



# LA TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA: UN INTERVENTO EFFICACE PER LA PERSONA CON DEMENZA

Programma base e di mantenimento della  
Cognitive Stimulation Therapy (CST)

Simona Gardini, Samantha Pradelli,  
Silvia Faggian e Erika Borella



## WORKBOOK

**FrancoAngeli**

**Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **LA TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA: UN INTERVENTO EFFICACE PER LA PERSONA CON DEMENZA**

**Programma base e di mantenimento della  
Cognitive Stimulation Therapy (CST)**

**Simona Gardini, Samantha Pradelli,  
Silvia Faggian e Erika Borella**

**FrancoAngeli**

**Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo**

Per accedere all'allegato online è indispensabile  
seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca multimediale  
del sito **www.francoangeli.it**  
registrarsi e inserire il codice **EAN 9788835117933** e l'indirizzo e-mail  
utilizzato in fase di registrazione

Il Manuale si riferisce ai programmi descritti nei testi *Making a Difference 1* (Spector A., Thorgrimsen L., Woods B., Orrell M., 2006) e *Making a Difference 2* (Aguirre E., Spector A., Streater A., Hoe J., Woods B., Orrell M., 2011). Per *Making a Difference 2* si propone la traduzione e l'adattamento italiano del manuale originale.

Le royalties sono dell'Università degli Studi di Padova (fondi di ricerca di E. Borella).

*Un sentito ringraziamento alla dott.ssa Roberta Sciore  
che ha contribuito alla stesura della prima versione del manuale,  
alla dott.ssa Emanuela Capotosto e al dott. Giovanni Michellini  
per il contributo alla realizzazione dei materiali delle sessioni.*

Copyright © 2015, seconda edizione 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*A tutte le persone con demenza  
e a chi si prende cura di loro*



---

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Carlo Alberto Defanti, Luc Pieter De Vreese, Paolo Caffarra</i>	pag.	11
<b>Capitolo 1. <i>Introduzione al Manuale</i></b>	»	17
1. La demenza	»	17
2. Intervenire nelle demenze	»	17
3. La <i>Cognitive Stimulation Therapy</i> (CST)	»	18
4. Efficacia della CST	»	19
5. Diffusione della CST a livello internazionale e in Italia	»	20
6. CST: la persona al centro	»	21
<b>Capitolo 2. <i>Principi base della Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST)</i></b>	»	25
1. Principi base della CST	»	25
<b>Capitolo 3. <i>Programma base di Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST) (Making a Difference 1)</i></b>	»	33
1. I conduttori della CST	»	33
2. A chi è rivolta la CST	»	35
3. Il protocollo di gruppo della CST	»	35
4. Attrezzatura necessaria per la CST	»	40
5. Monitoraggio dei progressi dei partecipanti	»	41
6. Attività suggerite e materiali utilizzabili per lo svolgimento delle sessioni	»	43
Sessione 1. Giochi fisici	»	45
Sessione 2. Suoni	»	47
Sessione 3. Infanzia	»	50
Sessione 4. Cibo	»	53
Sessione 5. Notizie di attualità	»	55

Sessione 6. Volti e luoghi	pag.	57
Sessione 7. Associazione di parole	»	60
Sessione 8. Creatività	»	63
Sessione 9. Categorizzazione	»	65
Sessione 10. Orientamento	»	67
Sessione 11. Utilizzo del denaro	»	69
Sessione 12. Giochi con i numeri	»	71
Sessione 13. Giochi con le parole	»	73
Sessione 14. Quiz a squadre	»	75
<b>Capitolo 4. Programma di Mantenimento della Terapia di Stimolazione Cognitiva (MCST)</b>	»	77
1. Come attuare il Mantenimento della CST (MCST)	»	77
2. Il protocollo di MCST	»	78
3. Le sessioni di mantenimento	»	79
4. Materiali per il programma di mantenimento della CST	»	79
5. La struttura delle sessioni	»	80
Sessione 1. La storia della mia vita	»	81
Sessione 2. Notizie di attualità	»	83
Sessione 3. Cibo	»	86
Sessione 4. Creatività	»	88
Sessione 5. Giochi con i numeri	»	90
Sessione 6. Giochi e quiz di squadra	»	92
Sessione 7. Suoni	»	93
Sessione 8. Giochi fisici	»	95
Sessione 9. Categorizzazione di oggetti	»	97
Sessione 10. Antichità domestiche	»	99
Sessione 11. Rimedi della nonna	»	101
Sessione 12. Carte creative	»	103
Sessione 13. Slogan pubblicitari	»	106
Sessione 14. Arte	»	108
Sessione 15. Volti e luoghi	»	110
Sessione 16. Giochi di parole	»	111
Sessione 17. Slogan del cibo	»	113
Sessione 18. Associazioni di parole	»	115

Sessione 19. Orientamento	pag. 118
Sessione 20. Utilizzo del denaro	» 120
Sessione 21. Giochi di parole	» 122
Sessione 22. Antichità domestiche	» 123
Sessione 23. La mia vita lavorativa	» 124
Sessione 24. Consigli per una vita sana	» 125
<b>Capitolo 5. Domande frequenti</b>	» 127
<b>Bibliografia</b>	» 131



---

# Prefazione

In questo volume, assai opportunamente tradotto da quattro psicologhe da anni impegnate nel lavoro con l'anziano e in particolare con l'anziano con disturbi cognitivi, viene presentata la terapia di stimolazione cognitiva (*Cognitive Stimulation Therapy*), una metodica messa a punto dal gruppo di Aimée Spector e articolata in un due tempi: la CST vera e propria, comportante sedute bisettimanali per la durata di sette settimane, e la MSCT, o terapia di mantenimento, con sedute settimanali scaglionate nell'arco di sei mesi.

L'idea di stimolare cognitivamente le persone con decadimento delle funzioni mentali non è certo nuova. Da molti decenni essa viene attuata, specie nelle strutture residenziali, con differenti modalità, prima fra le quali la terapia di ri-orientamento alla realtà (ROT), il cui obiettivo essenziale è migliorare l'orientamento riguardo al tempo, allo spazio e riguardo a se stessi (attraverso la rievocazione dei propri dati anagrafici e della propria storia personale). Malgrado l'ampio uso che della ROT si è fatto e tuttora si fa, occorre osservare che in passato sono stati fatti relativamente pochi studi controllati sulla sua efficacia, per lo più in un'epoca in cui la metodologia della Medicina basata sull'evidenza non era ancora ben applicata, e che questi studi hanno dato risultati contraddittori, anche se dalla metanalisi più recente, a opera proprio di Spector (2000) è emerso un trend migliorativo sia sul versante cognitivo che su quello comportamentale.

D'altro canto negli ultimi due decenni sono state mosse critiche a questo approccio e più in generale alla riabilitazione cognitiva, considerata come un intervento parziale che non necessariamente rispecchia i bisogni della persona anziana.

Diceva per esempio un geriatra assai attento, Antonio Guaita, illustrando nel 2010 a un periodico l'approccio di Moyra Jones, il Gentlecare:

però anche la riabilitazione da sola, pur essendo importantissima... presentava il pericolo di dare degli obiettivi impossibili e quindi creare una tensione che diventa alla lunga frustrazione; cioè ricreare una tensione verso obiettivi che comunque non raggiungeremo e che comunque possono togliere quegli elementi altrettanto importanti di tolleranza, di comprensione e di gratificazione per un'équipe che è tutta orientata invece al raggiungimento degli obiettivi; obiettivi che poi durano poco, che poi si perdono, e che possono alla lunga diventare anch'essi dei motivi di demotivazione, di frustrazione per la persona, per la famiglia e per il malato stesso che viene spesso e continuamente messo di fronte alle sue insufficienze.

È chiaro che la filosofia soggiacente alla ROT, pensata fra l'altro inizialmente negli anni Cinquanta non per l'anziano con deterioramento cognitivo ma per il trattamento degli stati confusionali nei veterani di guerra, era quella di un approccio mirato a un sintomo di malattia (il disorientamento) e non alla malattia stessa e tanto meno alla persona nella sua globalità. L'insistenza sul recupero di una funzione, oltre tutto destinata nel prosieguo a peggiorare comunque, la frustrazione indotta nei pazienti e negli stessi terapeuti, nel senso di una impotenza di "normalizzare" la prestazione del malato, hanno stimolato diversi studiosi a porre al centro dell'attenzione non i "sintomi negativi" della demenza, bensì la persona che ne è affetta e i suoi bisogni. Di qui l'emergere di nuovi paradigmi di cura, come il già nominato Gentlecare e più recentemente, negli anni Novanta, l'approccio promosso da Tom Kitwood, la Person-centred Care.

È noto che Kitwood ha introdotto nel suo libro *Dementia Reconsidered* (1997), purtroppo non ancora tradotto in italiano, il cosiddetto "modello arricchito" di demenza, espresso in una sorta di equazione:

$$Dementia = NI + H + B + P + SP$$

nella quale NI sta per *Neurological Impairment* (danno neurologico), H per *Health and physical fitness* (salute e forma fisica), B per *Biography-life history* (biografia-storia personale), P per *Personality* (personalità) e SP per *Social Psychology* (psicologia sociale).

È chiaro dall'osservazione di questa semplice formula che la stimolazione cognitiva si indirizza solo a uno degli aspetti, sia pure fra i più importanti, del danno neurologico e non tiene conto di tutti gli altri elementi; ciò ne limita la portata e può addirittura, in certi casi, peggiorare la situazione complessiva.

Da questa consapevolezza sono nate negli ultimi due decenni nuove proposte che, pur sempre incentrate sulla stimolazione cognitiva, si sforzano di tener conto di tutti gli elementi del problema. Fra queste sta appunto la CST descritta in questo manuale.

Essa si ispira programmaticamente a una serie di principi che rispecchiano le criticità fin qui sottolineate. Per esempio, riguardo al punto cruciale dell'orientamento, si raccomanda ai conduttori di evitare domande dirette (come la data di oggi o l'indirizzo di casa), che spesso mettono in difficoltà la persona e sono causa di frustrazione, e di suggerire indirettamente il giusto orientamento, per esempio chiedendo se sembra normale il tempo atmosferico del giorno rispetto alla stagione oppure introducendo argomenti di grande attualità, festività religiose ecc. Altri punti importanti sono il suggerimento di chiedere alle persone le loro opinioni circa fatti e avvenimenti piuttosto che i fatti stessi (il motivo è chiaro, si tratta di cercare di valorizzare i punti di forza di una persona anziché i suoi difetti), facilitare il ricordo ricorrendo al contesto, lavorare sulla memoria implicita piuttosto che su quella esplicita.

Ancor più importanti sono le raccomandazioni di porre al centro dell'intervento la persona, rispettandola, coinvolgendola nelle attività del gruppo e sforzarsi di evitare in tutti i modi che qualche membro del gruppo si senta escluso.

Un'altra particolarità della CST è che essa si esercita in ambiti molteplici, in modo tale da impegnare il soggetto in una diversa attività per ogni sessione, onde evitare per quanto possibile noia e stanchezza.

La CST e la sua estensione, a differenza della classica ROT, sono state oggetto di studi clinici rigorosi che hanno dimostrato la loro efficacia sia su domini cognitivi quali la memoria, l'orientamento e la comprensione verbale che sulla qualità della vita. L'entità del miglioramento non è inferiore a quella dei farmaci anticolinesterasici. Si tratta purtroppo – come ben sappiamo – di un'efficacia abbastanza modesta e limitata a fasi non avanzate di malattia. Tuttavia allo stato dell'arte non c'è dubbio che questa metodica rappresenta un utile complemento nell'ambito di un approccio complessivo alla persona con demenza.

*Carlo Alberto Defanti*

Centro di eccellenza per la cura dei malati di Alzheimer,  
FERB Onlus, Gazzaniga (BG)

---

Direi... finalmente! L'uscita della versione italiana del manuale teorico-pratico di Terapia di Stimolazione Cognitiva di Aimée Spector e collaboratori decreterà per sempre la fine di un far-west che per troppo tempo ha regnato sovrano nel mondo degli interventi orientati alla cognitivà (traduzione comune ma poco felice di *Cognition-oriented Therapy*) per le persone con demenza. Niente più scuse, indotte da "nichilismo terapeutico", per non stimolare le funzioni cognitive (e non solo) ancora integre di queste persone, né tantomeno la tentazione di lasciarsi guidare dalla fantasia o dal "sentito dire" nella preparazione e conduzione delle sedute di stimolazione cognitiva globale e specifica.

Finalmente anche l'Italia ha a disposizione un protocollo di trattamento condiviso e strutturato, questa volta sia base che di mantenimento, con evidenza non solo di efficacia terapeutica e di trasferibilità dal mondo di ricerca a quello reale, ma anche di un favorevole rapporto costo-beneficio, aspetto non sottovalutabile alla luce dei tempi di crisi economica.

Perché tanto entusiasmo? Perché si tratta di un intervento psico-sociale che, pur essendo primariamente orientato al funzionamento cognitivo, pone l'accento sull'individuo piuttosto che sulla demenza: una fondamentale differenza con il (re-) training cognitivo e la *Reality Orientation Therapy* tradizionale che prediligono le funzioni corticali superiori colpite dalla demenza piuttosto che l'individuo stesso. Qui la persona è al centro: questo intervento considera la storia di vita, le capacità conservate, gli interessi e gusti personali, e cura un clima di rispetto, di appartenenza al gruppo, di divertimento. Inoltre, gli esercizi per l'orientamento, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive e per la stimolazione cognitiva globale sono proposti in modo tale da evitare il più possibile che le persone con demenza si percepiscano non competenti. Una continuità tra una seduta e l'altra, due livelli di difficoltà in funzione della fase lieve e moderata di demenza, la possibilità di scelta, la presentazione multi-sensoriale degli stimoli e l'uso di suggerimenti nel richiamo, l'invito di esprimere opinioni piuttosto che fatti, sono alcune delle strategie per raggiungere "con delicatezza" quest'obiettivo.

Essendo la Terapia di Stimolazione Cognitiva un trattamento vero e proprio, vanno rispettati alcuni accorgimenti di natura metodologica. Pur essendo applicabile in tanti luoghi di cura non tutte le persone con demenza sono eleggibili; gravi deficit sensoriali, fisici e di linguaggio, una scarsa consapevolezza di malattia e la presenza di alcuni comportamenti dirompenti costituiscono criteri di esclusione. Questo significa la necessità di una valutazione multidimensionale preliminare della persona,

esplorando i domini principali della demenza (funzioni cognitive e abilità funzionali per la stadiazione della malattia, comportamento, affettività e emozioni, consapevolezza, comorbilità organica e psichiatrica, qualità di vita e farmacoterapia), integrata da informazioni fornite dal caregiver (storia di vita, rapporti interpersonali e funzionamento sociale, qualità di vita *informant-based*, preferenze ecc.). Parte di questa valutazione va ripetuta a fine programma base o di mantenimento e, cosa importante, da personale non direttamente coinvolto nell'intervento per la verifica più imparziale possibile dell'effetto terapeutico. Invece, è a cura del conduttore di compilare al termine di ogni seduta una griglia di monitoraggio del trattamento che comprende, oltre alla presenza ("niente su di me senza di me"), il grado di interesse, comunicazione, divertimento e dell'umore che permetta una precoce individuazione di un soggetto *non responder*.

È ovvio che non è sufficiente la sola Terapia di Stimolazione Cognitiva, ma va combinata con altri interventi psico-sociali quali la terapia occupazionale, la musicoterapia, la stimolazione multisensoriale, l'esercizio fisico e con attività a mediazione artistica, di animali e cose, con frequenza e intensità commisurate alla fase della malattia, alle problematiche fisiche, comportamentali e emozionali e ai bisogni e desideri della persona con demenza.

Ricordatevi sempre, non arrecate ulteriore stress alle persone con demenza che vivono quotidianamente una condizione di *per sé* stressante nell'affrontare faticosamente la propria malattia!

*Luc Pieter De Vreese*  
Programma Aziendale Demenze – ASL di Modena

---

È indubbio che fino a un decennio fa la stimolazione cognitiva abbia generato non poche perplessità sul piano della reale efficacia, soprattutto per la mancanza di dati sulle possibili modificazioni strutturali del cervello alla base dei risultati clinici. Ora queste perplessità sembrano lasciare il posto a qualche certezza in più soprattutto grazie a protocolli sperimentali applicati sull'animale di laboratorio e alle nuove tecniche di neuroimaging.

Nel 2011 il NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) sosteneva che in assenza di evidenze cliniche sul reale effetto delle terapie farmacologiche, l'aggiunta di interventi psicologici poteva risultare efficace sui vari aspetti cognitivi e comportamentali dei pazienti affetti da demenza.

Teoricamente qualsiasi intervento di tipo cognitivo-comportamentale trova il suo substrato nel concetto di plasticità neuronale cioè nella capacità da parte del cervello di adattare la sua organizzazione strutturale in risposta alle modificazioni ambientali e più precisamente attraverso un incremento delle ramificazioni dendritiche e un rimodellamento sinaptico.

Anche una semplice attività fisica può condizionare la plasticità neuronale, come dimostrato nei ratti in cui le modificazioni a livello ippocampale sono più evidenti con l'aumento del carico fisico, mentre nell'uomo sembra ridurre il rischio di demenza del 28%. Quest'aspetto assume ancor maggior interesse se studiato con le moderne tecniche di neuroimaging, da cui emerge come il carico di amiloide (prodotto proteico presente in misura abbondante sotto forma di placche nel cervello dei pazienti con demenza di Alzheimer), sia maggiore nei soggetti con scarsa attività rispetto a quelli che hanno una vita attiva.

Che la combinazione di una vita ricca di stimoli culturali e di attività fisica abbia ricadute positive nell'organizzazione del cervello è stato ulteriormente dimostrato da recenti studi sul sistema funzionale "Default Mode Network" (DMN). Mentre nell'anziano si osserva una riduzione della funzionalità dei circuiti compresi nel DMN, la stimolazione cognitiva insieme all'attività fisica, sembrano contrastare la difettosa funzionalità in sede frontale e nella corteccia del cingolo posteriore.

Quindi, ben venga quest'ulteriore iniziativa per "rimettere in moto le nostre sinapsi".

*Paolo Caffarra*  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma,  
Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, AUSL, Parma

# Introduzione al Manuale

## 1. La demenza

La demenza da Malattia di Alzheimer (MA) rappresenta la forma più frequente di demenza, caratterizzata dalla perdita progressiva delle funzioni cognitive, quali memoria, linguaggio, attenzione, abilità prassico-costruttive, tale da interferire con il normale svolgimento delle attività funzionali della vita quotidiana (Tarditi *et al.*, 2009; McKhann *et al.*, 2011). La persona che vive con demenza può incontrare difficoltà cognitive nell'imparare e ricordare nuove informazioni, eseguire compiti complessi, nel ragionamento, nell'orientamento nel tempo e nello spazio, nell'eloquio spontaneo con difficoltà nel recupero delle parole e dei nomi.

I deficit cognitivi che caratterizzano la demenza possono determinare, già nelle fasi iniziali della malattia, importanti limitazioni nella possibilità di condurre una vita autonoma. Tale disabilità è in parte la diretta conseguenza del danno neurofunzionale e in parte è aggravata dalla situazione di svantaggio in cui la persona con demenza viene a trovarsi, quali isolamento, diminuzione degli interessi e delle attività personali, del livello di stimolazione cognitiva e sociale.

Sebbene i sintomi cognitivi rappresentino il criterio principale per la diagnosi di demenza, durante tutto il decorso della malattia possono insorgere importanti modificazioni psicologiche e comportamentali (*Behavioral and Psychological Symptoms*, BPSD) di tipo affettivo (depressione, ansia, irritabilità), psicotico (deliri, allucinazioni), o disturbi della condotta (sonno, alimentazione) e comportamentali (aggressività, disinibizione, affaccendamento, *wandering*, stereotipie). Tali disturbi psicologici e comportamentali ricadono negativamente sul benessere e sulla qualità di vita della persona con demenza, e sono rilevanti fonti di stress per il caregiver (formale – operatori – o informale – familiari –) che assiste la persona con demenza.

## 2. Intervenire nelle demenze

A oggi non esiste una cura efficace e *disease-modifying* per la demenza, che modifichi la malattia e ne inverta il decorso, sebbene le attuali terapie farmacologiche

siano efficaci nel rallentare la progressione di malattia. Negli ultimi anni numerosi studi hanno evidenziato l'importanza delle terapie non-farmacologiche nelle demenze (Fagherazzi *et al.*, 2009), che comprendono approcci cognitivi, quali la terapia di stimolazione cognitiva (*Cognitive Stimulation Therapy*) (Spector *et al.*, 2003), approcci multi-strategici, quali la terapia di orientamento alla realtà (*Reality Orientation Therapy*), terapia di validazione, terapia di reminiscenza (Onder *et al.*, 2005) e approcci comportamentali e ambientali, quali musicoterapia, aromaterapia e fototerapia.

Tra i diversi interventi attuati nell'ambito delle demenze, la stimolazione cognitiva ha mostrato evidenze di efficacia terapeutica nel trattamento di persone con demenza da MA soprattutto nelle fasi iniziali della malattia (Buschert *et al.*, 2010).

### **3. La *Cognitive Stimulation Therapy* (CST)**

A fronte delle diverse metodiche di stimolazione cognitiva disponibili e dell'assenza di protocolli di trattamento condivisi e strutturati, la Terapia di Stimolazione Cognitiva (*Cognitive Stimulation Therapy* – CST; Spector *et al.*, 2003; [www.cstdementia.com](http://www.cstdementia.com); vedi [www.cst-it.com](http://www.cst-it.com)) rappresenta a oggi uno dei trattamenti psicosociali validati e strutturati in sessioni a tema di stimolazione delle funzioni cognitive (Spector *et al.*, 2006).

La CST è un trattamento breve per persone con una demenza lieve-moderata ed è stata proposta in seguito a una valutazione approfondita di efficacia emersa da numerose ricerche, quindi può essere considerato un trattamento “evidence-based” ossia basato su evidenze empiriche.

Le basi della stimolazione cognitiva si fondano sull'evidenza che la mancanza di attività cognitiva accelera il declino cognitivo nell'invecchiamento normale così come nella demenza (Breuil, 1994; Small, 2002). Clare *et al.* (2004), hanno definito la stimolazione cognitiva come il coinvolgimento in una serie di attività e di discussioni (solitamente in gruppo) per un miglioramento generale del livello di funzionamento cognitivo e sociale. In particolare, le attività finalizzate alla ri-attivazione e potenziamento del funzionamento cognitivo e sociale, includono in ogni sessione la discussione circa informazioni di attualità e l'orientamento spazio-temporale.

La CST utilizza gli aspetti positivi e efficaci della terapia di orientamento alla realtà, mantenendo la persona al centro e stimolando le relazioni tra le persone, sia tra i membri del gruppo che con i conduttori (Spector, 2001; Woods, 2002). Per favorire i benefici terapeutici e per massimizzare le risorse della persona, è molto importante che la stimolazione si svolga in un clima di rispetto e di divertimento, promuovendo il coinvolgimento, l'inclusione e la socializzazione, attraverso l'instaurarsi e il rafforzarsi delle relazioni sociali, di ogni persona che vi partecipa. La CST prevede continuità e coerenza tra le sessioni, al fine di permettere alla persona di seguire il trattamento, rafforzare i processi cognitivi e aumentare la consapevolezza

personale. Tale intervento si basa su un approccio centrato sulla persona e sui suoi bisogni, in cui all'interno di una stessa sessione a tema vengono proposte diverse tipologie di attività. Inoltre, il grado di difficoltà degli esercizi viene adattato in base al funzionamento cognitivo e agli interessi di ogni partecipante.

La CST propone attività ed esercizi a tema con lo scopo sia di rafforzare le informazioni di base della persona rispetto alle coordinate spazio-temporali e alla storia personale, sia di indurre una ri-attivazione delle funzioni cognitive come la memoria, il linguaggio e il problem-solving (Spector *et al.*, 2003). È un intervento che si basa infatti sull'apprendimento esperienziale multisensoriale per promuovere i processi di memoria, è focalizzato sulle difficoltà quotidiane, utilizza un apprendimento implicito con materiale "familiare" e la ripetizione e il consolidamento di informazioni sul "sé", sulla propria vita e sul proprio mondo (o sistema di valori) essenziali (reminiscenza). Non ultimo utilizza l'intuizione e il processo psicologico di reciprocità con cui le persone con demenza e coloro che se ne prendono cura imparano gli uni dagli altri.

Le attività che sono proposte in ogni sessione, hanno come obiettivo quello di potenziare il funzionamento cognitivo generale, piuttosto che potenziare un'unica specifica abilità, e sono tipicamente condotte in gruppo per migliorare la socialità. Il programma base della CST include 14 sessioni bisettimanali con attività a tema che sono portate avanti nel corso di un periodo di sette settimane, mentre il programma di Mantenimento della CST (MCST) prevede 24 sessioni con cadenza settimanale. Il programma prevede che ci siano due conduttori per ogni gruppo, che possono essere membri dello staff o volontari.

#### 4. Efficacia della CST

Nello scenario inglese sono presenti numerose evidenze di efficacia della CST (Cove *et al.*, 2014). Studi randomizzati controllati hanno confermato l'efficacia della CST, mostrando miglioramenti nel funzionamento cognitivo globale, valutato attraverso il Mini-Mental State Examination (MMSE) e l'Alzheimer Disease Assessment Scale-Cognition (ADAS-cog), ma anche nella qualità di vita delle persone con demenza (Spector *et al.*, 2003; Aguirre *et al.*, 2013).

In particolare uno studio multicentrico randomizzato controllato, che ha coinvolto 201 persone inglesi con demenza di grado moderato, non solo ha confermato l'efficacia della CST, ma ha dimostrato che i risultati raggiunti con la stessa sono del tutto sovrapponibili a quelli mostrati con i farmaci anticolinesterasici (Spector *et al.*, 2003). In un successivo studio sono state proposte a un sottogruppo di persone con demenza (gruppo sperimentale) delle sessioni di mantenimento della stimolazione cognitiva per ulteriori sedici settimane. I risultati hanno mostrato solo nel gruppo sperimentale, ma non nel gruppo di controllo, un mantenimento delle prestazioni cognitive. Tali dati suggeriscono l'importanza di proporre anche un programma di mantenimento della CST per massimizzarne i benefici (Orrell *et al.*, 2005).