



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di laurea

**LA TERAPIA DELLA BAMBOLA E
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELL'UMORE
NELL'ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA: UNA
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott.ssa Citron Lucia

Laureanda: Berton Nicole

Matricola: 1048466

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
---------------------------	----------

CAPITOLO 1: PROBLEMA	3
-----------------------------------	----------

1.1 La demenza	3
----------------------	---

1.2 I disturbi dell'umore e del comportamento	5
---	---

1.3 Trattamenti farmacologici e non farmacologici	8
---	---

1.4 La terapia della bambola	9
------------------------------------	---

1.5 Rilevanza per la professione	12
--	----

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	15
---	-----------

2.1 Ricerca su <i>database</i> medici	15
---	----

2.2 Ricerca in letteratura grigia	15
---	----

CAPITOLO 3: RISULTATI	17
------------------------------------	-----------

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	23
--------------------------------------	-----------

4.1 Discussione dei risultati	23
-------------------------------------	----

4.2 Limiti della ricerca	24
--------------------------------	----

4.3 Implicazioni per la pratica e sviluppi futuri	25
---	----

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

La demenza è una patologia cronica a decorso progressivo, che solitamente colpisce la popolazione anziana. È caratterizzata da un corredo di segni e sintomi estremamente invalidanti, che compromettono il normale svolgimento delle attività di vita quotidiana. Il quadro clinico si contraddistingue per la presenza di deficit cognitivi, accanto ad alterazioni della dimensione affettiva e comportamentale. Queste ultime, conosciute anche con il termine *Behavioral and psychological symptoms of dementia* (BPSD) possono essere distinte in sintomi psicologici e comportamentali e rappresentano circa il 50% dei casi di istituzionalizzazione. La terapia della bambola, basandosi sulle teorie dell'*attaccamento* e dell'*oggetto transizionale*, ha lo scopo di gestire questo tipo di disturbi attraverso l'apertura di nuovi canali comunicativi, offrendo alla persona la possibilità di coinvolgersi in attività finalizzate. L'obiettivo di questa tesi è identificare benefici derivanti dall'intervento terapeutico sopracitato nella prevenzione e nella gestione dei BPSD, attraverso una revisione della letteratura disponibile. A questo scopo, sono state effettuate, in primo luogo una ricerca sui database medici *Pubmed* e *Cinahl*, che ha portato alla selezione di 18 articoli in *full text*, ed in seguito una ricerca di letteratura grigia, attraverso la quale sono stati acquisiti 6 articoli. I risultati riscontrati nella maggior parte degli studi analizzati sono: il miglioramento dei comportamenti inappropriati, dello stato depressivo e dell'apatia, riduzione dell'agitazione, dell'aggressività e dell'ansia, diminuzione del *wandering*, aumento del benessere e dell'interazione con lo staff e i familiari. Dall'analisi degli studi disponibili emerge che la terapia della bambola, quindi non presentando effetti collaterali significativi, si configura come un potenziale intervento finalizzato al miglioramento della qualità di vita della persona con disturbi del comportamento e dell'umore, alla riduzione dei tempi assistenziali e alla promozione di un ambiente sicuro sia per l'anziano affetto da demenza, che per le persone a lui vicine.

INTRODUZIONE

Grazie al progresso in medicina e a migliori condizioni lavorative ed igienico-sanitarie, la popolazione in età anziana (>65 anni) è in netto aumento (Gatteschi & Rubenni, 1991). Basti pensare che al 1° gennaio 2014, l'indice di vecchiaia ha raggiunto quota 154,1 mentre l'indice di dipendenza si attesta a quota 54,6 per cento; nel 2013 la vita media delle donne è di 84,6 anni, quella degli uomini di 79,8 anni (Istituto nazionale di statistica [ISTAT], 2015). L'invecchiamento della popolazione comporta la nascita di nuove esigenze socio-sanitarie, legate all'incremento di patologie cronico-degenerative tipiche dell'anziano, tra cui la demenza, a cui consegue la necessità di creare strutture e programmi rivolte alla gestione di tali problematiche. Poiché l'età rappresenta il principale fattore di rischio per l'insorgenza di demenza, l'evoluzione demografica a cui si sta assistendo conferma gli studi epidemiologici che prevedono nel 2020 un numero di casi superiore ai 48 milioni (Ministero della salute, 2013). Nel 2010 il costo di tale condizione è stato stimato in 604 miliardi di dollari, pari all'1% del PIL mondiale (Federazione nazionale collegi IPASVI [IPASVI], 2015). All'aumentare degli anziani con demenza si accompagna la necessità di gestire i problemi ad essa correlati, i quali comprendono i disturbi dell'umore e del comportamento che rappresentano la causa principale di istituzionalizzazione (Porter & Kaplan, 2011/2014). Il peso di questo fenomeno, associato al fatto che il trattamento di prima scelta dei disturbi comportamentali è di tipo non farmacologico, si riflette sul tipo di assistenza offerta dall'infermiere, il quale dovrà confrontarsi con un numero sempre maggiore di persone affette da demenza e sviluppare tecniche efficaci di controllo dei sintomi. Un possibile approccio non farmacologico è rappresentato dalla terapia della bambola, il cui fine ultimo è la promozione di una migliore qualità di vita, attraverso la diminuzione dell'agitazione e dell'ansia, la riduzione dell'aggressività, il miglioramento del *wandering* e dell'espressività (Cilesi, 2009). L'obiettivo di questa tesi è quello di identificare i benefici che la terapia della bambola offre nella gestione dei sintomi comportamentali e dell'umore tipici dell'anziano con demenza, attraverso una revisione della letteratura disponibile.

CAPITOLO 1: PROBLEMA

In questo capitolo si procederà all'inquadramento del problema attraverso la descrizione delle principali forme di demenza, le sue manifestazioni a livello emotivo e comportamentale e i possibili trattamenti, con particolare attenzione rivolta alla terapia della bambola.

1.1 La demenza

L'OMS definisce la demenza come “una sindrome, solitamente di natura cronica o progressiva, in cui si realizza un deterioramento della funzione cognitiva (la capacità di formulare il pensiero) che supera ciò che ci si aspetterebbe da un normale processo di invecchiamento” (Organizzazione mondiale della sanità [OMS], 2015). Essa può insorgere a tutte le età ma solitamente colpisce la popolazione anziana (il 5% di quelli con età compresa tra i 54 e i 74 anni e il 40% di quelli con età >85) (Porter & Kaplan, 2011/2014). Si stima che nel mondo 47.5 milioni di persone soffrano di tale condizione, e che ogni anno vengano diagnosticati 7.7 milioni di nuovi casi (OMS, 2015) con un costo sanitario totale che negli Stati Uniti supera i 100 miliardi di dollari (Fauci et al., 2009/2011).

Per effettuare una diagnosi di demenza, è necessario che siano presenti, oltre alla perdita di memoria, almeno uno dei seguenti deficit cognitivi: afasia, aprassia, agnosia, compromissione della capacità di pianificare e di formulare il pensiero astratto. Il deficit deve inoltre alterare in maniera significativa la capacità della persona di eseguire le attività di vita quotidiana (Porter & Kaplan, 2011/2014). I segni e sintomi della demenza possono essere raggruppati in tre categorie, che corrispondono ai diversi stadi di avanzamento della malattia:

- stadio iniziale: è caratterizzato da amnesie e disorientamento spazio-temporale (in luoghi familiari);
- stadio intermedio: include segni e sintomi più specifici rispetto al primo stadio quali, perdita di memoria a breve termine, non ricordare i nomi delle persone, disorientamento spaziale nella propria casa, difficoltà a comunicare, necessità di assistenza nella cura della persona, alterazioni del comportamento (*wandering* e tendenza a ripetere le stesse domande);

- stadio avanzato: è caratterizzato da un alto grado di deterioramento fisico-cognitivo che si manifesta con disorientamento spazio-temporale, difficoltà a riconoscere amici e parenti, seria compromissione della capacità della cura di sé, difficoltà a deambulare, comportamenti aggressivi (OMS, 2015).

Con l'aumentare dell'età si ha una progressiva perdita della memoria recente, in assenza di significative alterazioni delle altre funzioni cognitive. Risulta quindi necessario distinguere il fenomeno di invecchiamento di tipo fisiologico da quello di tipo patologico, caratterizzato dalla presenza di modificazioni delle funzioni cognitive e mnemoniche che impediscono il normale svolgimento delle attività di vita quotidiana (Porter & Kaplan, 2011/2014).

Le forme di demenza più comuni sono la malattia di Alzheimer, che è responsabile di circa il 60% dei casi di demenza (OMS, 2015), la demenza vascolare, la demenza a corpi di Lewy e la demenza fronto-temporale (Porter & Kaplan, 2011/2014).

- Malattia di Alzheimer. È una condizione che causa “un progressivo deterioramento cognitivo ed è caratterizzata dalle placche senili, depositi di β -amiloide e dai grovigli neurofibrillari nella corteccia cerebrale e nella sostanza grigia sottocorticale” (Porter & Kaplan, 2011/2014, p.2533).. Sebbene la maggior parte dei casi abbia un'insorgenza di tipo sporadico, circa il 5-15% dei pazienti presenta una forma di tipo familiare (Porter & Kaplan, 2011/2014). Il quadro clinico comprende disturbi di tipo cognitivo, quali amnesia, agnosia, aprassia ed afasia; sono inoltre frequenti disturbi del comportamento e dell'umore (Binetti & Trabucchi, 1993) che si manifestano con *wandering*, agitazione, urla, idee di persecuzione (Porter & Kaplan, 2011/2014).
- Demenza vascolare. La demenza vascolare è frequentemente correlata ad una malattia cerebrovascolare che causa molteplici infarti focali o diffusi, da cui deriva la perdita di sostanza neuronale e il deterioramento dello stato cognitivo. Essa è spesso associata a fattori di rischio vascolari, quali ipertensione, diabete mellito, iperlipidemia e tabagismo. La sintomatologia è simile a quella delle altre tipologie di demenza seppur con alcune lievi differenze. Per quanto riguarda la dimensione cognitiva, la memoria a breve termine può risultare meno compromessa rispetto alle altre forme, mentre la depressione è più comune nella demenza vascolare che non nelle altre demenze (Porter & Kaplan, 2011/2014).

- Demenza con corpi di Lewy. I corpi di Lewy sono inclusioni citoplasmatiche situate nei neuroni corticali che provocano alterazioni a carico delle vie neuronali e dei neurotrasmettitori, causando un deterioramento cognitivo. Essi si ritrovano anche in pazienti affetti dal morbo di Parkinson, di conseguenza non è raro assistere alla compresenza della patologia sopracitata con la demenza a corpi di Lewy (Porter & Kaplan, 2011/2014). Il quadro clinico è simile a quello delle altre forme di demenza; tuttavia si distingue dalle altre demenze per la prevalenza di sintomi psicotici, quali allucinazioni (soprattutto visive) e deliri e la presenza di disturbi della fase REM (Yahya, Chandra, Anand, & Garg, 2015).
- Demenza frontotemporale. Questo tipo di demenza si riferisce a “patologie ereditarie sporadiche che colpiscono i lobi frontali e temporali, inclusa la malattia di Pick” (Porter & Kaplan, 2011/2014, p.2540). E’ una forma di demenza a carattere ereditario ed è associata ad un esordio precoce (55-65 anni di età). La malattia di Pick rappresenta una variante di demenza frontotemporale, caratterizzata dalla presenza di neuroni anomali (cellule di Pick). Solitamente sono presenti sintomi di tipo comportamentale e alterazioni della personalità e del linguaggio, mentre la memoria è meno compromessa rispetto alle altre forme di demenza (Porter & Kaplan, 2011/2014).

1.2 I disturbi dell’umore e del comportamento

Già nel 1906, Alois Alzheimer aveva descritto una serie di alterazioni di origine non cognitiva come segni della patologia che in seguito prenderà il suo nome (Binetti & Trabucchi, 1993); tali manifestazioni includevano paranoia, allucinazioni, urla e una falsa convinzione di subire abusi sessuali (Kozman, Wattis, & Curran, 2006). La valutazione dei disturbi del comportamento può essere eseguita tramite la scala di valutazione dell’agitazione di Cohen-Mansfield (CMAI), la quale permette di assegnare un punteggio da 1 a 7 a seconda della frequenza con cui un particolare comportamento si manifesta. Essa classifica i comportamenti in tre categorie: comportamenti aggressivi (colpire, dare calci, graffiare, mordere, sputare, spingere, afferrare cose, aggressività verbale), comportamenti fisicamente non aggressivi (manipolare oggetti, vestirsi/svestirsi in maniera inappropriata, irrequietezza, ripetere azioni stereotipate, camminare tentando di spostarsi in altri luoghi) e

comportamenti verbalmente agitati (lamentarsi, continua richiesta di attenzione, negativismo, ripetere le stesse domande o frasi) (Cohen-Mansfield, 1991).

Questi disturbi sono anche conosciuti come *Behavioral and psychological Symptoms of Dementia* (BPSD), termine anglosassone che sta ad indicare una serie di sintomi rilevati nella maggior parte dei pazienti con demenza, che includono aggressività, agitazione e psicosi (Alzheimer's Society, 2014). Una delle prime definizioni di BPSD risale al 1996, anno in cui l'*International Psychogeriatric Association* (IPA) indisse una conferenza con l'obiettivo di chiarire il concetto di disturbo comportamentale; il gruppo giunse alla conclusione che "il termine disturbi comportamentali dovrebbe essere sostituito dal termine sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD), definiti come: sintomi di percezione, contenuto del pensiero, umore o comportamento disturbati che frequentemente si presentano nei pazienti con demenza" (International Psychogeriatric Association [IPA], 2012). I BPSD possono essere suddivisi in sintomi comportamentali, che solitamente vengono identificati attraverso l'osservazione diretta del paziente, e sintomi psicologici, che vengono principalmente valutati sulla base di colloqui con i familiari o attraverso l'esame dello stato mentale del paziente (IPA, 2012):

- Sintomi comportamentali: aggressione fisica, urla, agitazione, irrequietezza, *wandering*, comportamenti culturalmente inappropriati e disinibizione sessuale, accumulare o cercare oggetti, seguire o pedinare (Yahya et al., 2015).
- Sintomi psicologici: umore depresso, euforia, labilità emotiva, irritabilità, ansia, manie di persecuzione, allucinazioni, apatia, disturbi del sonno e dell'appetito (Yahya et al., 2015)

I sintomi comportamentali e psicologici associati a demenza rappresentano circa il 50% dei casi di istituzionalizzazione (Porter & Kaplan, 2011/2014); questo dato è indicativo del livello di stress a cui il *caregiver* è sottoposto. Si stima che più del 50% dei pazienti con demenza in carico a cliniche con regime ambulatoriale, e più del 75% degli ospiti in strutture residenziali manifestino almeno una forma di BPSD; questi sintomi comprendono disturbi deliranti (20%-73%), depressione (80%) e aggressività (20%-50%) (Hersh & Falzgraf, 2007). Ad ogni modo, la prevalenza di un sintomo rispetto ad un altro è correlata al tipo di demenza da cui l'anziano è affetto, come esplicitato nella Tabella I in Allegato 1 (Yahya et al., 2015). Alcuni studi mostrano infatti un maggiore prevalenza di disturbi

deliranti nella malattia di Alzheimer, rispetto alla demenza vascolare; viceversa, la depressione risulta più frequente nella demenza vascolare. I disturbi psichiatrici sono invece associati alle forme miste, mentre le allucinazioni visive sono un sintomo comune nella demenza a corpi di Lewy. Tuttavia, le manifestazioni più frequenti sono rappresentate da agitazione, seguita da depressione, apatia e comportamenti aberranti (Kozman et al., 2006). L'apatia ricorre in circa il 50% dei pazienti nelle fasi iniziali ed intermedie della malattia (Yahya et al., 2015) e si manifesta con riduzione delle reazioni affettive e perdita della motivazione nell'agire quotidiano.

L'origine dei BPSD non è certa. Si presume esistano diversi fattori eziologici coinvolti nello sviluppo di questi sintomi; essi includono aspetti neurobiologici, psicologici (caratteristiche della personalità e capacità di affrontare lo stress) e sociali (fattori legati all'ambiente e al *caregiver*) (Hersch & Falzgraf, 2007).

I disturbi del comportamento e dell'umore nella persona con demenza possono quindi essere interpretati sia come un effetto della patologia stessa, sia come sintomo di un disagio più profondo. La patologia è infatti causa di gravi modificazioni a livello cerebrale; queste alterazioni, clinicamente, si traducono in confusione mentale, disorientamento e difficoltà nel comunicare. Di conseguenza il paziente può non essere in grado di riconoscere i propri bisogni o di comunicarli in maniera efficace; in secondo luogo, una percezione alterata dell'ambiente circostante, come risultato del disorientamento, ha effetto sul modo in cui la persona interpreta la realtà esterna. Ne deriva che, a causa dello stato confusionale, l'anziano non comprende completamente ciò che succede attorno a lui ed alcuni elementi dell'ambiente circostante possono essere erroneamente percepiti come una minaccia (Alzheimer's Society, 2014).

Molto spesso il modo di comportarsi degli altri, la perdita del controllo sulla propria esistenza e la sensazione di non essere capiti o ascoltati, provoca nell'anziano colpito da demenza un senso di frustrazione che sfocia nella messa in atto di comportamenti inadeguati. Allo stesso modo essi possono essere visti come un tentativo del paziente di soddisfare o comunicare un bisogno (per esempio spogliarsi perché sente caldo) (Alzheimer's Society, 2014). Di conseguenza, se l'agitazione risulta essere la manifestazione di problematiche sottostanti quali fame, dolore, febbre, disidratazione, insonnia, l'intervento deve essere mirato a risolvere in primis i fattori scatenanti. Anche la

luce sembra avere un ruolo nell'insorgenza o nel peggioramento dei disturbi sopracitati: è infatti possibile osservare un'esacerbazione della sintomatologia durante le ore serali; questo fenomeno è conosciuto col termine inglese *sundowning*, che rappresenta un chiaro riferimento al tipico peggioramento dei sintomi proprio al tramontare del sole. Si tratta di un fenomeno relativamente frequente, che nelle strutture residenziali colpisce circa il 12-14 % degli ospiti con demenza (Porter & Kaplan, 2011/2014).

In relazione alla dimensione neurobiologica, i meccanismi eziopatologici coinvolti nello sviluppo dei BPSD includono alterazioni sia a livello anatomico che biochimico. Per quel che riguarda le correlazioni neuroanatomiche, si può affermare che a differenti disturbi del comportamento corrispondono diverse aree cerebrali alterate. Per esempio, ad una maggiore densità di neurofibrille a livello della neocorteccia, si associa un maggiore rischio di sviluppare psicosi (Yahya et al., 2015). Allo stesso modo, disfunzioni nei livelli di alcuni neurotrasmettitori possono contribuire alla comparsa di BPSD; nella demenza frontotemporale, l'agitazione può essere ricondotta ad un'aumentata attività dopaminergica mentre l'aggressività ad una mancata regolazione della trasmissione della dopamina; l'apatia invece nella malattia di Alzheimer sembra dovuta ad un deficit colinergico. Una maggiore aggressività sembra infine essere il risultato di un'anomalia nei sistemi GABA-ergico, noradrenergico e serotoninergico (Yahya et al., 2015).

1.3 Trattamenti farmacologici e non farmacologici

L'approccio di tipo farmacologico nel trattamento dei disturbi comportamentali deve essere adottato esclusivamente laddove gli interventi non-farmacologici hanno fallito; il farmaco deve essere scelto avendo come *target* i sintomi più intollerabili ed è necessaria una continua rivalutazione del quadro clinico del paziente (Porter & Kaplan, 2011/2014). I sintomi maggiormente suscettibili a trattamento sono l'agitazione, l'insonnia, la psicosi, la depressione e l'ansia (Rakel & Bope, 2006). Di conseguenza le classi di farmaci più comunemente prescritte sono:

- Antipsicotici. L'utilizzo di antipsicotici tipici (aloperidolo), oltre a migliorare la psicosi, sembra agire sui livelli di aggressività, mentre gli effetti sull'agitazione non sono stati dimostrati (Kozman et al., 2006). Il ricorso a neurolettici atipici (risperidone,

olanzapina, quetiapina) è comunque preferibile, a causa dei minori effetti collaterali (Porter & Kaplan, 2011/2014)

- Ipnotico-sedativi. Il trattamento di ansia e insonnia prevede l'uso di benzodiazepine (lorazepam, oxazepam) e di ansiolitici non benzodiazepinici (buspirone) (Rakel & Bope, 2006).
- Antidepressivi. Il trattamento dei sintomi depressivi si basa sull'utilizzo di antidepressivi triciclici (nortriptilina) e inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) come sertralina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina (Rakel & Bope, 2006).

I principali effetti collaterali dei farmaci sono riportati in Tabella II in Allegato 1.

Per quanto concerne i trattamenti non farmacologici dei disturbi dell'umore e del comportamento nelle persone affette da demenza, i principali interventi descritti in letteratura sono:

- la musicoterapia (Lawlor, 2002). La musica stimola interesse nella persona promuovendo l'affiorare di emozioni positive e l'interazione con gli altri (IPA, 2012);
- l'aromaterapia (Hersch & Falzgraf, 2007). Viene effettuata attraverso l'utilizzo di olio di lavanda e di melissa, sostanze che hanno proprietà sedative (IPA, 2012);
- le attività legate all'arte. Permettono alla persona di innalzare il loro livello di espressività (Fitzsimmons, Barba, & Stump, 2015);
- la *pet therapy*. Avvalendosi di diversi animali (cane, gatto, coniglio) è possibile aumentare il buon umore, l'interazione con gli altri e il benessere dell'assistito (Ministero della Salute, 2015);
- la terapia della bambola.

1.4 La Terapia della bambola

Prima di passare alla descrizione della terapia, è doveroso soffermarsi su alcune teorie che possono aiutare a comprendere i meccanismi sottostanti alle attività di accudimento, al fine di spiegare in che modo la bambola agisce sulla dimensione psicologico-affettiva della persona. A questo proposito, Winnicott, nel descrivere il processo di crescita, afferma che il bambino passa dall' "onnipotenza allucinatoria originaria" all'illusione, ossia l'area

intermedia tra onnipotenza e realtà. Per promuovere lo sviluppo del bambino, è necessario che la madre ponga fine a queste illusioni, introducendo nella mente del bambino la realtà, in maniera graduale, attraverso il gioco. L'area dell'illusione corrisponde quindi all'area del gioco. In particolare, Winnicott introduce i concetti di *oggetto transizionale* e *area transizionale* per designare quello spazio intermedio che si trova tra mondo interno e mondo esterno. L'oggetto transizionale è quindi qualcosa di concreto che permette al bambino di avvicinarsi alla realtà in maniera graduale (Blandino, 2009). In questo senso, la bambola può assumere il valore di oggetto intermediario, di cui la persona si serve per creare nuovi canali comunicativi con l'esterno (Cilesi, 2009). Similmente, *la teoria dell'attaccamento* è in grado di chiarire alcune delle ragioni che stanno alla base delle attività di accudimento rivolte all'oggetto-bambola. Il termine *attaccamento* è stato introdotto per la prima volta da John Bowlby. L'idea centrale del pensiero di Bowlby è così sintetizzata: i primi legami affettivi con la figura di accudimento influenzano i futuri meccanismi di adattamento all'ambiente dell'individuo e contemporaneamente ne plasma le funzioni relazionali ed emotive. Ad ogni modo l'attaccamento non risponde unicamente ad esigenze di carattere biologico (per esempio il nutrirsi) , esso corrisponde a quel bisogno insito nella natura umana di stringere relazioni con gli altri e che si protrae per tutta la vita della persona (Blandino, 2009). Questa teoria può essere una valida spiegazione dell'efficacia della terapia della bambola, nella misura in cui l'oggetto può andare incontro ai bisogni di attaccamento dell'anziano, risvegliando emozioni sperimentate in passato (Pezzati et al., 2014).

La terapia della bambola è un trattamento di tipo non farmacologico che viene applicato in area geriatrica per il trattamento dei disturbi comportamentali nella persona affetta da demenza. Questi segni e sintomi includono agitazione, irritabilità, ansia, aggressività, *wandering*, depressione e apatia (Cilesi, 2008). In sostanza, gli obiettivi che si vogliono raggiungere attraverso l'utilizzo della bambola sono: diminuzione dell'agitazione, diminuzione del *wandering*, diminuzione dei momenti di inattività, stimolazione dell'attenzione e della concentrazione (Fondazione I.P.S. Cardinal Giorgio Gusmini, 2008).

Per quanto riguarda l'aspetto metodologico, esistono diverse tecniche attraverso cui la terapia della bambola può essere applicata. La terapia può innanzitutto essere effettuata in

sessioni di durata prestabilita (Cilesi, 2010) oppure al bisogno, nei momenti di maggiore irrequietezza (Fondazione I.P.S. Cardinal Giorgio Gusmini, 2008). È altresì possibile creare uno spazio dedicato all'interno della struttura residenziale, una *nursery*, in cui gli ospiti possano scegliere la propria bambola e svolgere attività di accudimento (Cilesi, 2010). In relazione al tipo di strumento utilizzato per la terapia, esiste una certa variabilità nella scelta dell'oggetto in questione. Il professionista ha la possibilità di orientarsi verso un tipo di bambola con fisionomia simile a quella di un neonato o, in alternativa, la scelta può ricadere su oggetti la cui forma si allontana del tutto dall'aspetto della bambola "tradizionale" (figure in Allegato 2). In Tabella I si riportano alcuni esempi di oggetti utilizzati in diversi studi.

Tabella I Oggetti utilizzati in alcuni studi

Studio	Bambola utilizzata
Cilesi (2011) e Pezzati et al. (2014)	<i>Empathy Doll</i>
Lash (2006)	Orsacchiotto
Tamura et al. (2001)	3 bambole dalla fisionomia umana e con tratti asiatici
Tamura et al (2004)	Animali robotici e non

Nel mettere in atto la terapia della bambola, il professionista può confrontarsi con tre diversi atteggiamenti da parte dell'assistito: la persona può riconoscere la bambola come oggetto inanimato o come un vero neonato oppure può alternare momenti di accudimento a momenti di rifiuto (Cilesi, 2007). Secondo le linee guida delineate dall'organizzazione *Alzheimer's Australia*, prima di applicare la terapia, è necessario valutare attentamente l'assistito; in particolare il professionista dovrebbe identificare eventuali traumi relativi alla vita familiare o genitoriale della persona che possano minare l'efficacia della terapia, indagare le preferenze relative al tipo di bambola da utilizzare e le pratiche culturali insite nel soggetto in riferimento alla cura dei bambini o degli animali domestici. È altresì doveroso fare alcune precisazioni rispetto all'introduzione della bambola: è importante non costringere l'assistito ad accudire la bambola, ma lasciare alla persona il tempo di sviluppare l'interesse verso l'oggetto; se il soggetto percepisce la bambola come un neonato, non è indicato tentare di riportare la persona alla realtà. Infine risulta necessario valutare costantemente le reazioni dell'assistito verso l'oggetto-bambola, informare ed

esaminare il punto di vista dei familiari, poiché alcuni membri della famiglia potrebbero non percepire la bambola come terapeutica, e coinvolgere tutta l'équipe nella stesura del progetto terapeutico al fine di preservare la dignità dell'individuo.

1.5 Rilevanza per la professione

L'Organizzazione mondiale della sanità concepisce la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" (OMS, 2006, p.1); questa definizione di salute si ricollega al concetto di bisogno composto da dimensione bio-fisiologica, psicologica e socioculturale, sostenuto dalle massime ricercatrici e teoriche del *nursing* (Manzoni, 2014). Da queste definizioni, pietre miliari dell'assistenza, si deduce che l'infermieristica ha lo scopo di aiutare l'individuo sano o malato a migliorare il proprio stato di salute attraverso l'identificazione dei bisogni che sono non solo di natura fisica ma anche relazionale, psichica e sociale.

Nel profilo professionale dell'infermiere, all'art.1 si legge "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 disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria" (Ministero della Salute, 2005). Questa frase identifica il campo d'azione proprio dell'infermiere, i cui interventi hanno lo scopo di promuovere il benessere in qualsiasi stadio della vita dell'individuo attraverso la relazione e l'educazione. Considerando che le persone affette da demenza possono manifestare alterazioni del comportamento e dell'umore correlate alla malattia ma soprattutto all'incapacità di comunicare verbalmente un bisogno, sarà quindi compito del professionista infermiere cercare ogni strategia per riconoscere tale bisogno e mettere in atto interventi specifici al fine di garantire alla persona il soddisfacimento dello stesso (sia esso di natura fisica, relazionale o psichica).

Riferendosi sempre al profilo professionale 739/94, l'infermiere durante il percorso assistenziale, ha certamente il dovere e la responsabilità di gestire il processo di somministrazione del farmaco (rilevando e valutando i suoi benefici e i suoi effetti avversi), ma nel trattare i BPSD, è doveroso considerare che non è possibile avvalersi solo dell'utilizzo di farmaci. In questo caso la letteratura scientifica indirizza i professionisti,

come riportato nei paragrafi precedenti, a trattare i disturbi del comportamento nell'anziano affetto da demenza con approcci in un primo *step* non farmacologici.

Inoltre il profilo professionale sancisce che l'infermiere “agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali” (Ministero della Salute, 2005).; questo concetto viene ribadito anche dal Codice Deontologico, che all'Articolo 14 riporta “L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.” (IPASVI, 2009, p.6). Entrambe le affermazioni si riferiscono all'aspetto collaborativo della professione infermieristica e sottolineano l'importanza di collaborare con le altre figure professionali (psicologo, logopedista, fisioterapista, medico) nella definizione del progetto assistenziale individuale, mettendo in risalto il valore del lavoro in *équipe*. La scelta di un approccio non farmacologico, quale la terapia della bambola, è l'evidenza operativa dei concetti sopra elencati in quanto frutto della condivisione e della collaborazione di più professionisti che mettono al servizio della persona competenze diverse per un obiettivo comune: il benessere globale della persona in questa particolare situazione di vita.

I problemi comportamentali e dell'umore, infine, sono un fattore di stress, ansia, paura, talvolta vergogna, non solo per il paziente, ma anche per i familiari. L'infermiere che conosce non deve quindi limitarsi ad assistere l'anziano, ma ha altresì il dovere di sostenere, educare ed informare le persone che gli stanno vicino, come descritto dal Codice Deontologico nell'art.39, in cui si legge “L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito,[...]” (IPASVI, 2009, p.10). Conoscere diversi interventi non farmacologici tra cui quello oggetto di studio della terapia della bambola (quando, come, e se vale la pena applicarlo, come valutare gli esiti), diventa essenziale per l'infermiere che deve educare il *caregiver* o la famiglia, trasferendo delle modalità di gestione del proprio caro affetto da demenza e BPSD.

Per l'infermiere quindi approfondire questo tema significa realizzare operativamente alcuni dei principi e delle norme che determinano l'agire professionale e in particolare:

- prendersi cura della persona anziana affetta da demenza attraverso un approccio globale che considera il benessere della persona come realizzazione di bisogni fisici ma anche relazionali, psichici e sociali nonché sostenere le famiglie e i *caregiver*;

- attuare nella pratica quotidiana l'assistenza infermieristica con “interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico scientifica, relazionale e educativa” (IPASVI , 2009, p.3);
- analizzare con un approccio critico propositivo l'evidenza scientifica disponibile sull'argomento per attuare interventi che si ispirino a prove di efficacia.

Inquadrato in questo capitolo il problema e l'oggetto dello studio, il capitolo 2 sarà dedicato alla descrizione della metodologia utilizzata per la ricerca della letteratura in riferimento alla terapia della bambola come intervento terapeutico.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

In questa sezione verranno descritte le metodologie utilizzate per la ricerca di articoli scientifici in riferimento alla terapia della bambola nella gestione dei disturbi del comportamento e dell'umore nell'anziano affetto da demenza. Il tema proposto è stato indagato attraverso due strategie di ricerca: ricerca su *database* medici e ricerca di letteratura grigia.

2.1 Ricerca su *database* medici

La prima strategia di ricerca è stata effettuata su *database* medici attraverso i motori di ricerca di "Pubmed" e di "CINAHL", collegandosi tramite il sistema "auth-proxy" della Biblioteca Pinali dell'Università degli Studi di Padova. Di seguito si riportano le parole chiave utilizzate per la ricerca:

- doll therapy
- play therapy
- behavioral problems
- nursing
- psychomotor agitation
- prevention and control
- non pharmacological interventions
- play and playthings
- rehabilitation nursing
- dementia

Le stringhe di ricerca, riportate in Tab. IV, sono state formulate avvalendosi sia di parole libere, che di termini Mesh. Sono stati selezionati 18 articoli in *full text*, perché inerenti all'argomento di tesi; sono invece stati esclusi gli articoli che non trattavano specificatamente la terapia della bambola nell'anziano con demenza e quelli di cui non era disponibile il *full text*. Il report della ricerca effettuata sui *database* medici è riassunto in nella tabella in Allegato 3.

3.2 Ricerca di letteratura grigia

Vista la limitata disponibilità di articoli scientifici in riferimento alla terapia della bambola e la scarsa attenzione che fino ad ora è stata riversata dalla comunità scientifica e professionale verso il tema si è ritenuto di consultare materiale proveniente dalla letteratura

grigia esplicitando l'importanza della stessa (Soule & Ryan, 1999; Turner, Liddy, Bradley, & Wheatley, 2005) per completare la ricerca, nonché comprendere se e come l'argomento sia stato trattato nel contesto nazionale. In primo luogo sono state effettuate due ricerche con il motore di ricerca *Google Scholar*. Inserendo le parole chiave “dementia” e “doll therapy” sono stati trovati 117 articoli, dei quali ne sono stati selezionati 4 perché in linea con lo scopo della tesi. La seconda ricerca è stata effettuata inserendo le parole chiave “doll therapy” e “geropsychiatric inpatients”; è stato selezionato un unico articolo su un totale di 59. In seguito è stato contattato il dott. Ivo Cilesi, responsabile di alcuni progetti sperimentali avviati in Italia, il quale ha fornito 6 articoli in merito alla terapia della bambola, disponibili sul sito www.ivocilesi.it. I metodi utilizzati per consultare la letteratura grigia sono riassunti in Tabella II.

Tabella II Report dei risultati da letteratura grigia

Data acquisizione	Modalità acquisizione	Parole chiave	Numero fonti selezionate
2/10/2015	Google Scholar	dementia and “doll therapy”	4 su 117
2/10/2015	Google Scholar	doll therapy and geropsychiatric inpatients	1 su 59
2/10/2015	www.ivocilesi.it	/	6

Descritta la metodologia per la ricerca delle fonti bibliografiche, verranno sintetizzate nel prossimo capitolo, le principali caratteristiche degli studi selezionati e i risultati degli stessi.

CAPITOLO 3: RISULTATI

In questo capitolo verranno esposti i risultati descritti negli articoli acquisiti attraverso la metodologia di ricerca sintetizzata nel capitolo 2 (in Allegato 4, tabella con le caratteristiche principali degli articoli).

L'efficacia della terapia della bambola nell'assistere l'anziano affetto da demenza è supportata da alcune revisioni di letteratura (Mitchell & O'Donnell, 2013; Mitchell, 2014; Hahn, 2015; Heathcote & Clare, 2014; Higgins, 2010; Remington et al., 2006; Turner & Sheperd, 2014), di cui una sistematica (Fernandez, Arthur, Fleming & Perrin, 2014) in cui i benefici descritti sono:

- riduzione dei comportamenti inappropriati
- riduzione dell'agitazione, dell'aggressione e dell'ansia
- riduzione del *wandering*
- aumento del benessere e dell'interazione con lo staff e i familiari

Le prove empiriche a sostegno di questi risultati, derivano in primo luogo da tre sperimentazioni (Mackenzie, James, Morse, Mukaetova-Ladinska & Reichelt, 2006; James, Mackenzie & Mukaetova-Ladinska, 2006; Ellingford, James & Mackenzie, 2007), effettuate da team provenienti *dal Centre for the Health of the Elderly del New Castle General Hospital* in strutture per anziani con disturbi mentali, con l'intento di dimostrare l'efficacia della terapia della bambola come strumento terapeutico nell'anziano affetto da demenza. Il primo di questa serie di studi è stato condotto da Mackenzie et al. (2006) su un campione che includeva 37 ospiti di due strutture e 46 membri dello staff. Sono stati indagati 6 aspetti del comportamento della persona in seguito all'introduzione della bambola (agitazione, interazione con gli altri ospiti e i membri dello staff, livello di attività e di felicità e disponibilità nel sottoporsi ad attività di cura personale). Ciascun dominio è stato valutato assegnando un punteggio da 1 a 5 (dove 1 corrisponde a "di meno" e 5 a "di più") e successivamente sono state raccolte le percezioni dello staff in merito ai benefici della terapia. L'analisi dei questionari ha dimostrato che gli ospiti in terapia con la bambola hanno presentato un miglioramento in tutti e sei i domini esaminati; gli autori affermano che gli ospiti apparivano più attivi e felici, meno agitati, interagivano più spesso con gli altri ed erano più disponibili a sottoporsi alle attività assistenziali. In due casi, il punteggio ottenuto è stato di 5 negli item "attività", "interazione con lo staff",

“interazione con gli altri ospiti”, “livello di felicità” e “disponibilità a sottoporsi alla cura personale”, mentre il punteggio nel dominio “agitazione” è stato di 1. Per quanto riguarda le percezioni dello staff, 18 operatori hanno riferito che gli ospiti apparivano più calmi; 5 operatori hanno percepito un maggiore livello di felicità; 3 operatori hanno evidenziato un miglioramento dello *wandering*. Inoltre, il 93% dello staff ha riferito che la bambola ha favorito la comunicazione con la persona. Avvalendosi di un questionario simile (è assente l’*item* che riguarda la *compliance*), James et al. (2006) hanno condotto uno studio su 13 soggetti, con l’obiettivo di dimostrare i benefici derivanti dall’utilizzo di bambole e orsacchiotti nella gestione dei pazienti con demenza (nel 93% dei casi è stata utilizzata una bambola). Si è assistito ad un miglioramento in tutti i domini presi in esame (agitazione, interazione, livello di felicità e di attività) e nessuno degli ospiti ha subito un peggioramento del benessere durante il periodo di sperimentazione. I punteggi medi per ciascun dominio durante la terapia sono stati: 4.06 per il dominio “attività”, 4.38 per “interazione con lo staff”, 4.25 per “interazione con gli altri ospiti”, 4.35 per “livello di felicità” e 3.47 per “agitazione”. Dai risultati dello studio si evince che le percezioni dei membri dello staff rispetto all’impatto di questo tipo di terapia sullo stato affettivo e comportamentale sono state complessivamente positive; alcuni di loro hanno infatti riportato che la persona appare “molto meno ansiosa”, “più felice ed espressiva” e che si è verificato un miglioramento del *wandering*. Esiti simili sono stati ottenuti da Ellingford et al. (2007), i quali, attraverso uno studio retrospettivo sui dati di 66 ospiti, hanno esaminato i benefici della terapia della bambola analizzando l’incidenza di alcuni comportamenti nel periodo precedente e successivo all’introduzione di questo strumento e le ripercussioni sul carico farmacologico. I risultati sono in linea con la teoria iniziale che sostiene la validità della bambola come intervento terapeutico nella gestione delle problematiche di tipo comportamentale. La ricerca ha infatti evidenziato, in primo luogo, un incremento dei comportamenti positivi (umore sereno, socializzazione, coinvolgimento nelle attività) la cui media giornaliera è passata da 6.32 nel periodo precedente all’introduzione della bambola, a 14.21 nel periodo successivo; in secondo luogo, si è potuto assistere ad una diminuzione dei comportamenti negativi (*wandering*, mancata *compliance*, isolamento, umore depresso, agitazione, ansia) con una media iniziale di 13.71, contro un valore di 8.03 nel periodo successivo all’introduzione della bambola; infine, si è verificato un decremento nell’incidenza dei comportamenti aggressivi (verbali e fisici), la cui media è

passata da 1.29 a 0.32. Non sono emersi dati significativi rispetto alla riduzione della terapia neurolettica. In riferimento all'aggressività, Lash (2005) riporta il caso di un'assistita costantemente agitata e con la tendenza ad urlare ed inveire contro lo staff; instaurando un rapporto con un orsacchiotto, la persona è riuscita ad esprimere il proprio disagio fisico, risultando in un miglioramento della verbalizzazione e della dimensione emotiva. Secondo altri studi la bambola sarebbe uno strumento che favorisce il benessere della persona affetta da demenza. A questo proposito, Fraser e James (2008) , attraverso una serie di interviste a 8 professionisti ed operatori (2 psicologi, 2 infermieri, due operatori non qualificati, uno psichiatra, un terapeuta occupazionale), hanno sviluppato un modello esplicativo relativo alle percezioni dell'équipe, rispetto all'utilizzo della bambola nel promuovere il benessere degli anziani con demenza nelle strutture residenziali. Dal modello emerge che gli intervistati hanno rilevato miglioramenti nella comunicazione e nell'interazione, in quanto la terapia permette alla persona di coinvolgersi in attività finalizzate, stimola il riaffiorare di ricordi passati e riduce la tendenza della persona ad isolarsi creando le occasioni per attività di gruppo. Significativa è l'affermazione di uno degli intervistati in merito alla terapia della bambola: "Una donna che era molto agitata, costantemente durante il giorno, tentava di uscire dalla struttura, picchiando alla porta, cercando di uscire attraverso le finestre [...] voleva disperatamente uscire per tornare a casa ad accudire i suoi figli. Una volta introdotte le bambole, la bambola è diventata quel bambino che lei desiderava accudire" (Fraser & James, 2008)

Uno studio condotto su 51 utenti di una struttura coreana (Shin, 2015) ha indagato gli effetti specifici della terapia della bambola sul comportamento (verbalizzazione, aggressività, *wandering*, comportamenti ossessivi), sull'umore e sul livello di socializzazione (interazione con gli altri e coinvolgimento nelle attività), attraverso la somministrazione di un questionario a 10 operatori nel periodo precedente e successivo all'introduzione della bambola. Dall'analisi dei dati è emerso che la bambola ha contribuito a ridurre le urla, il *wandering*, i comportamenti ossessivi e l'aggressività ($p < 0.01$). L'umore positivo ha subito un incremento ($p < 0.01$) a discapito della depressione che invece si è ridotta ($p < 0.01$). Infine la bambola ha avuto effetto sul livello di socializzazione degli assistiti, aumentando le interazioni con lo staff, i familiari e gli altri ospiti ($p < 0.01$).

Per quanto riguarda il *sundowning*, l'efficacia della bambola in questo tipo di fenomeno è stato osservato da un gruppo ricercatori giapponesi attraverso uno studio che ha coinvolto 13 pazienti con demenza di tipo Alzheimer (Tamura et al., 2001). Ai fini della ricerca sono stati scelti soggetti che presentassero un'esacerbazione del *wandering* e del livello di agitazione dopo cena o al tramonto. Nella prima fase di sperimentazione, sono state osservate e classificate le modalità di interazione con tre tipi diversi di bambola da parte del paziente (nessuna reazione, osservazione da vicino, prendersene cura, comunicazione con altri pazienti); l'elevato numero di azioni messe in atto dai pazienti (308, 289 e 261 per le bambole A, B e C rispettivamente) mette in evidenza, in questo studio, la capacità della bambola di stimolare l'interesse della persona; le attività più frequenti svolte dalla persona con la bambola sono risultate essere il prendersi cura della stessa e l'osservarla da vicino. Il secondo esperimento è stato condotto dopo cena, monitorando le reazioni dei pazienti e categorizzandole in 5 domini (nessuna reazione, guardarla brevemente, prendersene cura, comunicazione, *wandering*, agitazione); infine è stato eseguito un monitoraggio individuale del soggetto che aveva dimostrato maggiore interesse verso l'oggetto. Per quanto riguarda la dimensione comunicativa, i soggetti apparivano più inclini all'interagire con gli altri, grazie alla capacità della bambola di facilitare il coinvolgimento della persona nella conversazione. L'oggetto ha inoltre avuto effetto calmante, che si è tradotto in una diminuzione del *wandering* e dell'agitazione. Risultati simili sono stati ottenuti da uno studio (Tamura et al., 2004) in cui l'utilizzo di diversi animali giocattolo (robotici e non) ha incrementato il livello di attività (985 e 608 reazioni rispettivamente per l'animale di pezza e per quello robotico), di comunicazione, di socializzazione e di benessere.

Il concetto di attaccamento sta alla base del lavoro di Pezzati et al. (2014), il cui obiettivo è quello di studiare l'efficacia della terapia della bambola attraverso la teoria sviluppata da Bowlby. L'esperimento ha analizzato i diversi comportamenti assunti dal gruppo sperimentale (soggetti già in terapia con la bambola) e dal gruppo controllo (soggetti non in terapia con la bambola) durante i 4 *step* dello studio (presentazione dell'oggetto, separazione dall'infermiere, interazione con l'oggetto, separazione dall'oggetto). Durante la fase 2, il gruppo sperimentale ha accettato più facilmente la separazione dall'infermiere rispetto al gruppo controllo; per quanto riguarda l'interazione con l'oggetto, i soggetti già in terapia con la bambola hanno mostrato attività di esplorazione (48,13% dei soggetti) e di *caregiving* (93,48% dei soggetti) più frequenti rispetto ai membri del gruppo di controllo

(15,73% e 28,71% per esplorazione e *caregiving* rispettivamente). I risultati supportano la teoria secondo cui la bambola, favorendo l'interazione e la relazione di attaccamento, contribuisce alla riduzione dei problemi comportamentali ed emotivi del paziente con demenza. Similmente, Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein e Freedman, (2010), nel loro studio su 111 ospiti di una casa di riposo nel Maryland, hanno dimostrato che l'utilizzo di una bambola, definita come stimolo sociale simulato, riduce l'agitazione fisica (affaccendamento, comportamenti ripetitivi) e verbale (urlare, lamentarsi, ricerca di attenzione). I comportamenti sono stati valutati assegnando un punteggio da 1 a 9 (massimo livello di agitazione) e successivamente è stata calcolata la media dei punteggi di tutti i partecipanti allo studio. Se inizialmente i soggetti presentavano un punteggio medio di 6.40, la media calcolata dopo l'esposizione allo stimolo-bambola si attestava sul 5.51, indice del fatto che questo tipo di strumento contribuisce all'abbassare il livello di agitazione. Risultati analoghi sono emersi in cinque diversi case report descritti da Bailey, Gilbert e Herweyer (1992), in cui l'équipe, utilizzando bambole e animali di pezza, è riuscita a ridurre l'agitazione, l'apatia, migliorare la comunicazione e l'umore e, in un caso, ad alleviare il carico farmacologico. In particolare, lo staff ha riferito che una delle pazienti in presenza della bambola "è diventata più comunicativa" e "appare felice e contenta", mentre un'altra ospite "ride sempre". In relazione alla diminuzione del carico farmacologico, Green et al. (2011) hanno effettuato uno studio per determinare gli effetti della terapia della bambola nel ridurre i problemi comportamentali e il dosaggio di antipsicotico. L'analisi dei dati ha evidenziato che le persone che presentavano comportamenti "negativi" (agitazione, aggressione, affaccendamento, *wandering*) e utilizzavano una bambola ricevevano un numero di dosi di Haldol minore rispetto ai soggetti che non possedevano una bambola (in media 0.77 dosi contro 2.12 dosi). L'effetto calmante delle bambole è emerso in altri *case report* da Heathcote e Clare (2014); in particolare essa è risultata efficace nel contenere l'agitazione al momento del pasto e nel ridurre gli episodi di *wandering*. Questi ultimi si configuravano come tentativi da parte della paziente di tornare nella sua abitazione precedente, recandosi verso l'uscita della struttura. In questo senso la bambola ha agito "assorbendo i suoi sentimenti di angoscia e panico" derivanti dal senso di frustrazione nel trovarsi in un luogo per lei estraneo. Per quanto riguarda l'impatto della terapia della bambola sull'umore, esso è stato descritto da Baumann (1990) in riferimento ad una donna in costante stato depressivo, che la portava

ad isolarsi e mettere in atto comportamenti ripetitivi. L'oggetto le ha permesso di svolgere attività finalizzate con conseguente miglioramento della dimensione affettiva, comunicativa e relazionale. Esiti comparabili sono stati ottenuti anche da Higgins (2010), la quale ha riportato come una bambola abbia innalzato l'umore di un'assistita, rendendola allo stesso tempo più espressiva.

Per quanto riguarda la realtà italiana, la validità della terapia della bambola in soggetti affetti da demenza che presentano disturbi del comportamento viene supportata dal dott. Ivo Cilesi. L'autore sostiene come la bambola possa facilitare gli interventi assistenziali (Cilesi, 2009), favorire il rilassamento (Cilesi, 2010) e ridurre i disturbi d'ansia, il *wandering*, l'agitazione e i disturbi del sonno (Cilesi, 2007; 2009). In uno dei suoi articoli, Cilesi (2011) riassume i risultati ottenuti dal monitoraggio di 6 soggetti in terapia con una bambola per un periodo di 15 giorni. L'osservazione ha rilevato: la riduzione dei comportamenti disturbati (aggressività, agitazione, ansia, apatia, depressione, disturbi del sonno) in tutti gli assistiti, la riduzione della terapia farmacologica e della terapia al bisogno in due soggetti, l'aumento dell'espressività in tutti i soggetti e la riduzione dell'agitazione al momento del pasto in un'assistita. Le percezioni degli operatori si sono rivelate positive (il 48% ha sostenuto i benefici della bambola, il 38% era indeciso e il 19% ha dato valutazione negativa.). Risultati analoghi sono riportati nella descrizione del caso di un'ospite di un centro diurno (Fondazione I.P.S. Cardinal Gusmini, 2008): la persona, che inizialmente appariva agitata ed aggressiva nelle sue continue richieste di attenzione, ha beneficiato della bambola manifestando un atteggiamento più calmo e rilassato.

Infine, Andrew (2006) e Mitchell e Templeton (2014), trattano l'argomento da un punto di vista etico e affermano che la bambola, migliorando i problemi comportamentali, contribuisce nel preservare la dignità e il benessere della persona; allo stesso tempo essa può avere un effetto calmante anche sugli altri ospiti, poiché grazie alla riduzione degli episodi di aggressività fisica e verbale, l'ambiente diventa un luogo più sicuro e confortevole. Controversie emergono in merito al meccanismo di "inganno" che può verificarsi nel momento in cui la persona non riconosce la bambola come oggetto inanimato, bensì come neonato e rispetto alle opinioni dei familiari che possono percepire la terapia come umiliante.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

In questo capitolo verranno discussi i risultati ottenuti dalla revisione della letteratura, e sintetizzati nel capitolo 3, analizzando i limiti della ricerca e le possibili implicazioni per la pratica infermieristica.

4.1 Discussione dei risultati

Nonostante le prove empiriche in questo campo siano limitate, i risultati ottenuti dagli studi condotti finora, sostengono la validità della terapia della bambola nella gestione dei disturbi comportamentali e dell'umore nell'anziano affetto da demenza. Riduzione dell'agitazione, dell'aggressività fisica e verbale e del *wandering*, insieme all'incremento nei livelli di attività, di socializzazione e di comunicazione sembrano essere i principali benefici derivanti dall'introduzione della bambola. In relazione al carico farmacologico, la terapia della bambola si è in alcuni casi dimostrata efficace nel diminuire il dosaggio di antipsicotici (Green et al., 2011) e ansiolitici (Cilesi, 2011; Bailey et al., 1992), mentre in uno studio non si sono evidenziati significativi risultati rispetto all'utilizzo di neurolettici (Ellingford et al., 2007). Il miglioramento delle dimensioni della vita affettiva, relazionale e comportamentale dell'individuo si traduce in un significativo innalzamento del benessere della persona, grazie alla peculiarità propria dell'oggetto-bambola di contribuire al soddisfacimento di alcuni dei bisogni innati dell'individuo, quali attaccamento, interazione, attività dirette ad uno scopo ed identità (Fraser & James, 2008; Pezzati et al., 2014). Questi effetti vengono evidenziati oltre che dagli studi osservazionali, anche da alcune revisioni di letteratura (Mitchell & O'Donnell, 2013; Mitchell, 2014; Hahn, 2015; Heathcote & Clare, 2014; Higgins, 2010; Remington et al., 2006; Turner & Sheperd, 2014), di cui una sistematica (Fernandez et al., 2014), e da diversi *case report* (Baumann, 1990; Bayley et al., 1992; Fondazione I.P.S. Cardinal Gusmini, 2008; Heathcote & Clare, 2014; Higgins, 2010; Lash, 2005), in cui si fa riferimento all'effetto calmante della bambola, nel contenere il senso di frustrazione e di angoscia derivante dal costante senso di disorientamento. In particolare si è rivelata utile nel ridurre l'agitazione, l'ansia e l'apatia (Bayley et al., 1992), nel diminuire gli episodi di *wandering* (Heathcote & Clare, 2014) e di aggressività (Fondazione Cardinal Gusmini, 2008; Lash, 2005) e nel migliorare l'umore e l'espressività (Baumann, 1990; Higgins, 2010). I comportamenti inappropriati vengono

quindi sostituiti da attività come il vestire e svestire la bambola, l'osservarla, il cantare, il parlare con l'oggetto, l'abbracciarlo, il sorridere. In questo senso il prendersi cura della bambola può esaltare la dignità dell'individuo, nella misura in cui la persona ha l'opportunità di svolgere attività di *caregiving* piuttosto che riceverle (Andrew, 2006). In conclusione, da quanto emerge da una serie di interviste effettuate sui membri dell'*équipe* assistenziale, le percezioni degli operatori rispetto a tale approccio sono complessivamente positive (Fraser & James, 2008). Dal punto di vista etico, la terapia della bambola nella gestione dell'anziano con demenza ha sollevato alcune questioni riguardanti la dignità della persona (Andrew, 2006). La famiglia può percepire il ricorrere a questo tipo di oggetto come un approccio umiliante ed infantile, che non soddisfa il principio di non maleficenza. Allo stesso modo, il principio di veridicità potrebbe venir meno nel momento in cui l'infermiere sostiene la persona che crede di abbracciare un neonato anziché un oggetto inanimato. Tuttavia, se da un lato la bambola è percepita come una minaccia alla dignità dell'individuo, gli effetti che essa produce sono in linea con i principi di beneficenza (minimizzando i disturbi dell'umore e del comportamento, si promuove il benessere) e di autonomia (la persona è libera di scegliere se utilizzare o meno la bambola) (Andrew, 2006; Mitchell & Templeton, 2014).

4.2 Limiti della ricerca

Le prove empiriche che dimostrano l'efficacia della terapia della bambola nella gestione dei disturbi dell'umore e del comportamento sono limitate; in molti casi i risultati vengono determinati in base alle uniche percezioni del personale sanitario, piuttosto che su dati raccolti oggettivamente. Tale mancanza, unita all'assenza di strumenti validati per la valutazione e la raccolta dati, si configurano come potenziali fonti di errore. Le caratteristiche dei soggetti esaminati possono allo stesso modo aver prodotto dei *bias*. I campioni sono infatti limitati in termini di quantità e, dal momento che non è possibile prevedere con certezza quali persone accetteranno la bambola (James et al., 2006), la scelta del campione non viene effettuata in maniera sistematica. La maggior parte dei soggetti risulta essere di sesso femminile; ad ogni modo non si sono rivelate differenze sostanziali nei due generi rispetto alle reazioni verso l'oggetto-bambola (James et al., 2006; Tamura et al., 2001). Oltre a ciò, gli articoli fanno riferimento a più forme di demenza, rendendo difficile un confronto tra i risultati (in alcuni casi vengono inclusi unicamente soggetti con

malattia di Alzheimer, mentre in altri articoli il campione è formato da persone affette da più forme di demenza). I *setting* sono frequentemente circoscritti ad un'unica area geografica (tre studi sono stati condotti nell'area di New Castle) ed alcuni degli autori ricorrono spesso in più articoli, di conseguenza i risultati ottenuti potrebbero non essere del tutto obiettivi e generalizzabili. Infine è necessario sottolineare che in ciascuno studio vengono utilizzati differenti tipi di oggetto: bambole con fisionomie o forme diverse, orsacchiotti, animali di pezza, animali robotici. Per questo motivo, i benefici derivanti da tale terapia potrebbero subire modificazioni a seconda dello strumento adottato. Nell'Allegato 5 si sintetizzano in una tabella i limiti e i punti di forza della ricerca.

4.3 Implicazioni per la pratica e sviluppi futuri

Pur considerando i limiti sopra descritti, la letteratura corrente supporta l'ipotesi iniziale che sostiene la validità della terapia della bambola nella gestione dei disturbi del comportamento e dell'umore nell'anziano con demenza. La riduzione dell'agitazione, dell'aggressività e del *wandering* favoriscono un maggiore livello di sicurezza per l'assistito e per le persone che vivono con lo stesso (utenti, altri familiari). In questo modo si contiene e si minimizza il verificarsi di situazioni pericolose, promuovendo la sicurezza della persona e della comunità in cui è inserita. Allo stesso modo, la terapia della bambola, limitando gli episodi di aggressività sia fisica che verbale, ha un impatto positivo, nella misura in cui essa favorisce la creazione di un ambiente sicuro e confortevole per tutte le persone che vivono a contatto con l'assistito. L'efficacia della bambola nel migliorare i problemi del comportamento e dell'umore, unita alla possibilità di poter essere utilizzata al bisogno, la rendono un intervento realizzabile dalla figura professionale dell'infermiere. Quest'ultimo, essendo l'unico professionista presente nelle strutture residenziali 24 ore su 24, necessita di strategie sempre più efficaci per rispondere alle problematiche di tipo comportamentale. La terapia si è rilevata utile nel gestire la persona anche al momento del pasto (Heathcote & Clare, 2014) e nell'aumentare la disponibilità dell'assistito al sottoporsi ad attività di cura personale (Mackenzie et al., 2006); questi dati suggeriscono una possibile applicazione della terapia nella riduzione dei tempi assistenziali. A questo proposito, la Fondazione Cardinal Gusmini di Vertova sta organizzando una sperimentazione con l'obiettivo di analizzare gli effetti della bambola durante i momenti del bagno e dell'igiene personale (Fondazione Cardinal Gusmini, 2008). La bambola è uno

strumento relativamente a basso costo, se confrontato con altri tipi di trattamenti non farmacologici (Tamura et al., 2001), poiché non necessita di materiali eccessivamente dispendiosi e può essere applicata in qualunque momento della giornata. Se preceduto da un'adeguata formazione degli operatori e dei familiari e da una corretta valutazione dell'assistito, gli effetti negativi sono limitati: nessuno studio ha infatti evidenziato un peggioramento del benessere della persona.

Possibili sviluppi futuri di ricerca sono da ritenersi essenziali per la valutazione dell'efficacia della terapia della bambola, in particolare con il fine di:

- poter confrontare i risultati rispetto al tipo di bambola utilizzato, al sesso dei soggetti esaminati e alla forma di demenza da cui sono affetti;
- indagare le possibili correlazioni tra tale terapia e il ricorso alla contenzione fisica;
- esaminare la validità di un intervento infermieristico di educazione nei confronti del *caregiver* per l'utilizzo della terapia della bambola a domicilio;
- raccogliere dati avvalendosi di strumenti standardizzati e fornire prove empiriche;
- approfondire il ruolo della terapia della bambola nel ridurre il carico farmacologico.

In conclusione, si auspica che questo lavoro di tesi possa servire, in primis come fonte di informazione e aggiornamento per i professionisti infermieri, fornendo possibilità alternative di intervento a coloro che operano a servizio delle persone affette da demenza e disturbi del comportamento e che quotidianamente devono rispondere a tali problematiche con un'efficace pianificazione assistenziale individuale, ed in secondo luogo, come stimolo agli stessi per ulteriori ricerche future e sviluppo di buone pratiche basate su prove scientifiche.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

Alzheimer's Australia. *Guidelines on the use of dolls and mechanized pets as a therapeutic tool*. Disponibile in:

<https://wa.fightdementia.org.au/sites/default/files/WA/documents/2.00%20Guidelines%20for%20Use%20of%20Dolls%20and%20Mechanized%20Pets%20as%20a%20Therapeutic%20Tool.pdf> [6 ottobre 2015]

Alzheimer's Society. (2014). *Changes in behavior*. Disponibile in: file:///C:/Users/Utente/Downloads/Changes_in_behaviour_factsheet.pdf [7 ottobre 2015]

Andrew, A. (2006). The ethics of using dolls and soft toys in dementia care. *Nursing & Residential Care*, 8(9), 419-421

Bailey, J., Gilbert, E., & Herweyer, S. (1992). To find a soul. A nursing staff uses doll therapy to reach out to Alzheimer's patients. *Nursing*, 22, 63-64

Baumann, T. L. (1990). Baby dolls in dementia. *Archives of internal medicine*, 150(5), 1132

Binetti, G., & Trabucchi, M. (1993). *Il decadimento cerebrale nel paziente anziano. Guida all'approccio clinico*. Torino: Edizioni Minerva Medica

Blandino, G. (2009). *Psicologia come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto*. Torino: UTET Università

Cilesi, I. (2007). Pazienti Alzheimer. Disturbi del comportamento e sperimentazioni. *Assistenza anziani*, 45-47. Disponibile in: http://www.ivocilesi.it/pdf/terapia-della-bambola_pazienti-alzheimer.pdf

Cilesi, I. (2008). Demenza e disturbi. Comportamento, percorsi e trattamenti. *Assistenza anziani*, 65-67. Disponibile in: http://www.ivocilesi.it/pdf/terapia-della-bambola_demenza-disturbi.pdf [8 ottobre 2015]

Cilesi, I. (2009). Alleviare le tensioni. Come favorire lo star bene con una bambola. *Assistenza anziani*, 55-59. Disponibile in: <http://www.ivocilesi.it/pdf/terapia-della-bambola-alleviare-le-tensioni.pdf> [8 ottobre 2015]

Cilesi, I. (2010). Modello terapeutico. Parlando di “interactive space sensory care”. *Assistenza anziani*, 31-34. Disponibile in: <http://www.ivocilesi.it/pdf/ambiente-modello-terapeutico2.pdf> [8 ottobre 2015]

Cilesi, I. (2011). Terapia della bambola. Farmaci e caregiver: test sulla validità. *Assistenza anziani*, 41-43.

Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Disponibile in: http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/cmai_manual.pdf [7 ottobre 2015]

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Regier, G., Thein, K., & Freedman, L. (2010). Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli?. *Journal of the American Geriatric Society*, 58(8), 1459-1464

Ellingford, J., James, I., & Mackenzie, L. (2007). Using dolls to alter behaviour in patients with dementia. *Nursing Times*, 103(5), 36-37

Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. T., Longo, D. L., Jameson et al. (2011). *Harrison's topics. Geriatria*. Milano: McGraw-Hill. (Original work published 2009)

Federazione nazionale dei collegi IPASVI. (2009). *Commentario al codice deontologico dell'infermiere*. Milano: McGraw-Hill

Federazione nazionale dei collegi IPASVI. (2015). *Demenza senile, a Ginevra la prima conferenza mondiale*. Disponibile in: <http://www.ipasvi.it/attualita/demenza-senile-a-ginevra-la-prima-conferenza-mondiale-id1440.htm> [3 ottobre 2015]

Fernandez, R., Arthur, B., Fleming, R., & Perrin, C. (2014). Effect of doll therapy in managing challenging behaviors in people with dementia: a systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(8), 330-363. Disponibile

in: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3158&context=smhpapers> [2 ottobre 2015]

Fitzsimmons, S., Barba, B., & Stump, M. (2015). Diversional and physical nonpharmacological interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 41*(2), 8-17

Fondazione I.P.S. Cardinal Gusmini. (2008). Stare bene con una bambola. *Rivista Tena*. Disponibile in: file:///C:/Users/Utente/Downloads/11_3_1211369675.pdf [8 ottobre 2015]

Fraser, F., & James, I. (2008). Why does doll therapy improve the well-being of some older adults with dementia?. *PSIGE Newsletter, 105*, 55-63

Gatteschi, L., & Rubenni, M. G. (1991). *Principi generali dell'invecchiamento*. Firenze: Mediserve

Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz L., Popeo, D., Aloysi, A., et al. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) Haldol use among geropsychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(5), 388-389. Disponibile in: http://ac.els-cdn.com/S0883941711000756/1-s2.0-S0883941711000756-main.pdf?tid=581ab55e-6da7-11e5-b1aa-00000aab0f6c&acdnat=1444300301_687632f580c93eaff14f313aeb597503 [8 ottobre 2015]

Hahn, S. (2015). Using environment modification and doll therapy in dementia. *British journal of neuroscience nursing, 11*(1), 16-19

Heathcote, J., & Clare, M. (2014). Doll therapy: therapeutic or childish and inappropriate?. *Nursing & Residential Care, 16*(1), 22-26

Hersch, E. C., & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging, 2*(4), 611-621

Higgins, P. (2010). Using dolls to enhance the wellbeing of people with dementia in residential care. *Nursing Times, 106*(39), 18-20

International Psychogeriatric Association. (2012). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Disponibile in: http://www.ipa-online.org/members/pdfs/IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online.pdf [7 ottobre 2015]

Istituto nazionale di statistica. (2015). *Popolazione*. Disponibile in: http://noi-italia2015.istat.it/index.php?id=6&L=0&user_100ind_pi1%5Buid_categoria%5D=03&Cash=a887dc686dbc48407e54196f84eb2ede [3 ottobre 2015]

James, I. A., Mackenzie, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2006). Doll use in care homes for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1093-1098

Kozman, M. N., Wattis, J., & Curran, S. (2006). Pharmacological management of behavioural and psychological disturbance in dementia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 21, 1-12

Lash, M. F. (2005). My darling bear!. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(8), 54-56

Lawlor, B. (2002). Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. *British Journal of Psychiatry*, 181, 463-465

Mackenzie, L., James, I. A., Morse, R., Mukaetova-Ladinska, E., & Reichelt F. K. (2006). A pilot study on the use of dolls in people with dementia. *Age Ageing*, 35(4), 441-444

Manzoni, E. (2014). *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano: Edra

Ministero della salute. (2005). Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n.739. *Gazzetta Ufficiale* 9 gennaio 1995, 6. Disponibile in: http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf [3 ottobre 2015]

Ministero della salute. (2013). *Dati epidemiologici*. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto [3 ottobre 2015]

Ministero della Salute. (2015). *Terapie e attività assistite con gli animali*. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=225&area=cani&menu=pet [12 ottobre 2015]

- Mitchell, G. (2014). Use of doll therapy for people with dementia: an overview. *Nursing older people*, 26(4), 24-26
- Mitchell, G., & O'Donnell, H. (2013). The therapeutic use of doll therapy in dementia. *British Journal of Nursing*, 22(6), 329-334
- Mitchell, G., & Templeton, M. (2014). Ethical considerations of doll therapy for people with dementia. *Nursing ethics*, 21(6), 720-730
- Organizzazione mondiale della sanità. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Disponibile in: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [3 ottobre 2015].
- Organizzazione mondiale della sanità. (2015). *Dementia*. Disponibile in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> [7 ottobre 2015]
- Pezzati, R., Molteni, V., Bani, M., Settanta C., Di Maggio, M.G., Villa I., et al. (2014). Can doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. *Frontiers in psychology*, 5(342), 1-9
- Porter, R. S., & Kaplan, J. L. (2014). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy* (19th ed.). Milano: Springer- Verlag. (Original work published 2011)
- Rakel, R. E., & Bope, E.T. (2006). *Conn's current therapy* (58th ed.). New York: Elsevier Inc.
- Remington, R., Abdallah, L., Devereaux Melillo, K., & Flanagan, J. (2006). Managing problem behaviors associated with dementia. *Rehabilitation nursing*, 31(5), 186-192
- Shin, J. H. (2015). Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 53(1), 13-18
- Soule, M. H. & Ryan, R. P. (1999). Gray literature. Disponibile in: http://www.oss.net/dynamaster/file_archive/040319/382e30a7f40eaca152884b6b99deae50/OSS2000-01-13.pdf [12 ottobre 2015]

Tamura, T., Nakajima, K., Nambu, M., Nakamura, K., Yonemitsu, S., Itoh, A., et al. (2001). Baby dolls as therapeutic tools for severe dementia patients. *Gerontechnology Journal*, 1(2), 111-118

Tamura, T., Yonemitsu, S., Itoh, A., Okiawa, D., Kawakami, A., Higashi, Y., et al. (2004). Is an entertainment robot useful in the care of elderly people with severe dementia?. *Journal of Gerontology*, 59(1), 83-85.

Turner, A. M., Liddy, E. D., Bradley, J., & Wheatley, J. A. (2005). Modeling public health interventions for improved access to the gray literature. *Journal of the Medical Library Association*, 93(4), 487-494.

Turner, F., & Sheperd, M. (2014). Doll therapy in dementia care: a review of current literature. *Communicare*, 1(1)

Yahya, A., Chandra, M., Anand, K. S., & Garg, J. (2015). Behavioral and psychological symptoms in dementia and caregiver burden. *Clinical Medicine Research*, 4(2-1), 8-14

Sitografia

www.who.int

www.istat.it

www.salute.gov.it

www.ipasvi.it

www.ivocilesi.it

www.alzheimers.org.uk

www.fightdementia.org.au

ALLEGATI

Allegato 1

Tabella I BPSD nelle forme di demenza (Adattata da Yahya, 2015)

Demenza	BPSD comuni	BPSD meno comuni
Malattia di Alzheimer	Apatia, agitazione, <i>wandering</i> , depressione, ansia	Disturbi deliranti, allucinazioni, comportamento sessuale aberrante
Demenza a corpi di Lewy	Disturbi deliranti, allucinazioni visive, disturbi della fase REM	Altre allucinazioni
Morbo di Parkinson	Depressione, ansia, disturbi deliranti, allucinazioni, disturbi della fase REM	Sintomi ossessivo-compulsivi, comportamento sessuale aberrante
Demenza fronto-temporale	Apatia, disinibizione	

Tabella II Principali effetti collaterali dei farmaci (Adattata da Rakel & Bope, 2006)

Farmaco	Potenziati effetti collaterali
<u>Antipsicotici tipici</u>	Parkinsonismo
<u>Antipsicotici atipici</u>	Ipotensione ortostatica, nausea, aumento di peso, sedazione
<u>Benzodiazepine</u>	Letargia, confusione, dipendenza, atassia
<u>Antidepressivi SSRI</u>	Nausea, insonnia, cefalea, tremore, irrequietezza, disturbi gastrointestinali
<u>Antidepressivi triciclici</u>	Sonnolenza, vertigini, xerostomia, tachicardia
<u>Altri ansiolitici (Buspirone)</u>	Vertigini, cefalea, insonnia

Allegato 2



Figura 1 Empathy Doll
(Tratta da Mitchell & O'Donnell, 2013)



Figura 2 Bambola anatomicamente corretta
(Tratta da Mitchell & Templeton, 2014)



Figura 3 Cane robotico
(Tratta da Tamura et al., 2004)



Figura 4 Cane giocattolo
(Tratta da Tamura et al., 2004)

Allegato 3

Tabella con Report della ricerca su database medici

Data ricerca	Parole chiave	Stringhe di ricerca	Motore di ricerca	Filtri	Articoli trovati	Articoli selezionati
02/10/2015	Dementia (Mesh), doll therapy	"Dementia"[Mesh]AND doll therapy	Pubmed	Full text	9	3
02/10/2015	Play therapy (Mesh), dementia (Mesh)	("Play Therapy"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]	Pubmed	Full text	10	3
02/10/2015	Doll therapy, behavioral problems,	doll therapy AND behavioral problems	Pubmed	Full text	7	1
02/10/2015	Nursing (Mesh), dementia (Mesh)	("Nursing"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]	Pubmed	Full text, pubblicazione negli ultimi 10 anni, specie umana, età 65+	412	/
02/10/2015	Psychomotor agitation (Mesh), prevention and control (Mesh)	("Psychomotor Agitation"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading]	Pubmed	Full text, pubblicazione negli ultimi 10 anni, specie umana, età 65+	72	1
02/10/2015	Dementia (Mesh), non pharmacological interventions	"Dementia"[Mesh]AND non pharmacological interventions	Pubmed	Full text, pubblicazione negli ultimi 10 anni, specie umana, età 65+	76	/
02/10/2015	Play and playthings (Mesh), dementia (Mesh)	("Play and Playthings"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]	Pubmed	Full text	39	3
02/10/2015	Rehabilitation nursing (Mesh), dementia (Mesh)	("Rehabilitation Nursing"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]	Pubmed	/	8	1
02/10/2015	Doll therapy, dementia	Doll therapy AND dementia	CINAHL	/	16	6

Allegato 4

Tabella di Sintesi degli articoli

<u>Articolo</u>	<u>Tipologia</u>	<u>Setting/campione</u>	<u>Metodi</u>	<u>Risultati</u>	<u>Discussione</u>
Andrew, 2006	Opinione di esperto	Nessuno	L'articolo analizza l'efficacia della terapia della bambola, esplorando eventuali problematiche di natura etica	La bambola preserva la dignità della persona, migliorando i problemi comportamentali che rendono l'esistenza dell'individuo umiliante. Considerando che questo tipo di disturbi (urla, aggressività) influisce anche sul benessere degli altri pazienti, la bambola dovrebbe essere considerata un valido strumento per gestire il problema. La bambola ha un effetto calmante e accresce il livello di dignità della persona. I problemi potenziali sono rappresentati da reazioni da parte di familiari e staff e dall' "inganno" che può nascere nel momento in cui il paziente percepisce la bambola come un vero neonato.	La bambola, nonostante le problematiche di tipo etico, può essere considerata un valido strumento per la gestione dei disturbi comportamentali e la promozione del benessere e la dignità della persona.
Bailey et al., 1992	Case report	Struttura per malati di Alzheimer. 4 ospiti con Alzheimer.	Caso 1: è stato fornito un orsacchiotto. Caso 2: è stata utilizzata una bambola. Caso 3: un elefante di pezza e due bambole. Caso 4: un orsacchiotto di pezza	Caso 1: diminuzione dello stato ansioso e riduzione della terapia farmacologica. Caso 2: aumento delle espressioni facciali (sorride) e della funzionalità vocale. Caso 3: riduzione dell'ansia. Caso 4: il paziente appare più calmo e felice.	La terapia ha riscosso successo, anche se non ha avuto efficacia su tutti i pazienti. Ad ogni modo, nelle persone che ne hanno usufruito, la terapia ha offerto conforto, compagnia, e ha favorito la stimolazione sensoriale e la messa in atto di attività finalizzate.
Baumann, 1990	Case report	Struttura per anziani. Donna di 80 anni affetta da Alzheimer	E' stata fornita una bambola	La bambola la tiene occupata, ha migliorato il suo stato depressivo e la sua interazione con gli altri.	La bambola è considerata un potente strumento di supporto psicologico atto a correggere i comportamenti

					maladattativi.
Cilesi, 2011	Sintesi di una sperimentazione	Struttura per malati di Alzheimer. 5 donne e un uomo	Oggetto: Empathy doll. Valutazione: schede di monitoraggio e compilazione del PAI	Riduzione del disturbo comportamentale in tutti i soggetti (aggressività, agitazione, ansia, apatia, depressione, disturbi del sonno). Riduzione della terapia farmacologica in due soggetti. Due pazienti non hanno mai ricevuto terapia al bisogno. Nessun paziente ha ricevuto un aumento della terapia. La bambola ha aiutato una paziente nel momento del pasto. Stimolazione del sorriso ed espressioni materne. Maggior tolleranza nelle situazioni di gruppo. Il 43% del personale ha valutato la terapia positivamente, il 38% era indeciso e il 19% ha dato valutazione negativa.	
Cilesi, 2007	Sintesi di una sperimentazione	Struttura per malati di Alzheimer. Pazienti con gravi disturbi comportamentali	Sono state adottate le bambole svedesi ed è stata valutata la qualità della relazione persona-oggetto attraverso una scheda osservativa. La bambola è stata proposta sia nelle fasi acute del disturbo, sia nei momenti di tranquillità.	I pazienti che hanno risposto positivamente sono stati inseriti in un progetto sperimentale della durata di un anno. Si è evidenziata una riduzione del wandering in favore dell'affaccendamento (di più facile gestione)	Lo studio ha evidenziato la potenzialità della terapia di diminuire i disturbi comportamentali, portando ad una migliore qualità di vita del paziente ed una riduzione del carico farmacologico.

Cilesi, 2009	Opinione di esperto	Nessuno		La bambola favorisce il rilassamento migliorando lo stato d'ansia e i disturbi del sonno, riduce il wandering aumentando i momenti di pausa; inoltre stimola la memoria procedurale e diminuisce i momenti di inattività, così come il carico farmacologico. Una serie di sperimentazioni in strutture italiane hanno rilevato che la bambola facilita gli interventi assistenziali (igiene, mobilitazione ecc.)	
Cilesi, 2010	Opinione di esperto	Nessuno		La terapia della bambola favorisce il rilassamento, offre opportunità di relazionarsi con gli altri, permette la gestione della fase acuta dei disturbi del comportamento	
Cohen-Mansfield et al., 2010	Studio osservazionale	Struttura residenziale per anziani (Maryland). 111 ospiti (80% donne)	Oggetto: diversi stimoli, tra i quali una bambola. Valutazione: scheda a 14 item che indagano agitazione fisica e agitazione verbale, valutati con punteggio da 1 a 9	Se inizialmente i soggetti presentavano un punteggio medio di 6.40, la media calcolata dopo l'esposizione allo stimolo-bambola si attestava sul 5.51	L'approccio non farmacologico che si avvale di stimoli è efficace nel prevenire e gestire l'agitazione nei pazienti con demenza

Ellingford et al., 2007	Studio retrospettivo	Struttura residenziale per anziani (New Castle, UK). 66 ospiti (34 in terapia con la bambola e 32 no)	Oggetto: bambola. Valutazione: consultazione delle cartelle cliniche e classificazione degli episodi in comportamenti positivi (umore sereno, socializzazione, coinvolgimento nelle attività), negativi(wandering, mancata compliance, isolamento, umore depresso, agitazione, ansia) e aggressivi (verbali e fisici)e valutazione dei dosaggi di neurolettici; comparazione tra i due gruppi di ospiti.	Nel gruppo che utilizzava la bambola: incremento dei comportamenti positivi la cui media giornaliera è passata da 6.32 nel periodo precedente all'introduzione della bambola, a 14.21 nel periodo successivo; diminuzione dei comportamenti negativi con una media iniziale di 13.71, contro un valore di 8.03 nel periodo successivo all'introduzione della bambola; decremento nell'incidenza dei comportamenti aggressivi , la cui media è passata da 1.29 a 0.32. Nessun dato significativo rispetto al carico farmacologico.	In seguito all'introduzione della bambola sono diminuiti gli episodi di comportamenti negativi e aggressivi mentre sono aumentati quelli positivi.
Fernandez et al., 2014	Revisione sistematica di letteratura	Nessuno	Ricerca effettuata su Medline, CINAHL, Scopus, Cochrane Central Register of Controlled Trials. Analisi finale effettuata su 6 studi	Aumento dei comportamenti positivi; riduzione dell'agitazione e dell'aggressività	Le prove empiriche che dimostrano l'efficacia della terapia sono limitate; non si sono evidenziati effetti collaterali riconducibili alla bambola
Fondazione I.P.S. Cardinal Gusmini, 2008	Case report	Centro diurno di una struttura per malati di Alzheimer. Donna affetta da Alzheimer	Terapia svolta ne pomeriggio o al bisogno (momenti di irrequietezza)	L'ospite non cerca più di alzarsi mentre tiene in braccio la bambola; l'oggetto ha inoltre un effetto tranquillizzante e calmante.	

Fraser & James, 2008	Studio qualitativo	Struttura residenziale per anziani. 8 professionisti (2 psicologi, 2 infermieri, due operatori non qualificati, uno psichiatra, un terapeuta occupazionale)	Due interviste con domande rispetto alle motivazioni per cui la bambola è terapeutica. Categorizzazione delle risposte in: attaccamento, benessere, attività, interazione, comunicazione, identità, istinto innato, fantasia, memoria. Creazione di un modello esplicativo delle risposte dei professionisti	Gli ospiti riconoscono la bambola come propria; la bambola diminuisce il senso di solitudine; la bambola offre la possibilità di svolgere anche semplici attività finalizzate; creazione di attività di gruppo con la bambola; la bambola offre la possibilità di iniziare una conversazione tra paziente e staff/famiglia e paziente ed altri ospiti; dà un senso di continuità col passato; la bambola riesce a soddisfare il desiderio innato di contatto sociale; la bambola fa riaffiorare ricordi legati a periodi felici del proprio passato; la bambola stimola la fantasia della persona	La terapia della bambola, agendo sulle categorie descritte in precedenza, inevitabilmente influisce anche sull'umore (attività finalizzate possono ridurre lo stato depressivo), sul comportamento (il senso di sicurezza e vicinanza dato dalla bambola, diminuisce l'ansia).
Green et al., 2011	Studio osservazionale	Struttura per pazienti geropsichiatrici. 115 pazienti (72 donne e 43 uomini)	Valutazione delle dosi al bisogno di Haldol precedenti e successive alla messa in atto della terapia della bambola in coparazione con gli ospiti che non utilizzano la bambola	I pazienti con problemi del comportamento (n=22) e in terapia con la bambola hanno ricevuto meno dosi al bisogno di Haldol rispetto a quelli che non avevano la bambola (n=3) (0.77 dosi rispetto a 2.12)	Oltre a diminuire il carico farmacologico, la bambola permette una maggiore interazione tra paziente e paziente e staff. Non si sono verificati effetti avversi nell'uso di questa terapia.
Hahn, 2015	Revisione di letteratura	Nessuno	Sono stati analizzati articoli riguardanti l'efficacia della terapia della bambola nella gestione dei BPSD	Tutti gli articoli, seppur con problematiche di tipo etico, hanno evidenziato l'efficacia della terapia nella gestione dei BPSD. In particolare si fa riferimento a: diminuzione dei comportamenti inappropriati, effetto calmante, miglioramento della comunicazione e del benessere, riduzione dell'aggressività e dello stress, diminuzione dell'ansia e dell'agitazione.	Nonostante la scarsa presenza di prove affidabili, la terapia ha dimostrato di avere effetti positivi sul paziente con demenza e non si sono verificati peggioramenti.

Heathcote & Clare, 2014	Revisione e case report	Struttura per anziani. 5 esempi di utilizzo della terapia della bambola (2 donne e due uomini)	Sono stati utilizzati due pupazzi, un orsacchiotto e alcune bambole. Gli oggetti sono stati posti nell'ambiente in modo che gli ospiti potessero scegliere il proprio.	L'uso della bambola ha ridotto l'agitazione di una paziente, il cui senso di angoscia per il non trovarsi a casa propria scatenava lo stato ansioso. L'effetto calmante si è manifestato anche in un altro caso, in cui il paziente tendeva ad agitarsi.	Questo tipo di approccio deve essere messo in pratica, previa attenta valutazione del paziente ed efficace educazione dello staff. La bambola risponde ai bisogni di attaccamento, benessere e occupazione della persona.
Higgins, 2010	Revisione della letteratura e case report	Domicilio. Una donna affetta da demenza	Le è stata fornita una bambola	Il marito ha riportato miglioramenti nell'umore e nell'espressività	
James et al., 2006	Studio osservazionale	Struttura per anziani con disturbi mentali (New Castle, UK). 14 ospiti (12 donne e 2 uomini)	Oggetto: bambola o orsacchiotto. Strumento: questionario per lo staff a 5 item (livello di attività, di felicità, di agitazione, interazione con lo staff, interazione con gli altri ospiti) con valutazione attraverso scala likert 1-5 e una domanda qualitativa sulle percezioni dello staff	Il 93% degli ospiti ha scelto la bambola. Medie per ciascun item: 4.06 per il dominio "attività", 4.38 per "interazione con lo staff", 4.25 per "interazione con gli altri ospiti", 4.35 per "livello di felicità" e 3.47 per "agitazione". Percezioni dello staff: diminuzione dello wandering e aumento dell'espressività	Miglioramento di tutti i domini. Nessun peggioramento del benessere. Un caso di eccessiva possessività verso l'oggetto. Alcuni litigi tra ospiti. Alcuni familiari hanno definito la bambola umiliante.
Lash, 2005	Case report	Struttura per anziani con demenza. Donna affetta da demenza	E' stato fornito un orsacchiotto	L'oggetto ha aperto un nuovo canale comunicativo che ha permesso alla paziente di esprimere il suo dolore fisico allo staff. In questo modo le urla, lo sproloquio e l'agitazione (tentativo di comunicare il disagio) sono cessati.	

Mackenzie et al., 2006	Studio osservazionale	Due strutture per anziani con disturbi mentali (New Castle, UK). 12 donne e due uomini hanno scelto la bambola	Oggetto: bambola. Strumento di valutazione: questionario a sei item (attività, interazione con lo staff, interazione con gli altri ospiti, livello di felicità, agitazione, disponibilità alla cura personale) valutato con scala Likert 1-5 e una domanda qualitativa sulle percezioni dello staff	Miglioramento in tutti e sei i domini. Gli ospiti apparivano più attivi e felici, meno agitati, interagivano più spesso con gli altri ed erano più disponibili a sottoporsi alle attività assistenziali. Due casi con punteggio 5 negli item "attività", "interazione con lo staff", "interazione con gli altri ospiti", "livello di felicità" e "disponibilità a sottoporsi alla cura personale", e punteggio 1 nel dominio "agitazione". 18 operatori hanno riferito che gli ospiti apparivano più calmi; 5 operatori hanno percepito un maggiore livello di felicità; 3 operatori hanno evidenziato un miglioramento dello wandering. Il 93% dello staff ha percepito un miglioramento della comunicazione con la persona	Gli operatori percepiscono la bambola come terapeutica. Alcuni litigi per il possesso della bambola. Alcuni parenti hanno definito la terapia umiliante. Sovrastimolazione degli ospiti con conseguente aumento del livello di stanchezza.
Mitchell, 2014	Revisione di letteratura	Nessuno	Sono stati analizzati articoli che mettono in luce l'efficacia della terapia della bambola e alcuni che ne discutono le problematiche etiche.	Dalla revisione si evince che le persone sottoposte a Terapia della bambola traggono numerosi benefici. Tra questi, si ricordano: riduzione dell'aggressività, dell'agitazione e del wandering, miglioramento del benessere e delle interazioni sociali, riduzione dell'uso di farmaci psicotropici.	La terapia della bambola ha il potenziale per migliorarle vite dei pazienti con demenza, seppur le prove empiriche siano limitate.

Mitchell & O'Donnell, 2013	Revisione di letteratura	Nessuno	Inizialmente vi è un inquadramento del problema (demenza e disturbi correlati) e una descrizione delle teorie alla base della terapia della bambola. Sono stati descritti alcuni studi ed articoli inerenti alla terapia della bambola.	Tutti gli studi presi in esame hanno prodotto effetti positivi sui pazienti; tra questi, vengono citati diminuzione dei disturbi comportamentali (ansia, aggressività, wandering), miglioramento della comunicazione e del benessere	Il tipo di bambola utilizzata è diversa per ciascuno studio. Un fenomeno ricorrente che molti studi hanno evidenziato è il fatto che il paziente riconosce la bambola come un neonato. In conclusione la terapia della bambola, aumentando il benessere senza l'utilizzo di farmaci, assume un grande valore in riferimento alla pratica clinica.
Mitchell & Templeton, 2014	Revisione di letteratura	Nessuno	L'articolo tratta la terapia della bambola da un punto di vista etico	La terapia soddisfa il principio di beneficiabilità, nella misura in cui essa promuove il benessere della persona riducendo gli episodi di stress; allo stesso tempo può venir meno il concetto di non-maleficità, quando i familiari non comprendono appieno la terapia.	I concetti di beneficiabilità, non-maleficità, dignità sono principi cardine per offrire un'assistenza di tipo olistico.
Pezzati et al., 2014	Studio caso-controllo	Unità per malati di Alzheimer di una struttura residenziale italiana. 10 pazienti (9 donne e un uomo). Gruppo sperimentale: 5 ospiti trattati con terapia della bambola da almeno 24 mesi. Gruppo di controllo: 5 pazienti mai esposti alla terapia.	Valutazione delle reazioni dei due gruppi verso la bambola con scheda di valutazione a 6 domini (sguardo, accettazione oggetto, attenzione verso l'infermiere, comportamenti di esplorazione verso l'oggetto, attività di caregiving, abbandonare l'oggetto). studio diviso in 4 fasi: presentazione oggetto, separazione dall'infermiere, interazione con l'oggetto, separazione dall'oggetto.	Maggiore accettazione della separazione dall'infermiere nel gruppo sperimentale; per quanto riguarda l'interazione con l'oggetto, i soggetti già in terapia con la bambola hanno mostrato attività di esplorazione (48,13% dei soggetti) e di caregiving (93,48% dei soggetti) più frequenti rispetto ai membri del gruppo di controllo (15,73% e 28,71% per esplorazione e caregiving rispettivamente).	La terapia della bambola stimola la dimensione affettiva-relazionale del paziente. L'interazione con la bambola stimola l'attaccamento da parte della persona che di conseguenza può contribuire alla riduzione dei disturbi emotivi e comportamentali. . Potenziali limiti sono: campione ristretto, assenza di strumenti di valutazione standardizzati, controversie etiche

Remington et al., 2006	Revisione di letteratura	Nessuno	L'articolo analizza diversi tipi di approcci nella gestione dei problemi comportamentali nell'anziano con demenza. Tra questi si fa riferimento anche alla terapia della bambola.	Bambole e animali di pezza, stimolando l'abilità sensoriale e comunicativa del paziente e fornendo un senso di conforto, possono essere usati nella gestione dei problemi comportamentali.	La scelta dell'approccio deve essere valutata attentamente. Un trattamento rivolto al paziente, al caregiver e all'ambiente ha il potenziale per mantenere la dignità della persona.
Shin, 2015	Studio osservazionale	Struttura residenziale per persone con demenza. 51 ospiti	Oggetto: bambola con tratti asiatici. Procedura: somministrazione di un questionario a 10 operatori nel periodo precedente e successivo all'introduzione della bambola che indaga comportamento, umore, interazione .	Comportamento: riduzione delle urla, dell'aggressività, dei comportamenti ossessivi e del wandering ($p<0.01$). Umore: presenza di atteggiamento positivo (effetto calmante), aspetto fisico positivo (i partecipanti sembravano a proprio agio) ($p<0.01$); riduzione di depressione e disagio ($p<0.01$). Interazioni sociali: incremento della socializzazione con staff, familiari e altri ospiti ($p<0.01$)	La terapia della bambola può essere un valido strumento per promuovere il miglioramento dell'umore, del comportamento e della socializzazione. I partecipanti tendevano a percepire l'oggetto come un neonato (47.1%). Le attività di caregiving nei confronti della bambola sembrano innescare uno stato di calma . L'86.3% dei partecipanti non ha cercato di prendere le bambole altrui. Potenziali bias: ampiezza del campione e osservazioni degli operatori non del tutto obiettive.

Tamura et al., 2001	Studio osservazionale	Struttura residenziale per anziani (Giappone). 13 ospiti (3 uomini, 10 donne)	Oggetto: 3 bambole diverse. Procedura: 3 fasi di sperimentazione. Fase 1: valutazione delle reazioni degli ospiti alla bambola (nessuna reazione, osservazione da vicino, caregiving, comunicazione). Fase 2: monitoraggio degli ospiti durante le ore serali e classificazione delle attività. Fase 3: valutazione di una sola ospite	Esperimento 1: Il totale delle reazioni verso le bambole A, B e C sono stati rispettivamente 308, 289, 261. Le attività più frequenti sono state l'osservazione e il caregiving (toccare, chiamare la bambola). Esperimento 2: il primo giorno hanno partecipato 21 persone, il secondo giorno 16. Quando i pazienti reggevano la bambola, comunicavano più facilmente. . Esperimento 3: durante la terapia la paziente appariva calma mentre durante il periodo si sono presentati agitazione e wandering.	La terapia si è rivelata efficace nel promuovere la comunicazione, la socializzazione e nel ridurre i sintomi di malattia e la frustrazione; inoltre i pazienti apparivano più felici ed espressivi. Il livello di interesse era alto in entrambi i sessi. I pazienti tendevano a confondere l'oggetto con un neonato. Le bambole con fisionomia più vicina a quella di un bambino hanno provocato più reazioni.
Tamura et al., 2004	Studio osservazionale	Struttura per l'assistenza di pazienti geriatrici (Giappone). 13 pazienti (1 uomo, 12 donne)	Oggetti: un cane di pezza e un animale robotico. Introduzione prima del cane di pezza e poi di quello robotico. Le attività del paziente sono state suddivise in 6 categorie (nessun interesse, guardare, parlare, battere le mani, toccare, prendersi cura)	Nel primo esperimento, gli ospiti hanno risposto con 985 differenti reazioni al cane giocattolo e 608 a quello robotico. Le reazioni più frequenti per entrambi sono state parlare e guardare. Nella sessione con il cane giocattolo, i partecipanti battevano le mani, lo toccavano e se ne prendevano cura.	Entrambi gli oggetti hanno incrementato il livello di attività, di comunicazione e socializzazione. L'utilizzo di un cane giocattolo può far riaffiorare ricordi di sensazioni di benessere.
Turner & Sheperd, 2014	Revisione	Nessuno	L'articolo descrive i benefici della terapia della bambola, suddividendo i risultati in quattro categorie (interazione, bisogno di attaccamento,, oggetto transizionale, stimolazione sensoriale)	Il risultato prevalente, evidenziato dalla maggior parte degli autori, è il miglioramento del benessere attraverso la riduzione dei comportamenti disturbati. La dignità della persona in questo modo viene preservata e il ricorso a farmaci si riduce.	Questo tipo di intervento ha successo solo se lo staff e i familiari vengono educati correttamente. E' necessario capire perché tale terapia non ha successo su alcuni pazienti.

Allegato 5

Tabella di sintesi dei limiti e punti di forza della ricerca

Limiti/Punti di debolezza	Implicazioni per la pratica/Punti di forza
<ul style="list-style-type: none">• Prove empiriche limitate• Assenza di strumenti di valutazione standardizzati• Risultati derivanti da percezioni e non da dati oggettivi• Utilizzo di diverse tipologie di bambola• <i>Setting</i> ed autori ricorrenti• Potenziali <i>bias</i> riconducibili al campione (<i>popolazione limitata, impossibilità di prevedere chi accetterà la bambola, prevalenza del sesso femminile, inclusione di soggetti affetti da diverse forme di demenza</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Intervento a basso costo• Riduzione dei tempi di assistenza• Promozione di un maggiore livello di sicurezza per la persona• Creazione di un ambiente più confortevole e sicuro per le persone che vivono a contatto con l'assistito• Validità dello strumento nella gestione dei BPSD• Effetti negativi limitati