

Demenze: trattamento farmacologico e non farmacologico e gestione dello stress del caregiver

Stefano Govoni^{1,2}, Federica Del Signore², Alessia Rosi³, Stefano F. Cappa^{4,5}, Nicola Allegri²

¹ Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Scienze del Farmaco; ² CEFAT - Centro di Economia e Valutazione del Farmaco e delle Tecnologie Sanitarie; ³ Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento; ⁴ Istituto Neurologico IRCCS Fondazione Mondino, Pavia; ⁵ Istituto Universitario di Studi Superiori, Pavia

Riassunto

La presa in carico del paziente con demenza e del caregiver, data la natura della patologia, è un compito complesso che prevede il coinvolgimento di varie figure sanitarie e sociosanitarie. Questo articolo si focalizza sul ruolo centrale del medico di Medicina Generale come perno fondamentale sia per una migliore gestione farmacologica e non del paziente che per una precoce presa in carico del caregiver, al fine di ridurre il carico assistenziale (*burden*) associato alla malattia del proprio caro.

Il trattamento del paziente affetto da demenza coinvolge più ambiti, così come accade per qualsiasi paziente complesso, in quanto deve prevedere la partecipazione di più figure, sanitarie e non, in un'alleanza che va costruita e fatta crescere, nella quale hanno importanza aspetti medici, di formazione e di solidarietà. Non si tratta di una sorta di "buonismo" o di volontà di suddivisione delle responsabilità, ma di quanto emerge dalle indicazioni della letteratura scientifica nazionale e internazionale come approccio migliore in grado di rallentare, compensare e contenere le manifestazioni delle varie forme di demenza.

Come in tutte le situazioni nelle quali serve un'integrazione tra competenze e figure diverse, questa modalità di presa in carico non risulta affatto facile. Al di là delle discussioni di tipo amministrativo su chi sia il riferimento e su chi debba farsi

carico del paziente, argomento delicato e sul quale serve un accordo politicamente condiviso, il medico di medicina generale (MMG), almeno in molte delle realtà italiane, è al centro di questo incrocio quale referente per la salute, spesso dell'intera famiglia. Risultano maggiori le difficoltà nei grandi agglomerati urbani, dove la coesione delle famiglie è minore, le distanze sono maggiori e spesso il medico di riferimento è diverso per l'anziano ammalato di demenza e per i suoi familiari che risiedono in altre municipalità.

Quando si parla di un paziente ammalato di demenza (con un iter diagnostico già percorso), che può ancora risiedere al proprio domicilio ma che ha bisogno di assistenza, ci sono molte variabili di cui tenere conto. È importante che siano ben conosciute dal MMG che si prende cura dell'ammalato e, potenzialmente, anche dei suoi familiari.

Per esempio: quale è il livello di assistenza che richiede il paziente? I familiari (marito/moglie/figli) sono in grado economicamente e hanno il tempo di sostenere la persona ammalata o lavorano ancora? Usufruiscono della collaborazione di una/un badante? Per quante ore al giorno? Fanno parte/partecipano a gruppi di sostegno? Hanno ricevuto una formazione per la propria attività di badanti? Hanno un sostegno psicologico per sostenere lo stress?

Le altre domande che nascono, una volta ricevuta la diagnosi, sono relative alle cure. Esistono farmaci per curare le demenze? Vi sono altre modalità di terapia? Che cosa si deve fare con le terapie di natura diversa già in atto? E, da parte dei caregiver, che probabilità ho di ammalarmi per lo stress? Ci sono farmaci che mi permettano di controllarlo? Si tratta di una lista di domande spesso inevase, anche se esiste oggi una

Ogni prodotto menzionato deve essere usato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto fornito dalle Case Produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha soltanto lo scopo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

How to cite this article: Govoni S, Del Signore F, Rosi A, et al. Demenze: trattamento farmacologico e non farmacologico e gestione dello stress del caregiver. Rivista SIMG 2020;27(5):50-56.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

letteratura scientifica di riferimento in grado di dare risposte fondate sull'esperienza. Nell'articolo abbiamo ordinato le risposte a questi quesiti in tre sezioni: una dedicata ai farmaci, una agli interventi non farmacologici e l'ultima agli interventi sul caregiver. Va premesso che non si tratta, nonostante la divisione dello scritto, dovuta a motivi di organizzazione, di modalità alternative, quanto piuttosto di interventi necessariamente da integrare. Anche in assenza di un gestore formale di processo, il medico, il familiare, la/il badante e ogni altro attore (neuropsicologo, gruppo di sostegno) devono essere consapevoli del complesso di azioni che vengono poste in atto e in qualche modo dividerlo. Nessuna delle azioni rivolte al paziente, o al caregiver, ha senso se isolata e nessun nodo di questa rete può da solo sopportare in modo efficace il carico assistenziale ed emotivo necessario per garantire una buona qualità di vita al nucleo interessato da un paziente con demenza.

I farmaci per le demenze

Attualmente sono autorizzati solo pochi farmaci specificatamente per le demenze, rivolti esclusivamente alla malattia di Alzheimer. Non sono stati sviluppati trattamenti specifici per altre forme di demenza (per esempio le demenze frontotemporali), anche per una minore conoscenza delle basi fisiopatologiche. Per questo motivo nello specifico si farà cenno ai soli farmaci per la malattia di Alzheimer (Tab. I). Peraltro, nel paziente demente vengono spesso utilizzati diversi altri farmaci psicotropi per controllare sintomi quali depressione o agitazione (Tab. II), oltre ai "normali" altri farmaci usati per le malattie comuni associate all'invecchiamento.

Le molecole oggi approvate e disponibili in Italia per il trattamento della malattia di Alzheimer sono quattro: donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina, in ordine temporale di approvazione. I primi tre sono approvati per le forme lievi e moderate, la memantina per moderate e gravi. Dal 2002 (autorizzazione di memantina) nessun nuovo farmaco ha superato il vaglio clinico ed è stato approvato per il trattamento

della malattia. Una battuta d'arresto che dura da 18 anni. Sarebbe qui troppo lungo descrivere le numerose ipotesi patogenetiche e i complessi tentativi di intervento su due proteine che caratterizzano le alterazioni neuropatologiche della malattia di Alzheimer (beta amiloide e tau), che sono ancora attualmente al centro della ricerca. È disponibile un aggiornamento su tutte le molecole in fase di sviluppo nell'articolo di Cummings et al.¹.

I tre inibitori delle acetilcolinesterasi approvati, donepezil, rivastigmina e galantamina, condividono il meccanismo d'azione: l'inibizione dell'acetilcolinesterasi, ovvero l'enzima che degrada l'acetilcolina, il trasmettitore principalmente deficitario nel cervello dei pazienti con malattia di Alzheimer.

Che esiti pratici ha l'esistenza di tre diverse molecole con lo stesso meccanismo d'azione generale per il paziente, per il medico e per il caregiver, data l'equivalenza dell'efficacia clinica alle dosi terapeutiche? Si può rispondere che la disponibilità di molecole che, pur condividendo il meccanismo d'azione generale, hanno profili farmacologici, farmacocinetici, farmaco-metabolici e formulazioni diverse permette una migliore personalizzazione della terapia, come accade con molte altre classi di farmaci. Il MMG, come capita anche per altre terapie, potrà avere maggiore familiarità con uno di essi. I principali effetti collaterali, legati all'eccessiva attivazione colinergica, sono simili per i tre farmaci.

La memantina, approvata per il trattamento delle forme da moderate a gravi della malattia di Alzheimer, è un antagonista non competitivo dei recettori per il glutammato di tipo NMDA (N-Metil-D-Aspartato). Si ritiene che il farmaco limiti l'eccessiva attività basale glutamatergica, che contribuirebbe alla neurodegenerazione e a rendere meno funzionale la trasmissione. La memantina è stata a lungo impiegata in Europa come farmaco per l'invecchiamento cerebrale e poi, in seguito a una sperimentazione clinica ad hoc, registrata per il trattamento della malattia di Alzheimer.

Avere una molecola di classe e meccanismo d'azione diversi è utile perché offre un'alternativa a quei pazienti che non rispondono agli inibitori dell'acetilcolinesterasi.

Esiste inoltre la possibilità in alcuni pazienti di combinare il trattamento di un inibitore dell'acetilcolinesterasi e di memantina. L'associazione tra i due farmaci è stata sperimentata e proposta da diversi autori anche se non vi è un accordo unanime sulla sua efficacia. Da ricordare che non è invece possibile associare due diversi inibitori dell'acetilcolinesterasi per via della somma di effetti collaterali.

Un altro vantaggio di disporre di un diverso farmaco è costituito da un profilo di effetti collaterali diverso da quello degli inibitori dell'acetilcolinesterasi.

Che cosa si ottiene con i farmaci disponibili? I farmaci permettono il controllo dei sintomi per qualche tempo, a distanza del quale si verifica un riprendere della progressione. Siamo lontani dall'ideale, ma si tratta di un effetto riconosciuto anche dalle linee guida internazionali². Il medico deve conoscere i limiti delle attuali terapie e spiegarli al paziente e ai familiari per commisurare le attese quando si inizia un trattamento. Va anche spiegato che non tutti i pazienti rispondono alla terapia. Due indagini effettuate dal nostro gruppo di ricerca su una realtà italiana, una delle quali ancora in corso, fanno emergere il problema opposto, cioè il mancato trattamento con farmaci per la demenza in molti pazienti, che per le loro caratteristiche cliniche sarebbero candidati a essere trattati secondo le linee guida internazionali^{3,4}.

Un'attenzione meritano anche tutti gli altri farmaci che vengono assunti dal paziente, in particolare quelli utilizzati per il controllo dei disturbi del comportamento (ansia, depressione, disturbi psicotici, deliri) (Tab. II). Va subito sottolineato: per controllare il comportamento in generale i farmaci dovrebbero essere evitati, preferendo se possibile le modalità non farmacologiche di intervento. Se si decide di usare un farmaco, questo deve essere strettamente monitorato dal punto di vista dell'effettiva necessità, partendo dalle dosi più basse e controllando attentamente la comparsa di qualsiasi effetto collaterale. Da considerare infine tutti gli altri farmaci assunti per le comorbilità frequentissime in età avanzata. In questo caso le considerazioni generali sono quelle legate sia ai criteri di appro-

TABELLA I.*I farmaci per il trattamento delle demenze.*

Farmaci approvati per il trattamento della malattia di Alzheimer		
Molecola	Meccanismo	Note
Donepezil	Inibizione dell'acetilcolinesterasi (impedimento dell'accesso dell'acetilcolina al sito esterasico)	<ul style="list-style-type: none"> • Esistono formulazioni diverse • Le dosi massime giornaliere di donepezil, rivastigmina e galantamina sono rispettivamente di 10, 12 e 24 mg per os • Le dosi vanno raggiunte gradualmente • Se si sospende la terapia, la ripresa deve essere graduale • Rivastigmina può essere somministrata anche attraverso cerotto transdermico (dose massima 9,5 mg/24 ore) • Donepezil e galantamina sono metabolizzati dagli enzimi epatici CYP2D6 e CYP3A4. Rivastigmina è metabolizzata da parte delle colinesterasi • Gli effetti collaterali più frequenti sono legati all'eccesso di attività colinergica e sono a carico del tratto gastrointestinale e cardiovascolare. Vanno considerati con cura anche in relazione alle altre terapie del paziente
Galantamina		
Rivastigmina	Inibizione di acetil- e butirril-colinesterasi (interazione diretta con il sito esterasico)	
Memantina	È un antagonista non competitivo dei recettori di tipo NMDA del glutammato	<ul style="list-style-type: none"> • Viene usata alla dose giornaliera massima di 20 mg, da raggiungere gradualmente • Gli effetti collaterali più frequenti riguardano il sistema nervoso centrale • tra cui allucinazioni, confusione, vertigini
Altre demenze non-Alzheimer (Nice Guidelines, 2020)		
<ul style="list-style-type: none"> • Può essere effettuato un tentativo terapeutico con donepezil o rivastigmina per le forme da lievi a moderate di demenza a corpi di Lewy, eventualmente galantamina • Se non sono tollerati gli inibitori dell'acetilcolinesterasi si può somministrare memantina • Questi farmaci non vanno usati in caso di demenza frontotemporale o compromissione cognitiva da sclerosi multipla 		

TABELLA II.*Alcune opzioni di trattamento farmacologico dei disturbi comportamentali e psicologici del paziente demente.*

Sintomi target e classe di farmaci	Benefici	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomi psicotici agitazione, aggressività • Antipsicotici 	Moderata efficacia, l'esordio dell'effetto richiede qualche tempo per manifestarsi	Numerosi in vari ambiti e aumento del rischio di mortalità
<ul style="list-style-type: none"> • Depressione, agitazione, irritabilità • Inibitori della ricaptazione della serotonina 	Limitate evidenze di efficacia	Effetti collaterali gastrointestinali, alterazioni del metabolismo osseo, rischio di cadute
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomi cognitivi, agitazione, aggressività e altri • Inibitori dell'acetilcolinesterasi e memantina 	Piccoli miglioramenti dei disturbi comportamentali in aggiunta agli effetti sulla funzione cognitiva	Effetti collaterali gastrointestinali, bradicardia e rischio di cadute per gli AChEI; effetti collaterali più limitati con memantina

priatezza della prescrizione nel paziente anziano (si ricordano, per esempio i criteri di Beers)⁵ sia all'attenzione a mantenere contenuti gli effetti sedativi, il carico anticolinergico e le possibili interazioni tra i diversi farmaci prescritti, anche usando gli strumenti informatici disponibili (per esempio: www.drugs.com/drug_interactions.html).

Andrebbe oltre gli scopi dell'articolo parlare anche dei farmaci per il caregiver, ma, in prospettiva, va tenuto presente che il carico da sopportare lo renderà più esposto alle malattie e a sviluppare alterazioni

del tono dell'umore e dello stato di ansia. Va ricordato che spesso anche il caregiver è una persona non giovane e il MMG dovrà considerarlo all'interno del nucleo di osservazione.

Terapie non farmacologiche nel paziente anziano affetto da demenza

Non disponendo attualmente di una terapia risolutiva per il trattamento delle demenze,

l'approccio che mostra i migliori risultati è quello che associa alla terapia farmacologica un intervento psicosociale.

Gli interventi psicosociali sono trattamenti non farmacologici che, anche se non comportano gli effetti collaterali tipici dei farmaci, vanno proposti in maniera appropriata alla fase di malattia dell'individuo (Tab. III). Sottoporre il paziente ad attività frustranti, perché non calibrate sul bilancio risorse/deficit individuali presenti, potrebbe comportare un esacerbarsi di difficoltà cognitive

e affettivo-comportamentali; offrendo, invece, al paziente un commisurato intervento psicosociale, è possibile migliorare significativamente la qualità di vita della diade paziente-caregiver.

Molti interventi psicosociali vengono proposti come attività routinarie all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali, ma alcuni, erogati da realtà pubbliche, private o associazionistiche, trovano applicazione anche per gli anziani residenti al domicilio. Cruciale anche in questo caso il ruolo del MMG nel valutare e proporre uno di questi interventi, facendo rete con le realtà presenti sul territorio.

Tre sono gli approcci principali:

- cognitivo;
- multi-strategico;
- comportamentale-sensoriale.

Gli interventi a orientamento cognitivo (stimolazione/training/riabilitazione cognitiva), sebbene con differenti specificità, coinvolgono le abilità cognitive del soggetto attraverso prove carta e matita o computerizzate e/o attività di natura ecologica, con scopo compensativo e/o riabilitativo. Possono essere proposti secondo due modalità, individuale o di piccolo gruppo, a seconda che si intenda massimizzare la stimolazione cognitiva del singolo paziente o si intenda agire anche sugli aspetti di socializzazione.

La loro efficacia si basa sul concetto di riserva cognitiva⁶, ovvero la capacità del nostro cervello di affrontare attivamente un processo patologico attraverso la riorganizzazione dei network cerebrali, che consente un adattamento e una compensazione alla compromissione dovuta alla malattia. Questa tipologia di interventi gode di robuste evidenze, con effetti a livello di cognizione, stato funzionale, tono dell'umore e qualità di vita dei pazienti⁷.

Il più celebre metodo d'intervento, la *Cognitive Stimulation Therapy*, tecnica evidence-based formulata nel contesto anglosassone da Spector et al.⁸, sembrerebbe avere un'efficacia paragonabile a quella degli inibitori della colinesterasi nel rallentare l'evoluzione dei sintomi⁹.

L'approccio multistrategico include interventi specifici o globali che non agiscono specificatamente sui meccanismi cognitivi,

TABELLA III.
Interventi psico-sociali e fasi di malattia.

Intervento psico-sociale	Gravità		
	Lieve	Moderata	Severa
Training cognitivo	+		
Stimolazione cognitiva	+	+	
Riabilitazione cognitiva	+		
ROT	+	+	
Terapia della reminescenza	+	+	
Terapia occupazionale	+	+	
<i>Validation therapy</i>		+	+
Musicoterapia	+	+	+
Aromaterapia		+	+
Fototerapia		+	+

ma utilizzano risorse sia interne sia esterne al paziente¹⁰. La *Reality Orientation Therapy* (ROT), la terapia della reminescenza, la *Validation Therapy* e la terapia occupazionale sono alcuni tra gli interventi che rientrano in questo approccio.

La ROT ha il vantaggio di poter essere applicata in modo informale anche dallo stesso caregiver: si pone l'obiettivo di ri-orientare il paziente lungo coordinate spazio-temporali e personali, attraverso ripetute sollecitazioni verbali, visive, scritte, musicali.

La terapia della reminescenza prevede la discussione e la rievocazione di esperienze del passato, attraverso differenti materiali, basandosi sul principio che queste esperienze tendono a essere ricordate più facilmente dall'anziano, rispetto a eventi recenti, e possono dunque rappresentare una stimolante attività anche per soggetti con significativa compromissione della memoria per i fatti recenti.

La *Validation Therapy* si basa sul principio dell'empatia: il terapeuta, tramite l'ascolto, cerca di conoscere la visione della realtà

del paziente, immedesimandosi nel suo mondo e comprendendone comportamenti ed emozioni.

La terapia occupazionale pone il focus sulla capacità del paziente di svolgere attività di vita quotidiana, cercando di migliorarla attraverso specifici esercizi riabilitativi, promuovendo l'indipendenza.

Infine, l'approccio comportamentale-sensoriale include interventi quali la musicoterapia, l'aromaterapia e la fototerapia, ovvero interventi che sfruttano diverse modalità sensoriali (musica, oli essenziali, luce) come mezzo per veicolare informazioni non verbali, la cui comprensione è conservata anche nelle fasi più avanzate di malattia, con beneficio soprattutto a livello di umore e di contenimento dei disturbi comportamentali.

Non tutti gli interventi descritti hanno trovato indicazioni definitive, fondate su trial clinici randomizzati (RCT), eccezion fatta per quelli appartenenti all'approccio cognitivo. La loro ampia diffusione, la familiarità degli operatori con tali approcci, l'assenza di effetti collaterali e i risultati positivi spesso riscontrati empiricamente su piccoli campioni supportano l'impiego clinico e l'opportunità di ulteriori studi controllati⁷ (Tab. IV). L'obiettivo principale è ottenere una riduzione dell'impatto della malattia, incentivando il soggetto a mantenere un proprio ruolo e una propria autonomia.

Interventi di supporto per il caregiver

Il caregiver è definito come "colui che si prende cura" della persona con demenza. Nella letteratura scientifica si distingue tra due tipologie di caregiver: formale e informale. Il caregiver formale è un operatore socio-assistenziale che opera in modo professionale, mentre il caregiver informale è solitamente un familiare che presta assistenza senza una formazione specifica.

Nella maggior parte dei casi il caregiver informale non è adeguatamente informato sul decorso della malattia e sulla gestione quotidiana del familiare con demenza e può sentire il bisogno di rivolgersi al MMG, spesso primo punto di contatto, per

TABELLA IV.

Efficacia sugli aspetti cognitivi, funzionali e comportamentali degli interventi non farmacologici per pazienti affetti da malattia di Alzheimer (da Takeda et al., 2012, mod.)¹¹.

Tipologia di intervento	Abilità cognitive	Attività di vita quotidiana	Disturbi comportamentali
Training cognitivo	+	+	+
Riabilitazione cognitiva	+	+	+
Stimolazione cognitiva	+	+	+
Stimolazione multisensoriale	+	+	+
<i>Realty Orientation Therapy</i>	+	+	+
Terapia di reminiscenza	+	-	+
<i>Validation Therapy</i>	+	-	+
Esercizio fisico	+	+	+
Fototerapia	+	-	+
Musicoterapia	+	-	+
Aromaterapia	-	-	+
<i>Pet therapy</i>	-	-	+

chiedere supporto nella presa in carico del proprio malato.

L'anziano affetto da demenza, soprattutto nelle fasi moderate e avanzate della malattia, richiede un elevato carico assistenziale che ricade sulle spalle del familiare che assiste.

Gli effetti di tale assistenza possono minare la salute fisica e il benessere psicologico del caregiver, con effetti negativi anche sulla sua qualità di vita. Numerosi studi hanno infatti dimostrato come i caregiver di persone con demenza siano maggiormente a rischio di sviluppare il cosiddetto *caregiver burden*, una condizione caratterizzata da manifestazioni psicofisiche di stress che può portare a un peggioramento della salute fisica, con diminuzione delle difese immunitarie, esaurimento emotivo, sviluppo di ansia, depressione, disturbi del sonno, disturbi gastro-intestinali e peggioramento del funzionamento cognitivo¹².

Spesso il caregiver non è consapevole della sintomatologia: diventa indispensabile che il MMG del familiare malato riesca a percepire il carico assistenziale che in quel periodo il caregiver sta sostenendo.

L'utilizzo della scala di valutazione multidimensionale *Caregiver Burden Inventory*¹³ può fornire utili informazioni per identificare il carico soggettivo sperimentato dai caregiver.

Diversi fattori possono aumentare la presenza di tale sintomatologia: il genere femminile, l'età avanzata, il rapporto di parentela coniugale, eventi di vita stressanti, scarsa salute fisica e mentale, bassa soddisfazione della vita, caratteristiche di personalità quali alti livelli di nevroticismo, bassa estroversione e coscienziosità e infine la presenza di disturbi comportamentali nel familiare malato. Tale sintomatologia nel caregiver può a sua volta peggiorare i disturbi comportamentali della persona con demenza, i quali a loro volta aumentano i livelli di *burden*¹², instaurando così un circolo vizioso.

Risulta quindi di fondamentale importanza per il MMG non solo riconoscere tale sintomatologia, ma in più indirizzare il caregiver stesso verso interventi di supporto alla gestione dello stress, come suggerito anche dalle linee guida internazionali sulla demenza (*American Psychiatric Association, American Academy of Neurology, NICE,*

SCIE, European Federation of Neurological Societies).

La letteratura scientifica ha confermato che gli interventi di supporto sono efficaci sia nel ridurre la sintomatologia ansiosa-depressiva e lo stress che nell'aumentare il benessere generale nel caregiver, con ripercussioni positive sulla qualità di vita del familiare con demenza.

Esistono differenti tipologie di interventi di supporto che possono essere categorizzati come segue:

- di tipo psico-educazionale;
- di psicoterapia;
- basati sulla *mindfulness*;
- di supporto sociale;
- di training sul paziente con coinvolgimento del caregiver;
- multicomponentiali;
- misti.

La descrizione dettagliata delle caratteristiche di ciascun intervento è riportata in Tabella V.

La letteratura scientifica¹⁴⁻¹⁶ ha dimostrato come gli interventi di tipo individuale siano i più efficaci nel ridurre lo stress percepito, in quanto si adattano ai bisogni specifici del caregiver, mentre gli interventi di gruppo permettono di diminuire la percezione di isolamento sociale provata dai caregiver. Gli interventi psico-educazionali, psicoterapeutici e multidimensionali sono quelli che mostrano effetti benefici maggiori su depressione, ansia e *burden* nel breve termine, con un mantenimento di tali benefici fino a 7 mesi dopo la conclusione dell'intervento^{14,16}. Infine, i caregiver che presentano una grave sintomatologia depressiva e ansiosa sembrano beneficiare maggiormente degli interventi psicoterapeutici¹⁴.

Oltre agli interventi di supporto rivolti in modo diretto al caregiver, è importante anche segnalare la presenza di servizi sul territorio nazionale che hanno l'obiettivo di fornire al caregiver un sollievo dall'elevato carico assistenziale richiesto. Tra questi rientrano, ad esempio, i "Centri Sollievo", i centri diurni e l'assistenza domiciliare. Infine, un aspetto cruciale nel supporto al caregiver viene fornito dalle Associazioni che a livello nazionale e locale forniscono informazioni, supporto emotivo, consigli

TABELLA V.

Tipologie di interventi di supporto per i caregiver informali di familiari con demenza.

Interventi di tipo psico-educazionale	Interventi strutturati che hanno lo scopo di fornire al caregiver informazioni e conoscenze sulla progressione della malattia del proprio familiare (ad esempio, la malattia di Alzheimer) e di insegnare abilità specifiche di coping per la gestione dei problemi comportamentali comunemente associati alla malattia. Tali interventi prevedono anche l'insegnamento delle strategie più funzionali per gestire le proprie emozioni, le situazioni di stress e acquisire consapevolezza della malattia del proprio familiare
Interventi di psicoterapia	Interventi di psicoterapia individuale o di gruppo che forniscono supporto psicologico al caregiver nella gestione dello stress, ansia e depressione associata all'assistenza del proprio familiare. Tra gli approcci psicoterapici viene preferita la terapia cognitivo-comportamentale che permette di rendere i caregiver consapevoli dei loro pensieri e delle loro emozioni disfunzionali in modo tale da consentire di modificarli o modularli
Interventi basati sulla <i>mindfulness</i>	Interventi basati sull'approccio di meditazione <i>mindfulness</i> che prevede di insegnare ai caregiver ad assumere un atteggiamento e uno stato mentale volti a diminuire i livelli di stress, a migliorare l'umore, il senso di auto-efficacia e la qualità di vita percepita
Interventi di supporto sociale	Interventi che prevedono l'interazione tra persone (professionisti o altri caregiver) con l'obiettivo di fornire supporto e sostegno reciproco attraverso la condivisione di preoccupazioni ed esperienze personali. Lo scopo di tali interventi è quello di migliorare il benessere e il funzionamento psicologico e sociale
Interventi di training sul paziente con coinvolgimento del caregiver	Si tratta di interventi rivolti al paziente con demenza (ad esempio stimolazione cognitiva, terapia della reminiscenza, terapia occupazionale ecc.) nei quali viene coinvolto il caregiver come parte integrante dell'intervento stesso
Interventi multicomponentiali	Tali interventi prevedono l'implementazione nel medesimo intervento di due o più approcci concettualmente diversi, come ad esempio l'unione dell'intervento di supporto sociale e psico-educazionale
Interventi misti	In questa categoria vengono inseriti tutti gli interventi che non possono essere classificati nelle categorie precedenti, come ad esempio interventi di esercizio fisico per il caregiver, interventi computerizzati (utilizzo di piattaforme digitali che forniscono informazioni per affrontare la progressione della malattia), interventi per migliorare la comunicazione e il processo decisionale, interventi basati sull'arte e sulla reminiscenza

pratici, gruppi di sostegno e programmi di formazione per sostenere le persone con demenza e le loro famiglie.

Il MMG dovrebbe quindi incoraggiare il caregiver alla partecipazione agli interventi di supporto disponibili sul territorio, non solo in situazioni in cui emergono segnali di *burden*, ma anche come forma preventiva nel momento in cui avviene la diagnosi di demenza al proprio familiare.

Bibliografia

¹ Cummings J, Lee G, Ritter A, et al. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2020. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 2020;6:e12050. <https://doi.org/10.1002/trc2.12050>

² NICE guideline [NG97]. Dementia: assessment, management and sup-

port for people living with dementia and their carers. 20 June 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#pharmacological-interventions-for-dementia

³ Allegri N, Rossi F, Del Signore F, et al. Drug prescription appropriateness in the elderly: an Italian study. *Clin Interv Aging* 2017;12:325-33.

⁴ Govoni S, Rosi A, Preda S, et al. Drug prescription in elderly hospitalized patients with cognitive impairment in the Italian Dementia Friendly Hospital Project, 2020. <https://alz.confex.com/alz/20amsterdam/meetingapp.cgi/Paper/47619>

⁵ 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:674-94. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>

⁶ Stern Y. Cognitive reserve. *Neuropsychologia* 2009;47:2015-28.

⁷ Guaita A, Trabucchi M. *Le demenze. La cura e le cure.* Maggioli Editore 2016.

⁸ Spector A, Thorgrimsen L, Woods BOB, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183:248-54.

⁹ Izzicupo F, Chattat R, Vanacore N. *Alzheimer: conoscere la malattia per saperla affrontare.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009.

¹⁰ Carbone G. Interventi riabilitativi mono strategici (diretti e indiretti) e multi strategici (indiretti) nella malattia di Alzheimer. *Solidarietà Internazionale Universo Argento* 2016, pp. 91-107.

¹¹ Takeda M, Tanaka T, Okochi M, et al. Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012;66:1-7.

Messaggi chiave

1. Il trattamento di un paziente con demenza richiede l'analisi dell'intero contesto.
2. I trattamenti sono sia non farmacologici sia con farmaci.
3. I farmaci esistenti sono stati sviluppati per la malattia di Alzheimer e, se bene utilizzati, hanno effetti apprezzabili.
4. I trattamenti non farmacologici sono fondamentali e possono integrare l'azione dei farmaci sulle funzioni cognitive e sul comportamento.
5. L'attenzione alla salute del caregiver ha ricadute anche sulla salute del paziente affetto da demenza.
6. Nel caso dei disturbi del comportamento la terapia non farmacologica è la terapia di prima linea, i farmaci possono essere impiegati quando il paziente non risponde a questo tipo di intervento. In particolare, l'uso di antipsicotici deve essere fatto con molta prudenza. Da un punto di vista generale i diversi farmaci psicotropi possono avere molti effetti collaterali: vanno quindi considerate le condizioni del paziente, la sua sensibilità individuale e le comorbidità. Se si decide di usare un farmaco, soprattutto un antipsicotico, occorre iniziare con un dosaggio minimo e seguire in modo regolare il paziente, valutando l'esito del trattamento e la comparsa di effetti collaterali. Il dosaggio va aumentato secondo la risposta e il trattamento va sospeso in assenza di effetti o per la comparsa di effetti collaterali. Tra i vari trattamenti valutati, l'uso di antidepressivi, se l'intervento psicologico non è stato efficace, può essere utile nel controllare la depressione e nel ridurre il punteggio all'NPI (*Neuro Psychiatric Inventory*) e l'umore depresso del paziente, mentre l'uso di stabilizzanti dell'umore non trova in letteratura adeguate prove di efficacia.

¹² Pinquart M, Sørensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003;18:250.

¹³ Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist* 1989;29:798-803.

¹⁴ Cheng ST, Li K K, Losada A, et al. The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: an updated systematic review and meta-analysis. *Psychol Aging* 2020;35:55.

¹⁵ Pinquart M, Sorensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006;18:577-95.

¹⁶ Sørensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42:356-72.