il quale è bassa la probabilità di sopravvivenza a 10 anni); Assistenza: 25 (69.4%) necessità di assistenza esterna alla famiglia (badanti, infermieri, assistenti domiciliari); Misure di salvaguardia: 17 (47.2%) (spondine al letto o cintura pelvica); Farmaci: 16 (44.4%) assumevano antipsicotici e/o sedativi. Solo in 8/36 pazienti (22%) il MMG al termine della visita ha diagnosticato delirium: 3 ipercinetico e 5 Ipocinetico (1 ricoverato e deceduto per polmonite), età ≥ 85 anni, 7 assistiti da personale esterno alla famiglia; 4 dimessi da ospedale da meno di 30 giorni. Questo discrepanza tra percezione e oggettivazione di delirium non è un problema solo del MMG ma è anzi in linea con altri studi condotti in altri setting. Nel complesso il dato suggerisce la necessità di valutare in modo standardizzato e non ad impressione clinica la presenza di delirium nel soggetto anziano.

Lo studio evidenzia che il delirium ha una rilevante prevalenza in MG. L'associazione fra delirium e Disturbo NeuroCognitivo è elevata e la distinzione fra i due quadri è spesso difficile. La MG deve sapere riconoscere il delirium perché con l'invecchiamento demografico aumenteranno gli assistiti in cui la presenza di delirium sarà più probabile e, anzi, potrà essere l'unico "segnale" di una grave patologia sommersa che il paziente non riesce a riconoscere o a riferire. Gli errori diagnostico-terapeutici in questo campo possono portare conseguenze rilevanti, come, ad esempio, trattare con psicofarmaci uno scompenso cardiaco o una infezione respiratoria/urinaria. La nostra esperienza dimostra che il MMG è sicuramente capace di riconoscere il delirium se adeguatamente formato tramite corsi diffusi sul territorio e dotato di strumenti validati, rapidi e semplici adeguati ai ritmi di lavoro del MMG.

Bibliografia

Bellelli G, Morandi A, et al. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. *Int Psychogeriatr*. 2014 Dec; 26(12):2093-102.

Sitografia

<https://www.the4at.com/>

PREVALENZA DELLA DISFAGIA E SINDROMI PSICOGERIATRICHE IN UN SETTING RIABILITATIVO

ROCCO CHIARA¹, GROSSI ELEONORA¹, DE MARTINO FRANCESCA¹, LUZZANI CINZIA¹, GENTILE SIMONA¹, MORANDI ALESSANDRO¹

¹ Anelle della Carità Cremona FTC, Cremona - IT

La disfagia è un disturbo della deglutizione che colpisce l'8% della popolazione mondiale ed è più frequente negli anziani e negli anziani istituzionalizzati con una incidenza che varia dal 7 al 16% a seconda dell'età, della patologia e della presenza di deterioramento cognitivo. Dati di letteratura indicano che la disfagia è sottostimata e sotto diagnosticata nella popolazione geriatrica e non viene indicato un test Gold Standard per la sua valutazione nel paziente anziano. Oltre all'involuzione fisiologica della deglutizione (presbifagia primaria) che rende l'atto deglutitorio dell'anziano meno efficiente, più lento e povero di riserve funzionali, la presenza di delirium è un fattore di rischio di sviluppo della disfagia, con una prevalenza che varia dal 22 al 59.4% nei pazienti anziani ospedalizzati e con disfagia.

Studio retrospettivo di coorte per l'analisi e la descrizione della prevalenza di disfagia in pazienti ricoverati presso il reparto di riabilitazione della Casa di Cura Anelle della Carità di Cremona, tra Gennaio 2018 e Novembre 2019. Sono stati inclusi tutti i pazienti che presentavano o meno un quadro di disfagia all'ingresso valutato con Test 3OZ, escludendo i pazienti con alterato stato di coscienza e portatori di cannula tracheostomica. La popolazione indagata è stata successivamente suddivisa in due gruppi, confrontati e descritti sulla base della presenza o dell'assenza di disfagia all'ingresso in reparto.

Il campione analizzato è composto da 1665 pazienti, 337 con disfagia (età media 79.9 ± 12.06 anni, 64% femmine) e 1328 senza disfagia all'ingresso del reparto (età media 79.1 ± 11 anni, 61% femmine). Dall'analisi preliminare dei dati emerge che la maggior parte dei pazienti con disfagia proviene dall'ospedale (78%), presenta una prevalenza di patologie neurologiche (54.5%) e ortopediche (33.9%), un livello di deterioramento cognitivo lieve-moderato (MMSE= 17.9 ± 6.8) e delirium nel 22% dei casi. Rispetto al gruppo di controllo i pazienti con disfagia hanno un maggior livello di disabilità nel pre-morboso (35% Rankin=3 disabilità moderata, 21% Rankin=4 disabilità grave), una maggiore dipendenza nelle ADL (Barthel 34 ± 26) e una maggiore fragilità (MNA= 19 ± 5 , Braden rischio alto 47%, rischio medio 43%, Tinetti 8.5 ± 6).

I dati analizzati sottolineano la maggiore fragilità, disabilità e dipendenza del paziente anziano ospedalizzato con un quadro di disfagia all'ingresso del ricovero. Basandosi sull'analisi preliminare dei dati sarebbe utile indagare in che misura la presenza di delirium e deterioramento cognitivo siano correlati alla presenza di disfagia, verificare se vi sia un nesso di causalità tra disfagia e delirium e/o deficit cognitivi e descrivere il profilo evolutivo tipico del quadro disfagico in funzione delle caratteristiche del paziente.

Bibliografia

- Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 Jan-Feb; 56(1):1-9.
- Castagna A, Ferrara L, Asnaghi E, Rega V, Fiorini G. Functional limitations and cognitive impairment predict the outcome of dysphagia in older patients after an acute neurologic event. *NeuroRehabilitation*. 2019; 44(3):413-418.
- Di Pede C, Mantovani ME, Del Felice A, Masiero S. Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. *Aging Clin Exp Res*. 2016 Aug; 28(4):607-17.
- Maeda K, Wakabayashi H, Shamoto H, Akagi J. Cognitive impairment has no impact on hospital-associated dysphagia in aspiration pneumonia patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2018 Feb; 18(2):233-239.
- Melgaard D, Rodrigo-Domingo M, Mørch MM. The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Geriatric Patients. *Geriatrics (Basel)*. 2018 Mar 26; 3(2).
- Namasivayam-MacDonald AM, Riquelme LF. Presbyphagia to Dysphagia: Multiple Perspectives and Strategies for Quality Care of Older Adults. *Semin Speech Lang*. 2019 Jun; 40(3):227-242.
- Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, Langmore S, Leischker AH, Martino R, Pluschinski P, Rösler A, Shaker R, Warnecke T, Sieber CC, Volkert D. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016 Feb 23; 11:189-208.

NON IL “SOLITO” CASO DI DECLINO COGNITIVO

ROMAGNOLI TOMMASO¹, POLASTRI MICHELE¹, PAZZAGLINI CHIARA¹, ANGELA BARBAN², BROMBO GLORIA¹, ZULIANI GIOVANNI¹

¹ Università degli Studi di Ferrara, Ferrara - IT

² AUSL Ferrara, Ferrara - IT

L'encefalite limbica è una rara condizione patologica caratterizzata da un processo flogistico a carico dell'encefalo con preminente coinvolgimento del sistema limbico; è spesso espressione di un processo neoplastico, a patogenesi autoimmune. Le manifestazioni cliniche possono essere molteplici e variano da sintomi psichiatrici come alterazioni della personalità, allucinazioni, deliri, deflessione del tono dell'umore, a crisi epilettiche, deficit neurologici e deficit cognitivi fino a quadri di demenza rapidamente progressiva.

Esami ematochimici completi di profilo tiroideo, glicometabolico e vitaminico, ECG, esame obiettivo, colloquio neuropsicologico con valutazione neurocognitiva e funzionale, esami strumentali mirati alla valutazione del quadro neurologico (RMN encefalo, EEG, rachicentesi) e per escludere una eziologia paraneoplastica (TC total body, EGDS, colonscopia, ecografia tiroidea e testicolare) ed ecocardiogramma.

M.C. è un uomo di 77 anni che accede al CDCD della UO Medicina Interna Universitaria dell'Ospedale di Ferrara, con storia di resezione di melanoma chemio e radiotrattato, ulcera peptica e disturbo depressivo con pregresso tentativo autolesivo, per valutazione di un quadro caratterizzato da deficit mnescici per la memoria episodica recente ad andamento progressivo, disorientamento temporo-spaziale e disturbi comportamentali con tendenza alla disinibizione. Per l'evidenza all'esame obiettivo di emiparesi destra a insorgenza non databile, il paziente veniva ricoverato in reparto medico per gli approfondimenti e le cure del caso. Una TC encefalo dimostrava un quadro di encefalopatia vascolare cronica; per un migliore approfondimento abbiamo quindi eseguito RMN encefalo, che ha evidenziato iperintensità in T2 delle strutture ippocampali più evidente a sinistra dove si associa iperintensità insulare cortico-sottocorticale, compatibile con quadro di encefalite limbica; abbiamo quindi eseguito EEG (anomalie lente in sede temporale sinistra) e rachicentesi diagnostica per analisi chimico-fisiche, citologiche, microbiologiche, sierologiche ed autoimmunitarie, nonché la ricerca di proteine prioniche, risultate negative. La ricerca su siero di anticorpi anti-LGI1, è risultata positiva a basso titolo.

Nell'ipotesi di un'eziologia paraneoplastica del quadro cerebrale abbiamo eseguito diversi accertamenti strumentali per escludere eventuali processi eteroformativi (risultate negative per neoplasie maligne).

In accordo con il Collega Neurologo abbiamo trattato il paziente con terapia steroidea e ciclo di immunoglobuline endovena con progressivo parziale miglioramento della performance cognitiva e pressoché completa risoluzione del deficit neurologico e del quadro neuroradiologico.

L'encefalite limbica con anticorpi anti-LGI1 solo nel 20% dei casi è associato a una patologia neoplastica. La risposta alla terapia è in genere molto buona. Il nostro caso appare interessante perché descrive una condizione, che seppur rara, rappresenta una causa secondaria di declino cognitivo, che se riconosciuta risulta spesso reversibile.

AFASIA ED ESERCIZI PER IL FAMILIARE: UN PERCORSO PER RENDERE IL CARE-GIVER UN SUPPORTO ATTIVO E CONSAPEVOLE ALLA TERAPIA

SECCAFIEN GIACOMO¹

¹ Federazione Collegi TSRM, Venezia - IT

In questa sede, in supporto alla famiglia ed a quanti pongano affetto ed iniziativa verso il paziente, si propone un iter di istruzione sull'afasia, consapevolezza delle sue forme e caratteristiche, ed infine di pratici esercizi facilmente eseguibili, a supporto del terapista, senza chiaramente sostituirsi ad esso.

Mantenendo una chiave di lettura sinergica ed interdisciplinare, si perseguirà dunque l'obiettivo di stimolare cognitivamente il soggetto afasico, arginando trascuratezze, errati approcci o improvvisate strategie non scientifiche, nel suo recupero funzionale.

L'afasia è un disturbo linguistico acquisito che, in Italia, mantiene una media stabile di 200.000 casi, con una percentuale di nuovi pazienti pari allo 0,3% annuo. Di questi, si stima che solo il 15% (meno di 1 su 6) acceda ad una riabilitazione specifica (coordinata da un servizio di logopedia e neuropsicologia).

Tale dato è legato soprattutto al fatto che i soggetti geriatrici istituzionalizzati, nei quali sono frequenti casi di stroke neurologici e decadimento cognitivo, risiedono in realtà comunitarie - RSA, in gergo “case di riposo” - nelle quali è più complessa la strutturazione di un piano di intervento individuale, dedicato e costante. Nonostante la richiesta dei care-givers, dall'operatore socio-sanitario al parente, di poter essere di supporto al ripristino linguistico-verbale, la riabilitazione ha una complessità tale da essere esclusiva di professionisti tecnicamente formati e competenti.

IL RIFIUTO DEL CIBO NELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO: INDIVIDUAZIONE COMPLETA DELLE CAUSE CON RISPETTIVE IPOTESI DI INTERVENTO PER PREVENIRE, TRATTARE E RIABILITARE LA MALNUTRIZIONE IN RSA

SECCAFIEN GIACOMO¹

¹ Federazione Collegi TSRM, Venezia - IT

Risiede nella tempestività e nella chiarezza dei ruoli l'importanza di un metodo che indaga ad-personam le cause del rifiuto del cibo e propone percorsi riabilitativi all'accettazione del pasto, atti ad intervenire sul digiuno in modo strutturato.

I.R.P.A.I. (Indagine sul Rifiuto del Pasto nell'Anziano Istituzionalizzato) analizza il rifiuto del pasto e la conseguente malnutrizione ad esso legata, nel soggetto anziano istituzionalizzato e non. Viene pensata come traccia per individuare le cause che conducono il paziente digiunante ad una condizione di rischio vitale, e proporre delle strategie di compenso e di risoluzione al problema. È la premessa di un piano individualizzato. Va discussa in équipe nella trattazione del caso e somministrata anche al familiare dalla stessa o in alternativa da un professionista eletto al ruolo, con successivo confronto. Farà seguito la progettazione di un piano d'intervento a seconda delle procedure proposte nel manuale che la comprende, relative alle cause individuate, e delle risorse sfruttabili nel servizio.

La malnutrizione nelle RSA si è calcolata essere causa di decesso tra il 4,095% ed il 53,55% della popolazione degli anziani istituzionalizzati, in media circa 1 ospite di casa di riposo su 3. Seppure non vi sia una statistica tra le cause di malnutrizione strettamente legate al rifiuto del pasto e non, questo rappresenta intuibilmente una tra le più importanti ragioni di morte negli ambienti comunitari geriatrici.

La malnutrizione può derivare da cause indipendenti dalla volontà di alimentarsi del paziente o che si manifestano col rifiuto del pasto; mentre per le prime le strategie di risoluzione e compensazione del problema sono maggiormente prevedibili, per le seconde non è sempre facile avere a disposizione delle procedure di intervento efficaci e sollecite.

WORLD DELIRIUM DAY 2020: NUOVI PROGETTI, NUOVE PROSPETTIVE DI CURA

SIDOLI CHIARA¹, AMOROSO ISABELLA, ZARCONI CRISTINA¹, POZZI CHRISTIAN², GENTILE SIMONA³, MORANDI ALESSANDRO³, BELLELLI GIUSEPPE¹

¹ Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Monza - IT

² SUPSI Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, CH - Switzerland

³ Fondazione Teresa Camplani, Casa di Cura Ancelle della Carità, UO Riabilitazione, Cremona - IT

Il delirium è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da un cambiamento acuto e fluttuante dell'attenzione e di molteplici funzioni cognitive che comporta, se non opportunamente trattato, una elevata mortalità, un prolungamento della degenza media, nonché un peggioramento dello status cognitivo e funzionale del paziente 1,2. Più dell'80% dei casi di delirium non vengono diagnosticati nonostante l'elevata prevalenza nei setting sanitari: nei reparti ospedalieri un paziente su quattro soffre di delirium, dal 40% nelle Residenze Sanitarie Assistenziali all'80% nelle Unità di Terapia Intensiva 3,4.

In occasione del 4° World Delirium Awareness Day (11/3/2020; www.idelirium.org) saranno organizzate, a livello mondiale, diverse iniziative finalizzate a sensibilizzare i professionisti sanitari, i caregivers e l'opinione pubblica sul tema "delirium", nonché si valuterà la prevalenza del delirium nei reparti di degenza della UOC Geriatria dell'Ospedale San Gerardo (Monza) e della Struttura Riabilitativa Casa di Cura Ancelle della Carità (Cremona).

Le attività proposte sono indirizzate al personale sanitario, studenti dei CdL in ambito sanitario ed alla popolazione generale.

Le attività dedicate al personale sanitario ospedaliero (medici, infermieri, operatori socio-sanitari) e territoriale (medici di Medicina Generale, medici di Continuità Assistenziale) includeranno la distribuzione di un vademecum e poster da appendere negli studi e nelle postazioni infermieristiche. Saranno trattati i seguenti temi inerenti al delirium: definizione, sintomi/segni, screening, trattamento e prevenzione.

Il giorno del Delirium Awareness Day, in tutti i reparti di degenza delle strutture partecipanti, si valuterà la presenza di delirium mediante somministrazione del test "4AT" ai pazienti; esclusivamente per il personale sanitario della UO Geriatria di Monza, UO Riabilitazione di Cremona e studenti del CdL SUPSI DEASS (CH) si effettuerà un sondaggio circa il livello di competenza sul tema del delirium.

Le iniziative dedicate alla popolazione generale includeranno l'esposizione di poster, attività di volantinaggio, counseling e questionario. I poster contengono brevi nozioni sul tema del delirium, sul riconoscimento e sulla gestione dello stesso. I poster verranno appesi nelle sale d'attesa e corridoi delle Unità Operative coinvolte.

Il giorno indice, presso l'Ospedale San Gerardo e l'università SUPSI, si effettuerà attività di volantinaggio e counseling rivolta ai medici in formazione specialistica tramite apposito banchetto; si distribuirà ai familiari dei degenti delle unità ospedaliere coinvolte un breve questionario sul "delirium".

I risultati dei questionari ed i dati relativi alla prevalenza del delirium raccolti durante la giornata dedicata verranno analizzati e presentati in sede congressuale. Con tale progetto auspichiamo a sensibilizzare il personale sanitario e la popolazione sul tema delirium, ed in particolare sull'ottimizzazione della gestione della condizione sul territorio.

Il Delirium Awareness Day vuole essere di stimolo al miglioramento della cura del paziente affetto da delirium. La maggiore consapevolezza degli operatori sanitari e dei caregivers sul tema delirium rappresenta un obiettivo significativo in termini di salute pubblica, in considerazione dell'impatto della qualità di vita del paziente e degli outcomes avversi ad esso correlato.

Bibliografia

Bellelli G, et al. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. BMC Med. 2016 Jul 18; 14:106

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Mar 8; 383(9920):911-22.

Morandi A, et al. Delirium, Dementia, and In-Hospital Mortality: The Results From the Italian Delirium Day 2016, A National Multicenter Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019 May 16; 74(6):910-916.

Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA. 2010 Jul 28; 304(4):443-51.

DELIRIUM E DEMENZA NEGLI ANZIANI IN PRONTO SOCCORSO: PREVALENZA E OUTCOME A LUNGO TERMINE NELLO STUDIO “ANZIANI IN DEA” (AIDEA)

TONARELLI FRANCESCO⁵, BALZI DANIELA¹, GIANNINI ILARIA⁵, PRATESI ALESSANDRA⁵, MOSSELLO ENRICO⁵, CAVALLINI MARIA CHIARA⁵, BENVENUTI ENRICO², GABBANI LUCIANO³, GRIFONI STEFANO⁴, UNGAR ANDREA⁵, DI BARI MAURO⁵

¹ *Unità di Epidemiologia, USL Toscana Centro, Firenze - IT*

² *SOD Geriatria, Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze - IT*

³ *SOD Geriatria per la Complessità Assistenziale, AOU Careggi, Firenze - IT*

⁴ *Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza, AOU Careggi, Firenze - IT*

⁵ *Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Unità di Ricerca Medicina dell'Invecchiamento, Università di Firenze e AOU Careggi, Firenze - IT*

Il delirium è una condizione clinica di frequente riscontro nei pazienti anziani che accedono al Pronto Soccorso (PS), sia secondaria a una patologia somatica che sovrapposta a demenza. Il presente studio mira a valutare: 1) la prevalenza del delirium in pazienti anziani in PS, comparando soggetti con e senza una precedente diagnosi di demenza; 2) valutare l'effetto del delirium sulla prognosi a lungo termine.

Nello studio AIDEA, 3722 pazienti con età 75+ anni che accedevano al PS di due ospedali a Firenze, sono stati sottoposti ad un questionario sul loro stato funzionale e cognitivo precedente l'accesso in PS. La storia di demenza è stata raccolta con l'aiuto del caregiver, il delirium è stato identificato in base a un punteggio >4 alla scala 4AT. La mortalità a lungo termine (mediana del follow-up: 4 mesi) è stata comparata tra pazienti con delirium probabile (4AT ≥4) e tra coloro con delirium assente o possibile (4AT <4).

Dei 2494 partecipanti (67%) il cui stato cognitivo precedente all'accesso in PS era noto, 329 (13.2%) avevano un'anamnesi di demenza. Il delirium è stato osservato in 324/2494 (13%) dei partecipanti ed era nettamente più frequente in quelli con (60%) rispetto a quelli senza storia di demenza (15%; OR 95% CI; p<0.001). La mortalità a lungo termine era significativamente maggiore nei pazienti con delirium, rispetto a quelli privi della condizione (41% vs. 14%; p<0.001). Il rischio di morte era significativamente associato alla presenza di delirium (HR 2.2, 95% CI 1.8-2.7), anche aggiustando per le variabili del questionario, inclusa l'anamnesi di demenza.

In questo gruppo di pazienti anziani che accedono al PS, il delirium era frequente e spesso associato a storia di demenza. Esso si è dimostrato fattore di rischio indipendente per mortalità a medio termine.

IL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MILD: RAPPORTI CON I DISTURBI VASCOLARI DELL'ENCEFALO E LO SPETTRO DEI DISTURBI DELL'UMORE

TRIPODI BENIAMINO¹, NUCERA ARIANNA ELISA¹, MANGANO VALENTINA¹, TRIPODI CESARE¹, MANGANO ANTONINO¹

¹ *Day Hospital Psichiatrico e C.D.C.D., Reggio Calabria - IT*

Obiettivo

Questo studio naturalistico si propone di esplorare l'evoluzione del Disturbo Neurocognitivo Mild in pazienti trattati presso il nostro C.D.C.D.

Metodi

120 pazienti con diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Mild sono stati trattati con terapia standardizzata e seguiti con un follow up di 24 mesi somministrando periodicamente test neuro-cognitivi (MP di Raven - test di Stroop - MMSE - CDR) e almeno due RMN-encefalo nell'arco di detto periodo.

Risultati

A distanza di due anni solo un numero limitato di pazienti (12%) risulta stabilizzato, mantenendo i criteri per la diagnosi posta inizialmente. Il 48% dei soggetti ha sviluppato una demenza conclamata mentre nel rimanente 40% si è assistito ad un esordio di disturbi dello spettro dell'umore (Distimia - Depressione Maggiore - Ciclotimia). Circa la metà dei pazienti sottoposti a neuroimaging mostravano danni vascolari diffusi (gliosi - spot ischemici - alterazioni di segnale periventricolare) con una prevalenza nei casi che hanno sviluppato Demenza. L'esiguità del campione monitorato non ha consentito di giungere a dati significativi dal punto di vista statistico.

Conclusioni

Nella nostra esperienza il presentarsi di Disturbo Neurocognitivo Mild rappresenta uno step prognostico negativo per la futura salute mentale dell'individuo. Solo in una piccola percentuale di casi esso si stabilizza, rappresentando una evolutività benigna legata sicuramente a fattori genetici e quindi indipendenti dalla terapia. Nell'88% del nostro campione la comparsa di una Demenza franca o di un Disturbo dello Spettro dell'Umore costituisce uno spunto per ulteriori ricerche farmacologiche (ma anche riabilitazione neuro-cognitiva) atte a prevenire lo sviluppo di tali patologie.

Bibliografia

Fratiglioni L, Caracciolo B, Palmer K. La variabilità delle stime epidemiologiche relative al mild cognitive impairment e alle demenze Ann Ist Super Sanità 2005; 41(1):81-86.

Gala C, Peirone A, Bellodi S, Pasquale L, Redaelli C. Depression and cognitive impairment in the elderly. G Gerontol 2008; 56(Suppl 1):25-33.

Perri R, Carlesimo GA, Caltagirone C, Gruppo di Studio "Diagnosi Precoce della Malattia di Alzheimer" dell'Italian Interdisciplinary Network on Alzheimer Disease. Mild Cognitive Impairment: studio italiano multicentrico. Roma Pubblicato su: Nuova Rivista di Neurologia 2001; 2(3):65-72.

La vecchiaia e gli antidoti alla solitudine

SVECCHIART: GENERAZIONI A CONFRONTO DIALOGANO E SI RACCONTANO

BIAGIOLI LAURA¹, DE CECCO ANNALISA¹

¹ DVF casa di riposo Il Gignoro, Firenze - IT

Rendere accogliente e colorato un ambiente di passaggio che era anonimo e triste

Mettere in contatto generazioni differenti

Affrontare e confrontarsi sul tema delle tensioni all'interno di un gruppo partendo da una condivisione di valori

Svecchiare l'idea di Casa di Riposo e dei servizi per anziani

Sono stati impiegati linguaggi diversi, quelli più propriamente giovanili (graffito) e quello più antico della lana (nella forma più moderna dello Yarn Bombing grazie alla collaborazione con l'associazione AILO). Tema di questo dialogo è stato il confronto sui valori ritenuti irrinunciabili, che è stato scelto per la sua valenza positiva, in merito anche alla più ampia questione dei conflitti in generale. La prima fase ha visto la selezione di valori, a partire da una lista, fino ad arrivare ai sei più rappresentativi del gruppo sia dei ragazzi, che degli operatori, degli anziani e dei loro familiari. Per stimolare la discussione abbiamo usato la tecnica del world café. Nella fase successiva sono stati forniti spunti visivi ai giovani writers che lo hanno espressamente richiesto, attraverso la tecnica del collage

Sono stati realizzati sei graffiti sulla rampa raffiguranti altrettanti valori (famiglia, salute, natura, amore, altruismo, onestà). Il giardino ha iniziato a impreziosirsi della decorazione delle colonne del pergolato, delle panchine e del tronco di alcuni alberi. La decorazione è consistita nel rivestire tali oggetti di coloratissimi quadrati di lana. Il tutto è stato documentato da un fotografo che ha realizzato diverso materiale visivo (foto, interviste e video). Durante il corso del progetto sono stati individuati diversi momenti di condivisione con i familiari, che sono stati ulteriore occasione di reciproca conoscenza. In occasione di una nostra festa aperta al territorio fiorentino ha avuto luogo l'inaugurazione.

Lo scambio tra generazioni ha permesso ai giovani di conoscere una realtà nuova e di andare oltre allo stereotipo dell'anziano istituzionalizzato. Anche per gli anziani, seguire il processo creativo che sta alla base di un graffito ha significato superare lo stereotipo che caratterizza i giovani che "imbrattano i muri".

RELAZIONI TRA CDCD ED INFERMIERE DI COMUNITÀ

BOIARDI ROBERTA¹, VALCAVI LUCA¹, LAMECCHI LUCIA¹, ANCESCHI LUCIA¹, GESMUNDO LAURA¹, MAZZONE DANIELA¹, MOROTTI ANGELA¹, SACCAGGI LAURA¹

¹ AUSL, Reggio Emilia - IT

Il Distretto di Castelnovo Ne' Monti (Reggio Emilia) è il più ampio della Provincia, ha una estensione di 775 mq., è caratterizzato da un territorio prevalentemente montano (87% montagna e 13% collina) e conta una popolazione di circa 33.602 abitanti. È il Distretto con la più bassa densità abitativa della provincia e con la più alta popolazione di anziani.

Da Novembre 2018 è in fase di implementazione sul territorio la strategia nazionale aree interne "La montagna del latte" di cui L'AUSL IRCCS di RE partecipa come partner con un progetto che vede l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC) nei comuni del crinale appenninico, Villa Minozzo e Ventasso.

La necessità di questa figura innovativa nasce dalla constatazione dei profondi cambiamenti della struttura demografica (aumento della speranza di vita, dei grandi anziani, delle malattie croniche) e sociale (partecipazione femminile al mondo del lavoro, impoverimento delle reti primarie familiari, amicali e all'affacciarsi di nuove povertà) in atto nel territorio. Tutto ciò si somma alle politiche di cura dei pazienti con patologia cronica, tra cui la demenza, che tendono a mantenere l'individuo presso il proprio domicilio il più a lungo possibile.

L'infermiere di comunità, attivo dalla primavera del 2019, rappresenta una risorsa importante e può essere definito come "facilitatore" all'interno della comunità. Deve avere una visione globale dei bisogni della popolazione con un'attenzione particolare agli anziani e ai soggetti più fragili operando in stretto rapporto con i diversi attori già presenti sul territorio, MMG, Servizi Socio Assistenziali, famiglia, badanti, specialisti.

Può succedere che le persone sole o con reti sociali deboli, con un disturbo della cognitività, non abbiano le competenze necessarie per interfacciarsi con i servizi di cui hanno bisogno, perdano progressivamente le abilità di organizzarsi i pasti, trascurino la cura della propria persona, dimentichino o commettano errori nell'assumere la terapia.

Fin dall'inizio dell'attività degli IFEC sono intercorsi scambi telefonici e incontri di condivisione progettuale tra IFEC e professionisti del CDCD per migliorare l'assistenza domiciliare di persone seguite al CDCD.

Riteniamo utile che la condivisione della storia clinica e dello stadio di malattia facilitino la predisposizione di obiettivi comuni di cura, assistenza e di counseling per il caregiver e che la telefonata permetta uno scambio di informazioni dinamico e rapido.

Gli scambi di informazioni hanno già portato alla presa in carico congiunta di dieci situazioni con il coinvolgimento più mirato dei servizi sociali, del medico di medicina generale ma anche di altri attori della rete.

È prevista la creazione di uno strumento informatizzato per la segnalazione dei casi dall'IFEC al CDCD e viceversa. Sono già state condivise le premesse per organizzare attività pomeridiane di socializzazione e psicosociali nelle diverse borgate con il sostegno di volontari.

Andando a casa delle persone l'IFEC ha l'opportunità di osservare i contesti di vita quotidiana, quindi la persona nella sua globalità.

L'"andare verso" le persone e non attendere che siano loro a rivolgersi a un servizio, consente di raggiungere anche gli irraggiungibili, individuare persone con sospetto decadimento cognitivo, prevenire i rischi della fragilità, offrire opportunità di promozione di benessere là dove è possibile, aiutare in modo più incisivo gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia neurodegenerativa in stretta sinergia con i professionisti del CDCD del distretto (geriatra, infermiere, psicologo).

“AT HOME WITH YOU: RESULTS”

BOSCHI FEDERICA², MARIANI ELENA², SERVIDIO VALENTINA¹, DANTI EUGENIA¹, TROIANO MANUELA¹, LEUZZI LUCIA¹, PROLI LUCA¹, ZACCHERONI CRISTINA³, BENATI GIUSEPPE²

¹ Rete Magica Onlus, Forlì - IT

² AUSL Romagna, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Forlì - IT

³ Comune di Forlì-Servizio Benessere Sociale e Partecipazione - IT

The project 'At home with you' was funded by the Emilia-Romagna Region. Psychologists with expertise in dementia contacted 28 families, identified by the multidisciplinary team of the local Memory Clinic and by the local social workers. They provided families with 1.5 hours psychological counselling biweekly for 5 months. Main aim was to improve the family members' coping strategies to manage dementia' behaviour changes and to prevent families' social isolation.

Quantitative and qualitative data were gathered. The Caregivers Burden Inventory (CBI) was administered to caregivers before and after the intervention. Data about real participation to psychosocial activities and number of contacts with the local social and health services were also collected.

The analysis of CBI scores showed that the intervention diminished caregivers' physical and social burden, in particular it improved personal well-being and the relationship with the person with dementia and other family members. Furthermore, it was documented that most persons with dementia started attending specific recreational activities and some family caregivers accessed more frequently the local social services, building trust with professionals working in those services. Moreover, during the counselling, some family caregivers were able to recognize their need for some form of respite care: as a consequence, the persons with dementia were enrolled in a respite or in a day care programme. Overall, the project improved the link between families and local support services and the caregivers' coping abilities to manage challenging behaviours and wellbeing.

Bibliografia

Elvish R, Lever SJ, Johnstone J, Cawley R, Keady J. Psychological interventions for carers of people with dementia: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. British Association for Counselling & Psychotherapy, Leicestershire 2012.

Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*. 1989 Dec;29(6):798-803.

SOLITUDINE SOCIALE E EMOTIVA IN ANZIANI CON LIEVE DECADIMENTO COGNITIVO RESIDENTI IN STRUTTURA SOCIAL AND EMOTIONAL LONELINESS IN ELDERLY WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT RESIDENTS IN NURSING HOME

CAPOTOSTO EMANUELA¹, SARETTA MICHELA²

¹ ISRAA, Treviso - IT

² Treviso - IT

La letteratura si sta occupando sempre di più, di considerare e valutare le due dimensioni che caratterizzano il costrutto di solitudine: sociale ed emotiva (Newall et al., 2019). Obiettivo dello studio è esplorare e il livello percepito di solitudine sociale e emotiva in anziani residenti in RSA con lieve decadimento cognitivo, analizzando le correlazioni con le variabili di: benessere, autoefficacia e salute.

La metodologia utilizzata ha previsto l'impiego sia del metodo qualitativo che del metodo quantitativo ottenendo risultati oggettivi e soggettivi delle percezioni degli anziani. Il metodo per la raccolta dei dati utilizzato è il modello misto a disegno integrato simultaneo (QUANT + qual) (Picci P, 2013). Questionari quantitativi: Scala sulla Solitudine Sociale e Emotiva (ESLS): punteggi di solitudine sociale (SLS) e solitudine emotiva (ELS); Scala di Solitudine dell'Università della California rivista a Los Angeles (UCLA-LS): punteggio costruito solitudine; Questionario sul Benessere e l'Invecchiamento (BEN-SSC): benessere totale, soddisfazione personale, strategie di coping, competenze emotive; Questionario sullo Stato di Salute (SF-12): componente della salute mentale e componente della salute fisica; Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione dei Problemi Complessi: maturità emotiva, finalizzazione all'azione, fluidità relazionale, analisi contesto.

I risultati non hanno evidenziato differenze significative tra la dimensione sociale ed emotiva, per cui è presente l'influenza di una dimensione sull'altra. Correlazioni significative e positive tra: solitudine sociale (SLS), benessere totale, soddisfazione personale e competenze emotive; la solitudine sociale correla positivamente con la sottoscala fluidità relazionale. significativa e positiva la correlazione tra solitudine emotiva (ELS) e la maturità emotiva. Correlazioni significative e negative tra solitudine totale e benessere, soddisfazione personale, competenze emotive e strategie di coping.

Mancanza di differenza tra percezione solitudine sociale e emotiva: prospettiva di combinazione con influenza di una componente sull'altra, rilevante durante la progettazione di interventi; Associazione tra solitudine e controllo sull'ambiente, percezione di autoefficacia nella costruzione di relazioni e obiettivi: attività e possibilità di scelta sono interventi rilevanti e un modo per rispondere ai bisogni degli anziani residenti in RSA. In conclusione, la costruzione e il mantenimento di sentimenti positivi, di salute e di prevenzione alla solitudine negli anziani, continua ad essere una sfida persistente ancora oggi (Bai et al., 2018). L'utilizzo, però, di approcci centrati sulla persona sono considerati efficaci perché permettono di mantenere l'autonomia, di considerare le scelte, i bisogni e i desideri degli anziani residenti in struttura (Andrew et al., 2017).

I limiti di questo studio riguardano principalmente il ristretto numero dei partecipanti coinvolti nello studio, che non permette di rappresentare la popolazione di anziani residenti in struttura con lieve decadimento cognitivo; attraverso questi risultati è però possibile ottenere delle indicazioni di significato. Da parte degli anziani minor desiderio di interazione con gli altri, minori contatti sociali e maggior selezione per persone intime e propri interessi: risposta adattiva.

Bibliografia

Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014 Feb 1;8(2):58-72.

De Leo D, Trabucchi M. La solitudine dell'anziano. Un impegno forte per AIP. *Psicogeriatra*, 2018; anno XIII (1):5-9.

Picci P. Orientamenti emergenti nella ricerca educativa: i metodi misti. *Studi sulla Formazione*, 2013; 15(2):191-201.

LA SOLITUDINE IN OSPEDALE: ANALISI DI UN QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE SU PAZIENTI, FAMILIARI E CAREGIVER FORMALI

COLOMBO MARIA GRAZIA¹, BOFFELLI STEFANO², VECCHI CHIARA², FALANGA LINA², BAFFA BELLUCCI FRANCESCO², ZANOLINI MIRELLA², ROZZINI RENZO², TRABUCCHI MARCO³

¹ Fondazione Poliambulanza, Brescia - IT

² Gruppo di Ricerca Geriatrica e Fondazione Poliambulanza, Brescia - IT

³ Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia - IT

La solitudine è una condizione frequente, in Ospedale, che colpisce alcune persone ricoverate, aggravando la sofferenza della malattia. Nei luoghi di cura, inoltre, anche i familiari e talvolta gli operatori sanitari possono soffrire della stessa sensazione, faticando ad entrare in contatto con le altre persone. Scopo di questo studio è di presentare i dati di un questionario sulla solitudine somministrato in ospedale.

Scopo del questionario è di raccogliere alcune osservazioni sulla solitudine e sulla necessità del supporto alla solitudine nei luoghi di cura. L'obiettivo è di comprendere quanto il fenomeno sia diffuso in ospedale fra i pazienti, i familiari, gli operatori, per potere stimolare in futuro una maggiore sensibilità ed interventi appropriati per combattere la solitudine. Il questionario si presenta in forma anonima ed i dati sono stati raccolti da aree mediche (unità di cure sub acute, geriatria, medicina) e chirurgiche (ortopedia). Sono stati somministrati questionari differenti a: pazienti, familiari, e personale. Sono stati raccolti i dati relativi a sesso, età, scolarità, professione.

Dall'analisi di circa 200 questionari emerge che la solitudine è sentita sia dai pazienti che dai familiari, in ogni setting, per una percentuale più elevata per i malati (30 e 10%, rispettivamente).

Anche il personale spesso si trova a rilevare fenomeni di solitudine, che viene individuata come un fenomeno molto presente in ospedale, soprattutto nella persona anziana (80%). In particolare, la rilevazione è maggiore nei luoghi di cura chirurgici, caratterizzati da un lavoro maggiormente stressante e con meno possibilità relazionali coi pazienti. Infine, una elevata percentuale dei familiari, pazienti e personale ritiene necessario combattere la solitudine con interventi preventivi e terapeutici.

La solitudine è un fenomeno universale spesso associato a sofferenza per l'essere umano. È un fattore di rischio per molti problemi di salute fisica, e psicologica. La rilevazione della solitudine anche in ospedale apre la possibilità di identificare precocemente le persone a rischio, garantendo interventi che avranno una probabile ricaduta sugli outcome a breve termine (guarigione, ritorno a casa) e lungo termine (sopravvivenza).

Bibliografia

De Leo D, Trabucchi M. Maledetta solitudine. Cause ed effetti di un'esperienza difficile da tollerare. Edizioni San Paolo, Milano 2019.

DIMISSIONE PROTETTA NEL CENTRO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DEMENZA DEI PAZIENTI ANZIANI FRAGILI CON SINDROME DI PENELOPE

D'AMICO FERDINANDO¹, GRASSO ROSETTA¹, D'AMICO ROSSELLA¹

¹ Rete Assistenziale Geriatrica UOC Geriatria PO Patti Azienda Sanitaria Provinciale Messina - Scuola Medicina Università Studi Messina, Patti Messina - IT

Le caratteristiche della Sindrome di Penelope (dolore, depressione, età > 75 anni, solitudine, rifiuto della dimissione) sono state correlate con la prevalenza della fragilità fisica e del declino cognitivo. È stata valutata la efficacia della dimissione protetta dall'Ospedale verso il Centro di Assistenza Semiresidenziale Demenza.

Sono stati valutati 100 soggetti di età superiore a 75 anni (M 50, F 50, età media 83 + 5 anni) alla dimissione ospedaliera dalla UOC di Geriatria per patologia acuta dopo una degenza media di 11.7 giorni. Il disegno dello studio prevedeva: 1) Brief Pain Inventory (BPI); 2) Geriatric Depression Scale (GDS); 3) Mini Mental State Examination (MMSE); 4) Phenotype of Frailty. Sono stati selezionati 20 soggetti pazienti (M 10, F 10, età media 81 + 4 anni) con caratteristiche della Sindrome di Penelope e con prevalenza di fragilità e di declino cognitivo.

La valutazione clinica multidimensionale dei pazienti anziani studiati alla dimissione ospedaliera ha rilevato: 1) dolore nel 56.2% dei soggetti con prevalenza nel 65.3% delle donne ($p < 0.01$); 2) depressione nel 43.7% dei soggetti con prevalenza nel 69.3% delle donne ($p < 0.05$); 3) fragilità (> 3 criteri) nel 34% (donne 42%) dei soggetti ($p = 0.1$); 4) prefragilità (< 3 criteri) nel 53% (donne 64%) dei soggetti ($p = 0.1$); 5) declino cognitivo (punteggio medio MMSE 16.7 + 3.3) ($p = 0.1$). Pertanto è stato rilevato che alla dimissione ospedaliera la fragilità era prevalente nei pazienti anziani di sesso femminile che presentavano i sintomi somatici affettivi della Sindrome di Penelope ($p < 0.01$). È stato programmato un progetto di Terapia Occupazionale con dimissione protetta dei pazienti anziani con prevalenza di fragilità fisica e di declino cognitivo. Gli obiettivi sono: 1) aiutare a mantenere l'autonomia dei pazienti anziani fragili; 2) migliorare la qualità della vita in pazienti anziani con declino cognitivo; 4) riconoscere e supportare il ruolo sociale delle persone che invecchiano; 5) aiutare i caregiver che prestano assistenza.

Nei pazienti anziani esaminati alla dimissione ospedaliera da UOC di Geriatria sono state valutate le caratteristiche della Sindrome di Penelope. Negli stessi soggetti è stata valutata la prevalenza della fragilità, del declino cognitivo e della solitudine. È stato programmato in un campione di pazienti anziani fragili e soli un progetto di Terapia Occupazionale domiciliare nel Centro di Assistenza Semiresidenziale Demenza.

Bibliografia

Landi F, Cesari M, Onder G, Tafani A, Zamboni V, Cocchi A. Effects of an Occupational Therapy program on functional outcomes in older stroke patients. *Gerontology*. 2006; 52(2):85-91.

Rao AK. Occupational Therapy in neurological disorders: looking Ahead to the American Occupational Therapy Association's Centennial Vision. *American Journal of Occupational Therapy*. 2012 Nov-Dec; 66(6):e119-30.

Van de Velde D, Devisch I, De Vriendt P. The client-centred approach as experienced by male neurological rehabilitation clients in Occupational Therapy. A qualitative study based on a grounded theory tradition. *Disability and Rehabilitation*. 2016 Aug; 38(16):1567-77.

Wolf TJ, Chuh A., Floyd T, McInnis K, Williams E. Effectiveness of Occupation-Based intervention to improve areas of occupation and social participation after stroke: an Evidence-Based Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2015 Jan-Feb; 69(1):6901180060p1-11.

PROGETTO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE DOMICILIARE VERSO LA FRAGILITÀ NELLA SINDROME DI PENELOPE

D'AMICO ROSSELLA¹, D'AMICO FERDINANDO²

¹ Rete Assistenziale Geriatrica Azienda Sanitaria Provinciale Messina, Patti Messina - IT

² Rete Assistenziale Geriatrica UOC Geriatria PO Patti Azienda Sanitaria Provinciale Messina - Scuola Medicina Università Studi Messina, Patti Messina - IT

Le caratteristiche della Sindrome di Penelope (dolore, depressione, genere femminile, età >75 anni, solitudine, rifiuto della dimissione) sono state correlate con la prevalenza della fragilità - prefragilità. È stata valutata la programmazione di progetto di Terapia Occupazionale domiciliare per il trattamento della fragilità e per il sostegno alla solitudine nei pazienti anziani con Sindrome di Penelope alla dimissione ospedaliera.

Sono stati valutati 100 soggetti di età superiore a 75 anni (M 50, F 50, età media 83 + 5 anni) alla dimissione ospedaliera dalla UOC di Geriatria per patologia acuta dopo una degenza media di 11.7 giorni. Il disegno dello studio prevedeva: 1) Brief Pain Inventory (BPI); 2) Geriatric Depression Scale (GDS); 3) Criteri della Fragilità. Sono stati selezionati 20 soggetti pazienti (M 10, F 10, età media 81 + 4 anni) con combinazione di Sindrome di Penelope, fragilità e solitudine.

La valutazione clinica - multidimensionale dei pazienti anziani studiati alla dimissione ospedaliera ha rilevato: 1) dolore nel 56.2% dei soggetti con prevalenza nel 65.3% delle donne ($p < 0.01$); 2) depressione nel 43.7% dei soggetti con prevalenza nel 69.3% delle donne ($p < 0.05$); 3) fragilità (>3 criteri) nel 34% degli anziani ($p = 0.1$); 4) prefragilità (<3 criteri) nel 53% dei soggetti ($p = 0.1$). Pertanto è stato rilevato che alla dimissione ospedaliera la fragilità era prevalente nei pazienti anziani che presentavano i sintomi somatici e affettivi della Sindrome di Penelope ($p < 0.01$). Si considera che al ritorno a casa il paziente anziano dimesso dall'Ospedale si trova a sostenere una situazione nuova in cui diviene difficile mantenere le abilità precedenti al ricovero. Se l'ambiente in cui vive viene adattato alle necessità nuove è possibile migliorare la qualità di vita. È stato programmato un progetto di Terapia Occupazionale. Per intervenire sull'ambiente in modo personalizzato è stato previsto di effettuare una visita domiciliare per capire come sono disposti gli ambienti e gli arredi e come è collocato l'appartamento. Il Terapista Occupazionale può verificare quale è lo spazio di cui il paziente anziano necessita per la mobilità e può individuare i punti critici dell'ambiente. L'intervento del Terapista Occupazionale deve mirare a rendere l'ambiente più facilitante non soltanto per il paziente anziano ma anche per il caregiver che deve essere istruito alla corretta movimentazione del paziente e alla tutela del corpo.

Poiché alla dimissione ospedaliera si può prevedere negli pazienti anziani valutati una relazione fra il numero dei criteri di fragilità presenti e il rischio di disabilità nelle attività della vita quotidiana dopo ospedalizzazione, è stato programmato in un campione di pazienti anziani fragili e soli un progetto di Terapia Occupazionale domiciliare per l'abbattimento delle barriere architettoniche e per l'educazione del caregiver.

Bibliografia

Landi F, Cesari M, Onder G, Tafani A, Zamboni V, Cocchi A. Effects of an Occupational Therapy program on functional outcomes in older stroke patients. *Gerontology*. 2006; 52(2):85-91.

Van de Velde D, Devisch I, De Vriendt P. The client-centred approach as experienced by male neurological rehabilitation clients in Occupational Therapy. A qualitative study based on a grounded theory tradition. *Disability and Rehabilitation*. 2016 Aug; 38(16):1567-77.

Wolf TJ, Chuh A, Floyd T, McInnis K, Williams E. Effectiveness of Occupation-Based intervention to improve areas of occupation and social participation after stroke: an Evidence-Based Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2015 Jan-Feb; 69(1):1-9.

DIFFERENZE DI GENERE ALLA GUIDA IN ETÀ GERIATRICA: ABITUDINI ED EFFICIENZA COGNITIVA

FERRARI ELISABETTA¹, TURRONE ROSANNA¹, CARATOZZO SALVATORE¹, COSSEDDU MAURA¹, PADOVANI ALESSANDRO¹, ROZZINI LUCA¹, BENUSSI ALBERTO¹, BALDUZZI CATERINA¹

¹ ASST Spedali Civili Di Brescia, Brescia - IT

Con l'aumento dell'aspettativa di vita, gli anziani alla guida sono in crescita. La patente è fonte di autonomia, dignità e benessere, riflettendo migliore qualità di vita. Pertanto il mancato rinnovo genera spesso sentimenti di inutilità e depressione. Con questo lavoro si vogliono indagare le abitudini di guida in un campione di soggetti anziani e la presenza di differenze di genere anche in relazione al profilo cognitivo.

È stato somministrato un questionario a 40 soggetti di età compresa tra i 70 e i 93 anni, per indagare le variabili socio-demografiche, l'esperienza di guida e la sua correlazione con il profilo cognitivo. Le analisi statistiche sono state effettuate con t test campioni indipendenti e Anova a una via. Il campione presenta età media di 82.1 anni (SD=6.1) con uguale prevalenza di genere. I soggetti usano l'auto 2-5 volte a settimana (52.5%), in media per 5-20 km, prevalentemente nelle ore diurne (70%). Indipendentemente dal genere, l'auto viene impiegata per la gestione delle visite mediche, per svolgere commissioni domestiche e per il piacere di guidare. L'eventuale revoca porterebbe i soggetti a sentirsi dipendenti (70%) o inutili (17.5%), mentre il 12.5% del campione non lo considererebbe un problema, ricorrendo ad altri mezzi di trasporto (25%). Questi soggetti "più flessibili" al cambiamento mostrano migliori prestazioni al Trail Making Test B, che valuta le funzioni esecutive, con trend favorevole nel genere femminile ($p = .05$).

Non vi sono differenze di genere nell'esperienza di guida del campione di anziani esaminato. Le donne mostrano maggiore adattamento, compatibile con migliori prestazioni esecutive. Tali dati impongono di riflettere sulla necessità di un percorso di counseling e/o un'implementazione di rete sociale e servizi di mobilità per preservare la qualità di vita in quei soggetti che a causa dell'invecchiamento o della presenza di elevate comorbidità potrebbero non beneficiare del rinnovo della patente.

Bibliografia

Dickerson AE, Molnar LJ, Bédard M, Eby DW, Berg-Weger M, Choi M, Grigg J, Horowitz A, Meuser T, Myers A, O'Connor M, Silverstein NM. Transportation and Aging: An Updated Research Agenda to Advance Safe Mobility among Older Adults Transitioning From Driving to Non-driving. *Gerontologist*. 2019 Mar 14; 59(2):215-221.

Fraade-Blanc LA, Ebel BE, Larson EB, Sears JM, Thompson HJ, Chan KCG, Crane PK. Cognitive Decline and Older Driver Crash Risk. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018 July; 66(6):1075-1081.

Oxley J, Whelan M. It Cannot Be All about Safety: The Benefits of Prolonged Mobility. *Traffic Injury Prevention*. 2008 Aug; 9(4):367-78.

Unsworth C, Wells Y, Browning C, Thomas S, Kendig H. To Continue, Modify or Relinquish Driving: Findings from a Longitudinal Study of Healthy Ageing. *Gerontology*. 2007; 53(6):423-31.

OVER-65 E ADOLESCENTI CONNESSI: GENERAZIONI A CONFRONTO NELLA SFIDA PER UN USO CONSAPEVOLE DELLO SMARTPHONE

GABUTTI ELENA¹, CROCE MAURO², SIMONE CARLO³, BONIFACIO FRANCESCO³, DI STEFANO FABIO², GNEMMI ANDREA¹, IADEROSA ANGELO⁴

¹ Associazione Contorno Viola, Verbania - IT

² ASL VCO, Verbania - IT

³ OssCom, Milano - IT

⁴ Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte. Ufficio IX - Ambito territoriale del Verbano-Cusio-Ossola, Verbania - IT

Con l'ampia diffusione di device ad alta connettività e a basso costo, il digital-divide attualmente si presenta sempre meno quale effetto della mancanza di strumenti informatici quanto il riflesso di fattori socio-culturali (Gunkel D., 2003). Un divario difficilmente colmabile attraverso programmi di alfabetizzazione informatica (top-down) rivolti alla popolazione over-65 se questi non sono supportati da azioni e strategie di carattere comunitario e metodologie partecipative. (Sourbati M. e Carlo S., 2015). Partendo da queste considerazioni e nella prospettiva di promuovere un uso consapevole da parte della popolazione over-65 degli strumenti informatici, quale elemento di invecchiamento attivo, si è progettato e realizzato il progetto "Over-65 e adolescenti connessi".

Il progetto nasce come spin-off all'interno di un progetto interistituzionale finalizzato al conseguimento di una specifica "Patente per smartphone" da parte degli studenti della scuola secondaria di primo grado (Croce M. et al., 2018). La realizzazione di un progetto simile ma rivolto alla comunità over-65 ha visto nella cornice teorica della peer-education una originale applicazione. I ragazzi delle scuole superiori sono infatti diventati, insieme a Psicologi, Pedagogisti ed esperti delle Polizia di Stato, "formatori" (peer-educator) per gli over-65. Una sorta di "rivoluzione copernicana" in ambito pedagogico che, concretamente, ha visto ragazzi ed over-65 affiancati tra loro ed interagire nello sperimentare, esplorare le possibilità di utilizzo degli strumenti informatici. I temi principali affrontati hanno visto scambio e confronto sulle tematiche della Privacy, della qualità di vita, del benessere ai tempi del Data-Web, delle insidie on-line, delle internet-addiction e della sessualità ai tempi dei social network. Il Progetto è stato monitorato da OssCom, Osservatorio sui media e la comunicazione dell'Università Cattolica di Milano. Attraverso una serie di osservazioni etnografiche, i ricercatori hanno esaminato potenzialità e criticità emergenti dai processi di apprendimento formali basati sullo scambio intergenerazionale.

I ragazzi coinvolti sono stati circa una ventina per ciascun polo scolastico (un Istituto Tecnico di Verbania ed un Liceo a Domodossola) e 66 sono stati gli over-65 in un caso (provenienti dal bacino di Verbania) e 51 nell'altro caso (affidenti al bacino di Gravellona Toce). Dai dati emersi si osserva una maggior efficacia nell'apprendimento laddove temi e funzionalità da approfondire sono stati suggeriti dagli anziani sulla base di bisogni, domande, preoccupazioni o curiosità personali. Il fatto di percepire le proprie competenze e prendere confidenza con tali strumenti ha poi permesso non solo di intuirne ma anche di sperimentarne un utilizzo rispetto a specifici desideri nella prospettiva di una anzianità attiva oltreché in termini di autostima.

Oltre a minare gli approcci che profilano normativamente un "corretto uso" dei media sulla base dell'età, il progetto ha rappresentato - attraverso soprattutto la collaborazione tra giovani ed over 65 - un possibile modello di sviluppo di comunità, oltreché costituire un modello di riferimento per la realizzazione di progetti di cittadinanza digitale attiva indirizzati ad una fascia di popolazione che altrimenti si ritiene esclusa od a rischio rispetto l'uso delle nuove tecnologie

Bibliografia

Croce M, Gabutti E, Gnemmi A, Iaderosa A. Un patentino per lo smartphone? Riflessioni e risultati da un progetto interistituzionale di educazione all'uso consapevole e responsabile. Dal Fare al Dire - Publiedit, Cuneo 2018; 3:17-29.

Gunkel D. Second Thoughts: Toward a Critique of the Digital Divide. In: New Media & Society, 1 dicembre 2003; 5(4):499-522.

Sourbati M, Carlo S. The mutuality of age and technology in Digital Divide policy. International Conference 21-22 October 2015, Scottsdale (Phoenix), Arizona, USA.

LA PAROLA COME STRUMENTO TERAPEUTICO NELLA RELAZIONE CON PERSONA AFFETTA DA DEMENZA: ANALISI DELL'ESPERIENZA DI UTILIZZO DELL'APPROCCIOCAPACITANTE® IN RSA

GIACHETTI ELENA¹, MURARI MARTA², ZANINETTI EMANUELE²

¹ RSA "Cav. Terzaghi", BIANZÈ - IT

² RSA Parco del Welfare, Novara - IT

Verificare se l'Approccio Capacitante può migliorare la competenza a parlare e a comunicare nelle persone con demenza.

La trascrizione fedele di 18 conversazioni effettuate da un laureando in Terapia Occupazionale con 2 donne affette da demenza.

Metodo: Per ciascuna anziana, sono state effettuate 9 conversazioni, 3 a T0, 3 a T1 (dopo 3 settimane) e 3 a T2 (dopo altre 3 settimane). Le conversazioni a T0 sono state condotte in modo spontaneo mentre le conversazioni a T1 e T2 utilizzando le tecniche dell'Approccio Capacitante.

I testi sono stati analizzati qualitativamente e quantitativamente con indicatori testuali e sono stati confrontati tra di loro.

L'analisi qualitativa è stata condotta analizzando la parte semantica della conversazione.

L'analisi quantitativa è stata condotta sia sul testo intero di ciascuna conversazione che sulla metà iniziale e quella finale per procedere a un confronto.

Sono stati analizzati i seguenti indicatori testuali: durata della conversazione, numero di turni verbali, numero di parole totali, numero di parole pronunciate dal paziente, indice di produzione verbale, indice di partecipazione, tasso dei nomi, tasso dei predicati verbali afferenti all'io grammaticale, indice di riferimento.

L'analisi qualitativa ha evidenziato come l'utilizzo delle tecniche capacitanti abbia permesso all'anziano di esprimere le proprie competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere).

L'analisi quantitativa è stata condotta su 10688 parole. Il confronto tra i testi da T0 a T1 a T2 ha evidenziato un progressivo miglioramento di tutti gli indicatori testuali studiati. Questo miglioramento è più evidente nella conversazione con la paziente con deficit cognitivi più gravi (SPMSQ 10/10; indice di fluency verbale 0/5). In particolare è stato osservato un incremento della produzione verbale, con turni più lunghi, più articolati e più ricchi di nomi e verbi.

Questo studio pilota condotto su 18 conversazioni relative a 2 donne con demenza, ha evidenziato che l'utilizzo dell'Approccio Capacitante da parte del terapeuta può divenire un atto terapeutico e riabilitativo favorendo il miglioramento delle competenze verbali e comunicative dell'anziano con demenza, in modo più marcato nel caso con demenza di grado più severo.

Bibliografia

Boccardi M. La riabilitazione cognitiva e comportamentale nella demenza: un approccio pratico per le R.S.A. Gennaio 2007.

Guaita A, Vitali SF. Cognitive rehabilitation and training in the Alzheimer's disease: Facts and fantasies. *G Gerontol.* 2004;52:395-400.

Lai G. Conversazionalismo. Bollati Boringhieri, Torino 1993.

Vigorelli P, et al. L'approccio capacitante nella cura degli anziani fragili e delle persone con deficit cognitivi: 10 anni di esperienza. *Psicogeriatra* 2011; 2:58-70.

Sitografia

www.approcciocapacitante.it

DEMENTIA E SOLITUDINE: ANALISI DEGLI ACCESSI AL CDCD ASP3 CATANIA

RAZZA GRAZIA¹, FURNERI GIOVANNA², MACI TIZIANA¹, LIOTTA LAURA¹, CARACI FILIPPO³, SANTAGATI MARIO SALVATORE¹

¹ U.O.S. Dip. Centro Alzheimer e Psicogeriatra ASP3, Catania - IT

² Biometec, Università degli studi di Catania, Dottorato in neuroscienze, Catania - IT

³ Dipartimento di Scienze del farmaco. Università degli studi di Catania, Catania - IT

La solitudine può essere considerata una causa di perdita di salute nell'anziano. L'isolamento sociale è stato associato al rischio di sviluppare demenze e disturbi cardiovascolari. Secondo il rapporto annuale dell'Istat del 2018, in Italia il 13% della popolazione generale vive da solo, tra i 54 e i 74 anni la percentuale è del 16 % e si raddoppia nelle fasce di età successive. Scopo della nostra indagine è stato Indagare la condizione di solitudine dei pazienti afferenti al U.O.S. Dip. Centro Alzheimer e Psicogeriatra.

Sono stati reclutati 100 pazienti con diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore o minore effettuata nelle annualità 2019/2020, dai CDCD del U.O.S. Dip. Centro Alzheimer e Psicogeriatra. Per ogni paziente è stata valutata la condizione familiare con specifico riferimento all'ambiente di vita. Si è scelto di indagare la componente oggettiva attraverso il numero di persone presenti nel nucleo familiare e con i quali il paziente passa la propria giornata. Il campione è stato suddiviso in tre gruppi: soli, con coniuge anziano, altro (casa di riposo, badante, figli)

Dei pazienti reclutati il 28 % circa vive da solo, il 40 % vive con il coniuge anziano ed il restante 32 % vive con i figli o fa ricorso ad assistenza privata (casa di riposo, badante). Il campione ha un'età media di 79,84 (d.s. 6,94) ed un punteggio medio al MMSE di 15 (d.s. 7). Il gruppo dei pazienti che vivono da soli presenta un'età media di 82,25 (d.s. 6,13) ed un MMSE con punteggio medio di 18 (d.s. 4). Si rileva che il campione di pazienti appartenenti al gruppo "vive da solo" presenta un punteggio medio al MMSE maggiore rispetto al totale del campione, tale dato potrebbe spiegare l'assenza di qualsiasi forma di assistenza, lasciando ipotizzare un mantenimento delle autonomie personali.

Va sottolineato il grande numero di soggetti anziani, affetti da disturbi cognitivi, che vive e passa la propria giornata da solo o con un partner anziano (68%). Tale dato potrebbe essere utile al fine di riprogrammare l'organizzazione dei Servizi Sanitari. Emerge, inoltre, la necessità di integrare la propria attività clinica con gli enti locali allo scopo di combattere l'isolamento e la solitudine. I dati raccolti potranno successivamente essere integrati con indicazioni sulla percezione soggettiva della solitudine e sulle reti di relazione della popolazione anziana. Il campione della ricerca potrà essere allargato consentendo di avere una rappresentazione più fedele della popolazione in carico al CDCD.

Bibliografia

De Leo D, Trabucchi M. Maledetta solitudine. Cause ed effetti di un'esperienza difficile da tollerare. Edizioni San Paolo, Milano 2019.

Read S, Comas-Herrera A, Grundy E. Social Isolation and Memory Decline in Later-life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2020 Jan 14; 75(2):367-376.

Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol.* 2018 Sep; 25(13):1387-1396.

TURISMO SOCIO-SANITARIO: DUE ESPERIENZE DI ACCOGLIENZA A CAORLE

TURCHETTO MARINA¹

¹ A.S. Don Moschetta, Caorle, Venezia - IT

L'obiettivo di un servizio di turistico sociosanitario è quello di offrire a delle persone anziane e con delle limitazioni alle loro autonomie la possibilità di andare in vacanza, nella località che desiderano, nella struttura ricettiva da loro scelta, e di fare quello che normalmente fa una persona in vacanza. Al turista sociosanitario vengono garantiti tutti i servizi socio-assistenziali e riabilitativi di cui necessita, nel suo luogo di villeggiatura. L'A.S. Don Moschetta propone al turista interessato un pacchetto di servizi quali:

- assistenza socio-sanitaria;
- assistenza infermieristica;
- servizio mensa con diete personalizzate;
- servizio fisioterapico e educativo;
- trasporti;
- accompagnamento in spiaggia e balneazione;
- accompagnamento presso i luoghi d'interesse artistico e culturale ed eventi vari.

Diversi professionisti si alternano durante la giornata e per l'intera durata del soggiorno al fine di garantire una vacanza piacevole ed in sicurezza. Il personale coinvolto nel progetto di turismo sociosanitario ha acquisito competenze relative al turismo inclusivo e al modello bio-psico-sociale. Nell'estate 2019 l'Azienda Speciale Don Moschetta ha attivato dei servizi turismo socio-sanitario. Si illustrano di seguito due esperienze:

Caso 1

Anziana con disabilità motoria. In vacanza presso un campeggio di Caorle dal 03/08/2019 al 21/08/2019 assieme alla sua famiglia. Richiede dei servizi di assistenza sociosanitaria, infermieristica e fisioterapica.

Caso 2

Anziana con sclerosi multipla. In vacanza presso una colonia di Caorle, dal 01/09/2019 al 08/09/2019. La signora era sola in vacanza per i primi 5 giorni, poi è stata raggiunta dai familiari. La signora ha richiesto servizi sia di assistenza socio-sanitaria (anche notturna nei primi 5 giorni), che di servizio mensa con diete personalizzate, ha usufruito inoltre di servizio educativo, trasporti, accompagnamento in spiaggia e balneazione, accompagnamento presso i luoghi d'interesse artistico e culturale ed eventi vari.

A conclusione dei due interventi di turismo socio-sanitario si è raccolta una restituzione positiva da entrambe le turiste che hanno direttamente usufruito dei servizi: ne hanno apprezzato la puntualità e la professionalità. Inoltre, turisti e familiari di riferimento hanno valorizzato l'opportunità di fare vacanza offerta loro. Gli operatori e i professionisti coinvolti hanno valutato positivamente la possibilità di sperimentarsi in ambienti non istituzionali, hanno dato prova di flessibilità e di buone competenze relazionali.

Si ravvede sicuramente una prospettiva di sviluppo di questo tipo di offerta, ma anche una necessità di formazione per il personale che oltre alla flessibilità e alle capacità tecniche e relazionali, dovrà sapersi approcciare anche ad un turista straniero, con lingua e cultura diversi.

Non ultimo dall'esperienza fatta si evince la necessità di rivedere l'organizzazione del personale, per garantire un servizio che abbia un prezzo ed una qualità accessibili sia per il turista che per l'azienda.

Bibliografia

Basso D. Il «viaggio» come strumento di animazione. Una proposta di intervento nei centri per anziani. Franco Angeli, Milano 2014.

De Beni R, Borella E. Psicologia dell'invecchiamento e della longevità. Il Mulino, Bologna 2015.

Terapia dell'ictus acuto nei molto vecchi

METODO FEUERSTEIN COME APPROCCIO METACOGNITIVO AL NEGLECT ASSOCIATO AD ANOSOGNOSIA

MENEGHINI ELISA¹, BINETTI VANESSA¹, MAZZONE ANDREA¹

¹ ASP Golgi-Redaelli - Istituto Redaelli, Milano - IT

La negligenza spaziale unilaterale è un sintomo frequente nei pazienti con lesioni cerebrali acquisite e si associa spesso ad anosognosia. La concomitanza di queste due condizioni rappresenta un fattore prognostico negativo per i comuni outcome riabilitativi. Laddove diverse tecniche riabilitative hanno evidenziato benefici, per lo più a breve termine, nei pazienti con neglect, non ci sono evidenze sufficienti che ci permettano di suggerire un trattamento per l'anosognosia. Gli autori esplorano gli effetti positivi di un metodo di training metacognitivo.

Gli autori propongono un caso clinico di un paziente con emisindrome sensitivo-motoria sinistra, emianopsia laterale omonima, neglect e anosognosia secondarie a emorragia cerebrale a livello lenticolo-capsulare destra.

Tali lesioni cerebrali acquisite hanno avuto un ridotto beneficio con un trattamento riabilitativo tradizionale non mutuabili in ambiente ecologico. Nell'ambito di un percorso riabilitativo integrato il paziente è stato trattato con Metodo Feuerstein unita Organizzazione di Punti volto a migliorare operazioni cognitive quali la differenziazione, la segregazione, l'organizzazione attraverso la ristrutturazione e l'articolazione del campo, il pensiero ipotetico e l'inferenza.

In seguito al trattamento Feuerstein il paziente ha generalizzato le strategie e gli apprendimenti negli aspetti di vita quotidiana con una importante riduzione dell'impatto funzionale del neglect e conseguente miglioramento nel tono dell'umore associato a incremento dell'insight.

Il miglioramento ottenuto dopo il training cognitivo secondo Metodo Feuerstein potrebbe essere legato ad alcune caratteristiche intrinseche al metodo, come l'esperienza di apprendimento mediato e alle operazioni mentali di autoregolazione attivate dal soggetto per monitorare l'apprendimento.

In particolare l'approccio metacognitivo può svolgere un ruolo chiave nell'affrontare la componente anosognosica del disturbo e permettere una generalizzazione dei risultati ottenuti nel training.

Il caso presentato suggerisce l'importanza di approfondire con degli studi prospettici l'utilizzo del Metodo Feuerstein come possibile strumento riabilitativo in presenza di neglect associato ad anosognosia.

LA FRAGILITÀ COME PREDATORE DI RISPOSTA AL TRATTAMENTO IN PAZIENTI ANZIANI CON STROKE ACUTO

PILOTTO ANDREA¹, FASSBENDER KARIN², ROELL FABIAN², GAWLITZA ANDREAS², MOROTTI ANDREA¹, PEZZINI ALESSANDRO¹, PADOVANI ALESSANDRO¹, LOCHNER PIERGIORGIO¹

¹ Università di Brescia, Brescia - IT

² Homburg Stroke Unit, University of Saarland, Homburg - Germany

Valutare se il grado di fragilità premorbose predica la risposta al trattamento acuto in pazienti anziani sottoposti a ripercussione in stroke acuto. Lo studio ha arruolato pazienti con più di 65 anni sottoposti a trombosi endovenosa e/o trombectomia afferenti in una singola stroke Unit dal 2015 to 2018. Sono stati valutati i predittori di stroke quali NIHSS basale, tempo per trattamento, trattamento e complicazione i mediche. Il grado di fragilità è stato valutato con il Multidimensional prognostic Index (MPI). La mortalità e la disabilità (valutata con la scala di Rankin modificata, mRS) a tre e 12 mesi sono state valutate correggendo per i predittori di risposta al trattamento.

Centodieci pazienti sono stati reclutati, di cui 31 sottoposti a trombectomia e 71 a trombosi endovenosa. 32 pazienti presentavano fragilità prima del trattamento. Al follow-up i pazienti fragili presentavano più alta mortalità (25% vs 3%, p=0.008 a tre mesi 38% vs 7%, p=0.001 a 12 mesi) e peggiore disabilità (mRS 3.4 + 1.8 vs 1.9 + 1.9, p=0.005 mRS 3.2 + 1.9 vs 1.9 + 1.9, p=0.005 a 3 e 12 mesi, rispettivamente), correggendo per i predittori di disabilità.

La fragilità è un importante predatore di risposta al trattamento e disabilità a breve e medio termine in pazienti anziani trattati con stroke acuto.

I servizi per le demenze: dal MMG, al CDCD, al follow up mirato, alle cure palliative

I CAFFÈ ALZHEIMER DELLA LOMBARDIA ORIENTALE: UN NODO DELLA RETE DI CURA

BOFFELLI STEFANO¹, VECCHI CHIARA¹, AVANZINI SARA¹, BERRUTI NICOLA¹, RODELLA ALESSANDRA¹, GOTTARDI FEDERICA¹, BUSI LAURA¹, TRABUCCHI MARCO¹

¹ Coordinamento Caffè Alzheimer; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia - IT

Le persone affette da demenza si beneficiano, in termini cognitivi e comportamentali, di programmi di intervento, formali ed informali, che si riflettono anche sul benessere dei familiari.

Inoltre, l'informazione sulla demenza, e la formazione dei familiari, sono due punti cardine di tutti i centri delle demenze. Gli studi degli ultimi anni hanno dimostrato che la formazione dei caregiver aiuta a combattere la solitudine ed il senso di isolamento di coloro che curano al domicilio una persona malata. Gli Alzheimer Caffè (AC), oltre a prendersi cura dei malati, si identificano anche per le attività nei confronti dei familiari: in primo luogo, informandoli sugli aspetti medici e psicosociali della demenza; inoltre, combattendo il loro isolamento, soprattutto tramite una condivisione aperta dei problemi clinico/assistenziali/comportamentali e delle soluzioni possibili. Scopo di questo lavoro è di presentare i dati relativi ad un gruppo di familiari e di persone affette da demenza, che hanno frequentato gli AC della Lombardia Orientale.

A partire dal primo accesso, ed a cadenza semestrale, viene eseguita una valutazione multidimensionale del malato, che comprende: stato cognitivo (MMSE) e funzionale (IADL, BADL), depressione dell'umore (GDS), disturbi comportamentali e stress del caregiver (UCLA NPI). Dopo la valutazione, per ogni persona viene attivato un intervento, di gruppo o individuale. Le attività rivolte alla persona malata, individualizzate in base alle singole caratteristiche, sono: training cognitivi singoli o di gruppo, attività occupazionali, attività di socializzazione.

Sono stati valutati 120 gruppi familiari: i caregiver sono prevalentemente consorti, di età avanzata. I malati sono prevalentemente di sesso femminile, anch'essi molto vecchi. Giungono all'Alzheimer Caffè tardi, almeno dopo tre anni di malattia, che correla con il loro decadimento cognitivo e funzionale di grado moderato. Durante la lunga frequentazione dell'AC (almeno il 50% rimane per un anno), sia i pazienti che i familiari si beneficiano delle cure loro rivolte, rispettivamente per i sintomi neuropsicologici e per lo stress della cura. Il collegamento formale tra gli AC e la rete di assistenza territoriale facilita l'attivazione dei servizi di cura domiciliare o residenziale, quando si rende necessario.

L'attività degli AC dimostra la sua efficacia non specificamente sui sintomi cognitivi (rallentamento della evoluzione di malattia), quanto sui sintomi neuropsicologici, che sono la principale fonte di stress del familiare che li assiste al domicilio, e sullo stress dei familiari. Pur in modo informale, gli AC si stanno rivelando un noto importante della rete delle cure per la demenza.

Bibliografia

Avanzini S, Li Bassi P, Berruti N, Boffelli S, et al. Coordinamento degli Alzheimer Caffè della Lombardia orientale. Manuale Operativo. Psicogeriatrica 2016; 2:1-35.

UTILITÀ DEL NUCLEO DEMENZA PER LA CURA DEI BPSD IN PERSONE SOLE

BOIARDI ROBERTA¹, FERRARI PATRIZIA¹, ALEOTTI FEDERICA¹, FINELLI CHIARA¹, VALCAVI RITA¹, GARUTI SILVIA², UGOLOTTI ANGELA², COSTA MARIA², GIAMPELLEGRINI ANGELA², PELLATI MORENA¹

¹ AUSL, Reggio Emilia - IT

² Cooperativa Sociale CoopSelios, Reggio Emilia - IT

La crisi demografica, l'indebolirsi dei legami formali, le problematiche lavorative, organizzative, economiche costituiscono un complesso di situazioni che rendono l'anziano sempre più solo. L'Istat nel 2018 rileva che in Italia il 38% della popolazione >74 aa vive da solo. L'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle malattie croniche, tra cui la demenza, espone in modo significativo ai rischi che la solitudine comporta tra i quali l'incapacità di comprendere e far fronte ai propri bisogni.

Quando compaiono i BPSD la situazione si complica e deve necessariamente essere intercettata quanto prima per prevenire criticità sanitarie e sociali, i Nuclei Demenze (ND), grazie alle piccole dimensioni, sono il luogo ideale di osservazione ed intervento in situazioni ad alta fragilità e potenziale pericolo.

I ND sono aree di cura ed assistenza per persone con demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo provenienti dal domicilio o da altro servizio in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo.

Nel corso del 2019 abbiamo ricoverato al ND di Villa Minozzo 47 persone 14 delle quali vivevano sole presso il proprio domicilio e non accettavano alcun aiuto.

La proposta di inserimento nei servizi dedicati è effettuata dai professionisti del CDCD.

L'équipe curante e l'Unità di Valutazione Multiprofessionale dopo la verifica dell'aderenza ai criteri di eleggibilità attraverso la VMD, hanno individuato il ND quale luogo idoneo e hanno definito il periodo di cura sulla base degli obiettivi personalizzati e condivisi con la famiglia.

Tutti i 14 pazienti presentavano all'ingresso deliri, aggressività e alterazioni del ritmo sonno-veglia, significativi per frequenza e gravità: 9 - 12 all'NPI

L'ambiente protesico, gli interventi psicosociali e l'alta valenza relazionale del nucleo sono approcci di cura e di supporto ai trattamenti farmacologici. Dei 14 pazienti, 11 hanno ricevuto trattamento antipsicotico, 2 solo benzodiazepina serale, 1 trazodone

Nel nucleo i 14 pazienti studiati hanno ottenuto un discreto compenso psicocomportamentale già dopo 10 giorni dall'ingresso. La degenza media è stata di 45 giorni. Le degenze più lunghe rispettivamente di 90 e 93 giorni, hanno riguardato un paziente con demenza da alcool e un paziente con demenza di Alzheimer che ha subito un ricovero ospedaliero per una acuzie chirurgica. Alla dimissione 4 persone sono rientrate a domicilio con assistente privata; 10 persone sono state dimesse in casa residenza anziani (CRA)

Nella prima settimana post-dimissione è stato richiesto un potenziamento della terapia neurolettica per un paziente a domicilio e per 5 pazienti in CRA

Le persone con demenza con BPSD che vivono sole a domicilio e che presentano caratteristiche cliniche incompatibili con la permanenza in reparti tradizionali trovano nei nuclei l'opportunità di ridurre i disturbi e di riprendere i contatti sociali. Conseguentemente, alla dimissione, qualora non sia possibile il rientro a domicilio per esigua o assente rete familiare di riferimento, la CRA costituirà luogo adeguato: la gestione risulterà facilitata dalla minor presenza di BPSD e offrirà continuità nel sollecitare e mantenere relazioni sociali significative.

LA PROPOSTA DELL'APPROCCIO CAPACITANTE (R) : LA PAROLA COME TERAPIA PER LE PERSONE AFFETTE DA DECADIMENTO COGNITIVO E PER I CAREGIVERS

BORRI ROBERTA¹, SAVIOTTI NICOLETTA¹, GRAVANATI ALDO², BUFFA ELEONORA²

¹ RSA la tua casa, Pavia - IT

² Servizi Sociali, Piano di zona di Broni e Casteggio, Pavia - IT

Parlare della demenza e con i soggetti affetti da demenza deve diventare una "buona pratica" sanitaria. Nei prossimi anni non è prevista l'entrata in commercio di nuovi farmaci, ma è possibile ricorrere a strategie terapeutiche alternative: la più difficile - e al tempo stesso la più immediata - è la parola, intesa in tutte le sue declinazioni, a partire dai mezzi di informazione, alla comunicazione della diagnosi, fino alla gestione della quotidianità. Uno dei primi sintomi del decadimento cognitivo è la perdita delle parole: la riduzione del lessico è evidente anche molti anni prima della diagnosi, dapprima sotto forma di difficoltà ad esprimersi, a trovare le parole giuste, per poi associarsi al deficit di memoria, per cui la conversazione, anche quella quotidiana diventa difficile. L'approccio capacitante (R)¹, sviluppato e promosso dal Dott. Vigorelli a Milano, insegna a tenere viva la conversazione, e con essa la relazione con la persona, che viene quindi valorizzata, e non stigmatizzata con il marchio della demenza. Si propone come un modo di relazionarsi con gli anziani smemorati e disorientati, che si basa sull'attenzione al momento presente, il qui e ora, che cerca di fare emergere l'io sano che ancora c'è dietro i sintomi di malattia, che vuole riconoscere le Identità Molteplici e le capacità della persona così come sono, così come riesce ad esprimerle. Utilizzando le tecniche capacitanti (R) si impara a comunicare anche quando la malattia prende il sopravvento sulla persona, a comunicare meglio, di più, in modo felice.

All'interno dell'Approccio Capacitante (R) i gruppi ABC insegnano ai familiari e ai caregivers a comunicare in modo felice e più efficace, al fine di mantenere il più a lungo possibile le "competenze elementari" della persona, riconoscendola e accettandola. Questo migliora la relazione quotidiana e anche molti dei "disturbi del comportamento" possono essere inquadrati in modo diverso dal caregiver, che sperimenta come le parole modifichino le reazioni del suo caro. Gli incontri, con la metodica dei 12 passi, insegnano a diventare curanti "esperti nell'uso della parola". Dal mese di febbraio 2020 partirà una collaborazione con i Servizi Sociali per realizzare un gruppo ABC aperto a tutta la popolazione afferente al territorio di Broni e Casteggio. Per apprezzare e quantificare i risultati si utilizzeranno strumenti che valutano la qualità di vita del caregiver (CBI Caregiver Burden Inventory), la riduzione o la modifica dei disturbi del comportamento (UCLA NPI), indicatori specifici per la capacità di produzione verbale della persona con decadimento cognitivo, la soddisfazione percepita dai caregivers, l'aumento dei dialoghi "felici", progettati all'interno dell'Approccio Capacitante (R) (Vigorelli P, 2010), strumenti che verranno applicati all'inizio e alla fine del percorso per valutare le differenze percepite dai partecipanti nella loro quotidianità.

Saranno oggetto di una tesi di laurea in Servizio Sociale, ad aprile saranno disponibili tutte le analisi relative alla fase iniziale, che presenteranno un campione di caregivers autocandidati che avranno scelto di farsi aiutare da questa terapia della parole.

La parola è la comunicazione sono "terapie" fondamentali, dal momento iniziale della diagnosi, fino alla relazione quotidiana con la persona con decadimento cognitivo e i suoi familiari; la malattia prosegue inesorabilmente, ma la parola può rendere la strada meno difficile da percorrere.

¹www.gruppoanchise.it

Bibliografia

Vigorelli P. Il gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari di malati Alzheimer. Franco Angeli. Milano 2010.

A CHI SERVONO I CENTRI D'INCONTRO? L'ESPERIENZA DI MILANO

CHIAVARI LEONORA¹, BERGAMASCHI SUSANNA¹, D'ARMA ALESSIA¹, LUCINI LAURA¹, FARINA ELISABETTA¹

¹ Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS S. Maria Nascente, Milano - IT

In questo studio descriviamo la popolazione che ha usufruito dei Centri d'Incontro di Milano da maggio 2015 a luglio 2019.

Il Meeting Centres Support Programme (MCSP) nasce in Olanda per rispondere ai bisogni delle famiglie che assistono a domicilio una Persona Con Demenza (PCD) nelle fasi iniziali e moderate. Offre un programma di supporto integrato rivolto sia alla PCD che al caregiver. Al Centro d'Incontro (CI) vengono offerte attività rivolte alla PCD (psicomotricità, stimolazione cognitiva, attività ricreative), attività rivolte al caregiver (gruppi educativi e di supporto psicologico) e attività rivolte ad entrambi (laboratori occupazionali, gite). Viene inoltre organizzata una riunione plenaria in cui i partecipanti (persone con demenza, caregiver e operatori) hanno la possibilità di condividere l'esperienza del CI e proporre nuove attività.

Il programma di supporto basato sui CI è stato sperimentato con successo in Italia grazie al progetto di ricerca europeo MeetingDem¹.

Dall'apertura dei CI a maggio 2015 fino a luglio 2019 sono state accolte 99 diadi (PCD e caregiver). Otto diadi hanno frequentato il CI per un periodo inferiore alle 8 settimane e sono state escluse da questo studio. Descriviamo le caratteristiche delle rimanenti diadi relativamente ai seguenti parametri:

Per la PCD: età e scolarità, diagnosi, MMSE, ADL e IADL all'ingresso e all'uscita dal CI, permanenza al CI, tipo di assistenza alla dimissione. Per il caregiver: età e scolarità, parentela, presenza di altri caregiver.

L'età media delle PCD era di 76,9 (DS=10,4; range 57-89) anni, la scolarità di 9,4 (DS=4,4; range 3-17). Il 49% delle persone con demenza aveva una diagnosi di malattia di Alzheimer, il 18% di demenza mista e il rimanente 33% una diagnosi di altre forme di demenza (demenza vascolare 11%, fronto-temporale 7%, corpi di Lewy 7%, afasia primaria progressiva 2%). Il punteggio medio al MMSE, ADL e IADL all'ingresso erano rispettivamente 20/30 (DS=4,9), 5/6 (DS=1,3) e 3/8 (DS=2,3). Il 37% delle persone con demenza aveva un caregiver unico (32% figlio, 67% coniuge). L'età media per il caregiver era di 50,6 (DS=9,3) anni per i figli e di 73,9 (DS=8,5) anni per i coniugi.

Le diadi hanno frequentato il CI in media per 79 settimane. Il 40% delle diadi ha proseguito la frequenza al termine del periodo di osservazione (luglio 2019). Del restante 60%, il 49% delle persone con demenza è stata assistita a domicilio, il 23% ha iniziato a frequentare un CDI, mentre solo il 16% è stata ricoverata in RSA. Il 10% è invece stata ricoverata in ospedale per problemi di salute non legati alla demenza (traumi da cadute, ictus, cardiopatie).

Il valore medio del punteggio al MMSE, ADL e IADL al termine della frequenza era rispettivamente di 15/30 (DS=7), 4/6 (DS=1,6) e 2/8 (DS=1,8). Al termine del progetto di ricerca MeetingDem i CI sono diventati un servizio della Rete Alzheimer del Comune di Milano. I dati raccolti confermano l'utilità di questo modello di presa in carico nella fase di demenza lieve-moderata, senza esclusioni legate all'età d'esordio o al tipo di demenza, e ne sostengono l'uso come risposta promettente al problema della demenza in quanto offrono un intervento precoce e integrato.

¹<https://www.meetingdem.eu/>

Bibliografia

Dröes RM, et al. Comparison of the adaptive implementation and evaluation of the Meeting Centres Support Programme for people with dementia and their family carers in Europe; study protocol of the MEETINGDEM project. BMC Geriatrics, 2017; 17:79.

INDAGINE DI GRADIMENTO DEI CENTRI D'INCONTRO: LA VOCE DELLE PERSONE CON DEMENZA E DEI LORO CAREGIVER

CHIAVARI LEONORA¹, BERGAMASCHI SUSANNA¹, FARINA ELISABETTA¹

¹ Fondazione Don Carlo Gnocchi - IRCCS S. Maria Nascente, Milano - IT

In questo studio presentiamo i risultati di un'indagine sul gradimento dei Centri d'Incontro di Milano.

Il Meeting Centers Support Program (MCSP) è un modello di presa in carico delle Persone Con Demenza (PCD) lieve-moderata che vivono a domicilio e delle loro famiglie. È stato sviluppato in Olanda e sperimentato con successo in Italia grazie al progetto di ricerca europeo MeetingDem¹ cui Fondazione Don Gnocchi era co-capofila per l'Italia. Una caratteristica peculiare è che offre un supporto congiunto: vengono organizzate attività rivolte alla PCD (psicomotricità, stimolazione cognitiva, attività ricreative, colloqui individuali), attività rivolte al caregiver (gruppi educativi e di supporto psicologico, colloqui individuali di supporto psicologico e case management) e attività condivise, cioè rivolte ad entrambi (laboratori occupazionali, gite e uno sportello legale gratuito). I Centri d'Incontro (CI) di Milano sono un servizio del Comune di Milano dal 2017. L'indagine di gradimento è stata effettuata nei 3 Centri d'Incontro di Milano (Municipio 4, 7 e 9) a settembre 2018 (T0) e a giugno 2019 (T1). Sono stati costruiti due questionari: uno per le PCD e uno per i caregiver. Le aree indagate nel questionario per le PCD riguardavano: il gradimento generale del servizio (struttura e personale), il gradimento delle attività, la socialità e il benessere percepito. Le aree di indagine per i caregiver erano: gradimento generale (struttura e personale), il gradimento e l'utilità percepita delle attività che coinvolgevano il caregiver (comprese le attività condivise) e l'utilità percepita del servizio.

I questionari sono stati compilati dalle diadi PCD-caregiver che frequentavano il CI da più di 3 mesi. I caregiver hanno compilato i questionari in forma anonima. Sono state escluse le PCD che avevano gravi problemi di linguaggio.

Sono stati raccolti 137 questionari (67 PCD e 70 caregiver). Non vi erano differenze significative fra i dati raccolti a T0 e T1.

In generale le PCD e i caregiver sono soddisfatte o molto soddisfatte del servizio e del personale.

Le PCD apprezzano molto o moltissimo le attività proposte, in modo particolare la ginnastica e la pausa caffè. Il 72% delle PCD dichiara di trovarsi molto bene con gli altri partecipanti ma solo il 3% dichiara (o ricorda) di frequentare gli altri partecipanti al di fuori del CI. Il 91% riporta un miglioramento del tono dell'umore da quando frequenta il CI e il 39% riporta un miglioramento della memoria. Tutte le PCD intervistate hanno dichiarato di frequentare con piacere il CI e il 54% vorrebbe frequentarlo più spesso.

Le attività rivolte al caregiver e l'attività condivisa sono valutate molto utili o utilissime. Per il 78% dei caregiver il CI è un punto di riferimento grazie al quale hanno acquisito nozioni sulla demenza (63%), imparato a gestire i comportamenti del loro familiare (77%) e le emozioni connesse (68%). In una scala da 1 (per nulla) a 5 (moltissimo) l'utilità del CI per sostenere le famiglie che assistono una PCD è valutata 4,9.

La soddisfazione delle PCD e dei caregiver riguardo al Centro d'Incontro è molto elevata.

La percentuale di caregiver che dichiara di aver acquisito strumenti utili per la gestione del proprio familiare (nozioni riguardo alla demenza, gestione dei comportamenti e gestione delle proprie emozioni) è molto alta e fa presupporre che il CI possa essere un servizio utile a favorire la permanenza della PCD al domicilio.

¹<https://www.meetingdem.eu/>

LA PSICOLOGIA NELLA CURA DELL'ANZIANO IN ITALIA: UN'INDAGINE DELL'AIP

FRANCHI ELISA¹, FERRANDES GIOVANNA²

¹ Centro Clinico Tages Onlus - Firenze, Firenze - IT

² AIP - Vicepresidente Nazionale (Disciplina Psicologia), Genova - IT

La Psicologia in Psicogeriatrics agisce sia a livello di prevenzione e promozione della salute, sia a livello di diagnosi e cura del disagio psicologico che può presentarsi in età avanzata. Gli interventi sono rivolti ai singoli, alle loro famiglie e all'ambiente in cui l'anziano si relaziona. La caratteristica principale è l'attenzione alla multidimensionalità, nell'ottica costante di integrazione tra neuropsicologia e psicologia clinica.

Queste premesse stimolano ad una raccolta sempre più esaustiva di informazioni sulla nostra professione nel contesto psicogeriatrico e una sempre maggiore necessità di investire e specializzarsi per rispondere ai bisogni psicologici specifici dell'anziano, dei familiari e degli stessi operatori coinvolti nella loro cura.

È stata pertanto avviata una prima indagine al fine di: mappare la situazione presente oggi in Italia nel lavoro psicologico per l'anziano e i suoi familiari; osservare la complessità e la specificità del lavoro che lo psicologo in psicogeriatrics; ottenere spunti di riflessione su come migliorare la professionalità attraverso formazione, specializzazione e ricerca; riflettere sulle richieste emergenti e l'impostazione del lavoro clinico.

Su iniziativa della Sezione Toscana AIP in collaborazione con il Centro Clinico Tages Onlus di Firenze, è stato predisposto un questionario sugli interventi psicologici e psicoterapeutici rivolti agli anziani. Il questionario è stato divulgato attraverso Google Form per auto-compilazione in forma anonima tra i mesi di ottobre e novembre 2019 e diffuso all'interno dell'AIP, attraverso mailing list di altre società (SITCC, AIP-SPC, SIPSOT) e attraverso il "passa parola".

Il questionario si articola in sei aree principali di indagine: dati generali del rispondente; settore di intervento e tipologia del rapporto lavorativo; pazienti trattati; caratteristiche delle richieste ricevute; tipo di intervento effettuato e difficoltà maggiormente riscontrate dal professionista; motivo per i professionisti che non hanno ricevuto pazienti over 65.

Sono stati compilati 547 questionari, per lo più da parte di psicologi psicoterapeuti libero professionisti che sono stati disponibili ad interrogarsi sul loro lavoro con gli anziani. La fascia di età dei rispondenti (circa 80%) si colloca tra i 36 e i 50 anni di età. La motivazione della richiesta di intervento registra una prevalenza di: disturbi dell'umore (58,4%), disturbi cognitivi (55,8%), disturbi d'ansia (46,2%), difficoltà di adattamento all'invecchiamento, solitudine, solo per citarne alcuni. Emerge come il principale inviante al professionista sia il familiare e a seguire la richiesta arrivi dal paziente stesso. Gli interventi maggiormente effettuati sono la consulenza psicologica e l'intervento allargato alla famiglia. Interessante infine è osservare che tra le risposte sulle difficoltà incontrate, nel campione generale prevale l'intervento allargato alla famiglia, anche se osservando le differenti aree di specializzazione le difficoltà si differenziano.

Alla complessità del contributo della Psicologia in Psicogeriatrics corrisponde in Italia uno scenario applicativo caratterizzato da frammentazione, disomogeneità e precarietà della presenza strutturata degli psicologi nei servizi sociosanitari. Si registra in crescita la domanda di sostegno psicologico per affrontare le problematiche psicologiche correlate all'invecchiamento, alla fragilità, alla cronicità e alla multimorbilità. I risultati del questionario aprono riflessioni sulla necessità di fare rete e di responsabilizzarsi sulla presa in carico psicologica per le specifiche problematiche psicologiche che possono presentarsi in modo più o meno specifico nella terza e quarta età, in presenza o assenza disturbi organici.

IL SUPPORTO PSICOLOGICO AI FAMILIARI CHE ASSISTONO ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO. PRIMI RISULTATI DI UN PROGETTO IN UN CENTRO RIABILITATIVO MILANESE

GHEZZI IRIDE¹, LESMO ALESSANDRO¹, GIARDINI GIANLUCA¹, SCELFO GIUSY¹, MAFFI FRANCESCO¹, DELL'ORTO GIOVANNA¹, PREGLIASCO FABRIZIO²

¹ Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS, Cesano Boscone - IT

² Università degli Studi di Milano, Milano - IT

Scopo dello studio è cercare di comprendere quale impatto può avere un programma counseling breve sulla qualità della vita dei familiari che si occupano della persona con deterioramento cognitivo realizzato durante il periodo di degenza dei propri congiunti.

Questo studio clinico controllato non randomizzato con controlli simultanei è stato condotto presso l'U.O. di Cure Intermedie della Fondazione Istituto Sacra Famiglia ONLUS di Cesano Boscone in provincia di Milano reclutando i caregivers con livello di stress superiore a 10 punti nella scala Caregiver Burden Inventory (CBI), che hanno espresso consenso informato a partecipare, di pazienti ricoverati presso l'UO con età superiore a 65 anni con deterioramento cognitivo e deficit nelle ADL (Mini Mental State Examination (MMSE) < 26 e Barthel Index < 50) al momento del ricovero, con un evento indice acuto e comorbidità di tipo ortopedico e/o neurologico che ha determinato il ricovero e con attesa di ricovero per almeno 60 giorni. All'ingresso e alla dimissione i pazienti sono stati valutati per verificare i risultati ottenuti dalle attività riabilitative. Ai caregivers sottoposti al programma di counseling è stato somministrato un questionario di customer satisfaction. Il programma ha previsto quattro incontri di un ora in cui è stata posta attenzione ai bisogni psicologici ed emotivi del caregiver e alla qualità della relazione caregiver e familiare identificando delle strategie utili per fronteggiare il distress. L'elaborazione statistica è stata effettuata mediante il software IBM SPSS Statistics, version 26. Lo studio effettuato dal 26 aprile 2019 al 16 agosto 2019. Ha previsto il reclutamento di 20 caregivers sottoposti al counseling e 10 caregiver gruppo di controllo. Hanno completato lo studio 19 caregiver del gruppo sperimentale e 8 del gruppo di controllo, i due gruppi hanno evidenziato caratteristiche sociodemografiche simili e livelli di stress comparabili, così come i pazienti di riferimento dei due gruppi selezionati. I pazienti dei due gruppi hanno ottenuto risultati simili con differenze statisticamente significative tra inizio e fine ricovero dei parametri valutati. Al termine dello studio è risultato che il livello di stress nel gruppo dei caregiver di controllo è rimasto invariato senza differenze statisticamente significative riscontrati all'inizio del ricovero mentre per il gruppo sperimentale si è evidenziata una riduzione statisticamente significativa del livello di stress percepito al termine del periodo di counseling. Dall'analisi dei dati raccolti dal questionario sulla soddisfazione dei caregiver sono emerse alte percentuali di gradimento. Inoltre da una valutazione qualitativa sono emersi vissuti di sentimenti di crescita e consapevolezza personale nel rapporto con il familiare.

I risultati ottenuti dimostrano l'efficacia del percorso di counseling prospettato e evidenziano l'opportunità di inserire nell'equipe pluriprofessionale che opera presso UO di riabilitazione della figura del counselor a complemento delle attività attuate per il paziente ricoverato al fine di migliorare la capacità del caregiver di prendersi carico del proprio familiare ottenendo così un miglioramento della qualità della vita di entrambi. Necessari ulteriori studi per ampliare la casistica e verificare l'efficacia in pazienti con patologie dementigene più gravi.

Bibliografia

Chiao CY, Wu H, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2015 Sep; 62(3):340-350.

Folgheraiter F. La relazione di aiuto nel metodo di Robert Carkuff. In: *L'arte di aiutare Manuale a (cura di) R.R. Carkuff.* Erikson, Trento 1987.

Vigorelli P. Il gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari di malati di Alzheimer. Franco Angeli, Milano 2010.

TERAPIA OCCUPAZIONALE CON METODO COTID (COMMUNITY OCCUPATIONAL THERAPY IN DEMENTIA) PER LE PERSONE AFFETTE DA DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE E I LORO CAREGIVER: ESPERIENZA NEL TERRITORIO DELL'ASLTO5

GIORDANO FEDERICA³, LABATE ALICE⁴, PERSICO DIEGO¹, SPEME STEFANIA¹, FONTE GIANFRANCO², FIORIO PLA' LIVIA¹

¹ SSD Geriatria ASLTO5, Carmagnola (TO) - IT

² Dimissione Protetta, AO Città della Salute e della Scienza, Torino - IT

³ Terapista Occupazionale certificata COTiD, Crescentino (VC) - IT

⁴ Terapista Occupazionale certificata COTiD, Casalborgone (TO) - IT

Valutare l'efficacia del programma di Terapia Occupazionale COTiD (Community Occupational Therapy in Dementia) e le eventuali ripercussioni positive nelle persone affette da Disturbo Neurocognitivo Maggiore e nei loro caregiver.

Studio di coorte, di dieci pazienti anziani con diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Maggiore di grado da lieve a moderato e i relativi caregiver. Per ogni paziente sono state eseguite dieci sedute di terapia occupazionale applicando il metodo COTiD, al domicilio dei pazienti, per la durata di un'ora ciascuna. Le misure di outcome sono state valutate tramite il Canadian Occupational Performance Measure (COPM), analizzando il livello di performance raggiunto per gli obiettivi proposti e di soddisfazione, percepito sia dalla persona con demenza che dal suo caregiver.

L'età media del campione è risultata di 79.7 ± 6.4 anni, mentre dei caregiver di 65.3 ± 24.3 anni. Il trattamento di terapia occupazionale con metodo COTiD ha condotto a un miglioramento statisticamente significativo nella performance individuata (valutazione iniziale di 2.86 ± 1.44 e finale di 6.72 ± 0.99 con $p=0.000$) e nella soddisfazione legata alla performance (valutazione iniziale di 3.12 ± 2.40 e finale di 6.38 ± 0.67 con $p=0.001$), percepite dai caregiver.

I pazienti trattati hanno anch'essi espresso un miglioramento nella soddisfazione percepita, ma non nella performance (performance: valutazione iniziale di 4.82 ± 2.22 e finale di 6.41 ± 0.47 , con $p= n. s.$; soddisfazione: valutazione iniziale di 5.05 ± 1.46 e finale di 6.09 ± 0.73 , con $p= 0.047$). Questo studio con tutte le limitazioni legate alla taglia campionaria e al disegno solo osservazionale, si allinea con quanto presente in letteratura sull'efficacia del programma COTiD, con effetti benefici sulla soddisfazione percepita nell'affrontare le performance della vita quotidiana sia dal paziente che dal caregiver. Nel nostro studio è soprattutto il caregiver che ha percepito i maggiori effetti positivi con il raggiungimento di risultati statisticamente significativi. Ciò supporta l'efficacia del metodo, in quanto il caregiver rappresenta l'osservatore privilegiato del paziente. Quanto rilevato da questo studio è in linea con i risultati ottenuti dal recente studio pilota condotto in Italia. Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi su questo programma di terapia occupazionale, i quali hanno sempre evidenziato la sua efficacia sia dal punto di vista del miglioramento percepito dal paziente e dal caregiver sia in termini di riduzione dei costi sanitari.

Per l'esigua dimensione questo progetto rappresenta un punto iniziale dal quale partire per studi futuri.

In conclusione, lo studio conferma che il programma di Terapia Occupazionale con metodo COTiD trova indicazione in ampia parte di malattia, affiancando la terapia convenzionale farmacologica, affrontando problematiche utili nella gestione quotidiana del paziente, fornendo soluzioni e facilitando la gestione da parte del caregiver. Un intervento quindi, professionale, che, soprattutto se ripetuto nel tempo, può favorire il mantenimento del malato nel proprio contesto di vita.

Bibliografia

- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M et al. 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.
- Graff MJ, Van Melick M, Thijssen M. Curare la demenza a domicilio. Indicazioni di terapia occupazionale per anziani e caregivers, a cura di A. Fabbio. FrancoAngeli. Milano 2016.
- Pozzi C, Lanzoni A, Lucchi E, et al. A pilot study of community-based occupational therapy for persons with dementia (COTID-IT Program) and their caregivers: evidence for applicability in Italy. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Sep; 31(9):1299-1304.

UN CASO DI TREMORE ESSENZIALE EVOLUTO IN DEMENZA A CORPI DI LEWY

GIRARDI ELENA¹, MANCINI CARLOTTA¹, POLITO CRISTINA², BERTI VALENTINA², MOSSELLO ENRICO¹

¹ Unità di Ricerca in Medicina dell'Invecchiamento, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze e AOU Careggi, Firenze - IT

² Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche, Università degli Studi di Firenze, Firenze - IT

Il tremore essenziale rappresenta la causa più frequente di tremore nell'adulto, generalmente considerato una condizione benigna. La sua insorgenza oltre i 65 anni è stata associata ad un maggior rischio di sviluppare demenza, nello specifico la demenza di Alzheimer ed è considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di Malattia di Parkinson, sebbene non tutti i dati siano concordi. Dati provenienti da studi autoptici hanno mostrato, almeno in alcuni casi di tremore essenziale, la presenza di alterazioni neuropatologiche quali grovigli neurofibrillari e, in minor misura, presenza di corpi di Lewy, ipotizzando quindi sia esso stesso una malattia neurodegenerativa. Altri studi hanno identificato un'associazione tra tremore essenziale e lieve deficit cognitivo, in particolare a carico delle funzioni esecutive.

Descrivere un caso di tremore essenziale evoluto negli anni in Demenza a corpi di Lewy con profilo atipico dei biomarcatori di neuroimaging. La paziente, 73 anni, giunge per la prima volta alla Geriatria dell'Ospedale di Careggi (Firenze) nell'ottobre 2013 per tremore sia d'azione che a riposo a carico dell'arto superiore destro insorto 15 anni prima, in presenza di storia di cadute apparentemente accidentali, stato cognitivo-funzionale integro e sindrome ansiosa (MMSE 27/30). Alla RMN encefalo sfumate alterazioni della sostanza bianca periventricolare, lieve diffuso ampliamento degli spazi liquorali. Dopo circa sei mesi compaiono presenze e passage hallucination e sonniloquio. Viene pertanto sottoposta a: SPECT cerebrale con DATscan (luglio 2014) che mostra valori di captazione nei putamen ai limiti inferiori del range di normalità, reperti non chiaramente suggestivi per patologia degenerativa del sistema nigro-striatale; PET con FDG (ottobre 2014) nei limiti della norma. Ad una valutazione neuropsicologica del 2016 era presente una prestazione ai limiti inferiori della norma nelle prove di attenzione e memoria a breve termine; contemporanea comparsa di ipotensione ortostatica. I disturbi cognitivi si sono lievemente accentuati a distanza di un anno con comparsa di lieve deficit delle funzioni esecutive (Mild Cognitive Impairment non amnesico). DATscan e PET-FDG, ripetuti nel 2016-2017, hanno mostrato un lieve riduzione della captazione rispettivamente a livello dei putamen e della corteccia parieto-occipitale, non suggestive di patologia neurodegenerativa. Nel gennaio 2019 la paziente mostra un peggioramento del tremore, la presenza di sfumati segni extrapiramidali, un significativo declino cognitivo (MMSE 20/30), con iniziale compromissione dell'autonomia IADL (6/8); alla successiva valutazione neuropsicologica MMSE 23/30 e progressione dei deficit (attenzione e funzioni esecutive e memoria ai limiti inferiori). Al controllo dopo 3 mesi MMSE 28/30. È stata posta diagnosi di demenza a corpi di Lewy.

La progressiva comparsa di allucinazioni visive, parasonnie, lieve deficit cognitivo progressivo e fluttuante e segni extrapiramidali in un caso di tremore essenziale costituisce un fenotipo clinico compatibile con demenza a corpi di Lewy. A differenza di quanto riportato in letteratura sull'associazione tra tremore essenziale e demenza, il presente caso ha avuto un'insorgenza pre-senile ed è evoluto in demenza a corpi di Lewy, pur in assenza di un'alterazione tipica del neuroimaging. Tale caso sottolinea l'importanza dei follow-up mirati in CDCD a scopo diagnostico e conferma che il tremore essenziale può evolvere in una malattia neurodegenerativa a lento decorso, per cui non esistono ancora marcatori neuropsicologici e neurobiologici.

RIDUZIONE DELL'AGITAZIONE PSICOMOTORIA ATTRAVERSO L'INTERVENTO FUNZIONALE DI MASSAGGIO MANI IN ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI CON DEMENZA

GUERRERA CLAUDIA SAVIA¹, BUSCEMI ANDREA², RIGGIO FEBRONIA¹, RIZZI LUCA³, FURGERI ALESSIA³, BOVO PAOLA BARBARA³, COCO MARINELLA⁴

¹ Università degli Studi di Catania, Catania - IT

² Horus Cooperativa Sociale, CSdOI, Ragusa - Catania - IT

³ European Training School in Functional Psychotherapy Recognized by M.I.U.R. with D.M. of 11.16.2000 Naples - IT

⁴ Department of Biomedical and Biotechnological Sciences and Research Center on Motor Activities (CRAM), University of Catania, Catania - IT

L'agitazione motoria presente negli anziani istituzionalizzati rappresenta uno dei problemi più sentiti da parte del personale assistenziale spesso percepito come fonte di stress. Le risposte più frequenti messe in atto per ridurre l'agitazione del paziente consistono nell'utilizzo di misure di tipo contenitivo al fine di limitare i danni sociali e fisici. Scopo del presente lavoro di ricerca è quello di verificare se, l'introduzione di un trattamento Funzionale di massaggio braccia-mani, fosse in grado di ridurre l'agitazione psico-motoria e conseguentemente di migliorare l'umore di pazienti anziani istituzionalizzati.

Hanno preso parte alla ricerca 15 soggetti anziani istituzionalizzati (età media 88 anni) ospiti della struttura di accoglienza per la terza età "Casa mia" di Dosson (TV). I soggetti sono stati selezionati in relazione a specifici criteri di inclusione ed esclusione. Tutti i soggetti presentavano un punteggio inferiore a 18 nell'MMSE. Dieci soggetti sono stati inclusi nel gruppo sperimentale e cinque hanno costituito il gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale è stato coinvolto in un intervento settimanale di massaggio Funzionale braccia-mani per la durata di sei settimane mentre il gruppo controllo trascorreva in un luogo familiare il tempo dedicato all'esperimento. Gli strumenti utilizzati sono stati: il Mini Mental State Examination, il Cohen-Mansfield Agitation Inventory, l'A.D.I.CO, il Cornell Scale for Depression in Dementia, la Scheda Valutazione Anziani, la Scheda di sorveglianza. Il protocollo di intervento Funzionale di massaggio braccia-mani prevedeva l'esecuzione della tecnica massaggio braccia-mani di Rispoli (2016) mentre per i tempi di esecuzione è stato usato il protocollo di Snyder (1995).

I risultati ottenuti mostrano un generale abbassamento del livello di agitazione psicomotoria dei soggetti appartenenti al gruppo sperimentale. Nessun cambiamento si è osservato nel gruppo controllo. Al follow-up, quattro settimane dopo l'ultimo massaggio braccia-mani, si osservava

nel gruppo sperimentale il mantenimento dei risultati ottenuti, l'agitazione psico-motoria rimaneva significativamente più bassa rispetto alle rilevazioni iniziali.

I risultati ottenuti confermano che l'intervento funzionale di massaggio braccia-mani è effettivamente in grado di ridurre il livello di agitazione psico-motoria negli anziani istituzionalizzati. Questa evidenza sperimentale suggerisce come il massaggio braccia-mani possa essere uno strumento estremamente utile per ridurre il comportamento agitato in pazienti istituzionalizzati, ma racconta molto di più di questo: il massaggio è in grado di alzare complessivamente la qualità di vita dell'ospite consentendogli di ritrovare una maggiore mobilità delle proprie Funzioni e, dunque, la possibilità di partecipare in modo più integrato alla Vita nel suo complesso.

Inoltre è stato osservato come gli anziani che ricevevano il trattamento mostravano chiaramente non solo di gradirlo intensamente, ma spesso di trovare nel massaggio e nel Contatto Ricettivo uno stimolo sufficiente a riaprire memorie corporee molto remote (come ad esempio ricordi infantili precisi legati ad alcuni distretti corporei).

Bibliografia

Rispoli L. Esperienze di base e sviluppo del sé. L'Evolutiva nella Psicoterapia Funzionale. Franco Angeli. Milano 2004.

Franz A, Thomas Morton French T. Psychoanalytic therapy. Ronald Press, 1946.

Rispoli L. Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati: Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati. Franco Angeli. Milano 2016.

Weiss G, Trokenberg Hechtman L. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults. Guilford Press. 1993.

Rizzi G, Martinelli G. Indagine sulle condizioni psico-sociosanitarie della popolazione ultra-sessantacinquenne nel comune di Coccaglio. GAM Editrice. 2008.

LA RETE DEI CDCD DI ASL 3 LIGURIA PER RISPONDERE ALLE COMPLESSE ESIGENZE DEI PAZIENTI CON DISTURBI NEURO COGNITIVI E DELLE LORO FAMIGLIE

IVALDI CLAUDIO¹, MAZZELLA LUCA¹, BONGIOVANNI ALESSANDRA¹, BUCCOLIERI ALESSANDRO¹, CALZATO DANIELA¹, CASTOLDI LORETTA¹, COLUCCI MONICA¹, GONELLA DAVIDE¹, LAZZARINO MARGHERITA¹, MONAGHEDDU SABRINA¹, MASSUCCO DAVIDE^[1], MORETTI CINZIA¹, NATALE GIORGIA¹, RUSSO ANNA MARIA¹, VELLA CHIARA¹, COSOLITO VITALE ALESSANDRO¹, TERRILE EVITA¹, SCOTTO PIER ANGELO¹, SAMPIETRO LORENZO¹

¹ ASL 3 Liguria, Genova - IT

ASL 3 "Liguria" è l'ente che presiede alla salute dell'area Metropolitana di Genova (696221 abitanti)¹, divisa in 6 distretti sociosanitari. Applicando alla popolazione residente i tassi di prevalenza indicati per la popolazione europea secondo le più recenti stime², sono attesi nella nostra ASL circa 20000 casi di demenza. Per rispondere alle esigenze di questi pazienti e della loro famiglie ASL 3, su indicazione di Regione Liguria, ha recentemente ristrutturato e potenziato la rete dei CDCD insieme alle altre Aziende Ospedaliere insistenti nello stesso territorio.

Utilizzando il PDTA di regione Liguria, nel corso del 2019 si è provveduto a mettere in rete o attivare 3 CDCD principali (Ponente, Centro e Levante), con sede all'interno di Aziende Ospedaliere (Ospedale di Sestri P. di ASL 3., E.O. Galliera, Policlinico San Martino), composti da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, ognuno dei quali è connesso a CDCD periferici sul territorio, a gestione ASL 3.

L'introduzione di altre figure professionali ha consentito al CDCD di fornire all'utenza una diversificazione delle risposte (non solo sanitarie, quindi) ai differenti bisogni (per es. indicazioni nel richiedere supporti economici, avvio domanda inserimento in Centro Diurno o in RSA, supporto nell'assumere assistenti familiari, ecc.).

Durante il 2019 si è svolto un corso formativo di base per tutti gli operatori dei CDCD, atto a "sincronizzare" competenze e strumenti di lavoro all'interno delle varie realtà aziendali e tra le specifiche competenze specialistiche e professionali. L'obiettivo è quello di garantire ai pazienti in un'unica sede le prestazioni diagnostiche, assistenziali e sociosanitarie e di formulare con il paziente, i familiari e il MMG, un piano d'intervento condiviso. Oggi tutti i pazienti afferenti agli ambulatori di ASL3 vengono valutati con un'unica cartella elettronica (InfoClin Web), utilizzabile da ogni ambulatorio e da ogni professionista del CDCD. Ciò permette anche di raccogliere un database aggiornato sulla situazione attuale, sui bisogni e le risposte da fornire, sui consumi di risorse.

Sono stati avviati e calendarizzati incontri formativi semestrali rivolti a tutti i componenti dei CDCD, sia aziendali che extraaziendali.

Al momento sono seguiti dagli ambulatori di ASL 3 2777 persone, a cui sono state fornite nel 2019 3468 prestazioni; suddivisa per fasce di età di 5 anni, l'utenza si distribuisce in maniera normale; la fascia 80-84 anni è quella maggiormente rappresentata. Le valutazioni effettuate nel primo semestre 2019 sono aumentate del 64% rispetto allo stesso periodo del 2018 (3468 vs 2223). È inoltre aumentato il numero medio di visite annuali per paziente, che è passato da 1,37 nel 2018 a 1,46 nel 2019 (+7%), segno di una maggior "fidelizzazione" dell'utenza.

Sono stati effettuati incontri in ogni distretto con i rappresentanti dei MMG per informarli sulla creazione della rete dei CDCD e sensibilizzarli alle procedure di individuazione dei casi in fase precoce, attraverso l'uso sistematico di appropriati strumenti (GPCog), individuati dal PDTA regionale.

Sono stati avviati, infine, incontri di formazione con i famigliari in ogni distretto.

Sebbene i servizi disponibili siano ancora incompleti ed insufficienti, il tentativo di strutturare una rete omogenea (un ambulatorio CDCD in ogni Distretto, collegato ad una sede centrale e ad un'equipe multiprofessionale interconnessa) rappresenta un serio tentativo di rispondere ai bisogni complessi di questa popolazione all'interno del nostro territorio.

Bibliografia

Bacigalupo I, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe: Estimates from the Highest-Quality Studies Adopting the DSM IV Diagnostic Criteria. J Alzheimers Dis. 2018; 66(4):1471-1481.

Sitografia

<https://www.tuttitalia.it/liguria/provincia-di-genova/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2019/>, consultato il 9 settembre 2019.

LA NASCITA DELLA RETE REGIONALE DEI CAFFÈ ALZHEIMER IN CALABRIA

LAGANÀ VALENTINA¹, DATTOLO TERESA¹, VARDÈ VITTORIA², PERROTTA SARAH³, MARZANO SANDRA⁴, BRUNI AMALIA CECILIA¹

¹ Centro Regionale di Neurogenetica -ASP CZ, Lamezia Terme - IT

² Cooperazione Sud Per l'Europa, Centro Diurno Gocce di Memoria, Mileto - IT

³ Caffè Alzheimer Teneramente, Paola - IT

⁴ Alzheimer Caffè Teneramente, Bivongi - IT

Attualmente, circa 1/5 della popolazione calabrese ha più di 65 anni, il tasso di prevalenza della demenza si aggira attorno al 7%. Le persone con demenza necessitano insieme ai loro familiari, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità assistenziale, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile. La Regione Calabria, che ha recepito il Piano Nazionale Demenze e sta lavorando per la sua attuazione, non ha ancora programmato una sufficiente organizzazione dei servizi per le persone con demenza e le loro famiglie, tuttavia, già nel 2019 erano presenti sul territorio regionale 4 Caffè Alzheimer. L'obiettivo della Rete, istituita nel 2019, è di creare un coordinamento tra i CA presenti per: 1. garantire la massima omogeneità possibile nella metodologia in atto e nel rapporto con le famiglie, mantenendo un elevato standard di qualità; 2. favorire la diffusione del modello dei CA mediante organizzazione di eventi specifici e supportandone la nascita di nuovi; 3. Raccolta dati.

Nel Settembre 2019 i Caffè Alzheimer di Lamezia Terme (CZ), Mileto (VV), Paola (CS) e Bivongi (RC) hanno organizzato a Lamezia Terme il primo Convegno Regionale dei Caffè Alzheimer rivolto alla cittadinanza, in cui si è presentata l'idea del coordinamento, su modello di quello della Lombardia Orientale, che è stato formalizzato e presentato ufficialmente ad Ottobre, in occasione del convegno Regionale AIP/SINDEM. Il coordinamento, dichiaratosi aperto ad includere eventuali altri CA esistenti purché condividano gli stessi principi di funzionamento, da allora ha lavorato prettamente organizzando riunioni di intervensione e incontri di formazione specifica mirati alla nascita di nuovi CA.

I CA hanno iniziato a lavorare condividendo delle schede operative di raccolta dati per i partecipanti e di valutazione dell'andamento delle attività (in diversi ambiti: cognitivo, affettivo, funzionale e comportamentale) che renderanno possibile misurare l'efficacia degli interventi, mantenendo tuttavia la propria autonomia e specificità. A febbraio 2020, il coordinamento ha organizzato una riunione di intervensione/formazione alla quale hanno preso parte le psicologhe che si occupano di Sostegno ai Caregiver. Si sono concluse le formazioni per 5 nuovi CA, di cui uno (Locri-RC) ha già iniziato a lavorare, gli altri sono di prossima apertura (Cosenza, Catanzaro, Ardore-RC, Soveria Mannelli-CZ). Al coordinamento partecipano ora 9 gruppi. Sono stati organizzati due convegni in cui è stato esposto il modello della Rete Regionale (a Locri e ad Ardore, in occasione della presentazione del progetto sul territorio), e ne è previsto un altro in provincia di Crotone, l'unica provincia ancora sprovvista di un CA. È stata inoltre prodotta una locandina con le informazioni di base per ogni CA che sarà distribuita ai vari CDCD della regione.

In pochi mesi CA appartenenti alla rete si sono moltiplicati. Sono tutti dotati di una équipe formata in maniera specifica, che comprende almeno una psicologa che si occupa del gruppo di sostegno ai caregiver e da altri operatori (assistenti sociali, educatori, volontari). È stato calendarizzato il prossimo Convegno Regionale (Settembre 2020) al fine di presentare i risultati del primo anno di lavoro del coordinamento. È fondamentale infatti lavorare insieme per garantire un servizio omogeneo e di alto livello, ma lo è anche diffondere le buone pratiche della presa in carico delle persone con demenza e delle loro famiglie, e rafforzare il legame tra i vari CDCD della regione e i CA sul territorio.

PRENDERSI CURA DI CHI CURA: UN APPROCCIO INTEGRATO ALLA DEPRESSIONE NEI CAREGIVERS DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

MACI TIZIANA¹, GRAZIA RAZZA¹, IPPOLITO ROSANNA², BARALDO LUCIA VALMARA¹, SANTAGATI MARIO SALVATORE¹

¹ U.O.S.Dip. Centro Alzheimer e Psicogeriatrica - ASP3 Catania, Catania - IT

² Catania - IT

L'allungamento della vita media ha comportato un incremento di patologie neurodegenerative come le demenze, malattie altamente invalidanti. Spesso il carico assistenziale grava sulla famiglia e, in particolare, su un singolo individuo: il caregiver. Il profilo tipico di una persona che si prende cura di una persona affetta da demenza è quello di una donna di mezza età o più anziana, coniuge della persona affetta da demenza (Prince et al., 2004). Il peso dell'assistenza, unito alla mancanza di servizi adeguati in termini di supporto psicologico, economico e di riconoscimento del ruolo, può agire come un vero e proprio fattore di rischio per l'insorgenza della depressione. Lo scopo dello studio è stato quello di validare e ottimizzare un protocollo di intervento basato sull'integrazione di diverse tecniche terapeutiche quali la Mindfulness, la Psicoterapia Sistemico-Relazionale e Strategica e l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes S.C. e Pierson H., 2005). Il fine ultimo è stato quello di dimostrare l'efficacia che gli incontri di psicoterapia di gruppo, condotti su donne caregivers di pazienti affetti da demenza, hanno nel controllo della sintomatologia depressiva.

Lo studio è stato condotto presso il Centro Diurno per i Disturbi Cognitivi e Demenze dell'ASP 3 Catania. Tutti i dati vengono espressi come media $\pm$ deviazione standard (DS). Il campione era composto da 12 caregivers, mogli di pazienti affetti da Demenza, con un'età media di 63,4 anni ($\pm$ 5,1) e una scolarità media di 7,3 anni ($\pm$ 4,4). Il campione ha partecipato, per 6 mesi, ad incontri di gruppo a cadenza settimanale, di due ore ciascuno, condotti dallo psicoterapeuta e basati sull'approccio integrato dei principi sopra menzionati.

Gli effetti sono stati valutati attraverso la somministrazione dei seguenti test all'inizio e alla fine dell'intervento: Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961); Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD; Logsdon et al., 2002); Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A; Hamilton M., 1959); Caregiver Burden Inventory (CBI; Novak M. e Guest C., 1989).

L'analisi statistica dei risultati ha mostrato che CBI, BDI e HAM-A sono risultati significativamente ridotti al termine del ciclo di intervento terapeutico. Parallelamente, l'analisi del QoL-AD ha evidenziato un significativo miglioramento nei caregivers della percezione della propria qualità della vita.

Il presente studio ha dimostrato che la partecipazione agli incontri di gruppo può intervenire positivamente sulla sintomatologia depressiva di mogli di pazienti affetti da demenza. Le donne, condividendo all'interno del gruppo il proprio vissuto, trovano solidarietà in chi ha passato esperienze simili e possono simultaneamente agire da aiuto e da aiutanti, aspetto che rafforza le loro competenze e ridà fiducia nelle loro abilità.

Bibliografia

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 Jun; 4:561-471.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959; 32(1):50-5.

Hayes SC, Pierson H. Acceptance and Commitment Therapy. In: A. Freeman et al (Eds.). Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy. Springer. New York 2005.

Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. Psychosom Med. 2002 May-Jun; 64(3):510-9.

Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist. 1989 Dec; 29(6):798-803.

Prince M; 10/66 Dementia Research Group. Care arrangements for people with dementia in developing countries. Int J Geriatr Psychiatry. 2004 Feb; 19(2):170-7.

ALZHEIMER: ASSISTENZA DOMICILIARE O SOCIO-SANITARIA? LA “DIFFICILE” SCELTA DEI CAREGIVERS

MADARENA ORLANDO¹, MURRU CLAUDIA¹

¹ *Residenza Anni d'Oro, Cagliari - IT*

Dimostrare che l'accoglienza delle persone, che convivono con demenza (Alzheimer), all'interno di una struttura socio-sanitaria è benefica sia per i caregivers che per le persone che convivono con questa malattia.

Intervista semi-strutturata di due gruppi familiari: “ex-caregivers” e caregivers.

Dalle interviste si evince come nei caregivers ci sia l'abbandono e in alcuni casi il capovolgimento dei vecchi rapporti familiari. I figli diventano genitori, il marito “malato” una sorta di figlio da accudire. Lo stress psicofisico porta a quello denominato “caregiver burden” negli “ex-caregivers”; invece c'è il ritorno alla vita precedente fatta di rapporti sociali, adeguati ore di sonno, alimentazione ed esercizio fisico.

Le malattie degenerative sono in aumento grazie ai grandi miglioramenti fatti in campo medico, che hanno portato ad un generale allungamento della vita. Durante il decorso della malattia il caregiver si trova ad affrontare situazioni di stress, isolamento, depressione tali da portarli ad essere i “malati nascosti delle demenze”.

L'utilizzo di strutture ricettive con i loro professionisti, ha lo scopo di non sostituirsi ai caregivers ma di aiutare e sostenere i familiari per condividere, per quanto più possibile, il peso che questa malattia comporta e in alcuni casi prendersene carico così da ridurla.

Bibliografia

Braidi G, Gelmini G. La relazione come cura nell'assistenza geriatrica. Storie ed esperienze. Considerazioni tecniche e formative. Maggioli Editore. Aprile 2011.

Espanoli L. De-mente? No! Sente-mente. Esercizi, intuizioni e nuove idee per vivere la relazione con le persone affette da demenza. Maggioli Editore. Novembre 2014.

Fadda R. Sentieri della formazione. La formatività umana tra azione ed evento. Armando Editore. 2002.

Gaspari P. Aver cura. Pedagogia speciale e territori di confine. Guerini Scientifica. 2002.

Iurlaro F. Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani. Organizzare, gestire e valorizzare il lavoro socio-sanitario. Maggioli Editore. Marzo 2010.

Monteleone A, Filiberti A, Zeppegno P. Le demenze: mente, persona, società. Maggioli Editore. Maggio 2013.

Schiavo F. Malati per forza - Gli anziani fragili, il medico e gli eventi avversi neurologici da farmaci. Maggioli Editore. 2014.

Vincenzoni M.L. Anziani da slegare. Invecchiare a casa propria. Le garanzie dell'affido e della domiciliarità. Maggioli Editore. Ottobre 2011.

ANALISI EPIDEMIOLOGICA E CLINICA DI UNA CASISTICA DI “PRIME VISITE” DEL CDCD GERIATRICO DEL POLICLINICO DI SANT'ORSOLA DI BOLOGNA

MAESTRI LORENZO¹, BATTISTINI PIETRO², BANDINELLI CHIARA¹, MORAMARCO ANNA³, VEDELE CARMEN³, MACCHIARULO MARIA³, LUNARDELLI MARIA LIA³

¹ *Università di Bologna, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Bologna - IT*

² *Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, Bologna - IT*

³ *CDCD Geriatria, AOU Bologna, Bologna - IT*

Lo scopo dello studio è quello di analizzare le caratteristiche cliniche e anagrafiche dei pazienti afferiti come prima visita al CDCD del Policlinico di Sant'Orsola nell'anno 2018.

Studio osservazionale retrospettivo condotto su tutte le prime visite eseguite nel CDCD geriatrico del Policlinico di Sant'Orsola nell'anno 2018. Sono state analizzate le caratteristiche demografiche del campione (genere, età e scolarità) e le diagnosi di Disturbo Neuro Cognitivo (DNC) secondo i criteri del DSM5.

I pazienti visitati per la prima volta nel CDCD sono stati 837 sul totale di 2001; di cui il 61% (531) di sesso femminile, con un'età media di 81,6 anni (60- 102) e con una percentuale di ultranovantenni del 12,9% (105). La media degli anni di studio è 7,4 anni (mediana 5), 8,4 anni negli uomini e 6,9 anni nelle donne. Il 59% (490) dei pazienti ha ricevuto una diagnosi di DNC Maggiore, il 26% (218) di DNC Minore, il 9% (78) di Disturbo soggettivo di Memoria (DSM) ed il 6% (51) nessuna delle precedenti. Nella popolazione con DNC Maggiore (409 casi) l'età media era di 83 anni con prevalenza del sesso femminile ($p < 0.003$); il punteggio medio del MMSE 17,9/30 con punteggi più bassi nelle fasce di età più avanzata e in particolare nelle donne, con una differenza statisticamente significativa ($p=0,00062$). La popolazione con diagnosi di DNC Minore (218 casi) aveva un'età media di 79,9 anni. Il 23,3% (195) di tutto il campione presentava alterazione del tono dell'umore ($GDS \geq 5$) con prevalenza nel sesso femminile (71%) e con percentuali diverse tra le diverse forme di DNC: il 13,1% nella forma Maggiore, il 28,4% in quella Minore e valori molto più alti nel DSM 35,9%.

Dall'analisi dei dati si evidenzia che in una percentuale elevata (83%) dei casi è stato diagnosticato un DNC: nel 59% di tipo Maggiore (AD, FT, VD, LBD) e nel 26% dei casi di tipo Minore (MCI), espressione di un invecchiamento appropriato da parte dei MMG. Significativo il numero di ultranovantenni (105), indice di una aumentata sensibilità nei confronti della cognitività anche in età avanzata. Il dato della riduzione del punteggio cognitivo al MMSE in base alla decade di età ed in misura maggiore nelle donne potrebbe essere spiegata in parte con una scolarità più bassa di 1,5 anni rispetto agli uomini. Si conferma l'associazione tra disturbo depressivo e DNC Maggiore e Minore.

Il presente lavoro basato su un database creato ad hoc, ha consentito di evidenziare elementi conoscitivi di natura clinica ed epidemiologica, in particolare in ambito geriatrico confermando l'attenzione al disturbo cognitivo nelle ultime decadi di età, quando il DNC è prevalente.

LA POPOLAZIONE CARCERATA CON DEFICIT COGNITIVO: UNA SFIDA PER I CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE

NEVIANI FRANCESCA¹, PETRELLA STEFANO¹, DE SALVATORE LUIGI¹, BERETTA ROBERTO¹, GAMBARELLI CHIARA², MUSSI CHIARA², FABBO ANDREA¹

¹ AUSL, Modena - IT

² Università di Modena e Reggio Emilia, Modena - IT

Anche la popolazione carceraria, come la popolazione generale, invecchia. Nel 2017 in Italia erano presenti 3700 detenuti di età pari o superiore ai 60 anni e 776 di età pari o superiore ai 70 anni (Nuvoli, 2017). Come la popolazione non carcerata anche la popolazione dei detenuti presenta la stessa incidenza di malattie croniche e di demenza, anzi a causa dello stile di vita dei carcerati, della frequenza di consumo di sostanze di abuso, della mancanza di stimoli e dello stile di vita all'interno delle carceri, l'incidenza di queste malattie ed in particolare della demenza, potrebbe essere anche maggiore. Attualmente in Italia, come in molti altri paesi nel mondo, non è noto il numero di persone affette da demenza all'interno delle carceri. Tale popolazione è costituita da pazienti già carcerati che sviluppano nel corso della detenzione un disturbo neurocognitivo maggiore e da persone che commettono reato già in corso di malattia. Le carceri sono normalmente impostate sulle esigenze di una popolazione giovane e autonoma. Le problematiche relative alla presenza di deficit cognitivo e disabilità non sono spesso conosciute dagli operatori. La convivenza in spazi comuni o celle spesso affollate, la mancanza di attività, la perdita di riferimenti familiari, la convivenza con altri detenuti possono essere fattori peggiorativi e scatenanti disturbi del comportamento.

Nella casa Circondariale Sant'Anna di Modena nel 2019 sono entrati 19 soggetti ultrasessantacinquenni di cui 11 sono usciti entro un mese o meno. La popolazione detenuta over sessantacinquenne permane in carcere per tempi ridotti: nel 2018 sono stati carcerati 9 soggetti con età superiore ai 65 anni di cui 2 sono usciti dal carcere già nel 2018 e 3 nel 2019.

Durante la permanenza in carcere il medico responsabile può richiedere una consulenza psicogeriatrica al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) che viene organizzata direttamente presso la Casa Circondariale. Il servizio è attivo dal 2017. Il geriatra e l'infermiere del CDCD si recano presso il carcere per la valutazione multidimensionale. Il referto viene redatto su sistema informatizzato della nostra ASL, presente anche in carcere.

Dal 2017 ad oggi sono stati valutati 10 pazienti detenuti nella sezione per i reati sessuali (età media 73,7 anni ds 8,6): 4 di loro (40%) hanno ricevuto una diagnosi di demenza (20% demenza vascolare and 10% demenza mista 10% AD) e il 40% è stato classificato come portatore di un disturbo neurocognitivo minore. Per un soggetto di 87 anni, carcerato da soli 3 mesi, è stata diagnosticata demenza di Alzheimer in fase moderata (MMSE=20/30) sicuramente già presente al momento della carcerazione. Il soggetto aveva già necessità di essere supportato in attività basali della vita quotidiana poiché non più autonomo nel lavarsi e nel vestirsi, presentava disorientamento spaziale, misidentificazioni verso l'ambiente, falsi convincimenti e difficoltà a ricordare le motivazioni che avevano condotto alla carcerazione. Un giovane detenuto si occupava di lui come caregiver, secondo un programma di riabilitazione attraverso l'aiuto e il supporto a detenuti disabili. Nella nostra esperienza tutti i prigionieri detenuti valutati con demenza o deterioramento cognitivo lieve, presentavano disturbi comportamentali associati, misurati con la scala NPI (punteggio medio 25,3 min 18 max 38).

Questo studio preliminare pone domande importanti riguardo all'organizzazione sanitaria all'interno delle carceri, all'utilità e all'eticità della detenzione in pazienti anziani e con decadimento cognitivo e all'opportunità di eseguire valutazioni multidimensionali nei pazienti anziani preventive alla carcerazione.

L'ESPERIENZA DEL CENTRO DIURNO ALZHEIMER DI PRATO: LA CASA DI NARNALI

NIGRO FRANCESCA², LUNDSTROM MALIN¹, GAMBARELLA LUCIA², BARTALUCCI FRANCESCA², CALVANI DONATELLA²

¹ Francesca Maria Nigro, Roma - IT

² Italy

L'obiettivo di questo studio è di verificare gli effetti di "un progetto di Centro Diurno Alzheimer temporaneo" sul controllo dei disturbi del comportamento, stress del caregiver, domanda di istituzionalizzazione permanente con il fine di permettere il più a lungo possibile la permanenza della persona malata al proprio domicilio, migliorarne la qualità di vita e preparare/informare il care-giver nell'assistenza al proprio familiare.

Sono stati inclusi nello studio 181 soggetti (97F84M, età media 75±10 anni), inviati alla Casa di Narnali dall'UVM territoriale con la consulenza del Centro per lo studio dei disturbi cognitivi. Tutti gli ospiti sono stati sottoposti a valutazione mediante la seguente batteria di test e rating scales: BADL, B.A.N.S.S, IADL, Barthel Index, CBI, CDR, CIRS, CDS, EBS, OMS, NPI, Questionario di Zarit. La valutazione effettuata all'ingresso è stata ripetuta ogni due mesi fino alla data di dimissione in particolare la Scala NPI è stata somministrata settimanalmente per verificare l'adeguatezza del programma. La permanenza media degli ospiti presso la casa di Narnali è stata di 170±99 giorni e l'importante variabilità rilevata nel numero dei giorni di ospitalità rispecchia la diversità dei bisogni assistenziali espressi dagli ospiti.

La permanenza nel Centro Diurno Alzheimer ha determinato una riduzione statisticamente significativa ($p<0,005$) dei disturbi del comportamento valutati con NPI (valori medi all'ingresso 48±24, valori medi alla dimissione 30.8±16) indipendentemente dalla durata di permanenza. Inoltre è stata riscontrata una riduzione statisticamente significativa ($p<0,005$) dello stress del caregiver misurato con CBI (media dei valori all'ingresso 46.4±25, all'uscita 37±18). La maggior parte dei soggetti trattati è rimasta al proprio domicilio dopo la dimissione dal Centro (a 90 giorni dalla dimissione il 54% era a domicilio, il 20,5% in Diurno assistenziale, il 12% in RSA).

I risultati dimostrano che la temporaneità non pregiudica l'efficacia del servizio quando questo agisce secondo un PAP (progetto assistenziale personalizzato), rispondendo a criteri di appropriatezza e flessibilità e mantenendo un collegamento con la rete dei servizi. Il trattamento dei disturbi comportamentali richiede il coinvolgimento attivo e l'educazione dei parenti intervenendo sull'ambiente di vita e sul comportamento del care-giver stesso.

AMBULATORIO DI RIVALUTAZIONE GERIATRICA PER PAZIENTI DIMESSI DAL PRONTO SOCCORSO: UNO STUDIO PILOTA

REANO ALESSANDRO¹, BALZARETTI PAOLO¹, AURUCCI MARIA LUGIA¹, RONCO GIADA¹, VALLINO DOMENICO¹, BO MARIO², DU-RAZZO MARILENA²

¹ A.O. Ordine Mauriziano di Torino S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza, Torino - IT

² A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, Torino - IT

L'aumento costante dei bisogni di salute della popolazione e delle patologie croniche (incluse le varie forme di deterioramento cognitivo) determina una crescita costante del ricorso al DEA di pazienti anziani con pluricomorbidità croniche. A questo scopo, nella Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino è stato progettato un Ambulatorio di Rivalutazione Geriatrica, cui i pazienti sono indirizzati su indicazione del Medico d'Urgenza al momento della dimissione al PS, in base alla valutazione del rischio di ritorno non programmato in PS effettuata attraverso l'impiego dell'ISAR score. L'ambulatorio si propone l'obiettivo di monitorare il decorso del paziente dopo dimissione, individuando tempestivamente potenziali criticità che potrebbero condurlo nuovamente in PS e proponendo adeguati correttivi.

Lo studio analizza le caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione dei pazienti inviati.

Lo studio consta di una raccolta di dati prospettica, dei pazienti inviati all'Ambulatorio di Rivalutazione Geriatrica (pazienti ultrasessantacinquenni con punteggio ISAR pari o superiore a 2, pertanto ad alto rischio di rientro precoce in PS), quindi di una raccolta retrospettiva di dati relativa a pazienti dimessi dal PS e non inviati all'ambulatorio.

Sono stati reclutati 59 pazienti tra quelli inviati all'Ambulatorio di Rivalutazione Geriatrica, mentre il gruppo di controllo retrospettivo è stato costituito da 58 pazienti. Il campione esaminato aveva età media di 85 anni (mediana, I.I.Q. anni, 79,5 - 88) ed era costituito per il 54,2% da maschi. Le patologie più rappresentate sono state la demenza (64,4%), l'anamnesi di ictus (52,5%), la depressione (38,9%) e l'ipertensione arteriosa (59,3%). Il 50,85% dei pazienti assumeva una politerapia (5 o più farmaci al giorno). Il 62,7% (IC 95% 49,5 - 75,9) presentava dipendenza funzionale al Barthel Index, il 62,7% (IC 95% 49,5 - 75,9) dei pazienti non erano autonomi alle IADL ed un deterioramento cognitivo almeno moderato era presente nel 57,6 (IC 95% 44,1 - 71,1). I disturbi del comportamento in demenza (28,81%) ed il delirium (13,56%) sono risultati i motivi di accesso più frequenti in PS del campione in esame.

I pazienti con almeno una inappropriata prescrizione o omissione secondo i criteri STOPP/START hanno avuto incidenza più alta di rientro in PS. Confrontando i nuovi accessi in PS a 30 giorni tra i due gruppi è emersa una differenza di incidenza di ritorno non programmato in PS (10,2% nel gruppo di pazienti inviati all'ambulatorio versus 20,7% nel gruppo di controllo), ma a causa della ristretta dimensione campionaria tale differenza non è statisticamente significativa ($p=0,19$).

Il ritorno non programmato in PS dei pazienti è un evento avverso che riduce la qualità della vita dei pazienti che vi incorrono e contribuisce ad aggravare il già elevato utilizzo delle Strutture di Emergenza, in Italia come all'estero. Anche nel setting post-emergenziale la valutazione multidimensionale, grazie al suo approccio integrato e globale, permette di individuare i bisogni e le problematiche assistenziali, definire gli obiettivi di cura e realizzare un programma assistenziale individuale, integrato e dinamico, aiutando a definire il setting assistenziale più adeguato per ciascun paziente. Il nostro studio dimostra che la definizione di un intervento sulla popolazione anziana (con particolare attenzione per la popolazione affetta da problematiche di natura cognitiva) afferente ai DEA di valutazione multidimensionale volto alla proposta di un percorso assistenziale e alla revisione dell'appropriatezza della terapia può aiutare nel migliorarne gli outcome riducendo i nuovi accessi e riospedalizzazioni. Sono tuttavia necessari ulteriori studi.

IL MANAGEMENT DEI SERVIZI PER LE DEMENZE LA RETE, LA MOLTEPLICITÀ DEGLI ATTORI E IL RUOLO DEI CENTRI DIURNI

VARDÈ VITTORIA¹, CICCONE GIUSEPPE², PERSIANI NICCOLÒ²

¹ IPUE Istituto di Psicologia Umanistica Esistenziale, Roma - IT

² Università di Firenze, Firenze - IT

Secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di Alzheimer Disease International la demenza costituisce una priorità mondiale di salute pubblica: nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, del triplo nel 2050, con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 4 secondi) e con una sopravvivenza media, dopo la diagnosi, di 4-8 anni. In questo scenario si inserisce il Piano Nazionale Demenze, strategia per la promozione ed il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi socio-assistenziali nel settore delle demenze, che individua come miglior approccio, la gestione integrata del paziente. La gestione integrata consiste nella presa in carico della persona con demenza e dei suoi familiari da parte di esperti quali, il MMG, il neurologo, il geriatra, lo psicologo e comprende nel suo insieme i CDCD, i servizi domiciliari, le strutture a carattere semi residenziale e residenziale. Il modello della gestione integrata è oggi considerato, l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche e per migliorare la qualità di vita dei familiari.

La gestione integrata, che comprende interventi multidimensionali e multi professionale modulati sui diversi livelli di gravità, garantisce continuità di assistenza e la diffusione di strumenti e strategie per lo sviluppo dell'empowerment. L'obiettivo dello studio, svolto in Calabria e in Toscana, è verificare la qualità della rete dei servizi per le demenze, indagando in modo particolare la funzione svolta dai centri diurni nella gestione integrata del paziente.

La metodologia utilizzata nella progettazione e nell'elaborazione del quadro teorico si basa principalmente sulla revisione della letteratura di fonti secondarie. Allo stesso modo, al fine di conoscere gli effetti della gestione dei servizi per le demenze, viene svolto un lavoro sul campo di tipo qualitativo. In questo senso, come tecnica di raccolta di informazioni verrà utilizzata l'intervista semi strutturata, saranno intervistati i MMG, i componenti dei CDCD, gli operatori che lavorano presso i CDA. Il campionamento verrà effettuato secondo la metodologia non probabilistica ed in particolar modo è utilizzata la tecnica della "palla di neve". Tale metodo comporta l'individuazione di un primo gruppo di persone aventi

le caratteristiche richieste dall'indagine dopodiché, chiedendo loro informazioni, si cerca di individuarne altre con le medesime caratteristiche. Da una indagine preliminare avviata nella provincia di Vibo Valentia emergono risultati significativi che stimolano ad allargare il campione coinvolgendo le altre province della Regione Calabria e la Regione Toscana.

I dati preliminari, ottenuti ad oggi sul territorio Vibonese, indicano che attualmente la qualità della rete tra i diversi servizi è ancora debole.

Sotto il profilo scientifico il contributo sarà significativo in quanto permetterà di conoscere in che misura gli assunti teorici di riferimento previsti dal Piano Nazionale Demenze sono stati adottati dai vari servizi per demenze.

Sotto il profilo manageriale e della pratica il contributo permetterà di formulare un esempio specifico di rete, probabilmente ancora non molto diffuso nel nostro paese che può favorire il confronto tra gli attori dei diversi servizi per le demenze.

Bibliografia

Detogni C. Formulare un progetto socio-sanitario. Franco Angeli. Milano 2007.

Masotti G, Biagini CA et al. Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer. Psicogeriatría 2013.

Trabucchi M, Boffelli S. La gestione del paziente demente. Critical Medicine Publishing. Roma 2004.

Trabucchi M, Guaita A. Le Demenze. La cura e le cure. Maggioli Editore. 2016.

“IL PAESE RITROVATO”: MODELLO INNOVATIVO RESIDENZIALE DEDICATO A PERSONE CON DEMENZA DI GRAVITÀ LIEVE/MODERATA

ZANETTI MARIELLA¹, CHIESARA ANGELICA¹, RAVASIO ALESSANDRA¹, MARIA LETIZIA VILLA¹, FUMAGALLI MARCO¹, MASSIRONI LUISSELLA¹, BANFI GIACOMO¹, CONSONNI MARTA¹, LOMONACO ANGELICA¹, NEGRI CHINAGLIA CINZIA¹

¹ Il Paese Ritrovato Coop. La meridiana, Monza - IT

Premessa

Il Paese Ritrovato (PR) si propone come modello innovativo dedicato alla demenza in grado di coniugare qualità di vita, costi sostenibili per il welfare superando il modello RSA. La Cooperativa La Meridiana ha avviato nel giugno del 2018 il progetto PR esperienza di co-abitazione dedicata a persone con demenza di gravità lieve/moderata. Il PR si inserisce nel contesto dell'offerta di servizi dedicati di Meridiana: NA RSA, RSA, Centro Diurno, Hospice e Progetto "Incontro a te" di presa in carico del malato al domicilio e del nucleo familiare. Il PR coniuga libertà di movimento e sicurezza, valorizza risorse personali, favorisce rapporti sociali. La proposta assistenziale è integrata con il ricorso a modelli sperimentali di Tecnologie Assistive per promuovere l'indipendenza e la qualità della vita dei malati e dei caregiver (formali ed informali) e migliorare i Servizi.

Obiettivo

Presentare i dati preliminari relativi alla popolazione residente (giugno 2018-gennaio 2020) e alle attività proposte. È tutt'ora in corso l'osservazione longitudinale sia per outcome clinici che per sperimentazione tecnologica.

Criteri ammissione

Diagnosi demenza, certificata, CDR: 0.5-2; autonomia deambulazione e alimentazione. Criteri dimissione: instabilità clinica, CDR >2. Vengono effettuate valutazioni semestrali da parte dell'équipe di cura su: BPSD (Neuropsychiatric Inventory NPI), depressione (Cornell Scale), Qualità di vita/benessere (Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani Quality_VIA), stato funzionale (IADL, ADL e IB, Tinetti), Funzioni cognitive (MMS) Stress caregiver (CBI), stato nutrizionale (MNA, BMI, Peso), rischio caduta (Scala Coonley), terapia occupazionale (strumento da definire) interventi socio ricreativi (ISE).

Dal 6/2018, 78 ingressi e per 38 residenti, sono disponibili le valutazioni a T0 e T12; per 24/38 (63%) anche il T18. Sono presenti stabilmente 64 residenti 49 donne (76.5%) e 15 uomini (23.5%) età: 82 aa (range: 49 - 94 aa); 87% provenienza domiciliare; tipo demenza: 44 (69%) AD, 11 (17%) demenza mista, 5 (8%) DFT, 1 DLB (1.5 %). Durata media permanenza: 341. 53 gg (range 6-568 gg).

Funzioni cognitive: MMSE medio T0 13.66/30, T18 11.23/30. Gravità della demenza: CDR medio ingresso: 1,3 (range: 0,5-3). Comportamento: NPI medio T0 21.44/144, T12 12.60/144 e T18 15.45/144. Cornell T0 6.4 e T18 4.6. Valutazione funzionale: ADL medio T0: 5/6, T18 3.26/6; IADL medio T0 2.5/5 e T18: 1.26/5 Tinetti: T0 22.8/28, T12 22 e T18 21.8; IS :T0 4.2 T12 4.1 T18 4.2. Stress caregiver CBI: T0 34.44, T12 20.2, T18 13.3. Qualità vita: Quality_VIA (punteggio 34-136; cut off 77,80) somministrata a 22/64 residenti (periodo ottobre 2019/gennaio 2020); punteggio medio: 98,36 ± 15,40 indicativo di buon livello di benessere percepito. Le attività previste sono indirizzate a residenti (stimolazione cognitiva, terapia occupazionale, attività motorie e socio ricreative), familiari (supporto individuale e counseling gruppo), operatori (supervisione e formazione continua e volontari. Il sistema sperimentale di localizzazione in uso al PR consente di monitorare nel tempo un residente e/o un gruppo relativamente a: relazione e socialità; dipendenza dagli operatori; frequentazione di spazi comuni e privati; movimento in qualità e quantità di metri percorsi nella giornata.

Nel periodo considerato pur in presenza di progressione attesa di malattia si è osservato un miglioramento dei BPSD e del tono dell'umore. Importante il riscontro di una percezione positiva di "qualità globale" percepita soprattutto per la dimensione: "coesione sociale" e "autorealizzazione". La riduzione dello stress del caregiver rappresenta al riguardo un indicatore positivo di efficacia degli interventi rivolti alla famiglia.

FATTORI DI RISCHIO DI PROGRESSIONE DAL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT ALLA DEMENZA

ZULIANI GIOVANNI¹, POLASTRI MICHELE¹, ROMAGNOLI TOMMASO¹, MARABINI LISA¹, PAZZAGLINI CHIARA¹, SERIPA DAVIDE², CERVELLATI CARLO³, BROMBO GLORIA¹

¹ *Dipartimento di Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale, Università di Ferrara, 44100, Ferrara - IT*

² *IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza - Opera di Padre Pio, Department of Medical Sciences - IT*

³ *Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgico specialistiche, Università di Ferrara, 44100, Ferrara - IT*

In questo studio abbiamo valutato, in un ampio campione di soggetti anziani affetti da MCI, la possibilità di prevedere la progressione verso la demenza utilizzando una combinazione di parametri clinici e demografici facilmente accessibili.

620 pazienti ambulatoriali anziani (≥ 65 anni) valutati nel periodo 2006-2018 con diagnosi di MCI, definita come la presenza di un deficit documentato della memoria (aMCI) o in un altro dominio cognitivo (naMCI), senza compromissione (monodominio) o con (multidominio) di altri domini cognitivi. 158 soggetti sono stati persi durante il follow-up (non abbiamo avuto prove della loro evoluzione verso la demenza), 462 hanno seguito un regolare follow-up (mediana: 33 mesi; intervallo: 10-155 mesi). Di questi, 190 sono evoluti a demenza, con un tasso finale di progressione di circa il 30% (190/620). I pazienti sono stati sottoposti ad analisi di laboratorio per escludere cause secondarie di demenza (vitamina B-12 e acido folico, test di funzionalità epatica, renale e tiroidea, emocromo e saturazione arteriosa di ossigeno), valutazione generale e neuropsicologica (BADL, IADL, MMSE, GDS) e test strumentali (TC o RM encefalo). Durante il follow-up abbiamo utilizzato i criteri diagnostici DSM-5 per la diagnosi di demenza, i criteri NINDS AIREN per Demenza Vascolare (VD) e i criteri NINCDS-ADRDA per Malattia di Alzheimer ad insorgenza tardiva (LOAD).

Per ogni paziente è stata raccolta l'anamnesi patologica remota ed è stato calcolato un punteggio di rischio cardiovascolare: 1 punto per fumo attivo, diabete, ipertensione e genere maschile; 2 punti per precedente diagnosi di malattia coronarica o ictus (punteggio totale: da 0 a 8).

292 soggetti con aMCI (63%, multidominio 54%, monodominio 9%), 170 con naMCI (37%, multidominio 25%, monodominio 12%). Complessivamente, 190 MCI sono progrediti a demenza durante il follow-up, circa uno su due tra gli aMCI (49%) e uno su tre tra gli naMCI (28%); di questi, il 34% ha sviluppato LOAD, il 35% demenza "mista" (caratteristiche clinico-strumentali di LOAD e VD), il 29% VD e il 2% altre forme di demenza. Il punteggio MMSE (per aumento di 1 punto - HR: 0,84; IC al 95%: 0,79-0,90), l'aMCI (HR: 2,35; IC al 95%: 1,39-3,98) e l'età (per un aumento di 1 anno - HR: 1,05; IC al 95%: 1,01-1,10) sono stati significativamente associati alla progressione verso la demenza, indipendentemente dal sesso e dall'istruzione. Rispetto ai soggetti MCI con 0 predittori, è stata riscontrata una tendenza significativa verso un aumento del rischio di progressione a demenza in soggetti con 1 fattore (HR: 12; IC 95%: 1,7-91), 2 fattori (HR: 28; 95 % CI: 4,0-210) e tre fattori (HR: 45; IC 95%: 6,5-328). Al contrario, l'associazione tra il punteggio GDS (3 categorie; 0-4, 5-10, > 10 punti), punteggio cardiovascolare e la progressione non era significativa. Circa il 30% dei nostri pazienti con MCI evolve in demenza, i pazienti con aMCI hanno un tasso di progressione più elevato rispetto a naMCI (1:2 vs 1:3), con una maggior probabilità di evolvere in LOAD. È stato possibile ottenere un punteggio prognostico di evoluzione da MCI a demenza basato su dati clinici (aMCI, età ≥ 78 anni e MMSE $< 25/30$), la suddivisione dei pazienti in categorie di rischio (0-3) potrebbe consentire di diagnosticare alcune forme di demenza all'esordio, che potrebbero beneficiare di terapie specifiche, dato che attualmente nessun farmaco è approvato per il trattamento del MCI.

BPCO e funzioni cognitive

LA CARATTERIZZAZIONE NEUROPSICOLOGICA DELLO STATO DI PRE-FRAGILITÀ NEL NORMAL COGNITIVE AGEING

BARTOLI MASSIMO¹, PALERMO SARA², CIPRIANI GIUSEPPINA ELENA¹, AMANZIO MARTINA²

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Torino - IT

² Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Torino - European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, Bruxelles, Belgio

L'invecchiamento è un processo biologico naturale età-dipendente, caratterizzato dallo sviluppo, dalla maturazione e dal declino dell'organismo (Paolisso G. et al., 2014). Nel normal cognitive ageing si osserva un incremento del numero di comorbidità (polipatologia) e un corrispondente aumento del numero di farmaci assunti (polifarmacoterapia) (Umegaki H. et al., 2019). Questa situazione di vulnerabilità aumenta il rischio di sviluppare un quadro di fragilità fisica, definita come uno stato biologico dinamico, caratterizzato da una ridotta resistenza ai fattori di stress a causa dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici e un conseguente aumento del rischio di outcome negativi per la salute (Fried L.P. et al., 2001). È stato visto come la fragilità fisica e le disfunzioni cognitive risultino influenzarsi reciprocamente; tuttavia, non è stato ancora dimostrato quale dei due fattori sia determinante sull'altro (Canevelli M. et al., 2015), in un ambito di prevenzione primaria.

Il presente studio (in itinere) si pone l'obiettivo di indagare in soggetti in normal cognitive ageing la presenza di possibili quadri di fragilità o pre-fragilità, definita come uno stato preclinico (Amanzio M. et al., 2015) caratterizzato dalla potenziale reversibilità.

60 soggetti volontari (14 maschi e 46 femmine, età media 70,2±6,4) iscritti presso l'Università della Terza Età di Torino sono stati sottoposti ad un assessment multidimensionale, al fine di valutare gli aspetti neuropsicologici e la possibile presenza di pre-fragilità fisica.

Secondo il paradigma fenotipico (Fried L.P. et al., 2001), il campione preso in considerazione è risultato composto in prevalenza da soggetti robusti (65%). Solo il 2% è stato identificato come fragile, mentre circa un terzo della popolazione analizzata ha mostrato una condizione di pre-fragilità (32%). Per quanto concerne la relazione tra fragilità fisica e aspetti cognitivi e comportamentali, sono state osservate delle associazioni tra la presenza di un quadro di prefragilità e cambiamenti del tono dell'umore, del funzionamento cognitivo globale e della capacità di ragionamento non verbale. Le associazioni osservate, sebbene suggestive di una relazione tra aspetti di pre-fragilità fisica e alcune disfunzioni sul versante neuropsicologico, necessitano tuttavia di ulteriori studi al fine di chiarire la direzione di tale rapporto e di comprendere quale delle due variabili possa essere determinante sull'altra.

Il presente studio mostra come sia fondamentale analizzare l'associazione tra pre-fragilità e disfunzioni neuropsicologiche nella popolazione anziana normativa, in modo da attuare tempestivi approcci di potenziamento nell'ambito della prevenzione primaria.

Bibliografia

Amanzio M, Palermo S, Zucca M, Rosato R, Rubino E, Leotta D, Bartoli M, Rainero I. Neuropsychological correlates of pre-frailty in neurocognitive disorders: a possible role for metacognitive dysfunction and mood changes. *Front Med (Lausanne)*. 2017 Nov 15; 4:199.

Canevelli M, Cesari M, van Kan GA. Frailty and cognitive decline: how do they relate?. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2015 Jan; 18(1):43-50.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar; 56(3):M146-56.

Paolisso G, Boccardi V. L'invecchiamento della popolazione: i dati dell'Osservatorio ARNO. *Journal of Gerontology*. 2014; 62:60-63.

Umegaki H, Yanagawa M, Komiya H, Matsubara M, Fujisawa C, Suzuki Y, Kuzuya M. Polypharmacy and gait speed in individuals with mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 Aug; 19(8):730-735.

Insufficienza renale e funzioni cognitive

SVILUPPO E VALIDAZIONE INTERNA DI UN INDICE DI RISCHIO DI RISCHIO DI DELIRIUM INCIDENTE IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

AROSIO PAOLA¹*, DIANA MARIA CONCETTA¹, BADALAMENTI SALVATORE¹, BERNARDINI BRUNO¹

¹ *Humanitas research hospital, Rozzano (MI) - IT*

L'insufficienza renale acuta (IRA) e il delirium sono condizioni fortemente associate ad esiti di salute avversi. Pochi studi hanno esaminato l'associazione tra IRA e Delirium o considerato l'insufficienza renale acuta come fattore di rischio per delirium¹. Obiettivo dello studio è di sviluppare e validare internamente un indice prognostico per la stima del rischio individuale di delirium in un gruppo di pazienti con IRA ricoverati in Unità di Nefrologia.

Studio prospettico condotto su pazienti di età >18 anni con IRA ricoverati consecutivamente in 2 periodi differenti (febbraio-agosto 2018 e febbraio-giugno 2019), provenienti da pronto soccorso o dalla terapia intensiva. Il delirium, segnalato in cartella clinica elettronica da termini quali "delirium", "confusione", "agitazione", "fluttuazione della vigilanza/coscienza" e da concomitante nuova prescrizione di antipsicotici o benzodiazepine, è stato confermato dal test 4AT 2. Oltre ai dati demografici sono stati considerati come potenziali predittori l'insufficienza renale cronica, la multimorbilità (Charlson Index), lo stato funzionale pre-evento, le variabili cliniche e funzionali al baseline (comprese le cause di IRA e gli esami ematochimici). Tutte queste misure sono state considerate per l'analisi multivariata, condotta secondo un modello di regressione logistica. Su 149 pazienti ricoverati 32 (21.5%) hanno presentato delirium durante la degenza. L'analisi multivariata ha identificato 4 variabili indipendenti associate all'insorgenza di delirium: l'età avanzata, l'insufficienza renale cronica, una storia di demenza, e la dipendenza nella mobilità di base all'ammissione. Abbiamo quindi generato lo score DAKIR (Delirium in AKI Risk score) che ha mostrato ottima capacità discriminativa [curva ROC = 0.86 (95%CI 0.75-0.94)] e pressoché perfetta calibrazione interna. Lo score DAKIR varia da 1 a 6, con un rischio crescente di delirium che varia dallo 0% all'84%.

DAKIR è un semplice score di rischio individuale di delirium nei pazienti con IRA, applicabile al letto del paziente. L'uso dello score nella pratica corrente può supportare i processi decisionali per prevenire il delirium e differenziare l'intensità del work-up diagnostico-terapeutico dei pazienti con insufficienza renale acuta.

Bibliografia

Bellelli G, Morandi A. 4AT Italian version 1.2. Milano Bicocca University, Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium (GISD), Italia 2016.

Siew ED, Fissell WH, Tripp CM, Blume JD, Wilson MD, Clark AJ, Vincz AJ, Ely EW, Pandharipande PP, Girard TD. Acute Kidney Injury as a Risk Factor for Delirium and Coma during Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017 Jun 15; 195(12):1597-1607.

Il consumo di farmaci nella terza età: salvavita e sintomatici

L'UTILIZZO DEGLI STABILIZZANTI DEL TONO DELL'UMORE IN PAZIENTI AFFETTI DA DIPENDENZE PATOLOGICHE: DATI PRELIMINARI

PRISCO VINCENZO¹

¹ Asl Napoli 1 centro Dipartimento di Psichiatria, Napoli - IT

È in svolgimento uno studio retrospettivo che indagli le caratteristiche di personalità dei pazienti affetti da dipendenze patologiche (alcol, gioco d'azzardo patologico, cocaina, eroina, cannabis) autori o meno di reato.

Sono state somministrate scale di valutazione del profilo personologico quali la MMPI2, la SCID 1 e 2, le interviste diagnostiche secondo il DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) e la ASI (Addiction Severity index), correlandole con l'attitudine a far uso di sostanze e/o a commettere un determinato tipo di reato. I pazienti già seguiti presso Ser.D (Servizi dipendenze patologiche) e/o CSM (Centri di salute mentale) oppure a visita ambulatoriale sono stati inoltre screenati grazie ai test sopra menzionati, cercando l'esistenza di correlazioni tra utilizzo di una determinata sostanza e reato commesso. Il periodo di osservazione è di 12 mesi.

È stata inoltre valutata per ognuno l'utilità di una terapia psicofarmacologica a base di stabilizzanti del tono dell'umore. Una volta fatta la diagnosi di Disturbo di Personalità di Cluster B o Disturbo Bipolare in fase espansiva, sono stati somministrati farmaci stabilizzanti, a dosaggi e tempi congrui (Acido Valproico 500-1500 mg/die, Oxcarbazepina 300-1800 mg/die, Topiramato 25-300 mg/die, Gabapentin 300- 1800 mg/die). La scala di Valutazione dell'Addiction (ASI) è stata ripetuta mensilmente per valutare l'impatto del farmaco sulla sintomatologia impulsiva riscontrata. Il paziente è stato visitato con cadenza quindicinale per valutare lo stato psichico e l'eventuale comparsa di effetti collaterali. Il periodo di osservazione è stato di 12 mesi. Il campione trattato è stato confrontato con un gruppo controllo, con le stesse caratteristiche diagnostiche, ma che ha rifiutato il trattamento psicofarmacologico, accettando solamente il trattamento psicologico.

Gli stabilizzanti dell'umore si propongono come farmaci in grado di attenuare la sintomatologia ascrivibile al Disturbo della Personalità e dell'Umore, ed in tal modo, ridurre il craving e l'abuso di sostanze, cui il paziente è spinto a far uso per carenza di inibizione - eccesso di disinibizione comportamentale. La differenza tra i pazienti trattati con farmaci stabilizzanti dell'umore e pazienti che accettavano solo il trattamento psicologico era statisticamente significativa ($p < 0.05$).

Conclusioni

Gli stabilizzanti dell'umore si propongono come una terapia utile ed efficace in pazienti abusatori di sostanze in comorbidità con disturbo Bipolare/disturbo di Personalità di Cluster B. L'utilizzo di tale classe farmacologica, in tale tipo di pazienti appare più efficace rispetto all'utilizzo del solo trattamento psicologico

ATDP: ADERENZA TERAPEUTICA DOMICILIARE PERSONALIZZATA (STRATEGIA PER MIGLIORARE LA COMPLIANCE TERAPEUTICA IN PAZIENTI FRAGILI)

SENESI BARBARA^{*[1]}, PRETE CAMILLA^[1], SULPASSO ROBERTO^[1], PINNA ALESSANDRA^[1], QUISPE KATERIN^[2], PIANA ANNA MARIA^[2], PILOTTO ALBERTO^[2]

¹ CDCD -CUROGE -Geriatría E.O. Galliera, Genova - IT

² Department of Geriatric Care, Orthogeriatrics and Rehabilitation, Galliera Hospital, Genova - IT

In seguito a multiple segnalazioni di incidenti critici a domicilio di pazienti anziani fragili e comorbidi, afferenti al nostro centro CDCD e conseguenti inappropriati accessi in ospedale , si è reso necessario creare un protocollo per migliorare la compliance terapeutica: ATDP-Aderenza Terapeutica Domiciliare Personalizzata, in modo da fornire ai pazienti anziani un' ottimale e personalizzata assunzione di farmaci a domicilio, individuando le criticità personali nell'adesione ai farmaci. Inoltre tramite deprescrizione farmacologica abbiamo cercato di determinare una riduzione del carico anticolinergico, con conseguente riduzione del rischio di confusione, cadute e ospedalizzazione.

In questo studio pilota sono stati arruolati 30 soggetti anziani (età media 79,1, 70% femmine) con polifarmacologia, afferenti al CDCD e sottoposti a valutazione geriatrica multidimensionale e della fragilità utilizzando le seguenti scale: MPI (Multidimensional Prognostic Index) , MMSE (Mini Mental State Examination) , QFES(questionario farmaci ed eventi sentinella), ACB calculator (Anticholinergic Burden - calculator). Tutti hanno ricevuto uno schema terapeutico "ad personam" semplificato , modificabile e condivisibile (paziente, caregiver, medico di base, farmacista, medico specialista, personale di eventuale struttura semiresidenziale come il Centro Diurno) e-dopo accurata anamnesi farmacologica e calcolo del burden anticolinergico -sono stati sottoposti a deprescrizione farmacologica. Il follow-up è avvenuto a tre e sei mesi dall'applicazione del progetto ATDP.

Dal QFES iniziale è risultata una media di farmaci \die di 9,8 \die, con un numero di somministrazioni \die di 11,8.

Il 70% dei pazienti, prima della deprescrizione, presentava un carico anticolinergico > 3, significativo per un aumentato rischio di confusione, cadute e morte. L'applicazione del progetto ATDP evidenzia una riduzione significativa degli errori totali (dal 37% al 5%). Inoltre la deprescrizione (media n. farmaci\die 7,8\die), soprattutto di f. con elevato burden anticolinergico, ha consentito una significativa riduzione del carico anticolinergico (il 60% dei pazienti dopo deprescrizione presentava un ACB calculator < 3).

L'applicazione del progetto ATDP ha inciso positivamente sull'aderenza terapeutica del paziente, limitando fino ad annullare gli errori nell'assunzione di terapie complesse domiciliari ed è associata ad una maggiore consapevolezza della terapia assunta (educazione terapeutica personalizzata), rendendo possibile una significativa riduzione del burden anticolinergico. Ulteriori dati e una tempistica almeno di un anno saranno necessari per analizzare se l'ATDP comporti una riduzione anche dell'incidenza di visite mediche e/o accessi ospedalieri e di cadute.

Bibliografia

Bliss MR, McLaren R, Exton-Smith AN. Mattresses for preventing pressure sores in geriatric patients. *Mon Bull Minist Health Public Health Lab Serv.* 1966 Nov; 25:238-68.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony P, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Grathwohl D, Vellas B, Sieber CC; MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging.* 2009 Nov; 13(9):782-8.

Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of an index of ADL. *Gerontologist.* 1970 Spring;10(1):20-30.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969 Autumn; 9(3):179-86.

Linn BS, Linn MW, Gurel L. The Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1968 May; 16(5):622-6.

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975 Oct; 23(10):433-41.

Polypharmacy and Medicines Optimisation in Older People. East Cheshire NHS Prescribing Commissioning Policy, August 2016.

Villalba-Moreno AM, Alfaro-Lara ER, Pérez-Guerrero MC, Nieto-Martín MD, Santos-Ramos B. Systematic review on the use of anticholinergic scales in poly pathological patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016 Jan-Feb; 62:1-8.

Sitografia

<http://www.mpiage.eu>. Accessed, 2 Mar 2018.

<http://www.acbcalc.com/>. King R. ACB Calculator.

o psicologico.

Le nuove tecnologie per l'anziano a casa, in ospedale e nelle residenze

L'USO DELLA REALTÀ VIRTUALE PER LA MODIFICA DEGLI STATI EMOTIVI DISFUNZIONALI NELLE DEMENZE

CAMPANA ARTURO¹, ROTASPERTI CHIARA¹, VISINI GIULIA¹, PERSICO MONICA¹, TOMASONI CLARA¹, CAPPUCCIO MELANIA¹

¹ Fondazione I.P.S. Card. Gusmini ONLUS, Vertova (BG) - IT

La realtà virtuale (VR) negli ultimi anni ha spaziato in moltissimi ambiti, in particolare nel campo medico-scientifico ha dimostrato di essere in grado, tramite l'effetto immersivo, di riattivare molteplici funzioni corticali e avere importanti effetti emotivi.

Molti ricercatori hanno iniziato ad applicare la tecnologia VR in pazienti con diverse fasi di deterioramento cognitivo, con un sempre maggior numero di proposte di esposizione di tali pazienti ad esperienze virtuali allo scopo di migliorare in generale il loro stato di benessere emotivo. Al momento tuttavia non esiste una metodologia accurata di guida rispetto a tali interventi, e mancano dati di efficacia.

Viene presentata la esperienza clinica sperimentata presso la Residenza Socio Assistenziale Nuclei Alzheimer della Fondazione IPS Card. Gusmini di Vertova, un Servizio che accoglie in regime residenziale 41 persone anziane affette da Demenza in grado di deambulare e con disturbi del comportamento in fase attiva. Lo scopo principale dell'intervento sottende l'ipotesi che la VR possa essere uno strumento d'aiuto nella modificazione di stati emotivi disfunzionali (apatia, ansia, tensione, angoscia, passività) in persone affette da demenza.

La metodologia prevede la selezione di pazienti sulla base del tipo di disturbo emotivo comportamentale da modificare, la raccolta accurata degli elementi anamnestici remoti e dell'efficacia degli interventi relazionali non farmacologici già in atto, la realizzazione o selezione di filmati (3D)360° sulla base della finalità dell'intervento (ad esempio filmati a scopo "attivante" nel caso di pazienti con grave apatia). L'esposizione del paziente tramite visore VR avviene sempre con la presenza di personale sanitario (psichiatra, psicoterapeuti, psicologi, tecnico della riabilitazione psichiatrica, personale infermieristico) opportunamente formato e supervisionato. La variazione comportamentale e dello stato emotivo viene registrata sia con scale di osservazione standardizzate sia con osservazioni qualitative.

Vengono presentati i dati relativi a 15 pazienti (4 per la modifica di apatia, 4 per la attenuazione dello stato ansia/tensione, 4 per la attivazione di ricordi piacevoli, 3 per la attenuazione della agitazione psicomotoria).

I risultati mostrano una significativa modificazione dello stato emotivo durante l'esposizione e nel post immediato, l'incremento di sensazioni piacevoli manifestate a livello espressivo e l'aumento del livello di attenzione. Spesso in pazienti con deterioramento cognitivo non severo si concretizza la possibilità di effettuare un percorso di reminiscenza grazie alle attivazioni dei ricordi con le esposizioni in VR, che vengono spesso ricordate in alcuni loro elementi. L'efficacia dell'intervento sembra correlare con la durata e l'intensità dell'effetto immersivo, che viene reso difficoltoso da elevati stati di tensione e agitazione e da gravi deficit di attenzione. In tal caso l'intervento rende necessario un affiancamento relazionale molto attivo da parte dell'operatore. In alcuni casi l'intervento di esposizione ha presentato una efficacia elevata che si è mantenuta nell'arco temporale di poche ore.

Le conclusioni, seppure preliminari, depongono per importanti effetti a breve termine di tali interventi. Le osservazioni qualitative evidenziano l'importanza di attuare contemporaneamente un intervento relazionale con caratteristiche peculiari, come favorire l'ingresso e l'uscita dall'esperienza immersiva virtuale.

Bibliografia

Parisi T. Learning Virtual Reality: Developing Immersive Experiences and Applications for Desktop, Web, and Mobile. O'Reilly Media, Inc. 2015 Nov.

Riva G, Mantovani F, Capideville CS, Preziosa A, Morganti F, Villani D, Gaggioli A, Botella C, Alcañiz, M. Affective interactions using virtual reality: the link between presence and emotions. *CyberPsychology & Behavior*. 2007 Feb; 10(1):45-56.

ATS BRIANZA LIBERA DA CONTENZIONI

CASÈ ALESSANDRA¹, DECÒ PAOLA¹, GUARISCO EMANUELA¹, GOBBI PAOLA¹, OFFREDI DONATO¹, ZANETTI ERMELLINA²

¹ ATS Brianza, Monza - IT

² APRIRE NETWORK, Brescia - IT

La contenzione è definita "qualsiasi azione, procedura o mezzo applicato o adiacente al corpo, che la persona non può controllare o rimuovere facilmente e che impedisce la libertà di movimento atta ad assumere una posizione di scelta e/o l'accesso al proprio corpo".

Il progetto, pluriennale, mira a "rendere libero" il territorio ATS Brianza dall'utilizzo della contenzione, a partire dalle RSA, per poi coinvolgere gli altri setting di cura. L'obiettivo è innescare un cambiamento culturale che consenta alle équipe di cura di attuare modalità alternative alla contenzione, frutto di lettura multidisciplinare dei bisogni dell'ospite.

Per il 2019 il progetto ha reclutato due strutture, RSA Piccolo Cottolengo di Don Orione di Seregno (MB) e RSA Luigi e Regina Sironi Onlus di Oggiono (LC). Le 2 RSA sono state coinvolte in un percorso di formazione accreditato ECM sia residenziale (un evento di 8 ore) che sul campo (4 incontri di 4 ore ciascuno in ciascuna RSA), al quale hanno partecipato circa 80 operatori. Durante la formazione sul campo gli esperti e le singole équipe hanno analizzato i casi più complessi, per i quali la rimozione della contenzione alimentava timori e preoccupazioni, per condividere strategie alternative per assistere senza contenere. Sono state condotte due indagini di prevalenza, all'inizio (T0) e alla fine del percorso formativo (T1) circa l'utilizzo di mezzi di contenzione, quali strumenti, per quanto tempo e le motivazioni alla prescrizione.

Parallelamente alla formazione degli operatori sono stati effettuati incontri con i familiari degli ospiti per informarli e coinvolgerli. Attraverso la creazione di una sezione dedicata al progetto nel sito istituzionale¹, la diffusione attraverso i social media, comunicati stampa e articoli si sono informate e coinvolte le comunità locali e tutti gli stakeholder.

Nel mese di dicembre sono stati presentati e discussi i risultati del primo danno di lavoro nel corso di un convegno, che ha visto la partecipazione di molti direttori e operatori delle RSA, di rappresentanti del territorio (Comuni, Sindacati) e di strutture sanitarie per acuti.

I dati di prevalenza a T0 (giugno 2019) la RSA1 presentava il 57% di ospiti con almeno 1 contenzione, la RSA 2 presentava il 40.4% di ospiti contenuti.

A T1 (novembre 2019), dopo solo 5 mesi di lavoro, costituito da formazione delle équipe multidisciplinare discussione dei casi clinici alla presenza di esperti, la RSA1 presentava il 31.6% di ospiti contenuti, mentre la RSA 2 il 36% di ospiti contenuti.

I risultati dimostrano che un progetto condiviso e sostenuto da tutti i livelli dell'organizzazione, basato sulla formazione, la discussione di casi in équipe ed il coinvolgimento dei familiari nel cambiamento culturale, rende possibile la riduzione dell'utilizzo della contenzione. ATS Brianza proseguirà il progetto l'anno 2020, coinvolgendo 6 nuove RSA, oltre a proseguire la supervisione dell'attività intrapresa nelle 2 RSA pilota. Gli operatori delle RSA pilota verranno coinvolti come formatori dei loro colleghi delle nuove RSA arruolate. Verranno proposte visite documentative presso le RSA pilota e nuclei/realità già "contenzione free" del territorio lombardo. Infine verranno incrementate azioni di sensibilizzazione rivolte al territorio sul tema della tutela dei diritti delle persone fragili.

¹<https://www.ats-brianza.it>

Bibliografia

Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP; International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Nov; 64(11):2307-10.

Sitografia

http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf. Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). La contenzione: problemi bioetici, Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). Presidenza Consiglio dei Ministri, 23 aprile 2015.

INTERAZIONE INTERDISCIPLINARE NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

PAPA VIRGINIA FEDERICA¹, DE SIMONE STEFANO¹, DEL PRETE ARIANNA², BATTISTA CLAUDIO², PAPA MARIO VIRGILIO², BIEVEL RADULESCU RALUCA², VARRICCHIO GINA¹

¹ Dipartimento di medicina AORN sant'Anna e San Sebastiano, Caserta - IT

² AORN, Caserta - IT

Prevenire e/o ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi in ospedale:

- individuazione del paziente a rischio;
- attivazione gruppo di lavoro multidisciplinare : medici, psicologi, architetti;
- analisi della valutazione dei rischi;
- attivazione di un processo di revisione e adattamento delle caratteristiche degli ambienti e degli spazi ospedalieri al fine di contribuire ad evitare il verificarsi dell'evento;
- attivazione di uno specifico protocollo per la segnalazione di evento sentinella;
- aggiornamento specifico obbligatorio per il personale sanitaria.

Da circa cinque anni la UOC Ingegneria Ospedaliera dell'AORN S. Anna e S. Sebastiano di Caserta ha attivato un processo di revisione e adattamento delle caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri al fine di prevenire il rischio di suicidio del paziente in ospedale.

Tra le attività da eseguire vi sono interventi "a costo zero" di immediata attivazione quali l'interdizione dell'accesso ai terrazzi di copertura dei vari edifici ospedalieri. Sul punto, l'AORN ha agito dotando le varie porte d'uscita di serrature le cui chiavi di sblocco sono a disposizione del solo personale tecnico per eventuali ispezioni ed interventi manutentivi sui macchinari collocati in copertura.

In seconda battuta vi sono interventi il cui costo è minimo quali, ad esempio, la sostituzione delle normali maniglie degli infissi esterni dei reparti "sensibili" con maniglie dotate di serratura che agisce limitando l'apertura dei battenti per impedire lo sporgersi all'infuori. Anche su tale punto l'AORN è intervenuta inserendo specifiche serrature le cui chiavi sono state poi messe a disposizione dei caposala.

Infine possono essere realizzati interventi più complessi che richiedono un maggior impegno di spesa, quali ad esempio la rimozione dalle ringhiere, sia per i balconi degli ambienti di degenza, sia per le scale di sicurezza, di qualsiasi elemento che possa agevolare tramite punti di appoggio impropri lo scavalco. Sul punto l'AORN sta programmando i relativi interventi.

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante tuttavia può essere prevenuto con l'adozione di particolari strategie. Prima di tutto l'attuazione di processi assistenziali condivisi tra tutte le varie unità operative sia esse assistenziali (reparti di degenza) sia di organizzazione sanitaria (risk management) sia tecniche (Ingegneria ospedaliera) ministero della salute. procedura "prevenzione suicidio in ospedale". PDTA Prevenzione del suicidio AORN Caserta.

USO DEL SOFTWARE "MEMO" SU TABLET IN PERSONE CON DEMENZA O DETERIORAMENTO COGNITIVO: UNA ESPERIENZA QUALITATIVA

PETTINATO LAURA¹, VACCARO ROBERTA¹, VALLE ELEONORA², VITALI SILVIA², CUTAIA CHIARA², CAIRATI MARCO², GUAITA ANTONIO¹, COLOMBO MAURO¹

¹ Golgi Cenci Foundation, Abbiategrasso (MI) - IT

² Istituto Geriatrico Camillo Golgi, Abbiategrasso (MI) - IT

Premessa

L'utilizzo di videogiochi che integrano uno scenario "serio" in uno di gioco sta diffondendosi nei contesti di cura delle persone con demenza o deterioramento cognitivo. La letteratura concernente gli anziani sani depone per effetti favorevoli persistenti sulla flessibilità cognitiva, e pure su altre facoltà non direttamente allenate, con riscontri anche neurofisiologici; non mancano però voci contrastanti. L'obiettivo di tale combinazione di scenari nei videogiochi per gli anziani con deterioramento cognitivo consiste nel miglioramento dei deficit cognitivi e dei disturbi del comportamento.

Scopo: Acquisire informazioni iniziali qualitative sull'impiego di "MeMo", una applicazione per tablet sviluppata dalla Università della Costa Azzurra, la cui sigla richiama esplicitamente a "memoria e motivazione" [<http://www.memory-motivation.org/>]. La proposta di utilizzo mirava a valutare l'accettabilità e la fruibilità per ciascun paziente, puntando a stimolarne la memoria, la flessibilità mentale e la attenzione.

Contesti

Il programma ed il supporto digitale sono stati inseriti – per esplicita scelta - mai isolatamente, ma insieme ad esercizi a carta e matita, nell'ambito di una proposta di stimolazione cognitiva specifica personalizzata, basata sulla conoscenza, osservazione e valutazione del paziente da parte delle diverse figure professionali e nell'ambito della riunione di gruppo, definendo gli obiettivi riabilitativi specifici per ciascun soggetto. L'applicazione consente di stimolare adeguatamente la capacità di flessibilità mentale che riguarda il ragionamento contro-intuitivo, la capacità di inibizione della risposta automatica, permettendo l'automonitoraggio e l'adeguamento dei tempi di reazione agli stimoli. Nella sua versione attuale, richiede una presenza in supporto per mediare la presentazione in lingua inglese. Gli ambiti di cura adottati al presente sono stati di tipo semi-residenziale [17 persone, con livelli di Clinical Deterioration Scale (CDR) compresi tra 0,5 e 2, cui sono stati proposti esercizi da MeMo prevalentemente orientati a flessibilità mentale ed attenzione] e di Nucleo Alzheimer per degenze a termine [13 pazienti (CDR 2 e 3), cui sono stati proposti principalmente esercizi da MeMo mirati ad attenzione, riconoscimento]. Il supporto digitale è stato utilizzato per integrare il software MeMo con altre applicazioni digitali [per esempio rivolte alla reminiscenza ed al ri-orientamento topografico].

Osservazioni

Particolare attenzione è stata rivolta alle caratteristiche personologiche di ogni paziente, specialmente riguardo alla ansia da prestazione ed al timore del giudizio: tale caratteristica – a seconda del singolo soggetto – ha portato a proporre “MeMo” prima piuttosto che dopo gli esercizi a carta e matita, tenendo conto anche di scolarità ed abitudine agli esercizi tradizionali, in modo da favorire una buona accettazione ed una risposta positiva sia in termini di incremento della motivazione sia di prestazione al compito. Nei pazienti che presentavano impulsività e disinibizione, l'utilizzo di esercizi attentivi che richiedono un controllo dei tempi di reazione con effetto immediato e visibile dell'errore, ha consentito di aumentare la capacità di automonitoraggio e di incremento delle risorse attentive, in modo più efficace rispetto ad altre tipologie di esercizio; la componente ludica ha garantito una migliore partecipazione al contesto di stimolazione cognitiva.

Conclusioni

Il giudizio qualitativo sulla esperienza è risultato positivo: su 30 soggetti, è stato registrato un solo rifiuto, da parte di un paziente particolarmente oppositivo. Sono stati individuati pochi limiti tecnici e concettuali del programma, a fronte di svariati meriti ed opportunità offerte dalla applicazione, che è stato possibile confermare direttamente, confermando che le tecnologie sono mezzi da adoperare con attenzione al contesto di cura, dove si integrano con la clinica e la ricerca.

ETÀ E RECUPERO DEL MOVIMENTO DOPO TRAINING CON IL DISPOSITIVO ROBOTICO “MOTORE”

VALLOTTI BARBARA¹, TOSTI VALENTINA¹, PANUNZI COSTANZA¹, BIONDI TULLIO¹, MAYER FEDERICO¹

¹ IFCA Ulivella e Glicini, Firenze - IT

MOTORE (MOBILE roboT for upper limb neuroOrtho REAbilitation) è un dispositivo robotico per il recupero motorio delle lesioni neurologiche dell'arto superiore (distretto spalla-mano). È dotato di un meccanismo servo assistito che fa eseguire al paziente la traiettoria corretta nel caso di percorso errato o di un bersaglio non raggiunto. L'interfaccia grafica permette esercizi di reaching e carrying di bersagli sul piano orizzontale, esecuzione di traiettorie (circolari e ovalari) e compiti di tipo ecologico (lavare piatti, prendere monete).

Lo scopo di questo studio è quello di valutare gli effetti del training sui parametri cinematici in relazione all'età dei soggetti.

Sono stati considerati soggetti con indicazione ad effettuare training con MOTORE e che hanno completato il trattamento dal maggio 2017 al settembre 2019.

Per valutare gli effetti del trattamento sono stati considerati alcuni parametri cinematici registrati dalla macchina: lavoro (in Joule), durata dell'esercizio (in secondi), precisione del lavoro rispetto alla traiettoria ottimale (%), velocità (normalizzata per un valore soglia di sicurezza 0,8 m/sec) durante l'esecuzione del task dell'esercizio. È stata valutata mediante la capacità cognitiva in maniera formale mediante Mini Mental State Examination corretto per età e scolarità (MMSEc).

Hanno effettuato trattamento con MOTORE 33 pazienti, 29 affetti da ictus (28 ischemico, 1 emorragico e 4 con altra patologia neurologica (esiti di ictus cerebrale e politrauma). 13 con paresi destra all'arto superiore, 20 sinistra. 22 uomini, 11 donne. 18 soggetti Gruppo Giovani (GG) di età ≤ 74 anni (13 giovani < 64 anni e 5 giovani-anziani tra 65-74 età media 58,1 ± 9,9 anni) 15 soggetti ≥ 75 anni Gruppo Anziani (GA) (età media 82,7 ± 4,7 anni) di quest'ultimo gruppo 11 anziani tra 75-84 anni e 4 “Grandi Vecchi” (GV) di età 85-90 anni.

Alla valutazione cognitiva globale mediante MMSEc il GG mostrava valori significativamente più elevati, rispetto al GA (27,1±2,6 vs 22,0±5,1 p<0.01). All'interno del GA la sottopopolazione dei GV non aveva punteggi nella media dei MMSEc inferiori a quella del GA (MMSEc 25,1±5,3 vs 21,5±5,3 p=0,1).

Alla fine del trattamento GG mostrava un significativo miglioramento rispetto all'inizio nella durata dell'esercizio (216,4±82,5 vs 170,8±83,4 p<0.05), nella precisione (72,4±14,0 vs 89,4±8,1 p<0.001) e nella velocità (13,1±7,1 vs 18,5±10,7 p<0,04), ma non nel lavoro (32,4±24,7 vs 31,6 ±19,5 p=0.44).

Il GA mostrava un miglioramento, alla fine del training, nella precisione (61,1±18,7 vs 85,8±17,2 p<0,001) e nella velocità (12,4±6,11 vs 18,9±1,64 p<0.05), ma non nella durata dell'esercizio (195,4±93,4 vs 144,1±76,3 p=0.10) e nel lavoro (24,8±22,9 vs 27,2±17,4 p=0.40). I GV al termine del training mostravano un miglioramento significativo solo nella precisione dell'esercizio (63,5±13,6 vs 92,5±3,3 p<0,001).

L'età non interferisce con l'uso della macchina operativa MOTORE, ma i risultati del trattamento sono diversi nei vari gruppi: il GG mostra, alla fine del training, un miglioramento significativo nella durata dell'esercizio, velocità e precisione, mentre il GA migliora nella precisione, velocità di esecuzione, ma non nella durata dell'intero esercizio proposto. I GV erano più lenti anche nella velocità di esecuzione e pertanto miglioravano solo nella precisione. Nessun miglioramento significativo si registra sul parametro lavoro.

Bibliografia

Chang WH, Kim YH. Robot-assisted therapy in stroke re-habilitation. J Stroke. 2013 Sep; 15(3):174-81.

Kwakkel G, Meskers CG. Effects of robotic therapy of the arm after stroke. Lancet Neurol. 2014 Feb; 13(2):132-3.

La riabilitazione motoria della persona affetta da demenza

SPERIMENTAZIONE DEL PROFILO 5 DEDICATO ALLE DEMENZE NELLE CURE INTERMEDIE-EX RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA-: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA POPOLAZIONE RICOVERATA IN NUCLEO ALZHEIMER CURE INTERMEDIE NEL QUADRIENNIO 2016-2019

ENGADDI ILARIA¹, BONFANTI FEDERICO¹, FARINA SIMONA¹, SALMOIRAGHI FABRIZIO¹, SANTI IVANA²

¹ ASP IMMes e Pio Albergo Trivulzio-UOC RSA Riabilitazione Alzheimer e Demenze-UOS San Carlo e Riabilitazione Alzheimer, Milano - IT

² ASP IMMes e Pio Albergo Trivulzio-UOC RSA Riabilitazione Alzheimer e Demenze - IT

Regione Lombardia (DGR 1185 del 20/12/2013 e DGR 3383/15 del 10/4/2015) ha introdotto, in fase osservazionale e sperimentale nell'ambito del riordino della Riabilitazione, la rete delle "Cure Intermedie" (CI) con l'intento di assicurare un processo dinamico di continuità assistenziale per differenti livelli d'intensità di cure. È previsto un profilo (Profilo 5) dedicato alle Persone con Demenza già diagnosticata e con disturbi del comportamento in atto che necessitano di elevato supporto clinico, assistenziale, di riattivazione e recupero funzionale, sociale. Il profilo 5 è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica. Lo scopo dello studio è stato di analizzare le caratteristiche degli 809 pazienti ricoverati consecutivamente in CI profilo 5 in base al setting di provenienza, ospedaliero o domiciliare, e alla presenza o meno di frattura di femore.

È stata condotta un'analisi retrospettiva nel Nucleo Alzheimer Cure Intermedie -profilo 5 (ex Nucleo Alzheimer riabilitativo) del Pio Albergo Trivulzio di Milano riguardante i pazienti ricoverati nel quadriennio 2016-2019 per indagare caratteristiche e peculiarità delle 4 aree d'intervento previste dalle cure Intermedie (assistenziale, riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale) in base alla provenienza dei pazienti e alla presenza di frattura di femore.

Gli 809 pazienti ricoverati nel triennio considerato presentavano le seguenti caratteristiche:

Area riattivazione e recupero funzionale. Barthel Index medio ingresso/dimissione: 25.2/35.3 (+40%), Tinetti ingresso/dimissione: 13.0/14.84 (+14%).

Aree clinica e assistenziale. Provenienza: ospedale 488 (54%), domicilio 397 (44%), altro 23 (2%); Diagnosi di ricovero. Demenza/gestioni dei BPSD 69% (617), frattura femore 31% (280); ICA media (indice Complessità assistenziale): 2.8/4; Funzioni cognitive: MMSE medio: 8.6; Gravità della demenza: CDR media 2.8; CDR 0.5:0.2%, CDR1:4.8%, CDR2:28%, CDR3:53.2%, CDR4:12.4%, CDR5: 1.4% Disturbi comportamentali: Neuropsychiatric Inventory (NPI) medio ingresso/dimissione: 12.8/6.3 (-50%); durata media ricovero: 52.7 gg.

Area sociale. Modalità di dimissione: domicilio 480 (54%), RSA 237 (26.6 %), exitus 114 (13%), H 58 (6.5%); RSS media (Relative's Stress Scale): 28. L'indagine delle aree d'intervento relative alla sottopopolazione di pazienti suddivisa in base alla provenienza e in base al motivo del ricovero, è riportata nelle tabelle 1 e 2.

Il gruppo totale dei pz ricoverati e nei sottogruppi distinti per motivi di ricovero e provenienza la maggior parte dei pz presentava un buon recupero funzionale (maggiore nei pazienti fratturati e provenienti da ospedale), una riduzione di NPI di circa il 50% in tutti i sottogruppi considerati, un tempo medio di degenza e un tasso di mortalità sovrapponibile tra fratturati e non fratturati (12.5vs. 12.9%) ma 2,5 volte superiore nei pazienti di provenienza ospedaliera. Gli ospedalieri erano inoltre più gravi (CDR 2.88 vs 2.6, mediana 3 per entrambi i gruppi) e rientravano al domicilio meno dei pazienti di provenienza domiciliare (44% vs 67%). Il ricovero ospedaliero, indipendentemente dalla presenza di frattura, può rappresentare un evento drammatico in grado di compromettere fragili equilibri funzionali e determinare l'outcome sociale del paziente, seppur in presenza di minore livello medio di stress dei familiari rispetto ai pazienti domiciliari (RSS 30 vs RSS 27.5).

Bibliografia

Daly N, Fortin C, Jaglal S, MacDonald S. Predictors of Exceeding Target Inpatient Rehabilitation Length of Stay after Hip Fracture. Am J Phys Med Rehabil. 2020 Jan 16.

Regione Lombardia: DGR 1185 del 20.12.2013; DGR 3383/15 del 10.04. 2015.

Shih-Wei Lai. Dementia and the Risk of Hip Fracture. J Clin Neurol. 2020 Jan; 16(1):157.

Smith TO, Hameed YA, Cross JL, Henderson C, Sahota O, Fox C. Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 15; (6):CD010569.

ACQUAGYM E DEMENZA. L'ESPERIENZA DI UNA COMUNITÀ INTEGRATA SUL MARE E L'ACQUATICITÀ RITROVATA

MURRU CLAUDIA¹, VEGLIO BRUNO¹, COCCO MARIA CAROLINA¹

¹ Residenza Anni d'Oro, Cagliari - IT

Questo lavoro vuole raccontare l'esperienza di una residenza per anziani con accesso diretto dal giardino alla spiaggia, specializzata nell'accoglienza di persone che convivono con patologie dementigene e che nelle estati 2018 e 2019 ha sperimentato l'introduzione di questa attività ai fini riabilitativi ed educativi.

Nei mesi di luglio e agosto è stato attivato un servizio di accompagnamento al mare in presenza del fisioterapista munito anche di brevetto di bagnino, di una educatrice e di alcuni familiari che si sono uniti volontariamente.

Per 8 settimane, nei mesi di luglio e agosto, sono stati effettuati interventi quotidiani, dal lunedì al sabato, salvo condizioni meteo non favorevoli, escludendo la domenica a causa del maggiore afflusso di bagnanti sul tratto di litorale antistante la struttura.

Il primo anno sono stati coinvolti 7 residenti autocandidati (5F;2M) che hanno accettato di essere accompagnati in acqua dagli operatori, altri 8 (F) hanno preferito effettuare dei pediluvii di acqua salata.

Nella stagione 2019 il numero dei residenti che hanno aderito alla balneoterapia è stato di 11 (9F; 2M) e quello delle persone che hanno scelto il pediluvio è salito a 19 (13F; 6M).

Le sessioni di acquagym hanno avuto durata di 15 minuti circa, composte da due fasi, la prima atta a stimolare la termoregolazione, la seconda

divisa in esercizi attivi e passivi per gli arti superiori e inferiori. I residenti coinvolti sono stati monitorati in base a scala Tinetti, parametri vitali (PA e SpO₂), ritmi sonno veglia e tono dell'umore.

Le adesioni al programma riabilitativo sono aumentate, trend che ci aspettiamo anche per il 2020. In tutti coloro che hanno effettuato la balneoterapia non vi è stata ripercussione sulla PA, ma sono notevolmente migliorati il tono dell'umore e il riposo pomeridiano e notturno. La valutazione secondo la scala Tinetti ha rilevato un aumento dei valori nel 50% dei residenti coinvolti e complessivamente una riduzione del GDS.

L'esperienza fatta ha messo in evidenza come l'attività in acqua abbia avuto una valenza riabilitativa non solo dal punto di vista motorio, ma anche sul benessere generale con evidente miglioramento dell'umore e del sonno.

Bibliografia

Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International. London 2010.

Henwood T, Neville C, Baguley C, Beattie E. Aquatic exercise for residential aged care adults with dementia: benefits and barriers to participation. *Int Psychogeriatr*. 2017 Sep;29(9):1439-1449.

Henwood T, Neville C, Baguley C, Clifton K, Beattie E. Physical and functional implications of aquatic exercise for nursing home residents with dementia. *Geriatr Nurs*. 2015 Jan-Feb;36(1):35-9.

Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 2004 Oct;85(10):1694-1704.

Littbrand H, Stenvall M, Rosendahl E. Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*. 2011 Jun;90(6):495-518.

Underwood M, Lamb SE, Eldridge S, Sheehan B, Slowther A, Spencer A, Thorogood M, Atherton N, Bremner SA, Devine A, Diaz-Ordaz K, Ellard DR, Potter R, Spanjers K, Taylor SJ. Exercise for depression in care home residents: a randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis (OP-ERA). *Health Technol Assess*. 2013 May;17(18):1-281.

INTERVENTI NELLA PREVENZIONE DELLE CADUTE NEGLI ANZIANI NELLA ASL DI TERAMO

SERRONI NICOLA¹, PIZZORNO ANNA MARIA¹, DI PIETRO MICHELA¹, SERRONI LUCA¹, DE FEBIS MARCO¹, CORDONE GRAZIELLA¹, SERRONI SIMONE², SERRONI ALESSANDRA³, MATTU VANESSA⁴, CAMPANELLA DANIELA⁵

¹ DSM ASL TERAMO, Teramo - IT

² ADI Fisioterapia ASL Teramo, Teramo - IT

³ CENTRO Fisiopatologia Respiratoria ASL Teramo, Teramo - IT

⁴ Servizio Medico Competente ASL Teramo, Teramo - IT

⁵ DSM ASTT Como, Como - IT

Tra i problemi clinici più seri degli anziani, le cadute e l'equilibrio instabile causano tassi di mortalità e morbidità elevati, oltre a contribuire sostanzialmente alla limitazione della mobilità e all'ingresso prematuro in residenze assistite. Dopo i 65/70 anni, il cammino può assumere "fisiologicamente" delle caratteristiche di alterata o ridotta funzionalità, divenendo responsabile di circa il 50% delle cadute. Circa un terzo degli anziani è a rischio di cadute; dopo gli 80 anni, uno su due.

Per disturbi della deambulazione si intendono dunque un rallentamento della velocità di marcia oppure una riduzione della fluidità, della simmetria o della sincronia dei movimenti corporei.

La velocità di marcia rimane stabile fin verso i 70 anni, poi si riduce progressivamente, di un valore pari al 15% ogni decennio.

L'anziano tende a camminare con passi più corti e a base leggermente allargata. Aumenta anche la durata della fase di appoggio monopodalico (ossia su un piede) e quella di doppio appoggio (sui due piedi); si riduce l'ampiezza dei movimenti articolari, specie a livello dell'anca.

Nell'ambito dell'ADI fisioterapia della ASL di Teramo si è stilato un protocollo di intervento nei confronti del paziente anziano affetto da disturbi dell'equilibrio.

Importante è inizialmente verificare l'impatto dei disturbi dell'equilibrio

- sulla funzione fisica: rischio / verificarsi di cadute e traumi correlati
- sulla funzione sociale: paura di cadere, possibile restrizione di attività e isolamento sociale
- Possibile ulteriore morbidità (traumi, inattività, depressione) ulteriore declino funzionale

Nel paziente anziano è necessario un approccio di tipo globale, che tenga conto di tre componenti fondamentali: fisica, psicologica e sociale.

Il fisioterapista deve utilizzare diverse tecniche di trattamento volte a stimolare il tessuto muscolare e nervoso del paziente: ad esempio mobilizzazione passiva, stretching, esercizi di rinforzo muscolare o di mantenimento delle abilità residue, addestramento all'utilizzo di ausili che favoriscano il recupero della deambulazione, esercizi per migliorare la qualità del cammino e incrementare la resistenza allo sforzo.

Per ottenere ciò è necessario tenere conto anche della componente psicologica che spesso si associa a un disturbo fisico specialmente nell'anziano, e che può condizionare l'andamento e la buona riuscita del trattamento riabilitativo.

Un programma di marcia regolare (30 minuti al giorno) è la prevenzione più efficace per mantenere la corretta mobilità. L'allenamento al cammino su un tragitto sicuro può portare, nell'arco di alcuni mesi, ad un mantenimento della corretta velocità e della durata della marcia. un programma di allenamento completo deve comprendere anche esercizi di stretching muscolare e di equilibrio, per incrementare la mobilità articolare e di conseguenza il controllo motorio.

Per ottenere ciò è necessario tenere conto anche della componente psicologica che spesso si associa a un disturbo fisico specialmente nell'anziano, e che può condizionare l'andamento e la buona riuscita del trattamento riabilitativo.

Un programma di marcia regolare (30 minuti al giorno) è la prevenzione più efficace per mantenere la corretta mobilità. L'allenamento al cammino su un tragitto sicuro può portare, nell'arco di alcuni mesi, ad un mantenimento della corretta velocità e della durata della marcia. un programma di allenamento completo deve comprendere anche esercizi di stretching muscolare e di equilibrio, per incrementare la mobilità articolare e di conseguenza il controllo motorio.

I risultati ottenuti sono stato ottimali dimostrando la validità dell'attività fisica nella prevenzione delle cadute dell'anziano.

LA RIABILITAZIONE GERIATRICA NELL'ADI FISIOTERAPICA DELLA ASL DI TERAMO

SERRONI NICOLA¹, PIZZORNO ANNA MARIA¹, SERRONI SIMONE², SERRONI LUCA¹, DI PIETRO MICHELA¹, CAMPANELLA DANIELA³

¹ DSM ASL Teramo, Teramo - IT

² ADI Fisioterapia ASL Teramo, Teramo - IT

³ DSM ASTT Como, Como - IT

La riabilitazione geriatrica è rivolta a un recupero delle capacità perdute o compromesse dell'anziano, sia per fattori legati all'età, sia per patologie che ne hanno ridotto o annullato le funzionalità.

I trattamenti di riabilitazione geriatrica si esplicano con più compiti mirati al recupero della funzionalità di arti o articolazioni compromessi da patologie, fratture o semplici processi di invecchiamento, mediante sedute di fisioterapia locali e specifiche riabilitazione geriatrica per quanto concerne lo scheletro e le articolazioni, a casa e spesso a letto del malato, effettuando una graduale rieducazione funzionale e un recupero dell'attività. I trattamenti di riabilitazione geriatrica devono garantire all'anziano un recupero generalizzato, che includa un buono stato di nutrizione, uno stato psicologico equilibrato, una capacità motoria ripristinata e una libertà dal dolore, e ricreare una condizione di recupero funzionale e stabilizzazione clinica. Affinché il paziente possa tornare alla sua vita quotidiana, è anche necessario educare il malato e i familiari alla nuova condizione e alla consapevolezza dell'assistenza di cui si necessita.

Il programma riabilitativo del paziente anziano si basa normalmente su 3 sedute settimanali della durata di 1 ora per un periodo di circa 3 mesi.

I risultati ottenuti con dei buoni trattamenti di riabilitazione, devono portare, quando possibile e le condizioni di base lo permettono, ad una ritrovata autonomia del paziente geriatrico grazie al recupero funzionale dal processo patologico, secondo trattamenti riabilitativi diversi per tipo, durata, contenuti ed intensità.

La fisioterapia è essenziale non solo per mantenere il tono muscolare e ristabilire la funzionalità motoria ma, di riflesso, anche per evitare le conseguenze di un decubito prolungato, come piaghe e infezioni, o depressione psicologica, derivata dalla perdita dell'autosufficienza.

I risultati ottenuti riguardo ai pazienti afferenti all'ADI Fisioterapia della ASL di Teramo si possono considerare più che soddisfacenti e hanno comportato anche un miglioramento in quasi tutti delle capacità cognitive.

TERAPIA DEL PASSEGGIARE COME PREVENZIONE DEI DISTURBI COGNITIVI E DEPRESSIVI DELL'ANZIANO

SERRONI SIMONE¹, CECI ANNA¹, PIZZORNO ANNA MARIA², DI PIETRO MICHELA², DE FEBIS MARCO², SERRONI LUCA², CORDONE GRAZIELLA², SERRONI ALESSANDRA³, MATTU VANESSA⁴, SORRENTINO GAETANO⁵, SERRONI NICOLA²

¹ ADI Fisioterapia ASL Teramo, Teramo - IT

² DSM ASL Teramo, Teramo - IT

³ Centro Fisiopatologia Respiratoria, Teramo - IT

⁴ Medicina Del Lavoro, Teramo - IT

⁵ Coop. Korian, Arezzo - IT

Nella ASL di Teramo il 10% delle donne fra 65 e 74 anni ha un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale). Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. I vantaggi dell'attività fisica ben praticata, sono tanti e coinvolgono diverse parti del nostro organismo, dai muscoli, alle ossa, fino ad arrivare al cervello, i principali sono:

1) Prevenzione

- Riduce il rischio di morte prematura.
- Riduce considerevolmente il rischio di sviluppare tumori del colon.
- Previene l'insorgere e aiuta a controllare la pressione alta (ipertensione).
- Favorisce la regolarizzazione del livello di zuccheri nel sangue (glicemia) riducendo così il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.
- Aiuta a diminuire il colesterolo cattivo (LDL) a vantaggio di quello buono (HDL), riducendo in questo modo il rischio di infarto e malattie cardiache.
- Previene l'insorgere dell'osteoporosi e aiuta a controllare la malattia.
- Diminuisce il rischio di obesità.

2) Benessere fisico

- Rafforza l'apparato muscolare e scheletrico e conseguentemente rallenta la fisiologica perdita di massa muscolare e ossea, oltre a migliorare la mobilità articolare.
- Rinforza la capacità respiratoria e la conseguente ossigenazione del sangue.
- Previene l'insorgenza di dolori alla colonna vertebrale in particolare nella zona lombare.
- Aumenta il dispendio calorico, favorendo così il calo di peso, e conseguentemente riduce l'affaticamento e aumenta l'agilità.
- Migliora l'aspetto fisico, grazie all'azione di modellamento dovuta alla tonificazione dei muscoli e alla perdita di tessuto adiposo.

3) Benessere mentale

- Agisce positivamente sull'umore, con riduzione dei sintomi di ansia, stress, fame nervosa e depressione grazie alla produzione delle endorfine, i cosiddetti "ormoni della felicità" che inducono sensazione di tranquillità, rilassamento e benessere diffuso.
- Migliora le capacità cognitive: ragionamento, memoria e perspicacia.

Nell'ambito della ASL di Teramo si decise di verificare l'attività fisica in un gruppo di soggetti di età compresa tra i 60 e i 65 anni. I soggetti inseriti nel progetto sono stati inizialmente valutati con un attento esame obiettivo generale, con una valutazione del decadimento cognitivo attraverso il Mini-Mental State Examination e il GDS (Geriatric Depression Scale). Ad ogni soggetto è stato somministrato un questionario al fine di rivalutarne lo stile di vita (in particolare alimentazione e attività fisica). La popolazione inserita è stata successivamente suddivisa in due gruppi. Il primo gruppo di controllo non ha modificato il proprio stile di vita e le proprie abitudini, al secondo gruppo è prescritta un'attività fisica predominante di solo cammino eseguita con una frequenza di 3 sedute a settimana della durata di 45 minuti per un periodo di 6 mesi. Tutti i soggetti sono stati rivalutati alla fine del programma.

Alla fine del programma dopo 6 mesi si sono evidenziati la riduzione dei segni e dei sintomi del decadimento cognitivo e miglioramento dei sintomi depressivi nella popolazione che aveva eseguito il programma di attività fisica prescritta.

Prescrivere l'attività fisica ed in modo particolare il cammino può essere un valido aiuto alla prevenzione del decadimento cognitivo e degli stati depressivi dell'anziano.

EFFETTI DI UN TRATTAMENTO DUAL TASK COGNITIVO - MOTORIO DI GRUPPO IN SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA

TORCHIO ALESSANDRO¹, CHIAVARI LEONORA¹, GERVASONI ELISA¹, CRISPIATICO VALERIA¹, PARELLI RICCARDO¹

¹ IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano - IT

Verificare l'efficacia sulle componenti motorie e cognitive di un trattamento sperimentale dual-task (DT) di gruppo rispetto a un trattamento convenzionale in soggetti affetti da demenza.

22 soggetti affetti da demenza sono stati reclutati nell'ambito dei Centri d'Incontro (CI) di Milano. Il gruppo sperimentale (GS, n=12; età media $\pm$ deviazione standard (M $\pm$ DS): 78,08 $\pm$ 9,01 anni; MMSE corretto M $\pm$ DS: 20,2 $\pm$ 2,82 punti) è stato sottoposto a un protocollo di esercizi dual-task con cadenza tri-settimanale, per un totale di 30 sedute da 50 minuti ciascuna. Il gruppo di controllo (GC, n=10; età M $\pm$ DS: 73,42 $\pm$ 5,82 anni; MMSE corretto M $\pm$ DS: 19,5 $\pm$ 5,70 punti) ha invece svolto l'attività convenzionale (attività motoria e stimolazione cognitiva) prevista nel CI. Sono stati valutati i domini di: cammino (Ten-meter walking test (10MWT) a velocità normale/massima/con DT, Timed Up and Go (TUG), Timed Up and Go Dual Task (TUG_DT), the figure of-Eight Walk test (F8W)) e le funzioni cognitive (Matrici Attentive (MA), Frontal Assessment Battery (FAB)). Le valutazioni sono state effettuate al baseline (T0), alla fine del periodo di trattamento (T1) e a 3 mesi di distanza (T2). Sono stati calcolati i change scores (T1-T0; T2-T0) per ogni singola variabile. A T1 e a T2, alcuni pazienti non sono stati in grado di eseguire le prove con il DT (10MWT_DT, TUG_DT), pertanto è stato calcolato il numero di volte che il soggetto avrebbe fatto il test in 1 minuto (60 secondi / tempo impiegato nel test; per i soggetti che non erano in grado di svolgere la prova è stato inserito 0). È stato utilizzato il test non parametrico Mann-Whitney U test.

A T1, il GS ha mostrato un miglioramento della performance di cammino normale [change score espresso come mediana (range interquartile)] maggiore rispetto al gruppo di controllo [TUG: GS=-1.89 (2.60)s, GC=2.27 (2.52)s, p<0,01; F8W: GS=-0.19 (2.70)s, GC=1.58 (8.06)s, p=0.02], nel cammino dual-task (TUG_DT: GS=0.70(1.50) ripetizioni, GC=-0.36(1.66) ripetizioni, p=0.02; 10 MWT_DT: GS=0.34(1.66) ripetizioni, GC=-1.43(1.03) ripetizioni, p=0.01) e nelle funzioni cognitive (MA: GS=2.50(6.24) punti, GC=-2.00 (11.37)punti, p=0,03; FAB: GS=1(2) punti, GC=-1.5(2.5) punti, p=0,046). A T2 entrambi i gruppi hanno evidenziato un declino della performance motoria (TUG: GS=0.64(3.76)s, GC=2(2.95)s, p=0.08; TUG_DT: GS=-0.61(0.49) ripetizioni, GC=-0.62(0.77) ripetizioni, p=0.87; 10MWT_DT: GS=-1.13(1.67) ripetizioni, GC=-1.66(1.06) ripetizioni, p=0.26) e delle funzioni cognitive (MA: GS=-4.85(8.93) punti, GC=-5.78(10.00) punti, p=0.78; FAB: GS=-1(3,25) punti, GC=-2(1.75) punti, p=0.26). Nel F8W (GS=0.36(1.81)s, GC=3.8(5.86)s, p=0.014) il GS sembra in parte mantenere i benefici ottenuti durante il protocollo sperimentale, anche se entrambi i gruppi mostrano un decadimento della performance.

L'utilizzo di un trattamento dual task cognitivo motorio di gruppo sembra essere efficace per il miglioramento di compiti motori, cognitivi e cognitivo-motori, anche se i benefici ottenuti da questa tipologia di trattamento non persistono dopo tre mesi d'inattività. Studi futuri sono necessari per confermare questi dati preliminari.

VALENZA DI UN PROTOCOLLO D'INTERVENTO MULTIMODALE IN SOGGETTI CON DECADIMENTO COGNITIVO SU BASE VASCOLARE

ZANETTI MARINA¹, SUARDINI DAVIDE¹, MORTARI LORENZO¹, VALENTINA COLOMBO¹, FACCHI EMANUELA¹, DI FAZIO IGNAZIO¹

¹ Fondazione Ricchiedi, Palazzolo sull'Oglio - IT

Nei pazienti affetti da decadimento cognitivo le ricerche più recenti stanno andando nella direzione della combinazione dei due interventi.

I pochi studi pubblicati in letteratura spesso sono troppo generici rispetto alla popolazione considerata o poco specifici rispetto al trattamento considerato. In tale contesto, questo progetto si propone di verificare la valenza del trattamento multimodale (trattamento motorio e di trattamento di stimolazione cognitiva CST) su di una popolazione di soggetti con decadimento cognitivo su base vascolare, in relazione ad outcome di natura motoria, cognitiva e comportamentale.

I soggetti affetti da decadimento cognitivo su base vascolare afferenti al Centro Medico Richiedei di Palazzolo s/O sono 25 e sono stati inseriti in gruppi omogenei rispetto alla cognitività globale e motoria.

Sono stati divisi in due gruppi a seconda del grado di decadimento cognitivo, 11 di grado lieve (MMSE 22-24), e moderato (MMSE 21-18).

In entrambe i gruppi i pazienti hanno necessità di assistenza alla marcia (Tinetti scale compresa tra 15 e 22 su 28).

L'età è compresa tra 80me 89 anni e hanno una scolarità media di 5 anni.

Sulla base del livello cognitivo e sull'assegnazione randomizzata al gruppo sperimentale (GR0) No al gruppo di controllo (GR1), si individuano 4 gruppi.

I gruppi di controllo (uno dei pazienti lievi e uno dei pazienti moderati) hanno eseguito solo il protocollo motorio con una frequenza bisettimanale, per 5 settimane.

I gruppi sperimentali (uno dei pazienti lievi e uno dei pazienti moderati) sono stati sottoposti al trattamento multimodale di frequenza bisettimanale per 5 settimane per un totale di 20 sedute.

Ogni paziente prima e dopo il trattamento è stato sottoposto a valutazione neuropsicologica approfondita e valutazione motoria.

Per quanto riguarda gli outcome motori si registrano miglioramenti, indipendentemente dal trattamento, per quanto riguarda la scala di Tinetti (GR0: +3,0; GR1: +3,33).

Il gruppo sperimentale è migliorato in quasi tutti i test cognitivi soprattutto per quanto riguarda il gruppo dei pazienti lievi (MMSE: GR0 +1,06) rispetto ai pazienti con un deterioramento cognitivo di grado moderato (MMSE: GR1 -0,3).

Inoltre i pazienti lievi che hanno fatto il trattamento multimodale hanno un punteggio inferiore al Neuropsychiatric Inventory (GR0: -3,00; GR1: 0,00) con una riduzione dei disturbi psico-comportamentali.

I risultati ottenuti nello studio devono essere interpretati con cautela a causa dell'estrema variabilità delle condizioni fisico-cognitive-comportamentali di questa popolazione. La stimolazione cognitiva, in sinergia con la riabilitazione motoria, sembra comunque in grado di determinare un miglioramento della qualità di vita agendo sulla riduzione dei sintomi depressivi associati ad una maggiore percezione di autonomia.

Alla luce di quanto emerso dallo studio effettuato, per i pazienti affetti da patologia cerebrovascolare cronica, appare promettente l'utilizzo di programmi riabilitativi multimodali per i soggetti con deterioramento cognitivo di grado lieve.

Dieta, salute, ambiente

RILEVAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE IN POST-ACUZIE: IDENTIFICAZIONE DI UN PERCORSO DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE NELLA PERSONA ANZIANA

BOFFELLI STEFANO¹, BAFFA BELLUCCI FRANCESCO¹, FALANGA LINA¹, ZANOLINI MIRELLA², ROZZINI RENZO¹, TRABUCCHI MARCO³

¹ Fondazione Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia - IT

² Fondazione Poliambulanza, Brescia - IT

³ Gruppo Di Ricerca Geriatrica, Brescia - IT

I pazienti affetti da demenza e fragilità somatica rappresentano una quota importante della popolazione afferente ad una Unità di Cure Subacute (UCSA): la gestione della fragilità cognitiva, del rischio di delirium, delle complicanze somatiche, nutrizionali e funzionali in questa popolazione sono l'obiettivo di un reparto a forte connotazione psogeriatrica.

La cura della malnutrizione, in particolare, diventa di primaria importanza per facilitare la convalescenza da eventi cronici riacutizzati, o la guarigione da eventi acuti, con l'obiettivo di recuperare inoltre lo stato funzionale premorboso, premessa fondamentale per la dimissione al domicilio. Tutti i pazienti ricoverati in Unità di Cure Subacute - Fondazione Poliambulanza di Brescia, sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale che include stato cognitivo (MMSE, CDR), funzionale (IADL, Barthel, Tinetti), comorbidità (CIRS) bisogno sociale (Baylock scale), depressione dell'umore (GDS), stato nutrizionale (parametri biologici). Sono stati inoltre valutati le procedure, gli eventi intercorrenti, il percorso alla dimissione. Sui pazienti ricoverati, è stato eseguito un follow up telefonico e valutati gli outcome a distanza di due anni dalla dimissione: numero di re-ricoveri, mortalità.

In un campione di 282 malati, si è rilevato che sono molto anziani (età 79.9±9.5), con bassa scolarità (7.1±3.8), in prevalenza di sesso femminile (60.8%); presentano in media un decadimento cognitivo lieve (MMSE 21.4±8.5), dipendenza funzionale moderato-severa (Barthel ingresso 36.4±24.6) e fragilità clinica (CIRS comorbidità 2.6±1.4). Condizioni frequenti sono il delirium, diagnosticato con criteri clinici (20.4% all'ingresso) e la sintomatologia depressiva (GDS ingresso 4.0±3.0; GDS > 5/15: 30%). I criteri nutrizionali indicano uno stato di denutrizione all'ingresso, che presenta un progressivo miglioramento alla dimissione, parimenti allo stato cognitivo e funzionale.

Per migliorare l'approccio nutrizionale, è stato scelto un criterio diagnostico che considera parametri clinici, biologici, strumentali per meglio determinare uno stato di denutrizione, anche lieve, all'ingresso. Il protocollo prevede, successivamente alla diagnosi, l'identificazione del fabbisogno nutrizionale e di procedure di trattamento che includono interventi nutrizionali tradizionali (dieta, integratori), talora e quando necessari associati ad interventi parenterali oppure enterali, di breve o medio termine.

L'efficacia del trattamento effettuato nell'Unità di Cure Subacute permette di ridurre gli effetti negativi legati all'evento acuto ed all'ospedalizzazione, determinando le premesse per un ritorno della persona anziana malata al proprio domicilio, anche con assistenza o attraverso un passaggio in setting riabilitativo. Rilevando le caratteristiche cliniche, cognitive, funzionali e nutrizionali si possono identificare precocemente i malati più fragili, e le adeguate cure multidisciplinari e multidimensionali. In particolare, alla dimissione migliorano gli outcome cognitivi, funzionali, nutrizionali. L'identificazione della denutrizione all'ingresso, ed il conseguente trattamento, è la premessa per un più appropriato sistema di cura rivolto al più rapido e duraturo recupero clinico.

Bibliografia

Vellas B. White book on frailty.

Sitografia

<http://www.jfrailtyaging.com/>. Journal of Frailty and Aging 2013; 2(3): 118-127.

PREVALENCE OF SARCOPENIA IN OLDER PATIENTS IN REHABILITATION WARDS

GIORDANI ALESSANDRA¹, NEGRO ALESSANDRA¹, TRIMARCHI CATERINA¹, IANNACCONE SANDRO¹

¹ Ospedale San Raffaele, Milano - IT

Identificare i soggetti con sarcopenia tra i pazienti anziani ricoverati presso il reparto di riabilitazione neurologica, disturbi cognitivi e motori dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

Verificare la correlazione tra la condizione di sarcopenia e rischio di caduta, attività di vita quotidiana, stato nutrizionale, funzioni cognitive e delirium.

In questo studio di tipo osservazionale prospettico monocentrico osservazionale è stato utilizzato l'algoritmo sviluppato e suggerito dall'European Working Group on Sarcopenia in Older People. Per prima cosa è stata valutata la forza muscolare dei pazienti reclutati utilizzando un dinamometro (Hand-grip), facendo riferimento ai cut-off proposti è stato possibile individuare una riduzione significativa della forza muscolare tanto da identificare la condizione di sarcopenia probabile. È stata valutata la massa muscolare tramite analisi impedenziometrica, la quale, è fondamentale per confermare la condizione di sarcopenia. Per ogni paziente arruolato è stato calcolato l'indice di massa corporea (BMI), il rischio di malnutrizione (MUST: Malnutrition Universal Screening Tool), il rischio di caduta (Scala di Conley), l'attività di vita quotidiana (Barthel Index) funzioni cognitive (Mini-Mental State Examination) e delirium (4-AT).

La raccolta dati è tutt'ora in corso, nel 2019 sono stati reclutati 55 pazienti, di cui 21 (38,1%) evidenziano una condizione di sarcopenia probabile, 31 pazienti su 55 (56,3%) mostrano una condizione di sarcopenia, mentre, solo 3 pazienti su 55 (5,4%) non risulta sarcopenico.

Grazie alla rilevazione del Body Mass Index (BMI) è emerso che 27 pazienti su 55 (49%) hanno una condizione pari al normopeso, 21 su 55 (38%) sono sovrappeso e solo 7 su 55 pazienti (13%) evidenziano una condizione di sottopeso.

In particolare su 31 pazienti sarcopenici solo 7 (13%) risultano essere sottopeso.

Il test di screening per la malnutrizione (MUST) rileva che più della metà dei pazienti reclutati, ossia 30 su 55 non evidenziano rischio nutrizionale; in realtà, il 40% di questi pazienti è risultato sarcopenico.

La scala di Conley è risultata positiva per l'82% della popolazione, vale a dire che 45 pazienti su 55 sono risultati a rischio caduta, il 49% di essi è sarcopenico, mentre il 47% è a rischio.

L'indice di Barthel dimostra che la maggior parte dei pazienti (89% del totale) si colloca all'interno dei range di non autosufficienza nelle ADL.

Per quanto riguarda la funzione cognitiva, è stato eseguito il MMSE, secondo cui il 50% dei degenti non è affetto da decadimento cognitivo, il 21% mostra decadimento cognitivo grave e il 29% lieve/moderato. Tutti i pazienti con decadimento sono risultati sarcopenici. Per valutare il delirium con la 4AT è stato necessario eliminare dall'analisi 9 pazienti, in quanto non disponibili dati, perciò ne risulta un totale di 46 pazienti. Dai risultati circa la metà dei degenti, 52% è risultato con delirium subclinico, mentre il 22% con delirium conclamato. Il 97% dei pazienti affetti da delirium accertato o probabile è risultato sarcopenico.

I primi dati confermano l'elevata prevalenza della sarcopenia nei pazienti anziani, per questo si rende più che opportuno continuare a studiarne la presenza per ridurre l'incidenza e prevenire le complicanze. La letteratura evidenzia una forte associazione tra sarcopenia e rischio di caduta, dipendenza nelle ADL, decadimento cognitivo e delirium, confermate anche dal seguente studio. Per quanto riguarda l'ambito nutrizionale, gli strumenti presi in considerazione (BMI e MUST) si sono rivelati poco sensibili all'individuazione del paziente sarcopenico.

Bibliografia

Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1; 48(1):16-31.

DISBIOSI INTESTINALE E STRESS CRONICO: INCIDENZA E IMPATTO SULLA MALATTIA DI PARKINSON

GIRELLI FRANCESCA¹, MUJAKOVIC LEJLA², ONORATO ERIKA¹, FLAMMA GIOVANNI¹, GUIDI MARCO¹

¹ UOC Neurologia AORMN, Pesaro - IT

² Pesaro - IT

Valutazione dell'incidenza dei livelli di stress nell'ultimo mese e di eubiosi intestinale, loro correlazione e ruolo in pazienti affetti da Malattia di Parkinson. Negli ultimi anni numerosi studi si sono incentrati sul possibile ruolo del microbiota intestinale nelle patologie neurodegenerative tra cui la Malattia di Parkinson, dimostrando come in alcune di queste sia presente una disbiosi. Il microbiota intestinale è composto da una numerosa e dinamica comunità di microrganismi che ha un'influenza importante sull'ospite attraverso interazioni bidirezionali nell'asse sistema nervoso-microbiota intestinale con meccanismi di segnalazione di tipo nervoso, endocrino e immunitario. Il ruolo eziopatogenetico si basa sull'azione microbiota-intestino-cervello responsabile dell'aumentata permeabilità della mucosa e di una aggregazione di α Syn patologica nel sistema nervoso enterico.

Altro fattore decisivo che può causare iper-permeabilità intestinale e quindi disbiosi, è lo stress cronico che ha dimostrato accelerare la degenerazione neuronale e i deficit motori nei modelli di roditori con parkinsonismo.

Studio osservazionale trasversale con arruolamento di 64 pazienti affetti da Malattia di Parkinson, condotto con la somministrazione di due questionari:

- scala Cohen-Sheldon per la valutazione del livello di stress;
- questionario disbiosi intestinale.

I risultati hanno evidenziato un alto livello di stress nel 57% degli intervistati ed uno stato di disbiosi nel 53%. Confrontando i risultati dei due questionari è emerso che i soggetti intervistati con un alto livello di stress presentavano anche più elevati livelli di disbiosi.

Dai nostri dati risulta come la disbiosi, aggravata dallo stress cronico, correlino con la Malattia di Parkinson e, quando presenti, peggiorino sia i sintomi motori che non motori, ripercuotendosi negativamente sulla qualità di vita.

Un approccio terapeutico contemplato in questi casi è il Chronic Care Model, approccio multidisciplinare ritenuto ad oggi l'intervento migliore per gestire i sintomi motori e non motori della malattia di Parkinson. Tale modello prevede il coinvolgimento di un team multidisciplinare composto da infermiere di famiglia per garantire un impatto positivo nella modulazione dei fattori di rischio.

Bibliografia

Dodiya HB, Forsyth CB, Voigt RM, Engen PA, Patel J, Shaikh M, Green SJ, Naqib A, Roy A, Kordower JH, Pahan K, Shannon KM, Keshavarzian A. Chronic stress-induced gut dysfunction exacerbates Parkinson's disease phenotype and pathology in a rotenone-induced 56 mouse model of Parkinson's disease. *Neurobiology of Disease*. 2018.

Lubomski M, Tan AH, Lim S, Holmes AJ, Davis RL, Sue CM. Parkinson's disease and the gastrointestinal microbiome. *Journal of Neurology*. 2019 April.

Sampson TR, Debelius JW, Thron T, Janssen S, Shastri GG, Ilhan ZE, Challis C, Schretter CE, Rocha S, Gradinaru V, Chesselet M, Keshavarzian A, Shannon KM, Krajmalnik-Brown R, Wittung-Stafshede P, Knight R, Mazmanian SK. Gut Microbiota Regulate Motor Deficits and Neuroinflammation in a Model of Parkinson's Disease. *Cell*. 2016 Dec 1; 167(6): 1469-1480.e12.

FATTORI ASSOCIATI ALLO STATO FUNZIONALE IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI ANZIANI AFFERENTI AD UN CDCD

GUASTI PATRIZIA¹, PAZZAGLINI CHIARA¹, DEPLANO DANIELE¹, ROMAGNOLI TOMMASO¹, BONAZZI STEFANIA¹, MARABINI LISA¹, POLASTRI MICHELE¹, BROMBO GLORIA¹, ZURLO AMEDEO¹, ZULIANI GIOVANNI¹

¹ Università degli Studi di Ferrara, Ferrara - IT

Nel paziente affetto da deterioramento cognitivo/demenza, la comparsa di disabilità può dipendere non solo dalla compromissione delle funzioni cognitive ma anche da altri fattori che possono influenzare la funzione attraverso meccanismi differenti. Abbiamo valutato lo stato funzionale al basale e le variabili ad esso correlate (prima valutazione: PAC - pacchetto ambulatoriale complesso) di un campione di soggetti anziani afferenti al CDCD di Ferrara (U.O. di Medicina Interna e Geriatria).

Il campione era composto da 1194 soggetti (F: 63%) di età > 64 anni arruolati consecutivamente dal 2008 al 2017 e comprendeva: 256 soggetti con demenza tipo Alzheimer tardiva (LOAD), 72 con demenza vascolare (DV), 195 con demenza "mista" (MIX), 468 soggetti con disturbo neurocognitivo lieve (MCI), 72 altre forme di demenza e 131 soggetti con funzioni cognitive integre (C). Le BADL (Katz: punteggio da 0 -totale disabilità- a 6 -totale autonomia-) e le IADL (Lawton-Brody: punteggio da 0 -totale disabilità- a 8 -totale autonomia-) sono state correlate con le variabili di interesse mediante test di Spearman (analisi univariata). La regressione lineare multipla (metodo stepwise-forward) è stata utilizzata per valutare la associazione tra stato funzionale e le variabili risultate significative all'analisi univariata.

I parametri che sono risultati indipendentemente associati al punteggio delle BADL sono, in ordine di entrata nel modello: 1. Albumina serica (associazione +); 2. Diabete (associazione -); 3. Punteggio MMSE (+); 4. Punteggio GDS (-); 5. Pregresso ictus (-); 6. Anni di scolarità (+); 7. Età (-). (modello $p < 0.01$; R2 aggiustato: 0.25). Le variabili indipendentemente associate al punteggio delle IADL sono risultate, in ordine di entrata nel modello: 1. Punteggio MMSE (+); 2. Albumina serica (+); 3. Punteggio GDS (-); 4. Età (-); 5. Diagnosi di cardiopatia ischemica (-); 6. Pregresso ictus (-) (modello $p < 0.01$; R2 aggiustato: 0.35).

In questo campione di anziani afferenti al nostro CDCD, oltre alla performance cognitiva, la presenza di sintomatologia depressiva, i livelli di albumina sierica, l'anamnesi positiva per ictus e l'età sono risultati essere predittori indipendenti dello stato funzionale sia nelle BADL che nelle IADL.

INTEGRAZIONE IDRICA IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI

PAPA VIRGINIA FEDERICA¹, SANTORELLI SANTINA¹, DE SIMONE STEFANO¹, CAPRIELLO ROSA¹, PAPA MARIO VIRGILIO¹, BIEVEL RADULESCU RALUCA¹, DEL PRETE ARIANNA¹, VARRICCHIO GINA¹

¹ Dipartimento di medicina AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta - IT

La presbifagia interessa ogni anno dal 15 al 50 % della popolazione oltre i 60 anni e dal 40 al 60% della popolazione istituzionale. Le complicanze respiratorie sono la quinta causa di morte dopo i 65 anni e la terza dopo gli 85 anni. La presbifagia si manifesta con tosse durante l'atto deglutitorio, febbre che può precedere infezioni polmonari (polmonite "ab ingestis"), senso di soffocamento, voce gorgogliante, scialorrea, ristagno di cibo in bocca o perdita di cibo dalla bocca, malnutrizione o perdita di peso, disidratazione. L'allungamento dei tempi deglutitori dell'anziano si verifica in particolare nella fase orofaringea, ben prima dell'inizio della fase riflessa faringea: l'anziano effettua ripetuti tentativi deglutitori inefficaci prima di poter deglutire in maniera efficace. Negli individui al di sopra dei 65 anni, l'inizio degli eventi laringei e faringei, inclusa la chiusura delle vie aeree, è ritardato significativamente rispetto agli individui al di sotto dei 45 anni. Si ipotizza una progressiva dissociazione tra deglutizione volontaria orale e la deglutizione involontaria faringea, ma il meccanismo nervoso alla base non è stato ancora chiarito.

Obiettivo principale idratare per os pazienti con lieve difficoltà che però rinunciavano a bere per paura di ingoiare o per manifestata difficoltà oggettiva ma trascurata perché non riconosciuta.

Valutazione logopedica e dietistica di tutti i pazienti ricoverati nel 2019 nella UOC di geriatria.

Nella UOC di geriatria si è potuto rilevare nel corso del 2019 in anziani ricoverati (46%), per pluripatologie un'evidente penetrazione predegutitoria e parziale aspirazione di liquidi, mentre per il bolo semisolido si evidenziava ristagno a livello delle vallecule glosso epiglottiche, dei seni piriformi e dello UES.

Alterazioni funzionali come la presbifagia determinano spesso disidratazione come risultato della diminuita capacità di bere; pertanto è stato fondamentale proporre una valida alternativa all'acqua rappresentata dall'acquagel in particolare una arricchita in fibre.

È diventata ormai una procedura standard somministrare a tutti i pazienti acqua gelificata in prima giornata per verificarne la capacità deglutitoria, si decide poi intervento logopedista/dietista per percorso personalizzato. Il lavoro di equipe supportato da un addestramento particolareggiato del personale oss ed infermieristico ha praticamente azzerato il pur minimo caso di ab ingestis riconoscendo anche patologie deglutitorie fino al ricovero sottovalutate.

Bibliografia

Dejaeger E, Pelemans W. Swallowing and the duration of the hyoid movement in normal adults of different ages. *Aging* (Milano). 1996 Apr; 8(2):130-4.

Kawashima K., Motoashi Y., Fujishima I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*. 2004 Fall; 19(4):266-71.

UN APPROCCIO DIETETICO AL PAZIENTE ANZIANO (STUDIO PRELIMINARE PRESSO IL CENTRO UVA DI TERAMO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELLA A.S.L DI TERAMO)

SERRONI NICOLA¹, PIZZORNO ANNA MARIA¹, DI PIETRO MICHELA¹, SERRONI SIMONE², SERRONI LUCA¹, CAMPANELLA DANIELA³

¹ DSM ASL Teramo, Teramo - IT

² ADI Fisioterapia ASL Teramo, Teramo - IT

³ DSM ASTT Como, Como - IT

L'anziano è a rischio carenziale di alcuni micronutrienti, in particolare alcune vitamine del gruppo B, la vitamina D, il calcio, il magnesio e il selenio e non bisogna tralasciare il tema dell'inflammageing, ossia dello sviluppo di uno stato infiammatorio di basso grado che può avere un ruolo determinante nell'insorgenza di alcune delle principali malattie croniche legate all'età. A tale riguardo gli AA. ritengono che una dieta equilibrata negli apporti di energia e nutrienti durante tutto l'arco della vita, corrispondente al modello alimentare mediterraneo e con un'adeguata varietà degli alimenti privilegiando le proteine a più alto valore biologico, possa avere un effetto benefico a lungo termine sullo stato di salute in generale. Il gruppo afferente all'U.V.A. di Teramo ha cercato di divulgare nell'ambito dell'assistenza domiciliare a pazienti affetti da deterioramento cognitivo un approccio dietetico correlato alle ricerche del Prof. Valter Longo prestigioso ricercatore italiano della University of Southern California, che con il rigore delle sue evidenze scientifiche ha codificato la dieta della longevità basata su di una periodica e breve privazione alimentare, 5 giorni ogni 3-6 mesi, di alcuni nutrienti, soprattutto proteine, che mimando il digiuno abbatta l'apporto calorico giornaliero fino a dimezzarlo, consentendo al corpo di riprogrammarsi e di entrare in una modalità anti-invecchiamento aumentando le proprie difese verso alcune patologie come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, i tumori, il deterioramento cognitivo. È dimostrato che la longevità dipenda solo per un 35 per cento dall'ereditarietà e dai nostri geni e che la ricetta del vivere a lungo e in salute dipende in gran parte da noi: dal nostro stile di vita e soprattutto dalla scelta consapevole e dall'adesione a regimi alimentari corretti e scientificamente testati. Molti autori hanno dimostrato che si può vivere fino a cento anni, anche senza rinunciare a tutte ciò per cui vale la pena vivere: mangiare, magari non troppo, ma soprattutto mangiare bene. Bisogna limitare l'uso di proteine, comunque necessarie, privilegiando i legumi ed eliminando latte (ad eccezione del latte fermentato, che è addirittura consigliato, oltre ad essere antinfiammatorio è anche antiossidante e tutto ciò, grazie a un batterio "buono", il *Lactobacillus casei* Shirota) e latticini, incrementando il consumo di olio di oliva, frutta e verdura e facendo del digiuno una sorta di tecnica di prevenzione. Numerosi studi dimostrano che la nutrizione può influenzare l'invecchiamento cerebrale e possibilmente la neuro-degenerazione. Gli AA. al momento attuale hanno dato indicazioni ai familiari e ai caregiver di uno schema da seguire con i pazienti affetti da deterioramento cognitivo. I partecipanti al progetto (100 affetti da demenza di grado lieve-medio) saranno testati a T0 all'inizio del trattamento e a tempo T1 (dopo 3 mesi) T2 (dopo 6 mesi) e T3 (dopo 12 mesi) con le seguenti valutazioni MMSE, ADL, IADL, Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q).

In base ai lavori già pubblicati gli AA. sperano che i risultati ottenuti dalla loro ricerca possa dimostrare che l'approccio dietetico da loro consigliato possa essere di valido supporto nella gestione e nel miglioramento della sintomatologia cognitiva e comportamentale di pazienti affetti da demenza.

I risultati preliminari concordano pienamente con quanto atteso dagli AA.

UN ELISIR DI LUNGA VITA : 'LU SDIJUNE' DEGLI ANZIANI ABRUZZESI E NON SOLO....

SERRONI NICOLA⁴, PIZZORNO ANNA MARIA¹, DI PIETRO MICHELA¹, VANESSA MATTU¹, SERRONI LUCA¹, CAMPANELLA DANIELA², SERRONI SIMONE³, SERRONI ALESSANDRA¹, SORRENTINO GAETANO¹

¹ DSM ASL Teramo, Teramo - IT

² ASTT Como, Como - IT

³ ADI Fisioterapia ASL Teramo, Teramo - IT

⁴ IT

Numerosi studi inducono a pensare che lo stile alimentare e l'attività fisica sono gli elementi fondamentali del benessere della popolazione anziana. Ecco perché 'lu sdijune', che in generale ha costituito il vero piatto forte quotidiano nelle campagne abruzzesi, diventa il primo 'sospettato' quale garanzia di longevità. La sua caratteristica, come dimostrato da alcuni studi condotti da alcuni ricercatori è di essere perfettamente in linea con le più recenti scoperte scientifiche che ci dicono che se noi riusciamo a contenere l'apporto calorico la sera, in linea con i ritmi circadiani quando il nostro metabolismo rallenta, senza entrare nella fase di stress postprandiale, approfittando di circa 8-9 ore di digiuno, evitando lo stress infiammatorio indotto dagli alimenti".

Restrizione calorica alternata a un pasto abbondante di metà mattinata, potrebbe servire a migliorare sicuramente la vita dei concittadini attuali. Non mangiare per brevi periodi stimolerebbe le cellule a produrre nuovi globuli bianchi, che rinvigoriscono il sistema immunitario, combattono le infezioni e allontanano le malattie. "Durante il digiuno il corpo si libera delle cellule danneggiate, vecchie o inutili, probabilmente perché sta tentando di risparmiare energia. Se pensiamo al corpo di un anziano, o di una persona sottoposta a chemio, possiamo ben capire l'importanza di questo effetto: il digiuno crea letteralmente un nuovo sistema immunitario". È inoltre dimostrato, ormai da molti Autori che 5 giorni ogni 3-6 mesi, di alcuni nutrienti, soprattutto proteine, che mimando il digiuno abbatta l'apporto calorico giornaliero fino a dimezzarlo, consentendo al corpo di riprogrammarsi e di entrare in una modalità anti-invecchiamento aumentando le proprie difese verso alcune patologie come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, i tumori, il deterioramento cognitivo.

È dimostrato che la longevità dipenda solo per un 35 per cento dall'ereditarietà e dai nostri geni e che la ricetta del vivere a lungo e in salute dipende in gran parte da noi: dal nostro stile di vita e soprattutto dalla scelta consapevole e dall'adesione a regimi alimentari corretti e scientificamente testati.

Molti autori hanno dimostrato che si può vivere fino a cento anni, anche senza rinunciare a tutte ciò per cui vale la pena vivere: mangiare, magari non troppo, ma soprattutto mangiare bene limitando l'uso di proteine, che sono anche esse necessarie, privilegiando i legumi ed eliminando latte e latticini (ad eccezione del latte fermentato, che è addirittura consigliato, e oltre ad essere antinfiammatorio è anche antiossidante e tutto ciò, grazie a un batterio "buono", il *Lactobacillus casei* Shirota), incrementando il consumo di olio di oliva, frutta e verdura e facendo del digiuno una sorta di tecnica di prevenzione.

CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI AFFERENTI ALL'AMBULATORIO RIABILITATIVO ORTOPEDICO E NEUROLOGICO E RISULTATI DEL TRATTAMENTO

VALLOTTI BARBARA¹, BIONDI TULLIO¹, MAGHERINI DESIREE¹, MORRONE GABRIELLA¹, BARACCA LAURA¹, TANTIN CLAUDIA¹, BUENCAMINO BELLA¹, FULIGNI PAOLA¹, MAYER FEDERICO¹

¹ IFCA GIOMI Firenze Casa di Cura Ulivella e Glicini, Firenze - IT

Lo scopo di questo studio osservazionale è quello di valutare i risultati ottenuti sui pazienti afferenti nel corso dell'ultimo anno dal giorno 1 ottobre 2018 al 31 ottobre 2019 presso il nostro ambulatorio di riabilitazione.

Il Servizio ambulatoriale è sviluppato dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 15.00 diviso in 4 turni di un'ora la mattina e 2 turni di un'ora il pomeriggio. I soggetti hanno effettuato due sedute alla settimana della durata di un'ora l'una.

sono giunti alla nostra osservazione presso l'ambulatorio della nostra Casa di Cura 236 pazienti, 32 neurologici (19 affetti da esiti di ictus, 6 con esiti di politrauma 7 con altra diagnosi neurologica) e 204 ortopedici.

Nei pazienti neurologici sono state utilizzate le scale di valutazione Barthel Index per le capacità di base della vita quotidiana e il Time Up and Go test (TUG) per la mobilità.

Nei soggetti ortopedici oltre al Barthel Index era stata effettuata una valutazione del ROM articolare di anca e ginocchio e il recupero delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

Dei 204 pazienti ortopedici afferenti 182 hanno completato il training e 22 lo hanno sospeso (11.7%), 4 per difficoltà nel raggiungere l'ambulatorio (2.0%), 9 per motivi medici (4.4%), 8 per motivi personali (3.9%). Dei 32 neurologici 7 hanno sospeso il training, 5 per motivi medici (15.6%), 2 per motivi personali (6.2%).

I soggetti con diagnosi ortopedica avevano una età compresa tra 44 e 88 anni (media $\pm$ ds 69.0 $\pm$ 15.6), i pazienti con diagnosi neurologica 51-84 (59.3 $\pm$ 18.8). Non c'era differenza significativa di età tra i due gruppi ($p=0.08$).

Alla fine del training i pazienti neurologici hanno mostrato un significativo miglioramento nei punteggi alla Scala di Barthel e nel TUG test rispetto all'ingresso (82.2 $\pm$ 21.1 vs 91.2 $\pm$ 16.5 $p=0.04$ e 15.6 $\pm$ 8.5 vs 10.5 $\pm$ 3.9 $p=0.01$ rispettivamente).

Anche i pazienti ortopedici presentavano un miglioramento inizio/fine training nei punteggi alla scala di Barthel (89.5 $\pm$ 3.5 vs 99.8 $\pm$ 1.4 $p<0.001$), nel recupero delle IADL (4.5 $\pm$ 1.2 vs 2.4 $\pm$ 0.7 $p<0.001$) e nel ROM articolare passivo dell'anca nei movimenti di abduzione nelle protesi di anca (17.3 $\pm$ 4.8 vs 26.8 $\pm$ 8.2 $p<0.001$) e del ROM passivo del ginocchio nei movimenti di flessione ed estensione nelle protesi di ginocchio (4.1 $\pm$ 5.7 vs 1.1 $\pm$ 2.6 vs 1.1 $\pm$ 2.6 $p<0.001$, 94.1 $\pm$ 11.5 vs 117.0 $\pm$ 9.9 $p<0.001$).

Il numero di sedute necessarie ai pazienti per il raggiungimento dell'obiettivo riabilitativo prefissato era significativamente superiore nei pazienti neurologici rispetto a quella dei pazienti ortopedici (21.0 $\pm$ 8.7 vs 15.3 $\pm$ 2.7 $p=0.001$).

La maggior parte dei pazienti afferenti all'ambulatorio riabilitativo avevano una diagnosi ortopedica, sia i pazienti neurologici che ortopedici hanno mostrato un miglioramento alle scale di valutazione funzionale e motoria alla fine del percorso. I pazienti neurologici avevano una degenza significativamente superiore a quella del gruppo ortopedico.

Sonno, insonnia e loro terapie nell'anziano

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM: UN CASO DI REAZIONE AVVERSA AD ALOPERIDOLO

MATTEUCCI GIULIA², BUGADA MAURA², REMELLI FRANCESCA², BRUNORI MATTIA¹, GIANOTTI GIORDANO¹, ZURLO AMEDEO², VOLPATO STEFANO³

¹ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara - U.O. Geriatria e Ortogeriatrics, Ferrara - IT

² Scuola di Specializzazione in Geriatria - Università degli Studi di Ferrara, U.O. Geriatria ed Ortogeriatrics - Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, Ferrara - IT

³ Scuola di Specializzazione in Geriatria - Università degli Studi di Ferrara, Ferrara - IT

Il delirium rappresenta un disturbo molto comune nell'anziano ospedalizzato, caratterizzato da outcome sanitari avversi a breve e lungo termine. L'aloperidolo è un antipsicotico di prima generazione spesso utilizzato nel trattamento del delirium, i cui effetti collaterali, riguardanti soprattutto sistema nervoso centrale e cardio-circolatorio, sono tuttavia non trascurabili. In Letteratura sono riportati isolati casi di mioclono non epilettico, fenomeno verosimilmente correlato agli effetti antidopaminergici/serotoninergici del farmaco, e rari casi di pancitopenia, la cui patogenesi è incerta e probabilmente secondaria a ridotta produzione midollare o aumentata distruzione periferica. Di seguito un caso di mioclono non epilettico e pancitopenia insorti dopo somministrazione di aloperidolo.

M.P., di anni 94, affetta da ipertensione arteriosa, ipotiroidismo, encefalopatia vascolare cronica su base atrofico-degenerativa, carcinoma uroteliale vescicale ad alto grado con idronefrosi bilaterale e nefrostomia destra. La paziente accedeva in P.S. per stato confusionale e progressiva riduzione dell'introito idrico-alimentare. Gli esami ematici mostravano insufficienza renale acuta e lieve iposodiemia, per cui veniva intrapresa idratazione e.v. Nella norma emocromo, funzionalità epatica e indici di flogosi. TC encefalo negativa per lesioni acute/subacute, con segni di atrofia. Non alterazioni all'RX toraco-addominale. Nella prima notte di ricovero la paziente manifestava delirium ipercinetico con agitazione psicomotoria; veniva pertanto somministrato aloperidolo i.m. Nelle ore seguenti la paziente presentava improvvisa comparsa di movimenti involontari ai quattro arti per cui veniva eseguito EEG con riscontro di attività di fondo rallentata, scarsamente reagente agli stimoli e anomalie lente frontali bilaterali. Il consulente neurologo poneva diagnosi di crisi mioclonica generalizzata, verosimilmente secondaria alla terapia antipsicotica. Sospeso l'aloperidolo, si iniziava terapia con clonazepam a basse dosi, con risoluzione del disturbo motorio. Si documentava inoltre transitoria pancitopenia, lieve leucopenia, anemia moderata e severa trombocitopenia (valore minimo PLT 12.000/mcL), senza evidenti lesioni purpuriche/petecchiali muco-cutanee né perdite ematiche macroscopiche. Non somministrata terapia con eparina; assenza di criteri clinico-laboratoristici per sepsi o CID. LDH, aptoglobina, assetto coagulativo, acido folico e vitamina B12 nella norma, striscio periferico non significativo. Dopo trasfusione di GRC, pool piastrinici e somministrazione di terapia steroidea (nell'iniziale sospetto di genesi immuno-mediata), si assisteva ad aumento dei valori di Hb e PLT.

Sebbene in Letteratura vi sia unanime consenso nel definire di prima scelta il trattamento non farmacologico nella gestione del delirium, la pratica clinica corrente prevede frequentemente il ricorso ad antipsicotici, specie in ambito ospedaliero. Tali farmaci sono gravati da numerosi e severi eventi avversi soprattutto nei grandi anziani, per specifiche alterazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche, interazioni farmaco-farmaco e farmaco-malattia. Sebbene molte reazioni avverse siano dose e/o tempo-dipendenti, talora possono risultare imprevedibili e la loro diagnosi è spesso d'esclusione. In riferimento al caso analizzato, la negatività degli accertamenti eseguiti ha fatto propendere verso un danno neurologico-ematopoietico farmaco-indotto. La correlazione temporale tra somministrazione del farmaco e comparsa delle alterazioni ematologiche e il progressivo miglioramento clinico-laboratorio alla sospensione del farmaco supportano tale ipotesi diagnostica.

I soggetti anziani sono estremamente suscettibili a eventi avversi farmaco-indotti. Occorre quindi sempre sospettare una genesi iatrogena alla base di qualsiasi variazione clinico-laboratoria. Il ricorso a strumenti quali i criteri di Beers o START&STOPP può ridurre il rischio di errori prescrittivi ed eventi avversi farmaco-indotti. Una gestione non farmacologica del delirium può infine evitare il ricorso a neurolettici e gli effetti collaterali che possono derivarne.

