

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE

PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Paolo Bonaldo*

TESI DI LAUREA

GLI EFFETTI DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA PERSONA CON DEMENZA E NEL SUO CAREGIVER: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

The effects of occupational therapy in people with dementia and their caregiver:
a review of literature

RELATRICE: T.O., Dott.ssa, Prof. Lorenzi Arianna

LAUREANDA: Forest Asia

Matricola: 2011997

Anno Accademico 2022/2023

SOMMARIO

RIASSUNTO	1
ABSTRACT	2
INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO UNO - La demenza	4
1.1 Definizione di demenza: sintomi principali e disturbi associati.....	4
1.2 Eziologia e fattori di rischio	5
1.3 Diagnosi e classificazione	6
1.4 Rilevanza epidemiologica nel mondo e in Italia	7
CAPITOLO DUE - EFFETTI DELLA DEMENZA SULLA PERSONA E IL SUO CAREGIVER	8
2.1 Sintomi neuropsicologici nella persona	8
2.1.1 Conseguenze del deterioramento cognitivo sulle attività di vita quotidiana.....	9
2.2 Caregiver e burden	10
CAPITOLO TRE - LE TERAPIE ATTUALI	12
3.1 Le terapie farmacologiche.....	12
3.2 Terapie non farmacologiche	12
3.2.1 La terapia occupazionale.....	13
3.2.2 I principi della terapia occupazionale	14
3.2.3 L'approccio terapeutico.....	15
CAPITOLO QUATTRO - METODI DI RICERCA	17
4.1 Quesito di ricerca	17
4.2 Metodologia di ricerca	17
4.3 Risultati	17
4.4 Discussione dei risultati	33
CAPITOLO CINQUE - CONCLUSIONI.....	38
Allegati.....	39
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	50

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: La demenza è un termine ombrello che racchiude diversi tipi di patologie progressive che colpiscono la memoria, altre facoltà cognitive (pianificazione, capacità di problem solving e capacità di giudizio), abilità e comportamenti che interferiscono in modo significativo con la capacità della persona di mantenersi autonoma nelle attività di vita quotidiana e che possono causare un alto livello di stress nel caregiver. Negli ultimi decenni si sta assistendo ad un incremento di questa malattia: nel 2019 si stimava, infatti, un numero pari a 55.2 milioni di persone tra gli over 65 affette da demenza. Ad oggi non esiste una cura per questa patologia, ma solo terapie farmacologiche e non, per contenere i sintomi e rallentarne la progressione. Tra le terapie non farmacologiche elencate nella gazzetta ufficiale n° 15 del 18.03.2017 rientra anche la terapia occupazionale: una professione che in Italia non è molto conosciuta ed è diffusa nell'ambito della riabilitazione della demenza.

OBIETTIVO: Il lavoro di tesi è stato progettato per indagare quali sono gli effetti dell'intervento di terapia occupazionale nel paziente affetto da demenza e nel suo caregiver.

METODI: È stata condotta una ricerca in letteratura di articoli pubblicati dal 2013 al 2023 nei principali database come PubMed, Google Scholar, Scopus, Proquest.

Utilizzando termini MeSH come “*occupational therapy AND dementia*”, “*occupational therapy intervention in dementia*”, “*occupational therapy AND quality of life AND dementia*”, “*occupational therapy effects on dementia*”, “*occupational therapy AND quality of life AND dementia*”, “*occupational therapy AND dementia AND BPSD*”

Dai motori di ricerca sono emersi 958 articoli, dopo la lettura del titolo sono stati selezionati 30 articoli, di questi, in seguito alla lettura dell'abstract sono rimasti 21 articoli e dopo la lettura dell'intero testo sono risultati idonei 9 articoli. Essi (1 open label clinical trial, 1 prospective observational study, 3 systematic review, 2 RCT, 1 quasi experimental design e 1 pre-post test design) sono stati analizzati attraverso le linee guida di revisione critica della McMaster University.

RISULTATI E CONCLUSIONI: L'analisi della letteratura ha fatto emergere che, grazie all'intervento di terapia occupazionale, vi è una riduzione dei BPSD dopo l'intervento, una migliore performance e soddisfazione nello svolgimento delle ADL e una maggiore qualità di vita percepita dai pazienti. Per quanto riguarda gli effetti nel caregiver è stata registrata una diminuzione del burden, una migliore qualità di vita e un calo del senso di angoscia e di depressione.

In futuro sarebbe importante indagare se gli effetti positivi ottenuti dopo l'intervento permangono anche dopo periodi più lunghi di follow-up, rispetto a quelli proposti negli studi qui presenti e sarebbe interessante verificare lo stato attuale dell'intervento di Terapia Occupazionale in questo ambito in Italia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Dementia is an umbrella term that refers to several progressive conditions that affect memory, other cognitive faculties (planning, problem solving and judgment), skills and behaviors that significantly interfere with a person's ability to maintain autonomy in activities of daily living and can cause a high level of stress in the caregiver. In 2019, there were an estimated 55.2 million people over 65 with dementia.

There is no cure for this condition, only pharmacological and nonpharmacological therapies to contain the symptoms and slow its progression. Among the non-pharmacological therapies listed in Gazzetta Ufficiale n.15 of 18.03.2017 is occupational therapy: a profession that in Italy is not well known and widespread in the field of dementia rehabilitation.

OBJECTIVE: The thesis work was designed to investigate what are the effects of occupational therapy intervention in the patient with dementia and his or her caregiver.

METHODS: A literature search was conducted of articles published from 2013 to 2023 in major databases such as PubMed, Google Scholar, Scopus, Proquest. Using MeSH terms such as *"occupational therapy AND dementia," "occupational therapy intervention in dementia," "occupational therapy AND quality of life AND dementia," "occupational therapy effects on dementia," "occupational therapy AND quality of life AND dementia."*

From the search engines, 958 articles emerged, after reading the title, 30 articles were selected, of these, 21 articles remained after reading the abstract, and after reading the whole text, 9 articles were eligible. They (1 open label clinical trial, 1 prospective observational study, 3 systematic reviews, 2 RCTs, 1 quasi experimental design and 1 pre-post test design) were analyzed through the critical review guidelines of McMaster University.

RESULTS AND CONCLUSION: The analysis of the literature revealed, as a result of the occupational therapy intervention, a reduction in BPSDs after the intervention, better performance and satisfaction in performing ADLs, and better perceived quality of life for patients.

Regarding effects in the caregiver, a decrease in burden, improved quality of life, and a reduction in feelings of distress and depression were reported.

In the future, it would be important to investigate whether these positive effects are maintained even after longer follow-up periods than those proposed in the studies present here and to verify the current status of Occupational Therapy intervention in this area in Italy.

INTRODUZIONE

La demenza è un termine ombrello che si riferisce a diverse patologie progressive comuni in età avanzata che ha avuto un rapido incremento di diagnosi, tanto che, nel 2019 si stimava un numero pari a 55.2 milioni di persone tra gli over 65 affette da questa patologia.

Essa comporta un progressivo declino che va oltre il normale processo di invecchiamento e conduce ad un progressivo deterioramento cognitivo e sociale. La presenza di questi sintomi compromette la capacità dei pazienti di svolgere le attività di vita quotidiana in autonomia e quindi si presenta la necessità di fornire loro assistenza e supporto continuo. Questa elevata richiesta di supporto può causare un aumento di stress del caregiver, che può essere meglio definito come burden, proprio per indicare conseguenze oggettive e soggettive, fisiche e psicologiche correlate all'assistenza del proprio familiare.

La demenza può essere causata da diversi fattori patologici e, ad oggi, non esiste una gestione medica per invertire o arrestare il processo della malattia. Negli ultimi decenni, dato l'elevato numero di persone affette da tale patologia, si è reso necessario indagare le cosiddette terapie non farmacologiche (TNF) che possono avere un ruolo fondamentale nel contenere i sintomi, promuovere la qualità di vita e ridurre l'impatto della disabilità nelle attività di vita quotidiana e non solo.

Il National Institute for health and Care Excellence (NICE) nel 2018 ha prodotto delle raccomandazioni per la valutazione, la gestione e il supporto delle persone affette da demenza e dei loro caregiver. La raccomandazione 1.4.4 considera la riabilitazione cognitiva o la terapia occupazionale per supportare l'abilità funzionale nella persona con lieve o moderata demenza. La Terapia occupazionale viene citata come intervento possibile anche nella gazzetta ufficiale n°15 del 18.03.2017 in Italia. Ma quali sono i benefici di questo tipo di intervento?

Essendo questa professione ancora poco conosciuta in Italia e non essendoci moltissime ricerche in questo ambito, questa ricerca bibliografica si pone l'obiettivo di analizzare e descrivere quali potrebbero essere gli apporti dell'intervento della terapia occupazionale nelle persone con demenza e il/i loro caregiver.

Prima di rispondere al quesito di tesi verranno fornite informazioni di carattere generale sulla demenza come: eziologia, epidemiologia, sintomi sul paziente ed effetti sul caregiver, terapie farmacologiche e non attualmente messe in atto con un'ottica più ampia sull'intervento di terapia occupazionale.

CAPITOLO UNO - La demenza

1.1 Definizione di demenza: sintomi principali e disturbi associati

La demenza è una sindrome, di natura cronica o progressiva, caratterizzata dalla distruzione delle cellule nervose che compromette molte funzioni corticali tra le più elevate, come la memoria, l'orientamento spaziale e temporale, il calcolo, le capacità di apprendimento, di linguaggio e la capacità di giudizio. Nonostante la coscienza non sia compromessa, il deterioramento della funzione cognitiva è comunemente accompagnato, e occasionalmente preceduto, da alterazione dell'umore, del controllo emotivo, del comportamento sociale e della motivazione. (WHO, s.d.)

Tutto questo interferisce significativamente con l'abilità della persona di svolgere le attività di vita quotidiana. (ISS, s.d.)

La demenza ha un impatto su più livelli: fisico, psicologico, sociale ed economico, non solo per le persone che ne sono affette, ma anche per chi le assiste, per le famiglie e per la società in generale. Spesso manca la consapevolezza e la comprensione della demenza, con conseguente stigmatizzazione e ostacoli alla diagnosi e all'assistenza. (WHO, s.d.)

Questa patologia attualmente rappresenta la maggior causa di disabilità e di dipendenza tra la popolazione anziana nel mondo ed è la settima causa di morte. (WHO, s.d.)

I sintomi della demenza si manifestano in modo differente da persona a persona e anche in base alla tipologia di demenza, ma è importante riconoscerli e segnalarli per poter ricevere una eventuale diagnosi in tempo.

L'Alzheimer's association per questo ha individuato i dieci segnali d'allarme comuni:

1. Perdita di memoria
2. Difficoltà nell'esecuzione di compiti familiari
3. Problemi di linguaggio
4. Disorientamento nel tempo e nello spazio
5. Scarsa o ridotta capacità di giudizio
6. Problemi nel tenere traccia delle cose
7. Riporre gli oggetti in posti insoliti e perdere la capacità di ritrovarli
8. Cambiamenti nello stato d'animo e nei comportamenti
9. Problemi nella comprensione delle informazioni visive e spaziali
10. Ritiro dal lavoro o da attività sociali

(alzint.org, s.d.)

1.2 Eziologia e fattori di rischio

Le origini e i meccanismi dello sviluppo della demenza sono multifattoriali e complessi. Negli ultimi tre decenni sono stati fatti dei passi avanti nella comprensione della fisiopatologia della demenza, ma rimangono ancora delle lacune.

Una difficoltà di comprensione è rappresentata dalla frequente concomitanza, soprattutto negli anziani, con altre patologie, che rendono difficile isolare i primi fattori scatenanti.

Attualmente l'ipotesi dominante sulle cause della malattia di Alzheimer è quella della cosiddetta "cascata amiloidea", cioè di una serie di eventi, innescati dall'accumulo di proteina amiloide nel cervello, che hanno come effetto finale la neurodegenerazione.

Altre forme di demenza neurodegenerativa, per esempio, sono sostenute da un meccanismo analogo, ma legato a proteine diverse: la proteina Tau o la TDP-43 per le demenze fronto-temporali e l'alfa-sinucleina per la malattia a corpi di Lewy. In tutte queste patologie la degenerazione neuronale porta ad una riduzione delle dimensioni del cervello in toto o in alcune aree specifiche (es. i lobi frontale e/o temporale), visibile come atrofia all'osservazione macroscopica dell'encefalo. Per quanto riguarda la demenza vascolare, invece, la disfunzione e la morte neuronale sono legate alla riduzione di apporto di ossigeno e nutrienti e alle reazioni infiammatorie che conseguono al restringimento o all'occlusione dei grandi o piccoli vasi che irrorano il tessuto cerebrale. Infine, se la demenza compare dopo un ictus esteso, i sintomi sono direttamente correlati alle funzioni controllate dalle aree cerebrali colpite, oppure possono svilupparsi nel tempo per l'accumularsi di microlesioni più o meno diffuse.

(SIRN, SIRN, s.d.)

Sebbene l'età sia il più forte fattore di rischio conosciuto per il declino cognitivo, la demenza non è la naturale e inevitabile conseguenza dell'invecchiamento.

Recenti studi raccolti e analizzati dalla *World Health Organization (WHO)*, hanno mostrato una relazione tra lo sviluppo di deterioramento cognitivo e demenza con fattori di rischio relativi allo stile di vita come inattività fisica, uso di tabacco (soprattutto negli adolescenti di età compresa tra i 13 e i 15 anni), dieta non salutare e uso nocivo di alcolici.

Sono state poi individuate alcune condizioni mediche associate ad un aumento del rischio di sviluppare demenza come ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, obesità ($BMI \geq 25$) e depressione. Altri potenziali fattori di rischio modificabili sono l'isolamento sociale e l'inattività cognitiva.

(WHO, s.d.)

1.3 Diagnosi e classificazione

La diagnosi definitiva di demenza richiederebbe l'esame patologico post-mortem del tessuto cerebrale. Quindi è necessario ricorrere ad una diagnosi clinica che soddisfi i seguenti criteri proposti dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*:

- A. Evidenza di un significativo declino cognitivo in uno o più domini cognitivi (memoria, attenzione, linguaggio, programmazione motoria, percezione degli oggetti, percezione spazio-temporale, funzioni esecutive)
- B. I deficit cognitivi interferiscono con l'indipendenza del soggetto nelle attività del vivere quotidiano
- C. I deficit cognitivi non si manifestano nel contesto di un delirium
- D. I disturbi cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (come a depressione, schizofrenia)

Questi deficit cognitivi possono essere basati su asserzioni del soggetto, medico curante o familiari, ma il deterioramento della funzione cognitiva dovrebbe preferibilmente essere documentato anche da test neuropsicologici e anche attraverso il principale strumento di screening utilizzato: il *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (Folstein, 1975). È un test carta matita di facile somministrazione ed esecuzione che va ad indagare:

1. Orientamento spaziale e temporale (10 punti)
2. Apprendimento (3 punti)
3. Attenzione e calcolo (5 punti)
4. Recall (3 punti)
5. Linguaggio (8 punti):
 - Denominazione (2 punti)
 - Ripetizione (1 punto)
 - Comprensione (3 punti)
 - Lettura (1 punto)
 - Scrittura (1 punto)
6. Prassia (1 punto)

Il punteggio massimo è 30 punti: da 26 a 30 si parla di normalità cognitiva, un punteggio di 25 è considerato border, un punteggio tra 18-24 indica compromissione moderata e lieve e un punteggio inferiore o uguale a 18 viene considerato indice di grave compromissione cognitiva.

Oltre a questi test, il medico potrebbe proporre anche degli esami di laboratorio che comprendano emocromo di routine, test di funzionalità epatica e renale, misurazione

dell'ormone stimolante la tiroide (TSH) e i livelli di vitamina B12, anche se spesso non sono di particolare utilità.

Nella valutazione iniziale di demenza potrebbero essere effettuate anche la TAC o la risonanza magnetica in quanto possono identificare anomalie strutturali potenzialmente reversibili, patologie metaboliche o disturbi irreversibili. (MSD, s.d.) Secondo la classificazione eziologica del *DSM V* le demenze possono essere suddivise in:

- Demenze primarie che comprendono la malattia di Alzheimer (40-70% dei casi), la demenza a corpi di Lewy (2-20 % dei casi) e la demenza fronto-temporale (2-4 % dei casi)
- Demenze secondarie che includono la demenza vascolare (15-25 % dei casi), la demenza da idrocefalo normoteso, le demenze secondarie a depressione, le demenze secondarie a malattie infettive e le demenze da encefalopatie metaboliche e tossiche

1.4 Rilevanza epidemiologica nel mondo e in Italia

Negli ultimi decenni si sta assistendo ad un significativo invecchiamento della popolazione, soprattutto delle donne, ed è quindi probabile che si debba assistere ad un aumento dell'incidenza e della prevalenza delle malattie cronico-degenerative, a forte impatto assistenziale, che si accompagna tendenzialmente ad un incremento della disabilità. (CENSIS, s.d.); ecco perché la demenza rappresenta una priorità di salute pubblica.

Si stima che nel 2019 nel mondo le diverse tipologie di demenze abbiano colpito circa 55.2 milioni di persone tra gli over 65. (WHO, s.d.). La percentuale di persone colpite varia da 2,9% nel sud-est dell'Asia fino al 6,5% in Europa. In Italia, sempre nel 2019 le persone affette erano 600mila; le donne ne sono maggiormente affette, infatti: il tasso è pari al 3% per gli uomini e al 5.1 % per le donne. Il picco si presenta dopo gli 85 anni: la percentuale di donne con demenza è pari al 15.4% e quella di uomini è pari al 14%. (ISTAT, s.d.)

Tuttavia, si ritiene che i numeri delle persone affette possano essere sottostimati poiché in Italia non esiste ancora un registro nazionale che consenta un censimento affidabile riguardo alla numerosità, all'eziologia e alla gravità dei soggetti affetti. (Veneto, s.d.)

Dal report sulle principali cause di morte in Italia, realizzato dall'ISTAT nel 2020, emerge un aumento del tasso di mortalità per demenza pari al 6% rispetto al quinquennio precedente (2015-2019), quindi 3993 decessi in più. Il maggior numero di questo aumento di decessi è riferito al genere femminile (+2948 casi), mentre nel genere maschile si è rilevato un aumento di 1145 casi. I valori percentuali rispetto al numero medio di decessi del quinquennio 2015-2019 tra i 65 e i 74 anni è pari al 9%, tra i 75 e gli 84 anni è pari all' 8%, mentre dagli 85 anni in poi vi è un aumento del 14%. (statistica, 2023)

CAPITOLO DUE: EFFETTI DELLA DEMENZA SULLA PERSONA E IL SUO CAREGIVER

2.1 Sintomi neuropsicologici nella persona

Lo sviluppo della demenza è caratterizzato dalla comparsa di sintomi che possono variare, sia per manifestazione che per intensità, a seconda della tipologia di demenza e sono fortemente influenzati anche dalle caratteristiche proprie di ciascun individuo.

Innanzitutto, per disturbi neuro cognitivi maggiori si intendono quei disturbi con alto grado di danneggiamento cognitivo in almeno una delle seguenti aree:

1. Attenzione complessa (pianificazione, presa di decisioni, memoria di lavoro, risposta correttiva a un feedback di errore, abitudini predominanti, flessibilità mentale);
2. Abilità esecutive (pianificazione, presa di decisioni, memoria di lavoro, risposta correttiva a un feedback di errore, abitudini predominanti, flessibilità mentale);
3. Apprendimento e memoria (memoria immediata, memoria di richiamo);
4. Linguaggio (espressione e comprensione);
5. Abilità percettive (visuali e costruttive);
6. Cognizione sociale (riconoscimento di emozioni, teoria della mente, regolazione del comportamento)

Mentre con il termine disturbo neuro cognitivo lieve ci si riferisce ad un lieve deterioramento cognitivo in uno o più degli stessi domini dei disturbi neuro cognitivi maggiori, ma che hanno conservato un funzionamento autonomo e l'indipendenza nello svolgimento delle attività quotidiane.

Nella demenza di Alzheimer sono soddisfatti i criteri per disturbo neuro cognitivo maggiore o lieve con sintomi ad esordio insidioso e graduale con progressione del danno in uno o più domini cognitivi (deficit memoria, di apprendimento, di linguaggio, delle funzioni esecutive e visuo-costruttive).

Nella demenza fronto-temporale sono soddisfatti i criteri di disturbo neuro cognitivo maggiore o lieve con sintomi ad esordio insidioso a progressione graduale e la presenza di sintomi comportamentali come disinibizione, apatia, perdita empatia, iper-oralità e comportamento perseverante. I sintomi cognitivi rilevati sono il cambiamento comportamentale e della personalità e/o deficit del linguaggio.

Nella demenza a corpi di Lewy vengono soddisfatti i criteri per disturbi neuro cognitivi maggiori o lieve con esordio insidioso e progressivo graduale e decorso fluttuante. In questo caso vi è una combinazione di allucinazioni visive ricorrenti, cognitività fluttuante, parkinsonismo, disturbi del

sonno, episodi di perdita di coscienza, deliri e allucinazioni e depressione. Il tutto associato a deficit delle funzioni esecutive e visuo-spaziali.

Nella demenza vascolare sono soddisfatti i criteri per disturbo neuro cognitivo maggiore o lieve con esordio temporalmente legato a uno o più eventi cerebrovascolari e con evidenze di questi eventi agli esami strumentali.

Tra i sintomi risulta particolarmente alterata la velocità di elaborazione, cambiamenti di umore e personalità con abulia, depressione e labilità emotiva. (inTherapy, inTHERAPY di studi cognitivi , 2023)

In generale i sintomi associati a demenza è possibile suddividerli in:

- Deficit cognitivi: deficit di memoria con riduzione della capacità di apprendere e rievocare informazioni, riduzione della capacità di dialogare, deficit prassici (capacità di compiere azioni), difficoltà visuo-spaziali quindi di percepire le relazioni spaziali tra gli oggetti e di riconoscere ambienti e volti e deficit di funzioni esecutive che comprendono la capacità di pianificazione, ragionamento e astrazione.
- Disturbi del comportamento o *BPSD (Behavioral and psychological symptoms in dementia)* che sono presenti nel 35-85% dei soggetti con compromissione cognitiva lieve. (Monastero R, 2009). Queste percentuali variano in base al campione e al setting considerato; infatti, nei soggetti che vivono presso la loro casa la percentuale di *BPSD* è minore (56-98%), mentre nei soggetti ricoverati in ospedale o in strutture la percentuale aumenta (91-96%).
- I sintomi neuropsichiatrici maggiormente presenti sono apatia, depressione, irritabilità, agitazione e ansia, mentre i più rari sono euforia, allucinazioni e disinibizione (maggiormente frequente nelle demenze fronto-temporali). I sintomi clinicamente più significativi sono depressione, apatia e ansia. Nel 50% dei casi la persona con demenza presenta almeno 4 di questi sintomi contemporaneamente. (Frisoni, 1999)

2.1.1 Conseguenze del deterioramento cognitivo sulle attività di vita quotidiana

La comparsa dei sintomi neuropsicologici sopra elencati conduce la persona con demenza, già nelle fasi iniziali, ad avere delle difficoltà nell'esecuzione di alcune attività quotidiane strumentali o *IADL (instrumental activities of daily living)* che comprendono: uso del telefono, fare acquisti, preparazione del cibo, eseguire faccende domestiche, lavare la biancheria, uso di mezzi di trasporto, gestione dei farmaci e uso del denaro.

Durante la fase intermedia della demenza invece la persona potrebbe iniziare a mostrare più difficoltà anche nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana di base o *BADL (Basic*

Activities of daily living) che comprendono: fare il bagno, vestirsi, uso dei servizi igienici, trasferimenti, continenza e alimentazione. (Edemekong PF)

È proprio in questa fase che la persona affetta da demenza inizia a sperimentare la deprivazione occupazionale, definita come restrizione prolungata della partecipazione ad attività necessarie o significative, dovuta a circostanze al di fuori del controllo dell'individuo. (Abson, 2019).

Nella fase terminale della malattia la persona perde progressivamente la capacità di eseguire autonomamente anche le *BADL*, fino all'incapacità di alimentarsi.

Le *BADL* e le *IADL* sono quindi occupazioni, termine che fa riferimento alle attività di tutti i giorni che le persone svolgono come individui, nella famiglia e con la comunità per occupare il tempo e per portare significato e scopo alla propria vita. Esse includono attività che le persone hanno bisogno di fare, vogliono fare o ci si aspetta che facciano. (WFOT, 2012)

Le occupazioni permettono alla persona di esprimere il proprio sé, la propria identità e possono creare significato personale. La qualità di vita è direttamente collegata alla propria capacità di coinvolgersi come essere occupazionale che possiede e cerca un significato, un valore e un ruolo. (Hansson, 2022)

Alla luce di quanto esposto sopra è ragionevole pensare che la perdita di abilità nell'esecuzione delle *IADL* prima, e alle *BADL* in seguito, causi una perdita dei propri ruoli e un annullamento dell'identità, oltre che una riduzione di stato di salute e di qualità di vita (*Quality of life, QoL*) nella persona con demenza e nel suo caregiver. I termini salute e qualità di vita sono strettamente connessi: la salute viene definita dall'OMS come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità e il concetto di qualità di vita è definita, dal *World Health Organization (WHO)*, come una percezione individuale della propria posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi dei valori in cui si vive in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni. Essi sono direttamente correlati in quanto un migliore stato di salute migliora la qualità di vita, ma anche una migliore qualità di vita può migliorare lo stato di salute.

2.2 Caregiver e burden

Il termine anglosassone *caregiver*, che non ha un corrispettivo altrettanto efficace nella lingua italiana, indica colui che fornisce cure e assistenza a persone che non riescono a provvedere autonomamente a sé stessi e al soddisfacimento dei propri bisogni, in seguito ad una diminuzione o ad una perdita di autosufficienza nella propria gestione quotidiana.

Secondo un'indagine ISTAT condotta nel 2015 in Italia i caregiver oltre i 25 anni sono 690.0000 soprattutto donne (57%) e in gran parte concentrati nella fascia d'età dai 45 ai 64 anni (3.884.000

pari al 53% del totale). Molti sono anche i familiari che prestano assistenza con più di 65 anni (1362000 pari al 18.6%) e in un caso su quattro si dedicano alla persona malata più di 20 ore a settimana. Più di un milione di queste persone bisognose di cure è rappresentata da soggetti affetti da demenza. (ISTAT, 2015)

I *caregiver* in Italia sono quasi esclusivamente informali poiché sono rappresentati dai familiari stretti, figli e figlie in maggioranza (53.5%), oppure coniugi (37%) che si prendono cura del proprio familiare senza retribuzione. I *caregiver* formali sono invece quelle figure che svolgono questa attività di cura sotto forma di lavoro retribuito e possono essere figure professionali che lavorano nella sanità e-o i/le badanti.

Il World Alzheimer report del 2022 ha riportato che il 54% dei *caregiver* si sente stressato “spesso” o “tutto il tempo”, mentre solo l’8% riferisce di essere stressato “mai” o “raramente” (Gauthier S, 2022). Questo alto livello di stress percepito dal *caregiver* viene definito *burden* che, letteralmente, può essere tradotto con il termine “fardello” e si riferisce all’insieme di conseguenze oggettive e soggettive, fisiche e psicologiche correlate all’assistenza di un proprio familiare. In aggiunta i familiari riportano difficoltà nel mantenere il proprio impiego, le attività del tempo libero e le relazioni familiari andando ad impattare negativamente nella loro qualità di vita (*QOL-Quality of life*) (Brodsky, 2009). L’aumento del *burden* del *caregiver* corrisponde contemporaneamente ad un aumento del rischio di istituzionalizzazione per i destinatari dell’assistenza (Cepoiu-Martin, 2016)

CAPITOLO TRE: LE TERAPIE ATTUALI

3.1 Le terapie farmacologiche

Ad oggi non esiste un trattamento farmacologico per guarire dalla demenza. È però possibile trattarla gestendo la sintomatologia con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del malato e, indirettamente, del caregiver. Non è disponibile una terapia prescrivibile a tutti, piuttosto, il medico seleziona una combinazione di farmaci in base al quadro clinico di ogni paziente e in base al grado di demenza.

In Italia i farmaci a carico del sistema sanitario nazionale indicati dalla nota 85 dell'AIFA (Agenzia Internazionale del Farmaco) sono:

- Inibitori dell'acetilcolinesterasi che comportano, nelle fasi lievi-moderate di demenza, una minore degradazione del neurotrasmettitore acetilcolina e una sua maggiore disponibilità che potrebbe facilitare la memorizzazione e l'attenzione (*Donepezil, Galantamina, Rivastigmina*).
- Antagonisti del recettore del glutammato: la *Memantina*, molecola che appartiene a questa classe, agisce modulando sul neurotrasmettitore glutammato, in quanto un suo accumulo risulta tossico per i neuroni. Può essere prescritta anche nelle fasi di demenza severa.

(AIFA, 2023)

Oltre a questi possono essere prescritti farmaci antipsicotici e antidepressivi per trattare sintomi come agitazione, allucinazioni, deliri, ansia e depressione.

3.2 Terapie non farmacologiche

In aggiunta alle terapie farmacologiche descritte nel paragrafo precedente possono essere offerte, alla persona con demenza e al suo *caregiver* formale e informale, terapie non farmacologiche (TNF). Gli interventi per la persona con demenza sono focalizzati ad aspetti cognitivi, funzionali, psicologici, comportamentali ed ambientali; mentre quelli rivolti al *caregiver* possono essere interventi psico-educazionali, informativi e/o psicologici.

Secondo l'organizzazione mondiale della sanità, queste terapie rientrano nella categoria della "riabilitazione": termine con il quale si intende quell'insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e all'ambiente.

Le persone con diagnosi di demenza, in Italia, hanno diritto alla prescrizione di alcune prestazioni di tipo riabilitativo erogabili dal sistema sanitario regionale (pubblicate sulla gazzetta ufficiale n° 15 del 18.03.2017) che comprendono:

- Training per disturbi cognitivi, riabilitazioni funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche a seduta individuale e collettiva

- Rieducazione di gruppo del linguaggio relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio”
- Rieducazione individuale all'autonomia nelle attività della vita quotidiana relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare somministrazione/interpretazione test funzioni esecutive

(Ufficiale, 2017)

Alla data odierna, in Italia, non sono disponibili linee guida (LG) nazionali aggiornate sulla demenza; quindi, ogni regione valuta autonomamente quali interventi somministrare e in che fase di demenza all’interno dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Per esempio, in Veneto, la deliberazione della giunta regionale numero 570 del 9 maggio 2019 ha proposto come interventi rivolti alla persona con demenza: sostegno psicologico, attività fisica, riabilitazione logopedica, terapia occupazionale, training cognitivo, riabilitazione cognitiva, terapia di stimolazione cognitiva, reminiscenza, *animal assisted therapy*, musicoterapia, *validation therapy*, *snoezelen room*, terapia della bambola, *gentlecare* e tecnologie assistive. Gli interventi rivolti al familiare sono invece: sostegno psicologico/psicoterapia, intervento psico-educazionale, gruppi di sostegno e consulenze individuali e familiari. (VENETO, 2019)

Per quanto riguarda la situazione riabilitativa nel mondo, il World Alzheimer Report 2022 riporta che il 30% delle persone con diagnosi riceve interventi di stimolazione cognitiva, il 45% interventi di educazione/training, il 15% di fisioterapia, supporto a domicilio nel 25%, logopedia nel 10% e il 25% delle persone riceve interventi di terapia occupazionale. (report, 2022)

3.2.1 La terapia occupazionale

Lo psicologo inglese Tom Kitwood, fondatore del modello di cura *Person centred care* (1997), ha modificato il sistema di riferimento passando da persona-con-DEMENZA a PERSONA-con-demenza, enfatizzando il territorio comune tra persone con demenza e non: l’essere persona; piuttosto che concentrarsi nelle differenze causate da tale patologia.

Kitwood sostiene che l’individuo sia un’unità composta di sottoinsiemi: biologico, psicologico e sociale, che hanno senso solo nell’unità e non possono essere considerati separatamente. A partire da tale considerazione, egli riconosce la necessità di provvedere al soddisfacimento dei bisogni fisiologici di base, ma individua anche le necessità psicologiche delle persone che possono essere pensate come cinque grandi bisogni che si sovrappongono, convergendo nel bisogno centrale dell’amore: conforto, identità, attaccamento, appartenenza e essere occupati (vedi figura 1).

L’intensità di questi bisogni manifesti aumenta con il progredire del

deterioramento cognitivo, in quanto le persone con demenza diventano sempre più vulnerabili e meno capaci di assumere iniziative. (Kitwood, 1997)

Ricorre nuovamente il termine occupazione, precedentemente definita al paragrafo 2.1.1 come elemento che viene meno nelle persone con demenza e descritta ora come bisogno fondamentale.

La professione che si occupa proprio di questo è la terapia occupazionale, una professione sanitaria che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione. L'obiettivo

primario della terapia occupazionale è infatti quello di permettere alle persone di partecipare alle attività di tutti i giorni, migliorando le loro capacità di coinvolgimento nelle occupazioni che vogliono, hanno bisogno o ci si aspetta che facciano modificando l'occupazione stessa e/o l'ambiente per supportare al meglio il loro coinvolgimento occupazionale. (WFOT, 2012).

Il National Institute for health and Care Excellence (NICE) nel 2018 ha prodotto delle raccomandazioni per la valutazione, la gestione e il supporto delle persone affette da demenza e dei loro caregiver. La raccomandazione 1.4.4 considera la riabilitazione cognitiva o proprio la terapia occupazionale per supportare l'abilità funzionale nella persona con lieve o moderata demenza.

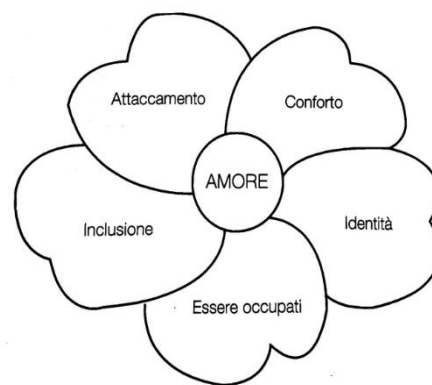


Figura 1 I principali bisogni psicologici delle persone con demenza

3.2.2 I principi della terapia occupazionale

La terapia occupazionale consente alla persona di impadronirsi, impossessarsi e occupare tempi, spazi e ruoli della propria vita in modo mirato e significativo. Utilizza il coinvolgimento nell'occupazione come mezzo attraverso l'analisi della performance, compito e attività e l'occupazione terapeutica.

Per comprendere quanto sopra, è necessario riportare alcune definizioni di termini fondamentali utilizzati in terapia occupazionale:

L'attività è l'esecuzione di uno o più compiti o di un'azione da parte di un individuo. È il mezzo elettivo della terapia occupazionale e può essere rispondente o meno ad una pratica orientata all'occupazione e centrata sul cliente. Tenendo in considerazione la centralità del paziente e dell'occupazione, le attività che maggiormente appartengono all'agire del terapeuta occupazionale sono quelle che hanno come finalità:

- Il compenso (*adaptive occupation*): prevede l'uso di strategie adattive per compensare il decremento di abilità di performance attraverso strategie di adattamento, modifiche ambientali ed educazione;

- L'acquisizione (*acquisitional occupation*): prevede il coinvolgimento dell'utente nell'occupazione con lo scopo di acquisire abilità di performance, sviluppare nuovamente abilità di performance e/o mantenere le qualità della performance;
- Il recupero (*restorative occupation*): prevede l'uso di attività mirate al recupero o allo sviluppo di funzioni corporee.

La partecipazione è il coinvolgimento in situazioni di vita.

L'occupazione, definita già precedentemente, organizza e definisce una sfera d'azioni in un certo periodo di tempo, ed è percepita dalla persona come qualcosa di proprio, qualcosa che è parte della sua identità personale e sociale. Secondo il Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) l'occupazione è "Un bisogno umano primario, un fattore necessario per la salute, una fonte di significato, di motivazione, di scelta e di controllo, di equilibrio e di soddisfazione, un mezzo per organizzare il tempo, i materiali e lo spazio, un mezzo per generare guadagno, un mezzo terapeutico"

La performance occupazionale è la "Capacità di scegliere, organizzare e svolgere in modo soddisfacente attività significative per il proprio contesto culturale e adeguate all'età, così da provvedere a sé stessi, provare gioia nel vivere e contribuire alla vita sociale ed economica della società" (CMOP). Essa dipende dalle capacità dell'individuo ed è influenzata da elementi esterni quali l'ambiente e i ruoli che si occupano.

3.2.3 L'approccio terapeutico

Nella pratica clinica il terapeuta occupazionale utilizza un approccio centrato sul cliente, *client-centred*, che viene definito da Mary Law nel 1995 come "un approccio collaborativo che mira ad abilitare all'occupazione clienti che possono essere individui, gruppi, agenzie, cooperative o altri. La pratica centrata sul cliente riconosce l'autonomia degli individui, la necessità di scelta del cliente nel prendere decisioni su bisogni occupazionali, i punti di forza che i clienti apportano all'incontro terapeutico, i benefici della collaborazione tra cliente e terapeuta e la necessità di garantire servizi accessibili e che si adattino al contesto in cui vive" (Law M, 1995)

Questa modalità di approccio prevede quindi il rispetto dei clienti, delle loro famiglie e delle scelte che fanno, attribuisce l'ultima responsabilità di decisione rispetto alle occupazioni quotidiane e alle prestazioni di terapia occupazionale ai clienti e alle loro famiglie e facilita loro la partecipazione in tutti gli aspetti delle prestazioni. Esse devono essere individualizzate, flessibili e devono mirare ad abilitare il cliente a risolvere i problemi di performance occupazionale. Questa modalità di approccio può essere utilizzata al fine di rafforzare la motivazione interna delle persone con demenza. (Toglia Joan, 2000)

Infine, deve mantenere il focus sulle relazioni tra persona-ambiente-occupazione, cercando una riabilitazione ecologica.

Affinché questo approccio possa essere applicato, è necessario che si instauri una relazione terapeutica tra paziente e terapeuta, una relazione non simmetrica, ma di aiuto, in cui grazie all'ascolto attivo, alla fiducia, alla complicità e all'accoglienza dei bisogni della persona si ha come esito la "cura" in senso lato.

CAPITOLO QUATTRO: METODI DI RICERCA

4.1 Quesito di ricerca

Una volta elencate e prese in esame le caratteristiche e le conseguenze della demenza sull'anziano stesso e gli effetti sul caregiver ed essendo presente la terapia occupazionale come terapia non farmacologica per il trattamento di tale patologia, ci si è chiesti quali potessero essere gli esiti di questo intervento nell'anziano e nel suo caregiver.

A partire da questa premessa, il quesito elaborato per intraprendere la ricerca in letteratura sulle evidenze scientifiche in merito è stato il seguente: *Quali sono gli effetti dell'intervento di terapia occupazionale nel paziente con demenza e nel suo caregiver?*

4.2 Metodologia di ricerca

La ricerca in letteratura, per rispondere al quesito del lavoro di tesi, è stata condotta da gennaio ad agosto 2023 nei seguenti motori di ricerca: PubMed, Google Scholar, Scopus e Proquest.

Per eseguire la ricerca sono state utilizzate combinazioni di termini Medical Subject Heading (MeSH), parole chiave e operatori booleani.

Le parole chiave inserite nei motori di ricerca sono state: *“occupational therapy AND dementia”*, *“occupational therapy intervention in dementia”*, *“occupational therapy AND quality of life AND dementia”*, *“occupational therapy effects on dementia”*, *“occupational therapy AND quality of life AND dementia”*.

I criteri di inclusione scelti sono stati:

- Articoli pubblicati negli ultimi dieci anni (2013-2023)
- Articoli disponibili in lingua italiana e inglese
- Età dei pazienti: 65+
- Qualsiasi tipologia di demenza

I criteri di esclusione sono stati:

- Articoli pubblicati prima del 2013
- Articoli non disponibili in lingua italiana e inglese
- Case study

4.3 Risultati

Dall'indagine nei motori di ricerca sopra elencati sono emersi 958 articoli. In seguito alla lettura del titolo sono risultati appropriati 30 articoli, successivamente alla lettura dell'abstract sono risultati idonei 21 articoli e, dopo la lettura dell'intero testo, le pubblicazioni che hanno dimostrato

la compatibilità con i criteri di inclusione sono state 9. La schematizzazione della figura 2 rappresenta il susseguirsi dei tre momenti essenziali della ricerca.

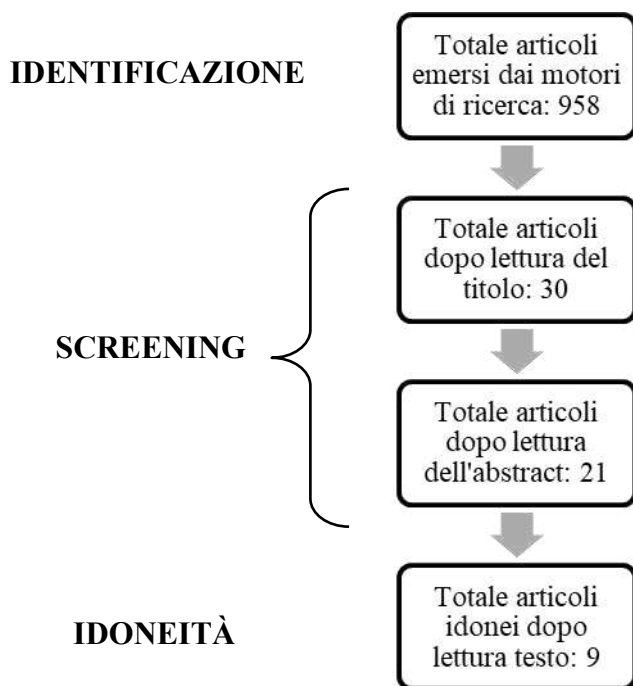


Figura 2- Diagramma di flusso dei momenti chiave della ricerca

Tra i 9 studi presi in considerazione questi sono presenti 2 randomized clinical trial e 3 revisioni sistematiche, 1 open label clinical trial, 1 quasi-experimental design e 1 prospective observational study e 1 pre-post test design.

Il modello di riferimento per l'analisi dei testi è stato il format delle linee guida per l'analisi di studi quantitativi della Mc Master University (*Critical review form- Quantitative studies, Law et.al., 1998*). Per una breve descrizione sui principali strumenti utilizzati negli articoli si veda l'allegato B. L'analisi degli studi emersi in letteratura segue un ordine cronologico ed è cominciata con lo studio condotto da Prakash Kumar et al. nel 2014 (Kumar P, 2014) che si è occupato di valutare l'efficacia dell'intervento di terapia occupazionale nella qualità di vita del paziente con media e avanzata demenza.

Sono stati inclusi 77 pazienti (80.5% uomini e 19.5% donne) con un punteggio al MMSE compreso tra 11 e 23, con almeno 5 anni di scolarizzazione e con l'abilità di leggere e comprendere semplici frasi intatta.

I pazienti sono stati suddivisi in un gruppo sperimentale che ha ricevuto il trattamento di TO composto da 10 sedute da 70 minuti e in un gruppo di controllo che ha ricevuto solo trattamenti medici standard per 5 settimane.

Ogni sessione era strutturata in questo modo:

- Rilassamento per 10 minuti alternando tensione e rilassamento di diversi gruppi muscolari
- Esercizio fisico per 10 minuti per mantenere forza, mobilità, circolazione e salute generale che includeva diversi range di movimento durante gli esercizi, allenamento con palla medica e imitazione di movimenti di un'altra persona e squat a diversi livelli.
- Attività personali per 15 minuti: cura personale del corpo che comprende cura dei capelli, della pelle, delle unghie e dei denti. Pulizia generale, valorizzazione personale, vestizione e svestizione. Esecuzione di alcune faccende domestiche come sistemare le lenzuola, giardinaggio e conteggio del denaro.
- Esercizi cognitivi per 20 minuti come leggere a voce alta, esecuzione di due compiti contemporaneamente, risolvere puzzle, attività di colorare l'argilla.
- Attività ricreative per 10 minuti come guardare la tv, giocare all'esterno, quiz, cantare, partecipazione ad eventi sociali.

Le valutazioni sono state effettuate prima e dopo l'intervento attraverso la versione indiana del World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF).

La qualità di vita è migliorata significativamente ($p < 0.001$) nel gruppo sperimentale, mentre nel gruppo di controllo è diminuita in modo significativo ($p = 0.011$). Il valore medio del dominio fisico e ambientale è migliorato nel gruppo sperimentale ($p < 0.001$), ed è peggiorato nel gruppo di controllo ($p = 0.057$). Il valore medio del dominio psicologico nel gruppo di controllo è diminuito da 46.03 a 45.63 ma non è statisticamente significativo, mentre è migliorato nel gruppo sperimentale da 45.13 a 51.50 ($p = 0.001$). Nel dominio delle relazioni sociali il valore medio nel gruppo di controllo è diminuito significativamente ($p = 0.032$) e non è stato trovato alcun miglioramento nel gruppo sperimentale.

Il dominio fisico e psicologico, quindi, ha mostrato risultati significativi nel post- intervento ($p < 0.001$ e $p < 0.001$)

Per quanto riguarda la sfera psicologica è stato riportato un maggior apprezzamento della vita e una riduzione dei sentimenti negativi come ansia, depressione etc

I limiti di questo studio sono stati: la presenza di un piccolo campione di pazienti a prevalenza maschile. È stata utilizzata una scala generica (WHQOL) per la misurazione della QOL perché, nella lingua locale, non era disponibile un'altra scala specifica.

Nello stesso anno in America Ciro C., Dao H., Anderson M. et al (Ciro CA, 2014) hanno condotto uno studio il cui scopo è stato quello di esaminare l'efficacia dell'uso dell'intervento STOMP (Skill-building Through task Oriented motor Practice) per migliorare le abilità di vita quotidiana valutate dall'esaminatore e percepite dal caregiver subito dopo l'intervento (all'ultimo giorno) e 90 giorni dopo. Il secondo obiettivo è stato quello di valutare la tolleranza a un programma intensivo, misurata in base alle risposte comportamentali negative e ai commenti qualitativi forniti da

caregiver. Infine, l'ultimo obiettivo dello studio è stato quello di esaminare il cambiamento nel burden del caregiver dopo la partecipazione a questo intervento.

Lo STOMP prevede l'uso innovativo di metodi di apprendimento motorio per insegnare abilità di vita quotidiana all'interno di programmi intensivi noti per facilitare i cambiamenti neuro plastici nel cervello in popolazioni neurologiche sia progressive che non progressive.

I criteri di inclusione per i partecipanti sono stati: persone inglesi dai 55 a 95 anni, diagnosi di demenza con MMSE superiore a 10 e inferiore o uguale a 25 (demenza media/moderata), capaci di comprendere e di seguire i comandi e di muovere un'estremità ed essere in grado di partecipare a tre ore di intervento quotidiano nella clinica per due settimane consecutive.

I criteri di esclusione invece sono stati la demenza di Creutzfeldt-Jakob, presenza di delirio o ansia severa. I partecipanti inclusi sono stati 6 con età media di 74.4 anni, 3 con demenza lieve e 3 con demenza moderata.

Per le valutazioni è stata utilizzata la Canadian Occupational Performance Measure (COPM), la Goal Attainment Scale (GAS), la Caregiver Burden Scale (CBS) ed è stato preso nota dei comportamenti neuropsichiatrici (wandering, allucinazioni, attività inappropriate, agitazione, violenza, ansie, sonnolenza). Alla valutazione del follow up, per testare la tolleranza del paziente al trattamento sono stati raccolti i comportamenti neuropsichiatrici ed è stato chiesto loro di riferire com'è stato l'intervento.

Per verificare l'aderenza del caregiver al trattamento è stato chiesto loro quante volte praticavano gli obiettivi STOMP a casa da quando era terminato l'intervento (mai, 1-2 volte a settimana, più di tre volte a settimana).

Prima dell'inizio dell'intervento il terapeuta ha eseguito due interventi in casa del paziente: durante il primo incontro ha chiesto al partecipante e alla sua famiglia di identificare tre attività di vita quotidiana (ADL, IADL o attività del tempo libero) significative per la loro vita, ma che risultavano deficitarie. Durante il secondo incontro il professionista ha cominciato ad instaurare una relazione terapeutica, ad osservare la performance delle attività stabilite come obiettivi e a fare una valutazione ambientale per eventuali modifiche.

A questo punto il terapeuta ha considerato il livello cognitivo, il supporto della famiglia e l'ambiente e ha selezionato modifiche (relative ad ambiente, compito o strategie cognitive) appropriate per migliorare la performance di ogni obiettivo.

Dopodiché il terapeuta ha sviluppato la scala GAS e, con \$250, ha organizzato la stanza in clinica realizzando un ambiente il più simile a quello domestico.

L'intervento si è svolto 3 ore al giorno, 5 giorni a settimana, per due settimane consecutive. Un'ora era dedicata allo svolgimento della performance dell'attività prefissata come obiettivo attraverso una pratica ripetitiva e basandosi sulla tecnica dell'errorless learning utilizzando il

task oriented training che poteva prevedere anche la guida motoria del gesto (che doveva essere ridotta gradualmente) ed elogi verbali.

Durante le sedute era richiesta la partecipazione del caregiver, obbligatoriamente almeno due volte a settimana, per rendere possibile l'applicazione delle stesse strategie anche a casa per favorire la generalizzazione.

I punteggi della scala GAS sono migliorati significativamente ($p=0.03$) alla valutazione post-intervento e alla valutazione dopo 90 giorni i punteggi non sono stati molto diversi rispetto a quelli precedenti ($p=0.22$), dimostrando che i miglioramenti ottenuti sono stati mantenuti.

I punteggi sulla performance e la soddisfazione espressi dai caregiver sono migliorati significativamente ($p=0.03$) e non sono variati molto 90 giorni dopo ($p=0.28$).

Non sono stati rilevati cambiamenti significativi nella CBS tra pre ($p=0.97$) e post-intervento ($p=0.24$). per quanto riguarda l'aderenza al trattamento da parte dei caregiver, 4 su 6 hanno riferito di continuare a ripetere i compiti a casa dopo l'intervento, mentre 2 su 6 no.

Durante le 180 ore di intervento i terapeuti hanno riscontrato 70 casi di BPSD.

90 giorni dopo l'intervento, i partecipanti hanno riportato commenti positivi riguardo a questo tipo di intervento.

Sono stati trovati miglioramenti significativi negli obiettivi individualizzati e mantenuti 90 giorni dopo. I partecipanti sembrano aver tollerato il trattamento intensivo, ad eccezione di una persona, i quali obiettivi erano stati però individuati da un familiare a causa del deficit cognitivo e linguistico associato alla demenza fronto-temporale. I punteggi del burden del caregiver non si sono modificati alla fine dell'intervento o 90 giorni dopo. L'aderenza al trattamento è stata eccellente.

I limiti dello studio sono stati: un campione ridotto di partecipanti, l'assenza di un gruppo di controllo, l'assenza di valutatori ciechi e l'uso di una stanza della clinica come ambiente di intervento potrebbe aver reso più complicato il transfer nel setting domiciliare.

Pimouguet et al. nel 2016 (Pimouguet, 2016) hanno realizzato uno studio osservazionale per analizzare gli effetti a breve termine nella qualità di vita dei pazienti con demenza, nel burden del caregiver e per identificare i fattori che influenzano la probabilità che un paziente tragga beneficio dall'intervento.

I pazienti, con età media 82.2 anni, e il loro caregiver hanno seguito un percorso di terapia occupazionale composto di 12 o 15 sedute a domicilio per un periodo di tre mesi. Le prime due sessioni sono state utilizzate per valutare le abilità rimanenti e per definire le aspettative e i bisogni di pazienti e caregiver. Nelle sessioni successive è stato insegnato ai pazienti ad ottimizzare le strategie compensative e ambientali per incrementare la loro performance nelle

ADL. Ai caregiver è stato spiegato come utilizzare una supervisione efficace, come utilizzare strategie di problem solving e di coping per sostenere la partecipazione del soggetto. Al termine, un paio di sessioni sono state dedicate all'avvio e alla preparazione del supporto di assistenza domiciliare dopo l'intervento di TO.

Sono state eseguite tre valutazioni: una prima di iniziare il trattamento, una dopo tre mesi e una dopo sei mesi.

La batteria di test somministrati prevedeva il Mini Mental State Examination (MMSE) per valutare la funzione cognitiva globale, la Disability Assessment in Dementia (DAD) scale per valutare lo stato funzionale, la NeuroPsychiatric Inventory (NPI) per valutare i sintomi neuropsichiatrici, la Zarit burden interview per valutare il burden del caregiver, la visual analogue scale nel EQ-5D per valutare la qualità di vita del paziente e infine sono state raccolte il numero di ore dedicate all'assistenza informale nelle ADL e IADL (non è stata conteggiata la supervisione) attraverso la Resource Utilization in Dementia's Scale.

Nei pazienti il punteggio del MMSE è rimasto stabile nel tempo (17.3), per quanto riguarda le performance funzionali c'è stata una stabilità dalla valutazione iniziale alla valutazione dopo tre mesi e poi un peggioramento alla valutazione del follow up a sei mesi ($p < 0.0001$)

I punteggi della NPI sono diminuiti alla valutazione dopo tre mesi ($p < 0.0001$), mentre al follow up non è stata registrata una diminuzione significativa ($p = 0.47$)

Infine, la qualità di vita è migliorata alla valutazione dopo tre mesi con una tendenza non significativa ($p = 0.16$) e poi è peggiorata significativamente al follow up a sei mesi ($p = 0.02$)

Per quanto riguarda i caregiver il punteggio dell'intervista Zarit burden è significativamente diminuito rispetto alla valutazione iniziale ($p = 0.03$) ed è rimasto stabile anche durante la valutazione successiva ($p = 0.47$). Vi è stata inoltre una riduzione del tempo trascorso dai caregiver con i pazienti alla valutazione dopo tre mesi ($p = 0.003$), a quella successiva è stato riscontrato un leggero aumento ($p = 0.65$), comunque inferiore rispetto al punteggio della baseline. Le variabili individuate da questi autori associate allo stato di "responders" (pazienti con declino superiore alla media nei punteggi della Disability Assessment of dementia o della Zarit tra la valutazione alla baseline e la valutazione dopo tre mesi) sono state: basso livello di educazione (primo e secondo livello) e stadio avanzato di demenza ($10 \leq \text{MMSE} \leq 15$). Le variabili individuate associate invece allo stato di "non responders" (pazienti con un declino inferiore alla media) sono state invece: un alto livello di educazione (scuole superiori/università) e uno stadio medio di demenza ($\text{MMSE} \geq 21$), miglioramenti nei caregiver di pazienti donne e pazienti con diagnosi più recente (meno di un anno).

È stato riscontrato che l'intervento di terapia occupazionale può avere effetto nei sintomi neuropsichiatrici e nelle performance funzionali. Vi è stato un peggioramento di questi ultimi nel periodo tra tre e sei mesi, mentre la riduzione dei sintomi neuropsichiatrici dopo il periodo di intervento è rimasta stabile. La qualità di vita dei pazienti valutata dal caregiver è leggermente aumentata durante il periodo di intervento, ma poi ha subito una riduzione.

Questi potenziali benefici clinici corrispondono anche con il benessere del caregiver e con una riduzione del burden.

I limiti di questo studio sono stati: l'assenza di un gruppo di controllo (per ragioni etiche non è possibile inserire in liste d'attesa pazienti che sono stati inviati per un trattamento di TO), il fatto che i pazienti abbiano ricevuto trattamenti di durata variabile e l'assenza di valutatori ciechi. I punti di forza invece sono stati: le dimensioni importanti del campione di pazienti, il contesto ecologico e l'inclusione anche di individui senza un caregiver primario.

Questo articolo prodotto da Kate Laver e colleghi nel 2016 (Kate Laver, 2016) e pubblicato nell'*Australian Occupational Therapy Journal* si è occupato di fornire una panoramica e di descrivere le evidenze a supporto della terapia occupazionale nei pazienti con demenza di livello lieve-moderato presenti nelle linee guida cliniche per la demenza Australiane.

In particolare, l'obiettivo dello studio è stato quello di indagare gli effetti del trattamento di terapia occupazionale nelle ADL, nella qualità di vita e l'impatto nel caregiver.

Sono state prese in analisi otto revisioni sistematiche.

Per quanto riguarda l'intervento di terapia occupazionale in casa di riposo è stato preso in considerazione RCT di Wenborn et al. In cui venivano analizzati gli effetti di un trattamento di terapia occupazionale in un contesto di assistenza residenziale in UK. Sono stati inclusi 210 partecipanti con demenza in fase avanzata e sono stati inseriti nel gruppo di intervento o nel gruppo del trattamento comune. Nel gruppo di intervento le valutazioni incluse sono state sull'ambiente, sull'educazione dello staff nel saper riconoscere interessi e abilità dei pazienti e relative abilità e nel pianificare le attività. Dopo 12 settimane di intervento non sono state riscontrate particolari differenze tra i due gruppi nella cognizione globale, nella qualità di vita, nel comportamento e nei sintomi psicologici della demenza.

Per quanto riguarda il trattamento presso il contesto residenziale del paziente sono stati inclusi 7 RCT.

Quattro studi (684 partecipanti) hanno riscontrato un piccolo effetto positivo sulle funzionalità delle ADL dopo l'intervento (SMD 0.17). Le valutazioni sono state eseguite con Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) e Functional Independence Measure (FIM) in un range da 6 settimane a 6 mesi.

Quattro studi (456 partecipanti) hanno riportato un effetto statisticamente significativo nella qualità di vita della persona con demenza (SMD 0.62). La valutazione è stata effettuata con Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD), Dementia Quality of Life (DQOL) e la World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF) in un range da 5 settimane a 4 mesi. Per quanto riguarda l'impatto sul caregiver, quattro studi (547 partecipanti) non hanno rilevato effetti significativi dopo il trattamento di TO (SMD -0.15).

Solamente due studi si sono occupati di segnalare eventuali danni causati dall'intervento di terapia occupazionale, ma non sono stati presenti.

Gli interventi presentati dai quattro studi che hanno riportato effetti positivi nelle ADL e/o nella qualità di vita dei pazienti con demenza di grado lieve o moderato hanno avuto una durata da un minimo di 5 sedute ad un massimo di 10 e comprendevano: modificazioni ambientali con eventuale prescrizione di dispositivi di assistenza, strategie di problem-solving per ottimizzare le performance nelle ADL, educazione del caregiver.

Un RCT condotto da Gitlin L., Arthur P. et al. nel 2017 (Gitlin, 2017) ha indagato l'efficacia di un programma di intervento domiciliare chiamato Tailored Activity Program (TAP) nel ridurre i sintomi comportamentali e la dipendenza funzionale dei veterani con demenza e il burden del caregiver.

I criteri di inclusione per le persone con demenza applicati sono stati: veterani inglesi con un MMSE uguale o inferiore a 23, che assumevano farmaci di una delle quattro classi principali (antidepressivi, benzodiazepine, antipsicotici e anticonvulsivanti) oppure memantina e inibitori colinesterasici, purché avessero un dosaggio stabile da almeno 60 giorni.

I criteri di inclusione per i caregiver sono stati invece: il fatto che fossero caregiver primari inglesi con più di 21 anni che vivessero a casa con la persona con demenza, che sapessero utilizzare il telefono, che avessero in programma di vivere stabilmente con loro per almeno 8 mesi, disposti ad apprendere attività e che avessero gestito almeno un disturbo comportamentale nell'ultimo mese. Se avessero assunto psicofarmaci, il loro dosaggio avrebbe dovuto essere stabile da almeno 60 giorni. Sono state incluse 160 diadi paziente-caregiver di cui 76 sono stati inseriti al gruppo sperimentale del programma TAP, mentre 84 sono stati inseriti nel gruppo di controllo. I pazienti avevano un'età media di 80.4 con MMSE di 16.6, mentre i caregiver avevano un'età media di 72.4.

Il programma TAP consisteva in 8 sedute domiciliari: durante le prime due sessioni il terapeuta effettuava delle valutazioni sui pazienti stessi (capacità, funzionamento fisico e esecutivo,

routine giornaliera e interessi), poi sui caregiver (routine, impiego e disponibilità) e sull'ambiente (luminosità, rumore, posti a sedere, disordine).

Nelle 4 sedute successive si stabilivano gli obiettivi d'intervento, si discuteva sull'organizzazione del setting per supportare lo svolgimento delle attività e si fornivano specifiche strategie e attività. Nelle ultime due sedute invece il caregiver doveva imparare a semplificare le attività in vista di un futuro declino e dovevano imparare come applicare le strategie anche in altre sfide. Il 15% dei caregiver di questo gruppo ha però rifiutato il trattamento.

Nel gruppo di controllo i partecipanti invece ricevevano 8 sedute telefoniche con un esperto di educazione dei caregiver in ambiti diversi come la demenza e sicurezza di casa, ma non sulle attività o sui sintomi comportamentali. L'1% di questi caregiver ha rifiutato il trattamento.

Utilizzando la Neuropsychiatric Inventory-Clinician (NPI-C) sono stati individuati i comportamenti problema, la dipendenza funzionale nelle ADL e IADL è stata valutata utilizzando la caregiver Assessment of Function and Upset scale (CAFU), il dolore è stato valutato dai caregiver usando la Pain Intensity scale items. I caregiver hanno valutato la loro percezione dell'affetto/emozioni del veterano utilizzando una scala a 5 punti su 9 item riguardanti la qualità di vita. I valutatori hanno poi utilizzato la Centers for Epidemiologic Study Depression scale (CES-D) per analizzare la depressione dei caregiver, il burden invece è stato valutato attraverso la Zarit Burden Interview versione breve. Il tempo speso nell'assistenza è stato misurato sommando le ore dedicate all'assistenza per le ADL e le IADL, ore trascorse di servizio e le ore spese facendo cose per i pazienti.

Infine, i caregiver hanno valutato i comportamenti raccolti attraverso la NPI-C assegnando un punteggio da 0 a 5 in base al loro livello di stress.

Dopo 4 mesi, solo 111 diadi erano disponibili alla rivalutazione (51 del programma TAP e 60 del gruppo di controllo). 8 mesi dopo le diadi disponibili erano 103 di cui 50 del programma TAP e 53 del gruppo di controllo.

Dopo 4 mesi, nel gruppo di intervento TAP-VA è stato riscontrato un buon miglioramento nei sintomi comportamentali ($p=.02$) sia nella frequenza che nella severità ($p=.02$), quindi il 69.7% dei partecipanti ha mostrato dei miglioramenti (eliminazione o riduzione nella frequenza e nella severità dei sintomi comportamentali), rispetto al 46.4% del gruppo di controllo.

Una riduzione è stata notata nel numero di attività per le quali prima era richiesta assistenza ($p=.009$), nella dipendenza funzionale ($p=.009$) e sul dolore ($p=.01$).

Dopo 4 mesi, i caregiver del gruppo TAP-VA hanno dimostrato meno stress nei sintomi comportamentali, rispetto al gruppo di controllo (differenza di -0.07 , $p=.03$), mentre per quanto riguarda la depressione, il burden e il tempo speso nell'assistenza non sono state rilevate

differenze significative tra i punteggi, anche se i punteggi più elevati erano in favore del gruppo di intervento.

A 8 mesi non sono state registrate differenze tra i caregiver dei due gruppi.

I limiti di questo RCT sono stati: il piccolo bacino di utenti, effetti della terapia farmacologica non chiari. Ci sono state delle diadi che non hanno completato l'intervento e si sono rivelate in realtà molto stressate, tese finanziariamente, con maggiori sintomi comportamentali e con maggiore dipendenza funzionale rispetto a coloro che avevano completato l'intervento.

L'obiettivo della revisione sistematica effettuata da Smalfield S. e Heckenlaible C. nel 2017 (Smallfield S, 2017) era quello di indagare l'evidenza dell'efficacia degli interventi progettati per stabilire, modificare e mantenere le ADL, IADL, riposo, tempo libero e partecipazione sociale negli adulti con Alzheimer e altri disturbi neuro cognitivi maggiori.

Gli articoli presi in esame sono stati 52: 14 sono revisioni sistematiche di primo livello (=forte evidenza), 12 sono RCT di primo livello, 16 sono RCT di secondo livello e 10 sono studi di terzo livello in quanto includono un solo gruppo pre e post-intervento.

In ogni caso gli studi di primo livello superano di qualità e quantità di evidenza gli altri studi nel sostenere l'intervento occupation-based nelle ADL.

Alcuni studi hanno esaminato l'uso di interventi occupation based per migliorare altri obiettivi come la solitudine, il comportamento e il benessere generale. Sebbene l'attività occupation based abbia ridotto l'agitazione e prevenga la solitudine futura, il giardino terapeutico non ha avuto nessun effetto nel benessere. L'evidenza per supportare l'uso di interventi occupation based per altri obiettivi è scarsa.

Due revisioni sistematiche di primo livello e uno studio di secondo livello hanno riscontrato una forte evidenza nell'uso di esercizi e moderata evidenza nell'utilizzare attività sociali individualizzate per migliorare il sonno. Uno studio di evidenza di secondo livello ha trovato effetti positivi nell'uso di un programma di educazione del sonno; tuttavia, dimostrando prove limitate a sostegno del suo utilizzo nella pratica. Nonostante le evidenze a supporto di altri interventi come la musica, il giardinaggio, le attività all'aperto ecc nel migliorare il sonno siano insufficienti, esse possono essere utilizzate finché non saranno condotte nuove ricerche.

Dodici articoli hanno riportato interventi cognitivi per supportare la performance occupazionale. sei articoli hanno incluso riabilitazione cognitiva, training cognitivo, stimolazione cognitiva o una combinazione di questi interventi ed è emerso che: la riabilitazione cognitiva è risultata efficace per migliorare la performance nelle ADL e la qualità di vita, la stimolazione cognitiva (attività per coinvolgere la mente come puzzles, giochi, attività del tempo libero...) ha efficacia nel migliorare l'interazione sociale e la qualità di vita, tuttavia persistono delle incertezze

sull'efficacia della stimolazione cognitiva nel migliorare la performance nelle ADL e che il training cognitivo non ha avuto un beneficio significativo nella performance delle ADL, ma sono state trovate evidenze nel training cognitivo compensativo nell'incrementare la performance delle ADL. Quattro studi si sono concentrati nell'uso della strategia dell'errorless learning o altri tipi di prompting (error reduction learning, implicit and explicit learning and descriptive prompt) dimostrando l'efficacia nell' incrementare la performance delle ADL e IADL. Due studi hanno invece utilizzato interventi di reminiscenza non giungendo a risultati positivi nel miglioramento della performance nelle ADL, né nelle funzioni cognitive. Undici studi di primo livello, 5 studi di secondo livello e 2 studi di terzo livello sono stati inclusi e hanno dimostrato che l'uso di esercizio fisico per migliorare o mantenere la performance nelle ADL e la mobilità funzionale sia efficace (esercizi aerobici, di resistenza, di equilibrio più volte a settimana). Tra i limiti di questa revisione è presente il fatto che i vari articoli hanno proposto varie strategie di intervento e di misurazione per gli outcome e questa eterogeneità tra gli studi ha limitato la sintesi dei risultati.

La revisione sistematica compiuta da Bennett S., Laver K., Voigt-Radloff S. et al. del 2019 (Sally Bennett, 2019) , ha l'obiettivo di valutare gli effetti del trattamento di terapia occupazionale a domicilio nella performance sulle ADL, sui BPSD e sulla globale qualità della vita delle persone con demenza. Inoltre, lo studio indaga anche gli effetti del trattamento nel burden, nella depressione e nella qualità di vita del caregiver.

Sono stati inclusi solo RCT in cui il trattamento di terapia occupazionale era stato paragonato con "assistenza abituale", "attention control", lista d'attesa "active control" o altri interventi.

La qualità dell'evidenza degli articoli è stata classificata utilizzando il Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Gli articoli selezionati dopo la ricerca nei database sono stati 15: 14 di questi erano in tedesco, mentre uno solo era in inglese. 10 studi sono stati eseguiti negli USA, i rimanenti in Germania, paesi bassi, Hong kong, Galles, Australia e Brasile. I pazienti coinvolti in questa revisione sono stati quindi 2063 (per la maggior parte anche caregiver) con età superiore ai 75 anni, con stadio moderato di demenza (MMSE di 11.3 e 22.73, la tipologia non è stata specificata) e necessità di aiuto nelle IADL.

I caregiver familiari avevano una media di 65 anni, vivevano con il paziente e quindi dedicavano molte ore alla settimana nell'assistenza o nella supervisione al proprio caro.

La maggior parte degli studi hanno utilizzato un approccio diadico includendo sia la persona che il caregiver in interventi personalizzati e mirati basati su una valutazione approfondita sia del paziente che del caregiver. La diade era invitata a scegliere ADL o attività significative che avrebbero voluto migliorare. I caregiver venivano invece istruiti e allenati a risolvere i problemi, a presentare, a dare spunti e a semplificare le attività, a usare strategie di compensazione e a modificare l'ambiente per supportare il coinvolgimento nell'attività. Inoltre, sono stati informati sulle tecniche di gestione dello stress e sulla comprensione della demenza.

In aggiunta veniva insegnato loro a generalizzare le strategie apprese in altri contesti.

L'intervento si distribuiva in 8 sessioni da 1-1.5 ore a sessione per un totale di circa 8-12 ore in un range di tempo che andava da 5 settimane a 6 mesi.

Per quanto riguarda gli effetti del trattamento di terapia occupazionale sulle ADL: 5 studi hanno dimostrato che la terapia occupazionale è maggiormente efficace rispetto alla cura abituale o attention control per incrementare le ADL e IADL (SMD 0.61, bassa qualità)

Uno studio ha riscontrato, nell'intervista, una riduzione tra i gruppi nel deterioramento delle ADL complessive a tre mesi dall'inizio del trattamento (SMD -13.6)

Un altro studio che ha misurato le ADL utilizzando la Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (ADCS-ADL) e ha riportato una differenza media tra i gruppi di 7.3 dopo tre mesi dall'inizio del trattamento.

Cinque studi non hanno riportato alcuna differenza tra i gruppi (SMD 0.13). La metanalisi di 5 studi ha dimostrato dimensioni ridotte dell'effetto della terapia occupazionale rispetto ai trattamenti tradizionali nell'incrementare le IADL (SMD 0.22, qualità moderata).

Dieci studi hanno analizzato gli effetti del trattamento dei BPSD. 6 di questi li hanno valutati in base al numero di ricorrenza dimostrando una differenza statisticamente significativa da piccola a moderata tra i due gruppi nel numero di ricorrenza di BPSD (SMD -.032, evidenza moderata).

Combinando i dati di altri tre studi che hanno analizzato gli effetti della terapia occupazionale nella depressione vissuta dal paziente non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi dopo l'intervento (SMD -0.26, evidenza molto bassa). Due studi hanno misurato la depressione al follow up: uno non ha trovato effetti significativi, mentre l'altro ha riscontrato una riduzione della depressione (SMD -0.30) tre mesi dopo l'inizio del trattamento. L'ansia è stata valutata solo in uno studio che non ha riscontrato differenze significative tra i gruppi.

Sei studi hanno riscontrato una migliore QOL nei pazienti dopo l'intervento di terapia occupazionale (SMD 0.76, bassa qualità perché molto eterogeneo). Al follow up, i dati di due studi hanno riportato un grande e significativo risultato (SMD 1.07)

Sei studi si sono occupati di registrare la depressione del caregiver e 5 di questi non hanno riportato differenze statisticamente significative dopo l'intervento (SMD -0.33, evidenza bassa,

molta eterogeneità). Anche altri tre studi non hanno registrato differenze statisticamente significative dopo 3-6 mesi (SMD -0.50)

Quattro studi non hanno riscontrato differenze significative nel burden del caregiver dopo il trattamento (SMD -0.06, bassa evidenza). Tre studi hanno valutato il burden attraverso il numero di ore dedicate all'assistenza e non sono state rilevate differenze significative (SMD 0.20, bassa evidenza) e gli stessi studi hanno inoltre misurato il numero di ore dedicate al fare cose per il paziente mostrando una differenza significativa (SMD -0.33, bassa evidenza).

Sei hanno dimostrato con un moderato livello di evidenza che c'è una differenza significativa dopo l'intervento di terapia occupazionale nel ridurre ansia e turbamento del caregiver rispetto ai comportamenti del loro caro (SMD -0.23).

Tre studi hanno rilevato, con moderato livello di evidenza, un'ampia differenza dopo l'intervento di TO (SMD 0.99) nella qualità di vita dei caregiver.

Due studi hanno riportato l'assenza di effetti collaterali o danni dopo l'intervento di TO

Questa revisione sistematica dimostra che le persone con demenza moderata, che hanno ricevuto comunemente tra le 8 e le 12 ore di TO a domicilio, hanno avuto dei miglioramenti in alcuni ambiti. Erano migliorati nello svolgere le ADL, IADL e soprattutto i caregiver hanno riportato un minor numero di BPSD e una migliore QOL rispetto a coloro che hanno ricevuto le cure abituali o il controllo dell'attenzione.

Non è stato inoltre riscontrato alcun miglioramento nel burden, tuttavia i caregiver hanno riportato una diminuzione nel numero di ore dedicate alla cura dei propri familiari. Associato a questo dato i caregiver hanno registrato un minore stato d'angoscia verso questi comportamenti e un notevole miglioramento della QOL.

I risultati emersi da questo studio sono in linea con le raccomandazioni presenti nelle "clinical practice guidelines for dementia" in Australia. Inoltre, risultano essere aderenti alle raccomandazioni del "social economic report of the social economic council" del ministero dei Paesi Bassi che raccomanda l'intervento di TO alle persone residenti al domicilio.

I limiti di questa revisione sono stati: l'assenza di partecipanti e valutatori ciechi, assenza di scale valutative più oggettive per valutare ad esempio la depressione e la qualità della vita, la presenza di livelli elevati di eterogeneità per gli outcome sulle ADL (post-intervento e follow up) e sulla qualità di vita delle persone con demenza (post-intervento). I punti di forza sono sicuramente stati il rigore e il fatto che era in linea con le raccomandazioni del "social economic council of the ministry of the Netherlands"

L'obiettivo dello studio condotto da Kwon e Kim del dipartimento di terapia occupazionale della Corea nel 2022 (Kim, 2023) è stato quello di individuare gli effetti di un intervento client-

centered di terapia occupazionale nei BPSD, nelle interazioni sociali, nella performance occupazionale, nella qualità di vita e nel burden del caregiver.

I pazienti inclusi in questo studio dovevano avere più di 65 anni, dovevano aver ricevuto una diagnosi da un neurologo con un punteggio alla clinical dementia rating scale (CDR) in un range compreso tra 0.5 a 2.0 e un punteggio minore di 23 al MMSE versione coreana (MMSE-K).

10 pazienti sono stati assegnati al gruppo intervento client centered nel quale venivano proposte attività significative e personalizzate in base ai bisogni individuali dei partecipanti riscontrati durante le valutazioni iniziali, mentre altri 10 sono stati assegnati al gruppo di intervento di terapia occupazionale generale dove a tutti i partecipanti venivano proposte le stesse attività.

L'intervento veniva proposto due volte a settimana per un'ora per 5 settimane.

I pazienti con demenza e i loro caregiver hanno completato la valutazione per la performance, per gli interessi, l'uso del tempo e la qualità della vita. Mentre il caregiver ha compilato la valutazione per i BPSD, delle interazioni sociali e per il burden. Le valutazioni somministrate sono state effettuate prima e dopo il trattamento ed è stata effettuata una valutazione anche tre mesi dopo il termine dell'intervento attraverso la Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Interest Checklist (IC), Occupational Questionnaire (OQ), Social Behavior Scale (SBS), Geriatric Quality Of Life-Dementia (GQOL-D) e Burden Interview (BI).

In seguito alla valutazione iniziale ai pazienti del gruppo sperimentale venivano proposti 10 minuti di esercizio fisico, 20 minuti di formazione cognitiva basata su un libro di lavoro e 30 minuti di riabilitazione cognitiva basata sulla performance occupazionale. Il training cognitivo è stato fatto utilizzando attività basate sul livello di condizione fisica e cognitiva di ciascun soggetto. La riabilitazione cognitiva basata sulla terapia occupazionale ha applicato un programma individuale di riabilitazione cognitiva che rifletteva la storia passata, il tempo libero, i ruoli e i compiti quotidiani del paziente. Le componenti cognitive sono state simulate e allenate durante l'esecuzione di compiti selezionati durante i colloqui tra cliente e terapeuta.

Il programma a domicilio veniva eseguito 5 volte a settimana, anche in assenza del terapeuta, dal caregiver in quanto esso era stato educato all'applicazione del programma.

I partecipanti al gruppo di controllo invece ricevevano un trattamento generico di terapia occupazionale presso il centro medico. Qui i partecipanti venivano divisi in gruppi di 5 e l'intervento veniva eseguito seguendo un protocollo molto simile composto da: 10 minuti di attività fisica (stretching con la musica), 20 minuti di formazione cognitiva basata su un libro di lavoro (venivano ripetuti i compiti per ogni componente cognitiva come memoria, attenzione, problem solving e ragionamento) e 30 minuti di attività artigianali (disegnare i membri della

famiglia, creazione di un calendario e decorazione di un vaso di fiori). Lo stesso programma veniva ripetuto allo stesso modo a casa dai caregiver.

C'è stato un effetto significativo alla NPI-Q severity area ($p < 0.05$), differenza confermata tra il pretest e il post test ($p < 0.001$), pretest e follow up ($p < 0.05$). I punteggi della NPI-Q distress non hanno riscontrato effetti positivi ($p > 0.05$)

nell'area verbale del Social Behavioural Scale c'è stata una differenza significativa ($p < 0.001$) con differenza tra pre e post test di $p < 0.05$ e pretest e follow up di $p < 0.01$. I punteggi dell'area conversazionale del SBS hanno riportato significativi effetti positivi ($p < 0.001$) con differenza tra pretest e post test di $p < 0.01$ e tra pretest e follow-up di $p < 0.05$.

Alla BI è stata riscontrata differenza significativa ($p < 0.001$) sia tra pretest e post test che al pretest e al follow up.

L'area della performance alla COPM ha riscontrato una differenza significativa ($p < 0.001$) in tutte le valutazioni. Anche l'area della soddisfazione ha riscontrato una differenza significativa ($p < 0.001$). Questo studio conferma effetti maggiormente positivi di un intervento personalizzato di terapia occupazionale rispetto ad un intervento di terapia occupazionale generico nella riduzione dei BPSD, nelle interazioni sociali, nella performance occupazionale, nella qualità di vita e nella riduzione del burden del caregiver.

Nel gruppo sperimentale tutti i domini dell'interazione sociale sono migliorati (verbale, non verbale e conversazionale). In questo studio in particolare l'interazione verbale rimane elevata anche nel gruppo di controllo, in quanto aveva un'impostazione di gruppo.

La qualità di vita dei partecipanti, misurata attraverso la scala GQOL-D, è migliorata in entrambi i gruppi anche se nel gruppo sperimentale i risultati sono stati migliori.

Questo studio ha inoltre dimostrato che, per massimizzare l'effetto dell'intervento, è necessario fornire feed-back attraverso l'educazione del caregiver e la consulenza telefonica. I limiti di questo studio sono stati: il numero ridotto di partecipanti inclusi e la limitazione dello studio circoscritta ad alcuni luoghi.

Lo studio condotto da Griffin A., O'Gorman A., Robinson D., Gibb M., Stapleton T. nel 2022 (Griffin A, 2022) mira ad indagare gli effetti del programma Specialised Memory and Attention Rehabilitation Therapy (SMART) nel ridurre gli effetti negativi nei deficit di memoria nelle funzioni quotidiane e nella qualità di vita, nel miglioramento della soddisfazione e delle prestazioni nelle attività quotidiane e nel mantenimento della memoria funzionale per le persone affette da demenza.

I partecipanti, per essere inclusi nel programma, dovevano avere una diagnosi di demenza con MMSE sopra il 18, dovevano vivere presso il loro domicilio, dovevano essere in grado di raggiungere l'ospedale ogni settimana e dovevano avere un adeguato udito e vista per essere coinvolti in un setting di gruppo. I selezionati sono stati 58 di età media di 76 anni: di questi, 47 avevano ricevuto la diagnosi in media da 4 mesi.

Il programma riabilitativo cognitivo SMART consisteva in 5 settimane di trattamento ambulatoriale di gruppo, somministrato ogni settimana alla stessa ora per un'ora e mezza. Inizialmente il paziente è stato visto dalla terapeuta singolarmente per poter identificare gli obiettivi legati alla memoria che avrebbero voluto raggiungere durante le sessioni di gruppo composte da massimo sei persone.

Ogni settimana di trattamento affrontava tematiche diverse:

1. Introduzione alla demenza, alla salute mentale e all'attenzione con illustrazione di ausili per l'orientamento
2. Comprendere la memoria con illustrazione del "libro della memoria"
3. Comprendere la memoria con spiegazione della "scheda di memoria"
4. Ambiente domestico (interventi di prevenzione cadute), guida e pianificazione futura
5. Sessione di ripasso delle strategie

Dopo ogni sessione i partecipanti erano invitati a completare i compiti a casa e ad implementare le strategie discusse durante le sessioni. Ai pazienti veniva chiesto di essere accompagnati da un caregiver/membro della famiglia per poter assistere all'intervento e aiutare a trasferire il tutto nella vita quotidiana. Ai partecipanti è stato inoltre fornito un manuale che delineava i contenuti chiave di ciascuna delle cinque sessioni a cui fare riferimento a casa.

Le valutazioni sono state eseguite prima di iniziare il trattamento, alla fine delle 5 settimane del programma e al follow-up 3 mesi dopo attraverso: la Rivermead Behavioural Memory Test 3rd edition (RBMT3), la Dementia Quality Of life measure (DEMQOL) e la Canadian Occupational Performance Measure (COPM) nella quale alcuni esempi di obiettivi posti dagli utenti sono stati: ricordare il nome delle persone, ricordarsi cosa avessero fatto il giorno precedente, sapere che giorno della settimana fosse e ricordare dove avessero lasciato gli oggetti. Gli ultimi due strumenti di valutazione sono stati la Functional Independence Measure and the Functional Assessment Measure (FIM e FAM).

Attraverso queste valutazioni è stato rilevato un miglioramento significativo nei punteggi della RBMT dopo il termine del trattamento ($p < 0.001$), ma non sono stati rilevati cambiamenti al follow up dopo 3 mesi ($p = 0.353$). In ogni caso i punteggi al follow up erano comunque elevati rispetto a quelli registrati prima del trattamento, questo significa che i punteggi per la memoria sono stati mantenuti durante il follow up ($p = 0.001$).

Altri miglioramenti significativi sono stati registrati nella scala DEMQOL dopo il termine dell'intervento ($p=0.002$).

Al termine dell'intervento, anche i livelli di soddisfazione e performance registrati dal COPM erano migliori (COPM-P, $p<0.001$ - COPM-S, $p<0.001$). I miglioramenti sono stati mantenuti anche nel periodo di follow-up ed erano migliori rispetto a quelli della baseline (DEMQOL, $p=0.012$; COPM-P, $p<0.001$; COPM-S, $p<0.001$).

Circa il 33% dei pazienti è stato affiancato da un caregiver durante tutte e cinque le sessioni ed è stato rilevato un miglioramento di entità leggermente superiore nei punteggi della DEMQOL dei pazienti accompagnati dal caregiver; tuttavia, questa differenza non è stata così statisticamente significativa ($p=0.517$).

Questo studio conferma l'ipotesi di studi precedenti che le persone con demenza hanno il potenziale per imparare nuove strategie e per migliorare il funzionamento della memoria seguendo interventi di riabilitazione cognitiva.

Quindi il programma SMART guidato da terapisti occupazionali comporta miglioramenti sia oggettivi che soggettivi nella funzione di memoria quotidiana e nella qualità di vita.

I limiti principali sono stati il fatto che lo studio non aveva un gruppo di controllo ed era privo di blinding.

4.4 Discussione dei risultati

È necessario premettere che gli studi inclusi nella ricerca bibliografica provenivano da nazioni diverse, questo significa che gli interventi e le modalità di valutazione (scale e strumenti) non erano gli stessi. Questa eterogeneità di interventi e di strumenti di valutazione, ai quale si aggiungono i diversi gradi di demenza e le diverse età, ha quindi reso più complicata la comparazione dei risultati ottenuti dai singoli studi. Questo ha però reso possibile fornire una visione più ampia sugli effetti dell'intervento di terapia occupazionale nell'utente e nel suo caregiver.

Il numero di pazienti inclusi negli studi non è uniforme, in quanto il minimo riscontrato è stato 6 (Ciro CA, 2014) e il massimo era di 2063 nella revisione sistematica di Bennet S. et al (Sally Bennett, 2019). La minima età media dei pazienti era di 69.9 anni (Kumar P, 2014), mentre il massimo era di 82.2 anni (Pimouguet, 2016). Il livello di demenza dei pazienti variava da un grado moderato a uno lieve secondo i punteggi del MMSE.

Tra gli interventi utilizzati in questi nove articoli solo due erano trattamenti definiti all'interno di un programma specifico: lo Skill-building Through task Oriented Motor Practice (STOMP) nell'articolo di Ciro et al. (Ciro CA, 2014) e il Tailored Activity Program (TAP) nell'articolo di Gitlin et al. (Gitlin, 2017). Gli altri studi hanno applicato trattamenti di terapia occupazionale

utilizzando un approccio client centered: alcuni in contesto domiciliare, altri in contesto ambulatoriale.

Il periodo di intervento variava da un minimo di due settimane ad un massimo di sei mesi.

L'analisi critica della letteratura ha fatto emergere nuovamente la complessità della demenza e il suo impatto nel paziente stesso e nel suo caregiver. Considerando gli studi riportati, si procede illustrando i benefici dell'intervento di terapia occupazionale prima nel paziente e poi nel caregiver. Tra i sintomi più impattanti sia per la persona stessa che per il suo caregiver ci sono sicuramente i sintomi comportamentali o **BPSD**. Quattro studi (Pimouguet, 2016) (Gitlin, 2017) (Sally Bennett, 2019) (Kim, 2023) si sono posti l'obiettivo di analizzare gli effetti dell'intervento di terapia occupazionale nella loro riduzione e i risultati emersi sono stati favorevoli, in quanto sono diminuiti sia nella frequenza che nella severità subito dopo il termine dell'intervento. Al follow up nella ricerca del 2022 (Kim, 2023) la ricorrenza e la severità di questi disturbi è diminuita ulteriormente, mentre nello studio di Gitlin et al. (Gitlin, 2017) i miglioramenti non sono stati trattenuti e in quello di Pimouguet (Pimouguet, 2016) questi comportamenti non si sono ridotti ulteriormente con un trend significativo.

Sette articoli (Pimouguet, 2016) (Kate Laver, 2016) (Gitlin, 2017) (Smallfield S, 2017) (Sally Bennett, 2019) (Kim, 2023) (Griffin A, 2022) hanno dimostrato un miglioramento nello svolgimento delle **ADL** in termini di performance, soddisfazione e in generale di funzionalità dopo l'intervento e un lieve peggioramento al follow up, ma con punteggi comunque più elevati rispetto a quelli della valutazione pre-test. Per ottenere questi miglioramenti gli interventi utilizzati comprendevano: modifiche ambientali, strategie compensative e di problem solving, l'insegnamento al caregiver di alcune modalità di semplificazione di attività e l'utilizzo di strategie cognitive come l'errorless learning. Questa strategia parte dal presupposto che le persone ricordano maggiormente i propri errori piuttosto che le loro correzioni. Perciò con questo metodo la persona impara dicendo o direttamente facendo l'attività, durante la quale non gli viene data l'opportunità di fare un errore; l'ipotesi è quindi che la riduzione o la prevenzione dell'errore sia un facilitatore per la memoria della performance. (Gillen, 2009)

L'articolo di Bennet (Sally Bennett, 2019) non ha dimostrato miglioramenti significativi nella performance delle **IADL**: questo potrebbe essere dovuto al fatto che questi pazienti fossero già in fase di demenza moderata, quando ormai le difficoltà erano già presenti a livello di **ADL**.

Un'altra conseguenza della demenza è sicuramente anche la riduzione dell'interazione sociale. Lo studio degli autori coreani (Kim, 2023) ha dimostrato un incremento della comunicazione

verbale e non verbale degli utenti attraverso la Social Behavior Scale. Sono però necessari ulteriori approfondimenti, in quanto solo uno studio si è occupato di valutarne gli effetti.

In un articolo presente all'interno della revisione sistematica di Smallfield (Smallfield S, 2017) è emerso che l'intervento di terapia occupazionale basato sull'uso di esercizi fisici, di attività sociali individualizzate e l'inserimento di un programma di educazione possano migliorare il **sonno**.

Attraverso il programma TAP (Gitlin, 2017) i caregiver hanno riportato, attraverso la Pain Intensity Scale, una riduzione del **dolore** percepito dal loro caro.

La riduzione dei BPSD e la migliore performance nelle ADL sono direttamente collegati con un miglioramento della **qualità di vita** del paziente, come dimostrato da 6 studi (Kumar P, 2014) (Pimouguet, 2016) (Kate Laver, 2016) (Sally Bennett, 2019) (Kim, 2023) (Griffin A, 2022). Questi miglioramenti sono stati rilevati attraverso strumenti di valutazione come la WHOQOL-BREF, la QOL-AD, la DQOL e la DEM-QOL che sono basati su un'auto-percezione della persona con demenza, in quanto la qualità di vita stessa viene definita come una percezione individuale e non oggettiva.

Due studi non hanno riscontrato una riduzione del **burden** del caregiver, mentre tre studi hanno invece rilevato alcuni miglioramenti dopo l'intervento.

Nella revisione sistematica del 2019 (Sally Bennett, 2019) nonostante non fosse emersa una riduzione del burden, fu riscontrata una riduzione delle ore "facendo cose" per il paziente. Questo significa che il caregiver prestava comunque ore di servizio alla persona, ma con meno tempo dedicato alla sua sostituzione durante lo svolgimento delle attività.

La stessa revisione sistematica (Sally Bennett, 2019) ha espressamente valutato la **qualità di vita** dei caregiver e ha avuto un riscontro significativamente positivo, probabilmente collegato al fatto che qui sono state registrate meno ore dedicate all'assistenza e minore stress verso i comportamenti del proprio caro.

Per quanto riguarda altri sintomi che i caregiver possono sperimentare come **depressione e angoscia** è stata registrata una riduzione di questi ultimi dopo l'intervento di terapia occupazionale (Gitlin, 2017) (Sally Bennett, 2019)

Due studi analizzati hanno riportato l'assenza di effetti collaterali dovuti all'intervento di terapia occupazionale. (Kate Laver, 2016) (Sally Bennett, 2019)

È stato purtroppo riscontrato che, non in tutti i casi, i benefici ottenuti post-intervento si sono mantenuti alla valutazione del follow-up. È ragionevole pensare che questo potrebbe essere dovuto all'andamento progressivo della patologia stessa che porta, in tempi diversi, ad un deterioramento cognitivo globale.

L'analisi critica degli articoli inclusi ha portato alla luce il fatto che effetti positivi sia nel paziente con demenza stesso che nel suo caregiver si possono ottenere se l'intervento di terapia occupazionale comincia precocemente, poco dopo la diagnosi quando lo stadio demenza è lieve e non avanzato (Pimouguet, 2016).

Un altro aspetto fondamentale, che condiziona la buona riuscita dell'intervento, è l'utilizzo di un approccio client centered. Questo coinvolgimento comincia con l'identificazione dei bisogni e delle necessità del paziente e del suo caregiver attraverso strumenti specifici come l'Interest Checklist e l'Occupational Questionnaire che possono essere utilizzati nella valutazione preliminare. Un altro strumento che rende l'individuo parte del processo terapeutico è il Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in quanto aiuta ad identificare i problemi di performance occupazionale, invita ad assegnare un punteggio di importanza alle attività per definire al meglio le priorità ed infine al paziente viene chiesto di dare un punteggio alla sua abilità e alla sua soddisfazione nell'eseguire queste stesse attività. A questo punto il terapeuta potrà procedere con una valutazione oggettiva della performance attraverso strumenti come l'AMPS e in seguito potrà cominciare l'intervento focalizzato solo su attività individualizzate in base alle reali esigenze dell'utente utilizzando un intervento occupation based e focused. Il COPM permette inoltre al paziente di accorgersi da solo dei miglioramenti nelle attività in quanto può essere somministrato anche al termine dell'intervento.

Gli articoli presi in esame hanno suggerito la maggiore efficacia dell'intervento in un contesto ecologico, in quanto diventa più facile promuovere la generalizzazione delle strategie apprese anche in altre attività ed è possibile, per il terapeuta, eseguire una valutazione accurata dell'ambiente domestico per fornire indicazioni su eventuali modifiche o prescrizioni di dispositivi di assistenza (Kate Laver, 2016).

Un ulteriore aspetto che si evince dalla letteratura è che trattamenti ad elevata frequenza conducono ad effetti maggiormente positivi.

Un ultimo punto emerso è che esiti positivi nel paziente e nel caregiver si ottengono anche attraverso una buona alleanza con quest'ultimo in quanto attraverso l'educazione, la consulenza, i feedback forniti e l'insegnamento di alcune strategie il caregiver è in grado di comprendere meglio la demenza, di capire come modificare le attività e di come aiutare e/o supervisionare il loro caro in modo efficace durante le attività. La cooperazione con il caregiver diventa fondamentale per sostenere il paziente a generalizzare e trasferire strategie/competenze apprese anche in altre attività, in quanto saranno ripetute quotidianamente e non solo durante la seduta di intervento.

L'acquisizione di competenze nella comprensione e nella gestione del proprio caro da parte del caregiver potrebbe favorire una minore quantità di ansia e angoscia verso le problematiche che si possono presentare durante l'assistenza quotidiana.

Altre ricerche hanno infatti dimostrato che il coinvolgimento del caregiver nell'erogazione dell'assistenza può migliorare la qualità di vita dei pazienti. (Donkin, 2009)

Tutti questi aspetti emersi dall'analisi della letteratura non possono essere reputati efficaci se considerati singolarmente, in quanto lo diventano se correlati tra loro. Ad esempio, la collaborazione del caregiver che permette una ripetizione quotidiana delle attività, unita alle attività personalizzate, alle modifiche ambientali suggerite dal terapeuta e all'insegnamento di strategie sia al paziente che al caregiver possono condurre ad un miglioramento nella performance e nella soddisfazione nello svolgere le attività del paziente. Può anche ridurre i BPSD e può portare ad un conseguente miglioramento della qualità di vita sia della persona che del suo caregiver.

CAPITOLO CINQUE - CONCLUSIONI

Questa ricerca bibliografica ha avuto l'obiettivo di indagare gli effetti dell'intervento di terapia occupazionale nel paziente con demenza e nel suo caregiver. Questo perché, sebbene sia una tipologia di intervento raccomandata e presente nella Gazzetta Ufficiale, in Italia è una professione ancora sconosciuta a molti e poco diffusa nel trattamento per la demenza.

Nonostante alcune difficoltà nel riuscire a paragonare gli studi per via dell'eterogeneità di interventi, strumenti di valutazione e pazienti, questa ricerca bibliografica ha permesso di rispondere al quesito clinico facendo emergere i benefici possibili dell'intervento di terapia occupazionale nei pazienti con demenza e nel loro caregiver.

Sono infatti emerse evidenze a favore della riduzione dei BPSD dopo l'intervento, una migliore performance e soddisfazione nello svolgimento delle ADL, una maggiore qualità di vita percepita dai pazienti. Mentre le evidenze a sostegno dell'utilizzo dell'intervento di terapia occupazionale nel miglioramento della qualità del sonno, nella riduzione del dolore e nell'incremento dell'interazione sociale, seppur favorevoli, sono ancora insufficienti a sostenerne l'efficacia.

Per quanto riguarda gli effetti nel caregiver è stata registrata una diminuzione del burden, una migliore qualità di vita e una riduzione del senso di angoscia e di depressione.

Dal seguente lavoro di tesi è inoltre emerso che l'intervento di terapia occupazionale iniziato in fase precoce di demenza, di tipo intensivo, svolto in contesto ecologico e personalizzato in base ai bisogni dei singoli individui si è rivelato efficace a portare miglioramenti nei pazienti stessi e nei loro caregiver.

È importante ricordare che promuovere l'indipendenza e una buona qualità di vita nella persona affetta da demenza e del suo caregiver sono obiettivi validi dato che, tra la diagnosi di demenza e la morte, trascorrono molti anni.

Oltre a ciò, rendere la persona affetta da demenza ancora capace di partecipare alle attività di vita quotidiana gli permette la riacquisizione di un ruolo e di un senso di dignità che contribuisce alla ricostruzione di un senso identitario che si stava via via sgretolando. Questa partecipazione e relativi benefici correlati si possono ottenere attraverso la terapia occupazionale, in quanto fornisce adattamenti delle attività e ambientali, insegna strategie compensative o di problem solving, educa e fornisce consulenza al caregiver.

In futuro sarebbe importante indagare se gli effetti positivi ottenuti dopo l'intervento permangono anche dopo periodi più lunghi di follow-up, rispetto a quelli proposti negli studi qui presenti e sarebbe interessante verificare lo stato attuale dell'intervento di Terapia Occupazionale in questo ambito in Italia.

ALLEGATO A: Caratteristiche degli studi inclusi

TITOLO, ANNO, LUOGO	NUMERO, ETÀ LIVELLO DI DEMENZA DEI PAZIENTI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	STRUMENTI DI VALUTAZIONE	RISULTATI-ESITI
<p>1. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia-2014-India</p>	<p>- 77 pz - età media di 69.29 anni - MMSE: tra 11 e 23</p>	<p>Intervento della durata di 5 settimane. Gruppo sperimentale: Rilassamento per 10 minuti Esercizio fisico per 10 minuti per mantenere forza, mobilità, circolazione e salute generale Attività personali per 15 minuti: cura personale del corpo, pulizia generale, valorizzazione personale, vestizione e svestizione ed esecuzione di alcune faccende domestiche Esercizi cognitivi per 20 minuti Attività ricreative per 10 minuti</p> <p>Gruppo di controllo: Trattamenti medici standard per 5 settimane</p>	<ul style="list-style-type: none"> World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL BREF - versione indiana) 	<p><u>Qualità di vita:</u> -migliorata significativamente ($p<0.001$) nel gruppo sperimentale -diminuita in modo significativo nel gruppo di controllo ($p=0.011$). <u>Il valore medio del dominio fisico e ambientale:</u> -migliorato nel gruppo sperimentale ($p<0.001$) -peggiorato nel gruppo di controllo ($p=0.057$) <u>Il valore medio del dominio psicologico:</u> - migliorato nel gruppo sperimentale da 45.13 a 51.50 ($p=0.001$) - nel gruppo di controllo è diminuito da 46.03 a 45.63 ma non è statisticamente significativo <u>Nel dominio delle relazioni sociali il valore medio:</u> -nel gruppo di controllo è diminuito significativamente ($p=0.032$) - nessun miglioramento nel gruppo sperimentale. Il dominio fisico e psicologico, quindi, ha mostrato risultati significativi nel post- intervento ($p<0.001$ e $p<0.001$)</p>

<p>2. Improving daily life skills in people with dementia: testing the STOMP intervention model-2014-USA</p>	<p>- 6 pz +caregiver - 74.4 anni - MMSE tra 18 e 24 (3 con demenza moderata e 3 con demenza lieve)</p>	<p>Intervento STOMP Prima dell'inizio dell'intervento il terapeuta ha eseguito due interventi in casa del paziente: identificazione di tre attività deficitarie (ADL, IADL o attività del tempo libero), osservazione performance delle attività e valutazione ambientale. Identificazione di modifiche ambientali, del compito o di strategie Realizzazione scala GAS e (con \$250) organizzazione della stanza in clinica il più simile all'ambiente domestico. Inizio dell'intervento per 3 ore al giorno, 5 giorni a settimana, per due settimane consecutive. Veniva svolta la performance dell'attività prefissata come obiettivo attraverso una pratica ripetitiva e basandosi sulla tecnica dell'errorless learning utilizzando la guida motoria del gesto (che doveva essere ridotta gradualmente) ed elogi verbali. Partecipazione del caregiver</p>	<p>Valutazioni pre, post e al follow up (90 giorni)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canadian Occupational Performance Measure (COPM) • Goal Attainment Scale (GAS) • Caregiver Burden scale (CBS) • Annotazione dei comportamenti neuropsichiatrici • Numero di volte in cui i caregiver praticavano gli obiettivi STOMP 	<p><u>GAS:</u> migliorati significativamente (p=.03) alla valutazione post-intervento e alla valutazione dopo 90 giorni i punteggi non sono stati molto diversi rispetto a quelli precedenti (p=.22). <u>Soddisfazione e performance espressi dai caregiver:</u> migliorati significativamente (p=.03) e non sono variati molto 90 giorni dopo (p=.28) <u>Burden:</u> Non sono stati rilevati cambiamenti significativi tra pre (p=.97) e post-intervento (p=.24). <u>Aderenza al trattamento caregiver:</u> 4 su 6 hanno riferito di continuare a ripetere i compiti a casa dopo l'intervento Numero di BPSD riscontrati durante l'intervento: 70</p>
---	--	--	--	--

<p>3. Benefits of Occupational therapy in dementia patients: findings from a real world observational study-2016-Francia</p>	<p>- 421 pz + caregiver - 82.2 anni - MMSE 17.3</p>	<p>Intervento a domicilio di 12-15 sedute per tre mesi. Sessione 1 e 2: valutazione abilità rimanenti, definizione aspettative e bisogni di pazienti e caregiver. Nelle sessioni successive: insegnamento ai pazienti strategie compensative e ambientali. Ai caregiver è stato spiegato come utilizzare una supervisione efficace, come utilizzare strategie di problem solving e di coping per sostenere la partecipazione del soggetto. Sessioni finali: avvio e preparazione del supporto di assistenza domiciliare dopo l'intervento di TO.</p>	<p>Valutazioni pre, post (90 giorni) e follow up (6 mesi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mini Mental State Examination (MMSE) • Disability Assessment in Dementia (DAD) • NeuroPsychiatric Inventory (NPI) • Zarit Burden Interview • Visual analogue scale nel EQ-5D • Resource utilization in dementia's scale (numero di ore di assistenza per ADL e IADL) 	<p style="text-align: right;"><u>Outcome pazienti</u></p> <p><u>MMSE:</u> stabile nel tempo (17.3) <u>STATO FUNZIONALE:</u> stabilità dalla valutazione iniziale alla valutazione dopo tre mesi e poi un peggioramento alla valutazione del follow up a sei mesi (p<0.0001) <u>BPSD:</u> punteggi diminuiti alla valutazione dopo tre mesi 8 (p<0.0001), mentre al follow up non è stata registrata una diminuzione significativa (p=0.47) <u>Qualità di vita:</u> migliorata alla valutazione dopo tre mesi con un trend non significativo (p=0.16) e poi è peggiorata significativamente al follow up a sei mesi (p=0.02)</p> <p style="text-align: right;"><u>outcome caregiver</u></p> <p><u>Burden:</u> il punteggio è significativamente diminuito rispetto alla valutazione iniziale (p=0.03) ed è rimasto stabile anche durante la valutazione successiva (p=0.47). <u>Numero di ore di assistenza:</u> riduzione alla valutazione dopo tre mesi (p=0.003), a quella successiva è stato riscontrato un leggero aumento (p=0.65).</p>
---	---	--	---	--

<p>4.Evidence based occupational therapy for people with dementia and their families: what clinical practice tell us and implications for practice-2016-Australia</p>	<p>- Minimo di 39 ad un massimo di 255 - Minimo di 78 anni ad un massimo di 82 anni - MMSE da un minimo di 11 ad un massimo di 19</p>	<p>Interventi di durata variabile: 5 visite domiciliari 5 visite domiciliari in 6 mesi 10 sedute in 5 settimane 6 sedute in 4 mesi 9 sedute in 16 settimane In generale sono stati attivati interventi di valutazione e modificazione ambientale Strategie di problem-solving per ottimizzare le ADL Educazione del caregiver e relativa formazione sulle competenze</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) • Functional Independence Measure (FIM) • Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD) • Dementia Quality Of Life instrument (DQOL) • World Health Organization Quality-of-life scale (WHOQOL-BREF) 	<p style="text-align: right;"><u>Outcome pazienti</u></p> <p><u>Funzionalità nelle ADL:</u> piccolo effetto positivo dopo l'intervento (SMD 0.17)</p> <p><u>Qualità di vita:</u> miglioramenti statisticamente significativi (SMD 0.17)</p> <p style="text-align: right;"><u>outcome caregiver</u></p> <p><u>impatto nel caregiver:</u> non sono stati rilevati effetti significativi</p> <p>*assenza di danni dovuti all'intervento</p>
--	---	--	--	---

<p>5.Targeting behavioral symptoms and functional decline in dementia: a randomized controlled trial-2017- America</p>	<p>- 160 diadi (pz+caregiver) - 80.4 anni pz - 72.4 anni caregiver MMSE: 16.6</p>	<p>Gruppo sperimentale: programma TAP, 8 sedute domiciliari Sedute 1-2: valutazioni sui pz, sui caregiver e sull'ambiente Sedute 3-4-5-6: obiettivi, organizzazione e modifiche ambientali, fornitura di strategie Sedute 7-8: insegnamento al caregiver sulle modalità di semplificazione delle attività Gruppo di controllo: 8 sedute telefoniche di educazione sulla demenza e la sicurezza domestica</p>	<p>Valutazioni pre, post (4 mesi) e al follow up (8 mesi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychiatric Inventory-Clinician (NPI-C) • Caregiver Assessment of Function and Upset scale (CAFU) • Pain intensity scale items • Centers for Epidemiologic study depression scale (CES-D) • Zarit Burden Interview versione breve • Tempo speso nell'assistenza è stato misurato sommando le ore dedicate all'assistenza per le ADL e le IADL, ore trascorse di servizio e le ore spese facendo cose per i pazienti. 	<p style="text-align: right;"><u>Outcome pazienti:</u></p> <p><u>BPSD dopo 4 mesi:</u> -nel gruppo sperimentale è stato riscontrato un buon miglioramento (69.7%) sia nella frequenza che nella severità, - nel gruppo di controllo i miglioramenti sono stati del 46.4% (p=0.02) <u>Numero di attività con assistenza:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una differenza tra pre e post-intervento di 0.4 -nel gruppo di controllo c'è stata una differenza tra pre e post-intervento di 1.2 (p=0.009) <u>Dipendenza funzionale:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una differenza tra pre e post intervento di 1.4 -nel gruppo di controllo c'è stata una differenza tra pre e post intervento di - 2.8 (p=0.009) <u>Dolore:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una differenza di -0.6 -nel gruppo di controllo c'è stata una differenza di 0.9 (p=0.01)</p> <p style="text-align: right;"><u>Outcome caregiver</u></p> <p><u>Sintomi depressivi:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una riduzione di 0.10 -nel gruppo di controllo c'è stato un aumento di 1.0 (p=0.3) <u>Burden:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una riduzione di -1.0 -nel gruppo di controllo c'è stata una riduzione di -0.3 (p=0.65) <u>Angoscia:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una riduzione di -0.1 -nel gruppo di controllo c'è stata una riduzione di -0.05 (p=0.03) <u>Ore spese per IADL:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una riduzione di -0.8 -nel gruppo di controllo c'è stato un aumento di 0.07 <u>Ore di servizio:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stato un aumento di 0.7 -nel gruppo di controllo c'è stato un aumento di 1.6 <u>Ore dedicate al fare cose per i pz:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stato un aumento di 0.2 -nel gruppo di controllo c'è stato un aumento di 0.05 A 8 mesi non sono state registrate differenze tra i caregiver dei due gruppi</p>
---	---	--	--	---

<p>6.Effectivness of occupational therapy interventions to enhance occupational performance for adults with Alzheimer disease and related major neurocognitive disorders: a systematica review- 2017- America</p>	<p>Non menzionati</p>	<p>Interventi occupation based Attività sociali individualizzate + educazione Riabilitazione cognitiva, training cognitivo, stimolazione cognitiva Errorless learning, error reduction learning, apprendimento implicito e esplicito e indizi descrittivi Esercizio fisico</p>	<p>Non menzionati</p>	<p><u>Performance occupazionale nelle ADL:</u> miglioramenti con interventi occupation based, riabilitazione cognitiva, Errorless learning, error reduction learning, apprendimento implicito e esplicito e indizi descrittivi, esercizi fisici</p> <p><u>Sonno:</u> miglioramenti attraverso esercizi, attività sociali individualizzate e programma di educazione</p>
--	-----------------------	--	-----------------------	---

<p>7.Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis-2019-Australia</p>	<p>- 2063 pz + caregiver - 75 anni - MMSE: 11.23-22.73</p>	<p>Media di 8 sessioni di circa 1-1,5 h dalle 5 settimane a massimo 6 mesi Trattamento di Terapia occupazionale paragonato a “assistenza abituale”, “attention control”, lista d’attesa “active control” o altri interventi non specificati</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alzheimer’s Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (ADCS-ADL) Zarit Burden Interview <p>Altri strumenti non specificati</p>	<p style="text-align: right;"><u>Outcome pazienti</u></p> <p><u>ADL</u> 5 studi hanno dimostrato efficaci dell’intervento rispetto alla cura abituale (SMD 0.61) 1 studio ha riscontrato un miglioramento a 3 mesi dall’inizio del trattamento (SMD 13.6)</p> <p><u>IADL</u> 5 studi hanno riportato dimensioni ridotte dell’effetto della terapia occupazionale in questo ambito (SMD 0.22)</p> <p><u>Ricorrenza BPSD</u> 6 studi hanno dimostrato una differenza statisticamente significativa da piccola a moderata (SMD -0.32)</p> <p><u>Depressione</u> non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi dopo l’intervento (SMD -0.26). Al follow up (3 mesi dopo) uno studio non ha registrato effetti significativi, mentre un altro ne ha riscontrato una riduzione (SMD -0.30)</p> <p><u>Ansia</u> È stata valutata solo in uno studio che non ha riscontrato differenze significative tra i gruppi.</p> <p><u>QoL</u> Sei studi hanno riscontrato un miglioramento dopo l’intervento (SMD 0.76). Al follow up, i dati di due studi hanno riportato un grande e significativo risultato (SMD 1.07)</p> <p style="text-align: right;"><u>Outcome caregiver</u></p> <p><u>Depressione</u> 5 studi non hanno riportato differenze statisticamente significative dopo l’intervento (SMD -0.33). Altri tre studi non hanno registrato differenze statisticamente significative dopo 3-6 mesi (SMD -0.50)</p> <p><u>Burden</u> Quattro studi non hanno riscontrato differenze significative (SMD -0.06). Tre studi hanno valutato il burden attraverso il numero di ore dedicate al servizio della persona e non sono state rilevate differenze significative (SMD 0.20), tuttavia è diminuito il tempo “facendo cose” per il paziente (SMD -0.33)</p> <p><u>Ansia e turbamento</u> 6 studi hanno rilevato una piccola differenza significativa dopo l’intervento (SMD -0.23)</p> <p><u>Qualità di vita</u> Tre studi hanno rilevato un’ampia differenza dopo l’intervento di TO (SMD 0.99) *Due studi hanno riportato l’assenza di effetti collaterali</p>
--	--	---	--	--

<p>8.Effects of client-centered occupational therapy on behavioral psychological symptoms, social interaction, occupational performance, quality of life and caregiver burden among teh individuals with dementia-2022-Korea</p>	<p>- 20 pz - 77.9 anni gruppo sperimentale 76.2 anni gruppo di controllo -MMSE-K 16.6 gruppo sperimentale 17.9 gruppo di controllo</p>	<p>Gruppo sperimentale (10 pz): intervento client centered 10 minuti di esercizio fisico, 20 minuti di formazione cognitiva basata su un libro di lavoro e 30 minuti di riabilitazione cognitiva basata sulla performance occupazionale.</p> <p>Gruppo di controllo (10 pz, suddivisi in due gruppi di 5): intervento di terapia occupazionale generale 10 minuti di attività fisica, 20 minuti di formazione cognitiva basata su un libro di lavoro e 30 minuti di attività artigianali.</p>	<p>Valutazioni pre, post e al follow up</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canadian Occupational Performance Measure (COPM) • Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) • Interest Checklist (IC) • Occupational Questionnaire (OQ) • Social Behavior Scale (SBS) • Geriatric Quality of life-dementia (GQOL-D) • Burden Interview (BI) 	<p style="text-align: center;"><u>Outcome pz</u></p> <p><u>BPSD:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una riduzione significativa della severità dei comportamenti ($p<0.001$), pretest e follow up ($p<0.05$). -nel gruppo di controllo non ci sono state differenze significative</p> <p><u>Area verbale:</u> -nel gruppo sperimentale è stata rilevata una differenza significativa ($p<0.001$) con differenza tra pre e post test di $p<0.05$ e pretest e follow up di $p<0.01$ -nel gruppo di controllo non è stata rilevata alcuna differenza significativa</p> <p><u>Area conversazionale:</u> -nel gruppo sperimentale sono stati rilevati significativi effetti positivi ($p<0.001$) con differenza tra pretest e post test di $p<0.01$ e tra pretest e follow-up di $p<0.05$. -nel gruppo di controllo non è stata rilevata alcuna differenza significativa</p> <p><u>Performance e soddisfazione ADL:</u> -nel gruppo sperimentale c'è stata una differenza significativa ($p<0.001$) -nel gruppo di controllo non è stata rilevata alcuna differenza significativa</p> <p><u>Qualità di vita:</u> Migliorata in entrambi i gruppi, anche se nel gruppo sperimentale i risultati sono stati migliori</p> <p style="text-align: center;"><u>Outcome caregiver</u></p> <p><u>Burden caregiver:</u> - nel gruppo sperimentale è stata riscontrata una differenza significativa ($p<0.001$) sia tra pretest e post test che al pretest e al follow up. -nel gruppo di controllo non è stata rilevata alcuna differenza significativa</p>
---	--	---	---	---

<p>9. The impact of an occupational therapy group cognitive rehabilitation program for people with dementia -2022- Irlanda</p>	<p>-58 pz + partecipazione caregiver -76 anni -MMSE: uguale o superiore a 18</p>	<p>5 settimane di trattamento ambulatoriale di gruppo (6 persone), ogni settimana alla stessa ora per un'ora e mezza. Prima settimana: introduzione alla demenza, salute mentale e attenzione Seconda settimana: comprendere la memoria Terza settimana: comprendere la memoria Quarta settimana: ambiente domestico, guida e pianificazione futura Quinta settimana: sessione di ripasso delle strategie</p>	<p>Valutazioni pre, post e al follow up (3 mesi dopo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT3) • Dementia Quality Of Life (DEMQOL) • Canadian Occupational Performance Measure (COPM) • Functional Independence Measure (FIM) e Functional Assessment Measure (FAM) 	<p><u>Memoria:</u> miglioramento significativo dopo il termine del trattamento ($p < 0.001$) e sono stati mantenuti al follow up dopo 3 mesi ($p = 0.353$).</p> <p><u>Qualità di vita auto-riferita:</u> miglioramenti significativi dopo il termine dell'intervento ($p = 0.002$) e miglioramenti anche al follow up ($p = 0.930$)</p> <p><u>Performance e soddisfazione</u> miglioramenti sia nella performance che nella soddisfazione di $p < 0.001$. I miglioramenti sono stati mantenuti anche nel periodo di follow-up ed erano migliori rispetto a quelli della baseline ($p < 0.001$)</p>
---	--	---	---	---

ALLEGATO B: I principali strumenti di valutazione utilizzati negli studi

- La *Neuropsychiatric Inventory-Clinician (NPI-C)* è un questionario che permette al caregiver di assegnare un punteggio in base a severità e frequenza dei problemi comportamentali. Più alti sono i punteggi, maggiore è la gravità dei comportamenti. (Neuropsychiatric Inventory, s.d.)
- L'*Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)* è uno strumento osservazionale che consente di valutare sia le abilità motorie che di processo e il loro effetto sulla capacità di un individuo di svolgere attività di vita quotidiana (ADL) complesse o strumentali e personali. Esso è composto da 16 item di abilità motorie e 20 di abilità di processo. (Stroke Engine, 2010)
- La *Functional Independence Measure (FIM)* è un questionario che censisce 18 attività della vita quotidiana (13 motorio-sfinteriche, 5 cognitive). Ogni attività può ricevere un punteggio variabile fra 1 (completa dipendenza dagli altri) e 7 (completa autosufficienza). I punteggi cumulativi producono un indice quantitativo della disabilità della persona. Più alto è il punteggio maggiore sarà l'autosufficienza del paziente. (FIM, s.d.)
- La *Functional Assessment Measure (FAM)* è una scala di valutazione da aggiungere alla FIM che indaga, attraverso 12 item, aree cognitive, comportamentali e di comunicazione. (COMBI, s.d.)
- L'*Interest Checklist (IC)* è un questionario che può essere compilato tramite intervista e viene utilizzato per indagare gli interessi della persona nel suo passato e nel suo presente. (MOHO, s.d.)
- L'*Occupational Questionnaire (OQ)* è uno strumento di valutazione e di intervento che permette di indagare l'uso del tempo nei pazienti attraverso la valutazione della partecipazione alle attività di vita quotidiana ogni 30 minuti. (MOHO, s.d.)
- Il *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* è un'intervista semi-strutturata per identificare attività problematiche per il paziente nelle tre aree: cura di sé, produttività e tempo libero. Il paziente assegna un punteggio da 1 a 10 riguardo alla performance e alla soddisfazione nello svolgere l'attività. (COPM, s.d.)
- Il *World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)* è un questionario compilato dal paziente che valuta 4 domini della qualità di vita: salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali e ambiente. Oltre a questo, ci sono due item che valutano la qualità di vita e la salute generale. Un punteggio elevato è indice di una migliore qualità di vita. (SCIRE Professional, 2022)
- La *Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)* è uno strumento breve composto da 13 domande per i pazienti e 15 per i caregiver in domini quali: salute fisica e psichica del soggetto, umore, relazioni interpersonali, partecipazione ad attività significative e situazione economica. (ResearchGate, 2019)
- La *Dementia Quality of Life (DQoL)* è una scala composta da 29 items per i pazienti che permette la valutazione di cinque domini critici rispetto a stati emotivi e umore: sentimenti positivi e negativi, autostima, sentimenti di appartenenza e senso dell'estetica. (ResearchGate, 2019)

- La *Dementia Quality of Life (DEM-QOL)* è un questionario compilato dal paziente che comprende 16 item che vanno ad indagare i sentimenti e la memoria. (htt1)
- La *Zarit Burden Interview* è uno strumento composto da 22 domande a cui il caregiver deve rispondere assegnando un punteggio da 0 (mai) a 5 (sempre). Punteggi elevati sono sintomo di un alto livello di stress del caregiver. (American Psychological Association , s.d.)

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- (s.d.). Tratto da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- (s.d.). Tratto da Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, Jagger C, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neur*
- (s.d.). Tratto da https://www.bsms.ac.uk/_pdf/cds/demqol-questionnaire.pdf
- Abson, D. (2019, Aprile 24). *The occupational therapy hub*. Tratto da <https://www.theothub.com/article/occupational-deprivation>
- AIFA. (2023, marzo 28). Tratto da <https://www.aifa.gov.it/nota-85>
- al, R. B. (1992). The Global Deterioration Scale far the Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*(139).
- alzint.org*. (s.d.). Tratto il giorno 06 27, 2023 da <https://www.alzint.org/resource/warning-signs-of-dementia-infographic/>
- American Psychological Association* . (s.d.). Tratto da <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit>
- Brody, H. &. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 217-228.
- CENSIS. (s.d.). Tratto il giorno luglio 28, 2023 da https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Italiaele%20dinamichedemografiche_0.pdf
- Cepoiu-Martin, M. T.-T. (2016). Predictors of long-term care placement in persons with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 1151-1171.
- Ciro CA, D. D. (2014). Improving Daily Life Skills in People with Dementia: testing the STOMP intervention model. *Journal of Alzheimer's disease & Parkinsonism*, 4:165.
- COMBI . (s.d.). Tratto da <https://www.tbims.org/FAM/index.html>
- COPM. (s.d.). Tratto da <https://www.thecopm.ca/>
- Donkin, H. B. (2009, aprile 1). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, p. 217-228.
- Edemekong PF, B. D. (s.d.). Tratto da Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, et al. Activities of Daily Living. [Updated 2022 Nov 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
- FIM. (s.d.). Tratto da http://scalafim.com/pages/scala_fim.html
- Folstein, M. F. (1975). Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 129-138.
- Frisoni, G. B. (1999). Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 130-138.

- Gauthier S, W. C.-N. (2022, settembre 21). *Alzheimer's disease international* . Tratto da <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- Gillen, G. (2009). Cognitive and Perceptual Rehabilitation.
- Gitlin, L. A. (2017). Targeting Behavioral symptoms and functional decline in dementia: a randomized clinical trial. *Journal the american geriatrics society*, 66: 339-345.
- Griffin A, O. G. (2022). The impact of an occupational therapy group cognitive rehabilitation program for people with dementia . *Australian occupational therapy journal* , 69 (3): 331-340 .
- Hansson, S. O. (2022). Occupational identity in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 198-209.
- inTherapy. (2023). *inTHERAPY di studi cognitivi* . Tratto da <https://www.intherapy.it/disturbo/demenza-alzheimer-disturbi-neurocognitivi/>
- inTherapy. (s.d.). *inTherapy di studi cognitivi* . Tratto da <https://www.intherapy.it/disturbo/demenza-alzheimer-disturbi-neurocognitivi/>
- ISS. (s.d.). Tratto da https://www.iss.it/home?p_p_id=com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvcPath=%2Fview_content.jsp&_com_liferay_portal_search_web_portlet_Se
- ISS. (2021, giugno 15). *ISS*. Tratto il giorno luglio 24, 2023 da <https://www.iss.it/-/le-demenze-testo-1>
- ISTAT. (s.d.). Tratto il giorno luglio 27, 2023 da <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- ISTAT. (2015, ottobre-dicembre). Tratto da <https://www.istat.it/it/archivio/204655>
- Kate Laver, R. C. (2016). Evidence-Based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Australian Occupational therapy journal* , 64(1), 3–10.
- Kim, M.-H. K.-K. (2023). Effects of Client-Centered Occupational Therapy on Behavioral Psychological Symptoms, Social Interaction, Occupational Performance, Quality of Life, and Caregiver Burden among the Individuals with Dementia . *Occupational Therapy In Health Care*, 37:2, 266-281.
- Kitwood, T. (1997). *Riconsiderare la demenza*. Erickson.
- Kumar P, T. S. (2014). Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *International Archives of medicine*, 20;7:26.
- Law M, B. S. (1995). Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5):250-257.
- MOHO. (s.d.). Tratto da <https://moho-irm.uic.edu/products.aspx?type=free>
- MOHO. (s.d.). Tratto da <https://moho-irm.uic.edu/products.aspx?type=free>
- Monastero R, M. F. (2009). A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *J. Alzheimer Dis.*, 18, 11-30. Tratto da Monastero, R., Mangialasche, F.,

- MSD, m. (s.d.). *MSD*. Tratto il giorno luglio 26, 2023 da <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/delirium-e-demenza/demenza>
- Neuropsychiatric Inventory*. (s.d.). Tratto da <https://dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/01/NPI.pdf>
- Pimouguet, C. M.-F. (2016). Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a real world observational study. *Journal of Alzheimer's disease*, 56 (2), 509-517.
- Pozzi, C. T.-G. (2023). Innovative Non-Pharmacological Management of Delirium in Persons with Dementia: New Frontiers for Physiotherapy and Occupational Therapy? *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 8 (2), 28.
- report, W. A. (2022, settembre 21). Tratto da <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- ResearchGate*. (2019, gennaio). Tratto da https://www.researchgate.net/publication/330144405_Valutare_la_qualita_della_vita_nei_soggetti_con_demenza_una_rassegna_delle_principali_scale_di_misurazione_Evaluating_the_quality_of_life_for_people_with_dementia_a_review_of_the_main_measurement_scales
- s. (s.d.).
- Sally Bennett, K. L.-R. (2019). Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 9(11).
- salute, m. d. (s.d.). *salute.gov*. Tratto il giorno luglio 26, 2023 da <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto>
- SCIRE Professional*. (2022, Luglio 19). Tratto da <https://scireproject.com/outcome/world-health-organization-quality-of-life-bref-whoqol-bref/>
- SIRN. (s.d.). Tratto il giorno luglio 19, 2023 da <https://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/patologia.cfm?p=demenze>
- SIRN. (s.d.). *SIRN*. Tratto il giorno LUGLIO 19, 2023 da <https://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/patologia.cfm?p=demenze>
- Smallfield S, H. C. (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions to enhance occupational performance for adults with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: a systematic review. *American journal of occupational therapy*, 71 (5).
- statistica, I. n. (2023, LUGLIO 28). *ISTAT*. Tratto da <https://www.istat.it/it/archivio/284853>
- Stroke Engine*. (2010, Ottobre 26). Tratto da <https://strokengine.ca/en/assessments/assessment-of-motor-and-process-skills-amps/>
- Toglia Joan, K. U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, vol.15, 57-70.

- Ufficiale, G. (2017, marzo 18). Tratto da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>
- VENETO, A. (2019, maggio 9). Tratto da https://www.aulss8.veneto.it/wp-content/uploads/2023/04/9328-PDTA_demenza_regione_Veneto_2019-1.pdf
- Veneto, R. (s.d.). *Regione del Veneto*. Tratto il giorno luglio 28, 2023 da <https://demenze.regione.veneto.it/PDTA/dati>
- WFOT. (2012). Tratto da <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- WFOT. (2012). Tratto da <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy#:~:text=Occupational%20therapy%20is%20a%20client,the%20activities%20of%20everyday%20life.>
- WHO. (s.d.). Tratto il giorno giugno 12, 2023 da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- WHO. (s.d.). Tratto il giorno luglio 19, 2023 da <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>
- WHO. (s.d.). Tratto da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- WHO. (s.d.). WHO. Tratto il giorno GIUGNO 19, 2023 da <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo/risk-reduction>

