

**Le attività di stimolazione cognitiva al
paziente con demenza
in Emilia-Romagna:
analisi delle esperienze e proposta di
protocolli condivisi**

Luglio 2005

Il presente documento è stato elaborato grazie al contributo di professionisti (neurologi, psicologi, geriatri, Responsabili di Servizi Assistenza Anziani, dei Servizi Sociali di alcuni Comuni, di Distretto, operatori dei Servizi Socio-Sanitari territoriali) con comprovata esperienza sull'argomento trattato o nei percorsi di funzionamento dei Servizi in cui dovrà esplicarsi una maggiore strutturazione delle attività di stimolazione globale alla persona:

Consiglia Arena, geriatra - Centro delegato demenze San Lazzaro (BO), Az. USL Bologna

Maria Valeria Baldelli, geriatra – Centro di Valutazione Geriatrica, c/o Ospedale Estense, Az. USL Modena.

Simona Balducci, psicologa – Centro di Ascolto SAA di Faenza (RA), Az. USL Ravenna

Dina Bernardi Pirini, AdB attività di aiuto assistenziale ed orientamento al percorso nella rete dei servizi ai familiari – Consultorio per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi, Az. USL Parma

Claudia, Bigiotti, terapeuta della riabilitazione - Servizio Protesi ed Ausili Az. USL Rimini

Roberta Boiardi, psicogeriatra, geriatra - Resp. Centro distrettuale per i disturbi cognitivi di C. Monti (RE), Az. USL Reggio Emilia

Piero Angelo Bonati, geriatra - Resp. Centro distrettuale per i disturbi cognitivi di Reggio E., Az. USL Reggio Emilia e Resp. Nucleo Specialistico per le demenze c/o “Pensionato San Giuseppe” di Quattro Castella (RE).

Stefano Bonazzi, neuropsicologo – Centro Esperto San Pietro in Casale (BO), Az. USL Bologna

Federica Boschi, geriatra - Consultorio demenze c/o Ospedale Pierantoni, U.O. di geriatria e Neurologia di Forlì

Paolo Caffarra, neurologo - Consultorio per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi, Az. USL Parma

Maria Cristina Capriotti, psicologa – Resp. Progetto di Assistenza Domiciliare IPAB “Casa Insieme” di Mercato Saraceno (Cesena)

Anna Maria Contini, logopedista – Consultorio per i disturbi cognitivi c/o Casa Protetta “Città di Fidenza”, Fidenza (PR), Az. USL Parma

Pieter Luc De Vreese, Dottore in Neuroscienze, responsabile Nucleo Specialistico per le demenze Centro Diurno Specifico per le Demenze c/o la R.S.A. IX Gennaio di Modena e medico c/o Centro delegato demenze di Castelfranco Emilia, Az. USL Modena

Cristina Debè, educatrice professionale – RSA “Papa Giovanni XXIII” Albinea (RE), Az. USL di Reggio Emilia

Francesca Dieci, psicologa - Consultorio per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi, Az. USL Parma

Franca Ioriatti, Resp. Settore Anziani – Consorzio dei Servizi Sociali di Ravenna

Roberto Gallassi, neurologo - Resp. del Centro delegato demenze Clinica Neurologica Università di Bologna

Gianfranca Godoli, geriatra, - U.O. Geriatria Ospedale “M. Bufalini” di Cesena

Maria Leggieri, Coordinatore professionale sanitario esperto e referente programma salute anziani – Resp. realizzazione Progetto demenze Distretti di Pianura Area Nord, Az. USL Bologna

Paola Mandolesi, psicologa – Consultorio demenze, Az. USL Forlì

Claudia Marchetti, geriatra – Centro Esperto c/o Ospedale Maggiore, Az. USL Bologna

Maria Mastroianni, geriatra - Resp. Aziendale Progetto demenze Az. USL Imola

Vanda Menon, psicogeriatra – Resp. Centro distrettuale demenze di Carpi (Distretto n.1), Az. USL Modena

Franco Romagnoni, geriatra – Resp. Centro delegato demenze c/o RSA di Tresigallo (FE), Az. USL Ferrara

Giancarlo Savorani, geriatra – Centro Esperto Az. Ospedaliera c/o DH Geriatrico, Padiglione Malpighi, Bologna

Roberta Secchiaroli, psicologa - Az. USL Rimini

Andrea Siroli, medico Responsabile Consultorio per le Demenze Azienda USL di Cesena

Attività di coordinamento per la Regione Emilia-Romagna: Federica Aleotti - Servizio Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari .

Con la collaborazione di

Raffaele Fabrizio
Antonella Carafelli
Maria Rolfini

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

INDICE

PREMESSA	4
FINALITA' E OBIETTIVI DEL GRUPPO REGIONALE	5
Bibliografia	7
SINTESI DELLE ATTIVITA' DI STIMOLAZIONE COGNITIVA REALIZZATE NEL TERRITORIO REGIONALE	9
Griglia riassuntiva delle diverse tecniche utilizzate sul territorio regionale	10
PROPOSTE DI PROTOCOLLI	13
Protocollo stimolazione cognitiva centrata sulla persona	14
Protocollo Validation	17
Protocollo: l'approccio protesico multidimensionale	18
Protocollo Memory training	19
	20
BIBLIOGRAFIA SPECIFICA RELATIVA AD ALCUNE TECNICHE DI STIMOLAZIONE	

PREMESSA

A completamento delle funzioni dei Consultori e dei Centri delegati demenze previste in Delibera n. 2581 del 30.12.99, la Regione Emilia-Romagna ha ritenuto necessario aprire una riflessione ed un confronto sul tema della stimolazione cognitiva al paziente demente. E' così che, tra la fine del 2003 ed i primi mesi del 2004, si sono realizzati gli incontri di discussione di un gruppo regionale dedicato, con la duplice finalità di: predisporre linee di indirizzo per uniformare le attività in corso sul territorio regionale e orientare l'avvio di quelle future (a completamento del documento già diffuso ad ottobre 2000: "Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti con demenza").

I dati che l'ufficio regionale competente possiede rispetto all'attività di stimolazione cognitiva dedicata a pazienti con demenza, in carico ai Consultori e ai Centri delegati, confermano una forte carenza in tal senso: compatibilmente con la variabilità interaziendale e la mancanza di trasmissione di dati quantitativi da parte di alcune Ausl, nel corso del 2003 risulta che solo 214 pazienti abbiano potuto beneficiare di una qualche forma di stimolazione cognitiva. Tali dati non rappresentano però completamente le attività effettivamente svolte nel territorio e sono quindi parziali e sottostimati.

L'importanza dell'approccio globale alla malattia, sottesa al Progetto regionale demenze e confermata anche dalla crescente attività effettuata dai Centri, che si esplicita nell'accuratezza diagnostica, nella prescrizione e somministrazione farmacologica, nel sostegno e nella formazione/informazione alle famiglie, non può non considerare la possibilità dell'intervento di stimolazione cognitiva quale prezioso contributo al rallentamento della perdita delle funzioni cognitive del paziente ed indispensabile ausilio al mantenimento delle sue capacità funzionali a beneficio dell'intero assetto assistenziale.

FINALITA' E OBIETTIVI DEL GRUPPO REGIONALE

Le finalità condivise dal gruppo di lavoro hanno fatto emergere la necessità di migliorare la conoscenza di quanto ad oggi è in atto sul territorio regionale sull'argomento della stimolazione cognitiva alla persona con disturbi cognitivi. Il gruppo ha raccolto, nei territori di provenienza di ciascun componente, la documentazione attestante la descrizione delle attività svolte e, laddove disponibili, le indicazioni di efficacia (livello cognitivo entro cui una tale tecnica può dimostrarsi efficace). Va precisato che le attività riportate nelle griglie riassuntive del presente documento non rappresentano in modo esaustivo l'intera gamma delle attività di stimolazione cognitiva svolte nel territorio regionale, bensì ciò che il gruppo ha raccolto nei singoli territori in cui operano i componenti del gruppo stesso. Si ritiene, tuttavia, che il documento possa rappresentare una raccolta di attività molto ricca ed articolata. Purtroppo, è constatazione comune di quanto tali attività rimangano, per motivi diversi, isolate e difficilmente riproducibili. Grazie alla condivisione di tali esperienze, si è potuto iniziare a percorrere i primi passi al fine di giungere all'adozione di un "linguaggio comune", premessa indispensabile per arrivare ad una definizione chiara di ciò che ognuna di queste attività rappresenta: si sono quindi esplicitati gli obiettivi, il target di popolazione, il setting, l'area o le aree di stimolazione sollecitate, le modalità di svolgimento, i materiali necessari, gli esercizi proposti, gli strumenti di valutazione consigliati.

Tale chiarezza espositiva e metodologica, è sembrata ai partecipanti del gruppo una condizione imprescindibile per migliorare la comunicazione tra i professionisti che già operano in tale ambito, e, soprattutto, per offrire a quelli che ancora non ne hanno esperienza uno strumento di orientamento da introdurre nell'ambito del proprio contesto lavorativo.

L'auspicio è che la possibilità di conoscere in maniera più dettagliata le singole attività, nonché la possibilità di contatto tra i professionisti coinvolti, possa semplificare l'avvio e la diffusione delle tecniche di stimolazione cognitiva a beneficio di un maggior numero di pazienti (e dei loro familiari) per una migliore qualità di vita.

Il presente documento, oltre a riportare la descrizione delle diverse tecniche di stimolazione cognitiva, realizzate nei territori di provenienza dei componenti del gruppo, propone la formulazione di protocolli condivisi dal gruppo stesso in merito a tecniche di stimolazione cognitiva, indicate per tipologie di pazienti con diverso grado di deterioramento cognitivo come la stimolazione cognitiva centrata sulla persona, la Validation e l'approccio protesico multidimensionale.

Il documento contiene, inoltre, il protocollo per applicare la tecnica del Memory Training alle persone anziane cognitivamente integre. Tale attività, prevista nel progetto regionale demenze tra quelle sperimentali con valore preventivo, di mantenimento ed anche predittivo verso la popolazione sana, non va assimilata con le attività di stimolazione cognitiva per le persone con deficit cognitivo.

Negli ultimi anni, il Memory Training è stato sperimentato in diverse province del territorio regionale ed ha riscontrato un alto gradimento tra la popolazione. Tale tecnica può costituire un valido ausilio sia per migliorare le capacità individuali di memorizzazione (con indubbi risvolti positivi anche sul tono dell'umore), sia per individuare più precocemente alcune situazioni "a rischio" da inviare, per approfondimento diagnostico, ai Consultori/Centri delegati di riferimento.

I protocolli di stimolazione cognitiva contenuti nel presente lavoro, sono stati elaborati tenendo conto delle possibilità applicative derivanti dall'entità del danno cognitivo, al fine di permettere un adeguato utilizzo delle tecniche nelle varie stadiazioni della malattia.

ESAME DELLA LETTERATURA PIÙ RECENTE SULL'ARGOMENTO (a cura di G. Savorani)

Sul piano scientifico, dopo una fase di sviluppo e di controversie sul tema dell'efficacia iniziata col lavoro di Folsom (1), stanno aumentando ora le evidenze a favore del valore della stimolazione cognitiva nei pazienti affetti da demenza lieve-moderata (con Clinical Dementia Rating Scale – CDR pari a 1-2); le ricerche parlano di stimolazione per l'orientamento, la memoria, di gestione del comportamento e individuano il target di popolazione su cui tale stimolazione potrebbe essere maggiormente efficace (1,2). Seguendo le indicazioni delle ultime revisioni Cochrane, (3,4) e del più importante lavoro finora effettuato (5) riteniamo che una “nuova era” stia iniziando nella quale, attraverso studi controllati, la Reality Orientation Therapy (ROT) tradizionale possa acquisire una “nuova identità” (3), a partire anche dalla nuova definizione di “stimolazione cognitiva”; con questa terminologia, nell'ambito dell'organizzazione in piccoli gruppi omogenei, tradizionali, si vuole porre al centro la persona nella sua globalità (6,7,8), nella convinzione che competenza cognitiva e fattori psicosociali contribuiscano in ugual misura alla realizzazione del malato come persona (9). Così le modalità operative del nuovo intervento generale si avvalgono di un mix di elementi tratti dall'essenza delle tecniche già note e usate singolarmente quali il ri-orientamento, la reminiscenza, la validation e la stimolazione multi-sensoriale. I principi guida possono essere così sintetizzati: associazione, categorizzazione, visualizzazione e problem solving, disegno, unione di punti per formare figure, denominazione, stimolazione multi-sensoriale, apprendimento implicito, reminiscenza. L'intervento può essere complementare e combinato col trattamento farmacologico (10,11,12,13).

Gli obiettivi della stimolazione cognitiva debbono comprendere:

- 1- L'ottimizzazione degli aspetti cognitivi, psicosociali, comportamentali e funzionali con riferimento alla vita quotidiana,
- 2- L'eventuale identificazione dei pazienti con Mild Cognitive Impairment-MCI (CDR 0,5) a rischio di conversione in demenza (15, 16)
- 3- L'identificazione della durata dell'efficacia dell'intervento e l'eventuale ripetizione dello stesso ,
- 4- L'evoluzione metodologica delle tecniche informali in modo che possano essere anche utilizzate e poi proseguite al domicilio da parte dei familiari (14).

Per avere un'idea degli esercizi da proporre si può far riferimento all'Appendice in calce all'articolo di Spector & Orrell , 2001 (15).

Bibliografia

1. Taulbee L.R., & Folsom J. Reality orientation for geriatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*.1966;17:133-135.
2. Zanetti O., Oriani M, Geroldi C. et al. Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. *Age and Ageing* 2002; 31: 193-196.
3. Woods B. Reality orientation: a welcome return? – *Age and Ageing* 2002; 31:155-156.
4. Spector A., Orrell M., Davies S. Woods B. Reality orientation for dementia – (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 2 2002. Oxford: Update Software.
5. Clare L., Woods RT., Moniz Cook ED., Orrell M., Spector A. 2003. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
6. Spector A., Thorgrimsen L., Woods B., Royan L., Davies S., Butterworth M., Orrell M. Efficacy of an evidence based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183:248-254.
7. Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham : Open University Press, 1997.
8. Josephsson S., Backman L., Borell L. Supporting everyday activities in dementia: an intervention study. *Int.J.geriatr.Psychiatry* 1993;8:395-400.
9. Wilson B.A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation* 2002;12(2): 97-110.
10. De Rotrou. Cognitive stimulation : a specific approach for Alzheimer Disease management. *Interdem 3rd Bologna International Meeting*, 2003.
11. Israel L., Melac M., Milinkevitch D., Dubos G. Drug therapy and memory training programs: a double blind randomized trial of general practice patients with age associated memory impairment. *International Psychogeriatrics* 1994; 6:155-57.
12. De Vreese LP, Neri M. Ecological impact of combined cognitive training programs (CTP) and drug treatment (ChE-I) in AD. *International Psychogeriatrics* 1999;11(Suppl)S187.
13. Cantegreil-Kellen I. Cognitive reserve capacity in MCI subjects and Alzheimer type dementia. *INTERDEM 3° Bologna internationale meeting* 2003.
14. Zanetti et. Al. IV° Congresso Nazionale AIP, 2004.
15. Spector A, Orrell M. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation* 2001;11:377-97.
16. Breuil V, De Rotrou, Forette F, Tortrat D, Ganasya-Ganem A, Frambourt A, Moulin F, Boller F. Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1994;9:211-17.

Per ulteriori approfondimenti si consiglia di visionare:

La bibliografia della Cochrane Review citata nella revisione di Clare et al. 2003. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* 2003. Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

Altri autori tra cui:

Baldelli MV, Toschi A, Ayyud N, Spanò A, Andermarcher E. The elderly and memory training: no differences were encountered between the two sexes. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 1991;147-150.

Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M, Morris JN, Rebok GW, Smith DM, Tennstedt SL, Unverzagt FW, Willis SL. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(18):2271-81.

Brooks JO 3rd, Friedman L, Pearman AM, Gray C, Yesavage JA. Mnemonic training in older adults: effects of age, length of training, and type of cognitive pretraining. *Int Psychogeriatr.* 1999;11(1):75-84.

Chattat R, Savorani G, Bacci M, Marini G, Vaianti F, Casanova L, Antonelli S, Cucinotta D. Conferma di efficacia del Memory Training in ambito cognitivo ed affettivo e fattori predisponenti il miglioramento 2003;51(5):74.

De Vreese L.P. Programmi di memory training nell'anziano con disturbi della memoria età dipendente. *Giornale di Gerontologia* 2000;48:48-53.

Karlsson T. et al. Memory Improvement at different stages of Alzheimer's disease. *Neuropsychologia* 1989;27:737.

Mimura M. et al.. Memory for Subject Performed Task in patient with Korsakoff syndrome. *Cortex* 1998;34:297.

Savorani G, Boni S, Bacci M, Marini G, Sabbi F, Orlanducci P, Vulcano V, Trevisani F, Cucinotta D. Progetto di ginnastica mentale per il mantenimento dell'efficienza mnesica nella popolazione anziana. *Atti del Congresso: Giornale di Gerontologia* 1999;47:1/2.

Savorani G, Bacci M, Moretti R, Sabbi F, Miconi G, Vulcano V, Galetti C, Trevisani F, Cucinotta D. Risultati della prima esperienza di ginnastica mentale effettuata su un campione della popolazione anziana di Bologna. *Giornale di gerontologia* 2000;48:812-814.

Savorani G, Chattat R, Bacci M, Marini G, Ellena L, Calducci S, et al. Efficacia del MT su specifiche funzioni cognitive. *Giornale di Gerontologia* 2001;49:472-473.

Wolters et al. Immediate and intermediate-term effectiveness of Memory Training program for the elderly. *J Cognitive Rehabilitation* 1996; may-june:16-22.

SINTESI DELLE ATTIVITA' DI STIMOLAZIONE COGNITIVA REALIZZATE NEL TERRITORIO REGIONALE

La griglia che segue riassume le attività di stimolazione raccolte dal gruppo regionale¹, la rilevazione è dunque da ritenersi parziale e non esaustiva di tutte le attività realizzate, sia nei singoli territori contemplati, sia a livello regionale. Per ciascuna attività sono stati individuati alcuni punti essenziali (definizione, obiettivi, target di intervento, setting e territori di sperimentazione, indicazioni rispetto al punteggio al MMSE e alla scala NPI, altri parametri) in modo da permettere una riproducibilità delle esperienze su tutto il territorio regionale.

Oltre alle tecniche di stimolazione cognitiva vera e propria la griglia contiene gli “interventi psicosociali” e “psicomotori”. Nell’ambito degli interventi psicosociali per le attività definite “specifiche” e “informali” si veda il protocollo “Stimolazione cognitiva centrata sulla persona”.

¹ Materiale descrittivo dettagliato delle esperienze realizzate nei singoli territori, è disponibile presso il Servizio regionale competente e può essere richiesto a mezzo posta elettronica all’indirizzo email: demenze@regione.emilia-romagna.it

GRIGLIA RIASSUNTIVA DELLE DIVERSE TECNICHE UTILIZZATE SUL TERRITORIO REGIONALE

TECNICA	DEFINIZIONE	OBIETTIVI	TARGET	SETTING E TERRITORI DI SPERIMENTAZIONE	INDICAZIONE RIFERITA AL LIVELLO COGNITIVO (MMSE)	INDICAZIONE RIFERITA ALLA SITUAZIONE COMPORTAMENTALE (NPI)	ALTRI PARAMETRI
VALIDATION	Tecniche di comunicazione specifiche-empatia	Migliorare comunicazione, benessere fisico e psichico.	Demenza preferib. di grado moderato severo (ma anche lieve) con BPSD	Attuale in: RSA e CD Bo-Giovanni XXIII° Rimini Budrio Ferrara	<18		
Altre Tecniche per pazienti GRAVI *			demenza DSM IV R vascolare o degenerativa di grado severo		<10		
Stimolazione Cognitiva per pazienti di grado MODERATO/SEVERO	Attività di stimol. Standardizzata e non	Ri-orientamento spazio-temporale, personale e familiare	Demenza degenerativa vascolare/mista	Bo-G. XXIII° - RES Bo sud Bo nord – RES Cesena – RES Modena – RES; AMB. Parma RES; AMB. Ferrara RES Medicina 3R – RES	13-17	No BPSD	
Stimolazione Cognitiva per pazienti di grado MODERATO				Parma	18		
Stimolazione Cognitiva per pazienti di grado LIEVE				Parma AMB. Forlì DH Geriatrico Bologna Modena	≥ 20 20-24 20-28 20-26	No aggressività, affaccendamento, wandering (Forlì)	
Stimolazione Cognitiva M.C.I. §							
MEMORY TRAINING	Allenamento memoria nella popolazione generale	Mantenimento/miglioramento della performance cognitiva	No diagnosi: deficit soggettivo di memoria in anziani residenti a domicilio	Sede attività c/o Quartieri, Circostrizioni, Comuni, Centri Sociali Bologna e prov. Modena Reggio E. Bologna Nord Bologna Sud Ravenna Ferrara Carpi (MO)	> 21-23		Vedi protocollo BO/MO

*Il gruppo regionale non ha avuto modo di approfondire ed elaborare protocolli condivisi riguardo a tecniche indicate per pazienti con MMSE < 10.

§ Il gruppo non ha avuto modo di approfondire ed elaborare protocolli condivisi riguardo a tecniche indicate per pazienti con MCI (Per approfondimenti si veda Cantegreil-Kellen e la review Cochrane - de Clare).

INTERVENTI PSICOMOTORI

TECNICA	DEFINIZIONE	OBIETTIVI	TARGET	SETTING E TERRITORI DI SPERIMENTAZIONE	INDICAZIONE RIFERITA AL LIVELLO COGNITIVO (MMSE)	INDICAZIONE RIFERITA ALLA SITUAZIONE COMPORTAMENTALE (NPI)	ALTRI PARAMETRI
MUSICOTERAPIA	Musica usata in fase recettiva attiva	Mantenimento funzioni residue, abilità psicofisiche	Deterioramento cognit.Lieve-moderato (Bologna) e SDAT moderato (Parma)	RSA e CP Bo-G. XXIII° AMB. Parma Medicina Ferrara CP Carpi (MO) CP e CD	18-23 BO	No BPSD	
TERAPIA OCCUPAZIONALE	Attività espressive, artistiche, domestiche, ricreative	Potenziare e stimolare abilità residue e favorire autostima	SDAT	AMB.Parma, Reggio E. Modena CP Ferrara CP e CD Carpi (MO)	≥18	No attività motoria aberrante	
T.AMBIENTALE GENTLE CARE	Attività volte, attraverso un sistema protesico, a compensare le perdite causate dalla demenza e supportare le abilità residue	Miglior.amento Dist. Psico-Comportamentale funzionali	Demenza da lieve a grave (CDR da 1 a 3)	RES. temporanei Nucleo speciale demenze di Quattro Castella (RE)	<24	> 28, oppure agitazione, attività motoria anomala, sonno, irritabilità, disinibizione = 12 oppure deliri + allucinazioni = 12	TINETTI, PPT, BANSS, MNA
PSICOMOTRICITA	ginnastica dolce + Rot informale	Deter.cogn. lieve.	Mantenimento abilità psico-fisiche residue	RSA e CP Bologna – G. XXIII° e Imola CP Ferrara	18-23	No BPSD	
DANZOTERAPIA		Stimolaz. Funzioni residue favorendo la comunicazione e senso di benessere	SDAT moderati	Parma CP San Giorgio in Piano			
ATTIVITA' FISICA	Ginnastica dolce Risveglio muscolare			CP Budrio RSA Medicina CD e CP Carpi (MO)			
STIMOLAZIONE INTEGRATA	E' un approccio che coinvolge la persona in tutte le sue componenti (cognitiva, emotiva e corporea) attraverso l'integrazione del metodo sociodrammatico che "impegna tutti i mezzi di espressione dell'individuo, considerato nella sua situazione all'interno del gruppo (Lebovici et al., 1958), la terapia di reminiscenza (Gagnon, 1996) ed esercizi di stimolazione cognitiva	stimolare le capacità mnestiche, attentive e di orientamento spazio-temporale . promuovere il grado di interazione tra i partecipanti . dare l'opportunità di condividere sentimenti e sviluppare strategie per affrontare i cambiamenti di vita contenere i disturbi comport.	MCI, AD ed altre demenze lievi/moderate, definite secondo i criteri internazionali	AMB RES. temporanei	> 18	No aggressività	Somministrati per la diagnosi. Non usati come screening di ammissione

PROPOSTE DI PROTOCOLLI

Protocollo Stimolazione cognitiva centrata sulla persona

Protocollo Validation

Protocollo: l'approccio protesico multidimensionale

Protocollo Memory training

<p>Modalità e durata</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durata di un corso di stimolazione cognitiva (un ciclo composto da più sessioni): da 1 a 5 mesi - N° sessioni di stimolazione: da 14 a 24 - Tempo di stimolazione specifica: da 45 min. ad un'ora. A tale stimolazione specifica può essere aggiunta (quando possibile) un ulteriore periodo di attività detto "aspecifico" (vedi griglia riassuntiva pag.10) che può avere durata di uno o due ore a seconda della tipologia dei pazienti e che mira alla stimolazione degli aspetti relazionali. Per il resto delle 24 ore sono utilizzabili gli interventi definiti "informali" (vedi griglia riassuntiva pag.10). - N° partecipanti : da 4 a 6 persone omogenee <p>Il gruppo, nella discussione riferita ai primi tre parametri, concorda che vi possano essere diversi TIPI di stimolazione cognitiva, ovvero:</p> <p>A) Stimolazione cognitiva <u>INTENSIVA</u>, le cui caratteristiche potrebbero comprendere: un minimo di 3 ed un massimo di 5 incontri a settimana, della durata di un'ora, per un totale di 15-20 sessioni da svolgersi in un arco temporale che va dalle 3 alle 6 settimane.</p> <p>B) Stimolazione <u>ESTENSIVA</u>: meno di tre incontri a settimana (quindi uno o due), della durata di un'ora, per un totale di 15-20 sessioni da svolgersi in un arco temporale massimo di 5 mesi.</p> <p>C) Stimolazione cognitiva di tipo A + B, in cui al tipo intensivo viene fatto seguire quello estensivo senza soluzione di continuità.</p>
<p>Contenuti</p>	<p>il gruppo, esaminando la letteratura recente sull'argomento, concorda che si possano associare ai contenuti classici desunti dalla ROT tradizionale (prevalentemente stimolazioni delle dimensioni cognitive), anche elementi di stimolazione di altre aree e cioè: area affettivo/emotiva, comportamentale, psicomotoria/sensoriale e di stimolazione della creatività, per una stimolazione cognitiva centrata sulla persona</p> <p>La stimolazione dell'area cognitiva dovrebbe utilizzare esercizi con valore ecologico; le funzioni da esercitare riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli orientamenti - i vari tipi di memoria (es.: semantica, prospettica...per aspetti specifici possono essere sperimentati metodi e tecniche specifiche) - logica - linguaggio - attenzione - prassia <p>Nelle modalità generali di intervento (che costituiscono la stimolazione cognitiva così come il gruppo la intende con la definizione sopra riportata), si ritiene opportuno utilizzare metodi e tecniche di supporto con riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3R - metodo Validation - Reminiscenza - Terapia Occupazionale - Stimolazione multisensoriale <p>Queste tecniche possono fornire un aiuto alla stimolazione cognitiva globale.</p> <p>Esercizi proposti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli esercizi devono avere un valore ecologico (stimolano le capacità che utili al paziente nel proprio contesto di vita) - vanno calibrati secondo il tipo di demenza - secondo la gravità della malattia - vanno proposti per stimolare funzioni del "qui ed ora" e poi, progressivamente, funzioni in contesti sempre più allargati (per sfere "concentriche") - vanno proposti a partire dalle preferenze e dalle caratteristiche dell'individuo, valorizzandone le capacità <p>E' possibile dedurre esercizi specifici dai materiali delle singole esperienze forniti dai diversi territori (per richiedere il materiale si veda nota 1 a pagina 9)</p>

Coinvolgimento dei familiari	E' fondamentale il coinvolgimento dei familiari nell'attività di stimolazione poiché ciò contribuisce al mantenimento del beneficio, anche dopo il setting formale
Valutazione di efficacia	<p>Per quanto concerne la valutazione di efficacia, la tempistica adotta dal gruppo è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il tipo INTENSIVO: Valutazione PRE-A / POST-A; - per il tipo ESTENSIVO: Valutazione PRE-B / POST-B; - per il tipo A+ B : Valutazione PRE-A / POST-A / POST C (naturalmente questo schema può variare a seconda degli outcomes previsti). <p>(Per A, B, C, al paragrafo precedente "Modalità e durata")</p> <p>Occorrerà comunque prevedere un valutazione anche a distanza, dopo la fine del training: si prevede una valutazione di follow up da 1 ad un max di 3 mesi (a seconda dell'obiettivo individuato si stabilisce il follow up: l'obiettivo individuato può dipendere anche dalla gravità della malattia, dalla precisazione diagnostica (dem. Degenerativa/vascolare) e dalla tecnica di stimolazione utilizzata.</p>

PROTOCOLLO VALIDATION

Cosa è	Metodo che usa tecniche di comunicazione specifiche (individuali e di gruppo) in rapporto ai 4 stadi del disorientamento di N. Feil e si basa sulla convalidazione dei sentimenti dell'anziano demente, la cui esternazione ed interpretazione devono essere favorite dall'empatia, ossia dalla capacità di mettersi nei panni altrui.
Obiettivi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Migliorare la comunicazione verbale e non verbale 2) Impedire la completa deprivazione di stimoli e quindi la totale chiusura in se stessi e l'evoluzione ad una vita vegetativa 3) Migliorare il benessere psichico e fisico affrontando e cercando di chiarire gli eventuali conflitti irrisolti del proprio vissuto 4) Ridurre l'uso di mezzi di contenzione chimici e/o fisici
A chi è rivolto	A tutte le persone affette da deterioramento cognitivo di grado moderato-severo anche se associato a disturbi del comportamento.
Setting	Le esperienze conosciute in Italia sono state effettuate in strutture residenziali e semiresidenziali; tuttavia la metodica può essere impiegata anche in ambulatorio e a domicilio. Non differenze di metodo nei diversi setting.
Strumenti di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valutazione dello stato cognitivo mediante MMSE (<18) ➤ Valutazione dei disturbi comportamentali mediante NPI di Cummings ➤ Valutazione autonomia funzionale mediante BADL e/o BANNS ➤ Valutazione dello stadio di disorientamento secondo Feil ➤ Quantificazione e determinazione della terapia farmacologia sedativa e dei mezzi di contenzione fisica
Professionisti coinvolti	Operatori socio-sanitari con varie competenze che abbiano conseguito un diploma specifico di operatore Validation. Indispensabile la collaborazione di tutto il personale della struttura.
Modalità e durata	La metodica prevede un numero non inferiore a 3 sedute individuali settimanali e/o almeno 1 seduta di gruppo settimanale. La durata di ogni seduta individuale può variare da un minimo di 5 minuti ad un massimo di 20; le sedute di gruppo hanno normalmente una durata minima di 45 minuti. Il trattamento individuale è indicato in tutti i pazienti. Il trattamento di gruppo è indicato nei pazienti al secondo e terzo stadio secondo Feil. L'efficacia del metodo è condizionata dall'utilizzo da parte di tutti gli operatori di struttura di un atteggiamento convalidante.
Coinvolgimento dei familiari	Come per i carer professionali anche per i familiari è importante assumere un atteggiamento convalidante al fine di ristabilire un canale comunicativo paziente-parente. Sono quindi necessari incontri formativo-informativi tra operatori validation e familiari con utilizzo anche di materiali audiovisivi.
Valutazione di efficacia	<p>La verifica dei risultati può essere effettuata attraverso gli strumenti indicati in precedenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ NPI ➤ BADL e/o BANNS ➤ Cartella clinica per la verifica di variazioni nell'utilizzo di farmaci sedativi e di mezzi di contenzione fisica <p>Può essere utile anche la somministrazione di MMSE per lo stato cognitivo anche se un miglioramento in questo ambito non è tra gli obiettivi fissati dal metodo considerato.</p>

PROTOCOLLO: L'APPROCCIO PROTESICO MULTIDIMENSIONALE

Cosa è	Attività volte, attraverso un sistema protesico (ambientale), a compensare le perdite causate dalla demenza e supportare le abilità residue
Obiettivi	Miglioramento dei disturbi psico-comportamentali e funzionali
A chi è rivolto	A pazienti con demenza lieve, moderata e severa (CDR da 1 a 3)
Setting	Residenti temporanei (in media 3 mesi)
Strumenti di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valutazione dello stato cognitivo (MMSE <24) ➤ Valutazione dei disturbi comportamentali (NPI di Cummings >28) Oppure: agitazione, attività motoria anomala, sonno, irritabilità, disinibizione = 12 Oppure: deliri + allucinazioni = 12. ➤ Valutazione autonomia funzionale soggettiva (BANNS) e oggettiva (PPT) ➤ Valutazione del rischio di caduta (Tinetti) ➤ Valutazione del rischio nutrizionale (MNA)
Professionisti coinvolti	Equipe multidisciplinare composta da: Geriatra, Infermiera professionale, operatori socio-assistenziali, psicologa, educatore professionale, fisioterapista in ambiente appositamente studiato per pazienti con deficit cognitivo
Modalità e durata	Modalità: in gruppo o personalizzate secondo il programma creato per il paziente Durata: il tempo stabilito dalla UVG territoriale per il conseguimento del/degli obiettivo/i terapeutico/i
Coinvolgimento dei familiari	I familiari sono parte integrante dell'intervento sul malato: vengono coinvolti con colloqui programmati ed è perseguibile, al contempo, un percorso di sostegno psicologico a loro dedicato, nonché di aiuto nella programmazione del piano assistenziale post-dimissione.
Valutazione di efficacia	Controlli : dei parametri funzionali, comportamentali e cognitivi all'ingresso, a 30 giorni e a 15 giorni prima della dimissione, uso della contenzione, cadute.

PROTOCOLLO MEMORY TRAINING

Cosa è	Allenamento della memoria nella popolazione generale. MMSE > 23 età > 55
Obiettivi	Mantenimento/miglioramento della performance cognitiva.
A chi è rivolto	Anziani senza diagnosi di deterioramento cognitivo, con soggettivo deficit di memoria, residenti a domicilio
Setting	C/o Quartieri, Circoscrizioni, Comuni, Centri Sociali
Strumenti di valutazione	<ol style="list-style-type: none"> 1- SCHEDE ANAGRAFICA 2- MMSE 3- 15 PAROLE REY 4- SYMBOL DIGIT in 90 secondi 5- DIGIT SPAN in avanti e indietro 6- FIGURA COMPLESSA DI REY in 4 minuti 7- TRAIL MAKING (A e) B 8- RECALL 15 PAROLE 9- FLUENZA FONEMICA F, A, S, 10- SHOPPING LIST 11- RECALL FIGURA REY 12- GDS 13- BASIC SELF-ESTEEM 14- MAC Q 15- RECALL SHOPPING LIST 16- IADL e AADL da rilevare 1 sola volta durante il corso e nel follow-up
Professionisti coinvolti	Ad oggi hanno condotto tale attività psicologi , medici specialisti (geriatri) ed altri operatori.
Modalità e durata	La costituzione di gruppi (max 15 persone) omogenei (per età, scolarità e capacità mnemoniche), avviene tramite la compilazione, da parte degli interessati, di schede di adesione con dati anagrafici e quiz. Gli incontri (di un'ora e 15 minuti ciascuno) si svolgono a cadenza bisettimanale per la durata complessiva di 5 settimane, prevedendo esercizi da svolgere a casa tra un incontro e l'altro e anche successivamente al corso. Vengono consegnati anche manuali per esercizi da svolgere a casa
Coinvolgimento dei familiari	Per questa attività non si prevede il coinvolgimento dei familiari ma, a ciascun partecipante, viene richiesto di esercitarsi al domicilio per migliorare la padronanza delle tecniche di memorizzazione, capire quale tra quelle proposte viene utilizzata più spontaneamente e per mantenere nel tempo i risultati raggiunti.
Valutazione di efficacia	Il follow-up viene effettuato a 6 mesi e dopo 1 anno. I dati ad oggi raccolti confermano che tale tecnica affina aspetti specifici della memoria ed influisce positivamente sul tono dell'umore.

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA RELATIVA AD ALCUNE TECNICHE DI STIMOLAZIONE

1) Attività di Reality Orientation Therapy –R.O.T.:

Baldelli MV, Pirani A., Matta M, Abati E, Meriani E, Manzi V, Effect of reality orientation therapy on elderly patients in the community. Arch Gerontol Geriatr 1993;17:211-218.

Baldelli MV, Boiardi R, Fabbo A, Pradelli T, Neri M. The role of reality orientation in restorative care of elderly with dementia plus stroke in the subacute nursing home setting. Arch Gerontol Geriatr 2002;8:15-22.

Savorani G, Chattat R, Capelli E, Vaienti F, Giannini R, Bacci M, Anselmo R, Paletti P, Maioli F, Forti P, Sciumbata A, Ravaglia G, Cucinotta D. Efficacia immediata di un programma di stimolazione cognitiva in day hospital. Giornale di Gerontologia 2003;Vol 51, S(5), 322.

Savorani G, Chattat R, Capelli E, Vaienti F, Giannini R, Bacci M, Anselmo R, Paletti P, Maioli F, Forti P, Sciumbata A, Ravaglia G. Immediate effectiveness of the "new identity" rot for people with dementia in a geriatric day hospital. Arch Gerontol Geriatr. 2004 in press

Bacci M. Valutazione Cognitiva e Programmi di Ginnastica Mentale per l'Anziano. Casa Editrice Scientifica Internazionale.

Zanetti O, Frisoni G, De leo D, Dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M. ROT in Alzheimer Disease: useful or not? A controlled trial study. Alzheimer Disease and associated disorders 1995;9:132-138.

Zanetti Metitieri La riabilitazione cognitivo-comportamentale nel paziente demente In: Le demenze. Trabucchi 2002 UTET, 3^a ed.

2) Tecnica di Reminiscenza:

Spector A, Orrel M, Davies S, Woods B. Reality orientation for dementia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software.

3) Musicoterapia:

Koger SM & Brotons M. Music Therapy for dementia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software.

4) Validation:

Day C.R.- Validation Therapy. A review of the literature. Journal Gerontological Nursing, 1997, 23(4):29-30.

Deponte A., Sorrentino G.- Validation e trattamento farmacologico. Prospettive sociali e sanitarie, 2002,22: 16-18.

Feil N.- Il metodo Validation. Una nuova terapia per aiutare gli anziani disorientati. Sperling e Kupfer, 1996.

Neal M & Briggs M. Validation Therapy for dementia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software.

5) Stimolazione cognitiva centrata sulla persona

Spector A., Thorgrimsen L., Woods B., Royan L., Davies S., Butterworth M., Orrel M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. British Journal of Psychiatry 2003;183:248-254.

6) Memory Training per la popolazione anziana senza diagnosi di deterioramento cognitivo

Chattat R, Savorani G, Bacci M, Marini G, Vaienti F, Casanova L, Antonelli S, Cucinotta D. Conferma di efficacia del Memory Training in ambito cognitivo ed affettivo e fattori predisponenti il miglioramento 2003;51(5):74.

De Vreese L.P. Programmi di memory training nell'anziano con disturbi della memoria età dipendente. Giornale di Gerontologia 2000;48:48-53.

Savorani G, Boni S, Bacci M, Marini G, Sabbi F, Orlanducci P, Vulcano V, Trevisani F, Cucinotta D. Progetto di ginnastica mentale per il mantenimento dell'efficienza mnemonica nella popolazione anziana. Atti del Congresso: Giornale di Gerontologia 1999;47:1/2.

Savorani G, Bacci M, Moretti R, Sabbi F, Miconi G, Vulcano V, Galetti C, Trevisani F, Cucinotta D. Risultati della prima esperienza di ginnastica mentale effettuata su un campione della popolazione anziana di Bologna. Giornale di gerontologia 2000;48:812-814.

Savorani G, Chattat R, Bacci M, Marini G, Ellena L, Calducci S, et al. Efficacia del MT su specifiche funzioni cognitive. Giornale di Gerontologia 2001;49:472-473.