



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

**LA CURA DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO AFFETTO
DA MORBO DI ALZHEIMER: UTILITA' DEI TRATTAMENTI
NON FARMACOLOGICI E RUOLO DELL'INFERMIERE.
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott.ssa Imoscopi Alessandra

Laureanda: Menon Alice

(Matricola n°. 2013680)

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Background: dato il progressivo invecchiamento delle popolazioni, la demenza è una patologia in crescente e costante aumento, tanto da essere definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Alzheimer Disease International una priorità mondiale di salute pubblica. In particolare, tra le varie forme di demenza, la più diffusa risulta essere il morbo di Alzheimer. La patologia ha un notevole impatto sulla vita delle persone affette, sui familiari e caregivers e sui professionisti socio-sanitari che assistono gli anziani affetti da demenza nelle strutture residenziali (Case di Riposo, Residenze Sanitarie Assistite, Centri Servizi). Molti anziani istituzionalizzati, anche dopo la fase di "ambientamento" al nuovo contesto di vita presso queste strutture, continuano a manifestare forme di disagio che possono esprimersi anche attraverso i disturbi comportamentali. Attualmente la cura di questa patologia prevede l'uso e spesso la combinazione di trattamenti farmacologici e non farmacologici.

Obiettivi: gli obiettivi di questa tesi sono quelli di indagare l'importanza delle terapie non farmacologiche a supporto della cura dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer e la loro possibile utilità nella gestione della quotidianità dei pazienti e di valutare i ruoli dell'infermiere nella promozione di questi trattamenti.

Metodi: la ricerca bibliografica è stata condotta sulla banca dati online PubMed, sono state inoltre analizzati documenti tratti da siti web (motore di ricerca: Google) ed ha avuto come oggetto le terapie non farmacologiche nella cura della demenza di Alzheimer. Più in particolare, l'analisi si è concentrata sui trattamenti che possono essere utili alla gestione dei malati e sul ruolo dell'infermiere nella promozione ed implementazione degli stessi, nell'ottica di un'assistenza sempre più integrata e personalizzata per l'anziano.

Risultati: possiamo affermare che i trattamenti non farmacologici a supporto dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer sono ancora poco conosciuti ed applicati a fronte di una loro potenziale utilità per il paziente, i suoi familiari e le equipe di cura. La conoscenza di questi trattamenti complementari e la loro promozione da parte degli infermieri possono permettere di personalizzare ulteriormente l'assistenza quotidiana ai pazienti istituzionalizzati affetti da morbo di Alzheimer, al fine di migliorare il benessere e la qualità di vita di questa popolazione anziana particolarmente fragile.

Conclusioni: dalla ricerca si possono ricavare consigli pratici per l'assistenza ai pazienti anziani affetti dal morbo di Alzheimer accolti nelle strutture residenziali, contesti di vita in cui l'infermiere svolge ruoli di primaria importanza nella programmazione dell'assistenza e nella valutazione del paziente e degli interventi assistenziali, con l'obiettivo di promuovere un ambiente più sereno e favorevole alla cura.

Keywords: "Morbo di Alzheimer", "paziente istituzionalizzato", "vissuti psicologici", "art therapy", "pet therapy", "music therapy", "motor activity", "physical activities", "doll therapy", "horticultural therapy", "aroma therapy" e "Snoezelen room".

INDICE

Introduzione	1
1. Il Morbo di Alzheimer:	
1.1 Epidemiologia ed eziopatogenesi	3
1.2 Cause e fattori di rischio	4
1.3 Manifestazioni cliniche e diagnosi	7
1.4 Fasi di malattia	10
2. Il paziente anziano istituzionalizzato:	
2.1 I fattori determinanti l'istituzionalizzazione	13
2.2 Cenni sul vissuto psicologico e sui bisogni dei pazienti e dei familiari	14
3. Materiali e metodi:	
3.1 Stesura del quesito in forma narrativa	17
3.2 Metodo PIO	17
3.3 Keywords.....	17
3.4 Stringhe di ricerca.....	17
3.5 Fonti dei dati.....	18
3.6 Criteri di selezione del materiale	18
4. Risultati di ricerca:	
4.1 Principali evidenze scientifiche delle terapie non farmacologiche:	21
a) Art therapy (18)	21
b) Pet therapy (3)	22
c) Musicoterapia (2).....	23
d) Attività motoria (1).....	23
e) Altre terapie (11).....	24
4.2 Il ruolo dell'infermiere nelle terapie non farmacologiche di supporto ai pazienti affetti da Morbo di Alzheimer	25

5. Discussione e conclusioni:

5.1 Analisi critica degli studi.....	31
5.2 Limiti riscontrati.....	31
5.3 Implicazioni pratiche.....	31
5.4 Conclusioni.....	32

Bibliografia e sitografia

INTRODUZIONE

La scelta di questo argomento è nata dalla curiosità di indagare l'assistenza agli anziani fragili affetti da demenza accolti nelle strutture residenziali, con particolare interesse alle terapie complementari a quella farmacologica. Mi interessava inoltre valutare come l'infermiere può promuovere queste terapie e diffonderle ad altri professionisti dell'equipe, poiché questo approccio rappresenta anche per l'infermiere la possibilità di esprimersi in attività e competenze che vanno oltre l'assistenza infermieristica di routine.

Le terapie non farmacologiche a supporto delle demenze sono a tutt'oggi un argomento poco conosciuto e poco indagato. È importante conoscerne ed evidenziarne le particolarità ed i benefici poiché possono essere uno strumento importante per l'assistenza ai malati. In questa revisione della letteratura il soggetto è il paziente affetto da Morbo di Alzheimer accolto nelle residenze sanitarie assistenziali. Sono state indagate le principali terapie non farmacologiche più conosciute allo stato attuale: art therapy, pet therapy, musicoterapia ed attività motoria. In aggiunta si è voluto illustrare anche le terapie emergenti: doll therapy, aromaterapia, horticultural therapy e la stanza snoezelen.

In questa revisione della letteratura si è cercato di confermare l'importanza delle terapie non farmacologiche che, in aggiunta a quelle farmacologiche, possono avere effetti positivi sulla quotidianità dell'assistenza al paziente anziano affetto da morbo di Alzheimer quali ad esempio la promozione della partecipazione alla cura da parte del paziente e della famiglia, il miglioramento delle relazioni e della comunicazione e la riduzione dei disturbi comportamentali associati alla demenza.

La tesi si articola in cinque capitoli: il primo presenta la malattia di Alzheimer, i segni ed i sintomi, le cause e le fasi di malattia. Il secondo tratta il tema dell'istituzionalizzazione con particolare riferimento al vissuto psicologico dell'anziano. Il terzo presenta il metodo di ricerca usato per la ricerca bibliografica inerente agli argomenti oggetto di indagine. Il quarto riporta le evidenze scientifiche emerse a supporto delle terapie non farmacologiche e del ruolo dell'infermiere. Nel quinto infine sono riportati l'analisi critica degli studi, i limiti trovati nello svolgimento della ricerca, le implicazioni utili ed applicabili alla pratica clinica e le conclusioni.

CAPITOLO 1

IL MORBO DI ALZHEIMER

1.1 Epidemiologia ed eziopatogenesi

Il Morbo di Alzheimer (Alzheimer's Disease, AD) è una patologia neurodegenerativa a decorso cronico e progressivo che prende il nome da Alois Alzheimer, neurologo tedesco che per la prima volta nel 1907 ne descrisse i sintomi e gli aspetti neuropatologici. All'esame autoptico, il medico notò segni particolari nel tessuto cerebrale di una donna che era morta in seguito a una insolita malattia mentale. Infatti, evidenziò la presenza di agglomerati, in seguito definiti placche amiloidi, e di fasci di fibre aggrovigliate, i viluppi neuro-fibrillari. Oggi le placche formate da proteine amiloidi e i viluppi, vengono considerati gli effetti sui tessuti nervosi di una malattia di cui, nonostante i grossi sforzi messi in campo dalla ricerca nel tempo, ancora non si conoscono a fondo le cause. Nei pazienti affetti da demenza di Alzheimer si osserva una perdita di cellule nervose nelle aree cerebrali vitali per la memoria e per altre funzioni cognitive ("Malattia di Alzheimer" – epicentro.iss.it). Si riscontra, inoltre, un basso livello di quelle sostanze chimiche, come l'acetilcolina, che lavorano come neurotrasmettitori e sono quindi coinvolte nella comunicazione tra le cellule nervose. La demenza di Alzheimer (AD) è la forma più comune di demenza (circa il 60%) ed è provocata da una alterazione delle funzioni cerebrali che implica serie difficoltà ingravescente per il paziente nel condurre le normali attività quotidiane. La malattia colpisce la memoria e le funzioni cognitive, si ripercuote sulla capacità di parlare e di pensare e può causare anche altri problemi fra cui stati confusionali, cambiamenti di umore e disorientamento spazio-temporale ("Patologie Psicogeriatriche" – neomesia.com). La demenza di Alzheimer ha in genere un inizio subdolo: i malati cominciano a sviluppare deficit mnesici e nelle fasi più avanzate di malattia non riconoscere nemmeno i familiari e hanno quindi bisogno di aiuto ed assistenza anche per le attività quotidiane più semplici.

La demenza è una malattia in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da Alzheimer Disease International una priorità mondiale di salute pubblica. Attualmente si stima che nel mondo oltre 55 milioni di persone convivono con una demenza: i dati del Global Action Plan 2017-2025 dell'OMS indicano che nel 2015 la demenza ha colpito 47 milioni persone in tutto il mondo, una cifra che si prevede aumenterà a 75 milioni entro il 2030 e 132 milioni

entro il 2050, con circa 10 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 3 secondi). La stima dei costi correlata ammonta ad oltre 1 trilione di dollari all'anno, con un incremento progressivo e una continua sfida per i servizi sanitari.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la Malattia di Alzheimer e le altre demenze rappresentano la 7^a causa di morte nel mondo (“Domande e risposte Demenze” – salute.gov.it). Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno è di dimensioni allarmanti. Si prevede dunque che le demenze diventeranno sempre più, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica.

La demenza di Alzheimer si manifesta in una persona su 20 oltre i 65 anni (1 su 100 tra i 65 e 74 anni, 1 su 14 tra 75 e 85 anni e 1 su 5 oltre gli 85).

La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali. In Italia, secondo le proiezioni demografiche, nel 2051 ci saranno 280 anziani ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età, comprese le demenze. Attualmente infatti, il numero totale dei pazienti affetti da demenza è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo (“Dati epidemiologici” – salute.gov.it). Per quanto riguarda le terapie farmacologiche, sebbene ad oggi sono in corso numerosi progetti di ricerca per individuare terapie efficaci nella cura della demenza, gli interventi attualmente disponibili non risultano ancora risolutivi. Sono inoltre disponibili e ben noti in letteratura interventi non farmacologici a supporto della cura del paziente affetto da demenza e della sua famiglia, nell'ottica di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale che deve necessariamente essere quanto più possibile integrata, al fine di definire percorsi assistenziali personalizzati.

1.2 Cause e fattori di rischio

Attualmente, la causa dell'Alzheimer non è conosciuta, ma negli anni sono stati identificati diversi fattori di rischio che ne aumentano la probabilità di sviluppare la malattia. Sulla base delle attuali conoscenze si ritiene che le alterazioni biologiche associate all'Alzheimer

iniziano circa 15-20 anni prima che i disturbi (sintomi) siano evidenti. Durante questo stadio, definito preclinico, nel cervello cominciano a comparire i cambiamenti strutturali dovuti alla perdita di neuroni.

Inizialmente, il processo degenerativo coinvolge alcune aree come l'ippocampo, una parte del cervello essenziale nella formazione della memoria, per estendersi successivamente in maniera diffusa alla corteccia cerebrale, la parte più esterna del cervello che controlla e integra le capacità cognitive, i movimenti volontari e le funzioni sensoriali. Le analisi delle alterazioni dei tessuti (analisi istopatologiche) eseguite post-mortem hanno rivelato una riduzione delle dimensioni di alcune parti del cervello (atrofia cerebrale), un aumento dell'ampiezza dei solchi che lo percorrono e del volume delle cavità presenti al suo interno, i ventricoli. A livello microscopico e cellulare sono presenti alcune alterazioni istologiche caratteristiche, come gli aggregati filiformi di proteina tau e i grovigli della proteina (o peptide) beta-amiloide (A β). Anche se non definitivamente accertato, si ritiene che l'accumulo di queste proteine sia la causa principale della perdita di neuroni nella malattia di Alzheimer.

I fattori di rischio riconosciuti, in grado di aumentare la probabilità che possa svilupparsi la malattia, sono (“Malattia di Alzheimer” – issalute.it):

- l'età (di fatto la vecchiaia di per sé non causa il morbo di Alzheimer ma rappresenta il maggiore fattore di rischio per la sua comparsa): il morbo di Alzheimer si manifesta in una persona su 20 oltre i 65 anni (1 su 100 tra i 65 e 74 anni, 1 su 14 tra 75 e 85 anni e 1 su 5 oltre gli 85);
- il genere: le donne sono maggiormente colpite dalla malattia (non se ne conosce ancora il motivo preciso);
- la storia familiare: solo nel 10% dei casi la malattia si verifica in più individui della stessa famiglia (familiarità). I familiari dei pazienti affetti da demenza di Alzheimer mostrano una maggiore probabilità di svilupparla ed il rischio aumenta se la malattia compare in diverse generazioni. I geni, le unità ereditarie fondamentali degli organismi viventi, localizzati in esatte posizioni all'interno del DNA, rappresentano il mezzo attraverso cui le caratteristiche ereditarie sono trasmesse all'interno di una famiglia. Dunque, anche i geni e le loro mutazioni, ossia le alterazioni che avvengono nella loro struttura, possono avere un ruolo nello sviluppo della demenza. Studi condotti su circa 600 famiglie nel mondo, hanno

rilevato come l'ereditarietà sia un fattore responsabile della trasmissione della malattia nelle varie generazioni. Si tratta dell'Alzheimer di tipo familiare, forma molto rara in cui una mutazione viene "trasmessa" con il DNA da genitore a figlio. Le persone con queste forme di malattia tendono a sviluppare la malattia molto presto, intorno ai 30, 40 o 50 anni di età. Studi sulle famiglie colpite hanno dimostrato che la malattia è determinata da una mutazione in uno dei seguenti geni: il gene APP, dà le istruzioni per la produzione della proteina precursore dell'amiloide e può essere presente sul cromosoma 21; i geni PSEN-1 e PSEN-2, danno le istruzioni per la produzione, rispettivamente, delle proteine presenilina 1 (PS-1) e presenilina 2 (PS-2), presenti, rispettivamente, sul cromosoma 14 e sul cromosoma 1. Nei casi di Alzheimer familiare, il figlio di un genitore malato possiede il 50% di possibilità di ereditare la mutazione.

Un importante fattore di rischio è il sesso femminile: c'è un'associazione tra la malattia e gli estrogeni (gli ormoni femminili). La riduzione del livello degli estrogeni associata alla menopausa è un fattore di rischio ed uno studio ha evidenziato che questi stessi ormoni potrebbero favorirne l'insorgenza. Gli estrogeni tendono infatti a sfavorire nelle donne l'utilizzo dell'ippocampo, deputato appunto alla formazione della memoria a lungo termine e all'orientamento spaziale. Il suo minore utilizzo potrebbe essere alla base di una sua maggiore vulnerabilità agli effetti dell'invecchiamento, tra i quali la riduzione di volume e la formazione di placche. Il calo degli estrogeni, determina poi maggiore vulnerabilità nelle donne perché questi ormoni svolgono una funzione protettiva contro la morte cellulare e l'infiammazione che favorisce la formazione di placche di Beta amiloide, il cui accumulo è tra le cause della patologia ("Alzheimer e donne: perché sono più colpite?" – spezzalindifferenza.it);

- altri fattori di rischio: sindrome di Down, traumi cranici, geni di rischio e malattie già preesistenti. Le persone con la sindrome di Down sono particolarmente a rischio di sviluppare la demenza di tipo Alzheimer. La sindrome di Down è anche detta trisomia 21 per la presenza, nelle persone che ne soffrono, di tre copie del cromosoma 21 anziché due. Ciò determina anche la presenza di una copia in più del gene della proteina precursore dell'amiloide (APP) situata sul cromosoma 21. Una maggiore produzione dell'APP determina una maggiore formazione di placche

amiloidi e, per questo motivo, circa il 50% delle persone Down intorno ai 60 anni di età sviluppano la demenza di Alzheimer.

La presenza di geni di rischio, ovvero di forme diverse (alleli) di alcuni geni aumenta la probabilità di sviluppare la malattia, pur non essendo condizione necessaria e sufficiente affinché ciò avvenga. Il più conosciuto e studiato tra i geni che aumentano il rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer è il gene dell'apolipoproteina E, o APOE, situato sul cromosoma 19. Il gene APOE regola il metabolismo dei grassi (lipidi), incluso il colesterolo, ed esiste in tre differenti forme (alleli): epsilon (e)2, e3 ed e4. Ogni individuo possiede due copie del gene APOE e, quindi, nasce con la possibilità di avere una delle sei combinazioni possibili: e2/e2, e2/e3, e3/e3, e2/e4, e3/e4 o e4/e4. La combinazione APOE e4/e4 è associata con il più alto rischio di sviluppare l'Alzheimer.

La presenza invece di altre malattie (comorbidità) già preesistenti quali, ad esempio, il diabete, l'ipertensione, l'obesità, può favorire la comparsa dell'Alzheimer.

Si può dunque riassumere i fattori di rischio in due categorie: non modificabili e modificabili. Nel primo gruppo, ovvero quello dei fattori di rischio non modificabili vi sono l'età, il genere, la genetica e la familiarità. Nel secondo gruppo invece, ovvero quello dei fattori di rischio modificabili vi sono le malattie preesistenti come il diabete, l'ipertensione/ipotensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, gli stili di vita scorretti come ad esempio la scarsa attività fisica, l'alimentazione scorretta, la scarsa socializzazione e scolarizzazione ed i comportamenti non salutari (uso di alcool, fumo, sostanze tossiche) ("Quali sono i fattori di rischio per l'Alzheimer?" – spezzalindifferenza.it).

1.3 Manifestazioni cliniche e diagnosi

Il decorso della malattia di Alzheimer è lento e in media i pazienti possono vivere fino a 8-10 anni dopo la diagnosi della malattia. Questa demenza si manifesta all'inizio con lievi deficit di memoria, fino a concludersi con sintomi dovuti ai grossi danni ai tessuti cerebrali. La rapidità con cui i sintomi si manifestano e si acutizzano varia da persona a persona. Alcune espressioni dei deficit cognitivi possono essere: gravi perdite di memoria, porre più volte le stesse domande, perdersi in luoghi familiari, incapacità di seguire delle

indicazioni precise, disorientamenti sul tempo, sulle persone e sui luoghi, trascuratezza della propria sicurezza personale, igiene e nutrizione. I disturbi cognitivi possono, tuttavia, essere presenti anche anni prima che venga formulata una diagnosi di demenza di Alzheimer.

Il sintomo più precoce a cui bisogna prestare attenzione è dunque la perdita di memoria (dapprima in forma leggera e poco rilevabile, poi via via più marcata e grave). A questa manifestazione clinica, che diventa con il passare del tempo sempre più importante, solitamente si associano altri disturbi come: difficoltà nell'esecuzione delle normali attività quotidiane con conseguente perdita dell'autonomia, disturbi del linguaggio e impoverimento del linguaggio, disorientamento spaziale, disorientamento temporale, depressione, disturbi del sonno, disturbi comportamentali in stato più avanzato (agitazione, deliri e allucinazioni). Non è infrequente che la persona colpita da Alzheimer vada incontro ad alterazioni della personalità, mostrandosi ad esempio meno interessato ai propri hobby o al proprio lavoro (“Malattia di Alzheimer” – [humanitas,it](http://humanitas.it)).

Per quanto riguarda la difficoltà nell'esecuzione delle normali attività quotidiane con conseguente perdita dell'autonomia, si intende che la persona malata potrebbe non essere più in grado di eseguire oppure dimenticare come si eseguono semplici attività che caratterizzano la sua quotidianità come ad esempio lavarsi, mangiare, vestirsi, e per questo motivo necessita dell'aiuto di un caregiver o comunque di una figura di supporto che la aiuti e la segua nel momento in cui si presentassero queste difficoltà. I disturbi del linguaggio o impoverimento del linguaggio anch'essi sono dovuti ad una dimenticanza da parte del paziente di come ad esempio si formino determinate frasi, si chiamino certi oggetti o persone, anche familiari. Il disorientamento spaziale o temporale avviene nel momento in cui il paziente non riesce a riconoscere il luogo in cui si trova, il perché è in quel posto, in che giorno/mese/anno siamo o addirittura la sua stessa età. La depressione è una delle conseguenze più comuni di queste malattie cronico-degenerative proprio perché fa perdere la cognizione della persona, del luogo, del tempo e delle altre persone, creando confusione e senso di inappropriatazza che possono portare il malato all'isolamento e ad una deflessione del tono dell'umore. I disturbi del comportamento (ad esempio rabbia, agitazione, confusione, deliri ed allucinazioni) sono caratteristici del morbo di Alzheimer e possono essere esacerbati dall'insonnia e dallo scarso riposo.

La diagnosi di demenza di Alzheimer viene posta con relativa facilità da Medici esperti, quando il paziente mostra già dei sintomi e delle disabilità, cioè quando sono presenti delle difficoltà che interferiscono nello svolgimento delle attività quotidiane. Non esiste però alcuno specifico test che ci permetta di diagnosticare la malattia di Alzheimer.

La diagnosi di malattia viene posta sulla base di:

- esame clinico della persona (effettuato attraverso una dettagliata raccolta delle informazioni anamnestiche);
- esame neurologico;
- somministrazione di test cognitivi e neuropsicologici;
- tecniche di imaging (esecuzione di esami di neuroimmagine).

Non è possibile neppure diagnosticare la malattia quando ancora nessun disturbo di memoria o cognitivo si è manifestato.

All'interno della finestra delle lievi dimenticanze, è possibile effettuare degli specifici esami diagnostici che vanno alla ricerca dei cosiddetti marcatori di malattia. Tuttavia, come tutti gli esami medici, anche questi esami devono essere prescritti in circostanze ben definite che vengono chiarite all'interessato nel corso di una visita medica.

Gli studi più recenti hanno insegnato che è causata dall'accumulo nel cervello di due proteine neurotossiche, la beta amiloide ed i gomitoli/grovigli neurofibrillari. Anche se la relazione tra le due proteine non è completamente chiara, gli studi indicano che l'accumulo di beta-amiloide comincia tra i 15 e i 20 anni prima dell'insorgenza dei tipici disturbi di memoria, mentre l'accumulo di gomitoli neurofibrillari e la conseguente perdita di cellule nervose cominciano circa 10 anni prima dei sintomi. Queste proteine neurotossiche nel giro di pochi anni portano a gravi difficoltà nelle usuali attività della vita fino alla totale perdita dell'autosufficienza. È oggi possibile riconoscere quando si stanno accumulando beta amiloide e gomitoli neurofibrillari nel un cervello e porre diagnosi di malattia di Alzheimer quando il disturbo di memoria è ancora lievissimo e non disabilitante. Possono essere necessari esami strumentali e diagnostiche sofisticate quali la Risonanza Magnetica ad alta definizione, la Tomografia ad Emissione di Positroni con Fluorodesossiglucosio (FDG-PET), la Tomografia a Emissione di Positroni con tracciante per l'amiloide (Amyloid-PET) e una rachicentesi (puntura lombare) con dosaggio liquorale di beta amiloide e proteina tau ("La diagnosi precoce di Malattia di Alzheimer con i nuovi marcatori di neuroimmagine e biologici" – centroanziani.org).

1.4 Fasi di malattia

Il Morbo di Alzheimer può essere suddiviso in sette fasi, che si fondano su un sistema sviluppato da Barry Reisberg, M.D., direttore clinico del Dementia Research Center (Centro di Ricerca sull'Invecchiamento e la Demenza) della New York University School of Medicine ("Le fasi degenerative del morbo di Alzheimer" – stateofmind.it).

La Fase 1 è rappresentata dalla funzionalità normale in cui la persona non soffre di problemi di memoria. La visita effettuata presso un medico non mostra alcuna prova di sintomi di demenza.

La Fase 2 è rappresentata da un declino cognitivo molto lieve (è possibile che si tratti di normali cambiamenti legati all'età o dei primi segnali del morbo di Alzheimer): la persona potrebbe segnalare la sensazione di avere vuoti di memoria, dimenticando parole familiari o la posizione di oggetti di uso quotidiano. Tuttavia, nessun sintomo di demenza può essere rilevato nel corso di una visita medica oppure da amici, familiari o colleghi di lavoro.

La Fase 3 è rappresentata da un declino cognitivo lieve (il morbo di Alzheimer in fase precoce può essere diagnosticato con questi sintomi in alcune, ma non in tutte le persone) in cui amici, familiari o colleghi di lavoro iniziano a notare delle difficoltà. Nel corso di una visita medica accurata, i medici possono essere in grado di rilevare problemi di memoria o di concentrazione. Le difficoltà più comuni di questa fase includono: evidenti difficoltà a trovare la parola o il nome giusto, problemi a ricordare i nomi quando vengono presentate nuove persone, difficoltà notevolmente maggiori nello svolgere dei compiti in contesti sociali o di lavoro, dimenticare cose appena lette, perdere o non trovare un oggetto di valore, aumento dei problemi di programmazione o organizzazione.

La Fase 4 è rappresentata da un declino cognitivo moderato (morbo di Alzheimer lieve o in fase precoce). In questa fase una visita medica accurata dovrebbe poter rilevare chiari sintomi in diversi ambiti: dimenticanza di recenti eventi, compromissione della capacità di eseguire calcoli aritmetici mentali impegnativi (ad esempio, il contare a ritroso da 100 di sette in sette), maggiore difficoltà a svolgere compiti complessi (ad esempio, la pianificazione della cena per gli ospiti, il pagamento delle bollette o la gestione delle finanze), dimenticanza della propria storia personale, alterazioni del carattere soprattutto in occasione di situazioni socialmente o mentalmente impegnative.

La Fase 5 è rappresentata da un declino cognitivo moderatamente grave (morbo di Alzheimer moderato o in stadio intermedio). Le lacune nella memoria e nel pensiero

diventano evidenti, i malati hanno bisogno di aiuto o assistenza per svolgere le attività quotidiane. In questa fase, il paziente potrebbe: non essere in grado di ricordare il proprio indirizzo o numero di telefono oppure la scuola superiore o l'università presso la quale si è laureato, confondersi sul luogo in cui si trova o sul giorno attuale, avere problemi con l'esecuzione di calcoli aritmetici mentali meno impegnativi (ad esempio, il contare a ritroso da 40 di quattro in quattro, oppure da 20 di due in due), avere bisogno di aiuto per scegliere un abbigliamento adeguato per la stagione o per l'occasione, ricordare ancora particolari significativi su se stessi e la loro famiglia, non necessitare ancora di assistenza per mangiare o andare in bagno.

La Fase 6, è rappresentata da un declino cognitivo grave (morbo di Alzheimer moderatamente grave o in fase media). La memoria continua a peggiorare, possono aver luogo cambiamenti di personalità, può essere un notevole aiuto per svolgere le attività quotidiane. In questa fase, tali individui potrebbero: perdere la consapevolezza delle esperienze più recenti e di ciò che li circonda, ricordare il proprio nome ma avere difficoltà a ricordare la propria storia personale, distinguere i volti noti e non noti ma avere difficoltà a ricordare il nome di un coniuge o di una persona che l'assiste, avere bisogno di aiuto per vestirsi correttamente e in caso di mancato controllo compiere errori quali indossare il pigiama sopra i vestiti da giorno o indossare scarpe sul piede sbagliato, vivere l'esperienza di grandi cambiamenti nei modelli di sonno (dormire durante il giorno e diventare irrequieto di notte), avere bisogno di aiuto nel gestire certi dettagli dell'igiene personale (ad esempio, tirare lo sciacquone, pulirsi con la carta igienica o smaltirla correttamente), avere problemi sempre più frequenti nel controllare la vescica o l'intestino, vivere l'esperienza di notevoli cambiamenti di personalità e di comportamento tra cui la sospettosità e le fissazioni (come credere che la persona che l'assiste sia un'imbrogliona) oppure comportamenti incontrollabili o ripetitivi come torcersi le mani o fare a pezzetti i fazzoletti di carta, tendere a vagare o perdersi.

La Fase 7 è rappresentata da un declino cognitivo molto grave (morbo di Alzheimer grave o in fase avanzata). Nella fase finale di questa malattia, la persona perde la capacità di rispondere al suo ambiente, di portare avanti una conversazione e, in seguito, di controllare i movimenti ed è necessaria un'elevata assistenza nella cura personale quotidiana.

CAPITOLO 2

IL PAZIENTE ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO

2.1 I fattori determinanti l'istituzionalizzazione

L'invecchiamento comporta grandi cambiamenti sociali, fisici e psicologici e può essere associato a diminuzione degli stimoli, delle gratificazioni, delle soddisfazioni e delle responsabilità. In particolare, gli anziani che vengono accolti in contesti residenziali (Case di Riposo, Centri Servizi, Residenze Sanitarie Assistite) si trovano a dover abbandonare la propria casa, i propri affetti, le proprie abitudini e possono vivere una condizione di disadattamento e di disagio emotivo che a sua volta può causare un'accelerazione dell'involuzione cerebrale, intellettuale ed emotiva che si manifesta con l'aumento di apatia e disinteresse per il nuovo ambiente fino a sfociare nell'autosvalutazione ("L'istituzionalizzazione dell'anziano" – lauramaterazzo.it). Proprio per questo motivo l'istituzionalizzazione dell'anziano, ovvero la necessità di ricoverarlo in strutture residenziali assistenziali e/o di cura a lungo termine, come ad esempio una casa di riposo, è uno degli eventi più delicati e difficili (spesso infatti non si tratta di una scelta personale ma obbligata dalle circostanze e dalle contingenze) e rappresenta un cambiamento radicale di vita sia per l'anziano che per la famiglia.

Recenti statistiche hanno confermato un dato già da tempo noto all'opinione pubblica: la popolazione italiana sta rapidamente e progressivamente invecchiando. I dati statistici evidenziano che, ad oggi, gli ultrasessantacinquenni costituiscono il 22% della popolazione italiana ed è in aumento anche il numero dei "grandi anziani", cioè di coloro che si avvicinano al secolo di vita. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha inevitabilmente portato la ricerca scientifica e quindi anche quella psicologica, a concentrarsi su questa fase della vita, con l'obiettivo di contrastare l'eccessiva medicalizzazione dell'invecchiamento. Questo significativo cambiamento a livello demografico richiede infatti di rivedere il problema dell'invecchiamento della popolazione non solo in chiave economica e assistenziale, ma anche educativa, in particolare di coloro che, per necessità o per scelta, vivono in strutture di accoglienza (Censi et al., 2013). Sono infatti molti gli anziani non più autosufficienti che non possono vivere senza assistenza e spesso per ragioni diverse tale assistenza non può essere erogata direttamente dai familiari. Pertanto un numero crescente di famiglie si rivolge ai servizi domiciliari e territoriali, residenziali o semi-residenziali, per l'assistenza e la cura di un familiare anziano: ciò

richiede alle strutture che erogano tali servizi di ampliarsi, trasformarsi e qualificarsi sempre di più.

Le principali cause/motivazioni per cui le famiglie ricorrono all'istituzionalizzazione del familiare anziano sono ("L'istituzionalizzazione della persona anziana" – tantestorie.webby.com):

- la perdita di autonomia fisica (declino funzionale che si osserva durante l'invecchiamento dovuta alla complessa relazione tra invecchiamento genetico, malattia e disuso);
- la presenza di disturbi cognitivi e/o comportamentali;
- le situazioni di isolamento sociale e solitudine;
- le situazioni di disagio sociale e/o povertà.

2.2 Cenni sul vissuto psicologico e sui bisogni dei pazienti e dei familiari

L'ingresso in una struttura è un evento delicato per l'anziano. Infatti in alcuni casi, prima dell'ingresso nella residenza, queste persone vivono da sole, in condizioni di forte disagio e di solitudine estrema, quindi le conseguenze dell'istituzionalizzazione non sono solo e sempre di carattere negativo. In generale però, l'entrata in una struttura per anziani può comportare una perdita di autonomia dello spazio decisionale della persona e delle sue motivazioni che, sommata alla serie di perdite fisiologiche dovute all' invecchiamento, può innescare una serie di reazioni a catena in senso peggiorativo. È necessario quindi far comprendere all' anziano e ai familiari che il trasferimento all'interno di una struttura residenziale non comporta la perdita né della propria autonomia di pensiero, né della propria identità. È bene anticipare le informazioni sulla struttura, favorire il mantenimento di rapporti interpersonali di tipo familiare e il rispetto delle esigenze individuali, personalizzare l'ambiente e le attività ("L'anziano istituzionalizzato: il vissuto psicologico e l'importanza di attività cognitive e relazionali" – centrostudi.50epiu.it). Sono numerose le attività che si possono proporre all'interno delle residenze per anziani: attività espressivo-relazionali, attività informativo-culturali, manuali e di vita quotidiana, attività di stimolazione cognitiva, Le attività svolte con gli anziani sono principalmente di gruppo, per stimolare la socializzazione e la cooperazione, ma per essere efficaci dovrebbero però essere personalizzate, cioè adattate alla necessità del singolo utente, al suo modo di essere, di pensare, alle sue possibilità e capacità cognitive (Taddia, 2012). L'obiettivo principale è

il potenziamento e/o il mantenimento delle abilità e delle risorse residue: per tale motivo ogni attività non è fine a sé stessa, ma è determinata a stimolare abilità cognitive quali il linguaggio, l'attenzione, la percezione, la memoria e il ragionamento (“Decadimento cognitivo e anziani: quando il cervello perde i colpi” – psiche.santagostino.it). L'area affettiva relazionale viene promossa attraverso una serie di attività sociali (giochi, feste, incontri) che prevedono l'interazione, la socializzazione e la collaborazione fra i diversi soggetti coinvolti, al fine di stabilire un legame con le persone e allo stesso tempo mirando al miglioramento delle capacità cognitive della persona (“L'anziano istituzionalizzato: il vissuto psicologico e l'importanza di attività cognitive e relazionali” – stateofmind.it).

Per quanto riguarda i familiari caregiver, scegliere di inserire il proprio caro in una struttura per anziani può essere vissuto in modo sereno, con la consapevolezza di non poter aiutare diversamente e in modo migliore l'anziano. Può essere però vissuta anche in modo negativo come un fardello pesante. Il vissuto psicologico del caregiver familiare che decide di istituzionalizzare il proprio genitore o fratello/sorella, può essere colmo di emozioni negative. Un caregiver familiare che ricovera il proprio caro in struttura può provare: frustrazione, per non poter fare quanto vorrebbe e tenere in casa il genitore, il marito, la moglie o altro caro; senso di colpa, per aver delegato agli altri, alla struttura per anziani, l'accudimento che, a suo avviso spettava a lui; sensazione di tradimento, per non aver rispettato la parola data tempo prima, nel caso l'avesse fatto; rabbia ed impotenza, perché ha fatto una scelta che, in quel caso, è quella più razionalmente giusta ma emotivamente sbagliata; dolore, nel vedere il proprio caro spaesato dentro la struttura per anziani; angosce di morte, poiché ha visto peggiorare la situazione clinica del proprio familiare (“Le ripercussioni emotive del caregiver familiare quando istituzionalizza l'anziano” – laurapedrinellicarrara.it).

Per la valutazione del carico assistenziale del caregiver/famigliare è stato proposto il Caregiver Burden Inventory (CBI), uno strumento di autovalutazione sviluppato originariamente per misurare appunto il carico assistenziale per persone che si occupavano di anziani con demenza o Alzheimer, ma che ultimamente è stato applicato anche su altri studi pediatrici, studi su pazienti oncologici o con problemi di salute mentale. Si tratta in sostanza di un questionario a risposte multipla che deve essere compilato dal caregiver principale, ossia il familiare che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza della persona con disabilità, al quale è richiesto di rispondere barrando la casella che più si

avvicina alla sua condizione o impressione personale. Questa valutazione va ad indagare diverse aree: il carico oggettivo, ovvero il carico associato alla restrizione del tempo dedicato a sé stessi perché impegnati nell'assistenza; il carico evolutivo, ovvero la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative ed alle opportunità dei propri coetanei; il carico fisico, ovvero la sensazione di fatica cronica, stress fisico e problemi di salute somatica; il carico sociale, ovvero il carico causato dal conflitto del ruolo di caregiver con gli impegni di lavoro e familiari; il carico emozionale, ovvero i sentimenti verso la persona presa in carico, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri (“Caregiver Burden Inventory” – linkabili.it).

Il “carico assistenziale” del caregiver viene valutato anche al momento della presa in carico del caso, nei colloqui di pre-ingresso nelle strutture residenziali tra il caregiver e l'assistente sociale.

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI

3.1 Stesura del quesito in forma narrativa

Quali sono le tecniche non farmacologiche utili nella cura del paziente anziano affetto da Morbo di Alzheimer?

Quali sono gli effetti positivi di queste tecniche?

Qual è il ruolo dell'infermiere nella promozione e nell'implementazione dell'uso di queste tecniche?

3.2 Metodo PIO

P: persona anziana affetta da demenza istituzionalizzata di età uguale o superiore ai 65 anni;

I: individuare interventi non farmacologici, specie infermieristici, utili nella gestione e nella cura dei pazienti istituzionalizzati affetti da Morbo di Alzheimer;

O: favorire il benessere e la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

3.3 Keywords

Sono state usate keywords in lingua italiana su Google: “Morbo di Alzheimer”, “paziente istituzionalizzato”, “vissuti psicologici” e keywords in lingua inglese su PubMed: “art therapy”, “pet therapy”, “music therapy”, “motor activity”, “physical activities”, “doll therapy”, “horticultural therapy”, “aroma therapy” e “snoezelen room”.

3.4 Stringhe di ricerca

“Music therapy AND nursing home”, “Art therapy AND nursing home”, “Pet therapy AND nursing home”, “Physical activities AND nursing home”, “Doll therapy AND nursing home”, “Horticultural therapy AND nursing home”, “Aroma therapy AND nursing home”, “Snoezelen AND nursing home”, “Dementia AND nursing home”.

Banca dati	Stringa di ricerca	Studi identificati (n°)	Studi selezionati (n°)
Pubmed	Music therapy AND nursing home	107	2
	Art therapy AND nursing home	57	18
	Pet therapy AND nursing home	31	3
	Physical activities AND nursing home	1648	1
	Doll therapy AND nursing home	8	3
	Horticultural therapy AND nursing home	8	3
	Aroma therapy AND nursing home	29	3
	Snoezelen AND dementia	6	2
	Dementia AND nursing home	3055	22

3.5 Fonti dei dati

La ricerca bibliografica per la stesura di questa revisione di letteratura è stata condotta su siti web (riportati nella bibliografia) ricavati da Google e sulla banca dati biomedica online PubMed.

3.6 Criteri di selezione del materiale

Gli studi /articoli selezionati sono in totale: 35

Tipologia degli articoli: Literature review, Systematic literature review, Clinical study, Randomized controlled trial, Qualitative study, Freetextbooks or articles.

Per la selezione del materiale e degli studi/articoli sono stati usati i seguenti criteri di inclusione: l'età anziana (> o uguale a 65 anni), la possibilità di libera consultazione, la data di pubblicazione entro gli ultimi cinque anni.

Dal punto di vista schematico, la ricerca è stata suddivisa in due sotto ricerche:

- 1) Indagine sui trattamenti non farmacologici;
- 2) Ruoli dell'infermiere.

Tipologia di studi	Articoli
Revisione della letteratura	8
Revisione sistematica della letteratura	13
Studio clinico	2
Studio randomizzato di controllo	8
Studio caso-controllo	0
Studio di coorte	0
Studio qualitativo	2
Studio prospettico	0
Libri di testo o articoli liberi	9

CAPITOLO 4

RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 Principali evidenze scientifiche delle terapie non farmacologiche

a) Art therapy (18)

L'*art therapy* o terapia artistica, forse la forma più sincera per capire le emozioni, è utile in diversi modi: è la terapia più conosciuta in letteratura e per la quale sono riportati molteplici benefici. Contempla: il disegno, la pittura, la scultura, la visione di uno spettacolo, la partecipazione ad uno spettacolo di musica o di danza (Schneider J., 2018). Questa terapia può aiutare a migliorare il benessere del malato (Liu Z. et al., 2021), la sua qualità di vita, i sintomi della malattia, lo stato mentale, la fiducia e l'autonomia (Emblad S. Y. M. et al., 2021). Si è potuto osservare che con l'utilizzo di questa terapia ci sono benefici in diverse aree (Shoesmith E. K. et al., 2021). Vi è un aumento della fiducia ed autostima con miglioramento anche della concentrazione, della fisicità, della comunicazione (Wood S., 2020), dell'atteggiamento. Inoltre vi sono risultati positivi anche nella facilitazione delle attività terapeutiche, nelle funzioni cognitive ed emotive (Ramos de Souza L. B. et al., 2022), nelle ADL (Activities of Daily Living, ovvero le attività che un individuo compie in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé) (Zhao J. et al., 2018), nella promozione di pratiche di cura (Puurveen G- et al., 2022), nella fluidità della risposta verbale ed infine anche nella funzione asse ipotalamo-ipofisi-surrene (ovvero il coordinatore centrale dei sistemi di risposta neuroendocrina allo stress) (D'Cunha N. M. et al., 2019). Anche nella società e nel contatto con altri individui si sono rilevati benefici (Windle G. et al., 2018): vi è un miglioramento della comunicazione, della socializzazione per il mantenimento dello status sociale (Popa L.-C. et al., 2021), nell'approccio con i familiari, con il caregiver e con il personale sanitario (Windle G. et al., 2020). Migliorano di conseguenza le connessioni sociali (Irons J. Y. et al., 2020).

È utile rendere partecipi in questa terapia anche i familiari che, insieme al malato, possono creare un momento di condivisione ed espressione dei sentimenti (Burns N. C. et al., 2018), oppure usare questo momento come un metodo di “fuga dalla realtà” (Hu J. et al., 2021).

È una terapia che aiuta i professionisti sanitari a comprendere ciò che provano i malati attraverso le emozioni che traspaiono osservando dei quadri o delle sculture, oppure attraverso i loro disegni analizzandone forme e colori assieme a loro, può esse considerato appunto un trattamento aggiuntivo (Deshmukh S. R. et al., 2018). Questo metodo ci aiuta anche ad indagare il carico emotivo dei caregiver e dei famigliari (Richards A. G. et al., 2019). Tutto ciò può portare al reindirizzamento delle attività in modo da creare un ambiente sereno per tutti (Mackell P. et al., 2022).

b) Pet therapy (3)

La “Pet therapy” o terapia con gli animali è una terapia non farmacologica non ancora comunemente utilizzata, se non da poche strutture. In letteratura emerge che questa terapia ha lo scopo di migliorare i disturbi comportamentali e psicologici che spesso accompagnano le varie forme di demenza (Klimova B. et al., 2019). Principalmente gli animali scelti sono: cani, gatti, cavalli, asini e conigli, più recentemente anche le mucche (cow cuddling therapy) (Zafra-Tanaka J. H. et al., 2019). Alcuni studi riportano benefici dopo un periodo di terapia in diverse sfere del comportamento (Boldig C. M. et al., 2021):

- miglioramento dell’umore;
- l’accrescimento dell’autostima e della gratificazione;
- la diminuzione dell’ansia e della paura e l’attivazione di un effetto calmante;
- il miglioramento della qualità di vita e dei sintomi della malattia;
- una migliore e maggiore socializzazione ed integrazione;
- la stimolazione delle attività sensoriali e la stimolazione della mente attraverso attività specifiche quali ad esempio giochi di elaborazione, associazione, confronto e memoria;
- incoraggiamento e promozione dell’attività fisica.

È molto importante che anche i familiari partecipino alle attività poiché sono momenti di condivisione e di inclusività, che portano il malato e la famiglia a creare un “rifugio” nell’animale dai pensieri negativi della malattia. Questa terapia favorisce la riduzione della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, della glicemia e del cortisolo (ormone dello stress), aumentando invece l’adrenalina e la noradrenalina, ed i livelli di serotonina

(ormone della felicità) e dell'ossitocina (ormone dell'amore) creando un ambiente di gioia e serenità ("Pet Therapy l'animale co-terapeuta" – psymargiotta.it).

c) Musicoterapia (2)

La Musicoterapia o "Music Therapy" è molto conosciuta poiché utilizzata da molte persone in diversi ambiti e nelle diverse fasce di età, perfino durante la gravidanza. La musica ha diversi benefici sul paziente affetto da morbo di Alzheimer, sono stati descritti:

- il miglioramento della fiducia in sé, del coraggio e dell'entusiasmo;
- il miglioramento della socializzazione (Popa L.-C. et al., 2021);
- il mantenimento dello status;
- il mantenimento della coesione sociale (Wang S. et al., 2018).

Questi benefici derivano dal fatto che la musica favorisce la comunicazione, l'apprendimento, il modo di esprimersi e permette di porsi degli obiettivi e dei piani organizzativi che rassicurano la persona malata in un ambiente sociale dove potrebbe sentirsi a disagio.

Questa terapia, eseguita anche con i familiari del paziente, può aiutarli a creare una sorta di distacco dalla realtà e dalle emozioni, permettendo loro di concentrarsi sulle note della musica e lasciarsi trasportare dall'armonia. È sicuramente un buon e semplice metodo per chiunque per "staccare la spina".

d) Attività motoria (1)

L'attività motoria è da sempre un buon metodo per sentirsi liberi ed impegnati allo stesso tempo. Non è solo utile per il miglioramento dei sintomi di malattia, ma va a sottolineare l'importanza della partecipazione attiva (Heesterbeek M. et al., 2019). È molto importante che l'anziano istituzionalizzato venga reso partecipe delle attività organizzate nella residenza sanitaria in cui vive sin da subito, poiché l'ingresso in un ambiente di residenzialità, diverso da quello in cui la persona ha sempre vissuto, può portare ad una forma depressiva e di isolamento. Per questo motivo l'attività fisica e/o la riabilitazione sono considerati momenti in cui tutti i membri di un gruppo possono partecipare, ed interagire tra loro divertendosi ed allo stesso tempo tengono attiva la muscolatura.

Questa terapia può essere eseguita in struttura con gli altri ospiti oppure con la famiglia: anche una semplice camminata può essere utile per ritagliare un momento di quotidianità e

di condivisione di interessi e passioni. Ciò può aiutare l'anziano a ricordare che i familiari sono comunque presenti e che il legame può essere mantenuto anche con semplici attività.

e) Altre terapie (11)

Ci sono altre terapie non farmacologiche oltre a quelle principali analizzate precedentemente che possono essere avere efficacia nella malattia di Alzheimer. Alcuni esempi che al giorno d'oggi stanno emergendo sono la Doll therapy (terapia con le bambole), la Horticultural therapy (orto terapia), l'aromatherapy (aromaterapia), e la Snoezelen Multisensory Stimulation room (SMSS, stanza di stimolazione multisensoriale Snoezelen).

La terapia con più risultati positivi tra queste è la Doll therapy o la terapia con le bambole. Questa terapia consiste nel fornire una bambola, con caratteristiche specifiche, agli anziani affetti da demenza. È una terapia che si basa sulla teoria dell'attaccamento, riferita generalmente ai bambini, ma si sono visti risultati positivi anche sugli anziani. La Doll therapy sembra ridurre i sintomi comportamentali e psicologici legati alla demenza o BPSD (Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia), il carico del caregiver e per l'incidenza del delirio (Santagata F. et al., 2021). Più in particolare, dalla letteratura emerge una riduzione dei comportamenti provocatori ed aggressivi e dell'irritabilità (Martín-García A. et al., 2022). Vi è inoltre un miglioramento delle capacità comunicative e dello stato emotivo, ma anche un miglioramento della disforia, il vagabondaggio e l'apatia (Chinnaswamy K. et al., 2021).

Per quanto riguarda l'aromatherapy o aromaterapia, ovvero l'utilizzo di aromi od oli essenziali, non vi sono evidenze chiare sull'efficacia di questa terapia sull'alleviare i comportamenti angoscianti e l'agitazione (Ball E. L. et al., 2020) (Watson K. et al., 2019). Vi è però uno studio che prevede l'uso di nanotecnologie per valutare l'efficacia e la sicurezza di un olio essenziale ingegnerizzato (bergamotto) come sostanza in grado di intervenire sui sintomi neuropsichiatrici della demenza (Scuteri D. et al., 2022).

L'Horticultural therapy o ortoterapia prevede l'attività di coltura della terra, ed anche questa terapia è risultata abbastanza efficace. Dagli studi si è potuto trarre che questa terapia è utile sia sui sintomi comportamentali sia su quelli depressivi (Zhao Y. et al., 2022). Infatti si sono potuti osservare diversi miglioramenti: nella qualità della vita, nell'ansia, nella depressione, nelle relazioni sociali, negli effetti fisici e cognitivi,

nell'agitazione, nelle emozioni positive, nel coinvolgimento (Nicholas S. O. et al., 2019). Questa terapia ha efficacia soprattutto nelle strutture di assistenza a lungo termine e si consiglia di considerarla come parte della terapia nei programmi di riduzione dei sintomi (Zhang Y. W. Et al., 2022).

Infine, abbiamo la Snoezelen Multisensory Stimulation room (SMSS) o stanza di stimolazione multisensoriale Snoezelen, ovvero un ambiente progettato e controllato in cui vi sono diversi effetti visivi, uditi, tattili, olfattivi, propriocettivi, vestibolari e gustativi, improntati per la stimolazione sensoriale. L'obiettivo, negli anziani affetti da demenza, è quello di agire sulla sensorialità per il miglioramento dei sintomi neuropsichiatrici e neurocognitivi, e dunque sulla qualità della vita. Secondo gli studi analizzati, i risultati indicano che questo metodo sia efficace non solo sull'umore, sulla cognizione e sulle capacità funzionali (Barbier C. et al., 2022), ma che può essere importante nel ritardo del peggioramento dei disturbi neurocognitivi (Carvalho S. C. et al., 2023).

4.2 Il ruolo dell'infermiere nelle terapie non farmacologiche di supporto ai pazienti affetti da Morbo di Alzheimer

Il ruolo dell'infermiere è essenziale nella promozione delle terapie non farmacologiche poiché possono essere utili: è più semplice infatti attuare il piano di cura con un paziente che vive serenamente, per quanto possibile, la malattia, piuttosto che con una persona distaccata e sofferente che non riesce ad esprimersi. Queste terapie possono essere considerate da molti una perdita di tempo poiché l'infermiere ha già diverse mansioni da effettuare nell'arco del suo orario di lavoro, ma è evidente che lavorare in un ambiente in cui non vi è connessione con i pazienti e con i familiari risulterà sicuramente più stressante, soprattutto se non vi è facile rapporto nemmeno tra essi.

Ritagliare momenti di attività per dare sfogo alle emozioni dei pazienti e dei familiari o caregiver è un momento di comprensione della persona in sé, che permette anche di osservare come il paziente si comporta, come si atteggia in presenza di altre persone, se si rende partecipe o tende a distaccarsi, se lascia trasparire più emozioni negative o più positive, se è in relazione con gli altri partecipanti oppure no.

In questo modo si può creare un piano terapeutico personalizzato in cui l'obiettivo è quello di ricercare e perseguire una sintonia ed una connessione derivante dall'integrazione di terapie non farmacologiche e farmacologiche.

Le terapie non farmacologiche non sono solo indirizzate ai pazienti ma anche alle loro famiglie ed ai caregiver. Questi momenti possono creare un piccolo spazio di serenità, armonia e condivisione che possono aumentare la fiducia in sé e nella relazione terapeutica. In questo caso l'infermiere può essere d'aiuto per valutare il carico del caregiver ed aiutare a ridurlo tramite soluzioni semplici ed efficaci.

I ruoli dell'infermiere in queste terapie sono quindi i seguenti:

- osservare e registrare il comportamento e l'umore dei pazienti ed eventuali loro cambiamenti nel corso delle attività (ad esempio che traspaiono durante l'ascolto di un brano musicale, la visione di un quadro, la riuscita di un esercizio fisico più complicato, o l'accarezzare un cane);
- integrare e promuovere queste terapie con l'obiettivo di ricavarne più benefici possibili;
- valutare a distanza gli eventuali benefici di queste attività sui pazienti.

Esempi di interventi non farmacologici condotti dal personale infermieristico:

Doll therapy:

Uno studio controllato ha coinvolto persone con demenza che vivono in case di cura del Canton Ticino (Svizzera) attraverso un intervento di "Doll Therapy" e con un oggetto non antropomorfo. I due interventi sono stati condotti per 30 giorni, un'ora al giorno, da un infermiere adeguatamente formato. L'obiettivo primario era quello di testare l'efficacia dell'intervento di doll therapy rispetto all'intervento condotto con oggetto non antropomorfo. Questo è il primo studio controllato in singolo cieco e randomizzato sull'efficacia della terapia delle bambole per la demenza e che fornisce un modello esplicativo della risposta delle persone con demenza alla presentazione delle bambole (Vaccaro R. et al., 2020).

Coerentemente con la teoria dell'attaccamento, la doll therapy promuove la percezione di sicurezza creando una situazione in cui i pazienti si sentono fiduciosi e impegnati in una relazione di cura con la bambola e riduce i disturbi comportamentali che sono stressanti anche per i caregiver professionali (Molteni V. et al., 2022).

Musicoterapia:

L'ascolto della musica costituisce un promettente intervento non farmacologico per le persone affette da demenza. Gli anziani ospiti affetti da demenza accolte in alcune case di cura in Germania sono stati divisi in modo casuale in un gruppo di intervento e in uno di controllo. Il gruppo di intervento ha ascoltato musica per 20 minuti a giorni alterni per sei settimane. Il personale infermieristico ha valutato la qualità della vita ed i disturbi comportamentali dei partecipanti al basale, al pretest, al posttest e al follow-up di sei settimane. In aggiunta, il personale arruolato nel progetto ha osservato il comportamento dei partecipanti durante il periodo di intervento. Sono state valutate anche l'implementazione, l'accettazione e l'applicabilità dell'intervento (Weise L. et al., 2018).

Promozione del sonno:

I disturbi del sonno colpiscono il 38% dei residenti in case di cura affetti da demenza. Spesso vengono trattati con farmaci, ma gli interventi non farmacologici possono essere più sicuri ed efficaci, anche se più difficili da attuare. Uno studio ha intervistato 18 infermieri e operatori socio-sanitari: è emerso che il personale ha utilizzato una serie di tecniche utili per migliorare o prevenire i disturbi del sonno degli anziani ospiti. Durante il giorno, il personale incoraggiava gli anziani a mangiare bene e ad essere fisicamente attivi e stimolati per limitare il sonno diurno. La sera, il personale li sistemava in camere da letto buie, tranquille e confortevoli, spesso dopo uno spuntino.

La somministrazione di bevande contenenti caffeina è risultata controproducente. I futuri interventi non farmacologici dovrebbero considerare le difficoltà pratiche che il personale incontra nella gestione dei disturbi del sonno, tra cui la difficoltà di limitare i sonnellini diurni, l'identificazione dei bisogni notturni dei pazienti, il disorientamento giorno-notte e l'insufficienza del personale notturno (Webster L. et al., 2022).

Stimolazione cognitiva:

La riabilitazione cognitiva (CR) è un intervento individualizzato e incentrato sulla persona utile per i pazienti affetti da demenza lieve o moderata che affronta l'impatto del deterioramento cognitivo sul funzionamento quotidiano. Uno studio condotto in Inghilterra su 427 anziani ha valutato pazienti con diagnosi di malattia di Alzheimer o di demenza vascolare o mista che presentavano un deterioramento cognitivo da lieve a moderato

(punteggio del Mini Mental State Examination \geq 18 punti), che erano in trattamento farmacologico e che erano seguiti da un familiare/caregiver.

L'intervento di riabilitazione cognitiva consisteva in 10 sessioni di terapia nell'arco di 3 mesi, seguite da quattro sessioni di mantenimento nell'arco di 6 mesi, svolte a casa dei partecipanti. I terapeuti erano nove terapeuti occupazionali e un'infermiera. È emerso che la riabilitazione cognitiva è clinicamente efficace nel consentire alle persone affette da demenza allo stadio iniziale di migliorare il loro funzionamento quotidiano (Clare L. et al., 2019).

Gestione dei disturbi comportamentali nei reparti per acuti:

Il reparto per acuti non è ideale per le persone anziane con demenza; i comportamenti reattivi possono essere innescati quando l'assistenza viene fornita in un ambiente sconosciuto da personale con una conoscenza limitata della storia di vita e delle preferenze personali del paziente. I comportamenti reattivi (ad esempio, urlare, colpire, agitarsi) sono utilizzati dagli anziani con demenza per comunicare i loro bisogni e le loro preoccupazioni. Non è noto se gli approcci non farmacologici utilizzati dagli infermieri supportino lo sviluppo di una relazione interpersonale significativa tra infermieri e anziani con demenza. Uno studio condotto in Canada ha esplorato: (a) i tipi di approcci non farmacologici a basso investimento (ad esempio, musica, attività sociali) utilizzati dagli infermieri che si occupano di persone anziane che presentano comportamenti reattivi della demenza in contesti medici acuti e (b) i fattori che influenzano le decisioni di questi infermieri di implementare questi approcci. Sono state condotte interviste con 11 infermieri. Lo studio ha documentato che, indipendentemente dalla preparazione educativa degli infermieri, la decisione di utilizzare specifici tipi di approcci non farmacologici a basso investimento è stata influenzata dallo sviluppo superficiale delle relazioni interpersonali negli ospedali per acuti. I fattori che hanno indotto gli infermieri a utilizzare approcci limitati (ad esempio, accendere la TV e fornire un giornale) sono stati la mancanza di formazione in materia di demenza e la presenza di altri pazienti affetti da patologie acute. Questo studio ha rivelato che gli infermieri che operano in reparti per acuti necessitano di una maggiore crescita pratica per fornire un'assistenza relazionale che è cruciale per supportare le persone anziane con demenza. Gli infermieri hanno bisogno di formazione e di supporto per utilizzare approcci creativi non farmacologici a basso investimento, con l'intento di

sostenere la qualità di vita delle persone anziane con demenza ricoverate nei reparti per acuti (Yous M.-L. et al., 2020).

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Analisi critica degli studi

La bibliografia per la redazione di questa tesi è derivata da studi e da revisioni, che possiamo considerare discrete per campionamento e per tipologia di aspetti indagati. Il disegno di studio dei documenti selezionati è risultato pertinente ai quesiti di ricerca, formulati sempre in modo coerente e chiaro. Dai vari studi sono emersi interventi e strategie che possono essere usati come modelli applicabili in vari contesti di cura dell'anziano.

5.2 Limiti riscontrati

Il limite principale riscontrato è stata la scarsa letteratura inerente al tema di ricerca focalizzata sul malato di Alzheimer istituzionalizzato, anche probabilmente per le varie difficoltà che si possono incontrare nello studio e nella raccolta dati in questa popolazione anziana che risulta particolarmente fragile, delicata ed eterogenea sia per età che per condizioni psico-fisiche: questo è testimoniato dal fatto che non vi sono approcci condivisi né specifici, ad esempio, per le varie fasi della demenza di Alzheimer. Una ulteriore difficoltà nella raccolta dati può essere la scarsità del personale operante in queste strutture adeguatamente formato e sensibilizzato per applicare questi studi e promuovere questi interventi. La conoscenza e l'utilità di questi interventi potranno beneficiare da ulteriori studi.

5.3 Implicazioni pratiche

Questa ricerca ha evidenziato come le terapie non farmacologiche nella cura degli anziani affetti da morbo di Alzheimer siano ancora poco conosciute e sottovalutate. Una loro applicazione più diffusa potrebbe permettere di valutarne in modo più chiaro le indicazioni, l'applicabilità ed i benefici. Per gli operatori sanitari e socio sanitari è utile conoscerle e favorire una cultura aggiornata ed attenta su esse, dato che la letteratura ne evidenzia l'utilità anche come strumento di contatto ed incontro con i malati e le famiglie, in un piano di cura che va oltre l'assistenza medico infermieristica di routine.

L'infermiere svolge un ruolo centrale nelle equipe di cura dedicate ai pazienti anziani affetti da morbo di Alzheimer ed in tante strutture residenziali, specie nelle fasce orarie in

cui non è presente il medico, è il professionista sanitario referente per i pazienti, i familiari e gli altri professionisti dell'equipe.

Lo svolgimento di queste attività permette all'infermiere di svolgere anche la funzione di "osservatore": può infatti osservare e registrare il comportamento e l'umore dei pazienti ed eventuali loro cambiamenti nel corso delle attività (ad esempio che traspaiono durante l'ascolto di un brano musicale, la visione di un quadro, la riuscita di un esercizio fisico più complicato, o l'accarezzare un cane). Può inoltre svolgere il ruolo di "promotore" di queste terapie con l'obiettivo di ricavarne più benefici possibili. Assume inoltre il ruolo di "valutatore": queste terapie permettono all'infermiere di valutare a distanza gli eventuali benefici sul paziente ed i benefici di un approccio integrato di cura che vede abbinate le terapie farmacologiche e non farmacologiche, che definiscono un piano di cura complesso e personalizzato che necessita di essere valutato e modificato in modo dinamico sulla base dello stato di salute psico-fisico del paziente che si snoda nelle varie fasi di malattia. Sulla base delle considerazioni precedenti emerge chiaramente inoltre il ruolo dell'infermiere come "coordinatore del piano di cura".

Ritagliare momenti di attività per dare sfogo alle emozioni dei pazienti e dei familiari o caregiver è un momento di comprensione della persona in sé, che permette anche di osservare come il paziente si comporta, come si atteggia in presenza di altre persone, se si rende partecipe o tende a distaccarsi, se lascia trasparire più emozioni negative o più positive, se è in relazione con gli altri partecipanti oppure no. Le terapie non farmacologiche non sono solo indirizzate ai pazienti ma anche alle loro famiglie ed ai caregiver. Questi momenti possono creare un piccolo spazio di serenità, armonia e condivisione che possono aumentare la fiducia in sé e nella relazione terapeutica. In questo caso l'infermiere può essere d'aiuto per valutare il carico del caregiver ed aiutare a ridurlo tramite soluzioni semplici ed efficaci.

5.4 Conclusioni

L'anziano è un soggetto fragile e per questo particolarmente bisognoso di cure. La cura dell'anziano con demenza di Alzheimer non prevede solo la somministrazione di terapie farmacologiche mirate al controllo o alla riduzione dei sintomi di malattia, ma può essere integrata da terapie non farmacologiche che possono anch'esse migliorare o ridurre i sintomi di malattia e dare sostegno psicologico ai malati ed alle loro famiglie, specie

quando l'istituzionalizzazione li allontana fisicamente e tende per questo a minare ed affievolire i rapporti. Oltre al sostegno psicologico, queste terapie permettono di favorire il mantenimento della fisicità del paziente con l'attività motoria, la riabilitazione o altre attività: come è noto l'attività fisica comporta ripercussioni positive sullo stato di salute psico-fisico dei pazienti affetti da demenza. Per tali motivi queste terapie non dovrebbero essere chiamate "non farmacologiche" in quanto il termine, sulla base della letteratura attuale, appare riduttivo; andrebbero denominate "complementari" in quanto improntate alla cura olistica della persona anziana.

Nelle strutture residenziali i professionisti sanitari e socio sanitari dell'equipe dovrebbero riconoscere precocemente i segni di un vissuto negativo dell'anziano affetto da demenza in risposta all'istituzionalizzazione, come ad esempio l'isolamento o la mancanza di partecipazione alle attività o al suo stesso piano terapeutico, in modo da trovare nell'immediato una soluzione. Sarebbe importante che queste attività fossero organizzate e vengano svolte con continuità, magari stabilendo un calendario, poiché danno la possibilità alla persona anziana di avere degli impegni, come ne avevano nella loro vita quotidiana in passato.

L'infermiere può svolgere un ruolo significativo in questi interventi di cura che vanno ben oltre la pratica infermieristica quotidiana e la gestione della terapia farmacologica e che sono rivolti ai pazienti anziani affetti da demenza di Alzheimer nella loro unicità, fragilità e totalità. In quest'ottica l'infermiere è sicuramente il professionista privilegiato data la particolare continuità nell'assistenza ai pazienti e dato il legame che instaura con ciascuno di loro.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia:

Allan G. Richards, Ann C. Tietyen, Gregory A. Jicha, Shoshana H. Bardach, Frederick A. Schmitt, David W. Fardo, Richard J. Kryscio, Erin L. Abner. Visual Arts Education improves self-esteem for persons with dementia and reduces caregiver burden: A randomized controlled trial [PubMed]. 2019 Oct-Nov;18(7-8):3130-3142. doi: 10.1177/1471301218769071. Epub 2018 Apr 13.

Angela Martín-García, Ana-Isabel Corregidor-Sánchez, Virginia Fernández-Moreno, Vanesa Alcántara-Porcuna, Juan-José Criado-Álvarez. Effect of Doll Therapy in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review [PubMed]. 2022 Feb 23;10(3):421. doi: 10.3390/healthcare10030421.

Blanka Klimova, Josef Toman, Kamil Kuca. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review [PubMed]. 2019 Sep 6;19(1):276. doi: 10.1186/s12888-019-2245-x.

Catherine M. Boldig, Nitin Butala. Pet Therapy as a Nonpharmacological Treatment Option for Neurological Disorders: A Review of the Literature [PubMed]. 2021 Jul 4;13(7):e16167. doi: 10.7759/cureus.16167. eCollection 2021 Jul.

Chloé Barbier, Julien Nizard, Alain Blanchet, Véronique Suissa, Serge Guérin, Pascal Derkinderen, Laure de Decker, Gilles Berrut, Guillaume Chapelet. [Is the Snoezelen method a non-pharmacological alternative for patients with neurocognitive disorders?] [PubMed]. 2022 Jun 1;20(2):162-172. doi: 10.1684/pnv.2022.1032.

Damiana Scuteri, Shinobu Sakurada, Tsukasa Sakurada, Paolo Tonin, Giacinto Bagetta, Pierluigi Nicotera, Maria Tiziana Corasaniti. Requirements for Translation in Clinical Trials of Aromatherapy: The Case of the Essential Oil of Bergamot (BEO) for Management of Agitation in Severe Dementia [PubMed]. 2022;28(20):1607-1610. doi: 10.2174/1381612828666220509152029.

Emily K. Shoesmith, Divine Charura, Claire Surr. What are the elements needed to create an effective visual art intervention for people with dementia? A qualitative exploration [PubMed]. 2021 May;20(4):1336-1355. doi: 10.1177/1471301220938481. Epub 2020 Jul 28.

Emily L. Ball, Bethan Owen-Booth, Amy Gray, Susan D. Shenkin, Jonathan Hewitt, Jenny McCleery. Aroma therapy for dementia [PubMed]. 2020 Aug 19;8(8):CD003150. doi: 10.1002/14651858.CD003150.pub3.

Francesca Santagata, Massimiliano Massaia, Patrizia D'Amelio. The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychologic symptoms of dementia in nursing homes residents: a randomized, controlled study [PubMed]. 2021 Oct 12;21(1):545. doi: 10.1186/s12877-021-02496-0.

Gill Windle, Katherine Algar-Skaife, Maria Caulfield, Luke Pickering-Jones, John Killick, Hannah Zeilig, Victoria Tischler. Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention [PubMed]. 2020 Aug;24(8):1306-1315. doi: 10.1080/13607863.2019.1590310. Epub 2019 Mar 18.

Gill Windle, Samantha Gregory, Teri Howson-Griffiths, Andrew Newman, Dave O'Brien, Anna Goulding. Exploring the theoretical foundations of visual art programs for people living with dementia [PubMed]. 2018 Aug;17(6):702-727. doi: 10.1177/1471301217726613. Epub 2017 Sep 15.

Gloria Puurveen, Susan M. Cox, Natasha Damiano, Heather Neale Furneaux, Samantha Pineda Sierra. Co-creating an Art Exhibition on Living Well With Dementia [PubMed]. 2022 Jul 1;24(7):E622-633. doi: 10.1001/amajethics.2022.622.

J. Yoon Irons, Gulcan Garip, Ainslea J. Cross, David Sheffield, Jamie Bird. An integrative systematic review of creative arts interventions for older informal caregivers of people with neurological conditions [PubMed]. 2020 Dec 7;15(12):e0243461. doi: 10.1371/journal.pone.0243461. eCollection 2020.

Jessica Hanae Zafra-Tanaka, Kevin Pacheco-Barrios, Walter Andree Tellez, Alvaro Taype-Rondan. Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis [PubMed]. 2019 Jan 24;19(1):41. doi: 10.1186/s12888-018-2009-z.

Jingxuan Hu, Jinhuan Zhang, Liyu Hu, Haibo Yu, Jinping Xu. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders [PubMed]. 2021 Aug 12;12:686005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.686005. eCollection 2021.

Junyu Zhao, Hong Li, Rong Lin, Yuan Wei, Aiping Yang. Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial [PubMed]. 2018 Jul 24;13:1313-1320. doi: 10.2147/CIA.S161861. eCollection 2018.

Justine Schneider. The Arts as a Medium for Care and Self-Care in Dementia: Arguments and Evidence [PubMed]. 2018 Jun 1;15(6):1151. doi: 10.3390/ijerph15061151.

Kala Chinnaswamy, Dominic M. DeMarco, George T. Grossberg. Doll therapy in dementia: Facts and controversies [PubMed]. 2021 Feb;33(1):58-66. doi: 10.12788/acp.0010.

Karen Watson, Deborah Hatcher, Anthony Good. A randomized controlled trial of Lavender (*Lavandula Angustifolia*) and Lemon Balm (*Melissa Officinalis*) essential oils for the treatment of agitated behavior in older people with and without dementia [PubMed]. 2019 Feb;42:366-373. doi: 10.1016/j.ctim.2018.12.016. Epub 2018 Dec 21.

Laura-Cristina Popa, Mihnea Costin Manea, Diana Velcea , Ion Şalapa, Mirela Manea, Adela Magdalena Ciobanu. Impact of Alzheimer's Dementia on Caregivers and Quality Improvement through Art and Music Therapy [PubMed]. 2021 Jun 9;9(6):698. doi: 10.3390/healthcare9060698.

Leonardo Brynne Ramos de Souza, Yasmin Cabral Gomes, Márcia Goretti Guimarães de Moraes. The impacts of visual Art Therapy for elderly with Neurocognitive disorder: a

systematic review [PubMed]. 2022 Jan-Mar;16(1):8-18. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2021-0042.

Linda Clare, Aleksandra Kudlicka, Jan R. Oyeboode, Roy W. Jones, Antony Bayer, Iracema Leroi, Michael Kopelman, Ian A. James, Alison Culverwell, Jackie Pool, Andrew Brand, Catherine Henderson, Zoe Hoare, Martin Knapp, Sarah Morgan-Trimmer, Alistair Burns, Anne Corbett, Rhiannon Whitaker, Bob Woods. Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: the GREAT RCT [PubMed]. 2019 Mar;23(10):1-242. doi: 10.3310/hta23100.

Lisette Weise, Elisabeth Jakob, Nils Frithjof Töpfer, Gabriele Wilz. Study protocol: individualized music for people with dementia - improvement of quality of life and social participation for people with dementia in institutional care [PubMed]. 2018 Dec 14;18(1):313. doi: 10.1186/s12877-018-1000-3.

Lucy Webster, Sergi G. Costafreda, Kingsley Powell, Gill Livingston. How do care home staff use non-pharmacological strategies to manage sleep disturbances in residents with dementia: The SIESTA qualitative study [PubMed]. 2022 Aug 9;17(8):e0272814. doi: 10.1371/journal.pone.0272814. eCollection 2022.

Marelle Heesterbeek, Eddy Anton van der Zee, Marieke Joan Gerda van Heuvelen. Feasibility of Three Novel Forms of Passive Exercise in a Multisensory Environment in Vulnerable Institutionalized Older Adults with Dementia [PubMed]. 2019;70(3):681-690. doi: 10.3233/JAD-190309.

Marie-Lee Yous, Lori Schindel Martin, Sharon Kaasalainen, Jenny Ploeg. Low investment non-pharmacological approaches implemented for older people experiencing responsive behaviours of dementia [PubMed]. 2020 Oct 27;6:2377960820964620. doi: 10.1177/2377960820964620. eCollection 2020 Jan-Dec.

Nathan M. D'Cunha, Andrew J. McKune, Stephen Isbel, Jane Kellett, Ekavi N. Georgousopoulou, Nenad Naumovski. Psychophysiological Responses in People Living

with Dementia after an Art Gallery Intervention: An Exploratory Study [PubMed]. 2019;72(2):549-562. doi: 10.3233/JAD-190784.

Nicole C. Burns, Amber Watts, Jaime Perales, Robert Neal Montgomery, Jill K. Morris, Jonathan D. Mahnken, Johnna Lowther, Eric D. Vidoni. The Impact of Creative Arts in Alzheimer's Disease and Dementia Public Health Education [PubMed]. 2018;63(2):457-463. doi: 10.3233/JAD-180092.

Paulene Mackell, Kathryn Squires, Scott Fraser, Jessica Cecil, Maree Meredith, Roslyn Malay, Melissa A. Lindeman, Chrischona Schmidt, Frances Batchelor, Briony Dow. Art centers supporting our Elders - 'old people, that's where our strength comes from' - results from a national survey of Australian Aboriginal and Torres Strait Islander community controlled art centers [PubMed]. 2022 May;22(2):6850. doi: 10.22605/RRH6850. Epub 2022 May 30.

Roberta Vaccaro, Roberta Ballabio, Valentina Molteni, Laura Ceppi, Benedetta Ferrari, Marco Cantù, Daniele Zaccaria, Carla Vandoni, Rita Bianca Ardito, Mauro Adenzato, Barbara Poletti, Antonio Guaita, Rita Pezzati. Doll therapy intervention for women with dementia living in nursing homes: a randomized single-blind controlled trial protocol [PubMed]. 2020 Feb 3;21(1):133. doi: 10.1186/s13063-020-4050-8.

Sean O. Nicholas, Anh T. Giang, Philip L. K. Yap. The Effectiveness of Horticultural Therapy on Older Adults: A Systematic Review [PubMed]. 2019 Oct;20(10):1351.e1-1351.e11. doi: 10.1016/j.jamda.2019.06.021. Epub 2019 Aug 8.

Shayla Y. M. Emblad, Elizabeta B. Mukaetova-Ladinska. Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review [PubMed]. 2021 May 3;5(1):353-364. doi: 10.3233/ADR-201002.

Shentong Wang, Mark Agius. The use of Music Therapy in the treatment of Mental Illness and the enhancement of Societal Wellbeing [PubMed]. 2018 Nov;30(Suppl 7):595-600.

Sónia C. Carvalho, Fátima S. Martins, Amélia N. Martins, Raquel C. Barbosa, Selene G. Vicente. Effectiveness of Snoezelen in older adults with neurocognitive and other pathologies: A systematic review of the literature [PubMed]. 2023 Sep 21. doi: 10.1111/jnp.12346. Online ahead of print.

Stuart Wood. Beyond Messiaen's birds: the post-verbal world of dementia [PubMed]. 2020 Mar;46(1):73-83. doi: 10.1136/medhum-2018-011616. Epub 2019 May 29.

Sunita R. Deshmukh, John Holmes, Alastair Cardno. Art therapy for people with dementia [PubMed]. 2018 Sep 13;9(9):CD011073. doi: 10.1002/14651858.CD011073.pub2.

Valentina Molteni, Roberta Vaccaro, Roberta Ballabio, Laura Ceppi, Marco Cantù, Rita B. Ardito, Mauro Adenzato, Barbara Poletti, Antonio Guaita, Rita Pezzati. Doll Therapy Intervention Reduces Challenging Behaviours of Women with Dementia Living in Nursing Homes: Results from a Randomized Single-Blind Controlled Trial [PubMed]. 2022 Oct 24;11(21):6262. doi: 10.3390/jcm11216262.

Ya Wei Zhang, Jun Wang, Tian Hong Fang. The effect of horticultural therapy on depressive symptoms among the elderly: A systematic review and meta-analysis [PubMed]. 2022 Aug 24;10:953363. doi: 10.3389/fpubh.2022.953363. eCollection 2022.

Yajie Zhao, Yang Liu, Zhiwen Wang. Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: A quantitative systematic review [PubMed]. 2022 Jul;31(13-14):1983-1997. doi: 10.1111/jocn.15204. Epub 2020 Feb 20.

Zhen Liu, Zulan Yang, Chang Xiao, Ke Zhang, Mohamed Osmani. An Investigation into Art Therapy Aided Health and Well-Being Research: A 75-Year Bibliometric Analysis [PubMed]. 2021 Dec 26;19(1):232. doi: 10.3390/ijerph19010232.

Sitografia:

<https://www.centroalzheimer.org/area-familiari/la-malattia-di-alzheimer/malattia-di-alzheimer/la-diagnosi-precoce/>

http://www.centrostudi.50epiu.it/Schede/anziano_istituzionalizzato_il_vissuto_psicologico_e_limportanza_di_attivita_cognitive_e_relazionali

<https://www.epicentro.iss.it/alzheimer/>

<https://www.humanitas.it/malattie/alzheimer/>

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/alzheimer#cause-e-fattori-di-rischio>

<http://www.lauramaterazzo.it/listituzionalizzazione-dellanziano/>

<http://www.laurapedrinellicarrara.it/argomenti-di-psicologia/psicologia-dell-anziano/le-ripercussioni-emotive-del-caregiver-famigliare-istituzionalizza-lanziano/>

[https://www.linkabili.it/la-solitudine-del-caregiver/#:~:text=Il%20Caregiver%20Burden%20Inventory%20\(CBI\)%20%C3%A8%20uno%20strumento%20di%20autovalutazione,oncologici%20o%20con%20problemi%20di](https://www.linkabili.it/la-solitudine-del-caregiver/#:~:text=Il%20Caregiver%20Burden%20Inventory%20(CBI)%20%C3%A8%20uno%20strumento%20di%20autovalutazione,oncologici%20o%20con%20problemi%20di)

<https://neomesia.com/patologie-psicogeriatriche/#:~:text=Le%20pi%C3%B9%20comuni%20sono%20la,funzioni%20mentali%20di%20una%20persona>

<https://psiche.santagostino.it/2019/02/01/anziani-decadimento-cognitivo/#:~:text=riduzione%20progressiva%20delle%20abilit%C3%A0%20percettive,motorie%20pi%C3%B9%20o%20meno%20complesse>

<https://www.psymargiotta.it/psicologia-dello-sviluppo/pet-therapy/>

<https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto>

https://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&faqArea=demenze&id=290

<https://spezzalindifferenza.it/alzheimer-e-donne-perche-sono-piu-colpite/>

<https://spezzalindifferenza.it/quali-sono-i-fattori-di-rischio-per-lalzheimer/>

<https://www.stateofmind.it/2019/07/anziani-casa-di-riposo/#:~:text=Quando%20si%20parla%20di%20istituzionalizzazione,di%20cura%20a%20lungo%20termine>

<https://www.stateofmind.it/morbo-di-alzheimer/>

<https://tantestorie.weebly.com/uploads/3/8/8/3/38831493/listituzionalizzazione.doc>