



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

**“Assistenza al paziente affetto da demenza:
approccio infermieristico al wandering”**

Relatore:
Prof.ssa. a.c. Elsa Labelli

Laureanda:
Andrea Bajan
Matricola nr. 1024029

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	7
1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	7
1.2 - Scopo e obiettivi dello studio	8
1.3 - Quesiti di ricerca	8
CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO	10
2.1 - Revisione della letteratura	10
2.1.1 - Secolo XXI e demenza	10
2.1.2 - Impatto sociale ed economico	11
2.1.3 - Impatto sulle famiglie e sui caregivers	11
2.1.4 - Segni e sintomi della demenza	12
2.2 - Approccio teorico al wandering e caratteristiche definenti	13
2.2.1 - Eziopatologia del wandering	14
2.2.2 - Trattamento del wandering	16
CAPITOLO III: MATERIALI E METODI	20
3.1 – Criteri di selezione degli studi	20
3.2 – Strategia di ricerca per individuare gli studi	21
3.4 – Descrizione degli studi inclusi nella revisione	23
3.5 – Descrizione degli studi esclusi nella revisione	25
CAPITOLO IV: RISULTATI	26
4.1 – Qualità metodologica degli studi	26

4.2 – Confronto tra la contenzione farmacologica, fisica e il trattamento non farmacologico del wandering/agitazione	28
4.2.1 – Efficacia/inefficacia della contenzione farmacologica, fisica vs trattamento non farmacologico nel wandering	28
CAPITOLO V: <i>DISCUSSIONE</i>	31
5.1 – Discussione	31
5.2 – Limiti dello studio	34
5.3 – Raccomandazioni	35
CAPITOLO VI: <i>CONCLUSIONI</i>	36
6.1 – Implicazioni per la pratica	36
6.2 – Implicazioni per la ricerca	37
CAPITOLO VII: <i>POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE</i>	38
7.1 – Potenziali conflitti di interesse	38
CAPITOLO VIII: <i>APPENDICE</i>	39
8.1 Caratteristiche degli studi inclusi	39
8.2 Caratteristiche degli studi esclusi	43
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	

ABSTRACT

PROBLEMA: le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica rappresentando una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio-sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, già da qualche anno ha introdotto le demenze tra le sue priorità. Tra le diverse forme di alterazioni comportamentali, causate dalle demenze (irrequietezza, aggressività fisica e verbale, manierismi e movimenti ripetitivi, alterazioni ciclo sono veglia, peditare, spiare) una di particolare interesse è rappresentata dal wandering (vagabondaggio). Attualmente, nel contesto clinico, gli episodi di wandering vengono trattati prevalentemente mediante la contenzione chimica (somministrazione di terapia farmacologica) oppure nei casi di reale pericolo si procede alla contenzione fisica. Viene quindi spontaneo chiedersi: esistono modalità assistenziali alternative per trattare in modo specifico il problema, prendendosi cura della persona e migliorare la sua qualità di vita?

SCOPO: Individuare secondo le evidenze scientifiche le terapie non farmacologiche (art therapy, stimolazione cognitiva, Rot o Reality Therapy, musicoterapia e Doll Therapy) più efficaci nel trattamento, o miglioramento, del disturbo del wandering nell'assistito demente, rispetto alla contenzione fisica e farmacologica.

CAMPIONE: sono stati presi in considerazione gli articoli di ricerca che hanno coinvolto gli assistiti di età maggiore ai 65 anni, diagnosticati con una qualsiasi forma di demenza e che manifestano il sintomo comportamentale del wandering. Assistiti che vengono trattati con terapie farmacologiche, con la contenzione fisica e terapie non farmacologiche in un contesto ospedaliero o nelle case di cura.

METODI E STRUMENTI: i criteri di selezione utilizzati non hanno previsto restrizioni in merito al disegno di studio. Si è proceduto ricercando tutti gli studi free full text che comparassero i metodi di contenzione fisica e chimica negli episodi di wandering con tutta una serie di trattamenti non farmacologici, o che riguardassero in maniera separata i diversi tipi di trattamenti farmacologici e non farmacologici, per gestire detto fenomeno. La ricerca è stata condotta consultando le seguenti banche dati: MedLine, EBN Guideline, GoogleScholar, PubMed, Cinahl, Scopus. Non è stato utilizzato alcun limite attinente alla lingua.

RISULTATI: sono stati reperiti 13 studi, in seguito all'applicazione dei criteri di inclusione, 9 sono stati gli studi inclusi nel lavoro di revisione: 1 studio randomizzato doppio cieco, 2 revisioni della letteratura, 2 case report, 2 studi pilota, 1 studio osservazionale e 1 studio qualitativo. La provenienza degli studi inclusi è piuttosto eterogenea: 1 proveniente dal South Dakota, 1 studio dalla Gran Bretagna, 1 dall'Italia, 1 dalla Germania, 1 da Praga (Repubblica Ceca), 2 dal Seoul (Corea del Sud), 1 dall'Australia e 1 dal Singapore.

DISCUSSIONE: i lavori inseriti in questa revisione della letteratura, seppure nella loro debolezza metodologica, portano ad evidenziare un'importante uso della contenzione farmacologica e fisica negli assistiti con demenza che presentano il sintomo comportamentale del wandering. Sia la contenzione farmacologica che quella fisica, rappresentano, attualmente la metodica di prima scelta per poter gestire al meglio l'agitazione/iperattività motoria e il wandering negli assistiti anziani con demenza in un contesto ospedaliero o nelle case di riposo. In letteratura vi è una carenza degli studi che trattano, in maniera specifica l'importanza, l'uso e l'efficacia/inefficacia dei trattamenti non farmacologici.

CONCLUSIONI: la letteratura, mostra chiaramente il fatto che non tutti i sintomi comportamentali della demenza possono essere trattati mediante l'uso dei farmaci, prevalentemente antipsicotici e benzodiazepine, e che la contenzione fisica ha effetti altamente inabilitanti ed è controindicata nel trattamento del "vagabondaggio". Quindi, in assenza di risposte terapeutiche risolutive diventa molto importante prendersi cura della persona malata per migliorarne la qualità di vita. Un miglioramento della qualità di vita o comunque un miglioramento del wandering si è potuto notare nell'uso della bambola terapeutica, durante gli interventi di musicoterapia e di interventi nei quali il soggetto era impegnato. Dagli studi, risulta evidente che i trattamenti non farmacologici, rispetto alla contenzione chimica e fisica, non producono effetti collaterali.

Parole chiave: wandering, art therapy, stimolazione cognitiva, Rot o Reality Orientation Therapy, Doll Therapy, musicoterapia, contenzione farmacologica, contenzione fisica, effetti collaterali terapia farmacologica, effetti collaterali contenzione fisica, demenza, Alzheimer, BPSD e demenza, qualità vita e wandering, epidemiologia wandering, assistenza infermieristica e wandering.

Key Word: wandering, art therapy, cognitive stimulation, Rot o Reality Orientation Therapy, Doll Therapy, music therapy drug therapy, physical restraint, medication side effects, side effects physical restraint, dementia, Alzheimer, BPSD and dementia, quality of life and wandering, nursing and wandering, epidemiology wandering.

INTRODUZIONE

“Come fa a camminare così tanto? Non si stanca? Cosa può farlo smettere?”

Queste sono state le domande che più volte mi sono sentita porre durante l’esperienza di tirocinio del triennio che mi hanno spinto a decidere l’argomento dell’elaborato di tesi. Lo scopo di questa tesi di laurea è comprendere meglio e selezionare i trattamenti assistenziali proposti dagli studi per intervenire sul fenomeno del *wandering*, quindi tentare di dare delle risposte alle domande che mi sono sorte durante il periodo di tirocinio.

Con l’invecchiamento della popolazione, aumentano anche i nuovi casi di demenza, fenomeno che da qualche anno l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto tra le sue priorità. Le demenze possono manifestare dei sintomi comportamentali, i cosiddetti Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Uno in particolar modo ha attirato la mia attenzione, *il wandering*.

Il *wandering* è un complesso comportamento, che nel corso degli anni si è tentato più volte di descrivere e definire.

Il *wandering* è spesso definito come *“il movimento senza meta di una persona”* (Snyder et al. 1978, Albert 1992, Heard & Watson 1999, Colombo et al. 2001), comportamento che non è mai casuale ed inutile.

L’eziologia del *wandering* rimane ancora un enigma irrisolto, poiché solo il declino cognitivo non può spiegare la comparsa dei sintomi comportamentali negli assistiti dementi. In letteratura, tuttavia, sono stati identificati fattori che influiscono sul verificarsi di tali comportamenti come le basi neurologiche, condizioni mediche acute, bisogni insoddisfatti, fattori interpersonali e cause ambientali.

A causa della complessità delle motivazioni che determinano il *wandering* a tutt’oggi non esiste una soluzione ideale nel trattarlo e questo perché la conoscenza che spiega le motivazioni di tale comportamento è ancora insufficiente. I medici, gli infermieri ed altri operatori sanitari, trovano difficoltà nel progettare, attuare e valutare gli interventi adeguati (Algase, 1999).

Pertanto, lo scopo della tesi è quello di selezionare una rassegna delle conoscenze, aggiornate ad oggi, che suggeriscano la migliore modalità assistenziale e di trattamento del *wandering*. Si intendono confrontare, analizzando diversi studi, quali sono i vantaggi e gli

svantaggi delle terapie farmacologiche e terapie non farmacologiche nel trattamento, miglioramento del wandering negli assistiti affetti da demenza.

1.1–Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Con il termine demenza si intende una sindrome causata da una malattia cerebrale, generalmente di natura progressiva e cronica, in cui sono presenti deficit della memoria, dell'orientamento, del pensiero, della comprensione, dell'apprendimento, della parola, etc. (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992).

Le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica, tali patologie rappresentano infatti una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio – sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, già da qualche anno ha inserito i disturbi neurologici tra le sue priorità. Il maggior fattore di rischio per l'insorgenza delle demenze è l'età; la popolazione anziana è in continua crescita nel mondo ed in Italia e la speranza di vita è in continua crescita. I dati epidemiologici internazionali prevedono, nel 2030, un aumento di casi di persone con demenza di oltre 74,7 milioni nel mondo che potrebbero raggiungere nei successivi venti anni una cifra superiore agli 131,5 milioni di persone (World Alzheimer Report, 2015).

Spesso, oltre ai sintomi cognitivi compaiono anche alterazione della personalità, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento che, spesso, rendono complessa e difficile la gestione dei malati di demenza da parte di chi si prende cura di loro (IPA Consensus Conference, 1996). Tra le diverse forme di alterazioni comportamentali (irrequietezza, aggressività fisica e verbale, manierismi e movimenti ripetitivi, alterazioni ciclo sono veglia, pedinare, spiare) una di particolare interesse è rappresentata dal *wandering* (vagabondaggio). Nelle demenze, ma soprattutto nella demenza di Alzheimer, il *wandering* si presenta specialmente nelle fasi più avanzate della malattia ed è caratterizzato dal camminare continuamente e senza sosta dell'assistito, con manifestazioni di iperattività. Contrariamente a quanto si crede, il vagabondaggio non è mai quasi senza scopo, ma facilmente il malato dimentica dove sta andando e che cosa si proponeva di fare (Federazione Alzheimer Italia, 2008).

Attualmente, nel contesto clinico, gli episodi di *wandering* vengono trattati mediante la contenzione chimica, o meglio farmacologica, oppure nei casi di reale pericolo si procede alla contenzione fisica. Secondo alcuni studi, la contenzione ha effetti altamente inabilitanti ed è controindicata nel trattamento del “vagabondaggio”. Secondo alcuni studi,

la contenzione ha effetti altamente inabilitanti ed è controindicata nel trattamento del “vagabondaggio”. Gli studi di Maletta (1990) e Stoppe (1999) i Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) di solito rispondono bene alle terapie farmacologiche, ma per quanto riguarda il wandering, esso sembra resistere a ogni tipo di trattamento farmacologico.

Quindi, in assenza di risposte terapeutiche risolutive diventa molto importante prendersi cura della persona malata per migliorarne la qualità di vita. In questo senso, in letteratura ci sono diversi studi riguardanti la Art Therapy, Rot o Reality Orientation Therapy e la Doll Therapy (Rapporto Mondiale Alzheimer, 2013) condotti per individuare quali siano le modalità più efficaci nel trattamento, o miglioramento, del disturbo del wandering nell’assistito demente, in alternativa altrimenti avviene l’attuazione della contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi polsini, cavigliere) e/o quella farmacologica (somministrazione di antipsicotici e benzodiazepine).

1.2 - Scopo e obiettivi dello studio

Questo lavoro di tesi, ha come obiettivo quello di ricercare, valutare e dimostrare l’efficacia o meno delle terapie non farmacologiche rispetto alla contenzione fisica e alla terapia farmacologica, per il miglioramento o il trattamento degli episodi di wandering nel contesto ospedaliero e nelle case di riposo. Inoltre, si andrà a ricercare l’esistenza di studi che dimostrino l’efficacia di queste tecniche (stimolazione cognitiva, Rot o Reality Orientation Therapy, musicoterapia, Doll Therapy, Art Therapy), nel controllo del disturbo di wandering e nel garantire una migliore qualità di vita dell’assistito, rendere meno gravosi il carico assistenziale e lo stress dei familiari, in particolare del caregiver.

1.3 - Quesiti di ricerca

L’elaborato di tesi, in merito allo scopo/obiettivi sopraccitati, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- l’utilizzo di tecniche non farmacologiche sono strumenti efficaci rispetto alla contenzione farmacologica e fisica?
- quali sono gli effetti collaterali delle terapie non farmacologiche rispetto agli effetti collaterali prodotti dalla contenzione fisica e chimica?

- l'utilizzo di tecniche non farmacologiche migliorano e riducono il verificarsi di episodi e casi di wandering nel paziente con demenza?
- vi è una reale aderenza ai trattamenti non farmacologici da parte del paziente?
- aumenta la qualità di vita dei pazienti, dei familiari ed in particolare del caregiver?
- quali sono i trattamenti non farmacologici maggiormente accettati dai pazienti e i reali benefici in termini di miglioramento della qualità di vita?

CAPITOLO II: *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1 - Revisione della letteratura

Con il termine demenza, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, viene definita *“una sindrome causata da una malattia cerebrale, generalmente di natura progressiva e cronica, in cui sono presenti deficit della memoria, dell’orientamento, del pensiero, della comprensione, dell’apprendimento, della parola e del giudizio; la coscienza non è interessata. La compromissione della funzione cognitiva accompagna anche un deterioramento del controllo emotivo, del comportamento sociale o comportamento motivazionale. È causata da una varietà di malattie o infortuni che colpiscono principalmente il cervello, come nel caso del morbo di Alzheimer o Ictus”* (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992).

2.1.1 - Secolo XXI e demenza

Se fino al secolo scorso il termine demenza era usato come sinonimo di senilità, oggi, la demenza è la “peste” del XXI secolo. Più volte si sono incontrati i ministri della sanità dei Paesi del G8 per affrontare il problema della demenza che, secondo gli esperti è una bomba ad orologeria e si prevede infatti che, i casi aumenteranno molto visto l’invecchiamento della popolazione a livello mondiale.

La demenza rappresenta una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra gli anziani in tutto il mondo; non è un problema solo della persona affetta, ma anche dei loro assistiti e familiari. Inoltre, l’impatto della demenza sui caregiver, famiglia e società può essere fisica, psicologica, sociale ed economica.

Il termine demenza raggruppa diverse forme; la malattia di Alzheimer è la forma più comune e può contribuire al 60 – 70 % dei casi, altre forme principali comprendono la demenza vascolare, demenza con corpi di Lewy, demenza fronto-temporale. Secondo il World Alzheimer Report (2015), nel 2015 ci sono nel mondo 46.8 milioni di persone che convivono con una forma di demenza. Questa cifra raddoppierà ogni 20 anni, raggiungendo 74.7 milioni di persone nel 2030 e 131.5 milioni nel 2050. Tali stime risultano più alte del 12 – 13% rispetto a quelle pubblicate nel World Alzheimer Report del 2009 (World Alzheimer Report, 2015).

2.1.2 - Impatto sociale ed economico

Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la demenza prevede notevoli implicazioni sociali ed economiche in termini di costi sanitari diretti (visite mediche, farmaci, esami di laboratorio, ospedalizzazioni, assistenza infermieristica domiciliare), costi sociali diretti (assistente sociale, servizio pasti e pulizie, trasporto, assistenza fornita dai familiari al di fuori dell'orario di lavoro) e le spese di assistenza informale (costi per assistenza informale privata prestata da badanti). I costi globali della demenza sono cresciuti da 604 miliardi di dollari nel 2010 a 818 miliardi di dollari nel 2015, registrando un aumento del 35.4%. I costi medici diretti rappresentano circa il 20% dei costi globali della demenza, mentre l'assistenza e i costi di assistenza informale (costi per assistenza informale privata prestata da badanti) rappresentano ciascuno il 40% del totale (World Alzheimer Raport, 2015).

2.1.3 - Impatto sulle famiglie e sui caregivers

La maggior parte dei tipi di demenza peggiora progressivamente e non può essere curata, rientra tra le patologie croniche, detta condizione non è schiacciante solo per la persona che ne è affetta ma anche per i familiari e i caregivers.

Giornalmente, il caregiver dedica al malato di demenza in media 6 ore della propria giornata per le mansioni di assistenza diretta (tutte quelle attività che vengono rivolte all'assistito ed alla sua cura come l'igiene personale, la preparazione e la somministrazione dei pasti, la dispensazione dei farmaci e delle medicazioni, ecc.), mentre le ore dedicate alla sorveglianza (relative cioè al tempo trascorso con il paziente durante il quale però si svolgono contemporaneamente anche altre attività) sono mediamente pari a 7.

Da quanto emerge dal rapporto della Fondazione Censis del 2007, sono circa il 45.7% dei caregivers che testimoniano i cambiamenti, decisamente rilevanti, sulla vita lavorativa. Il 33.9% sono stati costretti a modificare il loro impegno all'interno dello stesso posto di lavoro, il 32.1% ha avuto bisogno di rinegoziare una formula contrattuale che permettesse maggiori ore di libertà (part-time), il 16.1% ha smesso di lavorare in quanto la sua occupazione non era conciliabile con le mansioni assistenziali e il 3.6% ha perso l'occupazione. Solo una poca parte dei caregivers, usufruiscono dei permessi lavorativi per

l'assistenza a persone che si trovano in una situazione di grave handicap previsti dalla legge 104/92.

Il 87.3% dei caregiver afferma di sentirsi stanco a causa dell'assistenza prestata al malato, il 53.6% indica di non dormire a sufficienza, il 43.1% sente di soffrire di depressione e il 31.9% segnala di aver subito modificazioni rilevanti del proprio peso. Spesso, l'assistenza al malato di demenza induce il caregiver in una condizione di depressione, il 20% indica di aver preso farmaci a causa delle conseguenze provocate dall'assistenza. Si tratta di farmaci che servono a migliorare i problemi di natura psicologica: tra i più assunti trovano posto gli antidepressivi (30.3%) e gli ansiolitici (28.9%).

L'assistenza ai malati di demenza ha delle conseguenze molto importanti anche sulla qualità di vita complessiva dei caregiver; l'85% segnala che la propria vita sociale è stata in tutto o in parte compromessa e il 56.2% dei caregiver evidenzia come il lavoro di cura del malato abbia creato una situazione di tensione tra i diversi membri della famiglia.

2.1.4 - Segni e sintomi della demenza

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un rapporto del 2015, stabilisce che i segni e i sintomi indotti dalla demenza si verificano in maniera diversa a seconda dell'impatto che la malattia ha sulla persona e del grado della patologia stessa. Possiamo avere la seguente classificazione:

- Fase iniziale – i sintomi caratteristici sono:
 - a) dimenticanza, perdita memoria a breve termine ;
 - b) perdita cognizione del tempo;
 - c) perdersi nei luoghi familiari;
 - d) difficoltà nell'eloquio;
- Fase intermedia – i segni e i sintomi progrediscono causando maggiori limitazioni:
 - a) dimenticanza di eventi recenti e nomi di persone;
 - b) comportamenti sociali inappropriati;
 - c) incapacità di comprensione;
 - d) disorientamento;
 - e) confusione mentale;
 - f) deficit nelle Adl;
 - g) cambiamenti di personalità

- Fase avanzata – la persona diventa totalmente dipendente, i segni e i sintomi caratteristici sono:
 - a) inconsapevolezza spazio temporale;
 - b) calo significativo o completa perdita delle funzioni di base;
 - c) perdita della memoria a breve e a lungo termine;
 - d) aprassia (incapacità di eseguire movimenti coordinati e mirati, anche su richiesta)

Tra le diverse forme di alterazioni comportamentali, causate da tale patologia (irrequietezza, aggressività fisica e verbale, manierismi e movimenti ripetitivi, alterazioni ciclo sono veglia, pedinare, spiare) una di particolare interesse è rappresentata dal *wandering* (vagabondaggio).

2.2 - Approccio teorico al wandering e caratteristiche definenti

Di tutti i sintomi comportamentali associati alla demenza, il wandering è uno dei più problematici dal punto di vista della gestione e della sicurezza del paziente (Matteson & Linton, 1996), causando ansia e stress per i familiari e gli operatori sanitari a lungo termine (Allan, 1994).

Si verifica in circa 15 – 60 % delle persone con demenza, è un comportamento che appare nella demenza lieve, moderata e tende ad aumentare nella fase avanzata della demenza. Può essere utile, fornendo esercizio e migliorando la circolazione sistemica ma, nella maggior parte dei casi può essere problematico sia per le persone affette da demenza sia per i caregivers provocando danni fisici e stress emotivo. Il wandering è un complesso comportamento che nel corso degli anni si è tentato più volte di descrivere e definire in maniera esatta e completa per spiegare questo tipo di comportamento esibito dagli individui con deterioramento cognitivo.

Il wandering è spesso definito come “*il movimento senza meta della persona*” (Snyder et al. 1978, Albert 1992, Heard & Watson 1999, Colombo et al. 2001), comportamento che non è mai casuale ed inutile. Gli studi di Algase e Struble (1992) affermano che due sono le caratteristiche fondamentali dei pazienti che manifestano il vagabondaggio:

- il continuo movimento nello spazio;
- essere cognitivamente compromessi.

Un'altra definizione del wandering ci viene fornita anche dal Manuale delle Definizioni Infermieristiche NANDA che lo descrive come una: “*deambulazione afinalistica,*

errabonda, priva di meta o ripetitiva, che espone la persona a possibili danni; spesso non tiene conto di confini, limiti od ostacoli”.

Secondo NANDA, il wandering è caratterizzato da: continui spostamenti da un luogo all'altro, comportamenti di fuga, frequenti spostamenti da un luogo all'altro, locomozione nervosa e casuale, iperattività, incapacità di fissare punti di riferimento significativi in un ambiente conosciuto, locomozione in spazi non autorizzati, locomozione che porta a perdersi nell'ambiente, oltrepassare un confine, seguire passo passo un caregiver, ecc.

Per capire il fenomeno ci può venire in aiuto anche Hussian (1987), che ha identificato quattro diversi tipi di modelli vaganti; questa classificazione viene ampiamente utilizzata da medici, ricercatori e prevede:

- **akathisiacs**: stimolazione indotta dai neurolettici;
- **exit seekers**: i residenti di nuova ammissione negli asili, ospedali che tentano di aprire le porte delle uscite;
- **self-stimulators**: persone che svolgono attività stimolanti, come girare la serratura della porta;
- **modelers**: persone che seguono le ombre degli altri.

2.2.1 - Eziopatologia del wandering

L'eziologia del wandering rimane ancora un enigma irrisolto, poiché solo il declino cognitivo non può spiegare la comparsa dei sintomi comportamentali negli assistiti dementi. In letteratura, tuttavia, sono stati identificati fattori che influiscono sul verificarsi di tali comportamenti. Tali fattori riguardano:

- **basi neurologiche**: i progressi nel campo delle neuroscienze hanno dimostrato che ci sono ampie e reciproche connessioni tra i centri cerebrali che governano l'emozione e la sfera cognitiva (Mesulam, 1998). Negli ultimi tre decenni il neuroimaging strutturale e funzionale ha potuto fornire una maggiore comprensione delle basi neurobiologiche che comportano i sintomi psicologici e comportamentali della demenza. Levy R. e Dubois B. (2006) sostengono che la comparsa dei sintomi comportamentali, nel paziente demente, sia il risultato di una disconnessione tra i circuiti cerebrali quali: *circuito dorsolaterale* (media e controlla la pianificazione, l'organizzazione e la funzione esecutiva), *circuito dei gangli basali prefrontali* (mediano la motivazione) e il *circuito orbito-frontale* (media l'inibizione e la conformità alle norme sociali) Geda

et al., 2013). Anche il sistema monoaminergico svolge un importante ruolo in quanto i corpi cellulari dei neuroni, situati principalmente nel tronco cerebrale, producono la serotonina, noradrenalina e dopamina che regolano il comportamento umano (GedaYe et al., 2013).

- condizioni mediche acute: negli assistiti dementi, la diagnosi di alcune malattie o la valutazione del dolore può essere difficile da definire con certezza rispetto agli assistiti senza un deficit cognitivo. Il dolore è spesso associato ai sintomi comportamentali psicologici agitazione, urla, allucinazioni e wandering (Aarsland, et al., 2013). Infine, effetti avversi dei farmaci o interazioni tra più farmaci possono dare origine a questi sintomi comportamentali.
- bisogni insoddisfatti: riguardanti lo stato fisiologico dell'assistito come fame, sete, dolore, stipsi, bisogno di urinare (NANDA International, 2015).
- disturbi di personalità e/o malattie psichiatriche preesistenti: l'esperienza clinica suggerisce che i disturbi di personalità di lunga data, possono essere causa dello sviluppo dei sintomi comportamentali negli assistiti dementi. Inoltre, la perdita del controllo inibitorio può accentuare i tratti di personalità premorbosa (Von Gunten, Pocnet, & Rossier, 2009).
- fattori interpersonali (stress caregiver, inadeguata rete sociale): Ballard et al., (2009) afferma che è ben noto che i livelli di stress e ansia sono maggiori nei caregivers che si occupano delle persone dementi. Lo stress e la depressione aumentano, tra gli operatori sanitari e familiari, quando devono gestire i sintomi comportamentali della demenza. I fattori legati al caregiver, come nel caso di uno stile di comunicazione negativo (rabbia, urla, influenza negativa), strategie di coping o abilità inadeguate possono innescare o peggiorare i sintomi comportamentali (De Vugt et al., 2005).
- cause ambientali: con la diminuzione della capacità di elaborare gli stimoli ambientali, la soglia di stress della persona con demenza diminuisce e aumentano i livelli di frustrazione, ansia e agitazione (Smith, Hall, & Buckwalter, 2006).

Considerando questi fattori da caso a caso dovrà essere anche deciso e scelto quale modalità attuare per contenere e ridurre il disagio e la sofferenza prodotta da una condizione di wandering.

2.2.2 - Trattamento del wandering

A causa della complessità delle motivazioni che determinano i sintomi comportamentali della demenza a tutt'oggi non esiste una soluzione ideale nel trattare tali sintomi e questo in quanto la conoscenza che spiega il perché e il come di tale comportamento è ancora insufficiente. I medici e gli infermieri trovano difficoltà nel progettare, attuare e valutare gli interventi più adeguati (Algase, 1999).

Per la gestione del wandering, nel contesto sanitario ci si avvale talvolta della contenzione. La contenzione può essere definita come *“un particolare atto sanitario – assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici, fisici ed ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti”*. Una revisione del 2002 di Joanna Briggs Institute definisce le motivazioni che spingono gli operatori sanitari a ricorrere alla contenzione: il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del paziente, il controllo del comportamento e la prevenzione del vagare.

Ci sono diversi tipi di contenzione, quali:

- contenzone farmacologica: si parla di *“contenzone farmacologica”* in quanto il farmaco non tratta la causa della demenza ma piuttosto tende a sedare le manifestazioni e ciò pone una serie di problematiche inerenti la sicurezza, l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci utilizzati, la loro reciproca interazione o la loro interferenza con le residue autonomie del paziente e con la sua personalità. Dal momento che la neurobiologia alla base dei diversi BPSD è ancora poco chiara, anche le terapie farmacologiche non riescono ad essere precisamente mirate. I BPSD che meglio sembrano rispondere alle terapie farmacologiche sono l'ansia, i sintomi depressivi, i disturbi del sonno, l'agitazione verbale, le allucinazioni ed i deliri; al contrario il wandering, il comportamento antisociale, i comportamenti stereotipati afinalistici, i vocalizzi e la trascuratezza sembrano resistenti ad ogni tipo di trattamento farmacologico (Maletta,1990) (Stoppe e Staedt, 1999). Nel gestire il wandering le classi di farmaci più utilizzate sono le benzodiazepine e gli antipsicotici.
- contenzone fisica: si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. I mezzi di contenzione fisica si classificano in: mezzi di contenzione per il letto (spondine), mezzi di contenzione per la sedia (corpetto), mezzi di contenzione per i segmenti corporei (polsiere o cavigliere) e mezzi di contenzione

per una postura obbligata (cuscini anatomici). La contenzione fisica deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando i mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficiente allo scopo e solo nell'esclusivo interesse del soggetto e delle persone che gli sono vicine. Inoltre, secondo l'American Psychiatric Association, i mezzi di contenzione vanno utilizzati per:

- evitare un danno imminente ad altri (personale sanitario oppure degenti);
- evitare un danno imminente al soggetto (qualora altri mezzi di controllo risultino inefficaci).
- trattamento non farmacologico: i trattamenti non farmacologici sono rappresentati da:
 - **Doll Therapy** – o bambola terapeutica, è un trattamento non farmacologico il cui impiego è stato introdotto già dagli anni novanta; nonostante il suo impiego, a tutt'oggi non ci sono ricerche empiriche rigorose effettuate sull'uso della bambola nelle persone affette da demenza o delle linee guida (Moore, 2001). È un pratica che si basa sui principi della teoria dell'attaccamento e si è potuto osservare un notevole miglioramento delle condizioni e della qualità di vita degli assistiti dementi. Secondo gli studi di Mackenzie et al., del 2006, Verity del 2006 e lo studio di Mitchell e O'Donnell del 2013, i miglioramenti indotti dalla bambola terapeutica riguardano una riduzione dell'agitazione, aggressività fisica e verbale, riduzione del wandering; inoltre, si è potuto osservare anche un miglioramento nello stile alimentare e comunque di un generale e visibile aumento del benessere.
 - **Musicoterapia** – con il termine musicoterapia si intende l'uso della musica o di elementi musicali ai fini della guarigione o miglioramento di uno o più sintomi comportamentali e psicologici della demenza (Strobel, Huppmann, 1991). La terapia consiste nell'ascoltare musica classica, canzoni familiari o solo semplicemente ascoltare della musica (Muller-Schwarz, 1994). Lo scopo è quello di compensare le gravi limitazioni imposte dalla demenza e di aiutare gli assistiti ad esprimersi. Si è visto che la musica influisce positivamente sulle abilità sociali (maggiore interazione con operatori sanitari e degenti), sullo stato emotivo (umore felice) ma soprattutto è efficace nei sintomi comportamentali (meno agitazione, meno wandering) (Brotons, et al., 1999).
 - **Art Therapy** – nel caso dei pazienti affetti da demenza, le cui competenze e lo stato cognitivo sono sempre più limitati, l'arte terapia offre loro l'opportunità di

prendere decisioni ed avere la sensazione di poter essere al controllo di qualcosa (Harlan, 1993).

- **Reality Orientation Therapy** (ROT) – Folsom et al., nel periodo compreso tra il 1966 e il 1985 hanno studiato a lungo la Reality Orientation Therapy. Questo tipo di intervento è ampiamente usato nella riabilitazione dei soggetti con demenza. La ROT viene impiegata per riorientare il paziente, mediante una stimolazione continua, con orientamento ripetitivo all'ambiente. Questo riorientamento si ottiene attraverso l'uso di ROT informale e la classe ROT. Il ROT informale, metodo 24 ore, è un processo continuo che necessita di personale per trasmettere costantemente all'assistito informazioni quali, la data, il giorno della settimana, ora del giorno e la posizione corrente, attraverso le interazioni verbali e l'uso di ausili ambientali. La classe Rot, è più gruppo didattico formale in cui i pazienti, a seconda del loro livello di confusione, dovrebbero stare in una classe speciale da 30 minuti a un'ora al giorno. Negli ultimi 20 anni, numerosi ricercatori hanno studiato ed analizzato l'efficacia della ROT. Una revisione della letteratura ha concluso che la ROT produce un miglioramento significativo nella orientazione ma i cambiamenti erano minimi in altre aree di funzionamento (Powell-Proctor, Miller, 1982).
- **Stimolazione Cognitiva** – è un intervento non farmacologico che è strategicamente orientato al benessere complessivo della persona con demenza. Con la stimolazione cognitiva si cerca di incrementare il coinvolgimento della persona in compiti finalizzati alla riattivazione delle competenze residue ed al rallentamento della perdita funzionale delle abilità cognitive

Considerando quanto presentato, che rappresenta le modalità percorribili come trattamenti dell'assistito che manifesta wandering, va sottolineato che mentre la terapia farmacologica (contenzione chimica), che deve essere somministrata solo su prescrizione medica, e/o la contenzione fisica, possono manifestare tutta una serie di effetti collaterali a volte impegnativi da gestire, i trattamenti alternativi (non farmacologici) che spesso sono sottovalutati e messi in secondo piano, sono capaci di ridurre i sintomi psicologici e comportamentali della patologia, non presentando alcun effetto negativo sulla persona demente.

Quanto fin qui esposto, inoltre, deve essere riflettuto considerando non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli etici e normativi, infatti si deve tener presente che l'art. 32 della Costituzione Italiana cita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”* In aggiunta, il Codice penale e il Codice deontologico dell'Infermiere indicano che la contenzione deve essere limitata solo a eventi straordinari e deve essere sostenuta da prescrizione medica (art. 30 codice deontologico dell'infermiere). L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile anche penalmente in base all'art. 571 del Codice Penale.

3.1 – Criteri di selezione degli studi

Disegni di studio: per la realizzazione di questa revisione bibliografica non sono state poste restrizioni inerenti al disegno di studio.

Si è proceduto ricercando tutti gli studi che comparassero i metodi di contenzione fisica, farmacologica negli episodi di wandering e i trattamenti non farmacologici. Inoltre, si è proceduto nel ricercare in letteratura, in maniera separata, gli studi riguardanti i trattamenti farmacologici e non farmacologici per gestire il fenomeno del wandering. Gli studi dichiarati eleggibili ed inclusi (tabella I) in questa revisione, sono gli studi che maggiormente trattano del wandering e di come questo può essere trattato o migliorato.

Tipologia dei partecipanti: i partecipanti di questa revisione bibliografica sono persone dai 65 anni in su ai quali è stata diagnosticata una demenza. Non sono stati posti dei limiti alla ricerca per quanto attiene al tipo di demenza, l'unico elemento fondamentale era la presenza del sintomo comportamentale wandering.

Tipologia di intervento: l'utilizzo della contenzione farmacologica, fisica e trattamenti non farmacologici per trattare, migliorare il wandering.

Confronto: si è voluto ricercare i vantaggi e gli svantaggi dell'utilizzo della terapia farmacologica (antipsicotici) e della contenzione fisica versus i trattamenti non farmacologici nel trattamento del wandering.

Tipo di outcomes misurati: i risultati di comparazione che saranno presi in considerazione per l'analisi delle due tecniche saranno:

1. l'utilizzo di tecniche non farmacologiche sono strumenti efficaci rispetto alla contenzione chimica e fisica? Quali sono gli effetti collaterali delle terapie non farmacologiche rispetto agli effetti collaterali della contenzione fisica e chimica?
2. l'utilizzo di tecniche non farmacologiche migliorano e riducono il verificarsi degli episodi di wandering nel paziente demente?
3. se vi è una reale aderenza ai trattamenti non farmacologici da parte del paziente?

4. se è aumentata la qualità di vita dei pazienti, dei familiari ed in particolare del caregiver?
5. quali sono i trattamenti non farmacologici maggiormente accettati dai pazienti e i reali benefici in termini di miglioramento della qualità di vita?

3.2 – Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia utilizzata per individuare gli studi è stata condotta consultando i seguenti database elettronici: MedLine, EBN Guideline, Google Scholar, PubMed, Cinahl.

Le banche dati utilizzate più volte, per la reperibilità, degli studi sono state PubMed, Cinahl e MedLline.

Le ricerche sono state eseguite attraverso l'utilizzo di termini liberi. L'utilizzo delle stringhe di ricerca, MeshTerms non hanno prodotto nessun risultato.

Le parole libere utilizzate per la ricerca di articoli riguardanti le terapie non farmacologiche sono state le seguenti: *wandering, BPSD and dementia, doll therapy, Rot o Reality Orientation Therapy, quality of life, cognitive stimulation, music therapy, arth therapy.*

Le parole libere utilizzate per la ricerca di articoli riguardanti le terapie farmacologiche sono state le seguenti: *wandering, BPSD and dementia, drug therapy, physical restraint, body restraint, medication side effects, side effects physical restraint.*

I filtri impostati, necessari per la ricerca degli articoli, riguardano l'età dei pazienti, questi dovevano avere un'età maggiore di 65 anni e come diagnosi un qualsiasi tipo di demenza o comunque un'importante declino cognitivo. Un altro filtro era la necessità di reperire gli articoli in free full text, inizialmente si era impostato anche il limite del tempo indicato dalla letteratura per il reperimento di articoli entro 5 anni precedenti la revisione; questo vincolo non è stato rispettato a causa della scarsa letteratura trovata sul *wandering* e sul suo trattamento, pertanto si sono reclutati gli studi a partire dall'anno 1999. Non sono stati imposti dei limiti attinenti alla lingua, sono stati studiati ed analizzati articoli principalmente in lingua inglese.

3.3 – Selezione degli studi

Per la revisione bibliografica oggetto di questa tesi, è stato reperito molto materiale, in particolar modo sulla teoria delle demenze e dei sintomi comportamentali.

Pochi sono stati invece gli articoli che parlano del wandering e di come questo può essere trattato. Nella ricerca degli articoli e studi per il trattamento del wandering, soprattutto nel caso della contenzione fisica e meccanica, si è aggiunta anche l'agitazione fisica perché ritenuta comunque un'iperattività motoria.

Dopo un'attenta valutazione e analisi degli articoli in free full text, n. 13 sono stati selezionati ai fini di questo lavoro di revisione e solamente n. 9 sono stati considerati in quanto rispondevano ai quesiti di ricerca, n. 4 sono stati gli studi esclusi dalla revisione.

Dei n. 9 articoli inclusi nel lavoro di revisione, n. 5 sono stati gli studi che trattano in maniera chiara ed esplicita della contenzione farmacologica e fisica e n. 4 gli articoli che trattano le terapie non farmacologiche.

Negli articoli selezionati, la popolazione oggetto d'indagine comprendeva soggetti di età superiore ai 65 anni che erano stati diagnosticati con un qualsiasi tipo di demenza e che manifestavano il sintomo comportamentale del wandering o comunque un'agitazione fisica (iperattività motoria). Inoltre, sono stati presi in considerazione soltanto i soggetti che venivano trattati nel contesto ospedaliero o nelle case di riposo.

Attinente al disegno di studio, sono stati trovati: n. 1 studio randomizzato doppio cieco (Suh, Greenspan, Choi, 2006), n. 2 revisioni della letteratura (Stoppe, Brandt, Staedt, 1999) e (Mott, Poole, Kenrick, 2005), n. 2 case report (Buskova, Busek, Nevsimalova, 2011) e (Lancioni, Perilli, Singh et al., 2011), n. 2 studi pilota (Mackenzie, James, Morse et al., 2006) e (Gardiner, Furois, Tansley et al., 2000), n. 1 studio osservazionale (Shin, 2015) e n. 1 studio qualitativo (Mamun, Lim, 2005).

La provenienza degli studi inclusi è piuttosto eterogenea: n. 1 proveniente dal Rapid City nel South Dakota (Gardiner, Furois, Tansley et al., 2000), n. 1 studio dalla Gran Bretagna (Mackenzie, James, Morse et al., 2006), n. 1 dall'Italia (Lancioni, Perilli, Singh et al., 2011), n. 1 dalla Germania (Stoppe, Brandt, Staedt, 1999), n. 1 da Praga - Repubblica Ceca (Buskova, Busek, Nevsimalova, 2011), n. 2 dal Seoul – Corea del Sud (Shin, Seoul, 2015) e (Suh, Greenspan, Choi, 2006), n. 1 dall'Australia (Mott, Poole, Kenrick, 2005) e n. 1 dal Singapore (Mamun, Lim, 2005)

Sono stati esclusi dalla revisione, n. 4 studi che non corrispondevano ai criteri di inclusione previsti, ovvero studi che non davano informazioni riguardo al specifico trattamento del wandering, oppure studi che venivano contestualizzati in ambiente extra ospedaliero. Gli studi esclusi dalla revisione sono: n. 2 revisioni sistematiche (Fernandez,

Arthur, Fleming et al., 2014) e (Robinson, Hutchings, Corner et al., 2006), n. 1 studio pilota (Pezzati, Molteni, Bani et al., 2014) e n. 1 revisione della letteratura (Hermans, Htay, Cooley, 2009). Anche nel caso degli studi esclusi, la provenienza degli studi è varia: n. 1 dal Wollongong – Australia (Fernandez, Arthur, Fleming et al., 2014), n. 2 dalla Gran Bretagna (Robinson, Hutchings, Corner et al., 2006) e (Hermans, Htay, Cooley, 2009) e n. 1 dall'Italia (Pezzati, Molteni, Bani et al., 2014).

3.4 – Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Tutti gli studi trovati ed inclusi in questo lavoro di revisione bibliografica sono stati esaminati in base alle informazioni che riguardavano i vantaggi e gli svantaggi della contenzione farmacologica (utilizzo degli antipsicotici, benzodiazepine), contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi come polsini e cavigliere) e le terapie non farmacologiche (Doll Therapy, attività di disegno, musicoterapia e lettura,) applicate nel contesto ospedaliero e case di riposo, utilizzando le seguente tabella di valutazione:

Tabella I. Studi inclusi nel lavoro di revisione bibliografica

Autore, Paese, Anno di Pubblicazione	Campione	Disegno di studio	Setting	Risultati
1.Suh, Greenspan, Choi, Seoul, 2006.	114 residenti nella casa di cura con demenza.	Studio randomizzato doppio cieco	Casa di Cura, Seoul – South Korea.	Da questo studio risulta che il risperidone ha avuto una maggiore efficacia nel trattamento del wandering (misurato con la scala Behave-Ad-K) rispetto all' aloperidolo. Inoltre anche dalla misurazione con la scala CMAI-K, il risperidone risulta essere più efficace nel trattare il wandering rispetto all'alooperidolo.
2.Buskova, Busek, Nevsimalova, Praga, 2011.	1 donna cieca di 77 anni nella fase iniziale della demenza vascolare.	Case Report.	Dipartimento del disturbo del sonno – Praga.	Il risultato principale di questo studio è stato quello di dimostrare la reale efficacia del utilizzo di gabapentin nel trattare l'agitazione notturna e il wandering notturno.
3.Stoppe, Brandt, Staedt, Germania, 1999.	Prese in considerazione tutte le persone con qualsiasi tipo di demenza.	Revisione della letteratura.	Ospedali, Case di Cura.	Gli antipsicotici sono i farmaci più comunemente utilizzati nei problemi comportamenti degli assistiti dementi negli ospedali, nelle case di cura. Gli antipsicotici riescono a trattare/migliorare i sintomi comportamentali come l'agitazione fisica e verbale, ansia, allucinazioni, deliri. Mentre, i sintomi come il wandering, personalità antisociale, scarsa cura di sé sembrano non rispondere in seguito all'utilizzo di antipsicotici.

4. Shin, Seoul, Corea del Sud 2015.	I residenti, nella Casa di Cura, con demenza e Alzheimer, con un moderato e grave deterioramento cognitivo, MMSE < 25 e soggiornanti per più di 3 mesi.	Studio osservazionale	Casa di Cura, Corea.	Da questo studio risultano i benefici dell'utilizzo della bambola terapeutica. I residenti della casa di cura manifestano in maniera statisticamente significativa un miglioramento nei sintomi comportamentali (meno aggressività, wandering, comportamenti ossessivi).
5. Mackenzie, James, Morse et al., Newcastle upon Tyne Gran Bretagna, 2006.	14 partecipanti (12 donne e 2 maschi)	Studio pilota	2 case Elderly Mentally III (EMI Homes)	Da questo studio risultano chiari i vantaggi dell'utilizzo della Doll Therapy. di questi 14 partecipanti, 5 presentavano il sintomo comportamentale del wandering. I benefici si sono potuti riscontrare in un miglioramento dell'interazione con lo staff e con i residenti della casa. Inoltre tutti erano diventati più felici e solo 4 erano meno agitati. Solo 1 ha portato un beneficio nel essere più calmi con il personale. Per la sfera dell'attività e vivacità, non ci sono stati miglioramenti.
6. Lancioni, Perilli, Singh et al., Italia, 2011.	1 partecipante. Stuart di anni 85 con un livello grave di Alzheimer. MMSE 7 e con un punteggio di 17 sulla Hamilton Depression Rating Scale.	Case Report.	Centro diurno che Stuart frequentava.	I risultati dimostrano che il wandering era rimasto costante durante la fase basale, in cui Stuart non era coinvolto in nessuna attività stimolante e specifica. Il wandering, però è sceso durante la fase della colorazione e dell'ascolto della musica. Il disegno, oltre ad impegnare molto Stuart è stata la condizione che lui ha fortemente preferito.
7. Gardiner, Furois, Tansley et al., Rapid City – South Dakota, 2000.	2 partecipanti. Paziente A (maschio, anni 67, sindrome di Weber e disturbo di personalità); Paziente B (maschio, 72 anni con il morbo di Alzheimer, sintomo comportamentale e del wandering)	Studio pilota	Casa di Cura.	Preso in considerazione solo il paziente B, dallo studio risulta che durante l'intervento della musicoterapia il wandering era diminuito significativamente, una settimana dopo l'intervento musicale, il wandering era rimasto inferiore rispetto a prima. Durante la lettura il vagare diminuisce ancora ma non in modo significativo. Dopo l'intervento di lettura il wandering era rimasto comunque ad un livello basso.
8. Mott, Poole, Kenrick, New South Wales – Australia, 2005	Assistiti sopra i 65 anni di età ricoverati in unità di aree intensive.	Revisione della letteratura.	Unità di area intensiva per la riabilitazione.	Si è cercato di rivedere in letteratura l'uso della contenzione farmacologica e fisica per vedere se soddisfacevano i standard di "best practice" nella cura degli assistiti agitati. Per agitati si intendevano i pazienti che alla base avevano un disturbo di demenza, un importante declino cognitivo, più diagnosi psichiatriche, iperattività motoria (wandering)

9.Mamun, Lim, Singapore, 2005.	I residenti, 390, di 3 case di riposo in Singapore, età superiore ai 65 anni.	Studio qualitativo.	3 case di riposo, Singapore.	Dei 390 residenti coinvolti nello studio, 91 (23.3%) sono stati contenuti fisicamente; di questi 91 pazienti è stata osservata un'incontinenza urinaria e fecale in 89 (97.8%), in 55 (60.4%) non sono state osservate cadute correlate, 31 (34.1%) aveva almeno una caduta e 5 (5.5%) hanno avuto delle fratture cadute correlate. 8 (8.8%) residenti, sono stati contenuti a causa dell'agitazione. I residenti con demenza erano 59 (64.8%).
--------------------------------	---	---------------------	------------------------------	---

3.5 – Descrizione degli studi esclusi nella revisione

Sono stati esclusi dalla revisione gli studi che non corrispondevano ai criteri di inclusione previsti, ovvero studi che non davano informazioni riguardo al specifico trattamento del wandering oppure studi che venivano fatti in ambiente extra ospedaliero. Gli studi esclusi sono descritti in maniera dettagliatamente in Appendice.

Tabella II. Studi esclusi dal lavoro di revisione bibliografica.

Autore, Paese, Anno di Pubblicazione	Obiettivi	Campione	Disegno si studio	Setting
1.Fernandez, Arthur, Fleming et al., Wollongong, 2014.	L'obiettivo principale di questa revisione sistematica è stato quello di vedere gli effetti della Doll Therapy sui sintomi comportamentali (agitazione, aggressività verbale e fisica) nelle persone affette da demenza.	Adulti > 18 anni diagnosticati con demenza.	Revisione sistematica	Ambiente comunitario ed alloggi residenziali.
2.Pezzati, Molteni, Bani et al., Italia, 2014.	Gli obiettivi di questo studio sono: 1)i pazienti accettano più facilmente la bambola terapeutica rispetto ad altri oggetti? 2)i pazienti dimostrano di attaccarsi alla bambola ? 3)i pazienti mettono in atto comportamenti esplorativi?	10 partecipanti (9 donne e 1 uomo, età tra 72-94 anni) di cui 5 trattati con la Doll Therapy (gruppo sperimentale) e 5 mai usati la Doll Therapy (gruppo di controllo)	Studio pilota	Centro Nucleo Alzheimer, Casa di Cura. Italia.
3.Robinson, Hutchings, Corner et al., Gran Bretagna, 2006.	L'obiettivo di questa revisione sistematica è stato quello di dimostrare l'efficacia e il rapporto costo-efficacia degli interventi non farmacologici nella prevenzione del wandering.	19 partecipanti con demenza.	Revisione sistematica.	/
4.Hermans, Htay, Cooley, Londra, 2009.	1)Valutare l'efficacia e la sicurezza delle terapie non farmacologiche, per il trattamento del wandering nel ambiente domestico della persona demente. 2)Evidenziare la qualità e la quantità della letteratura presente nelle banche dati in vista di futuri studi.	Persone anziane con qualsiasi tipo di demenza, con manifestazione del wandering a domicilio.	Revisione della letteratura.	Domicilio delle persone.

4.1 – Qualità metodologica degli studi

Dalla ricerca bibliografica è stato possibile reperire articoli e studi che erano ben distinti tra loro:

- articoli che analizzavano e descrivevano l'efficacia/inefficacia delle terapie non farmacologiche; sono stati trovati principalmente articoli inerenti alla Doll Therapy, musicoterapia, arteterapia e lettura;
- articoli che analizzavano e descrivevano l'efficacia/inefficacia della contenzione farmacologica (somministrazione di antipsicotici, benzodiazepine, anticonvulsivanti);
- articoli che analizzavano e descrivevano l'efficacia/inefficacia della contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi come polsini e cavigliere).

L'obiettivo era quello di rintracciare in letteratura, possibilmente aggiornata, articoli e studi che confrontassero i trattamenti farmacologici, contenzione fisica con i trattamenti non farmacologici. Questo obiettivo non è stato raggiunto perché non sono stati trovati articoli che confrontassero direttamente le modalità di trattamento. A causa di ciò si è proceduto alla ricerca e all'analisi di queste tecniche in maniera separata.

Da un'attenta revisione della letteratura, risulta che vi è una debolezza metodologica degli studi che include il fatto che non esistono sufficienti lavori che confrontino la contenzione farmacologica (somministrazione di antipsicotici, benzodiazepine, anticonvulsivanti), la contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi come polsini e cavigliere) con i trattamenti non farmacologici per il trattamento o miglioramento del wandering negli assistiti dementi.

Le debolezze metodologiche degli studi sull'impiego della contenzione farmacologica come somministrazione di antipsicotici, benzodiazepine e contenzione fisica sono riassumibili nel fatto che vi sono pochi studi sia in generale sia in particolare sull'efficacia ed inefficacia del loro meccanismo d'azione sul wandering nei pazienti dementi. In questo lavoro di revisione, gli studi inclusi sono solamente 5: n. 1 studio randomizzato doppio cieco (Suh, Greenspan, Choi, 2006), n. 1 case report (Buskova, Busek, Nevsimalova, 2011), n. 2 revisioni della letteratura (Stoppe, Brandt, Staedt, 1999) e (Mott, Poole, Kenrick, 2005) e n. 1 studio qualitativo (Mamun, Lim, 2005).

Il lavoro sugli studi dei trattamenti farmacologici non avevano come obiettivo solo quello di vedere l'efficacia degli antipsicotici sul wandering ma, nel caso dello studio di Suh, Greenspan, Choi, (2006) si è cercato di mettere a confronto il risperidone con l'aloiperidolo allo scopo proprio di individuare quale tra l'antipsicotico tradizionale e quello di nuova generazione era più efficace nel trattare il wandering. Dallo studio invece di Stoppe, Brandt, Staedt, (1999) risulta invece che gli antipsicotici sono farmaci che hanno un buon effetto sui sintomi comportamentali come l'agitazione fisica e verbale, ansia, allucinazioni e deliri; mentre i sintomi come il wandering, personalità antisociale, scarsa cura di sé sembrano non rispondere in seguito all'utilizzo di antipsicotici. Nella revisione bibliografica di Mott, Poole, Kenrick (2005) invece si è andato ad indagare se vi è un buon uso della contenzione farmacologica e fisica negli assistiti con demenza che erano particolarmente agitati e iperattivi. Nello studio qualitativo di Mamun, Lim (2005) si è cercato di valutare la prescrizione, l'utilizzo e le complicanze legate alla contenzione fisica.

Le debolezze metodologiche degli studi riguardanti i trattamenti non farmacologici sono riassumibili nel fatto che, in letteratura non ci sono un numero sufficiente di studi riguardanti le diverse terapie non farmacologiche nel trattamento del wandering, i trattamenti non farmacologici vengono applicati in maniera uguale a tutti i sintomi comportamentali senza fare una netta distinzione tra i diversi sintomi comportamentali, trattandogli tutti come una *“cosa sola”*.

In questo lavoro di revisione, gli studi inclusi, per le terapie non farmacologiche sono solamente n. 4: uno studio osservazionale, Shin, (2015), n. 2 studi pilota, Mackenzie, James, Morse et al., (2006) e Gardiner, Furois, Tansley et al., (2000), e n. 1 case report, Lancioni, Perilli, Singh et al., (2011).

Non vi è uniformità del campione in entrambi i gruppi di studio, trattamento farmacologico e trattamento non farmacologico. In tutti gli studi i campioni sono di diversa natura, si parte dal coinvolgimento di un partecipante negli studi di Lancioni, Perilli, Singh et al., (2011) e di Buskova, Busek, Nevsimalova, (2011) per arrivare ad un campione di 114 partecipanti nello studio di Suh, Greenspan, Choi, (2006).

4.2 – Confronto tra la contenzione farmacologica, fisica e il trattamento non farmacologico del wandering/agitazione

Tabella III. Tipologia di trattamenti in relazione agli studi inclusi nella revisione.

Tipologia trattamento	Suh, Greenspan, Choi, 2006	Buskova, Busek, 2011	Stoppe, Brandt, Staedt, 1999	Shin, 2015	Mackenzie, James, Morse et al., 2006	Lancioni, Perilli, Singh et al., 2011.	Gardiner, Furois, Tansley et al., 2000	Mott, Poole, Kenrick, 2005	Mamun, Lim, 2005
Contenzione Farmacologica									
-Antipsicotici	P	P	P	NP	NP	NP	NP	P	P
-Benzodiazepine	NP	P	P	NP	NP	NP	NP	P	P
Contenzione Fisica									
-Letto	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	P
-Sedia	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	P
-Uso dispositivi (polsini, cavigliere, ecc.)	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	P
Trattamenti non Farmacologici									
-Doll Therapy	NP	NP	NP	P	P	NP	NP	NP	NP
-Stimolazione cognitiva	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
-Musicoterapia	NP	NP	NP	NP	NP	P	P	NP	NP
-Lettura	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP
-Arte-terapia	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP
Leggenda:									
- P (presente) - NP (non presente)									

4.2.1 – Efficacia/inefficacia della contenzione farmacologica, fisica vs trattamento non farmacologico nel wandering

Non vi sono articoli che confrontino l'efficacia del trattamento farmacologico e del trattamento non farmacologico del wandering direttamente. Tuttavia, in letteratura ci sono evidenze che sostengono che il wandering bisognerebbe essere gestito inizialmente con le terapie/trattamenti non farmacologici e solo quando queste non sono più efficaci, intervenire con la somministrazione di farmaci, come gli antipsicotici (Azermai, 2015).

Inerenti alla terapia farmacologica, nel trattamento del wandering sono stati presi in considerazione tre studi; due dei quali trattano in maniera esplicita l'efficacia degli antipsicotici nel gestire il wandering (Buskova, Busek, Nevsimalova, (2011) e Suh, Greenspan, Choi, (2006)) e uno studio che sostiene che gli antipsicotici sono farmaci che possono essere impiegati nel trattare sintomi comportamentali ma, non hanno effetti positivi sul wandering (Stoppe, Brandt, Staedt, (1999)).

Lo studio di Suh, Greenspan, Choi (2006) rivela che i pazienti che vengono trattati con il risperidone hanno mostrato un miglioramento significativo rispetto all'aloiperidolo su

specifiche manifestazioni dei BPSD (agitazione, vagabondaggio) avendo un notevole impatto sulla qualità di vita sia del paziente che del caregiver. Lo studio di Buskova, Busek, Nevsimalova (2011) presenta il caso di una signora nella fase iniziale di una demenza vascolare che presenta il wandering notturno e di come questo è stato trattato con successo con il gabapentin.

Gli studi trovati ed analizzati, inerenti alla contenzione fisica sono stati due. Lo studio di Mamun, Lim (2005) che ci mostra che a tutt'oggi la contenzione fisica è una pratica molto utilizzata nelle case di riposo in Singapore e che una diagnosi di demenza rappresenta un fattore di rischio per l'adozione della contenzione fisica. In questo studio vengono descritti chiaramente gli svantaggi e le complicanze associate alla contenzione fisica dei pazienti con agitazione/iperattività motoria. Dallo studio Mott, Poole, Kenrick (2005) risulta che la contenzione fisica viene utilizzata per prevenire e "calmare" l'agitazione degli assistiti, per evitare la manomissione dei dispositivi medici, limitare l'iperattività fisica, facilitare le cure e proteggere i pazienti, operatori sanitari e degenti. Inoltre, l'uso della contenzione è responsabile anche di effetti avversi come cambiamenti del metabolismo basale, debolezza muscolare e motoria, lesioni da pressione, stress cardiaco, edemi degli arti inferiori.

Gli studi trovati rispetto ai trattamenti non farmacologici sono n. 4. Gli studi trovati sulla Doll Therapy sono n. 2 (Shin, 2015) e (Mackenzie, James, Morse et al., 2006), n. 1 studio sull'arteterapia (Lancioni, Perilli, Singh et al., 2011) e n. 1 studio sulla musicoterapia (Gardiner, Furois, Tansley et al., 2000). Lo studio osservazionale di Shin (2015) sostiene i benefici della bambola terapia tra i residenti della casa di riposo, malgrado la visibile efficacia, alcuni operatori sanitari hanno riferito che ci sono stati dei familiari che hanno ritenuto immorale l'uso della bambola in quanto non rispettava la dignità della persona trattandola come immatura. Mackenzie, James, Morse et al., (2006) nel loro studio pilota dimostrano che il personale di assistenza (46 persone in tutto) ha complessivamente un'impressione positiva sull'uso della bambola. Tutto il personale, tranne uno, hanno ritenuto che i vi erano vantaggi nell'uso della bambola terapeutica. Sedici badanti (35%) hanno riferito che alcuni pazienti sono andati incontro ad alcuni problemi con le bambole (cercano di alimentare le bambole).

Dal case report di Lancioni, Perilli, Singh et al., (2011) i risultati mostrano che il wandering era costante nei periodi in cui Stuart non era coinvolto in nessuna attività. La colorazione ha avuto un'apparente vantaggio sulla limitazione del wandering rispetto alla

musicoterapia. Durante la fase di osservazione, nello studio pilota sulla musicoterapia di Gardiner, Furois, Tansley et al., (2000), il paziente ha dimostrato un elevato livello del wandering. Durante l'intervento di musicoterapia il wandering era diminuito significativamente, dopo una settimana dall'intervento di musicoterapia il vagare era rimasto ancora significativamente inferiore rispetto alla settimana di osservazione. Durante l'intervento di lettura il wandering si era ancora abbassato ma non in misura significativa, una settimana dopo la lettura il wandering era rimasto ancora ad un livello basso. Da questo studio risulta evidente che sia gli interventi di musicoterapia sia di lettura sono efficaci nel migliorare il wandering.

5.1 – **Discussione**

I lavori inseriti in questa revisione della letteratura, seppure la loro debolezza metodologica, portano ad evidenziare un'importante uso della contenzione farmacologica e fisica negli assistiti con demenza che presentano il sintomo comportamentale del wandering. Sia la contenzione farmacologica che quella fisica, rappresentano, attualmente la metodica di prima scelta per poter gestire al meglio l'agitazione/iperattività motoria e il wandering negli assistiti anziani con demenza in un contesto ospedaliero o nelle case di riposo. In letteratura vi è una carenza degli studi che trattano, in maniera specifica l'importanza dell'uso e dell'efficacia/inefficacia dei trattamenti non farmacologici.

Dallo studio di Shin (2015), risulta che l'adozione della bambola terapeutica riduce in maniera significativa i sintomi comportamentali tra cui anche il wandering.

Dallo studio di Mackenzie, James, Morse et al., (2006) risultano chiaramente i vantaggi dell'utilizzo della bambola terapeutica. Dei n. 14 partecipanti di questo studio pilota, n. 5 presentavano il wandering. I benefici sono stati misurati principalmente in attività come interazione con lo staff (3/5), interazione con i residenti (3/5), sul grado di felicità (5/5), sul grado di agitazione (4/5) mentre per quanto riguarda l'attività e la vivacità dei partecipanti, questa è rimasta invariata in 4 assistiti e solo uno un po' più vivace. Dei n. 5 partecipanti solo uno non ha visto la bambola come un bambino.

Un altro vantaggio del trattamento non farmacologico risulta dallo studio di Lancioni, Perilli, Singh et al., (2011). In questo case report, gli autori si concentrano nel verificare se l'attività di disegno e ascolto della musica, sono efficaci nel gestire il wandering. I risultati mostrano che il wandering era costante durante i periodi in cui Stuart, il partecipante, non era coinvolto in alcuna stimolazione o attività specifica. Successivamente, si è potuto rilevare che l'attività di disegno ha avuto un apparente vantaggio sull'ascolto della musica e che, Stuart, manifestava meno il wandering. Diverse sono le considerazioni che si possono fare, innanzitutto non ci sono evidenze disponibili per determinare quale delle due attività ha avuto un maggiore successo sul wandering, anche se l'attività di disegno è stata quella preferita da Stuart. Potrebbe essere il caso, che la musica e il disegno abbiano aiutato Stuart a superare i suoi problemi come paura e ansia e quindi hanno ridotto la necessità di un comportamento come il wandering.

Lo studio pilota di Gardiner, Furois, Tansley et al., (2000) invece vuole dimostrare se ci sono vantaggi in seguito all'utilizzo della musicoterapia e della lettura in un paziente affetto da Alzheimer con manifestazione del wandering. Dallo studio risulta che durante l'intervento della musicoterapia il wandering era diminuito significativamente. Durante la lettura il wandering diminuisce ancora, ma non in modo significativo. L'unico effetto collaterale o problema che i trattamenti non farmacologici prevedono, risulta dallo studio di Mackenzie, James, Morse et al., (2006); alcuni operatori sanitari hanno rilevato che alcuni parenti erano molto critici all'uso della bambola in quanto ritenuta umiliante. È importante sottolineare come questo tipo di trattamento presenti una serie di problemi etici e pratici già molto discussi in letteratura.

Non sono stati trovati studi su terapie non farmacologiche quali: la Rot Reality Orientation Therapy, stimolazione cognitiva, terapia occupazionale per la gestione e il trattamento specifico del wandering/agitazione. Gli articoli trovati, trattano in maniera generale di queste tecniche, senza fare però riferimento in maniera particolare al wandering/agitazione.

Mentre, dagli studi che parlano della contenzione chimica e fisica risulta che oggi, sono le due modalità più utilizzate e di prima scelta per poter tenere sotto controllo gli assistiti che sono agitati/iperattivi o che manifestano il wandering.

Prevalentemente la contenzione farmacologica viene realizzata con l'uso degli antipsicotici. Gli antipsicotici sono la categoria di farmaci più comunemente utilizzati nei problemi comportamentali negli assistiti con demenza nei presidi ospedalieri e nelle case di riposo, come risulta dallo studio di Stoppe, Brandt, Staedt (1999). Questa categoria di farmaci non riesce però a trattare o migliorare tutti i sintomi comportamentali, infatti ne hanno una buona risposta nel caso dell'ansia, agitazione verbale, allucinazioni, deliri, ostilità ma, di fronte al wandering gli antipsicotici non ne hanno nessun effetto. Lo studio di Suh, Greenspan, Choi, del 2006, ha cercato di mettere a confronto l'alooperidolo (antipsicotico di vecchia generazione) con il risperidone (antipsicotico di nuova generazione) ed è interessante notare che è emerso che il risperidone ha dimostrato di avere una maggiore efficacia nel ridurre il wandering, rispetto all'alooperidolo. Lo stesso studio di Stoppe, Brandt, Staedt (1999) evidenzia in particolare anche gli effetti collaterali provocati dagli antipsicotici: gli assistiti con danno cerebrale organico sono più inclini a sviluppare discinesia tardiva, mentre l'acatisia è un'importante effetto negativo e vi è

anche il rischio che questo sintomo sia confuso con l'agitazione o irrequietezza. Altri effetti collaterali sono la sedazione, l'ipotensione ortostatica accompagnata da un altro rischio di cadute. Questo è potenzialmente fatale, dal momento che le cadute sono associate a circa il 20% delle morti negli anziani. Un altro gruppo di effetti avversi è indotto dal blocco dei recettori colinergici (secchezza delle fauci, visione offuscata, stipsi, ritenzione urinaria). Tali rischi prevedono la prescrizione iniziale di bassi dosaggi di antipsicotici, tuttavia questo può comportare una limitata efficacia del trattamento.

Sulla contenzione fisica invece sono stati considerati gli studi di Mamun, Lim (2005) e Mott, Poole, Kenrick, (2005). È proprio nello studio di Mott, Poole, Kenrick (2005) che viene dichiarato che l'uso della contenzione fisica è comune nella gestione dell'agitazione, in particolar modo nelle case di riposo, ovviamente i rapporti di utilizzo variano da paese a paese ma nel complesso si è visto che negli Stati Uniti d'America, Svezia e Australia si stima che la contenzione fisica sia stata utilizzata nel 25 – 43% delle persone di età superiore ai 65 anni. La contenzione fisica è stata utilizzata per prevenire l'agitazione, l'iperattività motoria, facilitare la cura e proteggere da eventuali danni i pazienti, operatori sanitari e gli altri residenti. Tuttavia, anche se le restrizioni possono ridurre alcuni rischi, vi sono un corpo di prove associate alle conseguenze negative della contenzione fisica. Eventuali complicanze della contenzione fisica includono: lesioni da pressione, cambiamento del metabolismo basale, incontinenza urinaria e fecale, debolezza muscolare e motoria, stress cardiaco, edema degli arti inferiori, comportamenti antisociali e comunque lesioni che si possono tradurre in un aumento della morbilità e mortalità.

Gli effetti collaterali che queste due modalità di agire presentano sono attualmente un problema riscontrato e molto discusso da un punto di vista legale ed etico.

Dall'analisi dei diversi studi risulta che i trattamenti non farmacologici come nel caso della bambola terapeutica, attività di disegno, attività di lettura e interventi di musicoterapia riescono a gestire il wandering. Lo studio di Gardiner, Furois, Tansley et al., (2000) infatti sottolinea come il wandering diminuisce non soltanto durante l'intervento di musicoterapia ma rimane inferiore anche nella settimana successiva all'intervento. Si può riscontrare però che durante l'intervento di lettura il wandering diminuisce ma non in misura significativa, anche se alla fine dell'intervento, il wandering continua a manifestarsi meno.

Invece, dallo studio di Mackenzie, James, Morse et al., (2006) il comportamento del wandering è rimasto invariato in n. 4 pazienti su 5 e solo uno è aumentato di poco. Da questo studio si può vedere invece come l'intervento della bambola terapeutica porta dei benefici nell'interazione con lo staff e con i residenti, sono più felici e meno agitati.

Nello studio di Shin, (2015), 24 (47.1%) dei 51 residenti hanno percepito le bambole come neonati, 15 (29.4 %) hanno riconosciuto le bambole come bambole e i restanti 12 residenti non erano interessati alle bambole. Tuttavia, indifferentemente da come erano percepite le bambole gli assistiti mettevano in atto comportamenti amorevoli e abbracciavano le bambole e questo sembra calmare molto i pazienti. Nello studio invece di Mackenzie, James, Morse et al., (2006) solo uno dei 5 partecipanti con il wandering non percepiva la bambola come un bambino.

La valutazione e l'utilizzo della bambola come intervento per gestire il wandering nelle persone con demenza rimane ancora argomento di diverse controversie. Sebbene, si vedono chiaramente i benefici, nello studio di Shin (2015) viene sollevato il discorso che la Doll Therapy può essere immorale perché l'utilizzo di un giocattolo può violare i principi di dignità, verità ed ingannare i pazienti. Anche i familiari vedono questo intervento come umiliante senza rendersene conto dei potenziali benefici della bambola terapeutica.

I trattamenti maggiormente accettati dai pazienti e che hanno evidenziato dei benefici nel gestire il wandering sono l'uso della bambola terapeutica, come fanno risaltare gli studi di (Shin, (2015) e Mackenzie, James, Morse et al., (2006)), la realizzazione dell'attività di disegno (Lancioni, Perilli, Singh et al., (2011)) l'attività di lettura ed interventi di musicoterapia (Gardiner, Furois, Tansley et al., (2000)), quindi tutte quelle attività che tenevano l'assistito occupato e comunque concentrato su specifici impegni.

5.2 – Limiti dello studio

I limiti di questa revisione della letteratura sono, purtroppo, numerosi. Si tratta di lavori metodologicamente diversi, vi sono: n. 1 studio randomizzato doppio cieco (Suh, Greenspan, Choi, 2006), n. 2 revisioni della letteratura (Stoppe, Brandt, Staedt, 1999) e (Mott, Poole, Kenrick, 2005), n. 2 case report (Buskova, Busek, Nevsimalova, 2011) e (Lancioni, Perilli, Singh et al., 2011), n. 2 studi pilota (Mackenzie, James, Morse et al.,

2006) e (Gardiner, Furois, Tansley et al., 2000), n. 1 studio osservazionale (Shin, 2015) e 1 studio qualitativo (Mamun, Lim, 2005).

Nello studio di Suh, Greenspan, Choi, 2006, una limitazione è rappresentata dalla dimensione del campione che forse non era sufficiente per poter individuare il trattamento delle singole voci. Un'altra limitazione potrebbe essere rappresentata dalla dose troppo bassa di aloperidolo; comunque, in sintesi, il risperidone ha dimostrato di essere significativamente più efficace dell'aloperidolo migliorando i comportamenti e i sintomi psicologici (agitazione, wandering, ansia).

I dati sull'efficacia del gabapentin, studio di Buskova, Busek, Nevsimalova (2011), sono ancora molto limitati e fino ad oggi non ci sono studi controllati e pubblicati su tale argomento. La letteratura sull'uso di gabapentin ci fornisce informazioni relative alla sua tollerabilità e alla sua efficacia del trattamento dell'agitazione/wandering.

Anche lo studio di Shin (2015) ha diversi limiti; questo studio è stato fatto solo in una casa di riposo con un campione piccolo che limita la generalizzazione di reperti ed infine, i risultati sono stati basati sulle osservazioni dirette degli operatori i quali, potrebbero essere stati influenzati dalle opinioni degli altri operatori circa l'uso della bambola terapeutica.

Alla base dei risultati espressi dallo studio di Lancioni, Perilli, Singh et al., 2011, diverse sono le considerazioni che si possono fare. Bisogna essere consapevoli della mancanza di evidenze disponibili riguardo le attività di disegno e della musica e di come queste possono influenzare un comportamento come il wandering. Potrebbe essere anche il caso che gli interventi di disegno e ascolto della musica possano aiutare il paziente a superare problemi quali ansia, paura e di conseguenza ridurre il wandering. I risultati di questo studio, devono essere interpretati con cautela, dato che il risultato fa riferimento solo a un singolo caso.

5.3 – Raccomandazioni

I risultati di questa revisione della letteratura, suggeriscono la necessità di futuri studi che, possibilmente, comparino direttamente la contenzione farmacologica, fisica con i trattamenti non farmacologici.

Sempre dagli studi inclusi nel lavoro di revisione, risulta anche una mancanza di studi effettivi sull'utilizzo delle terapie non farmacologiche nel contesto ospedaliero e nelle case di riposo nonostante una loro efficacia.

6.1 – Implicazioni per la pratica

Da quanto emerso da questa revisione della letteratura, a tutt'oggi la contenzione farmacologica e fisica rimangono gli interventi di prima scelta nel trattamento del wandering/agitazione e questo non perché vi è una reale efficacia, ma a causa della mancanza di studi ed evidenze scientifiche rispetto ai trattamenti non farmacologici.

La letteratura, mostra chiaramente il fatto che non tutti i sintomi comportamentali della demenza possono essere trattati mediante l'uso dei farmaci, prevalentemente antipsicotici e benzodiazepine e che la contenzione fisica ha effetti altamente inabilitanti ed è controindicata nel trattamento del “*vagabondaggio*”.

Quindi, in assenza di risposte terapeutiche risolutive diventa molto importante prendersi cura della persona malata per migliorarne la qualità di vita. Un miglioramento della qualità di vita o comunque un miglioramento del wandering si è potuto notare nell'uso della bambola terapeutica, durante gli interventi di musicoterapia e di interventi nei quali il soggetto era impegnato. Dagli studi, risulta evidente che i trattamenti non farmacologici, rispetto alla contenzione chimica e fisica, non producono effetti collaterali. I numerosi vantaggi ed i pochi svantaggi indicano che questi tipi di trattamenti potrebbero essere maggiormente utilizzati nelle Unità Operative ospedaliere e nelle case di riposo. L'unico inconveniente è stato riscontrato nello studio di Mackenzie, James, Morse et al., del 2006; alcuni operatori sanitari hanno rilevato l'incertezza di alcuni parenti che ritenevano che l'uso della bambola terapeutica era umiliante ed infantilizzante per i propri familiari.

Emerge, inoltre che le Unità Operative ospedaliere e le case di riposo devono dotarsi di Protocolli comuni che indichino con chiarezza le modalità con le quali i trattamenti non farmacologici devono essere applicati.

Altro aspetto rilevante emerso dagli studi è relativo al fatto che il wandering diminuisce dal momento che tengo impegnato, in modo interessato, la persona demente su una qualsivoglia attività attivando il meccanismo della concentrazione e distrazione da ciò che può produrre ipermotilità/iperattività.

6.2 – Implicazioni per la ricerca

La qualità metodologica degli studi è limitata, studi metodologicamente rigorosi rimangono scarsi. Vi sono inoltre dei limiti legati alla mancanza di studi specifici sul trattamento del wandering attraverso i trattamenti non farmacologici nel contesto ospedaliero e nelle case di riposo. I lavori reperiti sono molto generici e non vi sono studi che comparino direttamente l'efficacia/inefficacia della contenzione chimica, fisica con i trattamenti non farmacologici. I limiti degli studi citati suggeriscono comunque la necessità di una ricerca futura sull'utilizzo dei trattamenti non farmacologici.

Inoltre, sono necessari, per le Unità Operative ospedaliere e le case di riposo, protocolli che indichino chiaramente i modi, tempi e situazioni nelle quali poter lavorare con l'assistito utilizzando le tecniche non farmacologiche per poter migliorare o trattare il wandering/agitazione.

Anche nello studio di Mackenzie, James, Morse et al., (2006) viene esplicitata chiaramente la debolezza metodologica e che vi è la necessità di futuri lavori di sperimentazione e di studio sull'uso della bambola terapeutica in modo da definire e valutare l'impatto di questa tecnica sui degenti, personale sanitario e famiglie.

CAPITOLO VII: *POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE*

7.1 – Potenziali conflitti di interesse

Dallo studio degli articoli selezionati ed inclusi in questo lavoro di revisione della letteratura, non risultano eventuali e potenziali conflitti di interesse.

Nello studio di Lancioni, Perilli, Singh et al., del 2011 viene chiaramente riportato che non ci sono conflitti di interesse e che gli autori sono responsabili per il contenuto e la scrittura del documento.

Inoltre, nello studio di Shin (2015) viene detto che per la sua realizzazione è stato finanziato dalla Janssen Korea, Seoul, Corea, ma senza compromettere i risultati ottenuti.

CAPITOLO VIII: APPENDICE

8.1 Caratteristiche degli studi inclusi

Studio n. 1	Shin, 2015.
Obiettivi	Lo scopo del presente studio è quello di esaminare gli effetti fisici, emotivi e psico-sociali della Doll Therapy nei residenti con demenza di una casa di cura in Corea. L'obiettivo principale riguardava l'effetto della Doll Therapy sui comportamenti (aggressività, comportamenti ossessivi, wandering), sull'umore e sulle interazioni sociali.
Metodologia	Studio osservazionale.
Setting	Casa di Cura in Corea.
Partecipanti	I residenti, nella Casa di Cura, con demenza e Alzheimer con un moderato e grave deterioramento cognitivo, MMSE < 25 e soggiornanti per più di 3 mesi.
Interventi	Utilizzo della Doll Therapy nei residenti, della Casa di Cura, con demenza e Alzheimer.
Outcomes	I risultati ottenuti hanno evidenziato un livello statisticamente significativo nel miglioramento dei sintomi comportamentali nell'assistito demente. I benefici della bambola terapeutica riguardano un miglioramento nel wandering, nel comportamento ossessivo, nell'aggressività, minor utilizzo di parolacce. Inoltre è emerso anche un miglior stato d'animo (paziente più calmo), un aspetto fisico positivo e una diminuzione significativa della depressione e del disagio. Nel tempo sono aumentate anche le interazioni sociali tra i residenti.
Note	L'attuale studio sostiene e descrive i benefici della Doll Therapy ottenuti sugli assistiti della casa di cura. In futuro, la ricerca, dovrebbe esplorare le strategie per un miglioramento fisico, psico-sociale e cognitivo; inoltre per l'utilizzo delle bambole terapeutiche sono necessari ulteriori studi e ricerche che dovrebbero essere condotte su un campione più ampio e popolazioni diverse in tutto il mondo ed esplorare le prospettive etiche connesse all'uso di questo intervento non farmacologico.

Studio n. 2	Mackenzie, James, Morse et al., Newcastle upon Tyne GB, 2006
Obiettivi	L'obiettivo di questo studio era quello di dimostrare i vantaggi/svantaggi dell'utilizzo della bambola terapeutica nei pazienti dementi di 2 case di cura in Gran Bretagna.
Metodologia	Studio pilota
Setting	2 Case di Cura chiamate ElderlyMentallyIII (EMI Homes)
Partecipanti	14 partecipanti (12 donne e 2 maschi) di cui 5 di loro presentavano il sintomo comportamentale del wandering.
Interventi	I residenti dovevano scegliere una bambola e poi venivano osservati per un periodo compreso tra 3 – 6 settimane. Dopo un periodo minimo di 3 settimane, l'autore L.M. dello studio tornava nella casa di cura per consegnare dei questionari allo staff. I questionari sono stati compilati da 46 personale sanitario.
Outcomes	L'impressione generale dello staff riguardo alla Doll Therapy è stata positiva. Tutto lo staff, tranne una persona, ha potuto confermare che vi è un beneficio nel adottare la bambola terapeutica. Dei 46 partecipanti al questionario, 14 hanno confermato che hanno visto un miglioramento nei sintomi comportamentali e 32 hanno ritenuto che la bambola terapeutica sia veramente efficace nel trattare i sintomi comportamentali. Dei 14 partecipanti allo studio, 5 erano assistiti che manifestavano il wandering. Nel loro caso non vi sono state modifiche nell'attività e nella vivacità, però evidenti benefici si sono riscontrati nell'interazione con lo staff (3/5) e con i residenti (3/5); inoltre dimostravano di essere più felici (5/5) e meno agitati(4/5).
Note	I dati presentati dimostrano chiaramente che la bambola terapeutica ha effetti benefici sul benessere delle persone con demenza su una vasta gamma di sintomi comportamentali. Un operatore sanitario ha però osservato che alcuni parenti erano molto critici all'uso della bambola in quanto ritenuta umiliante. È importante sottolineare come questo tipo di trattamento presenti una serie di problemi etici e pratici già molto discussi in letteratura.

Studio n. 3	Lancioni, Perilli, Singh et al., Italia, 2011
Obiettivi	L'obiettivo di questo studio era quello di valutare l'efficacia di un attività di disegno su un paziente con un livello grave di Alzheimer che presentava si sintomo comportamentale del wandering.
Metodologia	Case Report.
Setting	Centro diurno. Italia
Partecipanti	1 partecipante, Stuart di anni 85 con un livello grave di Alzheimer. MMSE 7 e un punteggio di 17 sulla Hamilton Depression Rating Scale (livello medio di depressione).
Interventi	Lo studio consisteva in tre sessioni di 10 minuti al giorno ed era diviso in 5 fasi: 1)prima fase – all'inizio di ogni sessione Stuart era accompagnato al tavolo ed invitato a sedersi e rilassarsi; per questa fase non erano previste attività stimolanti; 2)seconda fase – durante questa fase vengono messe a confronto attività di disegno con l'ascolto della musica e con una condizione non stimolante; 3)terza fase – o fase di scelta; a Stuart era permesso di scegliere tra l'attività di disegno o l'ascolto della musica prima di ogni sessione; 4)quarta fase o fase alternata – venivano alternate 15 sessioni basali con 15 sessioni di colorazione; 5)quinta fase – 121 sessioni di attività di disegno.
Outcomes	I risultati dimostrano che il wandering era rimasto costante durante la prima fase, in cui Stuart non era coinvolto in nessuna attività stimolante o specifica. Tuttavia il wandering era sceso durante l'attività di disegno e l'ascolto della musica; l'attività di disegno ha avuto un apparente vantaggio rispetto all'ascolto della musica. Stuart ha preferito maggiormente l'attività di disegno.
Note	In letteratura non sono disponibili evidenze che dimostrino l'efficacia dell'attività di disegno e l'ascolto della musica. Potrebbe anche essere il caso, che, l'ascolto della musica e l'attività di colorazione aiutino il paziente a superare i propri problemi diminuendo la paura e l'ansia e quindi si riduce la necessità di camminare. I risultati di questo studio, devono essere trattati ed interpretati con cautela dato che i risultati fanno riferimento a un singolo caso.

Studio n. 4	Suh, Greenspan, Choi, 2006.
Obiettivi	L'obiettivo principale di questo studio è quello di valutare l'efficacia del risperidone e dell'aloiperidolo sui sintomi comportamentali della demenza.
Metodologia	Studio randomizzato doppio cieco.
Setting	Casa di Cura, Seoul – South Korea.
Partecipanti	114 residenti della casa di cura.
Interventi	I partecipanti sono stati suddivisi in 2 gruppi, ciascun gruppo doveva completare 4 periodi. Il primo periodo durava una settimana ed entrambi in gruppi dovevano sospendere l'assunzione di ogni tipo di antipsicotici. Il secondo periodo, della durata di 8 settimane, al primo gruppo veniva somministrato il risperidone e al secondo gruppo l'aloiperidolo. Il terzo periodo, durata di una settimana, i partecipanti allo studio dovevano sospendere l'assunzione di antipsicotici. Il quarto e ultimo periodo al primo gruppo veniva somministrato l'aloiperidolo e al secondo gruppo il risperidone. L'aloiperidolo e il risperidone sono stati avviati con un dosaggio di 0.5 mg/die; il dosaggio poteva essere regolato ogni 4 giorni o più fino ad un massimo di 1.5 mg/die. Ad ogni visita, i pazienti erano valutati con la BEHAVE-AD-K e la CMAI-k.
Outcomes	I punteggi degli item della scala BEHAVE-AD-K e della scala CMAI-K hanno dimostrato che ci sono significanti differenze tra i due gruppi dello studio. Il risperidone risulta migliore e più vantaggioso rispetto all'aloiperidolo. Dalla valutazione della scala BEHAVE-AD-K risulta che il risperidone è stato più efficace nel trattare il wandering (p=0.0496) rispetto all'aloiperidolo. Dalla scala CMAI-K risulta ancora che il risperidone ha avuto più efficacia nel trattare il wandering (p=0.0123)
Note	Il trattamento di questi sintomi comportamentali sicuramente ha un notevole impatto sulla qualità di vita sia del paziente che del caregiver. Si ipotizza che l'aloiperidolo possa avere un effetto negativo sui sintomi comportamentali, in particolare sul disturbo del ritmo del sonno come insonnia e sonnolenza.

Studio n. 5	Buskova, Busek, Nevsimalova, Praga, 2011.
Obiettivi	L'obiettivo principale di questo studio è quello di dimostrare l'efficacia di gabapentin nel trattare l'agitazione notturna e il wandering notturno.
Metodologia	Case Report.
Setting	Dipartimento del disturbo del sonno. Praga
Partecipanti	Una donna cieca di 77 anni nella fase iniziale della demenza vascolare.
Interventi	A causa di ripetuti episodi di agitazione e attività motoria notturna si è deciso di ricoverare, per monitorare attraverso l'EEG, la paziente presso il dipartimento. Il monitoraggio fu effettuato su 2 notti consecutive.
Outcomes	La paziente più volte si è messa a sedere e tentato di lasciare il letto però non riusciva a causa del collegamento con gli elettrodi al monitor. Questi episodi si sono presentati in entrambe le notti; durante la prima notte la paziente si risvegliava ogni 20 minuti e durante la seconda notte ogni 40 minuti. Dopo l'esame clinico e durante il follow-up la paziente lamentava dei vuoti di memoria e per questo motivo è stato eseguito un esame psicologico che ha rilevato un basso orientamento spaziale, un deterioramento delle funzioni cognitive e la compromissione della codifica e il recupero delle informazioni. Gli episodi notturni di agitazione e wandering notturni furono associati alla demenza vascolare. Si è prescritto il gabapentin a 400mg/die prima di coricarsi per 9 mesi. Nonostante il basso dosaggio non si sono più verificati episodi di agitazione motoria e wandering notturno nella paziente.
Note	In letteratura non ci sono studi che dimostrino l'efficacia di gabapentin. La letteratura suggerisce l'utilizzo di farmaci come benzodiazepine e antipsicotici nel trattare i sintomi comportamentali, tuttavia, questi possono aggravare il declino cognitivo, fattore molto importante per i pazienti con demenza.

Studio n. 6	Stoppe, Brandt, Staedt, Germania, 1999.
Obiettivi	Rivedere l'utilizzo e l'efficacia di nuove terapie farmacologiche rispetto agli antipsicotici. Gli antipsicotici sono il gruppo di farmaci maggiormente studiati e utilizzati nel trattamento dei sintomi comportamentali nelle demenze.
Metodologia	Revisione della letteratura.
Setting	Case di cura, Ospedali.
Partecipanti	Prese in considerazione le persone con demenza.
Interventi	/
Outcomes	Da questo articolo risulta che gli antipsicotici sono i farmaci più comunemente utilizzati nei problemi comportamentali degli assistiti dementi negli ospedali, nelle case di cura. L'efficacia e l'utilizzo di questi farmaci a lungo termine sono stati messi in discussione più volte. Studi incentrati sugli effetti a lungo termine dalla sospensione del farmaco hanno riferito una riduzione delle conseguenze negative in un massimo di 75% dei pazienti. Gli antipsicotici riescono a trattare/migliorare i sintomi comportamentali come l'agitazione fisica e verbale, ansia, allucinazioni, deliri. Mentre, i sintomi come il wandering, personalità antisociale, scarsa cura di sé sembrano non rispondere in seguito all'utilizzo di antipsicotici. Inoltre gli antipsicotici di vecchia generazione (o neurolettici) sono responsabili di effetti collaterali extrapiramidali, discinesia tardiva ed un ulteriore deterioramento cognitivo.
Note	Non ci sono studi inerenti la tollerabilità e l'efficacia degli antipsicotici. Non sono ben stabiliti e determinati per quali tipi di sintomi comportamentali possono essere maggiormente impiegati. La maggior parte degli studi non affrontano il tempo, l'effetto e la relazione dose-risposta per ciascun sintomo comportamentale. I risultati di solito sono combinati per tutti i comportamenti, il che gli rende difficili da interpretare.

Studio n. 7	Gardiner, Furois, Tansley et al., Rapid City – South Dakota, 2000.
Obiettivi	L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare sull'efficacia della musicoterapia e della lettura per affrontare i sintomi comportamentali in pazienti con demenza.
Metodologia	Studio pilota.
Setting	Casa di Cura.
Partecipanti	2 partecipanti: - partecipante A (maschio, anni 67, diagnosticato con la sindrome di Weber e disturbo di personalità); - partecipante B (maschio, anni 72, diagnosticato con il morbo di Alzheimer e manifesta il wandering quotidianamente fermandosi solo qualche volta al giorno per parlare con i residenti o il personale sanitario). Preso in considerazione solo il partecipante B.
Interventi	Lo studio è stato condotto su un periodo di 9 settimane utilizzando il seguente calendario: 1) Settimana 1 e 2. 10 minuti di osservazione sono stati fatti con il partecipante A e il partecipante B; 2) Settimana 3 e 4. 10 sedute di trattamento/osservazione svolte con ciascun partecipante in parte. Il partecipante B è stato osservato per 10 minuti, poi portato nella sua stanza per 10 minuti con musica di sottofondo e osservato. Dopo l'interruzione della musica il partecipante B è stato osservato; 3) Settimana 5. Eseguite 5 osservazioni come nella prima settimana; 4) Settimana 6 e 7. Eseguiti 8 sedute di trattamento/osservazione solo che questa volta il partecipante B riceveva l'intervento di lettura; 5) Settimana 8 e 9. Seguite 10 sedute di osservazione sui partecipanti.
Outcomes	Durante la fase di osservazione ha dimostrato un elevato livello del vagare. Durante l'intervento di musicoterapia il vagare è diminuito significativamente, dopo una settimana dall'intervento di musicoterapia il vagare era rimasto ancora significativamente inferiore rispetto alla settimana di osservazione. Durante l'intervento di lettura il wandering si era ancora abbassato ma non in misura significativa, una settimana dopo la lettura il wandering era rimasto ancora ad un livello basso.
Note	Entrambi gli interventi, musicoterapia e lettura, sono risultati significativamente efficaci con il partecipante B con il morbo di Alzheimer. Il wandering era significativamente diminuito non soltanto durante gli interventi ma anche durante la settimana seguente.

Studio n. 8	Mott, Poole, Kenrick, New South Wales – Australia, (2005)
Obiettivi	L'obiettivo di questa revisione della letteratura era quello di andare ad indagare se vi è un buon uso della contenzione fisica e farmacologica negli assistiti con agitazione.
Metodologia	Revisione della letteratura.
Setting	Unità di area intensiva riabilitativa.
Partecipanti	Gli assistiti sopra i 65 anni di età.
Interventi	/
Outcomes	I rapporti di utilizzo della contenzione fisica variano da paese a paese e da strutture a strutture. Si stima che negli USA, Svezia e Australia la contenzione fisica sia stata usata nel 25-43% delle persone con età superiore ai 65 anni, le limitazioni fisiche sono state utilizzate nel caso delle persone agitate e per prevenire la manomissione dei dispositivi medici, limitare l'iperattività fisica (wandering), facilitare la cura e se necessario proteggere i pazienti da eventuali rischi. Tuttavia se la contenzione fisica potrebbe ridurre alcuni rischi, ci sono delle prove associate alle conseguenze negative che questa produce, come (cambiamenti del metabolismo basale, debolezza muscolare e motoria, lesioni da pressione, stress cardiaco, edema arti inferiori, nutrizione compromessa, comportamenti antisociali e lesione che si possono tradurre in un aumento della morbilità e mortalità). Un'ampia gamma di farmaci sono impiegati per il trattamento dell'agitazione (antipsicotici, ansiolitici, antidepressivi, anticonvulsivanti) sebbene l'aloiperidolo e le benzodiazepine sono raccomandati per il trattamento dell'agitazione. Anche in questo caso, la contenzione farmacologica è responsabile di molti effetti collaterali (ipotensione, sedazione, disforia, distonia acuta, parkinsonismo, irrequietezza e agitazione o akathisia). Raramente, ma molto grave, si può avere la sindrome maligna, un gruppo di sintomi che coinvolgono l'apparato cardiovascolare, respiratorio, urogenitale e il sistema muscolo – scheletrico.
Note	La revisione dice, che vi è ancora bisogno di molti studi e ricerche per poter definire con chiarezza l'uso della contenzione farmacologica.

Studio n. 9	Mamun, Lim, Singapore (2005)
Obiettivi	Lo scopo principale di questo studio è stato quello di valutare la prescrizione, l'utilizzo e le complicanze legate alla contenzione fisica nelle 3 case di riposo in Singapore.
Metodologia	Studio qualitativo.
Setting	3 Case di Riposo a Singapore
Partecipanti	Inclusi tutti i residenti di 3 case di riposo con un'età maggiore ai 65 anni.
Interventi	Sono stati intervistati gli infermieri delle 3 case di riposo per valutare la loro conoscenza riguardo l'uso della contenzione fisica. Un geriatra ha studiato le cartelle cliniche di tutti i residenti sottoposti alla contenzione fisica.
Outcomes	I 390 residenti coinvolti nello studio, 91 (23.3%) sono stati contenuti fisicamente; di questi 91 pazienti è stata osservata un'incontinenza urinaria e fecale in 89 (97.8%), in 55 (60.4%) non sono state osservate cadute correlate, 31 (34.1%) aveva almeno una caduta e 5 (5.5%) hanno avuto delle fratture cadute correlate. La maggior parte dei residenti (n=50) aveva meno di 5 farmaci di routine; 50 residenti prendevano farmaci psicoattivi e 46 residenti (50.5%) prendeva almeno un antipsicotico in modo regolare. 46 (50.5%) dei residenti non avevano indicazioni documentate per la contenzione fisica, tuttavia è stato osservato che 8 (8.8%) dei residenti, sono stati contenuti a causa dell'agitazione. I residenti con demenza erano 59 (64.8%).
Note	Lo studio ha rilevato un alto tasso di utilizzo della contenzione fisica nelle case di riposo in Singapore. Dovrebbe essere disponibile un protocollo in ogni casa di riposo che richieda l'approvazione del medico per l'applicazione a lungo termine della contenzione fisica e un'attenta rivalutazione da parte del medico della necessità contenere fisicamente l'assistito.

8.2 Caratteristiche degli studi esclusi

Studio n. 1	Fernandez, R., Arthur, B., Fleming, R. & Perrin, C. (2014)
Obiettivi	L'obiettivo è stato quello di vedere gli effetti della Doll Therapy sui sintomi comportamentali (agitazione, aggressività fisica e verbale) nelle persone affette da demenza..
Metodologia	Revisione sistematica.
Setting	Ambiente comunitario ed alloggi residenziali
Partecipanti	Tutti gli adulti maggiori di 18 anni che sono stati diagnosticati con demenza che vivono in un ambiente comunitario o negli alloggi residenziali; inoltre sono stati presi in considerazione anche gli adulti con demenza ed in terapia con antipsicotici.
Interventi	/
Outcomes	I primi outcomes di interesse di questa revisione sono stati l'identificazione di benefici della Doll Therapy nei pazienti dementi che presentavano comportamenti quali (agitazione, aggressività fisica e verbale, stimolazione eccessiva e scarsa igiene personale). Due studi, anche se non statisticamente significativi, hanno riferito un miglioramento nel comportamento aggressivo. Un altro studio ha evidenziato 30 miglioramenti significativi del comportamento aggressivo ad un follow-up dopo 3 mesi, tra coloro che hanno utilizzato una bambola rispetto coloro che non hanno utilizzato la bambola.
Note	Quello che risulta chiaro da questa revisione sistematica è che vi sono prove limitate per sostenere l'efficacia della Doll Therapy nella gestione dei comportamenti aggressivi negli assistiti dementi. Tuttavia si può ipotizzare che questa modalità di trattamento non ha nessun effetto collaterale, bensì fornisce maggiore comfort per le persone con demenza.

Studio n. 2	Pezzeti, Molteni, Bani et al., Italia, 2014.
Obiettivi	Gli obiettivi di questo studio sono i seguenti: 1) gli assistiti accettano più facilmente la bambola terapeutica rispetto ad altri oggetti (cubo gommapiuma coperto con un tessuto colorato); 2) gli assistiti dimostrano di attaccarsi alla bambola?; 3) gli assistiti mettono in atto comportamenti esplorativi?
Metodologia	Studio pilota.
Setting	Centro Nucleo Alzheimer, Casa di Cura Italia.
Partecipanti	10 partecipanti in tutto (9 donne e 1 uomo con età compresa tra i 72 – 94 anni) di cui 5 trattati già da 24 mesi con la bambola terapeutica (gruppo sperimentale) e 5 che non hanno mai usato la bambola terapeutica (gruppo di controllo).
Interventi	Lo studio è stato realizzato in 10 sessioni, non consecutive che sono state condotte in più di 30 giorni; 5 sessioni in cui veniva presentata la bambola e 5 sessioni in cui veniva presentato il cubo di gommapiuma. La bambola e il cubo sono stati presentati in modo casuale. Formalmente questa procedura riguarda 5 tappe: 1) l'infermiera accompagna l'assistito in stanza e lo invita a sedersi; 2) l'infermiera presenta la bambola o il cubo in gommapiuma all'assistito; 3) l'infermiera esce dalla stanza e lascia da solo l'assistito con l'oggetto; 4) l'interazione con l'oggetto è durata 3 minuti dal momento che l'infermiere è uscito ed è stato interrotto se i pazienti gettano l'oggetto prima del termine; 5) l'infermiera torna nella stanza e prende l'oggetto.
Outcomes	Questo studio ci fornisce dati importanti per sostenere l'efficacia della Doll Therapy nel promuovere e mantenere la dimensione affettiva-relazione e di attaccamento in pazienti con stadio avanzato di demenza. Inoltre, dallo studio dei dati, si ipotizza che la presenza della bambola per i partecipanti rappresentava loro una situazione già nota che contribuiva alla formazione della relazione di attaccamento e di conseguenza anche alla riduzione dei disturbi comportamentali ed emotivi spesso osservati negli assistiti in fase avanzata di demenza.
Note	Questo studio presenta alcune limitazioni metodologiche; le dimensioni del campione dello studio sono estremamente limitate. Il controllo e gli studi futuri dovrebbero mirare a reclutare un numero maggiore di pazienti. Inoltre si discute sul fatto che l'uso della bambola terapeutica, secondo alcuni autori, sia infantilizzante per i pazienti che finiscono per essere trattati come dei bambini. Non ci sono dati circa il wandering.

Studio n. 3	Robinson, Hutchings, Corner et al., Gran Bretagna, 2006.
Obiettivi	L'obiettivo principale di questo studio era quello di evidenziare l'efficacia e il rapporto costo-efficacia degli interventi non farmacologici nella prevenzione del wandering in persone affette da demenza.
Metodologia	Revisione sistematica.
Setting	/
Partecipanti	19 partecipanti affetti da demenza.
Interventi	Sono stati presi in considerazione 10 studi che descrivevano interventi non farmacologici come: modifiche ambientali (3), musicoterapia (1), attività motoria (1), unità di assistenza speciale (2), aromaterapia (2) ed interventi comportamentali (1).
Outcomes	Dallo studio di questi articoli non risultano che ci siano prove che dimostrino, che le sopra citate terapie non farmacologiche, riducono il wandering nella demenza. C'è qualche evidenza, anche se di scarsa qualità, per l'efficacia della modificazione ambientale e dell'attività motoria.
Note	L'articolo mette in evidenza che non ci sono prove sufficienti ed affidabili per poter adottare le terapie non farmacologiche nella pratica clinica.

Studio n. 4	Hermans, Htay, Cooley, Londra 2009.
Obiettivi	1)Valutare l'efficacia e la sicurezza delle terapie non farmacologiche, per il trattamento del wandering nel ambiente domestico della persona demente. 2)Evidenziare la qualità e la quantità della letteratura presente nelle banche dati in vista di futuri studi.
Metodologia	Revisione della letteratura.
Setting	Domicilio dei pazienti.
Partecipanti	Persone anziane con qualsiasi tipo di demenza, con manifestazione del wandering a domicilio.
Interventi	Gli interventi possono comprendere il monitoraggio elettronico, musicoterapia, esercizio fisico, elettrostimolazione, barriere visive, terapia della luce, pettherapy. Ogni intervento sarà valutato per la sua efficacia e i potenziali effetti collaterali.
Outcomes	Non ci sono informazioni disponibili sull'efficacia di un intervento non farmacologico per il trattamento del wandering nel contesto domestico. Le ricerche bibliografiche hanno rilevato una totale assenza di studi in questo settore; il wandering viene raramente studiato anche in ambienti istituzionali nonostante la sua crescente manifestazione. Il wandering è di solito incluso nei sintomi comportamentali della demenza come agitazione o un comportamento motorio aberrante. Il fatto è che sul wandering vi è una mancanza di una vera teoria; questo fa difficile scoprire le strategie di intervento per la gestione del vagabondaggio.
Note	In assenza di studi randomizzati e controllati, non ci sono prove per trarre conclusioni circa l'efficacia di un intervento non farmacologico per il wandering nel contesto domestico.

BIBLIOGRAFIA

- Aalten, P., Byrne, E. J., De Vugt, M. E., Robert, P., Verhey, F. J., & Vernooij-Dassen, M. J. (2007). Caregiver outcomes in disease modifying trials. *The journal of nutrition, health & aging*, *11*(4), 342-344.
- Aarsland, D., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., M, D., Husebo, B. S., Ph., D., & Seifert, R. (2013). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *Am I geriatr psychiatry*, 1-10.
- Alfaro, C., Ancoli-Israel, S., Ballard, C., Bell, J., Bliwise, D. L., Brodaty, H., . . . Zee, P. C. (2013). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Past progress and anticipation of the future. *Alzheimer's & Dementia*, *9*, 602-608.
- Ardito, R. B., Bani, M., Di Maggio, M., Molteni, V., Pezzati, R., Poletti, B., . . . Villa, I. (2014, Aprile). Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emorional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. *Frontiers in psychology*, *5*, 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2014.00342
- ARNP, Buckwalter, K. C., CNS, CS, FAAN, Gerdner, L., . . . Smith, M. (2006). Application of the progressively lowered stress threshold model across the continuum of care. *Nursing clinics of North America*, *41*, 57-81.
- Arthur, B., Fernandez, R., Fleming, R., & Perrin, C. (2014). Effect of doll therapy in managing challenging behaviors in people with dementia: a systematic review. *The JBI Dtabase of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *12*(8), 330-363.
- Arthur, D. G., & Lai, C. K. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of advanced nursing*, *44*(2), 173-182.

- Azermai, M. (2015). Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview. *Psychology research and behavior management*, 8, 181-185.
- Ballard, C., Beyer, F., Bond, J., Corner, L., Dickinson, H., Finch, T., . . . Vanoli, A. (2006). A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health technology assessment*, 10(26).
- Brandt, C. A., Staedt, J., & Stoppe, G. (1999). Behavioural problems associated with dementia - the role of newer antipsychotics. *Drugs & Aging*, 14(1), 41-54.
- Busek, P., Buskova, J., & Nevsimalova, S. (2011). Gabapentin in the treatment of dementia - associated nocturnal agitation. *Med Sci Monit*, 17(12), 149-151.
- Calvò-Perxas, L., Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Lopez-Pousa, S., Turrò-Garriga, O., & Vilalta-Franch, J. (2014). Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 1-11. doi:10.3233/JAD-140360
- Cassano, G., Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Perilli, V., & Singh, N. N. (2011, Agosto). A man with severe Alzheimer's disease stops wandering during a picture colouring activity. *Developmental Neurorehabilitation*, 14(4), 242-246. doi:10.3109/17518423.2011.575439
- Choi, S.-k., Greenspan, A. J., & Suh, G.-H. (2006). Comparative efficacy of risperidone versus haloperidol on behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 654-660. doi:10.1002/gps.1542
- Cooley, S. J., Hermans, D., & Htay, U. H. (2007, Gennaio 24). *Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting*. doi:10.1002/14651858.CD005994.pub2

- Dubois, B., & Levy, R. (2006, Giugno). Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cerebral cortex*, 16(7), 196-928.
- Finkel, S. I., & MD. (2003). Behavioral and psychologic symptoms of dementia. *Clinics in geriatric medicine*, 19, 799-824.
- Furois, M., Gardiner, J. C., Morgan, B., & Tansley, D. P. (2000). Music therapy and reading as intervention strategies for disruptive behavior in dementia. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 31-46.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *British Medical Journal*, 1-16. doi:10.1136/bmj.h369
- Grasel, E., Kornhuber, J., & Wiltfang, J. (2003). Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 15, 115-125.
- Gunten, A., Pocnet, C., & Rossier, J. (2009). The impact of personality characteristics on the clinical expression in neurodegenerative disorders - a review. *Brain research bulletin*, 80, 179-191.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Nanda International, Diagnosi Infermieristiche, definizioni e classificazione 2015-2017*, 210. Casa editrice Ambrosiana.
- James, I. A., Mackenzie, L., Morse, R., Mukaetova-Ladinska, E., & Reichelt, F. K. (2006). A pilot study on the use of dolls for people with dementia. *Age and Ageing*, 35, 441-444. doi:10.1093/ageing/af1018
- Kenrick, M., Mott, S., & Poole, J. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 95-101.

Lim, J., & Mamun, K. (2005). Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 34, 158-162.

Mesulam, M. M. (1998). From sensation to cognition. *Brain*, 121, 1013-1052.

Shin, J. H. (2015). Doll Therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 53(1), 13-18. doi:10.3928/02793695-20141218-03

SITOGRAFIA

Dementia, fact sheet n° 362, March 2015. Indirizzo web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> Ultima consultazione: 12 agosto 2015

Rapporto Mondiale Alzheimer 2013. “Alzheimer: un viaggio per prendersi cura”, Settembre 2013. Indirizzo web: <http://www.alzheimer.it/report2013.html> Ultima consultazione: 12 agosto 2015.

Rapporto Mondiale Alzheimer 2015. “ L’impatto globale della Demenza. Un’analisi di prevalenza, incidenza, costi e dati di tendenza”, Agosto 2015. Indirizzo web: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015> Ultima consultazione: 16 settembre 2015.

Ipasvi. Federazione Nazionale Collegi Infermieri. <http://www.ipasvi.it/> Ultima consultazione: 16 settembre 2015.

Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/> Ultima consultazione: 16 settembre 2015.

Sito del Senato. www.senato.it Ultima consultazione: 16 settembre 2015.

Demenza. Indirizzo web: <http://psicologo-demenza.jimdo.com/cos-%C3%A8-la-demenza/> Ultima consultazione: 28 agosto 2015.

Fondazione Censis. <http://www.censis.it/> . Ultima consultazione: 09 ottobre 2015.