



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

67

CONGRESSO
NAZIONALE

**STIAMO
LAVORANDO
PER FARTI
INVECCHIARE
MEGLIO**

NAPOLI
30 Novembre - 3 Dicembre 2016

17

CORSO
INFERMIERI

NAPOLI
1-2 Dicembre 2016

ATTI

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

differenti sessioni di esposizione musicale:

- Prima sessione - Mozart:
 - prelievo di sangue venoso a digiuno e in condizioni di riposo;
 - somministrazione i) del Paper Folding & Cutting test (PFC) per la valutazione delle abilità spaziotemporali, ii) del test dell'orologio (CT) per esplorare le abilità prassico-ideative;
 - ascolto del brano di Mozart (K448) per 30 minuti;
 - secondo prelievo subito dopo l'esposizione all'ascolto musicale;
 - nuova valutazione tramite la stessa batteria di test.
- Seconda sessione - Beethoven (a distanza di 7 giorni dalla prima sessione): stesso protocollo della prima sessione ma esposizione al brano "Fur Elise" di Beethoven.

Le sessioni sono state alternate tra i partecipanti: in ciascun gruppo metà del campione ha ascoltato prima la K488 di Mozart e poi la "Fur Elise" di Beethoven, mentre l'altra metà è stata sottoposta prima al brano di Beethoven e, dopo una settimana, alla sonata di Mozart.

In ciascun soggetto è stato effettuato un dosaggio dei livelli sierici di cortisolo e BDNF prima e dopo esposizione allo stimolo musicale.

Le analisi dei dati mostrano un miglioramento nell'esecuzione dei test PFC ($p=.01$) e CT ($p.03$) in entrambi i gruppi solo dopo l'esposizione alla sonata di Mozart. Emerge, inoltre, una diminuzione significativa ($p=.001$) dei livelli sierici di cortisolo in entrambi i gruppi sia dopo l'esposizione alla K448 di Mozart che al brano di Beethoven. Una interazione significativa gruppo x tempo ($p=.04$) è stata riscontrata nei livelli sierici di BDNF: l'analisi dei post hoc evidenzia un aumento significativo ($p=.001$) dei livelli di BDNF nel gruppo MCI a seguito dell'esposizione alla K488 di Mozart ed una differenza significativa ($p=.001$) tra gruppi nei livelli sierici di BDNF dopo l'ascolto della sonata di Mozart.

I risultati evidenziano, in entrambi i gruppi, una riduzione statisticamente significativa dei livelli di cortisolo dopo esposizione allo stimolo musicale indipendentemente dal brano musicale, a conferma di un possibile ruolo positivo della musica nella riduzione dello stress. Diversi autori ritengono che questo effetto anti-stress giustifichi la miglior performance ai test neuropsicologici dopo esposizione alla musica di Mozart (Husain G et al. Music Percept 2002). È interessante notare, tuttavia, come i risultati del nostro studio documentino, in entrambi i gruppi, una miglior performance nell'esecuzione di test neuropsicologici solo dopo esposizione alla musica di Mozart, in linea con quanto riportato da altri Autori (Jausovec N et al. Clinical Neurophysiology

2006). Alla luce di ciò ci saremmo attesi un aumento dei livelli sierici di BDNF dopo esposizione alla musica di Mozart in entrambi i gruppi, ma i risultati mostrano un incremento significativo solo in soggetti con MCI. Perché questa discrepanza fra la performance all'esecuzione di prove di abilità spaziotemporali e i livelli sierici di BDNF? Un recente studio ha evidenziato nei soggetti con iniziale deficit cognitivo l'attivazione di una neuroplasticità compensatoria a livello cerebrale (Clément F et al. Journal of Alzheimer's Disease 2012). È possibile, quindi, ipotizzare meccanismi neurofisiologici diversi fra soggetti sani e pazienti con MCI nell'individuazione di strategie volte alla risoluzione di prove cognitive. Se nei soggetti sani la musica di Mozart può influenzare l'attività di aree cerebrali coinvolte nella risoluzione di prove di ragionamento spaziotemporale, come evidenziato da diversi studi di Risonanza funzionale ed elettroencefalografici (Bodner M et al. Neurological Research 2001; Verrusio W et al. Conscious Cogn 2015), nei pazienti con MCI l'Effetto Mozart potrebbe consistere in una esaltazione dei meccanismi neuroplastici compensatori presenti nelle fasi iniziali del deterioramento cognitivo, con effetti positivi in termini di abilità spaziotemporali. Studi recenti hanno evidenziato come l'esercizio fisico e la riabilitazione cognitiva possano indurre un aumento dei livelli sierici di BDNF con benefici sulle prestazioni cognitive (Angelucci FP et al. Neurosci 2015; El-Tamawy AA et al. NeroRiabilitation 2014). I risultati del nostro studio evidenziano come la musica di Mozart possa esercitare un ruolo positivo nella riabilitazione cognitiva di soggetti con MCI rappresentando una metodica riabilitativa non invasiva, priva di effetti collaterali e con un impatto economico quasi nullo.

L'ARCHIVIO ANCHISE: UNA RACCOLTA DI CONVERSAZIONI PROFESSIONALI CON ANZIANI CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI A DISPOSIZIONE DEI RICERCATORI

Vigorelli P., Peduzzi A., Andreoletti S., Bareggi M.P., Cocco A., De Lorenzi E., Martini M., Piccaluga L., Sertorio S., Zippone S.

Gruppo Anchise ~ Milano

Nel corso degli anni il Gruppo Anchise ha raccolto i testi di numerose conversazioni professionali con anziani con disturbi neurocognitivi. Da questa raccolta è nato l'Archivio Anchise. Il Gruppo Anchise è un'Associazione tra esperti per la ricerca, la formazione e la cura degli anziani fragili, in particolare quelli con malattia di Alzheimer; al centro dell'attenzione pone la parola, i suoi interventi si basano sull'ApproccioCapacitante®. Gli obiettivi dell'Archivio sono: 1) favorire la ricerca e la cura degli anziani con disturbi neurocognitivi, basan-

dosi sull'attenzione alle parole degli anziani stessi; 2) riconoscere l'evidenza delle parole; 3) mettere a disposizione dei ricercatori i testi di conversazioni professionali con anziani con disturbi neurocognitivi.

L'Archivio è costituito da una raccolta di 275 testi, ordinati e numerati in ordine cronologico; è in continuo aggiornamento e si avvale dei contributi spontanei di operatori che inviano i testi delle loro conversazioni con anziani con disturbi neurocognitivi. I testi sono il risultato della trascrizione fedele dell'audio registrazione effettuata con il consenso informato del conversante (quando e come è possibile ottenerlo) e del familiare di riferimento. I dati personali del conversante, e solo quelli, sono modificati per renderlo irricognoscibile ai sensi del dl 30 giugno 2003, n. 196. Ogni turno verbale è numerato in modo progressivo ed è preceduto dall'indicazione del parlante. Ogni testo è preceduto da una breve nota introduttiva con informazioni essenziali sull'operatore (nome e cognome, qualifica e professione, struttura), sul conversante (età, sesso, note anamnestiche essenziali, punteggio MMSE), sul contesto in cui la conversazione è avvenuta e sulla conversazione stessa (modalità, durata). Nel periodo 2007-2015 sono state raccolte 275 conversazioni professionali con persone con demenza, in tutti gli stadi di malattia, dalla demenza di grado lieve a quella moderato-severa e severa. Le conversazioni durano da 1 a 64 minuti (media 12 minuti); sono state raccolte da operatori che lavorano nelle RSA, nei Centri diurni, nei Servizi e al domicilio, indipendentemente dalla qualifica: medici, infermieri, operatori dell'assistenza (OSS, ASA), animatori, arteterapeuti, assistenti sociali, coordinatori, educatori, fisioterapisti, logopedisti, musicoterapeuti, psicologi, psicomotricisti, terapisti occupazionali, coordinatori di struttura. Gli operatori che hanno condotto le conversazioni provengono da 13 Regioni del Nord, Centro e Sud Italia e da due Cantoni svizzeri (Canton Ticino, Canton Grigioni). Nel commento che segue ogni testo vengono individuate le tecniche utilizzate dai conversanti e si rilevano i risultati osservabili dall'analisi del testo, cioè dall'evidenza delle parole. In particolare si osserva quali sono le tecniche capacitanti che favoriscono il fluire della conversazione e l'emergere delle Competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere).

L'Archivio Anchise raccoglie 275 testi di conversazioni professionali con anziani con demenza. A nostra conoscenza si tratta del più vasto archivio esistente. Ora viene messo a disposizione di ricercatori, clinici, laureandi e specializzandi (info@gruppoanchise.it) per favorire la ricerca e la cura degli anziani con disturbi neurocognitivi, basata sull'attenzione alle parole degli anziani stessi. Nel commento che segue ogni testo ven-

gono individuate le tecniche utilizzate dai conversanti e si rilevano i risultati osservabili dall'analisi del testo, cioè dall'evidenza delle parole.

DALLE DEMENZE AI DISTURBI NEUROCOGNITIVI: RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA SECONDO I CRITERI DEL DSMV

Villella A.^[1], De Sensi G.^[2], Garo M.^[2], Malara A.^[3]

[1]Casa Protetta Madonna del Rosario ~ Lamezia Terme, [2]Centro Residenziale e di Riabilitazione San Domenico ~ Lamezia Terme, [3] Coordinamento Scientifico Associazione Nazionale Strutture Terza Età (ANASTE) Calabria ~ Lamezia Terme

Nell'ultima edizione del Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM V) pubblicato negli Stati Uniti nel maggio del 2013, il termine "Demenza" viene sostituito con il termine Disturbo Neurocognitivo Major e Minor1. Il concetto di deficit, posto alla base della definizione di disturbo acquisito, pone l'attenzione sull'avanzamento di un declino cognitivo rispetto ad un precedente livello di prestazione. Questa nuova definizione si concentra pertanto più sulla prestazione che sulla disabilità. Nel DSMV si parla di tre categorie di Disturbi neurocognitivi (Neurocognitive Disorders NCD): il Delirium, i NCD Major e Minor. Un NCD Minor si caratterizza per la presenza di un declino cognitivo in un soggetto che comunque mantiene la capacità di svolgere autonomamente le attività quotidiane. Un NCD Major si caratterizza per la presenza di un declino cognitivo significativo rispetto al precedente livello di funzionamento con impatto sulle capacità esecutive. L'obiettivo di questo studio è stato quello di procedere alla rivalutazione diagnostica dei pazienti affetti da demenza ricoverati in strutture di Long Term Care (LTC), alla luce dei nuovi criteri del DSMV e verificare l'associazione con il grado di disabilità valutato con i comuni test si valutazione multidimensionale geriatrica.

Rispetto alla diagnosi di ingresso la rivalutazione diagnostica secondo DSMV ha evidenziato alcune differenze (Fig.1). Applicando i criteri del DSMV il 16,21% risulta corrispondere ai criteri per il Declino Cognitivo Minore e il 83,78% per i criteri del Declino Cognitivo Maggiore. La valutazione multidimensionale ha permesso di evidenziare una diversa performance funzionale e psico-comportamentale tra i due gruppi. In particolare lo stato funzionale valutato con ADL risulta più compromesso nei pazienti con NCD maggiore (ADL 0-1/6: 90,3%) rispetto a quelli con NCD minor (ADL 0-1: 50%). I disturbi del comportamento valutati con NPI risultano più frequenti nei NCD maggiore (NPI moderato grave 22,27% circa) rispetto a quelli con NCD Minor. Anche la classificazione con la CDR sembra corrispondere alla gravità dei NCD.