



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

*Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina*

Corso di Laurea in Infermieristica

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA E ALZHEIMER: L'AMBIENTE
PROTESICO COME STRUMENTO PER IL BENESSERE DELLA
PERSONA E IL SOSTEGNO EMOTIVO AL CAREGIVER.
UNA REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatrice: Prof.ssa Moschetta Stefania

Correlatrice: Dr.ssa Zucchello Martina

Laureando: Meneghin Stefano
(Matricola n. 2083748)

Anno Accademico 2024/2025

ABSTRACT

Background: L'Alzheimer è la principale forma di demenza, responsabile del 60-70% dei casi complessivi. Essa è contraddistinta da disturbi comportamentali e deficit a livello cognitivo. L'infermiere, attraverso interventi sia di natura educativa che fisicamente di modifica dell'ambiente di vita della persona, persegue attivamente l'obiettivo di creare un ambiente protesico efficace per il malato e per il suo caregiver.

Obiettivo: Individuare i migliori interventi infermieristici educativi ed assistenziali da mettere in atto nelle persone affette da malattia di Alzheimer, ponendo l'attenzione all'organizzazione di un ambiente fisico e relazionale adatto al malato con demenza (quindi protesico).

Materiali e metodi: La ricerca bibliografica è stata condotta sulle banche dati Pubmed e Cochrane, tra marzo e agosto 2025. Da queste due banche dati si è deciso di ritenere idonei ad essere inseriti nella revisione di letteratura 9 articoli. Inoltre, sono stati aggiunti 3 articoli presenti nel "*World Alzheimer Report*" del 2020, 1 articolo scientifico presente nel "*International Journal of Caring Sciences*" del 2021 e il capitolo 46 del libro "*Malattia di Alzheimer e Altre Demenze – Diagnosi e Terapia Integrata*", per un totale complessivo di 14 pubblicazioni incluse nell'elaborato.

Risultati: Dalla ricerca condotta sugli studi più recenti in letteratura è apparso chiaro il ruolo centrale degli infermieri nell'assistenza ai malati di Alzheimer. Nei tre diversi setting analizzati (domicilio, RSA, reparti ospedalieri per patologie in fase di acuzie) è emerso che, attraverso interventi educativi, gli infermieri contribuiscono e partecipano attivamente nell'allestimento di un ambiente fisico adatto ai bisogni e alle esigenze della persona affetta da demenza. Nei contesti di cura, i punti salienti dell'ambiente protesico risultano essere la sicurezza, la privacy, l'orientamento efficace a livello spazio-temporale, la luminosità e l'accesso ad ambienti esterni per favorire l'attività fisica. Tutti gli interventi sopracitati costituiscono una strategia semplice, economica e non invasiva che può contribuire a migliorare la qualità di vita della persona con Alzheimer. Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale anche nel supportare a livello emotivo il caregiver, che spesso si trova in difficoltà nella gestione quotidiana dei bisogni del proprio caro. L'infermiere può diventare il punto di riferimento per i familiari, che verranno attivamente coinvolti nell'assistenza

attraverso la collaborazione con i professionisti sanitari nella creazione dell'ambiente protesico più adatto alla persona malata.

Discussione e conclusioni: Gli infermieri sono i promotori del processo educativo che realizza l'ambiente protesico. Quest'ultimo è tale nel momento in cui viene adattato sia ai bisogni dell'assistito e del suo caregiver, sia riguardo al contesto assistenziale. Apportare le giuste correzioni protesiche può aiutare l'anziano a conservare più a lungo l'autonomia di cui dispone, e allo stesso tempo ridurre la fatica emotiva del caregiver. I contenuti presenti nell'elaborato possono essere fonte di riferimento per gli infermieri che lavorano a stretto contatto con le persone affette da Alzheimer. Inoltre, RSA e ospedali hanno la possibilità di trarre spunti interessanti per sviluppare ambienti protesici efficaci ed economici nei rispettivi setting multidisciplinari.

Parole chiave (inglese): *Alzheimer's disease, Dementia, Environmental design, Caregiver, Nursing interventions, Nursing Care, Built Environment, Home Care*

Parole chiave (italiano): *Malattia di Alzheimer, Demenza, Caregiver, Interventi infermieristici, Ambiente protesico, Assistenza domicilio*

INDICE

Introduzione	pag. 3
Capitolo 1 – BACKGROUND	
1.1 La malattia di Alzheimer	pag. 5
1.2 Fisiopatologia.....	pag. 5
1.3 Epidemiologia: la diffusione delle demenze a livello mondiale, europeo e italiano..	pag. 6
1.4 Manifestazioni cliniche: le tre fasi della malattia di Alzheimer	pag. 6
1.5 Diagnosi ed esami diagnostici	pag. 8
1.6 Il ruolo dell’infermiere nell’assistenza al malato di Alzheimer	pag. 9
1.7 Lo sviluppo del concetto di ambiente nell’assistenza infermieristica: dall’ambiente fisico di Florence Nightingale al metodo Gentle Care di Moyra Jones	pag. 10
1.8 Verso la costruzione dell’ambiente protesico	pag. 12
1.8.1 I potenziali pericoli nell’ambiente di vita del malato: il ruolo della sicurezza..	pag. 12
1.8.2 Le persone coinvolte nell’assistenza.....	pag. 13
Capitolo 2 – MATERIALI E METODI	
2.1 Obiettivo	pag. 15
2.2 Fonti	pag. 15
2.3 Quesiti di ricerca.....	pag. 16
2.4 PICO e parole chiave	pag. 16
2.5 Stringhe di ricerca.....	pag. 16

2.6 Criteri di inclusione ed esclusione	pag. 18
2.7 Flow chart del percorso di revisione della letteratura.....	pag. 20

Capitolo 3 – RISULTATI

3.1 L’ambiente protesico a domicilio: organizzazione e interventi infermieristici	pag. 21
3.1.1 Gli interventi protesici a domicilio	pag. 22
3.2 L’ambiente protesico in RSA: organizzazione e interventi infermieristici	pag. 24
3.2.1 Gli interventi protesici in RSA	pag. 25
3.2.2 Studi pilota di interventi protesici in RSA.....	pag. 27
3.3 L’ambiente protesico in ospedale: organizzazione e interventi infermieristici	pag. 29
3.3.1 Gli interventi protesici in ospedale	pag. 30
3.4 Strategie infermieristiche per il sostegno emotivo al caregiver informale	pag. 31

Capitolo 4 – DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei risultati	pag. 33
4.2 Limiti dell’elaborato e sviluppi futuri.....	pag. 34

Capitolo 5 – CONCLUSIONI..... pag. 37

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato I - Tabella di sintesi

Allegato II - Il processo di valutazione del metodo Gentle Care

Allegato III - Safety Assessment Scale

Allegato IV - Sezione fotografica

INTRODUZIONE

La tematica scelta per questo elaborato di tesi riguarda l'assistenza infermieristica alla persona affetta da Alzheimer, la forma più comune di demenza. (1) Nel 2021, a livello mondiale, si contavano circa 57 milioni di persone colpite da decadimento cognitivo dovuto alla malattia di Alzheimer, con quasi 10 milioni di nuovi casi ogni anno. (1) L'Alzheimer rappresenta la principale forma di patologia dementigena, ed è responsabile del 60-70% dei casi complessivi. (1) È attualmente la settima causa di morte al mondo, e una delle principali determinanti di disabilità e perdita di autonomia nell'anziano. (1) Secondo le stime della World Health Organization del 2021, entro il 2050 i casi di demenza supereranno le 150 milioni di persone nel mondo. (1)

Questa patologia provoca un progressivo deterioramento cognitivo, fisico e funzionale della persona che ne è affetta, con ricadute importanti anche sul benessere psicologico del caregiver.

L'educazione alla realizzazione di un ambiente fisico "sartoriale", creato su misura per la persona affetta da Alzheimer, può essere una strategia molto efficace nella gestione della malattia da un punto di vista non farmacologico. (2) L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella predisposizione di questo tipo di ambiente, che è efficace sia per rallentare il decorso della demenza che per stimolare le autonomie residue dell'anziano. Al contempo, migliora la qualità di vita del malato e riduce lo stress fisico ed emotivo del suo caregiver.

L'ambiente fisico ed emozionale in cui il malato vive la sua quotidianità deve quindi diventare "protesico", in quanto, come se fosse una protesi reale, deve compensare le sue fragilità e rafforzare le abilità rimanenti. (2)

L'interesse per questa tematica è iniziato molti anni fa, quando il sottoscritto ha avuto modo di rapportarsi in prima persona con tutte le difficoltà relative alla gestione di un familiare affetto da Alzheimer. Nonostante le terapie farmacologiche, la presenza costante di caregivers e di personale infermieristico domiciliare, il declino cognitivo e funzionale della persona è stato rapido.

Successivamente, l'attenzione nei riguardi di questo tema è proseguita durante i tirocini clinici in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e nelle Unità Operative Ospedaliere per la cura di patologie in fase di acuzie, come la Medicina. In entrambi i contesti la presa in carico della persona affetta da questo tipo di demenza si è rivelata

altamente complessa, poiché, in conseguenza alla sua patologia, l'anziano spesso tendeva a disorientarsi a livello spazio-temporale, alternando momenti di tranquillità a momenti di irascibilità.

L'interesse per la tematica è andato accrescendosi durante tutto il percorso formativo triennale, tanto da portare lo scrivente alla decisione di elaborare la tesi di laurea con il focus sull'ambiente fisico protesico, con l'intento di contribuire ad arricchire le conoscenze degli infermieri e dei caregivers su questa tematica, al fine di personalizzare la cura della persona affetta da Alzheimer.

CAPITOLO 1: BACKGROUND

1.1 La malattia di Alzheimer

La malattia di Alzheimer è una patologia neurologica degenerativa irreversibile che avanza gradualmente, contraddistinta da disturbi comportamentali e deficit a livello cognitivo. (3)

L'esordio della malattia non è comune prima dei 65 anni. Nonostante ne sia colpito più del 30% della popolazione mondiale dagli 85 anni in su, l'Alzheimer non fa parte del fisiologico processo di invecchiamento. (3)

L'Alzheimer è una patologia subdola, complessa, che è scatenata da numerose cause. L'Alzheimer Association, nel suo ultimo report del 2025 "*Alzheimer Disease Facts and Figures*", (4) ha individuato diversi fattori di rischio non modificabili e modificabili. Età, varianti genetiche e storia familiare di Alzheimer rientrano nella categoria dei fattori non modificabili, mentre una dieta equilibrata, la salute cardiovascolare, un'attività fisica costante, un'efficace qualità del sonno e una buona educazione scolastica possono essere considerati dei validi interventi per ridurre il rischio di contrarre questa patologia. (4)

1.2 Fisiopatologia

La persona affetta da Alzheimer presenta alterazioni a livello neurologico e biochimico, che interessano vaste aree di tessuto cerebrale. Tali alterazioni sono caratterizzate da una marcata perdita di neuroni funzionali, dall'accumulo extracellulare di depositi di proteina amiloide e dalla formazione intracellulare di masse aggrovigliate neurofibrillari. (3) Questi processi neurodegenerativi provocano una atrofia cerebrale progressiva (con conseguente riduzione delle dimensioni del cervello) e il danneggiamento della corteccia cerebrale. Quest'ultima è l'area deputata alle funzioni cognitive superiori: la sua compromissione spiega il graduale deterioramento della memoria, del linguaggio e delle capacità di ragionamento e giudizio delle persone affette da questa patologia. (5)

La malattia di Alzheimer colpisce principalmente le cellule che utilizzano l'acetilcolina come neurotrasmettitore. Livelli sempre più bassi di acetilcolina provocano danni nei circuiti di elaborazione della memoria. (3)

In aggiunta a queste alterazioni, l'Alzheimer può insorgere come risposta ad un'inflammatione cronica a livello cerebrale innescata dai depositi di proteina amiloide, che vengono percepiti come elementi estranei e dannosi dal sistema immunitario cerebrale. Come conseguenza, le cellule microglia coinvolte nel sistema immunitario del cervello si attivano ripetutamente, producendo citochine che aggravano il danno neuronale. (5) Anche lo stress ossidativo contribuisce al manifestarsi della patologia, poiché molecole reattive all'ossigeno (ROS) danneggiano il DNA nucleare, accelerando il decadimento cognitivo. (5)

1.3 Epidemiologia: la diffusione delle demenze a livello mondiale, europeo ed italiano

Nel 2021, la World Health Organization ha stimato che nel mondo vi fossero circa 57 milioni di persone soggette a deterioramento cognitivo, con quasi 10 milioni di nuovi casi ogni anno. (1) L'Alzheimer rappresenta la principale forma di demenza, responsabile del 60-70% dei casi complessivi. Questi numeri sono destinati a crescere esponenzialmente: secondo le stime della World Health Organization (anno 2021), entro il 2050 i casi di demenza supereranno le 150 milioni di persone nel mondo. (1) In Europa, secondo il report del 2019 "*Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*", (6) il numero di persone che convivono con una demenza è di quasi 10 milioni, con le donne in netta maggioranza rispetto agli uomini (6.500.000 circa, contro i 3.150.000 degli uomini). Prevedibilmente, anche in Europa i numeri aumenteranno sensibilmente: entro il 2050, le persone con demenza arriveranno a quasi 20 milioni. (6)

In Italia, l'Osservatorio delle Demenze, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha stimato che circa 1.100.000 individui soffrono di demenza. Di questi, il 50-60% ha una diagnosi di Alzheimer, pari a circa 600 mila anziani. (7)

1.4 Manifestazioni cliniche: le tre fasi della malattia di Alzheimer

L'Alzheimer's Association ritiene che la malattia progredisca lentamente attraverso tre stadi: iniziale, intermedio e avanzato. (8) Poiché l'Alzheimer è una patologia degenerativa atipica, ogni individuo può manifestare i sintomi dementigeni (e progredire nelle tre fasi) in maniera diversa. In media, una persona malata di Alzheimer ha un'aspettativa di vita che va dai quattro agli otto anni dopo la certificazione della

diagnosi. (8) Tuttavia, i cambiamenti a livello di corteccia cerebrale possono iniziare anche anni prima dei primi sintomi clinici: questo lasso di tempo è chiamato “periodo di morbo di Alzheimer preclinico”. (8)

STADIO INIZIALE (durata 2-4 anni)

La fase iniziale è difficile da identificare, perché la persona è ancora autonoma: partecipa ad attività sociali, lavora e non ha difficoltà nelle “*Activities of Daily Living*” (ADL). Malgrado ciò, si incontrano le prime manifestazioni cliniche che caratterizzano la fase di esordio della malattia. La persona può avere vuoti di memoria, difficoltà a ricordare nomi o materiale appena letto, smarrire abitualmente oggetti di valore e avere difficoltà nel memorizzare impegni presi. (8)

In questa fase, in cui i sintomi non sono sempre evidenti, familiari e amici stretti giocano un ruolo molto importante, poiché sono le uniche figure in grado di percepire le prime avvisaglie di malattia. (8)

STADIO INTERMEDIO (durata 2-8 anni)

Solitamente è lo stadio più lungo, in cui la persona affetta da Alzheimer ha bisogno di un livello di assistenza maggiore. I danni progressivi alle cellule nervose del cervello comportano un peggioramento della memoria, del linguaggio e modifiche del comportamento, con stati di forte agitazione, ansia, irascibilità. La persona inizia a non riconoscere i luoghi familiari, a vagare senza meta (*wandering*) con il rischio di perdersi e disorientarsi a livello spazio-temporale. Può manifestare inoltre afasia, aprassia e agnosia, perdendo l'autonomia nelle ADL. (8)

Lo stadio intermedio della malattia coincide spesso con il periodo in cui i caregiver iniziano a riflettere sulla possibilità di inserire il proprio caro in una RSA, soprattutto se non hanno la possibilità di garantire una continuità assistenziale in questa fase lunga e delicata. (8)

STADIO AVANZATO (durata 1-2 anni)

Nel terzo e ultimo stadio la persona diventa totalmente non autosufficiente, sviluppando una grave compromissione cognitiva e motoria. Con il continuo peggioramento della memoria e delle capacità cognitive, possono verificarsi significativi cambiamenti nel comportamento: gli individui non riescono più a

comunicare, non riconoscono alcuna figura familiare e sono totalmente dipendenti nell'alimentazione, nell'igiene e nella mobilità. Inoltre, l'allettamento prolungato provoca rischi di lesioni da pressione e di polmoniti ab ingestis. (8)

In quest'ultima fase, i caregiver potrebbero valutare il ricorso ad un hospice, la struttura più idonea dedicata a garantire comfort e dignità nel fine vita. (8)

1.5 Diagnosi ed esami diagnostici

Nella fase diagnostica iniziale, l'obiettivo principale è quello di escludere precocemente tutte quelle condizioni che possono simulare uno stato di deterioramento cognitivo, come ad esempio la depressione, l'abuso di alcol e droghe, il delirium. (9) Un probabile morbo di Alzheimer viene accertato quando l'esame obiettivo, l'anamnesi medica e gli accertamenti di laboratorio su sangue e liquido cerebrospinale escludono tutte le cause reversibili di demenza citate in precedenza. (9)

Il punto di partenza per una diagnosi corretta è un'anamnesi sanitaria esaustiva, che prende in considerazione la storia sociale e culturale del paziente, la sua terapia farmacologica e la storia familiare. In seguito, la diagnosi probabile di Alzheimer potrà essere certificata da esami biochimici (emocromo con formula, livelli di vitamina B12, esame approfondito del liquido cerebrospinale) e da tecniche di imaging come la tomografia computerizzata (TC) e la risonanza magnetica (RM). (3) Gli accertamenti biochimici servono ad escludere infezioni e alterazioni fisiologiche che possono provocare alterazioni cognitive erroneamente diagnosticabili come malattia di Alzheimer (Parkinson, deficit cronico di vitamina B12), (9) mentre TC e RM sono utili sia per mostrare i segni indiretti della patologia, come ad esempio l'atrofia dell'ippocampo e del lobo temporale mediale, sia per escludere tumori cerebrali, idrocefalo, ematomi. (10)

Come menzionato in precedenza, in fase diagnostica è indispensabile evitare di confondere la demenza con uno stato depressivo, che soprattutto nelle fasi di esordio presenta segni e sintomi sovrapponibili.

La diagnosi definitiva di malattia di Alzheimer è fatta solo post mortem con l'autopsia, ma fortunatamente in circa il 90% dei casi, utilizzando gli accertamenti di cui sopra, si giunge ad una precisa diagnosi clinica. (3)

1.6 Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza infermieristica al malato di Alzheimer

L'articolo 1.2 del Profilo Professionale dell'Infermiere (DM 739/94) afferma che:

“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”.

(11)

L'infermiere deve quindi partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona, dei bisogni di assistenza infermieristica e formulare i relativi obiettivi. (11)

Nella malattia di Alzheimer, gli obiettivi infermieristici sono per la maggior parte di tipo educativo, con il fine ultimo di promuovere la sicurezza e l'autonomia dell'anziano. (12)

L'infermiere diviene anche la figura di riferimento per i caregiver informali (i familiari), che vanno sostenuti e educati durante tutto il loro percorso assistenziale al malato. (12)

L'Alzheimer, come tutte le demenze, è una patologia degenerativa che progredisce con il passare degli anni. L'infermiere gioca un ruolo principale nella partecipazione attiva all'assistenza al malato dalle fasi precoci della demenza, dove sono necessarie soprattutto delle indicazioni o dei suggerimenti per il mantenimento delle funzionalità cognitive, fino alle fasi terminali della malattia, le più delicate, dove solitamente i caregiver sono provati fisicamente ed emotivamente dal sostegno al loro caro. (12)

Diventa quindi cruciale l'alleanza terapeutica tra familiari e professionisti sanitari, dove vige la regola di condivisione degli obiettivi educativi per il malato. (13)

L'infermiere, sia in ambito domiciliare che residenziale e ospedaliero, può quindi adottare delle strategie educative che coinvolgono il luogo di vita della persona affetta da Alzheimer. Attraverso interventi di modifiche fisiche all'ambiente, con l'obiettivo di creare un ambiente protesico efficace per il malato e per il caregiver, l'infermiere partecipa attivamente al processo di assistenza, divenendo parte della triade sociale di cura assieme al malato e al caregiver. (13)

1.7 Lo sviluppo del concetto di ambiente nell'assistenza infermieristica: dall'ambiente fisico di Florence Nightingale al metodo Gentle Care di Moyra Jones

Il concetto di ambiente come elemento terapeutico trova i suoi primi sviluppi con il pensiero della fondatrice del nursing moderno, Florence Nightingale (1820-1910). Durante la Guerra di Crimea di metà Ottocento, Nightingale osservò come, intervenendo su determinati fattori ambientali, l'infermiere assumeva il ruolo di promotore del processo di guarigione. Nel suo trattato *“Notes on Nursing”* del 1859, l'infermiera britannica sosteneva infatti che:

“Il termine assistenza infermieristica è stato ridotto a significare poco più che somministrare farmaci e applicare impacchi ai soldati. In realtà dovrebbe indicare il corretto utilizzo di aria fresca, luce, calore, pulizia, silenzio, e la giusta scelta e somministrazione della dieta.” (14)

Un ambiente fisico adeguato e sano è quindi parte attiva della cura del malato, poiché si va a creare uno spazio favorevole al recupero dello stato di salute.

Nel corso degli anni successivi, il pensiero di Florence Nightingale ha stimolato l'interesse a sviluppare nuove teorie del nursing focalizzate sull'importanza dell'ambiente nell'assistenza infermieristica.

Virginia Henderson (1897-1996) amplifica il pensiero della Nightingale nella sua teoria dei 14 bisogni fondamentali: un ambiente salutare è il contesto di base che aiuta a soddisfare i bisogni primari della persona, ed è il punto di partenza per mantenere l'autonomia del paziente malato. (15)

Jean Watson (1940-) è la promotrice della teoria del *caring*, dove l'ambiente diventa un vero e proprio spazio terapeutico, che favorisce fiducia e benessere durante il processo di cura. Nel suo pensiero l'ambiente, oltre ad avere una valenza “fisica”, assume un ruolo relazionale e spirituale. (16)

Queste teorie infermieristiche si sono sviluppate parallelamente a studi geriatrici che hanno indagato il ruolo dell'ambiente nei processi di invecchiamento biologici.

Lo studio principale è stato teorizzato dagli psicologi statunitensi Powell Lawton (1923-2001) e Lucille Nahemow (1927-2009), con il *“Modello Ecologico dell'Invecchiamento”* (1973), in cui sottolineano come il benessere fisico, cognitivo e

sociale dell'anziano sia il risultato dell'equilibrio tra le competenze personali residue e le pressioni derivanti dall'ambiente circostante. (17) Se l'ambiente di vita attorno all'anziano è troppo stimolante rispetto alle sue capacità si sviluppano stati di ansia, stress e disagio emotivo. Al contrario, se l'ambiente è poco stimolante, la persona perde rapidamente autonomia, vivendo in uno stato di apatia costante. (17) Il loro modello ecologico di invecchiamento è utile per introdurre il legame inscindibile tra persona e ambiente, che è la base concettuale dell'ambiente protesico.

A metà anni Novanta, sulla scia del pensiero di Lawton e Nahemow, lo psicologo e pioniere nel campo della cura della demenza centrata sulla persona, Tom Kitwood (1937-1998), amplia ulteriormente la prospettiva del ruolo ambientale nell'assistenza. Secondo la sua visione, l'ambiente non è solo fisico, ma soprattutto relazionale e sociale. (18) Il suo approccio ha come focus principale il rispetto dell'essenza dell'essere persona, con un occhio di riguardo a cinque bisogni psicologici fondamentali: comfort (protezione), attaccamento (legami affettivi), inclusione (in un gruppo), occupazione (fare attività significative) e identità (mantenere la propria personalità). (18) Lo sviluppo di un ambiente relazionale positivo favorisce il mantenimento della dignità e il benessere della persona affetta da demenza. Al contrario, se i familiari, caregivers ed operatori sanitari assumono atteggiamenti appartenenti alla “*malignant social psychology*” caratterizzati da comportamenti svalutanti (ad esempio, trascurare, ridicolizzare, isolare il malato), essi andranno a peggiorare lo stato psicofisico della persona con demenza. (18)

A fine anni Novanta, con il metodo “*Gentle Care*”, ideato dalla terapeuta occupazionale canadese Moyra Jones (1936-2015), si rivoluziona definitivamente l'approccio olistico alla persona con demenza, introducendo il concetto di assistenza protesica.

Nel suo libro del 1999 “*Gentlecare: changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*”, Moyra Jones sostiene che per costruire un sistema protesico efficace bisogna innanzitutto conoscere la persona malata, integrando sia elementi clinico-funzionali che personali e relazionali. (19) Questa valutazione dovrebbe essere fatta da chi è a più stretto contatto con il malato, quindi i caregivers formali (infermieri, terapisti occupazionali) e informali (familiari). Poiché ogni persona affronta l'Alzheimer in maniera differente, e la malattia ha un impatto diverso da malato a malato, valutare correttamente i deficit provocati dalla patologia e le strategie di

compenso che adotta l'anziano è quindi il punto di partenza per impostare una protesì ambientale valida. (19)

1.8 Verso la costruzione dell'ambiente protesico

Una volta ultimato il processo di valutazione, sviluppato da Moyra Jones su cinque livelli (una descrizione sintetica è presente in allegato, vedi Allegato II) è necessario pensare ad un ambiente protesico su misura per il malato di Alzheimer. In base al luogo in cui vive la persona con demenza (domicilio, RSA o reparto ospedaliero), occorrerà mettere in relazione due elementi che sono indissolubili tra loro: l'ambiente fisico e le persone che provvedono all'assistenza del malato. (13)

1.8.1 I potenziali pericoli nell'ambiente di vita del malato: il ruolo della sicurezza

Le persone affette da Alzheimer soffrono di un progressivo e radicale deterioramento cognitivo: la perdita della memoria e le dispercezioni visive impediscono loro di orientarsi correttamente a livello spazio-temporale. (2) Di conseguenza, la capacità di riconoscere possibili pericoli è molto limitata. (2) A prescindere dal tipo di setting, prima di ogni intervento protesico la precedenza deve essere data al tema della sicurezza. (2, 20) In ogni contesto, determinati ambienti costituiscono un rischio maggiore per il malato di Alzheimer, come ad esempio il bagno, la camera da letto o di degenza, i corridoi, le scale. (2, 20, 21, 22) In queste aree, prevenire il rischio di caduta è la priorità. (2, 20, 21, 22) Inoltre, soprattutto a domicilio, bisognerà controllare lo stato di porte, balconi, finestre, pavimenti, elettrodomestici, detersivi, utensili, farmaci, vetrate, alimenti etc. (2) Oltre al rischio di caduta, la persona con demenza è infatti soggetta a fughe improvvisate dal luogo di residenza, a ferimenti accidentali, o ad ingestione di sostanze tossiche. L'obiettivo principale è quello di ridurre al minimo i rischi di un potenziale incidente individuando precocemente tutte le fonti che possono costituire un pericolo per il malato. (2, 20)

In ambito domiciliare è stata sviluppata una scala di valutazione che può essere utilizzata da infermieri e operatori sanitari per quantificare il livello di sicurezza delle persone con Alzheimer che vivono a domicilio. La "SAS" (*Safety Assessment Scale*) è lo strumento più impiegato in Canada per valutare il rischio di incidenti domestici. (23) Le versioni validate (in francese ed inglese) sono due: una più breve, che serve soprattutto come screening iniziale, e una lunga, che va ad integrare la precedente nel

caso ci sia un punteggio di 11-14, correlato a un rischio medio-alto di incidenti. (23)
L'Allegato III mostra la versione più lunga in lingua inglese, poiché al momento non è stata validata una versione in italiano.

Questa scala di valutazione è esaustiva e completa, e potrebbe essere un ottimo aiuto per tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza domiciliare, poiché potrebbero fornire ai caregivers raccomandazioni utili relative alla sicurezza domestica dei loro cari. (23)

1.8.2 Le persone coinvolte nell'assistenza

Le figure più importanti nell'assistenza al malato di Alzheimer sono principalmente due: il caregiver informale e l'infermiere. Entrambe, per garantire un'assistenza efficace, devono essere formate e motivate, condividendo reciprocamente gli obiettivi e i piani di cura. (13)

Nell'impostazione dell'ambiente protesico, il personale sanitario deve tenere in considerazione l'importanza del ruolo dei caregivers. Essi possono essere un fattore determinante per ottenere risultati positivi nell'assistenza alle persone affette da Alzheimer. (24) Ad esempio, un caregiver convivente che partecipa attivamente all'assistenza del proprio caro è correlato ad una riduzione dei ricoveri ospedalieri, e a un rischio minore di ingresso del familiare in una RSA. (24)

È fondamentale ricordare che, se la persona malata di Alzheimer ha come caregiver un familiare anziano, anche quest'ultimo potrebbe avere fragilità legate all'età, come ad esempio problemi di mobilità e/o deficit cognitivi. Questi fattori devono essere considerati qualora si introducano elementi protesici che vanno a modificare la quotidianità del malato e del caregiver. (20) È pertanto necessario riconoscere che i bisogni delle persone con demenza e quelli dei loro familiari conviventi non sempre coincidono, e che un'assistenza prolungata al malato nel corso delle tre fasi della demenza può impattare enormemente sulla qualità di vita del caregiver. (20, 24)

I dettagli dell'organizzazione dell'ambiente protesico nei diversi contesti e il sostegno emotivo al caregiver sono l'oggetto della ricerca in letteratura di cui si occupa il presente elaborato di tesi.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

L'obiettivo dell'elaborato è di individuare i migliori interventi infermieristici educativi ed assistenziali da mettere in atto con le persone affette da malattia di Alzheimer. L'attenzione è stata posta soprattutto all'organizzazione di un ambiente fisico, protesico, adatto al malato con demenza. Questo ambiente protesico si lega in maniera imprescindibile con le persone che curano (infermieri, familiari, caregivers informali) e con i programmi da attuare per sostenere la persona durante il suo decadimento cognitivo.

2.2 Fonti

La ricerca di letteratura è stata condotta sulle banche dati Pubmed e Cochrane, da marzo ad agosto 2025. Inoltre, per questa tesi sono stati utilizzati:

- Il capitolo 46 del libro *“Malattia di Alzheimer e Altre Demenze - Diagnosi e Terapia Integrata”*, riguardante gli interventi assistenziali sull'ambiente domestico della persona affetta da Alzheimer, per migliorarne la qualità di vita
- Il report *“World Alzheimer Report 2020. Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment. Volume I”* dell'associazione Alzheimer's Disease International. Questo report include tre articoli relativi all'ambiente protesico da allestire rispettivamente a domicilio, in RSA e in un reparto ospedaliero per patologie in fase di acuzie
- La rivista scientifica *“International Journal of Caring Sciences”*, in cui è stato analizzato un articolo riguardante gli interventi infermieristici sulla persona affetta da Alzheimer e il sostegno emotivo ai loro familiari caregivers.

Inoltre, per organizzare la struttura della tesi, il libro *“Gentlecare: Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way”* di Moyra Jones si è rivelato particolarmente utile, in quanto analizza la metodologia Gentle Care, considerata il primo esempio pratico di ambiente protesico.

2.3 Quesiti di ricerca

L'infermiere assume un ruolo centrale nella realizzazione di un ambiente protesico efficace, poiché è il professionista sanitario che è più a stretto contatto con il malato e con i suoi familiari. Partendo da questo presupposto, per guidare la ricerca bibliografica di letteratura sono stati posti due quesiti:

- Quali strategie mette in atto l'infermiere per realizzare un ambiente protesico efficace a domicilio e per educare il caregiver al mantenimento di questo ambiente?
- Quali strategie mette in atto l'infermiere per realizzare un ambiente protesico efficace in RSA e in un setting ospedaliero per patologie in fase di acuzie?

2.4 PICO e parole chiave

Popolazione	Personae affette da malattia di Alzheimer e caregivers coinvolti attivamente nell'assistenza
Intervento	Strategie assistenziali infermieristiche (assistenza infermieristica)
Confronto	/
Outcome	Effettivo miglioramento del benessere della persona con Alzheimer e riduzione del carico emotivo del caregiver

Parole chiave: *Alzheimer's disease, Dementia, Environmental design, Caregiver, Nursing interventions, Nursing Care, Built Environment, Home Care*

2.5 Stringhe di ricerca

Nella tabella sottostante sono riportate le banche dati consultate, le stringhe di ricerca utilizzate, il numero di articoli trovati e di quelli selezionati per la lettura completa del full text. L'ultima data di consultazione delle banche dati Pubmed e Cochrane è stata il 2 agosto 2025. Nella ricerca non è stato impostato alcun limite o filtro.

N.	Banca dati	Stringa di ricerca	Articoli trovati	Articoli selezionati
1	Pubmed	("Alzheimer Disease"[MeSH] OR "Dementia"[MeSH] OR alzheimer* OR dementia) AND ("Environment Design"[MeSH] OR "Therapeutic	52	3

		Environment" OR "prosthetic environment" OR "adapted environment") AND ("Quality of Life"[MeSH] OR "Well-being" OR "Emotional Support" OR "Caregivers"[MeSH] OR caregiver stress)		
2	Pubmed	("Alzheimer Disease"[MeSH] OR "Dementia"[MeSH] OR alzheimer* OR dementia) AND ("Environment Design"[MeSH] OR "Therapeutic Environment" OR "prosthetic environment" OR "adapted environment") AND ("Quality of Life"[MeSH] OR "Well-being" OR "Emotional Support" OR "Caregivers"[MeSH] OR caregiver stress) AND ("nursing"[MeSH] OR "nursing care" OR nursing)	26	2
3	Pubmed	("Alzheimer Disease"[MeSH] OR "Dementia") AND ("Caregivers"[MeSH] OR caregiver*) AND ("Environment Design" OR "Therapeutic Environment" OR "prosthetic environment") AND ("Well-being" OR "Quality of Life")	10	1
4	Pubmed	("Alzheimer Disease" OR dementia) AND (caregiver OR nursing OR "nursed care") AND ("residential care" OR "nursing home" OR "hospital" OR "home care") AND ("environmental design" OR "environmental modification" OR "supportive environment")	36	3
5	Pubmed	dementia AND ("environment design" OR "adapted environment") AND "quality of life"	31	1
6	Pubmed	("family carers"[Title/Abstract]) AND "quality of life"[Title] AND "dementia"[MeSH Terms] AND "qualitative"[Title/Abstract]	9	1
7	Pubmed	("Alzheimer Disease"[MeSH] OR dementia) AND ("Residential Facilities"[MeSH] OR "Nursing Homes"[MeSH] OR RSA OR "long-term care") AND ("Environment Design"[MeSH] OR "therapeutic environment")	62	2

		AND ("Nursing Care"[MeSH] OR nursing)		
8	Cochrane	(Alzheimer OR Dementia) AND (nurse OR "nursing care") AND ("environmental design" OR "care setting" OR "therapeutic environment")	10	1
9	Cochrane	(Alzheimer OR Dementia) AND (caregiver OR "family carers") AND ("care setting" OR "home care" OR "nursing home")	12	0

Totale Articoli: 248

Articoli dopo eliminazione duplicati: 162

Articoli selezionati per la lettura del full text: 14

2.6 Criteri di inclusione e di esclusione

Con la ricerca effettuata nelle due banche dati sopracitate sono stati individuati 248 articoli. In seguito alla rimozione dei duplicati tramite il software Zotero, il numero è stato ridotto a 162 articoli. Di questi, 67 articoli sono stati esclusi poiché antecedenti al 2015. I rimanenti 95 articoli sono stati sottoposti ad un'ulteriore operazione di screening, relativa all'analisi del titolo, che ha portato all'esclusione di 54 articoli non coerenti con i criteri di ricerca. I 41 articoli residui sono stati sottoposti a lettura dell'abstract, con l'esclusione di ulteriori 27 articoli. I 14 articoli rimanenti sono risultati idonei alla lettura del full text. Dopo l'analisi del full text, altri 5 articoli sono stati rimossi. Da queste due banche dati si è quindi deciso di ritenere idonei 9 articoli. Per la revisione di letteratura, a questi si sono aggiunti 3 articoli scientifici presenti nel "World Alzheimer Report" del 2020, 1 articolo scientifico inserito nel "International Journal of Caring Sciences" del 2021 e il capitolo 46 del libro "Malattia di Alzheimer e Altre Demenze - Diagnosi e Terapia Integrata", per un totale complessivo di 14 pubblicazioni incluse nell'elaborato (Vedi Tabella di sintesi, in Allegato I).

I criteri di inclusione sono stati:

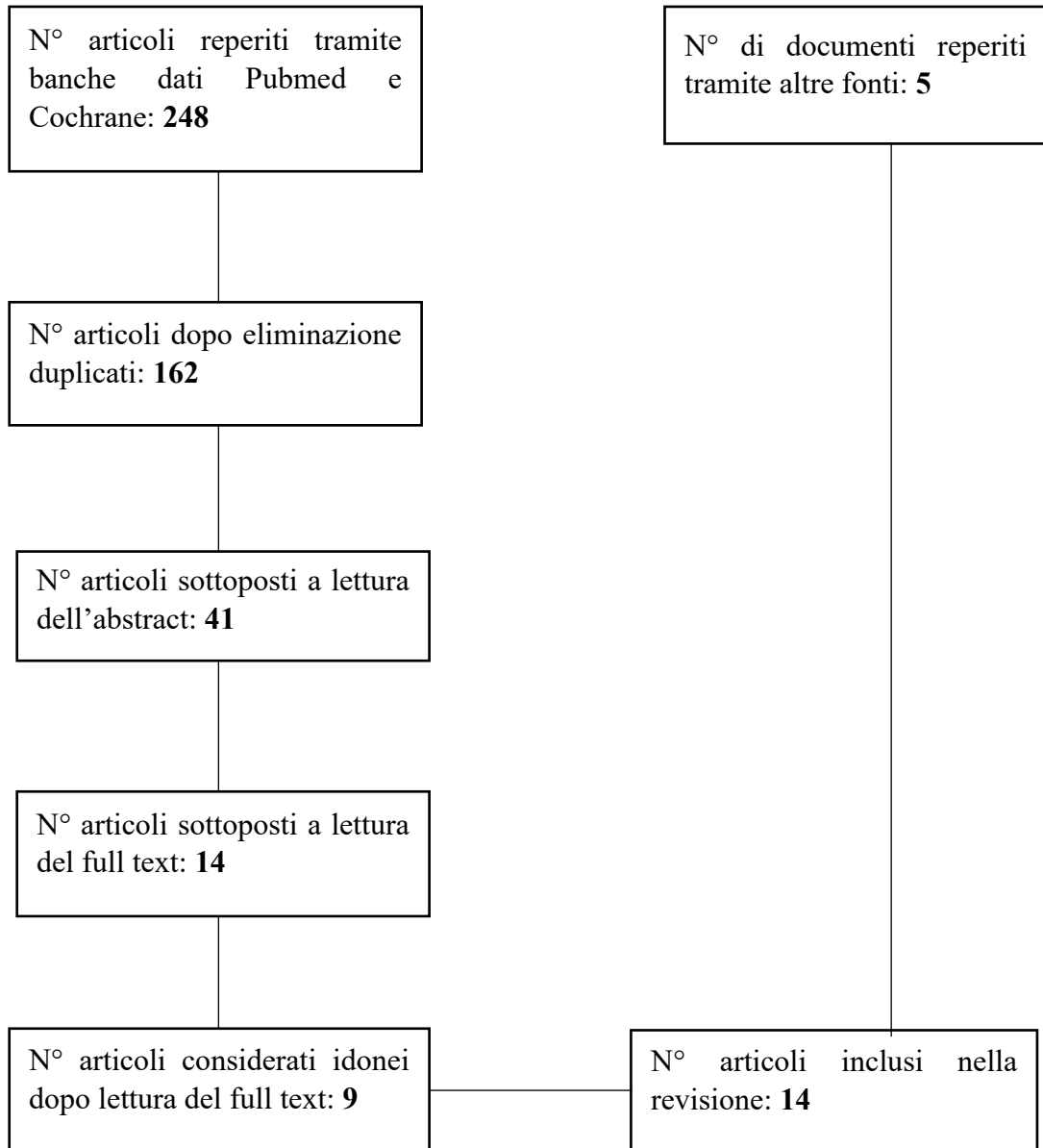
- Articoli riguardanti pazienti con malattia di Alzheimer
- Articoli riguardanti l'assistenza infermieristica o la collaborazione infermieristica nella creazione di un ambiente protesico
- Articoli pubblicati negli ultimi dieci anni (2015-2025)

- Articoli in inglese e in italiano
- Articoli con il full text disponibile
- Articoli che approfondiscono l'ambiente protesico
- Articoli che coinvolgono il caregiver nell'assistenza domiciliare

I criteri di esclusione sono stati:

- Articoli riguardanti pazienti con altre demenze (demenza vascolare, demenza ai corpi di Lewy, demenza associata al Parkinson)
- Articoli antecedenti al 2015
- Articoli relativi a terapie farmacologiche per contrastare l'avanzamento dell'Alzheimer
- Articoli che riguardano esclusivamente il design architettonico per l'allestimento dell'ambiente protesico

2.7 Flow chart del percorso di revisione della letteratura



CAPITOLO 3: RISULTATI

Nello svolgimento di questo elaborato di tesi sono stati presi in considerazione 13 articoli, che sono stati approfonditi a partire dai quesiti di ricerca. Gli articoli selezionati sono: 8 revisioni sistematiche di letteratura (due australiane, una canadese, una britannica, una olandese, una irlandese, una italiana, una greca), 2 studi qualitativi-esplorativi (uno tedesco, uno britannico), 1 studio descrittivo di pratica innovativa britannico, 1 studio concettuale con studi pilota olandese, 1 studio pilota di fattibilità e accettabilità canadese. È stato inoltre fonte di consultazione un capitolo del libro “*Malattia di Alzheimer e Altre Demenze - Diagnosi e Terapia Integrata*”, come contributo narrativo/descrittivo italiano, per un totale di 14 documenti consultati. I risultati sono stati strutturati nei seguenti quattro paragrafi:

- L’ambiente protesico a domicilio: organizzazione e interventi infermieristici
- L’ambiente protesico in RSA: organizzazione e interventi infermieristici
- L’ambiente protesico in ospedale: organizzazione e interventi infermieristici
- Strategie infermieristiche per il sostegno emotivo al caregiver informale

3.1 L’ambiente protesico a domicilio: organizzazione e interventi infermieristici

La casa rappresenta il luogo in cui l’individuo si sente maggiormente a proprio agio, poiché vi ha creato negli anni un ambiente personalizzato in cui può esprimere la propria identità e mantenere la privacy personale. (20) Per questi motivi, i caregivers informali e formali dovrebbero considerare l’abitazione della persona affetta da Alzheimer come la principale risorsa terapeutica per il miglioramento della sua qualità di vita. (2)

Gli interventi di modifiche ambientali al luogo di domicilio sono particolarmente importanti perché la maggioranza delle persone affette da demenza vive a casa e desidera rimanerci durante l’invecchiamento, nonostante la malattia. (20) Alcuni dati reperiti in letteratura sostengono questa tesi: nel 2020, in Australia, il 70% di malati di Alzheimer viveva a domicilio, negli Stati Uniti l’80% e in Canada addirittura il 93%. (20) Nel Regno Unito, che è una realtà più vicina a noi, il 60 %. (20, 25)

I caregivers informali e gli infermieri devono partire dal presupposto che l’ambiente fisico è da adattare alle risorse del malato, e non il contrario. (2) L’obiettivo è quello di organizzare un ambiente che possa essere sicuro, in grado di assicurare il giusto

comfort e la giusta privacy, e che possa anche essere “stimolante” sia per la persona che per il caregiver convivente, in modo che ci sia un reciproco sostegno nelle attività quotidiane. (20) Apportare le giuste correzioni protesiche può aiutare l’anziano a conservare più a lungo l’autonomia di cui dispone, e allo stesso tempo ridurre la fatica emotiva del caregiver. (20)

3.1.1 Gli interventi protesici a domicilio

Come anticipato nel capitolo 1, al paragrafo 1.8.1, ogni intervento di modifica ambientale deve per prima cosa tenere in considerazione la sicurezza del malato. Soprattutto nelle zone di vita più frequentate dalla persona affetta da demenza (camera da letto, bagno, soggiorno) sarebbe utile evitare l’uso di tappeti e prolunghe, che possono essere di ostacolo e aumentare il rischio di caduta. (2, 20) Inoltre, occorrerà garantire un’adeguata illuminazione in tutte le stanze, provvedendo anche ad installare luci notturne nei corridoi o nelle aree più soggette ad un eventuale *wandering* notturno. (2, 20, 25) Nel caso l’abitazione sia sviluppata su più piani, è consigliato posizionare interruttori della luce ad inizio e fine scale, predisponendo anche dei corrimano e delle strisce antiscivolo di sicurezza sui gradini. (2, 20)

Una volta garantito un ambiente di vita quotidiana sicuro, i caregivers devono intervenire per favorire l’orientamento spazio-temporale del malato, che, in base allo stadio della malattia di Alzheimer in cui si trova, può avere difficoltà a percepire la propria collocazione nello spazio. (2)

Utilizzare indicazioni “visive”, come ad esempio disegnare un wc sulla porta del bagno (vedi Figura 1, in Allegato IV), posizionare il letto in una stanza attigua ai servizi igienici, mantenere l’illuminazione anche nelle ore notturne, applicare dei segnali visivi sul pavimento di collegamento tra le stanze e dipingere le porte con colori diversi (nonostante la malattia, la percezione dei colori viene mantenuta) sono tra gli interventi più indicati dalla letteratura per facilitare l’orientamento spaziale. (2, 20, 25) A livello temporale, a causa della progressiva perdita di memoria che compromette la capacità della persona di orientarsi nel tempo, diventerà importante predisporre un contesto che agevoli la percezione dei cambiamenti stagionali. (2) Occorrerà quindi eliminare tutti gli ostacoli visivi sull’ambiente esterno, e pensare di adornare le stanze con piante e fiori (non tossici) che riflettono la stagione. Utile è anche lasciare quotidiani, calendari

e orologi che possono permettere al malato di comprendere in che momento della giornata si trovi. (2, 20)

Stimoli sonori eccessivi possono provocare irritabilità, confusione e agitazione nell'anziano malato di Alzheimer. A domicilio, bisognerà fare particolarmente attenzione agli allarmi, o a volumi troppo elevati di televisione o radio. (2, 20) Un ambiente di vita calmo, sicuro e privo di sovrastimolazioni permette alla persona di vivere più serenamente la sua vita nonostante la demenza. (20) Un intervento valido per favorire la tranquillità del malato è quello di ricavare la cosiddetta “stanza del riposo”, ovvero un locale domestico provvisto di un letto o un divano, lontano da ogni tipo di stimolo acustico, che funge da riparo nel caso ci siano rumori stressanti. (2, 20) Le modifiche ambientali risultano più efficaci se approntate nelle prime fasi della malattia, poiché possono creare meno confusione nell'anziano. (20) In ogni caso, lo stadio di progressione della patologia dovrà essere tenuto in considerazione, poiché ogni fase di demenza comporta delle disabilità differenti, con interventi diversi su cui riflettere. (25)

A riguardo, importante è lo studio descrittivo di pratica innovativa condotto nel 2019 da Charlotte Jais, Sue Hignett et al. in Gran Bretagna, dal titolo “*Chris and Sally’s House: Adapting a home for people living with dementia (innovative practice)*”. (25) Lo scopo dello studio era di apportare modifiche ambientali ad un’abitazione a due piani per supportare l’indipendenza e la sicurezza di cinque profili tipo di anziani affetti da Alzheimer, realizzati tramite un approccio innovativo di “*personas*” non reali (EBDPs - *evidence based design personas*). Tali modifiche sono state validate attraverso un lavoro multidisciplinare che ha coinvolto professionisti sanitari, architetti e caregivers.

La casa inizialmente presentava numerosi ostacoli per i cinque profili di anziani, come ad esempio il bagno presente solamente al piano superiore e raggiungibile con le scale, la carenza di luce naturale e vista sull'esterno e la mancanza di percorsi visivi guidati tra le varie stanze.

Gli interventi previsti dal modello sono iniziati già al piano terra, dove sono stati predisposti dei servizi igienici rinnovati (visibili dal salotto, senza ostacoli, per monitorare l'anziano) per un eventuale utilizzo della sedia a rotelle, ed è stata prevista l'installazione di un montascale e di un sollevatore per raggiungere il piano superiore,

prevedendo la riduzione di mobilità di determinate “*personas*”. La cucina è stata mantenuta in soggiorno per garantire la partecipazione dell’anziano alle attività di vita quotidiana con il caregiver. Una stanza è stata progettata per essere multifunzionale, cioè arredata in modo tale da poter essere trasformata da salotto a camera da letto e viceversa, in base alle esigenze della persona. Inoltre, sono stati garantiti spazi per il riposo del caregiver, un punto di ricarica per la sedia a rotelle, e nuove finestre per garantire luce naturale e una visione diretta degli ambienti esterni all’abitazione, che permettono all’anziano di percepire lo scorrere del tempo. Sia al piano terra che al primo piano l’attenzione è stata posta ai contrasti visivi di colore su pavimenti, porte e servizi igienici, e a percorsi guidati tra le stanze, come ad esempio tra soggiorno e bagno, per facilitare l’orientamento e scoraggiare il *wandering*. (25)

Questo studio ha dimostrato come l’adattamento fisico-ambientale di un’abitazione a due piani, guidato da un approccio innovativo basato su EBDPs sviluppate attraverso un lavoro multidisciplinare, possa contribuire alla sicurezza e all’autonomia delle persone con Alzheimer che vivono a domicilio.

I caregivers informali o i professionisti sanitari che hanno in cura l’anziano affetto da demenza non devono dimenticare che gli interventi protesici di modifica ambientale a domicilio devono essere implementati gradualmente, in base alle necessità funzionali del malato. (20) Tutti gli interventi sopracitati costituiscono una strategia semplice, economica e non invasiva che può contribuire a migliorare la qualità di vita della persona con Alzheimer che vuole rimanere per più tempo possibile nella sua abitazione, evitando o ritardando l’ingresso in una struttura residenziale. (20)

3.2 L’ambiente protesico in RSA: organizzazione e interventi infermieristici

Quando la persona malata di Alzheimer non è più autosufficiente nelle attività di vita quotidiana, o comunque non più gestibile a domicilio dai caregivers, è appropriato prendere in considerazione il suo ingresso in una Residenza Sanitaria Assistenziale. (21)

Il passaggio del malato dall’ambiente di vita casalingo ad una struttura “depersonalizzata” come la RSA può essere stressante, poiché egli si ritrova in un ambiente totalmente nuovo, lontano dagli affetti familiari, in cui dovrà costruire un nuovo stile di vita e una nuova routine. (21)

Organizzare una protesi ambientale personalizzata nelle RSA favorisce la transizione dell'anziano dal domicilio alla struttura. (21, 26, 27) Corrette modifiche fisiche all'ambiente possono ridurre i sintomi delle quattro A dell'Alzheimer: apatia, ansia, agitazione, aggressività (28) e migliorare la qualità di vita in RSA. (26, 27)

3.2.1 Gli interventi protesici in RSA

Gli articoli reperiti in letteratura sono concordi nel sostenere un approccio olistico basato sui bisogni della persona. Il punto di partenza è la creazione, nelle strutture, di nuclei Alzheimer di dimensioni ridotte (dai 5 ai 15 ospiti al massimo, per nucleo) il più possibile somiglianti ad un ambiente domestico (*homelike*). (21, 26, 27, 28, 29)

Un nucleo contenuto a livello numerico, con un'impostazione simile a quella di un'abitazione, aiuta l'anziano a ridurre l'ansia relativa ad un nuovo setting, sostenendolo nel preservare le funzionalità cognitive residue. (26, 27)

Le unità Alzheimer dovrebbero essere organizzate per garantire sicurezza, privacy (stanza personale, con bagno privato) e al contempo la socialità. Per quest'ultimo aspetto, un intervento ritenuto valido è quello di posizionare la sala da pranzo al centro della stanza in comune, al fine di favorire la convivialità con gli altri ospiti del nucleo. (21, 26, 29)

L'aspetto della luminosità, sia artificiale che naturale, è una delle peculiarità più citate in letteratura. La mancanza di luce nel corso della giornata aumenta i rischi di caduta, (21, 28, 29) e concorre alla cosiddetta "sindrome del tramonto", che provoca delirium notturno (con agitazione, insonnia, *wandering* non controllato). (28) Questa sindrome, che arriva a coinvolgere fino al 25% degli anziani ospiti in struttura affetti da Alzheimer, (28) si può prevenire assicurando al malato la giusta illuminazione diurna: un'esposizione al mattino di 2-3 ore di luce naturale, e nel pomeriggio mantenere livelli alti di luce artificiale, facilita il riposo notturno e riduce l'agitazione. (28) Per favorire l'orientamento notturno, sarà sufficiente installare delle luci notturne più soffuse. (28)

Un altro intervento che può definirsi protesico in RSA è l'utilizzo di colori accesi (come il blu e il rosso, che creano rispettivamente un senso di calma e di stimolo all'attività) (28) e dei relativi contrasti visivi che si vengono a formare. Diversi contrasti di colore possono mettere in risalto gli spazi di vita quotidiana, facilitando l'orientamento dell'anziano. (21, 26, 27, 28, 29) La letteratura, ad esempio, consiglia

di utilizzare forti contrasti nei bagni e nelle zone di relax (vedi rispettivamente Figura 2 e Figura 3, in Allegato IV). (28)

Come anticipato ad inizio paragrafo 3.2, l'anziano malato di Alzheimer che arriva in struttura si troverà disorientato. (21) Il personale infermieristico della RSA dovrà quindi trovare dei metodi per garantirgli un *wandering* sicuro. (21) Una buona strategia evidenziata in letteratura è quella di utilizzare segnali ed indicazioni visive che portano l'anziano a raggiungere in sicurezza determinate zone della RSA, come ad esempio la sua stanza personale, il bagno, l'area comune da pranzo o il giardino esterno. (21, 26, 28, 29) Per stimolare il "*wayfinding*" (l'orientamento) si possono applicare delle strisce adesive colorate al pavimento, che guidano l'anziano verso la meta, e posizionare su porte o arredi dei cartelli con una rappresentazione visiva di ciò che è presente nella stanza. (21, 26, 28)

Un altro metodo è l'installazione di corrimano nei corridoi della struttura, che contribuiscono sia alla sicurezza che all'orientamento del malato. (21, 26) Alcune immagini esplicative sono state caricate nella sezione fotografica, in Allegato IV (Figura 4 e Figura 5).

In RSA, gli infermieri devono essere abili a bilanciare correttamente gli stimoli che arrivano dal soggiorno in struttura, riducendo gli stimoli inadeguati e ottimizzando quelli positivi. (21)

La sovrastimolazione sensoriale è uno degli aspetti su cui porre particolare attenzione. L'anziano deve essere protetto a livello acustico, poiché rumori eccessivi possono provocargli un forte stato d'ansia, con episodi di aggressività e irritabilità. (21, 28) Utile sarà eliminare le fonti di rumore superfluo (in particolar modo gli allarmi sonori ad elevata intensità), utilizzare un tono di voce adeguato e predisporre delle stanze separate silenziose, per permettere al malato di rifugiarsi, in caso di bisogno, in una zona più tranquilla. (21)

Oltre a questi aspetti, diversi articoli analizzati concordano sull'efficacia della corretta temperatura da mantenere in struttura (dovrebbe mantenersi tra i 20 e i 25 gradi) (21, 28, 29) e dell'utilizzo di musica rilassante in sottofondo. (26, 28) Entrambi gli interventi contribuiscono a ridurre lo stress fisico ed emotivo degli anziani. (28)

Per evitare le quattro A dell'Alzheimer elencate in precedenza, infermieri e caregivers dovrebbero stimolare la personalizzazione della stanza personale dell'ospite. (21)

Quest'ultimo deve infatti avere l'opportunità di ricreare il suo ambiente domestico portando con sé fotografie, quadri, o comunque oggetti a lui cari. (21, 26, 28, 29) Anche l'utilizzo di una televisione personale, monitorata dal personale della struttura, fa sentire l'anziano "a casa". (21) L'intento è quello di creare uno spazio familiare nel nuovo ambiente di vita.

Gli articoli esaminati in letteratura non trascurano l'importanza dell'accesso al giardino esterno e alla relativa attività fisica. (21, 26, 27, 28, 29) Questi due aspetti concorrono a promuovere la socialità tra gli ospiti, a favorire il ritmo circadiano e il riposo notturno, a ridurre stati di agitazione e aggressività, e a mantenere le funzionalità cognitive. (21, 28) Le strutture "a misura" di Alzheimer dovrebbero avere un giardino esterno ampio, strutturato in maniera circolare con percorsi guidati che incoraggiano l'attività fisica dell'anziano. (21, 27, 28) Un esempio fotografico di giardino protesico in struttura residenziale è presente alla Figura 6, in Allegato IV.

Inoltre, la presenza di piante e l'esposizione prolungata al sole migliorano lo stato d'animo della persona istituzionalizzata. (27, 28)

Il personale sanitario delle strutture è una risorsa fondamentale nel garantire un'adeguata attività fisica all'anziano. L'inattività è uno dei rischi dei ricoveri in RSA: si stima infatti che gli ospiti delle strutture facciano il 23% di attività fisica in meno rispetto agli anziani a domicilio, con conseguenze negative a livello sociale, clinico e mentale. (21)

Apportando gli interventi sopracitati, la persona affetta da Alzheimer potrebbe avere una transizione meno traumatica dal domicilio all'RSA.

3.2.2 Studi pilota di interventi protesici in RSA

Negli ultimi anni, progetti pilota di interventi protesici vengono sperimentati nelle RSA per trovare nuove soluzioni alle difficoltà che i malati di Alzheimer soffrono quotidianamente in struttura.

Due esempi pratici riscontrati in letteratura hanno coinvolto rispettivamente una casa di riposo olandese, nel 2019, e due residenze canadesi per anziani, nel 2020.

Lo studio pilota condotto in Olanda da Ludden G. et al, "*Environmental design for dementia care - towards more meaningful experiences through design*" è un progetto sperimentale che ha come obiettivo lo sviluppo di un ambiente residenziale capace di

offrire esperienze significative e stimolanti per il malato di demenza, attraverso l'introduzione in struttura di corrimano sensoriali e installazioni di natura virtuale. (30) La prima parte dello studio riguarda i corrimano esperienziali (*Experience Handrail*), progettati e poi installati lungo i corridoi della RSA olandese. L'intervento nasce con l'intento di rendere i vari collegamenti tra gli spazi della residenza più stimolanti e coinvolgenti, integrando esperienze sensoriali significative. L'RSA ha introdotto sei tipi di corrimano che possono dare un'esperienza tattile diretta, con elementi sulla superficie (come il legno, l'erba, la stoffa) integrati, quando possibile, con sensori di attivazione per luci e suoni in grado di indurre la persona a trovare la direzione corretta da seguire. Ad esempio, il corrimano in erba che conduce al giardino, quando toccato, riproduce il suono di un uccello, aiutando l'anziano a capire che si sta dirigendo verso l'esterno. Questo intervento ha favorito l'esplorazione sensoriale e la riduzione di episodi di *wandering*, che in struttura possono essere molto frequenti e provocare stress emotivo. (30) Per le immagini dei corrimano esperienziali, vedi Figura 7 dell'Allegato IV.

La seconda parte dello studio coinvolge le installazioni di natura virtuale (*Virtual Nature*) sperimentate sempre all'interno della stessa RSA olandese per simulare ambienti naturali attraverso l'uso della realtà virtuale. Tramite questa novità tecnologica, gli ospiti della residenza hanno potuto vivere esperienze visive rilassanti in ambienti naturali simulati (riprodotti con un proiettore nelle aree comuni della RSA) come foreste, spiagge, parchi e paesaggi verdi. Questo intervento si è rivelato efficace nel favorire la socialità tra gli ospiti, con una forte partecipazione anche di infermieri e familiari. (30) In Figura 8 dell'Allegato IV si possono vedere le immagini delle installazioni di natura virtuale nell'RSA olandese.

Secondo i promotori dello studio, i due interventi appena descritti sono economici e di facile introduzione in tutte le strutture. Oltre ad effetti benefici sull'autonomia, l'anziano ha potuto vivere momenti di convivialità, di rilassamento e di orientamento efficace.

Il secondo esempio è lo studio pilota promosso in Canada da Kaasalainen et al., "*Evaluating the feasibility and acceptability of the Namaste Care program in long-term care settings in Canada*". Lo studio indaga la fattibilità e l'accettabilità del *Namaste Care*, un programma di cura volto a migliorare la qualità di vita di persone

con demenza di grado avanzato. Il progetto è durato sei mesi in due RSA canadesi, coinvolgendo 31 ospiti, 34 infermieri e volontari e 10 familiari caregivers.

I criteri di inclusività degli anziani erano i seguenti: almeno 65 anni di età, uno stadio di Alzheimer avanzato, capacità di comunicare in lingua inglese (seppur ridotta). (31) *Namaste Care* si era basato su interventi protesici di tipo relazionale ed emotivo, in cui infermieri e familiari coinvolgevano attivamente l'anziano in RSA. In stanze predisposte appositamente per questo programma, con luce soffusa, coperte morbide e musica di sottofondo, si praticavano massaggi agli ospiti partecipanti, si poteva fare conversazione, merenda, o semplicemente permettere un riposo più sereno all'ospite, in un ambiente protetto e tranquillo. I familiari erano incoraggiati dal personale sanitario a partecipare a questi incontri, in modo da creare dei momenti di affettività con il proprio caro malato.

Il programma è durato sei mesi, per cinque giorni a settimana (quattro ore al giorno). Al termine del *Namaste Care*, la fattibilità è stata promossa, con un tasso di partecipazione dell'89%. Tuttavia, i partecipanti hanno ricevuto solo il 72% delle sessioni previste e solo il 78% è rimasto nel programma per almeno tre mesi, a causa di decessi. (31)

Gli infermieri hanno percepito positivamente questo progetto, riscontrando dei miglioramenti nella gestione del dolore e nella qualità della vita degli ospiti delle strutture, oltre a una riduzione dell'uso di farmaci antidolorifici ed ipnotici. (31)

Nonostante i benefici apportati dal *Namaste Care*, secondo gli autori è necessario applicare il programma su campioni più ampi per validarne l'efficacia, non solo in Canada ma anche nel resto del mondo. (31)

3.3 L'ambiente protesico in ospedale: organizzazione e interventi infermieristici

L'ospedale è un ambiente molto delicato per le persone affette da Alzheimer. Esse, infatti, nel caso dovessero essere ricoverate in un reparto per patologie in fase di acuzie, si troverebbero in un luogo standardizzato e impersonale, non progettato a sostenere i bisogni associati alla condizione di demenza. (22)

Solitamente, i ricoveri dei malati di Alzheimer nelle Unità Operative Ospedaliere avvengono a causa di infezioni, cadute, infortuni, fratture, avvelenamenti, patologie cardiache e gastrointestinali. (32) L'ospedalizzazione, se si sottovaluta lo status di demenza della persona, è spesso associata a un improvviso declino funzionale-

cognitivo, a stati di delirium, a ricoveri prolungati e, nei casi peggiori, anche alla morte rapida del paziente. (32) Sviluppare interventi protesici nei reparti ospedalieri per acuzie, che spesso hanno difficoltà di budget, carenza di personale e turnover di pazienti, è una delle sfide dei nosocomi che vogliono diventare “*dementia-friendly*” (accessibili alle persone con demenza). (32)

3.3.1 Gli interventi protesici in ospedale

I setting ospedalieri che vorrebbero promuovere un ambiente “*dementia-friendly*” devono partire da un approccio basato sulla persona, integrando la clinica con l’esperienza critica dei professionisti sanitari. (32) Le direzioni sanitarie dovrebbero lavorare congiuntamente con gli infermieri e i caregivers familiari per condividere gli interventi da attuare, ponendo sempre al centro dell’attenzione il degente con l’Alzheimer, che può avere più fragilità rispetto ad altri pazienti. (32)

Da un punto di vista ambientale, anche in questo setting gli interventi partono dalla sicurezza del paziente. I pavimenti devono essere sempre asciutti, non riflettenti e uniformi. (22) Indispensabile è anche provvedere a installare più corrimano nei corridoi e nelle stanze di degenza, e posizionare il letto (ad altezza sempre il più bassa possibile) in prossimità dei servizi igienici. (22)

La tecnologia può venire in aiuto con gli allarmi silenziosi, che notificano in guardiola agli infermieri se la persona si è alzata dal letto. Altrimenti, è consigliato ricoverare il malato in una stanza attigua alla guardiola di reparto, con una visione diretta sul paziente, per un monitoraggio più efficace. (22)

Nei setting ospedalieri si possono seguire gli stessi principi protesici applicati a domicilio o in RSA: contrasto dei colori (specie in bagno, tra gabinetto e bidet per esempio), indicazioni visive con cartelli o segnali, riduzione dei rumori evitabili (tono di voce, allarmi sonori), illuminazione adeguata di giorno per facilitare il riposo notturno e prevenire il delirium. (22) Alla persona ricoverata bisognerebbe concedere di personalizzare gli spazi, e, per sostenerlo nell’orientamento temporale, è utile posizionare in stanza dei calendari o orologi digitali a muro che gli permettono di comprendere il passare del tempo. (22, 32)

Nel corso della giornata, il personale infermieristico può coinvolgere il malato in attività stimolanti a livello funzionale e cognitivo, come ad esempio fare delle camminate nei corridoi, giocare a giochi da tavolo o leggere il giornale. (32) Queste

attività sembrano banali, ma aiutano il degente a non sentirsi escluso in un contesto a lui estraneo.

Il reparto d'ospedale dovrebbe anche essere più flessibile, con una maggiore elasticità sugli orari di visita e sulla presenza dei familiari del malato, che in un ambiente del tutto nuovo si può sentire isolato e abbandonato emotivamente. (22, 32)

Importante è anche provvedere alla creazione di stanze del riposo adiacenti al reparto, che possono essere utilizzate sia dalle persone con demenza (monitorate dagli infermieri) che dai familiari, nel caso dovessero fare assistenze prolungate. (22)

Creare un'atmosfera calma, rilassata e più somigliante ad una casa che a una stanza di degenza è l'obiettivo finale di tutti gli ospedali "*dementia-friendly*" che vogliono sostenere la persona nel suo percorso di cura. (32)

3.4 Strategie infermieristiche per il sostegno emotivo al caregiver informale

Essere il caregiver di un familiare affetto da Alzheimer può configurarsi come un'esperienza molto impattante a livello fisico ed emotivo, con conseguenze negative sulla qualità di vita. (24) Un caregiver informale a tempo pieno difficilmente riesce a conciliare impegni lavorativi, tempo libero, relazioni, se è impegnato ogni giorno nella complessa assistenza al proprio caro, tant'è che i caregivers di persone affette da Alzheimer sono più soggetti ad ansia, depressione e stress rispetto ai caregivers di individui con patologie non degenerative. (24) Inoltre, quando i familiari iniziano a comprendere le conseguenze di una diagnosi di Alzheimer, sentimenti come perdita di speranza e frustrazione possono prevaricare, con conseguenze dannose per tutte le figure coinvolte nell'assistenza. (12)

Nella complessa relazione tra caregiver e malato un importante ruolo di mediazione lo gioca l'infermiere, che può diventare il punto di riferimento per i familiari, indipendentemente dal setting di cura. (12)

L'infermiere sostiene a livello emotivo il caregiver soprattutto attraverso interventi educativi, in modo da ridurre la sua fatica emotiva. (12) Il professionista sanitario incoraggia i familiari a collaborare tra loro, a coinvolgere il più possibile il malato nelle decisioni e ad attivare, se il peso fisico-emotivo dell'assistenza è troppo gravoso, servizi di supporto al caregiving, come i ricoveri temporanei in strutture assistenziali adatte alla presa in carico di persone con patologie dementigene o gruppi di ascolto e mutuo aiuto. (12)

A livello pratico, come descritto in questo capitolo, l'infermiere fornisce informazioni utili alla predisposizione di un ambiente di vita che deve diventare protesico per la persona affetta da Alzheimer. In letteratura, tra i suggerimenti validi riscontrati più volte troviamo l'invito al caregiver di ricavare un proprio spazio personale "di fuga" dalle fatiche dell'esperienza assistenziale. (20, 21, 32) Questa stanza deve diventare il rifugio personale del familiare, che necessita più di altri di riposo e tempo per sé stesso. (20, 21)

L'infermiere, specie nei contesti extra-domiciliari, dovrebbe includere il caregiver nei processi decisionali di cura del familiare malato. Ascoltare le sue preoccupazioni, i suoi suggerimenti e anche il suo coinvolgimento nell'assistenza è un ottimo punto di partenza se si vuole seguire un approccio di presa in carico focalizzato sulla persona. (32)

Come obiettivo finale, l'infermiere deve comprendere che nel corso dell'assistenza il caregiver dovrebbe essere visto come una "estensione" del malato, poiché, come la persona affetta da Alzheimer, anch'esso potrebbe peggiorare il suo status di salute. (12) Il sostegno emotivo deve quindi essere pensato per entrambe le figure coinvolte nel complicato contesto dell'Alzheimer.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei risultati

La stesura del presente elaborato di tesi ha permesso di identificare numerosi interventi infermieristici educativi, basati su evidenze scientifiche, tesi alla modifica dell'ambiente per renderlo protesico nei confronti della persona con Alzheimer a domicilio, in RSA e in un reparto ospedaliero per patologie in fase di acuzie.

Il punto di partenza per la creazione di un ambiente a misura di Alzheimer è la collaborazione tra le figure coinvolte nel percorso terapeutico del malato: l'assistenza infermieristica deve quindi essere integrata con l'esperienza dei caregivers informali, focalizzando l'attenzione sui punti di forza e di debolezza dell'anziano. (2, 12, 20, 21, 22, 31, 32)

Uno dei principali risultati emersi è l'importanza, in tutti i setting assistenziali, della sicurezza e della privacy del malato. (2, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 32) Garantire a quest'ultimo un ambiente di vita intimo e riservato è indispensabile: si può ritenere che sia la "conditio sine qua non" della protesi ambientale.

La letteratura è concorde nell'introduzione di elementi protesici (indicazioni visive, cartelli, contrasto dei colori, calendari etc.) che facilitano l'orientamento spazio-temporale della persona con Alzheimer, cercando di creare un ambiente tranquillo, rilassante ma allo stesso tempo stimolante. (2, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29) Tuttavia, la protesi non deve solo essere composta da interventi "pratici" e quantificabili, ma deve anche essere arricchita dal coinvolgimento attivo dell'anziano, che deve essere stimolato a livello funzionale-cognitivo a vivere questo ambiente protesico creato appositamente per lui da parte di infermieri, familiari, caregivers. (2, 12, 20, 21, 26, 28, 30, 31)

Altre utili protesi ambientali citate negli articoli risultano essere le stanze del riposo, che permettono all'anziano di trovare un luogo sicuro e privo di input stressogeni, (2, 20, 22, 25, 32) il ruolo dell'attività fisica (con accesso agli spazi esterni) e la luminosità. (2, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 32) In tutti i contesti assistenziali l'importanza della luce è menzionata, e si può ritenere l'intervento non farmacologico principale per il mantenimento del ritmo circadiano nella persona affetta da Alzheimer, potendo permettergli una sufficiente qualità di riposo notturno. (21, 22, 28)

Si è visto come in RSA e in ospedale gli ambienti “*homelike*”, di dimensioni ridotte e modellati in base ai luoghi domestici di vita, sono i più efficaci durante la difficile transizione dal domicilio dell’anziano. (21, 22, 26, 27, 28, 29, 32) Anche in questi due setting è fondamentale introdurre elementi protesici di sostegno alla persona, poiché essa si trova, almeno inizialmente, in un contesto sconosciuto e stressante. (21, 22)

L’ultimo aspetto osservato nei risultati è il ruolo dei caregivers. Nel processo assistenziale, questa mansione è fondamentale ma allo stesso frustrante a causa della fatica emotiva e fisica di cui si fanno carico ogni giorno nel sostegno al proprio caro. (12, 20, 24) L’infermiere deve quindi attuare interventi educativi finalizzati non solo alla creazione di un ambiente positivo per il malato, ma anche a sostenere il caregiver sul piano emotivo e fisico per tutta la durata dell’assistenza. (12, 24)

4.2 Limiti dell’elaborato e sviluppi futuri

L’elaborato è stato sviluppato analizzando per la maggior parte articoli inerenti all’ambiente protesico in RSA, che è il setting assistenziale più trattato in letteratura. Gli studi sulle protesi ambientali domestiche o ospedaliere sono limitati, e per lo più si tratta di revisioni sistematiche di letteratura. Oltretutto, gli studi pilota e osservazionali approfonditi si basano su ricerche sviluppate su campioni di studio ridotti, e questo può essere un limite sull’evidenza scientifica dei risultati. La letteratura è concorde nel sostenere studi più ampi e di maggiore qualità, per stabilire con maggior certezza gli effetti positivi delle modifiche ambientali sul malato di Alzheimer.

La ricerca bibliografica sulle banche dati Pubmed e Cochrane ha permesso di trovare numerosi articoli riguardo l’ambiente protesico; tuttavia, molte pubblicazioni trattavano solamente l’aspetto del design architettonico nell’impostazione delle protesi, non tenendo in considerazione l’assistenza infermieristica; oppure, non erano chiari sul tipo di demenza a cui facevano riferimento. Questo aspetto ha limitato la ricerca bibliografica.

L’unico studio in lingua italiana reperito è un contributo narrativo-descrittivo del libro “*Malattia di Alzheimer e Altre Demenze. Diagnosi e Terapia Integrata*”, mentre risulta preponderante la letteratura anglosassone, che ha usi e costumi comunque differenti rispetto al nostro contesto nazionale. Una maggiore attività italiana di ricerca in

materia sarebbe utile per capire se gli interventi proposti dalla letteratura straniera sono applicabili anche nella nostra realtà.

Questo elaborato di tesi può essere una fonte di riferimento per gli infermieri domiciliari che lavorano a stretto contatto con i malati di Alzheimer. Inoltre, RSA e ospedali italiani interessati ad essere “*dementia-friendly*”, privilegiando la visione olistica della persona, possono ricavare degli spunti interessanti per sviluppare protesi ambientali valide ed economiche nei loro contesti multidisciplinari.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI

L'obiettivo della presente revisione di letteratura consiste nell'individuare i migliori interventi infermieristici educativi ed assistenziali da mettere in atto nei confronti delle persone affette da Alzheimer, con l'obiettivo di creare un ambiente definito protesico. Nel corso della ricerca bibliografica, l'attenzione è stata posta soprattutto all'analisi di articoli che descrivessero in maniera puntuale l'ambiente fisico da adattare alle esigenze del malato, in tre setting diversi tra loro: il domicilio, l'RSA e l'ospedale. In questi contesti assistenziali, l'ambiente protesico si mantiene efficiente solo se viene sostenuto dalle azioni delle persone che curano. Il lavoro educativo degli infermieri diventa quindi la base per un'assistenza valida, centrata sui bisogni della persona.

Quello che si evince dalla letteratura è che l'ambiente protesico, adattato in base al contesto assistenziale, deve poi essere mantenuto "attivo" da tutte le persone che ruotano attorno alla sfera di vita del malato con demenza. L'ambiente modificato non può rimanere statico, ma deve essere adattato gradualmente, poiché l'Alzheimer è una patologia dementigena degenerativa che progredisce da uno stadio iniziale verso uno avanzato. Dalla prima all'ultima fase possono passare molti anni: è compito del professionista sanitario individuare quali modifiche apportare al luogo di vita del paziente, collaborando con i caregivers per trovare le soluzioni più vantaggiose per proteggere le funzionalità cognitive residue del malato.

A domicilio, gli infermieri sono i promotori del processo educativo al caregiver, poiché quest'ultimo è colui che vive tutta l'impegnativa esperienza della presa in carico domiciliare. In questo setting, l'obiettivo è quello di preparare un ambiente protesico che coinvolga i bisogni sia del malato che del caregiver convivente. In RSA e in ospedale, l'infermiere può avere un ruolo ancora più attivo, sia nella predisposizione delle protesi ambientali (con gli interventi pratici citati in questo elaborato) che nel coinvolgimento della persona affetta da Alzheimer in attività ricreative stimolanti per la sua salute generale.

In conclusione, il ruolo dell'infermiere è cruciale nella presa in carico non farmacologica dell'assistito con Alzheimer. A prescindere dal contesto assistenziale, gli interventi educativi infermieristici rappresentano il fondamento da cui partire nella costruzione dell'ambiente protesico, che, come una protesi vera e propria, sosterrà la persona nel corso della condizione di malattia.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. World Health Organization. Dementia. 2025 Mar 31. Disponibile al sito: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Carbone G. Interventi sull'ambiente domestico per migliorare la qualità di vita dei pazienti con demenza. In: Sancesario G, Caltagirone C, editori. Malattia di Alzheimer e Altre Demenze – Diagnosi e Terapia Integrata. Roma: Società Editrice Universo; January 2018. Cap. 46. Disponibile al sito: <https://www.researchgate.net/publication/322526910>
3. Hinkle JL, Cheever KH, Brunner & Suddarth. Brunner Suddarth Infermieristica Medico-Chirurgica. 5^a ed. Vol. 1. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2017.
4. Alzheimer's Association. 2025 Alzheimer's Disease Facts and Figures [Internet]. Chicago (IL): Alzheimer's Association; 2025. Disponibile al sito: <https://www.alz.org/getmedia/ef8f48f9-ad36-48ea-87f9-b74034635c1e/alzheimers-facts-and-figures.pdf>
5. Kumar A, Sidhu J, Lui F, Tsao JW. Alzheimer Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponibile al sito: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499922/>
6. Alzheimer Europe. Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe [Internet]. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2019. Disponibile al sito: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
7. Ministero della Salute. Demenza di Alzheimer [Internet]. Roma: Ministero della Salute; 2024 Dec 20. Disponibile al sito: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/demenze/demenza-di-alzheimer/>
8. Alzheimer's Association. Stages of Alzheimer's [Internet]. Chicago (IL): Alzheimer's Association. Disponibile al sito: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>
9. Murphy K, Hickey J. Geriatric Issues. In M. K. Bader and L. Littlejohns. AANN core curriculum for neuroscience nurses (5th ed.). Glenview, IL: American Association of Neuroscience Nurses; 2010.

10. Islam O, Naul LG. Alzheimer Disease Imaging. eMedicine Medscape. Disponibile al sito: <https://emedicine.medscape.com/article/336281-images>
11. Ministero della Salute. D.M. 14 settembre 1994, n. 739: Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Art 1.2, 1.3 [Internet]. Gazzetta Ufficiale 1995 9 gen, n. 6. Disponibile al sito: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf>
12. Theofanidis D, Fountouki A, Kotrotsiou S. Nursing interventions in Alzheimer's disease: a concise practical guide for everyday use. *Int J Caring Sci.*2021;14(1):106-14.
13. Vitali SF. Il modello protesico. La metodologia Gentle Care. *G Gerontol.* 2004;52(6):412-7.
14. Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and What it is not.* New York: Dover Publications; 1992.
15. Henderson V. *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications, Practice, Research and Education.* New York: Macmillan; 1966.
16. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring.* Boulder, CO: University Press of Colorado; 1979.
17. Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP, editors. *The psychology of adult development and aging.* Washington, DC: American Psychological Association; 1973.
18. Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First.* Buckingham: Open University Press; 1997.
19. Jones M. *Gentlecare: Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way.* Vancouver: Hartley & Marks; 1999.
20. Osborne A. Home modifications to support people living with dementia. In: *World Alzheimer Report 2020. Design, dignity, dementia: dementia-related design and the built environment.* Vol I. London: Alzheimer's Disease International; 2020.
21. Harrison S, Fleming R. Design and the built environment for people living with dementia in residential aged care. In: *World Alzheimer Report 2020.*

Design, dignity, dementia: dementia-related design and the built environment. Vol I. London: Alzheimer's Disease International; 2020.

22. Grey T, Xidou D, O'Neill D. Design and the built environment to support patients living with dementia and accompanying persons in acute hospitals. In: World Alzheimer Report 2020. Design, dignity, dementia: dementia-related design and the built environment. Vol I. London: Alzheimer's Disease International; 2020.
23. Courval L de P, Gélinas I, Gauthier S, Dayton D, Liu L, Rossignol M, Sampalis J, Dastoor D. Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. *Can J Occup Ther.* 2006;73(2):67-75.
24. Daley S, Murray J, Farina N, Page TE, Brown A, Basset T, Livingston G, Bowling A, Knapp M, Banerjee S. Understanding the quality of life of family carers of people with dementia: development of a new conceptual framework. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(1):79-86. doi:10.1002/gps.4990.
25. Jais C, Hignett S, Halsall W, Kelly D, Cook M, Hogervorst E. Chris and Sally's House: adapting a home for people living with dementia (innovative practice). *Dementia (London).* 2020;20(2):770-8. doi: 10.1177/1471301219887040
26. Siegelaar A, Mobach MP, Janus S, Zuidema SU. The physical environment and the quality of life and behavior in people with dementia: a systematic meta-review. *Sage Open Aging.* 2025; 11:1-9. doi: 10.1177/30495334251345092
27. Mangili S, Trabucchi M, Brambilla A, Capolongo S. Built environment impact on people with dementia (PwD) health and well-being outcomes: a systematic review of the literature. *Acta Biomed.* 2023;94(Suppl 3): e2023155. doi:10.23750/abm.v94iS3.14284
28. Olson NL, Albeni BC. Dementia-friendly design: impact on COVID-19 death rates in long-term care facilities around the world. *J Alzheimers Dis.* 2021;81(2):427-50. doi: 10.3233/JAD-210017
29. Harrison SL, Dyer SM, Laver KE, Milte RK, Fleming R, Crotty M. Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;3:CD012892. doi: 10.1002/14651858.CD012892.pub2

30. Ludden GDS, van Rompay TJJ, Niedderer K, Tournier I. Environmental design for dementia care – towards more meaningful experiences through design. *Maturitas*. 2019; 128:10-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.06.011
31. Kaasalainen S, Hunter PV, Dal Bello-Haas V, Dolovich L, Froggatt K, Hadjistavropoulos T, et al. Evaluating the feasibility and acceptability of the Namaste Care program in long-term care settings in Canada. *BMC Geriatr*. 2020; 20:410. doi:10.1186/s12877-020-01844-8.
32. Manietta C, Purwins D, Pinkert C, Fink L, Rommerskirch-Manietta M, Feige M, Knecht C, Roes M. Dementia-friendly hospital: the perspective of professional dementia experts. *J Clin Nurs*. 2024; 0:1-17. doi: 10.1111/jocn.17422.

ALLEGATI

Allegato I: Tabella di sintesi degli studi selezionati sulla base della revisione di letteratura

Stringa Pubmed N° 1

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
<p>Jais C, Hignett S, Halsall W, Kelly D, Cook M, Hogervorst E. Chris and Sally's House: Adapting a home for people living with dementia (innovative practice). 2019 – <i>Dementia: The International Journal of Social Research and Practice</i></p>	<p><u>Studio descrittivo di pratica innovativa (innovative practice).</u> Nessun campione clinico reale, ma sono state utilizzate cinque “personas” immaginarie che rappresentano differenti profili di anziani con Alzheimer. I profili sono stati sviluppati attraverso un lavoro multidisciplinare che ha coinvolto medici, infermieri, architetti e caregivers. L’abitazione reale è a due camere, su due piani, situata nel BRE Innovation Park di Watford (UK).</p>	<p>Adattare un’abitazione per supportare l’indipendenza e la sicurezza di persone affette da demenza attraverso un approccio innovativo di “personas” (EBDPs – <i>evidence based design personas</i>), non reali ma validate da un gruppo multidisciplinare di esperti.</p>	<p>La casa è stata adattata con un approccio centrato sulla persona, in base allo stadio di demenza. L’abitazione è stata innanzitutto modificata per garantire la sicurezza dell’anziano. Al piano terra sono stati predisposti dei servizi igienici, ed è stata prevista l’installazione di un montascale e di un sollevatore, prevedendo la riduzione di mobilità. La cucina è stata mantenuta in soggiorno per garantire la partecipazione dell’anziano alle attività di vita quotidiana. Una delle stanze è stata progettata per essere multifunzionale, potendo passare da salotto a camera da letto, in base alle esigenze della persona. Poi, sono stati garantiti spazi</p>	<p>Lo studio ha mostrato come l’adattamento fisico-ambientale di un’abitazione a due stanze e a due piani, guidato da un approccio basato su EBDPs, possa favorire l’autonomia delle persone con demenza e la relazione con il caregiver.</p>

			<p>per il riposo del caregiver, un punto di ricarica per la sedia a rotelle, e nuove finestre per garantire luce naturale e una visione diretta degli ambienti esterni all'abitazione. Riguardo al design, l'attenzione è stata posta ai contrasti visivi di colore e a percorsi guidati tra le stanze, come ad esempio tra soggiorno e bagno. Questo studio innovativo ha dimostrato come una tipica abitazione non pensata per una patologia degenerativa possa essere trasformata in un ambiente sicuro, confortevole e a "misura" di un anziano che vuole mantenere la sua indipendenza, nonostante la malattia.</p>	
<p>Mangili S, Trabucchi M, Brambilla A, Capolongo S. Built environment impact on people with dementia (PwD) health and well-being outcomes: a systematic review of the literature. 2023 – <i>Acta</i></p>	<p><u>Revisione sistematica della letteratura</u></p>	<p>Fornire informazioni riguardo alle caratteristiche di un ambiente protesico efficace in RSA.</p>	<p>Gli elementi ambientali associati ad effetti positivi sul benessere della persona malata riguardano l'importanza della luce naturale, per favorire il ritmo sonno-veglia.</p>	<p>Lo studio mette in luce come elementi specifici dell'ambiente protesico in RSA, tra cui l'organizzazione a piccoli nuclei dei reparti (8-10 posti letto), un'illuminazione ben</p>

Biomed, Vol. 94, Supplement
3

Contrasti cromatici e materiali riconoscibili al tatto sono efficaci per l'orientamento spaziale. Corridoi ben segnalati, percorsi circolari, unità di piccole dimensioni favoriscono una riduzione dello stress e una diminuzione del *wandering*. Spazi verdi accessibili e sicuri riducono l'apatia e l'agitazione, e favoriscono anche l'attività fisica e la socializzazione con gli altri ospiti. Infine, una struttura con un nucleo Alzheimer progettato con un'estetica familiare e domestica è più efficace nella gestione emotiva dell'anziano.

calibrata e l'uso di colori e materiali progettati per facilitare l'orientamento possano influire positivamente sulla qualità della vita delle persone con demenza. Secondo gli autori, è evidente che lo spazio fisico possa agire sia come risorsa terapeutica (ambiente protesico creato su misura dell'anziano) sia come fattore che aggrava il disagio e la vulnerabilità cognitiva (ambiente depersonalizzato).

Stringa Pubmed N° 2

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
<p>Ludden G, Van Rompay T, Niedderer K, Tournier I. Environmental design for dementia care – towards more meaningful experiences through design. 2019 – <i>Maturitas</i> 128, 10-16.</p>	<p><u>Studio concettuale</u> (con revisione critica della letteratura) e parte sperimentale <u>con due studi pilota</u>: il primo riguardo a un corrimano esperienziale, il secondo a un'installazione di natura virtuale. Il progetto sperimentale è stato introdotto in una RSA olandese.</p>	<p>Sviluppare un ambiente residenziale per anziani capace non solo di garantire sicurezza e funzionalità, ma anche di offrire esperienze significative, come i corrimano sensoriali e la natura virtuale.</p>	<p>Nel primo caso studio, denominato <i>Experience Handrail</i>, sono stati progettati e installati alcuni corrimano interattivi all'interno dei corridoi della RSA. L'intervento nasce con l'intento di rendere i vari collegamenti tra gli spazi della residenza (che spesso possono disorientare l'anziano) più stimolanti e coinvolgenti. Sono stati realizzati sei tipi di corrimano che possono dare un'esperienza tattile e sensoriale diretta, con elementi sulla superficie come il legno, l'erba, la stoffa, integrandoli con oggetti familiari, luci, suoni in grado di indurre la direzione da seguire. Questo intervento ha favorito l'esplorazione sensoriale e la riduzione di episodi di <i>wandering</i>. Nel secondo caso studio, <i>Virtual Nature</i>, è stato</p>	<p>Questi studi hanno dimostrato come i due interventi sono stati utili per potenziare l'autonomia della persona affetta da Alzheimer. Ad avviso degli autori, i corrimano sensoriali e la natura di realtà virtuale sono interventi di ambiente protesico di facile introduzione ed economici. Oltre ad effetti benefici sull'autonomia, l'anziano ha potuto vivere momenti di convivialità, di rilassamento e di orientamento efficace.</p>

			<p>sperimentato l'uso della realtà virtuale "immersiva" per simulare ambienti naturali all'interno dell'RSA. Attraverso l'uso della realtà virtuale, gli ospiti con Alzheimer della residenza hanno potuto vivere esperienze visive rilassanti in ambienti naturali simulati, come foreste, spiagge, parchi o paesaggi verdi. Questo intervento si è rivelato efficace nel favorire la socialità tra ospiti, caregivers e personale della struttura.</p>	
--	--	--	--	--

Stringa Pubmed N° 3

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
Olson N, Albeni B. Dementia-Friendly "Design": Impact on Covid-19 Death Rates in Long-Term Care	<u>Revisione della letteratura</u>	Valutare in che modo il design "dementia-friendly" nelle strutture residenziali per anziani possa aver influenzato i tassi di	L'articolo promuove le strutture residenziali con nuclei Alzheimer a piccola scala, da massimo 10-12 persone ciascuno.	Gli autori suggeriscono che la cura dell'anziano con demenza sia promossa in ambienti dementia-friendly, in particolare in quelli su

<p>Facilities Around the World. 2021 – <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> 81. 427-450</p>		<p>mortalità da COVID-19, tra le persone con demenza. L'articolo identifica le modifiche ambientali necessarie per favorire il contenimento delle infezioni, la sicurezza e il benessere psicosociale del malato.</p>	<p>L'allestimento dell'ambiente protesico deve includere elementi come la luminosità, i contrasti tra colori (in particolar modo nei servizi igienici), segnali e cartelli per l'orientamento, accesso a spazi esterni sicuri e personalizzazione a piacere della camera da letto personale. Attraverso questi interventi ambientali, si aiuta l'anziano a minimizzare le quattro A dell'Alzheimer: apatia, ansia, agitazione e aggressività. Al contrario, un ambiente depersonalizzato, sovraffollato e inadeguato nella gestione di un anziano con demenza può portare ad effetti tragici, come si è visto durante la pandemia da COVID-19.</p>	<p>piccola scala (<i>small-scale living</i>). Tali ambienti favoriscono una migliore qualità dell'assistenza, minori tassi di mortalità, maggiore benessere emotivo e una riduzione dello stress emotivo per gli ospiti, per i loro caregiver e per il personale sanitario delle strutture. Ambienti residenziali più domestici, personalizzati e incentrati sui bisogni della persona saranno capaci di rispondere più efficacemente nel caso dovessero esserci future emergenze sanitarie.</p>
---	--	---	--	--

Stringa Pubmed N° 4

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
<p>Manietta C, Meyer D, Kupfer R, Mayer H. Dementia-Friendly Hospital: The Perspective of Professional Dementia Experts. 2024 – <i>Journal of Clinical Nursing</i></p>	<p><u>Studio qualitativo esplorativo.</u> Campione: 17 esperti professionisti nel campo della demenza e dell'Alzheimer (12 infermieri, 3 medici, 1 fisioterapista, 1 assistente sociale) intervistati in otto ospedali della Germania. Metodo: interviste semi-strutturate, analizzate con approccio qualitativo</p>	<p>Attraverso le interviste si è voluto analizzare le esperienze e le percezioni degli infermieri e del personale sanitario riguardo agli interventi che sarebbero necessari per implementare un modello efficace di ospedale "dementia-friendly".</p>	<p>Gli interventi, ad avviso degli esperti, sarebbero da attuare principalmente in sei aree tematiche principali. L'ambiente fisico-protetico è il punto di partenza per ogni tipo di ospedale, con gli spazi che devono essere strutturati per la persona e personalizzabili dai familiari o dalla persona stessa, se non in una fase avanzata di demenza. In seguito, è necessaria una formazione adeguata del personale, non solo riguardo alla clinica ma anche su soft skills come empatia e abilità comunicative. Un ruolo importante lo gioca anche la direzione sanitaria, che deve essere capace di promuovere i cambiamenti all'interno dell'ospedale, e la collaborazione tra i vari</p>	<p>Gli esperti intervistati ritengono che il design ambientale sia il punto di partenza per un ospedale "dementia-friendly". Tuttavia, bisogna attivare interventi educativi e formativi sistemici per garantire la sicurezza e il benessere dei pazienti ricoverati con Alzheimer. Questi interventi coinvolgono il personale sanitario, la direzione sanitaria e i caregivers.</p>

			<p>professionisti sanitari, come medici, infermieri, terapisti occupazionali. Gli infermieri intervistati sottolineano anche l'importanza di coinvolgere attivamente il caregiver dell'anziano ricoverato, poiché è colui che conosce meglio l'anziano assistito in ospedale, ed è visto come un'ulteriore opportunità di supporto. Infine, si evidenzia la necessità di creare una struttura ospedaliera "flessibile", che non deve essere rigida riguardo ad orari e visite. Il personale di reparto deve essere quindi capace di adattarsi alle esigenze del paziente ricoverato, e non il contrario.</p>	
<p>Siegelaar A, Mobach M, Janus S, Zuidema S. The Physical Environment and the Quality of Life and Behavior in People with Dementia: A Systematic Meta-Review. 2025- Sage <i>Open Aging, Volume 11: 1-9.</i></p>	<p><u>Revisione sistematica della letteratura</u></p>	<p>L'obiettivo principale di questa revisione è fornire una panoramica completa delle caratteristiche dell'ambiente protesico, che risultano associate alla qualità della vita e ai comportamenti delle</p>	<p>Dalla revisione è emerso che unità piccole di ospiti (dai 5 ai 15) sono efficaci per la riduzione di comportamenti aggressivi, e contribuiscono a un miglioramento dell'umore e a un maggiore senso di</p>	<p>Questa revisione ha prodotto un quadro dettagliato delle caratteristiche che devono avere gli ambienti interni delle RSA, e delle loro connessioni con il comportamento, la</p>

		<p>persone con demenza, includendo anche il livello di evidenza disponibile.</p>	<p>appartenenza alla collettività. Anche la possibilità di personalizzare gli spazi privati (ad esempio con oggetti personali, portati da casa) contribuisce a rafforzare l'identità e l'orientamento della persona in uno spazio diverso da quello domestico.</p> <p>L'esposizione alla luce naturale, la presenza di stimoli sensoriali positivi (colori caldi, materiali naturali, musica di sottofondo), e la possibilità di accedere facilmente a spazi verdi o aree comuni sono ulteriori fattori che favoriscono la socializzazione, il rilassamento e la partecipazione attiva alla vita della struttura.</p> <p>Utili sono anche segnali di indicazione sui pavimenti, sulle porte, per diminuire il <i>wandering</i> e favorire l'orientamento spaziale.</p>	<p>cognizione mentale, le ADL, il benessere, le abilità sociali, l'orientamento e gli esiti dell'assistenza sull'anziano con Alzheimer.</p> <p>Secondo gli autori, trovare un equilibrio tra sovrastimolazione sensoriale (che può causare irascibilità) e deprivazione sensoriale (che può invece mantenere il malato in uno stato di apatia) è la sfida più difficile nell'allestimento di un ambiente fisico efficace nelle strutture residenziali per anziani.</p>
--	--	--	--	--

			Inoltre, è stato evidenziato dagli autori che i risultati migliori si ottengono quando gli aspetti ambientali protesici vengono integrati in modelli centrati sulla persona, in cui la progettazione non è neutra, sistematica e impersonale, ma attivamente pensata per rispondere ai bisogni cognitivi, emotivi e relazionali di ogni ospite ricoverato in struttura.	
--	--	--	---	--

Stringa Pubmed N°6

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
Daley S, Murray J, Farina N, Page T, Brown A, Basset T, Livingston G, Bowling A, Knapp M, Banerjee S. Understanding the quality of life of family carers of people with dementia: Development of a new conceptual	Studio qualitativo. Sono stati intervistati 32 caregiver familiari di persone con demenza (41 interviste individuali totali) e 9 operatori sanitari coinvolti nell'assistenza. Inoltre, sono stati condotti 2 focus group: uno con 6	Elaborare un nuovo modello concettuale di qualità della vita (nell'articolo, <i>QoL</i>) dei caregiver coinvolti attivamente nell'assistenza, basandosi sulle loro esperienze dirette raccolte	Lo studio di Daley et al ha identificato 12 fattori che influenzano negativamente la QoL del caregiver, suddividendoli in 3 categorie: fattori legati alla persona con demenza, fattori legati al caregiver stesso e fattori esterni.	Gli autori evidenziano che la qualità della vita dei caregiver familiari di persone con demenza è influenzata da fattori specifici legati alla condizione di caregiver, spesso trascurati nelle

<p>framework. 2019 - <i>Int J Geriatr Psychiatry.</i> 34:79–86.</p>	<p>caregiver e uno con 5 sanitari. Il campione includeva caregiver provenienti da contesti urbani e rurali, con diversi livelli di istruzione e occupazione. Le persone assistite avevano una diagnosi certificata di demenza, con il 62,2% di queste con la malattia di Alzheimer.</p>	<p>attraverso interviste e focus group. Il fine ultimo è quello di identificare i fattori che pregiudicano la loro fatica emotiva.</p>	<p>Nella prima categoria rientra il cambiamento nella relazione con la persona malata, i cambiamenti nella personalità a causa della malattia e l'aumento progressivo della fatica fisica ed emotiva nel lavoro quotidiano. Tra i fattori legati al caregiver troviamo la limitazione della libertà personale, l'accettazione del ruolo, la salute psicofisica, l'incertezza sul futuro e l'incapacità di dare un senso positivo all'esperienza del caregiving. I fattori esterni coinvolgono il supporto sociale, professionale, le relazioni familiari (presenza di conflitti, o di collaborazione con altri membri della famiglia) e la responsabilità che il caregiver sente accudendo il familiare.</p>	<p>valutazioni generiche sulla QoL. Comprendere ed analizzare ulteriormente questi fattori (con studi più ampi) ha importanti implicazioni per la ricerca scientifica e l'elaborazione di politiche di sostegno focalizzate sui bisogni di chi è coinvolto in prima persona nell'assistenza del malato.</p>
--	---	--	--	---

Stringa Pubmed N° 7

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
<p>Kaasalainen S, Hunter P, Dal Bello-Haas V, Dolovich L, Froggart K, Hadjistavropoulos T, Markle-Reid M, Ploeg J, Simard J, Thabane L, Van Der Steen J, Volicer L.</p> <p>Evaluating the feasibility and acceptability of the Namaste Care program in long-term care settings in Canada. 2021 – <i>BMC Geriatrics</i></p>	<p><u>Studio pilota di fattibilità e accettabilità</u>, condotto con approccio multi-metodologico (quantitativo e qualitativo).</p> <p>Campione: 31 ospiti di 2 RSA canadesi. Durata del programma Namaste Care di 6 mesi.</p> <p>Coinvolgimento di 10 familiari caregiver e di 34 infermieri e volontari.</p>	<p>Valutare la fattibilità e l'accettabilità del programma Namaste Care, implementato per sei mesi in due strutture di lungodegenza in Canada, rivolto a residenti con demenza avanzata.</p> <p>Lo studio intende inoltre indagare gli effetti del programma sulla qualità della vita, dolore, uso di medicinali e agitazione dei partecipanti.</p>	<p>Il programma Namaste Care si basa su interventi ambientali di tipo relazionale, in cui infermieri e familiari coinvolgevano l'anziano ricoverato in RSA. In stanze rilassanti, con luce soffusa e musica di sottofondo, si praticavano massaggi, si faceva conversazione, si faceva merenda. I familiari erano incoraggiati dal personale sanitario a partecipare attivamente a questi incontri, in modo anche da creare dei momenti di affettività con il proprio caro malato, in un ambiente protetto e tranquillo.</p> <p>Il programma è durato 6 mesi, per 5 giorni a settimana (4 ore al giorno).</p> <p>Al termine del Namaste Care, la fattibilità è risultata accettabile, con un tasso di partecipazione dell'89%.</p>	<p>I risultati ottenuti suggeriscono che il programma Namaste Care può essere inserito nelle strutture residenziali canadesi, contribuendo al miglioramento della qualità della vita degli anziani con demenza. Il programma interviene nella sfera della relazione tra ambiente e persona: la creazione di uno spazio fisico calmo, rilassato e centrato sui bisogni della persona si è rivelato efficace nel sostenere la comunicazione e il legame tra i partecipanti.</p> <p>Tuttavia, secondo gli autori, sarà necessario applicare il programma su campioni più ampi per validarne l'efficacia futura.</p>

			<p>Tuttavia, i partecipanti hanno ricevuto solo il 72% delle sessioni previste e solo il 78% è rimasto nel programma per almeno 3 mesi, a causa di decessi. Dopo aver partecipato al programma, si sono osservati miglioramenti nella gestione del dolore e nella qualità della vita degli ospiti delle strutture, oltre a una riduzione dell'uso dei farmaci.</p> <p>Familiari, volontari e infermieri hanno percepito positivamente il programma, notando cambiamenti positivi nelle persone coinvolte dal Namaste Care.</p>	
--	--	--	--	--

Stringa Cochrane N° 9

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
<p>Harrison S, Dyer S, Laver K, Milte R, Fleming R, Crotty M. Physical environment designs in residential care to improve quality of life of older people (review). 2022 - <i>Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3</i></p>	<p><u>Revisione sistematica della letteratura - Cochrane</u></p>	<p>Esaminare gli effetti delle modifiche al design fisico dell'ambiente nelle RSA, al fine di valutarne l'impatto sulla qualità della vita dei residenti.</p>	<p>La revisione ha incluso 20 studi condotti in nove Paesi, focalizzati sul ruolo dell'ambiente fisico nelle strutture residenziali per anziani.</p> <p>L'intervento principale esaminato è stato l'introduzione di modelli assistenziali di tipo domestico, caratterizzati da unità abitative su piccola scala (da sei a quindici persone al massimo), e da modifiche nella presa in carico dell'anziano, come il garantire maggiore autonomia agli ospiti nella gestione della routine quotidiana, e avere un'organizzazione più flessibile del personale.</p> <p>Tuttavia, i risultati degli studi che hanno valutato l'impatto di questi modelli non sono chiari, poiché, ad avviso degli autori, le evidenze disponibili non sono sufficienti, e non</p>	<p>Gli autori dichiarano che non è possibile stabilire con certezza gli effetti delle modifiche ambientali nelle strutture residenziali per anziani sulla qualità della vita delle persone affette da demenza, poiché sono necessari ulteriori studi di maggiore qualità</p>

			<p>consentono di trarre conclusioni definitive. Gli studi che hanno analizzato il comportamento, la depressione e la funzionalità nelle ADL hanno riportato esiti incerti. Solo uno studio ha confermato una riduzione dell'uso di contenzioni fisiche, suggerendo un possibile beneficio del modello domestico in termini di sicurezza e benessere dell'anziano. Oltre agli studi sui modelli abitativi, 14 ricerche hanno esplorato interventi progettuali più specifici e di carattere protesico, come ristrutturazioni di spazi interni per favorire l'orientamento spazio-temporale del malato, l'introduzione di unità speciali per persone con Alzheimer, modifiche nei corridoi (segnali, indicazioni), illuminazione più intensa, re-organizzazione delle sale</p>	
--	--	--	---	--

			da pranzo e delle aree esterne, e utilizzo del contrasto dei colori.	
--	--	--	--	--

Altre fonti:

Autore/Titolo/Anno/Rivista	Tipo di studio/campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
Carbone G. Interventi sull'ambiente domestico per migliorare la qualità di vita dei pazienti con demenza. 2018 - Sancesario G, Caltagirone C, editori. <i>Malattia di Alzheimer e Altre Demenze – Diagnosi e Terapia Integrata.</i> Roma: Società Editrice Universo	<u>Capitolo di libro, contributo narrativo/descrittivo.</u>	L'autore in questo capitolo descrive le caratteristiche di un ambiente protesico domiciliare efficace, che possa: garantire sicurezza, compensare il disorientamento, stimolare le abilità funzionali, ridurre lo stress, adattarsi ai bisogni reali della persona e garantire la privacy.	Gli interventi proposti si focalizzano su modifiche fisiche e spaziali da apportare al domicilio della persona affetta da Alzheimer. Tra gli interventi più rilevanti contenuti nel capitolo, troviamo, per esempio, la riduzione di stimoli sonori eccessivi, la sicurezza ambientale (scale, stoviglie, finestre, bagno), l'organizzazione degli spazi per facilitare le attività quotidiane, l'eliminazione di ostacoli fisici pericolosi, una segnaletica intuitiva per scoraggiare il <i>wandering</i> , l'utilizzo di simboli visivi per porte e stanze,	Nella maggior parte dei casi, gli interventi ambientali da adottare sono semplici, personalizzabili ed economici, permettendo all'anziano di mantenere una propria autonomia e sicurezza. La casa di un paziente affetto da Alzheimer deve diventare una preziosa risorsa terapeutica, sia per il malato che per il caregiver.

			<p>illuminazione naturale costante e uso di colori contrastanti.</p> <p>I risultati migliori si ottengono attraverso il coinvolgimento dei caregiver informali (i familiari) e formali (infermiere, operatore socio-sanitario), poiché sono le figure più vicine alla persona con Alzheimer e le uniche in grado di adattare l'ambiente protesico al progredire della patologia.</p>	
<p>Harrison S, Fleming R.</p> <p>Design and the built environment for people living with dementia in residential aged care.</p> <p>2020 – in <i>World Alzheimer Report 2020 Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment Volume I, Alzheimer's Disease International</i></p>	<p><u>Revisione della letteratura</u></p>	<p>Il trasferimento di persone con Alzheimer dal domicilio alla RSA può spesso essere traumatico. Gli autori hanno l'obiettivo di identificare i migliori interventi sull'ambiente fisico di una residenza per anziani per rendere questo trasferimento più tollerato dal malato, affinché non si verifichino episodi di disturbi del sonno, depressione, agitazione.</p>	<p>Organizzare la RSA a piccoli nuclei, seguendo il modello domiciliare, riduce il disorientamento e favorisce autonomia. La presenza di spazi comuni accessibili, verdi, stimola la comunicazione e la socialità. Ambienti silenziosi, personalizzati, dove la privacy è garantita aiutano l'anziano a mantenere un buon ritmo circadiano. L'utilizzo di luci, colori contrastanti, segnali e indicazioni facilita l'anziano ad</p>	<p>Ad avviso degli autori, la letteratura esistente in materia è ancora limitata, poiché ci si basa spesso su studi osservazionali, trasversali, o su campioni d'indagine ridotti. Tuttavia, ottimizzare l'ambiente nelle strutture residenziali per anziani è fondamentale per facilitare le ADL, favorire il coinvolgimento e aiutare gli anziani con demenza a sentirsi letteralmente "a casa", riducendo lo shock emotivo del passaggio dalla propria abitazione a una</p>

			<p>orientarsi meglio all'interno della residenza.</p> <p>Gli ospiti che vivono in quest'ambiente protesico ricorrono meno all'uso di farmaci psicotropi per gestire l'aggressività o la carenza di sonno.</p>	<p>struttura residenziale estranea alla persona.</p> <p>Le modifiche al design ambientale dovrebbero essere realizzate tenendo conto sia delle potenzialità della struttura (spazi, personale, capienza) sia dei bisogni e delle preferenze degli ospiti.</p>
<p>Grey T, Xidous D, O'Neill D. Design and the built environment to support patients living with dementia and accompanying persons in acute hospitals. 2020 - in <i>World Alzheimer Report 2020 Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment Volume I, Alzheimer's Disease International</i></p>	<p><u>Revisione della letteratura</u></p>	<p>L'articolo prende in considerazione i ricoveri delle persone affette da Alzheimer nei reparti ospedalieri per patologie in fase di acuzie.</p> <p>Siccome la maggioranza degli ospedali non sono stati pensati per offrire un'assistenza personalizzata ai malati con patologie cognitive degenerative, l'obiettivo è quello di fornire delle soluzioni ambientali che possano sostenere il malato nel suo percorso di cura, e sostenere emotivamente sia i caregiver che gli infermieri.</p>	<p>Innanzitutto, introdurre elementi che garantiscono la sicurezza della persona con Alzheimer, come corrimano e sostegni alle pareti, pavimenti non riflettenti e non scivolosi, minima distanza tra letto e servizi igienici, illuminazione costante, allarmi "silenziosi" (con la notifica che arriva solo agli infermieri) che avvisano se il paziente si è alzato dal letto.</p> <p>Dopo aver garantito la sicurezza, inserire elementi ambientali protesici per l'anziano: ridurre il rumore, utilizzare colori contrastanti (soprattutto in bagno), apporre segnali e</p>	<p>I reparti ospedalieri per acuti a cui vengono apportate modifiche ambientali diventano più inclusivi e funzionali, poiché riescono a garantire non solo la cura a livello clinico, ma anche il benessere fisico ed emotivo della persona affetta da Alzheimer e dei familiari.</p>

			<p>indicazioni nel reparto per facilitare l'orientamento.</p> <p>Nella stanza di degenza, garantire luminosità, vista sull'esterno.</p> <p>L'utilizzo di calendari, orologi, fotografie di paesaggi locali che riflettono la stagione aiuta il malato a non disorientarsi.</p> <p>Il periodo di degenza deve trascorrere in uno spazio familiare, dove l'anziano ricrea un ambiente simile al suo domicilio, e in cui gli possa essere garantito di mantenere le relazioni con i propri familiari e caregiver, prevenendo conseguenze comuni, come il delirium.</p> <p>Ad avviso degli autori, la predisposizione di stanze di "riposo", fatte su misura per i malati di Alzheimer e familiari, servono per garantire uno spazio sicuro nel caso in cui si riscontrasse agitazione o irascibilità, o anche semplicemente per garantire riposo ai familiari.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Osborne A. Home modifications to support people living with dementia. 2020 – in <i>World Alzheimer Report 2020 Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment Volume I, Alzheimer’s Disease International</i></p>	<p><u>Revisione della letteratura</u></p>	<p>Analizzare come le modifiche ambientali alla casa del malato di Alzheimer possano favorire la sicurezza, la qualità di vita e il mantenimento delle ADL residue. La creazione di un ambiente protesico su misura, non standardizzato, ritarda il trasferimento in RSA e riduce la fatica emotiva del caregiver.</p>	<p>Per creare un ambiente protesico efficace è necessario indagare il background personale del malato, e capire che le soluzioni di modifica ambientale devono essere adattate ai bisogni della persona. L’ambiente protesico è più efficace se introdotto nello stadio iniziale della malattia di Alzheimer. Anche in questo articolo, il focus iniziale è posto sulla sicurezza del malato. Nell’abitazione è utile creare una stanza del relax per il caregiver, concepita come uno “spazio di fuga” dalla cura costante del malato. Gli altri interventi principali riguardano la luminosità, l’accessibilità a spazi esterni o a visione degli spazi tramite le finestre, l’introduzione di elementi (calendari, orologi, giornali, fotografie, segnali, cartelli) che aiutano l’anziano ad</p>	<p>L’ambiente protesico, creato sartorialmente per il malato di Alzheimer, è una strategia efficace per ottimizzare sicurezza, benessere e autonomia dell’anziano. Questo ambiente deve essere integrato con un’assistenza domiciliare adeguata, in modo da permettere al malato di invecchiare serenamente a casa, in un luogo protetto creato su misura per lui.</p>
---	---	--	--	--

			<p>orientarsi a livello spazio-temporale e l'attività fisica, magari condivisa con il caregiver.</p> <p>Gli interventi devono essere graduali, poiché bisogna vedere come l'anziano risponde alle modifiche.</p>	
<p>Theofanidis D, Fountouki A, Kotrotsiou S. Nursing Interventions in Alzheimer's Disease: A Concise Practical Guide for Everyday Use. 2021 - <i>International Journal of Caring Sciences, Volume 14, Issue 1</i></p>	<p><u>Revisione della letteratura</u></p>	<p>Identificare e riassumere le evidenze cliniche presenti nella letteratura più recente riguardo all'assistenza infermieristica sui pazienti affetti da Alzheimer, nel contesto domiciliare e ospedaliero.</p>	<p>Gli interventi infermieristici descritti in questa revisione di letteratura coinvolgono il malato di Alzheimer e i caregivers familiari. Sono state identificate cinque categorie su cui gli infermieri possono intervenire: perdita di speranza, confusione cronica, ansia, bisogni assistenziali a livello domestico e compromissione della memoria. Gli interventi sono di tipo educativo, con coinvolgimento attivo sia del malato che del suo caregiver. Inoltre, la collaborazione tra le tre figure coinvolte nella presa</p>	<p>Ad avviso degli autori che hanno condotto la ricerca bibliografica, il supporto corretto al paziente che soffre di Alzheimer si ottiene solo attraverso una visione olistica dell'assistenza infermieristica, in cui il professionista include familiari e caregivers. Seguendo le migliori pratiche infermieristiche descritte nell'articolo, l'infermiere partecipa attivamente nel promuovere l'indipendenza e le abilità funzionali del malato di Alzheimer.</p>

			<p>in cura (paziente, infermiere e caregiver) risulta cruciale per ottenere dei buoni risultati terapeutici. L'infermiere è la figura che fa da collante: tra i vari aspetti descritti nell'articolo, egli partecipa all'allestimento dell'ambiente protesico, invita i familiari a collaborare e partecipare all'assistenza, programma la routine del malato.</p>	
--	--	--	--	--

Allegato II: Il processo di valutazione del metodo Gentle Care

Moyra Jones ha ritenuto necessario sviluppare cinque livelli di valutazione per stimare l'evoluzione della malattia di Alzheimer, in modo da costruire una protesi ambientale efficace per il malato.

LIVELLI DI VALUTAZIONE

LIVELLO 1 (Valutazione generale della persona affetta da Alzheimer)

Familiari, caregivers, e professionisti sanitari devono fare una prima valutazione generale su cosa fa, cosa non sa fare il malato, come esegue determinati compiti, in che momenti della giornata li completa e quali azioni non riesce a portare a termine. Questo livello è utile per delineare un quadro generale delle capacità cognitive della persona.

LIVELLO 2 (Rilevazione osservativa e aneddotica)

Il secondo livello di valutazione utilizza due metodi per raccogliere le informazioni che arrivano dall'osservazione della persona malata: lo "*Stress profile*" e il "*Behaviour mapping*". Tramite lo *stress profile* si delineano tutti gli eventi significativi della giornata del malato, inclusi gli episodi che hanno provocato stress e le strategie applicate dai carers per contenere gli eventi stressanti. Con il *behaviour mapping* si inseriscono in una tabella i comportamenti della persona nelle 24 ore, in modo che i carers abbiano una rappresentazione grafica della giornata tipo del malato, con l'obiettivo di inserire attività e programmi nei momenti di maggiore irascibilità o di prolungata inattività.

LIVELLO 3 (Valutazione di base della capacità della persona di svolgere le attività di vita quotidiana)

Prima di definire gli interventi protesici più adatti, è fondamentale stabilire i punti di forza e di debolezza nelle attività di vita quotidiana. Ad avviso di Moyra Jones, un

buon strumento è l'indice di Katz delle ADL (*Activities of Daily Living*), che sarà in grado di dare informazioni più precise sulle capacità funzionali residue del malato.

LIVELLO 4 (Strumenti di valutazione che devono essere valutati da professionisti qualificati)

Il livello quattro “integra” il livello precedente. Tramite l'utilizzo di altri strumenti di valutazione, come la scala Barthel o il test di Klein-Bell, si possono ottenere ulteriori risultati sul grado di indipendenza nelle ADL. Gli esiti delle scale dovranno essere analizzati da professionisti sanitari e, in un secondo momento, spiegati ai caregivers.

LIVELLO 5 (Scale specifiche di valutazione della demenza, al fine di individuare aree specifiche disfunzionali, somministrate da professionisti qualificati)

Nel livello finale, le seguenti scale possono essere somministrate per capire le aree cognitive più colpite dalla demenza:

- *Cognitive Performance Test*
- *Global Deterioration Scale*
- *Hierarchical Dementia Scale*

Le scale sopracitate sono molto specifiche, e devono essere obbligatoriamente compilate e analizzate da specialisti in ambito geriatrico.

Una volta ultimato questo processo di valutazione sviluppato su cinque livelli, Moyra Jones invita a non sottovalutare altri tre aspetti: le risorse e i limiti personali del malato, lo stato di salute del caregiver, l'ambiente (pre-interventi protesici) di vita familiare. Se si tengono in considerazione tutti questi elementi, la protesi ambientale risulterà essere efficace e personalizzata, poiché si adatterà alle necessità del malato.

Tratto da Jones M, *Gentlecare: Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*, Vancouver: Hartley & Marks, 1999. (19)

Allegato III: Safety Assessment Scale (SAS)



Name _____

File N° _____

S.A.S. SAFETY ASSESSMENT SCALE

**for People
with Dementia
Living at Home**

Score

1 CAREGIVER AND LIVING ENVIRONMENT					
a) This person has a caregiver who contacts him/her...	less than once a week [4]	once a week [3]	a few times a week [2]	every day [1]	
b) This person lives on her own.	Yes [1]	No [0]			
c) This person is alone at home.	Always [4]	Most of the time [3]	Occasionally [2]	Never [1]	

2 SMOKING					
a) This person leaves cigarette burn marks on the floor, furniture or clothing.	Yes [1]	No [0]			
b) When he/she is finished smoking, this person neglects to completely extinguish his/her cigarette.	Yes [1]	No [0]			

3 FIRE AND BURNS					
a) This person has a smoke detector at home.	Yes [0]	No [1]			
b) The stove is unplugged.	Yes [0]	No [1]	▶ If Yes, go to question g)		
c) The stove on/off buttons are located...	on the front of the stove [1]	on the top of the stove [2]	behind the hotplates [3]		
d) This person is capable of turning on the stove him/herself.	Yes [1]	No [0]	Doesn't know [1]		
e) This person cooks his/her own food.	Always [4]	Most of the time [3]	Occasionally [2]	Never [1]	
f) This person forgets a pan on the stove.	Very often [4]	Often [3]	Sometimes [2]	Never [1]	
g) The heating system uses...	electricity [1]	natural gas [2]	wood [3]		

4 NUTRITION					
a) This person receives meals-on-wheels or other prepared meals.	More than once a day [1]	once a day [2]	2 to 6 times a week [3]	once a week or less [4]	
b) This person's meals contain foods from different food groups (dairy products, meat or fish, cereals, fruit and vegetables).	Always [1]	Most of the time [2]	Occasionally [3]	Never [4]	

5 FOOD POISONING AND TOXIC SUBSTANCES					
a) This person can tell the difference between food that is fresh and food that is spoiled.	Yes [0]	No [1]			
b) This person eats spoiled food.	Yes [1]	No [0]			
c) This person may confuse toxic substances with food.	Yes [1]	No [0]			

6 MEDICATION AND HEALTH PROBLEMS					
a) This person takes, on a regular basis...* * prescribed medication only	1 to 3 medications [2]	4 to 6 medications [3]	7 medications or more [4]	Does not take any medication [1]	
b) This person takes medication to help him/her sleep or relax.	Yes [1]	No [0]			
c) This person takes his/ her medication as prescribed.	Yes [0]	No [1]			
d) Does this person suffer from any physical health problem?	None [1]	Minor [2]	Moderate [3]	Severe [4]	
e) This person recognizes that he/she has physical health problems.	Yes [0]	No [1]	Does not apply [0]		
f) This person accepts treatment for his/her physical health problems.	Yes [0]	No [1]	Does not apply [0]		

7 WANDERING AND ADAPTATION TO CHANGING TEMPERATURE					
a) This person gets lost in familiar surroundings.	Very often [4]	Often [3]	Sometimes [2]	Never [1]	
b) Has this person ever gotten lost?	Yes [1]	No [0]			
c) Can this person find his/her way home?	Yes [0]	No [1]			
d) Does this person dress appropriately according to the changing temperature, both indoors and outdoors?	Yes [0]	No [1]			

8 INJURIES					
a) There is a firearm (gun) at this person's home.	Yes [1]	No [0]			
b) This person's living environment is...	very cluttered [4]	cluttered [3]	not very cluttered [2]	not cluttered at all [1]	

Allegato IV: Sezione fotografica



Figura 1. Simbolo del WC su porta del bagno. Per gentile concessione dell'Ente "Opere Pie di Onigo" (TV)



Figura 2. Utilizzo del contrasto di colore nei servizi igienici in RSA. Tratto da Olson et al., *Dementia-friendly design: impact on COVID-19 death rates in long-term care facilities around the world*, *Journal of Alzheimer's Disease*, 2021. (28)



Figura 3. Utilizzo del contrasto di colori nella zona relax di una RSA. Tratto da Olson et al., *Dementia-friendly design: impact on COVID-19 death rates in long-term care facilities around the world*, *Journal of Alzheimer's Disease*, 2021. (28)

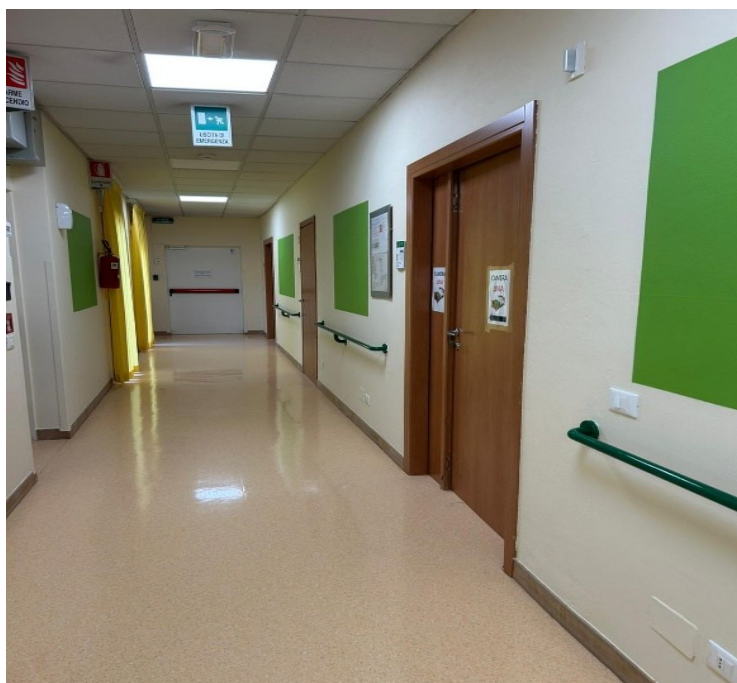


Figura 4. Esempi di corrimano nei corridoi in RSA. Per gentile concessione dell'Ente "Casa Mozzetti" di Vazzola (TV)



Figura 5. Simbolo della camera da letto sulla porta dell'ospite in RSA. Per gentile concessione dell'Ente "Casa Mozzetti" di Vazzola (TV)



Figura 6. Esempio di design protesico: giardino sensoriale con percorso ad anello in RSA. Tratto da Olson et al., Dementia-friendly design: impact on COVID-19 death rates in long-term care facilities around the world, Journal of Alzheimer's Disease, 2021. (28)

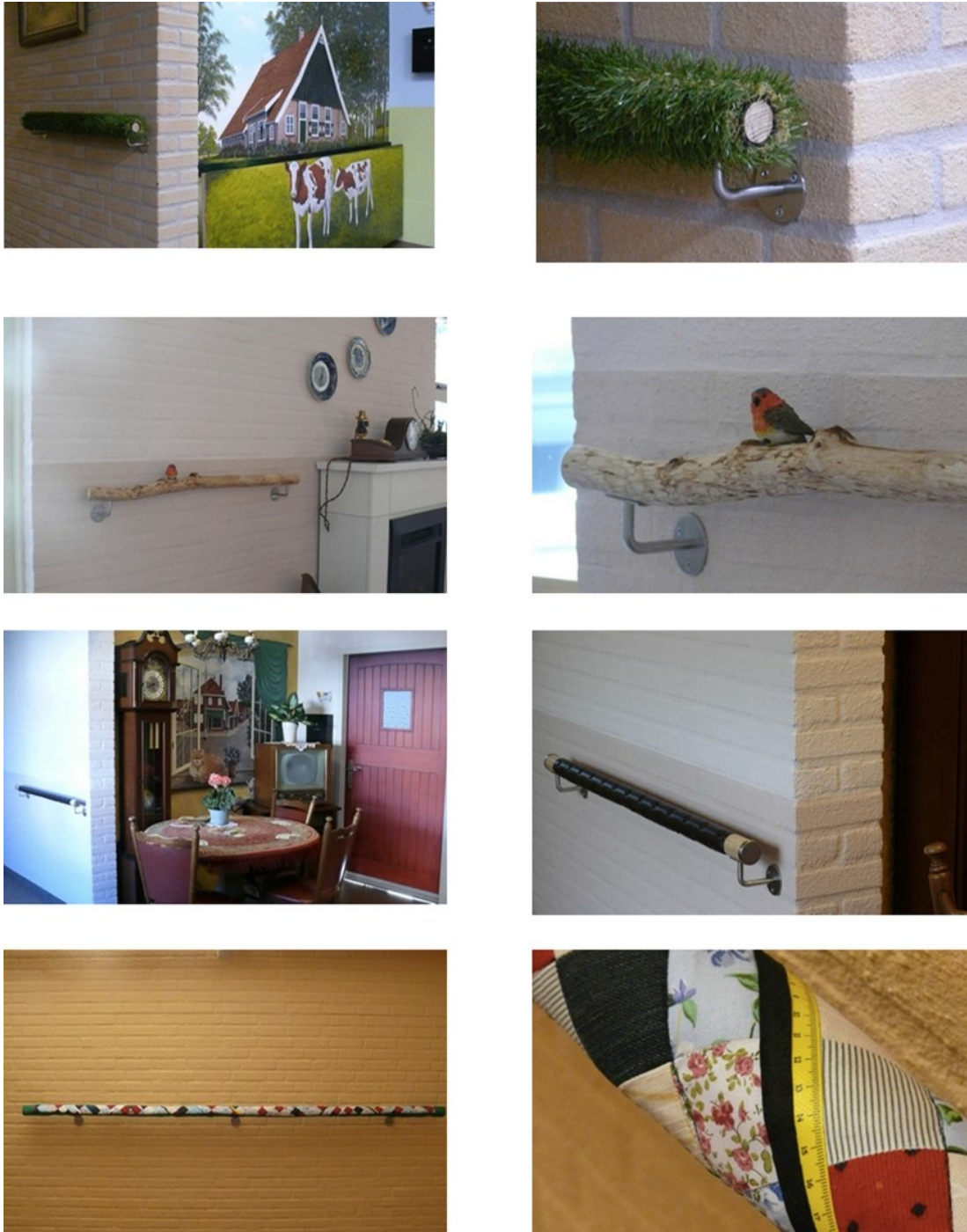


Figura 7. Collage fotografico dei diversi corrimano esperienziali. Dall'alto verso il basso: corrimano in erba, corrimano vicino al giardino con uccello, soggiorno con corrimano in pelle, corrimano vicino alla sala del cucito. Tratto da Ludden et al., *Environmental design for dementia care – towards more meaningful experiences through design*, Maturitas, 2019. (30)



Figura 8. L'installazione di natura virtuale. Dall'alto verso il basso: un parco virtuale, un cielo con nuvole in movimento, l'oceano. Tratto da Ludden et al., Environmental design for dementia care – towards more meaningful experiences through design, Maturitas, 2019. (30)