

La riabilitazione neuropsicologica nella malattia di Alzheimer. Come valutare gli outcome

Firenze 2007

Setting e riabilitazione *La riabilitazione in Centro Diurno*



Alessia Fiandra, Centro Diurno "La Cornucopia", Roma

Rete dei servizi dedicati

VOLONTARIATO
ONLUS

FAMIGLIA

MMG

PERSONA

H
DAY HOSPITAL

SERVIZI
SOCIALI

RSA
NUCLEO
ALZHEIMER

CENTRO
DEMENZE

ASSISTENZA
DOMICILIARE
SPECIFICA

RESPITE
BEDS

CENTRO
DIURNO

Finalità

"Because of the variability of clinical symptoms of the disease, the goal of these cognitive interventions is to optimize the performance of each patient by making the most of its preserved abilities. Moreover, another goal of the day care center is also to support the caregivers, by giving them advices in order to adequately face with difficulties presented by the patient"

Lekeu F, Salmon E "A day care center for management of early stage Alzheimer's disease", Rev Med Liege. 2001

"The introduction of a patient in a daily center results an effective support also for the family member who shows that the progressive awareness of the illness."

Balla S., Simoncini M., Giacometti I., Magnano A., Pernigotti LM et al Arch Gerontol Geriatr. 2007;44

Che cosa è un centro diurno?

Non un luogo "senza tempo", in cui le attività sono proposte per riempire il vuoto delle giornate in monotona successione, o un contenitore passivo, che separa e allontana il malato dalla "vita reale",

ma

uno spazio fisico e relazionale che protegge e dona dignità a chi lo frequenta, offrendo una possibilità di essere ancora nel mondo.



La Cornucopia: un'esperienza

- Da Centro diurno anziani fragili a centro diurno per le demenze
- Servizio semiresidenziale che risponde ai bisogni dei pazienti che si trovano in una fase lieve o moderata della malattia, che non presentano gravi disturbi del comportamento e che necessitano di cicli di trattamenti terapeutico-riabilitativi specifici.
- Il Centro Diurno osserva un orario flessibile dalle 8.00 alle 17.00 per 6 giorni alla settimana, ed assicura il trasferimento da e verso il domicilio.
- Ha attivato un servizio di assistenza domiciliare per garantire la continuità assistenziale.

Le ragioni di un Centro Diurno dedicato

- La complessità della malattia richiede una approfondita conoscenza ed uno specifico approccio di cura;
Formazione degli operatori
- Esigenze terapeutico-riabilitative specifiche
Ridefinizione del programma delle attività
- Organizzazione del servizio
Stabilità, flessibilità, creatività
- Ambiente: alleato nel percorso di cura
Ausili, modifiche e supporti
- La famiglia: risorsa e destinataria
Collaborazione e sostegno

Quale riabilitazione

- Complessità della malattia
- Forte influenza sulla rete sociale

La riabilitazione è da intendersi non come recupero e rieducazione della funzione lesa, ma come

riattivazione globale.



- **La persona malata: cognitivi, comportamentali, funzionali emotivo – affettivi**
- **Il caregiver**
- **L'ambiente**

- **Obiettivo** è permettere alla persona di conservare il più alto livello di autonomia compatibile con la sua condizione clinica e promuovere la migliore qualità di vita del malato e del suo caregiver.
- **Strategia**: approccio multidimensionale che coinvolge più figure professionali.
- **Approccio** protesico di promozione del benessere

La Cornucopia: dalla valutazione alla presa in carico

- Valutazione multidimensionale: clinica
neuropsicologica
funzionale
- Somministrazione di strumenti per la rilevazione delle caratteristiche della storia personale
- Valutazione dello stress del caregiver
- Osservazione
- Progetto individualizzato
- Follow up

*“Bisogna prendere anche nella
debita considerazione
l’abitudine, la stagione,
il luogo e l’età”*

Ippocrate Afor. I,17

Programma Centro Diurno

Le attività proposte rispondono ad obiettivi realistici, adeguati all'età, agli interessi pregressi, allo stato sociale, permettendo al malato di assumere un ruolo, all'interno del quale si possa riconoscere.

Boller F. "Rational basis of rehabilitation following cerebral lesions: a review of the concept of cerebral plasticity." Funct Neurol. 2004.

Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one?

E. FARINAMD, F. MANTOVANI, R. FIORAVANTI, R. PIGNATTI, L. CHIAVARI, IMBORNONE, F. OLIVOTTO, M. ALBERONI, C. MARIANI, & R. NEMNI Aging & Mental Health, May 2006

Il progetto

- **Altamente individualizzato:**
basato sulle capacità conservate e sui bisogni
- **Realistico:**
con obiettivi aderenti alla realtà
- **Flessibile**

L'accoglienza

- Clima di fiducia
- Alleanza terapeutica
- Spazio di contenimento di ansia e paure



JudKins W., Roberto KA, "Abandonment fears of persons with Alzheimer's disease attending adult day care. Am J Alzheimers Dis Other Demen.



La Riattivazione Motoria

Intervento di gruppo

Obiettivo: stimolare il mantenimento di una buona integrazione sensitivo-motoria, attraverso la stimolazione contemporanea delle aree corrispondenti.

Modalità:

- *modeling*;
- rinforzo;
- valorizzazione;
- utilizzo di storie condivise o di interessi comuni.



Efficacy of recreational and occupational activities associated to psychologic support in mild to moderate Alzheimer disease: a multicenter controlled study.

Farina E., Mantovani F., Postiglione A et al

“We evaluated the efficacy of a stimulation program mainly based on recreational and occupational activities, associated with a brief cycle of support psychotherapy for patients and caregivers, in mild to moderate Alzheimer Disease (AD) associated or not with cerebrovascular lesions.

These results partially confirm findings of previous studies, showing that AD patients treated with similar techniques demonstrated an improvement in behavioral disturbances.”



Terapia occupazionale

Attività individuale o di gruppo volta alla stimolazione delle competenze residue attraverso la realizzazione di prodotti finiti e l'occupazione in attività della vita quotidiana, manuali, espressive, ricreative. La terapia occupazionale viene proposta integrando i "diversi saperi", dal laboratorio di cucito, al giardinaggio con raccolta dei suoi frutti e la preparazione di cibi semplici, alla costruzione di oggetti creativi.

Baldelli MV, Pradelli J M, Zucchi P, martini B, Orsi F, Fabbo A. *"Occupational therapy and dementia: the experience of an Alzheimer special care unit"* Arch Gerontol Geriatr. 2007







Fernando Botero Il Club del giardinaggio 1997

**"Olfatto, memoria, emozione: un'occasione per la riattivazione."
Bartorelli L. et Al. Giorn. Geront., Vol. 49, n° 7, 2001, 360.**



LG AIP

La terapia di riorientamento alla realtà (Reality Orientation Therapy - ROT)

8 studi randomizzati controllati di valutazione della ROT formale.

Evidenza

La ROT è moderatamente efficace sia sul piano cognitivo che per il suo controllo dei BPSD in pazienti con AD

Azione

La ROT dovrà essere presa in considerazione per pazienti con AD
(standard)

Immediate effectiveness of the "new identity" reality orientation therapy (ROT) for people with dementia in a geriatric day hospital;

SAVORANI G. ; CHATTAT R. ; et al.

This renewed technique may no more be based only on cognitive psychology but it is necessary to apply a more complete psychosocial approach taking into account also emotional, behavioral and functional domains of the globally considered person.

... a comprehensive improvement of cognition, language, memory and affective functions was observed. Semantic fluency improved with high statistically significant difference. The immediate recall, free or cued, appeared more sensible to stimulation than the delayed one. A correlation between a mini mental state examination (MMSE) low basal score and higher performance after the program was also obtained.

Alcune caratteristiche della ROT

- Orientamento spazio temporale
- Memoria
- Fluidità verbale
- Emozioni
- Storie di vita
- Buona alleanza terapeutica
- Utilizzo di una comunicazione efficace
- Valorizzazione della risorsa gruppo (riconoscimento, senso di appartenenza, ruolo sociale, accettazione e condivisione del limite, riduzione del senso di frustrazione)

Il sostegno reciproco



ROT + Terapia farmacologica

Onder G., Zanetti O., Giacobini E., Frisoni G.B., Bartorelli L. et Al.

"Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patient with Alzheimer's disease: a randomised controlled trial."

BJP 2005, 4, 515

Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study.

Bottino CM., Carvalho IA., Alvarez AM, Camargo CH et al.

“Cognitive rehabilitation associated with AChE-I treatment can potentially be useful to stabilize or improve cognitive and functional performance of patients with mild Alzheimer's disease and can reduce caregivers' psychiatric symptoms.”



Musicoterapia

Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial.

Rolland Yet al, J Am Geriatr Soc. 2007

To investigate the effectiveness of an exercise program in improving ability to perform activities of daily living (ADLs), physical performance, and nutritional status and decreasing behavioral disturbance and depression in patients with Alzheimer's disease (AD). ...

ADL mean change from baseline score for exercise program patients showed a slower decline than in patients receiving routine medical care (12-month mean treatment differences: ADL=0.39, P=.02). A significant difference between the groups in favor of the exercise program was observed for 6-meter walking speed at 12 months. No effect was observed for behavioral disturbance, depression, or nutritional assessment scores. In the intervention group, adherence to the program sessions in exploratory analysis predicted change in ability to perform ADLs. No adverse effects of exercise occurred.

A simple exercise program, 1 hour twice a week, led to significantly slower decline in ADL score in patients with AD living in a nursing home than routine medical care.

Mantenimento autonomie della vita quotidiana

- Non sostituirsi al malato

- Tecniche comportamentali: es. prompting

Fisici: guida fisica fornita alla persona in difficoltà nell'esecuzione di compiti complessi per il suo livello di capacità

Modellanti: esempi di persone che il soggetto deve riuscire ad imitare

Verbali: parole scritte o parlate il cui scopo è quello di indurre un comportamento desiderabile

- Apprendimento di tipo procedurale: al soggetto viene fatta apprendere o riapprendere una abilità non attraverso una procedura esplicita, ma attraverso la pratica

Zanetti O., binetti G., Magni E., Rozzini L., Bianchetti A., Trabucchi M.,

“Procedural memory stimulation in Alzheimer’s disease: impact of a training programme”

Acta neurol Scand, 1997



"La sostituzione completa della persona nell'espletamento di attività per le quali vi è ancora una residua autonomia ne accelera il processo di perdita" (Trabucchi, 1992).

Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study.

Avila R., Bottino CM., Carvalho IA., Santos CB., Seral C., Miotto EC.

"The effect of neuropsychological rehabilitation through memory training - motor movements, verbal association, and categorization - and activities of daily living (ADL)"

"The results showed a statistically significant improvement in ADL measured by Functional Test ($P = 0.04$), and only a small improvement in memory and psychiatric symptoms. Our results support the view that weekly stimulation of memory and training of ADL is believed to be of great value in AD treatment, not only delaying the progress of the disease, but also improving some cognitive functions and ADL, even though AD is a progressively degenerative disease."

LG AIP

Interventi non farmacologici combinati

Evidenza

Interventi non farmacologici che combinano ROT, reminescence therapy, esperienze piacevoli (musicoterapia) ed esercizio fisico sono efficaci sullo stato cognitivo e sull'umore di pazienti AD

Azione

Questi trattamenti devono essere presi in considerazione nei pazienti con AD (**raccomandato**)

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: randomised controlled Trial. *Br J Psychiatry*. 2003 Sep;183:248-54.

The programme

The 14-session programme ran twice a week for 45 min per session over 7 weeks.

It was designed using the theoretical concepts of reality orientation and cognitive stimulation. It largely focused on a trial of cognitive stimulation (Breuil *et al*, 1994), which was identified through the systematic reviews as having the most significant results. Topics included using money, word games, the present day and famous faces. The programme included a 'reality orientation board', displaying both personal and orientation information, including the group name (chosen by participants). The

and creating continuity. Each session began with a warm-up activity, typically a soft-ball game. This was a gentle, non-cognitive exercise, aiming to provide continuity and orientation by beginning all sessions in the same way. Sessions focusing on themes (such as childhood and food) allowed the natural process of reminiscence but had an additional focus on the current day. Multi-sensory stimulation was introduced when possible. Sessions encouraged the use of information processing rather than factual knowledge. For example, in the 'faces' activity, people were asked, 'Who looks the youngest?' 'What do these people have in common?', with factual information as an optional extra. A range of activities for each

Lowenstein DA, Acevedo A, Czaja SJ, Duara R. Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. Am J Geriatr Psychiatry . 2004

Cognitive Rehabilitation (CR) Training

The CR training was administered individually and focused on 1) learning face-name associations by using SRT and dual cognitive support (e.g., encouraging the subject to associate the target name with the name of a familiar person, to use first-letter cues, or facial cues); 2) practicing time-and-place orientation through in-session rehearsal and use of the calendar and personal information sections of the memory notebook in session and at home; 3) activating procedural and motor memory by asking patients to manipulate the objects as though they were using them; 4) sustaining attention and activating visuom-

otor processing by asking subjects to press the mouse button in response to yellow boxes that appeared at variable intervals across the computer screen or to selectively respond with right or left presses, depending on the specific letter contained within the box; 5) training to make change for a purchase from a \$20-bill, using different amounts; and 6) balancing a checkbook by hand and with a calculator after paying three actual utility bills (i.e., telephone, electric, and water bills). All subjects were encouraged to work on their memory notebooks and to practice the aforementioned tasks at home with the assistance of a family member or friend as mentioned above.

Intervento di memory training e stimolazione delle performance funzionali

TABLE 3. Performance on trained skills of subjects with Alzheimer disease in Cognitive Rehabilitation (CR) and Mental Stimulation (MS) conditions, mean (standard deviation)

| Trained Skills | Group | Baseline | Post-Intervention | 3-Month Follow-Up | p (Group × Time Interaction) |
|--|-------|----------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| Face-Name Association three-trial learning | CR | 7.32 (5.5) | 14.64 (7.5)*** | 13.75 (8.4)*** | 0.004 |
| | MS | 7.47 (5.5) | 9.63 (7.9) | 10.21 (7.9)* | |
| Face-Name Association delayed recall | CR | 2.44 (2.3) | 5.28 (3.0)*** | 4.88 (3.3)*** | <0.001 |
| | MS | 3.68 (2.5) | 3.84 (3.3) | 3.42 (3.1) | |
| Orientation | CR | 7.40 (1.9) | 8.36 (1.3)** | 8.04 (1.7)* | 0.006 |
| | MS | 7.47 (2.5) | 7.26 (2.5) | 6.85 (2.5) | |
| Object-Memory three-trial learning | CR | 19.84 (5.5) | 19.92 (7.5) | 21.76 (7.2) | 0.285 |
| | MS | 20.68 (6.6) | 21.0 (7.7) | 21.11 (8.2) | |
| Object-Memory delayed recall | CR | 5.16 (3.4) | 5.12 (3.6) | 5.44 (3.9) | 0.500 |
| | MS | 5.47 (3.4) | 6.00 (3.8) | 5.79 (3.9) | |
| Change-For-A-Purchase | CR | 4.72 (3.6) | 6.24 (3.4)* | 5.76 (3.3)* | 0.018 |
| | MS | 5.37 (4.0) | 4.32 (4.2) | 4.95 (3.9) | |
| Balancing Checkbook (by hand) | CR | 2.33 (1.6) | 2.25 (1.6) | 2.25 (1.7) | 0.789 |
| | MS | 1.47 (1.5) | 1.53 (1.5) | 1.78 (1.4) | |
| Balancing Checkbook (with calculator) | CR | 2.63 (1.6) | 3.38 (1.4) | 3.33 (1.2) | 0.182 |
| | MS | 2.50 (1.8) | 2.26 (1.7) | 2.61 (1.7) | |
| CPT Omission Errors | CR | 21.58 (25.0) | 19.43 (32.8) | 23.85 (43.7) | 0.811 |
| | MS | 20.12 (20.5) | 20.00 (22.8) | 19.28 (26.2) | |
| CPT Commission Errors | CR | 13.29 (5.4) | 17.05 (7.6)* | 15.70 (8.4) | 0.007 |
| | MS | 9.88 (6.6) | 6.35 (4.3)* | 7.56 (5.2) | |
| CPT Reaction Time | CR | 525.80 (160.1) | 427.68 (67.7)** | 471.23 (142.9)** | 0.001 |
| | MS | 509.08 (60.8) | 523.24 (77.1) | 514.64 (76.2) | |

Note: CPT: Continuous Performance Test.

Mean performance at follow-up and 3-month evaluations for a specific group with a statistically significant interaction term are significantly different from baseline at *p <0.05; **p <0.01; ***p <0.001. The df for the interaction term is [2, 84].

Lowenstein DA, Acevedo A, Czaja SJ, Duara R. Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors.

Am J Geriatr Psychiatry . 2004; 12:395-402

TABLE 3. Performance on trained skills of subjects with Alzheimer disease in Cognitive Rehabilitation (CR) and Mental Stimulation (MS) conditions, mean (standard deviation)

| Trained Skills | Group | Baseline | Post-Intervention | 3-Month Follow-Up | P (Group × Time Interaction) |
|--|-------|----------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| Face-Name Association three-trial learning | CR | 7.32 (5.5) | 14.64 (7.5)*** | 13.75 (8.4)*** | 0.004 |
| | MS | 7.47 (5.5) | 9.63 (7.9) | 10.21 (7.9)* | |
| Face-Name Association delayed recall | CR | 2.44 (2.3) | 5.28 (3.0)*** | 4.88 (3.3)*** | <0.001 |
| | MS | 3.68 (2.5) | 3.84 (3.3) | 3.42 (3.1) | |
| Orientation | CR | 7.40 (1.9) | 8.36 (1.3)** | 8.04 (1.7)* | 0.006 |
| | MS | 7.47 (2.3) | 7.26 (2.3) | 6.63 (2.5)* | |
| Object-Memory three-trial learning | CR | 19.84 (5.5) | 19.92 (7.5) | 21.76 (7.2) | 0.285 |
| | MS | 20.68 (6.6) | 21.0 (7.7) | 21.11 (8.2) | |
| Object-Memory delayed recall | CR | 5.16 (3.4) | 5.12 (3.6) | 5.44 (3.9) | 0.500 |
| | MS | 5.47 (3.4) | 6.00 (3.8) | 5.79 (3.9) | |
| Change-For-A-Purchase | CR | 4.72 (3.6) | 6.24 (3.4)* | 5.76 (3.3)* | 0.018 |
| | MS | 5.37 (4.0) | 4.32 (4.2) | 4.95 (3.9) | |
| Balancing Checkbook (by hand) | CR | 2.33 (1.6) | 2.25 (1.6) | 2.25 (1.7) | 0.789 |
| | MS | 1.47 (1.5) | 1.53 (1.5) | 1.78 (1.4) | |
| Balancing Checkbook (with calculator) | CR | 2.63 (1.6) | 3.38 (1.4) | 3.33 (1.2) | 0.182 |
| | MS | 2.50 (1.8) | 2.26 (1.7) | 2.61 (1.7) | |
| CPT Omission Errors | CR | 21.58 (25.0) | 19.43 (32.8) | 23.85 (43.7) | 0.811 |
| | MS | 20.12 (20.5) | 20.00 (22.8) | 19.28 (26.2) | |
| CPT Commission Errors | CR | 13.29 (5.4) | 17.05 (7.6)* | 15.70 (8.4) | 0.007 |
| | MS | 9.88 (6.6) | 6.35 (4.3)* | 7.56 (5.2) | |
| CPT Reaction Time | CR | 525.80 (160.1) | 427.68 (67.7)** | 471.23 (142.9)** | 0.001 |
| | MS | 509.08 (60.8) | 523.24 (77.1) | 514.64 (76.2) | |

Note: CPT: Continuous Performance Test.

Mean performance at follow-up and 3-month evaluations for a specific group with a statistically significant interaction term are significantly different from baseline at *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001. The df for the interaction term is [2, 84].

Olazaran J, Muniz R, Reisberg B, Pena-Casanova J et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*. 2004; 63:2348-53.

Cognitive-motor intervention. A comprehensive and uniform stimulation program was designed, with cognition as a primary target, according to the principles of compensation. Efforts were made to elicit the best individual performance within a flexible framework.^{6,8} Patients were invited to attend a CMI group of 7 to 10 individuals, twice weekly, for 3.5 hours per session. Groups were created according to severity of dementia and personal affinities. A detailed description of the intervention can be found at the *Neurology* Web site at www.neurology.org. In brief, sessions included a welcome (10 minutes), reality orientation techniques (50 minutes), cognitive exercises (30 minutes), training of activities of daily living (ADL) (30 minutes), coffee break (30 minutes), psychomotor exercises or workshops (50 minutes), and conclusion (10 minutes). Cognitive exercises were designed to stimulate one specific cognitive function at each session (every month two sessions focused on memory, two sessions focused on attention, and one monthly session focused on language, visuospatial abilities, calculation, and frontal/executive functions). The ADL training was related to the particular cognitive function stimulated at each session (e.g., money handling was trained after calculation exercises). Every month a leitmotiv was used to reinforce structure and motivation (e.g., winter in January). To maintain quality of the therapy, the CMI program was written in a manual for the 103 sessions of the year.



Il Territorio

I momenti ricreativi



Disturbi del comportamento



Analisi del comportamento

- Antecedenti: le situazioni o gli eventi ambientali che si osservano immediatamente prima del comportamento specifico;
- Comportamento: descrizione del suo manifestarsi;
- Conseguenze: le situazioni che si osservano, immediatamente dopo il comportamento specifico

*Tutto è segno
In un mondo
In cui c'è sempre qualcuno
Per captarlo,
Interpretarlo e farne messaggio.*

S. Viderman

ABC

Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia.

Logsdon RG, McCurry SM, Teri L

"... behavioral problem-solving therapies that identify and modify antecedents and consequences of problem behaviors and increase pleasant events and individualized interventions based on progressively lowered stress threshold models that include problem solving and environmental modification meet EBT criteria."



La Famiglia

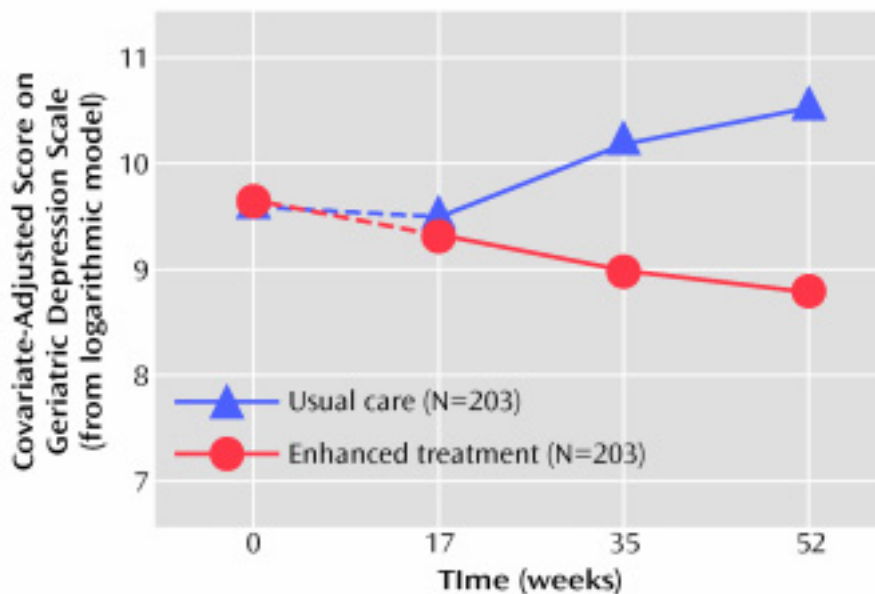
*...ti proteggerò,
ti sto curando,
ti ascolto, mi piego
verso di te...
Ma anch'io ho
bisogno, come te,
di attenzioni, di
sguardi, di cure
e di parole sincere,
...*

C. Padovani

Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Am J Psychiatry. 2004 May;161(5):850-6.

FIGURE 1. Covariate-Adjusted Depression Scores From Baseline Through Year 1 Among Spouse-Caregivers of Patients With Alzheimer's Disease Who Received Enhanced Caregiver Treatment or Usual Care^a



^a Enhanced treatment included individual and family counseling, a regular support group, and access to additional ad hoc counseling. Usual care consisted of information and access to support groups and counseling. The dashed lines represent the baseline covariate adjustment, that is, the equating of groups at baseline, with the actual covariate-adjusted curves beginning at the 4-month assessment point.

Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized Trial.

Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivela SL, Sivenius J, Sulkava R. J Am Geriatr Soc. 2001 Oct;49(10):1282-7

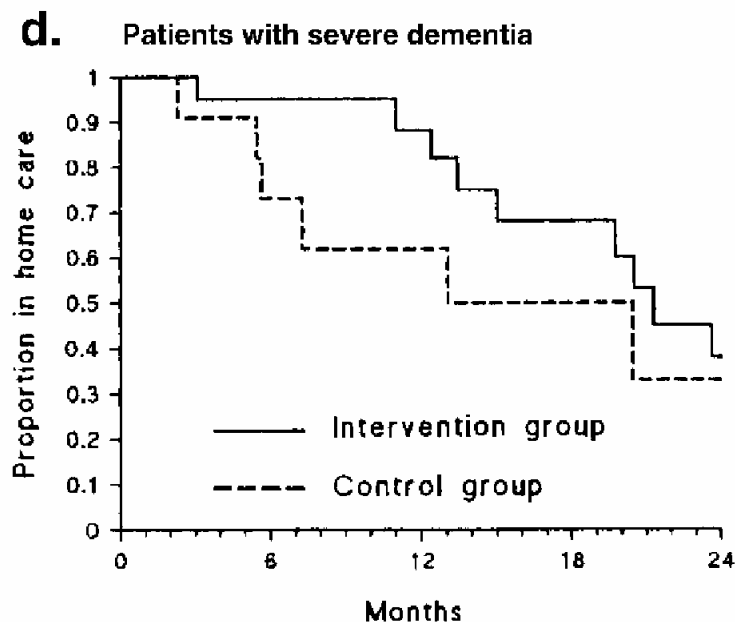


Figure 2a–d. Proportion of patients with severe dementia not placed in long-term institutional care in successive months in the intervention group (n = 53) and in the control group (n = 47), based on the Kaplan-Meier survival analysis.

Gruppi di sostegno



- Condivisione degli obiettivi
- Gruppo di sostegno
- Sostegno psicologico individuale
- Colloqui psicoeducazionali

"Motivazione alla riabilitazione: un feedback tra paziente ed operatore",
A. Fiandra, R. Cinque, A. Tognetti, L. Bartorelli, Giorn. di Geront.2001

Interventi diretti alla famiglia e ai caregiver

Evidenza

Interventi non farmacologici diretti alla famiglia e al caregiver sono efficaci nel ridurre la loro sintomatologia ansiosa e depressiva ma non è ancora chiaro se ciò rappresenti un vantaggio per il paziente con AD

Azione

Un intervento specifico su familiari e caregiver deve essere preso in considerazione come parte integrante delle cure offerte al paziente con AD (standard).

Formazione delle Assistenti Familiari



alcune considerazioni

- Alterazioni del campo visivo e dei movimenti di verticalità e lateralità dello sguardo. ——— Difficoltà nell'esplorazione dello spazio circostante: es. difficoltà nella localizzazione degli oggetti.
- Alterazione della profondità, con percezione distorta dei rapporti spaziali e difficoltà nel distinguere il particolare dallo sfondo.
- Alterazione della capacità di percepire gli oggetti in movimento
- Metamorfopsie visive con conseguente misinterpretazioni di stimoli ambientali
- Riduzione della capacità olfattiva
- Difficoltà di comunicazione
- Alterazioni della cognitività, la perdita di capacità critica e di giudizio pongono il malato in una situazione di rischio

Interventi Ambientali

Obiettivi degli interventi ambientali:

- **Garantire sicurezza**
- **Compensare le disabilità**
- **Evitare stimoli stressanti**

Come ?

- **Ausili e supporti, eliminazione di ostacoli, luci di sicurezza, buona illuminazione degli ambienti;**
- **Utilizzo di colori ed etichette per compensare deficit di discriminazione sensoriale, orologi, calendari per orientamento;**
- **Evitare elevati livelli di stimolazione ma non troppo privo (commisurato sul tipo di paziente)**

Programma di intervento globale: uno studio osservazionale

| U | D | Tot | Età media | Scol media |
|---|----|-----|--------------|---------------|
| 8 | 10 | 18 | 79.8 | 9 |

18 pazienti affetti da demenza degenerativa sono stati inseriti in un programma di stimolazione che prevedeva la partecipazione ad attività di riattivazione motoria e terapia occupazionale finalizzata al mantenimento delle attività di vita quotidiana, per un ciclo di 12 incontri. All'inizio ed alla fine del trattamento sono stati somministrati. MMSE, GDS, Rivermead, IADL, BADL, Tinetti.

| | MMSE | GDS | Rivermead | IADL | BADL | Tinetti Equilibrio | Tinetti Andatura |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| E | 19.1 ± 3.8 | 11.4 ± 5.7 | 6.5 ± 4.8 | 2.3 ± 1.6 | 4.1 ± 2.3 | 6.3 ± 2.3 | 3.7 ± 1.8 |
| U | 20.4 ± 3.5 | 11.7 ± 5.9 | 6.7 ± 5.1 | 2.2 ± 1.7 | 4.1 ± 2.2 | 3.2 ± 2.7 | 3.5 ± 1.4 |

Risultati: L'analisi dei dati non evidenzia differenze statisticamente significative, nonostante l'equipe di cura abbia osservato "piccoli guadagni" (small gains), nella valutazione clinica globale

Limiti nella valutazione degli outcome

Quale procedura utilizzare per valutare l'efficacia degli interventi proposti?

✘ Unica procedura valida è costituita dal trial clinico randomizzato

Scarsa applicabilità del modello del trattamento del placebo

Marcata disomogeneità e vulnerabilità dei pazienti

Difficile standardizzazione degli interventi

✘ L'utilizzo degli studi di efficacia basati su caso singolo è una strada percorribile?

Secondo il principio della "migliore evidenza sperimentale disponibile" in assenza di studi randomizzati e controllati, gli studi osservazionali acquistano valore nella presa di decisione clinica, secondo una "gerarchia delle evidenze" condivisa

✘ Scarsità delle risorse economiche

**L' inesorabile evoluzione
della malattia non segna
la nostra sconfitta, ma ci
deve stimolare a
proseguire il cammino
verso la ricerca di
soluzioni efficaci ...**



Grazie