SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Terapia non farmacologica nelle Case Residenza per Anziani

A cura di
Romina Agresti, Rosa Angela Ciarrocchi, Simona Linarello, Vincenzo Pedone, Federica Taddia

Bologna, Gennaio 2017

Gruppo di lavoro Audit
Appropriatezza farmacologica nelle CRA

Lucia Alberghini, Miriam Bruzzi, Rosa Angela Ciarrocchi, Carlo Descovich, Eulalia Giarrana, Patrizia Kalfus, Simona Linarello, Cristina Malvi, Angelo Masi, Teresa Palladino, Vincenzo Pedone, Antonella Piazza, Elzbieta Pyrzanowska, Francesca Sabbi, Alessandro Suppressa, Rita Tinti, Anna Tomesani, Vittorio Zatti

Indice:

1. Premessa : animazione e terapia non farmacologica pag.3

2. Efficacia della terapia non farmacologia nelle CRA pag.3

3. Implementazione e valutazione delle TNF pag.4

   - Lettura dei sintomi
   - Importanza dell'équipe
   - Valutazione dell'intervento

4. Schede di attività: pag.5

   - Doll teraphy
   - ROT
   - Reminiscenza o Life Review
   - Approccio capacitante
   - Validation Therapy
   - Metodo Montessoriano
   - Ambiente multisensoriale di Cromo-musicoterapia
   - Interventi non farmacologici combinati

Allegato: Neuropsychiatric Inventory (NPI) pag.21

1. Premessa : animazione e terapia non farmacologica

Le terapie non farmacologiche (TNF) e l'essere quotidianamente impegnati in diverse attività animative rappresentano una componente essenziale del trattamento della demenza e delle manifestazioni comportamentali ad essa associate (BPSD1). Diversi studi hanno evidenziato come esse migliorino l'umore e il comportamento delle persone affette da demenza, aiutino a mantenere più a lungo le loro facoltà mentali ed inoltre rafforzino la capacità di supporto dei caregiver. Nello specifico le attività di animazione e la filosofia che ne sta alla base si concentrano verso aspetti che riguardano la sfera sociale, educativa e culturale con un approccio individualizzato e strutturato sulle esigenze e sugli effetti delle patologie di ogni utente.
Gli strumenti specifici dell'animazione - ludici, espressivi, ricreativi e culturali - e quelli derivanti dalla pedagogia attiva e dalla psicologia umanistica hanno fornito le basi teorico-pratiche alle terapie non farmacologiche.
Tuttavia, stili e interventi propri dell'animazione non fanno preciso riferimento alla pratica terapeutica in senso stretto.
La parola terapia prevede una cura e una ricaduta che, come ne danno evidenza alcuni studi specifici, in termini di miglioramento, ristabilimento e mantenimento delle capacità individuali riabilitano elementi disfunzionali. L'animazione invece si concentra sull'aspetto espressivo delle risorse individuali con la finalità del prendersi cura comprendendo, in modo empirico, la necessità della persona.
Per tali motivi in questi anni sono venute meno le rilevazioni e le evidenze scientifiche degli interventi animativi o di TNF associata.
Tuttavia si ritiene che nel fare animazione si utilizzano numerosi strumenti che possono, se impiegati con attenzione e con rilevazioni puntuali, divenire importanti TNF, assai più valutabili in termini di efficacia.
Negli ultimi anni si sono infatti realizzati numerosi studi che hanno dimostrato l'efficacia delle TNF (o interventi psicosociali) e si è affermato un crescente interesse della letteratura scientifica sugli approcci riabilitativi non farmacologici2. Ci sono oramai prove di evidenza scientifica sulla loro efficacia nelle persone affette da demenza, sia sotto il profilo etico e sia di tutela e sono molto utilizzate nei paesi anglosassoni al fine di alleviare lo stress, facilitare il coping, sostenere e massimizzare il funzionamento residuo.

2. Efficacia della terapia non farmacologia nelle CRA

Un'importante riflessione riguarda il setting di realizzazione delle TNF. Benché la loro efficacia possa essere analoga presso un ospedale, il domicilio o servizi residenziali o semiresidenziali, è indubbio che servizi come le CRA possano rappresentare il luogo ideale per una sperimentazione di tali terapie e per la valutazione della loro efficacia.
Si tratta di servizi in cui la presa in carico degli utenti ha tempi lunghi o molto lunghi, servizi in cui l'attività di animazione e quella riabilitativa hanno un loro spazio ed un loro riconoscimento, dove sono presenti molteplici figure professionali che lavorano in équipe, si tratta infine di un servizio.

---

[1] Con il termine BPSD ("Behavioral and psycological symptoms of dementia") vengono definiti un gruppo eterogeneo di sintomi da alterazione: della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore, del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza

[2] Clare e Woods *"Cognitive Rehabilitation in Dementia"*, Neuropsychological Rehabilitation, 2001
De Vreese et al. *"Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress"* Int. J. Geriatry Psychiatry, 2001
Spector et al. *"Reality Orientation Therapy"*, Cochrane Library, 2000
Neal e Briggs, *"Validation Therapy"*, Cochrane Library, 2004
Clare e Woods *"Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review"*. Neuropsychol. Rehabil. 2004
Woods et al. *"Reminiscence Therapy"*, Cochrane Library, 2005
Cotelli, Calabria, Zanetti *"Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease "* Agin Clin. Exp. Res. 2006

La letteratura mette in evidenza come i miglioramenti registrati con le TNF non riguardano solo la persona affetta da demenza ma anche i familiari/caregiver.

In particolare sull'utente le ricadute positive sono relative a:
- rafforzamento della capacità di resistenza fisica e mentale
- effetto coadiuvante delle capacità cognitive e pratiche
- potenziamento della memoria
- migliore salvaguardia del grado di autonomia
- rafforzamento della fiducia in se stessi
- rafforzamento del senso di appartenenza
- attenuazione dei sintomi comportamentali
- miglioramento dell'umore
- soluzione contro la solitudine
- effetto positivo sul benessere
- uso ottimale delle risorse disponibili e delle capacità residue
- acquisizione di idee e soluzioni nuove
- maggiore fiducia in se stessi e spirito d'iniziativa
- riduzione dello stress

Nei familiari e nei caregiver si sono registrati:
- riduzione dello stress
- effetto positivo sul benessere
- miglioramento dell'umore
- arricchimento grazie all'instaurarsi di nuove dinamiche

Le terapie non farmacologiche offrono la possibilità di uno sguardo nuovo sul malato che alimenta la motivazione dei curanti e il loro senso di efficacia in una condizione di vita molto difficile da vivere quotidianamente per la cronicità della demenza e le diverse manifestazioni di disagio e di perdita di autonomia.

3. Implementazione e valutazione delle TNF

Come già ricordato, le TNF sono un valido strumento per ridurre la gravità dei BPSD e rappresentano una valida alternativa all'utilizzo dei farmaci, purtroppo non sempre efficaci nel trattamento dei disturbi comportamentali.
Alcuni elementi risultano tuttavia indispensabili per uno sviluppo adeguato delle TNF: adeguata lettura dei sintomi, lavoro d'équipe e monitoraggio dell'intervento.

- **Lettura dei sintomi**

In primo luogo è opportuno sottolineare che la variabilità dell'efficacia della TNF spesso è fortemente correlata con un corretto inquadramento ed individuazione del sintomo comportamentale.
Pertanto al fine non rischiare una cattiva gestione del contenimento dei sintomi dati da specifici disturbi del comportamento a causa di una lettura della situazione di non facile interpretazione da parte del personale, è importante sviluppare un'attenta valutazione del caso e una diagnosi il più possibile precisa sul disturbo (ad esempio individuando se si sviluppa su base ansiosa o depressiva o psicotica).

- **Importanza dell'équipe**

Spesso il disturbo del comportamento non è di facile interpretazione da parte del personale con il rischio di una cattiva gestione del contenimento del sintomo stesso. Per ovviare al rischio di una lettura insufficiente della situazione è opportuno che le valutazioni rispetto alla individuazione e gestione del sintomo comportamentale avvengano in équipe.

Infatti il reciproco scambio di punti di osservazioni diverse da parte di figure professionali diverse permette infatti un arricchimento in termini di conoscenza e di strutturazioni di strategie di intervento non farmacologiche.
L 'osservazione attenta del comportamento del paziente associata alla conoscenza della storia personale del paziente permette spesso di avere una buona chiave di interpretazione di sintomi che spesso peraltro erano già preesistenti in fase predementigena.
Una terapia non farmacologica pertanto per essere implementata con successo ha bisogno della sinergia di tutte le persone che si occupano della persona malata (cercando sempre anche una collaborazione tra operatori e familiari). Questo alimenta la rete di sostegno e re-include il malato stesso in uno spazio relazionale e di attivazione.

- **Valutazione dell'intervento**

Un corretto monitoraggio dell'efficacia della TNF è fondamentale, non solo per provarne l'eventuale efficacia, ma soprattutto per andare a rimodulare l'intervento nel tempo. Com'è infatti noto i BPSD sono spesso oscillanti e variabili a seconda del tipo di demenza e della fase della malattia. Il monitoraggio, che può essere agevolmente effettuato tramite utilizzo di scale apposite (come il NPI), permette quindi di stabilire la durata e l'efficacia dell'intervento e di valutare l'eventuale interazione con la terapia farmacologica.

In conclusione si ritiene sarebbe buona prassi, di fronte a situazioni di BPSD, tentare prima un approccio di TNF e solo successivamente, se ritenuto opportuno, associarla o sostituirla con l'utilizzo di farmaci.
È importante ricordare infatti che, anche in questi casi, flessibilità nel pensare e nell'agire e modulabilità dell'azione sul singolo paziente sono fattori di successo dell'intervento.

4. Schede di attività per Terapia non Farmacologica

Di seguito vengono riportate schematicamente alcune informazioni sulle principali attività di terapia non farmacologica realizzate nelle CRA.

Per ogni attività è stata sviluppata una scheda secondo il seguente schema:

- ✓ Cos'è?
- ✓ A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
- ✓ Chi la fa? (operatori)
- ✓ Come la fa? (strumenti)
- ✓ Bibliografia di riferimento

Doll Teraphy

Cos'è?
La terapia della bambola è una terapia che favorisce la diminuzione di alcuni disturbi del comportamento tramite l'accudimento e il maternage della bambola terapeutica la persona mette in atto relazioni affettive.
La bambola terapia è svolta con una bambola con caratteristiche peculiari per: peso, posizione delle braccia e delle gambe, dimensioni, tratti somatici, materiale.
Relazione empatica fra paziente e bambola:
• Il paziente riconosce "l'oggetto bambola" solo come oggetto inanimato e quindi lo manipola inizialmente per poi dimenticarlo non considerandolo come elemento relazionale.
• Il paziente l'accudisce riconoscendolo come bambino donando il suo affetto, più o meno intensamente durante i vari momenti della giornata.
• Il paziente alterna momenti di forte accudimento a momenti di disattenzione, indifferenza o rifiuto.
Diminuzione dei disturbi comportamentali. Stimola i processi attentivi. Facilita i processi emozionali. Stimola il dialogo e la capacità relazionale. Facilita il rilassamento. Stimola la memoria (memoria procedurale).
La terapia della bambola risulta efficace se è inserita in un insieme di cure e di interventi sanitari e assistenziali mirati a favorire il benessere psicofisico del paziente.
Senza il grande lavoro di tutto il gruppo degli operatori diventa difficile inserire nella quotidianità la terapia della bambola e tutte le terapie non farmacologiche.

A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
Agitazione, Aggressività, Depressione, Ansia, Apatia, Irritabilità, Comportamento motorio aberrante

Chi la fa?
Animatore, Educatore, Operatore adeguatamente formati.

Come la fa?
Utilizzando una scheda apposita di "Consegna bambole terapeutiche" (accetta la bambola, riconosce la bambola, la riconosce come bambino/a, le parla, etc.) che permette di monitorare l'intervento evitando che si creino situazioni di attaccamento disfunzionali.
Nei contesti di gruppo o a domicilio si preferisce procedere costituendo un luogo unico, una sorta di nursery, in cui i destinatari della cura possono andare e scegliere una delle bambole con cui interagire.
In strutture che ospitano gruppi omogenei si può procedere anche con un approccio in cui le bambole vengono distribuire nelle varie stanze della casa e gli ospiti della struttura possono in tal modo trovare più stimoli intorno a loro, una scelta che può risultare utile soprattutto una volta avviato l'intervento per garantire la stimolazione continua.
Si può procedere anche attraverso l'attribuzione di una bambola per destinatario della terapia, ponendo generalmente l'oggetto accanto al letto della persona o sul suo comodino.
Durante i momenti di cura (bagno, vestizione, igiene)

Bibliografia di riferimento

Cappuccio M., Cilesi I., *Realtà svedese. Demenza: percorsi di ricerca e studio.* In Assistenza Anziani, 8, 19-26.
Cilesi I., Pazienti Alzheimer. *Disturbi del comportamento e sperimentazioni.* In Assistenza Anziani, 7, 45-47.
Ehrenfeld M., Bergman R., *The therapeutic use of dolls.* In Perspect Psychiatr Care, 1995, 31, 21-22.
Fondazione I.P.S. Cardinal Giorgio Gusmini, *Stare bene con una bambola.* In Terapie Alternative, 2008, 6, 3-5.
Godfrey S., *Doll Therapy.* In Aust Journal Ageing, 1994, 13, 46.
Mackenzie L. et al., *A pilot study on the use of the dolls for people with dementia.* In Ageing Oxford Journals, 2011, 441-444.
Moore D., *It's like a gold medal and it's mine. Doll in Dementia Care.* In Journal of Dementia Care, 2001, 9, 20-22.
http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia_bambola.htm

ROT

Cos'è?
E' l'approccio multistrategico *più diffuso* (Taulbee, 1984; Zanetti et al. 2005). Metodologia ideata da Folsom nel 1958, c/o la Veterans Adimistration e successivamente sviluppata negli anni '60 come tecnica specifica di riabilitazione per i pazienti ***confusi*** o con ***deterioramento cognitivo*** (Baldelli 1990, Zanetti 1995, Baines et al. 1987).

Si pone come obiettivo quello di ***riorientare il paziente*** rispetto a se stesso, alla propria storia e all'ambiente circostante. Due modalità terapeutiche complementari:

1) ROT ***informale*** (24 ore)

2) ROT ***formale*** ("in classe")

Gli studi randomizzati controllati, i valutazione della ROT formale disponibili,hanno definito che:
La ROT è *moderatamente efficace* sia sul piano cognitivo che per il suo controllo dei BPSD in pazienti con AD Dovrà essere *presa in considerazione* per pazienti con AD **(standard).** La critica maggiore che è stata rivolta alla ROT concerne l'evidenza che a fronte di un *miglioramento nelle prestazioni cognitive* non sia stato dimostrato alcun impatto sul piano funzionale e sulle abilità quotidiane.

La revisione della Cochrane (Spector, 2000, 2003, 2007) è giunta alla conclusione che la ***ROT è efficace sia sul piano cognitivo che su quello comportamentale.***
Effetti positivi del trattamento fino a 8 mesi (Zanetti et al. 1995):
L'effetto migliora se abbinato al trattamento con *inibitori delle colinesterasi* (Spector et al. 2003)
Se l'intervento *formale è abbinato a quello informale* l'intervento è più efficace
Predittori di efficacia: decadimento moderato e assenza di disturbi comportamentali della sfera frontale (Zanetti et al. 2002).

Uno studio italiano multicentrico randomizzato e controllato ha dimostrato un ***effetto positivo del trattamento combinato*** (ROT + inibitori delle colinesterasi) rispetto al solo trattamento farmacologico in pazienti affetti da AD (Onder G. , Zanetti et al. *Br.J. Psychiatry 2005; 187; 450-455 "Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patient with Alzheimer's desease: a randomised controlled trial."*)

Risultati migliori si ottengono inserendo la ROT nel contesto di un programma di stimolazione multidisciplinare, (es *reminiscenza* e la *rimotivazione* (Koh et al. 1994, *terapia occupazionale* o alla *riabilitazione motoria* (Olazaran 2004).

Alla sospensione del trattamento si assiste ad una perdita rapida dei benefici ottenuti per cui *la ROT dovrebbe essere applicata senza interruzioni* finché le condizioni cognitive del paziente lo consentono.

A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
I pazienti con deterioramento cognitivo lieve o lieve-moderato, privi di deficit sensoriali e disturbi comportamentali che possano pregiudicare la partecipazione alle sedute. Riabilitative. Tuttavia si possono considerare i seguenti disturbi: Apatia, Depressione, disturbi dell'appetito.

Chi la fa?
Animatore, Educatore, Psicologo, Operatore adeguatamente formati (Rot Formale)
Animatore, Educatore, Psicologo, Operatore, Infermiere, Familiare (Rot Informale)

Come la fa?
Si distinguono due modalità terapeutiche della ROT tra loro complementari: ROT informale e ROT formale (ROT in classe)[3]
La ROT informale prevede un processo di stimolazione continua che implica la partecipazione di operatori sanitari e familiari, i quali durante i loro contatti col paziente, nel corso delle 24 ore, forniscono ripetutamente informazioni al demente. Come intervento complementare alla ROT di 24 ore, è stato sviluppata una ROT formale, che consiste in sedute giornaliere di 45 minuti, condotte in gruppi di 4-6 persone, omogenee per grado di deterioramento, durante le quali un operatore impiega una metodologia di stimolazione standardizzata, finalizzata a riorientare il paziente rispetto alla propria vita personale, all'ambiente ed allo spazio.
La ROT costituisce attualmente uno dei pochi esempi di "training cognitivo" in grado di fornire risultati positivi in pazienti dementi[4]. L'entusiasmo con il quale la ROT è stata accettata dagli operatori sanitari va, almeno in parte, ricondotto anche ad altre ragioni: è una tecnica semplice, economica, e pur essere gestita da personale relativamente non specializzato. Inoltre l'intervento della ROT offre agli operatori ed ai familiari il senso di "fare qualcosa" in una condizione patologica dalla prognosi comunque infausta. La critica maggiore che viene rivolta alla ROT consiste nel fatto che a fronte di un miglioramento nelle prestazioni cognitive non è stato dimostrato alcun impatto sul piano funzionale e sulle abilità quotidiane. Secondo i detrattori[5] l'efficacia della ROT è subordinata essenzialmente all'entusiasmo degli operatori.
I migliori candidati alla ROT sono i pazienti con deterioramento cognitivo lieve o lieve-moderato, privi di deficit sensoriali e disturbi comportamentali che possano pregiudicare la partecipazione alle sedute riabilitative.

Bibliografia di riferimento.
Taulbee, 1984; Zanetti et al. 2005
Baldelli 1990, Zanetti 1995, Baines et al. 1987
Onder G. , Zanetti et al. *Br.J. Psychiatry 2005; 187; 450-455 "Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patient with Alzheimer's desease: a randomised controlled trial*
Regione Emilia Romagna - Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti affetti da demenza

[3] (Holden and Woods,1988; Woods and Holden, 1981).
[4] Backman, 1992.
[5] (Hanley et al., 1981; Gubrium and Ksander, 1975; Dietch et al., 1989),

Reminiscenza o Life Review

Cos'è?
La tecnica trova il proprio supporto nella ***teoria psicodinamica*** e si fonda sulla naturale tendenza dell'anziano a rievocare il proprio passato.L'obiettivo della terapia consiste nel ***favorire questo processo spontaneo*** e renderlo più consapevole per ridurre l'isolamento, migliorare il tono dell'umore e la qualità della vita, incrementare la funzione cognitiva.
Tatto Oggetti della vita quotidiana propri del passato (macina caffé, setaccio, ecc.)
Vista Oltre agli oggetti, le fotografie e le immagini che evocano i tempi remoti (ovviamente in bianco e nero)
Udito Musica, canzoni popolari, filastrocche
Olfatto Profumi ed aromi legati a consuetudini di un tempo (es. la cenere)
Gusto I cibi della tradizione e/o dell'infanzia (es. caramelle di liquirizia e limone o dolci tipici)
La Life Review si riferisce ad una forma di psicoterapia nella quale la persona riflette sulla propria storia di vita al fine di rielaborare i sensi di colpa, risolvere conflitti intrapsichici, riconciliare le relazioni e trovare i significati delle precedenti esperienze. La Life Review si indirizza pertanto, secondo alcuni autori, al "lato doloroso della reminiscenza"
Mentre alcuni autori impiegano il termine Reminiscenza e Life Review in modo intercambiabile, altri differenziano questi interventi[6]. La Reminiscenza è spesso considerata un intervento psicosociale che si focalizza sulle memorie positive, mentre la Life Review si riferisce ad una forma di psicoterapia nella quale la persona riflette sulla propria storia di vita al fine di rielaborare i sensi di colpa, risolvere conflitti intrapsichici, riconciliare le relazioni e trovare i significati delle precedenti esperienze. La Life Review si indirizza pertanto, secondo alcuni autori, al "lato doloroso della reminiscenza"[7]
Un intervento di gruppo che adotta la tecnica della reminiscenza come intervento riabilitativo e psicoterapico richiede che i partecipanti non presentino compromissione severa delle facoltà cognitive. Per questi ultimi è infatti necessario adottare tecniche più direttive e strutturate. In questa direzione, come tecnica applicabile più ampiamente anche a pazienti con deficit cognitivi lievi, è stata elaborata la Milestone Therapy che sembra promettente nell' aiutare l' anziano a superare le barriere psicologiche che incontra nell'interazione all'interno di un gruppo. La Milestoning si propone come una tecnica molto direzionale e selettiva, incentrata sulle esperienze positive di vita, nel tentativo di contrastare i ricordi negativi di molti anziani parzialmente conservati cognitivamente. Utilizzando la tecnica della reminiscenza, Milestoning sollecita i partecipanti al gruppo a stimolare il recupero di esperienze positive dal periodo di vita precedente a quello in cui è avvenuta la perdita di posizione sociale o di autonomia. La conversazione guidata recupera gli aspetti positivi del precedente stile di vita e li paragona al presente[8].
Nell'ambito degli approcci individuali e di gruppo che usufruiscono dell'esperienza precedente del paziente e nel contempo adotta modalità dell'approccio cognitivo si inserisce la Terapia di Sostegno o di supporto, che propone un approccio concreto, attivo, strutturato che procede a piccoli passi e che implicitamente prende in considerazione le limitazioni del paziente. La terapia di sostegno adotta un insieme di tecniche che forniscono incoraggiamento, rassicurazione e rinforzo positivo.
Nel paziente demente la reminiscenza pur essere affiancata in modo complementare ad altri interventi strutturati, quali l' orientamento nella realtà, l' orientamento al futuro, e la discussione di argomenti di attualità (Goodstein, 1982). La reminiscenza pur aver

[6] Lashley, 193; Kovak, 1990; Osborn, 1989
[7] Lashley, 1993.
[8] Lowenthal and Marrazzo, 1990.

luogo in gruppi, oppure pur essere oggetto di un intervento individuale; tuttavia, non si dispone di linee guida specifiche per la conduzione dei gruppi (Harwod, 1989; Lewis and Butler, 1974; Poulton and Strassberg, 1986).
Nonostante ci siano promettenti indicazioni, ma vista la bassa qualità dei lavori pubblicati e delle differenze di intervento applicato, c'è ***urgente bisogno di studi*** *condotti con maggiore rigore sperimentale per tracciare conclusioni definite di efficacia "* ***Woods et al. 2005***

A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
E' indicata nei pazienti con decadimento cognitivo lieve, mentre nei pazienti con decadimento severo è necessario un intervento più diretto e strutturato. Tra i sintomi: apatia, depressione, agitazione, ansia, comportamento motorio aberrante.

Chi la fa?
Animatore, Educatore, Psicologo, Operatore adeguatamente formati.

Come la fa?
La Reminiscenza pur svolgersi in modo informale, spontaneamente, durante gli incontri giornalieri, oppure pur essere inserita nell'ambito di un'attività strutturata, individuale o di gruppo. La reminiscenza di gruppo è stata impiegata con successo in organizzazioni di anziani, hospices e in strutture per anziani.
Incontri strutturati con domande a tema, strutturate o semi-strutturate.

Bibliografia di riferimento.
Regione Emilia Romagna - Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti affetti da demenza

Approccio capacitante

Cos'è?
L'AC è una modalità di rapporto interpersonale basato sulla parola che ha per obiettivo una *Convivenza sufficientemente felice* tra gli anziani fragili e/o dementi (soprattutto quelli ricoverati nelle RSA), gli operatori e i familiari. Il metodo utilizzato è il *Riconoscimento delle competenze elementari* ed è utilizzabile a 360 gradi: oltre a riguardare gli anziani e i loro caregiver si applica anche alla formazione degli operatori.
Nato nel 2000 nel Gruppo Anchise sulla scia del Conversazionalismo di Giampaolo Lai, in seguito si è intersecato con i contributi di altri Autori: Naomi Feil e la *Validation*, Tom Kitwood e l'approccio psicosociale, Moyra Jones e la *Gentlecare,* Amarthia Sen e il *Capability approach.*
L'AC è un superamento del tradizionale approccio assistenziale che parte dall'analisi dei bisogni degli utenti e, nel caso delle persone con demenza, cerca di soddisfarli senza il loro coinvolgimento. In tal modo manca la risposta a un bisogno ignorato ma fondamentale: quello di *poter dire la sua* su ciò che li riguarda.
Dal punto di vista pratico l'AC si basa sulle parole scambiate tra operatori e anziani assistiti, partendo dall'idea che le parole dei secondi (soprattutto se affetti da demenza) sono immodificabili, mentre quelle dei primi possono essere scelte in modo di trovare una via d'uscita felice alle situazioni di disagio che si presentano nella vita quotidiana. Il metodo si propone di *riconoscere e tener vive le Competenze elementari* degli anziani, anche in caso di compromissione delle funzioni cognitive.

Le *Competenze elementari* prese in considerazione nell'AC sono cinque:

- La *competenza a parlare,* cioè a produrre parole in modo indipendente dal loro significato. Noi valorizziamo la parola, in particolare quella del demente, qualunque essa sia, anche se tronca, ripetuta o priva di senso perché la persona che parla non è isolata, si inserisce immediatamente in un contesto. Cerchiamo, con opportune tecniche verbali, di tenere vivo l'uso della parola, convinti che le parole della persona con demenza hanno un senso (dal suo punto di vista) anche se noi non lo comprendiamo. In questo modo, al limite, diamo all'altro il riconoscimento della sua intenzione di comunicare.
- La *competenza a comunicare* (diversa da quella a parlare) che si esprime con il linguaggio verbale, paraverbale e non verbale.
- La *competenza emotiva,* cioè quella di provare emozioni, di riconoscere quelle dell'interlocutore e di condividerle.
- La *competenza a contrattare* sulle cose che riguardano la vita quotidiana (un'espressione di questa competenza è osservabile nella contrattazione del motivo narrativo durante gli scambi verbali).
- La *competenza a decidere,* anche in presenza di deficit cognitivi e in contesti di ridotta libertà decisionale. Espressioni estreme di questa competenza sono rappresentate dai comportamenti di opposizione, di chiusura relazionale e di isolamento dal mondo.

In un ambiente capacitante la persona anziana può svolgere le attività di cui è capace, così come è capace, senza sentirsi in errore, con il solo scopo di essere felice (per quanto possibile) di fare quello che fa, così come lo fa, nel contesto in cui si trova.

A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
Delirio, Allucinazione, Agitazione, Depressione, Ansia, Euforia, Apatia, Disinibizione, Irritabilità, Movimento Motorio Aberrante, Sonno, Appetito

Chi la fa?
Operatore adeguatamente formato all'Approccio Capacitante

Come la fa?
L'operatore può adottare l'*Approccio capacitante* 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno, con tutti gli ospiti, in tutti i luoghi e le situazioni; individualmente o in gruppo.

Bibliografia di riferimento.

- Vigorelli P., *Il Gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari dei malati Alzheimer*, Milano, Franco Angeli, 2010. ISBN 978-88-568-1417-0.
- Vigorelli P., *L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*, Milano, Franco Angeli, 2011. ISBN 978-88-568-3313-3.
- Vigorelli P., *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'Approccio capacitante*, Milano, Franco Angeli, 2012. ISBN 978-88-568-4127-5.
- Vigorelli P., Bonalume M., Cocco A., Lacchini C., Maramonti A., Negri Chinaglia C., Peduzzi A., Pezzano D., Riedo E., Sertorio S., *L'Approccio Capacitante nella cura degli anziani fragili e delle persone con deficit cognitivi. 10 anni di esperienza*, Psicogeriatria, 2011, 2, 58-70. (http://www.psicogeriatria.it/usr_files/pubblicazioni/riviste/psicogeriatria_2_2011.pdf).

- Vigorelli P., *Aria nuova nelle case per anziani. Progetti capacitanti*, Milano, Franco Angeli, 2012. ISBN 978-88-204-0850-3.
- Amici A., Tassan G., Zaccone M., Ponzanetti A., Pecci M.T., Sinibaldi G., Passador P., De Angelis R., Martinelli V., Cacciafesta M., Marigliano V.*L'approccio conversazionale con il malato Alzheimer come cura del deterioramento del linguaggio verbale*, Geriatric Medicine, 2009, 2-3, 82-86.
- Confalonieri D. (intervista a Pietro Vigorelli) *L'Approccio capacitante e le RSA*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, 2011, 11, 7-10.

Validation Therapy

Cos'è?
La terapia di validazione, proposta da N.Feil si fonda sul ***rapporto empatico fra operatore e paziente***; tramite l'ascolto il terapista cerca di *conoscere la visione della realtà del paziente* (il cui deficit mensico può portarlo a vivere, ad es. nella sua giovinezza), al fine di *creare contatti relazionali ed emotivi significativi.*
Cochrane review (2005) rileva una mancanza di studi controllati

Evidenze della letteratura
Centralità dell'altro nella modifica del comportamento (*relationship centered approach*)
Contesto, relazioni, stimolazioni
A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
Delirio, Allucinazione, Agitazione, Depressione, Ansia, Euforia, Apatia, Disinibizione, Irritabilità, Movimento Motorio Aberrante, Sonno, Appetito

Chi la fa?
Operatore adeguatamente formato sul Metodo Validation

Come la fa?
La Validation therapy pur essere applicata sia individualmente sia in gruppi (5-10 partecipanti) che si incontrano regolarmente. Tramite la verbalizzazione dei propri sentimenti e delle proprie emozioni, che vengono condivise dal terapista e dai compagni di gruppo, il paziente pur recuperare l'autostima accanto alla percezione di essere accettato come soggetto capace di espletare relazioni significative.
La Validation therapy di gruppo, secondo Feil (1992), prevede una sessione alla settimana nella quale ciascun membro svolge un ruolo specifico da concordare all'inizio della terapia. L'incontro di gruppo, della durata variabile di 30-60 minuti, prevede abitualmente quattro momenti distinti dedicati alla musica, al colloquio,
all'esercizio motorio ed al cibo. Anche in questo caso la reminiscenza in senso stretto è affiancata da interventi di stimolazione che possono favorire l'interazione tra i pazienti ed i terapisti.

Bibliografia di riferimento.
Feil N. (1992). Validation. The Feil Method. Cleveland: Edward Feil Productions.
Feil N.W. (1967). Group therapy in a home for the aged. Gerontologist 7:192-195.

Metodo Montessoriano

Cos'è?
Un capitolo a parte lo si deve dedicare al Metodo Montessoriano
Montessori incontra Alzheimer, M<>A, è un progetto di social innovation che fa incontrare due mondi apparentemente distanti: il rivoluzionario metodo educativo nato in Italia agli inizi del secolo scorso per volontà della Dott.ssa Maria Montessori e la demenza degenerativa descritta nel 1907 da Alois Alzheimer.
L'approccio montessoriano in ambito clinico viene sperimentato per la prima volta per volontà del dottor Cameron Camp, autore del Montessori-Based Dementia Programming (MBDP) presso il Myers Research Institute in Beachwood, Ohio di cui è direttore. In questo contesto clinico e riabilitativo, il dottor Camp ha sperimentato l'applicazione dei principi e dei materiali dell'educazione montessoriana. Tale applicazione, sostiene il dott.Camp, si è rivelata vincente.

A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
Agitazione, Depressione, Ansia, Euforia, Apatia, Irritabilità, Movimento Motorio Aberrante

Chi la fa?
Operatore adeguatamente formato al Metodo Montessoriano

Come la fa?
In spazi strutturati che seguano i seguenti principi:
Necessità di ordine: L'ordine del materiale e dell'uso dello stesso favorisce il mantenimento di un ordine interiore.
Competenza sensoriale: I sensi sono lo strumento che ognuno possiede per conoscere e riconoscere l'ambiente di vita. L'operatore specializzato che predispone il materiale adatterà lo stesso (a seconda del soggetto e del momento) per affrontare eventuali handicap sensoriali.
Utilizzo di materiale adatto: Il materiale presentato deve mostrarsi adatto al livello di abilità del soggetto: non deve essere troppo facile (per il rischio di annoiare) e neanche troppo complesso (potendo condurre alla frustrazione).
Bisogno di regolarità e routine: Il disorientamento è uno dei primi sintomi della malattia ed è una grande difficoltà d'affrontare per il paziente. Ogni attività ricerca l'ordine possedendo un proprio posto, una precisa e rituale modalità d'esecuzione prensentandosi sempre pulito e in ordine.
Lavoro sulla memoria: in particolare su quella procedurale L'esplorazione del campo della memoria avviene attraverso l'esplorazione dei sensi, dal concreto all'astratto tramite percorsi semplici, lineari caratterizzati da una procedura chiara e definita. L'operatore specializzato presenta ogni attività tramite una precisa presentazione della stessa, a partire da un'attenta analisi e selezione dei movimenti necessari.
Attenzione alle relazioni interpersonali: Il rapporto individuale tra il paziente e l'operatore specializzato durante la presentazione dell'attività permette la creazione di un rapporto di fiducia e di reciproca conoscenza utile alla costruzione di un percorso rieducativo ottimale. Le attività di gruppo permettono invece il mantenimento di rapporti sociali, la cooperazione e l'aiuto reciproco.

Lavorare sul linguaggio: Maria Montessori studiò un sistema efficace per favorire la lettura e la scrittura, partendo da azioni concrete, ovvero dalla mano, per arrivare alla mente e all'astrazione.

Cura di sé e dell'ambiente: Le attività proposte nascono dai bisogni espressi esplicitamente o implicitamente dal paziente e hanno attinenza con le attività quotidiane, utile per mantenersi autonomi il più a lungo possibile; oltre alla cura di sé le attività mirano alla cura dell'ambiente di vita: bagnare le piante e i fiori, pulirne le foglie, spolverare...

Libertà d'azione e di scelta: Il paziente è libero di scegliere l'attività da svolgere e per quanto tempo compierla. L'attività (open-ended) termina quando il soggetto è soddisfatto del lavoro svolto. Non esiste un programma predefinito dall'operatore. Ciò che conta è stimolare il suo interesse attraverso la presentazione di materiali che siano per lui "attraenti" ovvero utili ad incrementare il proprio benessere e le proprie competenze. Questa modalità di approccio consentirà di lavorare sul grado di autostima che il malato spesso deve ritrovare oltre che sulla sua autonomia di pensiero.

L'autocorrettività del materiale: consente al soggetto di non essere corretto dall'esterno in caso di errore, ma di trovare autonomamente la soluzione al problema.

Bibliografia di riferimento

Perino A., Poi R. (2016), Montessori incontra Alzheimer

Camp, C. J., & Nasser, E . H. (2003). Nonpharmacological aspects of agitation and behavioral disorders in dementia: Assessment, intervention, and challenges to providing care. In P. A. Lichtenberg, D. L. Murman, & A. M. Mellow (Eds.),*Handbook of dementia: Psychological, neurological, and psychiatric perspectives*(pp. 359-401). New York: John Wiley & Sons

Ambiente multisensoriale di Cromo-musicoterapia

Cos'è?
Gli ambienti multisensoriali possono avere differenti setting. Possono comprendere luci, immagini, ambientazioni; possono utilizzare suoni, più o meno strutturati, musica; possono contenere aromi particolari o altri stimoli che coinvolgono i sensi della persona. Possono essere usati in associazione o singolarmente.
La cromo-musicoterapia è composta da stimoli strutturati tridimensionali che rappresentano ambientazioni solide, luci regolabili in intensità e colore a questi sono associati musiche e suoni che risvegliano il ricordo di un contesto familiare, conosciuto. Il tutto viene organizzato in stanze apposite dove è possibile creare un ambiente protetto e riservato specificatamente per questo uso.

La cromo-musicoterapia è un trattamento multisensoriale particolarmente adatto per il miglioramento degli stati di agitazione dei pazienti affetti da demenza.

A chi serve? A persone anziane affette da demenza dove la qualità di vita è spesso minata dai fenomeni psicocognitivi che la caratterizzano, come gli stati di agitazione, psicosi e deliri. Le terapie farmacologiche, fino ad oggi usate, non hanno beneficio permanente nel controllo di questi stati.

Questo protocollo migliora la qualità di vita della persona riducendo gli stati di agitazione e l'assunzione di psicofarmaci.

Chi la fa?
Un Operatore socio sanitario o un animatore adeguatamente formati.

Come la fa?
Le persone anziane idonee al trattamento devono essere accompagnate, a giorni alterni, negli spazi allestiti per la cromo-musico terapia dove possono rilassarsi, con le luci e le note programmate, sulle sedute predisposte o sul letto.
Il trattamento cromo-musicoterapico ha una durata di 30 minuti.
Il trattamento ha efficacia dopo almeno una decina di sedute, ma può variare da persona a persona.

Bibliografia di riferimento
Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, Omar RZ, Katona C, Cooper C. [2014] A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. Health Technol Assess. 2014 Jun;18(39):1-226, v-vi. doi: 10.3310/hta18390. Review. PubMed PMID: 24947468.

O'Neil ME, Freeman M, Christensen V, et al.[2011] A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2011 Mar.

Raglio A, Bellelli G, Mazzola P, Bellandi D, Giovagnoli AR, Farina E, StrambaBadiale M, Gentile S, Gianelli MV, Ubezio MC, Zanetti O, Trabucchi M.[2012] Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. Maturitas. 2012 Aug;72(4):305-10. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.05.016. Epub 2012 Jun 27. Review. PubMed PMID: 22743206.

Regione Toscana Linea guida. Sindrome demenza: diagnosi e trattamento – [2011], http://www.snlg-iss.it/lgr_toscana_demenza_2011, ultima consultazione 13/03/2015

Ross MJ, Guthrie P, Dumont JC. [2013] The impact of modulated, colored light on the autonomic nervous system. Adv Mind Body Med. 2013 Fall;27(4):7-16. PubMed PMID: 24067320.

Romina Agresti, Jul 07, 2015 "Evidenze di efficacia sulla cromo-musicoterapia per il contenimento degli stati di Agitazione negli anziani affetti da demenza. Tesi di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche DOI: 10.13140/RG.2.1.2416.7520 2015-07-07 T 16:13:00 UTC

Interventi non Farmacologici Combinati

Cos'è?
Interventi non farmacologici che combinano ROT, reminescence therapy, esperienze piacevoli (musicoterapia) ed esercizio fisico sono efficaci sullo stato cognitivo e sull'umore di pazienti AD. Questi trattamenti devono essere presi in considerazione nei pazienti con AD (raccomandato) *Linee Guida AIP: il trattamento*
Le terapie non farmacologiche sopra descritte possono essere ricondotte ad alcuni laboratori specifici quali:

Laboratorio di stimolazione sensoriale e musicale (musicoterapia)
I vari laboratori di stimolazione sensoriale sono per lo più rivolti a persone con demenza grave. Attraverso percorsi sonori (ascolto guidato della musica), olfattivi (spezie, profumi, ecc.), visivi (visione di quadri, colori, immagini, ecc.) e tattili (la manipolazione di materiali, è un modo per ricollegarsi alle sensazioni positive dell'infanzia, per scoprire che la materia è plasmabile come lo è il nostro corpo soggetto a cambiamenti) è possibile riattivare stati assopiti, infondere rilassamento e benessere, ridurre stati di agitazione, facilitare l'espressione verbale, l'esternazione di emozioni, creare un contatto e fornire, a operatori e parenti, un'altra immagine della persona coinvolta.

Laboratorio di ginnastica ed espressività
L'attività di ginnastica ed espressività è volta a fare ristabilire un contatto con le proprie capacità residuali. Attraverso metodologie di conduzione dei gruppi, materiale di varia consistenza (foulard, carta velina, corde, cartoncini, nastri, cuscini, teli colorati, palloncini) e la musica si cerca di favorire la libera espressione, andando a stimolare alcune parti del corpo senza che si percepisca la fatica, ma con la sola sensazione di un diffuso benessere in quanto, ponendo in primo piano l'aspetto musicale, questo permette di lasciarsi andare seguendo i suoni o la propria musicalità che scaturisce dai movimenti.

Laboratorio teatrale e di lettura espressiva
All'interno del laboratorio teatrale è possibile incanalare alcuni disagi, vissuti e ricordi verso una nuova dimensione, permettendo di vederli e metabolizzarli attraverso prospettive diverse. Smettere dei panni per acquisirne altri, o recuperare alcune caratteristiche personali a favore della drammatizzazione (ad esempio la persona con temperamento materno premuroso può interpretare la
figura della donna che, all'interno di una lite tra due persone, riesce a sedare il conflitto e a riportare la pace) può portare a ripensare al proprio ruolo e creare la possibilità di riappropriarsene. Il potere, letteralmente, di indossare dei panni più eleganti, il rimettersi in giacca e cravatta, o rimettere il cappello «della domenica» può permettere, a se stessi e agli altri, di ritrovare maggiore dignità.
Lo scoprirsi capaci di recitare, di mettersi in gioco all'interno di un clima che lo consenta, permette di pervenire a una maggiore accettazione di sé, di riallacciare dei rapporti, di elevare il proprio senso di autostima, di avere ancora uno scopo. Da più di dieci anni, i nostri ospiti interpretano, rivisitano e/o creano due commedie all'anno, una nei mesi estivi e l'altra nei mesi invernali.

I copioni vengono scritti assieme agli ospiti, ritagliati sulle loro personali caratteristiche o prendendo spunto dalle storie passate, dai loro racconti o dai suggerimenti della compagnia teatrale «Arrigo Lucchini»; le prove durano sempre alcuni mesi e durante questo periodo le persone coinvolte, per lo più affette da demenza medio/lieve e da stati depressivi, mostrano dei chiari miglioramenti dal punto di vista cognitivo e comportamentale.

Laboratorio ludico-ricreativo

Le attività ludico-ricreative, spesso associate ad aspetti più narrativi del vissuto di ognuno, favoriscono la possibilità di vivere un'esperienza semi-seria in quanto il «gioco» è finzione, immaginazione, illusione e realtà, e, ricordando, senza saperlo si sta già giocando. Per questo attraverso le diverse attività ludiche che rientrano nella sfera dei giochi cooperativi si possono creare dei momenti di mediazione ed eventi a metà strada tra il divertimento, la distensione, la serietà e l'emozione. Un aspetto molto importante dell'intervento animativo è il racconto, che può diventare un modo per rivisitare il passato, risolvendone gli aspetti non rielaborati e rivedendolo alla luce del presente.

Life toys

Obiettivo

I life toys mettono al centro la persona, con la sua storia, il suo lavoro passato, i suoi interessi: da conoscere e da valorizzare.

I Life Toys stimolano il racconto di sé, aiutano a costruire una relazione positiva con le persone e con l'ambiente circostante, sollecitano la memoria e l'attenzione, creano fiducia nelle proprie capacità e motivazione, incrementano l'autostima e generano una sensazione di efficacia.

I life stoys sono utilizzati sia in modalità individuale e sia a coppie o in piccolo gruppo seguendo la logica della dimensione ludica e narrativa. In questo modo si potranno stimolare e sviluppare più livelli:

- Logica – attenzione - concentrazione
- Memoria – Racconto di sé
- Memoria topografica – procedurale – episodica – esecutiva
- Orientamento spazio – temporale

Utilizzo delle nuove tecnologie per la stimolazione cognitiva

Alcuni studi hanno evidenziato come l'utilizzo delle nuove tecnologie (tablet, pc-touch programmi di CAA) abbiano evidenziato un miglioramento negli aspetti attentivi, di coordinazione oculo manuale e una buona ricaduta sul tono dell'umore (acquisizione di nuove competenze e accrescimento dell'autostima).

Laboratorio artistico-creativo

Attraverso questo laboratorio possiamo permettere l'esternazione di emozioni e la fuoriuscita di vissuti, ansie, gioie, malesseri. Molto spesso viene utilizzata la pittura, anche se in realtà non è una delle forme artistiche più vicine alla cultura e ai vissuti dei nostri anziani; tuttavia, essendo una modalità espressiva di grande valore che permette, nel momento in cui si mettono segni su una superficie, di allentare le tensioni e rilassarsi attivando la nostra parte più emotiva, è molto apprezzata anche dagli ospiti delle strutture. L'aspetto più importante è comunque la modalità attraverso la quale viene dato lo stimolo: quale tecnica viene utilizzata? A tempera, a olio, ad acquerello, a matita, a pennarello e, soprattutto, perché utilizzo una piuttosto che l'altra? Questo dipende dalle condizioni psicofisiche della persona: la tecnica a tempera o quella ad acquerello, ad esempio, possono richiedere minore precisione nel tratto, la diversa grossezza del pennello può permettere alla mano di scorrere con più facilità e dare la possibilità di

«imprimere» sulla carta un tratto più grosso o più sottile, andando a incidere sul proprio senso di autostima, ma anche l'immagine (libera o predefinita) e il colore del foglio (nero, bianco o colorato) permettono differenti capacità espressive. Persone anziane che in tutta la loro vita non si sono mai ritrovate a dipingere, inizialmente possono guardare con diffidenza e distacco a questo tipo di stimolo. Se però si mettono in campo gli accorgimenti appena evidenziati, si crea un clima accogliente, non
giudicante, attento al vissuto di ognuno e si instaura un rapporto che considera, prima di tutto, la persona che si ha di fronte, un adulto con una propria individualità, se si motiva la finalità di quanto si sta facendo, allora è possibile che quella diffidenza iniziale si stemperi e ci si metta in gioco con la sola libertà e il piacere di lasciarsi andare.
L'aspetto importante, in tutte queste stimolazioni, è tuttavia sempre quello di mettersi in ascolto per individuare quale modalità o tecnica espressiva possa permettere di esternare emozioni e vissuti, per capire se ci sia la voglia di farlo e quale capacità vada sollecitata.

A chi serve? (sintomo comportamentale trattabile)
Delirio, Allucinazione, Agitazione, Depressione, Ansia, Euforia, Apatia, Disinibizione, Irritabilità, Movimento Motorio Aberrante, Sonno, Appetito

Chi la fa?
Animatore, Educatore

Come la fa?
In ambienti o spazi semi-strutturati, seguendo una progettazione e programmazione trimestrale o semestrale declinabile settimanalmente nei singoli laboratori. (Si veda la descrizione dei singoli laboratori)

Bibliografia di riferimento
Sulle attività di animazione e occupazionali in generale http://www.grg-bs.it/usr_files/eventi/journal_club/lucchi_21_2_2014.pdf
Sulla pet-therapy http://medicalive.it/pet-therapy-dallempatia-alle-evidenze-scientifiche/
Sulle terapie non farmacologiche
http://www.cen4ard.com/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=502: Tom Kitwood:
https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/towards-a-theory-of-dementia-care-the-interpersonal-process/3064A6492E0784AB01375B468A8AD03B

Allegato N°1 Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J: Neurology 1994;44:2308-2314)

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
Deliri	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/disforia	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/indifferenza	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza
0=mai
1=raramente
2=talvolta
3=frequentemente
4=quasi costantemente

Gravità
1=lievi (non producono disturbo al paziente).
2=moderati (comportano disturbo per il paziente).
3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico
0= Nessuno
1= Minimo
2= Lieve
3= Moderato
4= Severo
5= Grave

A. Deliri (NA)

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male ? _____
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando? _____
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca? _____
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa? _____
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere? _____
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria? _____
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo? _____
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?] _____
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:
1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente
2. Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti
3. Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

B. Allucinazioni (NA)

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? _____
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti? _____
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? _____
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono? _____
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? _____
6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota? _____
7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:
1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente
2. Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti.
3. Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

C. Agitazione/Aggressività (NA)

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? _____
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? _____
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? _____
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? _____
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? _____
6. Il paziente sbatte le porte, da calci ai mobili, lancia gli oggetti? _____
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? _____
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:
1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare.
3. Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

D. Depressione/Disforia (NA)

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? _____
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? _____
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? _____
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? _____
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? _____
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? _____
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? _____
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

E. Ansia (NA)

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? È impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? _____
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? _____
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? _____
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? _____
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? _____
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] _____
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità
1. Lieve: l' ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: l' ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

F. Esaltazione/Euforia (NA)

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? _____
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? _____
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? _____
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? _____
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? _____
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? _____
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: l' esaltazione è evidente ma non dirompente
2. Moderata: l' esaltazione è evidentemente anormale.
3. Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

G. Apatia/Indifferenza (NA)

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito? _____
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni? _____
3. il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? _____
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa? _____
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? _____
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? _____
7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi? _____
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: l' apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.
2. Moderata: l' apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di famigliari.
3. Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

H. Disinibizione (NA)

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? _____
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse? _____
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose? _____
4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? _____
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? _____
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento? _____
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.
2. Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver.
3. Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

I. Irritabilità/Labilità (NA)

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose? _____
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia? _____
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia? _____
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato? _____
5. Il paziente è irritabile e nervoso? _____
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo? _____
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.
2. Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.
3. Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

J. Comportamento motorio aberrante (NA)

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo? _____
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? _____
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti? _____
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? _____
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? _____
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? _____
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane.
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver.
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

K. **Sonno** **(NA)**

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? _____
2. Si alza spesse volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente] _____
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? _____
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? _____
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? _____
6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]? _____
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? _____
8. Il Paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione (NA)

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)
SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta perdita dell'appetito? _____
2. Presenta aumento dell'appetito? _____
3. Presenta diminuzione di peso? _____
4. Presenta aumento di peso? _____
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).? _____
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)? _____
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine?

_____

8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato? _____

Frequenza:
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:
1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

1. Il questionario è applicabile ai pazienti con demenza di diversa origine
2. Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente (familiare o personale se degente in casa di riposo o istituti da vari mesi) e possono essere verificate interrogando od osservando il paziente stesso.
3. Le domande vanno poste esattamente come sono scritte, solo se il caregiver non le capisce si possono fornire delucidazioni.
4. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbosa del paziente (depressione, ansietà) che non si sono modificate dopo l'esordio della demenza. Bisogna ricordare periodicamente durante l'intervista che ci riferiamo ai cambiamenti insorti con la demenza.
5. Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista.
6. Se alla domanda di screening viene risposto di no non bisogna procedere con le altre domande pertinenti alla stessa sezione. Se la risposata è invece positiva si proceda con le altre domande che vanno registrate solo se confermano la domanda di screening. In alcune circostanze specifiche potrebbe verificarsi il fatto che alcune delle sezioni non siano applicabili al paziente per la presenza di condizioni mediche interferenti con le risposte. Per esempio i pazienti allettati potrebbero presentare deliri e allucinazioni ma non presentare comportamenti motori aberranti per via delle limitazioni fisiche. In questi casi speciali l'intervistatore deve segnalare la non applicabilità della scala (N.A.). Lo stesso vale se esistano evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver o se le risposte fornite alla sezione non vengano ritenute valide.
7. Per la determinazione della frequenza e durata dei problemi comportamentali si deve far riferimento alla legenda del questionario. Si faccia riferimento, aggiuntivamente, come paragone di frequenza e gravità al più aberrante comportamento del paziente che sia risultato dalle domande successive a quella di screening per ogni sezione del questionario.
8. Se dovesse capitare che il caregiver, dopo aver dato risposta affermativa alla domanda di screening, fornisca a tutte le successive domande della sezione una risposta negativa bisogna chiedere al caregiver di spiegare in che cosa consista il problema comportamentale. Se si tratta di una erronea interpretazione della domanda (cioè non esistono rilevanti disturbi pertinenti al tipo di problema neuropsichiatrico investigato dalla sezione) si segni NO alla domanda di screening. Se invece il problema comportamentale è presente ma viene espresso con termini diversi da quelli delle domande si deve attribuire il punteggio come di solito, cercando di far rientrare i problemi espressi nelle domande formulate nel questionario.
9. Per la valutazione della frequenza delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi (riferendosi inizialmente alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione)".
10. Per la valutazione della gravità delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto (od assistito)".
11. Per lo stress emotivo o psicologico del caregiver si chiede "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti"