



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%

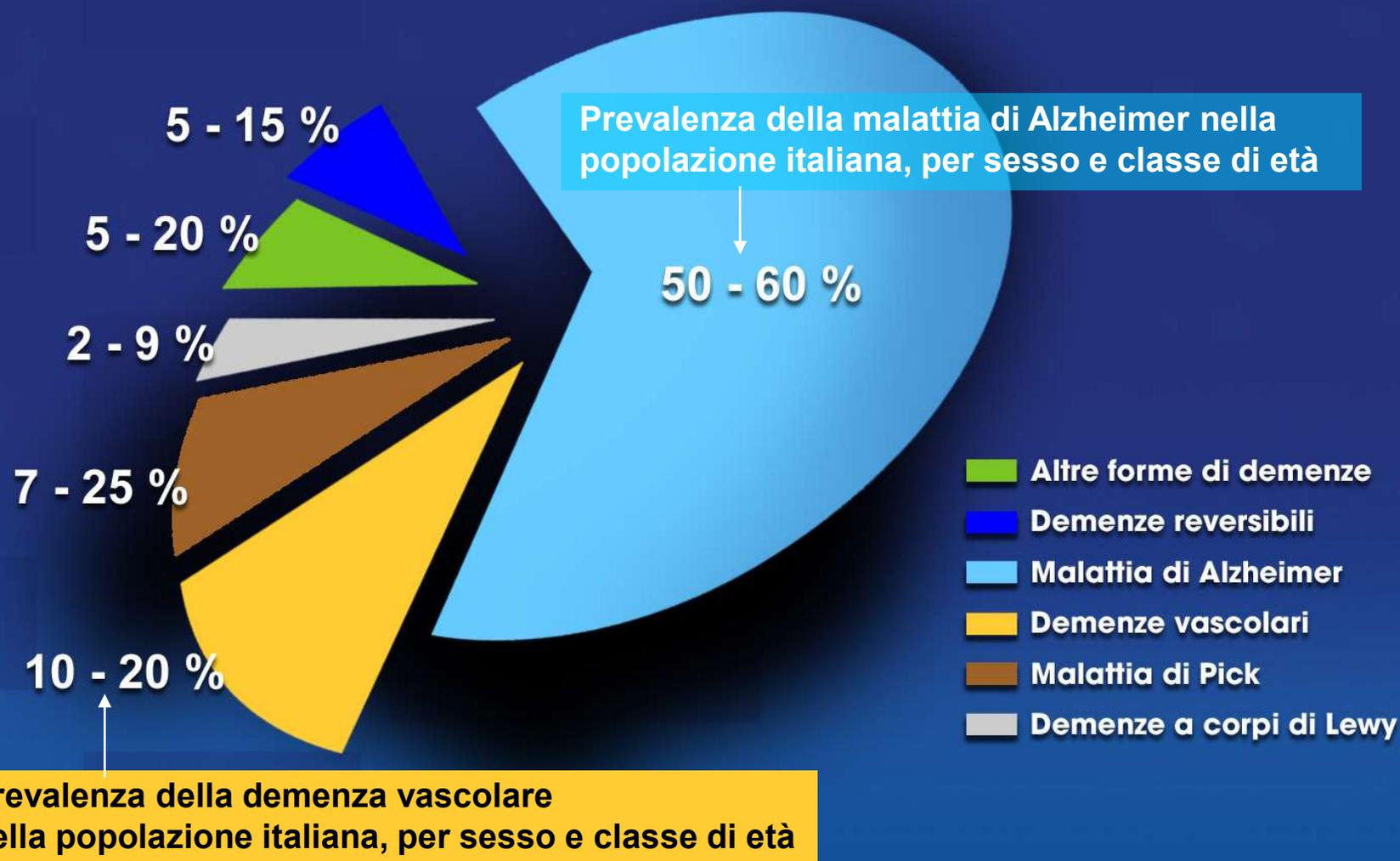
Per età superiore a 65 anni

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

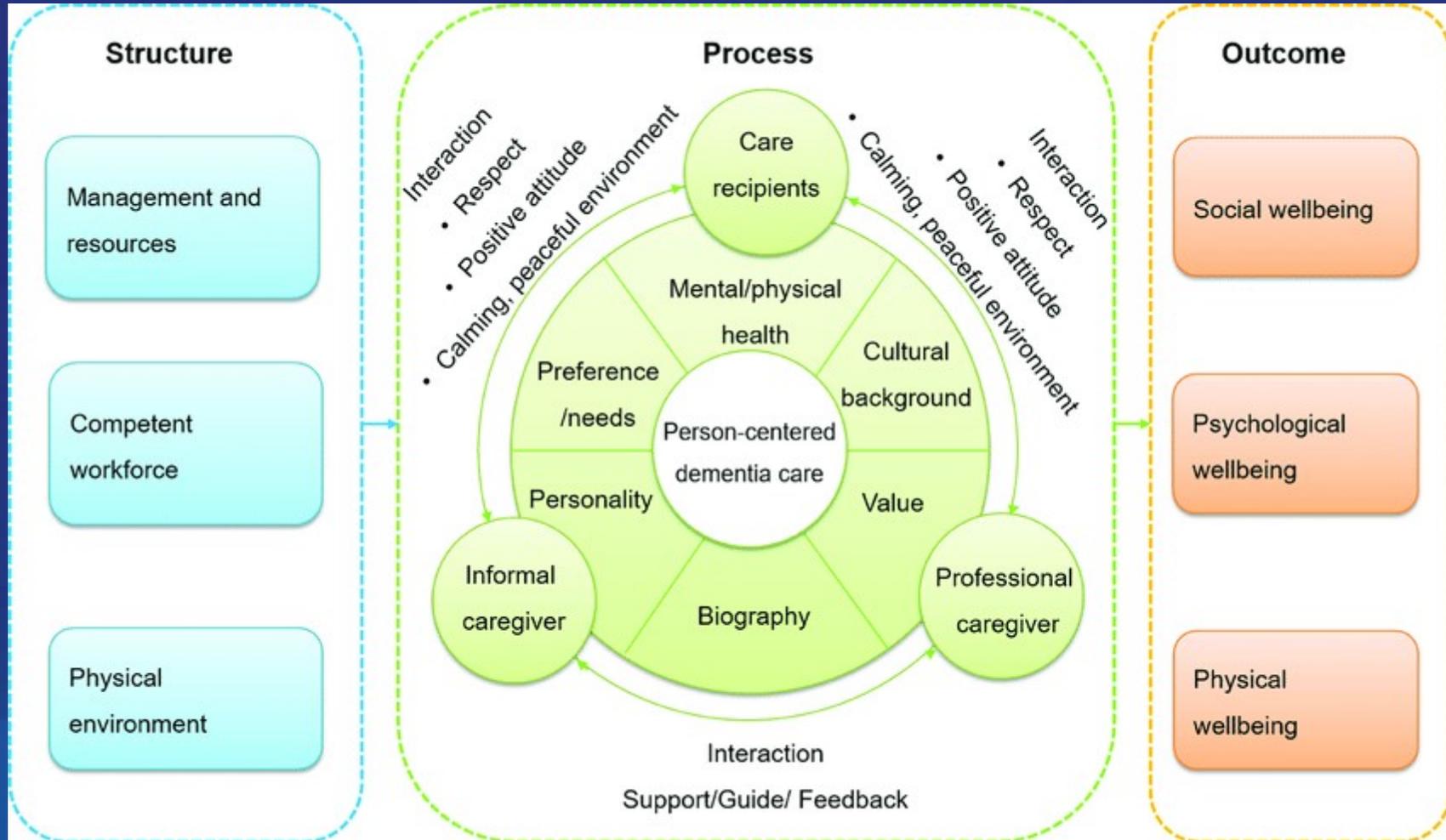
| CLASSE | TIPO |
|----------------------------|---|
| Disturbi dell'umore | <ul style="list-style-type: none">• Depressione• Euforia• Labilità |
| Sintomi psicotici | <ul style="list-style-type: none">• Deliri• Allucinazioni |
| Disturbi di personalità | <ul style="list-style-type: none">• Apatia• Irritabilità•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



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

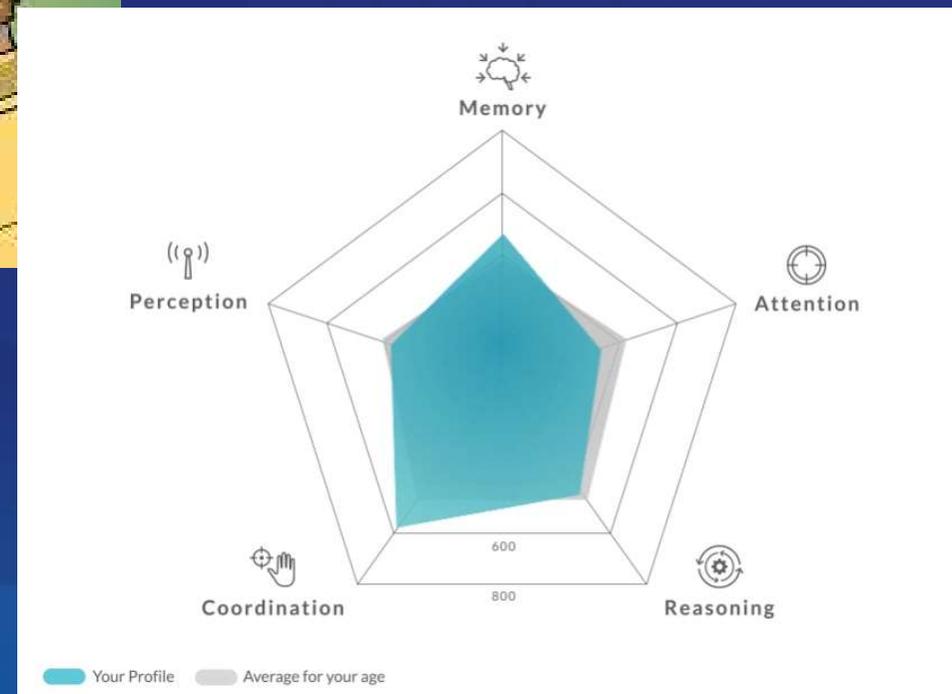
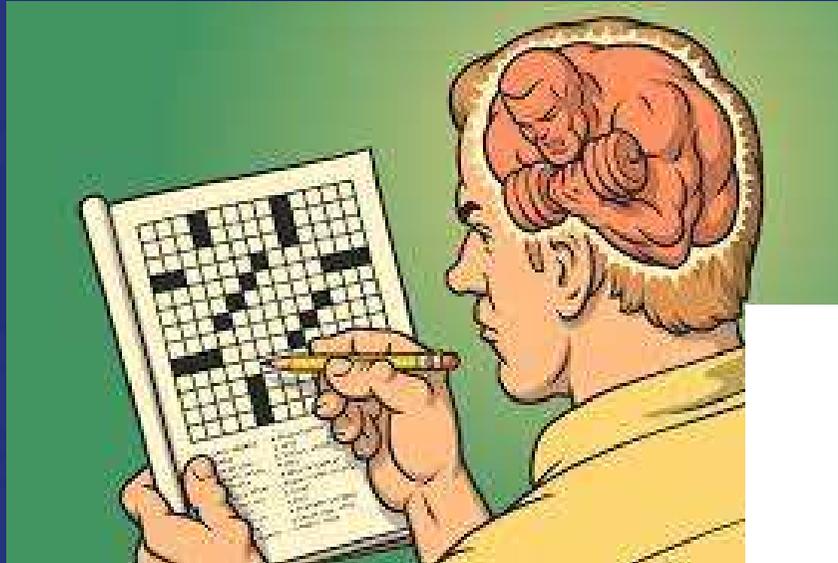
**Modificazione ergonomica per adattare
le strutture ambientali alle limitazioni fisiche
o psichiche dei pazienti**

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

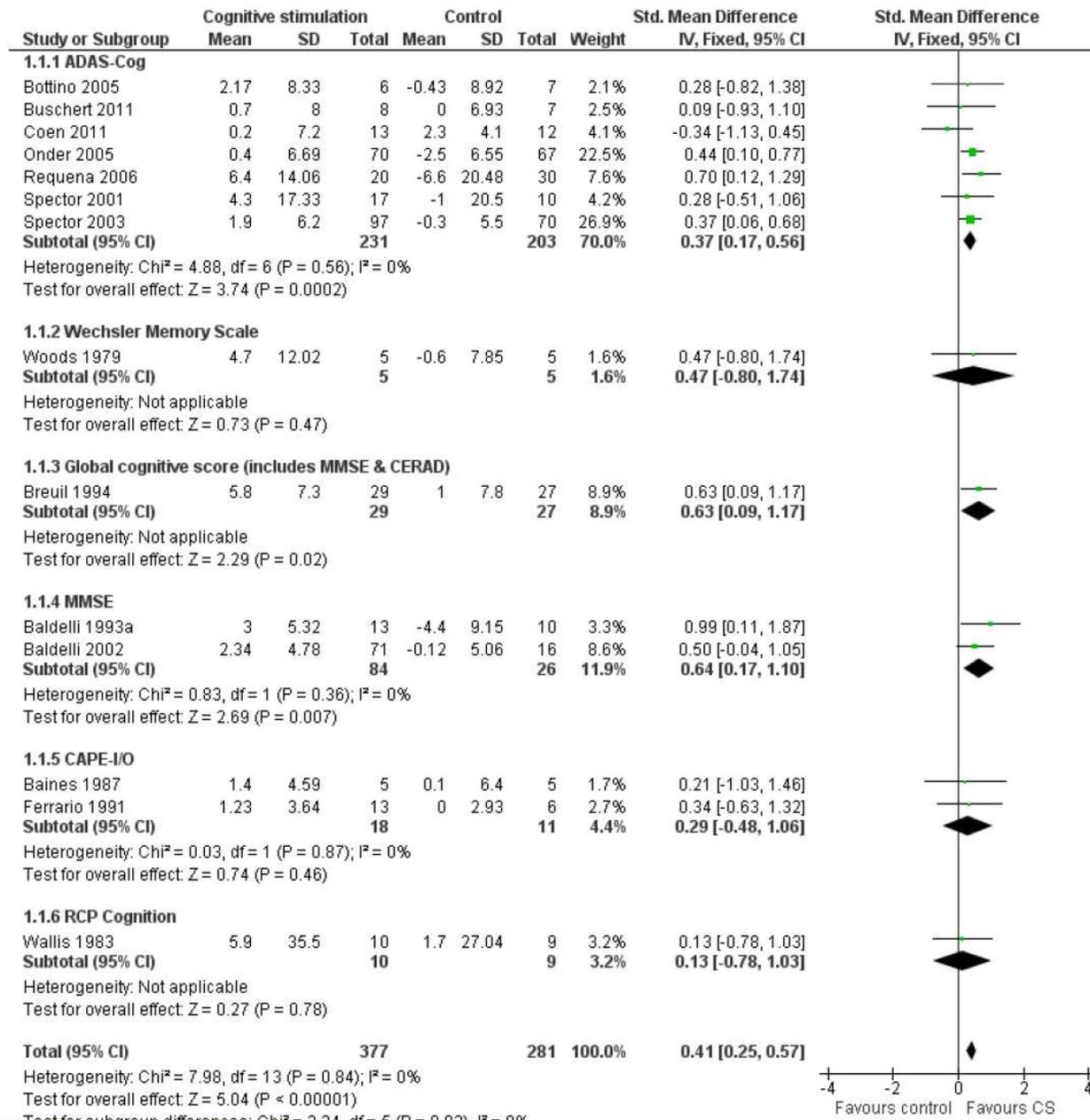
Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review)

Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M

2012; 15 RCT 718 partecipanti

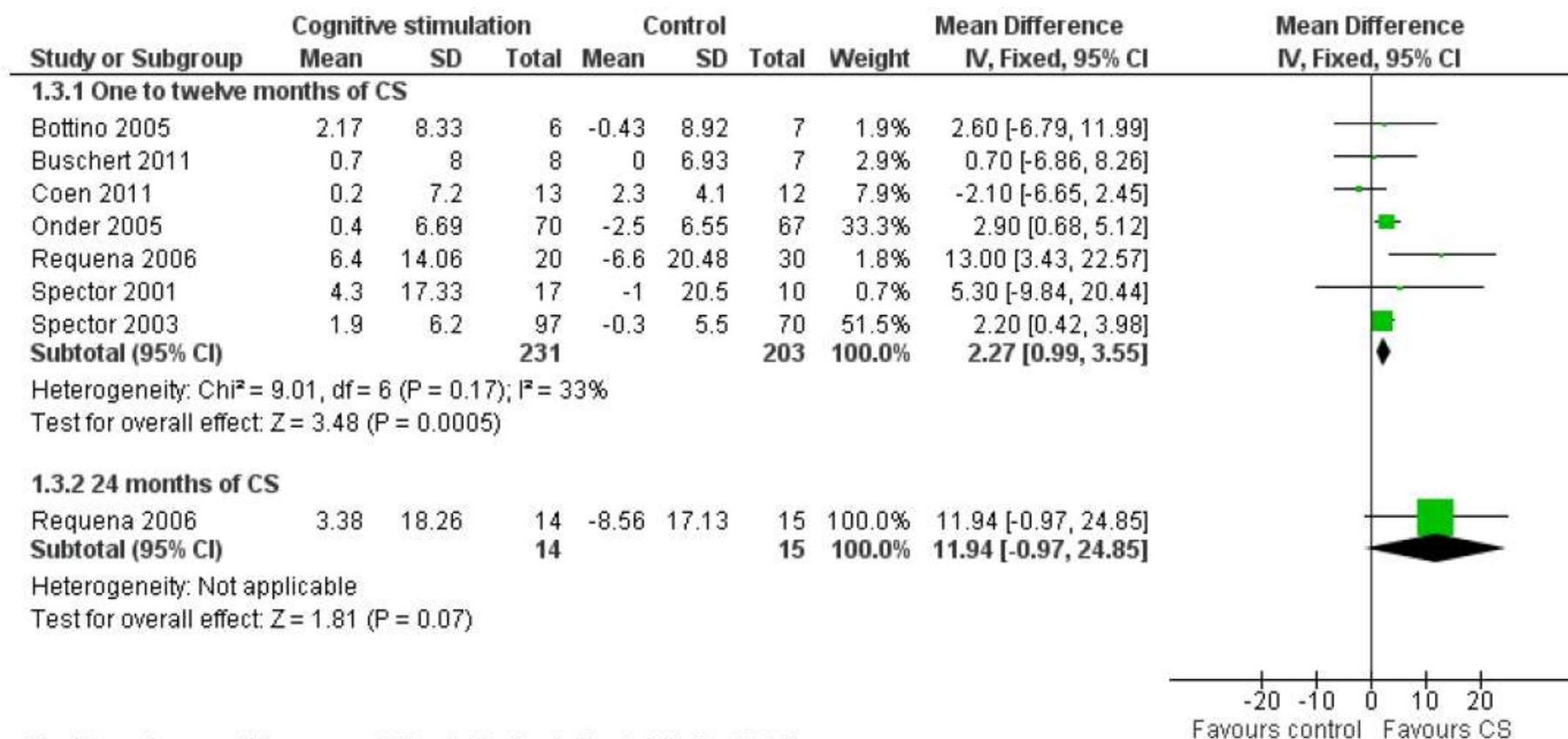
Stimolazione cognitiva

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



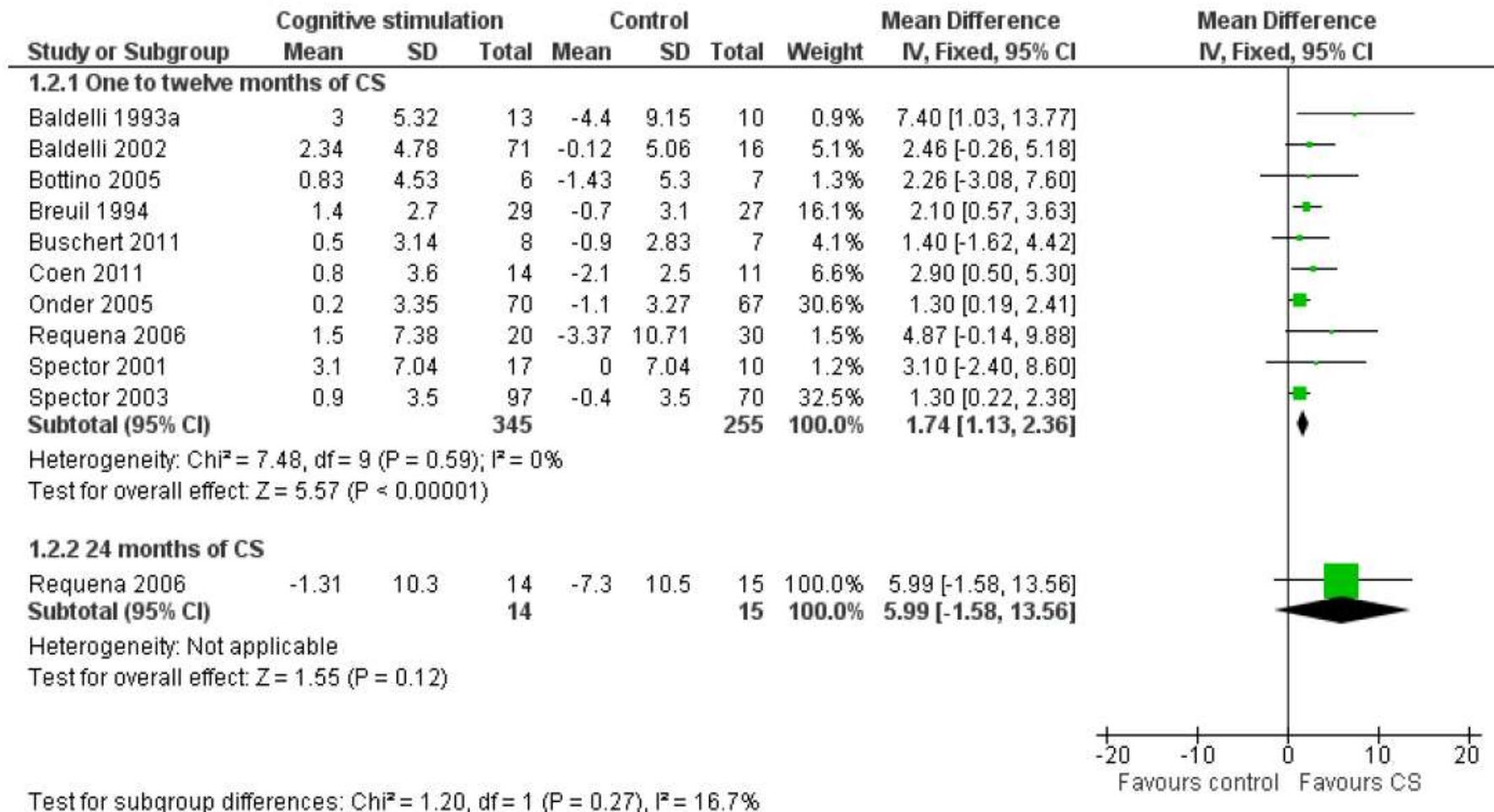
Riabilitazione cognitiva; ADAs-COG

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



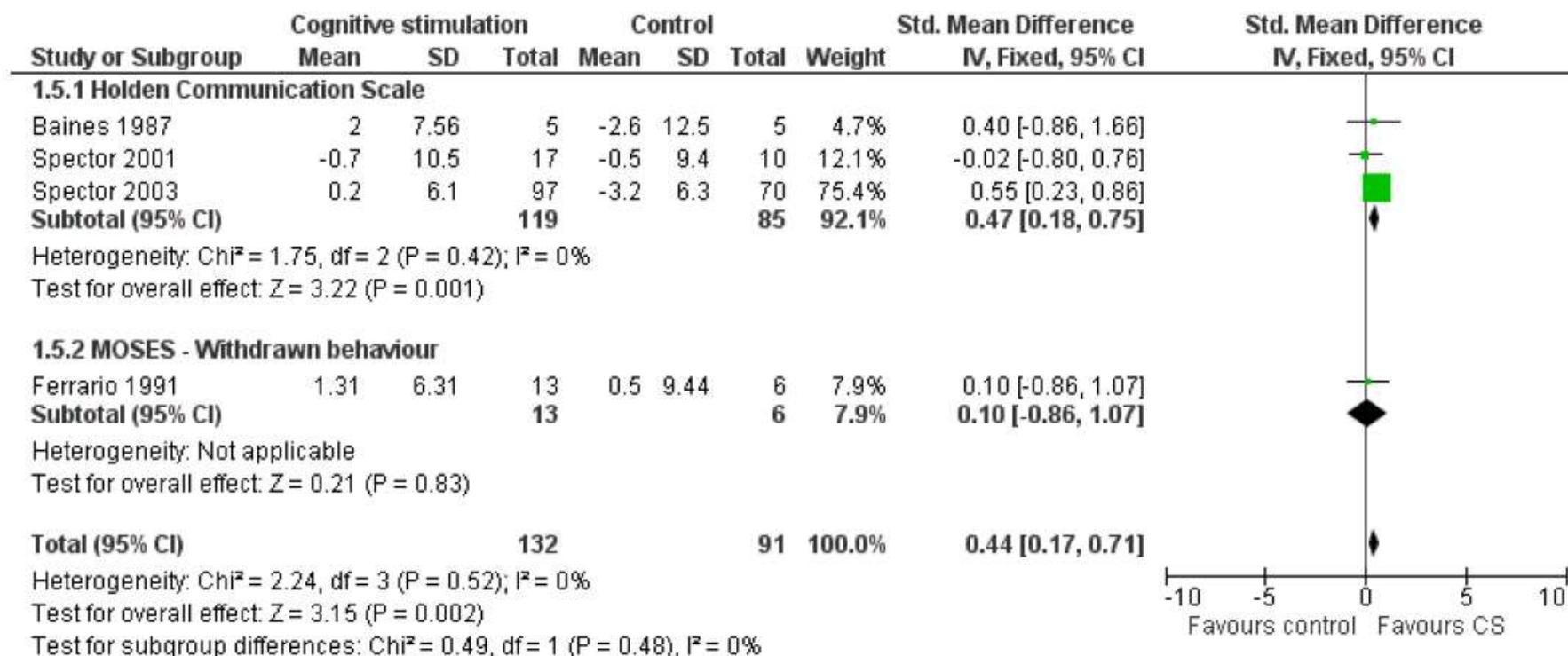
Riabilitazione Cognitiva: MMSE

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



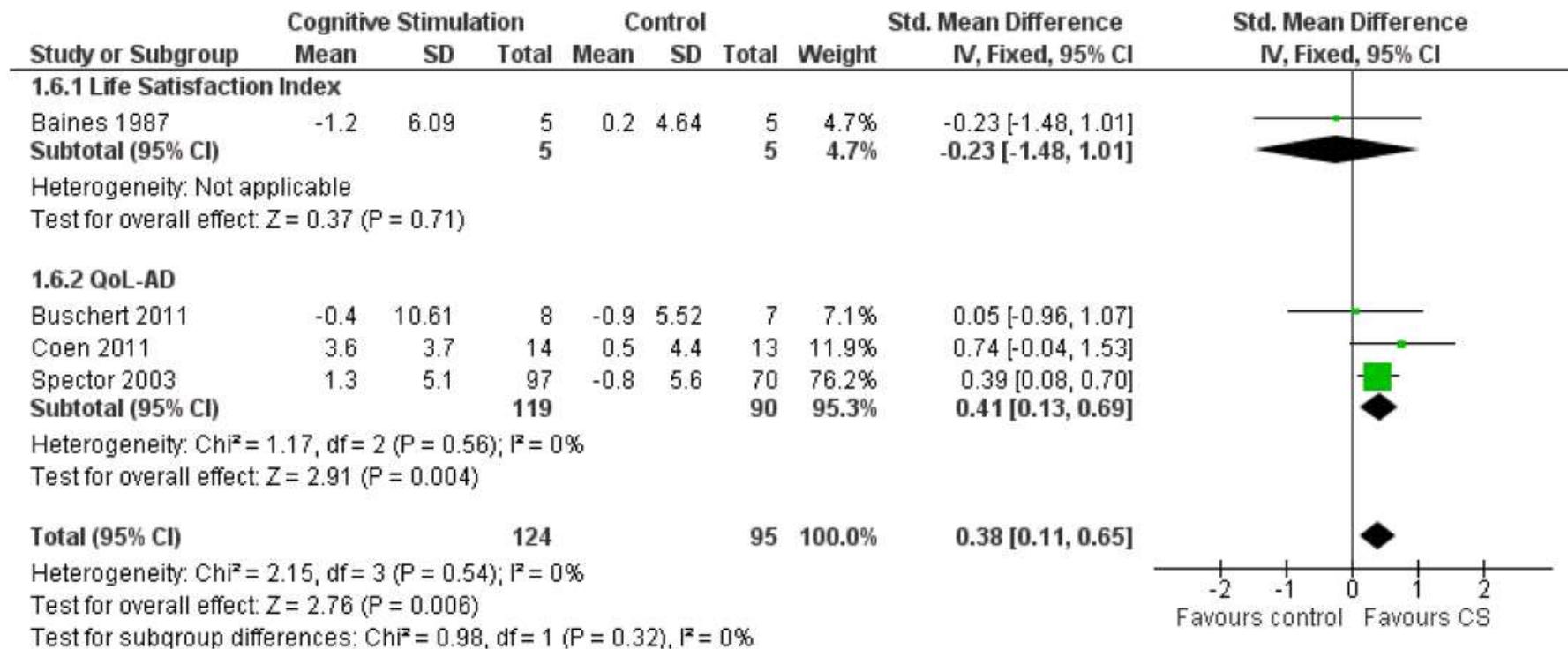
Comunicazione ed interazione sociale

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



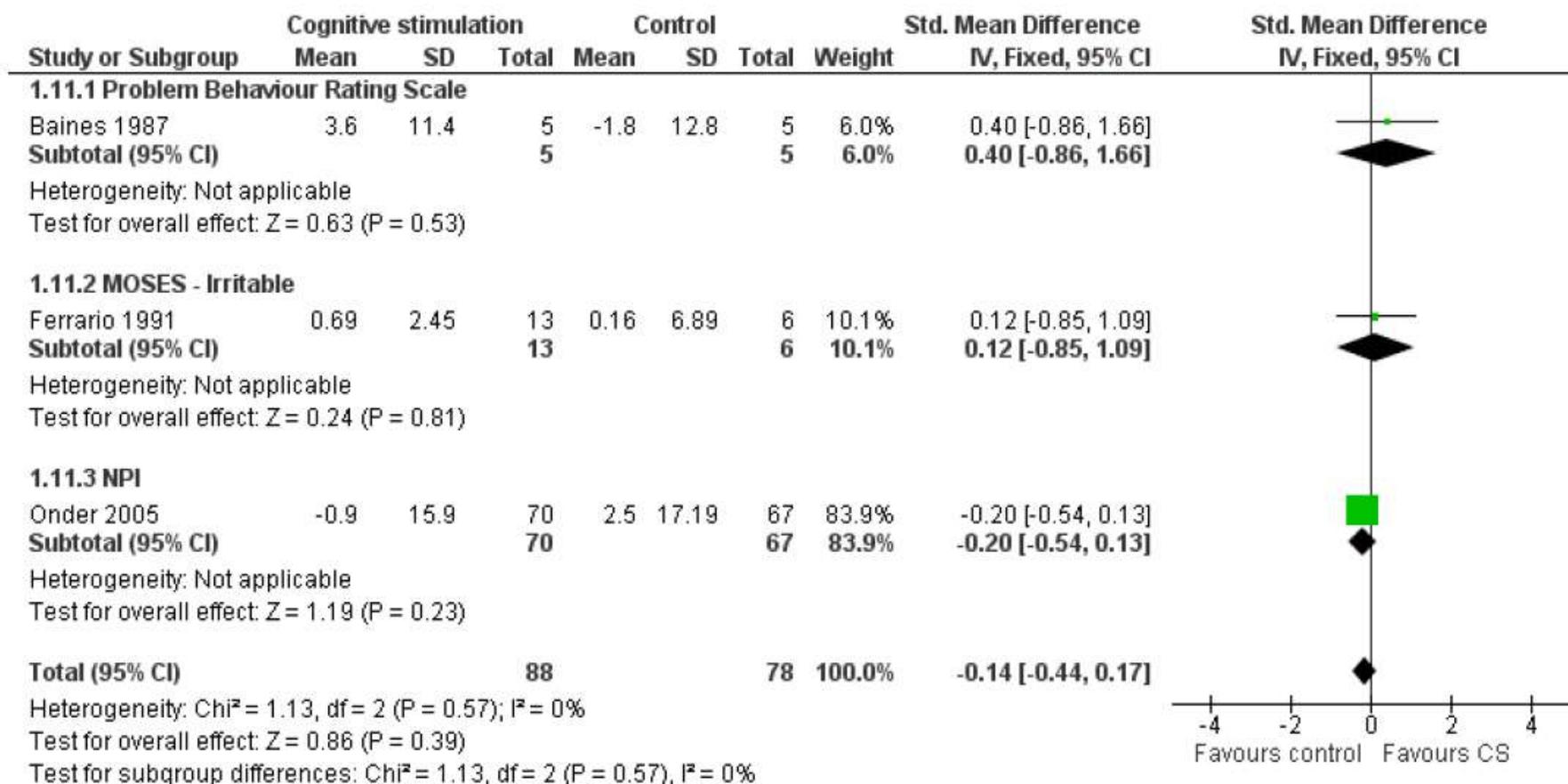
Qualità della vita

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



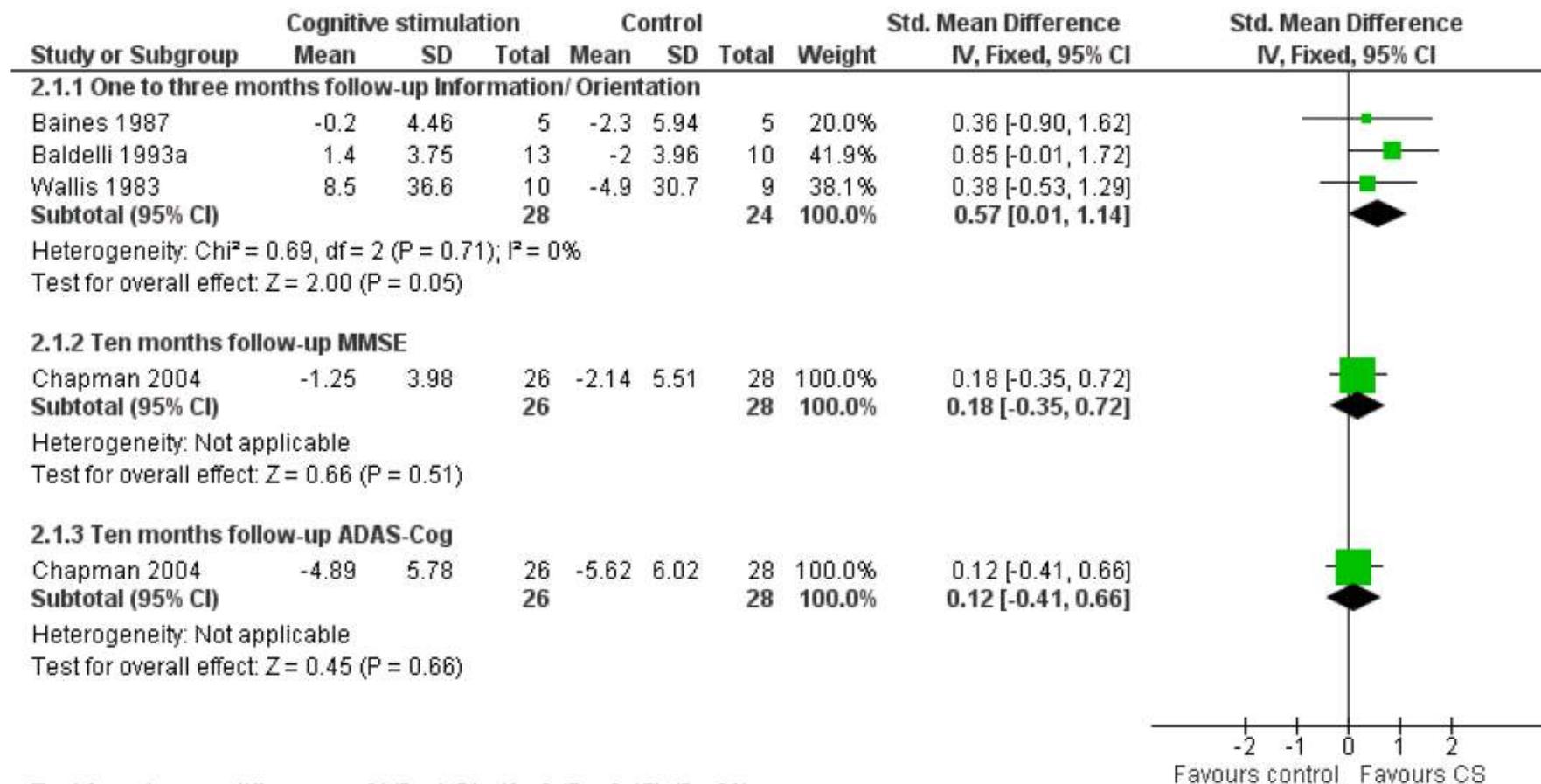
Disturbi del comportamento

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

RESULTS

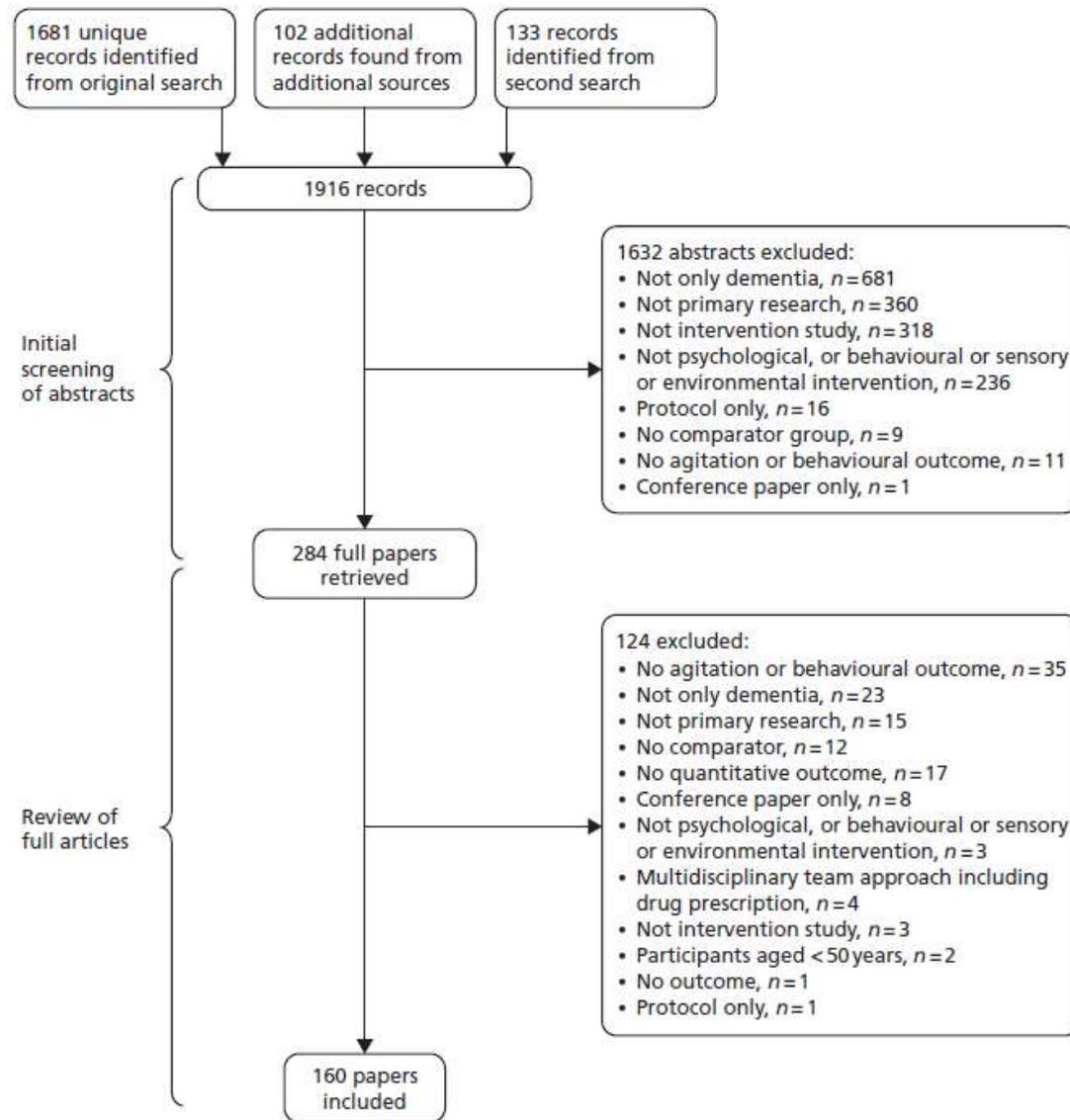


FIGURE 1 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses diagram.

| Findings | SES range |
|---|----------------|
| Interventions with evidence of efficacy | |
| <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 |
| Interventions with no evidence of efficacy | |
| <i>Working with the person with dementia</i> | |
| <i>Light therapy</i> | Not applicable |
| <i>Home-like care</i> | |
| <i>Aromatherapy</i> | |
| Interventions with too little evidence to make definitive recommendations | |
| <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 ⁴⁹ | 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 ⁵⁰ | 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 ⁵¹ | 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 ⁵² | 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 ⁴³ | 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 ⁴⁴ | 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 ⁴⁵ | 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 ⁴⁶ | 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 ⁴⁷ | 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 ⁴⁸ | 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 ⁵³ | 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 ⁵⁴ | 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 ⁵⁵ | 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 ⁵⁶ | 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 ⁵⁷ | 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 ⁵⁸ | USA | RCT | None | 2b | 6 ^a | 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 |
| Raglio et al., 2008⁵⁹ | Italy | RCT | Not specific | 2c | 9 | 59 | 30 sessions of music therapy over 16 weeks | No | Significant improvement | NC | NC | NC | NC |
| Svansdottir and Snaedal 2006 ⁶⁰ | 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 |
| Jennings and Vance, 2002⁶¹ | USA | Within subjects | None | 2c | 7 | 16 | Music therapy once per week for 4 weeks | No | Significant improvement | NC | None | NC | 24 |
| Suzuki, 2007 ⁶² | 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 ⁶³ | 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 ⁶⁴ | 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 ⁶⁵ | 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 ⁶⁶ | 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 ⁶⁷ | 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 ⁶⁸ | 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 ⁶⁹ | 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 ⁷⁰ | 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 ⁴⁴ | 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 ⁷⁵ | 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 ⁷⁶ | 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 ⁷⁷ | 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 ⁷⁸ | 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 ⁷⁹ | 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 ⁸⁰ | 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 | |
| 2 hours' daily light therapy for 10 days, repeated after 8-day gap | No | Significant improvements vs. non-intervention days | -0.8 (-2.0 to 0.4) (Agitated Behaviour Rating) | None | |
| 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) |
| 30 minutes' daily light therapy for 2 weeks | No | Significant improvement (restlessness) | NC | None | NC |

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 |
| 56 sessions of Melissa oil massage | Odourless sunflower oil | Significant improvement | NC | None | NC |
| Aromatherapy oil sprayed on ward for 5 days; also water steam control condition | No | Significant improvement | NC | None | NC |
| 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

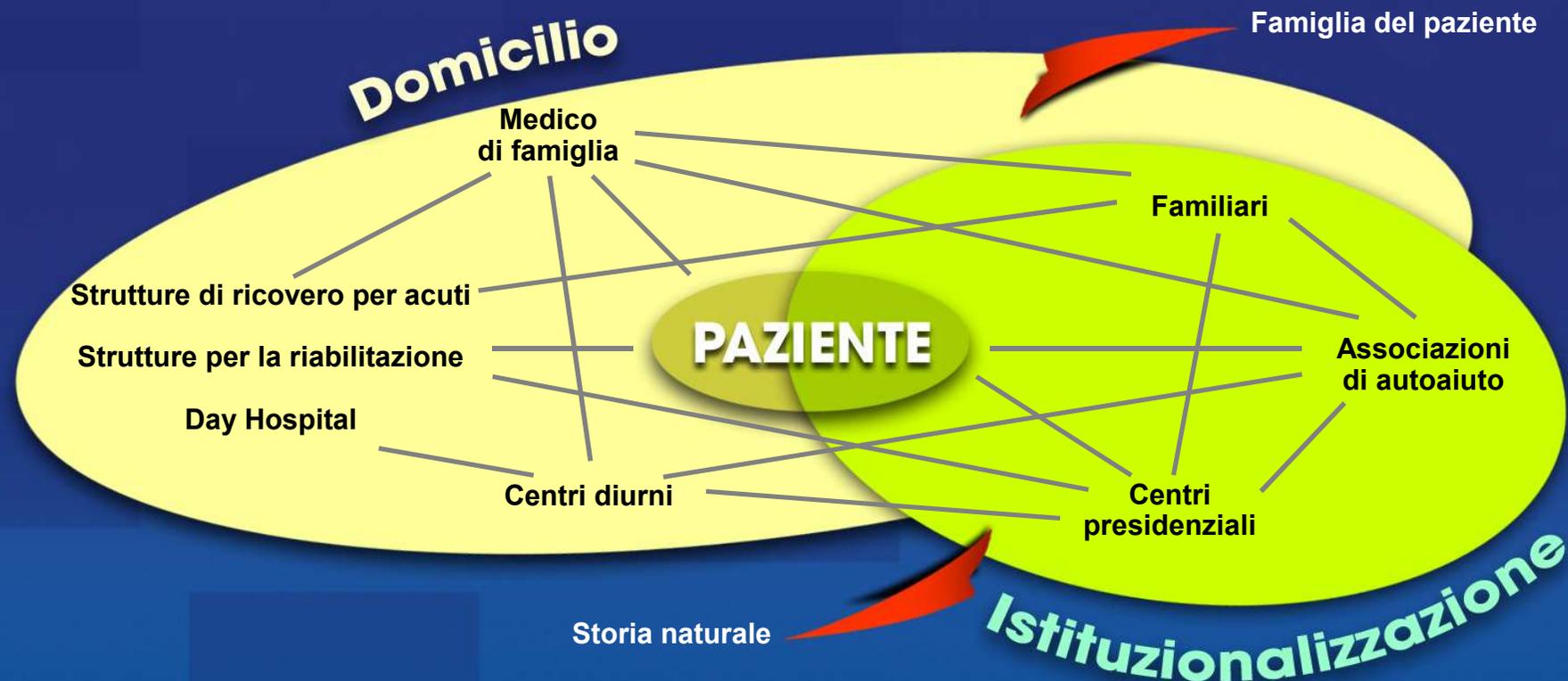
Dati meno certi sulla durata dell'effetto nel lungo periodo

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!

