



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 687 del 08/08/2025

Oggetto: PROGETTO DI OGGETTO "CONSOLIDAMENTO E DIFFUSIONE DELLA Sperimentazione, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA IN TUTTI I CONTESTI ASSISTENZIALI (CDCD, CENTRI DIURNI, RSA, CURE DOMICILIARI ETC) E COMUNQUE NEI CONTESTI DI VITA DELLE PERSONE – TRIENNIO 2024-2026": APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE, IN MERITO ALLE MODALITA' ATTUATIVE DEL PROGETTO, E DEL PIANO FINANZIARIO.

DIRETTORE GENERALE - DOTT. FRANCESCO CATTEL
(NOMINATO CON DGR N. 25-655/2024/XII DEL 23/12/2024)

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA DANIELA KOZEL



Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI

L'estensore dell'atto: Pizzi Laura

Il Responsabile del procedimento: Primatesta Giuseppina

Il Dirigente/Funzionario: Priolo Vittoria Maria

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore SOC Affari Generali Legali ed Istituzionali di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017 e modificato con delibera n. 65 del 28/01/2020 e n 555 del 25/06/2025.

PREMESSO CHE:

- con il Decreto del Presidente della Repubblica del 05/09/2024 di oggetto "Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026" sono stati fissati i criteri e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer, istituito ai sensi dell'art. 1. comma 330 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, la cui dotazione è stata incrementata, ai sensi dell'art. 1, comma 247 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, per gli anni 2024, 2025, 2026;
- la Regione, con la Determinazione Dirigenziale n. 1008 del 27/12/2024, ha assunto gli impegni di spesa per i progetti finanziati dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, impegnando l'importo complessivo di € 2.221.537,35 assegnati con il Decreto Ministeriale del 05/09/2024.

RILEVATO CHE la Regione, con la DGR n. 25-1031 del 22/04/2025 di oggetto "Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026 – Approvazione piano triennale per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze anni 2024-2026 di cui al Decreto Ministeriale 05/09/2024" ha approvato il nuovo Piano triennale di attività per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, affidando la realizzazione dei progetti alle n. 19 unità operative già coinvolte nel triennio 2021-2023.

RICHIAMATA la Determinazione Dirigenziale n. 281 del 16/05/2025 con la quale la Regione ha approvato il finanziamento alle aziende sanitarie delle attività previste dal Piano triennale per l'Alzheimer e le Demenze 24-26 prevedendo una quota per ciascuna delle annualità 2024, 2025 e 2026 (da liquidare secondo le indicazioni contenute nel Decreto Ministeriale del 5 settembre 2024 e recepite con DGR 22 aprile 2025, n. 25-1031) assegnando all'ASL VCO l'importo di €115.000,00 che verrà imputato, in entrata, al conto 2.67.01.02 del conto economico 2025 per € 16.000,00 riferito all'annualità 2024, al conto 4.50.01.69 del conto economico 2025 per € 49.500,00 riferito all'annualità 2025 e al conto 4.50.01.69 del conto economico 2026 per € 49.500,00 riferito all'annualità 2026.

CONSIDERATO CHE la Regione Piemonte, con nota del 30/05/2025 protocollata, in arrivo, al n. 36840 del 30/05/2025, nel comunicare che, con atto n. 5450 del 19/05/2025, è stata disposta la liquidazione della prima tranne contributiva dell'annualità 2024 a



Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

favore delle Aziende Sanitarie, richiede la presentazione di una rendicontazione che attesti l'impegno o la spesa di almeno il 40% del totale del finanziamento dell'annualità 2024 (indispensabile per poter accedere alla quota successiva come stabilito dal Decreto Ministeriale del 05/09/2024).

DATO ATTO CHE il Direttore della Sosd Geriatria ha predisposto:

- la relazione riferita alle modalità attuative del progetto, allegata alla presente Deliberazione, quale parte integrante e sostanziale (All.01);
- il piano finanziario dell'intervento, che risulta in linea con quanto disposto dalla Regione con la richiamata DGR n. 25-1031 del 22/04/2025, allegato alla presente Deliberazione, quale parte integrante e sostanziale (All.02).

Ritenuto pertanto di adottare apposito atto deliberativo per prendere atto dell'importo assegnato all'ASL VCO, pari a complessive € 115.000,00, ed approvare la relazione in merito alle modalità attuative del progetto (All.01) nonché il piano finanziario dell'intervento (All.02).

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 del d.Lgs. 502/1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto

DELIBERA

- 1)** Di prendere atto, con riferimento al progetto di oggetto "*Consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (CDCD, Centri diurni, SA, Cure domiciliari..) e, comunque, nei contesti di vita delle persone*" dell'assegnazione, a favore di questa azienda, dell'importo complessivo, pari ad € 115.000,00, riferito Di approvarla al triennio 2024-2026.
- 2)** Di approvare la relazione in merito alle modalità attuative del progetto (All.01) ed il piano finanziario dell'intervento (All.02) che risulta in linea con quanto disposto dalla Regione con la richiamata DGR n. 25-1031 del 22/04/2025. Entrambi i documenti risultano allegati, quali parti integranti e sostanziali, alla presente deliberazione.



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

3) Di dare atto che l'importo finanziato, pari ad €115.000,00 verrà imputato, in entrata, al conto 2.67.01.02 del conto economico 2025 per € 16.000,00 riferito all'annualità 2024, al conto 4.50.01.69 del conto economico 2025 per € 49.500,00 riferito all'annualità 2025 e al conto 4.50.01.69 del conto economico 2026 per € 49.500,00 riferito all'annualità 2026, e che si provvederà, con successivi provvedimenti, ad utilizzare i fondi a disposizione imputandoli agli specifici conti di bilancio in relazione alla tipologia della spesa da sostenere.

3) DI TRASMETTERE la presente Deliberazione alla Regione Piemonte, Direzione Sanità, ed alle Strutture aziendali interessate.

4) DI DICHIARARE la presente Deliberazione immediatamente eseguibile.



Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente

Fondo per l'Alzheimer e le demenze

2024-2026

Progetto ASL V.C.O.

- Trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza
(linea 1, linea 3, linea 4, linea 5)

- Studio di outcome research sulla valutazione di un trattamento combinato di terapia di stimolazione cognitiva e stimolazione motoria di gruppo in persone con Disturbo Neurocognitivo Maggiore di grado lieve-moderato (STUDIO CST + MST)
Regioni coinvolte: Liguria, Piemonte, Sardegna, Umbria e P.A. Bolzano & Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS)

LINEA 1: trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva e sulla reminescenza

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

OBIETTIVO GENERALE 1:

Razionale e descrizione dell'obiettivo ed evidenze

La Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST da Cognitive Stimulation Therapy; Spector et al., 2003) è uno dei trattamenti non farmacologici maggiormente utilizzati e raccomandato dalle più autorevoli linee guida sulla Demenza, tra cui NICE del 2018. Diversi studi scientifici dimostrano l'efficacia della CST, con miglioramenti nel funzionamento cognitivo generale nei pazienti sottoposti al trattamento, sia in presenza di Disturbo Neurocognitivo (DNC) Lieve, sia in presenza di diagnosi di DNC Maggiore (Gomez-Soria et al., 2023). In particolar modo, risulta maggiormente efficace quando inserita in un approccio multi-strategico che utilizza la CST in associazione alla Terapia della Reminiscenza e alla terapia di Orientamento alla Realtà (Onder et al., 2005).

La CST è un tipo di intervento di gruppo o individuale, che mira a **sollecitare le potenzialità residue della persona per rallentare il decadimento** e ottenere una positiva ripercussione sul funzionamento quotidiano, attraverso **interventi di stimolazione delle funzioni cognitive non ancora compromesse o interventi di compensazione delle funzioni già deteriorate**.

Inoltre, diversi studi (Woods et al, 2012; Woods et al., 2006), hanno registrato un incremento della qualità di vita, del benessere psicologico e una riduzione della sintomatologia comportamentale nei pazienti trattati con CST. Quando le attività sono erogate in gruppo, è il gruppo stesso in grado di fornire un'esperienza personale immediata e ricca in termini di sostegno, grazie ad uno spazio di

ascolto condiviso, dove è possibile portare la propria esperienza e le proprie difficoltà.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Stabilizzazione del deficit cognitivo, con mantenimento e potenziamento delle abilità residue

Attività previste: La riabilitazione cognitiva specifica si prefigge l’obiettivo di lavorare sugli aspetti ancora conservati del funzionamento cognitivo. Attraverso attività strutturate di vario tipo si stimoleranno memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive e prassia.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Acquisizione degli strumenti compensativi per il mantenimento delle autonomie di base e strumentali del vivere quotidiano (ADL, IADL).

Attività previste: Ove non sarà possibile lavorare direttamente sulla funzione danneggiata si ricorrerà all’utilizzo di strumenti compensativi. Ad esempio, per la compensazione del deficit mnesico i pazienti e i caregiver saranno istruiti all’uso di ausili mnesici esterni come appunti scritti, diari, sveglie, timer e altri strumenti più tecnologici che facilitino il recupero dell’informazione.

OBIETTIVO SPECIFICO 3

Miglioramento e/o stabilizzazione del tono timico

Attività previste: Ascolto e condivisione, esercizi di respirazione e rilassamento, risveglio muscolare e body scan.

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Promozione e incentivazione dell’interazione sociale per ridurre isolamento e senso di solitudine

Attività previste: Momenti di interazione e condivisione in gruppo, con la mediazione e il supporto da parte dello psicologo rispetto alle difficoltà incontrate dai pazienti.

Target

Pazienti afferenti all'ambulatorio di Geriatria/Neurologia dell'ASL VCO (indirizzati al CDCD) in un' età compresa tra i **55 e gli 85 anni**, con DNC Lieve a diversa eziologia (*MCI, CDR 0,5*), DNC Maggiore di grado lieve a diversa eziologia (*CDR 1*) e DNC Maggiore di grado moderato a diversa eziologia (*CDR 2*). **Punteggio MMSE maggiore/uguale a 18**, senza disturbi del comportamento, tali da interferire con lo svolgimento delle attività e senza deficit sensoriali tali da impedirne la partecipazione.

NB: *prima dell'inizio dell'intervento sarà necessario far firmare il consenso al trattamento ed il modulo sulla privacy al paziente/caregiver/familiare/tutore.*

Figure professionali

Il MMSE può essere somministrato da operatori sanitari adeguatamente formati. La valutazione di II livello e le attività di stimolazione cognitiva sono affidate allo Psicologo Clinico, con comprovata esperienza nell'ambito Psicogeriatrico e Neuropsicologico.

Setting

Gli interventi di stimolazione cognitiva verranno erogati in due modalità:

- attività di gruppo (6-8 persone, omogeneo per difficoltà cognitive) e/o individuale presso gli ambulatori di Geriatria dell'ASL VCO (Omegea, Verbania, Domodossola) e/o presso la Casa della Salute di Omegea.
- Attività di gruppo e/o individuale presso il domicilio del paziente e/o presso RSA. Alcune attività strutturate potranno essere condotte, dopo osservazione dello psicologo, anche dal caregiver formale/informale.

L'attività erogata presso gli spazi dell'ASL VCO sarà strutturata come segue:

- *Intervento di base*: ciclo di 12 incontri a cadenza bisettimanale;
- *Mantenimento*: ciclo di 8 incontri monosettimanali.

Come raccomandato dalle linee guida regionali è consigliabile che ogni paziente si sottoponga a due cicli completi (bisettimanale + monosettimanale) all'anno. Il singolo incontro ha durata massima di 1 ora, strutturata in tre parti: iniziale momento di accoglienza, esercizi di rilassamento, attività principale con stimolazione di specifiche funzioni cognitive (orientamento spazio-tempo, memoria a breve e a lungo termine verbale/visiva/tattile/olfattiva, utilizzo di mnemotecniche, attenzione visiva/uditiva, linguaggio, prassia, agnosia, funzioni esecutive, creatività), momento conclusivo con riflessioni rispetto a quanto svolto nella seduta.

L'attività individuale avrà frequenza e durata calibrate sullo specifico paziente.

L'attività erogata presso il domicilio del paziente e/o presso strutture sanitarie assistenziali sarà strutturata come segue:

- *Intervento di stimolazione cognitiva al paziente*: ciclo di 16 incontri a cadenza monosettimanale/bisettimanale.
- Intervento di *formazione specifica* relativamente alla stimolazione cognitiva al caregiver informale/formale

Strumenti e indicatori di efficacia

Ogni paziente sarà sottoposto a due valutazioni del funzionamento cognitivo, una prima di cominciare il trattamento (T0) e una al termine dell'intervento di base (T1). La valutazione al t0 verrà strutturata in due livelli:

- screening di I livello: **MMSE**

- screening di II livello: **Matrici di Raven**, **Matrici attentive**, **Test di Corsi**, **Trail Making Test (A e B)**, **Test di Fluenza**, **FCSRT**, **Rievocazione/Copia della figura di Rey**, **Digit span**

La rivalutazione al t1 prevederà invece solo uno screening di I livello.

Verrà inoltre somministrato un **questionario di gradimento** rivolto al caregiver in riferimento al trattamento a cui si è sottoposto il paziente.

Materiali

Sia nell'intervento di gruppo, sia nell'intervento individuale, l'attività sarà calibrata e personalizzata in funzione delle difficoltà cognitive emerse nel singolo soggetto e delle sue potenzialità residue.

Di seguito vengono elencati, a solo scopo esemplificativo, alcuni dei materiali che verranno utilizzati:

- materiale di cancelleria: fogli, matite, penne, pennarelli
- Calendari, quotidiani e riviste
- Giochi di società
- Esercizi individuali carta/matita
- Eventuali strumenti informatici e software

Bibliografia

- GÓMEZ-SORIA, Isabel, et al. Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2023, 104: 104807.
- 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. PMID: 22336813
- 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. PMID: 22336813

LINEA 3: supporto psicologico al paziente

OBIETTIVO GENERALE:

Razionale e descrizione dell'obiettivo ed evidenze

Secondo quanto riportato dal *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018) per la valutazione, la gestione e il supporto delle persone affette da demenza e del loro caregiver, emerge la necessità di attivare trattamenti psicologici per i pazienti affetti da DNC lieve-moderato che presentino sintomi di ansia e/o depressione. Secondo quanto evidenziato dalla più recente letteratura, per le persone affette da DNC risulta di fondamentale importanza concentrarsi sulla propria dimensione emotiva e sul benessere psicologico: **la qualità di vita e la possibilità di vivere appieno** sono state individuate come priorità principali dei pazienti (Alexander et al., 2021; Cheston, R., Marshall, A., 2021).

Supportare il paziente con diagnosi di DNC implica offrire alla persona con demenza informazioni che chiariscono quali sono i cambiamenti attesi nella sua malattia, quali sono i professionisti socio-sanitari a cui si potrà rivolgere e soprattutto permettere alla persona di discutere anticipatamente i propri desideri, preferenze, opinioni, credenze e valori circa l'assistenza futura. Questo approccio, incentrato sulla persona, accompagna e supporta il paziente attraverso un percorso di informazione e accoglienza (individuale o di gruppo), che cerca in qualche modo di **tutelarlo dall'impatto psicologico** di una diagnosi di malattia neurodegenerativa.

Inoltre, è importante sottolineare che il percorso di supporto psicologico è focalizzato sul raggiungimento degli obiettivi specifici di seguito elencati, si andrà dunque a concentrare l'intervento esclusivamente sui vissuti di sofferenza personali legati alla diagnosi di DNC presente.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Promuovere una maggiore consapevolezza di malattia;

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Favorire l'elaborazione dei vissuti legati alla malattia, lavorare sul senso di fiducia e di auto-efficacia percepita;

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Incentivare l'acquisizione e l'utilizzo di strategie utili ad affrontare al meglio le difficoltà quotidiane.

Target

Pazienti afferenti all'ambulatorio di Geriatria/Neurologia dell'ASL VCO (indirizzati al CDCD), con diagnosi di DNC Lieve a diversa eziologia (*MCI*) e DNC Maggiore di grado Lieve-Moderato a diversa eziologia. Il punteggio grezzo al MMSE deve essere ≥ 23 e il paziente deve mostrare un grado di consapevolezza tale da permettere la fruizione del percorso di supporto. Non verranno inclusi nel progetto pazienti con alterazioni comportamentali, sensoriali e manuali, DNC Maggiore di grado grave o pazienti ospedalizzati.

NB: *prima dell'inizio dell'intervento sarà necessario far firmare il consenso al trattamento ed il modulo sulla privacy al paziente/caregiver/familiare/tutore.*

Figure professionali

Psicologo clinico con comprovata esperienza nell'ambito dell'invecchiamento e delle patologie neurodegenerative associate.

Setting

Dopo aver preso contatti con il nucleo familiare, si programma un primo colloquio conoscitivo congiunto (paziente e caregiver di riferimento) finalizzato a: raccogliere informazioni relative alla sua storia clinica, al livello di consapevolezza circa la propria condizione di malattia (insight), alle difficoltà quotidiane connesse alla diagnosi e alla rete sociale primaria e secondaria di riferimento; valutare qualitativamente lo stato emotivo ed affettivo del paziente, la sua motivazione ad aderire ad un percorso di supporto psicologico, le risorse intra-psichiche presenti e valutare quantitativamente la qualità di vita del paziente.

Solo secondariamente al paziente verrà proposto un percorso individuale e/o di gruppo in base alle specifiche caratteristiche ed esigenze valutate dall'equipe multidisciplinare del CDCCD.

I colloqui si svolgeranno presso gli ambulatori di Geriatria/Neurologia dell'ASL VCO (Omegea, Verbania, Domodossola) e/o presso la Casa della Salute di Omegea.

L'intervento individuale sarà così strutturato:

- Un ciclo di incontri, fino a un massimo di 8 colloqui, della durata di 60 minuti ciascuno.
- Frequenza settimanale o quindicinale (a discrezione del clinico e può variare a seconda delle necessità).

L'intervento di gruppo sarà così strutturato:

- Un ciclo di incontri, fino a un massimo di 8 colloqui, della durata di 1-2 ore per sessione.
- il gruppo sarà costituito secondo criteri di omogeneità per fase di malattia e livello di consapevolezza circa la propria condizione di malattia (insight).
- Frequenza settimanale o quindicinale (a discrezione del clinico e può variare a seconda

delle necessità).

Strumenti e indicatori di efficacia

Il principale strumento di intervento utilizzato è il colloquio clinico, attraverso cui lo psicologo indaga le sofferenze emotive presenti, accoglie e ascolta attivamente quanto il paziente sceglie di condividere, facilita l'emergere di vissuti personali.

Preliminarmente all'avvio del percorso di supporto, individuale o di gruppo, ad ogni paziente verrà somministrata la ***Scala per la Valutazione Clinica dell'Insight (CIR)***, per valutare il grado di consapevolezza di malattia. Verranno inclusi nel percorso solo pazienti con un punteggio uguale o inferiore a 3 (Insight Parziale: punteggio: 3/8). A tutti i partecipanti verrà somministrato il questionario auto-compilato ***Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)*** all'inizio (t0) e alla fine del percorso (t1).

Verrà inoltre somministrato un **questionario di gradimento** appositamente strutturato.

Bibliografia

- *Vivere bene con la demenza. Manuale per facilitatori.* Di Richard Cheston Ann Marshall Samantha Pradelli Eloisa Stella Erika Borella
- Linee Guida per la diagnosi e il trattamenti di demenza e Mild Cognitive Impairment.
(SNLG – Sistema Nazionale Linee guida - ISS, 2024)

LINEA 4: attività motoria

N.B: L'attivazione di tale linea d'intervento sarà possibile solo in convenzione con associazioni del territorio

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

Razionale e descrizione degli obiettivi e delle evidenze

L'attività fisica adattata (AFA) in riferimento a specifiche fasce di popolazione può essere considerata al pari di un medicinale da somministrare nel tempo, con effetti preventivi, educando ad uno stile di vita sano e riducendo i costi della sanità. In particolare, diminuisce alcuni dei fattori di rischio per patologie degenerative multifattoriali e migliora le condizioni di salute di soggetti affetti da patologie croniche stabilizzate (Varma et al., 2017); l'attività fisica rappresenta un elemento importante per la salute di ogni individuo, ma diventa fondamentale per la popolazione anziana, agendo in ottica preventiva contro i fattori di rischio delle demenze (Stijntjes et al., 2015).

L'Attività Fisica Adattata permette di intervenire a diversi livelli del funzionamento della persona con l'obiettivo primario del benessere in un'ottica bio-psico-sociale. L'attività proposta risulta essere a basso impatto e non traumatica, proprio perché rivolta ad un ampio ventaglio di situazioni mediche e non; le Linee Guida su Attività Fisica e Sedentarietà dell'Organizzazione mondiale della Sanità (2020) raccomandano esercizi per il rafforzamento muscolare almeno due giorni a settimana per tutta la popolazione anziana, non solo a quei soggetti con ridotta mobilità. La raccomandazione suggerisce, inoltre, di svolgere almeno tre giorni a settimana attività fisica multicomponente, ossia una combinazione di attività aerobica, rafforzamento muscolare e allenamento di flessibilità ed equilibrio svolto in un'unica sessione, per aumentare la capacità funzionale e ridurre il rischio di cadute accidentali. Lo scopo principale degli esercizi proposti è quello di accompagnare l'individuo in una graduale riscoperta della propria corporeità e della propria capacità di movimento. Il miglioramento della prestazione motoria nell'esecuzione di alcuni esercizi ha come riferimento ultimo la possibilità di transfert della capacità appresa nella quotidianità. Si aggiunge l'importante ruolo ricoperto dalla pratica di attività motoria sulla stabilizzazione e il miglioramento dell'umore. In accordo con le Linee Guida sulla Demenza (SNLG, 2024) la proposta di esercizio fisico di tipo aerobico, non aerobico o combinato

contribuisce in modo positivo al trattamento dei sintomi cognitivi in soggetti con diagnosi di demenza.

OBIETTIVO GENERALE 1: conservazione delle capacità motorie, cognitive e della prassia

Obiettivi specifici: stimolare la coordinazione e manualità fine, mantenere e potenziare le abilità motorie/cognitive residue

Attività previste: esercitazioni sul passo, coordinazione oculo-manuale, consequenzialità del movimento e compiti complessi

OBIETTIVO GENERALE 2: facilitazione e sostegno all'adattamento ambientale con lo sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento delle autonomie di base e strumentali del vivere quotidiano (ADL, IADL)

Obiettivi specifici: affinare le strategie di adattamento al contesto esterno

Attività previste: esercitazioni di movimento adattate al contesto domestico-familiare e esterno con elementi di imprevedibilità

OBIETTIVO GENERALE 3: contrasto alla sindrome di immobilizzazione e prevenzione del rischio di caduta

Obiettivi specifici: potenziare l'equilibrio statico e dinamico, mantenere il controllo del proprio corpo nello spazio attraverso la stimolazione della propriocezione

Attività previste: esercizi propriocettivi, stimolazioni multisensoriali e body scan

OBIETTIVO GENERALE 4: contrasto alla sedentarietà e promozione di uno stile di vita attivo con effetti positivi sul tono dell'umore ed il senso di autoefficacia

Obiettivi specifici: costruire una rete sociale positiva, permettendo al singolo di mantenere e potenziare le proprie competenze di socializzazione, ridurre l'isolamento e il senso di solitudine

Attività previste: il gruppo rappresenta un elemento fondamentale della riattivazione, in quanto la collaborazione con gli altri componenti permette al singolo di mettersi in gioco con maggior spontaneità e leggerezza e permette il confronto positivo con gli altri e l'intervento creativo che generano a loro volta una maggiore capacità di tollerare lo sforzo con la possibilità di trovare negli altri una fonte di sostegno psicologico e motivazionale. Ulteriormente, il gruppo favorisce la possibilità di sviluppare senso di appartenenza, di attivare forme di apprendimento informale e incrementa la consapevolezza delle proprie possibilità.

Invio e Target

Pazienti afferenti all'ambulatorio di Geriatria/Neurologia dell'ASL VCO (indirizzati al CDCD) in un' età compresa tra i 55 e gli 90 anni, con DNC Lieve a diversa eziologia (CDR 0,5), DNC Maggiore di grado lieve a diversa eziologia (CDR 1) e DNC Maggiore di grado moderato a diversa eziologia (CDR 2). Punteggio MMSE maggiore/uguale a 18, senza disturbi del comportamento, tali da interferire con lo svolgimento delle attività e senza deficit manuali/sensoriali tali da impedirne la partecipazione.

NB: prima dell'inizio dell'intervento sarà necessario far firmare il consenso al trattamento ed il modulo sulla privacy al paziente/caregiver/familiare/tutore.

Figure professionali

Chinesiologo, laureato in scienze motorie almeno al secondo anno di specializzazione in Attività Motoria-Fisica Adattata e con l'abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria delle professioni sanitarie di Massaggiatore Capo Bagnino degli stabilimenti idroterapici (massoterapista), con esperienza nell'ambito geriatrico e/o delle patologie degenerative.

Setting

L'attività motoria verrà proposta come gruppale mista uomini e donne (6-8 persone, omogeneo per funzionalità motoria e cognitiva). L'intervento avrà cadenza bisettimanale per 12 incontri a cui seguiranno 8 incontri monosettimanali per almeno due cicli annuali, come raccomandato dalle linee guida regionali. Tale cadenza potrà, però, essere rivalutata e corretta in base alle disponibilità delle sedi ospitanti. Ogni intervento avrà la durata di 60 minuti e sarà così strutturato:

- 5 minuti di accoglienza e presentazione delle attività
- 15 minuti di attivazione generale di riscaldamento e attività aerobica: attività aerobica di bassa intensità alla pedaliera o in camminata, esercizi di mobilità articolare generale (tratto cervicale, cingolo omero-scapolare, catena cinetica posteriore, arti inferiori). Quando possibile, è preferibile l'esecuzione degli esercizi in stazione eretta, tuttavia, tenendo conto della valutazione di funzionalità iniziale delle capacità individuali, gli stessi esercizi possono essere proposti in posizione seduta per una maggiore sicurezza dei pazienti.
- 35 minuti di attività specifica e mirata: si propongono esercizi di attività aerobica ed anaerobica combinati da eseguire a corpo libero e/o con l'utilizzo di materiali e strumenti differenti, con i seguenti obiettivi: rinforzo muscolare generale, equilibrio statico e dinamico, mobilità articolare e

del range di movimento sufficientemente ampio, coordinazione mono-segmentaria e inter-segmentaria, manualità fine, manipolazione di oggetti e prensione, stimolazione della memoria attraverso le sequenze motorie e compiti complessi, orientamento nello spazio e cooperazione collaborazione tra i componenti del gruppo. Il programma deve essere modulato di volta in volta in base alle esigenze, ai progressi e alla risposta individuale di ciascun paziente.

- 5 minuti finali di defaticamento e confronto sull'attività svolta.

Strumenti e materiali

Gli interventi, strutturati nel rispetto delle differenti necessità e livelli di funzionalità dei pazienti, possono prevedere l'utilizzo di svariati strumenti con l'intento di stimolare la motricità generale, agevolare l'attuazione di strategie di compensazione, conservare l'autonomia di movimento. Gli strumenti utilizzati potranno essere sedie con braccioli e senza, pedaliere, bacchette di legno, palline in spugna, bande elastiche, coni di differenti altezze, oggetti della quotidianità che possono stimolare l'attività dei pazienti (mollette da bucato, palloncini,...), tavolette proprioettive e tappetini. L'operatore modula e adatta la proposta di attività nel rispetto delle differenze individuali dei partecipanti e stimola la partecipazione attiva proponendo compiti motori che richiedono impegno ma possono essere realizzati con successo da parte dell'esecutore; in questo modo ogni paziente può sperimentare con successo, acquisendo maggior senso di autoefficacia, con effetti positivi sull'autostima.

Strumenti e indicatori di efficacia

Durante il colloquio clinico anamnestico e conoscitivo con il paziente e con il Caregiver, vengono raccolte informazioni sulla storia clinica del paziente, sul suo livello di funzionamento quotidiano e sul suo livello di funzionalità motoria nelle attività di base e strumentali del vivere quotidiano (**ADL, IADL**). Ogni paziente sarà sottoposto a una valutazione delle prestazioni nelle attività della vita quotidiana attraverso la compilazione della **scala Barthel**. La misurazione avviene con monitoraggio mensile e report semestrale.

L'operatore si riserva di utilizzare, nel corso degli interventi, alcuni strumenti atti a valutare la funzionalità motoria dei pazienti, con l'intento di adattare al meglio la proposta alle necessità degli stessi, come la **scala di Tinetti**, che attraverso due sottoscale permette di identificare i soggetti a rischio di caduta, e i criteri di fragilità di Linda Freid.

Verrà inoltre somministrato un **questionario di gradimento** rivolto al caregiver in riferimento al trattamento a cui si è sottoposto il paziente.

Bibliografia

- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- AA. W. Linee Guida Diagnosi e trattamento di demenze a Mild Cognitive Impairment (2024), Istituto Superiore di Sanità
- Stijntjes M, Pasma JH, van Vuuren M, Blauw GJ, Meskers CG, Maier AB . Low cognitive status is associated with a lower ability to maintain standing balance in elderly outpatients. *Gerontology* (2015) ;61: :124-130.
- Varma, Vijay R. and Watts, Amber. 'Daily Physical Activity Patterns During the Early Stage of Alzheimer's Disease'. 1 Jan. 2017: 659 - 667.
- WHO guidelines on physical activity and sedentary www.who.int/publications/i/item/9789240015128

LINEA 5: trattamenti psico-educazionali e psico-sociali rivolti al caregiver

OBIETTIVO GENERALE:

Razionale e descrizione dell'obiettivo ed evidenze

Prendersi cura di un familiare con disturbo neurocognitivo (DNC) richiede modifiche significative nello stile di vita fin dai primi momenti della malattia. Questo impegno, oltre alla gestione pratica del paziente, influisce profondamente sul benessere emotivo e psicologico del caregiver principale (Farina et al., 2017; McLoughlin, 2022).

Il Piano Globale di Azione dell'OMS sulla Risposta di Salute Pubblica alla Demenza 2017-2025 pone un forte accento sull'importanza di potenziare il sostegno ai familiari dei pazienti con DNC. Questo riconosce il ruolo fondamentale dei caregiver e la necessità di fornire loro risorse e supporto adeguati per affrontare le sfide legate alla malattia.

L'obiettivo generale del percorso psicoeducativo offerto alle famiglie è quello di promuovere, attraverso incontri informativi e di supporto, il benessere psicologico ed emotivo di caregiver che si occupano di un familiare con DNC.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Favorire nel caregiver la comprensione e la conoscenza della malattia neurodegenerativa:

- promuovere l'acquisizione e l'utilizzo di strategie funzionali
- aiutare il caregiver nella costruzione/pianificazione di attività significative e piacevoli con il familiare
- informare sui servizi territoriali disponibili: come accedervi, quali sono (inclusi servizi riabilitativi e di supporto).

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Ridurre i livelli di stress legati al carico assistenziale

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Gestione delle emozioni del caregiver, costruzione di un ambiente familiare supportivo, fornire informazioni circa la cura della propria salute fisica e mentale.

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Favorire occasioni di scambio e socializzazione tra i partecipanti (intervento gruppale).

Target

Familiari fino al secondo grado di parentela di pazienti in carico all'ambulatorio di Geriatria/Neurologia dell'ASL VCO (indirizzati al CDCD). Non verranno inclusi i familiari di pazienti ospedalizzati.

NB: prima dell'inizio dell'intervento sarà necessario far firmare il consenso al trattamento ed il modulo sulla privacy al paziente/caregiver/familiare/tutore.

Figure professionali

Psicologo clinico con comprovata esperienza nell'ambito dell'invecchiamento e delle patologie neurodegenerative associate.

Setting

Dopo aver preso contatti con il familiare individuato e aver verificato la sua disponibilità, si programmerà un primo colloquio conoscitivo finalizzato a raccogliere informazioni relative alla

storia clinica del paziente, al carico assistenziale presente, alla rete sociale primaria e secondaria di riferimento e alle difficoltà comportamentali e gestionali quotidiane, valutare qualitativamente lo stato emotivo ed affettivo del familiare, la sua motivazione ad aderire ad un percorso di supporto psicologico.

Solo secondariamente al caregiver verrà proposto un percorso individuale e/o di gruppo in base alle specifiche caratteristiche ed esigenze del nucleo familiare.

Entrambi i servizi verranno erogati presso gli ambulatori di Geriatria/Neurologia dell'ASL VCO (Omegna, Verbania, Domodossola) e/o presso la Casa della Salute di Omegna. Si valuterà in base alle esigenze del territorio se estendere l'intervento anche in contesti extra-ospedalieri, quali domicilio del paziente, qualora emergano specifiche esigenze da parte dei caregiver sia formali, sia informali.

L'intervento individuale sarà così strutturato:

- Colloquio conoscitivo finalizzato a valutare l'avvio di un percorso di sostegno psicologico.
- Un ciclo di incontri, fino a un massimo di 8 colloqui, della durata di 60 minuti ciascuno.

L'intervento di gruppo, preceduto da una definizione di gruppi omogenei in base al grado di parentela con la persona con disturbo neurocognitivo (DNC), alla patologia specifica e alla fase di malattia, sarà così strutturato:

- Ciclo di incontri settimanali o quindicinali, per un massimo di 8-10 incontri, della durata di 1h e 30 minuti ciascuno.

Strumenti e indicatori di efficacia

Il principale strumento di intervento utilizzato è il colloquio clinico, attraverso cui lo psicologo indaga le sofferenze emotive presenti, accoglie e ascolta attivamente quanto il paziente sceglie di

condividere, facilita l'emergere di vissuti personali.

Per gli interventi psico-educazionali, il clinico può avvalersi di ulteriori strumenti utili ad agevolare la condivisione di informazioni specifiche:

- materiali creati ad hoc
- letture, filmati.....

In entrambe le modalità, individuale o di gruppo, sarà prevista la somministrazione della **Zarit Burden Interview** all'inizio (T0) e alla fine del percorso (T1).

Bibliografia

- Chattat, R., Cortesi, V., Izzicupo, F., Del Re, M. L., Sgarbi, C., Fabbo, A., & Bergonzini, E. (2011). The Italian version of the Zarit Burden interview: a validation study. *International psychogeriatrics*, 23(5), 797-805.
- Linee Guida per la diagnosi e il trattamenti di demenza e Mild Cognitive Impairment. (*SNLG – Sistema Nazionale Linee guida - ISS, 2024*).
- MCLOUGHLIN, Bethany. Group-based interventions for carers of people with dementia: A systematic review. *Innovation in Aging*, 2022, 6.3: igac011.

STUDIO DI OUTCOME RESEARCH SULLA VALUTAZIONE DI UN TRATTAMENTO COMBINATO DI TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA E STIMOLAZIONE MOTORIA DI GRUPPO IN PERSONE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE DI GRADO LIEVE-MODERATO

(STUDIO CST + MST)

Responsabile Principale della Ricerca – PI: Dr. Ernesto Palummeri – Azienda Sanitaria Ligure, Regione Liguria; Dr. Piero Secreto – Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata – Fatebenefratelli – Torino.

Co-PI: Dr.ssa Patrizia Lorenzini – Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Osservatorio Demenze.

Riferimenti normativi: Fondo per l’Alzheimer e le demenze (Legge di Bilancio 2021, Legge di Bilancio 2024).

Interventi in studio: Protocollo di Cognitive Stimulation Therapy (CST) combinato con stimolazione motoria.

METODI

Studio multicentrico, interventistico, quasi-sperimentale di outcome research volto a valutare l’efficacia e la sicurezza di un trattamento combinato di CST e MST di gruppo sul funzionamento cognitivo e sul rischio di caduta in persone con DNCM di grado lieve-moderato.

3.2 Popolazione in studio (criteri di inclusione ed esclusione)

- 14 PAZIENTI IN TOTALE

Criteri di inclusione:

- Pazienti di età \geq 65 anni;
- Valutati da un CDCC che abbia formulato diagnosi di:

- **Disturbo Neurocognitivo Maggiore (o demenza) di qualunque eziologia, di grado lieve moderato (CDR 1 o 2);**
 - In grado di eseguire un test TUG, indipendentemente dal tempo impiegato; cioè in grado di deambulare autonomamente o con ausilio, ma senza necessità di aiuto umano durante l'esecuzione del test;
 - Assenza di deficit uditivi e visivi di grado tale da precludere la partecipazione agli interventi.

Criteri di esclusione:

- Pazienti senza diagnosi formulata da CDCD;
- Presenza di disturbi del comportamento specifici (deliri, allucinazioni, agitazione, ansia, euforia, disinibizione, irritabilità, wandering) di grado tale da impedire la partecipazione agli interventi;
- Malattie che controindichino l'attività fisica (es. grave scompenso cardiaco).

Interventi

Gli interventi saranno erogati per un totale di 14 sessioni di 2 ore per 7 settimane (2 volte a settimana). Ogni sessione prevede una prima parte di 45 minuti di CST seguita, dopo una pausa, dalla sessione di stimolazione motoria della stessa durata (la sessione di CST da protocollo prevede al proprio interno una pausa, con una piccola merenda, che viene spostata prima della sessione motoria). Tali attività saranno strutturate in gruppi di 6/8 pazienti, con un livello cognitivo simile e svolte sempre da due operatori, uno psicologo ed un fisioterapista; gli spazi devono essere tali da consentire ai pazienti di camminare agevolmente in cerchio; sono comunque previsti eventuali adattamenti (es. cammino sul posto).

L'attività di CST è caratterizzata da:

- un'iniziale introduzione di 10 minuti che include la presentazione di ogni partecipante all'interno del gruppo, accompagnata da una canzone scelta dal gruppo (ogni sessione sarà dedicata a un tema specifico: infanzia, cibo, ecc.); la discussione relativa al giorno, mese, anno, meteo e ora, nonché il nome e l'indirizzo del centro clinico; la discussione di notizie di attualità;
- ulteriori esercizi di stimolazione cognitiva inerenti la tematica della sessione, per una durata di circa 25 minuti. Queste attività vengono adattate alle capacità cognitive dei partecipanti e divise in livello A (più difficile, per le persone con un MMSE di ≥ 19) e livello B (più facile, per le persone con un MMSE di 14-18);

- gli ultimi 10 minuti della sessione sono utilizzati ringraziando per la partecipazione, cantando la canzone del gruppo e ricordando a tutti il giorno, l'ora e la tematica della sessione successiva.

Nello specifico, le tematiche delle 14 sessioni sono così programmate:

- SETTIMANA 1: Sessione 1 “giochi fisici” e Sessione 2 “suoni”;
- SETTIMANA 2: Sessione 3 “infanzia” e Sessione 4 “cibo”;
- SETTIMANA 3: Sessione 5 “notizie di attualità” e Sessione 6 “volti e luoghi”;
- SETTIMANA 4: Sessione 7 “associazione di parole” e Sessione 8 “creatività”;
- SETTIMANA 5: Sessione 9 “categorizzazione” e Sessione 10 “orientamento”;
- SETTIMANA 6: Sessione 11 “utilizzo del denaro” e Sessione 12 “creatività”
- SETTIMANA 7: Sessione 13 “giochi con i numeri” e Sessione 14 “giochi con le parole”.

L’attività di MST sarà caratterizzata da:

- un’attività iniziale di “riscaldamento” attuata camminando accompagnati da musiche gradite al gruppo, per un tempo progressivamente più lungo;
- un’attività principale con esercizi di stimolazione motoria;
- l’uso di semplici attrezzi (palle, bastoni, step, palline colorate...);
- un “gioco” motorio e cognitivo conclusivo, che richiama le attività svolte durante la precedente sessione di CST.

Il numero di ripetizioni degli esercizi è standardizzato e crescente.

Le varie sessioni di MST sono così programmate:

- SETTIMANA 1: prevede esercizi semplici mirati a: valutare la mobilità complessiva e la capacità di aderire a semplici istruzioni e/o compiti su imitazione; stimolare attenzione e concentrazione; allenare l’elasticità muscolare e la forza.

I giochi motori sono inerenti memoria e inibizione dell’interferenza.

- SETTIMANA 2: prevede esercizi mirati a: spostamento del carico ed equilibrio da seduti (controllo del tronco); allungamento muscolare del tronco e degli arti superiori; stimolazione di attenzione e coordinazione; passaggi posturali; ricondizionamento muscolare.

I giochi motori stimolano memoria e linguaggio.

- SETTIMANA 3: prevede esercizi mirati a: spostamento del carico nel passaggio in posizione eretta; equilibrio in postura eretta anche compiendo movimenti con gli arti superiori; allungamento muscolare del tronco e degli arti superiori; stimolazione di attenzione e coordinazione (destra/sinistra; arti inferiori/arti superiori); passaggi posturali; ricondizionamento muscolare.

I giochi motori riguardano la memoria e la denominazione.

- SETTIMANA 4: prevede l'incremento degli esercizi mirati a: spostamento del carico nel passaggio in posizione eretta; equilibrio in postura eretta anche compiendo movimenti con gli arti superiori; allungamento muscolare del tronco e degli arti superiori; stimolazione di attenzione e coordinazione (destra/sinistra; arti inferiori/arti superiori); passaggi posturali; ricondizionamento muscolare.

I giochi motori sono inerenti linguaggio e ragionamento.

- SETTIMANA 5: prevede esercizi mirati a: spostamento del carico nel passaggio in posizione eretta; equilibrio in postura eretta anche compiendo movimenti con gli arti superiori; allungamento muscolare del tronco e degli arti superiori; stimolazione di attenzione e coordinazione (destra/sinistra; arti inferiori/arti superiori); passaggi posturali; ricondizionamento muscolare.

I giochi motori interessano linguaggio e orientamento.

- SETTIMANA 6: prevede esercizi mirati a controllo del tronco e dell'equilibrio; rinforzo muscolare degli arti inferiori; stimolazione di attenzione e coordinazione; ricondizionamento muscolare;

I giochi motori sono focalizzati su stime cognitive e ~~12~~inibizione cognitiva.

- SETTIMANA 7: prevede esercizi mirati a: consolidare le competenze motorie stimolate durante le settimane precedenti; esercitare gli spostamenti in uno spazio complesso facendo attenzione a più aspetti dell'ambiente;

I giochi motori comprendono la stimolazione di memoria e il linguaggio.

Strumenti di valutazione

I partecipanti saranno sottoposti ad una valutazione cognitiva, motoria, funzionale e psicologica prima dell'intervento (*baseline*), a 7 e a 14 settimane dall'inizio dello studio; contestualmente saranno raccolti dati inerenti la terapia farmacologica in corso attraverso un apposito questionario. Inoltre, i *caregiver* dei partecipanti verranno sottoposti ad una

misurazione del livello di carico assistenziale prima dell'intervento (*baseline*), a 7 e a 14 settimane dall'inizio dello studio.

FUNZIONAMENTO COGNITIVO GLOBALE:

Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975): breve batteria che valuta il funzionamento cognitivo globale del soggetto, comprendente item che esaminano: abilità visuo-costruttive, denominazione, memoria a breve termine, attenzione, linguaggio, astrazione e orientamento. Il punteggio totale è pari a 30 punti: punteggi più elevati corrispondono a un miglior funzionamento cognitivo.

Clinical Dementia Rating scale – Sum of Boxes (CDR-SB) (O'Bryant et al., 2010): misura di cognizione globale e funzionale tramite un'intervista con il paziente e con il caregiver. Misura l'impatto del decadimento cognitivo sulle abilità funzionali, attraverso 6 domini e fino a 10 domande per dominio. Il punteggio totale è ottenuto dalla somma di ciascun dominio e ha un range da 0 a 18. Punteggi più elevati si associano a una minor capacità cognitivo-funzionale.

CAPACITÀ VISUO-COSTRUTTIVE:

Clock Drawing Test (CDT) (Mondini et al., 2003): test che valuta le capacità visuo-costruttive. Al soggetto viene chiesto di disegnare i numeri e le lancette all'interno di un quadrante già pre-costruito in modo da segnare le ore 2.45. Il punteggio massimo è pari a 10; valori più elevati indicano migliori capacità visuo-costruttive.

PERFORMANCE MOTORIA:

Timed Up and Go (TUG) (Podsiadlo, 1991): test volto a determinare il rischio di caduta principalmente nella popolazione geriatrica. Il tempo trascorso dall'inizio del test fino al ritorno del paziente in posizione seduta costituisce il punteggio "Timed Up and Go". Valori più elevati sono associati a un maggior rischio di cadute.

Short Physical Performance Battery (SPPB) (Guralnik et al., 1994): test che misura la funzionalità degli arti inferiori. È suddiviso in tre fasi: valutazione dell'equilibrio, valutazione del cammino su 4 metri lineari e valutazione della capacità di eseguire, per 5 volte consecutive, il *sit to stand* da una sedia senza utilizzare gli arti superiori. Il punteggio totale

varia da 0 a 12 e valori più elevati sono indicativi di una miglior funzionalità degli arti inferiori.

DUAL TASK:

Cognitive Timed Up and Go (C-TUG) (Vance et al., 2015): Viene effettuato esattamente come il TUG, chiedendo ai soggetti di eseguire un compito cognitivo (contare all'indietro da 10 a 0) mentre effettuano il test.

ABILITÀ FUNZIONALI, BENESSERE E DISTURBI PSICO-COMPORTAMENTALI:

Barthel Index (Castiglia et al., 2017): fornisce un punteggio indicativo delle capacità funzionali del soggetto nella vita quotidiana. Il punteggio massimo è 100 e indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (Lawton & Brody, 1969): questionario che valuta le abilità strumentali della vita quotidiana. Il questionario ha un punteggio da 1 a 8 in cui punteggi più bassi indicano una maggior compromissione funzionale.

EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L) (Herdman et al., 2011): scala che valuta la qualità della vita in pazienti con DNC. Il punteggio può andare da 1 a 5; punteggi superiori si associano a una peggior qualità della vita.

Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) (Kaufer et al., 2000): Il NPI è un questionario per valutare i sintomi neuropsichiatrici dei pazienti con demenza o altri disturbi cognitivi. Il questionario è composto da domande su disturbi psico-comportamentali riferiti al paziente e viene somministrato al *caregiver*. Punteggi più alti si associano a una maggior presenza di alterazioni psico-comportamentali.

Geriatric Depression Scale-5 (GDS-5) (Rinaldi et al., 2003): valutazione del tono dell'umore depresso nei soggetti anziani. Punteggio può andare da 0 a 5. A punteggi superiori si associa una maggior presenza di sintomi depressivi.

BURDEN DEL CAREGIVER:

Zarit Burden Interview (ZBI) (Zarit et al., 1980): valutazione del carico assistenziale del *caregiver*. Il punteggio può andare da 0 a 88. A punteggi maggiori si associa un carico assistenziale più elevato.

VALUTAZIONE DELLA COMORBIDITA' A BASELINE:

Indice di Comorbidità di Charlson (ICC) (Charlson et al., 1987): Nella sua forma classica considera 19 condizioni mediche (16 malattie di cui 3 sono stratificate secondo la gravità) a cui viene attribuito un peso variabile da 1 a 6 con un punteggio finale che va da 0 a 33. La somma dei punteggi delle singole comorbidità permette di valutare l'impatto delle stesse sulla gravità della malattia. Nonostante l'ampiezza del range, uno score superiore a 5 è generalmente espressione di importante impegno clinico.

Formazione dei professionisti sul trattamento di CST e sul trattamento di MST

Il protocollo sarà erogato da uno psicologo e un fisioterapista ,formati in merito al protocollo di CST e al protocollo di stimolazione motoria MST. È infatti prevista la presenza costante dei due operatori durante entrambe le sessioni (cognitiva e motoria); la formazione comune di entrambi favorirà inoltre gli scambi e la reciproca comprensione del ruolo di ognuno all'interno del progetto.

Il programma formativo prevede un totale di circa 20 ore e si articolerà tramite erogazione di formazione sia a distanza che in presenza.

L'impegno orario per tale progetto, per ciascun professionista assunto, è stimato in circa 120h.

Ore riferite alla presa in carico di tutti i pazienti (2 gruppi)

Figura professionale	Ore attività per singolo paziente •	N° pazienti totali	Ore complessive valutazione	Ore complessive trattamento combinato	Totale
Psicologo	4 h	14-16 pz	56-64 h	56 h	112-120 h
Fisioterapista	4 h	14-16 pz	56-64 h	56 h	112-120 h

• comprende: colloquio e valutazione iniziale, valutazione finale, restituzione a fine trattamento

NB: a questo monte ore vanno aggiunte le ore della formazione (16 h per professionista), una tantum.

PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa <i>ASL VCO</i>		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
Personale -Psicologo -Fisioterapista	-bandi incarichi libero professionale di Psicologo e Fisioterapista per sviluppo progetto regionale linea 1,3,5 – cfr. progetto clinico	€ 80.500,00 (70%)
Beni - -	-	
Apparecchiature sanitarie - -	-	
Servizi -Convenzione con AFA VCO (Associazione Familiari Alzheimer) -	-rinnovo convenzione con AFA VCO (Associazione Familiari Alzheimer) per sviluppo progetto regionale linea 4 – cfr. progetto clinico	€ 34.500,00 (30%)
Missioni - -	-	
Spese generali - -	-	

Referente scientifico
Dott.ssa Loredana Seccia

Referente amministrativo
Dott.ssa Leonora Corsini