



# **LE DEMENZE: la terapia non farmacologica**

**Dott. Angelo Aliprandi  
Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale «Manzoni», Lecco**

**5 LUGLIO 2021**



# Le demenze: terapia non farmacologica

- Principali sintomi delle demenze; dati introduttivi
- Il modello della cura del paziente affetto da demenza
- La stimolazione cognitiva: evidenze di efficacia
- Le terapie per i disturbi del comportamento: efficacia e comparazione
- Conclusione; la rete dei servizi



# EPIDEMIOLOGIA DELLE DEMENZE

Le demenze rappresentano una delle cause di disabilità più importanti nella popolazione anziana, responsabili di oltre la metà dei ricoveri in casa di riposo. La prevalenza della malattia aumenta con l'età, ed è maggiore nel sesso femminile, soprattutto per la malattia dell'Alzheimer.

## PREVALENZA

6,4%

Per età superiore a 65 anni

## INCIDENZA

(1000/ANNO)

11,9%

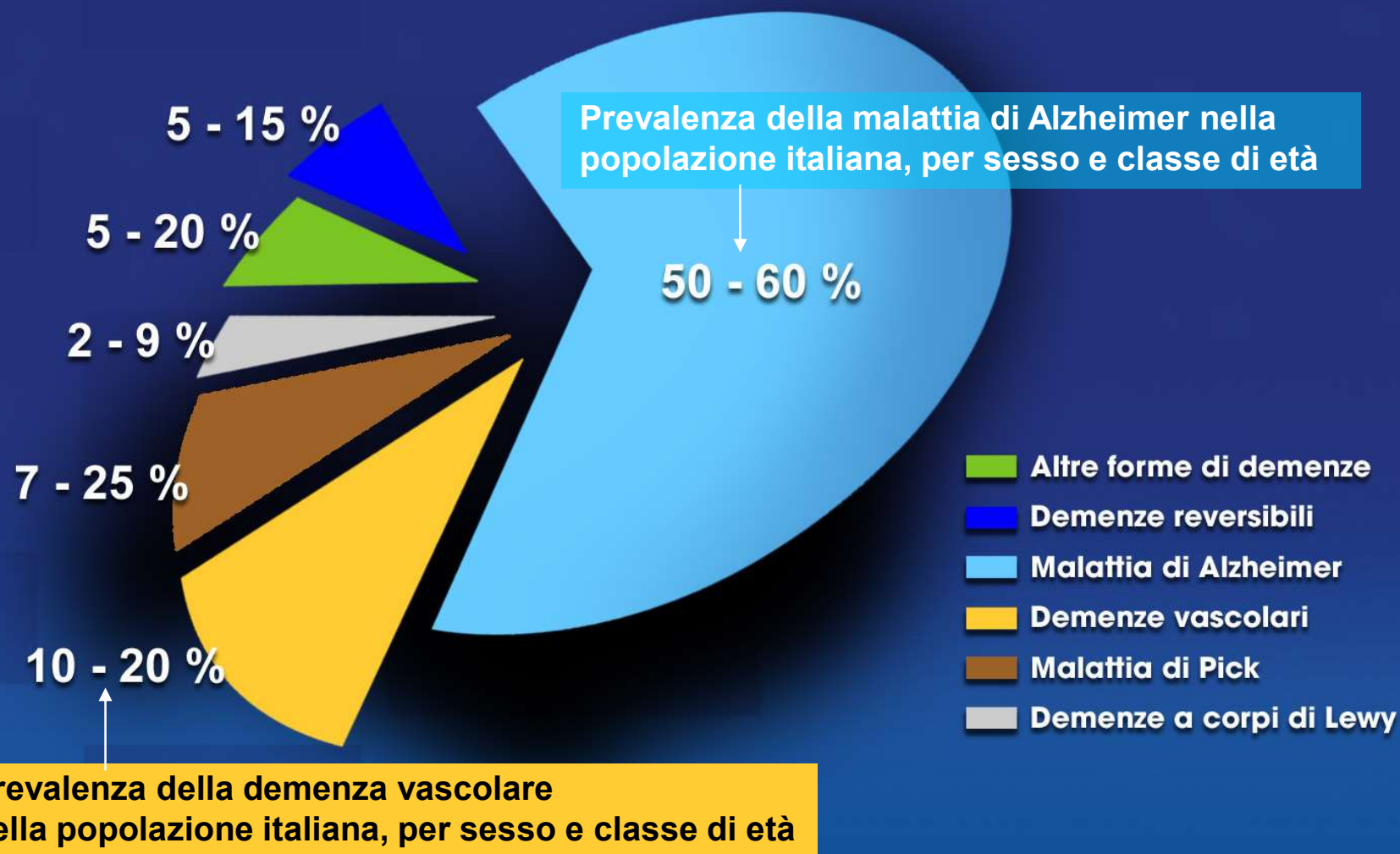
Per età superiore a 65 anni

## QUADRO CLINICO

La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente. Oltre ai sintomi cognitivi sono presenti sintomi non cognitivi, che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento.



# EPIDEMIOLOGIA DELLE PRINCIPALI FORME DI DEMENZA





## DEMENZE DEGENERATIVE NON ALZHEIMER

**Un gruppo piuttosto eterogeneo di malattie degenerative con caratteri clinici e neuropatologici distintivi rispetto alla più comune malattia di Alzheimer può determinare una demenza.**



# SEGNALI DI ALLARME

- Deficit di memoria che condiziona lo svolgimento delle attività quotidiane
- **Difficoltà nell'eseguire compiti usuali**
- Difficoltà di linguaggio di tipo anomico (difficoltà a trovare parole)
- **Disorientamento nel tempo e nello spazio**
- Ridotta capacità di giudizio (es. vestirsi in maniera inadeguata)
- **Difficoltà di ragionamento astratto (es. nell'esecuzione di operazioni aritmetiche semplici)**
- Collocazione degli oggetti in posti sbagliati
- **Cambiamenti di umore e comportamento**
- Cambiamenti di personalità
- **Perdita di iniziativa**



# SINTOMI COGNITIVI

## ■ *Esordio*

- Deficit mnesici
- Anomia

## ■ *Progressione*

- Aprassia
- Afasia; alessia, agrafia
- Deficit di ragionamento astratto, di logica di giudizio
- Acalculia
- Agnosia
- Deficit visuospatiali





# SINTOMI NON COGNITIVI

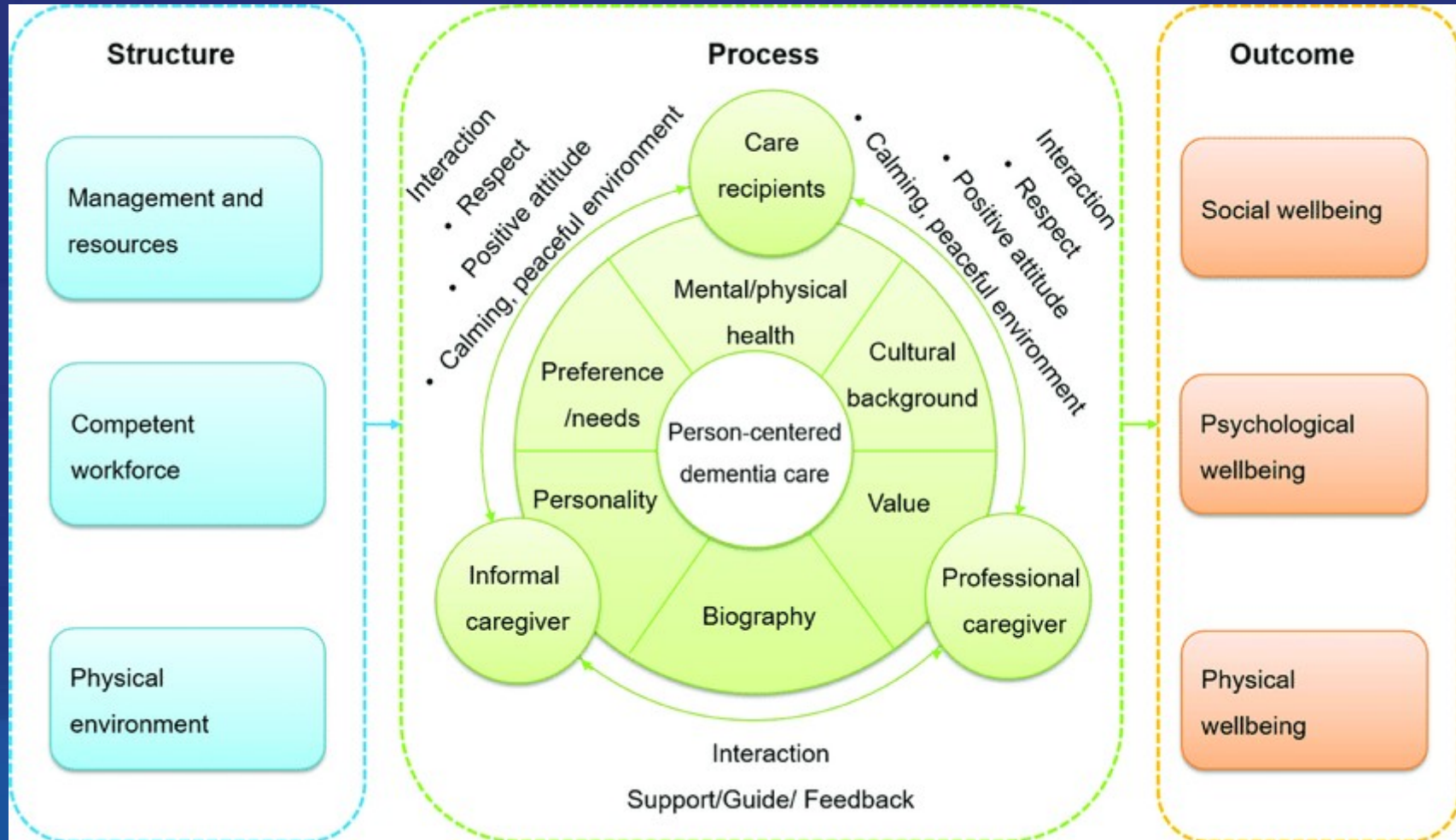
CLASSE	TIPO
Disturbi dell'umore	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depressione</li><li>• Euforia</li><li>• Labilità</li></ul>
Sintomi psicotici	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deliri</li><li>• Allucinazioni</li></ul>
Disturbi di personalità	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apatia</li><li>• Irritabilità</li><li>• Disinibizione</li></ul>
Disturbi d'ansia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansia</li></ul>
Agitazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fisica</li><li>• Verbale</li></ul>
Attività motoria aberrante	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vagabondaggio</li><li>• Frugare continuo</li><li>• Stereotipie</li><li>• Carfologia</li></ul>
Disturbi neurovegetativi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sonno</li><li>• Appetito</li><li>• Comportamento sessuale</li></ul>



# SINTOMI NON COGNITIVI

- **Alterazione dell'umore**  
*(depressione, euforia, labilità emotiva)*
- **Ansia**
- **Alterazione della personalità**  
*(indifferenza, apatia, disinibizione, irritabilità)*
- **Psicosi**  
*(deliri paranoidei, strutturali o misidentificazioni; allucinazioni)*
- **Agitazione**  
*(aggressività verbale o fisica, vocalizzazione persistente)*
- **Disturbi dell'attività psicomotoria**  
*(vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, acatisia)*
- **Sintomi neurovegetativi**  
*(alterazione del ritmo sonno-veglia, dell'appetito, del comportamento sessuale)*

# Il modello della cura del paziente con demenza





# STRUMENTI DI VALUTAZIONE SELETTIVA DI:

- **Attenzione e vigilanza**
- **Percezione**
- **Abilità visuospatiali**
- **Memoria**
- **Linguaggio**
- **Abilità prassiche**
- **Sequenzialità visuo-motoria**
- **Astrazione e ragionamento**
- **Capacità di pianificazione**
- **Intelligenza**



## VALUTAZIONE DEI SINTOMI NON COGNITIVI

**I sintomi non cognitivi sono invariabilmente associati al disturbo cognitivo nella manifestazione clinica della demenza.**

**Alcuni sintomi possono caratterizzare l'esordio della malattia precedendo la comparsa delle alterazioni cognitive, ovvero contribuire al peggioramento del livello di autonomia nelle attività quotidiane già compromesso a causa dei deficit cognitivi.**



# VALUTAZIONE DELLO STATO FUNZIONALE

**La determinazione del livello di abilità nelle attività della vita quotidiana ha un ruolo centrale nella diagnosi di demenza.**

**La definizione di un disturbo funzionale si basa sul livello di prestazione premorbo del soggetto e comprende l'uso di strumenti standardizzati di valutazione diretta o indiretta.**



## **APPROCCIO MULTIMODALE ALLA CURA DEL PAZIENTE**

**Attualmente non ci sono terapie in grado di interrompere il progressivo declino cognitivo e funzionale nella demenza.**

**Un approccio sistematico, intensivo, continuativo e interdisciplinare può indurre un sostanziale miglioramento della qualità della vita del paziente e della sua famiglia e, in molti casi, rallentare l'evoluzione del deficit cognitivo e il conseguente declino funzionale.**





# PRINCIPALI ASPETTI DEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE

- Terapia sintomatica farmacologica dei deficit cognitivi
- **Riabilitazione cognitiva e comportamentale**
- Adattamenti ambientali per ridurre l'impatto dei deficit cognitivi e dei sintomi comportamentali
- **Terapia farmacologica dei sintomi comportamentali**
- Prevenzione e trattamento delle complicanze (cadute, malnutrizione, incontinenza, allettamento)
- **Planning dell'assistenza e del supporto familiare**
- Istruzione, educazione e sostegno dei carer



# GESTIONE DEL PAZIENTE

Il gestore del caso (case manager) può opportunamente essere il medico di famiglia o, più in generale, il medico di medicina generale specializzato nel coordinare la rete dei servizi. Il case manager sottopone periodicamente a monitoraggio il paziente.





# TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

Diversi interventi riabilitativi hanno dimostrato la loro efficacia nel controllo dei disturbi comportamentali, nel rallentamento del declino cognitivo e funzionale e nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

## OBIETTIVI

- Stimolare e potenziare le capacità residue
- Sostenere le motivazioni e i bisogni
- Portare il paziente a raggiungere la migliore qualità di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, riducendo al massimo le restrizioni alle sue personali scelte operative

Ott A et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *Lancet* 1998; 351(9119): 1840-1843

Cobb JL et al. The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology* 1995; 45(9): 1707-1712



# **INTERVENTI SULL'AMBIENTE**

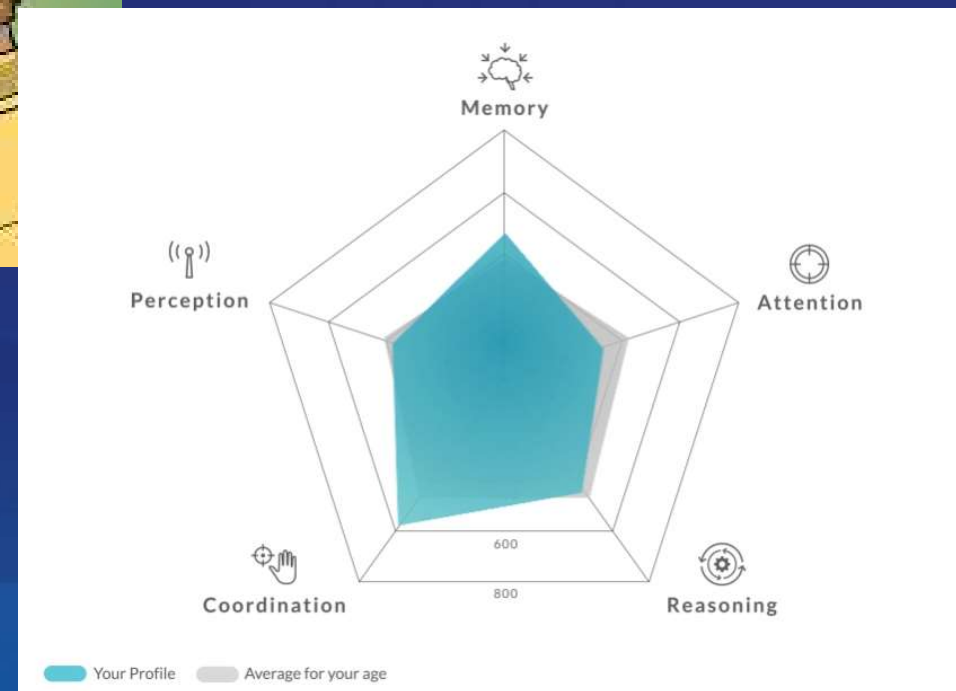
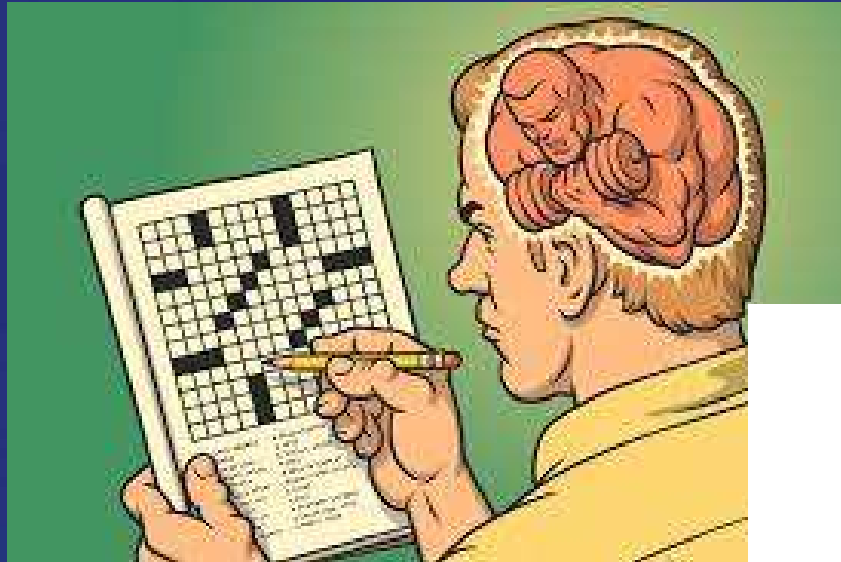
**Modificazione ergonomica per adattare  
le strutture ambientali alle limitazioni fisiche  
o psichiche dei pazienti**

## **A M B I E N T E**

### **MILIEU THERAPY**

**Intervento rivolto al contesto sociale e affettivo in cui vive  
il paziente per renderlo compatibile con le sue capacità  
e modificare le aspettative terapeutiche del paziente e del carer**

# TERAPIE NON FARMACOLOGICHE: LA STIMOLAZIONE COGNITIVA





**Cochrane**  
**Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

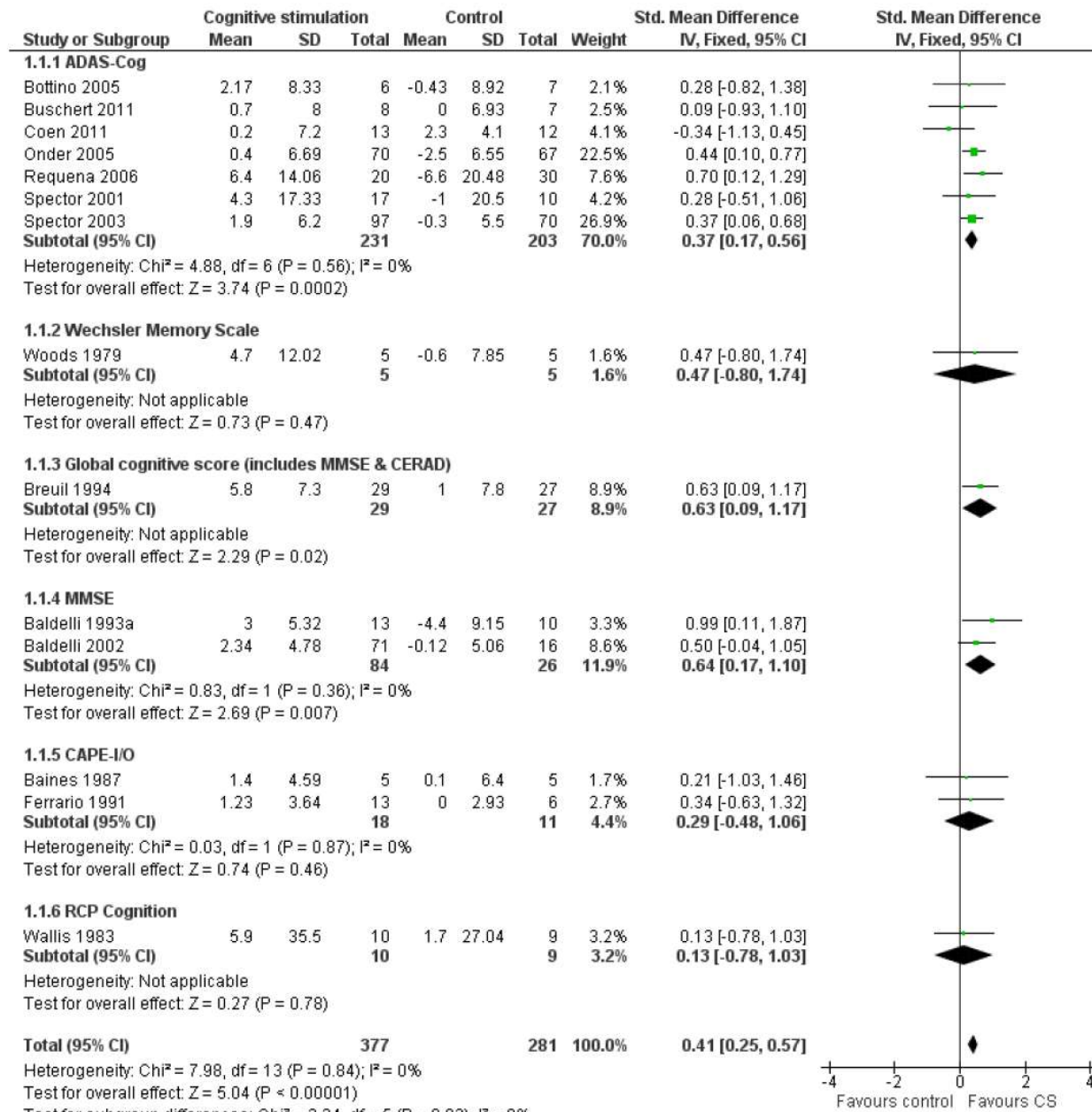
## **Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review)**

Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M

**2012; 15 RCT 718 partecipanti**

# Stimolazione cognitiva

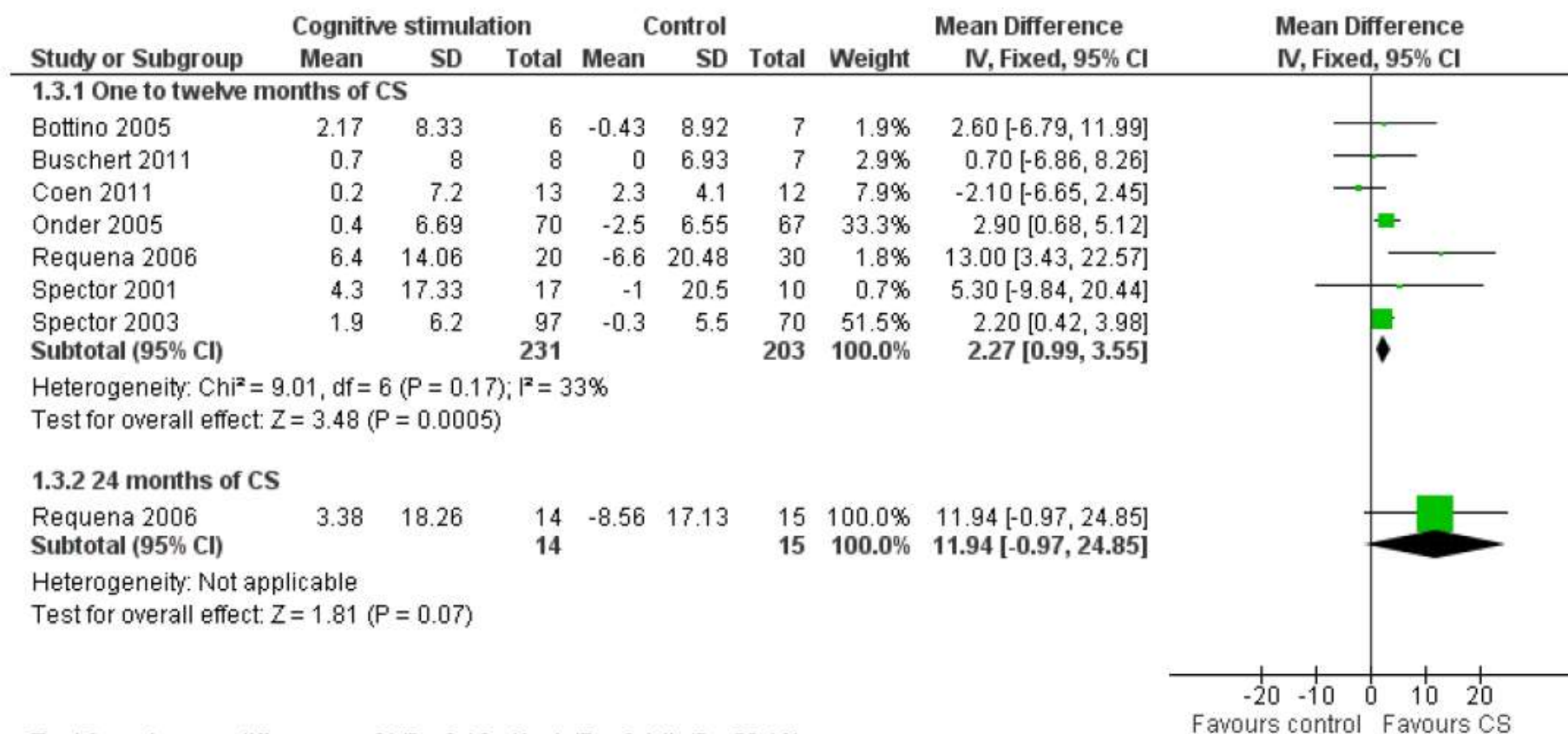
Figure 1. Forest plot of comparison: 1 Cognitive Stimulation vs No Cognitive Stimulation, outcome: Cognition.





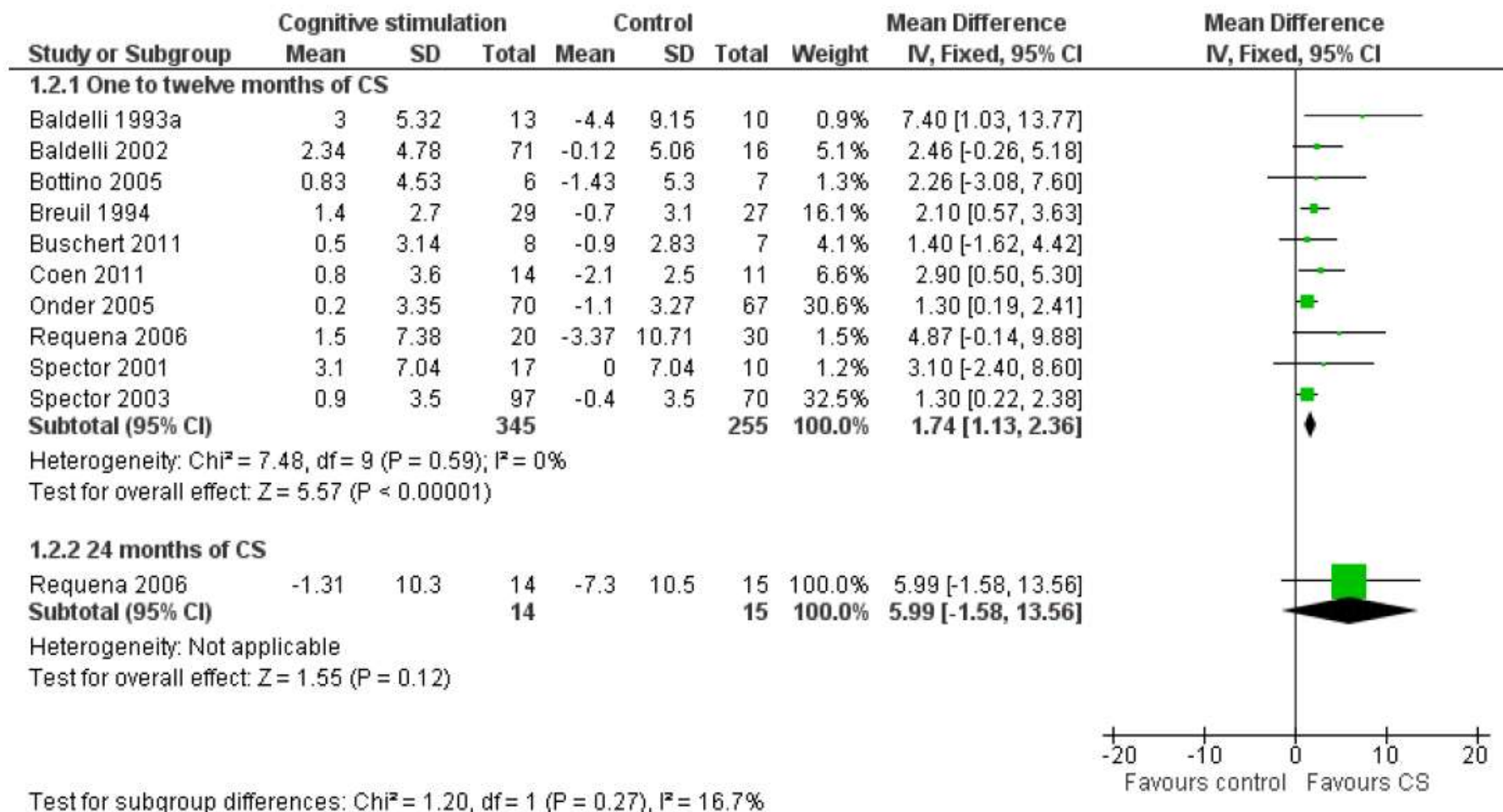
# Riabilitazione cognitiva; ADAs-COG

Figure 2. Forest plot of comparison: 1 Cognitive Stimulation vs No Cognitive Stimulation, outcome: ADAS-Cog.



# Riabilitazione Cognitiva: MMSE

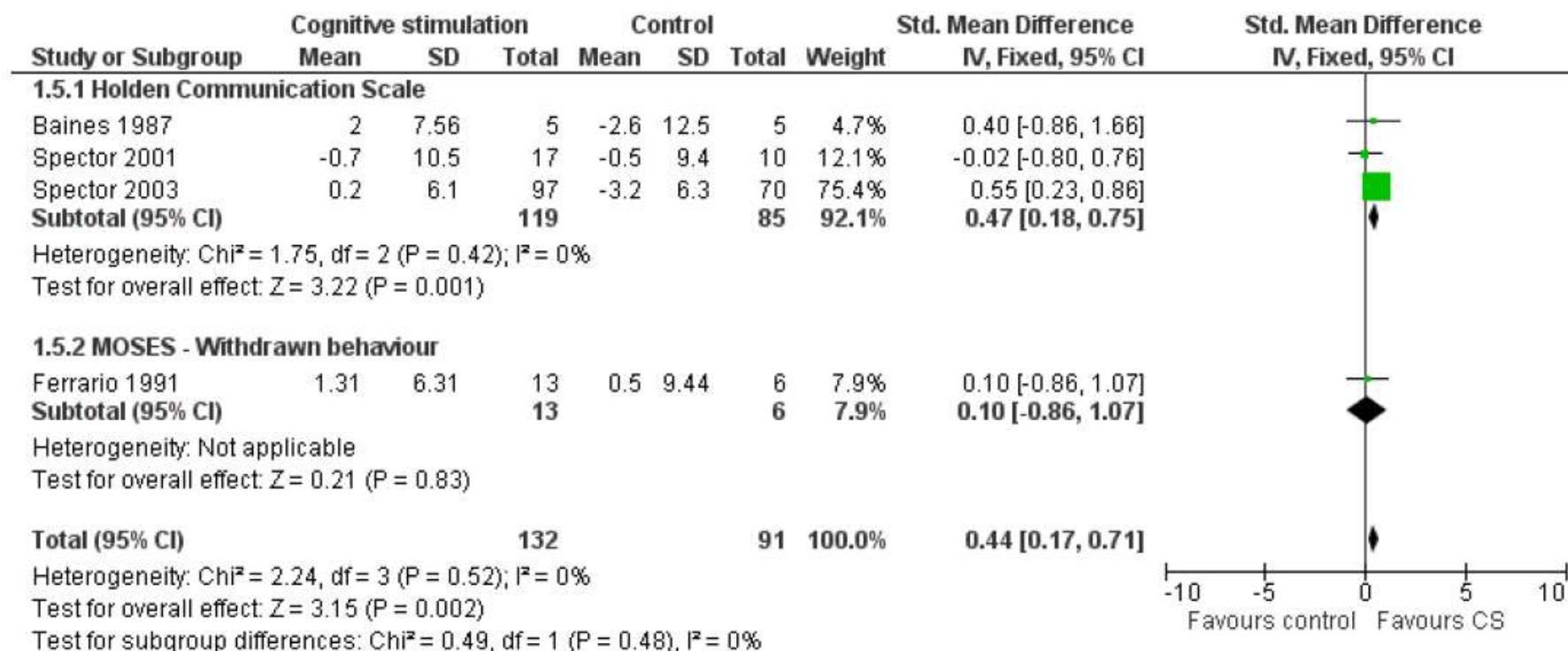
Figure 3. Forest plot of comparison: 1 Cognitive Stimulation vs No Cognitive Stimulation, outcome: MMSE.





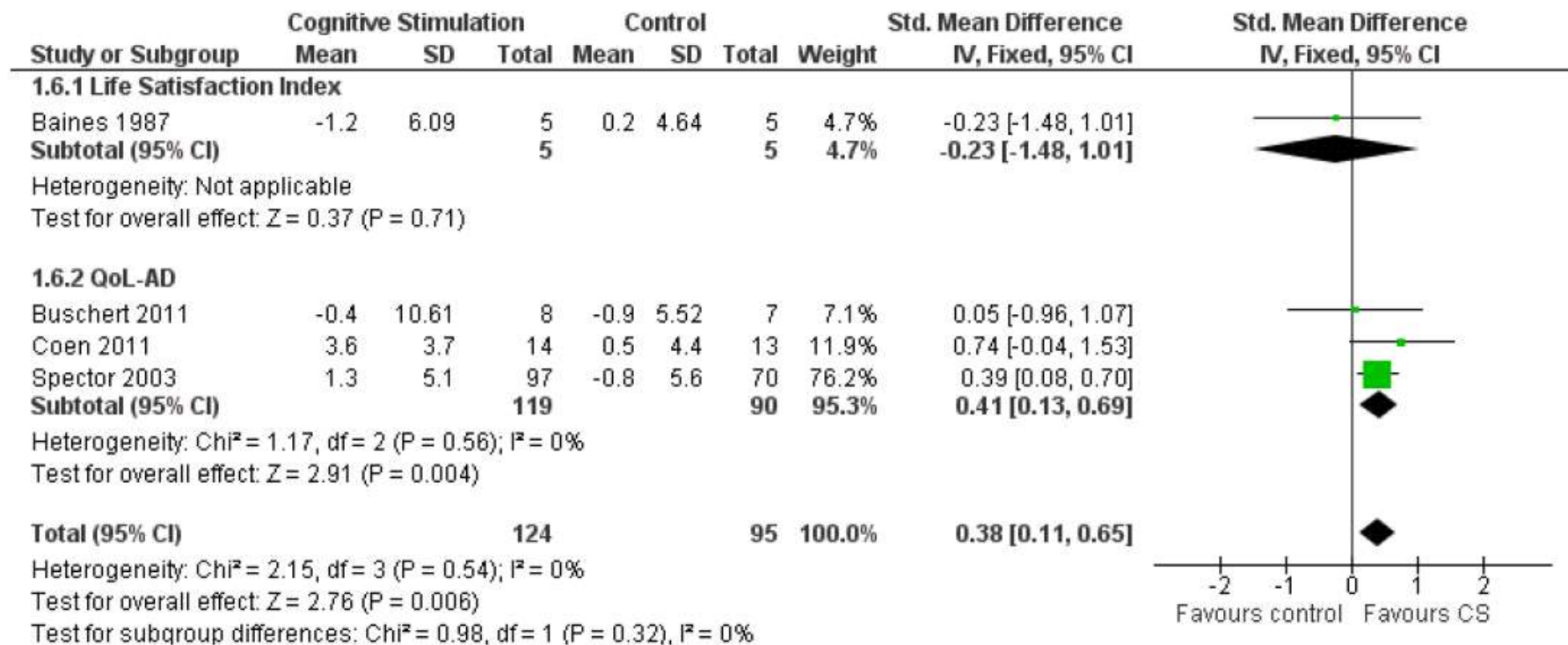
# Comunicazione ed interazione sociale

Figure 5. Forest plot of comparison: 1 Cognitive Stimulation vs No Cognitive Stimulation: post-treatment, outcome Communication and social interaction.



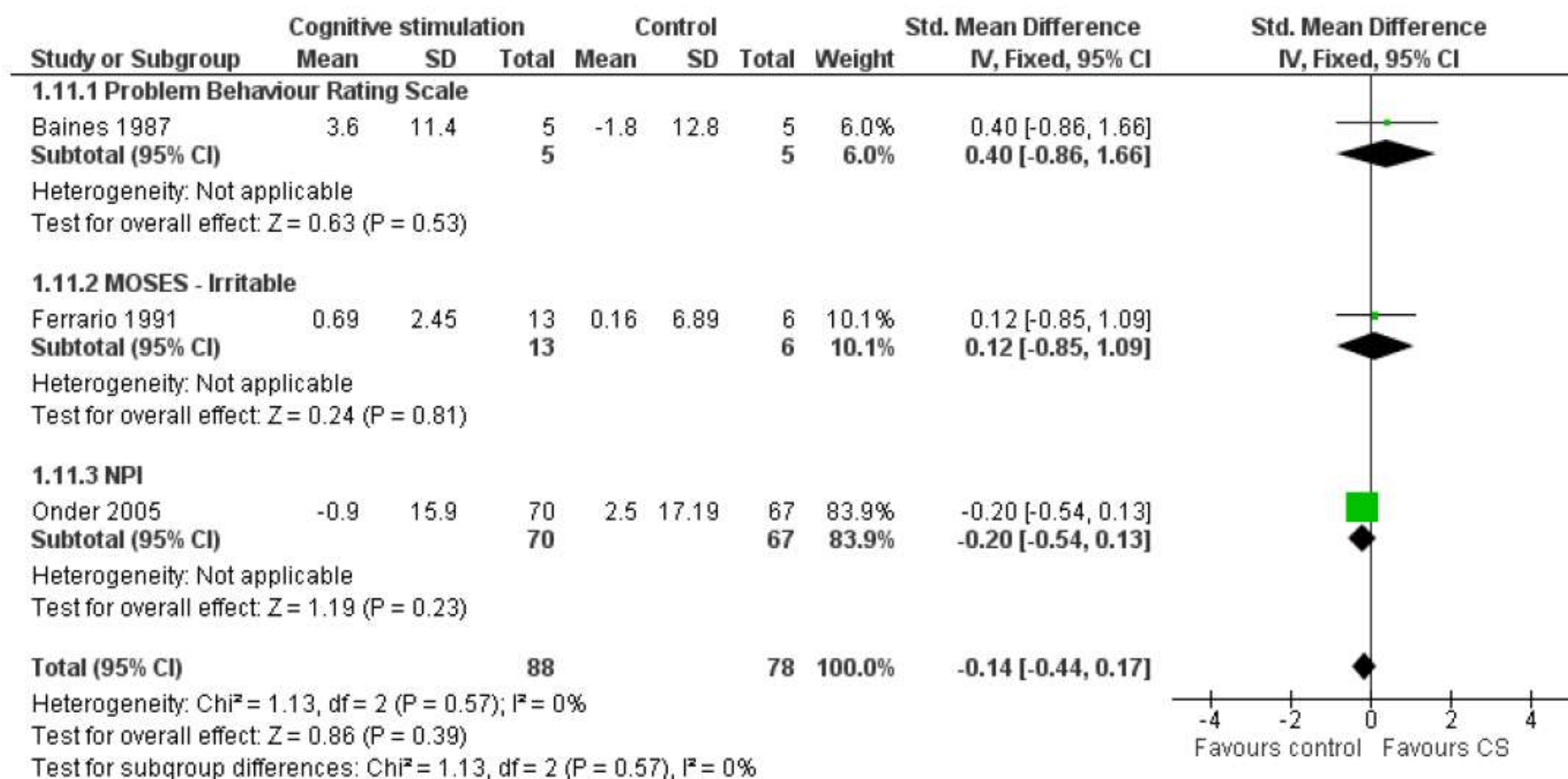
# Qualità della vita

Figure 6. Forest plot of comparison: 1 Cognitive Stimulation vs No Cognitive Stimulation, outcome: QoL-AD.



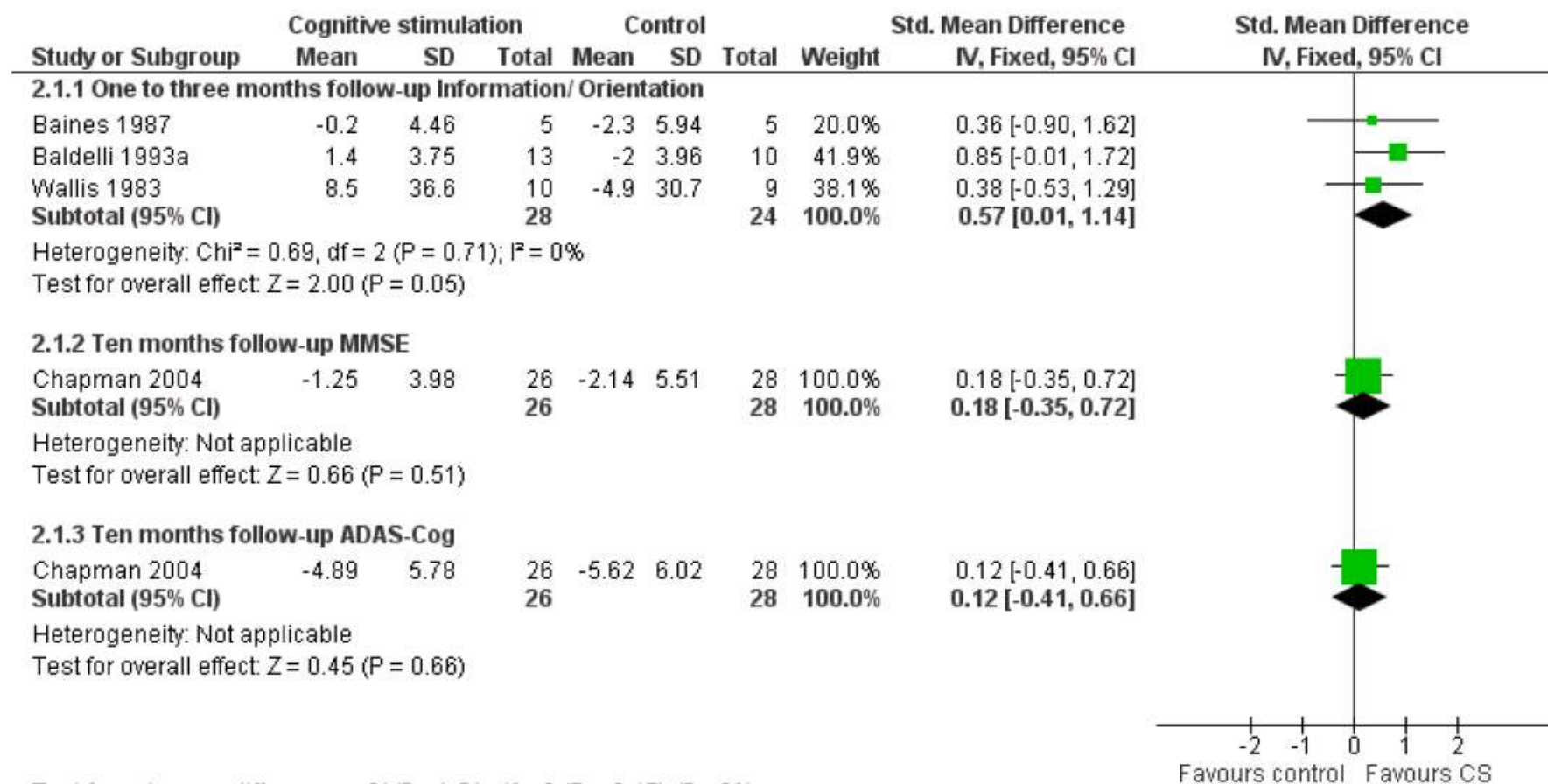
# Disturbi del comportamento

**Figure 11. Forest plot of comparison: 1 Cognitive Stimulation vs No Cognitive Stimulation: post-treatment, outcome: Behaviour, problem.**



# Stimolazione cognitiva: follow-up

Figure 13. Forest plot of comparison: 2 Cognitive stimulation vs No Cognitive Stimulation: follow-up, outcome: Cognition.





# CONCLUSIONI

- Evidenza documentata in modo consistente di un effetto positivo della stimolazione cognitiva, additiva rispetto all'effetto farmacologico
- Effetto quantificabile in circa 1.74 punti di MMSE o 2.24 punti di ADAS cog
- NNT circa 6, effetto raffrontabile agli interventi farmacologici, come gli anticolinesterasici
- Evidenze di efficacia anche su qualità della vita e capacità comunicativa
- Non evidenza di efficacia su disturbi comportamentali e sul Caregiver Burden
- Poco valutato l'effetto a lungo termine





## Implications for practice

The evidence base for the effectiveness of cognitive stimulation therapy for dementia in relation to cognitive function has been consistently demonstrated, with small changes reported in multiple trials on commonly used brief measures of cognitive function; adverse effects have not been reported. There is now evidence from a small number of studies that cognitive stimulation may also be associated with improvements in quality of life and communication. These benefits are over and above any medication effects.

This review is consistent with the [NICE-SCIE 2006](#) Guideline recommendation that all people with mild to moderate dementia should have the opportunity to participate in cognitive stimulation groups, irrespective of whether or not they are receiving acetylcholinesterase inhibiting medication (ACHEIs). This recommendation was recently reinforced by the World Alzheimer's Report ([Prince 2011](#)).

# Terapie non farmacologiche: i disturbi comportamentali





## **TRATTAMENTO DEI SINTOMI NON COGNITIVI**

**Il trattamento dei sintomi non cognitivi è un intervento terapeutico fondamentale perché consente di alleviare gravi sofferenze, anche alla famiglia, con terapie farmacologiche e non farmacologiche.**





# HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

VOLUME 18 ISSUE 39 JUNE 2014  
ISSN 1366-5278

**A systematic review of the clinical effectiveness  
and cost-effectiveness of sensory, psychological and  
behavioural interventions for managing agitation  
in older adults with dementia**

*Gill Livingston, Lynsey Kelly, Elanor Lewis-Holmes, Gianluca Baio,  
Stephen Morris, Nishma Patel, Rumana Z Omar,  
Cornelius Katona and Claudia Cooper*



# Terapie non farmacologiche

Type of intervention	Categories
<b>Psychological:</b> pertaining to mental processes	Training paid caregivers in person-centred care or communication skills with supervision Dementia-specific therapies Training family caregivers in CBT
<b>Behavioural:</b> pertaining to the person's actions	Activities DCM Training family carers in behavioural management Pet therapy Exercise
<b>Sensory:</b> pertaining to the person's senses	Aromatherapy Light therapy Sensory
<b>Environmental:</b> pertaining to the person's environment	Home-like care Changing the environment

## RESULTS

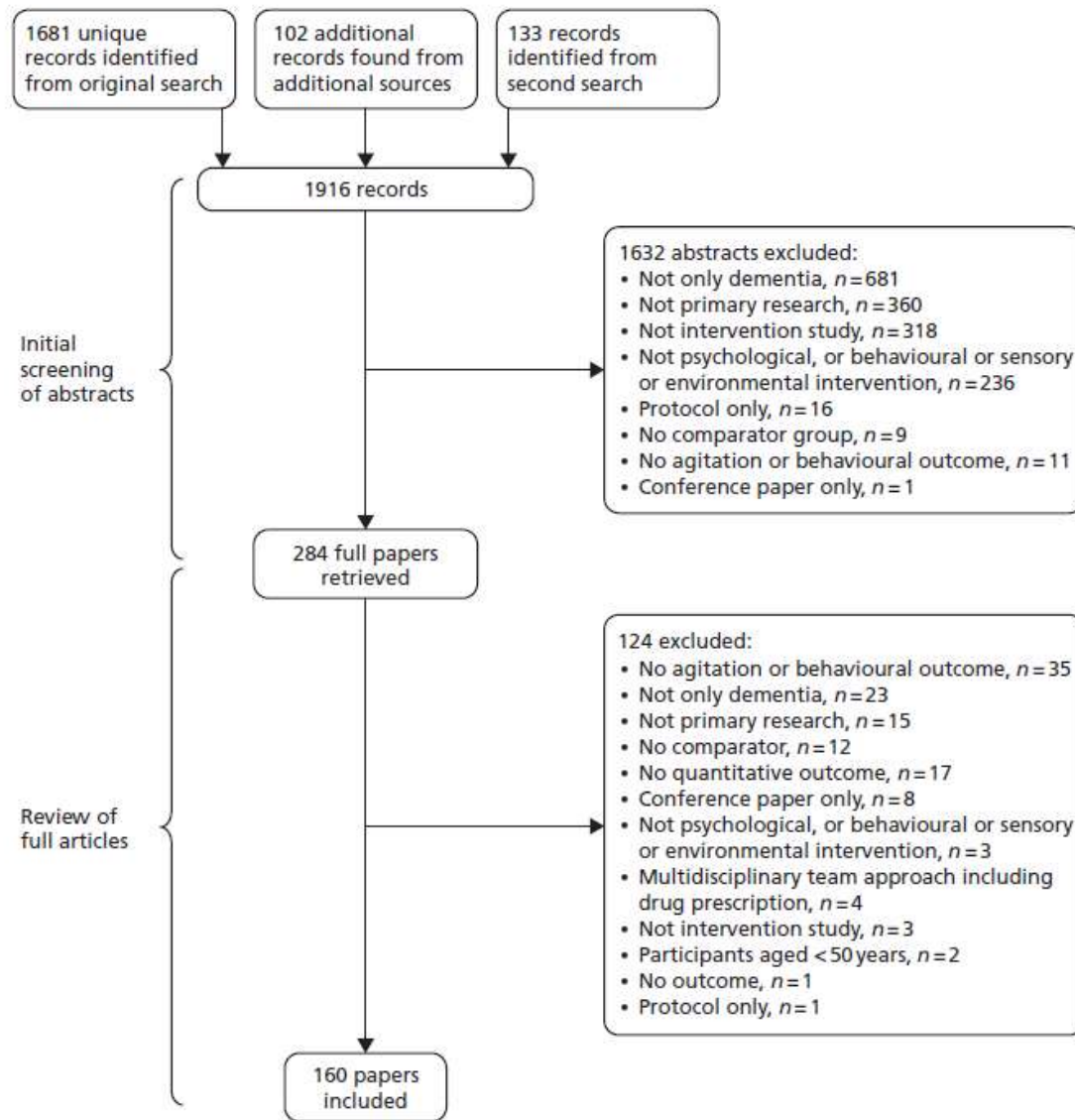


FIGURE 1 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses diagram.

Findings	SES range
<b>Interventions with evidence of efficacy</b>	
<i>Working with the person with dementia</i>	
<i>Activities</i>	-0.8 to -0.6
<i>Music therapy using a specific protocol</i>	-0.8 to -0.5
<i>Sensory interventions</i>	-1.3 to -0.6
<i>Working through paid caregivers in care homes and assisted living settings, with supervision</i>	
<i>Person-centred care and communication skills</i>	-1.8 to -0.3
<i>Dementia care mapping</i>	-1.4 to -0.6
<i>Behavioural management and communication skills</i>	Not calculated
<b>Interventions with no evidence of efficacy</b>	
<i>Working with the person with dementia</i>	
<i>Light therapy</i>	Not applicable
<i>Home-like care</i>	
<i>Aromatherapy</i>	
<b>Interventions with too little evidence to make definitive recommendations</b>	
<i>Working with family caregivers in the home of the person with dementia</i>	
<i>Training family caregivers in behavioural management</i>	Not applicable
<i>Training family caregivers in CBT</i>	
<i>Working with the person with dementia in a care home</i>	
<i>Music therapy not following a specific protocol</i>	Not applicable
<i>Exercise</i>	
<i>Dementia-specific therapies</i>	
<i>Pet therapy</i>	
<i>Working through paid caregivers in care homes, without supervision</i>	Not applicable
<i>Changing the environment</i>	Not applicable
<i>Mixed interventions</i>	Not applicable

# Terapia occupazionale

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Fitzsimmons and Buettner, 2003 <sup>49</sup>	USA	RCT	None	2c	7	12	10 sessions of a cooking group	Usual care group not analysed	Significant improvement vs. baseline	NC	None	NC	203
Kolanowski <i>et al.</i> , 2011 <sup>50</sup>	USA	RCT	Some	1b	13.5	128	15 sessions activities adjusted or opposite to both skill level (FL) and interest (PSI): FL (+ opposite PSI) PSI (+ opposite FL) FL+ PSI	Opposite FL+PSI	NS	FL: 0.2 (-0.3 to 0.7) to PSI: 1.5 (0.9 to 2) PSI+FL: 1.0 (0.4 to 1.5)	No differences (1 week)	NC	NC
Kolanowski <i>et al.</i> , 2005 <sup>51</sup>	USA	Within subjects	None	2b	10.5	30	36 sessions of activities matched to both skill level/ interest	Activities matched only to skill level or interest	NS	PSI: -0.2 (-0.7 to 0.4) PSI+FL: -0.1 (-0.6 to 0.4)	None	NC	NC
Cohen-Mansfield <i>et al.</i> , 2006 <sup>52</sup>	USA	RCT	None	2b	6	105	Five sessions of activity matched to self-identity roles	Standard activities	Significant improvement	NC	None	NC	80

FL, (matched to) functional level; NC, not calculated; NS, not significant; PSI, (matched to) interest only; PSI + FL, (matched to both) interest and FL.



# Terapia occupazionale

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Kovach <i>et al.</i> , 2003 <sup>43</sup>	USA	RCT	Some	2b	7.5	78	Varied activities matched to arousal level (e.g. music, exercise, storytelling)	Usual care	Significant improvement in visual analogue scale of agitation	NC	None	NC	378
Lin <i>et al.</i> , 2009 <sup>44</sup>	Taiwan, Province of China	RCT	Some	2b	6	133	28 sessions of Montessori activities	Presence (having researcher present)	Significant improvement	NC	None	NC	372
Lee and Kim, 2008 <sup>45</sup>	Republic of Korea	Within subjects	Some	2c	7	23	56 indoor gardening sessions	No	Significantly improved	-0.8 (-1.4 to -0.2)	None	NC	274
Buettner and Ferrario, 1997 <sup>46</sup>	USA	RCT	None	2b	7	66	30 weeks of neurodevelopmental sequenced activities (e.g. cooking group), frequency unclear	Usual care including activities	Significantly improved at two time points but not third	NC	None	NC	696
Fitzsimmons and Buettner, 2002 <sup>47</sup>	USA	RCT	None	2b	7	29	Six to 10 sessions of a range of individualised activities (e.g. cooking)	Crossover: usual care	Significant improvement	-0.6 (-1.0 to -0.2)	None	NC	173
Buettner <i>et al.</i> , 1996 <sup>48</sup>	USA	RCT	None	2b	7	36	12 sessions of neurodevelopmental sequenced activities (e.g. cooking group)	Crossover: similar non-sequenced activities	Significantly improved during session, but not on overall weekly measures	NC	NS (4 weeks)	NC	590

# Musicoterapia

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Cooke <i>et al.</i> , 2010 <sup>53</sup>	Australia	RCT	Some	1b	11.5	47	Music therapy three times per week for 8 weeks	Reading group	NS (total agitation)	-0.9 (-1.2 to -0.6)	NC	NC	NC
Sung <i>et al.</i> , 2011 <sup>54</sup>	Taiwan, Province of China	RCT	Some	2b	10.5	55	Music therapy twice per week for 6 weeks	Usual care	NS	-0.5 (-1.0 to 0.0)	None	NC	NC
Sung <i>et al.</i> , 2006 <sup>55</sup>	Taiwan, Province of China	RCT	Some	2b	7	40	Group music with movement, twice per week for 4 weeks	Usual care	Significant improvement	-0.8 (-1.5 to -0.1)	None	NC	13
Tuet and Lam, 2006 <sup>56</sup>	Hong Kong	Non-randomised – crossover	Some	2c	6	16	Music therapy three times per week for 3 weeks	Usual care (crossover)	Significant worsening	NC	NS (3 weeks)	NC	NC
Lin <i>et al.</i> , 2011 <sup>57</sup>	Taiwan, Province of China	RCT	None	2b	9.5	104	Music therapy twice per week for 6 weeks	Usual care	Significant improvement	-0.6 (-0.9 to -0.4)	Significant improvement (1 month)	-0.6 (-0.9 to -0.3)	27

continued

# Musicoterapia

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Groene, 1993 <sup>58</sup>	USA	RCT	None	2b	6 <sup>a</sup>	30	Five sessions of 15 minutes of music therapy, two sessions of being read to	Five sessions of 15 minutes of being read to, two sessions of music therapy	NS	NC	None	NC	NC
<b>Raglio et al., 2008<sup>59</sup></b>	<b>Italy</b>	<b>RCT</b>	<b>Not specific</b>	2c	9	59	<b>30 sessions of music therapy over 16 weeks</b>	<b>No</b>	<b>Significant improvement</b>	NC	NC	NC	NC
Svansdottir and Snaedal 2006 <sup>60</sup>	Iceland	Within subjects	None	2c	7.5	20	Music therapy three times per week for 6 weeks	No	NS (aggressiveness)	NC	NS (4 weeks)	NC	NC
<b>Jennings and Vance, 2002<sup>61</sup></b>	<b>USA</b>	<b>Within subjects</b>	<b>None</b>	2c	7	16	<b>Music therapy once per week for 4 weeks</b>	<b>No</b>	<b>Significant improvement</b>	NC	None	NC	<b>24</b>
Suzuki, 2007 <sup>62</sup>	Japan	Non-randomised – case-matched controls	None	2c	7	16	Music therapy including short reality orientation, twice per week for 13 weeks	Unclear but presumably usual care	NS	NC	NS	NC	NC

NC, not calculated; NS, not significant.

a Outcome measure neither reliable nor validated.

Note: studies demonstrating significantly effective interventions are highlighted in bold and those of interventions that significantly worsened agitation are in green.



# Sensory therapy

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Moyle <i>et al.</i> , 2011 <sup>63</sup>	Australia	Within subjects	Significant	2c	6	27	14 sessions of daily foot massage	No	Significant improvement	-0.6 (-1.2 to 0.0)	Significant reduction (2 weeks)	NC	128
Yang <i>et al.</i> , 2007 <sup>64</sup>	Taiwan, Province of China	Within subjects	Significant	2c	6	31	40 sessions of acupressure over 4 weeks; social contact	No	Significant improvement	-1.2 (-0.7 to -1.7)	None	NC	527
Woods <i>et al.</i> , 2005 <sup>65</sup>	USA	RCT	Some	2b	11	60	Therapeutic touch twice per day for 3 days	Placebo therapeutic touch; usual care	NS	NC	None	NC	NC
Remington, 2002 <sup>66</sup>	USA	RCT	Some	2b	11	51	Hand massage, hand massage and calming music; given once	Usual care	Significant improvement	Hand massage: -0.6 (-1.1 to -0.1) plus music: -1.3 (-1.9 to -0.8)	None	NC	3, 10
Woods <i>et al.</i> , 2009 <sup>67</sup>	USA	RCT	Some	2b	10	64	Therapeutic touch twice per day for 3 days	Placebo therapeutic touch; usual care	NS (vs. placebo)	NC	None	NC	NC

continued

# Sensory therapy

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Hawranik <i>et al.</i> , 2008 <sup>68</sup>	USA	RCT	Some	2b	7	51	Five sessions of therapeutic touch on consecutive days	Placebo therapeutic touch; usual care	NS (total agitation)	NC	NS (1 week, 2 weeks)	NC	NC
Staal <i>et al.</i> , 2007 <sup>69</sup>	USA	RCT	Some	2b	7	24	Snoezelen, duration unclear	One-to-one structured activity	Significant improvement	-0.3 (-0.9 to -0.3) (Pittsburgh Agitation Scale)	None	NC	273
Hicks-Moore and Robinson, 2008 <sup>70</sup>	Canada	Within subjects	Some	2b	6	32	One session each of hand massage and hand massage plus music, while agitated	No	NS	Music PA: 0.2 (-0.3 to 0.7); PN: -1.8 (-2.4 to -1.2); VA: -1.0 (-1.6 to -0.5) No music PA: -0.4 (-0.9 to 0.1); PN: -1.4 (-1.9 to -0.8); VA: -0.7 (-1.3 to -0.2)	None	NC	NC
Lin <i>et al.</i> , 2009 <sup>44</sup>	Taiwan, Province of China	RCT	Some	2b	6	133	28 sessions of acupressure over 4 weeks	Presence (researcher present)	Significant improvement	NC	None	NC	300

# Caregiver training (professionisti all'interno di strutture)

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Chenoweth <i>et al.</i> , 2009 <sup>75</sup>	Australia	RCT	Significant	1b	11.5	180	Training plus two site visits and telephone-based supervision	Usual care	Significant improvement; restraint use. Prescriptions p.r.n. and CR quality of life NS	-1.4 (-1.5 to -1.3)	Significant improvement (8 weeks)	-1.4 (-1.5 to -1.3)	99
McCallion <i>et al.</i> , 1999 <sup>76</sup>	USA	RCT	Some	1b	10	66	Nursing assistants delivered seven communication-focused sessions to family caregiver, with supervision	Usual care	Verbal agitation, physical non-aggression and irritability improved; aggression did not	PN: -0.6 (-1.0 to 0.3) VA: -0.7 (-1.0 to -0.3) PA: 0.1 (-0.3 to 0.4)	Only verbal aggression and irritability remained significant (3 months)		87
McCallion <i>et al.</i> , 1999 <sup>77</sup>	USA	RCT	Some	2b	6	105	Communication skills training with ongoing support	Partial crossover – usual care	Significant improvement in all agitation	-0.4 (-0.7 to -0.2)	Significant improvement; physical restraints improved, PRNs worsened (6 months)	-0.2 (-0.5 to 0.1)	72

# Caregiver training (professionisti all'interno di strutture)

Author and year	Country of origin	Study design	Degree of participant agitation	Level of evidence	Quality score	Total participants	Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)	Mean cost per person with agitation (2011 £)
Teri et al., 2005 <sup>78</sup>	USA	RCT	Not specified	2b	8	31	Communication and behaviour management skills training, plus training managers to provide supervision	Usual care	Significant improvement in overall agitation 8 weeks	NC	NR	NC	339
Hoeffler et al., 1997 <sup>79</sup>	USA	Within subjects	Some	2c	6	11	Trained in person-focused bathing with support implementing	No	None		Significant improvement in physical and verbal aggression and being upset (combined 1 and 6 months)		158
Sloane et al., 2004 <sup>80</sup>	USA	RCT	None	2b	6	73	Trained in person-centred bathing/towel bath with support implementing	Crossover – usual care	Significant improvement for both showering and towel bath conditions		None		64, 75

# Light Therapy

Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)
2 hours' daily light therapy for 2 weeks	Standard light	NS	-0.2 (-0.6 to 0.2)	NS (4 weeks)	-0.3 (-0.7 to 0.2)
1 hour of daily light therapy for 4 weeks	Standard light	NS	-0.3 (-0.8 to 0.2) (BEHAVE-AD)	None	NC
Activities in brightly lit area (outside/lightbox), 1 hour per day/10 weeks	Similar activities in a non-brightly lit area	Significantly worsened	p.m. light: 4.0 (3.1 to 4.9) a.m. light 7.0 (5.8 to 8.3)	None	NC
5 days of light therapy at 30 minutes per day	No	NS	-0.2 (-0.9 to 0.5)	None	
<b>2 hours' daily light therapy for 10 days, repeated after 8-day gap</b>	<b>No</b>	<b>Significant improvements vs. non-intervention days</b>	<b>-0.8 (-2.0 to 0.4) (Agitated Behaviour Rating)</b>	<b>None</b>	
2 hours' daily light therapy for 7 days while restrained	No	NS (agitation, prescription of drugs p.r.n., restraints)	NC	None	
3 weeks of a.m. bright light, p.m. bright light, all-day bright light, throughout whole unit	Standard light	Significant worsening in mild/moderate dementia	NC	None	
2 hours per day of light therapy for 10 days, either a.m. or p.m.	Placebo red light during AM	Verbal agitation worsened	-2.0 (-2.4 to -1.6)	None	-0.3 (-0.6 to 0.1)
4 weeks of daily a.m. light for 45 minutes	No	Unclear: no direct comparisons made	-0.5 (-1.4 to 0.4)	Unclear	-1.0 (-2.0 to -0.1)
<b>30 minutes' daily light therapy for 2 weeks</b>	<b>No</b>	<b>Significant improvement (restlessness)</b>	<b>NC</b>	<b>None</b>	<b>NC</b>



# Aromaterapia, residenze «home like»

Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)
Small group living in home-like environment	Traditional nursing home	Significant worsening over time (up to 12 months); quality of life NS	-0.1 (-0.2 to 0.1)	None	NC
Corridor-like, 'L'-shaped or 'H'-shaped living environment	No	Significantly worsened over 12 months (aggressiveness)	NC	None	NC
Small group living in home-like environment	Traditional nursing home group; plus group recently moved between two traditional nursing homes	NS agitation, quality of life (3, 6, 9 and 12 months)	NC	None	NC
Small group living in home-like environment	Traditional nursing home	Significantly worsened over 12 months (aggressiveness), prescriptions p.r.n. use improved	NC	None	NC
168 sessions aromatherapy massage (plus placebo donepezil)	Placebo aromatherapy massage (plus placebo donepezil)	NS	NC	None	NC
21 sessions lavender aromatherapy	Crossover: odourless sunflower oil	NS	0.0 (-0.3 to 0.4)	None	NC
<b>56 sessions of Melissa oil massage</b>	<b>Odourless sunflower oil</b>	<b>Significant improvement</b>	<b>NC</b>	<b>None</b>	<b>NC</b>
<b>Aromatherapy oil sprayed on ward for 5 days; also water steam control condition</b>	<b>No</b>	<b>Significant improvement</b>	<b>NC</b>	<b>None</b>	<b>NC</b>
Melissa oil aromatherapy, frequency unclear	Placebo aromatherapy oil (details not stated)	'Side effect' of agitation more frequent in placebo group	NC	None	NC
42 sessions of lemon balm oil massage	Crossover: inert lemon balm oil	NS	NC	None	NC

# Training dei familiari al domicilio

Therapeutic regime	Separate control group	Immediate outcome	Immediate SES (CI)	Long-term outcome	Long-term SES (CI)
11 sessions	Placebo medication (plus two drug arms)	NS (agitation, CG burden)	NC	NS (3, 6 and 12 months)	NC
Four sessions	Given non-behavioural advice and signposting	NR	None	NS agitation and CG burden (2 weeks)	-0.6 (-1.0 to -0.2) (RAGE)
One workshop and 11 consultations	Home-based support (detail unclear)	NS (vs. control)	NC	Unclear-aggregated with immediate outcome	NC
Two home and 13 telephone consultations	Written educational materials and social telephone calls	Unclear as baseline/change scores not analysed; significantly different at time 2	-0.3 (-0.6 to -0.0)	Unclear (3 months)	-0.2 (-0.5 to 1.1)
Three home and two telephone consultations	Usual care	NS	NC	NS agitation, CG well-being (9 months)	NC
12 groups	No	CG rated agitation NS. Clinician rated agitation improved but not aggression	NC	None	NC



## Conclusioni

Dimostrata efficacia degli interventi educazionali e con tecniche di comunicazione a livello delle strutture residenziali, specie se è presente una supervisione. Gli effetti sono simili nelle diverse tecniche impiegate e duraturi nel tempo, almeno nell'arco di alcuni mesi, anche nei casi di agitazione severa

Inoltre la terapia sensoriale e la musicoterapia, se impiegata con protocollo standardizzato, sono risultate entrambe efficaci; nel caso della terapia sensoriale anche per i casi di agitazione maggiore, con buona significatività statistica

Dati meno certi sulla durata dell'effetto nel lungo periodo

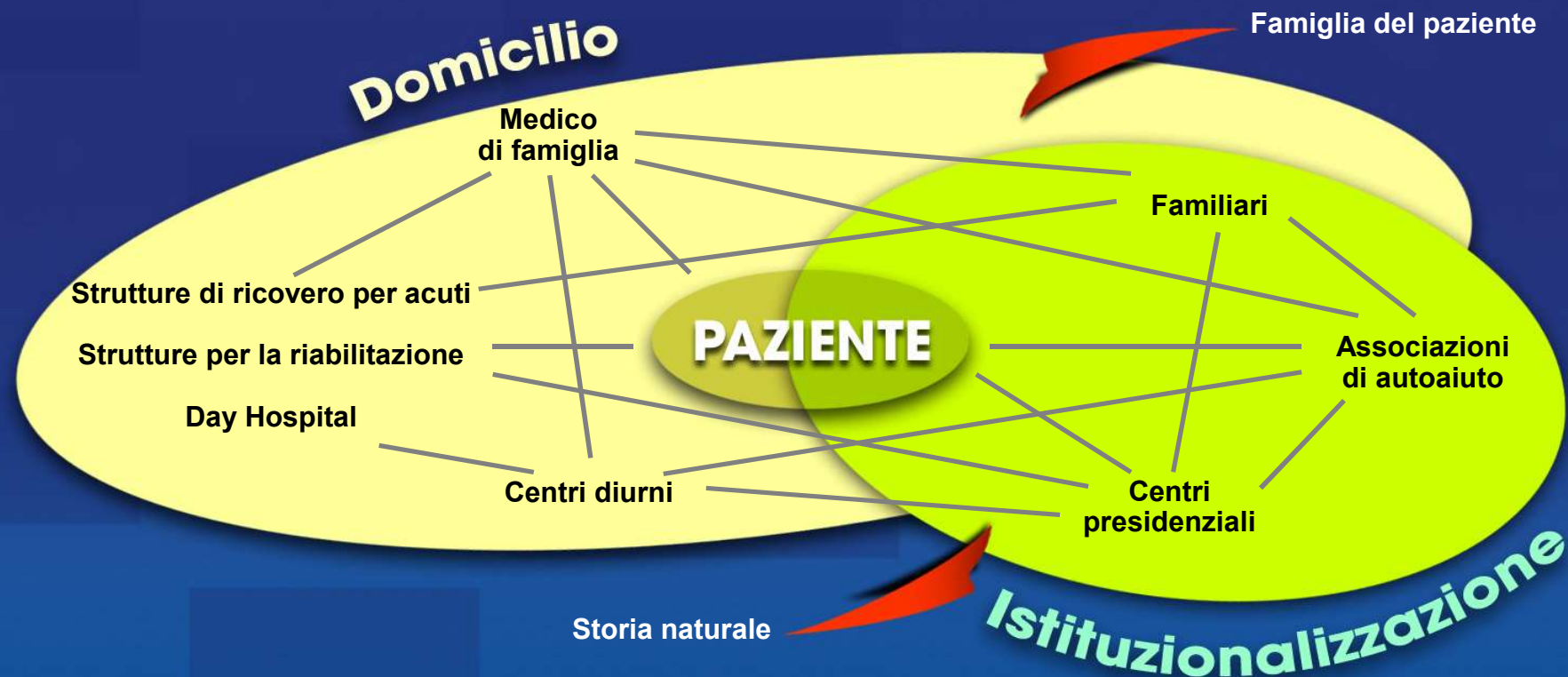
Minore evidenza di efficacia degli interventi a livello domiciliare



# RETE DI SERVIZI

Solo una rete di servizi coordinati e integrati può offrire un corretto appoggio terapeutico a chi soffre di demenza.

I servizi devono agire su livelli diversi: ambulatoriale, domiciliare, ospedaliero, riabilitativo, residenzialità diurna o continuativa.





# RETE DI SERVIZI

## ■ *Operatori*

- Medici di famiglia
- Specialisti (neurologo, geriatra)
- Familiari
- Infermieri
- Operatori sociali
- Volontari (associazioni di auto aiuto)
- Tecnici della riabilitazione



# RETE DI SERVIZI 1

## ■ *Attività*

- Assistenza domiciliare
- Interventi di sostegno ai familiari
- Supporto sociale ed economico
- Istituzionalizzazione (durata)
- Istituzionalizzazione (permanente)



# RETE DEI SERVIZI

## ■ *Strutture*

- **Domicilio**
- **Ambulatori specializzati**
- **Strutture di ricovero per acuti**
- **Strutture per la riabilitazione**
- **Day hospital**
- **Centri diurni**
- **Centri residenziali**
- **Nuclei speciali nelle RSA**

# FAMIGLIA E PAZIENTE

I familiari sono i maggiori responsabili dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza con un grande coinvolgimento oggettivo e soggettivo.

INFORMAZIONE  
e  
SUPPORTO  
al carer

PEGGIORAMENTO  
del paziente  
e/o  
MALATTIA  
del carer

**EQUILIBRIO DINAMICO RESISTENTE**



## RETE DI SERVIZI 2

### ■ *Approccio multimodale*

- **Natura della malattia**
- **Capacità residue del paziente**
- **Interventi terapeutici**
- **Adattamento ambientali**
- **Rete di servizi**





## RETE DI SERVIZI 2

### ■ *Fasi del caring*

- **Acquisizione del ruolo**
- **Riconoscimento del ruolo**
- **Abbandono del ruolo**



## RETE DI SERVIZI 2

### ■ *Rete dei servizi*

- Associazioni di familiari
- Gruppi di supporto
- Gruppi di auto aiuto
- Promozione delle attività relazionali e sociali
- Sostegno psicologico individuale



## IL CARER

**Il ruolo familiare - “carer” - che si assume, più o meno consapevolmente, il compito dell’assistenza al paziente demente è importante e muta nel corso dell’intero periodo di assistenza, dall’esordio delle responsabilità fino all’istituzionalizzazione e al decesso del paziente.**

**Grazie per l'attenzione!**

