

Università degli studi di Padova

Dipartimento di Neuroscienze DNS

Corso di laurea in Educazione professionale

RELAZIONE FINALE DI LAUREA

L'intervento dell'educatore professionale a domicilio per l'anziano con demenza

The intervention of a professional educator at home for people with dementia

Relatore: Prof.ssa Cianfriglia Maria Chiara

Laureanda: Tonon Lisa

Matricola: 1102899

Anno accademico: 2016/2017

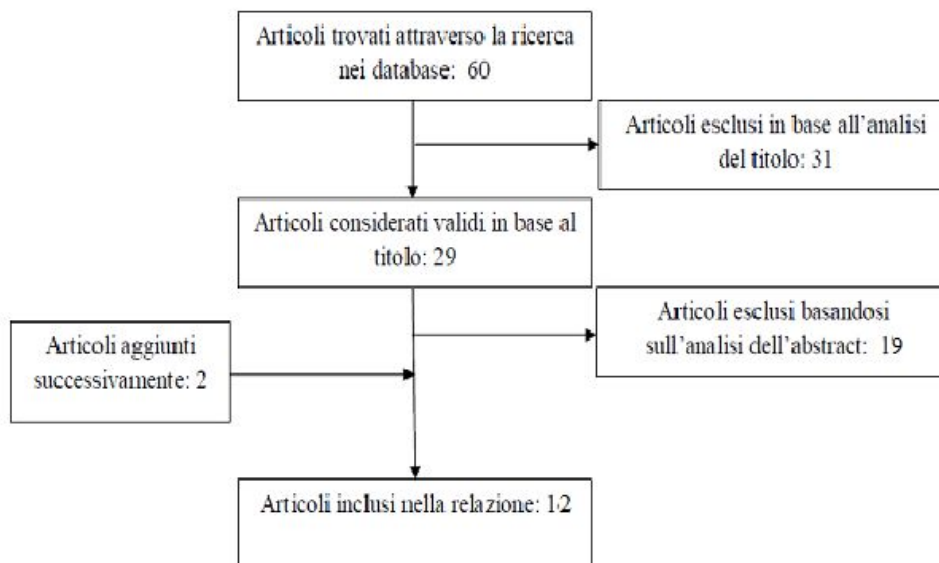
INDICE

INTRODUZIONE	5
Capitolo 1: l'anziano e lo sviluppo delle demenze	7
1.1 Chi è l'anziano?	7
1.2 L'anziano che cambia.....	9
1.3 L'anziano con demenza.....	12
1.4 I bisogni dell'anziano con demenza.....	16
1.5 Il caregiver	16
Capitolo 2: la Terapia di Stimolazione Cognitiva e il suo sviluppo	19
2.1 La riserva cognitiva.....	19
2.2 Sviluppo dei training mnesici	21
2.3 Cos'è la Stimolazione Cognitiva	22
2.4 La Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale	23
2.5 Ricerche sull'efficacia della Stimolazione Cognitiva	25
Capitolo 3: Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale a domicilio	29
3.1 Primi interventi di Terapia di Stimolazione Cognitiva su anziani che vivono a casa	29
3.2 Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale a domicilio	30
3.3 Interventi iCST in Italia.....	35
CONCLUSIONI	37
BIBLIOGRAFIA	39
SITOGRAFIA	41

INTRODUZIONE

Gli anziani sono una parte molto rilevante nella società attuale, per questo motivo è importante riflettere approfonditamente sui loro bisogni e sulle probabili malattie a cui possono andare incontro.

Una questione che negli ultimi anni sta facendo molto discutere è legata allo sviluppo delle demenze negli anziani. Per questo motivo si sta cercando di sviluppare delle tecniche e delle terapie che rendano migliore la qualità della vita delle persone malate e dei familiari. Infatti nel libro *Riconsiderare la demenza* di Tom Kitwood (2015) Maria Luisa Raineri, nell'introduzione, scrive: "sia per chi ha una demenza sia per chi non ce l'ha, la finalità ultima potrebbe forse essere quella di una vita in cui vi siano più gioia, più fluidità, maggiori possibilità di crescita personale e di cambiamento. Una vita su misura per le persone con demenza, che potrebbe essere una vita più felice anche per noi tutti". Partendo da questa considerazione e dalle storie di vita degli anziani affetti da una qualche demenza, che rimangono a vivere in casa propria e che hanno come unica forma di aiuto l'assistenza domiciliare integrata; la quale si occupa prevalentemente delle cure infermieristiche non prendendo in considerazione l'area cognitiva ed emozionale del paziente e dei caregivers. Si è pensato di sviluppare una tesi che vada ad analizzare a quale punto sono arrivati gli studi sugli interventi che possono essere svolti in casa da un educatore professionale per migliorare le abilità cognitive dell'anziano, la sua qualità di vita e quella dei suoi familiari.



Per fare ciò ci si è basati sull'analisi di alcuni libri e ricercando articoli scientifici nei database: PubMed, Cochrane Library e Scopus; come mesh terms sono stati utilizzati: cognitive reserve, cognitive stimulation, individual cognitive stimulation e cognitive stimulation therapy at home.

Nell'elaborato verrà presentato un primo capitolo in cui si andrà ad analizzare tutto ciò che riguarda l'invecchiamento e l'anziano, ripercorrendo i diversi tipi di demenza che si possono presentare, i bisogni che crea nel malato e nei caregivers.

Nel secondo capitolo verrà affrontato il concetto di riserva cognitiva, che ha permesso lo sviluppo dei training mnemonici in particolare della tecnica della Stimolazione Cognitiva. Questo aspetto verrà analizzato prendendo in considerazione varie ricerche che hanno cercato di dimostrarne la validità.

L'ultimo capitolo è dedicato all'analisi degli articoli che mettono in atto interventi di Terapia di Stimolazione Cognitiva individuali realizzati presso il domicilio dell'anziano; sono state inserite anche alcune esperienze di iCST, svolte a casa del malato, attuate nel territorio italiano.

Capitolo 1: l'anziano e lo sviluppo delle demenze

1.1 Chi è l'anziano?

Negli ultimi anni l'aspettativa di vita è notevolmente aumentata, infatti l'Italia risulta essere il secondo

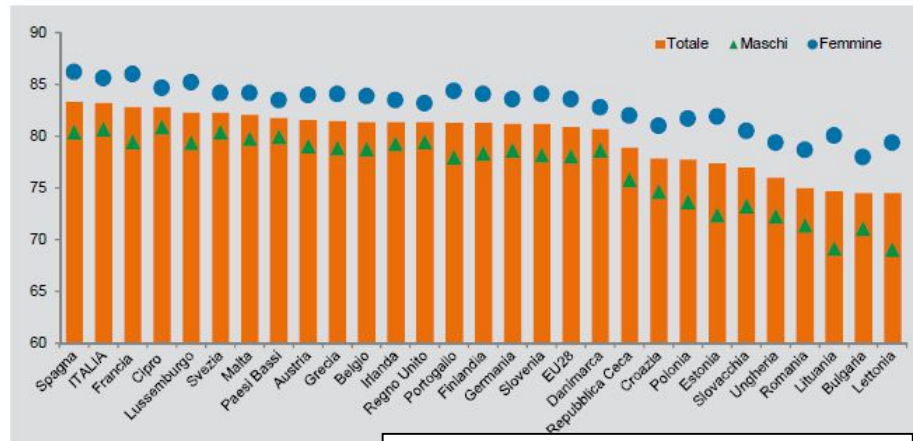


Figura 1. Speranza di vita alla nascita
Fonte: Istat

paese più longevo d'Europa (Bes, 2016), tutto ciò è avvenuto grazie al miglioramento

della condizione economica, delle condizioni igieniche, alimentari, ambientali e grazie alla progressione delle conoscenze medico-scientifiche; questo fenomeno ha portato ad un notevole incremento delle persone anziane.

A questo punto è importante chiarire cosa si intende con invecchiamento: un insieme di processi biologici e psicologici che hanno luogo in un organismo vivente e che, con il passare del tempo, ne diminuiscono la probabilità di sopravvivenza (De Beni & Borella, 2016). L'invecchiamento è una condizione multifattoriale che dipende dalla costituzione genetica e da fattori esogeni ambientali, è un fenomeno continuo, imprevedibile ed irreversibile, suscettibile di variazioni inter-individuali. Invece con vecchiaia si intende un fenomeno caratterizzato da mutamenti fisici e psichici, non causati dalla malattia, che comportano una ridotta capacità di adattamento allo stress e di mantenimento dell'equilibrio omeostatico, causando un aumento della morbilità e della mortalità (Piumetti, 2014). Quindi, chiarite le definizioni di questi due termini, quando si parla di anziani è più corretto utilizzare la parola vecchiaia e non invecchiamento in quanto questo vocabolo fa riferimento a quel processo che avviene durante tutto l'arco della vita fin dalla nascita.

Gli approcci teorici che cercano di spiegare l'invecchiamento sono molteplici, ma i principali sono le teorie genetiche, le teorie ambientali, l'ipotesi multifattoriale e l'ipotesi biochimica. La prima sostiene che il numero delle divisioni cellulari è limitato ad un massimo di 120 anni e nel DNA di ciascuno sin dalla nascita è scritto il numero delle duplicazioni cellulari possibili; le teorie ambientali sostengono che l'invecchiamento è dovuto ai problemi causati dall'ambiente e che non vengono riparati in tempo. Invece l'ipotesi multifattoriale sostiene che vista la grande variabilità è necessario prendere in considerazione sia i fattori biologici che quelli ambientali. Infine l'ipotesi biochimica evidenzia che alla base di tutti i cambiamenti ci sia il sistema nervoso centrale, in particolare le cause che riguardano la perdita di funzioni correlate all'età devono essere ricercate nell'attività sempre più carente dell'encefalo (Piumetti, 2014).

Oltre a queste teorie negli ultimi anni se ne sono sviluppate anche altre due: la gerotrascendenza teorizzata da Tornstam nel 1994 il quale sosteneva che nella tarda età se si passa da una visione materiale, relazionale ad una più cosmica e trascendentale si ha una migliore soddisfazione di vita; e la gerodinamica di Schroots del 1995 secondo la quale per definire il continuo processo di ri-organizzazione del Sé con l'avanzare dell'età è necessario prendere in considerazione i concetti di caos ed equilibrio (De Beni & Borella, 2016).

Una volta individuate le teorie dell'invecchiamento è necessario stabilire quando si può considerare una persona anziana, se si fa riferimento all'età biologica la persona deve avere più di 65 anni. Ma è possibile far riferimento anche ad altre età: quella psicologica, cioè l'età soggettiva che ognuno sente di avere e fa riferimento a quanto una persona riesce ad utilizzare le abilità cognitive, personali e sociali per sperimentare nuove attività, vivere nuove esperienze e adattarsi a condizioni non usuali, l'età sociale che viene determinata dalla posizione sociale raggiunta a una data età rispetto alla media e l'età funzionale, la quale indica le competenze che la persona mostra di avere mentre svolge specifici compiti. Oltre a questa divisione è possibile suddividere gli anziani in base alla loro età: infatti si parla di terza età riferendosi a persone dai 65 ai 75 anni, di quarta età dai 75 agli 85 e quinta età per chi ha più di 85 anni (Luppi, 2015). In alternativa, facendo riferimento alla teoria di Birren e Schaie è possibile suddividere in invecchiamento primario, in cui si verificano i cambiamenti tipici legati all'età,

invecchiamento secondario, cioè l'invecchiare patologico con malattie croniche o che si aggiungono al normale invecchiamento e infine l'invecchiamento terziario che indica i processi deteriorativi che si verificano con l'avvicinarsi dell'organismo alla morte (Luppi, 2015).

1.2 L'anziano che cambia

Con il passare del tempo il corpo dell'uomo subisce dei cambiamenti sia fisici che sensoriali. A livello fisico avvengono cambiamenti nell'aspetto esteriore per quanto riguarda la pelle, il viso, i capelli, l'altezza, il peso e la voce, e all'interno del corpo avvengono delle modificazioni sui muscoli e sulle ossa, sulla propriocezione, sul sistema cardiovascolare, polmonare, immunitario, endocrino e sul funzionamento renale.

Importanti cambiamenti avvengono anche a livello sensoriale e questi nell'età anziana hanno una rilevanza particolare in quanto da numerosi studi si è visto che una buona capacità nello svolgere le attività della vita quotidiana dipende dal mantenimento di buone capacità sensoriali.

Per quanto riguarda il senso della vista possono avvenire dei mutamenti anatomici che comportano una rielaborazione degli stimoli visivi più lenti e con minor qualità, una maggiore vulnerabilità a sviluppare patologie e condizioni mediche. Inoltre gli anziani impiegano più tempo a discriminare, riconoscere o identificare gli stimoli e ciò influisce sulle capacità di apprendimento, memoria e inibizione; hanno difficoltà a discriminare gli oggetti e spostare lo sguardo rapidamente e subiscono una diminuzione della capacità di elaborazione delle informazioni di contrasto spaziale.

L'anziano inizia a perdere anche l'udito e ciò può essere percepito come una delle cause per la perdita di funzionalità e di autonomia. Può essere causato da problematiche anatomo-fisiologiche delle strutture o da modificazioni delle strutture centrali che elaborano gli stimoli uditivi. Questa condizione può avere conseguenze psicofisiche come il ritiro sociale e causa difficoltà nella comprensione del discorso, ma attualmente è possibile ricorrere a degli apparecchi acustici che permettono alla persone di sentirci meglio.

Con l'avanzare dell'età si ha anche una perdita della sensibilità dell'odore e del gusto. La perdita dell'olfatto ha una grande influenza sulla qualità di vita soprattutto per

quanto riguarda l'alimentazione e il piacere per il cibo; un altro importante problema messo in evidenza da Schiffman (1997) è che l'olfatto possa servire come segnale adattivo di avvertimento di un eventuale pericolo e perciò una diminuzione di questo può diventare pericolosa perché non ci si accorge di odori particolari che potrebbero avvisare riguardo ad un imminente pericolo.

Inoltre la perdita del gusto è associata maggiormente alle terapie farmacologiche e alle condizioni mediche e questo fenomeno può influenzare l'appetito e quindi la motivazione a mangiare.

Un'altra modificazione importante che avviene nell'anziano riguarda l'invecchiamento cognitivo che comporta una diminuzione della specializzazione delle abilità che diventerebbero indifferenziate (De Beni & Borella, 2016). Analizzandole singolarmente si nota che con l'avanzare dell'età l'intelligenza subisce un calo generale anche se i test non permettono di capire quali abilità intellettive invecchiano; per questo motivo sono nate delle teorie che cercano di spiegare quali aree sono colpite. La più rilevante è quella di Cattell, il quale sostiene che esistono due tipi di intelligenza: l'intelligenza fluida che permette di adattarsi a situazioni nuove e l'intelligenza cristallizzata che si basa sulle conoscenze e capacità acquisite con l'esperienza e legate alla cultura di appartenenza. Queste due intelligenze seguono traiettorie diverse di invecchiamento: l'intelligenza cristallizzata sembra rimanga stabile con l'età mentre l'altra tenderebbe a declinare (De Beni & Borella, 2016).

Anche la memoria subisce importanti modificazioni. Innanzitutto è necessario distinguere tra memoria a breve termine, che mantiene poche informazioni in maniera passiva, e memoria di lavoro, che permette il mantenimento e l'elaborazione delle informazioni, con questa distinzione nella metanalisi di Bopp e Verhaeghen (2005) si è visto come ci sono differenze d'età non tanto nella memoria a breve termine ma più che altro per quanto riguarda la memoria di lavoro.

Per quanto riguarda la memoria a lungo termine in letteratura si è visto che ci sono modificazioni importanti con l'avanzare dell'età. In particolare si sono riscontrati effetti rilevanti per la memoria dichiarativa episodica: questa conserva informazioni rispetto a specifici episodi, con notevoli difficoltà se viene fornito minor supporto durante la fase di ricordo, dovuto probabilmente ad un deficit associativo.

La memoria autobiografica presenta delle difficoltà per il ricordo di episodi recenti mentre è più efficiente per episodi del passato.

Per spiegare queste difficoltà di memoria sono state ipotizzate quattro teorie:

- La teoria dei livelli di elaborazione di Craik e Lockhart sostiene che il mantenimento della traccia amnesica dipende dalla profondità di elaborazione che può essere distinta in tre livelli: strutturale ed estremamente superficiale, strutturale ma meno superficiale e profonda.
- La teoria dell'elaborazione autoiniziata di Craik propone l'ipotesi secondo cui l'elaborazione autoiniziata medierebbe gli effetti dell'età sulla memoria e sulla cognizione nella fase di codifica e di recupero in quanto la persona non ha alcuna facilitazione per memorizzare e recuperare le informazioni. Per questo motivo ci sono minori differenze tra giovani e anziani nel momento in cui la prova prevede un supporto ambientale.
- La teoria dei processi automatici e controllati di Jannings e Jacoby sostiene che nei compiti di memoria ci sono specifici deficit cognitivi negli anziani per quanto riguarda processi controllati mentre i processi automatici non sono particolarmente coinvolti nell'invecchiamento.
- La teoria motivazionale secondo cui gli aspetti emotivi-emozionali sono particolarmente rilevanti nei processi cognitivi dell'anziano. Secondo la teoria del Socioemotional Selectivity Theory di Carstensen avendo gli anziani una prospettiva temporale limitata tendono a ricercare il raggiungimento di emozioni soddisfacenti piuttosto che raccogliere molte informazioni, investono su attività che danno loro un riscontro positivo; sono caratterizzati da ottimismo mnesico in quanto ricordano meglio gli episodi positivi della loro vita passata.

Queste quattro teorie sono tutte da tenere in considerazione nel momento in cui si riflette sulle capacità di memorizzazione degli anziani e potrebbero anche aiutare nel momento in cui si pensano delle attività per il potenziamento di questa capacità. Infatti il cervello mantiene la sua efficienza anche in età avanzata se viene stimolato e adeguatamente impegnato (Scortegagna, 2005).

Nell'anziano sono presenti anche importanti cambiamenti per quanto riguarda le capacità attentive, le capacità linguistiche e emozionali.

1.3 L'anziano con demenza

Negli ultimi anni visto l'aumento della popolazione anziana si è andati incontro anche ad un aumento delle persone che non hanno un invecchiamento fisiologico ma patologico che vede i soggetti colpiti da una progressiva incompetenza cognitiva, una crescente perdita di autonomia personale e isolamento. Si ha quindi un aumento delle patologie croniche e dei casi di demenza.

Con il termine demenza si fa riferimento alla persona nella sua interezza e si va a definire una condizione identificata clinicamente. La definizione più largamente accettata, per quanto riguarda questo termine è quella fornita da McKhann e altri nel 1984. Essi affermano che: “La demenza è il declino della memoria e di altre funzioni cognitive rispetto al precedente livello di funzione del paziente determinato da una storia di peggioramento della prestazione e da anomalie rilevate dall'esame clinico e dai test neuropsicologici. Una diagnosi di demenza non può essere fatta quando la coscienza è alterata da delirium, sonnolenza, stupore o coma o quando altre anomalie cliniche impediscono una valutazione adeguata dello stato mentale. La demenza è una diagnosi basata sul comportamento e non può essere determinata mediante tomografia computerizzata, elettroencefalografia o altri strumenti di laboratorio, anche se determinate cause di demenza possono essere identificate con questi mezzi.”

Quindi la demenza è più probabile che sia presente nel momento in cui si manifesta un declino per quanto riguarda la memoria e almeno un'altra funzione (Kitwood, 2015).

Possono essere distinte varie forme di demenza: le demenze primarie che riguardano il danneggiamento del tessuto cerebrale e le demenze secondarie che sono quelle associate ad altre patologie (Kitwood, 2015). Si possono individuare anche demenze reversibili o irreversibili in base alla possibilità di intervenire in modo risolutivo sulla causa che né ha provocato l'insorgenza e demenze corticali se la lesione è a carico della corteccia cerebrale o sottocorticali se è al di sotto della corteccia (Carbone, 2007).

La demenza può essere suddivisa in tre livelli: demenza lieve se la persona è ancora in grado di gestire le cose in modo dipendente, demenza moderata se è necessario qualche aiuto nei compiti della vita quotidiana e demenza grave se la persona necessita di aiuto e supporto continuo (Kitwood, 2015).

Le demenze più diffuse sono:

DEMENZE PRIMARIE	DEMENZE SECONDARIE
<ul style="list-style-type: none"> • Demenza di tipo Alzheimer • Demenze fronto-temporali • Demenze con corpi di Lewy • Malattia di Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Demenza vascolare • Pseudodemenza e demenza secondaria a depressione • Demenze secondarie a malattia infettive • Demenza da encefalopatie metaboliche e tossiche

1.3.1 Demenza degenerativa di tipo Alzheimer

La demenza degenerativa di tipo Alzheimer è una patologia neurodegenerativa caratterizzata dalla perdita generale di neuroni e di connessioni sinaptiche, seguite poi da un'atrofia generale del cervello fino ad arrivare alla visione al microscopio di degenerazioni della struttura cellulare quali placche nevritiche e grovigli neuro fibrillari. Il sintomo principale di questa malattia è il deficit di memoria che è poi seguito dalla perdita degli altri domini cognitivi. Nella prima fase questa demenza vede un lieve deficit di memoria e i primi cambiamenti di personalità: apatia, perdita di interessi, perdita di spontaneità e iniziativa e cambiamenti di umore. Nello stadio intermedio si hanno i primi disturbi progressivi del linguaggio, deficit nel riconoscimento di oggetti, deficit spaziali, aprassia e peggioramento della memoria. Nella fase terminale il paziente perde completamente l'autonomia, ha un linguaggio non comunicativo, incontinenza sfinterica, disturbi motori, disfagia e crisi epilettiche (De Beni e Borella, 2016).

L'Alzheimer è caratterizzato anche da sintomi psicotici: allucinazioni, deliri, misidentificazioni, sintomi affettivi (depressione, ansia, apatia, esaltazione e disinibizione) e sintomi comportamentali (comportamento motorio aberrante,

irritabilità, aggressività, agitazione, disturbi del sonno, stereotipie, iperoralità, disturbi dell'appetito e ipersessualità).

1.3.2 Demenze fronto-temporali

Le demenze fronto-temporali sono demenze neurodegenerative che presentano un'atrofia delle regioni frontali e/o temporali che può estendersi anche ai lobi parietali e ai gangli della base. È caratterizzata inizialmente dal cambiamento di personalità, successivamente dal deterioramento cognitivo, dalla capacità di giudizio compromessa, dalla disinibizione comportamentale, dall'assenza di consapevolezza per i disordini comportamentali, da importanti deficit nella capacità di spiegare e predire il comportamento altrui, da compromissione delle capacità linguistiche, da difficoltà nel pensiero categoriale e da deficit nel portare avanti azioni che tendono ad uno scopo. Molti pazienti con questa patologia tendono ad isolarsi socialmente, ad essere passivi e apatici (De Beni & Borella, 2016).

1.3.3 Demenza con corpi di Lewy

La demenza con corpi di Lewy è caratterizzata principalmente dal decadimento cognitivo, seguito poi da deficit nelle funzioni attentive, esecutive e visuo-spaziali, disturbi nella capacità di analizzare, sintetizzare e riconoscere stimoli visivi, scarse capacità di elaborazione di problemi, disfunzioni motorie, allucinazioni visive ricorrenti, disturbi comportamentali nel sonno, deliri sistematizzati, perdita transitoria di coscienza e depressione (De Beni & Borella, 2016).

1.3.4 Malattia di Parkinson

La malattia di Parkinson è un disturbo del movimento che con l'avanzare dell'età e se sono presenti sintomi depressivi porta allo sviluppo di deficit cognitivi. I sintomi che si presentano sono: disordini nel funzionamento esecutivo, nella memoria di lavoro, nel controllo attentivo, disturbi nella memoria episodica, ridotta fluenza verbale, deficit

nella capacità di analizzare, sintetizzare e riconoscere stimoli visivi, allucinazioni principalmente visive e deliri (De Beni & Borella, 2016).

1.3.5 Demenza vascolare

La demenza vascolare si manifesta con disturbi cognitivi acquisiti che dipendono da altre malattie cerebrovascolari per questo il tipo di esordio e il decorso sono molto variabili in quanto dipendono da quali lesioni cerebrali avvengono. Per diagnosticare questa malattia deve esserci una demenza e dei disturbi cerebrovascolari, e questi due fattori devono essere correlati temporalmente (De Beni & Borella, 2016).

1.3.6 Pseudodemenze e demenze secondarie a depressione

Nelle pseudodemenze e demenze secondarie a depressione i disturbi cognitivi devono essere secondari all'insorgenza di una patologia psichiatrica, in particolare depressiva. I criteri principali per la diagnosi devono essere: presenza di un disordine psichiatrico con un deficit intellettivo, caratterizzazione tipica delle malattie neurodegenerative, remissione dei sintomi cognitivi dopo un trattamento psichiatrico e assenza di malattie neurodegenerative (De Beni & Borella, 2016).

1.3.7 Demenze secondarie a malattie infettive

Nella popolazione anziana si possono presentare dei casi in cui delle malattie a carico del sistema nervoso centrale portano ad una rara forma di demenza (De Beni & Borella, 2016).

1.3.8 Demenze da encefalopatie metaboliche e tossiche

Negli anziani si possono riscontrare dei casi di delirium in cui deficit cognitivi e manifestazioni comportamentali sono causati da malattie sistemiche, carenze nutrizionali o esposizione ad agenti tossici (De Beni & Borella, 2016).

1.4 I bisogni dell'anziano con demenza

L'anziano con demenza deve essere considerato anche lui come una persona che presenta specifici bisogni. Per questo motivo Kitwood ha individuato una serie di bisogni che è importante considerare; innanzitutto la prima cosa da tenere presente è il bisogno d'amore che queste persone mostrano spesso come un desiderio disperato e che implica un'accettazione generosa, comprensiva e incondizionata. Questo bisogno è poi correlato al bisogno di conforto che emerge soprattutto nel momento in cui la persona affronta un senso di perdita, un lutto o ha un indebolimento delle capacità. È correlato da particolare urgenza e ha una sua durata. Poi c'è il bisogno di attaccamento che è particolarmente forte perché le persone con demenza non ricordando molte cose, si ritrovano in situazioni che gli sembrano nuove e non sanno che comportamento mettere in atto. Poi si ha il bisogno di inclusione che si manifesta con comportamenti come la ricerca di attenzione, la tendenza ad aggrapparsi o le forme di protesta; questi spesso vengono interpretati dai familiari nel modo sbagliato portando così ad una sempre maggiore diminuzione della vita sociale della persona con demenza. Hanno anche il bisogno di essere occupati, di essere coinvolti nella vita in un modo che sia per loro significativo, che abbiano qualche tipo di progetto che per loro risulta interessante. Infine le persone con demenza hanno anche un forte bisogno di identità inteso come avere un senso di continuità con il passato, una propria narrazione; per fare ciò è importante conoscere la storia di vita della persona ed avere una buona capacità empatica.

Questo schema di bisogni varia in base alla personalità e alla storia del soggetto (Kitwood, 2015).

1.5 Il caregiver

Il termine caregiver in letteratura indica i familiari che accudiscono la persona con demenza, i loro compiti e le loro responsabilità sono molto ampi e variabili e coinvolgono sia la sfera pratico-organizzativa che quella emozionale. Molto spesso questa persona svolge anche il ruolo di lavoratore e di genitore e questi vanno a gravare ulteriormente sulle sue capacità e sul suo benessere con possibili conseguenze a livello

fisico, cognitivo e psicologico (De Beni & Borella, 2016). Ci sono anche altri fattori socio demografici che incidono come per esempio il sesso, in quanto le donne sono più vulnerabili allo stress del caregiving e hanno più frequentemente problemi di salute. Anche l'età influisce in quanto i giovani hanno minori problemi di salute rispetto agli anziani, ma in loro è maggiore il conflitto tra ciò che vorrebbero essere nella loro vita e la responsabilità dell'accudire una persona con demenza. Altri fattori rilevanti sono il grado di parentela tra malato e caregiver, il grado di scolarità di quest'ultimo, la sua etnia e la sua cultura.

Il caregiver è esposto a fattori di stress cronici che possono portarlo a problemi di salute psicofisici, a stili di vita e abitudini negative fino ad arrivare in alcuni casi anche a forme di abuso sull'anziano. Una conseguenza importante è presente a livello della salute fisica; ciò è riportato anche da Vitaliano, Zhang e Scanlan i quali individuano problemi di salute sia indagando indicatori self-report che fisiologici. Anche a livello psicologico è stato dimostrato che il caregiver ha livelli peggiori rispetto ai non caregivers in quanto risulta più stressato, depresso e ha livelli di benessere soggettivo e self-efficacy bassi. Anche il funzionamento cognitivo risulta modificato sia per un minor livello di attenzione che di velocità nell'elaborazione delle informazioni. Queste conseguenze sono causate principalmente da alcuni comportamenti legati alla malattia, come per esempio il wandering notturno, la presenza di uno stato depressivo nell'anziano, le abitudini del sonno di quest'ultimo e anche dalle caratteristiche psicologiche del caregiver (De Beni & Borella, 2016).

Il caregiver deve essere quindi una persona presente e psicologicamente disponibile, senza essere distratto dall'esterno e disturbato dall'interno di sé. Devono essere presenti in lui anche alcune risorse: il riconoscimento, la negoziazione, la collaborazione, il gioco, la stimolazione, la voglia di festeggiare, il rilassamento, la capacità di una comprensione empatica dell'altro, il contenimento (il caregiver deve essere presente indipendentemente da ciò che accade), il sussidiare, la creazione e il dono inteso come accettazione di tutto ciò che porta la persona con demenza (Kitwood, 2015).

Capitolo 2: la Terapia di Stimolazione Cognitiva e il suo sviluppo

2.1 La riserva cognitiva

L'elaborazione del concetto di riserva cognitiva nasce nel momento in cui si inizia a rendersi conto che la relazione fra il grado di severità del danno cerebrale e le sue manifestazioni cliniche sono diverse da ciò che ci si aspetta; la stessa lesione celebrale in due persone diverse può portare a manifestazioni meno gravi in un paziente piuttosto che nell'altro.

Innanzitutto è importante differenziare il concetto di riserva cerebrale, che è un processo passivo in cui la riserva dipende dalla dimensione del cervello o dal conteggio dei neuroni (Stern, 2009) [11] e va ad indicare la quantità di danni che il cervello può subire prima che ci sia un'espressione clinica del problema (Chicherio et al., 2012) [2]. Questo modello viene definito passivo in quanto esiste una soglia fissa di danno al di sotto della quale si verifica una disfunzione in qualsiasi persona e non tiene conto delle differenze individuali su come il cervello elabora processi cognitivi o funzionali nel momento in cui si verifica una menomazione celebrale (Stern, 2009) [11].

Con il termine riserva cognitiva, invece, ci si riferisce ad un processo attivo in quanto non esiste una soglia fissa al di sotto della quale si verificherà una disfunzione e l'accento viene posto sui processi che permettono ai soggetti di mantenere le funzioni cerebrali nonostante ci sia un danno (Stern, 2009) [11]. Con questo concetto si va anche a descrivere la robustezza di una funzione cognitiva quando il cervello presenta una patologia e la capacità di utilizzare funzioni alternative nel momento in cui quella predefinita non è più utilizzabile (Medaglia et al., 2017) [6].

Un'altra definizione presente in letterature per quanto riguarda questo concetto è quella proposta a Cheng (2016) [1] il quale sostiene che la riserva cognitiva è un costrutto ipotetico che modera il declino degli effetti dovuti all'età e a danni patologici; si riferisce a capacità strutturali e dinamiche del cervello che cercano di opporsi agli atrofismi e alle lesioni, compensando la perdita tissutale o funzionale in una regione particolare del cervello facendo lavorare maggiormente altri neuroni.

La più importante classificazione per quanto riguarda la riserva cognitiva è quella proposta da Stern, il quale la distingue in riserva cognitiva e compensazione. La prima si riferisce a differenze individuali che si osservano nei soggetti sani, evocando un utilizzo efficiente di strategie e di reti di connessioni funzionali tra neuroni. Mentre la seconda viene associata ad una specifica risposta ad un danno celebrale, che va ad utilizzare reti di connessione alternative o strategie nuove che non vengono utilizzate dai soggetti sani. Oltre a questa suddivisione lo stesso autore ne ha proposto anche un'altra considerando l'implementazione neuronale della riserva cognitiva suddivisa in: riserva neuronale e compensazione neuronale. Con riserva neuronale si fa riferimento alle differenze individuali nell'uso delle reti di connessioni e dei processi cognitivi mentre la compensazione indica quelle reti di connessioni e quei processi cognitivi che sono alternativi e non vengono utilizzati dai soggetti sani. Secondo questa prospettiva l'invecchiamento celebrale non è solo caratterizzato da danni che si accumulano ma si verificano anche fenomeni di compensazione. Le ricerche in questo campo hanno condotto alla formulazione di tre modelli principali per comprendere meglio come si modifica il cervello: il modello HAROLD in cui la riorganizzazione funzionale ha una funzione compensatoria, il PASA che permette di spiegare come l'attivazione supplementare delle aree prefrontali in compiti minori negli anziani compensa le elaborazioni sensoriali e motorie e il modello CRUNCH secondo cui l'ipotesi di un utilizzo compensatorio dei circuiti neuronali in una regione specifica può portare sia a fenomeni compensatori che ad attività dedifferenziate.

Si è visto che tutte le forme di riserva sono influenzate sia da determinanti biologiche che ambientali. Infatti il patrimonio genetico individuale influenza sia lo sviluppo celebrale, sia la riserva, sia la vulnerabilità degli individui alle malattie degenerative ma l'espressione del patrimonio genetico è influenzato dall'ambiente. Il quale comprende lo stile di vita, la ricchezza dell'ambiente, il livello di scolarità e l'attività fisica e cognitiva dell'individuo.

In conclusione è importante ricordare che il concetto di riserva cognitiva nell'invecchiamento patologico è complesso e multidimensionale (Chicherio et al., 2012) [2].

2.2 Sviluppo dei training mnesici

Per il miglioramento degli aspetti cognitivi negli anziani sono state proposte varie tipologie di training che solitamente vengono distinti in training cognitivo-strategici oppure in meta cognitivi. I primi hanno come obiettivo l'insegnamento di precise strategie di memoria e mnemotecniche che portano ad un miglioramento dell'efficienza mnesica; mentre i training meta cognitivi consistono in interventi che mirano a potenziare la metaconoscenza nel suo insieme e ciò produce dei miglioramenti sul comportamento metacognitivo e cognitivo (Dentici et al., 2014). La Stimolazione Cognitiva appartiene a quest'ultima categoria, ma prima di spiegare in cosa consiste questa tecnica è importante fare una riflessione sui primi approcci che si sviluppano per il miglioramento cognitivo e la stimolazione dei sensi per la cura della demenza.

Una delle prime tecniche chiamata terapia di orientamento alla realtà (ROT) si sviluppa alla fine degli anni '50 per dare una risposta agli stati di confusione e disorientamento dei pazienti ricoverati nelle unità ospedaliere; erano previste delle sessioni una o due volte al giorno di circa trenta minuti in cui venivano presentate informazioni personali del paziente o notizie di attualità attraverso l'utilizzo di diversi materiali. Ma le prime applicazioni di questa tecnica che prevedevano anche una valutazione scientificamente valida si hanno alla fine degli anni '70 in case di riposo in cui si svolgevano incontri strutturati in sedute di trenta minuti al giorno, cinque volte alla settimana per almeno quattro mesi, questi studi hanno dimostrato che la tecnica applicata ha dei benefici, sulle persone con demenza, per quanto riguarda la cognizione e il comportamento, però hanno portato anche a delle critiche in quanto il meccanismo che viene applicato nelle sedute è inflessibile e insensibile. Per cercare di migliorare questi aspetti si è quindi pensato di applicare la ROT nelle 24 ore insegnando al personale delle case di riposo a sfruttare tutte le possibilità che si presentavano durante la giornata per fornire opportunità e informazioni nuove agli anziani, anche questa però ha incontrato degli ostacoli in quanto ci si è chiesti se queste attività portavano ad un miglioramento del benessere complessivo e della qualità della vita della persona (Woods et al., 2005) [12]. Per questo motivo si è iniziato a sviluppare e a studiare la Terapia di Stimolazione Cognitiva.

2.3 Cos'è la Stimolazione Cognitiva

L'aumento delle aspettative di vita e quindi del numero di anziani e grazie ai miglioramenti della medicina si è visto un notevole incremento delle diagnosi di demenze, per questo motivo si è cominciato a pensare alla riabilitazione cognitiva nell'anziano cercando di ripristinare le funzioni perse perché non utilizzate e a raggiungere gli stessi risultati a cui si sarebbe arrivati con queste abilità percorrendo però strade alternative e cercando di mantenere il più possibile i livelli di funzionamento residui.

La tecnica più sviluppata e con maggiori ricerche che ha provato a dare una risposta a queste problematiche è la Terapia di Stimolazione Cognitiva; questa consiste in un impegno in una serie di attività e di discussioni finalizzate al miglioramento generale del funzionamento cognitivo e sociale. Per quanto riguarda l'aspetto cognitivo vengono proposti una serie di compiti standard progettati per migliorare particolari funzioni cognitive con una gamma di livelli di difficoltà che possono essere svolti in sessioni individuali o di gruppo (Clare & Woods, 2004) [3].

La Terapia di Stimolazione Cognitiva è quindi uno dei trattamenti validati e pubblicati che ha mostrato un'efficacia terapeutica nella cura delle persone con demenza soprattutto nelle fasi lievi e moderate, portando dei miglioramenti nel funzionamento cognitivo globale, in particolare rallentando i processi di decadimento, e benefici nella qualità della vita (Borella et al., 2016). Questa tecnica fonda le sue basi sull'evidenza che la mancanza di attività cognitiva accelera il declino cognitivo sia nell'invecchiamento patologico che in quello normale; infatti ci sono delle evidenze empiriche che nelle persone con demenza grazie all'esistenza di meccanismi di plasticità neuronale attraverso la stimolazione si può indurre una proliferazione dendritica che produce nuove sinapsi (Borella et al., 2016).

Questa tecnica prevede il coinvolgimento dell'anziano in conversazioni su differenti argomenti e in attività pratiche, ogni sessione prevede un momento iniziale in cui si svolge una discussione su notizie di attualità che favoriscono l'orientamento spaziotemporale e questi incontri per avere migliori benefici terapeutici devono svolgersi in un clima di rispetto, divertimento, coinvolgimento, inclusione e socializzazione, con continuità e coerenza. La Stimolazione Cognitiva è un intervento che si basa

sull'apprendimento esperienziale multisensoriale, per sostenere e ri-attivare i processi di memoria, per migliorare le funzioni e le abilità della vita quotidiana, permette un apprendimento implicito con materiale utilizzato tutti i giorni, favorisce la ripetizione e il consolidamento delle informazioni che riguardano se stesso e deve tenere in considerazione la storia di vita e il sistema di valori della persona (Borella et al., 2016).

2.4 La Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale

La Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale (CST) prevede che venga applicata la tecnica della stimolazione in sessioni individuali e a condurre l'incontro può essere o un professionista o un caregiver che è stato preventivamente formato.

L'obiettivo di questo trattamento consiste nel proporre attività pratiche e offrire un supporto in modo da riuscire a coinvolgere la persona con demenza in compiti significativi che mantengano la mente attiva e impegnata. Si fonda su 13 principi di base.

Quando si applica questa tecnica è necessario tenere attiva e impegnata la mente della persona, che per mantenersi ha bisogno di esercizio come il resto del corpo; le attività proposte devono essere formate da giochi non troppo semplici altrimenti l'anziano non trova l'utilità nel mettersi alla prova ma neanche troppo difficili altrimenti potrebbero insorgere sentimenti di frustrazione e disagio. È da tenere in considerazione che se una persona non è stata in grado di svolgere un'attività non è detto che non riesca a farla neanche il giorno successivo, bisogna basarsi sulle abilità cognitive dell'anziano dando però l'opportunità di allenarle. Un altro importante aspetto da tenere in considerazione riguarda l'obiettivo di incoraggiare a sviluppare nuove idee, pensieri e associazioni cercando di proporre sempre argomenti nuovi di discussione così che la persona possa utilizzare le conoscenze che già possiede e si crei nuove opinioni e idee aumentando il livello di stimolazione durante l'attività stessa. Anche l'orientamento deve essere trattato nel modo corretto, il paziente deve essere stimolato in modo delicato magari parlando all'inizio di ogni sessione delle prossime festività, eventi, ricorrenze, meteo oppure attraverso l'introduzione dell'argomento scelto per la sessione che si sta per svolgere. Durante le sessioni di stimolazione è meglio concentrarsi sulle opinioni, sulle reazioni piuttosto che sui fatti, non dovrebbero sembrare delle prove di memoria e per questo motivo in alcuni casi è meglio ridurre la quantità di richieste da svolgere così da

favorire il coinvolgimento e la miglior riuscita. Un aspetto da tenere in considerazione riguarda l'utilizzo di ricordi del passato tramite percorsi di reminiscenza, poiché questi possono aiutare nel confronto tra vecchio e nuovo, anche se bisogna tenere presente che possono esserci ricordi dolorosi da ri-vivere.

Nella Stimolazione Cognitiva è importante fornire una molteplicità di stimoli perché coinvolgere più sensi porta a dei risultati migliori e ad attività mentalmente più stimolanti che possono aiutare nel miglioramento delle abilità linguistiche e nel potenziamento della comunicazione; queste devono tenere sempre presente che l'importante non è lo svolgimento completo dell'attività ma la qualità e la gioia che si ottiene nello stare insieme, creando un ambiente sereno e soddisfacente attraverso un'esperienza gratificante. In quest'ottica è quindi necessario tenere presente che l'approccio deve essere "centrato sulla persona" con le sue qualità uniche e individuali, ponendo particolare attenzione alle esperienze che l'hanno portata ad essere ciò che è. Concentrarsi sui suoi punti di forza, valorizzando le sue opinioni, credenze e punti di vista. Tutto ciò è possibile se il ventaglio di attività che vengono proposte è molto ampio così che sia possibile identificare quali giochi rispecchiano maggiormente la persona che si ha davanti. È comunque necessario tenere presente che è importante fare delle proposte di sessioni in cui vengono stimulate le capacità di organizzazione e pianificazione magari attraverso la discussione fra le somiglianze e le differenze fra gli oggetti o l'organizzazione di questi in categorie. Tutte queste attività devono però essere svolte in un clima piacevole e di divertimento.

Durante le sessioni di Stimolazione Cognitiva è importante tenere presente le caratteristiche di personalità, la storia di vita e le attività preferite dal paziente, non mostrare frustrazione nel momento in cui si ricevono delle risposte sbagliate, distogliere l'attenzione da situazioni che possono creare disagio, nel momento in cui si verifica un cambiamento di umore nell'anziano cercare di distrarlo e se appare comunque contrariato o preoccupato cercare di comprendere le cause e provare a spostare l'attenzione su altro. Da parte dell'operatore che si accinge a svolgere l'attività deve esserci un comportamento di flessibilità, empatia, calma, sicurezza, deve offrire scelte semplici, mantenere un equilibrio tra il lasciar fare e il fornire aiuto e deve mostrare sempre interesse per la persona che si trova di fronte. Durante la comunicazione è necessario utilizzare un linguaggio chiaro e semplice, frasi brevi, brevi pause di

silenzio, rispettando i tempi di risposta, utilizzando un tono di voce rilassato e pacato e se necessario ripetere spesso le cose; utilizzare anche gesti per accompagnare le parole, mantenere un'espressione del viso felice, tocco delicato della mano, contatto visivo e dimostrarsi calmi tenendo sempre presente che è comunque una relazione alla pari in cui è importante che al paziente venga restituita un'immagine positiva di sé (Borella et al., 2016).

2.5 Ricerche sull'efficacia della Stimolazione Cognitiva

In questi ultimi anni numerose sono le ricerche che hanno cercato di valutare l'effettiva efficacia della Terapia di Stimolazione Cognitiva per persone con demenza. Un primo studio randomizzato controllato che ha cercato di valutare ciò, è quello condotto da Spector et al. nel 2003 [10] il quale comprendeva 201 pazienti con diagnosi di demenza di cui 86 inseriti nel gruppo di controllo. Le misure considerate per la valutazione prevedevano dei test per le funzioni cognitive come il MMSE, ADAS-cog e la qualità di vita misurata attraverso il QoL-AD. Gli interventi che furono effettuati in questo esperimento prevedevano 14 sessioni distribuite in sette settimane con una frequenza di due incontri alla settimana della durata di quarantacinque minuti e il programma che veniva svolto riguardava argomenti quali i soldi, i giochi di parole, discussioni di attualità e il riconoscimento di personaggi famosi; questo tipo di programma aveva avuto risultati significativi in precedenti revisioni. Ogni sessione iniziava con un gioco soft che permettesse la continuità e l'orientamento. Quando possibile veniva introdotta la stimolazione sensoriale e si cercava di prediligere l'informazione piuttosto che la mera trasmissione di conoscenze. Il gruppo di controllo svolgeva le normali attività che la casa di riposo in cui erano inseriti proponeva. I risultati finali di questo studio hanno mostrato un miglioramento per quanto riguarda le funzioni cognitive e la qualità della vita (figura 2), con piccoli miglioramenti anche nella comunicazione; non è stata però evidenziata nessuna differenza tra il gruppo sperimentale e quello di controllo nelle capacità funzionali, nell'ansia e nella

Efficacy measure ¹	Change from baseline	
	Treatment Mean (s.d.)	Control Mean (s.d.)
MMSE	+0.9 (3.5)	-0.4 (3.5)
ADAS-Cog	+1.9 (6.2) ³	-0.3 (5.5) ⁴
QoL-AD	+1.3 (5.1)	-0.8 (5.6)

Figura 2. Benefici nell'applicazione della CST
Fonte: Spector et al., 2003

depressione. Si sono evidenziate anche delle differenze in base al genere infatti le donne del gruppo sperimentale hanno mostrato un maggior miglioramento della qualità di vita rispetto agli uomini e hanno avuto un miglioramento su entrambe le misure prese in esame al contrario delle donne del gruppo di controllo che invece hanno visto un deterioramento.

Un revisione importante da prendere in considerazione è quella condotta da Woods et al. nel 2005 [12] nella quale vengono presi in considerazione 15 RCT con un totale di 718 partecipanti che avevano una diagnosi di demenza. 407 hanno ricevuto un programma di stimolazione cognitiva validato e 311 appartenevano al gruppo di controllo. Gli studi inclusi provengono da una varietà di paesi e contesti, i pazienti potevano essere ospiti di ospedali, case di cura, centri diurni, o strutture ambulatoriali e il personale che teneva le sedute potevano essere volontari, logopedisti, terapisti occupazionali, infermieri, operatori socio sanitari e caregivers del paziente.

Le evidenze che questo studio ha rilevato riguardano cambiamenti positivi per quanto concerne la cognizione e la sfera della comunicazione e dell'interazione sociale. In quattro RCT sono stati proposti giudizi positivi in questi ambiti non solo dagli anziani ma anche dal personale di cura che ha rilevato un miglioramento in contesti al di fuori del gruppo di stimolazione cognitiva, altri- quattro studi hanno notato un miglioramento per quanto riguarda la qualità della vita e il benessere. Non c'è alcuna evidenza scientificamente valida per quanto riguarda miglioramenti nello stato d'animo o nei comportamenti problematici o di auto-cura; nessun beneficio per l'umore dei caregivers ma neanche un aumento dello stress negli studi in cui a somministrare la stimolazione cognitiva era il familiare. Un altro punto che ha messo in evidenza questa meta-analisi è che non ci sono prove se questo trattamento mantenga i suoi benefici nel tempo in quanto ci sono solo quattro studi con pochi partecipanti che hanno attuato delle misure di follow-up dopo uno o tre mesi dalla fine dell'intervento. Questi hanno mostrato un effetto positivo ma bisogna sottolineare che le ricerche per quanto riguarda questo argomento sono ancora poche perciò non hanno una grande valenza scientifica. È comunque importante sottolineare che nessuna Terapia di Stimolazione Cognitiva ha mostrato effetti collaterali.

Uno studio randomizzato controllato più recente che ha prodotto risultati a favore della Terapia di Stimolazione Cognitiva è quello condotto da Mapelli et al nel 2013 [5] in cui

i partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi uno trattato con la stimolazione cognitiva: uno con la terapia occupazionale e il gruppo di controllo in cui i pazienti svolgevano le normali attività della struttura. Sono stati coinvolti 180 anziani con demenza ospitati in una casa di riposo, che si trovavano nel livello 1 o 2 della scala CDR, avevano un punteggio tra 14 e 24 del MMSE, erano capaci di comunicare, comprendevano il linguaggio verbale e scritto ed erano in grado fisicamente di partecipare ad un programma di studio.

L'intervento che veniva proposto si svolgeva cinque volte alla settimana per un totale di otto settimane e prevedeva all'inizio della sessione delle attività di orientamento personale, spaziale e temporale per poi proseguire con stimolazioni strutturate che andavano ad agire sul dominio cognitivo; venivano programmate per ogni sessione una serie di esercizi che diventavano sempre più difficili. I risultati a cui ha portato questo studio dimostrano anche in questo caso un

miglioramento a livello cognitivo (figura 3) e comportamentale; si è vista anche una diminuzione della gravità della demenza (figura 4), migliori performance nella memoria, nell'astrazione, nella pianificazione, nelle capacità visuo-spaziali e una diminuzione dei sintomi comportamentali.

Il confronto con il gruppo placebo e

quello di controllo ha mostrato che questi non hanno avuto nessun miglioramento.

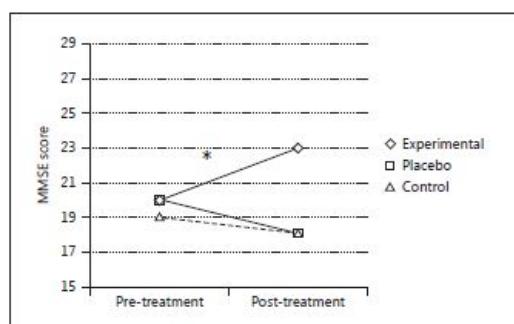


Figura 3. Miglioramenti nella cognizione un trattamento di CST

Fonte: Mapelli et al., 2013

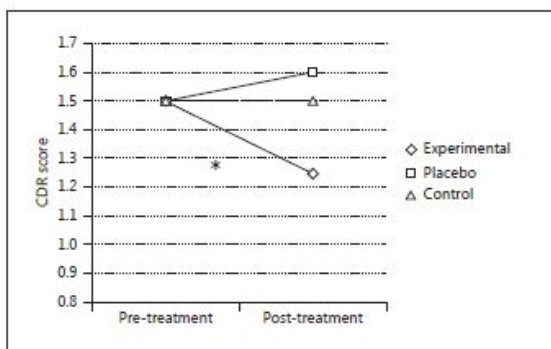


Figura 4. Miglioramenti nella gravità della demenza

Fonte: Mapelli et al., 2013

Oltre a questi studi sono state svolte anche ricerche che hanno cercato di valutare se l'applicazione di questa terapia comportasse dei costi maggiori per la sanità pubblica ma i risultati proposti da Knapp et al. (2006) [4] sosterrrebbero che i costi della CST non sono di molto maggiori rispetto ai normali trattamenti che vengono applicati che però sembrano non avere alcuna efficacia.

In conclusione si può quindi affermare che ci sono buone prove secondo le quali la Terapia di Stimolazione Cognitiva ha importanti benefici per quanto riguarda le funzioni cognitive e la qualità della vita; inoltre avendo anche costi non molto elevati può essere una buona proposta per gli anziani con un qualsiasi tipo di demenza.

Capitolo 3: Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale a domicilio

3.1 Primi interventi di Terapia di Stimolazione Cognitiva su anziani che vivono a casa

I primi interventi di Terapia di Stimolazione Cognitiva, in Italia, effettuati su anziani che vivevano a casa sono stati effettuati in centri diurni; il paziente si recava in questi luoghi dove svolgeva le attività in piccoli gruppi e poi ritornava al domicilio.

Uno dei primi studi è stato condotto tra il settembre del 2004 e l'aprile 2005 in un centro diurno di Bologna in collaborazione con l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna [14]. Il progetto prese avvio per verificare se i risultati positivi che si erano ottenuti con l'applicazione di questa tecnica nelle case di riposo potessero essere gli stessi anche per gli anziani che vivevano a casa propria. I soggetti coinvolti erano dieci anziani con una diagnosi di demenza definitiva o probabile che accedevano al centro diurno, si trovavano in una condizione di malattia lieve o moderata, la scolarità era compresa tra i 3 e 13 anni e cinque di questi assumevano farmaci anticolinergici. Cinque anziani sono stati inseriti nel gruppo sperimentale e gli altri in quello di controllo. Per le valutazioni pre-test, post-test e follow-up sono stati utilizzati: MMSE, matrici attentive, apprendimento supraspan verbale, fluenza fonemica per lettera, fluenza verbale per categoria semantica, test di aprassia costruttiva, trail making test, GDS. L'intervento consisteva in otto sessioni della durata di circa un'ora effettuate due volte alla settimana. Ciascuna sessione prevedeva un primo momento in cui ci si salutava, ci si presentava, venivano richiamati il giorno e la stagione in cui ci si trovava. Nella parte centrale dell'incontro venivano svolti gli esercizi previsti poi una breve pausa per rafforzare l'aspetto della socializzazione e infine veniva chiesto agli utenti un commento sull'attività svolta. Per concludere veniva consegnato agli anziani il compito che dovevano svolgere a casa prima della sessione successiva. Gli argomenti che sono stati trattati prevedevano nella prima attività stimolazioni uditive e visive, nella seconda stimolazioni uditive e del pensiero categorico, nella terza l'attenzione, nella quarta la memoria ed i riferimenti spazio temporali, nella quinta l'attenzione volontaria, nella sesta l'attenzione volontaria e la rievocazione, nella settima le associazioni e nell'ultima il ricordo. Lo studio ha mostrato un buon grado di gradimento da parte di tutti i

partecipanti; in modo particolare gli utenti del centro diurno hanno chiesto di ripetere l'esperienza perché hanno notato che i successi che ottenevano nelle attività si ripercuotevano nella vita quotidiana. Infatti si sono evidenziati miglioramenti per quanto riguarda le abilità verbali, la fluenza semantica, la memoria a lungo termine e un incremento del benessere soggettivo dovuto probabilmente alla possibilità di stare in gruppo e confrontarsi con altre persone.

Questa ricerca presentava però anche un limite in quanto non c'era omogeneità tra il gruppo sperimentale e quello di controllo.

Un'altra esperienza di questo tipo è avvenuta nel 2005 in Emilia-Romagna [13], da parte di un gruppo di specialisti che ha elaborato una serie di attività da proporre in alcuni centri diurni per anziani con demenza che vivono a casa propria. Le sedute prevedevano delle stimolazioni dell'area cognitiva; in particolare si proponevano di potenziare l'area dell'orientamento, i vari tipi di memoria, la logica, il linguaggio, l'attenzione e la prassia. Gli esercizi che venivano proposti dovevano avere un valore ecologico, dovevano essere calibrati sul tipo di demenza e sulla gravità, dovevano stimolare le funzioni inerenti il qui ed ora e era necessario tenere in considerazione le preferenze, le capacità e le caratteristiche dell'individuo. Questi interventi sono stati valutati utilizzando diversi tipi di test ma non è stato possibile vedere i dati sui risultati finali in quanto lo scopo dello studio era quello di elaborare degli interventi non farmacologici da applicare in modo omogeneo in tutta la regione.

3.2 Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale a domicilio

Per quanto riguarda la Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale effettuata a casa dell'anziano con demenza è possibile trovare pochi studi. Uno dei primi è stato svolto negli Stati Uniti da Quayhagen e altri nel 2000 [9]. Questa ricerca prevedeva 103 coppie di partecipanti in quanto ogni anziano con demenza doveva avere un caregiver che imparasse le tecniche della stimolazione cognitiva e le somministrasse nei mesi successivi; i pazienti dovevano avere una diagnosi di demenza e trovarsi nello stadio lieve-moderato. I test utilizzati per la valutazione sono stati somministrati prima dell'intervento e dopo tre mesi dalla fine degli incontri. Lo studio prevedeva una serie di sedute per otto settimane ed i soggetti di studio erano divisi in quattro gruppi: uno

riceveva la Terapia di Stimolazione Cognitiva per un'ora al giorno cinque giorni alla settimana; questa consisteva nell'attuazione da parte del caregiver di attività che migliorano la memoria, il problem solving, la conversazione e che stimolano cognitivamente il paziente. Le attività prevedevano compiti semplici e complessi e attività sensoriali adeguate alle capacità del paziente. Gli altri tre gruppi ricevevano attività di counseling, doppi seminari di supporto e le normali cure giornaliere.

Le conclusioni a cui si è giunti dopo questa ricerca sono dei buoni miglioramenti, nel gruppo che aveva applicato la Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale, per quanto riguarda la memoria; ma in particolare si è visto che c'è stata una maggiore comunicazione e interazione tra il caregiver e l'anziano. Questo risultato è sostenuto dai commenti da parte dei caregivers che denotano un miglioramento per quanto riguarda la comunicazione, l'interazione e il sostegno caregiver-paziente (Figura 5).

Variables	Interventions				Control (n = 15)
	Cognitive Stimulation (n = 21)	Dyadic Counseling (n = 29)	Dual Seminar (n = 22)	Early Day Care (n = 16)	
Memory—immediate					
Pre	41.19 ± 3.5	39.48 ± 2.7	37.82 ± 3.1	40.31 ± 4.4	39.00 ± 4.2
Post	43.48 ± 4.4	39.21 ± 2.6	37.55 ± 3.1	41.31 ± 3.8	38.27 ± 5.2
Memory—delayed					
Pre	6.90 ± 1.9	7.14 ± 1.9	6.86 ± 2.4	8.56 ± 3.5	5.93 ± 2.9
Post	10.10 ± 2.5	7.79 ± 1.9	7.59 ± 2.3	9.56 ± 4.0	6.33 ± 3.2
Fluency					
Pre	65.90 ± 5.5	60.21 ± 3.4	61.55 ± 3.9	63.37 ± 4.9	61.40 ± 5.7
Post	70.14 ± 6.3	58.66 ± 3.5	60.55 ± 4.5	63.19 ± 4.4	59.93 ± 7.7
Problem solving					
Pre	66.38 ± 2.7	64.48 ± 2.6	66.36 ± 2.6	66.63 ± 4.9	67.53 ± 4.7
Post	72.29 ± 3.8	65.21 ± 3.2	66.82 ± 3.2	65.75 ± 3.1	64.93 ± 6.3
Behavior problems					
Pre	21.76 ± 3.2	22.00 ± 2.4	24.77 ± 3.5	27.81 ± 4.2	25.40 ± 5.1
Post	22.29 ± 3.7	21.97 ± 2.7	25.23 ± 3.6	30.50 ± 4.5	25.87 ± 5.4

Figura 5: Risultati sulle capacità degli anziani prima e dopo i diversi interventi

Fonte: Quayhagen et al., 2000

Sull'onda di questo studio un'altra ricerca è quella condotta da Orgeta et al nel 2015 [7]. L'obiettivo che si poneva era quello di valutare gli effetti e i costi della Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale fornita ai soggetti con demenza e somministrata loro dai caregiver. I partecipanti erano 273 coppie di anziani con demenza assieme ai loro familiari; dovevano effettuare tre stimolazioni cognitive alla settimana della durata

di trenta, quarantacinque minuti per un totale di venticinque settimane. Le misure che sono state rilevate andavano ad indagare negli anziani la cognizione e la qualità di vita mentre per i caregivers sono state valutate la salute mentale e fisica (SF-12) e la qualità di vita correlata alla salute (EQ-5D).

I risultati che hanno ottenuto Orgeta e altri evidenziano che nei pazienti non si verificavano miglioramenti per quanto riguarda la cognizione e la qualità di vita e neanche i caregivers hanno visto miglioramenti nella salute fisica e mentale. Sono stati ottenuti dei risultati positivi nella HRQoL dei familiari degli anziani e dei miglioramenti dei rapporti tra questi due soggetti (figura 6). Alla luce dei dati ottenuti è importante tenere in considerazione il fatto che in questo studio i soggetti hanno ricevuto meno sessioni rispetto a quelle raccomandate.

Outcome measure of patient	Baseline		Week 13		Week 26	
	iCST	Control group	iCST	Control group	iCST	Control group
ADAS-Cog	21.47	19.79	20.86	19.50	20.69	20.39
QoL-AD	38.01	37.96	37.90	38.09	37.86	37.71

Outcome measure of caregivers	Baseline		Week 13		Week 26	
	iCST	Control group	iCST	Control group	iCST	Control group
SF-12 PCS	51.45	50.20	51.13	49.97	50.06	48.63
SF-12 MCS	49.42	48.14	47.98	47.93	48.88	47.88
EQ-5D	78.37	76.24	78.13	76.45	78.63	76.58

Figura 6: risultati per quanto riguarda la qualità di vita e la cognizione degli anziani con demenza e la salute mentale e fisica e HRQoL dei caregivers

Fonte: Orgeta et al., 2015

Anche la ricerca condotta da Orrell et al. nel 2017 [8] ha ottenuto delle evidenze molto simili a quelle dello studio descritto precedentemente.

L'obiettivo primario di Orrell e altri era quello di verificare se la Terapia di Stimolazione Cognitiva svolta a casa degli anziani malati di demenza, da parte di un caregiver che aveva avuto una formazione, avesse dei benefici per quanto riguarda l'aspetto cognitivo, la qualità di vita e un miglioramento del benessere dei caregivers. La ricerca prevedeva due gruppi: il gruppo sperimentale e quello di controllo. Per misurare i cambiamenti cognitivi del paziente è stato utilizzato il test ADAS-Cog e per la qualità di vita il QoL-AD ; mentre per quanto riguarda gli out-come dei caregivers sono stati utilizzati SF-12 e EQ-5D per la qualità di vita, HADS per ansia e depressione e RS-14 per la resilienza.

Gli anziani inseriti nello studio erano 356, dovevano avere una diagnosi di demenza con severità moderata, abilità di comprensione e comunicazione, abilità visive e uditive buone per poter partecipare alle attività proposte, dovevano vivere a casa e avere una persona che potesse far loro svolgere le attività previste dalla terapia.

L'intervento prevedeva delle sessioni da trenta minuti tenute per tre volte alla settimana per venticinque settimane. Ogni sessione aveva all'incirca la stessa struttura con due gradi di difficoltà. Al caregiver veniva fornito un manuale nel quale erano inseriti: una guida per ogni sessione, i principali obiettivi della terapia, le possibili idee per lo svolgimento dell'attività e un kit con i materiali principali come le carte da gioco, il domino, musica, CD e mappe.

Nella ricerca è anche presente una spiegazione di come deve essere svolta la prima sessione di Terapia di Stimolazione Cognitiva:

- introduzione (5-10 minuti): una discussione sulle informazioni orientative (giorno, data, tempo meteorologico attraverso l'utilizzo di giornali oppure invitando a guardare fuori), lo scopo è quello di orientare la persona nel qui ed ora. Successivamente proporre un discorso su un argomento che riguarda accadimenti recenti.

- Attività principali: livello A guardare delle foto del passato e recenti della famiglia e degli amici, discutere su che tipo di rapporti ci sono, su storie passate, se sono ancora presenti nella vita familiare.

Livello B scrivere la storia della famiglia attraverso l'utilizzo dell'albero genealogico, specificando dettagli sulle relazioni parentali, sui compleanni e raccontando su come le cose sono cambiate nel tempo.

I risultati della ricerca mostrano che non sono state riscontrate differenze significative tra il gruppo iCST e quello di controllo per quanto riguarda i risultati sulla cognizione e sulla QoL nelle persone con demenza (figura 7); ma gli anziani che hanno partecipato a più sessioni di stimolazione hanno avuto maggiori probabilità di ottenere dei vantaggi nella relazione con il loro caregiver e quest'ultimi al completamento delle sessioni avevano meno sintomi depressivi. È stato possibile fare queste osservazioni in quanto alcuni dei partecipanti allo studio non sono riusciti a completare le attività proposte, probabilmente perché lo studio presenta delle limitazioni e delle sfide che in alcuni casi impediscono l'adesione. Questi sono: la difficoltà di far fare all'anziano l'attività, il fatto che queste per alcuni erano troppo facili, una cattiva salute della persona affetta da demenza, una progressione della demenza molto veloce. Può darsi che l'intervento non sia stato completato semplicemente perché non era adatto a tutti in quanto presentava la necessità di particolari caratteristiche di contesto e di abilità del caregiver che effettuava l'intervento. Un'altra limitazione della ricerca riguarda i metodi di auto-segnalazione utilizzati che erano difficili da monitorare.

Un'ulteriore analisi dei risultati dello studio ha messo in evidenza miglioramenti nella qualità del rapporto tra la persona con demenza e il caregiver e la qualità di vita di quest'ultimo in quanto svolgeva un ruolo facilitativo. Ci sono stati molti feedback che indicano che le attività di iCST erano significative, divertenti e stimolanti, suggerendo il fatto che possono svolgere un ruolo utile come parte di una migliore assistenza.

Le attività di iCST facilitano la discussione e possono rafforzare modelli positivi di comunicazione, che possono essere trasferiti ad interazioni al di fuori delle sessioni. Possono rafforzare le manifestazioni di affetto e apprezzamento espressi dal caregiver al malato che si concretizzano nell'atmosfera di appoggio e divertimento che le sessioni sono destinate a creare. Le coppie partecipando alle attività insieme possono trovare una fonte di divertimento legata al "fare al meglio delle cose" e al "concentrarsi sui pareri piuttosto che sui fatti", questo può contribuire a "mantenere la pace" riducendo le critiche e mettendo in evidenza i successi.

L'impostazione sociale e la stimolazione aggiuntiva data dalla partecipazione a un contesto di gruppo possono rappresentare la differenza dei risultati tra iCST e la Terapia di Stimolazione Cognitiva che si svolge solitamente nelle case di riposo, inoltre la

manca di cambiamenti cognitivi significativi da parte degli anziani può rappresentare il fatto che manchino dei risultati di miglioramento della QoL.

Anche se iCST non sembra fornire benefici clinici per la cognizione e la qualità di vita delle persone con demenza, vi è la prova di un arricchimento del rapporto con il caregiver il quale dimostra di avere un miglioramento in termini di qualità di vita e di sintomi depressivi (figura 7). Questi risultati potrebbero offrire dei possibili vantaggi: ad esempio prolungano la capacità del caregiver di fornire assistenza all'anziano, si verificano meno crisi che richiedono interventi di specialisti, meno oneri per i servizi sanitari e sociali e il rischio di istituzionalizzazione può essere ridotto o ritardato

26-wk post-test person with dementia	iCST (n = 134)	TAU (n = 139)
ADAS-Cog	20.03	20.58
QoL-AD	37.90	37.92
Caregiver		
SF-12 Physical component	49.57	49.11
SF-12 Mental component	48.44	48.31
HADS Anxiety	6.09	6.30
HADS Depression	4.16	4.67
EQ-5D health state today	78.20	76.99
EQ-5D calculated utility value*	0.82	0.76
RS-14	83.42	81.85

Figura 7: risultati dei test dopo 26 settimane dalla fine di iCST.

Fonte: Orrell et al., 2017

3.3 Interventi iCST in Italia

La Terapia di Stimolazione Cognitiva individuale in anziani con demenza svolta a domicilio non vede nessuno studio scientifico che sia stato effettuato in Italia; sono presenti soltanto dei progetti che in alcuni casi hanno preso avvio mentre in altri no.

Un progetto che si è sviluppato è quello pensato da un comune della provincia di Verona [15]; in questo caso considerano il domicilio dell'anziano come lo spazio privilegiato dove il malato si sente più a suo agio e dal quale si può partire per

migliorare la qualità di vita sia del malato che dei suoi familiari che faticano ad uscire e hanno la necessità di essere resi più competenti per quanto riguarda il carico assistenziale.

Il progetto si propone di offrire ai familiari strumenti efficaci per entrare in relazione con l'anziano, supportando le sue abilità residue attraverso appropriate tecniche riabilitative. Lo scopo principale è quello di migliorare la qualità di vita della persona malata e dei suoi caregivers. Gli obiettivi che l'intervento si pone per quanto riguarda i familiari consistono nell'acquisire: delle capacità per gestire i disturbi comportamentali del demente, delle capacità per costruire una relazione più umana e migliorare la qualità di vita della famiglia. Con il malato di demenza gli obiettivi che si pone sono di: stimolare le abilità cognitive residue, utilizzare tecniche espressive quali la musica e l'arte come stimoli rieducativi per creare un ponte comunicativo, utilizzare la terapia della reminescenza attraverso il materiale fotografico che favorisca l'espressione verbale ed emotiva e agire su aspetti relazionali e sociali per favorire il suo benessere e quello della famiglia. Per raggiungere questi obiettivi il progetto utilizza la tecnica del memory training, la quale favorisce l'apprendimento e il mantenimento di informazioni mediante tecniche che forniscono un supporto cognitivo. Questa prevede sequenze di azioni mutate dalla vita quotidiana che vengono poi fatte eseguire al malato ed in seguito fatte rievocare verbalmente e in modo gestuale. Poi viene utilizzata la stimolazione dell'attenzione mediante stimoli visivi ed acustici ritenuti interessanti per il soggetto. Anche altre tecniche vengono applicate e queste sono: la terapia occupazionale, la validation therapy, la gentle care e la musicoterapia.

Il progetto prevede che la famiglia dell'anziano con demenza faccia richiesta al servizio sociale del comune di partecipare al programma, questo servizio segnalerà la famiglia all'educatore professionale responsabile del progetto che si recherà a casa del malato per valutare le sue capacità residue e le esigenze del caregiver, creerà un progetto educativo con descritte le attività da svolgere, si recherà a casa dell'anziano per insegnare al familiare quali sono le tecniche da applicare e concluderà il lavoro osservando il caregiver che mette in pratica ciò che gli è stato insegnato.

Questo progetto è stato attuato soltanto tra gli anni 2009/2010 e non sono stati pubblicati risultati in merito alla sua efficacia.

CONCLUSIONI

Gli anziani, come sottolineato fin'ora, sono in continuo aumento e presentano ciascuno un modo di invecchiare diverso, più o meno patologico, che porta, anche, delle modifiche nelle relazioni familiari. Una importante questione che si sta sviluppando riguardo a ciò è l'accrescimento delle persone a cui viene diagnosticata una demenza. Per far fronte a questo problema si sono cercate delle soluzioni farmacologiche che però non hanno ottenuto grandi risultati, quindi andando ad approfondire l'aspetto della riserva cognitiva si è arrivati ad elaborare delle terapia non-farmacologiche: i training mnesici che comprendono anche la Terapia di Stimolazione Cognitiva.

L'analisi conclusiva di tutti gli articoli presi in considerazione su questo argomento mette in evidenza come gli studi mostrino dei risultati positivi negli interventi di Stimolazione Cognitiva che vengono svolti nelle case di riposo o in centri diurni, dove gli anziani si trovano a lavorare in gruppo. Non si sono rilevati gli stessi esiti per gli interventi individuali svolti a domicilio, in quanto non vi sono dimostrazioni che abbiano degli effetti sulla cognizione e sulla qualità di vita. Però non per questo motivo sono totalmente da escludere come terapia non farmacologica, visto che possono portare a dei miglioramenti nella comunicazione tra malato e caregiver e un aumento della qualità di vita dei familiari.

È importante sottolineare che le ricerche in questo campo sono ancora poche e quindi i risultati fin'ora ottenuti potrebbero essere diversi in futuro. Infatti gli studi presentati in alcuni casi non rispettavano le sessioni minime da mettere in atto per avere dei risvolti a livello cognitivo e non tutti i partecipanti alla ricerca riuscivano a portare a conclusione l'intervento (Orrell et al., 2017) [8]. Un'altra questione importante da tenere presente per le ricerche future riguarda la necessità che nell'articolo sia presente una spiegazione più chiara e dettagliata delle attività che vengono svolte durante le sessioni di Terapia di Stimolazione Cognitiva e a quale professionista è affidato il compito di svolgerle. Questo per permettere una replicazione più fedele possibile degli interventi in altri studi o nella diretta applicazione con il paziente.

L'anziano con demenza che vive nel proprio domicilio ha quindi anche lui il diritto di ricevere delle terapie che possano aiutarlo, è per questo motivo che la ricerca in questo senso dovrebbe svilupparsi e portare all'elaborazione di progetti che permettano dei

miglioramenti nella vita del paziente con demenza e che possano aiutare anche il caregivers nella vita di tutti i giorni. Si potrebbe chiedere ad un Educatore Professionale, dopo un'attenta analisi dei bisogni del paziente preso in esame, di elaborare un progetto di Stimolazione Cognitiva individuale che andrà poi ad attuare e a rilevare se ha ottenuto dei miglioramenti. Un successivo passaggio potrebbe essere quello di trovare degli esercizi di mantenimento da insegnare al caregivers che poi andrà ad attuare nell'anziano, nel momento in cui l'educatore avrà finito le sue sessioni.

A conclusione di tutto è importante ricordare che gli anziani con demenza sono sempre e comunque persone per questo motivo devono essere trattate come tali; gli operatori che lavorano con loro e i familiari sono tenuti a ricordare, come scrive Francesco, nel libro *Alzheimer: idee per la qualità della vita* di Espanoli (2012), che: “siamo dementi ma non deficienti”.

BIBLIOGRAFIA

Libri:

Beni, R. D., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Bologna: Il mulino.

Borella, E. (2016). *Promuovere il benessere nella persona con demenza: una guida pratica per la stimolazione cognitiva ad uso del familiare e del caregiver*. Milano: FrancoAngeli.

Carbone, G. (2007). *Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia di Alzheimer: una guida informativa per i familiari e gli operatori con elenco delle Unità valutative Alzheimer (UVA)*. Milano: FrancoAngeli.

Dentici, O. A., Amoretti, G., & Cavallini, E. (2014). *La memoria degli anziani: una guida per mantenerla in efficienza*. Trento: Erickson.

Espanoli, L. (2012). *Alzheimer: idee per la qualità della vita: dal problema del disorientamento cognitivo al campo infinito delle possibilità*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

Kitwood, T., & Raineri, M. L. (2015). *Riconsiderare la demenza*. Trento: Centro studi Erickson.

Luppi, E. (2015). *Prendersi cura della terza età: valutare e innovare i servizi per anziani fragili e non autosufficienti*. Milano: F. Angeli.

Piumetti, P. (2014). *Vivere è un'arte: manuale di psicologia dell'invecchiamento*. Torino: Effatà.

Scortegagna, R. (2007). *Invecchiare*. Bologna: Il mulino.

Articoli scientifici:

1. Cheng, S. (2016). Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: the Role of Physical and Cognitive Activities. *Current Psychiatry Reports*, 18(9).

2. Chicherio, C., Ludwig, C., & Borella, E. (2012). La capacità di riserva -cerebrale e cognitiva- nell'invecchiamento cognitivo. *Giornale italiano di psicologia*
3. Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimers disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation, 14*(4), 385-401.
4. Knapp, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry, 188*(6), 574-580.
5. Mapelli, D., Rosa, E. D., Nocita, R., & Sava, D. (2013). Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 3*(1), 263-271.
6. Medaglia, J. D., Pasqualetti, F., Hamilton, R. H., Thompson-Schill, S. L., & Bassett, D. S. (2017). Brain and cognitive reserve: Translation via network control theory. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 75*, 53-64.
7. Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., . . . Orrell, M. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment, 19*(64), 1-108.
8. Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., . . . Orgeta, V. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLOS Medicine, 14*(3).
9. Quayhagen, M. P., Quayhagen, M., Corbeil, R. R., Hendrix, R. C., Jackson, J. E., Snyder, L., & Bower, D. (2000). Coping With Dementia: Evaluation of Four Nonpharmacologic Interventions. *International Psychogeriatrics, 12*(2), 249-265.
10. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., (Deceased), M. B., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 183*(3), 248-254.
11. Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia, 47*(10), 2015-2028.
12. Woods, B., Spector, A. E., Prendergast, L., & Orrell, M. (2005). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

SITOGRAFIA

13. (n.d.). Retrieved September 19, 2017, from https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjr4ojn6LDWAhWKshQKHfl3DV4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fsociale.regione.emilia-romagna.it%2Fdocumentazione%2Fpubblicazioni%2Fguide%2Fle-attivita-di-stimolazione-cognitiva-al-paziente-con-demenza-in-emilia-romagna-analisi-delle-esperienze-e-proposta-di-protocolli-condivisi%2Fat_download%2Ffile%2FLe%2520attivit%25C3%25A0%2520di%2520stimolazione%2520cognitiva%2520al%2520paziente%2520con%2520demenza%2520in%2520Emilia-Romagna-%2520analisi%2520delle%2520esperienze%2520e%2520proposta%2520di%2520protocolli%2520condivisi.pdf&usg=AFQjCNEBn83pMzWBc2twWKGSI3HPg3g18g
14. (n.d.). Retrieved September 19, 2017, from <http://www.cadai.it/images/bookspdf/qcadai>
15. Rapporto Bes 2016: il benessere equo e sostenibile in Italia Ascolta. (2015, October 30). Retrieved September 19, 2017, from <https://www.istat.it/it/archivio/194029>
16. Srl, W. I. (n.d.). Comune di Bussolengo. Retrieved September 19, 2017, from <http://www.comune.bussolengo.vr.it/>