



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“IL PAZIENTE AFFETTO DA ALZHEIMER A
DOMICILIO E IN RESIDENZA:
L’AMBIENTE PROTETICO”**

Relatore:

Prof. Di Santo Pierpaolo

Laureando:

Ferro Roberta

Emanuela

Matricola n. 2012892

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

Problema: L'Alzheimer è una malattia neurodegenerativa progressiva che compromette gravemente le funzioni cognitive e la qualità della vita del paziente. La gestione della persona affetta da malattia di Alzheimer, sia al domicilio che in residenza, richiede interventi personalizzati, tra cui un'adeguata organizzazione dell'ambiente fisico, noto come "ambiente protesico". Questo concetto si riferisce alla creazione di un contesto che supporti le capacità residue del paziente, promuovendo autonomia, curezza e benessere, riducendo al contempo lo stress ed i comportamenti problematici.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche pongono una sfida crescente per l'assistenza a lungo termine, inoltre, le persone affette da malattia di Alzheimer spesso faticano a mantenere le attività di vita quotidiana (ADL), sia a domicilio che in residenza, richiedendo soluzioni che riducano la dipendenza dai caregiver.

Obiettivo: L'obiettivo di questo elaborato è analizzare l'importanza dell'ambiente protesico nella cura del paziente affetto da Alzheimer, confrontando le caratteristiche degli ambienti domiciliari con quelli delle residenze specializzate, esplorando l'importanza dell'ambiente protesico come strumento per supportare le ADL, favorendo l'autonomia e migliorando la qualità della vita degli individui con malattia di Alzheimer.

Materiali e Metodi: Questo elaborato utilizza una revisione della letteratura e l'analisi di casi studio per esaminare le strategie di adattamento ambientale che sostengono le ADL. Sono stati selezionati articoli scientifici reperiti da database elettronici quali: Pubmed, CHINAHL, Google Scholar; Nella maggior parte, i testi sono in lingua italiana ed inglese. Sono stati presi in considerazione articoli scientifici pubblicati tra il 2010 e il 2024.

La ricerca si è svolta tra Giugno e Settembre 2024.

Risultati: Gli studi analizzati evidenziano come le modificazioni ambientali nei contesti assistenziali residenziali e domiciliari migliorino il benessere emotivo e cognitivo dei pazienti con demenza. Gli ambienti "home-like", caratterizzati da grandi finestre, spazi per oggetti personali e arredamenti personalizzati, sono associati ad una maggiore interazione sociale, autonomia, minori livelli di agitazione e aggressività.

La creazione di camere private migliora la privacy e la sicurezza percepita dai residenti delle RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), un'adeguata illuminazione e la riduzione dei rumori ambientali migliorano il comportamento e favoriscono il mantenimento del ritmo circadiano. Inoltre, la progettazione spaziale aperta, può aumentare la dipendenza funzionale dei residenti nelle ADL (Attività di Vita Quotidiana), mentre le "Green Care Farms" promuovono l'interazione sociale, migliorando la qualità di vita e rallentando il declino cognitivo.

Conclusioni: L'ambiente protesico si dimostra un elemento chiave nella cura e gestione dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer, sia in contesti domiciliari che residenziali. L'adattamento dell'ambiente alle specifiche esigenze cognitive ed emotive del paziente non solo migliora la qualità di vita, ma rallenta anche il declino funzionale e cognitivo. La personalizzazione degli spazi, l'uso di illuminazione adeguata, la riduzione dei rumori e l'integrazione di spazi aperti e sicuri, favoriscono l'autonomia, riducono l'agitazione e stimolano la partecipazione sociale. La progettazione di ambienti che rispecchiano una dimensione "home-like", si rivela efficace nel creare un senso di familiarità e sicurezza, elementi essenziali per il benessere del paziente con demenza. Pertanto, l'approccio ambientale, sia nelle cure a domicilio che in strutture residenziali, rappresenta un aspetto cruciale per una gestione più umana e sostenibile per il paziente con malattia di Alzheimer.

Parole chiave: "Ambiente protesico"; "Attività di vita quotidiana (ADL)"; "Malattia di Alzheimer"; "adattamento ambientale"; "modello Gentle care"; "domicilio"; "residenza". **Keywords:** "Prosthetic environment"; "Activities of Daily Living (ADL)"; "Alzheimer's disease"; "home environment"; "Gentle Care model"; "home care"; "residential care".

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE pag.3

CAPITOLO I - *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA*

1.1 L'incidenza sulle demenze pag. 5

1.2 Caregiver e assistenza al malato pag. 6

1.3 Scopi e obiettivi della tesi pag. 7

1.4 Quesiti di ricerca pag. 7

CAPITOLO II - *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1 Le demenze pag.9

2.1.1 La malattia di Alzheimer pag. 9

2.2 Assistenza infermieristica al paziente con malattia di Alzheimer pag. 15

2.2.1 Gestione del paziente al domicilio e in residenza pag. 17

2.2.2 Modello Gentle Care pag. 19

2.3 Scale di valutazione pag. 21

CAPITOLO III - *MATERIALI E METODI*

3.1 Criteri di selezione degli studi pag. 23

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli pag. 23

3.3 Selezione degli studi pag. 24

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione pag. 25

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione pag. 28

CAPITOLO IV - *RISULTATI*

4.1 Qualità metodologica degli studi pag. 31

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti pag. 31

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1 Risposte ai quesiti posti pag. 37

5.2 Limiti dello studio pag. 39

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Implicazioni per la ricerca pag. 41

6.2 Implicazioni per la pratica pag. 42

BIBLIOGRAFIA pag. 43

SITOGRAFIA pag. 45

INTRODUZIONE

La malattia di Alzheimer è una patologia neurodegenerativa progressiva che colpisce milioni di persone in tutto il mondo, causando un grave declino delle funzioni cognitive e compromettendo in modo significativo la qualità della vita dei pazienti. Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, le esigenze assistenziali delle persone affette da Alzheimer stanno diventando una sfida crescente per i sistemi sanitari e le famiglie. La gestione di questi pazienti richiede interventi personalizzati, che includono non solo cure mediche, ma anche un'adeguata organizzazione dell'ambiente fisico in cui vivono.

L'ambiente protesico, un concetto sviluppato nell'ambito dell'assistenza ai pazienti con deficit cognitivi, si riferisce a un contesto fisico appositamente progettato per compensare le limitazioni funzionali del paziente, sostenendone l'autonomia residua. Questo tipo di ambiente è particolarmente cruciale per le persone affette da Alzheimer, poiché è in grado di promuovere la sicurezza, ridurre lo stress e contenere i comportamenti problematici, come l'ansia e l'agitazione, migliorando così la loro qualità della vita.

Lo scopo di questo elaborato è analizzare, nella letteratura, l'importanza dell'ambiente protesico nel supportare le attività della vita quotidiana (ADL) dei pazienti con Alzheimer, sia a domicilio che in residenze sanitarie assistenziali (RSA). Verranno esaminate le caratteristiche degli ambienti domestici e residenziali per comprendere come l'adattamento dell'ambiente possa ridurre la dipendenza dai caregiver e migliorare il benessere psicologico e fisico del paziente. Attraverso una revisione della letteratura e l'analisi di casi studio, questa tesi esplorerà le strategie di adattamento ambientale più efficaci per migliorare la gestione e l'assistenza dei pazienti con Alzheimer in diversi contesti.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 L'incidenza sulle demenze.

La demenza è una patologia cronico degenerativa in rapido aumento nella popolazione globale ed è stata definita una priorità mondiale di salute pubblica nel Rapporto dell'OMS e dell'Alzheimer Disease International.

Nei paesi industrializzati, la prevalenza della demenza è circa dell'8% tra gli ultrasessantacinquenni e supera il 20% dopo gli ottanta anni. Nel 2015, si stimava che 47 milioni di persone nel mondo fossero affette da una forma di demenza (oltre 1,2 milioni in Italia). Se i trend di prevalenza e incidenza della malattia non dovessero cambiare nei prossimi anni, si prevede che questo numero raddoppierà quasi ogni 20 anni, raggiungendo 74,7 milioni di persone nel 2030 e 131,5 milioni nel 2050.

Ogni anno si registrano 7 milioni di nuovi casi (uno ogni 3 secondi), con una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8 anni. Nel 2015, il costo globale della demenza è stato stimato a 818 miliardi di dollari, pari all'1,4% del PIL nei paesi ad alto reddito, rappresentando una sfida continua per i sistemi sanitari. (Regione Veneto, Archivio ACG 2017).

Secondo l'OMS la malattia di Alzheimer insieme alle altre demenze rappresentano la 7^a causa di morte nel mondo. Attualmente, in Italia, si stimano circa 600.000 pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer. (Ministero della salute, 20 Settembre 2023).

La demenza di Alzheimer costituisce circa il 60% di tutte le demenze, con una prevalenza del 4,4% tra gli over 65.

Questo tasso aumenta con l'età ed è più elevato nelle donne: in Italia, la prevalenza varia dall'1,0% tra le donne di 65-69 anni al 30,8% tra quelle oltre i 90 anni, mentre tra gli uomini va dall'1,6% al 22,1% nelle stesse fasce d'età. (ISS, 16 Giugno 2023)

Secondo i dati del Censis, in collaborazione con l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA), in Italia ci sono circa 900.000 persone affette da demenza, di cui 600.000 con demenza di Alzheimer.

Tuttavia, questo dato potrebbe essere sottostimato, poiché in Italia manca un registro nazionale che fornisca un censimento accurato della diffusione, delle cause e della gravità della malattia. Come confermato dal World Alzheimer Report 2016, la

demenza è spesso sotto diagnosticata, poco trattata e non adeguatamente gestita, sia a livello specialistico che nelle Cure primarie.

Nei Paesi ad alto reddito, solo il 40-50% dei pazienti riceve una diagnosi, mentre nei Paesi a basso reddito la percentuale scende al 5-10%.

A causa della complessità della patologia e delle sue implicazioni, oltre all'impegno dell'OMS, che ha inserito i disturbi neurologici tra le sue priorità globali, anche l'Unione Europea e la Commissione Europea hanno focalizzato l'attenzione specificatamente sulle demenze. Questi temi sono ora al centro delle attività di ricerca e delle iniziative congiunte promosse e supportate dagli Stati membri.

1.2 Caregiver e assistenza al malato

La malattia di Alzheimer progredisce in tempi molto diversi, rendendo il paziente progressivamente meno capace di svolgere anche le più semplici azioni quotidiane, privandolo così della sua autonomia.

La demenza, vista la sua complessità e l'impatto che ha sulla vita del malato, coinvolge profondamente l'intera famiglia, sia per l'impegno assistenziale richiesto, sia per le implicazioni emotive e relazionali. Gestire una persona affetta da Alzheimer richiede un'elevata capacità di adattamento alle circostanze mutevoli e alle nuove esigenze che emergono con il progredire inevitabile della malattia. Secondo i dati raccolti dall'AIMA (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer), i caregiver sono prevalentemente donne, rappresentando il 76,6% rispetto al 23,4% degli uomini. Sono spesso le mogli a prendersi cura dei mariti, mentre le donne affette dalla malattia vengono solitamente assistite dalle figlie. I caregiver si concentrano principalmente nella fascia di età tra i 46 e i 60 anni (51,6%), indicando una prevalenza di figli come caregiver, che rappresentano il 64,1% degli intervistati (AIMA, 2008). Nella gestione di un malato di Alzheimer bisogna sottolineare come gran parte dei disturbi comportamentali e i deficit funzionali possono essere l'espressione di uno squilibrio tra le carenze di capacità dell'individuo e le esigenze ambientali. Per questo l'ambiente di vita quotidiana rappresenta per il malato sia un possibile fattore scatenante di alterazioni comportamentali sia una risposta terapeutica. Un ambiente ben progettato e adattato alle esigenze specifiche del paziente può offrire una riduzione dell'ansia e del disorientamento tramite l'orientamento spaziale (segnali

visivi, colori distinti per le diverse stanze, immagini familiari) e la creazione di routine visive (mantenere l'ambiente prevedibile e coerente, con oggetti e mobili disposti in modo stabile); promuove la sicurezza (eliminare tappeti, scale non protette e oggetti pericolosi, illuminazione ben distribuita e senza riflessi eccessivi); stimolazione cognitiva (creare una zona musica, lettura o arteterapia, uso di oggetti personali, fotografie e decorazioni familiari).

1.3 Scopi e obiettivi della tesi

Dalla letteratura si evince che uno dei fattori più importanti della gestione del paziente affetto dalla malattia di Alzheimer è il riadattamento dell'ambiente logistico, relazione e sicurezza, quindi, l'obiettivo della mia ricerca è quello di indagare se e in che modo l'ambiente domiciliare o in RSA in cui vive il paziente influenza il mantenimento delle ADL e IADL, e quali sono le strategie di riadattamento ambientale.

1.4 Quesiti di ricerca

Per poter formulare i quesiti di ricerca è stato utilizzato il metodo "PIO" che viene riportato di seguito.

Tabella I. Metodo "PIO"

Popolazione	Pazienti con malattia di Alzheimer a domicilio e in RSA
Interventi	Ambiente protesico
Outcome	Mantenimento delle ADL (Activities of Daily Living) e rallentamento del declino cognitive

La seguente revisione è stata sviluppata attraverso la formulazione dei seguenti quesiti:

1. L'ambiente influisce, e se sì in che modo influisce sul paziente affetto da Alzheimer?
2. Quali sono le strategie ambientali attuabili al domicilio e quali in RSA?
3. Come l'infermiere può educare il caregiver nel gestire l'ambiente del paziente?

CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1- LE DEMENZE

L'OMS nel 1992 definisce la demenza come *“malattia caratterizzata da un deterioramento delle funzioni cognitive che va ben oltre il normale decadimento dovuto all'età. Colpisce la memoria, il pensiero, l'orientamento, la comprensione, la capacità di fare calcoli, l'apprendimento, il linguaggio, la capacità di giudizio”*.

La demenza, quindi, si contraddistingue come una sindrome clinica caratterizzata dalla compromissione delle capacità cognitive, di cui fa parte soprattutto la memoria, di gravità tale da interferire con le normali attività sociali e lavorative della persona. Questa condizione clinica è irreversibile. Si manifesta come un declino generale delle abilità intellettive, con la coscienza intatta, che porta a un livello di funzionamento più basso in modo degenerativo.

Sono presenti anche disturbi non cognitivi, che influenzano la personalità, l'affettività, il pensiero, il comportamento e le funzioni vegetative.

Si individuano diversi tipi di demenza, tra cui le più comuni sono:

- Malattia di Alzheimer
- Demenza vascolare
- Demenza con i corpi di Lewy
- Demenza frontotemporale
- Malattia di Parkinson

Le demenze sono patologie neurodegenerative progressive caratterizzate da un graduale deterioramento e successiva morte delle cellule nervose, o neuroni, cellule responsabili della trasmissione dei segnali nel cervello e nel sistema nervoso. La malattia di Alzheimer è la più comune forma di demenza, caratterizzata dalla perdita di memoria, confusione e cambiamenti comportamentali.

2.1.1 LA MALATTIA DI ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer prende il nome dal neurologo tedesco Alois Alzheimer che nel 1906, durante l'esecuzione dell'esame istologico dell'encefalo di una paziente affetta da una patologia ancora sconosciuta, scoprì delle alterazioni a livello cellulare (placche amiloidi e grovigli neurofibrillari).

L'Alzheimer non fa parte del normale processo di invecchiamento, sebbene l'età avanzata, soprattutto dopo i 65 anni, sia il principale fattore di rischio conosciuto. Solo il 5% delle persone affette da questa malattia sperimenta un'insorgenza precoce, nota come Alzheimer a esordio precoce, che colpisce soggetti tra i quaranta e i sessant'anni. Attualmente, si stima che circa 50 milioni di persone nel mondo siano affette da demenza, con il 50-60% di questi casi attribuibili all'Alzheimer. La prevalenza della malattia di Alzheimer aumenta con l'età: il 3% tra i 65 e i 74 anni, il 17% tra i 75 e gli 84 anni, e il 32% negli over 85 (Alzheimer's Association, 2020). La patologia è due volte più comune nelle donne rispetto agli uomini, in parte a causa della maggiore aspettativa di vita delle donne. In Italia, ottavo paese al mondo per numero di persone affette, si stimano circa 1,4 milioni di malati di demenza, oltre 600.000 dei quali sono colpiti da Alzheimer (Airalz, 2021). Secondo l'OMS, ogni anno si registrano tra i 6 e i 7 milioni di nuovi casi di Alzheimer a livello globale (10 milioni di nuovi casi di demenza in totale), con previsioni che indicano un aumento a 78 milioni entro il 2030 (Centro Alzheimer, 2021). È una patologia multifattoriale caratterizzata da una serie di processi molecolari e cellulari. La ricerca ha identificato diversi fattori di rischio che contribuiscono allo sviluppo della malattia che possono essere modificabili e non modificabili. Non modificabili:

1. Fattori genetici:

- *Gene APOE* (Apolipoproteina E), la variante ε4 del gene APOE è il più significativo fattore di rischio genetico per l'Alzheimer a esordio tardivo. Le persone con una o due copie di questa variante hanno un rischio aumentato di sviluppare la malattia.
- *Mutazioni nei geni APP, PSEN1 e PSEN2*, queste mutazioni sono rare e sono associate alla forma familiare precoce della malattia di Alzheimer, che si manifesta generalmente prima dei 65 anni. Questi geni influenzano la produzione e il metabolismo del peptide beta-amiloide, la cui accumulazione è una delle caratteristiche distintive della malattia.

2. Fattori biologici:

- *Accumulo di Beta-Amiloide*; l'eccessiva produzione o ridotta eliminazione del peptide beta-amiloide porta alla formazione di placche amiloidi nel cervello, che danneggiano le sinapsi e contribuiscono alla neurodegenerazione.
- *Grovigli Neurofibrillari di Proteina Tau*; la proteina tau anormalmente fosforilata si accumula all'interno dei neuroni, formando grovigli neurofibrillari che interferiscono con il trasporto intracellulare e portano alla morte cellulare.
- *Neuroinfiammazione*, l'attivazione della microglia, le cellule immunitarie del cervello, porta a un'infiammazione cronica che contribuisce al danno neuronale.

3. Condizioni mediche preesistenti:

- *Malattie Cardiovascolari*, come l'ipertensione, il diabete di tipo 2, l'obesità e altre condizioni cardiovascolari aumentano il rischio di Alzheimer, probabilmente a causa del loro effetto sul sistema vascolare cerebrale.
- *Depressione e Isolamento Sociale* sono stati identificati come fattori di rischio per l'Alzheimer, suggerendo un legame tra benessere mentale e salute cerebrale. La mancanza di interazioni sociali e una vita sociale poco attiva sono stati associati a un rischio maggiore di declino cognitivo e Alzheimer. È stato osservato che la depressione, soprattutto in età avanzata, può essere un precursore della demenza o un fattore che ne accelera la progressione.
- *L'età*, l'invecchiamento provoca alterazioni nella struttura del DNA e delle cellule, indebolisce i meccanismi fisiologici di riparazione cellulare e contribuisce all'insorgenza dell'ipertensione.

Modificabili:

1. Fattori ambientali:

- *Esposizione a tossine*; l'esposizione a metalli come piombo, mercurio e alluminio, così come a pesticidi, è stata associata a un aumento del rischio di malattie neurodegenerative, compreso l'Alzheimer.
- *Inquinamento dell'aria*, in particolare le particelle fini (PM2.5), è stata collegata a un aumento del rischio di Alzheimer. L'inquinamento può causare

infiammazioni e stress ossidativo, che sono coinvolti nella patogenesi della malattia.

2. Stile di vita:

- *Dieta*, un'alimentazione povera, ricca di grassi saturi e zuccheri raffinati, è stata associata a un aumento del rischio di Alzheimer. Al contrario, diete ricche di frutta, verdura, cereali integrali, pesce e grassi sani (come quelli presenti nell'olio d'oliva e nelle noci) possono avere un effetto protettivo.
- *Esercizio fisico*, la mancanza di attività fisica è associata a un aumento del rischio di Alzheimer. L'esercizio regolare, invece, migliora la salute cardiovascolare e cerebrale, riducendo il rischio di declino cognitivo. Attività fisiche come camminare, correre, nuotare e ciclismo sono particolarmente benefiche per la salute del cervello.
- *Tabagismo*, il fumo di sigaretta è associato a un aumento del rischio di Alzheimer e altre demenze. Il fumo contribuisce all'infiammazione sistemica e al danno vascolare, entrambi collegati al declino cognitivo.
- *Consumo di alcol*, è collegato a un aumento del rischio di demenza, inclusa l'Alzheimer. Tuttavia, un consumo moderato di alcol, come un bicchiere di vino rosso al giorno, è stato associato a un rischio ridotto, sebbene questo effetto sia controverso.
- *Disturbi del sonno*, sono associati a un aumento del rischio di Alzheimer. Il sonno è importante per la rimozione delle proteine beta-amiloide dal cervello, e la sua compromissione può contribuire all'accumulo di queste proteine.

Per quanto concerne la diagnosi della malattia di Alzheimer, è un processo multidisciplinare complesso, che richiede la collaborazione di medici, neurologi, psichiatri, psicologi e altri professionisti della salute. Coinvolge diverse valutazioni cliniche e strumenti diagnostici per escludere altre cause di declino cognitivo e per confermare la presenza della malattia.

Si esegue un'anamnesi accurata dove il medico raccoglie informazioni dettagliate sulla storia medica del paziente, sintomi, durata e progressione, così come una storia familiare di demenza o altre malattie neurologiche. Viene valutata la storia sociale e

comportamentale del paziente, incluso i fattori di rischio. Vengono somministrati dei test Neuropsicologici che valutano le diverse funzioni cognitive, tra cui la memoria a lungo e breve termine, l'attenzione, il linguaggio, la capacità di risolvere problemi e altre abilità cognitive.

Sono necessari esami come la risonanza magnetica, la PET con Fluorodesossiglucosio (FDG-PET), la PET con tracciante per l'amiloide (Amyloid-PET) e una rachicentesi per il dosaggio di beta amiloide e proteina tau nel liquido cerebrospinale, gli esami del sangue servono per escludere altre cause di declino cognitivo, come carenze vitaminiche (B12 e folati). Questi esami aiutano il medico a escludere altre cause di sintomi simili, come problemi tiroidei, effetti collaterali di farmaci, depressione, tumori cerebrali e malattie vascolari cerebrali.

Si esegue il follow-up, poiché l'Alzheimer è una malattia progressiva ed il medico monitorerà i sintomi del paziente nel tempo per valutare l'evoluzione della malattia e l'efficacia dei trattamenti.

L'Alzheimer si sviluppa attraverso diverse fasi o stadi, ognuno caratterizzato da un peggioramento graduale delle capacità cognitive e funzionali del paziente. Generalmente, la malattia viene suddivisa in tre stadi principali:

1. **STADIO LIEVE (INIZIALE)**, nel primo stadio della malattia di Alzheimer, i sintomi sono generalmente lievi e spesso possono essere scambiati per normali segni di invecchiamento. Questa fase è caratterizzata da cambiamenti cognitivi e comportamentali che, sebbene presenti, non interferiscono in modo significativo con le attività quotidiane del paziente. Tuttavia, questi sintomi tendono a peggiorare progressivamente. Il paziente manifesta difficoltà nel ricordare informazioni recenti come eventi, appuntamenti o dettagli di una conversazione, ricordare nomi di persone o oggetti. Difficoltà cognitive per l'esecuzione di compiti complessi o disorientamento temporale. Cambiamenti di personalità e comportamento sviluppando ansia, irritabilità, isolamento sociale e depressione.
2. **STADIO MODERATO (INTERMEDIO)**, nel secondo stadio i sintomi cognitivi e comportamentali diventano più evidenti e iniziano a interferire in modo significativo con la vita quotidiana del paziente. Questa fase è caratterizzata da un progressivo peggioramento della memoria, del linguaggio

e delle capacità funzionali, richiedendo un supporto crescente da parte dei caregiver. Si evidenziano molti sbalzi dell'umore, vagabondaggio, allucinazioni e deliri, dipendenza crescente nelle ADL e difficoltà di coordinamento e movimento.

3. STADIO GRAVE (AVANZATO), in cui i sintomi cognitivi, fisici e comportamentali diventano gravi e debilitanti. I pazienti perdono progressivamente la capacità di interagire con l'ambiente circostante, diventando completamente dipendenti dagli altri per tutte le attività quotidiane. Questo stadio è caratterizzato da un declino globale delle funzioni cognitive e fisiche, importante se non completa perdita della memoria, difficoltà nel linguaggio, disorientamento totale, il rischio di infezioni come la polmonite o alle vie urinarie aumenta in modo esponenziale. Possono mostrare episodi di agitazione o aggressività, oppure, aumentata riduzione della risposta degli stimoli esterni.

Relativamente al trattamento della malattia di Alzheimer, mirano prevalentemente a gestire i sintomi e a migliorare la qualità della vita dei pazienti, poiché attualmente non esiste una cura definitiva per questa tipologia di malattia. Le terapie disponibili includono farmaci, interventi non farmacologici e supporto per i caregiver.

I trattamenti principali possono essere:

1. Trattamenti farmacologici
 - *Inibitori della Colinesterasi* (Donepezil, Rivastigmina e Galantamina), questi farmaci agiscono aumentando i livelli di acetilcolina nel cervello, un neurotrasmettitore coinvolto nella memoria e nell'apprendimento. Sono indicati per le forme lievi e moderate di Alzheimer. Possono aiutare a stabilizzare i sintomi cognitivi e a rallentare temporaneamente la progressione della malattia.
 - *Memantina*, agisce bloccando i recettori NMDA, che sono coinvolti nella trasmissione del glutammato, un altro neurotrasmettitore importante per la memoria. Questo farmaco è utilizzato nelle forme moderate e gravi di Alzheimer. Aiuta a migliorare la funzione cognitiva e a ridurre i sintomi comportamentali.

- *Terapie sperimentali, (Aducanumab)*, è un anticorpo monoclonale che mira a ridurre l'accumulo di placche di beta-amiloide nel cervello. È il primo trattamento approvato che affronta una delle cause sottostanti della malattia, anche se la sua efficacia e il suo uso clinico sono ancora oggetto di dibattito.
 - *Nuovi farmaci*, la ricerca continua su altri farmaci che potrebbero ridurre l'accumulo di proteina tau, migliorare la funzione sinaptica o affrontare l'infiammazione cerebrale.
2. Interventi non farmacologici
- *Stimolazione cognitiva*, si creano dei programmi di stimolazione cognitiva, come esercizi di memoria, giochi mentali e attività sociali, possono aiutare a mantenere le capacità cognitive e rallentare il declino mentale.
 - *Terapie comportamentali*, dove si utilizzano tecniche per ridurre l'agitazione, l'ansia e l'aggressività, come la terapia della reminiscenza, la musicoterapia e l'arteterapia.
 - *Modifiche Ambientali*, creare un ambiente sicuro e strutturato può aiutare a ridurre la confusione e il disorientamento.

2.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON MALATTIA DI ALZHEIMER.

La valutazione e l'assistenza infermieristica circa un soggetto con demenza avanzata sono complesse, i cui problemi principali riguardano le conoscenze e le competenze necessarie per fornire assistenza diretta, la comprensione della demenza come disturbo e la conoscenza delle cure di fine vita. Di seguito è riportata la Carta dei diritti del Malato di Alzheimer, approvata nel 1999 dalle assemblee generali di Alzheimer's Disease International (ADI), Alzheimer Europe e Alzheimer Italia.

1. Diritto alla Dignità e al Rispetto:

Ogni persona affetta da Alzheimer ha il diritto di essere trattata con rispetto e dignità, indipendentemente dal grado di compromissione cognitiva.

2. Diritto all'Assistenza Sanitaria di Qualità:

I pazienti hanno diritto a un accesso equo a cure mediche di alta qualità, inclusi trattamenti diagnostici, terapeutici e palliativi.

3. Diritto a un Ambiente Sicuro e Accogliente:

Le persone con Alzheimer hanno diritto a vivere in un ambiente sicuro, che promuova il benessere e riduca il rischio di danni fisici o psicologici.

4. Diritto a una Comunicazione Chiara e Adeguata:

I pazienti devono ricevere informazioni chiare e comprensibili riguardo alla loro condizione e al trattamento, e devono essere coinvolti, per quanto possibile, nelle decisioni che riguardano la loro cura.

5. Diritto al Supporto e all'Assistenza dei Caregiver:

Le famiglie e i caregiver dei malati di Alzheimer hanno diritto a ricevere supporto, formazione e informazioni per poter offrire la migliore assistenza possibile.

6. Diritto alla Non Discriminazione:

Nessuno dovrebbe subire discriminazioni a causa della sua condizione di salute mentale. Le persone con Alzheimer devono avere accesso agli stessi diritti e opportunità degli altri.

7. Diritto alla Riservatezza:

I pazienti hanno diritto alla riservatezza delle loro informazioni personali e sanitarie, e queste devono essere protette in conformità con le leggi sulla privacy.

8. Diritto alle Cure di Fine Vita:

Le persone affette da Alzheimer devono avere accesso a cure palliative e di fine vita appropriate, che rispettino i loro desideri e garantiscano comfort e dignità fino alla fine.

(Federazione Alzheimer Italia, Milano, Luglio 1999)

L'assistenza infermieristica per i pazienti con malattia di Alzheimer mira a mantenere la funzionalità e l'indipendenza il più a lungo possibile. È essenziale garantire la sicurezza fisica, ridurre l'ansia, supportare l'indipendenza nelle attività quotidiane, migliorare la comunicazione, rispettare l'intimità, assicurare un'alimentazione adeguata e fornire educazione ai caregiver. (Cheever et al., 2017)

Nella fase iniziale della malattia di Alzheimer, la persona può mantenere una certa autonomia, ma con il tempo l'assistenza diventa sempre più necessaria, sia da parte dei caregiver professionali che dei familiari. È fondamentale creare un ambiente tranquillo, con una routine regolare e una comunicazione semplice. L'attività fisica e

mentale è essenziale per rallentare la progressione della malattia e migliorare il ritmo sonno-veglia. È importante garantire che l'ambiente sia sicuro per promuovere l'autonomia e l'autostima del paziente. Quando la persona è ospedalizzata, è cruciale mantenere le luci accese e avere la stanza vicino al personale infermieristico per prevenire cadute.

Con l'avanzare della malattia, anche le attività quotidiane più semplici diventano difficili, e questo può causare ansia o agitazione, soprattutto nei momenti in cui il paziente è consapevole della propria condizione. In questi casi, è importante mantenere un approccio calmo e paziente, offrendo attività che possano distrarre e tranquillizzare l'assistito. Può accadere che il paziente diventi verbalmente o fisicamente aggressivo, e per questo motivo, l'educazione dei caregiver da parte dei professionisti sanitari è essenziale. I familiari devono essere in grado di riconoscere e gestire questi comportamenti per garantire il miglior supporto possibile al paziente. Per comprendere meglio i comportamenti di un paziente con Alzheimer, è fondamentale approcciarsi con calma e pazienza, utilizzando un linguaggio semplice e pacato, specialmente nelle fasi iniziali della malattia. Nelle fasi avanzate, quando il paziente perde la capacità di comunicare verbalmente, la comunicazione non verbale diventa più efficace. Gestii di affetto come abbracci o semplici contatti fisici possono offrire conforto e sicurezza, anche se è importante rispettare i suoi spazi personali e non sovraccaricarlo con troppe visite.

Un altro aspetto che cambia durante la progressione della malattia è l'alimentazione. Con l'avanzare dell'Alzheimer, la deglutizione diventa difficile e il paziente può avere problemi a ingerire cibo. È essenziale che il cibo solido sia tagliato in piccoli pezzi e che i liquidi vengano ingeriti lentamente; nelle fasi più avanzate, l'aggiunta di addensanti ai liquidi è necessaria per prevenire il rischio di soffocamento. A causa della perdita progressiva di coordinazione e della capacità di deglutire, il paziente è a rischio di malnutrizione e disidratazione, rendendo cruciale una gestione attenta dell'alimentazione.

2.2.1 GESTIONE DEL PAZIENTE AL DOMICILIO ED IN RESIDENZA

Il ruolo dell'infermiere nella gestione di un paziente con Alzheimer, sia a domicilio che in residenza, è fondamentale per garantire un'assistenza adeguata e migliorare la

qualità della vita del paziente. Questo ruolo implica non solo la cura fisica, ma anche il supporto emotivo, la gestione dei sintomi e il coordinamento con altri professionisti sanitari e con i caregiver.

In ambiente domiciliare l'infermiere fornisce cure personalizzate, adatte all'esigenze specifiche del paziente e all'ambiente domestico. Questo include la gestione della terapia farmacologica, l'assistenza nell'igiene personale e il supporto nelle attività quotidiane. Si occupa anche del monitoraggio regolare dello stato di salute del paziente, rilevando eventuali cambiamenti nei sintomi cognitivi o fisici, utile per intervenire tempestivamente in caso di peggioramento della malattia o di insorgenza di nuove problematiche.

L'infermiere aiuta a creare un ambiente sicuro e confortevole per il paziente, consigliando modifiche alla casa per ridurre i rischi di incidenti e per migliorare l'accessibilità e mobilità all'interno dell'abitazione. Fornisce supporto emotivo sia al paziente che ai caregivers, aiutando a gestire l'ansia, depressione e lo stress legati alla malattia.

Un aspetto cruciale del lavoro dell'infermiere al domicilio è l'educazione dei caregivers familiari, dove egli fornisce informazioni su come gestire i sintomi della malattia, come prevenire le complicazioni e come offrire un supporto emotivo al paziente. Inoltre, insegna tecniche per assistere il paziente in modo sicuro e per gestire situazioni difficili, come l'aggressività o la confusione.

Per quanto concerne invece l'ambiente residenziale, l'infermiere è responsabile della gestione completa della cura del paziente, che include la somministrazione di farmaci, la supervisione dell'igiene personale e l'assistenza nelle attività quotidiane, come il vestirsi e l'alimentazione. Lavora in stretta collaborazione con altri professionisti sanitari, come medici, fisioterapisti e terapisti occupazionali, per garantire un approccio integrato alla cura del paziente. Questo coordinamento è essenziale per affrontare tutte le esigenze del paziente, sia fisiche che psicologiche. Ha un ruolo chiave nella gestione dei sintomi comportamentali associati all'Alzheimer, come l'agitazione, l'ansia e l'aggressività. Utilizza strategie non farmacologiche per calmare il paziente e migliorare la sua partecipazione alle attività quotidiane. Egli promuove attività che stimolino le capacità cognitive e fisiche del paziente, come la terapia occupazionale e l'esercizio fisico. Queste attività sono progettate per

mantenere il più a lungo possibile le abilità residue del paziente e per migliorare la sua qualità di vita.

Anche in residenza, l'infermiere mantiene un contatto regolare con i familiari del paziente, fornendo aggiornamenti sulla salute del loro caro e offrendo supporto emotivo. Questo aiuta a mantenere un legame familiare stretto e a garantire che i desideri della famiglia siano rispettati nella cura del paziente.

2.2.2 MODELLO GENTLE CARE

Il modello Gentle Care è stato sviluppato da Moyra Jones, per avere un approccio innovativo, integrato ed olistico per l'assistenza alle persone con demenza. E' nato dalla personale esperienza dell'autrice, il cui padre si ammalò di Alzheimer negli anni '60, un periodo in cui mancavano risorse e servizi dedicati alla malattia. Questo modello, noto anche come approccio protesico, è progettato per migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre il carico sui caregiver, fornendo un ambiente di cura che supporta le esigenze fisiche, emotive e cognitive dei malati.

L'autrice, nel libro, condivide la frustrazione e il dolore derivanti dall'osservare come il sistema di cura tradizionale fosse inadeguato e disumano. Da questa esperienza, Jones ha creato un approccio che mette al centro il benessere e la dignità del paziente. Inoltre, Jones ha compreso che l'incapacità di approcciarsi adeguatamente alle persone con Alzheimer, soprattutto nelle attività sanitarie e di igiene, porta all'uso di metodi aggressivi come la contenzione fisica, ambientale, farmacologica e psicologica. Queste pratiche non garantiscono sicurezza, ma piuttosto generano disabilità e aumentano l'aggressività dei pazienti. Al contrario, il modello Gentlecare si basa sull'unicità della persona, valorizzando sia il paziente che i suoi caregiver. Jones ritiene essenziale adattare l'ambiente fisico e sociale in cui vive il paziente, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sui cambiamenti comportamentali, che non sono modificabili a causa della natura progressiva e irreversibile della malattia. Il modello Gentlecare coinvolge l'intera famiglia, non solo il paziente, nel formulare strategie efficaci per ridurre i fattori di stress nell'ambiente. I caregiver vengono formati per sfruttare al meglio le capacità residue del paziente, pianificando attività stimolanti e utili.

La valutazione globale della persona nel modello protesico si sviluppa in più fasi:

1. Identificazione del decorso specifico della malattia e valutazione del livello di progressione; processo fondamentale che consente di personalizzare le cure e di adattare gli interventi alle esigenze specifiche del paziente, man mano che la malattia avanza. Si valutano le fasi della malattia, quindi, in quale stadio il paziente si trova, si monitorano i sintomi cognitivi e comportamentali, l'analisi delle capacità funzionali con l'osservazione di come l'assistito svolge le attività quotidiane, le condizioni mediche preesistenti o concomitanti che possono influenzare il decorso della malattia.
2. Comprensione dei limiti del paziente, poiché nei vari stadi della malattia se ne susseguono diversi, infatti, si analizza la memoria, se si riesce a seguire conversazioni o a esprimersi chiaramente, si valuta la capacità di orientamento nello spazio e nel tempo, la mobilità autonoma e sicura, le reazioni emotive e interazioni sociali.
3. Analisi dello stato di salute dei caregiver, fondamentale nella gestione della malattia di Alzheimer, in quanto svolgono un ruolo cruciale nell'assistenza quotidiana del paziente. Si valuta sia la loro salute fisica, sia mentale e sia emotiva, tali stati forniscono la sicurezza di un'assistenza efficace e continuativa. Il caregiver potrebbe incorrere in uno stato di burnout, condizione di esaurimento emotivo, fisico e mentale che si può presentare quando si sente sopraffatto e incapace di gestire il carico assistenziale.
4. Valutazione dell'impatto ambientale, poiché, un'ambiente ben progettato e sicuro è essenziale per il benessere dei pazienti con malattia di Alzheimer e per l'efficacia delle cure fornite dai caregivers. Si riducono i rischi di elevati livelli di stress e ansia del paziente, migliora la sicurezza e previene gli incidenti, promuove l'autonomia e l'indipendenza, favorisce la stimolazione cognitiva e fisica, facilita il lavoro dei caregiver evitando il burnout.

Jones descrive il Gentlecare come un approccio semplice ed economico, applicabile sia da caregiver familiari che professionali, che permette al paziente di condurre una vita più tollerabile. Sebbene nato per i malati di Alzheimer, oggi il modello può essere considerato valido per qualsiasi forma di deterioramento cognitivo negli anziani.

2.3 SCALE DI VALUTAZIONE.

Comprendere il dolore in un paziente con Alzheimer, incapace di esprimersi, può essere difficile. È necessario osservare espressioni facciali, vocalizzazioni e movimenti. Strumenti come le scale di valutazione del dolore sono utili in questi casi. Le scale DOLOPLUS_2, NOPPAIN e PAINAD sono particolarmente adatte per valutare il dolore nei pazienti con Alzheimer.

- *DOLOPLUS_2* valuta le reazioni somatiche, psicomotorie e psicosociali attraverso 10 item, con punteggi che vanno da 0 a 3 per ogni item. Un punteggio totale di 5 o più indica la presenza di dolore.
- *NOPPAIN* si basa su osservazioni di espressioni facciali, irrequietezza e lamenti durante le attività quotidiane, valutando principalmente i comportamenti non verbali.
- *PAINAD* è utilizzata per pazienti con grave deterioramento cognitivo e analizza il respiro, le grida, l'espressione facciale, il linguaggio del corpo e la capacità di essere consolati.

Per valutare le funzioni cognitive, la scala più utilizzata è il *Mini Mental State Examination (MMSE)*, che valuta diversi aspetti cognitivi in 10-15 minuti. Il punteggio massimo è 30, con un punteggio di 23-24 che funge da soglia per identificare deficit cognitivi significativi.

Le scale per valutare lo stato funzionale includono:

- *Barthel Index*, che misura l'indipendenza nelle attività quotidiane di base con punteggi che vanno da 0 a 100.
- *IADL*, che valuta l'autonomia in attività complesse necessarie per l'indipendenza, con risposte "indipendente" o "dipendente".
- *BANSS*, che analizza il livello di compromissione cognitiva, funzionale e la presenza di sintomi patologici, con un punteggio che varia da 7 a 28.

La *Clinical Dementia Rating Scale* valuta la gravità della demenza su una scala da 0 a 3, basandosi su informazioni fornite dai caregiver e sull'osservazione delle funzioni cognitive del paziente.

Infine, per valutare il rischio di lesioni da pressione, le scale *Norton* e *Braden* sono comunemente utilizzate. La scala *Norton* considera le condizioni fisiche, lo stato mentale, la deambulazione e l'incontinenza, con punteggi da 1 a 4.

La scala *Braden* valuta sei parametri: percezione sensoriale, umidità cutanea, livello di attività fisica, capacità di mantenere la posizione del corpo, alimentazione e rischio di frizione e scivolamento.

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

- **Disegno di studio:** Nel disegno di studio non sono state poste restrizioni. Sono stati selezionati tutti gli studi, condotti dal 2010 al 2024, che trattano dell'utilizzo dell'ambiente protesico in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e al domicilio per la gestione del paziente con malattia di Alzheimer al fine di contribuire al mantenimento della propria autonomia nelle attività di vita quotidiana.
- **Tipologia di partecipanti:** Pazienti con malattia di Alzheimer collocati in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e al domicilio.
- **Tipologia di intervento:** Interventi ambientali (logistico, relazione e sicurezza) che mirano alla possibilità di mantenimento dell'autonomia dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer al domicilio e/o RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale).
- **Tipo di outcomes misurati:** Per questo studio i criteri che sono stati presi in considerazione riguardano l'adattamento ambientale al singolo paziente applicato al domicilio e/o in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e valutati secondo l'efficacia nel mantenimento dell'autonomia del paziente appartenente al campione selezionato.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli

Nella seguente revisione di letteratura, per identificare gli studi, si è deciso di consultare i seguenti database elettronici: PubMed, CINAHL database e Google Scholar. Tuttavia, la banca dati maggiormente utilizzata per reperire gli studi selezionati è PubMed. La ricerca è stata condotta utilizzando sia termini liberi sia combinazioni di termini Medical Subject Heading (MeSH) creando stringhe di ricerca; Le parole chiave utilizzate sono state: "*Prosthetic environment*"; "*Activities of Daily Living (ADL)*"; "*Alzheimer's disease*"; "*home enviroment*"; "*Gentle Care model*"; "*home care*"; "*residential care*".

Inoltre, la ricerca degli studi è stata effettuata avvalendosi della combinazione dei termini liberi con l'operatore booleano AND e full text (testo integrale completo) pubblicati tra il 2010 ed il 2024 non limitando il paese in cui è stato condotto lo studio.

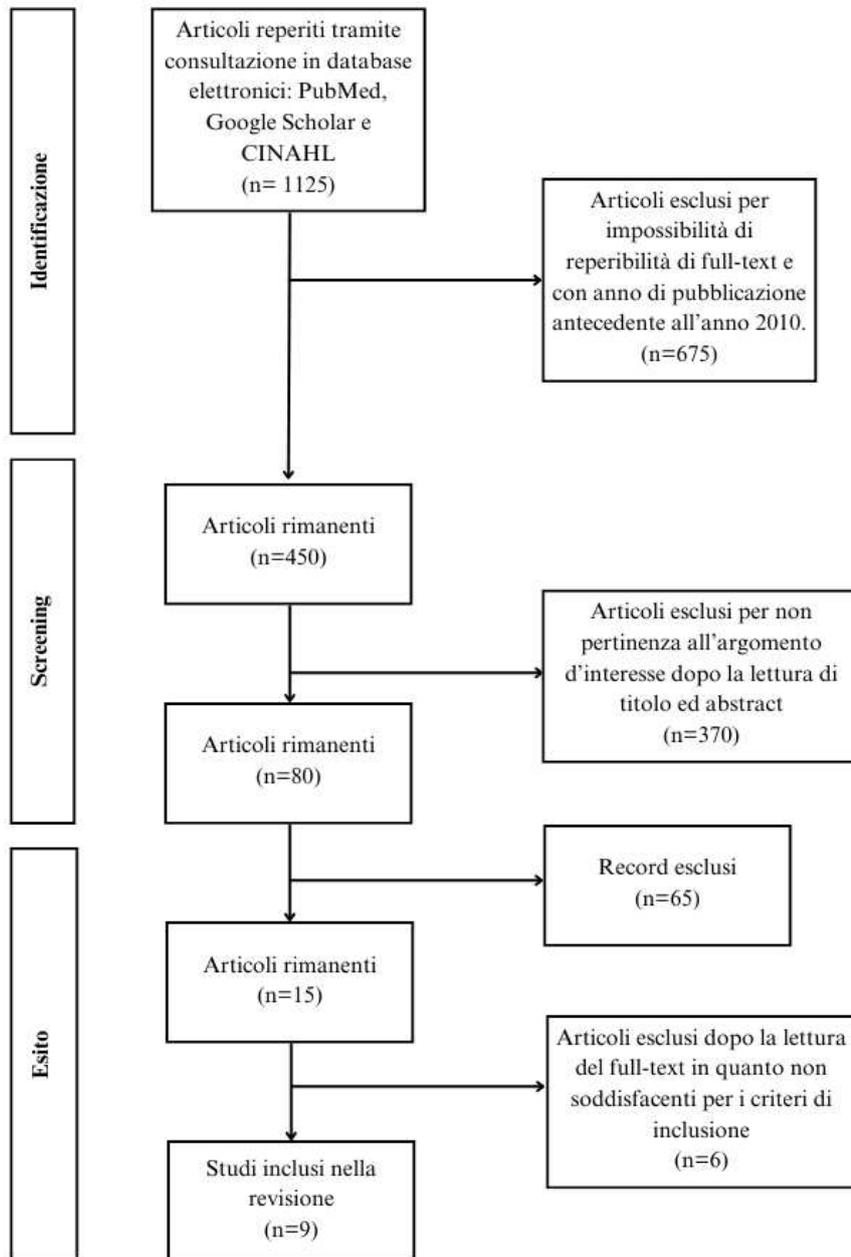


Figura I Flowchart del processo di selezione degli studi secondo metodo PRISMA

3.3 Selezione degli studi

Per poter stendere questo elaborato di tesi, sono stati selezionati articoli tramite la consultazione di banche dati (PubMed, CIHNAL, GoogleScholar) che avessero come

argomento d'interesse l'importanza dell'ambiente protesico nella cura del paziente affetto da Alzheimer, e che esplorassero l'importanza dell'ambiente protesico come strumento per supportare le ADL, favorendo così l'autonomia e migliorando la qualità della vita degli individui con malattia di Alzheimer.

Gli articoli reperiti nella prima fase di ricerca erano 1125, pubblicati sia in lingua inglese che in lingua italiana, dopo l'esclusione per impossibilità di reperibilità di articoli Full-Text e con anno di pubblicazione antecedente all'anno 2010, sono risultati rimanenti 450. Da questi ultimi, ne sono stati sottratti 370 in quanto non attinenti all'argomento d'interesse dopo la lettura di titolo ed abstract.

Successivamente ad un'attenta lettura del Full-Text il numero di articoli si è ristretto a 15, con conseguente esclusione di 6 articoli in quanto non soddisfacevano i criteri d'inclusione. Quindi, definitivamente, sono stati inclusi nella presente revisione 9 articoli scientifici.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Gli articoli scientifici inclusi in questo elaborato di revisione bibliografica sono stati analizzati e riportati nella seguente tabella valutativa.

Tabella II. studi inclusi nella revisione

Autore, Anno di pubblicazione, paese	Disegno di studio	Campione	Risultati
Chaudhury, H. and A Cooke E. 2014, Regno Unito.	Revisione sistematica	Ambienti interni residenziali	Dai risultati di questo studio si evince che l'ambiente fisico nelle strutture di assistenza a lungo termine può ridurre i sintomi comportamentali ed affettivi legati al declino cognitivo. Inoltre, dimostra che, l'ambiente ha un potenziale terapeutico nel mantenere le ADL (Attività di Vita Quotidiana).
Woodbridge, R., Sullivan, MP., Wilson, L., Harding,	Revisione sistematica.	Ambienti interni residenziali ed assistenziali.	Questo studio evidenzia che l'ambiente svolge un

E., Stampella, S., Gilhooly, KJ., Gilhooly, MLM. and McIntyre, U. 2016, Regno Unito.			ruolo importante nell'aiutare le persone affette da demenza a svolgere e mantenere le ADL (Attività di Vita Quotidiana)
Rosteius, K., De Boer, B., Staudacher, S., Schols, J. And Verbeek, H. 2022, Paesi Bassi.	Studio di caso etnografico esplorativo e misto.	Casa di cura "ZorgErf Buiten-Verblijf".	Questo studio evidenzia che il modo in cui è progettata un'organizzazione di assistenza ha un impatto significativo sulla vita quotidiana dei residenti e sul loro funzionamento mentale, fisico e sociale. I GCF (Green Care Farm) sostengono che stimolare i sensi, impegnarsi in attività mirate, condividere responsabilità e creare una comunità, porta miglioramenti all'individuo affetto da demenza.
De Boer, B., Beerens, H.C., Katterbach, M.A., Viduka, M., Willemse, B.M. and Verbeek, H. 2018, Paesi Bassi.	Studio osservazionale trasversale.	Tre tipi di case di cura per persone affette da demenza: strutture abitative su piccola scala indipendenti, strutture abitative su piccola scala sul terreno di una casa di cura più grande e fattorie di cura ecologiche.	Per quanto concerne questo studio, si dimostra che, l'ambiente fisico delle piccole case di cura familiari ha più potenziale per essere benefico per le persone con demenza rispetto alle case di cura tradizionali.
Marquardt, G., Johnston, D., Black, B.S., Morrison, A., Rosenblatt, A., Lyketsos, C.G. and Samus, Q.M. 2011, USA.	Studio clinico randomizzato controllato.	Domicilio di 303 anziani residenti a Baltimora	Questo studio conferma che la disposizione spaziale della casa influenzi il livello di autonomia, ma la presenza di un partner è un fattore importante. È stato rilevato che una maggiore convessità degli spazi, ovvero la presenza di ambienti aperti e interconnessi, è correlata a una

			maggior dipendenza funzionale nelle attività di base della vita quotidiana (ADL).
Gramegna, S.M. and Biamonti. A. 2017, Regno Unito.	Studio qualitativo.	Personale sanitario.	I risultati dimostrano che le persone affette da malattia di Alzheimer dovrebbero essere assistite in un ambiente che assomigli a quello che avevano sperimentato prima di essere ricoverati in un istituto. Elementi associati, sia all'ambiente sociale, come l'organizzazione di attività quotidiane o un piano di assistenza personalizzato, sia all'ambiente fisico, come un'atmosfera casalinga, la presenza di elementi domestici e la possibilità di personalizzare le stanze sono elementi fondamentali in grado di supportare le ADL e dare un senso di comfort e familiarità.
Calkins, M.P., 2018, USA.	Revisione sistematica.	Comunità assistenziale.	Questo studio dimostra che l'ambiente svolge un importante ruolo terapeutico, ed è una risorsa fondamentale che supporta le capacità funzionali, le relazioni significative e la qualità di vita per le persone affette da malattia di Alzheimer.
Harrison, S.L., Dyer, S.M., E Laver, K., Milte, R.K., Flenning, R. and	Revisione sistematica.	Casa di cura tradizionale e casa di cura con modello alternativo di	I risultati di questo studio evidenziano che strutture con modello "home-like" aiutino il

Crotty, M. 2022, Regno Unito.		assistenza residenziale.	mantenimento delle ADL nei residenti.
Polay, M., Iyendo, T. and Uwajeh, P. 2019, Turchia	Revisione sistematica.	Ambienti sanitari con giardini terapeutici.	Lo studio ha dimostrato che il giardino terapeutico dovrebbe essere utilizzato in quanto migliori la salute ed il benessere dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenza e la sua applicazione dovrebbe essere estesa in quanto conserva le abilità cognitive.

Gli studi presi in considerazione per questo elaborato sono stati condotti n.4 nel Regno Unito, n.1 in Turchia, n.2 nei Paesi Bassi e n.2 negli Stati Uniti d’America. Il campione preso in considerazione per la maggior parte degli studi (n.7 studi) è l’ambiente interno/esterno di strutture assistenziali, uno studio prende in considerazione l’ambiente domiciliare e uno studio si concentra sugli operatori sanitari.

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

Sono stati esclusi da questo elaborato gli studi che non hanno soddisfatto i criteri di inclusione, in quanto si focalizzavano più sull’aspetto architettonico/strutturale.

Tabella II. Studi esclusi dalla revisione

Autore, Anno di pubblicazione, paese	Disegno di studio	Campione	Risultati
Elnimr, H. 2021, Austria.	Revisione di scoping	Ambiente terapeutico per soggetti affetti da malattia di Alzheimer.	Dai risultati di questo studio emerge che l’architettura interattiva negli ambienti dei residenti delle case di cura ha mantenuto la cognitivà e ne ha rallentato il declino migliorando la riabilitazione e l’autostima.

Mandiliotis, D., Toumpas, K., Barroso, J., Kaza, K., Kyprioti, K., and Hadjileontiadis, L.J. 2013, Grecia/Portogallo.	Studio pilota.	20 pazienti affetti da malattia di Alzheimer appartenenti alla RSA di Thessaloníki in Grecia	L'utilizzo della realtà virtuale del programma "symbiosis" ha provveduto ad apportare soluzioni innovative che permettono di migliorare la vita dei residenti implementando l'autonomia tramite la proiezione di alcune immagini che permettono di far sentire il paziente al precedente domicilio.
Sanford, J., 2010, USA	Revisione sistematica.	Persone affette da demenza.	Si evidenzia l'importanza di integrare programmi sanitari e abitativi, soprattutto per individui con demenza. Innovazioni nel design e nella tecnologia stanno rafforzando questi legami. Ma si sottolinea che l'adozione del design universale su larga scala richiede un cambiamento paradigmatico sia nei settori dell'abitazione che della sanità per i costi.
Elnimr, H. and Hensel, M. 2024, Austria.	Revisione di scoping.	Ambienti di una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale).	Si evince da questo studio che l'ambiente terapeutico e le soluzioni alternative applicabili adesso migliorano la qualità di vita e ne supportano le attività di vita quotidiana.

<p>Tournier, I., Niedderer, K., Van Rompay, T. and Ludden, G., 2019, Regno Unito.</p>	<p>Revisione sistematica.</p>	<p>Design per l'assistenza alla demenza.</p>	<p>Dall'articolo si evince che la fusione tra tecnologia e psicologia ambientale si può trovare un nuovo approccio di progettazione incentrato sull'utente che fornisce mezzi per ottimizzare gli ambienti già esistenti e soluzioni per affrontare le sfide che le persone con demenza affrontano quotidianamente.</p>
<p>Willatt, J., 2011, Regno Unito.</p>	<p>Revisione sistematica.</p>	<p>Ambienti residenziali per persone affette da Alzheimer.</p>	<p>I risultati di questo studio affermano che l'architettura dell'ambiente terapeutico influisce migliorando la qualità di vita nelle strutture residenziali specifiche per soggetti con malattia di Alzheimer. Suggestisce degli ambienti "home-like" con spazi esterni per poter supportare la cognitivtà del paziente.</p>

CAPITOLO IV: RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi

Tra gli studi inclusi per questa revisione bibliografica, 5 articoli prendono in considerazione gli ambienti residenziali (Chaudhury, H. and A Cooke E. 2014. Woodbridge, R., e al. 2016. De Boer, B. e al. 2018. Calkins, M.P. 2018. Harrison, S.L. e al. 2022); 1 prende in considerazione le opinioni fornite dal personale sanitario sulle modificazioni ambientali da attuare nelle residenze assistenziali e la gestione del paziente affetto da malattia di Alzheimer (Gramegna, S.M. e al. 2017); 1 articolo tratta in maniera approfondita e specifica della progettazione e/o modificazione degli ambienti domiciliari (Marquardt, G., e al. 2011); Infine, 2 studi trattano dell'importanza degli ambienti esterni destinati alle attività terapeutiche non farmacologiche, come GCF (Green Care Farm) e giardini terapeutici (Rosteius, K, e al. 2022. Polay, M., e al. 2019).

La provenienza geografica degli studi reperiti è varia, 7 studi sono stati condotti in paesi appartenenti al continente europeo (Regno Unito, Paesi Bassi e Turchia), i restanti 2 studi sono stati condotti nel continente americano (Stati Uniti d'America).

I dati sono stati analizzati non considerando l'appartenenza geografica di provenienza degli studi inclusi, in quanto per l'argomento trattato in questo elaborato, non vi è una distinzione in merito.

Tra i 9 articoli inclusi nel presente elaborato, le tipologie di studio sono le seguenti:

- n. 5 Revisione sistematica;
- n. 1 Studio di caso etnografico esplorativo e misto;
- n. 1 Studio clinico randomizzato controllato;
- n. 1 Studio qualitativo;
- n. 1 studio osservazionale trasversale;

4.2 Confronto tra gli studi selezionati in relazione ai quesiti.

Confrontando i dati emersi dagli studi inclusi in questo elaborato di tesi, si evidenziano le caratteristiche e modificazioni ambientali applicabili ai contesti residenziali assistenziali e domiciliari.

Gli ambienti "*home-alike*" (ad es. grandi finestre, maggiore spazio per oggetti personali e mobili nelle camere dei residenti, nelle aree lounge a pianta aperta e nelle

zone pranzo; dipinti nelle aree comuni/ corridoi) sono associati con miglioramento delle condizioni emotive e cognitive, maggiore interazione sociale, autonomia e partecipazione alle attività, meno tentativi di evasione e livelli più bassi di aggressione e agitazione (Chaudhury, H. and A Cooke E. 2014). In uno studio condotto da Woodbridge R. e colleghi nel 2016 ha dimostrato mediante una revisione bibliografica come l'implementazione di un ambiente "home-alike" ha aumentato l'aderenza alle attività terapeutiche e maggiore indipendenza nelle stesse (Woodbridge R. et al, 2016). Quando le persone con demenza si trasferiscono in una casa di cura, spesso non sono in grado di trovare un posto, di provare un senso di appartenenza e di orientarsi all'interno del nuovo ambiente non familiare. Ciò comporta una perdita di autonomia e influisce anche sulla qualità dell'assistenza fornita. Van Hoof (2007) definisce questa successione di situazioni di vita "Il continuum abitativo per le persone con demenza": inizia con una vita indipendente a casa o con la fornitura di servizi sanitari e può essere seguito da cure per la demenza a lungo termine, se i sintomi della malattia peggiorano. Si evidenzia che la creazione di camere private aumentino l'autonomia del paziente e garantiscono la privacy facendolo sentire più al sicuro (Gramegna, S.M. e al. 2017). Come evidenziato nello studio inglese di Chaudhury, H.e colleghi, le persone affette da demenza sono spesso esposti a livelli di illuminazione molto inferiori a quelli raccomandati, in quanto spesso le strutture di assistenza a lungo termine possono essere progettate con finestre limitate o con illuminazione insufficiente nelle aree comuni, creando un ambiente più buio rispetto agli standard consigliati, il che può influire negativamente sulla loro capacità di comprendere l'ambiente circostante. Quindi, un'illuminazione più elevata ha effetti benefici sul sonno, sul comportamento e sul ritmo circadiano, migliorando la veglia diurna e riducendo l'agitazione. Nello stesso studio viene indagata l'importanza dei livelli del rumore ambientale all'interno delle case di riposo, che derivano ad esempio dal personale assistenziale, televisori a volume alto o allarmi, pertanto livelli adeguati di rumori diminuiscono l'agitazione e il "wondering" (Chaudhury, H. and A Cooke E. 2014.) Per quanto concerne lo studio trasversale condotto negli Stati Uniti d'America da Marquardt, G., e altri, si evidenzia che una maggiore convessità di un luogo, ovvero che il sistema spaziale è suddiviso in vari spazi convessi, era associata a una maggiore dipendenza funzionale nelle attività di base della vita quotidiana dell'abitante. Ciò

significa che i residenti che vivono in una casa che presenta un'alta percentuale di spazi aperti, come aree di circolazione e stanze interconnesse, e meno stanze chiuse con un significato e una funzione chiaramente leggibili, erano più dipendenti dagli altri per le loro attività di base della vita quotidiana, come mangiare, vestirsi, usare il bagno (Marquardt, G., e al. 2011).

Nello studio avvenuto presso il GCF (Green Care Farm) “ZorgErf buiten-verblijf” nei Paesi Bassi, si evidenzia che in strutture come le “Green Care Farm” che possiedono una progettazione architettonica dell’ambiente fisico con i suoi spazi interni ed esterni, ha aperto possibilità ai residenti di muoversi liberamente ad essere attivi. Inoltre, l’ambiente terapeutico adottato in queste strutture apre la possibilità all’interno dell’ambiente sociale, favorendo gli incontri sociali non solo tra residenti ma anche con i loro familiari, altri visitatori e i membri dello staff sanitario. Rosteius K. e colleghi tramite l’analisi dei dati qualitativi hanno evidenziato quattro temi che sono stati identificati come cruciali durante la vita quotidiana all’interno della struttura, temi che possono essere implementati anche in strutture residenziali comuni: la stimolazione dei sensi, attività mirate, la condivisione di responsabilità e la creazione di una comunità in una nuova casa. I quattro punti salienti citati in precedenza permettono di mantenere l’autonomia dei residenti e di rallentare il declino cognitivo (Rosteius, K, e al 2022).

Tabella III. Comparazione con quesito 2.1

Quesito n.2.1: Quali sono le strategie ambientali attuabili in Residenza Sanitaria Assistenziale ?	Chaudhury, H. and Cooke E. 2014.	Woodbridge, R., e al. 2016.	Rosteius, K, e al 2022.	De Boer, B. e al 2018.	Marquardt, G., e al. 2011.	Gramegna, S.M. e al. 2017.	Calkins, M.P. 2018.	Harrison, S.L. e al. 2022.	Polay, M., e al. 2019.
Accesso visivo diretto	P	A	P	A	A	P	A	P	A
Ambienti home-alike	P	P	P	P	A	P	A	P	A
Riduzione degli stimoli indesiderati	P	P	A	P	P	P	P	P	P
Abitazioni su piccola scala	P	P	A	P	P	A	P	P	A

Spazi esterni interattivi (giardini, orti e fattorie)	P	P	P	A	A	A	A	P	P
Segnaletiche di orientamento	P	P	A	P	A	P	A	P	P
Modifiche del microclima (illuminazione, temperatura e rumori ambientali)	P	P	A	P	P	A	A	P	A
Camere private	P	P	P	P	P	P	A	P	A
Personalizzazione dell'unità abitativa	P	P	P	P	A	P	A	P	P
Spazi comuni	P	P	P	P	A	P	A	P	P
Utilizzo di stoviglie bianche e posate in acciaio	P	P	P	A	A	A	A	A	A
Organizzazione di attività quotidiane	P	P	P	P	A	P	P	P	P
Presenza di porte/finestre ampie	P	P	P	A	A	P	A	P	A
Presidi per la sicurezza del paziente	P	P	P	P	P	P	A	P	P

Tabella IV. Comparazione con quesito 2.2

Quesito n.2.2: Quali sono le strategie ambientali attuabili al domicilio?	Chaudhury, H. and Cooke E. 2014.	Woodbridge, R., e al. 2016.	Rosteius, K, e al 2022.	De Boer, B. e al 2018.	Marquardt, G., e al. 2011.	Gramegna, S.M. e al. 2017.	Calkins, M.P. 2018.	Harrison, S.L. e al. 2022.	Polay, M., e al. 2019.
Accesso visivo diretto	A	P	A	A	P	A	P	A	A
Ambienti home-alike	A	P	A	A	P	A	A	A	A

Riduzione degli stimoli indesiderati	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Abitazioni su piccola scala	A	P	A	A	P	A	P	P	A
Spazi esterni interattivi (giardini, orti e fattorie)	A	P	A	A	P	A	P	A	P
Segnaletiche di orientamento	A	P	A	A	P	A	P	A	A
Modifiche del microclima (illuminazione, temperatura e rumori ambientali)	A	P	A	A	P	A	P	A	A
Camere private	A	P	A	A	P	A	A	A	A
Personalizzazione dell'unità abitativa	A	P	A	A	P	A	A	A	A
Spazi comuni	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Utilizzo di stoviglie bianche e posate in acciaio	A	P	A	A	P	A	A	A	A
Organizzazione di attività quotidiane	A	P	A	A	P	A	A	A	A
Presenza di porte/finestre ampie	A	A	A	A	P	A	A	A	A
Presidi per la sicurezza del paziente	A	P	A	A	P	A	A	A	A

CAPITOLO V: DISCUSSIONE

5.1 Risposte ai quesiti posti.

Dopo la lettura e la comparazione degli studi inclusi in questo elaborato di revisione della letteratura scientifica, si riportano di seguito le possibili modifiche ambientali attuabili al domicilio e in residenza sanitaria assistenziale.

Secondo i risultati emersi dalla letteratura, un intervento attuabile in RSA è l'adozione di ambienti su piccola scala. Come emerge dallo studio osservazionale trasversale di De Boer e colleghi, uno strumento utile per misurare l'ambiente fisico degli ambienti di assistenza a lungo termine è l'OAZIS-Dementia. Questa scala di valutazione contiene 72 item che valutano diversi aspetti dell'ambiente su una scala Likert a 5 punti, che vanno da 1 (per niente) a 5 (completamente). È suddivisa in sette categorie: Privacy e autonomia, stimolazione sensoriale, vista e natura, strutture, orientamento e routing, domesticità e sicurezza. L'obiettivo di De Boer e colleghi è quello di confrontare tre tipologie di case di cura per persone affette da demenza, attraverso l'utilizzo della checklist OAZIS-Dementia: strutture abitative su piccola scala indipendenti, strutture abitative su piccola scala sul terreno di una casa di cura più grande e fattorie di cura ecologiche. Dai dati raccolti durante questa indagine emerge che, tutti i tipi di ambienti di cura su piccola scala e simili alle case di cura ottengono punteggi migliori per quanto riguarda gli aspetti ambientali, rispetto alle case di cura tradizionali. Inoltre, si evince da suddetto studio che le stanze private arredate con gli effetti personali dei residenti, che erano riconoscibili agli stessi, vengono utilizzate più spesso in quanto i residenti erano impegnati anche al di fuori delle attività terapeutiche non farmacologiche (De Boer et al, 2018).

In sostegno al modello "*home-alike*" anche Gramegna e Biamonti hanno condotto uno studio evidenziando che, le persone con demenza dovrebbero essere assistite in un ambiente che assomigli a quello che avevano sperimentato prima di essere ricoverate in un istituto. Le caratteristiche di un buon ambiente protesico, secondo Gramegna e Biamonti dovrebbero includere un'atmosfera casalinga con la presenza di elementi domestici e la possibilità di personalizzare le stanze di residenza. Queste caratteristiche promuovono un carattere non istituzionale, infatti, introducendo elementi familiari ai residenti sotto forma di oggetti, decorazioni, dimensioni degli spazi, personale che non indossa uniformi, favorisce il comfort dei residenti e riduce lo stress derivante da un

ambiente sterile. Inoltre, la creazione di un ambiente familiare è fondamentale per favorire il senso di appartenenza delle persone affette da demenza riducendo, di conseguenza, il disorientamento (Gramegna, S.M and Biamonti, A., 2017).

Il continuum dello studio di De Boer e collaboratori, è lo studio di Rosteijs e colleghi, tra cui anche De Boer, dimostra che l'ambiente esterno svolge un ruolo importante nella conservazione dell'autonomia e la riduzione del declino cognitivo. In questo studio etnografico viene analizzato la GCF "ZorgErf buiten-verbijf" olandese, composta da 48 unità abitative organizzate in tre gruppi. In ogni gruppo, 16 residenti vivono in piccole case accessibili attraverso un giardino che circonda una grande casa comune. Ogni casa comune ha due soggiorni e una cucina al piano terra, e un ufficio, così come una piccola sala riunioni al primo piano. L'intera casa comune è arredata in modo familiare, spesso con mobili e opere d'arte degli stessi residenti. Le analisi hanno rivelato un'armonizzazione consapevole dell'ambiente fisico, sociale e organizzativo presso il GCF. Con 314 punti su 340 totali, l'ambiente fisico del GCF ha ottenuto un punteggio elevato nello strumento OAZIS-dementia. Ciò indica un ambiente adatto alle persone affette da demenza. Le osservazioni hanno confermato che la progettazione architettonica dell'ambiente fisico con i suoi spazi interni ed esterni ha aperto possibilità ai residenti di muoversi liberamente ed essere attivi. Allo stesso tempo, l'ambiente organizzativo è stato progettato esplicitamente in modo da supportare e stimolare il suo utilizzo con processi organizzativi adeguati. Ciò a sua volta ha aperto possibilità all'interno dell'ambiente sociale, favorendo ad esempio incontri sociali. Questa interrelazione ben bilanciata dei tre ambienti sembrava avvantaggiare non solo i residenti, ma anche i loro familiari o altri visitatori, nonché i membri dello staff e la direzione. (Rosteijs, K, et al 2022.)

Anche Polay e colleghi sostengono l'importanza degli ambienti esterni nell'assistenza al paziente con malattia di Alzheimer e demenza. Attraverso una revisione sistematica dimostrano come la natura, e nello specifico il giardino terapeutico, abbia una implicazione positiva per la salute dei pazienti. Il contatto con la natura promuove la riabilitazione cognitiva in questa particolare popolazione di pazienti, migliorando la salute sotto l'aspetto fisico, sociale, psicologico e cognitivo (Polay et al, 2019).

Invece, nello studio condotto da Marquardt e colleghi si analizza la relazione tra le misure di sintassi dello spazio architettonico che descrivono la disposizione spaziale

di una casa di proprietà e le attività della vita quotidiana (ADL) tra le persone con demenza. Hanno visualizzato 82 case di partecipanti a uno studio clinico di efficacia comparativa dell'assistenza alla demenza e misurato le variabili di sintassi dello spazio intelligibilità e convessità insieme a diverse variabili cliniche, tra cui le ADL. Da questa analisi si evince che una maggiore convessità era associata a prestazioni peggiori delle ADL di base ma non strumentali, cioè che le stanze chiuse con un significato e una funzione chiaramente leggibili potrebbero essere meglio memorizzate e associate alla disposizione spaziale della casa, con conseguente migliore prestazione delle ADL di base. (Marquardt, G., et al. 2011)

Una componente fondamentale citata da diversi studi (Chaudhury, H. and A Cooke E. 2014, Woodbridge, R., e al. 2016, De Boer, B. e al 2018, Gramegna, S.M. e al. 2017, Harrison, S.L. e al. 2022 e Polay, M., e al. 2019) è l'apposizione di segnaletiche di orientamento. Le segnaletiche sono fondamentali per l'orientamento del paziente con demenza, dallo studio di Chaudhury e colleghi emerge come le segnaletiche andrebbero accompagnate da delle frecce di direzione apposte al pavimento, siccome le persone affette da demenza hanno la tendenza a camminare con il capo rivolto al pavimento. In questo modo i residenti riescono ad orientarsi nelle case di cura riducendo gli eventi avversi collegati al "wandering".

Nel riadattamento ambientale domiciliare è fondamentale la collaborazione dei caregivers, figure essenziali per garantire una buona assistenza al paziente affetto da malattia di Alzheimer. L'infermiere, attraverso un processo di educazione, fornisce al caregiver delle strategie per l'adattamento ambientale e su alcune accortezze da avere: illuminazione adeguata, gestione dei rumori, presidi di sicurezza, rimozione di barriere architettoniche, promozione dell'interazione sociale del paziente, promozione del contatto con ambienti esterni, fornitura di brochure, spiegare la possibilità di assistere a dei gruppi di ascolto di caregivers di pazienti affetti da malattia di Alzheimer, consigliare sedute psicologiche con esperto per evitare il burnout.

5.2 Limiti dello studio.

Durante la stesura di questo elaborato, tramite l'analisi della letteratura scientifica, si è analizzato l'ambiente fisico del domicilio e delle varie tipologie di strutture

residenziali per le persone affette da malattia di Alzheimer, e come suddetto ambiente influenzi le capacità di svolgere le attività di vita quotidiana.

I limiti di questo studio si rivolgono, innanzitutto al campione analizzato, poiché nella maggior parte della letteratura scientifica inclusa in questa revisione bibliografica si parli di demenza in generale o non puntualizzando nello specifico la malattia di Alzheimer. Per tanto, in questo studio, si è cercato di rivolgere gli interventi presi in considerazione, alla malattia di Alzheimer, tenendo conto del limite precedentemente citato.

Infine, un altro limite riscontrato durante la stesura dell'elaborato di tesi è stato la ridotta letteratura scientifica in merito alla progettazione dell'ambiente domiciliare per il paziente affetto dalla malattia di Alzheimer; in quanto, la maggior parte degli studi reperiti faceva riferimento all'ambiente all'interno delle varie strutture residenziali. Inoltre, è stata riscontrata una difficoltà nell'analizzare l'incidenza dell'ambiente protesico nelle diverse ADL, in quanto all'interno della letteratura scientifica venivano citate in termini generici.

CAPITOLO VI - CONCLUSIONI

La gestione del paziente affetto da malattia di Alzheimer richiede un approccio multidisciplinare che tenga conto non solo delle sue necessità cliniche, ma anche del contesto ambientale in cui vive. Sia al domicilio che in residenza, l'ambiente protesico rappresenta un elemento fondamentale per favorire il benessere e ridurre i disturbi comportamentali legati alla malattia.

Questo, se progettato per adattarsi ai bisogni specifici del paziente, ha dimostrato di essere uno strumento prezioso per migliorare l'autonomia nelle ADL.

L'ambiente protesico, inteso come un insieme di interventi fisici, psicologici e sociali che mirano a compensare le difficoltà cognitive e funzionali del paziente, risulta determinante per garantire un miglioramento della qualità della vita e un maggior livello di autonomia possibile. In un contesto domiciliare, l'adattamento dello spazio abitativo può fornire continuità emotiva, favorendo il mantenimento delle capacità residue, la familiarità dell'ambiente può aiutare il paziente a mantenere una certa indipendenza nelle ADL, riducendo il disorientamento e facilitando l'accesso a oggetti e spazi necessari per queste attività.

Dalla ricerca emerge chiaramente l'importanza di ambienti che, attraverso specifiche modifiche di design interni ed esterni, possano prevenire incidenti, facilitare l'orientamento spaziale e offrire una sensazione di sicurezza. In particolar modo, l'uso di colori, l'illuminazione adeguata, la riduzione di rumori, l'uso di luoghi esterni e la disposizione degli arredi possono incidere in maniera significativa sul comportamento del paziente, contribuendo a migliorare il suo benessere psico-fisico.

Nelle strutture residenziali, è altrettanto importante che l'ambiente sia concepito in modo da sostenere il paziente nelle ADL, riducendo al minimo il rischio di incidenti e facilitando la gestione delle funzioni quotidiane. Il coinvolgimento attivo del paziente nelle ADL è cruciale per preservare la sua dignità e ridurre il declino delle capacità funzionali.

6.1 Implicazioni per la ricerca

Gli articoli inclusi in questa revisione di letteratura pongono le basi per un futuro approfondimento del tema trattato. Ad oggi la letteratura a disposizione non approfondisce efficacemente l'interazione tra l'ambiente fisico e le ADL (Attività di

Vita Quotidiana) del paziente preso in campione; sarebbe interessante approfondire come gli spazi interni ed esterni influiscono nel mantenimento delle ADL specificando quali di queste vengono condizionate.

Un altro ambito di ricerca potenzialmente fruttuoso riguarda l'esplorazione di protocolli standardizzati per la progettazione di ambienti protesici in contesti residenziali e familiari. Attualmente, la letteratura offre numerosi esempi di soluzioni efficaci, ma mancano linee guide univoche che possano essere applicate su larga scala e in diverse tipologie di ambienti.

6.2 Implicazioni per la pratica

È fondamentale sottolineare che l'ambiente fisico che circonda il paziente affetto da malattia di Alzheimer influisce in maniera importante sulla qualità di vita di esso. Una modificazione di tale ambiente porterebbe ad una riduzione del declino cognitivo e ad un mantenimento più lungo delle ADL, promuovendo così il comfort del paziente e riducendo i fattori di stress.

Come emerge da questa revisione di bibliografia è fondamentale capire come modificare l'ambiente residenziale o domiciliare in base all'esigenza del paziente e delle persone che lo circondano e se ne prendono cura. Modificazioni come ambienti "home-alike", case di cura e/o domicili su piccola scala, ambienti esterni terapeutici (giardini, orti, fattorie) e ambienti meno sterili/ospedalieri permettono di aiutare il paziente con Alzheimer a gestirsi e essere gestito con risultati migliori.

BIBLIOGRAFIA

- *Design matters in dementia care: the role of the physical environment in dementia care settings.* Chaudhury, H. and A Cooke E. 2014. (Ultima consultazione: 27/08/2024).
- *Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review.* Woodbridge, R., Sullivan, MP., Wilson, L., Harding, E., Stampella, S., Gilhooly, KJ., Gilhooly, MLM. and McIntyre, U. 2016. (Ultima consultazione: 03/09/2024).
- *How the interrelated physical, social and organizational environment impacts daily life of residents with dementia on a Green Care Farm.* Rosteius, K., De Boer, B., Staudacher, S., Schols, J. And Verbeek,H. 2022. (Ultima consultazione: 18/08/2024).
- *The Physical Environment of Nursing Homes for People with Dementia: Traditional Nursing Homes, Small-Scale Living Facilities, and Green Care Farms.* De Boer, B., Beerens, H.C., Katterbach, M.A., Viduka, M., Willemse, B.M. and Verbeek, H. 2018. (Ultima consultazione: 17/09/2024).
- *Association of the Spatial Layout of the Home and ADL Abilities Among Older Adults With Dementia.* Marquardt, G., Johnston, D., Black, B.S., Morrison, A., Rosenblatt, A., Lyketsos, C.G. and Samus, Q.M. 2011. (Ultima consultazione: 17/09/2024).
- *Environment as non pharmacological intervention in the care of Alzheimer's disease.* Gramegna, S.M. and Biamonti. A. 2017. (Ultima consultazione: 27/08/2024).
- *From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia.* Calkins, M.P., 2018. (Ultima consultazione: 04/09/2024)
- *Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people.* Harrison, S.L., Dyer, S.M., E Laver, K., Milte, R.K., Flenming, R. and Crotty, M. (Ultima consultazione: 29/08/2024)
- *Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A*

narrative review. Polay, M., Iyendo, T. and Uwajeh, P. 2019. (Ultima consultazione: 05/09/2024).

- *Infermieristica Medico-Chirurgica*. Brunner Suddarth. (pagine 223-227) Cheever, K. H., & Hinkle, J. L. (2017).
- *Gentlecare: Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*. Moyra Jones, 1999.

SITOGRAFIA

- Manuale MSD <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/delirium-e-demenza/malattia-di-alzheimer> (25/10/2024)
- Istituto Superiore di Sanità <https://www.epicentro.iss.it/alzheimer/> (25/10/2024)
- Alzheimer Disease International <https://www.alzint.org/> (19/09/2024)
- Ministero della Salute https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6645#:~:text=Nel%20mondo%2C%20secondo%20i%20dati,150%20milioni%20entro%20il%202050. (15/09/2024)
- Associazione Italiana Ricerca Alzheimer (AIRALZH) <https://www.airalz.it/> (16/09/2024)
- Rapporto epidemiologico sulle principali patologie croniche nella popolazione del Veneto, Azienda Zero 2018. https://www.serveneto.it/public/ReportACG_Patologie_Anno2017.pdf (01/10/2024)
- “Guida all’assistenza al paziente affetto da Alzheimer e altre demenze”, Azienda Sanitaria Locale di Vercelli. https://www.aslvc.piemonte.it/images/downloads/servizi-prestazioni/Guida_Alzheimer.pdf (19/09/2024)
- “Architettura per Alzheimer, il malato di Alzheimer e l’ambiente” Regione Toscana Giunta Regionale. Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà. Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS. Università degli Studi di Firenze, Firenze 2002. <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/23556/Architettura%20per%20l'Alzheimer%20-%20Volume%20Primo/854f10d7-9c59-4a94-8d38-91ff98d3cc6c> (02/09/2024)
- Alois Alzheimer, 2024. [https://it.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer.](https://it.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer) (20/08/2024)