



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Direzione Generale per il Coordinamento, la Promozione e la Valorizzazione della
Ricerca
Uff. V.

Rendiconto di spesa Fondi 5 per mille ANNO 2016
Enti della Ricerca Scientifica

Ente¹: FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS.....
Codice fiscale: 97138260589.....
Indirizzo sede legale: Via Ardeatina 306, 00179 Roma.....
Referenti (nominativo, telefono, e.mail) – Direzione Scientifica – tel. 06515011 –
direzione.scientifica@hsantalucia.it.....

Attività: Progetto di sviluppo di nuovi esercizi su piattaforma di training computerizzato finalizzati alla riabilitazione mnestica ed al supporto psicosociale.

Data di inizio progetto: 01/05/2018

Data di fine progetto: 30/04/2019

VOCI DI SPESA	COSTO COMPLESSIVO	QUOTA FINANZIATA CON FONDI 5 PER MILLE
Personale di ricerca (borsista, a contratto e di ruolo in quota parte)	26.031,20	26.031,20
Apparecchiature (ammortamento, canone di locazione/leasing)		
Materiale d'uso destinato alla ricerca (per laboratori di ricerca, ecc.)		
Spese di organizzazione (manifestazioni e convegni, viaggi, missioni ecc.)		

¹ Istituzione beneficiaria del contributo del 5 per mille.



[Handwritten signature] 1

Elaborazione dati		
Spese amministrative	14.216,80	14.216,80
Altro (indicare quali)		
TOTALE	40.248,00	40.248,00

Data 30.04.2019

Il Legale Rappresentante
Maria Adriana Amadio
 FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
MARIA ADRIANA AMADIO
 Presidente



Si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del d.lgs. 196/2003

Il Legale Rappresentante
Maria Adriana Amadio
 FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
MARIA ADRIANA AMADIO
 Presidente



Progetto di sviluppo di nuovi **esercizi**
su piattaforma di **training computerizzato** finalizzati
alla **riabilitazione mnestica**
ed al **supporto psicosociale**

Laboratorio di Tecnologie e Metodologie Formative per l'Assistenza alla Disabilità
dr.ssa Roberta Annicchiarico

Introduzione

Il trattamento delle forme di declino o conclamato deficit cognitivo legate a patologie neurologiche, così come semplicemente ai fisiologici processi di invecchiamento, si avvale oggi sempre più spesso di protocolli di training cognitivo computerizzato (Bahar-Fuchs et al., 2013; Lampit et al., 2014). L'utilizzo di tali protocolli avviene sia in integrazione agli interventi farmacologici standard (es., trattamento con anticolinesterasici nell'AD), andando quindi a potenziare l'effetto del farmaco (Massoud & Léger, 2011), che come unica forma di intervento, in quelle condizioni in cui non è prevista alcuna prescrizione farmacologica (es., anziani sani) o in quei casi in cui l'intervento farmacologico non sia possibile (es., intolleranza al farmaco). Alla base della crescente diffusione di questi protocolli vi sono i vantaggi offerti dalle piattaforme computerizzate rispetto ai protocolli standard, in particolare: i. la possibilità di disporre di esercizi a livelli crescenti di difficoltà, adeguati, quindi, al livello di abilità dell'utente; ii. la presenza di un sistema di feedback visivi e sonori che risultano, oltre che informativi rispetto alla performance, motivanti e stimolanti a migliorare il proprio impegno; iii. la proposta di esercizi che, per le loro caratteristiche visive e sonore, rappresentano uno scenario divertente ed accattivante, mai noioso o monotono.

Quello che accade normalmente in un contesto di riabilitazione cognitiva - che si tratti di protocolli standard o di training computerizzato - è che il dominio che dovrà essere sottoposto a riabilitazione (es., memoria) venga allenato con esercizi che mirino esattamente a quel dominio (in questo caso, quindi, esercizi di memoria). È questo un presupposto imprescindibile, ma che può rivelarsi limitante se preclude la possibilità di integrazione di altri esercizi che, sebbene dissimili in forma e sostanza dal dominio che è oggetto di trattamento, possono comunque avere un impatto notevole sullo stesso, sebbene di carattere indiretto o secondario. Un esempio è quello dato dalla Reminiscence Therapy (RT; Butler, 1963) quando applicata nel trattamento con pazienti con malattia di Alzheimer. La RT nasce come modello di intervento psicoterapeutico ed il suo target d'elezione è la popolazione anziana con sintomatologia depressiva: il fine di questo approccio, infatti, è quello di ottenere un miglioramento della salute psichica e del senso di continuità della propria identità della persona per mezzo della stimolazione del naturale processo di reminiscenza delle esperienze passate. Un utilizzo indiretto della RT, però, è all'interno dei protocolli di riabilitazione mnestica: con il supporto offerto da materiale come fotografie, filmati, canzoni, etc., la persona con Alzheimer's viene aiutata a ripercorrere proprie esperienze del passato. Viene allenato, così, il dominio della memoria sfruttando le tracce mnestiche del passato che sono,

come è noto, di più facile recupero per le persone con Alzheimer's rispetto alle informazioni acquisite di recente. Un vantaggio notevole di questa forma di trattamento è che il paziente è più motivato ad esercitarsi poiché non è chiamato a svolgere degli esercizi in cui esperisce se stesso come deficitario e che, quindi, possono risultare frustranti (Barban et al., 2016).

Sulla scorta di questo e di molti possibili altri esempi e nell'ottica di proporre un'offerta sempre più congrua alle esigenze degli utenti ed in linea con i risultati degli studi più recenti, nutriamo l'obiettivo di ampliare il ventaglio di attività di training implementate all'interno della piattaforma computerizzata touch-screen SOCIABLE (Barban et al., 2016), che ci permette già da diversi anni di offrire servizi di training cognitivo a pazienti con disturbi dell'area dementigena (es., demenza di Alzheimer, Mild Cognitive Impairment, etc.) e/o motorio (es., anziani a rischio caduta).

Forti dei numerosi e positivi risultati legati all'utilizzo della RT sia sul piano prettamente psicologico che su quello cognitivo e, nello specifico, mnestico (Barban et al., 2016; Okumura et al., 2008; Wang, 2007; Woods et al., 2005), vogliamo sviluppare due esercizi di RT da rivolgere agli utenti che presentano declino mnestico e necessità di supporto psicosociale nell'affrontare la fase dell'invecchiamento. L'utilità dell'implementare questi esercizi all'interno della piattaforma SOCIABLE verrà dal fatto che la somministrazione di questi esercizi avverrà grazie ad un ampio database di canzoni del repertorio dagli anni '60 agli '80 (periodo in cui, grosso modo, il nostro target d'utenza ha vissuto la propria giovinezza o età adulta).

Esercizi da implementare e target d'utenza

Esercizio n. 1: le canzoni come spunto per ricordare e riflettere

L'esercizio n. 1 si baserà sull'utilizzo di un selezionato ed ampio database di popolari canzoni risalenti al periodo 1960-1989. Per ogni sessione di training (durata totale 1 ora circa), circa 15 minuti verranno dedicati a questo esercizio: il terapeuta presenterà una lista di canzoni e da questa il paziente sceglierà una canzone a lui nota. La canzone verrà ascoltata e costituirà lo spunto per rievocare le possibili memorie associate alla canzone (es., nascita di un figlio, promozione a lavoro, perdita di una persona cara, etc.), approfondirle mediante apposite domande poste dal terapeuta (es., "ricorda l'anno?", "ricorda il nome dei tuoi colleghi di lavoro all'epoca?", "come era il suo abito da sposa?", etc.), nonché per riflettere su eventuali temi evocati dalla canzone (es., pensionamento, vedovanza, etc.).

Esercizio n. 2: le canzoni come spunto per ricordare e stimolare processi creativi

Come l'esercizio n. 1, anche il n. 2 si baserà sull'utilizzo di un ampio database di canzoni risalenti al periodo 1960-1989. In questo caso, però, le canzoni saranno selezionate ed inserite nel database sulla base non solo della loro popolarità ma anche del potere evocativo del loro testo. Nell'esercizio n. 2, infatti, al paziente verrà chiesto, come nell'esercizio n. 1, di rievocare approfonditamente i ricordi legati alle canzoni, ma anche di disegnare, utilizzando le funzionalità grafiche della piattaforma touch-screen, le sensazioni ed i sentimenti evocati dall'ascolto del brano. Per ogni sessione di training, circa 15 minuti verranno dedicati a questo esercizio.

Target d'utenza

Gli utenti che potranno usufruire di questa attività di training saranno anziani (età > 65 anni), con una scolarità di almeno 5 anni, e che presentino un declino mnestico lieve/moderato insieme ad una lieve/moderata sintomatologia depressiva e/o ansiosa o sensibile ritiro sociale.

Tali parametri verranno preventivamente misurati mediante apposite scale, tra le quali:

- Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, 1975)
- Parole di Rey, rievocazione immediata e differita (Rey, 1958)
- Figura di Rey, copia e rievocazione immediata e differita (Rey, 1941)
- Raccontino (Carlesimo et al., 1996)
- Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983)
- STAI - Y, scala di tratto e stato (Spielberger et al., 1983)

Risultati attesi

Dall'integrazione di questi due esercizi ai protocolli già in uso, ci aspettiamo un miglioramento dei già notevoli risultati derivanti dall'utilizzo della piattaforma di training cognitivo computerizzato SOCIABLE. La duplice funzionalità degli esercizi proposti, infatti, permetterà un potenziamento dei risultati in termini di riabilitazione mnestica nonché un importante supporto psicosociale per tutti gli utenti che, nella delicata fase della vita che è l'invecchiamento, presentano deflessioni dell'umore ed appiattimento della vita sociale meritevoli di attenzione.

IL DIRETTORE SCIENTIFICO
Prof. Carlo Caitagione



Bibliografia

- Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. 2013. *Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia*. Cochrane Database Syst Rev 6: CD003260. DOI:10.1002/14651858.CD003260.pub2.
- Barban F, Annicchiarico R, Pantelopoulos S, et al. 2016. *Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: a computerized cognitive training combined with reminiscence therapy*. Int J Geriatr Psychiatry Apr;31(4):340-8. doi: 10.1002/gps.4328. Epub 2015 Jul 23.
- Butler RN. 1963. *The life review: an interpretation of reminiscence in the aged*. Psychiatry 26: 65–76.
- Carlesimo GA, Caltagirone C, Gainotti G. 1996. *The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment*. The Group for the Standardization of the Mental Deterioration Battery. Eur Neurol 36(6):378-84.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 1975. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12: 189–198. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Lampit A, Hallock H, Valenzuela M. 2014. *Computerized cognitive training in cognitively healthy older adults: a systematic review and meta-analysis of effect modifiers*. PLoS Med 18: e1001756. DOI:10.1371/journal.pmed.1001756.
- Massoud F, Léger GC. 2011. *Pharmacological treatment of Alzheimer disease*. Can J Psychiatry 56: 579–588.
- Okumura Y, Tanimukai S, Asada T. 2008. *Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: a comparison with everyday conversation approaches*. Psychogeriatrics 8: 124–133. DOI:10.1111/j.1479-8301.2008.00236.x.
- Rey A. 1941. *L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique*. Arch Psychol 28: 286–340.
- Rey A. 1958. *Mémorisation d'une série de 15 mots en 5 répétitions*. In *L'examen clinique en psychologie*. Rey A (ed.). Presses Universitaires de France: Paris; 139–193.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. 1983. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wang JJ. 2007. *Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan*. Int J Geriatr Psychiatry 22: 1235–1240. DOI:10.1002/gps.1821.

- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. 2005. *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane Database Syst Rev 18: CD001120. DOI:10.1002/14651858.CD001120.pub2.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. 1983. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. J Psychiatr Res 17(1):37-49.