



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA NEL SOGGETTO AFFETTO
DA MORBO DI ALZHEIMER: UN CASE REPORT

Relatore: Prof. Stefano Rigodanza

Correlatore: Dr.ssa Irene Turatto

Laureando: Stefano Furlan

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

INDICE

Indice

Abstract

Introduzione	1
Capitolo 1: Presentazione del caso clinico	3
1.1 Descrizione della patologia	3
1.2 Condizioni socio-assistenziali iniziali del Sig. B.A.	4
1.3 Condizioni cliniche e sanitarie iniziali del Sig. B.A.	4
1.4 Evoluzione clinico-assistenziale del Sig. B.A.	5
1.5 Contesto assistenziale del Sig. B.A.	8
1.6 Diagnosi, trattamento e assistenza infermieristica al Sig. B.A.	8
1.7 L'agitazione psicomotoria: caratteristiche	9
1.8 L'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.	11
1.9 Gestione dell'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.	12
1.10 Risultati attesi	14
1.11 Effetti ed eventi inattesi	15
Capitolo 2: Best Practice nell'agitazione psicomotoria	17
2.1 Risultati della revisione di letteratura	17
2.2 Implicazioni cliniche per la prevenzione dell'agitazione psicomotoria	19
2.3 Implicazioni cliniche per l'evento acuto	21
2.4 Implicazioni cliniche con effetto a lungo termine	26
2.5 Implicazioni cliniche non raccomandate	27
Capitolo 3: Discussione e conclusione	31
3.1 Difficoltà incontrate nel caso clinico del Sig. B.A.	31
3.2 Limiti della letteratura terziaria	32
3.3 Punti di forza e di debolezza della revisione di letteratura	33
3.4 Implementazione della Best Practice al Sig. B.A.	35
3.5 Riflessione critica sul contesto assistenziale	37
3.6 Implicazioni per la pratica	38

3.7 Proposte di studio future 39

Bibliografia 41

Allegati

Allegato 1: Acronimi

Allegato 2: Metodologia della revisione di letteratura

Allegato 3: Tabella di selezione degli studi di letteratura

Allegato 4: Tabelle di sintesi delle evidenze

Allegato 5: Scale di grading

ABSTRACT

Problema: L'agitazione psicomotoria è un'insieme di comportamenti anomali che spaziano da sintomi di aggressione verbale e fisica a sintomi non aggressivi di vagabondaggio, passeggio e altre attività intenzionali ricorrenti (1). Nelle strutture residenziali gli utenti con demenza raggiungono il 40-90% (2), e di questi il 90-100% sviluppa problemi comportamentali (3), di cui agitazione psicomotoria nel 50-60% dei casi (4).

Obiettivo: Il confronto tra l'assistenza offerta ad un soggetto anziano istituzionalizzato affetto da demenza di Alzheimer in fase severa con agitazione psicomotoria e le evidenze più recenti della letteratura, circa il trattamento farmacologico o di altra natura capace di offrire i migliori risultati in termini di controllo dei sintomi comportamentali, salute, qualità di vita e sicurezza.

Metodi: La descrizione di caso clinico incontrato in struttura residenziale, lo studio delle informazioni fornite dalla letteratura terziaria e la revisione sistematica della letteratura secondaria e primaria attraverso la consultazione di banche dati di ricerca online. La ricerca delle evidenze riguarda soggetti affetti da demenza di Alzheimer con agitazione psicomotoria, primariamente anziani e istituzionalizzati.

Risultati: L'agitazione psicomotoria è un fenomeno non completamente prevenibile o evitabile, tuttavia esistono trattamenti in grado di contenerla. Gli effetti di queste strategie sono tuttavia limitati, nel tempo e nel livello di agitazione, come limitate sono le evidenze per il numero di studi e per il loro grado di raccomandazione, e spesso si accompagnano ad eventi avversi. Punto di partenza è l'accertamento dei sintomi e delle possibili cause, specialmente il dolore, la depressione e le psicosi, andando ad intervenire su queste ultime, nonché la pianificazione dell'assistenza e l'educazione e la sorveglianza ai *caregiver* nell'aiuto all'assistito. Principio guida nei trattamenti è quello di dare priorità a interventi non farmacologici di tipo sensoriale e ricreativo, restringendo il ricorso alle terapie farmacologiche e alla contenzione fisica per situazioni di pericolo per le persone e l'ambiente, nonché impiegando con cautela i farmaci e monitorandone l'efficacia.

INTRODUZIONE

Si propone un *case report* con l'obiettivo di ricercare negli studi più recenti evidenze sulle migliori raccomandazioni di intervento per il controllo dell'agitazione psicomotoria nella demenza di Alzheimer in termini di efficacia, da confrontare con l'assistenza fornita ad un soggetto affetto dalla patologia in fase grave in struttura residenziale, per valutare la correttezza delle scelte e proporre indicazioni di intervento per il caso specifico. Inoltre si vuole dare aiuto all'infermiere e all'equipe sanitaria che si occupa di una particolare casistica di cui si conosce poco come quella della demenza di Alzheimer, per la quale la ricerca è ancora in una fase molto attiva e l'assistenza procede per tentativi, cercando di proporre interventi farmacologici o di altra natura in grado di garantire il raggiungimento dell'obiettivo di controllo dei sintomi comportamentali, ovvero la loro prevenzione, eliminazione, riduzione o procrastinazione, nella gestione di un problema frequente nei luoghi di cura residenziali e di forte impatto emotivo, fisico ed economico per il professionista sanitario, il *caregiver*, la famiglia e la comunità intera, ma allo stesso tempo assicurando la sicurezza del soggetto e un miglioramento o mantenimento di un certo livello di salute e qualità di vita.

All'interno del *case report* sono stati presi in considerazione alcuni aspetti etici, tra i quali l'importanza della centralità del soggetto assistito nella costruzione del piano terapeutico più adatto, la sicurezza, quale caratteristica fondamentale di ogni intervento applicato, e la reale necessità e utilità sull'uso di contenzioni sia farmacologiche che fisiche.

Questo progetto è stato pensato in seguito ad una esperienza personale e formativa con soggetti affetti da demenza di Alzheimer durante il periodo di tirocinio, e per un interesse professionale a ricercare le basi di conoscenza su cui costruire l'assistenza al malato. La sua realizzazione è stata svolta nel rispetto del principio di onestà e integrità accademica, evitando di commettere plaghi altrui e citando il più appropriatamente possibile le fonti di informazione, nonché nel rispetto del diritto alla privacy nella raccolta e utilizzo dei dati del soggetto descritto nel caso clinico analizzato, attraverso la consultazione di cartelle cliniche, garantendo l'anonimato e la confidenzialità delle informazioni e con l'autorizzazione della Direzione della struttura residenziale.

CAPITOLO 1

PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO

Il caso clinico esaminato è quello di B.A., 78 anni, maschio, affetto da demenza di Alzheimer in fase grave, e ospitato in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale).

1.1 Descrizione della patologia

Il morbo di Alzheimer fa parte di quelle patologie neurologiche dette demenze che si caratterizzano per una alterazione della funzione cognitiva del soggetto, fino alla sua totale perdita, con un forte impatto sulla capacità di svolgere le attività di vita quotidiana. Si tratta di una demenza primaria, di tipo degenerativa e irreversibile, dove il deterioramento è progressivo e non può essere arrestato, procedendo lentamente con una durata media tra i 10 e i 15 anni (5), rendendo il soggetto totalmente dipendente da terzi, isolato dal proprio ambiente e dalle relazioni con gli altri. La perdita delle funzioni cognitive, prima fra tutte la memoria, è dovuta ad un processo fisiopatologico ancora poco chiaro, che si caratterizza per:

- **perdita dei neuroni cerebrali**, con conseguenze drammatiche in relazione all'area del cervello colpita;
- formazione di **placche amiloidi**, con effetto tossico su neuroni e sinapsi;
- presenza di **grovigli neuro-fibrillari**, che impediscono o rallentano la comunicazione tra gli emisferi cerebrali.

La demenza di Alzheimer si manifesta con:

- **sintomi cognitivi**, quali deficit di memoria, del linguaggio, della prassia, dell'orientamento nel tempo, nello spazio e di sé, dei processi visivi e delle funzioni esecutive;
- **sintomi non cognitivi o comportamentali**, quali disordini dell'umore, agitazione verbale e motoria, cambiamenti nella personalità, perdita della consapevolezza di malattia, psicosi, resistenza alle cure, comportamenti anomali ricorrenti.

In questi soggetti l'aspettativa di vita si riduce del 50% e la morte sopravviene nel 50% dei casi per le complicanze legate alle disfunzioni neurologiche della malattia, come l'immobilità e la malnutrizione, e il restante per la compresenza di altre patologie che complicano le condizioni cliniche dell'individuo (1).

Da solo o in combinazione con altre patologie, il morbo di Alzheimer è la più comune causa di demenza in persone con più di 65 anni, ovvero il 50-60% dei casi di demenza (6), con una prevalenza che cresce con l'età ogni cinque anni fino al 30% della popolazione sopra gli 85 anni (1).

1.2 Condizioni socio-assistenziali iniziali del Sig. B.A.

B.A. ha una formazione accademica ed esercitava la professione di Medico Veterinario. Oggi è pensionato. Percepisce una pensione di invalidità civile e una indennità di accompagnamento per la moglie.

B.A. prima di entrare in RSA viveva al domicilio e frequentava durante la settimana un centro diurno per i soggetti con morbo di Alzheimer. Veniva assistito dai familiari o da persone di fiducia, e per due mesi all'anno aveva la possibilità di accesso al SAPA (Servizio Alta Protezione Alzheimer) presente nella struttura della RSA, quale ricovero di sollievo per i *caregiver*.

Il **contesto familiare** è costituito dalla moglie, di 68 anni, la quale si è sempre presa cura dell'assistito nel garantire il soddisfacimento delle attività di vita quotidiana di base del marito, nonché si è occupata della gestione della casa e delle attività strumentali di vita del soggetto, già da prima del pensionamento. Si è sempre dimostrata disponibile e interessata all'assistenza al marito, garantendo la sua presenza o attivando persone di fiducia, e proponendo soluzioni per impegnare le giornate dell'assistito. Oltre alla moglie ci sono due figli adulti, i quali tuttavia vivono altrove e non possono aiutare la madre, nonché alcuni fratelli che qualche volta vengono a far visita. La condizione economica della famiglia è adeguata e agiata. Il domicilio era stato ritenuto adeguato alla gestione della malattia del soggetto, seppur con la presenza di alcune barriere architettoniche. Il supporto socio-sanitario era sufficiente.

Prima della malattia B.A. amava il giardinaggio, gli animali, il ballo, il canto, giocare a carte, le passeggiate e la tranquillità in genere.

1.3 Condizioni cliniche e sanitarie iniziali del Sig. B.A.

Ancora al domicilio, la malattia di Alzheimer determinava nel soggetto:

- **sintomi cognitivi**, con perdita di memoria, disorientamento spazio-tempo e difficoltà a concentrarsi e ricordare cose;

- **sintomi funzionali**, con perdita della capacità di svolgere le attività di vita quotidiana strumentali e necessità di sostegno per quelle di base, come ricordare e incoraggiare a fare o essere aiutato nella doccia;
- **sintomi comportamentali**, con vagabondaggio.

Manifestazioni cliniche queste compatibili con una **fase moderata** della demenza di Alzheimer (Tabella I).

Nelle ore notturne inoltre B.A. presentava **disturbi del sonno**, con riposo a tratti e continua richiesta di essere accompagnato in bagno.

Nelle **attività sociali e relazionali**, il soggetto dimostrava un eloquio adeguato e un atteggiamento attivo, relazionandosi positivamente con gli altri, e disponibile ad esprimere bisogni e disagio, preferendo tuttavia quelle attività che favoriscono la partecipazione individuale, come il canto, il disegno e i dialoghi, il giardinaggio e fare passeggiate.

Come tipico di persona anziana, B.A. presentava inoltre alcune **comorbidità**, richiedendo una assistenza più attenta: diabete mellito di tipo II, glaucoma, arterosclerosi, stenosi carotidiche, ipercolesterolemia e iperplasia prostatica benigna.

1.4 Evoluzione clinico-assistenziale del Sig. B.A.

Nell'ultimo anno le condizioni cliniche dell'assistito sono peggiorate a causa della progressione della malattia. Attualmente, infatti, la malattia determina nel soggetto:

- **sintomi cognitivi**, con perdita di memoria e disorientamento spazio-tempo, difficoltà a concentrarsi e ricordare non solo cose ma anche persone;
- **sintomi funzionali**, con perdita nella capacità di svolgere le attività di vita quotidiana nelle operazioni più complesse, a cui si aggiunge una perdita anche per quelle di base, con necessità di sostituzione nella maggior parte;
- **sintomi comportamentali**, con vagabondaggio, al quale si aggiungono manifestazioni di confusione e alterazione dell'umore, disinteresse per le attività e apatia in genere, con momenti di assopimento o tranquillità che si alternano a momenti di nervosismo, ansia e agitazione motoria.

Manifestazioni cliniche queste compatibili con una **fase grave** della demenza di Alzheimer (Tabella I).

Tabella I - *Evoluzione clinico-assistenziale del Sig. B.A.*

	Fase moderata	Fase grave
Sfera cognitiva	perdita di memoria, disorientamento spazio-tempo, difficoltà a concentrarsi e ricordare cose	perdita di memoria, disorientamento spazio-tempo, difficoltà a concentrarsi e ricordare cose e persone
Sfera funzionale	perdita delle <i>IADL</i> , sostegno nelle <i>BADL</i>	perdita delle <i>IADL</i> , sostituzione nella maggior parte delle <i>BADL</i>
Sfera comportamentale	vagabondaggio	vagabondaggio, confusione, alterazione dell'umore, disinteresse e apatia, ansia e agitazione motoria
Sfera relazionale	eloquio adeguato, partecipazione alle attività, relazione positiva con gli altri, espressione di bisogni e disagio	ascolto del proprio interlocutore e comunicazione, risposta inadeguata, pensiero confabulante
Stato fisico	adeguato	deterioramento con calo ponderale, deambulazione instabile

L'**agitazione psicomotoria** si presenta generalmente al mattino e dopo il pranzo, soprattutto nelle attività di messa a letto, igiene e vestizione. Il soggetto si agita verbalmente e fisicamente nel momento dell'assistenza, rendendo difficoltoso il posizionamento di presidi invasivi in caso di necessità. Alla mattina a letto è confuso, specialmente a causa delle spondine, e di pomeriggio tira i vestiti e se li toglie, tira la fascia addominale contenitiva e si sposta sulla sedia.

I **disturbi notturni** sono stati risolti: la ripresa della terapia per l'iperplasia prostatica con Terozosina ha eliminato il problema per cui si svegliava di notte per andare in

bagno, con effetto benefico per la giornata. Se infatti il soggetto è in grado di dormire con tranquillità la notte, di giorno appare più sereno e meno aggressivo.

La **deambulazione** è divenuta instabile con un'andatura inadeguata, complicata dai seguenti fattori:

- carente capacità di giudizio e orientamento;
- rischio di ipoglicemia;
- agitazione psicomotoria.

Si sono verificate più cadute, seppur senza gravi complicanze, sia al domicilio che in struttura, ma la deambulazione viene stimolata e mantenuta con il supporto di qualcuno.

L'**alimentazione** è mantenuta in maniera totale e autonoma, mentre l'**eliminazione** registra invece una incontinenza doppia.

Da ciò deriva una elevata dipendenza nei confronti di terzi per quanto riguarda la cura di sé, il movimento, e totale nelle attività strumentali di vita quotidiana, evidenziando un peggioramento delle capacità funzionali del soggetto.

Le attitudini ad un eloquio adeguato, ad una **partecipazione** alle attività, ad una relazione positiva con gli altri e alla disponibilità ad esprimere bisogni e disagio, si sono ridotte, comprovando un peggioramento delle condizioni cognitive. Se nelle attività sociali il soggetto si dimostrava abbastanza attivo, oggi necessita di essere costantemente seguito, sostenuto e stimolato, altrimenti tende a distaccarsi e isolarsi. I momenti migliori in cui proporre queste attività sono quelli estranei ad assopimento o agitazione psicomotoria. B.A. è ancora in grado di ascoltare il proprio interlocutore e di comunicare, ma la risposta è generalmente inadeguata, mentre il pensiero vaga tra idee o ricordi. A volte dimostra di comprendere la situazione e di essere conscio dei propri limiti, e allontana l'ostacolo o si altera.

Oltre al deterioramento cognitivo, funzionale e sociale, si evidenzia un progressivo **deterioramento fisico** che, sebbene il supporto nutrizionale adeguato, determina nel soggetto un continuo calo ponderale, e lo mettono a rischio di incorrere in infezioni, a causa dell'indebolimento delle difese immunitarie, e di immobilità, per via delle minori forze per il movimento e la deambulazione insicura.

Tutte queste peculiarità dimostrano un peggioramento delle condizioni cliniche del soggetto, divenute sempre più gravose e ingestibili adeguatamente al domicilio, determinando la necessità di trasferire B.A. in una **struttura residenziale**.

1.5 Contesto assistenziale del Sig. B.A.

Il contesto assistenziale è quello della RSA, denominata anche Centro di servizio, struttura socio-sanitaria a ciclo continuativo a carattere definitivo di accoglienza, che ospita persone non autosufficienti, di norma anziani, offrendo loro assistenza di tipo medico, infermieristico e riabilitativo e prestazioni di tipo tutelare ed alberghiero, con obiettivi di mantenimento della qualità di vita per quanto possibile in un ambiente protetto, monitoraggio costante e ridefinizione degli interventi sulla base della evoluzione naturale del quadro clinico (7). L'organizzazione interna è simile a quella ospedaliera, con reparti costituiti da 40-50 posti letto, assistiti da un Infermiere e sei OSS (Operatori Socio-Sanitari), oltre ad un Medico di Guardia per tutta la struttura, uno Psicologo, un Assistente Sociale, Fisioterapisti ed Educatori. Il reparto presenta una varietà di casistiche: soggetti con deterioramento cognitivo, soggetti con menomazioni funzionali e soggetti a gestione medica.

1.6 Diagnosi, trattamento e assistenza infermieristica al Sig. B.A.

Il soggetto è affetto da demenza di Alzheimer in fase grave o severa, in base alla stadiazione della scala CDRS (*Clinical Dementia Rating Scale*), e presenta disturbi sia cognitivi, funzionali che comportamentali.

Il **trattamento farmacologico** prevede essenzialmente la terapia di controllo dell'agitazione psicomotoria:

- benzodiazepine (Lorazepam) per via orale in tre somministrazioni giornaliere;
- antipsicotici (Promazina) per via intramuscolare al bisogno per gli eventi acuti dell'agitazione.

B.A. non assume nella fase attuale terapie anti-demenza, quali inibitori dell'enzima Acetilcolinesterasi o Memantina.

E' prevista inoltre la possibilità di **contenzione fisica** con fascia addominale al bisogno nei momenti in cui il soggetto è seduto in sedia e non è direttamente sorvegliato, al fine di garantire l'incolumità del soggetto per il rischio di cadute, nonché la predisposizione di letto Alzheimer con spondine alzate per le ore notturne per evitare il vagabondaggio, ma allo stesso tempo che non cada dal letto procurandosi un trauma nel tentativo di scavalcare le spondine, per la sua peculiarità di avere il piano-letto a livello del pavimento.

Altri farmaci prescritti riguardano la **gestione delle comorbilità**:

- terapia ipoglicemizzante con Metformina e Acarbosio, oltre a Insulina rapida prima dei pasti principali e Insulina lenta al mattino;
- terapia ipocolesterolemizzante con Simvastatina;
- protezione gastrica con inibitori di pompa protonica (Lansoprazolo);
- colliri per il glaucoma con Timololo e Trovoprost per via oftalmica;
- antiaggregante piastrinico con acido Acetilsalicilico.

Sono inoltre previste **attività** psicosociali individuali e di gruppo con lo psicologo e l'educatore di struttura, con colloquio, stimolazione cognitiva, musica, attività manuali, culturali, ludiche, conviviali e di socializzazione, nonché attività motorie con il fisioterapista della struttura, tra le quali passeggiate e movimento con la cyclette.

Inoltre si ritiene fondamentale anche il coinvolgimento attivo dei **familiari**, con l'obiettivo di svolgere sorveglianza, attività di distrazione, rilassamento e occupazione durante la giornata nelle ore delle visite, anche tramite passeggiate all'aperto, e di stimolazione cognitiva, soprattutto al momento dei pasti, ma non di meno con il dialogo durante i momenti di pausa.

L'**ambiente** è stato adattato alla presenza di soggetti con demenza di Alzheimer:

- impiego di tonalità di colore differenti alle pareti degli ambienti per favorire l'orientamento;
- rimozione di possibili pericoli dagli ambienti;
- predisposizione di blocchi magnetici alle porte per evitare il rischio di fuga;
- tenuta di un grande calendario colorato, aggiornato nella data e nella stagione dell'anno;
- predisposizione di un cartello sulla porta della stanza dell'assistito con il suo nome e di un cartello con il nome della stanza sulla porta del bagno per favorire l'orientamento;
- disponibilità di un ampio giardino esterno per svolgere passeggiate con l'assistenza e la sorveglianza di qualcuno.

1.7 L'agitazione psicomotoria: caratteristiche

L'agitazione psicomotoria è un'insieme di comportamenti anomali che spaziano da sintomi di aggressione verbale e fisica a sintomi non aggressivi di vagabondaggio, passeggio e altre attività intenzionali ricorrenti, come frugare nell'armadio o nei

cassetti, e rientrano nella sfera dei disturbi neuropsichiatrici della demenza, detti sintomi non cognitivi o comportamentali (1).

L'agitazione psicomotoria compare nella fase moderata e perdura in quella severa (2), con un livello di agitazione più elevato nella fase intermedia di malattia, che poi decresce con il peggiorare delle condizioni cognitive e funzionali dell'assistito, e si evidenzia soprattutto durante le attività di cura personale, specialmente in quelle di igiene e vestizione (8). Si associa a povertà nelle abilità spazio-visuali e peggiora con un ambiente scarsamente illuminato e con l'oscurità della notte (1).

Fattori determinanti agitazione psicomotoria riguardano (2) (4):

- **processi dementigeni:** deficit cognitivi, frustrazione, ansia, depressione, psicosi, illusioni, allucinazioni;
- **condizioni cliniche:** infezioni, delirium;
- **fattori fisiologici:** fame, sete, dolore;
- **fattori assistenziali:** cure personali, approccio del *caregiver*;
- **fattori ambientali:** persone, oggetti, rumore, temperatura.

L'agitazione psicomotoria può verificarsi improvvisamente, senza una apparente causa, con **attività ricorrenti** di vagabondaggio e passeggio reiterato, attività che se non vengono controllate mettono il soggetto a rischio di calo ponderale, a causa dell'eccessivo consumo di energie, a rischio di perdersi e a rischio di cadere (1).

Altre volte invece l'agitazione psicomotoria può essere provocata dall'assistenza dei *caregiver* e dello *staff*: in questo ultimo caso si parla di “**resistenza alle cure**”, situazione caratterizzata dall'incapacità dell'assistito di riconoscere chi lo assiste e capire l'attività che si sta svolgendo, individuandola come un sopruso e non una utilità per sé. Nel caso in cui si insista, il soggetto potrà reagire anche con l'uso della forza (8).

L'agitazione psicomotoria in soggetto con demenza di Alzheimer è un fenomeno molto comune nelle strutture residenziali, poiché il 40-90% degli utenti delle strutture residenziali sono affetti da demenza (2), e di questi il 90-100% sviluppa problemi comportamentali (3), di cui agitazione psicomotoria nel 50-60% dei casi (4).

L'aumento della complessità assistenziale e del *distress* sul *caregiver* in fase avanzata di malattia, determinano l'**istituzionalizzazione** del malato, che non può oltre essere adeguatamente assistito al domicilio, ancor più precipitata dalla presenza di agitazione psicomotoria (4).

1.8 L'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.

Tra i problemi assistenziali riscontrati nel caso clinico di B.A., quello dell'agitazione psicomotoria assume grande rilevanza. L'agitazione psicomotoria è infatti un problema che il professionista sanitario è chiamato ad affrontare con primo grado di priorità, una urgenza che va risolta in tempi brevi, quando crea pericolo per l'**incolumità** dell'assistito e delle persone che gli stanno attorno. Essa ha un forte **impatto sulla salute**, poiché si ricollega ad un più rapido declino funzionale e cognitivo, influenzando le capacità di indipendenza e relazione del soggetto e andando ad intaccare la capacità di svolgimento delle attività di vita quotidiana, nonché determinando un forte *distress* per l'assistito (4). Non meno importante da considerare è infatti l'impatto negativo sul **caregiver**, per la sua salute, per l'aspetto emotivo ed economico (8), e l'agitazione psicomotoria va controllata per ragioni di mantenimento di un **ambiente** sereno e sicuro all'interno dell'unità di degenza, poiché anche gli altri ospiti della residenza sanitaria si ritrovano coinvolti negli eccessi comportamentali dell'assistito, nonché i visitatori e lo *staff*, creando difficoltà e riducendo la qualità di vita di questi soggetti (2) (Tabella II).

Tabella II - Effetti dell'agitazione psicomotoria

Impatto sull'assistito	<ul style="list-style-type: none">- incolumità- stato cognitivo-funzionale- aspettativa di vita
Impatto sul caregiver	<ul style="list-style-type: none">- salute- aspetto emotivo- aspetto economico
Impatto sull'operatore	<ul style="list-style-type: none">- sicurezza
Impatto sull'ambiente e sulle altre persone	<ul style="list-style-type: none">- sicurezza e integrità- serenità

1.9 Gestione dell'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.

La gestione dell'agitazione psicomotoria richiede un intervento attento, mirato, tempestivo e preventivo, se possibile, per contenere i suoi effetti negativi.

Nel contesto assistenziale esaminato è previsto un **approccio multidisciplinare**, con l'attivazione di incontri periodici tra i diversi membri dello *staff* sanitario, al fine di costruire e valutare un piano terapeutico condiviso.

Per la sua prevenzione e per favorire un equilibrio psico-fisico nel soggetto, sono programmati **interventi individuali e di gruppo** da svolgere con lo psicologo, l'educatore e il fisioterapista della struttura: colloquio psicologico individuale, stimolazione cognitiva in piccolo gruppo con canzoni, balli, attività manuali, attività motorie, attività culturali, ludiche, conviviali e di socializzazione, interventi individuali di sostegno e stimolazione nella attività motoria con passeggiate e cyclette.

Per favorire l'orientamento, riducendo la confusione ed evitando che sfoci in agitazione, nonché per garantire la sicurezza del soggetto, si applicano **interventi sull'ambiente**, quali:

- impiego di tonalità di colore differenti alle pareti degli ambienti per favorire l'orientamento;
- uso di cartelli con il nome dell'assistito sulla porta della stanza e per individuare il bagno;
- un grande calendario colorato con la data del giorno;
- predisposizione di un ampio giardino esterno per svolgere passeggiate in accompagnamento;
- rimozione di elementi potenzialmente pericolosi;
- blocchi magnetici alle porte per evitare la fuga e il rischio di perdersi;
- predisposizione di letto Alzheimer con piano-letto a livello del pavimento per evitare traumi da eventuali cadute.

Il **caregiver** è coinvolto attivamente nel controllo dello stato psico-fisico dell'assistito, con il compito di svolgere attività di sorveglianza per l'incolumità del soggetto, di distrazione dagli stimoli e dai pensieri negativi, di occupazione con passeggiate, di stimolazione cognitiva e sociale in attività di relazione e nell'alimentazione.

La **terapia medico-farmacologica** di base prevede:

- somministrazione per via orale tre volte al giorno di benzodiazepine (Lorazepam) per il controllo dei sintomi comportamentali;
- somministrazione per via intramuscolare al bisogno di antipsicotici atipici (Promazina) nel caso di eventi acuti con elevata agitazione.

La scelta di un intervento di **contenzione fisica o farmacologica** segue un protocollo operativo approvato dalla Direzione della RSA. Le indicazioni contenute nel protocollo per l'impiego della contenzione nella struttura assistenziale riguardano le seguenti situazioni:

- difficoltà nella somministrazione di un trattamento medico-farmacologico;
- gestione del vagabondaggio;
- gestione di un comportamento aggressivo o auto-lesivo della persona;
- gestione del rischio di traumi da caduta;
- gestione di andatura ed equilibrio instabile;
- gestione del pericolo per l'assistito e/o per gli altri;
- gestione di situazione di emergenza o stato di necessità;
- gestione dell'iperattività per stato confusionale.

Inoltre è prevista una apposita “scheda contenzioni” per ogni soggetto a disposizione dell'infermiere, la quale specifica quali strumenti impiegare, in quali occasioni, con quali motivazioni, sempre su prescrizione medica.

Nel caso clinico in esame la contenzione viene utilizzata a causa del rischio elevato di cadute, influenzato da vari fattori, tra i quali il disorientamento e la confusione, la tendenza al vagabondaggio e l'agitazione, al fine di garantire l'incolumità del soggetto ed evitare traumi quando l'assistito non è sotto la diretta sorveglianza di qualcuno.

E' previsto perciò il posizionamento di fascia addominale al bisogno quando il soggetto è seduto in sedia ed è agitato, nonché l'uso di spondine durante le ore notturne a letto per evitare il vagabondaggio

L'uso della fascia addominale non è sempre necessaria: quando l'assistito è sotto la sorveglianza di qualcuno, ciò può essere sufficiente ad evitare cadute. Le caratteristiche dell'organizzazione del lavoro nella struttura residenziale tuttavia non permettono la possibilità di una sorveglianza continua da parte degli operatori, determinando la necessità di questo tipo di ausilio, che però può essere rimossa in presenza dei familiari quando il soggetto appare tranquillo. (Tabella III).

Tabella III - Gestione dell'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.

Professionista responsabile	Trattamento di prevenzione	Trattamento in caso di evento acuto
Medico	- benzodiazepine (Lorazepam)	- antipsicotici (Promazina) - fascia addominale in sedia - letto Alzheimer - spondine a letto
Infermiere	- somministrazione dei farmaci	- somministrazione dei farmaci - applicazione delle contenzioni
Caregiver / OSS / Infermiere	- distrazione e occupazione, relazione, presenza	- distrazione e occupazione, relazione, presenza
Psicologo	- colloquio individuale	/
Educatore	- attività di stimolazione cognitiva (manuali, artistiche)	/
Fisioterapista	- attività motorie	- attività motorie
Organizzazione	- interventi ambientali (cartelli, colori, giardino)	- rimozione di elementi pericolosi - blocchi magnetici alle porte

1.10 Risultati attesi

Obiettivo degli interventi è quello di favorire e mantenere un equilibrio psico-fisico, controllare e ridurre lo stato di agitazione psicomotoria e di disorientamento, garantendo la sicurezza e la serenità della persona e di chi gli sta attorno. Dall'assistito ci si attende:

- **tranquillità e serenità** per la maggior parte del tempo nell'arco della giornata, senza presentare disturbi del sonno, e riduzione dell'attitudine al vagabondaggio e alla aggressività;
- **incolumità** da pericoli presenti nell'ambiente;
- **partecipazione** alle attività, supportato dall'OSS o dal *caregiver*.

Gli interventi di **stimolazione cognitiva e motoria** devono saper controllare lo stato di confusione e disorientamento del soggetto, oltre che mantenere attive le capacità cognitive e funzionali residuali dell'assistito.

La presenza dei **familiari** deve saper essere d'aiuto nella gestione dell'agitazione, attraverso attività di dialogo e passeggiate.

Le **terapie farmacologiche** devono saper mantenere l'equilibrio psico-fisico del soggetto, e intervenire qualora si verificassero eventi acuti.

Gli **interventi sull'ambiente** devono favorire l'orientamento e salvaguardare l'integrità dell'assistito.

La **contenzione** deve essere utilizzata il meno possibile, allo scopo di garantire la tutela del soggetto da eventi traumatici da caduta.

1.11 Effetti ed eventi inattesi

Il **trattamento farmacologico** impiegato dimostra sempre più spesso un effetto anomalo a quello atteso, con momenti di eccessiva sedazione, debolezza e confusione, con stati di sonnolenza, soprattutto durante i pasti, rendendo difficile l'alimentazione, e altri in cui la terapia non sembra avere effetto o addirittura incrementa i disturbi comportamentali, con irrequietezza, ansia, irritabilità e aggressività.

La **contenzione fisica** di per sé non ha un effetto "tranquillizzante" sull'assistito, bensì accentua l'agitazione, poiché incrementa la confusione nel soggetto, il quale cerca di liberarsi tirando i vestiti e la fascia addominale, portando alla decisione di rimuoverla o ad optare per un intervento farmacologico.

L'efficacia degli **interventi di stimolazione cognitiva e psicologica e sull'ambiente** si rivela di difficile rilevazione sul controllo dell'agitazione. La partecipazione alle attività è mantenuta solo se il soggetto è costantemente seguito, altrimenti si verificano scatti di nervosismo. Conservata è l'attitudine al dialogo alla pari, anche se i pensieri sono molto confusi.

L'integrità fisica del soggetto è tutelata facendo attenzione ai possibili pericoli presenti nell'ambiente ed evitando la fuga con appositi **sistemi di sicurezza**.

Maggior efficacia è dimostrata dalla sola presenza dei **familiari**, dalle **attività** di relazione, occupazione, distrazione e rilassamento con passeggiate col *caregiver*, e dalla attività motoria con il fisioterapista, con un effetto benefico sul controllo dell'agitazione e sulla rinuncia all'utilizzo di trattamenti contenitivi. Tuttavia lo svolgimento di attività

motorie determina un effetto solo momentaneo sull'agitazione, e non è possibile garantire la loro applicazione per tutto l'arco della giornata, con la conseguenza di riportare il soggetto in uno stato di ansia e agitazione (Tabella III).

Tabella III - *Effetti dei trattamenti sull'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.*

Intervento	Obiettivo	Effetto ottenuto
Interventi sull'ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ favorire l'orientamento ✓ garantire la sicurezza dell'ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - effetto incerto sull'orientamento - salvaguardia dell'integrità fisica
Attività motoria, distrazione, occupazione, presenza	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mantenere l'equilibrio psico-fisico ✓ favorire un ambiente sereno 	efficace per la durata dell'intervento
Interventi di stimolazione cognitiva e psicologica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mantenere l'equilibrio psico-fisico e le capacità cognitive 	efficace se il soggetto è costantemente seguito da una persona per la durata dell'intervento
Contenzione fisica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ sicurezza dei soggetti e dell'ambiente 	accentua confusione e agitazione
Trattamento farmacologico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mantenere l'equilibrio psico-fisico ✓ arrestare l'evento acuto 	imprevedibile: <ul style="list-style-type: none"> - positivo per breve tempo - negativo - eccessiva sedazione, debolezza e confusione - irrequietezza, agitazione, ansia, irritabilità e aggressività

CAPITOLO 2

BEST PRACTICE NELL'AGITAZIONE PSICOMOTORIA

Tra i problemi assistenziali riscontrati nel caso clinico di B.A., quello dell'agitazione psicomotoria assume grande rilevanza.

“L'agitazione psicomotoria è infatti un problema che il professionista sanitario è chiamato ad affrontare con primo grado di priorità, una urgenza che va risolta in tempi brevi, quando crea pericolo per l'incolumità dell'assistito e delle persone che gli stanno attorno. Essa ha un forte impatto sulla salute, poiché si ricollega ad un più rapido declino funzionale e cognitivo, influenzando le capacità di indipendenza e relazione del soggetto e andando ad intaccare la capacità di svolgimento delle attività di vita quotidiana, nonché determina un forte *distress* per l'assistito. Inoltre altera la serenità, l'integrità e la sicurezza dell'ambiente, determinando un forte *distress* sugli operatori, i *caregiver* e gli altri ospiti della struttura residenziale.”

Nel caso clinico del Sig. B.A., l'agitazione psicomotoria viene gestita con le seguenti strategie:

- applicazione di interventi di stimolazione cognitiva e psicologica, allo scopo di mantenere l'equilibrio psico-fisico e le capacità cognitive residue;
- svolgimento di attività motorie, di distrazione e occupazione, nonché garanzia della presenza di una persona, al fine di mantenere l'equilibrio psico-fisico e favorire un ambiente sereno;
- somministrazione di terapie farmacologiche con l'obiettivo di mantenere l'equilibrio psico-fisico nel soggetto o di arrestare l'evento acuto;
- applicazione di contenzioni fisiche allo scopo di garantire la sicurezza delle persone e dell'ambiente;
- attuazione di interventi sull'ambiente al fine di favorire l'orientamento e garantire la sicurezza nell'ambiente.

2.1 Risultati della revisione di letteratura

Accertamento e prevenzione

“E' raccomandabile prevenire, individuare precocemente e trattare sintomi di agitazione psicomotoria e aggressività in soggetti con demenza. (Grado: B).” (9)

Punto di partenza della gestione dell'agitazione psicomotoria è quella di identificare i sintomi, trattarli e prevenirne la comparsa.

Scelta degli interventi

“Le misure da seguire possono essere di tipo sia farmacologico che non, ricorrendo alla contenzione meccanica quando richiesto (Grado: B).” (9)

“Si raccomanda di cominciare i trattamenti per la gestione dei BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: sintomi comportamentali e psicologici della demenza) partendo da strategie di tipo non farmacologico (Buona pratica clinica).” (9)

“Il trattamento di prima linea dei sintomi psicologici e comportamentali è non farmacologico, in considerazione degli eventi avversi potenzialmente gravi connessi al trattamento farmacologico, anche se le prove di letteratura non sono ancora conclusive (Livello: V/A).” (10)

“A persone con demenza di Alzheimer in fase moderata con sintomi non cognitivi che provocano un distress significativo o potenziale rischio per l'incolumità dell'individuo e non tollerano o presentano controindicazione alla somministrazione di farmaci AChEI (Acetylcholinesterase inhibitor: inibitori dell'enzima Acetilcolinesterasi), allo stesso modo delle persone con demenza di Alzheimer in fase severa, può essere somministrata Memantina, purché: un approccio non farmacologico sia inappropriato o si sia rivelato inefficace; l'uso di antipsicotici sia inappropriato o si sia rivelato inefficace. Il trattamento deve essere continuato solo se produce beneficio e il soggetto deve essere rivalutato regolarmente nelle sue funzioni cognitive, globali, funzionali e comportamentali (Grado: non disponibile).” (11)

La letteratura scientifica attribuisce la priorità di scelta degli interventi per la gestione dell'agitazione psicomotoria a quelli non farmacologici, in relazione agli effetti modesti e ai rischi notevoli riconducibili alle terapie farmacologiche disponibili, ovvero sostiene che qualsiasi trattamento farmacologico deve essere accolto solo previa esclusione di un approccio non farmacologico che si sia dimostrato inefficace o inappropriato, e specialmente per quei sintomi comportamentali che determinano un *distress* significativo alla persona o un rischio per la sua incolumità, e deve essere mantenuto solo se produce effetti benefici, con esclusione per quei soggetti che presentano intolleranza e controindicazione a questi farmaci.

Combinazione degli interventi farmacologici e non farmacologici

“E’ raccomandata la combinazione di interventi sia farmacologici che non per il trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (Buona pratica clinica).” (9)

A causa della debolezza delle evidenze e delle limitazioni degli studi sui trattamenti non farmacologici, la combinazione di interventi farmacologici e di diversa natura può essere considerata utile per determinare un maggior beneficio.

Utilizzo di dispositivi di identificazione elettronica

“E’ raccomandato l’uso di tecniche di identificazione elettronica (braccialetti) in pazienti con demenza soggetti a vagabondaggio (Grado: D).” (9)

Utile può essere l’impiego di braccialetti elettronici per prevenire il rischio di fuga del soggetto.

2.2 Implicazioni cliniche per la prevenzione dell’agitazione psicomotoria

Risoluzione delle cause dell’agitazione

“Occorre identificare i sintomi bersaglio, le possibili cause e i possibili meccanismi scatenanti, per poi trattarli (Grado: D).” (9)

Nella gestione dell’agitazione psicomotoria è importante individuare e trattare i fattori determinanti.

Efficacia degli interventi sul dolore

“Si riscontra che i comportamenti di agitazione verbale (lamentosità, negativismo, ripetizione di frasi e domande, costanti richieste di attenzione, imprecazioni, aggressione verbale) rispondono ai trattamenti sul dolore. Inoltre l’irrequietezza e il passeggio sono sensibili agli analgesici. Alcuni comportamenti devono perciò spingere a svolgere un accertamento del dolore e quindi ad un eventuale trattamento (Studio: RCT).” (13)

“L’assistenza infermieristica alle persone con demenza dovrebbe essere informata circa la valutazione e la gestione del dolore per promuovere il benessere fisico ed emotivo della persona (Livello: IV).” (14)

L'attivazione di un accertamento del dolore e l'applicazione di terapie antidolorifiche ha effetto positivo sui comportamenti di agitazione verbale e motoria più lievi, come irrequietezza e passeggio, poiché favorisce il comfort nell'assistito.

Efficacia degli interventi sulla depressione

“Interventi di stimolazione con attività ricreative e piacevoli dimostrano di essere efficaci nell'affrontare la depressione (Grado: C).” (9)

“Nel trattamento di pazienti con demenza con sintomi depressivi, può essere utile il ricorso a farmaci antidepressivi, preferibilmente SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors: inibitori selettivi della ricaptazione della Serotonina) (Livello: VI/B).” (10)

“AAT (Animal-Assisted Therapy: Terapia assistita con animali) si propone come opzione per il trattamento di agitazione/aggressività e depressione in soggetti con demenza. AAT può ritardare la progressione dei sintomi neuropsichiatrici in soggetti in strutture residenziali con demenza. (Studio caso controllo combinato).” (16)

La somministrazione di farmaci antidepressivi, preferibilmente SSRI, e di attività ricreative e piacevoli, possono essere utili per gestire i sintomi depressivi e di agitazione.

Sull'assistenza al soggetto con demenza con la presenza continua di animali domestici esistono studi che sostengono il beneficio di questa tipologia di intervento sulla gestione dei sintomi di agitazione e depressione, tuttavia le evidenze sono lievi.

Efficacia degli interventi sulle psicosi

“Antipsicotici atipici possono essere usati in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: D).”

“Gli antipsicotici hanno parziale efficacia nel trattamento di psicosi e aggressività associate a demenza. In considerazione degli effetti collaterali potenzialmente gravi degli antipsicotici, il loro impiego deve essere ristretto a situazioni di rischio o di estrema sofferenza per il paziente o per chi lo assiste e possibilmente limitato nel tempo. Dovrebbero essere evitate le associazioni di antipsicotici (Livello: II/A).” (10)

“Rivedere la dose e l'attuale bisogno di trattamento a intervalli regolari, generalmente ogni 3 mesi (Buona pratica clinica).”

“Antipsicotici atipici possono essere usati in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: D).”

“Risperidone può essere usato in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: A).”

“L’evidenza di efficacia è maggiore per lo Risperidone rispetto ad altri farmaci (Grado: B).”

“Risperidone (dosi di 1 mg) riduce i sintomi comportamentali con un livello basso ma significativo, con effetti indesiderati accettabili. Olanzapina (dosi tra 5 e 10 mg) riduce i sintomi psicotici o comportamentali (Livello: 3).” (15)

L’impiego di farmaci antipsicotici atipici è efficace per il trattamento delle psicosi, con maggior evidenza per Risperidone e Olanzapina, evitando tuttavia associazioni di antipsicotici. Ciononostante tali farmaci devono essere impiegati il meno possibile, principalmente in caso di rischio o estrema sofferenza per l’assistito o il *caregiver*, monitorandone e rivalutandone periodicamente gli effetti.

Evidenze degli interventi sull’ansia

“Non c’è abbastanza evidenza per formulare raccomandazioni circa il trattamento dell’ansia nella demenza (Grado: no).” (9)

Attualmente non è prevista alcuna raccomandazione sul trattamento dell’ansia nella demenza.

2.3 Implicazioni cliniche per l’evento acuto

Terapia farmacologica con antipsicotici

“L’uso di farmaci antipsicotici è raccomandabile come prima linea di intervento per il trattamento dell’agitazione psicomotoria e dell’aggressività in persone affette da demenza (Grado: A).”

“L’uso dei farmaci psicotropi è raccomandato per il trattamento dei BPSD, sebbene l’evidenza della loro efficacia su pazienti con demenza sia generalmente limitata e il rischio di effetti avversi sia alto (Grado: D).”

“Gli antipsicotici devono essere usati con cautela in pazienti con demenza, a causa del rischio di eventi avversi, sempre considerando i rischi di trattare con i rischi di non trattare i sintomi comportamentali con questi farmaci (Grado: A).”

“Rivedere la dose e l’attuale bisogno di trattamento a intervalli regolari, generalmente ogni 3 mesi (Buona pratica clinica).”

“Antipsicotici atipici possono essere usati in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: D).”

“Risperidone può essere usato in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: A).”

“L’evidenza di efficacia è maggiore per lo Risperidone rispetto ad altri farmaci (Grado: B).”

“Risperidone può essere efficace contro il vagabondaggio nella demenza di Alzheimer (Grado: D).” (9)

“Gli antipsicotici hanno parziale efficacia nel trattamento di psicosi e aggressività associate a demenza. In considerazione degli effetti collaterali potenzialmente gravi degli antipsicotici, il loro impiego deve essere ristretto a situazioni di rischio o di estrema sofferenza per il paziente o per chi lo assiste e possibilmente limitato nel tempo. Dovrebbero essere evitate le associazioni di antipsicotici (Livello: II/A).” (10)

“L’assistenza infermieristica alle persone con demenza dovrebbe essere informata circa gli interventi farmacologici, in modo da contribuire alle decisioni e all’educazione circa i rischi e i benefici delle terapie sintomatiche, monitorare l’efficacia e gli effetti avversi, documentare la risposta, e sostenere la rivalutazione e la sospensione dei farmaci psicotropi dopo un periodo di stabilità nei comportamenti del soggetto (Livello: Ia).” (14)

“Risperidone (dosi di 1 mg) riduce i sintomi comportamentali con un livello basso ma significativo, con effetti indesiderati accettabili. Olanzapina (dosi tra 5 e 10 mg) riduce i sintomi psicotici o comportamentali (Livello: 3).” (15)

In caso di evento acuto di agitazione, si raccomanda l’uso di farmaci antipsicotici come prima linea di intervento per il trattamento dell’agitazione psicomotoria in persone affette da demenza, seppur con cautela e con impiego limitato nel tempo, a causa degli eventi avversi e degli effetti limitati, per situazioni di pericolo o di estrema sofferenza per il soggetto o per chi lo assiste, evitando le associazioni di questo tipo di farmaci. Il trattamento deve essere monitorato e rivalutato periodicamente in relazione agli effetti

ottenuti. Si consiglia l'uso di Risperidone, efficace specialmente contro il vagabondaggio, e Olanzapina.

Altri interventi farmacologici

“Si raccomanda per il trattamento farmacologico dei BPSD di partire con AChEI e/o Memantina, con effetto sia per i sintomi cognitivi che per quelli non cognitivi (Grado: B).”

“Donepezil può essere usato in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: B).”

“Nel caso di intolleranza agli antipsicotici, Donepezil (se indicato), SSRI o Carbamazepina possono essere usati per il trattamento dell'agitazione e l'aggressività (Grado: D).”

“L'uso di neurolettici è raccomandato per il trattamento dell'agitazione e l'aggressività (Grado: B).” (9)

“Nel trattamento di pazienti con demenza con sintomi depressivi può essere utile il ricorso a farmaci antidepressivi, preferibilmente SSRI. In caso di agitazione, può essere utile il Trazodone (Livello: VI/B).” (10)

“A persone con demenza di Alzheimer in fase moderata con sintomi non cognitivi che provocano un distress significativo o potenziale rischio per l'incolumità dell'individuo e non tollerano o presentano controindicazione alla somministrazione di farmaci AChEI (Acetylcholinesterase Inhibitor: inibitori dell'enzima Acetilcolinesterasi), allo stesso modo delle persone con demenza di Alzheimer in fase severa, può essere somministrata Memantina, purché: un approccio non farmacologico sia inappropriato o si sia rivelato inefficace; l'uso di antipsicotici sia inappropriato o si sia rivelato inefficace. Il trattamento deve essere continuato solo se produce beneficio e il soggetto deve essere rivalutato regolarmente nelle sue funzioni cognitive, globali, funzionali e comportamentali (Grado: non disponibile).” (11)

“Sebbene le evidenze siano troppo lievi per quanto riguarda gli antiepilettici, la Carbamazepina dimostra lievi ma significativi effetti sui sintomi comportamentali (Livello: no).” (15)

In alternativa ai farmaci antipsicotici è possibile ricorrere ad altre tipologie di farmaci per la gestione dell'agitazione psicomotoria, ad esempio gli inibitori dell'enzima

Acetilcolinesterasi e la Memantina. Questi farmaci sono utilizzabili fin dall'inizio per il controllo di sintomi cognitivi e comportamentali, salvo intolleranza e fino a quando non producono più effetto benefico, con particolare attenzione per Donepezil. Altri farmaci utili per il trattamento dell'agitazione psicomotoria possono essere Carbamazepina, SSRI e Trazodone

Contenzione fisica

“Quando non è possibile controllare una persona con demenza con una pronunciata agitazione psicomotoria usando misure relazionali e/o farmacologiche, e questa continua a essere pericolosa o a rischio di causare danno per sé o altri, la contenzione meccanica deve essere proposta (Grado: D).”

“L'eccessivo uso della contenzione meccanica dovrebbe essere evitato in persone con demenza, solo usandolo quando è veramente giustificato, ovvero a causa dell'intensità dei sintomi e la possibilità che questi determinino danno per sé o gli altri. E' comunque necessario preservare la dignità e la libertà della persona per ridurre il rischio di complicazioni (Grado: D).”

“La contenzione meccanica deve essere usata per: prevenire lesioni al paziente e alle altre persone attorno a lui, garantire trattamenti medici ed evitare il danneggiamento del materiale attorno al paziente, evitare fughe e prevenire cadute e mantenere la corretta posizione del corpo, raggiungere gli obiettivi organizzativi e mantenere un ambiente sociale confortevole (Grado: C).” (9)

“L'infermiere dovrebbe evitare il ricorso a restrizione fisica e farmacologica come prima linea di intervento in soggetti anziani con delirium, demenza e depressione (Livello: III).” (14)

Nel caso di pronunciata agitazione psicomotoria non gestibile con misure relazionali e/o farmacologiche e di pericolo immediato per l'incolumità delle persone, si consideri anche la contenzione fisica quale possibilità di intervento, allo scopo di:

- prevenire lesioni al soggetto e alle altre persone;
- garantire trattamenti medici;
- evitare il danneggiamento del materiale attorno al soggetto;
- evitare fughe;
- prevenire cadute;

- mantenere la corretta posizione del corpo;
- raggiungere gli obiettivi organizzativi;
- mantenere un ambiente sociale confortevole.

Tuttavia il ricorso alla restrizione fisica e farmacologica in soggetti anziani con demenza dovrebbe essere evitato, a causa del rischio di cadute e altri effetti negativi fisici e psicologici nel soggetto.

Efficacia degli interventi sensoriali

“Esiste una evidenza di efficacia limitata a favore dei massaggi terapeutici nel trattamento della agitazione (Grado: C).” (9)

“Musicoterapia con protocollo specifico svolta da un terapeuta specializzato con canzoni ben conosciute e momenti appositamente studiati nelle strutture residenziali, determina una riduzione dell’agitazione nell’immediato, ma non nel lungo periodo. L’evidenza è minima fuori dal contesto residenziale. Non c’è evidenza su soggetti con un livello di agitazione severo (Livello: 1 e 2).”

“Non è chiaro se la musicoterapia senza uno specifico protocollo sia terapeutica per l’agitazione nelle strutture residenziali. Non c’è evidenza sugli effetti nel lungo periodo e per l’agitazione severa (Livello: 2).”

“Interventi sensoriali (massaggi, stimolazione multisensoriale, tocco terapeutico) migliorano significativamente i livelli di agitazione durante l’intervento. L’evidenza è insufficiente nel lungo periodo e al di fuori del contesto residenziale (Livello: 2).” (12)

“I risultati rivelano una significativa riduzione dell’agitazione. E’ stato osservato un effetto a breve termine solo in seguito a ripetute somministrazioni. Ciò suggerisce che una musica tranquilla può dare benefici nella gestione dell’agitazione in soggetti con demenza residenti in struttura (Studio: pretest-posttest).” (17)

Si propongono in alternativa interventi sensoriali, quali massaggi, la stimolazione multisensoriale, il tocco terapeutico e la musicoterapia, se svolta con un protocollo specifico e dopo un certo numero di somministrazioni, in grado di migliorare significativamente i livelli di agitazione durante l’intervento e nell’immediato, ma senza indicazioni per l’agitazione severa e al di fuori del contesto residenziale.

2.4 Implicazioni cliniche con effetto a lungo termine

Pianificazione dell'assistenza

“La mappatura dell'assistenza alla demenza (osservazione individuale e valutazione di ogni comportamento del soggetto, fattori che migliorano la percezione di benessere e potenziali meccanismi ambientali, raccolti in un piano, e formulazione di proposte di cambiamento, con l'obiettivo di modificare la percezione degli assistiti in modo che l'ambiente venga recepito più personalizzato) è efficace immediatamente e dopo 4 mesi per l'agitazione severa nelle strutture residenziali, ma non c'è alcuna evidenza per l'agitazione emergente o in altri contesti di assistenza. Non è rilevato alcun effetto sulla qualità di vita delle persone con demenza (Livello: 1 e 2).” (12)

La pianificazione dell'assistenza, basata su un accertamento iniziale globale e la scelta delle possibili strategie di intervento per la gestione dell'agitazione psicomotoria severa, offre benefici sul controllo del problema nelle strutture residenziali nell'immediato e anche a distanza di mesi.

Efficacia dell'educazione e della supervisione al caregiver

“C'è una evidenza convincente da studi di alta qualità che l'educazione e la supervisione dei caregiver professionali nella comunicazione o nell'assistenza individualizzata per abilità sia efficace sull'agitazione a tutti i livelli (lieve e moderata) con effetto immediato e nel lungo periodo rispetto ai soggetti non trattati (6 mesi). C'è una evidenza preliminare sulla riduzione di tutti i livelli di agitazione in strutture residenziali, ma alcuna evidenza in altri setting (Livello: 1 e 2).”

“I programmi di educazione dei caregiver professionali appaiono meno efficaci senza supervisione. Ma l'evidenza è generalmente di basso standard, precludendo la possibilità di formulare una conclusione esaustiva (Livello: 2).” (12)

Esiste una evidenza convincente da studi di alta qualità sull'importanza dell'educazione e supervisione ai caregiver circa la corretta comunicazione e assistenza al soggetto con demenza, in quanto in grado di ridurre tutti i livelli di agitazione con effetto immediato e nel lungo periodo. Utile può essere la conoscenza e l'addestramento all'applicazione di strategie non farmacologiche.

2.5 Implicazioni cliniche non raccomandate

Interventi non farmacologici non raccomandati

“Per l’educazione del familiare alla terapia cognitivo-comportamentale, non è riscontrato un miglioramento significativo dell’agitazione, tuttavia le evidenze sono troppo scarse per formulare raccomandazioni (Livello: 1 e 2).”

“Studi sulla terapia di stimolazione cognitiva (Livello: 1 e 2) e di validazione (Livello: 2) non dimostrano una significativa riduzione dell’agitazione, tuttavia le evidenze sono troppo scarse per formulare raccomandazioni sul ricorso alle terapie specifiche per la demenza sul controllo dell’agitazione.”

“Non c’è abbastanza evidenza per formulare raccomandazioni sulla terapia di presenza simulata (registrazione della voce di un familiare), di ricerca del percorso (es. “andare nella propria stanza”) o su attività miste (interventi psicosociali, massaggi, rieducazione alle attività di vita quotidiana): alcuni interventi non danno significativi miglioramenti nell’agitazione, altri addirittura la peggiorano nel lungo periodo rispetto a soggetti non trattati (6 mesi) (Livello: 2b).”

“Non c’è una evidenza convincente che fare esercizio (sessioni di passeggiate) sia un intervento terapeutico per l’agitazione, ma il basso grado di standard degli studi preclude la possibilità di formulare una conclusione esaustiva (Livello: 2).”

“Gli studi sugli interventi ambientali (creazione di un giardino per il vagabondaggio, mascheramento delle uscite (Livello: 2b), creazione di un ambiente più familiare al momento dei pasti) non consentono di formulare conclusioni di evidenza (Livello: 2).”

“La riorganizzazione dell’assistenza nelle strutture residenziali “come se si fosse a casa” (numero ristretto di soggetti, pasti preparati da staff, familiari o pazienti stessi, struttura ristrutturata come in un ambiente domestico) non riduce l’agitazione e anzi può aumentarla (Livello: 2).”

“La bright-light therapy non offre alcun contributo al miglioramento dell’agitazione nelle strutture residenziali (Livello: 1 e 2).”

“Studi di alta qualità dimostrano con buon grado di evidenza che l’aromaterapia non migliora l’agitazione né la qualità di vita nelle strutture residenziali (Livello: 1 e 2).”

“Studi sulla pet therapy offrono una evidenza troppo lieve per formulare raccomandazioni sul controllo dell’agitazione (Livello: 2c).” (12)

Alcuni studi escludono o limitano l’impiego di determinati interventi, ritenuti inefficaci o addirittura dannosi. Non dimostrano attualmente una significativa riduzione dell’agitazione, nemmeno con il coinvolgimento dei familiari, le terapie psicosociali, ovvero le terapie di stimolazione cognitiva e di validazione. Lo stesso si dica per le terapie di presenza simulata, ovvero la registrazione della voce di un familiare, le terapie di ricerca del percorso, ad esempio “andare nella propria stanza”, con effetti dubbi o negativi, e lo svolgimento di attività motorie, ad esempio le passeggiate. Evidenze assai scarse provengono dagli studi che riguardano gli interventi sull’ambiente e l’organizzazione, come la realizzazione di giardini per il vagabondaggio e il mascheramento delle uscite, mentre gli esperimenti di realizzare una assistenza di stampo familiare nelle strutture residenziali ha prodotto effetti negativi, incrementando l’agitazione invece di ridurla. Limitate sono anche le evidenze sull’efficacia della *pet therapy*, e si esclude l’applicazione della *bright-light therapy* e dell’aromaterapia.

Terapie farmacologiche non raccomandate

“Il trattamento con benzodiazepine deve essere breve a causa degli effetti avversi (Grado: C).” (9)

“Non esistono prove di efficacia per l’utilizzazione delle benzodiazepine in corso di demenza (Livello: V/A).” (10)

“L’uso di moderate e alte dosi di farmaci antipsicotici tradizionali determinava un significativo ma lieve effetto sui sintomi comportamentali in soggetti con demenza. Determinando tuttavia rilevanti effetti indesiderati extrapiramidali (specialmente Aloperidolo) (Livello: 3).” (15)

L’uso di alcune tipologie di farmaci non sono raccomandati dalle evidenze di letteratura. I farmaci antipsicotici tipici ad esempio, sebbene producano un lieve effetto sui sintomi non cognitivi della demenza, determinano rilevanti effetti indesiderati. Si consideri inoltre che l’uso prolungato delle benzodiazepine è sconsigliato, in relazione agli scarsi esiti e agli effetti avversi da essi determinati. (Tabella IV).

Tabella IV - Gestione dell'agitazione psicomotoria secondo le evidenze di letteratura

	Interventi non farmacologici	Interventi farmacologici
Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> - attività ricreative - <i>pet therapy</i> (AAT) 	<ul style="list-style-type: none"> - antidolorifici (es. Morfina, Acetaminofene) - antidepressivi (SSRI) - antipsicotici (Risperidone, Olanzapina)
Evento acuto	<ul style="list-style-type: none"> - pianificazione dell'assistenza - educazione e supervisione ai <i>caregiver</i> - braccialetto elettronico - interventi sensoriali - musicoterapia con protocollo - contenzione fisica 	<ul style="list-style-type: none"> - antipsicotici (Risperidone, Olanzapina) - <i>AChEI</i> (Donepezil) - Memantina - antidepressivi (Trazodone, SSRI) - neurolettici (Carbamazepina)
Effetto a lungo termine	<ul style="list-style-type: none"> - pianificazione dell'assistenza - educazione e supervisione ai <i>caregiver</i> 	/

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

3.1 Difficoltà incontrate nel caso clinico del Sig. B.A.

“Il trattamento farmacologico impiegato dimostra sempre più spesso un effetto anomalo a quello atteso, con momenti di eccessiva sedazione, debolezza e confusione, con stati di sonnolenza, (...) e altri in cui la terapia non sembra avere effetto o addirittura incrementa i disturbi comportamentali, con irrequietezza, ansia, irritabilità e aggressività.”

“La contenzione fisica (...) accentua l’agitazione poiché incrementa la confusione nel soggetto.”

“L’efficacia degli interventi di stimolazione cognitiva e psicologica e sull’ambiente si rivela di difficile rilevazione sul controllo dell’agitazione.”

“(La) presenza dei familiari, (...) le attività di relazione, occupazione, distrazione e rilassamento con passeggiate col *caregiver* e (...) (l’)attività motoria con il fisioterapista, hanno un effetto momentaneo e non è possibile garantirle in tutto l’arco della giornata”.

In riferimento a quanto descritto sull’assistenza fornita al Sig. B.A., è possibile rilevare alcuni **limiti del piano terapeutico** (Tabella V):

- il **trattamento farmacologico** sempre più spesso si dimostra inefficace o produce effetti anomali di sedazione o eccessiva agitazione, e il risultato della sua applicazione può essere discordante tra una applicazione e l’altra;
- il **trattamento con antipsicotici** prescritto espone l’assistito ad un maggior rischio di incidenti cerebrovascolari (4), in un soggetto al quale è già stata accertata la presenza di patologia cerebrovascolare;
- la **contenzione fisica** comporta effetti negativi, esponendo il soggetto a rischi di traumatismi (9) e incrementando la confusione e l’agitazione;
- gli effetti degli **interventi di stimolazione cognitiva e psicologica e sull’ambiente** sono di difficile rilevazione;
- la **terapia occupazionale e relazionale** dimostra un effetto limitato al periodo di applicazione;

- non è possibile garantire la presenza continua dei **familiari** e lo svolgimento continuo di **attività fisica e occupazionale**;
- l'eccessiva **attività fisica** espone il soggetto ad un maggior perdita di energia e calo ponderale.

Tabella V - *Limiti del piano terapeutico del Sig. B.A.*

Intervento	Effetti ottenuti
Terapia farmacologica	<ul style="list-style-type: none"> - effetto sedativo - effetto paradossale - rischio incidenti cerebrovascolari
Contenzione fisica	<ul style="list-style-type: none"> - rischio traumatismi - aumento di confusione e agitazione
Interventi psicosociali	<ul style="list-style-type: none"> - effetto difficilmente registrabile
Attività occupazionale	<ul style="list-style-type: none"> - effetto limitato temporalmente - applicazione continua impossibile
Attività motoria	<ul style="list-style-type: none"> - effetto limitato temporalmente - maggior calo ponderale
Interventi ambientali	<ul style="list-style-type: none"> - effetto difficilmente registrabile

Dall'imprevedibilità e dalle limitazioni sugli effetti prodotti dagli interventi impiegati per la gestione dell'agitazione psicomotoria, consegue una **difformità di comportamento** all'interno dell'*equipe* sanitaria, specialmente tra gli stessi Infermieri, i quali, in caso di evento acuto di agitazione, si ritrovano personalmente a dover scegliere l'intervento più adeguato, optando per un intervento farmacologico e contenitivo, secondo quanto prescritto dal Medico, oppure, se possibile, sperimentandosi con la relazione o strategie di distrazione, occupazione e rilassamento, quali il passeggio e la presenza dei familiari, senza però avere a disposizione dei parametri oggettivi e conclusivi che lo aiutino a scegliere un intervento rispetto ad un altro.

3.2 Limiti della letteratura terziaria

La letteratura terziaria non è in grado di dare delle indicazioni precise sulla gestione dell'agitazione psicomotoria, poiché le informazioni sugli effetti dei trattamenti sono

carenti, sia per quanto riguarda gli interventi farmacologici che di altra natura, gli studi sono pochi e le raccomandazioni sono scarse e di qualità limitata (4).

3.3 Punti di forza e di debolezza della revisione di letteratura

A favore dei risultati ottenuti dalla revisione della letteratura sulla gestione dell'agitazione psicomotoria si consideri che:

- la **qualità degli studi** è stata valutata, in base a criteri predefiniti, considerando la presenza di conflitti di interesse, il tipo di finanziamenti, la classificazione delle evidenze in scale di *grading*, la realizzazione dello studio da parte di un gruppo multidisciplinare e l'epoca di pubblicazione;
- i risultati descritti in termini di esiti sono in tutti gli studi in linea con l'**obiettivo della ricerca**, ovvero valutare l'effetto degli interventi sull'agitazione psicomotoria in termini di controllo dei sintomi, salute, qualità di vita e sicurezza;
- gli interventi ritrovati sono **applicabili al contesto** assistenziale in esame, ovvero quello residenziale;
- alcuni **risultati** si sono dimostrati **incoraggianti**, basti pensare agli effetti degli interventi sensoriali, come la musicoterapia, delle attività ricreative e dell'educazione del *caregiver*.

Le **linee guida** selezionate sono state realizzate specificando la composizione del gruppo di sviluppo, gli eventuali conflitti di interesse di chi ha contribuito alla realizzazione dello studio, riportando la bibliografia di riferimento e le scale di *grading*.

Tuttavia, sulla affidabilità dei risultati di letteratura, si riscontrano alcuni limiti:

- il **basso livello delle evidenze** ritrovate e il **numero di studi ridotto** preclude la possibilità di formulare indicazioni definitive sull'argomento;
- **terapie farmacologiche e trattamenti di diversa natura** non vengono confrontati tra loro, non permettendo il confronto tra gli effetti dei diversi interventi;
- il **target di popolazione** individuato è generalmente più ampio rispetto a quello del caso clinico del Sig. B.A., sia per la tipologia di demenza che per l'età dei soggetti;
- il **setting** esaminato non è specificatamente quello residenziale, salvo che per i trattamenti non farmacologici;
- alcune linee guida presentano **limiti di qualità**.

Le **raccomandazioni** alle volte sono consigli di buona pratica clinica formulata da esperti, oppure si limitano a fornire risultati preliminari, e le evidenze per gli interventi non farmacologici sono di basso livello a causa della scarsa presenza di studi a proposito, dal basso grado di standard degli stessi e dalla presenza di alcune limitazioni nella realizzazione.

Generalmente in letteratura si valuta l'effetto di una singola strategia, solo farmacologica o solo non farmacologica, o di un singolo intervento, e meno di frequente vengono confrontati tra di loro.

Gli studi selezionati ricomprendono **soggetti** con demenza, ma non sempre specificamente di Alzheimer, sebbene ne sia certificata la prevalenza negli individui studiati, non sempre distinguendo la fase di malattia, e ricomprendendo soggetti di tutte le età.

In alcuni studi si fa inoltre riferimento al **grado di severità dell'agitazione**, considerata da questo progetto per valutare quando applicare un dato intervento, ma non richiesta dai criteri di selezione della ricerca e non specificato nel caso clinico esaminato. Questo è valutato nei singoli studi primari generalmente con l'impiego della scala CMAI (*Cohen-Mansfield Agitation Inventory*), la quale attribuisce un punteggio superiore in relazione alla maggior frequenza di diversi tipi di comportamenti nel soggetto agitato durante la giornata.

Il **contesto assistenziale** di riferimento non è sempre specificato negli studi, anche se i trattamenti farmacologici sono generalmente testati in ambiente ospedaliero, mentre gli interventi non farmacologici sono testati nelle strutture residenziali.

Le **linee guida** di RNAO (*Registered Nursing Association of Ontario*) e del CSR (Consiglio Sanitario Regionale) della Regione Toscana sono stati realizzati da gruppi di sviluppo non multidisciplinari, ovvero da soli infermieri per la prima e prevalentemente da medici per la seconda. Inoltre entrambe le linee guida non rendono disponibili i criteri di ricerca e selezione degli studi.

La linea guida di NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) non espone il *grading* e la modalità di assegnazione dei punteggi di evidenza, non permettendo di valutarne adeguatamente il peso delle evidenze e di confrontarle con quelle delle altre linee guida (Tabella VI).

Tabella VI - Punti di forza e di debolezza della ricerca

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto dell'obiettivo della ricerca - Qualità degli studi certificata (conflitti di interesse, finanziamenti, scale di <i>grading</i>, multidisciplinarietà, aggiornamento) - Interventi applicabili nel contesto esaminato 	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di studi limitato - Evidenze di basso livello - No confronto tra trattamenti farmacologici e di diversa natura - <i>Target</i> di popolazione più ampia (età, tipo di demenza, fase malattia) - No specificità di <i>setting</i>

3.4 Implementazione della Best Practice al Sig. B.A.

Alla luce delle evidenze ritrovate nella letteratura più aggiornata, è possibile formulare alcune indicazioni per il caso clinico del Sig. B.A..

Lo svolgimento di **attività ricreative**, da svolgersi in maniera routinaria durante la giornata per evitare di arrecare *distress* al soggetto, sono applicabili, e vengono mantenute quelle già previste nel caso clinico esaminato, visto il loro effetto di ridurre i sintomi depressivi e l'agitazione non severa (12), con la collaborazione dell'educatore di struttura e/o del *caregiver*, quando presenti.

Lo svolgimento di **attività motorie** e la somministrazione di **terapie psicosociali** non dimostrano attualmente effetti positivi sull'agitazione (12), tuttavia vengono mantenute per altri scopi, quali il mantenimento delle abilità cognitive e motorie residue del soggetto.

Gli **interventi sensoriali**, quali massaggi, la stimolazione multisensoriale e il tocco terapeutico, nonché la musicoterapia con protocollo all'ora dei principali pasti, efficaci sull'agitazione con effetto immediato ma senza indicazioni su quella di livello severo (9) (12), sono applicabili, ma richiedono la programmazione di un momento formativo per gli operatori sanitari attraverso il quale conoscerli e apprendere come applicarli.

La realizzazione di una assistenza con la **presenza continua di animali domestici**, con l'effetto di ritardare la comparsa dei sintomi (12), è di difficile applicazione, poiché richiede un ambiente adatto alla tenuta degli animali e addetti che se ne occupino. Tuttavia è da considerare la possibilità di inserire alcuni accessi periodici di animali domestici, soprattutto considerando la familiarità e l'affettività del soggetto verso gli animali prima della malattia.

L'impiego di **dispositivi elettronici di identificazione** può essere utile nei soggetti con vagabondaggio e rischio di perdersi (9), e ne può essere proposto l'adozione alla Direzione di struttura.

L'**educazione** e la **supervisione al caregiver** sulla corretta comunicazione e assistenza al soggetto affetto da demenza è ritenuta indispensabile, ed incoraggia a prevedere percorsi di rafforzamento dell'alleanza con il *caregiver*, quale risorsa preziosa per ottenere un effetto positivo sui livelli di agitazione a breve e lungo termine (12), nonché garantire una assistenza migliore e di qualità.

La **presenza** di una persona, meglio se un familiare, dimostra un effetto positivo immediato sui disturbi comportamentali che non può essere sottovalutato (6), e perciò va garantita per il più lungo tempo possibile, in relazione alla disponibilità dei *caregiver* e alle necessità organizzative.

Le **attività assistenziali** devono essere svolte almeno in due persone, in modo tale per cui un operatore svolge il *nursing* e l'altro si occupa del soggetto distraendolo, parlandogli o cantando, e devono essere personalizzate in relazione alle preferenze, alle caratteristiche, alle abitudini dell'assistito prima della malattia, sempre nel limite delle necessità organizzative, con l'aiuto anche dei familiari (8).

Una **pianificazione** dell'assistenza, basata su un accertamento iniziale globale e la scelta delle possibili strategie di intervento per la gestione dell'agitazione psicomotoria, è essenziale, e va mantenuta e rafforzata garantendo la partecipazione e la collaborazione tra i membri dello *staff* (12).

L'importanza dell'accertamento e del trattamento del **dolore** nel soggetto con demenza e agitazione si rileva fondamentale, prevedendo la necessità di indagare le reali **cause** dei comportamenti del soggetto, ricercare strategie di risoluzione dei problemi e la prescrizione al bisogno di terapie di sollievo, con effetto immediato sui comportamenti anomali (13). Nel caso clinico esaminato, ad esempio, la risoluzione dei disturbi causati dall'iperplasia prostatica ha permesso di risolvere i comportamenti anomali notturni.

L'uso della **contenzione fisica** non dimostra efficacia sull'agitazione psicomotoria, tuttavia può essere considerata al fine di tutelare l'integrità del soggetto, delle altre persone e dell'ambiente, nel caso di inefficacia di interventi di altra natura (9) (10).

La **terapia farmacologica** prescritta nel caso clinico esaminato, con antipsicotici al bisogno e benzodiazepine, visti gli effetti avversi e la scarsa efficacia, è da

riconsiderare, valutando l'impiego di altri farmaci utili per il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività, come farmaci anti-demenza, antidepressivi e neurolettici, se riscontrano beneficio (9) (10) (Tabella VII).

Tabella VII - Implementazione della Best Practice per la gestione dell'agitazione psicomotoria nel Sig. B.A.

Interventi non efficaci	<ul style="list-style-type: none"> – attività motorie – terapie psicosociali
Interventi non applicabili	<ul style="list-style-type: none"> – assistenza con la presenza continua di animali domestici
Interventi da rimuovere o rivedere	<ul style="list-style-type: none"> – contenzione fisica – antipsicotici – benzodiazepine
Interventi da mantenere e rafforzare	<ul style="list-style-type: none"> – pianificazione dell'assistenza – assistenza personalizzata svolta in due operatori – attività ricreative di gruppo – educazione e supervisione del <i>caregiver</i> – presenza di una persona
Interventi da inserire	<ul style="list-style-type: none"> – interventi sensoriali, musicoterapia – farmaci anti-demenza, antidepressivi, neurolettici – braccialetto elettronico

3.5 Riflessione critica sul contesto assistenziale

E' doveroso considerare anche l'impatto del contesto assistenziale sull'assistenza fornita. La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) infatti, sebbene assista prevalentemente soggetti affetti da demenza, ovvero il 40-90% dei casi (2), non è prevista specificatamente per questa casistica clinica, e perciò non si presta ad essere il luogo assistenziale ottimale per il soggetto con demenza di Alzheimer, ma è l'unica soluzione quando la severità della patologia non permette all'individuo di essere seguito adeguatamente al proprio domicilio. L'autonomia e il comfort del soggetto infatti è compromessa dalla velocità e dalla uniformità di cura fornita nelle strutture residenziali, determinando maggior dipendenza e problemi comportamentali (2). L'assistenza al domicilio sarebbe più confortevole, tuttavia i costi si rivelerebbero maggiori (8).

Nella RSA del caso clinico esaminato, sebbene siano stati realizzati alcuni accorgimenti per la sicurezza e l'orientamento del soggetto con demenza, l'ambiente assistenziale presenta alcune lacune e altre strategie possono essere considerate. La stessa struttura dell'unità di degenza, composta da unità simili e corridoi circolari che rendono difficile l'orientamento, favoriscono la perdita dei riferimenti, confusione e vagabondaggio (6).

3.6 Implicazioni per la pratica

Mettendo assieme le informazioni ricavate dalla letteratura analizzata in questo progetto, si è voluto definire l'iter che l'*equipe* sanitaria dovrebbe seguire per un corretto approccio alla gestione dell'agitazione psicomotoria in soggetto affetto da demenza di Alzheimer.

Il punto di partenza è quello dell'**accertamento** (4), che ha lo scopo di descrivere il comportamento dell'assistito, ricercarne i fattori determinanti e decidere un piano d'intervento.

E' consolidato che la **risoluzione dei fattori eziologici**, fisici e ambientali, abbia un effetto positivo sui disturbi comportamentali, fino alla risoluzione del comportamento (8).

In caso di mancata risoluzione del disturbo con questo approccio, si ritenga necessaria l'adozione di **trattamenti sperimentali**, con priorità per quelli non farmacologici, e quindi quelli farmacologici, in relazione agli effetti positivi e indesiderati che questi ultimi possono determinare nell'assistito (9) (10).

La **contenzione fisica** invece dovrebbe essere usata solo in ultima istanza, con lo solo scopo di garantire la sicurezza delle persone e dell'ambiente (14) (Tabella VIII).

Tabella VIII - *Ordine delle attività per la gestione dell'agitazione psicomotoria secondo le evidenze di letteratura*

1.	individuazione dei sintomi
2.	accertamento dei fattori causali (dolore, psicosi, depressione, ansia)
3.	risoluzione dei fattori causali
4.	trattamenti non farmacologici (relazione, presenza, attività, tocco)
5.	trattamenti farmacologici (antipsicotici, neurolettici, antidepressivi e anti-demenza)
6.	contenzione fisica

E' importante sottolineare come ogni intervento applicato debba essere sottoposto a **rivalutazione**, in relazione all'effetto che determina, al fine eventualmente di correggere il piano terapeutico (11).

Si vuole inoltre rimarcare l'influenza della **pianificazione dell'assistenza** e dell'**approccio multidisciplinare** dell'*equipe* sanitaria nella gestione del problema, nonché della preparazione e **partecipazione del caregiver** all'aiuto al soggetto, in quanto elementi fondamentali per una presa in carico globale e di qualità dell'assistito, con effetti positivi nell'immediato e nel lungo periodo sui sintomi di agitazione psicomotoria (12).

3.7 Proposte di studio future

Al termine della stesura del progetto di *case report*, si considerano le possibilità di ulteriori approfondimenti sull'argomento proposto, ad esempio riproponendo il quesito clinico in ambito domiciliare, dove le risorse sono molto limitate e l'assistenza grava prevalentemente sul *caregiver*, e in ambito ospedaliero, per valutare la gestione del problema nel momento di ospedalizzazione dovuta a fase acuta di malattia concomitante rispetto alla demenza di Alzheimer.

BIBLIOGRAFIA

1. Geldmacher, D S. Alzheimer disease. [ed.] M F Weiner and A M Lipton. *The american psychiatric publishing textbook of alzheimer disease and other dementias*. s.l. : The American Psychiatric Publishing Inc, 2009, 8, pp. 155-72.;
2. Hilgerman, M M, Burgio, L D and Allen, R S. Behavioral and enviromental management. [ed.] M F Weiner and A M Lipton. *The american psychiatric publishing textbook of alzheimer disease and other dementias*. s.l. : The American Psychiatric Publishing Inc, 2009, 17, pp. 301-16.;
3. Yaavi, R, Tariot, P N and Richards, D. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms. [ed.] MF Weiner and AM Lipton. *The american psychiatric publishing textbook of alzheimer disease and other dementias*. s.l. : The American Psychiatric Publishing Inc, 2009, 16, pp. 285-300.;
4. Steinberg, M and Lyketsos, C G. Psychiatric disordes in dementia. [ed.] M F Weiner and A M Lipton. *The american psychiatric publishing textbook of alzheimer disease and other dementias*. s.l. : The American Psychiatric Publishing Inc, 2009, 15, pp. 263-84.;
5. Ministero della Salute della Repubblica Italiana. Tipi di demenza - in generale. *Ministero della Salute*. [Online] September 12, 2014. [Cited: March 13, 2015.] <http://www.salute.gov.it/>.;
6. Prandelli, C. [ed.] Claudio Prandelli. *Il nursing alla persona anziana: demenze e malattia di parkinson: procedure, protocolli, linee guida*. s.l. : Carocci, 2004, 3, pp. 59-75.;
7. Regione Veneto. Centro di servizio per persone anziane non autosufficienti. *Regione Veneto*. [Online] December 12, 2013. [Cited: March 13, 2015.] <http://www.regione.veneto.it/>.;
8. Volicer, L and Simard, J. Management of advanced dementia. [ed.] M F Weiner and A M Lipton. *The american psychiatric publishing textbook of alzheimer disease and other dementias*. s.l. : The American Psychiatric Publishing Inc, 2009, 19, pp. 333-54.;
9. AQuAS. Clinical practice guideline on the comprehensive care of people with alzheimer's disease and other dementias. *GuiaSalud*. [Online] 2011. [Cited: March 26, 2015.] <http://www.guiasalud.es/>.;

10. CSR. Dementia. diagnosis and treatment. *SNLG-ISS*. [Online] 2015. [Cited: March 25, 2015.] <http://www.snlg-iss.it/>. NGC:008442.;
11. NICE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. *NICE*. [Online] 2015. [Cited: March 31, 2015.] <http://www.nice.org.uk/>. CG 42.;
12. NHS. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Journals library*. [Online] 2014. [Cited: March 26, 2015.] <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/>;
13. Husebo, B S, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Seifert R, Aarsland D. The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *The american journal of geriatric psychiatry*. Elsevier, July 2014. PMID: 23611363.;
14. RNAO. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. *RNAO*. [Online] 2010. [Cited: March 31, 2015.] <http://rnao.ca/>;
15. SBU. Dementia – diagnostic and therapeutic interventions (vol 2). *SBU*. [Online] 2008. [Cited: March 26, 2015.] <http://www.sbu.se/>;
16. Majić, T, Gutzmann H, Heinz A, Lang U E, Rapp M A. Animal-Assisted Therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *The american journal of geriatric psychiatry*. Elsevier, November 2013. PMID: 3831177.;
17. Ho, S Y, Lai, H L, Jeng, S Y, Tang C W, Sung H C, Chen P W. The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia. *Archives of psychiatric nursing*. W B Saunders, December 2011. PMID: 22114806.;
18. Censis. Cos'è cambiato nella cura dei malati di alzheimer. *Censis*. [Online] March 20, 2007. [Cited: March 14, 2015.] <http://www.censis.it/>;
19. Saiani, L, Brugnolli, A and Ambrosi, E. Metodi e strumenti per un'assistenza basata sulle evidenze. [ed.] L Saiani and A Brugnolli. *Trattato di cure infermieristiche*. s.l. : Idelson-Gnocchi srl, 2011, 9, pp. 247-68..

ALLEGATO 1

ACRONIMI

AAT	<i>Animal-Assisted Therapy:</i> Terapia assistita con animali
AB	Al Bisogno
AChEI	<i>Acetylcholinesterase inhibitor:</i> Inibitori dell'enzima Acetilcolinesterasi
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AQuAS	<i>Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia</i>
BADL	<i>Basic Activity of Daily Life:</i> Attività di vita quotidiana di base
BPSD	<i>Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia:</i> Sintomi comportamentali e psicologici della demenza
CDRS	<i>Clinical Dementia Rating Scale</i>
CEBM	<i>Centre for Evidence-based Medicine</i>
CMAI	<i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory</i>
CSR	Consiglio Sanitario Regionale - Regione Toscana
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:</i> Manuale di diagnosi e statistica dei disturbi mentali
IADL	<i>Instrumental Activity of Daily Life:</i> Attività di vita quotidiana strumentali
ICD	<i>International Classification of Disease:</i> Classificazione internazionale delle malattie
IM	Terapia Intra-Muscolare

LG	Linea Guida
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
NCG	<i>National Guideline Clearinghouse</i>
NHS	<i>National Health System - National Institute for Health Research</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NPA	Nucleo Protetto Alzheimer
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PAO	Pressione Arteriosa Omerale
PM	Prescrizione Medica
RCT	<i>Randomised Control Trial:</i> Studio controllato e randomizzato
RNAO	<i>Registered Nursing Association of Ontario</i>
RS	Revisione Sistemica
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
s/s	Segni/Sintomi
SAPA	Servizio Alta Protezione Alzheimer
SBU	<i>Swedish Council on Technology Assesement in Health Care</i>
SC	Terapia Sotto-Cutanea
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
SSRI	<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors:</i> Inibitori selettivi della ricaptazione della Serotonina

ALLEGATO 2

METODOLOGIA DELLA REVISIONE DI LETTERATURA

- **Materiali e metodi**

Definizione del quesito in forma narrativa

In soggetto anziano istituzionalizzato con decadimento cognitivo correlato a demenza di Alzheimer in fase grave, si sono voluti individuare quali tra trattamenti farmacologici e non farmacologici offrano migliori risultati in termini di efficacia nel controllo dello stato di agitazione psicomotoria.

Metodo PICO

Il quesito di ricerca trasformato con il metodo PICO è così riformulato:

- Patient: soggetti anziani con malattia di Alzheimer in fase severa in struttura residenziale;
- Intervention: interventi farmacologici;
- Comparison: interventi non farmacologici;
- Outcome: controllo dell'agitazione psicomotoria.

Fonte dei dati

Sono state impiegate le seguenti banche dati online per la ricerca degli studi di letteratura:

- Linee guida: Trip database, NCG, SIGN, New Zealand Guidelines Group, RAO, NICE, AGENAS, SNLG;
- Revisioni sistematiche: Trip, Cochrane Library;
- Studi primari: Cochrane Library, NCBI/Pubmed, EBSCO/Medline.

Criteri di selezione

Si sono considerati i seguenti criteri di ricerca e selezione degli studi:

- considerare sinonimi e terminologia scientifica più ampia del concetto di "agitazione psicomotoria", quali "BPSD", "disturbi neuropsichiatrici", "disturbi comportamentali", "sintomi non cognitivi", "sintomi psicotici";
- considerare come trattamenti non farmacologici: interventi psicologici, di gestione dell'ambiente sociale e fisico, di contenzione fisica.
- scegliere parole chiave e stringhe di ricerca adeguate al quesito di ricerca e allo scopo della ricerca;
- selezionare le evidenze in base allo scopo della ricerca;

- valutare se le evidenze di uno studio selezionato sono state già considerate da un altro studio di epoca più recente e non selezionare evidenze già considerate e ricomprese in altri studi più recenti;
- selezionare tipologie di interventi farmacologici e/o non farmacologici che soddisfino l'obiettivo di ottenere un controllo sui sintomi di agitazione psicomotoria e, allo stesso tempo, garantiscano la sicurezza della persona, dell'operatore e degli altri soggetti coinvolti nell'assistenza o nell'ambiente di assistenza, ovvero senza arrecare danno a questi;
- garantire per l'analisi delle evidenze la selezione di studi che considerino l'assistenza al soggetto con demenza con disturbi comportamentali in maniera comprensiva, ovvero considerando sia gli interventi farmacologici che quelli non farmacologici, oppure più studi che permettano una visione comprensiva dell'assistenza.

Per gli studi secondari si sono considerati ulteriori criteri di ricerca e selezione:

- accettare letteratura allargata a tutti i contesti di assistenza;
- accettare letteratura senza limiti di tempo;
- accogliere linee guida che contengano le caratteristiche minime di: utilizzo delle revisioni sistematiche, definizione della qualità e della fonte delle evidenze, flessibilità e adattabilità, dichiarazione di eventuale conflitto di interesse, chiarezza e comprensibilità;
- accogliere revisioni sistematiche che contengano le caratteristiche minime di: utilizzo di studi di qualità, definizione della qualità degli studi, offerta di informazioni chiare e comprensibili, flessibili e adattabili.

Per gli studi primari si sono considerati ulteriori criteri di ricerca e selezione:

- selezionare studi con *setting* residenziale;
- accettare solo studi pubblicati negli ultimi 5 anni (da marzo 2010 a marzo 2015);
- selezionare solo studi che presentino il testo completo o almeno l'*abstract*.

Parole chiave

Si sono utilizzate le seguenti parole chiave:

- Demenza di Alzheimer: "*Alzheimer Disease*"[Mesh]; "*Alzheimer's Disease*"; "*Alzheimer Disease*"; "*Alzheimer*"

- Agitazione psicomotoria: "*Psychomotor Agitation*"[Mesh]; "*Psychomotor Agitation*"
- Struttura residenziale: "*Nursing Homes*"[Mesh]; "*Nursing Home(s)*"
- Fase severa/grave: "*Severe Stage*"
- Trattamenti non farmacologici: "*Non pharmacological interventations*"
- Trattamenti farmacologici: "*Pharmacological interventations*"
- Salute mentale: "*Mental Health*"
- Demenza: "*Dementia*"

Stringhe di ricerca

Si sono utilizzate le seguente stringhe di ricerca:

- ricerca su Trip per studi secondari:
 - P: "*Older adult with Alzheimer's disease in severe stage in nursing home*"
 - I: "*Pharmacological interventations*"
 - C: "*Non pharmacological interventations*"
 - O: "*Psychomotor agitation control*"
- topic per le linee guida:
 - "*Mental Health*"; "*Dementia*"; "*Alzheimer's Disease*"
- ricerca su Cochrane Library per revisioni sistematiche:
 - ("Alzheimer Disease" AND "Psychomotor Agitation" AND "Nursing Home")
- ricerca su Cochrane Library per studi primari:
 - ("Alzheimer Disease" AND "Psychomotor Agitation" AND "Nursing Home")
 - Filtri: "Ultimi 5 anni"; "Solo Abstract"
- ricerca su NCBI/Pubmed per studi primari:
 - ("Alzheimer Disease"[Mesh] AND "Psychomotor Agitation"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh])
 - Filtri: "Ultimi 5 anni"; "Solo Abstract"
- ricerca su EBSCO/Medline per studi primari:
 - ("Alzheimer Disease"[Mesh] AND "Psychomotor Agitation"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh])
 - Filtri: "Ultimi 5 anni"; "Solo Abstract"

ALLEGATO 3

TABELLA DI SELEZIONE DEGLI STUDI DI LETTERATURA

- Risultati della ricerca e selezione degli studi

Banche dati	Parole chiave	N. documenti trovati	N. documenti selezionati	Titolo, Anno, Autori, <i>Link</i>
Trip database	P: “ <i>Older adult with Alzheimer's disease in severe stage in nursing home</i> ” I: “ <i>Pharmacological interventions</i> ” C: “ <i>Non pharmacological interventions</i> ” O: “ <i>Psychomotor agitation control</i> ”	15 LG	1 LG	AQuAS. Clinical practice guideline on the comprehensive care of people with alzheimer's disease and other dementias. <i>Guíasalud</i> . [Online] 2011. [Cited: March 26, 2015.] http://www.guiasalud.es/ .
National Guideline Clearinghouse (NCG)	“ <i>Alzheimer Disease</i> ”	39 LG	1 LG	AQuAS. Clinical practice guideline on the comprehensive care of people with alzheimer's disease and other dementias. <i>Guíasalud</i> . [Online] 2011. [Cited: March 26, 2015.] http://www.guiasalud.es/ .

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	<i>“Alzheimer”</i>	8 LG	1 LG	NICE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. <i>NICE</i> . [Online] 2015. [Cited: March 31, 2015.] http://www.nice.org.uk/ . CG 42.
Best Practice Guideline of Registered Nursing Association of Ontario (RNAO)	Topic: <i>“Dementia”</i>	6 LG	1 LG	RNAO. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. <i>RNAO</i> . [Online] 2010. [Cited: March 31, 2015.] http://rnao.ca/ .
Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)		1 LG	1 LG	CSR. Dementia. diagnosis and treatment. <i>SNLG-ISS</i> . [Online] 2015. [Cited: March 25, 2015.] http://www.snlg-iss.it/ . NGC:008442.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Topic: <i>“Mental Health”</i>	12 LG	0	

<p>Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)</p>	<p>Elenco</p>		<p>0</p>	
<p>New Zeland Guidelines Group</p>	<p>Elenco</p>		<p>0</p>	
<p>Trip database</p>	<p>P: “<i>Older adult with Alzheimer's disease in severe stage in nursing home</i>” I: “<i>Pharmacological interventions</i>” C: “<i>Non pharmacological interventions</i>” O: “<i>Psychomotor agitation control</i>”</p>	<p>4 RS</p>	<p>2 RS</p>	<p>NHS. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. <i>Journals library</i>. [Online] 2014. [Cited: March 26, 2015.] http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/.</p> <p>SBU. Dementia – diagnostic and therapeutic interventions (vol 2). <i>SBU</i>. [Online] 2008. [Cited: March 26, 2015.] http://www.sbu.se/.</p>

Cochrane Library	<p>“Alzheimer Disease” AND “Psychomotor Agitation” AND “Nursing Home”</p>	<p>2 Cochrane Reviews 1 Non Cochrane Reviews</p>	0	
EBSCO/ Medline	<p>“Alzheimer Disease” AND “Psychomotor Agitation” AND “Nursing Home”</p> <p>- Ultimi 5 anni - Solo Abstract</p>	17 studi	<p>1 RCT 1 studio caso-controllo combinato</p>	<p>Husebo, B S, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Seifert R, Aarsland D. The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. <i>The american journal of geriatric psychiatry</i>. Elsevier, July 2014. PMID: 23611363.;</p> <p>Majić, T, Gutzmann H, Heinz A, Lang U E, Rapp M A. Animal-Assisted Therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. <i>The american journal of geriatric psychiatry</i>. Elsevier, November 2013. PMID: 3831177..</p>

<p>NCBI/Pubmed</p>	<p>("Alzheimer Disease"[Mesh] AND "Psychomotor Agitation"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh])</p> <p>- Ultimi 5 anni - Solo Abstract</p>	<p>14 studi</p>	<p>1 studio <i>pretest- posttest</i></p>	<p>Ho, S Y, Lai, H L, Jeng, S Y, Tang C W, Sung H C, Chen P W. The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia. <i>Archives of psychiatric nursing</i>. W B Saunders, December 2011. PMID: 22114806.</p>
<p>Cochrane Library</p>	<p>"Alzheimer Disease" AND "Psychomotor Agitation" AND "Nursing Home"</p> <p>- Ultimi 5 anni - Solo Abstract</p>	<p>3 studi</p>	<p>0</p>	

ALLEGATO 4

TABELLE DI SINTESI DELLE EVIDENZE

- **Linee guida: sintesi delle evidenze**

Titolo, Anno, Autori	Banca dati, Tipo di studio, Obiettivo	Popolazione, Schema di <i>grading</i>	Interventi studiati	Risultati, Raccomandazioni
“Clinical practice guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias” 2010 Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS)	TRIP database/NCG Linea Guida Sviluppare raccomandazioni per aiutare i professionisti della salute e i pazienti a prendere decisioni circa la cura più appropriata, selezionando le opzioni diagnostiche e	Persone affette da demenza, indipendentemente dall'età di esordio, i loro familiari e <i>caregiver</i> . Livelli di evidenza (1 a 4) e gradi di raccomandazione (A a D) di SIGN	Trattamenti farmacologici in soggetti con demenza e <i>BPSD</i> : <i>AChEI</i> (Donepezil, Rivastigmina, Galantamina), Memantina, <i>SSRI</i> , Trazodone, antipsicotici atipici. Trattamenti non farmacologici con demenza e <i>BPSD</i> : interventi comportamentali, terapia di reminescenza, stimolazione cognitiva, stimolazione sensoriale (musicoterapia, aromaterapia, massaggi, fototerapia).	E' raccomandata la combinazione di interventi sia farmacologici che non per il trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (Grado: buona pratica clinica). [...]

	terapeutiche più adeguate per affrontare le malattie di demenza.		Contenzione fisica e farmacologica in soggetti con demenza e <i>BPSD</i> .	
<p>[...] Trattamenti farmacologici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Occorre identificare i sintomi bersaglio, le possibili cause e i possibili meccanismi scatenanti, per poi trattarli (Grado: D). - Si raccomanda per il trattamento farmacologico dei <i>BPSD</i> di partire con <i>AChEI</i> e/o Memantina, con effetto sia per i sintomi cognitivi che per quelli non cognitivi (Grado: B). - Donepezil può essere usato in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: B). - Se la risposta non è sufficiente, aggiungere farmaci psicotropi (Grado: D). - L'uso di farmaci antipsicotici è raccomandabile come prima linea di intervento per il trattamento dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività in persone affette da demenza (Grado: A). - L'uso dei farmaci psicotropi è raccomandato per il trattamento dei <i>BPSD</i>, sebbene l'evidenza della loro efficacia su pazienti con demenza sia generalmente limitata e il rischio di effetti avversi sia alto (Grado: D). - Gli antipsicotici devono essere usati con cautela in pazienti con demenza, a causa del rischio di eventi avversi, sempre considerando i rischi di trattare con i rischi di non trattare i sintomi comportamentali con questi farmaci (Grado: A). - Nell'uso dei farmaci psicotropi considerare la sensibilità di questi pazienti verso gli effetti indesiderati (specialmente: effetti anticolinergici, ipotensione ortostatica, cadute, effetti extrapiramidali, peggioramento delle funzioni cognitive, confusione e delirium) (Buona pratica clinica). - Partire con basse dosi e aumentare lentamente, ricercando la dose minima efficace. Preferire la via di somministrazione orale (Buona pratica clinica). 				

- Rivedere la dose e l'attuale bisogno di trattamento a intervalli regolari, generalmente ogni 3 mesi (Grado: buona pratica clinica).
- Antipsicotici atipici possono essere usati in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: D).
- Risperidone può essere usato in pazienti con demenza di Alzheimer e sintomi psicotici (Grado: A).
- L'evidenza di efficacia è maggiore per lo Risperidone rispetto ad altri farmaci (Grado: B).
- Risperidone può essere efficace contro il vagabondaggio nella demenza di Alzheimer (Grado: D).
- Nel caso di intolleranza agli antipsicotici, Donepezil (se indicato), SSRI o Carbamazepina possono essere usati per il trattamento dell'agitazione e l'aggressività (Grado: D).
- Il trattamento con benzodiazepine deve essere breve a causa degli effetti avversi (Grado: C).
- L'uso di neurolettici è raccomandato per il trattamento dell'agitazione e l'aggressività (Grado: B).
- Non c'è abbastanza evidenza per formulare raccomandazioni circa il trattamento dell'ansia nella demenza (Grado: no).

Trattamenti non farmacologici

- Si raccomanda di cominciare i trattamenti per la gestione dei *BPSD* partendo da strategie di tipo non farmacologico (Buona pratica clinica).
- Interventi di stimolazione con attività ricreative e piacevoli dimostrano di essere efficaci nell'affrontare la depressione (Grado: C).
- Esiste una evidenza di efficacia limitata a favore dei massaggi terapeutici nel trattamento della agitazione (Grado: C).
- E' raccomandato l'uso di tecniche di identificazione elettronica (braccialetti) in pazienti con demenza soggetti a vagabondaggio (Grado: D).

Contenzione fisica

- E' raccomandabile prevenire, individuare precocemente e trattare sintomi di agitazione psicomotoria e aggressività in soggetti con demenza. Le misure da seguire possono essere di tipo sia farmacologico che non, ricorrendo alla contenzione meccanica quando

richiesto (Grado: B).

- Quando non è possibile controllare una persona con demenza con una pronunciata agitazione psicomotoria usando misure relazionali e/o farmacologiche, e questa continua a essere pericolosa o a rischio di causare danno per sé o altri, la contenzione meccanica deve essere proposta (Grado: D).
- L'eccessivo uso della contenzione meccanica dovrebbe essere evitato in persone con demenza, solo usandolo quando è veramente giustificato, ovvero a causa dell'intensità dei sintomi e la possibilità che questi determinino danno per sé o gli altri. E' comunque necessario preservare la dignità e la libertà della persona per ridurre il rischio di complicazioni (Grado: D).
- La contenzione meccanica deve essere usata per: prevenire lesioni al paziente e alle altre persone attorno a lui, garantire trattamenti medici ed evitare il danneggiamento del materiale attorno al paziente, evitare fughe e prevenire cadute e mantenere la corretta posizione del corpo, raggiungere gli obiettivi organizzativi e mantenere un ambiente sociale confortevole (Grado: C).

<p>“Demenza. Diagnosi e trattamento” 2011 Consiglio Sanitario Regionale - Regione Toscana (CSR)</p>	<p>SNLG/NCG Linea Guida Raccogliere le indicazioni più attendibili dalla letteratura scientifica circa i test di accertamento e i trattamenti farmacologici</p>	<p>Pazienti con diagnosi di demenza sospetta o confermata. Livelli di evidenza (I a VI) e grado delle raccomandazioni (A a E) secondo SNLG</p>	<p>Trattamenti farmacologici in soggetti con demenza e sintomi non cognitivi (antidepressivi, stabilizzatori, benzodiazepine, antipsicotici). Trattamenti non farmacologici in soggetti con demenza e sintomi non</p>	<p>Gestione dei sintomi non cognitivi Il trattamento di prima linea dei sintomi psicologici e comportamentali è non farmacologico, in considerazione degli eventi avversi potenzialmente gravi connessi al</p>
---	---	---	--	--

	<p>e non per il medico di medicina generale coinvolto nel processo di diagnosi e trattamento della demenza: accuratezza e utilità dei test diagnostici nelle differenti diagnosi; effetti dei trattamenti farmacologici e non; effetti avversi dei trattamenti farmacologici.</p>		<p>cognitivi (musicoterapia, aromaterapia, arte terapia, <i>pet therapy</i>, terapia comportamentale, <i>bright-light therapy</i>, approccio multisensoriale, terapia di orientamento alla realtà, terapia di validazione, terapia della reminiscenza, terapia occupazionale, terapia cognitivo-comportamentale, approccio interpersonale).</p>	<p>trattamento farmacologico, anche se le prove di letteratura non sono ancora conclusive. E' necessario discutere con paziente e <i>caregiver</i> i benefici realisticamente attesi e prevedere momenti e strumenti di formazione e supporto ai <i>caregivers</i>, avvalendosi di servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze (Livello: V/A). [...]</p>
<p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel trattamento di pazienti con demenza con sintomi depressivi, può essere utile il ricorso a farmaci antidepressivi, preferibilmente SSRI. In caso di agitazione, può essere utile il Trazodone (Livello: VI/B). - Gli antipsicotici hanno parziale efficacia nel trattamento di psicosi e aggressività associate a demenza. In considerazione degli effetti collaterali potenzialmente gravi degli antipsicotici, il loro impiego deve essere ristretto a situazioni di rischio o di estrema sofferenza per il paziente o per chi lo assiste e possibilmente limitato nel tempo. Dovrebbero essere evitate le associazioni di antipsicotici 				

(Livello: II/A).

- Attualmente non ci sono prove per consigliare l'impiego dei cosiddetti stabilizzatori dell'umore nei disturbi comportamentali delle persone con demenza (Livello: V/A).
- Non esistono prove di efficacia per l'utilizzazione delle benzodiazepine in corso di demenza (Livello: V/A).

<p>“Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care”</p> <p>2006 (ultima modifica 2015)</p> <p>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</p>	<p>NICE</p> <p>Linea Guida</p> <p>Formulare raccomandazioni per l'identificazione, il trattamento e la cura ai soggetti che si occupano delle persone affette da demenza.</p>	<p>Persone affette da demenza in tutti i <i>setting</i> (assistenza primaria, secondaria e sociale).</p> <p>Livelli di evidenza (1 a 4) di SIGN; non disponibili i gradi di raccomandazione</p>	<p>Trattamenti farmacologici in soggetti con demenza e sintomi non cognitivi: antipsicotici, ansiolitici, ipnotici, antistaminici, Selegelina, <i>AChEI</i>, Memantina, antidepressivi, farmaci antimaniacali e stabilizzatori dell'umore.</p> <p>Trattamenti non farmacologici in soggetti con demenza e sintomi non cognitivi: interventi comportamentali, attività occupazionali e strutturate,</p>	<p>A persone con demenza di Alzheimer in fase moderata con sintomi non cognitivi che provocano un <i>distress</i> significativo o potenziale rischio per l'incolumità dell'individuo e non tollerano o presentano controindicazione alla somministrazione di <i>AChEI</i>, allo stesso modo delle persone con demenza di Alzheimer in fase severa, può essere somministrata Memantina, purché: un approccio non</p>
--	---	---	--	---

			<p>interventi sull'ambiente, stimolazione sensoriale e relazionale, contatto sociale, <i>bright-light therapy</i>, gestione del dolore, interventi sul sonno, rimozione di contenzioni, ascolto, stimolazione multisensoriale, teatro, aromaterapia, stimolazione cognitiva (orientamento alla realtà, terapia della reminescenza, terapia di validazione), supporto sociale, <i>pet therapy</i>, terapia di rilassamento, musicoterapia, barriere per prevenire il vagabondaggio.</p>	<p>farmacologico sia inappropriato o si sia rivelato inefficace; l'uso di antipsicotici sia inappropriato o si sia rivelato inefficace.</p> <p>Il trattamento deve essere continuato solo se produce beneficio e il soggetto deve essere rivalutato regolarmente nelle sue funzioni cognitive, globali, funzionali e comportamentali.</p> <p><i>[Raccomandazioni aggiornate/aggiunte alla Lg originale del 2006]</i></p>
--	--	--	--	--

<p>“Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression”</p> <p>2004 (rev. 2010)</p> <p>Registered Nursing Association of Ontario (RNAO)</p>	<p>RNAO</p> <p>Linea Guida</p> <p>Indirizzare l’infermiere alla migliore assistenza alla persona anziana con delirium, demenza e/o depressione.</p>	<p>Persone anziane (> 65 anni) con delirium, demenza e/o depressione in tutti i <i>setting</i> (assistenza per acuti, a lungo termine e di comunità)</p> <p>Livelli di evidenza (I a IV) di RNAO</p>	<p>Assistenza infermieristica: trattamenti farmacologici, trattamenti non farmacologici, gestione del dolore, contenzione fisica e farmacologica</p>	<p>L’assistenza infermieristica alle persone con demenza dovrebbe essere informata circa gli interventi non farmacologici per la gestione del comportamento al fine di promuovere il benessere fisico e psicologico della persona (Livello: III). [...]</p>
<p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - L’assistenza infermieristica alle persone con demenza dovrebbe essere informata circa gli interventi farmacologici, in modo da contribuire alle decisioni e all’educazione circa i rischi e i benefici delle terapie sintomatiche, monitorare l’efficacia e gli effetti avversi, documentare la risposta, e sostenere la rivalutazione e la sospensione dei farmaci psicotropi dopo un periodo di stabilità nei comportamenti del soggetto (Livello di evidenza: Ia). - L’assistenza infermieristica alle persone con demenza dovrebbe essere informata circa la valutazione e la gestione del dolore per promuovere il benessere fisico ed emotivo della persona (Livello di evidenza: IV). - L’infermiere dovrebbe evitare il ricorso a restrizione fisica e farmacologica come prima linea di intervento in soggetti anziani con delirium, demenza e depressione (Livello di evidenza: III). 				

- **Revisioni sistematiche: sintesi delle evidenze**

Titolo, Anno, Autori	Banca dati, Tipo di studio, Obiettivo	Popolazione, Schema di grading	Interventi studiati	Raccomandazioni, risultati
<p>“A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia”</p> <p>2014</p> <p>National Health</p>	<p>Trip database</p> <p>Revisione Sistemática</p> <p>Ricerca sistematica e sintesi delle evidenze sugli effetti clinici e i costi economici degli interventi non farmacologici che riducono l’agitazione nella demenza, considerando la severità della malattia, il <i>setting</i>, l’assistito, gli effetti immediati e a lungo termine e i costi economici effettivi.</p>	<p>Soggetti anziani (> 50 anni) affetti da demenza sottoposti a trattamenti non farmacologici per il controllo dell’agitazione in tutti i <i>setting</i>.</p> <p>Livelli di evidenza (1 a 4) di CEBM</p>	<p>Interventi psicologici, comportamentali, sensoriali e ambientali: attività, musicoterapia (con o senza protocollo), interventi sensoriali (es. tocco), <i>bright light therapy</i>, aromaterapia, <i>pet therapy</i>, educazione dei familiari e dei <i>caregiver</i> professionali, esercizi fisici (es. passeggiate), cambiamenti nell’ambiente e terapie specifiche per la</p>	<p>Interventi sull’ambiente e l’organizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gli studi sugli interventi ambientali (creazione di un giardino per il vagabondaggio, mascheramento delle uscite (Livello: 2b), creazione di un ambiente più familiare al momento dei pasti) non consentono di formulare conclusioni di evidenza (Livello: 2). - La riorganizzazione dell’assistenza nelle strutture residenziali “come se si fosse a casa” (numero ristretto di soggetti,

System - National Institute for Health Research (NHS)			demenza.	pasti preparati da staff, familiari o pazienti stessi, struttura ristrutturata come in un ambiente domestico) non riduce l'agitazione e anzi può aumentarla. (Livello: 2) [...]
<p>[...] Terapie psicosociali specifiche per la demenza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per l'educazione del familiare alla terapia cognitivo-comportamentale, non è riscontrato un miglioramento significativo dell'agitazione, tuttavia le evidenze sono troppo scarse per formulare raccomandazioni (Livello: 1 e 2). - Studi sulla terapia di stimolazione cognitiva (Livello: 1 e 2) e di validazione (Livello: 2) non dimostrano una significativa riduzione dell'agitazione, tuttavia le evidenze sono troppo scarse per formulare raccomandazioni sul ricorso alle terapie specifiche per la demenza sul controllo dell'agitazione. - Non c'è abbastanza evidenza per formulare raccomandazioni sulla terapia di presenza simulata (registrazione della voce di un familiare), di ricerca del percorso (es. "andare nella propria stanza") o su attività miste (interventi psicosociali, massaggi, rieducazione alle attività di vita quotidiana): alcuni interventi non danno significativi miglioramenti nell'agitazione, altri addirittura la peggiorano nel lungo periodo rispetto a soggetti non trattati (6 mesi) (Livello: 2b). <p>Attività e terapie specifiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo svolgimento di attività nelle strutture residenziali riduce l'agitazione, ma non c'è evidenza sui soggetti con severa agitazione o al di fuori delle strutture. Attività individuali non offrono un apporto significativo alla riduzione dell'agitazione (Livello: 1 e 2). - Musicoterapia con protocollo specifico svolta da un terapeuta specializzato con canzoni ben conosciute e momenti appositamente studiati nelle strutture residenziali, determina una riduzione dell'agitazione nell'immediato, ma non nel lungo periodo. L'evidenza è 				

minima fuori dal contesto residenziale. Non c'è evidenza su soggetti con un livello di agitazione severo (Livello: 1 e 2).

- Non è chiaro se la musicoterapia senza uno specifico protocollo sia terapeutica per l'agitazione nelle strutture residenziali. Non c'è evidenza sugli effetti nel lungo periodo e per l'agitazione severa (Livello: 2).
- Interventi sensoriali (massaggi, stimolazione multisensoriale, tocco terapeutico) migliorano significativamente i livelli di agitazione durante l'intervento. L'evidenza è insufficiente nel lungo periodo e al di fuori del contesto residenziale (Livello: 2).
- La *bright-light therapy* non offre alcun contributo al miglioramento dell'agitazione nelle strutture residenziali (Livello: 1 e 2).
- Studi di alta qualità dimostrano con buon grado di evidenza che l'aromaterapia non migliora l'agitazione né la qualità di vita nelle strutture residenziali (Livello: 1 e 2).
- Studi sulla *pet therapy* offrono una evidenza troppo lieve per formulare raccomandazioni sul controllo dell'agitazione (Livello: 2c).
- Non c'è una evidenza convincente che fare esercizio (sessioni di passeggiate) sia un intervento terapeutico per l'agitazione, ma il basso grado di standard degli studi preclude la possibilità di formulare una conclusione esaustiva (Livello: 2).

Educazione dello staff

- C'è una evidenza convincente da studi di alta qualità che l'educazione e la supervisione dei *caregiver* professionali nella comunicazione o nell'assistenza individualizzata per abilità sia efficace sull'agitazione a tutti i livelli (lieve e moderata) con effetto immediato e nel lungo periodo rispetto ai soggetti non trattati (6 mesi). C'è una evidenza preliminare sulla riduzione di tutti i livelli di agitazione in strutture residenziali, ma alcuna evidenza in altri *setting* (Livello: 1 e 2).
- I programmi di educazione dei *caregiver* professionali appaiono meno efficaci senza supervisione. Ma l'evidenza è generalmente di basso standard, precludendo la possibilità di formulare una conclusione esaustiva (Livello: 2).
- La mappatura dell'assistenza alla demenza (osservazione individuale e valutazione di ogni comportamento del soggetto, dei fattori che migliorano la percezione di benessere e dei potenziali meccanismi ambientali, raccolti in un piano, e formulazione di proposte di

cambiamento, con l'obiettivo di modificare la percezione degli assistiti in modo che l'ambiente venga recepito più personalizzato) è efficace immediatamente e dopo 4 mesi per l'agitazione severa nelle strutture residenziali, ma non c'è alcuna evidenza per l'agitazione emergente o in altri contesti di assistenza. Non è rilevato alcun effetto sulla qualità di vita delle persone con demenza (Livello: 1 e 2).

<p>“Dementia – Diagnostic and therapeutic interventions (vol. 2)”</p> <p>2008</p> <p>Swedish Council on Technology Assesment (SBU)</p>	<p>Trip database</p> <p>Revisione Sistemica</p> <p>Fornire informazioni più complete e accurate ai soggetti coinvolti nelle decisioni assistenziali alla persona con demenza.</p>	<p>Soggetti affetti da demenza con sintomi comportamentali e psichici sottoposti a terapia con farmaci antipsicotici in tutti i <i>setting</i></p> <p>Livelli di evidenza di SBU (1 a 3)</p>	<p>Trattamento dei sintomi comportamentali e psicotici con farmaci antipsicotici e antiepilettici</p>	<p>Esiste una forte evidenza di un aumento del rischio di morte seguendo un trattamento con farmaci antipsicotici atipici (Livello: 1). [...]</p>
--	---	--	---	---

[...]

- L'uso di moderate e alte dosi di farmaci antipsicotici tradizionali determinava un significativo ma lieve effetto sui sintomi comportamentali in soggetti con demenza. Determinando tuttavia rilevanti effetti indesiderati extrapiramidali (specialmente Aloperidolo) (Livello: 3).
- Risperidone (dosi di 1 mg) riduce i sintomi comportamentali con un livello basso ma significativo, con effetti indesiderati accettabili. Olanzapina (dosi tra 5 e 10 mg) riduce i sintomi psicotici o comportamentali (Livello: 3).
- Sebbene le evidenze siano troppo lievi per quanto riguarda gli antiepilettici, la Carbamazepina dimostra lievi ma significativi effetti sui sintomi comportamentali. Valproato e Divalproex non hanno valore clinico (Livello: no).

- **Studi primari: sintesi delle evidenze**

Titolo, Anno, Autori	Banca dati, Tipo di studio, Obiettivo	Popolazione	Interventi studiati	Risultati, Raccomandazioni
<p>“The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia”</p> <p>2014 Jul</p> <p>Husebo BS, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Seifert R, Aarsland D</p>	<p>Medline/Ebsco</p> <p>RCT</p> <p>Valutare quali specifici comportamenti agitati rispondono a trattamenti individualizzati per sul dolore.</p>	<p>Soggetti adulti con demenza da fase moderata a severa e disturbi comportamentali clinicamente significativi in struttura residenziale.</p>	<p>Secondo uno schema predefinito, i pazienti del gruppo di intervento ricevono per 8 settimane, oltre alle usuali cure e trattamenti, un trattamento individualizzato giornaliero sul dolore con Acetaminofene, morfina a rilascio prolungato, cerotto di Buprenorfina, e/o Pregabalina. Si registra la presenza di agitazione.</p>	<p>Si riscontra che i comportamenti di agitazione verbale (lamentosità, negativismo, ripetizione di frasi e domande, costanti richieste di attenzione, imprecazioni, aggressione verbale) rispondono ai trattamenti sul dolore. Inoltre l'irrequietezza e il passeggio sono sensibili agli analgesici. Alcuni comportamenti devono perciò spingere a svolgere un accertamento del dolore e quindi ad un eventuale trattamento.</p>

<p>“Animal-Assisted Therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial”</p> <p>2013 Nov</p> <p>Majić T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA</p>	<p>Medline/Ebsco</p> <p>Studio caso-controllo combinato</p> <p>Valutare l’efficacia della AAT sui sintomi di agitazione/aggressività e depressione in soggetti in strutture residenziali con demenza.</p>	<p>Soggetti adulti in strutture residenziali con demenza.</p>	<p>Gli assistiti sono stati assegnati casualmente in due gruppi, in uno dei quali hanno ricevuto i trattamenti usuali combinati con AAT in più di 10 sessioni settimanali. Si registra la presenza di agitazione.</p>	<p>Nel gruppo di controllo i sintomi di agitazione/aggressività e depressione sono cresciuti significativamente in 10 settimane, mentre nel gruppo di intervento la frequenza e la severità dei sintomi si è mantenuta costante. AAT si propone come opzione per il trattamento di agitazione/aggressività e depressione in soggetti con demenza. AAT può ritardare la progressione dei sintomi neuropsichiatrici in soggetti in strutture residenziali con demenza.</p>
---	---	---	---	--

<p>“The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia”</p> <p>2011 Dec</p> <p>Ho SY, Lai HL, Jeng SY, Tang CW, Sung HC, Chen PW</p>	<p>Medline/Ebsco</p> <p>Studio <i>pretest-posttest</i></p> <p>Esaminare gli effetti della musica al momento dei pasti sull’agitazione in soggetti con demenza in strutture residenziali.</p>	<p>Soggetti con demenza in strutture residenziali con agitazione psicomotoria.</p>	<p>Somministrazione di musica ai due pasti principali tutti i giorni per un mese, registrando il grado di agitazione nelle 24 ore per 6 settimane.</p>	<p>I risultati rivelano una significativa riduzione dell’agitazione. E’ stato osservato un effetto a breve termine solo in seguito a ripetute somministrazioni. Ciò suggerisce che una musica tranquilla può dare benefici nella gestione dell’agitazione in soggetti con demenza residenti in struttura.</p>
---	--	--	--	---

ALLEGATO 5
SCALE DI GRADING

- **Scale di valutazione delle evidenze raccolte dalla letteratura secondaria**

“Clinical practice guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias”, AQuAS, 2011

LIVELLI DI EVIDENZA DI SIGN DELLO SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)	
1++	Meta-analisi di alta qualità, revisioni sistematiche da studi clinici o studi clinici di alta qualità con rischio di pregiudizi molto ridotto
1+	Meta-analisi ben condotti, revisioni sistematiche da studi clinici o studi clinici ben condotti con basso rischio di pregiudizi
1-	Meta-analisi, revisioni sistematiche da studi clinici o studi clinici con alto rischio di pregiudizi
2++	Revisioni sistematiche di alta qualità da studi caso-controllo o studi di coorte con rischio di pregiudizi molto basso e alta probabilità di stabilire una relazione causale
2+	Studi caso-controllo o di coorte ben condotti con basso rischio di pregiudizi e probabilità di stabilire una relazione causale moderata
2-	Studi caso-controllo o di coorte con un alto rischio di pregiudizi e un rischio significativo che la relazione non sia causale
3	Studi non analitici come case report e serie di casi
4	Opinione dell'esperto

GRADI DI RACCOMANDAZIONE DELLO SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)	
A	Almeno una meta-analisi, una revisione sistematica o uno studio clinico di livello 1++ e direttamente applicabile alla popolazione di riferimento della linea guida, oppure un contenuto di evidenza scientifica che consista principalmente di studi di livello 1+, direttamente applicabili alla popolazione di riferimento della linea guida, e dimostri consistenza di risultati.

B	Un contenuto di evidenza scientifica che includa studi di livello 2++, direttamente applicabile alla popolazione di riferimento della linea guida, e dimostri consistenza di risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 1++ o 1+.
C	Un contenuto di evidenza scientifica che includa studi di livello 2+, direttamente applicabile alla popolazione di riferimento della linea guida, e dimostri consistenza di risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 2++.
D	Evidenza scientifica di livello 3 o 4, o evidenza estrapolata da studi di livello 2+.
Buona Pratica Clinica	Pratica raccomandata sulla base dell'esperienza clinica e del consenso del team editoriale.

“Dementia. Diagnosis and treatment”, Regione Toscana - CSR, 2011 (revisione 2015)

LIVELLI DI EVIDENZA SECONDO IL SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA (SNLG)	
I	Prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro meta-analisi.
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi.
V	Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo.
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida.

GRADI DI RACCOMANDAZIONE SECONDO IL SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA (SNLG)	
A	L'esecuzione della procedura diagnostica o terapeutica è fortemente raccomandata (indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II).
B	Si nutrono dubbi sul fatto che la procedura o l'intervento debba sempre essere raccomandato, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
D	L'esecuzione della procedura o intervento non è raccomandata.
E	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura o intervento.

“Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression”, RNAO, 2004 (rev. 2010)

LIVELLI DI EVIDENZA DI REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO)	
Ia	Evidenze ottenute da revisioni sistematiche o meta-analisi di RCT.
Ib	Evidenze ottenute da almeno un RCT ben condotto.
IIa	Evidenze ottenute da almeno uno studio controllato senza randomizzazione ben condotto.
IIb	Evidenze ottenute almeno da uno studio quasi-sperimentale senza randomizzazione ben condotto.
III	Evidenze ottenute da studi descrittivi non sperimentali ben condotti (studi comparativi, studi di correlazione, studi di casi).
IV	Evidenze ottenute da report di commissioni di esperti o opinioni e/o da esperienze cliniche di autorità rispettabili.

“Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care”, NICE, 2006 (ultima modifica 2015)

LIVELLI DI EVIDENZA
DELLO SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)
Vedi sopra.

GRADI DI RACCOMANDAZIONE
Non disponibili.

“A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia”, NHS, 2014

LIVELLI DI EVIDENZA	
DEL CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE (CEBM):	
1b	Evidenze provenienti da RCT di alta qualità.
2b	Evidenze provenienti da RCT di bassa qualità o studi non randomizzati di alta qualità.
2c	Evidenze provenienti da studi non randomizzati di moderata qualità.
4	Evidenze provenienti da studi diversi dagli RCT.

“Dementia – Diagnostic And Therapeutic Interventions (vol. 2)”, SBU, 2008

LIVELLI DI EVIDENZA	
1	Evidenza scientifica forte: basata su due o più RCT di alta qualità o una revisione sistematica basata su RCT di alta qualità, con tutti studi che hanno lo stesso orientamento.
2	Evidenza scientifica moderata: uno studio di alta qualità e uno di media qualità, o tre o più studi di media qualità, una meta-analisi di studi di media qualità, con tutti studi che hanno lo stesso orientamento.
3	Evidenza scientifica limitata: due studi di media qualità, con tutti studi che hanno lo stesso orientamento.
/	Evidenza insufficiente: nessuno degli altri.