



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Opuscolo

Raccomandazioni terapeutiche per la demenza

Le raccomandazioni di Swiss Memory Clinics per la terapia delle malattie da demenza



nationale plattform demenz
plateforme nationale démence
piattaforma nazionale demenza



**Swiss
Memory
Clinics**

Indice

1	Introduzione	4
2	Obiettivi terapeutici generali	5
3	Terapia non farmacologica.....	6
3.1	Approcci complementari.....	7
3.2	Psicoterapia	7
3.3	Piani di assistenza specifici	8
3.3.1	Interventi multisensoriali	8
3.4	Allenamento della memoria / terapia di stimolazione cognitiva	10
3.5	Riabilitazione cognitiva	10
3.6	Fisioterapia	11
3.7	Ergoterapia	12
3.8	Terapia di attivazione	12
3.9	Logopedia	13
3.10	Arteterapia	13
3.10.1	Musicoterapia	13
3.10.2	Ulteriori approcci di arteterapia	14
3.11	Terapia assistita con gli animali.....	15
3.12	Offerte di consulenza e collaborazione per i familiari di persone affette da Alzheimer e da altre forme di demenza	15
3.13	Procedure interventistiche	17
3.14	Cure palliative e pianificazione sanitaria anticipata.....	18
4	Terapia farmacologica	19
4.1	Terapia farmacologica sintomatica	19
4.1.1	Inibitori dell'acetilcolinesterasi	19
4.1.2	Memantina	20
4.1.3	Ginkgo biloba	20
4.2	Terapie modificanti la malattia	21
4.3	Altre terapie farmacologiche.....	21
5	Terapie basate su prodotti / integratori alimentari	22
6	Prospettiva	22

Le raccomandazioni di Swiss Memory Clinics per la terapia delle malattie da demenza

Autori

1. Stefan Klöppel¹
2. Tatjana Meyer-Heim^{2,10}
3. Michael Ehrensperger^{3,10}
4. Angelika Rüttimann⁴
5. Isabelle Weibel⁵
6. Angela Schnelli⁶
7. Daniela Frehner^{7,8}
8. Anne-Gabrielle Mittaz Hager^{7,8}
9. Fabienne Hasler⁹
10. Ylena Fuchsberger⁹
11. Fiona Haag¹⁴
12. Rahel Roth-Sutter¹⁶
13. Manuela Röker¹¹, Franziska Wirz^{11,17}
14. Julius Popp^{1,10}
15. Stefanie Becker¹³
16. Elisa Choudery^{14,15,-}
17. Ansgar Felbecker^{10,12}

Affiliazioni

- ¹ Società svizzera di psichiatria e psicoterapia degli anziani (SPPA)
- ² Società professionale svizzera di geriatria (SPSG)
- ³ Associazione svizzera delle neuropsicologhe e dei neuropsicologi (ASNP)
- ⁴ Centro di competenza per l'assistenza sanitaria (KZU)
- ⁵ Spitex Embrachertal
- ⁶ Genossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen, responsabile Sviluppo delle cure
- ⁷ Physioswiss
- ⁸ GERONTOLOGIE CH, settore specialistico Fisioterapia
- ⁹ Associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE)
- ¹⁰ Swiss Memory Clinics (SMC)
- ¹¹ Associazione svizzera degli specialisti in attivazione (SVAT)
- ¹² Società svizzera di neurologia (SSN)
- ¹³ Alzheimer Svizzera
- ¹⁴ Conferenza delle associazioni professionali svizzere dei logopedisti (C/APSL)
- ¹⁵ Gruppo di lavoro svizzero per la logopedia

¹⁶ Associazione svizzera di musicoterapia (ASMT)

¹⁷ Centro di formazione medica di Berna (medi)

Supporto

Con il gentile sostegno della Piattaforma nazionale demenza (Ufficio federale della sanità pubblica UFSP): www.ufsp.admin.ch/demenza

Conflitti di interesse

Gli autori della presente pubblicazione hanno reso pubbliche tutte le informazioni rivelanti sui possibili conflitti di interesse. Per ulteriori informazioni in proposito, potete rivolgervi alla segreteria: info@swissmemoryclinics.ch

Elenco delle abbreviazioni

PSA	Pianificazione sanitaria anticipata
AVQ	Attività della vita quotidiana
DLFT	Degenerazione lobare frontotemporale
MCL	Demenza/malattia a corpi di Lewy
DCL	Deterioramento cognitivo lieve
MT	Musicoterapia
PcD	Persone con demenza
MPI	Medicamento potenzialmente inappropriato
DCS	Declino cognitivo soggettivo
SCPD	Sintomi comportamentali e psichici della demenza
SMC	Swiss Memory Clinics

1 Introduzione

La terapia delle persone affette da disturbi cognitivi e da demenza è complessa. Oltre alle opzioni farmacologiche sono disponibili numerosi trattamenti non farmacologici. L'indicazione delle diverse opzioni terapeutiche varia fortemente in base ai sintomi individuali, alla presenza di patologie sottostanti, all'età, allo stadio della malattia e alla disponibilità del trattamento. Può quindi risultare complesso, per i non specialisti, definire la giusta combinazione di terapie, al momento giusto, per la singola persona con demenza (PcD). Pertanto, si raccomanda sempre più spesso il coinvolgimento dei «dementia care managers» (DGPPN, 2023). Nel presente documento, l'associazione Swiss Memory Clinics (SMC) pubblica le raccomandazioni per la terapia della demenza in Svizzera, che vanno a integrare quelle per l'accertamento della demenza sviluppate nel quadro della Strategia nazionale sulla demenza. Le raccomandazioni per il trattamento della demenza in Svizzera sono state pubblicate l'ultima volta nel 2012 (Monsch et al., 2012) e sono limitate alle terapie omologate e disponibili in Svizzera.

Per la presente pubblicazione, il gruppo di autori ha preso in considerazione anche le linee guida pubblicate da altri Stati e, tenendo conto della letteratura disponibile e delle opinioni degli esperti, ha formulato una raccomandazione adattata alla realtà svizzera. È compresa la linea guida tedesca S3 nella versione 4.0 (DGPPN, 2023). In linea di massima, le sezioni specifiche sulle terapie sono state elaborate dalle associazioni professionali interessate. È stata data esplicita priorità all'esperienza clinica positiva. Quando la raccomandazione terapeutica per una procedura non è disponibile, si distingue tra una generale mancanza di dati e dati contrastanti con la raccomandazione.

Le seguenti raccomandazioni sono fondamentalmente destinate a tutti i gruppi professionali e a tutti i setting. Analogamente alle raccomandazioni per la diagnosi, attualmente in fase di aggiornamento (Bürge et al., 2018), si intende affrontare in particolar modo il tema dell'assistenza primaria. Per la classificazione dei gruppi diagnostici, tra cui la gravità della demenza, si rimanda alle nostre linee guida diagnostiche summenzionate. Ove possibile, le nostre raccomandazioni terapeutiche sono differenziate in base al tipo di malattia, alla gravità e al setting terapeutico (ambulatorio, ospedale per acuti, cure di lunga durata stazionarie o di prossimità). Inoltre, esistono raccomandazioni per il trattamento delle PcD negli istituti di lunga degenza (UFSP 2020). Con riferimento alle misure non farmacologiche, in particolare, né la pratica né il livello di evidenza consentono una differenziazione in base alla forma di demenza e alla sua gravità. In questa sede non viene trattato il tema della prevenzione primaria, bensì quello della prevenzione delle complicanze durante il decorso della malattia. A tal proposito, nel quadro di valutazioni regolari, è importante in primo luogo riconoscere la necessità di una terapia. Queste considerazioni valgono soprattutto per gli stadi avanzati della malattia, che comportano il rischio di malnutrizione e di disturbi della deglutizione, ma dovrebbero altresì contemplare gli aspetti relativi ai servizi sociali, come la necessità di un sostegno finanziario. Se non diversamente specificato, vengono presi in considerazione tutti i sessi e i generi.

2 Obiettivi terapeutici generali

Per definizione, le demenze sono sindromi croniche causate da diverse malattie. I piani clinico ed eziologico andrebbero separati, tuttavia sono ampiamente diffuse espressioni quali «demenza senile», utilizzate anche nel presente documento. In particolare, le demenze neurodegenerative sono in progressivo aumento. Le terapie per i deficit cognitivi oggi disponibili possono solo rallentarne la progressione. Si tratta di malattie che gravano pesantemente sulle persone direttamente colpite e sui loro familiari. Spesso, non è il deterioramento cognitivo a determinare il trasferimento in una casa per anziani e di cura, bensì sono i sintomi comportamentali e psichici della demenza (BPSD, dalla definizione anglosassone “Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia). Questi ultimi sono trattati in raccomandazioni separate (Savaskan et al., 2024, 2014).

Le presenti raccomandazioni sono volte a migliorare la qualità della vita delle PcD e dei loro familiari, nonché a preservare al meglio l'autonomia e a stabilizzare le capacità cognitive. L'attenzione è quindi meno focalizzata sui BPSD intesi come picchi di crisi. Tuttavia, esistono numerose sovrapposizioni. Assumiamo inoltre che le raccomandazioni terapeutiche qui formulate siano appropriate per la prevenzione di futuri BPSD. Occorre notare che gli obiettivi terapeutici principali, come la qualità della vita, sono certamente molto importanti, ma anche molto personali. Studi di elevata qualità metodologica sui medicinali antidemenza e sugli interventi cognitivi hanno considerato solo marginalmente la qualità della vita. Mentre gli interventi puramente cognitivi non mostrano vantaggi per la qualità della vita, le terapie multimodali sono efficaci, soprattutto laddove includono una componente educativa e rilevante per la vita quotidiana (Chandler et al., 2016). La tabella 1 mostra le componenti importanti del trattamento della demenza di nuova diagnosi.

Componenti	Attuazione
Terapia	Informazione, diagnosi, definizione degli obiettivi, coinvolgimento dell'ambiente di vita
Rimando alle offerte di sostegno e consulenza locali / pianificazione sanitaria anticipata	Sono preferibili i centri di consulenza locali, che spesso conoscono meglio le opzioni di sostegno disponibili sul territorio. L'elenco delle offerte può essere consultato all'indirizzo www.alzguide.ch
Direttive del paziente / mandati precauzionali	Illustrare rilevanza ed ev. necessità di aggiornamento. Indicare esplicitamente la fase in cui decade la capacità di discernimento.

Tabella 1: componenti del trattamento della demenza di nuova diagnosi

3 Terapia non farmacologica

Gli interventi non farmacologici sono in gran parte finalizzati a consentire momenti di benessere nella dimensione biopsicosociale e spirituale della PcD e a mantenere le sue funzioni e la sua partecipazione quanto più a lungo possibile, mentre la malattia progredisce. In questo modo è possibile ridurre o rallentare ulteriori limitazioni e migliorare o stabilizzare la qualità della vita (Tesky et al., 2023). Fatta eccezione per gli interventi cognitivi specifici descritti di seguito, il miglioramento o la stabilizzazione delle funzioni cognitive rappresentano più che altro effetti collaterali positivi. Affinché le terapie non farmacologiche abbiano successo, i professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale, ma anche i familiari assistenti, hanno bisogno di conoscenze e competenze sui concetti e sugli interventi elencati di seguito. Pertanto, la formazione è fondamentale. La possibilità di ricorrere a misure non farmacologiche dipende dalla disponibilità di personale qualificato. I relativi costi salariali devono essere proporzionati agli oneri derivanti da complicazioni evitabili (ambiente stressante, misure restrittive della libertà) e ai costi che spesso ne conseguono per le persone vicine al malato e per il trattamento delle complicanze (degenze ospedaliere). Occorre sviluppare un certo grado di sensibilità e competenza per fornire sostegno, terapie e assistenza alle PcD (indipendentemente dallo stadio della malattia) in maniera empatica e centrata sulla persona, nella loro rispettiva situazione attuale.

Con la progressione della demenza, i malati spesso perdono le loro capacità linguistiche o parlano attraverso frasi stereotipate e la comunicazione avviene più spesso attraverso elementi non verbali (ritmo del parlato, tono della voce, espressione affettiva del discorso), il linguaggio del corpo e il contatto fisico. Su questa base, quanto più si conosce la biografia del malato e quanto maggiore è la confidenza (soprattutto dei familiari) con la persona, tanto più chiaramente le espressioni, i gesti, la mimica facciale e il tono di voce possono essere attribuiti a uno stato d'animo o a un ambito della vita (famiglia, lavoro, hobby ecc.) o intesi come espressione attuale di un'emozione.

La comunicazione con le PcD, in particolare, richiede molta empatia, pazienza, creatività e interesse genuino. Le PcD mostrano spesso un'elevata sensibilità ai messaggi verbali incongruenti e al comportamento degli interlocutori. Se non si sentono comprese o si sentono a disagio in una determinata situazione, spesso reagiscono con il ritiro o la resistenza. È quindi indispensabile che il personale assistente sia in grado di affrontare in modo approfondito i diversi principi della comunicazione e di applicarli di conseguenza. A titolo di esempio vanno menzionati i diversi approcci di validazione. Una forma di comunicazione valorizzante e un atteggiamento di apprezzamento sostengono la «normalità» nell'ambiente di vita della PcD. Poiché la comunicazione avviene attraverso tutte le vie sensoriali, i concetti di stimolazione basale e cinestetica sono parte integrante della costruzione della relazione (v. cap. 3.3.1 «Interventi multisensoriali»). Parallelamente alle attività di attivazione, deve sempre essere prevista la possibilità di ritirarsi.

Le misure non farmacologiche possono essere indicate in tutti gli stadi della demenza. Idealmente, dovrebbero essere offerte su base continuativa e adattarsi alla progressiva compromissione delle capacità delle PcD durante il decorso della malattia. La maggior parte degli interventi è indipendente dal setting, ma quest'ultimo deve essere preso in considerazione al momento della loro attuazione. Per esempio, la durata della degenza in un ospedale per acuti è molto più breve rispetto a quella in un istituto di lunga degenza, ragion

per cui il lavoro biografico viene eventualmente offerto nel quadro di una psicoterapia adattata. Un'infrastruttura adeguata come parte dell'ambiente terapeutico, viceversa, è importante per l'assistenza e il sostegno alle PcD. Questo vale sia per gli ospedali per acuti che per le strutture di lunga degenza. La caratteristica comune è la necessità che l'ambiente sociale (p. es. referenti chiari, inclusione, concetto di assistenza/sostegno), l'ambiente architettonico (p. es. segnaletica chiara, luce diurna, spazio di movimento sicuro) e l'organizzazione della giornata (p. es. sempre più flessibile con la progressione della demenza) si adattino al declino delle competenze delle PcD rispetto al proprio ambiente. Negli stadi iniziale e intermedio della demenza è ancora possibile ricorrere ad ausili per l'orientamento nel tempo, nello spazio e sulla persona, che apportano sicurezza nel quotidiano.

3.1 Approcci complementari

Nelle sezioni seguenti è presentata un'ampia gamma di terapie non farmacologiche. La scelta dovrebbe dipendere principalmente dalle esigenze del malato. Tuttavia, anche la disponibilità dei trattamenti nel rispettivo setting gioca un ruolo importante. Data la progressiva riduzione della mobilità delle PcD dovuta alla malattia, il margine entro il quale le terapie possono essere considerate si riduce nel tempo. Anche i servizi di prossimità, sia in ambito ambulatoriale che stazionario, possono dare un contributo prezioso alla qualità di vita e alla promozione delle capacità residue dei malati.

Poiché le seguenti terapie sono state esaminate per lo più singolarmente, non si sa molto sul beneficio aggiuntivo delle combinazioni, né sull'eventuale rilevanza di fattori terapeutici in comune o differenti. I seguenti aspetti sono comuni a tutte le terapie:

- Elevata personalizzazione
- Interdisciplinarietà e interprofessionalità
- Coinvolgimento dell'ambiente di vita, in particolare dei familiari
- Valorizzazione e riconoscimento delle emozioni ecc.
- Comunicazione non verbale

Il livello di evidenza delle singole procedure è molto variabile. Occorre inoltre definire gli obiettivi. Pertanto, il miglioramento delle funzioni cognitive attraverso approcci non farmacologici è più probabile negli stadi lieve e moderato della demenza. Numerosi interventi, quali la stimolazione cognitiva, la terapia della reminiscenza, l'ergoterapia, la musicoterapia e la danzaterapia sono raccomandati nella linea guida S3 (DGPPN, 2023) per il trattamento dei sintomi depressivi in tutti gli stadi della demenza. Il grado di raccomandazione varia da «forte» per la terapia del movimento e la psicoterapia a «debole» per la terapia della reminiscenza e l'ergoterapia. Benché siano disponibili diversi studi in merito, la linea guida S3 (DGPPN, 2023) non rileva evidenze di efficacia a favore dei trattamenti non farmacologici per i sintomi dell'ansia.

3.2 Psicoterapia

Specie per il trattamento dei sintomi depressivi nella demenza lieve e nel deterioramento cognitivo lieve (MCI dalla sigla anglosassone *Mild Cognitive Impairment*), le evidenze di efficacia sono buone (DGPPN, 2023). Oltre alla psicoeducazione, gli obiettivi terapeutici comprendono, tra gli altri, l'attivazione delle risorse, il rafforzamento delle strategie di coping e la promozione dell'autoefficacia. In questo setting sono essenziali anche il coinvolgimento e la consulenza dei familiari. Contrariamente all'approccio utilizzato per le persone senza deficit

cognitivi, sono raccomandati opportuni adeguamenti della terapia. Si dovrebbero privilegiare sessioni terapeutiche più brevi e più frequenti. Inoltre, gli elementi cognitivi dovrebbero essere adattati alle capacità del paziente.

3.3 Piani di assistenza specifici

I piani di assistenza comprendono solitamente una combinazione di diversi interventi e approcci. Poiché l'assistenza non è di per sé una terapia, vengono spesso incorporati elementi terapeutici da discipline affini. Per esempio, le attività quotidiane vengono integrate con interventi per stimolare il movimento, oppure gli interventi musicali vengono inseriti nell'organizzazione della giornata, conseguendo così i loro effetti (p. es. mantenere o riattivare le risorse, promuovere la qualità della vita). Di conseguenza, gli interventi presentati in questa sede non vengono proposti in modo esclusivo dal personale assistente.

Poiché la demenza è una sindrome complessa con sintomi cognitivi, psicologici, funzionali e comportamentali, l'uso di approcci multicomponente può rivelarsi una strategia di successo (Ablinger et al., 2022), per esempio integrando la terapia della reminiscenza nelle attività correlate alla vita quotidiana, così da fornire alla PcD un'occupazione significativa.

La «presa a carico» delle PcD e dei loro familiari è fondata sull'assistenza e sul sostegno. Questi ultimi includono un ampio spettro di misure non farmacologiche complesse. L'efficacia di un intervento di assistenza o di sostegno non si esplica attraverso un singolo meccanismo d'azione isolato, bensì mediante l'interazione, la premura e la competenza interpretativa del personale assistente. Il prerequisito è l'approccio olistico e centrato sulla persona, diffuso in diversi modelli di assistenza.

3.3.1 Interventi multisensoriali

Cura con gli aromi e aromaterapia

Nella letteratura, l'espressione «cura con gli aromi» è spesso usata come sinonimo di «aromaterapia» e consiste nell'applicazione esterna di oli essenziali. L'aromaterapia e la cura con gli aromi non presentano chiare evidenze di efficacia in termini di qualità del sonno o di miglioramento della qualità della vita. Una revisione di cinque studi non ha rilevato evidenze di efficacia a favore dell'impiego in caso di agitazione (DGPPN, 2023). Nelle raccomandazioni sui BPSD di Savaskan e colleghi (Savaskan et al., 2024, 2014) e nelle raccomandazioni di Alzheimer Svizzera («Raccomandazioni per istituti di lungo degenza: Alzheimer Svizzera», 2020), l'aromaterapia e la cura con gli aromi sono menzionate, ma non ulteriormente specificate. Studi condotti su altri gruppi target dimostrano che l'aromaterapia e la cura con gli aromi possono avere un'influenza positiva su ansia, sonno, stress o dolore (Freeman et al., 2019; Gong et al., 2020). Sebbene la casistica degli studi sul gruppo target «PcD» sia molto limitata (Ball et al., 2020; Smith and D'Amico, 2020), le esperienze con l'aromaterapia e la cura con gli aromi nel quadro delle pratiche di assistenza sono spesso positive in ogni stadio della demenza. L'olio di melissa sembra essere il prodotto con i migliori risultati complessivi. È necessario monitorare attentamente la PcD durante la cura con gli aromi, al fine di interrompere prontamente l'intervento in caso di reazioni avverse. Data la possibile insorgenza di reazioni allergiche, si consiglia cautela quando si impiega un prodotto per la prima volta e, se del caso, l'esecuzione di un test allergologico.

Stimolazione basale

La stimolazione basale favorisce la percezione, per esempio tramite la stimolazione sensoriale con il massaggio, ma anche in maniera multimodale mediante il movimento e il linguaggio (cantare/canticchiare). La casistica degli studi circa i benefici della stimolazione basale nell'assistenza e nel sostegno alle PcD è limitata. La stimolazione basale è compresa nelle raccomandazioni esistenti per l'assistenza e il sostegno alle PcD (Savaskan et al., 2024). Ulteriori ricerche (Kohler et al., 2018) indicano che il contatto basale può avere un effetto positivo sull'accettazione delle attività assistenziali. L'indagine qualitativa di Saynisch e Beer (Saynisch and Beer, 2021) dimostra che la comunicazione non verbale e le offerte di movimento e di contatto nel quadro di specifiche attività assistenziali possono migliorare il benessere delle PcD. Gli autori riportano l'esempio dell'igiene orale. Esiste una revisione che raccomanda espressamente l'uso del massaggio per migliorare la qualità del sonno, l'irrequietezza e il benessere mentale nelle PcD (Smith and D'Amico, 2020). In linea di principio, i vari aspetti della stimolazione basale possono essere utilizzati in qualsiasi fase della demenza. Poiché l'interazione tattile è spesso l'unica possibilità di accesso alle persone con demenza molto avanzata, la stimolazione basale è altamente raccomandata in questa situazione.

Cinestetica

La cinestetica è una scienza empirica che si basa sulla percezione del proprio movimento e, nel quadro dell'assistenza e del sostegno, anche sul movimento e sulla capacità di movimento dell'altro. La cinestetica si concentra sull'interazione, per esempio per consentire alla PcD di spostarsi dal letto alla sedia nel modo più autonomo possibile. In sostanza, esplorare e sfruttare il potenziale esistente nella mobilità fisica è un elemento centrale della cinestetica. Attualmente non sono disponibili studi interventistici che dimostrino l'efficacia della cinestetica in termini di qualità della vita o di mobilità nelle PcD. Un'indagine qualitativa (Maurer et al., 2018) indica che un supporto al movimento adattato, basato su principi cinestetici, porta a un aumento dell'attività autonoma nella mobilitazione e a una maggiore soddisfazione delle persone residenti nelle strutture per le cure stazionarie di lunga durata. Questi risultati e l'esperienza pratica giustificano la raccomandazione per l'uso della cinestetica nell'assistenza e nel sostegno alle PcD. Da ciò si può dedurre che il ricorso alla cinestetica è particolarmente utile nell'interazione con persone affette da disabilità fisiche e di linguaggio.

Snoezelen

La terapia Snoezelen stimola diversi sensi proponendo sollecitazioni visive, acustiche, olfattive, tattili-aptiche, vestibolari e/o vibratorie nella vita quotidiana. Questa terapia multisensoriale può svolgersi in una stanza chiusa (stanza Snoezelen), come parte di un piano di trattamento o durante l'assistenza nelle 24 ore. Il declino delle capacità sensoriali (udito, vista, gusto, olfatto, tatto) è comune negli anziani. Laddove è ragionevole limitare la terapia Snoezelen ad alcuni sensi, una PcD può comunque ricevere stimoli attraverso i restanti sensi funzionali. Su questa base, è comunque opportuno che l'intervento multisensoriale stimoli diversi sensi. Le evidenze a favore della terapia Snoezelen sono discordanti, ma per lo più positive. Una terapia Snoezelen personalizzata durante l'assistenza nelle 24 ore ha mostrato effetti positivi, riducendo i sintomi di stress come apatia, aggressività e depressione. La terapia multisensoriale Snoezelen può avere effetti sul piacere e sull'attività nelle persone con demenza da moderata a grave (Testerink et al., 2023). Nella loro revisione della letteratura, anche altri autori (Cusic et al., 2022) descrivono gli effetti positivi di questa terapia sulle

persone con demenza da moderata a grave nel setting delle case di cura, in termini di irrequietezza, umore e comportamento, qualità della vita, nonché una maggiore interazione con l'ambiente sociale. In base alle evidenze disponibili e all'esperienza pratica, la terapia Snoezelen può essere raccomandata per le persone con demenza da moderata a grave (Cusic et al., 2022; Duff, 2018). I suoi effetti sono maggiori se la persona che la pratica (assistenti, familiari) è adeguatamente formata in materia di interventi multisensoriali (Cusic et al., 2022).

3.4 Allenamento della memoria / terapia di stimolazione cognitiva

Lo spettro degli approcci terapeutici cognitivi va da interventi di attivazione relativamente poco specifici (stimolazione cognitiva) ad allenamenti (funzionali) focalizzati su singoli domini cognitivi. Talora è prevista anche la terapia di orientamento alla realtà. Gli approcci si differenziano anche per il loro focus, da un lato, sull'insegnamento di strategie (uso di promemoria ecc.) e, dall'altro, sugli interventi di allenamento primari. Tuttavia, molte terapie di gruppo per le persone con demenza lieve o moderata, definite «allenamento della memoria», dovrebbero in ultima analisi essere incluse nella stimolazione cognitiva, poiché di norma non prevedono l'insegnamento di strategie di memoria in senso stretto. Molti approcci sono legati all'interazione sociale e dovrebbero essere utili anche solo per questo motivo. Alcuni partecipanti hanno valutato la loro qualità di vita come più elevata. Tuttavia, confrontarsi con i propri deficit può anche avere un impatto negativo sullo stato mentale.

Secondo una meta-analisi (Sherman et al., 2017), allo stadio di MCI risultano utili i programmi di allenamento che si concentrano sulle capacità mnemoniche e che, idealmente, tengono conto anche di altre componenti.

Il vantaggio dei cosiddetti interventi cognitivi multicomponente è che non mirano solo al miglioramento o alla stimolazione delle capacità cognitive, ma comprendono anche aspetti come l'educazione a uno stile di vita e a un'alimentazione sani per mantenere le riserve cognitive, nonché la motivazione alle attività ricreative e ai contatti sociali. Diversi studi randomizzati e controllati hanno dimostrato gli effetti positivi degli interventi multicomponente sugli aspetti cognitivi e non cognitivi nelle persone con MCI (Lissek and Suchan, 2021).

Nello stadio lieve o moderato della demenza, diverse linee guida internazionali (DGPPN, 2023; Duff, 2018) e una revisione Cochrane (Woods et al., 2023) raccomandano la stimolazione cognitiva che, oltre a migliorare la cognizione, può avere effetti positivi sulla qualità della vita e sulla comunicazione, paragonabili a quelli ottenibili con terapie farmacologiche consolidate. La linea guida S3 formula una raccomandazione debole a favore della stimolazione cognitiva per il trattamento dei sintomi depressivi nella demenza. Per il trattamento dei deficit cognitivi nella demenza conclamata, al fine di evitare un sovraccarico per il malato, sono sconsigliati l'allenamento specifico della memoria con l'insegnamento di strategie o gli interventi psicoterapeutici.

3.5 Riabilitazione cognitiva

La riabilitazione cognitiva si riferisce all'identificazione di obiettivi funzionali rilevanti per la singola PcD, che devono essere raggiunti in collaborazione con la persona interessata e con i suoi familiari e assistenti. La priorità è migliorare o mantenere le capacità funzionali nella vita quotidiana e individuare le modalità per compensare le disabilità e promuovere l'autonomia.

L'obiettivo è ridurre gli effetti delle limitazioni esistenti. Di conseguenza, i programmi di riabilitazione offerti per le demenze non neurodegenerative (p. es. dopo un ictus) devono essere opportunamente distinti.

Dal punto di vista metodologico, l'attenzione si concentra sull'apprendimento implicito di informazioni significative per il singolo individuo attraverso approcci di «apprendimento senza errori» (*errorless learning*), nonché sulla proceduralizzazione di routine quotidiane utili e sull'impiego di ausili (p. es. ausili per la memoria) attraverso la ripetizione frequente e la progressiva riduzione delle sollecitazioni.

I dati sulla riabilitazione cognitiva nelle persone con MCI sono inconsistenti (Lissek and Suchan, 2021), ma diversi studi mostrano risultati positivi con un significativo miglioramento nell'uso delle strategie di memoria compensatorie. La riabilitazione cognitiva è raccomandata negli stadi lieve e moderato della demenza (Duff, 2018) (linee guida NICE). I risultati di due revisioni Cochrane (Bahar-Fuchs et al., 2013; Kudlicka et al., 2023) supportano questa raccomandazione. Secondo Kudlicka et al. (Kudlicka et al., 2023), la riabilitazione cognitiva può apportare miglioramenti sostanziali per le persone affette da demenza lieve o moderata negli ambiti trattati, che possono protrarsi per mesi dopo la fine del trattamento se viene offerto un numero ridotto di sessioni di mantenimento. Gli studi hanno dimostrato la superiorità della riabilitazione cognitiva personalizzata rispetto alla terapia di gruppo in termini di promozione delle capacità funzionali e di ritardo nell'istituzionalizzazione.

3.6 Fisioterapia

La letteratura e gli studi disponibili dimostrano chiaramente l'efficacia delle misure fisioterapiche sul dolore e sulle limitazioni motorie (W. Achterberg et al., 2021). La linea guida S3 si pronuncia decisamente a favore delle terapie fisiche per migliorare le attività della vita quotidiana (AVQ) (DGPPN, 2023). In questo contesto, data l'efficacia della riabilitazione ambulatoriale e stazionaria nei pazienti con diagnosi secondaria di demenza, si intende garantire l'accesso a queste misure sia alle PcD che alle persone cognitivamente sane (Gates et al., 2013; Korczak et al., 2012). Tuttavia, le misure volte alla promozione del movimento e dell'attività fisica delle persone con MCI o demenza richiedono un approccio personalizzato (Hobson et al., 2020; van der Wardt et al., 2020).

Nel MCI e negli stadi lieve e moderato della demenza, l'allenamento fisico e cognitivo mirato e simultaneo con componenti interattive mostra un miglioramento della funzione fisica, della capacità di controllo esecutivo, della cognizione globale e delle condizioni generali (Swinnen et al., 2021). Anche nello stadio della demenza grave, l'allenamento aerobico e di resistenza può migliorare le funzioni fisiche, la memoria spaziale e le funzioni esecutive (Huang et al., 2022).

Grazie a esami fisioterapici mirati delle strutture e delle funzioni fisiche nonché dell'attività durante il decorso della malattia, è possibile riconoscere rapidamente deficit quali il dolore, il rischio di caduta e la disfagia, pianificare misure interprofessionali personalizzate (Cui et al., 2018; Hobson et al., 2020; van der Wardt et al., 2020) e impiegare il manuale di formazione in maniera ottimale (Bruderer-Hofstetter et al., 2022). In questo modo è anche possibile ridurre in maniera mirata i problemi comportamentali (Law et al., 2020).

Idealmente, in caso di dolori e limitazioni motorie, le PcD dovrebbero essere sistematicamente indirizzate ai fisioterapisti. Soprattutto nei casi di demenza grave, mantenere la stabilità del tronco è importante per garantire una deglutizione sicura il più a lungo possibile, lavorando in collaborazione con la logopedia. Specialmente nello stadio avanzato della demenza, a seconda del decorso della malattia, si dovrebbe effettuare una valutazione circa una volta all'anno, per acquisire informazioni sulla struttura (dolore, limitazione motoria), sulla funzione (stabilità, forza, equilibrio, capacità cardiopolmonare, disfagia) e sulle capacità cognitivo-motorie, includendo una valutazione del rischio di caduta.

3.7 Ergoterapia

L'ergoterapia è un insieme di interventi volti a migliorare e mantenere le funzioni della vita quotidiana e la facoltà di agire, con l'obiettivo di migliorare la partecipazione e la qualità della vita, nella quotidianità e nel contesto di vita individuali. L'ergoterapia allena in modo specifico le abilità che le PcD considerano importanti. In questo modo si preservano le competenze necessarie alla vita quotidiana e si alleggerisce il carico dei familiari. Alcuni interventi di ergoterapia prevedono la consulenza e lo svolgimento di attività che favoriscano la salute e migliorino la qualità della vita (Chu et al., 2020), nonché l'allenamento di abilità fisiche, cognitive, emotive e sociali rilevanti per la vita quotidiana (Bennett et al., 2019; Chu et al., 2020; Korczak et al., 2013). Gli interventi cognitivi, la stimolazione sensoriale, così come l'allenamento delle funzioni e delle abilità sono considerati interventi ergoterapici efficaci (Korczak et al., 2013). La linea guida S3 raccomanda l'ergoterapia anche per il trattamento dei sintomi depressivi.

Sono molto diffusi anche gli interventi ergoterapici di gruppo. Grazie alla consulenza e alla realizzazione di attività di gruppo adattate, l'ergoterapia può spesso ridurre l'agitazione, le allucinazioni, l'ansia, l'aggressività, i disturbi del sonno o altri disturbi comportamentali (de Oliveira et al., 2019).

L'ergoterapia comprende anche il trattamento delle PcD e dei loro familiari e può sostenerli nelle attività quotidiane, nella cura di sé, nella mobilità, nella gestione della casa e nel tempo libero (Flotho and Sibold, 2021), riducendo così il carico fisico (Korczak et al., 2013) e psicologico (Abrahams et al., 2018) dei familiari (v. anche cap. 3.13 - Offerte di consulenza e collaborazione per i familiari di persone affette da Alzheimer e da altre forme di demenza).

3.8 Terapia di attivazione

Gli specialisti in attivazione diplomati SSS lavorano con singole persone e gruppi. Per l'attivazione vengono utilizzati diversi mezzi (p. es. musica, movimento o allenamento della memoria) e metodi (p. es. esercizi di reminiscenza con lavoro biografico, validazione o stimolazione basale) (Röker et al., 2022), la cui efficacia è stata esaminata in alcuni studi.

L'evidenza a favore degli approcci terapeutici di attivazione nelle PcD è moderata (Bennett et al., 2019; Sikkes et al., 2020), tuttavia riguarda un'ampia gamma di , sia a beneficio diretto della PcD che dei familiari. Le linee guida NICE sottolineano che varie attività fisiche della vita quotidiana (camminare, ballare, esercizi di equilibrio ecc.) possono avere un'influenza positiva sulla cognizione e sullo svolgimento delle attività quotidiane. Le attività all'aperto sembrano avere un effetto positivo sull'umore, sulla partecipazione sociale e sul sonno (Ng et al., 2023).

Le offerte per l'organizzazione della vita quotidiana possono coprire un ampio spettro; è quindi importante scegliere la soluzione più adatta alla singola PcD in ogni situazione. Per esempio, si possono includere nella scelta i punti di riferimento biografici. L'esperienza pratica ha dimostrato che i piani per l'organizzazione della giornata progettati in modo personalizzato possono aiutare a mettere in atto le attività quotidiane pianificate. Tuttavia, devono essere gestiti in modo flessibile, specialmente nel caso di persone con demenza avanzata. Benché negli stadi precoci delle malattie da demenza i piani per l'organizzazione della giornata possano trasmettere sicurezza, una loro gestione troppo rigida può portare a conflitti con una persona affetta da demenza avanzata.

3.9 Logopedia

I disturbi del linguaggio (afasia e/o disartria) e della comunicazione, presenti in tutte le forme di demenza, rendono la partecipazione sociale estremamente difficile. L'afasia primaria progressiva è una sindrome particolare che compromette le capacità di linguaggio. Specialmente nello stadio del MCI e all'inizio della malattia, la logopedia è indicata per le varianti afasiche, al fine di mantenere una comunicazione efficace il più a lungo possibile. Anche se all'inizio della malattia i disturbi del linguaggio sono ancora lievi, è opportuno coinvolgere i familiari assistenti nel trattamento logopedico (Volkmer et al., 2020).

Gli esercizi devono essere rilevanti per la vita quotidiana o biograficamente significativi. A seconda del livello funzionale maggiormente interessato dal disturbo del linguaggio, il trattamento logopedico si focalizza su diversi ambiti: l'articolazione, i vocaboli, le frasi o le abilità discorsive.

La lettura può rappresentare una risorsa per mantenere la comunicazione, soprattutto per le persone affette da malattia di Alzheimer (Hickey and Bourgeois, 2009; Steiner, 2018, 2010). Si consigliano anche mezzi di comunicazione alternativi come applicazioni, libri di comunicazione o approcci multimodali che utilizzino i gesti e la scrittura. La prevalenza di disfagia nella demenza avanzata è superiore all'80 per cento (Eibl et al., 2019; Jonas and Javorszky, 2022). Un esame clinico-logopedico dettagliato della deglutizione (DGN and DGD, 2020; Eibl et al., 2019) comprende procedure strumentali per esaminare il processo di deglutizione. Tuttavia, spesso nella demenza avanzata non è possibile. Si passa quindi a un'osservazione strutturata dell'alimentazione. Il metodo terapeutico di scelta è la terapia funzionale della disfagia. Per esempio, la deglutizione viene supportata modificando la posizione della testa, ma anche adattando le caratteristiche degli alimenti. La consulenza e la formazione per gli assistenti e i familiari sono parte integrante del piano di trattamento. Uno studio randomizzato ha dimostrato gli effetti positivi degli esercizi per testa, labbra, lingua e guance, degli esercizi per il miglioramento del linguaggio e del massaggio delle ghiandole salivari (Chen et al., 2022).

3.10 Arteterapia

3.10.1 Musicoterapia

Le linee guida e gli esperti nazionali e internazionali raccomandano costantemente l'impiego della musicoterapia (MT). Una revisione Cochrane (Gassner et al., 2022) indica che l'umore, i sintomi comportamentali, la comunicazione e le funzioni fisiche possono essere influenzati positivamente dalla MT. La linea guida S3 riconosce gli effetti positivi della musica nel

trattamento dei sintomi depressivi e formula una raccomandazione forte per un impiego personalizzato della musica nel trattamento dell'agitazione. Una meta-analisi condotta da Zhang et al. (2017) mostra che gli interventi basati sulla musica, combinati con l'interazione sociale, possono avere effetti positivi sui sintomi comportamentali e sull'ansia. Si osserva inoltre la tendenza al miglioramento dei sintomi depressivi, della funzione cognitiva e della qualità della vita. Una revisione della letteratura supporta questi risultati (Fusar-Poli et al., 2018; Popa et al., 2021): una meta-analisi mostra effetti positivi sull'attenzione, sul linguaggio e sulla memoria autobiografica e descrive effetti misurabilmente superiori per le terapie condotte da musicoterapeuti qualificati. I sintomi della depressione migliorano in misura significativamente maggiore con la musicoterapia di gruppo piuttosto che con la partecipazione ai gruppi di canto (Werner et al., 2017).

La MT è inclusa anche nelle raccomandazioni attuali della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia degli anziani (Savaskan et al., 2024). Gli interventi descritti comprendono il canto di gruppo, l'ascolto collettivo di musica biograficamente rilevante selezionata individualmente e l'accompagnamento del dialogo terapeutico o del movimento a ritmo di musica. La musica svolge un ruolo particolarmente importante nella demenza moderata e avanzata, in quanto evoca emozioni positive, suscita ricordi e favorisce il contatto con il personale di assistenza (Huber et al., 2021).

In sintesi, la MT mostra effetti positivi sulla qualità della vita anche allo stadio di MCI, tenendo conto che la MT attiva è superiore a quella ricettiva e che gli effetti risultano più marcati nel setting individuale. Le preferenze musicali devono essere prese in considerazione (Garrido et al., 2018).

Si consigliano playlist/collezioni musicali per il rilassamento, la motivazione o il sostegno alle misure di assistenza (Clare et al., 2020; Huber et al., 2021). Le persone di riferimento nella vita privata possono essere coinvolte nella selezione dei pezzi più adatti. Poiché interventi di MT più frequenti sembrano aumentare gli effetti positivi, si raccomanda un trattamento continuo più volte alla settimana (Moreno-Morales et al., 2020), tenendo presente che nei setting di gruppo il numero di partecipanti dovrebbe essere limitato a 5–8 pazienti (Baker et al., 2019).

3.10.2 Ulteriori approcci di arteterapia

La revisione Cochrane pubblicata nel 2018, incentrata sulla terapia pittorica, non ha rilevato sufficienti evidenze a favore dell'arteterapia (Deshmukh et al., 2018). La linea guida S3 aggiornata raccomanda la danzaterapia per il trattamento dei sintomi depressivi nel MCI e nella demenza. Non sono stati affrontati esplicitamente ulteriori approcci arteterapeutici e urgono ulteriori ricerche in merito.

In uno studio con un disegno a metodo misto in tre contesti (casa di cura, ospedale e centro diurno), un intervento di gruppo sotto forma di lettura collettiva, utilizzato anche nella drammaterapia e nella logopedia, ha mostrato un aumento del piacere, dell'autenticità, della significatività e un nuovo senso di identità personale, nonché un miglioramento dell'ascolto, della memoria e dell'attenzione (Billington et al., 2013).

In condizioni di controllo randomizzato, rispetto alle attività ricreative, la terapia pittorica e del disegno migliorano la vigilanza, la socievolezza, l'impegno fisico e la partecipazione sociale nella demenza moderata e grave (Rusted et al., 2006).

Gli approcci arteterapeutici rivestono grande importanza, in quanto sono occasione di attività positive e di modalità di espressione alternative. Forniscono inoltre un contesto per le attività collettive. Si ipotizza inoltre che, al di fuori dell'offerta, gli interventi possano avere effetti positivi sull'ambiente di vita. A sua volta, questo mira ad alleggerire il carico di familiari e assistenti (Rusted et al., 2006).

3.11 Terapia assistita con gli animali

«Interventi assistiti con gli animali» è un'espressione generica.

Proprio come i professionisti, anche gli animali coinvolti richiedono una preparazione professionale intensiva e una certificazione speciale.

Gli interventi assistiti con gli animali sono generalmente impiegati per promuovere le competenze sociali, emotive, fisiche e cognitive (Klimova et al., 2019).

Non sono attualmente disponibili evidenze circa il trattamento dell'agitazione. Tuttavia, la ricerca sull'efficacia è lungi dall'essere completa.

3.12 Offerte di consulenza e collaborazione per i familiari di persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza

La consulenza ai pazienti e alle persone che fanno parte del loro ambiente di vita è un elemento cardine della terapia delle demenze e un prerequisito per affrontare la malattia in modo appropriato. Una singola consulenza, per esempio al momento della diagnosi, non è sufficiente (IQWiG, 2021). Spesso occorre tempo perché le persone colpite realizzino le questioni essenziali riguardanti la loro malattia e la vita con essa. Un approccio guidato fin dall'inizio, che illustri ai malati e ai membri della loro famiglia quali sono le informazioni rilevanti, le opzioni di sostegno disponibili e come possono condurre una vita soddisfacente nonostante la demenza, è fondamentale, in quanto fornisce indicazioni sul sostegno e sugli aiuti disponibili (Aminzadeh et al., 2007). Gli argomenti spaziano dalla messa a disposizione di informazioni e sostegno psicosociale nelle fasi iniziali della malattia, alla definizione di servizi terapeutici adeguati, all'organizzazione del sostegno e dell'assistenza nelle fasi più avanzate. Soprattutto per i familiari con ulteriori incombenze (figli piccoli, lavoro), poi, si pone il problema della conciliabilità. Parte del lavoro con i familiari, comunque, consiste nella trasmissione delle competenze necessarie per confrontarsi con le PcD, per esempio in presenza di BPSD o, in generale, in materia di comunicazione.

Questo compito complesso deve essere centrato sulla persona e richiede competenze professionali, poiché le persone interessate ne sono solitamente sopraffatte. Pertanto, è importante garantire la bassa soglia. La linea guida S3, per esempio, raccomanda di offrire ai familiari dei pazienti affetti da demenza, in combinazione con la consulenza, un intervento multicomponente seppur in presenza di sintomi di stress di lieve entità.

Poiché gli approcci di consulenza sono diversi e quindi difficilmente comparabili, non esistono ancora studi qualificati circa l'impatto della consulenza sulle PcD in senso stretto.

L'azione terapeutica degli interventi di consulenza nella demenza è volta soprattutto a influenzare positivamente il benessere emotivo, a rafforzare la resilienza, a ridurre lo stress o

l'ansia e a rafforzare le capacità di coping per affrontare la malattia. Sono tutti aspetti che, insieme alla mera attività informativa, si ritrovano anche nel concetto di empowerment.

I programmi di formazione, come forma di consulenza, mirano a fornire un metodo più sistematico, spesso strutturato, per trasmettere conoscenze e costruire o rafforzare le competenze in modo tale che le PcD (e spesso i loro assistenti) possano affrontare meglio la malattia.

Sulla scia della tendenza alla digitalizzazione, le nuove tecnologie sono sempre più utilizzate nel contesto della consulenza.

Ma anche al di fuori del concetto medico più ristretto di consulenza, gli approcci online o telefonici sono correlati a effetti positivi, soprattutto per i familiari assistenti. Di conseguenza, l'attuazione combinata di interventi multicomponente via telefono e Internet, rispetto alla sola attuazione via telefono o via Internet, sembra produrre risultati relativamente più positivi nella riduzione della depressione e dello stress e nell'aumento dell'autoefficacia (Deeken et al., 2019; Jackson et al., 2016).

Gestione e consulenza del caso

Per evitare gli ostacoli psicologici dovuti alla stigmatizzazione tuttora esistente delle demenze, da un lato, e per sostenere i pazienti e i loro familiari in linea con i loro bisogni e le loro esigenze anche durante la progressione della malattia, dall'altro, la gestione del caso specifica per la demenza, per esempio in forma di «consulenza accessibile», offre un approccio ragionevole (Becker, 2021; Imhof and Imhof, 2020). In questa direzione si muove anche la figura del «dementia care manager», sempre più richiesta a livello internazionale, che ha dato prova di ridurre le complicità e di ritardare i ricoveri nelle case di cura (IQWiG, 2021).

Centri di consulenza

In Svizzera esistono diversi servizi a cui i familiari possono rivolgersi: cliniche della memoria, medici di famiglia e specialisti, centri di consulenza, istituti di formazione e diverse offerte di consulenza comunali rivolte agli anziani. Alcuni fanno parte di organizzazioni attive a livello nazionale, come Alzheimer Svizzera e Pro Senectute, altri si sono sviluppati a livello locale. Si differenziano per il loro focus (p. es., Pro Senectute, si occupa di aspetti finanziari e legali, Alzheimer Svizzera della consulenza sulla malattia stessa e su come affrontarla), ma gli scambi sono fluidi. I servizi differiscono anche in termini di portata delle prestazioni (p. es. di prossimità), di rete (talora, stretta collaborazione con i fornitori di servizi medici, come le cliniche della memoria) e di finanziamento. La consulenza iniziale è solitamente gratuita. Inoltre, le numerose risorse online disponibili (p. es. www.alz.ch e <https://alzguide.ch>) possono rappresentare un valido strumento integrativo.

Sostegno tra pari

Il sostegno tra pari o «peer support» da parte di altri familiari assistenti può ridurre lo stress psicosociale reciproco e rafforzare la rete di supporto della PcD (Carter et al., 2020). Il sostegno tra pari può essere offerto di persona oppure online ed entrambe le modalità, se utilizzate con costanza, possono apportare benefici ai familiari assistenti. Data l'estrema

eterogeneità dei dati disponibili, non è ancora possibile valutarne la rilevanza in modo esaustivo (Gilbert et al., 2023).

3.13 Procedure interventistiche

Sono state esaminate diverse procedure interventistiche per la demenza. Questo gruppo comprende procedure che utilizzano uno stimolo interno o esterno per attivare o inibire determinate aree cerebrali, al fine di ottenere effetti sui sintomi della demenza. A differenza delle innovazioni farmacologiche, per cui sicurezza ed efficacia devono essere dimostrate nel quadro di un processo di omologazione, le procedure interventistiche sono regolamentate in modo meno rigoroso. Sul mercato sanitario svizzero sono attualmente disponibili diverse procedure certificate CE e quindi considerate sufficientemente sicure, tuttavia la loro efficacia non è stata ancora dimostrata nell'ambito di studi ampi e di alta qualità. Questo aspetto è particolarmente preoccupante, in quanto alcune aziende stanno già cercando di commercializzare i loro prodotti per il trattamento delle PcD.

Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS)

La rTMS è una procedura di neuromodulazione in grado di generare un campo elettrico in profondità nel cervello attraverso la stimolazione mediante una bobina magnetica collocata sulla superficie della testa. In linea di principio, è in grado di eccitare selettivamente determinate regioni cerebrali. L'applicazione ripetuta è volta a modulare l'eccitabilità dei neuroni corticali a lungo termine. Il metodo di trattamento è consolidato in neurologia e psichiatria per altre indicazioni ed è considerato a basso rischio di effetti collaterali. Una meta-analisi di 13 piccoli studi randomizzati e controllati su persone con MCI e malattia di Alzheimer precoce (Chou et al., 2020) ha mostrato effetti positivi sulla memoria e sulle funzioni esecutive, a seconda delle regioni cerebrali stimolate. Gli studi inclusi erano di buona qualità e, accanto al trattamento vero e proprio, prevedevano un gruppo di controllo con la cosiddetta stimolazione sham (simulazione dell'applicazione). Un recente lavoro (Koch et al., 2022) ha dimostrato un rallentamento del deterioramento cognitivo e funzionale dopo 24 settimane di rTMS. Nel complesso, i dati disponibili sono ancora troppo limitati per raccomandarne un uso diffuso nella demenza al di fuori degli studi clinici.

Stimolazione transcranica a impulsi

La stimolazione transcranica a impulsi viene utilizzata per stimolare dall'esterno le strutture cerebrali più profonde, attraverso la calotta cranica. A seconda del sito di applicazione, è possibile stimolare selettivamente determinate regioni cerebrali. Benché precedenti studi siano riusciti a misurare gli effetti su alcune funzioni rilevanti per la malattia di Alzheimer (Beisteiner et al., 2019), essi sono stati condotti senza un gruppo di controllo e non hanno raggiunto elevati standard qualitativi. Complessivamente, non sono ancora disponibili dati sufficienti per raccomandarne l'uso al di fuori degli studi clinici.

Stimolazione elettrica transcranica

La stimolazione elettrica transcranica può essere applicata alla superficie della testa in diversi modi. Gli studi sono stati condotti con l'applicazione di corrente alternata (*transcranial alternating current stimulation*, tACS), corrente continua (*transcranial direct current stimulation*, tDCS) o corrente casuale (*transcranial random current stimulation*, tRCS) (Buss et al., 2019). Sia per la tDCS che per la tACS sono disponibili dati provenienti da studi randomizzati e

controllati con sham, che suggeriscono una certa efficacia sui sintomi cardine della malattia di Alzheimer, come la compromissione della memoria episodica (Benussi et al., 2022), i cui effetti si mantengono misurabili anche oltre il periodo di trattamento effettivo (Gangemi et al., 2021). Tuttavia, anche per questo metodo, i dati degli studi sono ancora eterogenei e preliminari, per cui il suo impiego al di fuori degli studi clinici non è raccomandato.

Stimolazione cerebrale profonda

La stimolazione cerebrale profonda (*deep brain stimulation*, DBS) è una procedura invasiva che prevede il posizionamento di elettrodi in diversi punti bersaglio posti in profondità nel cervello. Le strutture cerebrali circostanti vengono quindi eccitate o inibite tramite impulsi di corrente. La procedura è ben consolidata nel trattamento di persone affette da malattia di Parkinson e altri disturbi del movimento. Peraltro, la presenza di demenza costituisce abitualmente una controindicazione all'uso nella malattia di Parkinson, di conseguenza sono disponibili solo dati di studio limitati circa l'influenza sul decorso della demenza. Gli studi condotti su persone affette da malattia di Alzheimer hanno preso in esame parametri diversi rispetto a quelli considerati nei disturbi del movimento. In definitiva, i risultati si sono dimostrati contraddittori (Kuhn et al., 2015; Laxton et al., 2010; Lozano et al., 2016), tanto che al momento la procedura non può essere raccomandata per le PcD al di fuori degli studi clinici.

3.14 Cure palliative e pianificazione sanitaria anticipata

La demenza è una sindrome che, solitamente, è espressione di una malattia inguaribile, che riduce l'aspettativa di vita e che, con le relative comorbidità, porta infine alla morte, nonostante le persone possano convivere con la malattia per anni. L'obiettivo di un'assistenza palliativa adeguata è quello di migliorare la qualità della vita, mantenere le funzioni e massimizzare il benessere durante il decorso della malattia, tenendo conto anche delle esigenze dei familiari (van der Steen et al., 2014). Poiché le capacità cognitive, comunicative e di discernimento si riducono con la progressione della malattia, una pianificazione sanitaria anticipata (direttive anticipate, DA) con la PcD è fondamentale per stabilire preferenze, valori, esigenze e idee per le fasi più avanzate della malattia (Piers et al., 2018).

Durante il decorso della malattia, il sollievo dai sintomi debilitanti è un aspetto centrale. Con il declino delle capacità di comunicazione, la valutazione viene sostituita dall'osservazione dei cambiamenti comportamentali (Ahn and Horgas, 2013; Atee et al., 2021). I BPSD possono essere espressione di dolore, per cui è opportuno considerare una terapia analgesica di prova (Husebo et al., 2011; Schuler, 2019). Il ricorso agli analgesici deve essere rivalutato regolarmente (W. P. Achterberg et al., 2021). Le misure di trattamento farmacologico e non farmacologico devono essere utilizzate in senso palliativo.

Durante il decorso della malattia, i disturbi legati alla salute richiedono decisioni ponderate circa l'obiettivo del trattamento tenendo conto delle DA, al fine di evitare ospedalizzazioni e interventi non necessari (Leniz et al., 2021).

Quando la demenza è molto avanzata, i medicinali antidemenza possono essere sospesi. Lo stesso vale per numerosi medicinali preventivi. Per esempio, per un valore di Mini Mental State Examination (MMSE) di 9 punti, permane un'evidenza di effetto (v. cap. successivo). Un buon controllo dei sintomi resta centrale.

4 Terapia farmacologica

4.1 Terapia farmacologica sintomatica

Tutti gli approcci terapeutici finora omologati sono efficaci dal punto di vista sintomatico. Non agiscono quindi direttamente contro la neurodegenerazione che provoca la malattia o i depositi cerebrali di proteine patologiche (tau e amiloide) nella malattia di Alzheimer. A titolo orientativo, si può affermare che questi medicinali aumentano leggermente il punteggio del MMSE nelle persone con Alzheimer e che sono necessarie alcune settimane per ottenere l'effetto massimale. Il miglioramento delle funzioni della vita quotidiana è spesso il più rilevante. Poiché i medicinali in questione sono disponibili da molto tempo, gli studi di omologazione originali non soddisfano più gli standard odierni. Di conseguenza, alcuni Paesi (p. es. Francia) ne hanno limitato la rimborsabilità.

Per tutti i prodotti si raccomanda un incremento graduale della posologia, per quanto siano complessivamente ben tollerati.

4.1.1 Inibitori dell'acetilcolinesterasi

Malattia di Alzheimer

I tre inibitori dell'acetilcolinesterasi (*acetylcholinesterase inhibitors*, AChE-I) donepezil, rivastigmina e galantamina sono raccomandati per il trattamento sintomatico della demenza lieve o moderata dovuta all'Alzheimer. Oltre a un miglioramento della cognizione, sono emerse evidenze di progressi nelle AVQ e, tra l'altro, di una riduzione dell'apatia. Per il disturbo cognitivo soggettivo (SCD, dalla sigla anglosassone *Subjective Cognitive Decline*) e il MCI non sono disponibili evidenze di efficacia. In linea di principio, se la tollerabilità è buona, dovrebbero essere utilizzate le posologie più alte omologate (10 mg/die di donepezil; 12 mg/die di rivastigmina per via orale e 9,5 mg o 13,3 mg/24 ore mediante applicazione di cerotti, 24 mg/die di galantamina). Gli effetti collaterali più comuni, come nausea, vertigini, inappetenza o stanchezza, sono generalmente transitori. Una titolazione graduale migliora la tollerabilità. Un deterioramento cognitivo in connessione temporale con l'incremento della posologia giustifica una sospensione di prova. La somministrazione di AChE-I, specialmente per via orale, può comportare bradicardia e diarrea. Si consiglia prudenza in caso di malattie polmonari ostruttive.

I dati disponibili suggeriscono che posologie inferiori sono efficaci, seppur in misura minore. Come dimostrato da recenti lavori con dati a lungo termine (Xu et al., 2021), l'effetto degli AChE-I è moderato, ma si mantiene significativo anche con la somministrazione prolungata. In questo e in altri studi, le PcD in terapia con AChE-I presentano anche una riduzione della mortalità complessiva. Questo effetto potrebbe essere dovuto a un miglioramento della cognizione o a un effetto cardioprotettivo esercitato da questa classe di medicinali (Nordström et al., 2013).

Gli AChE-I figurano nell'elenco delle specialità. Per sostenere una valutazione rischio/beneficio, le limitazioni richiedono la somministrazione ripetuta dell'MMSE. Se il valore è inferiore a 10, la limitazione prevede, tra l'altro, l'interruzione della terapia. Al contrario, la linea guida S3 e i dati dello studio Domino-AD ne raccomandano la prosecuzione (Howard et al., 2015), che tuttavia deve essere motivata (off-label). In caso di significativa limitazione

funzionale (p. es. allettamento e necessità di assistenza continua), il trattamento deve essere interrotto.

Altre forme di demenza

Le persone che si trovano in uno stadio di demenza lieve o moderata dovuta alla malattia di Parkinson o alla malattia a corpi di Lewy (MCL) dovrebbero ricevere donepezil o rivastigmina. Questi ultimi andrebbero considerati anche nello stadio di demenza grave (linee guida NICE). Per questa indicazione, la rivastigmina può influire positivamente sui sintomi comportamentali (Taylor et al., 2020). In Svizzera, le capsule di rivastigmina sono omologate per il trattamento della demenza nella malattia di Parkinson, mentre per le altre indicazioni rappresentano trattamenti off-label.

In caso di demenza puramente vascolare, la linea guida S3 raccomanda donepezil o galantamina ad alte dosi, ma anche memantina per il trattamento della cognizione. Occorre inoltre tenere presente che la maggioranza dei casi di demenza negli anziani è costituita da forme miste. Gli AChE-I non sono appropriati in caso di demenza da degenerazione lobare frontotemporale (DLFT).

4.1.2 Memantina

Malattia di Alzheimer

La memantina è omologata per la demenza da moderata a grave dovuta alla malattia di Alzheimer. Tuttavia, se ben tollerati, gli AChE-I dovrebbero essere privilegiati nella demenza moderata (linee guida NICE). Anche in questo caso, se il trattamento è ben tollerato e la posologia viene aumentata lentamente, si dovrebbe utilizzare la dose massima di 20 mg. La limitazione richiede inoltre la somministrazione ripetuta delMMSE e un punteggio compreso tra 3 e 19 punti. Alcune linee guida internazionali raccomandano di somministrare la memantina in aggiunta al trattamento con AChEI in corso. Nella linea guida S3 recentemente pubblicata, tuttavia, ciò è fortemente sconsigliato a causa di possibili intolleranze. Per MCI e SCD non sono disponibili evidenze di efficacia e non è stata rilasciata alcuna omologazione.

Altre forme di demenza

Per il trattamento della demenza dovuta alla MCL, la memantina rappresenta la seconda scelta, dopo gli AChE-I (v. sopra). Entrambi i gruppi di medicinali non sono raccomandati per la DLFT. Rispetto agli AChE-I, la memantina ha un effetto sedativo maggiore.

4.1.3 Ginkgo biloba

Demenza di Alzheimer e demenza vascolare

La linea guida S3 valuta positivamente il ginkgo biloba, alla dose di 240 mg al giorno, anche in relazione alle AVQ e alle capacità cognitive. Il suo impiego è raccomandato nelle forme di Alzheimer da lievi a moderate o per la demenza vascolare con sintomi comportamentali non psicotici. Tuttavia, il grado di raccomandazione per il miglioramento della cognizione è inferiore, per esempio, a quello degli AChE-I. Sono disponibili diversi preparati, che differiscono leggermente nella loro composizione chimica. La maggior parte degli studi scientifici è stata condotta con l'estratto EGb 761. Il suo impiego è considerato complessivamente sicuro (Gruenwald et al., 2020). Tuttavia, a causa dell'eterogeneità degli

studi, sono disponibili pochi dati sulla sicurezza. Si ipotizza una maggiore tendenza al sanguinamento, soprattutto in combinazione con gli anticoagulanti. In generale, il trattamento può essere valutato per la demenza lieve o moderata dovuta all'Alzheimer, ma anche per la demenza vascolare. Questo vale in particolare per le persone che prediligono la fitoterapia o per le quali non sono indicati gli altri AChE-I e la memantina.

Disturbo cognitivo soggettivo (SCD) e deterioramento cognitivo lieve (MCI)

In Svizzera, l'omologazione di questi prodotti ha una definizione ampia («calo di rendimento mentale»). Pertanto, i preparati a base di ginkgo sono gli unici prodotti che possono essere impiegati anche nello stadio di MCI. Tuttavia, ampi studi randomizzati non hanno mostrato alcun effetto significativo sull'evoluzione in demenza (DeKosky, 2008; Vellas et al., 2012). D'altra parte, i dati dei registri di prescrizione mostrano che le persone in trattamento con ginkgo vanno incontro a demenza con minore frequenza (Bohlken et al., 2022). La discrepanza potrebbe essere spiegata dai diversi disegni degli studi e dai diversi periodi di osservazione. In sintesi, il trattamento con ginkgo negli stadi di SCD e MCI può essere valutato. Tuttavia, dovrebbe sempre associarsi a una consulenza dettagliata sulle misure di prevenzione della demenza (Livingston et al., 2020).

Altre forme di demenza

Non sono disponibili evidenze di efficacia per MCL e DLFT .

4.2 Terapie modificanti la malattia

Durante il periodo di elaborazione delle presenti raccomandazioni terapeutiche, sono state presentate a Swissmedic le richieste di omologazione per le nuove terapie modificanti la malattia lecanemab e donanemab. La decisione a riguardo è in sospeso. In ampi studi di fase 3, questi medicinali hanno dimostrato di poter ridurre efficacemente il carico di amiloide nel cervello delle persone in uno stadio iniziale dell'Alzheimer, nonché di produrre effetti moderati sulla progressione dei sintomi clinici.

Poiché le presenti raccomandazioni si limitano alle terapie omologate o disponibili in Svizzera, in questa sede non viene (ancora) fornita un'ulteriore valutazione di queste nuove terapie. Si rimanda pertanto a pareri dedicati, che saranno pubblicati a tempo debito.

4.3 Altre terapie farmacologiche

Altrettanto importante è impiegare medicinali volti a migliorare la cognizione, evitando quelli che la compromettono. PRISCUS (Holt et al., 2010) e START-STOPP (O'Mahony, 2016) sono compendi di medicinali potenzialmente inappropriati (MPI) per gli anziani. Questi includono, per esempio, antidepressivi triciclici, benzodiazepine e neurolettici, ma anche agonisti della dopamina, oppioidi ad azione prolungata e una serie di antistaminici.

Sono già disponibili raccomandazioni dettagliate per il trattamento farmacologico dei BPSD (Savaskan et al., 2024, 2014).

5 Terapie basate su prodotti / integratori alimentari

Esistono diversi approcci terapeutici potenzialmente efficaci per l'impiego degli integratori alimentari nelle malattie da demenza, che vanno dall'apporto di specifici micronutrienti neuroprotettivi al cervello, al potenziamento energetico mediante una dieta chetogenica, fino al controllo mirato dell'infiammazione cerebrale attraverso la regolazione del microbioma (alghe brune). Data la natura pilota degli studi scientifici disponibili, non è al momento possibile formulare raccomandazioni generali. Ciò non vale per il trattamento degli stati carenziali comprovati o per le raccomandazioni generali della medicina geriatrica in materia di vitamina D.

6 Prospettiva

Carenza di professionisti e copertura dei costi

Nonostante gli ultimi sviluppi nelle terapie a base di anticorpi, l'assistenza e la terapia delle demenze rimarranno una sfida per la società. Tali sfide si intensificheranno significativamente a causa del previsto raddoppio del numero di casi entro il 2050 e della carenza di professionisti. Attualmente non sembra realistico fornire la migliore terapia possibile in modo capillare a tutte le persone affette da demenza. Molte delle raccomandazioni formulate in questo documento devono essere adattate a causa della mancanza di servizi e finanziamenti locali. In particolare, tuttavia, è opportuno avviare una discussione sociale su quanto dovrebbe costare l'assistenza alla demenza e su come, per esempio, le PcD dovrebbero essere integrate.

Nuove tecnologie

Le nuove tecnologie utilizzate nel settore dell'assistenza comprendono principalmente le tecnologie di localizzazione o le tecnologie assistive, gli interventi cognitivi computer-based o i robot sociali.

Gli apparecchi con tecnologia di localizzazione (p. es. localizzazione GPS, sensore a pavimento) possono migliorare la sicurezza dei malati e rassicurare i familiari, per esempio consentendo ai malati di muoversi liberamente all'esterno o in casa e, quindi, di mantenere più a lungo la propria autonomia e partecipazione sociale (Zucchella et al., 2018). Le tecnologie di localizzazione sono utilizzate in diversi stadi della demenza. Le tecnologie assistive (p. es. sistemi di notifica, tablet con funzione di promemoria o monitoraggio video), invece, possono sostenere le persone con MCI o con demenza iniziale nelle attività quotidiane (p. es. ricordando loro di assumere i medicinali al momento giusto) e, quindi, mantenerle autonome più a lungo (Zucchella et al., 2018). Entrambe le tecnologie presentano questioni etiche ancora irrisolte, che in Svizzera non sono ancora sufficientemente supportate da apposite linee guida.

Ulteriori informazioni sugli ausili più adatti alla situazione individuale possono essere acquisite tramite una consulenza (gratuita), per esempio presso Alzheimer Svizzera (www.alz.ch).

Gli interventi (cognitivi) computer-based, quali videogiochi, quiz o video, hanno un effetto positivo sulle capacità cognitive generali, sull'attenzione e sulla memoria delle PcD (Pappadà et al., 2021; Zucchella et al., 2018). In generale, tuttavia, la linea guida S3 rileva una debole evidenza a sfavore del ricorso all'allenamento cognitivo autosomministrato per le PcD, se l'obiettivo è migliorare la cognizione. Gli studi effettuati sono molto eterogenei. Gli effetti

potrebbero dipendere dal gruppo target e dal contesto dell'esercitazione (esercitazione di gruppo computer-based in loco vs su Internet), così come dal suo contenuto. Le persone con MCI o demenza iniziale tendono a preferire compiti impegnativi (come quiz o videogiochi), mentre le persone con demenza avanzata o grave prediligono contenuti statici e sensoriali, come ascoltare musica o guardare video (Pappadà et al., 2021). Questo gruppo comprende anche la realtà virtuale (*virtual reality*, VR), che prevede simulazioni in tempo reale e interazioni attraverso molteplici canali sensoriali. Secondo la revisione della letteratura di (Zhu et al., 2021), la VR può migliorare le funzioni cognitive e motorie delle persone con MCI o demenza, in particolare nelle aree attentivo-esecutive, della memoria, della cognizione globale e dell'equilibrio. Nel complesso, tuttavia, non è possibile formulare raccomandazioni in merito agli interventi computer-based, poiché la loro attuazione e il loro impiego nella pratica svizzera sono ancora poco studiati.

Per quanto riguarda i robot sociali, come PARO o CuDDler (peluche meccanici), le evidenze sono discordanti. Esistono studi che non mostrano alcun effetto aggiuntivo dei peluche meccanici rispetto all'uso dei peluche tradizionali (Pappadà et al., 2021). PARO, una foca che reagisce alla voce e al contatto, viene occasionalmente utilizzato nelle case di cura svizzere. PARO può influire positivamente su irrequietezza, apatia, sintomi depressivi, interazioni sociali e benessere mentale (Ghafurian et al., 2021; Hirt et al., 2021). Tuttavia, le ultime revisioni sono state tendenzialmente negative (Yu et al., 2022). PARO è impiegato in diversi stadi della demenza. Il modo in cui le nuove tecnologie, come i robot sociali o le tecnologie cognitive computer-based, possono essere implementate nella vita quotidiana (specialmente nel contesto svizzero) e utilizzate nel lungo periodo non è stato ancora sufficientemente studiato e la forza della raccomandazione è quindi bassa. È comunque evidente che, in futuro, le nuove tecnologie giocheranno un ruolo più rilevante.

Ringraziamenti

Ringraziamo senesuisse, Associazione svizzera delle case di cura e per anziani economicamente indipendenti, e Cura di lungodegenza Svizzera, Associazione professionale per l'assistenza e il sostegno a lungo termine, per la loro partecipazione alla procedura di consultazione. Ringraziamo Reto Kressig per il suo intervento integrativo. Ringraziamo Sandra Habegger per l'editing del testo. Questa è la prima edizione delle raccomandazioni terapeutiche. La segreteria di SMC è lieta di accogliere eventuali suggerimenti per una nuova edizione.

Letteratura

- Ablinger, I., Dressel, K., Rott, T., Lauer, A.A., Tiemann, M., Batista, J.P., Taddey, T., Grimm, H.S., Grimm, M.O.W., 2022. Interdisciplinary Approaches to Deal with Alzheimer's Disease-From Bench to Bedside: What Feasible Options Do Already Exist Today? *Biomedicines* 10, 2922. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10112922>
- Abrahams, R., Liu, K.P.Y., Bissett, M., Fahey, P., Cheung, K.S.L., Bye, R., Chaudhary, K., Chu, L.-W., 2018. Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Aust Occup Ther J* 65, 208–224. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12464>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., Herr, K., 2021. [Pain in dementia]. *Schmerz* 35, 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00501-w>
- Achterberg, W.P., Erdal, A., Husebo, B.S., Kunz, M., Lautenbacher, S., 2021. Are Chronic Pain Patients with Dementia Being Undermedicated? *J Pain Res* 14, 431–439. <https://doi.org/10.2147/JPR.S239321>
- Ahn, H., Horgas, A., 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatr* 13, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-14>
- Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F.J., Eisner, M., 2007. Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging Ment Health* 11, 281–290. <https://doi.org/10.1080/13607860600963695>
- Atee, M., Morris, T., Macfarlane, S., Cunningham, C., 2021. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *J Pain Symptom Manage* 61, 1215–1226. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011>
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., Woods, B., 2013. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>
- Baker, F.A., Bloska, J., Braat, S., Bukowska, A., Clark, I., Hsu, M.H., Kvamme, T., Lautenschlager, N., Lee, Y.-E.C., Smrokowska-Reichmann, A., Sousa, T.V., Stensaeth, K.A., Tamplin, J., Wosch, T., Odell-Miller, H., 2019. HOMESIDE: home-based family caregiver-delivered music and reading interventions for people living with dementia: protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 9, e031332. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031332>
- Ball, E.L., Owen-Booth, B., Gray, A., Shenkin, S.D., Hewitt, J., McCleery, J., 2020. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 8, CD003150. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003150.pub3>
- Becker, S., 2021. Case Management bei Demenz: Mehr als «nice to have» Case Management, 18(2), pp. 80-84.
- Beisteiner, R., Matt, E., Fan, C., Baldysiak, H., Schönfeld, M., Philippi Novak, T., Amini, A., Aslan, T., Reinecke, R., Lehrner, J., Weber, A., Reime, U., Goldenstedt, C., Marlinghaus, E., Hallett, M., Lohse-Busch, H., 2019. Transcranial Pulse Stimulation with Ultrasound in Alzheimer's Disease-A New Navigated Focal Brain Therapy. *Adv Sci (Weinh)* 7, 1902583. <https://doi.org/10.1002/adv.201902583>
- Bennett, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., Wiseman, J., Gitlin, L., 2019. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 9, e026308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308>
- Benussi, A., Cantoni, V., Grassi, M., Brechet, L., Michel, C.M., Datta, A., Thomas, C., Gazzina, S., Cotelli, M.S., Bianchi, M., Premi, E., Gadola, Y., Cotelli, M., Pengo, M., Perrone, F., Scolaro, M., Archetti, S., Solje, E., Padovani, A., Pascual-Leone, A., Borroni, B., 2022. Increasing Brain Gamma Activity Improves Episodic Memory and Restores Cholinergic Dysfunction in Alzheimer's Disease. *Ann Neurol* 92, 322–334. <https://doi.org/10.1002/ana.26411>

- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C., Kinderman, P., 2013. A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspect Public Health* 133, 165–173. <https://doi.org/10.1177/1757913912470052>
- Bohlken, J., Peters, O., Kostev, K., 2022. Association Between Ginkgo Biloba Extract Prescriptions and Dementia Incidence in Outpatients with Mild Cognitive Impairment in Germany: A Retrospective Cohort Study. *J Alzheimers Dis* 86, 703–709. <https://doi.org/10.3233/JAD-215348>
- Bruderer-Hofstetter, M., Tomic, S., Deininger, R., Eijqoudt, E., 2022. Entwicklung und Evaluation einer Trainingsapplikation für Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung [WWW Document]. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. URL <https://www.zhaw.ch/de/forschung/forschungsdatenbank/projektdetail/projektid/6156/> (accessed 11.20.23).
- Bürge, M., Bieri, G., Brühlmeier, M., Colombo, F., Demonet, J.-F., Felbecker, A., Georgescu, D., Gietl, A., Brioschi Guevara, A., Jüngling, F., Kirsch, E., Kressig, R.W., Kulic, L., Monsch, A.U., Ott, M., Pihan, H., Popp, J., Rampa, L., Rügger-Frey, B., Schneitter, M., Unschuld, P.G., von Gunten, A., Weinheimer, B., Wiest, R., Savaskan, E., 2018. Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia. *Praxis (Bern 1994)* 107, 435–451. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002948>
- Buss, S.S., Fried, P.J., Pascual-Leone, A., 2019. Therapeutic noninvasive brain stimulation in Alzheimer’s disease and related dementias. *Curr Opin Neurol* 32, 292–304. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000669>
- Carter, G., Monaghan, C., Santin, O., 2020. What is known from the existing literature about peer support interventions for carers of individuals living with dementia: A scoping review. *Health Soc Care Community* 28, 1134–1151. <https://doi.org/10.1111/hsc.12944>
- Chandler, M.J., Parks, A.C., Marsiske, M., Rotblatt, L.J., Smith, G.E., 2016. Everyday Impact of Cognitive Interventions in Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev* 26, 225–251. <https://doi.org/10.1007/s11065-016-9330-4>
- Chen, M.-A., Liu, C.-K., Yang, Y.-H., Huang, S.-T., Yen, C.-W., Kabasawa, Y., Huang, H.-L., 2022. Clinical-based oral rehabilitation programme improved the oral diadochokinesis and swallowing function of older patients with dementia: A randomised controlled trial. *J Oral Rehabil* 49, 1163–1172. <https://doi.org/10.1111/joor.13375>
- Chou, Y.-H., Ton That, V., Sundman, M., 2020. A systematic review and meta-analysis of rTMS effects on cognitive enhancement in mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease. *Neurobiol Aging* 86, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2019.08.020>
- Chu, C.H., Puts, M., Brooks, D., Parry, M., McGilton, K.S., 2020. A Feasibility Study of a Multifaceted Walking Intervention to Maintain the Functional Mobility, Activities of Daily Living, and Quality of Life of Nursing Home Residents With Dementia. *Rehabil Nurs* 45, 204–217. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000186>
- Clare, A., Camic, P., Crutch, S., 2020. Using Music to Develop a Multisensory Communicative Environment for People with Late-Stage Dementia | *The Gerontologist* | Oxford Academic [WWW Document]. URL <https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/6/1115/5669944> (accessed 11.21.23).
- Cui, M.Y., Lin, Y., Sheng, J.Y., Zhang, X., Cui, R.J., 2018. Exercise Intervention Associated with Cognitive Improvement in Alzheimer’s Disease. *Neural Plast* 2018, 9234105. <https://doi.org/10.1155/2018/9234105>
- Cusic, E., Hoppe, M., Sultenfuss, M., Jacobs, K., Holler, H., Obembe, A., 2022. Multisensory Environments for Outcomes of Occupational Engagement in Dementia: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* 40, 275–294. <https://doi.org/10.1080/02703181.2022.2028954>

- de Oliveira, A.M., Radanovic, M., Homem de Mello, P.C., Buchain, P.C., Dias Vizzotto, A., Harder, J., Stella, F., Piersol, C.V., Gitlin, L.N., Forlenza, O.V., 2019. An intervention to reduce neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in dementia: Preliminary results from a randomized trial of the tailored activity program-outpatient version. *Int J Geriatr Psychiatry* 34, 1301–1307. <https://doi.org/10.1002/gps.4958>
- Deeken, F., Rezo, A., Hinz, M., Discher, R., Rapp, M.A., 2019. Evaluation of Technology-Based Interventions for Informal Caregivers of Patients With Dementia-A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 27, 426–445. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.003>
- DeKosky, St., 2008. Ginkgo biloba for Prevention of Dementia: A Randomized Controlled Trial | Dementia and Cognitive Impairment | JAMA | JAMA Network [WWW Document]. URL <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182920> (accessed 11.2.23).
- Deshmukh, S., Holmes, J., cardno, A., 2018. Art therapy for people with dementia.
- DGN, DGD, 2020. S1-Leitlinie Neurogene Dysphagie.
- DGPPN, 2023. S3-Leitlinie Demenzen.
- Duff, C., 2018. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers - NICE Guideline.
- Eibl, K., Simon, C., Tilz, C., Kriegel, W., 2019. Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akuterehabilitation. pp. 483–541.
- Empfehlungen für Langzeitinstitutionen: Alzheimer Schweiz [WWW Document], 2020. URL <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen> (accessed 11.21.23).
- Flotho, W., Sibold, C., 2021. HED-I Häusliche Ergotherapie bei Demenz Interventionsprogramm für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz und ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld.
- Freeman, M., Ayers, C., Peterson, C., Kansagara, D., 2019. Aromatherapy and Essential Oils: A Map of the Evidence, VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Department of Veterans Affairs (US), Washington (DC).
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, Ł., Brondino, N., Chen, X.-J., Gold, C., 2018. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health* 22, 1097–1106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348474>
- Gangemi, A., Colombo, B., Fabio, R.A., 2021. Effects of short- and long-term neurostimulation (tDCS) on Alzheimer's disease patients: two randomized studies. *Aging Clin Exp Res* 33, 383–390. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01546-8>
- Garrido, S., Stevens, C.J., Chang, E., Dunne, L., Perz, J., 2018. Music and Dementia: Individual Differences in Response to Personalized Playlists. *J Alzheimers Dis* 64, 933–941. <https://doi.org/10.3233/JAD-180084>
- Gassner, L., Geretsegger, M., Mayer-Ferbas, J., 2022. Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. *Eur J Public Health* 32, 27–34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab042>
- Gates, N., Fiatarone Singh, M.A., Sachdev, P.S., Valenzuela, M., 2013. The effect of exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 21, 1086–1097. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.02.018>
- Ghafurian, M., Hoey, J., Dautenhahn, K., 2021. Social Robots for the Care of Persons with Dementia: A Systematic Review. *J. Hum.-Robot Interact.* 10, 1–31. <https://doi.org/10.1145/3469653>
- Gilbert, E., Villa, D., Riley, G.A., 2023. A scoping review of psychosocial interventions to enhance the relationship of couples living with dementia. *Dementia (London)* 22, 1164–1198. <https://doi.org/10.1177/14713012231166474>

- Gong, M., Dong, H., Tang, Y., Huang, W., Lu, F., 2020. Effects of aromatherapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 274, 1028–1040. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.118>
- Gruenwald, J., Eckert, A., Kressig, R.W., 2020. The Effects of Standardized Ginkgo Biloba Extracts (GBE) on Subjective Cognitive Decline (SCD) in Middle-Aged Adults: A Review [WWW Document]. URL <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=100571> (accessed 3.21.24).
- Hickey, E., Bourgeois, M., 2009. *Dementia From Diagnosis to Management - A Functional Approach*.
- Hirt, J., Ballhausen, N., Hering, A., Kliegel, M., Beer, T., Meyer, G., 2021. Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting. *J Alzheimers Dis* 79, 773–792. <https://doi.org/10.3233/JAD-200347>
- Hobson, N., Dupuis, S.L., Giangregorio, L.M., Middleton, L.E., 2020. Perceived Facilitators and Barriers to Exercise Among Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Early Dementia. *J Aging Phys Act* 28, 208–218. <https://doi.org/10.1123/japa.2019-0010>
- Holt, S., Schmiedl, S., Thürmann, P.A., 2010. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen.
- Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R., Burns, A., Dening, T., Findlay, D., Holmes, C., Jones, Robert, Jones, Roy, McKeith, I., Macharouthu, A., O'Brien, J., Sheehan, B., Juszcak, E., Katona, C., Hills, R., Knapp, M., Ballard, C., Brown, R.G., Banerjee, S., Adams, J., Johnson, T., Bentham, P., Phillips, P.P.J., 2015. Nursing home placement in the Donepezil and Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease (DOMINO-AD) trial: secondary and post-hoc analyses. *The Lancet Neurology* 14, 1171–1181. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00258-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00258-6)
- Huang, X., Zhao, X., Li, B., Cai, Y., Zhang, S., Wan, Q., Yu, F., 2022. Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. *J Sport Health Sci* 11, 212–223. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.05.003>
- Huber, A., Oppikofer, S., Meister, L., Langensteiner, F., Meier, N., Seifert, A., 2021. Music & Memory: The Impact of Individualized Music Listening on Depression, Agitation, and Positive Emotions in Persons with Dementia. *Activities, Adaptation & Aging* 45, 70–84. <https://doi.org/10.1080/01924788.2020.1722348>
- Husebo, B.S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilssen, O.B., Aarstrand, D., 2011. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 343, d4065. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Imhof, D.R.M., Imhof, D.L., 2020. *Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich*.
- IQWiG, 2021. *Strukturierte Aufklärung über die Erstdiagnose Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Demenz*.
- Jackson, D., Roberts, G., Wu, M.L., Ford, R., Doyle, C., 2016. A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for carers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. *Arch Gerontol Geriatr* 66, 218–236. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.013>
- Jonas, H.E., Javorszky, S.M., 2022. Ernährung bei fortgeschrittener Demenz - Möglichkeiten und Grenzen logopädischer Dysphagietherapie.
- Klimova, B., Toman, J., Kuca, K., 2019. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review. *BMC Psychiatry* 19, 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2245-x>
- Koch, G., Casula, E.P., Bonni, S., Borghi, I., Assogna, M., Minei, M., Pellicciari, M.C., Motta, C., D'Acunto, A., Porraccini, F., Maiella, M., Ferrari, C., Caltagirone, C., Santarnecchi, E., Bozzali, M., Martorana, A., 2022. Precuneus magnetic stimulation for Alzheimer's disease: a randomized, sham-controlled trial. *Brain* 145, 3776–3786. <https://doi.org/10.1093/brain/awac285>
- Kohler, M., Mullis, J., Burgstaller, M., Schwarz, J., Saxer, S., 2018. Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei

- Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie. *Klinische Pflegeforschung* 4, 13–26. <https://doi.org/10.6094/KlinPfleg.4.13>
- Korczak, D., Habermann, C., Braz, S., 2013. Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz.
- Korczak, D., Steinhäuser, G., Kuczera, C., 2012. Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz.
- Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Sabates, J., Woods, B., Clare, L., 2023. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 6, CD013388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013388.pub2>
- Kuhn, J., Hardenacke, K., Lenartz, D., Gruendler, T., Ullsperger, M., Bartsch, C., Mai, J.K., Zilles, K., Bauer, A., Matusch, A., Schulz, R.-J., Noreik, M., Bührle, C.P., Maintz, D., Woopen, C., Häussermann, P., Hellmich, M., Klosterkötter, J., Wiltfang, J., Maarouf, M., Freund, H.-J., Sturm, V., 2015. Deep brain stimulation of the nucleus basalis of Meynert in Alzheimer's dementia. *Mol Psychiatry* 20, 353–360. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.32>
- Law, C.-K., Lam, F.M., Chung, R.C., Pang, M.Y., 2020. Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. *J Physiother* 66, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.014>
- Laxton, A.W., Tang-Wai, D.F., McAndrews, M.P., Zumsteg, D., Wennberg, R., Keren, R., Wherrett, J., Naglie, G., Hamani, C., Smith, G.S., Lozano, A.M., 2010. A phase I trial of deep brain stimulation of memory circuits in Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 68, 521–534. <https://doi.org/10.1002/ana.22089>
- Leniz, J., Higginson, I.J., Yi, D., Ul-Haq, Z., Lucas, A., Sleeman, K.E., 2021. Identification of palliative care needs among people with dementia and its association with acute hospital care and community service use at the end-of-life: A retrospective cohort study using linked primary, community and secondary care data. *Palliat Med* 35, 1691–1700. <https://doi.org/10.1177/02692163211019897>
- Lissek, V., Suchan, B., 2021. Preventing dementia? Interventional approaches in mild cognitive impairment. *Neurosci Biobehav Rev* 122, 143–164. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.022>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.
- Lozano, A.M., Fosdick, L., Chakravarty, M.M., Leoutsakos, J.-M., Munro, C., Oh, E., Drake, K.E., Lyman, C.H., Rosenberg, P.B., Anderson, W.S., Tang-Wai, D.F., Pendergrass, J.C., Salloway, S., Asaad, W.F., Ponce, F.A., Burke, A., Sabbagh, M., Wolk, D.A., Baltuch, G., Okun, M.S., Foote, K.D., McAndrews, M.P., Giacobbe, P., Targum, S.D., Lyketsos, C.G., Smith, G.S., 2016. A Phase II Study of Fornix Deep Brain Stimulation in Mild Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis* 54, 777–787. <https://doi.org/10.3233/JAD-160017>
- Maurer, C., Vosseler, B., Senn, B., Gattinger, H., 2018. Angepasste Bewegungsunterstützung – Interaktionsgeschehen am Beispiel einer kinästhetischen Mobilisation. *Pflege* 31, 145–154. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000613>
- Monsch, A.U., Büla, C., Hermelink, M., Kressig, R.W., Martensson, B., Mosimann, U., Müri, R., Vögeli, S., von Gunten, A., *Alzheimer Forum Schweiz*, 2012. [Consensus 2012--diagnosis and treatment of patients with dementia in Switzerland]. *Praxis (Bern 1994)* 101, 1239–1249. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001085>
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., Pintado, C., 2020. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)* 7, 160. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>
- Ng, L., Oliver, E., Laver, K., 2023. Beyond garden design: A review of outdoor occupation in hospital and residential care settings for people with dementia. *Aust Occup Ther J* 70, 97–118. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12826>

- Nordström, P., Religa, D., Wimo, A., Winblad, B., Eriksdotter, M., 2013. The use of cholinesterase inhibitors and the risk of myocardial infarction and death: a nationwide cohort study in subjects with Alzheimer's disease. *Eur Heart J* 34, 2585–2591. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eht182>
- O'Mahony, D., 2016. STOPP-START v.2.
- Pappadà, A., Chattat, R., Chirico, I., Valente, M., Ottoboni, G., 2021. Assistive Technologies in Dementia Care: An Updated Analysis of the Literature. *Front Psychol* 12, 644587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644587>
- Piers, R., Albers, G., Gilissen, J., De Lepeleire, J., Steyaert, J., Van Mechelen, W., Steeman, E., Dillen, L., Vanden Berghe, P., Van den Block, L., 2018. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care* 17, 88. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0332-2>
- Popa, L.-C., Manea, M.C., Velcea, D., Șalapa, I., Manea, M., Ciobanu, A.M., 2021. Impact of Alzheimer's Dementia on Caregivers and Quality Improvement through Art and Music Therapy. *Healthcare* 9, 698. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>
- Röker, M., Ballmer, T., Gantschnig, B., 2022. Projekt „Evidenz Aktivierung“ – Bericht zur Befragung.
- Rusted, J., Sheppard, L., Waller, D., 2006. A Multi-centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *Group Analysis* 39, 517–536. <https://doi.org/10.1177/0533316406071447>
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R.W., Monsch, A., Mosimann, U.P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., Wollmer, M.A., 2014. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis, Neue Publikation* 2024 103, 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>
- Savaskan, E., Georgescu, D., Becker, S., Benkert, B., Blessing, A., Bürge, M., Felbecker, A., Hatzinger, M., Hemmeter, U.M., Klöppel, S., Erlinger, G.L., Lornsen, F.J., Ngamsri, T., Peter, J., Schlögl, M., Sollberger, M., Verloo, H., Vögeli, S., Zúñiga, F., 2024. Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD).
- Saynisch, K., Beer, T., 2021. Verstehen entsteht während der Interaktion Videographische Analyse von Interaktionsdynamiken zwischen Personen mit Demenz und Pflegenden bei der Mundpflege. *QuPuG* 08/21 (1): 23-31.
- Schuler, M., 2019. [Treatment of pain in people with dementia]. *Z Gerontol Geriatr* 52, 607–622. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01578-4>
- Sherman, D.S., Mauser, J., Nuno, M., Sherzai, D., 2017. The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychol Rev* 27, 440–484. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9363-3>
- Sikkes, S.A.M., Tang, Y., Jutten, R.J., Wesselman, L.M.P., Turkstra, L.S., Brodaty, H., Clare, L., Cassidy-Eagle, E., Cox, K.L., Chételat, G., Dautricourt, S., Dhana, K., Dodge, H., Dröes, R.-M., Hampstead, B.M., Holland, T., Lampit, A., Laver, K., Lutz, A., Lautenschlager, N.T., McCurry, S.M., Meiland, F.J.M., Morris, M.C., Mueller, K.D., Peters, R., Ridel, G., Spector, A., van der Steen, J.T., Tamplin, J., Thompson, Z., ISTAART Non-pharmacological Interventions Professional Interest Area, Bahar-Fuchs, A., 2020. Toward a theory-based specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: Focused reviews and methodological recommendations. *Alzheimers Dement* 17, 255–270. <https://doi.org/10.1002/alz.12188>
- Smith, B.C., D'Amico, M., 2020. Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *Occup Ther Health Care* 34, 171–201. <https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1608488>
- Steiner, J., 2018. Demenz verstehen und logopädisch behandeln.

- Steiner, J., 2010. Sprachtherapie bei Demenz Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis.
- Swinnen, N., Vandenbulcke, M., de Bruin, E.D., Akkerman, R., Stubbs, B., Firth, J., Vancampfort, D., 2021. The efficacy of exergaming in people with major neurocognitive disorder residing in long-term care facilities: a pilot randomized controlled trial. *Alzheimers Res Ther* 13, 70. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00806-7>
- Taylor, J.-P., McKeith, I.G., Burn, D.J., Boeve, B.F., Weintraub, D., Bamford, C., Allan, L.M., Thomas, A.J., O'Brien, J.T., 2020. New evidence on the management of Lewy body dementia. *Lancet Neurol* 19, 157–169. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30153-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30153-X)
- Tesky, V.A., Schall, A., Pantel, J., 2023. [Non-pharmacological interventions for people with dementia]. *Inn Med (Heidelb)* 64, 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00108-022-01446-1>
- Testerink, G., ten Brug, A., Douma, G., van der Putten, A., 2023. Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances* 5, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100152>
- van der Steen, J.T., Radbruch, L., Hertogh, C.M.P.M., de Boer, M.E., Hughes, J.C., Larkin, P., Francke, A.L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R.T.C.M., Volicer, L., European Association for Palliative Care (EAPC), 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 28, 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
- van der Wardt, V., Hancox, J., Pollock, K., Logan, P., Vedhara, K., Harwood, R.H., 2020. Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia - a focus group study. *Aging Ment Health* 24, 1326–1333. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590308>
- Vellas, B., Coley, N., Ousset, P.-J., Berrut, G., Dartigues, J.-F., Dubois, B., Grandjean, H., Pasquier, F., Piette, F., Robert, P., Touchon, J., Garnier, P., Mathiex-Fortunet, H., Andrieu, S., GuidAge Study Group, 2012. Long-term use of standardised Ginkgo biloba extract for the prevention of Alzheimer's disease (GuidAge): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 11, 851–859. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70206-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70206-5)
- Volkmer, A., Spector, A., Meitanis, V., Warren, J.D., Beeke, S., 2020. Effects of functional communication interventions for people with primary progressive aphasia and their caregivers: a systematic review. *Aging Ment Health* 24, 1381–1393. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1617246>
- Werner, J., Wosch, T., Gold, C., 2017. Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging Ment Health* 21, 147–155. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093599>
- Woods, B., Rai, H., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., Spector, A., 2023. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review).
- Xu, H., Garcia-Ptacek, S., Jönsson, L., Wimo, A., Nordström, P., Eriksson, M., 2021. Long-term Effects of Cholinesterase Inhibitors on Cognitive Decline and Mortality. *Neurology* 96, e2220–e2230. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000011832>
- Yu, C., Sommerlad, A., Sakure, L., Livingston, G., 2022. Socially assistive robots for people with dementia: Systematic review and meta-analysis of feasibility, acceptability and the effect on cognition, neuropsychiatric symptoms and quality of life. *Ageing Res Rev* 78, 101633. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101633>
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., Zhao, Q., 2017. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 35, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>
- Zhu, S., Sui, Y., Shen, Y., Zhu, Y., Ali, N., Guo, C., Wang, T., 2021. Effects of Virtual Reality Intervention on Cognition and Motor Function in Older Adults With Mild Cognitive

Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Aging Neurosci* 13, 586999. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.586999>

Zucchella, C., Sinfiorani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S., Casale, R., Bartolo, M., 2018. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Front Neurol* 9, 1058. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01058>

Sigla editorale

Pubblicato da

Swiss Memory Clinics
Piattaforma nazionale demenza (Ufficio federale della sanità pubblica UFSP)

Contatti

Swiss Memory Clinics
info@swissmemoryclinics.ch
www.swissmemoryclinics.ch

Data di pubblicazione

Settembre 2024

Versioni linguistiche

Questa pubblicazione è disponibile in tedesco, in francese e in italiano.

Versione digitale

www.ufsp.admin.ch/demenza > Temi prioritari > Setting di assistenza ambulatoriale