

INFORMAZIONI PERSONALI

**Antonella Sorrentino**

Sesso Femmina | Data di nascita 22/09/1984 | Nazionalità Italiana

OCCUPAZIONE PER LA QUALE
SI CONCORRE
POSIZIONE RICOPERTA
OCCUPAZIONE DESIDERATA
TITOLO DI STUDIO
DICHIARAZIONI PERSONALIMedico specializzando in geriatria
Medico chirurgo
Medico specializzando in geriatria
Laurea di medicina e chirurgia, Master di I livello in cure palliative
Laureato con forti capacità comunicative e organizzative, buone capacità relazionali.ESPERIENZA
PROFESSIONALE

Dal 01 aprile 2025 ad oggi

Dirigente medico presso ASP S. Margherita con contratto D.L. Calabria

ASP Pavia presso IDR Santa Margherita

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Dirigente Medico

Dal 01 novembre 2022 ad oggi

Specializzazione medica di Geriatria

ASP Pavia presso IDR Santa Margherita

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Specializzanda di Geriatria

Dal 01 agosto 2021 al 31 ottobre
2022**Medico Palliativista**

Hospice Santa Margherita ASP Pavia presso IDR Santa Margherita

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Medico palliativista residenziale

Dal 26 aprile 2021 al 30 luglio
2021**Medico di Medicina Generale con incarico provvisorio**

ATS di Pavia

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, buona esperienza presso il domicilio degli utenti e ambulatoriale

Attività o settore Medico di Medicina Generale ad Albuzzano, provincia di Pavia

Dal 01 maggio 2019 al 28 gennaio
2020 e dal 01 gennaio 2021 al 30
aprile 2022**Medico di Struttura e Medico Palliativista in Hospice e con ADI**

RSA SAN FRANCESCO

Hospice, RSA, riabilitazione, ADI

Via Don Rovelli, 12
Pinarolo Po (PV)

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati per la gestione delle cartelle cliniche, buona esperienza presso il domicilio degli utenti, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Medico di struttura residenziale, Medico palliativista residenziale e a domicilio

Dal 20 marzo 2019 al 30 maggio
2019

Medico Palliativista

UCP – DOM Fondazione Maddalena Grassi presso città di Milano

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, predisposizione per lavoro in equipe, buona esperienza presso il domicilio degli utenti, leadership.

Attività o settore Medico palliativista domiciliare

Dal 15 maggio 2018 al 31
dicembre 2019

Medico Palliativista

U.O.S. Hospice Cascina Brandezzata Fondazione IRCCS Policlinico Ca' Granda Milano

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Medico palliativista residenziale

Dal 01 gennaio 2018 al 15
novembre 2018

Medico di Struttura e Medico Palliativista in Hospice e con ADI

RSA SAN FRANCESCO

Hospice, RSA, riabilitazione, ADI

Via Don Rovelli, 12

Pinarolo Po (PV)

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati per la gestione delle cartelle cliniche, buona esperienza presso il domicilio degli utenti, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Medico di struttura residenziale, Medico palliativista residenziale e a domicilio

Dal 01 Aprile 2017 al 31 dicembre
2017

Medico di Continuità Assistenziale

ATS di Pavia

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati, buona esperienza presso il domicilio degli utenti.

Attività o settore Medico di continuità assistenziale sul territorio della provincia di Pavia

Dal 01 Luglio 2015 al 31 Marzo
2017

Medico di Struttura e Medico Palliativista in Hospice e con ADI

RSA SAN FRANCESCO

Hospice, RSA, riabilitazione, ADI

Via Don Rovelli, 12

Pinarolo Po (PV)

- Responsabilità significative e compiti decisionali, utilizzi di sistemi informatizzati per la gestione delle cartelle cliniche, buona esperienza presso il domicilio degli utenti, predisposizione per lavoro in equipe, leadership.

Attività o settore Medico di struttura residenziale, Medico palliativista residenziale e a domicilio

Dal 01 Marzo 2014 al 31 Giugno
2015

Direttore Sanitario

RSA SAN FRANCESCO

Hospice, RSA, riabilitazione, ADI

Via Don Rovelli, 12
Pinarolo Po (PV)

- Responsabilità significative e compiti decisionali, stesure di protocolli e procedure, redazione di cartelle cliniche per l'utilizzo di utilizzi di sistemi informatizzati per la gestione delle cartelle cliniche, buona esperienza presso il domicilio degli utenti.

Attività o settore Direttore sanitario, Medico di struttura residenziale, Medico palliativista residenziale e a domicilio

Da Dicembre 2013 al 01 Marzo
2014

Medico di Struttura e Medico Palliativista in Hospice e con ADI

RSA SAN FRANCESCO
Hospice, RSA, riabilitazione, ADI
Via Don Rovelli, 12
Pinarolo Po (PV)

Attività o settore Medico di struttura residenziale, Medico palliativista residenziale e a domicilio

Da Aprile 2012 a Febbraio 2014

Medico di Struttura

RSA COMUNALE DI STRADELLA
Via Achilli, 1 – Stradella (PV)
Struttura socio - assistenziale

Attività o settore Medico di struttura residenziale

Da Ottobre 2011 a Novembre
2013

Medico di Struttura

Fondazine-Istituto Carlo Vismara – Giovanni De Petri Onlus
Via Vismara, 10 – San Bassano (CR)
Struttura socio - assistenziale

Attività o settore Medico di guardia

Da Ottobre 2011 a oggi

Sostituzione MMG

Oltrepo' Pavese

Attività o settore Varie Sostituzioi MMG

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

24-25 Maggio 2024

CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA TORACICA NELL'ANZIANO

Università degli studi di Milano-Bicocca

Corso Teorico-Pratico Di Ecografia Toracica nell'anziano tenuto dal gruppo Greta e SIGG

Da Marzo 2015 a gennaio 2016

Master di I livello in cure palliative

Università statale di Milano

- Terapia del dolore e trattamento del malato nel fine vita, capacità relazionali e rapporto empatico con paziente e parenti. Acquisizione di competenza nell'ambito delle cure palliative.

- Tirocinio formativo svolto presso:

- Casa Vidas

- Hospice di Abbiategrasso

- Tesi di master: SLA e scelte Etico – Cliniche

Relatore: Prof. Luciano Orsi

▪ **ABSTRACT:**

La Sclerosi Laterale Amiotrofica è una malattia neurodegenerativa del motoneurone, caratterizzata dalla paralisi e atrofia dei muscoli volontari, ad andamento progressivo ed esito fatale. Al momento non esistono terapie in grado di guarire la malattia, è disponibile un farmaco, il riluzolo, in grado di rallentare la progressione. Sono poi disponibili dei farmaci sintomatici (anticolinergici per la scialorrea e antidepressivi per la labilità emotiva), in grado di aiutare il malato a vivere meglio con la malattia e procedure quali la PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) per la disfagia e la ventilazione non invasiva (NIV) o invasiva (tramite tracheotomia) per insufficienza respiratoria, che consentono di aumentare la sopravvivenza.

Le problematiche bioetiche sono connesse da un lato con le tecnologie biomediche che consentono di prolungare la vita, anche qualora coscienza e/o comunicazione risultino compromesse, dall'altro con l'evoluzione del modello culturale di medicina dal "paternalismo" alle "scelte condivise" per la crescente affermazione del principio di autonomia (autodeterminazione). Per alcune scelte quali ad esempio la PEG o la ventilazione meccanica, la decisione coinvolge sia aspetti clinici che la valutazione di quale sia la qualità della vita che il malato ritiene da lui sostenibile. Solo la persona malata può valutare se gli interventi sanitari che vengono proposti sono proporzionati alla propria condizione e quindi non lesivi della propria dignità e della propria concezione della qualità di vita. La persona malata può anche considerare che i mezzi dapprima accettati possano non essere più adeguati alla sua condizione.

Dal punto di vista etico non ha valenza diversa rifiutare una procedura o rinunciarvi dopo averla accettata nel momento in cui non è più considerata adeguata. Poiché la SLA è una malattia progressiva gravemente invalidante in cui coscienza e capacità mentali sono tipicamente mantenute con possibilità di comunicazione progressivamente ridotte fino al loro annullamento, la persona malata deve poter esprimere le proprie volontà in una fase precedente anche attraverso la sottoscrizione di specifiche dichiarazioni anticipate di trattamento o con la nomina di un rappresentante (amministratore di sostegno o fiduciario).

Da Aprile 2011 a Luglio 2011

Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo, I Sessione 2011

Università degli studi di Pavia

Abilitazione alla professione di Medico Chirurgo, iscrizione all'ordine provinciale di Pavia n° 8822 in data 27/07/2011.

Da Settembre 2003 a Febbraio 2011

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Università degli studi di Pavia

Tesi: INFUSIONE ENDOVENOSA DI POTASSIO CLORURO PREPARATA DA FIALE AD ALTA CONCENTRAZIONE: ANALISI SPERIMENTALE DEL RISCHIO LEGATO ALLA MODALITA' DI PREPARAZIONE, Relatore: Chiar.mo Prof. A. Braschi

Abstract:

Obiettivo. Valutare se la modalità di preparazione e di somministrazione delle soluzioni endovenose di potassio, preparate da fiale ad alta concentrazione, possa mettere il paziente in condizioni di rischio di iperkaliemia iatrogena.

Materiali e metodi.

Soluzioni diluenti testate:

- sodio cloruro 0,9%,
- glucosata 5%,
- glucosata 10%,
- glucosata 20%,
- glucosata 50%

in flaconi di vetro da 500 ml.

Soluzione concentrata di K⁺ addizionata:

- 1 fiala di potassio cloruro da 10 ml contenente 2 mEq/ml,
- 2 fiale di potassio cloruro da 10 ml contenente 2 mEq/ml.

Metodi di preparazione:

- AGITATO: secondo le direttive ministeriali e dell'AIFA.

- MOSSO: flacone preparato sul tavolo e capovolto per la somministrazione
- FERMO: soluzione concentrata di K⁺ addizionata a flacone già capovolto e preparato per l'infusione, senza agitare.

Velocità d'infusione: 125 ml/h.

Timing dei prelievi:

- 0 min
- 5 min
- 15 min
- 30 min
- 60 min
- 120 min
- 180 min
- 240 min

Per analizzare i campioni è stato utilizzato l'emogasanalizzatore RADIOMETER ABL 800 FLEX.

Risultati. Dai dati ottenuti si evince che tra il metodo di preparazione AGITATO e il metodo di preparazione MOSSO non ci sono sostanziali differenze, avendo un andamento delle concentrazioni di potassio infuse abbastanza lineare per tutto il periodo della somministrazione, mantenendosi pressoché costante sulle concentrazioni di potassio attese. Per quanto riguarda il metodo di preparazione FERMO, ci sono stati dei picchi di concentrazione di potassio infuso per le soluzioni diluenti: sodio cloruro allo 0,9%, glucosata al 5%, glucosata al 10%. Dopodiché si è avuta una discesa della concentrazione di potassio fino a scendere sotto i livelli attesi.

Conclusioni. Con i primi due metodi di somministrazione (AGITATO, secondo le direttive ministeriali e dell'AIFA, e MOSSO, preparando il flacone e capovolgendolo per la somministrazione senza agitarlo vigorosamente), il clinico può prevedere la velocità di somministrazione del potassio poiché corrisponde a quella attesa, permettendo così di lavorare in sicurezza ed evitare di correre rischi come la somministrazione di un bolo di potassio. Mentre col terzo metodo di preparazione (FERMO, addizionando il potassio in un flacone già pronto per la somministrazione) si corre realmente il rischio di somministrare un bolo di potassio con la possibilità di causare gravi flebiti a pazienti già defedati fino a provocare pericolose aritmie cardiache che possono condurre in casi estremi all'arresto cardiaco. E' pertanto importante che i reparti di degenza seguano un protocollo con le indicazioni sulla modalità di preparazione e somministrazione di potassio cloruro, in modo da formare e sensibilizzare il personale sanitario addetto.

Laurea con votazione finale 100/110

Dal 1998 al 2003 **Diploma di maturità con votazione 100/100**
Liceo Classico E.Perito, Eboli (SA)

COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre Italiano

Altre lingue

	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
Inglese	buona	buona	buona	buona	buona

- Competenze comunicative**
- possiedo buone competenze comunicative acquisite durante i miei studi e la mia esperienza lavorativa.
 - Ottime competenze relazionali con i pazienti e con i parenti acquisite durante il percorso di studi e soprattutto sul campo.

- Competenze organizzative e gestionali**
- leadership (sono stata direttore sanitario di una struttura socio – assistenziale)
 - Buone competenze di team-leading durante la mia direzione del reparto di Hospice con la creazione di un equipe e lavoro di squadra.

- Competenze professionali**
- Competenze mediche conseguite col percorso di studi e soprattutto sul campo, in particolar modo nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore.

Competenza digitale

AUTOVALUTAZIONE				
Elaborazione delle informazioni	Comunicazione	Creazione di Contenuti	Sicurezza	Risoluzione di problemi
Utente avanzato	Utente avanzato	Utente avanzato	Utente avanzato	Utente avanzato

- buona padronanza degli strumenti della suite per ufficio (elaboratore di testi, foglio elettronico, software di presentazione)
- buona padronanza dei programmi per l'elaborazione digitale delle immagini acquisita come fotografo a livello amatoriale

- Altre competenze**
- Viaggiare: mi piace viaggiare e organizzare i viaggi che intraprendo
Sport: frequento corsi di fitness con cadenza settimanale

- Patente di guida** B

ULTERIORI INFORMAZIONI

- Pubblicazioni**
- Neurological Sciences (2023) 44 (Suppl 2) S149-150
- DELIRIUM MANAGEMENT (BPSD) IN ALZHEIMER'S DISEASE. COGNITIVE OVERLOAD?
 - EARLY STAGE COGNITIVE DISORDER CONTROL (PREMCI/MCI) USING QUEEEN CHARLOTTE (OMEGA3/ASTAXANTHIN ASSOCIATION): PRELIMINARY DATA
 - USE OF VORTIOXETINAAS A POSSIBLE INTEGRATION OF SEROTONERGIC AND DOPAMINERGIC SIGNALING IN THE CONTEXT OF VASCULAR DEMENTIA: CASE-REPORT
 - VALIDATION OF A STUDY PROTOCOL FOR THE CONTROL OF EARLY STAGE COGNITIVE DISORDERS (PRE-MCI/MCI) USING QUEEN CHARLOTTE(OMEGA 3/ASTAXANTHIN ASSOCIATION)

- Conferenze**
- Partecipazione al XII Congresso Nazionale SICP 2015: Qualità della vita. Qualità delle cure, Sorrento 4/7 Novembre

- Convegni**
- Convegno "La formazione per le cure palliative nelle malattie avanzate e nelle gravi fragilità" - Milano 14/03/2015

- Appartenenza a gruppi / associazioni**
- Socio SICP dal 2015

- Referenze**
- Le referenze sono disponibili su richiesta

ALLEGATI

- ▲ Copia del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia
- ▲ Copia del Diploma di Master di I livello in cure palliative

Dati personali Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".



Abstracts of the 53 Annual Conference of the Italian Society of Neurology

CEREBROVASCULAR DISEASES

THE PROGNOSTIC ROLE OF ACUTE STROKE LESION CHARACTERISTICS IN A SAMPLE OF MECHANICAL THROMBECTOMY ELIGIBLE PATIENT

G. Adamo, A. Bisogno, L. Pini, C. Baracchini, F. Causin, M. Corbetta

Department of Neuroscience, University of Padua (Padova)

Objective: Mechanical thrombectomy is an effective treatment for large vessel occlusion causing ischemic stroke. Several clinical and radiological factors guide outcome prediction and treatment eligibility. The Alberta Stroke Program Early CT score (ASPECTS), a 10-point quantitative score assessing early ischemic changes, and stroke volumetric variables (penumbra and lesion volumes) are the most common metrics that drive hyperacute stroke management [1]. We investigated the prognostic role of these outcomes, compared to clinical and stroke-induced brain dysconnectivity patterns, new metrics showing promising results in predicting post stroke impairment [2].

Methods: We retrospectively included patients who underwent acute mechanical thrombectomy (Clinica Neurologica, Hospital of Padova). The following metrics were collected: ASPECTS scores, (hyperacute) core and penumbra volumes, post mechanical thrombectomy lesion volumes. The latter were used to compute structural disconnection maps [2]. Functional outcome was represented by the modified rankin scale (mRS) at admission (pre-mRS), discharge (post-mRS) and after 90-days (mRS-90) [3]. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) at presentation was also evaluated. A multiple linear regression analysis compared four models including mRS-90 as the dependent variable. In the first model (M1) regressors included age, pre-mRS, and NIHSS; in the second model (M2) ASPECTS, core, and penumbra volume were added; in the third model (M3) structural disconnection information was included. The fourth model (M4) included age, pre-mRS, post-mRS, and NIHSS. Models were compared using a modified jackknife procedure. Finally, we investigated the voxel-wise relationship between mRS and structural disconnections.

Results: Fifty patients were included (thrombectomy performed from 2018 to 2021; mean mRS-90 = 2.2±1.8). M4 provided the highest adjusted r-squared in predicting mRS-90 (adjusted r²=0.614). The variance explained by the other models was: M1: r²=0.517; M2: r²=0.504; M3 r²=0.549. We then compared models r² from the jackknife procedure, showing that M4 was significantly higher than the other models, while M3 (including structural disconnections) was higher compared to M2. Finally, a significant relationship (p<0.05) was observed between mRS-90 and damage to the corticospinal tract extending to the cingulum and the corpus callosum.

Discussion: We reported that clinical status is the most valuable prognostic factor after three months from the event. The ASPECTS and volumetric information showed the lowest prediction. On the contrary, structural disconnection was more informative for functional outcome. **Conclusions:** While clinical characteristics showed the highest prognostic prediction, brain dysconnectivity patterns may be helpful for post stroke prognosis.

References:

1. GW Albers, MP Marks, S. Kemp, S. Christensen, JP Tsai et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *The New England Journal of Medicine* (2018);378:708-18
2. AD Boes, S. Prasad, H. Liu, Q. Liu et al. Network localization of neurological symptoms from focal brain lesions. *Brain* (2015);138:3061-75
3. RL Harvey Predictors of Functional Outcome Following Stroke. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (2015);26:583-98

THE ROLE OF NOX-2 AND ET-1 IN PERIHEMATOMAL HYPOPERFUSION, ISCHEMIC LESIONS AND HEMATOMA EXPANSION IN PATIENTS WITH INTRAPARENCHYMAL CEREBRAL HEMORRHAGE

P. Amisano¹, S. Lorenzano², O. Schiavo², R. Carnevale³, A. Ciacciarelli¹, I. Berto¹, M. Iacobucci⁴, A. Melone⁵, D. Toni¹, M. De Michele¹

¹Emergency Department, Stroke Unit, Sapienza University of Rome (Roma); ²Department of Human Neurosciences, Sapienza University of Rome (Roma); ³Department of Sciences and Medical-Surgical Biotechnology, Sapienza University of Rome (Roma); ⁴Neuroradiology Unit, Department of Human Neurosciences, Sapienza University of Rome (Roma); ⁵Division of Radiology, Emergency Department, Sapienza University of Rome (Roma)

Objectives: Perihematomal hypoperfusion may lead to the development of ischemic damage during intraparenchymal cerebral hemorrhage (ICH), resulting in worse prognosis. We aimed [1] to investigate the relationship between serum biomarkers related to vasoactive substances and the occurrence of hypoperfusion and ischemic perihematomal lesions in ICH [2] to evaluate their correlation with volumetric evolution of the hematoma and perihematomal edema.

Materials and methods: We included patients with ICH admitted to our Stroke Unit from January 2019 to July 2021. Blood samples were collected at three different timepoints (T0: admission to Emergency Room, T1: 12-24hs from symptoms onset, T2: 48-72hs from symptoms onset) to measure Endothelin-1 (ET-1), nitrites/nitrates (end products of nitric oxide, NO), NADPH oxidase-2 (NOX-2), metalloproteinase-12 (MMP12), asymmetric dimethylarginine (ADMA), and cortisol. Patients underwent brain MRI with perfusion study at T1 and MRI without perfusion at T2.

Results: Of 28 patients included in the study, 12 had ischemic perihematomal lesions at T1. We observed a borderline statistically significant difference in the NOX-2 concentration at T0 with higher levels in patients with ischemic perihematomal lesions compared to those without (34.9ppmv vs 22.4ppmv, p=0.051). NOX-2 values were significantly associated with hematoma-ipsilateral

increased BDNF levels and metabolic activity in the left middle temporal gyrus and bilateral putamen.

Conclusions: Traditional board games may slow down cognitive decline and improve quality of life in elderly subjects. Specific games have different impacts on different cognitive domains, possibly mediated by peculiar functional and biological factors.

References:

- Altschul DM, Deary IJ. Playing Analog Games Is Associated with Reduced Declines in Cognitive Function: A 68-Year Longitudinal Cohort Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* (2020);75(3):474-82
- Cibeira N, Lorenzo-López L, Maseda A, Blanco-Fandiño J, López-López R, Millán-Calenti JC. Effectiveness of a chess-training program for improving cognition, mood, and quality of life in older adults: A pilot study. *Geriatr Nurs* (2021);42(4):894-900
- Iizuka A, Suzuki H, Ogawa S, Kobayashi-Cuya KE, Kobayashi M, Takebayashi T, et al. Pilot Randomized Controlled Trial of the GO Game Intervention on Cognitive Function. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* (2018);33(3):192-8

DELIRIUM MANAGEMENT (BPSD) IN ALZHEIMER'S DISEASE. COGNITIVE OVERLOAD?

E. Pucci¹, L. Modenese², A. Sorrentino², V. Mameli³, I. Torello³

¹Department of Nervous System and Behavioral Sciences, University of Pavia (Pavia); ²Geriatrics and Gerontology Specialization School, University of Pavia, IDR S. Margherita (Pavia); ³IDR S. Margherita (Pavia)

Definition: BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) identifies the psychic and behavioral symptoms that can accompany the cognitive disorders of people suffering from dementia. It includes symptoms such as hallucinations, depression, apathy, agitation, aggression, wandering, busyness. The prevalence of BPSD is very high in patients with Alzheimer's disease. This symptomatology represents the main cause of the "burden of the caregiver" syndrome which, to a greater extent than the decline in cognitive abilities, is reflected in a decrease in the patient's abilities and causes long hospitalizations and consequent increase in costs.

Burden of Caregiver: "Burden of caregiver" refers to a particular response to chronic stress that is perceived by caregivers, due to their caring actions towards sick family members. It's a syndrome with psychophysical manifestations similar to burnout, with an increasing feeling of tiredness and emotional exhaustion and a general worsening of the quality of life.

Purpose of the Study: The study tries to answer an ethical dilemma: is it more correct to try to obtain an improvement in cognitive abilities and motor skills, with an increased onset of BPSD, or to try to control these symptoms by facing a global cognitive deterioration?

Materials and Methods: We analyzed 4 clinical cases (3 males and one female), median age (75.6+9.7 range 63-79) who had been diagnosed with delirium. Evaluated by psychiatrists and stabilized with major tranquilizers, neuroleptics and anesthetics. The short-term result was an increasing onset of BPSD leading to a need for patient containment and caregiver burden syndrome. Patients then were transferred to the Alzheimer Nucleus of the ASP Santa Margherita di Pavia where pharmacological treatment was set up with atypical (low-dose) antipsychotics, antiepileptics and antidepressants. As reference parameters were detected: MMSE, ADL, IADL and BARTHEL at admission and at discharge.

Results: After 4 weeks there was a compensation of the BPSD with improvement or stationarity of the MMSE and partial recovery

of autonomy (ADL/IADL/BARTHEL). Consequently, the risk of burden of the care giver syndrome was also reduced.

Conclusions: The restoration of the sleep-wake cycle represents the starting point for the effective continuation of the treatments. The cooperative effect of drugs with different receptor targets can be exploited to achieve this goal. The polyfactoriality, age and complexity of the receptor interactions within a damaged synaptic network in the course of Alzheimer Disease do not allow us to suggest a unique therapeutic algorithm.

EARLY STAGE COGNITIVE DISORDER CONTROL (PREMCI/MCI) USING QUEEN CHARLOTTE® (OMEGA3/ASTAXANTHIN ASSOCIATION): PRELIMINARY DATA

E. Pucci¹, L. Modenese², A. Sorrentino², V. Mameli³, I. Torello³, L. Pucci⁴

¹Department of Nervous System and Behavioral Sciences, University of Pavia (Pavia); ²Geriatrics and Gerontology Specialization School, University of Pavia, IDR S. Margherita (Pavia); ³IDR S. Margherita (Pavia); ⁴Masters in Nutrition and Clinical Dietetics, University of Pavia (Pavia)

Introduction: QUEEN CHARLOTTE is a food supplement consisting exclusively of oil obtained from the sole head of wild Pacific Sockeye salmon. It is rich in biologically essential substances (which our body is unable to produce) among these, the fatty principles of the omega3 series (EPA) and docohexaenoic acid (DHA) and Astaxanthin, to which the unmistakable red-orange colour. Astaxanthin optimizes the biological effects of omega3 through its antioxidant action.

Objectives of the study: The proposed observational study is aimed at determining the efficacy of Queen Charlotte on cognitive disorders in a selected patient population and, furthermore, establishing the most correct dosage.

Materials and Methods: Cognitive status assessment was determined using test tools (neuropsychological tests: MMSE and SF12 Questionnaire). Blood chemistry parameters were examined such as: Cholesterol, Triglycerides, Folate dosage, Vit.12 and Homocysteine. First administration of the tests at the time of the nosographic classification, after specialist neurogeriatric visit, second administration after 90 days. Subjects attending CDCD clinics of the ASP IDR S. Margherita di Pavia - University of Pavia with cognitive disorders (MCI - Pre-MCI) were recruited.

Results: Between January and April 2023, 28 (16F, 12M) patients with MCI/PreMCI with a mean age of 67 (range: 55-74 years) were treated with Queen Charlotte 3 cp/day for 90 days. MMSE (T0): 25.1; (T1): 27.4, ADL and IADL unchanged. Improved quality of life (SF12) and asthenia.

Conclusion: The correct analysis of the cognitive disorders (MCI and Pre-MCI) treated with Queen Charlotte 3 cp/day for 90 days showed a slight improvement in the MMSE, a stability of the ADL and IADL; good tolerability and no reported side effects.

USE OF VORTIOXETINE AS A POSSIBLE INTEGRATION OF SEROTONERGIC AND DOPAMINERGIC SIGNALING IN THE CONTEXT OF VASCULAR DEMENTIA: CASE-REPORT

E. Pucci¹, L. Modenese², A. Sorrentino², V. Mameli³, I. Torello³

¹Department of Nervous System and Behavioral Sciences, University of Pavia (Pavia); ²Geriatrics and Gerontology Specialization School, University of Pavia, IDR S. Margherita (Pavia); ³IDR S. Margherita (Pavia)

Introduction: An 82-year-old male patient comes to our observation for rehabilitation hospitalization in the course of cerebrovascular dementia with behavioral disorders and psychomotor agitation (BPSD), with non-executable MMSE, ADL (0/6) and IADL (0/8); classified as CDR4. Describe Investigate Create Evaluate (DICE) protocol applied. Finding of vascular parkinsonism.

Brain CT: Bilateral ischemic lacunar nucleocapsular outcomes, hypodense patches of the periventricular white matter, radiated crowns and semioval centers due to chronic vascular disease. Start therapy with vortioxetine and levodopa. Already in therapy with anticholinesterases (Rivastigmine 4.6 mg patch/24 h), atypical antipsychotics (Quetiapine 75 mg/day), aceinhibitors (Lisinopril 20 mg/day), calcium channel blockers (Amlodipine 5 mg/day), statin (Simvastatin 10 mg/day) 24 hours after admission and taking the therapy, the patient resumed spontaneous movement and continued with increasing doses of levodopa up to (levodopa/carbidopa 100/25 mgx3/day) and vortioxetine (10 mg/day). At 21 days improvement in MMSE (8.1>12.1) and NPI (34>0) and in CDR functional class (4>3). We wondered whether there could be a correlation between damage to specific subcortical regions and the evolution towards dementia, ie whether the administration of multimodal antidepressants could operate in a protective key or induce a recovery of function. In support of this intuition we cite the effects that certain polymodal antidepressants (Vortioxetine) exert on populations of interneurons expressed in the parahippocampal regions and responsible for movement control, which could perform an action on the limbic-emotional sphere and on mnemonic processes, through the modulation of the bioavailability of dopamine. Thus it can be deduced that the multimodal antidepressant (Vortioxetine) has an action on the serotonergic, noradrenergic, dopaminergic and cholinergic systems.

Conclusion: The therapeutic treatment of cognitive impairment associated with behavioral disorders (BPSD) represents an important therapeutic target; the management of BPSD associated with an improvement in humoral and behavioral disorders and in this case-report, also motor disorders, could allow the patient to return home and reduce the caregiver's emotional and care burden. Very important is the restoration of sleep homeostasis.

VALIDATION OF A STUDY PROTOCOL FOR THE CONTROL OF EARLY STAGE COGNITIVE DISORDERS (PREMCI/MCI) USING QUEEN CHARLOTTE® (OMEGA3/ASTAXANTHIN ASSOCIATION)

E. Pucci¹, L. Modenese², A. Sorrentino², V. Marni³, I. Torello³, L. Pucci⁴

¹Department of Nervous System and Behavioral Sciences, University of Pavia (Pavia); ²Geriatrics and Gerontology Specialization School, University of Pavia, IDR S. Margherita (Pavia); ³IDR S. Margherita (Pavia); ⁴Masters in Nutrition and Clinical Dietetics, University of Pavia (Pavia)

Introduction: QUEEN CHARLOTTE is a food supplement consisting exclusively of oil obtained from the sole head of wild Pacific Sockeye salmon. It is rich in biologically essential substances (which our body is unable to produce) among these, the fatty principles of the omega3 series (EPA) and docohexaenoic acid (DHA) and Astaxanthin, to which the unmistakable red-orange colour. Astaxanthin optimizes the biological effects of omega3 through its antioxidant action.

Study Objectives: The proposed observational study is aimed at determining the efficacy of Queen Charlotte on cognitive disorders in a selected patient population and, furthermore, at establishing the most appropriate dosage.

Materials and Methods: The evaluation of the cognitive state will be determined using test tools (Neuropsychological Tests: MMSE and SF12 Questionnaire). On the basis of the clinical data collected

in a special data collection form, it will also be evaluated whether within this selected population of patients it will be possible to witness a reduction in blood chemistry parameters such as: Cholesterol, Triglycerides, Folate dosage, Vit.12 and homocysteine. First administration of the tests at the time of the nosographic classification, after specialist neurogeriatric visit, second administration after 90 days. Subjects belonging to CDCD clinics of the ASP IDR S. Margherita di Pavia - University of Pavia will be recruited.

Inclusion criteria: patients with cognitive disorders (MCI – Pre-MCI). **Exclusion criteria:** patients already in therapy with anticholinesterases, anti-NMDAs and other therapies with food supplements.

Conclusions: At the end of the protocol, the data will be analyzed for a correct analysis of the cognitive disorders (MCI and Pre-MCI) of the possible response to treatment with Queen Charlotte 3 cp/day for 90 days.

PLASMA AND CSF AMINO ACID PROFILE OF ALZHEIMER'S DISEASE: A METABOLIC SIGNATURE OF DISEASE

M. C. Ramusino¹, M. Verri², M. Dossena², A. Costa¹, R. Aquilani²

¹IRCCS Mondino Foundation, University of Pavia (Pavia); ²Department of Biology and Biotechnology, University of Pavia (Pavia)

Objective: Biochemical alterations linked to the neuronal/astroglial dysfunction affect the molecular composition of the interstitial fluid and of the cerebrospinal fluid (CSF). Pathology and nutritional status can influence the amino acids (AA) levels in the CSF compartment and plasma in subjects with Alzheimer's disease (AD). The aim is to search for a distinct AA profile in AD patients taking into account the nutritional status.

Materials and Methods: In 54 patients with AD (69% males, 74.4 ± 8.2 years) and 17 age-matched control (CTRL) subjects, CSF and venous blood samples were taken for AA measurements. Patients were stratified according to the nutritional status (Mini Nutritional Assessment, MNA, scores).

Results: Compared to CTRL, AD patients showed reduced levels of aspartic acid, and increased levels of taurine and 3-methyl-histidine (p<0.001). In addition, amyloid correlated inversely with histidine (p < 0.05), while p-tau correlated positively with levels of serine and glycine (p < 0.05). In the combined group (CG) including malnourished AD (16.7%; MNA < 17) and AD at risk for malnutrition (36.6%, MNA 17–24), essential amino acids (EAAs)/Total AA (TAA) ratio and Branched-Chain AA (BCAA)/TAA ratio were lower compared to normo-nourished AD (p<0.05). As for the subjects with available CSF, CG had lower levels of all CSF essential amino acids (EAAs) and 30% of non-EAAs compared to the CTRL (p < 0.018 to 0.0001), whereas normo-nourished AD (46.7%, MNA > 24) had lower levels of 10% of EAAs and 25% of non-EAAs (p < 0.05 to 0.00021). Finally, compared to normo-nourished AD, CG had lower CSF levels of aspartic acid, glutamic acid and BCAA (all, p < 0.05 to 0.003).

Discussion: Low levels of aspartic acid are related to a mitochondrial energetic dysfunction, increased levels of taurine are associated with neuroinflammation, while high histidine and low leucine and glutamic acid with the impairment of the leucine-glutamate shuttle. After deamination, EAAs in particular BCAAs provide carbon skeletons useful for replenishing the Krebs cycle and maintaining an adequate neuronal energy balance.

Conclusion: AD patients had low levels of some AA in plasma and CSF, particularly EAA and BCAA. The amino acid profile is an expression partly of the metabolic signature of the disease, partly of the ongoing nutritional status.

Reference:

-- Basun H., Forssell L.G., Almkvist O., Cowburn R.F., Eklöf R., Winblad B., Wetterberg L.J. Amino acid concentrations in cer-