

La Terapia di Stimolazione Cognitiva: un intervento efficace per soggetti con declino cognitivo lieve

Data di inserimento	08/10/2026
Anno	2026
Descrizione dell'intervento	La Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST – Cognitive Stimulation Therapy) è un trattamento psicosociale breve, standardizzato e strutturato in sessioni tematiche, volto alla stimolazione e al potenziamento delle funzioni cognitive e sociali. L'intervento si basa su un approccio centrato sulla persona e sui suoi bisogni, utilizzando l'apprendimento esperienziale multisensoriale (verbale, visivo e multimodale). Le attività includono la discussione su notizie di attualità, l'orientamento spazio-temporale, e stimolazioni mirate alla memoria, al linguaggio e al problem-solving, integrando elementi della terapia di orientamento alla realtà (ROI – Reality Orientation Therapy), della reminiscenza (Reminiscence Therapy) e delle strategie di validazione. Il protocollo base prevede un programma di 14 sessioni bisettimanali condotte nell'arco di 7 settimane. Ciascun gruppo è guidato da due conduttori. Esiste inoltre un programma di Mantenimento (MCST) composto da 24 sessioni a cadenza settimanale, e una versione individualizzata (iCST) per lo svolgimento a domicilio con il coinvolgimento del caregiver. Il programma base della CST è stato ufficialmente tradotto in Italia da Pradelli et al. (2008).
Popolazione target	Persone con una diagnosi di demenza di grado lieve-moderata (ad esempio, demenza da malattia di Alzheimer, specialmente nelle fasi iniziali).
Potenziale bacino di utenza	Tutti i soggetti residenti sul territorio affetti da decadimento cognitivo di grado lieve o moderato. I dati epidemiologici sulla popolazione italiana aggiornati al 2023 stimano che ci siano oltre 1.000.000 di persone affette da demenza. Non sono presenti dati specifici sullo stato di gravità della patologia (Ministero della Salute, 2023).
Equità	L'intervento è idealmente accessibile a tutti i pazienti che afferiscono ai servizi specialistici. La disponibilità del protocollo domiciliare individualizzato (iCST) permette di superare le barriere logistiche legate agli spostamenti fuori casa e alla perdita di autonomia, garantendo l'accesso anche a chi ha difficoltà a raggiungere i centri territoriali.
Operatori coinvolti	Conduttori del gruppo: due operatori per sessione, che possono essere membri dello staff specialistico strutturato (psicologi, educatori, altri professionisti sanitari) o volontari appositamente formati.

Efficacia teorica	Numerosi studi clinici randomizzati controllati (RCT) ne dimostrano l'efficacia sul funzionamento cognitivo globale, valutato tramite test standardizzati (Mini-Mental State Examination – MMSE e Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive subscale – ADAS-cog), e sulla qualità della vita (Spector et al., 2003; Aguirre et al., 2013). In particolare, uno studio multicentrico RCT ha evidenziato che i benefici cognitivi della CST sono del tutto sovrapponibili a quelli mostrati con i farmaci anticolinesterasici (Spector et al., 2003). Il trattamento favorisce il miglioramento di alcune funzioni cognitive specifiche quali la memoria, la comprensione verbale e l'orientamento, aumentando il livello di autostima della persona e riducendo la tendenza all'isolamento (Spector et al., 2003; Hall et al., 2013), oltre ad agire sul controllo e sulla riduzione dei sintomi comportamentali e psicologici (Woods et al., 2006). I programmi di mantenimento (MCST) garantiscono il mantenimento e il consolidamento a lungo termine di tali benefici cognitivi e funzionali (Orrell et al., 2005; Aguirre et al., 2011; Orrell et al., 2014).
Forza dell'evidenza	Il trattamento è raccomandato formalmente dalle linee guida internazionali del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2006) sul trattamento della demenza per le persone con demenza lieve-moderata, indipendentemente dalla cura farmacologica ricevuta. È supportato da revisioni, analisi costi-benefici favorevoli (D'Amico et al., 2015) e da consensus e linee guida nazionali (Caltagirone et al., 2005; Vasse et al., 2012).
Determinanti della copertura e dell'impatto	- Accuratezza della valutazione approfondita iniziale per l'eleggibilità del paziente; - Continuità e coerenza tra le sessioni per favorire il consolidamento delle informazioni; - Mantenimento di un clima di rispetto, divertimento e inclusione nel gruppo; - Aderenza dei facilitatori al manuale e al protocollo strutturato; - Integrazione del programma di mantenimento (MCST) dopo le 14 sessioni base.
Modalità di implementazione	Le modalità di implementazione sono riportate nel manuale italiano della Cognitive Stimulation Therapy (CST), basato sul programma <i>Making a Difference</i> (Spector et al., 2006), e dalle evidenze di efficacia in esso riportate. <i>Destinatari e reclutamento.</i> L'intervento si rivolge a persone con diagnosi di demenza di grado lieve (MMSE 19-24) o moderato (MMSE 14-18). È preferibile che i partecipanti siano nelle fasi iniziali della malattia di Alzheimer, in cui l'efficacia è maggiormente documentata (pp. 18, 35). Sono esclusi i soggetti con gravi deficit uditivi, visivi o fisici e quelli con gravi disturbi psicologici e comportamentali, che ne impedirebbero la partecipazione attiva (p. 35). La CST può essere offerta indipendentemente dalla terapia farmacologica in corso (p. 33). I gruppi devono essere omogenei per livello cognitivo e funzionale, tenendo conto dell'equilibrio tra i sessi e dell'assenza di conflitti tra i membri (p. 35). <i>Modalità di erogazione.</i> Il programma base prevede 14 sessioni a tema, con cadenza bisettimanale, nell'arco di sette settimane. Ogni gruppo comprende 5-6 partecipanti (pp. 19, 35). A questo si può aggiungere un programma di mantenimento (MCST) di 24 sessioni settimanali, raccomandato per preservare nel tempo i benefici ottenuti (p. 19). Per adattare le attività al livello cognitivo dei partecipanti sono previsti due livelli di difficoltà: il livello A per punteggi MMSE superiori a 19 e il livello B per punteggi tra 14 e 18 (p. 35). Ogni sessione include attività diverse, dalla meno alla più impegnativa. Prevede inoltre un momento iniziale di orientamento spazio-temporale e la discussione di notizie di attualità (pp. 18, 27, 31). Per garantire continuità e coerenza, le sessioni si svolgono sempre nella stessa stanza, che deve essere tranquilla e isolata. Iniziano e terminano in modo analogo, per esempio con una canzone o un'attività per rompere il ghiaccio (pp. 29, 35). <i>Risorse umane e formazione.</i> Ogni gruppo è condotto da due operatori, presenti a tutte le sessioni. Possono essere volontari oppure operatori sanitari o psicosociali, purché abbiano ricevuto una formazione appropriata e una supervisione (pp. 19, 33). È preferibile che i conduttori abbiano una buona conoscenza della demenza e delle modalità di cura delle persone che ne sono affette. Prima di ogni sessione devono rivedere i contenuti previsti e ricordare ai partecipanti le attività programmate (p. 33).

Risorse necessarie	- Manuale operativo della CST in lingua italiana con maggiori dettagli operativi per il programma base e per il programma di mantenimento MCST, o la versione per l'intervento individualizzato adattato da Borella e colleghi (2016); - Formazione specifica per i conduttori/facilitatori; - Materiale multisensoriale e familiare al soggetto come oggetti personali, stimoli visivi/multimediali, da utilizzare durante i workshop a tema; - Spazio idoneo per l'attività di gruppo o kit per la somministrazione domiciliare (iCST).
Fattibilità	L'intervento presenta un'alta fattibilità nel contesto italiano. Il programma base e di mantenimento (MCST) sono già stati tradotti e adattati, e l'efficacia del protocollo sul territorio nazionale è supportata da uno studio multicentrico randomizzato italiano (Capotosto et al., 2017). Recentemente, la robustezza scientifica della CST nel panorama italiano ha trovato una conferma grazie a una vasta revisione sistematica con meta-analisi (Desai et al., 2024), la quale ha incluso ben tre trial clinici controllati randomizzati (RCT) condotti in Italia, tra cui l'ampio studio multicentrico di Carbone et al. (2021) che ha coinvolto 225 partecipanti in 16 strutture nazionali. In termini di efficacia, l'analisi aggregata di questi studi internazionali e italiani ha dimostrato in modo robusto che la CST produce miglioramenti significativi nella cognizione globale, nelle abilità linguistiche e nella memoria di lavoro (working memory). Sul piano psicologico e del benessere, l'intervento si è rivelato efficace nel ridurre in modo significativo i sintomi depressivi e i disturbi neuropsichiatrici, promuovendo al contempo un incremento della qualità della vita autoriferita dalle stesse persone con demenza.
Sostenibilità	L'analisi costi-benefici dimostra che la CST (specialmente il mantenimento) è un approccio economicamente vantaggioso se rapportato all'impatto positivo sulla qualità di vita e sul ritardo del declino funzionale. L'impiego di volontari formati a supporto dello staff può ulteriormente ridurne i costi di gestione.
Barriere all'implementazione dell'intervento	- Difficoltà logistiche di spostamento per i pazienti con ridotta autonomia (superabili parzialmente con la iCST domiciliare); - Mancanza di uniformità metodologica sul territorio nazionale a causa di una precedente frammentazione dei protocolli (gap che la disponibilità di questo protocollo strutturato e validato lingua italiana mira a colmare); - Necessità di formare capillarmente il personale dei centri diurni e territoriali.
Accettabilità	L'approccio, incentrato sui principi di Cura Centrata sulla Persona e sulla valorizzazione delle risorse residue dell'individuo, risulta altamente accettabile sia per i pazienti (grazie al clima non giudicante e stimolante) sia per i caregiver, che beneficiano della riduzione dei disturbi comportamentali dei familiari e possono cooperare attivamente nella terapia domiciliare.

Bibliografia

- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., & Orrell, M. (2011). *Making a difference 2*. Hawker Publications.
- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). [Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials](#). *Ageing Research Reviews*, 12, 253–262.
- Caltagirone, C., Bianchetti, A., Di Luca, M., Mecocci, P., Padovani, A., Pirfo, E., Scapicchio, P., Senin, U., Trabucchi, M., & Musicco, M. (2005). [Guidelines for the treatment of Alzheimer's disease from the Italian Association of Psychogeriatrics](#). *Drugs & Aging*, 22, 1–26.
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., & Borella, E. (2017). [Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia](#). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 331–340.
- Carbone, E., Gardini, S., Pastore, M., Piras, F., Vincenzi, M., & Borella, E. (2021). [Cognitive stimulation therapy for older adults with mild-to-moderate dementia in Italy: Effects on cognitive functioning, and on emotional and neuropsychiatric symptoms](#). *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(9), 1700–1710.
- D'Amico, F., Rehill, A., Knapp, M., Aguirre, E., Donovan, H., Hoare, Z., Hoe, J., Russell, I., Spector, A., Streater, A., Whitaker, C., Woods, R. T., & Orrell, M. (2015). [Maintenance Cognitive Stimulation Therapy: An economic evaluation within a randomized controlled trial](#). *Journal of the American Medical Association*, 16, 63–70.
- Desai, R., Leung, W. G., Fearn, C., John, A., Stott, J., & Spector, A. (2024). [Effectiveness of Cognitive Stimulation Therapy \(CST\) for mild to moderate dementia: A systematic literature review and meta-analysis of randomised control trials using the original CST protocol](#). *Ageing Research Reviews*, 97, Article 102312.
- Hall, L., Orrell, M., Stott, J., & Spector, A. (2013). [Cognitive Stimulation Therapy \(CST\): Neuropsychological mechanisms of change](#). *International Psychogeriatrics*, 25, 479–489.
- Ministero della Salute. (2023, 20 settembre). [Dati epidemiologici](#).
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., & Woods, B. (2005). [A pilot study examining the effectiveness of Maintenance Cognitive Stimulation Therapy \(CST\) for people with dementia](#). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 446–451.
- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., ... & Russell, I. (2014). [Maintenance Cognitive Stimulation Therapy for dementia: Single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial](#). *The British Journal of Psychiatry*, 204, 454–461.
- Pradelli, S., Faggian, S., & Pavan, G. (2008). *Protocolli di intervento per le demenze. Terapie farmacologiche e cognitivo-comportamentali per fronteggiare i sintomi del deterioramento*. FrancoAngeli.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). [Efficacy of an evidence-based Cognitive Stimulation Therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial](#). *The British Journal of Psychiatry*, 183, 248–254.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B., & Moniz-Cook, E. (2012). [Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: A European survey and comparison](#). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 40–48.
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2006). [Improved quality of life and Cognitive Stimulation Therapy in dementia](#). *Ageing & Mental Health*, 10, 219–226.
- Manuale italiano**
- Gardini, S., Pradelli, S., Faggian, S., & Borella, E. (2021). *La terapia di stimolazione cognitiva: Un intervento efficace per la persona con demenza: Programma base e di mantenimento della cognitive stimulation therapy (CST)*. FrancoAngeli.

Programma predefinito di
riferimento *

Prevenzione nella gestione integrata della cronicità

Livello di prevenzione **	Terziaria
Parole chiave	- demenza - anziani - fragilità -
Aree di intervento	- salute mentale -
Setting	- Residenze sanitarie per anziani -
Sintesi e traduzione	Sintesi e traduzione a cura di Marco Martorana, Università del Piemonte Orientale Revisione a cura di Rita Longo, Dors

* I Piani Regionali di Prevenzione 2026-2031 sono organizzati in Programmi Predefiniti (PP). Il PP, definito coerentemente alla specificità e all'analisi del contesto regionale, è l'elemento fondamentale di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP e deriva direttamente dagli orientamenti e dalle priorità nazionali.

** La prevenzione delle malattie descrive le misure finalizzate a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio, a prevenire l'insorgenza delle malattie, ad arrestare l'evoluzione di una malattia già insorta e a ridurne le conseguenze.

La prevenzione **primaria** è volta a diminuire la prevalenza dei fattori di rischio comuni ad una serie di malattie (come il consumo di tabacco e di alcol, l'obesità e l'ipertensione), al fine di prevenire l'insorgere precoce di un disturbo, per esempio attraverso dei consigli su come modificare un comportamento. Potrebbe anche comprendere delle azioni che contrastano le condizioni ambientali, economiche e sociali che notoriamente aumentano questi rischi.

La prevenzione **secondaria** è volta a diagnosticare precocemente le malattie già esistenti, nella prospettiva di arrestare o ritardare le malattie stesse e i loro effetti, per esempio attraverso programmi di screening e di diagnosi precoce, come i controlli periodici.

La prevenzione **terziaria** generalmente si riferisce alle strategie di gestione delle malattie e/o alla riabilitazione, volte ad evitare o ridurre il rischio di peggioramento o di complicanze da malattia conclamata, per esempio attraverso l'educazione del paziente e la fisioterapia.

Fonte: Glossario OMS, 2021