



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO  
Scuola di Medicina  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
Sede Torino

Tesi di Laurea

Risorse non farmacologiche per la persona con malattia di  
Alzheimer: esperienze ed iniziative nell'area del Torinese

Non-pharmacological resources for the person with Alzheimer's  
disease: experiences and initiatives in the area of Turin

Relatrice:

Dott.ssa Garrino Lorenza

Studente:

Bertolotti Martina

Anno Accademico 2017 – 2018

## Ringraziamenti

Quando ho iniziato questo viaggio (e già per questo devo un primo ringraziamento a Betta per avermi spronata a provarci), vedevo così lontano questo momento, ma ora ci siamo, è finalmente arrivato quel giorno tanto bramato e tanto temuto.

Vorrei ringraziare la mia Relatrice, la Dott.ssa Lorenza Garrino, per aver accolto il mio progetto con entusiasmo e per aver collaborato con me affinché prendesse forma giorno dopo giorno.

Un ringraziamento doveroso va al personale delle strutture che mi ha accolto e si è reso disponibile a rispondere a tutte le mie domande permettendomi di portare a termine il mio lavoro.

Un grazie speciale va ai miei genitori che mi hanno sempre supportato in ogni mia scelta, in particolare a mia mamma per essere stata il mio tutto in questi anni fatti di tristezza da consolare e gioie da condividere.

Grazie anche alla mia squadra, quelle fanciulle con cui condivido da anni la passione per lo sport e la maggior parte delle serate, per essere state in grado di alleggerire il peso delle giornate più dure.

Non posso dimenticare Fede e Bibi, coloro che mi hanno aiutata nel momento forse più buio di questo percorso, Domina e Lalla per essere state delle ottime compagne di studio e delle voci amiche per le chiamate più intense e in ultimo, ma non per importanza, Clara, la miglior compagna di tirocinio che potevo sperare di incrociare nel mio viaggio.

Ringrazio ancora quegli amici di sempre, quelli che hanno condiviso con me anni tra i banchi di scuola, al parchetto del paese, quelli che anche se non li vedi tutti i giorni sai che ci saranno sempre.

Il mio pensiero più grande va a Voi che tanto avreste voluto esserci quando questo sogno sarebbe diventato realtà, Voi che più di tutti avete sempre creduto in me, Voi che sarete sempre il mio punto fermo, Voi che porterò per sempre nel mio cuore.

## **Riassunto**

**Introduzione** Per le persone affette dalla malattia di Alzheimer, una forma di demenza per la quale non esiste una cura, sono stati studiati percorsi in grado di rallentare il decorso infausto e migliorare la qualità di vita dei malati e di chi se ne prende cura. Esiste una vasta letteratura sulle risorse non farmacologiche, applicabili parallelamente alle terapie tradizionali, che permettono ai pazienti di riabilitare e mantenere attive le capacità residue. Obiettivo della tesi è indagare quali di queste sono utilizzate nel territorio di Torino e provincia all'interno dei contesti riabilitativi e di sostegno specifici per pazienti con demenza.

**Materiali e metodi** I dati sono stati raccolti attraverso interviste conversazionali rivolte al personale sulla base di una traccia predisposta a partire dalla letteratura esaminata e l'osservazione partecipante condotta nei contesti. I dati sono stati analizzati con una metodologia di codificazione di tipo qualitativo a partire da ciò che è stato reperito in letteratura.

**Risultati** Nell'area del torinese le risorse non farmacologiche maggiormente utilizzate sono: la stimolazione cognitiva a piccoli gruppi; l'attività fisica praticata con attrezzi; la musicoterapia sia in forma passiva che attiva (cantare, suonare strumenti); terapia occupazionale per sfruttare le capacità residue del paziente ed inoltre tecniche di rilassamento al fine di ridurre i disturbi comportamentali.

**Conclusioni** Questo studio ha permesso di redigere un quadro generale di quali servizi sono presenti nel territorio di Torino e provincia, facendo emergere che sarebbero necessari maggiori finanziamenti al fine di acquisire nuove attrezzature. Sarebbe interessante indagare su quali altre strutture si occupano dell'assistenza al malato di Alzheimer per creare un elenco consultabile da coloro che necessitano di usufruirne e quali servizi sono presenti per il supporto alla famiglia.

## **Abstract**

**Introduction** People affected by Alzheimer's disease, an incurable form of dementia, can now be treated through approaches which can slow the course of the disease and which improve living standards of the patients and of the people who take care of them. It does exist a vast literature about non-pharmacological resource, which are applicable to traditional therapies, allows patients to be rehabilitated and to maintain their spare capabilities. The dissertation points to investigate about which therapies are used within rehabilitation and family-support contexts for Alzheimer affected people in the Turin metropolitan area.

**Materials and methods** Data have been gathered through interviews to the staff, based on the examined literature, and the participant observation led in the contexts. Then data have been analyzed through a qualitative codificational methodology, according to the information gathered from literature.

**Results** In the Turin metropolitan area, the non-pharmacological resources most widely used are: cognitive stimulation in small groups; physical activity practiced with tools; music therapy both passive and active forms (sing and play an instrument); occupational therapy to exploit the spare capabilities of patient and in addition, stress-reduction techniques to reduce the behavioral symptoms.

**Conclusion** The study allowed to examine the whole picture of the services offered within the Turin metropolitan area, this showed that more funding would be needed to acquire new equipment. It would be interesting to investigate about other facilities related to Alzheimer's patients care in order to compile a list which can be used from both patients themselves and their families.

# Indice

<b>Introduzione</b> .....	6
<b>Capitolo 1. Malattia di Alzheimer</b> .....	8
<b>1.1 Cos'è l'Alzheimer</b> .....	8
<b>1.2 Cause</b> .....	9
<b>1.3 Prevalenza e incidenza</b> .....	9
<b>1.4 Terapia farmacologica</b> .....	10
<b>1.5 Approccio non farmacologico</b> .....	11
<b>Capitolo 2. Ricerca in letteratura delle terapie non farmacologiche</b> .....	13
<b>2.1 Stimolazione cognitiva</b> .....	14
<b>2.2 Programma 3R Therapy</b> .....	15
<b>2.3 Validation Therapy</b> .....	19
<b>2.4 Arteterapia</b> .....	20
<b>2.5 Danzaterapia</b> .....	22
<b>2.6 Esercizio fisico</b> .....	24
<b>2.7 Terapia occupazionale</b> .....	26
<b>2.8 Hortocultural Therapy</b> .....	29
<b>2.9 Modello Gentlecare</b> .....	30
<b>2.10 Pet Therapy</b> .....	32
<b>2.11 Doll Therapy</b> .....	35
<b>2.12 Terapia del Viaggio</b> .....	36
<b>2.13 Snoezelen Therapy</b> .....	39
<b>Capitolo 3. Indagine nell'area del Torinese</b> .....	42
<b>3.1 Obiettivo della ricerca</b> .....	42
<b>3.2 Materiali e metodi</b> .....	42
<b>Contesto e partecipanti</b> .....	42
<b>Modalità raccolta dati</b> .....	44
<b>3.3 Analisi tematica delle realtà osservate</b> .....	44
<b>Discussione</b> .....	50
<b>Conclusione</b> .....	53
<b>Bibliografia</b> .....	54

## **Introduzione**

L'Italia è il paese più longevo d'Europa; negli ultimi cento anni, il numero delle persone con più di 65 anni è quasi triplicato e nei prossimi anni continuerà ad aumentare, provocando così un incremento dei nuovi casi di Alzheimer, portando il nostro Paese ad essere uno dei più colpiti da questa patologia.

La malattia di Alzheimer è la forma più comune di demenza, uno stato provocato da una alterazione delle funzioni cerebrali che implica numerose difficoltà per il paziente nel condurre le normali attività quotidiane e costituisce, per la nostra generazione, la principale sfida della salute pubblica globale.

Sono trascorsi più di cento anni dalla prima volta in cui si parlò di questa malattia - descritta nel 1906 dallo psichiatra e neuropatologo tedesco Alois Alzheimer - ma ancora oggi non si conoscono chiaramente le cause, né una reale cura per fermare il deterioramento che in pochi anni porta la persona ad essere dipendente anche nelle più semplici attività.

Per queste ragioni è fondamentale attuare un intervento il più integrato possibile che vada ad agire in un'ottica sistemica, sul malato, sulla famiglia e sull'ambiente nel quale sono inseriti, integrando trattamenti farmacologici e non farmacologici in grado di restituire a quest'ultimo e alla sua famiglia un livello di benessere e felicità relativi, il più possibile elevati.

L'idea di questa Tesi è nata da alcune esperienze di tirocinio affrontate in questo percorso di studi, in particolare quella vissuta all'I.R.V. - Istituto di Riposo per la Vecchiaia – che mi ha concesso di avvicinarmi alla demenza, agli anziani e di imbattermi nelle difficoltà da affrontare nella gestione quotidiana.

Nasce così questo progetto, con l'intento di far conoscere quali sono le terapie che aiutano a perseguire questo scopo, ossia tutte quelle tecniche riabilitative che ad oggi vengono considerate in grado di migliorare la qualità della vita, oltre a rivitalizzare l'umore, ridurre l'aggressività e stimolare la memoria, l'attenzione e il linguaggio.

Il secondo obiettivo di questo elaborato è quello di indagare su quali di queste risorse presenti nella letteratura scientifica vengono messe in pratica in Torino e provincia, esaminando attraverso un'analisi tematica, le offerte del territorio per i pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer e in supporto alle famiglie che si prendono cura di essi.

# Capitolo 1. Malattia di Alzheimer

## 1.1 Cos'è l'Alzheimer

La malattia di Alzheimer-Perusini, nota come malattia di Alzheimer, è la forma più comune di demenza: un termine generale che si riferisce alla perdita di memoria. Rappresenta circa il 50-80% dei casi di demenza diagnosticati.

Si tratta di una patologia neurodegenerativa a decorso cronico e progressivo che colpisce le cellule e le connessioni cerebrali (figura 1), causando un deterioramento irreversibile delle funzioni cognitive - memoria, ragionamento e linguaggio - fino a compromettere l'autonomia e la capacità di compiere le normali attività giornaliere.

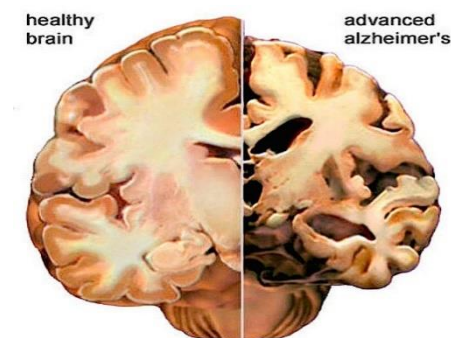


Figura 1. Effetti della malattia di Alzheimer sulle cellule cerebrali

L'inizio è generalmente insidioso e graduale, il decorso lento e la durata media della malattia è di 8-10 anni dalla comparsa dei sintomi.

Nel corso della malattia spesso viene rilevata la presenza di almeno un disturbo comportamentale (BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia), come la deflessione del tono dell'umore che spesso si manifesta nelle prime fasi, con la presa di coscienza dell'alterazione dell'efficienza cognitiva, o altri che compaiono nelle fasi più avanzate come apatia, agitazione, ripetitività e resistenza aggressiva, wondering, alterazioni del ritmo sonno-veglia.



## **1.2 Cause**

Le cause sono ad oggi generalmente sconosciute; colpisce per lo più persone tra i 70 e 80 anni. In una minoranza dei casi, insorge in età più giovanile, prima dei 65 anni. Il 60% di queste forme ad esordio precoce sono denominate familiari, ovvero la malattia si manifesta in due o più persone appartenenti allo stesso nucleo familiare; il 13% di esse è causato dalla presenza di un assetto genetico, necessariamente ereditato da un genitore, che regola la probabilità di insorgenza della malattia. Queste rare forme di Alzheimer vengono trasmesse con modalità di tipo autosomico dominante, per cui il 50% dei figli (1 su 2, indipendentemente dal sesso) ha la possibilità di ereditarla. (1)

## **1.3 Prevalenza e incidenza**

Secondo le recenti ricerche delle Nazioni Unite, si prevede che, mentre oggi su una popolazione mondiale di 6,9 miliardi solo l'11% supera i 60 anni, nel 2050 questa percentuale salirà al 22% su una popolazione di 9 miliardi e al 33% nei paesi sviluppati. (2)

A causa dell'invecchiamento globale della popolazione si è verificato parallelamente un mutamento delle patologie preponderanti, aumentando così la prevalenza di malattie cronicodegenerative, tra cui depressione, Morbo di Alzheimer e altre forme di demenza.

A livello mondiale oggi si stimano 46.8 milioni di persone affette da una forma di demenza. I nuovi casi ogni anno sono oltre 9.9 milioni, il che significa una crescita del 35% rispetto al 2010.

In Europa si stima che i casi di Alzheimer rappresentino il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%.

I tassi d'incidenza, osservati in Europa, indicano un incremento nei maschi da 0,9 casi per 1.000 anni-persona nella fascia d'età compresa tra i 65 e i 69 anni a 20 casi in quella con età maggiore di 90 anni; nelle donne, invece, l'incremento varia da 2,2 nella classe d'età compresa tra i 65 e i 69 anni a 69,7 casi per 1.000 anni-persona in quella >90 anni.(3)

L'Italia, secondo i dati Istat, è collocabile al secondo posto dopo la Germania per il numero di anziani che superano i 65 anni d'età, pari al 21,2% della popolazione totale. Il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un ulteriore consistente aumento della prevalenza dei pazienti affetti da demenza. Ad oggi, il numero totale dei pazienti con diagnosi conclamata è stimato in oltre un milione, di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer.

#### **1.4 Terapia farmacologica**

Allo stato delle attuali conoscenze per la terapia farmacologica della malattia di Alzheimer non si dispone di un trattamento in grado di curarne la causa ma soltanto farmaci finalizzati all'attenuazione delle manifestazioni cliniche.

Nella fase di esordio possono essere utilizzati gli inibitori dell'acetilcolinesterasi, quali donepezil, galantamina e rivastigmina per aumentare la disponibilità cerebrale di acetilcolina e compensare, ma non arrestare, la distruzione delle cellule cerebrali.

Col progredire della patologia, la terapia verterà in particolare verso farmaci antiossidanti (selegilina, vitamina E, ginkgo-biloba), che permettono di ritardare la perdita della capacità di svolgere alcune attività di vita quotidiana e di conseguenza l'istituzionalizzazione, associati alla memantina, che agisce compensando gli effetti tossici derivanti dall'eccessiva eccitazione delle cellule nervose causata dal glutammato, sostanza fondamentale per l'apprendimento e la memoria, che se prodotto in quantità eccessive aumenta i livelli di calcio provocando la morte delle cellule.

Nelle fasi avanzate della malattia, oltre alla perdita di memoria e alla difficoltà di cura di sé, si evidenzia l'insorgenza di sintomi comportamentali come irritabilità, ansia, depressione, disturbi del sonno, agitazione, deliri e allucinazioni, che in fase acuta possono essere gestiti con farmaci antipsicotici, quali aloperidolo, olanzapina, quetiapina e risperidone.

Questo tipo di trattamento però, nell'ultimo ventennio, è stato messo in discussione da diversi studi in grado di dimostrare che, se somministrati per un lungo periodo, aumentano il rischio di cadute, ictus e morte. Per queste ragioni, nel 2008, la Food and Drug Administration ha emesso un avviso circa l'uso di farmaci antipsicotici nel trattamento di pazienti affetti da demenza, evidenziando che, sia gli appartenenti alla prima che alla seconda generazione aumentano il rischio di morte. (4)

### **1.5 Approccio non farmacologico**

Alla luce di questi studi, l'uso di un approccio non farmacologico come trattamento di prima linea è stato sempre più raccomandato. Questo metodo permette di migliorare la qualità della vita del malato e delle persone che si occupano della sua assistenza, rallentando il declino cognitivo e funzionale, controllando i sintomi comportamentali e compensando le disabilità causate dalla malattia.

Le terapie non farmacologiche, in particolare attività di gruppo dove il malato viene coinvolto in prima persona, permettono inoltre di evitare l'isolamento sociale e questo consente di migliorare anche lo stato dell'umore e l'autostima del paziente, riducendo il carico di stress e responsabilità percepito dal caregiver che se ne prende cura.

Il Piano nazionale demenze, approvato nel 2014, prevede la creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi, tra cui troviamo centri diurni, istituti di riabilitazione, strutture semi-residenziali e residenziali, e funzioni integrate in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e dei diversi contesti di vita e di cure.

Secondo la ricerca Censis-Aima (2016), i costi diretti dell'assistenza in Italia ammontano a oltre 11 miliardi di euro, di cui il 73% a carico delle famiglie, in quanto si tende ad assistere il malato direttamente al domicilio e ricorrere al supporto di una badante. Tale bilancio potrebbe essere modificato aumentando la conoscenza rispetto ai servizi offerti dal territorio, sia relativi al sostegno domiciliare, sia alle strutture che progettano piani di assistenza finalizzati al paziente con Alzheimer e affermando la validità delle attività cognitive e motorie messe in atto per ritardare la perdita dell'autonomia.

## **Capitolo 2. Ricerca in letteratura delle terapie non farmacologiche**

Al fine di indagare l'efficacia e l'efficienza dei servizi presenti sul territorio del torinese, è necessario prima di tutto conoscere quali sono le terapie non farmacologiche applicabili al paziente con Alzheimer che al giorno d'oggi sono conosciute e validate dalla letteratura.

Prima di descrivere le varie tipologie trovate consultando la letteratura, è importante spiegare qual è l'obiettivo centrale di questo tipo di trattamento: l'applicazione parallela alle terapie tradizionali permette di ridurre notevolmente i costi, contenere il progresso della patologia, ritardare l'istituzionalizzazione e mantenere l'identità, l'autonomia e la dignità delle persone affette da demenza.

Le terapie non farmacologiche si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona curata e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue, allo scopo di sostenere e attivare, con un progetto di cura personalizzato, le funzioni mentali non completamente deteriorate, per mantenere la massima autonomia possibile e rallentare la progressione della disabilità. L'atto valutativo, da semplice strumento di misurazione e descrizione, diventa mezzo per individuare obiettivi di cura condivisi da tutti coloro che ruotano intorno al malato, obiettivi che varieranno non solo tra i diversi pazienti, ma anche per il singolo soggetto nell'arco della malattia.(5)

La necessità di creare un piano individuale per il trattamento del singolo paziente nasce dalla molteplicità dei sintomi riscontrati con il progredire della malattia.

In questo capitolo saranno analizzate le diverse metodologie terapeutiche ad oggi convalidate da studi scientifici e utilizzate nei diversi contesti di cura, suddivise convenzionalmente in cognitive e motorie.

## 2.1 Stimolazione cognitiva

*“Se c'è un modo perché la sua mente e la mia continuino a comunicare io lo devo trovare.”*

Dal film “Una sconfinata giovinezza”, di Pupi Avati

L'approccio che gode del supporto delle evidenze scientifiche, nonché la più analizzata nelle revisioni degli ultimi anni è la *Stimolazione cognitiva* un intervento per le persone con demenza lieve o moderata, con lo scopo di sollecitare le potenzialità residue per rallentare il decadimento e ottenere una positiva ripercussione sul benessere sostenendo l'autostima e l'immagine personale(6). Si tratta di un'attività altamente strutturata condotta da personale formato e può essere condotta individualmente o in piccoli gruppi con livello cognitivo omogeneo.

Ogni sessione segue la stessa struttura sebbene il tema cambi di volta in volta, permettendo alla persona di acquisire un orientamento implicito. La stimolazione delle abilità cognitive avviene attraverso attività non frustranti e adattate alle capacità della persona o del gruppo:

- esercizi con le parole per stimolare le abilità di denominazione e di comprensione
- giochi con i numeri
- esercizi sulla conoscenza e uso degli oggetti
- giochi fisici
- orientamento sulla base di indizi esterni
- utilizzo del denaro
- stimolazione sensoriale
- attività con musica e suoni
- attività sull'infanzia

Spesso, la persona riprende a svolgere attività quotidiane che aveva abbandonato in quanto la condivisione di questi incontri con altre persone che presentano difficoltà simili alle proprie, ma anche potenzialità, supporta

la fiducia in sé e mitiga l'ansia che potrebbe portare a un progressivo isolamento.

In questo senso, la stimolazione cognitiva identifica un intervento non farmacologico che interviene non solo sulla sfera cognitiva, ma anche su quella affettiva, comportamentale e relazionale, stimolando un processo attivo di cambiamento(7).

Questo cambiamento è reso possibile dalla continuità con cui la persona mette in pratica le suddette attività, che seppur non compensando la degenerazione determinata dalla patologia, la contrasta consentendo il temporaneo mantenimento di alcune autonomie funzionali.

## 2.2 Programma 3R Therapy

*“La memoria non è ciò che ricordiamo, ma ciò che ci ricorda.”*

Octavio Paz

Tra i trattamenti cognitivi troviamo la metodologia della **Reality Orientation Therapy** (R.O.T.), ideata negli Anni '60 presso la *Veterans Administration* (Kansas, USA), come tecnica specifica di riabilitazione per i veterani di guerra con confusione mentale.(8) Solo successivamente l'intervento è stato destinato alla riabilitazione di pazienti con deficit mnesici, episodi confusionali e disorientamento temporo-spaziale. Il principale obiettivo della Terapia di Riorientamento nella realtà consiste nel riorientare il paziente, per mezzo di ripetute stimolazioni, rispetto alla propria storia personale, all'ambiente ed al tempo, riducendo la tendenza all'isolamento rendendo il soggetto ancora partecipe alle relazioni sociali e all'ambiente che lo circonda.

Questo obiettivo può essere perseguito tramite due modalità di intervento fra loro complementari: **ROT informale** che si basa sull'introduzione di facilitazioni temporo-spaziali nell'ambiente di vita del paziente con il coinvolgimento attivo di operatori sanitari e dei familiari(9) e **ROT formale** che consiste in sedute giornaliere condotte all'interno di gruppi formati da 4-6 soggetti, omogenei sul piano della compromissione cognitiva, per circa

un'ora al giorno, in un ambiente idoneo, il più possibile simile a quello di una abitazione ed è condotto da personale specializzato(10).

Diverse sono anche le tecniche e i mezzi di cui si avvale la R.O.T. per incentivare tali abilità; una delle principali tecniche cardine è costituita dall'utilizzo di ausili esterni, oggetti quali calendari, lavagne, timer, foto, orologi, oggetti vari di uso comune, che possono essere visti come dei veri e propri sostegni all'attivazione dei processi mnestici del paziente.(11)

“Per poter garantire una coordinazione sincronizzata tra operatori formali ed informali, vengono organizzate delle sedute settimanali durante le quali vengono illustrate e insegnate ai familiari ed agli operatori le strategie proposte nell'incontro formale”(12).

I migliori candidati alla ROT sono i pazienti con deterioramento cognitivo lieve o lieve-moderato, privi di deficit sensoriali e disturbi comportamentali che possano pregiudicare la partecipazione alle sedute riabilitative.

“I risultati delle ultime ricerche testimoniano la necessità di condurre il trattamento fino a quando le condizioni del soggetto lo permettono, sia per consentire un ritardo nell'istituzionalizzazione, spesso vissuto dai familiari come ultima scelta e con sensi di colpa, sia per la possibilità di preservare alcune importanti abilità cognitive”(11).

Al termine di un ciclo di sedute di R.O.T. si passa alla fase conclusiva della valutazione del trattamento. Per verificare l'esito del training è necessario, partendo dal presupposto che la terapia di orientamento alla realtà è finalizzata a potenziare l'orientamento spazio-temporale e le abilità cognitive ad essa connesse, avvalersi di test neuropsicologici come l'MMSE (Mini Mental State Examination) una batteria di test che prevede un'indagine sull'orientamento spazio-temporale, sulla memoria in registrazione e in recupero, sull'attenzione e sul calcolo, sul linguaggio e sulle abilità prassiche.

In associazione alla R.O.T. può essere usata la tecnica del **Memory Training**, per stimolare e migliorare la memoria procedurale del paziente, coinvolgendolo, insieme al familiare in attività strumentali della vita



quotidiana, come cura, igiene personale e vestizione, mansioni domestiche e comunicazioni con l'esterno al fine di conservare il più a lungo possibile l'autonomia al domicilio. Viene distinta, anch'essa tra formale e informale. Nel primo caso è caratterizzata dal recupero di una stessa informazione ad intervalli di tempo crescente predeterminati, con sedute individuali di 45-60 minuti, nelle quali il terapeuta ha un ruolo direttivo e struttura rigidamente l'attività; mentre la terapia informale o di rinforzo può essere somministrata in ogni momento dai terapisti, gli operatori o i familiari che ripresentano le informazioni fornite durante le sedute quando il contesto ne offre l'opportunità.

Entrambe le tecniche, se ben esercitate, soprattutto nell'ambito del proprio domicilio e con adeguata formazione del familiare, producono ottimi risultati legati all'orientamento della persona, al controllo dei disturbi del comportamento, migliorando la qualità di vita e lo stato dell'umore del malato.

Per apportare dei cambiamenti positivi nel tono dell'umore e nell'autostima del paziente e del sistema familiare, contrastando la sensazione di solitudine e di isolamento sociale, si può ricorrere alla **Terapia della Reminiscenza**.<sup>(13)</sup> Reminiscenza intesa come ricordo personale che riaffiora dallo stato incoscio, dimenticato, allo stato conscio. Il primo a notare la tendenza dell'anziano a raccontare il passato e ad intravedere la possibilità di usare questa tecnica per trarne un beneficio è stato il Dottor Robert Butler che, nel 1963, propose l'ipotesi secondo la quale: rendere partecipe l'altro della propria vita può essere visto come una strategia adattiva che permette all'anziano di elaborare eventuali nodi irrisolti della propria esistenza, assegnando alla propria autobiografia una valenza positiva.

Il numero dei componenti, in genere 5-8 persone, deve essere tale da permettere da un lato al conduttore di dedicare le proprie competenze ad ogni singolo partecipante, dall'altro deve essere costituito da un numero sufficiente di soggetti tale da poter garantire il dispiegarsi di dinamiche quali

rispecchiamento, instillazione di speranza, creazione di un senso di coesione e di riconoscimento all'interno del gruppo.

I principali temi chiave che generalmente vengono proposti dal conduttore in ordine cronologico e sulla base delle informazioni rilevanti ottenute dai colloqui con i familiari e con i pazienti, sono: l'infanzia, i vicini di casa, gli anni della scuola, la guerra, le feste, corteggiamento e matrimonio, il mondo del lavoro, gite, vacanze, ferie, passatempi preferiti, figli e nipoti(14).

Alcune ricerche si sono occupate di analizzare gli effetti che la terapia di Reminiscenza può esercitare sulla dimensione cognitiva del malato, facendo emergere che le attività pensate e realizzate nel corso del laboratorio causano un miglioramento nelle capacità mnestiche e linguistiche ed un generale incremento delle abilità comunicative(15).

A fianco delle terapie di Riorientamento e Reminiscenza, nel programma *3R Therapy*, si associa la **Terapia di Rimotivazione**, nata a metà degli Anni '50 in particolare per pazienti psichiatrici, ad opera di Doroty H. Smit, una volontaria di un ospedale statunitense.

È una tecnica il cui scopo è di rivitalizzare l'interesse per gli stimoli ambientali, migliorare l'interazione sociale e contrastare l'isolamento.

La tecnica della Rimotivazione si basa su 5 fasi:

- **Il clima di accettazione:** ogni partecipante deve sentirsi libero di potersi esprimere senza temere il giudizio degli altri. L'atmosfera deve essere rilassata. All'inizio di ogni seduta l'operatore saluta ogni membro del gruppo e cerca di stabilire un clima accogliente e caldo.
- **Ponte con la realtà:** l'operatore introduce l'argomento del giorno scelto in base agli interessi e ai bisogni del gruppo. Viene letto l'articolo, la poesia o il brano per supportare l'argomento e stimolare l'immaginazione e i ricordi.
- **Condividere l'argomento in gruppo:** I partecipanti condividono le proprie conoscenze sul tema in modo generale e non personale.

- **Condividere le proprie esperienze:** la discussione si sposta verso le esperienze soggettive, le opinioni, e i valori. L'operatore deve rimanere obiettivo e non giudicante. Non ci possono essere né risposte giuste né sbagliate.
- **Apprezzamento finale:** i partecipanti vengono ringraziati per i loro contributi personali. In chiusura viene fornita dall'operatore una sintesi di quello che è stato detto. I partecipanti vengono invitati a suggerire temi futuri.(16)

Viene applicata individualmente oppure in piccoli gruppi ed è particolarmente indicata in pazienti con sintomi depressivi non gravi e deficit cognitivo lieve in grado di seguire una conversazione, anche se istituzionalizzati.

### 2.3 Validation Therapy

*“Ascoltare una persona che nessun altro desidera ascoltare è una cosa molto bella.”*

Da La mia vita, Madre Teresa di Calcutta

Una valida alternativa per i pazienti che presentano una compromissione cognitiva moderata o severa, che non rispondono alle tecniche precedentemente descritte, è costituita dal *metodo Validation*, proposto nel 1967 dalla gerontologa e psicoterapista americana Naomi Feil. Il metodo Validation è una tecnica di comunicazione, uno strumento basato su una suddivisione del percorso di disorientamento in quattro fasi che necessitano di atteggiamenti peculiarmente descritti dalla teorica.

La prima fase definita di “malorientamento” è caratterizzata da sporadici momenti di delirio, dalla comparsa di momentanei pensieri distorti che è importante accogliere, “validare” per aprire le porte della comunicazione, in quanto la correzione diretta, per quanto amorevole, può innescare meccanismi di difesa poi difficili da interrompere.

La seconda fase identifica i pazienti che si trovano ad attraversare l'inesorabile peggioramento delle capacità cognitive ed è più che mai

fondamentale entrare empaticamente e con rispetto nel mondo dell'altro, fortemente convinto di ciò che nella sua mente accade.

Nella terza fase di grave deterioramento, il malato esclude la maggior parte delle stimolazioni provenienti dal mondo esterno; da questo momento la comunicazione verbale lascia il posto a quella non verbale, attraverso postura, voce, sguardo, rispecchiamento e alla musica permettendo così di esprimersi al di là delle parole.

Infine, la quarta fase, nella quale le condizioni fisiche sono oramai molto compromesse e l'assistito diviene difficilmente raggiungibile, il tocco, la musica e altre stimolazioni sensoriali sono le uniche possibilità che permettono di tentare un contatto.(17)

Non è finalizzata a riorientare il paziente nella realtà ma piuttosto è il terapeuta che tenta di comprendere e quindi di "entrare", con un atteggiamento empatico, nella realtà che il soggetto affetto da demenza si è costruito. Quindi si tratta di seguire il paziente nel suo mondo per cercare di capire quali sono i sentimenti, emozioni e comportamenti che derivano da questo suo rivivere i conflitti del passato, dando valore alla realtà presentata, ai sentimenti e alle emozioni esplicitate.

È un metodo impiegato, mediante interventi individuali o di gruppo alla stimolazione cognitiva e sensoriale, per il recupero dell'autostima ma soprattutto rivolto alla riduzione dei disturbi comportamentali e degli interventi farmacologici ad essi collegati. Attraverso il metodo *Validation* si tenta di ridurre disturbi quali il wandering, l'agitazione, l'aggressività, l'ansia e la sospettosità.

## **2.4 Arteterapia**

*"Nulla apre gli occhi della memoria come una canzone".*

Da "La canzone di Susannah", di Stephen King.

Al fine di contrastare i disturbi comportamentali sopra citati, sono state negli anni create diverse vie di trattamento tra queste l'*Arteterapia*.

L'Arteterapia, nata nel secondo dopoguerra nel tentativo di ristabilire l'equilibrio psico-emotivo dei reduci, si configura oggi come strumento terapeutico non verbale di grande efficacia soprattutto con i pazienti affetti da demenza lieve o moderata, in alcuni casi si sono verificati risultati positivi anche con soggetti gravemente deteriorati, i quali attraverso lo sforzo creativo, hanno l'opportunità di riattivare modalità di funzionamento più valide ed incisive e di creare dei nuovi sentieri verso la consapevolezza di abilità personali, spesso sconosciute in precedenza.(18)

Pittura, disegno, collage, fotografia, scultura e musica consentono stimolazioni tattili, visive, motorie e di coordinamento del paziente. Il processo artistico, infatti, promuove il recupero delle memorie implicite ed esplicite e durante questo processo il paziente è stimolato dal piacere di raggiungere una forma estetica, rafforzando così la propria autostima(19), rendendolo ancora in grado di trasmettere un messaggio al prossimo, attraverso la valorizzazione delle capacità residue, con la produzione di opere che diventano "simboli comunicabili" e decodificabili dal terapeuta.

I benefici di un intervento di tipo arte-terapeutico derivano dal potere del colore che riesce a risvegliare sensazioni e ricordi di esperienze passate, percorrendo canali alternativi rispetto a quelli di riabilitazione cognitiva e permettono al paziente di ritagliarsi un nuovo ruolo, realizzando prodotti o progetti che rinforzano il senso di identità e l'autoefficacia, e che restituiscono un senso di controllo sulla realtà, recuperando ricordi cari, ricucendo tra loro i diversi tasselli della propria esistenza e assegnando un significato alle proprie esperienze.(20)

Nel 2001, l'*American Academy of Neurology* ha sottolineato l'importanza della *Musicoterapia* come tecnica utile a migliorare le attività funzionali e a ridurre i disturbi del comportamento nel malato di Alzheimer.

La musica è caratterizzata da due aspetti positivi: il primo è la grande influenza che essa può avere sul tono dell'umore; il secondo aspetto è il forte potere mnestico in quanto riascoltare un brano può evocare con molta

precisione un episodio della vita, ricostituendo il ricordo sia nella sua complessità cognitiva che emozionale(21).

Nel tempo è stata riconosciuta come unica attività umana a mettere in comunicazione entrambi gli emisferi cerebrali, agendo in totalità sulle parti sane e quelle intaccate dalla patologia. Da qui l'importanza della scelta dei brani o attività con tempi lenti, ritmi molto scanditi e prevedibili, musiche "dei loro tempi" in grado di farli sentire a casa; a seconda poi della tipologia d'intervento che si sta attuando, melodie molto lunghe rilassanti e in tonalità maggiore, aiutano la distensione psicofisica.

Gli interventi di musicoterapia possono essere individuali o di gruppo e attivi o recettivi (figura 2, connubio perfetto tra musica e movimento). Per attivi si intendono momenti in cui i pazienti sono invitati a fare esperienze dirette e creative, attraverso l'utilizzo di strumenti in base al grado di deterioramento o sfruttando le capacità vocali, tra le ultime a subire danneggiamenti, mentre con recettivi si intende quando viene privilegiato l'ascolto e l'aspetto della verbalizzazione successiva(22).

Un recente studio mette in evidenza che l'intervento di musicoterapia recettiva è più efficace per alleviare i sintomi comportamentali e psicologici della demenza(23).

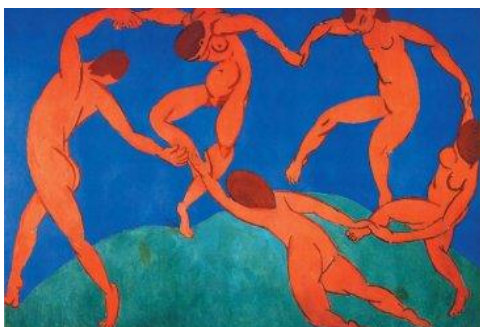


Figura 2. "La danza", Henri Matisse

## 2.5 Danzaterapia

*"Imparare a camminare ti rende libero. Imparare a danzare ti dà la libertà più grande di tutte: esprimere con tutto il tuo essere la persona che sei."*

Melissa Hayden

La musica, come detto in precedenza, viene recepita da quella parte del cervello non intaccato dalla malattia e riesce a rievocare ricordi che

altrimenti rimarrebbero sepolti o dimenticati per sempre. Allo stesso modo, l'area cerebrale deputata al movimento rimane attivabile e per cui, in seguito alla suggestione favorita dalla musica proposta e dalla presenza del conduttore, si accende, permettendo al soggetto di muoversi in modo sciolto ed armonico.

L'approfondimento del sé corporeale permette, negli anni '70, alla ballerina inglese Gillian Hobart di edificare un metodo di educazione corporea per mezzo della danza, trasformandola in veicolo di empatia, un codice linguistico ed emozionale. Negli anni '90 insieme a Claudio Gasparotto inizia un percorso di confronto diretto tra la danza e i diversamente abili. Col passare del tempo diventano consapevoli che questo metodo può essere utilizzato anche con bambini, giovani aggressivi e anziani con deficit cognitivi.

Nel setting di *Danzaterapia* il corpo è protagonista di un dialogo nel quale le parole non servono, e tutto è rivolto al valore comunicativo del gesto. Un dialogo essenziale per favorire il benessere della persona, che troppo spesso percepisce corpo e mente come distanti.

Il corpo però non è così distante dalla mente, registra e annota tutte le esperienze felici, faticose, dolorose e traumatiche che si sono vissute nel corso della vita. Ridargli dignità e ascolto significa ridare dignità alle emozioni legate a quegli eventi, lasciarle libere di fluire, liberando energie che rientreranno così nella nostra disponibilità, favorendo il benessere.

Gli incontri di Danzaterapia, di norma sono settimanali, hanno una durata di circa un'ora e mezza durante i quali si avvicendano momenti di accoglienza, lavoro, rilassamento e condivisione.

Anche nell'ultima fase della vita, il movimento proposto dal terapeuta può avere la funzione di rallentare il processo degenerativo restituendo al soggetto dignità e voglia di vivere. Un percorso di questo tipo può essere di grande sostegno al paziente e alla famiglia che gli sta intorno e può restituire sensi, significati perduti e migliorare notevolmente le relazioni(24).

## 2.6 Esercizio fisico

*“Se poniamo a confronto il fiume e la roccia, il fiume vince sempre non grazie alla sua forza, ma alla sua perseveranza.”*

Buddha

Il movimento e l'attività fisica recano beneficio al malato di demenza in diversi modi: lo aiutano a rimanere indipendente, mantengono e stimolano le sue capacità mentali e fisiche, contribuiscono a fargli consumare le energie in eccesso e a facilitare il sonno notturno.

Incoraggiare il malato ad avere degli interessi, a restare attivo e a fare del movimento può aiutarlo a condurre una vita il più normale possibile. È quanto spiega, attraverso il proprio sito, la *Federazione Alzheimer Italia*, la maggiore organizzazione nazionale non profit dedicata alla promozione della ricerca medica e scientifica in merito alle cause, alla cura e all'assistenza per la malattia di Alzheimer.

Nelle persone con malattia di Alzheimer l'*attività aerobica* migliora non solo le funzioni cardiovascolari, ma anche quelle cognitive e cerebrali. L'evidenza emerge da una Review di 19 studi, condotti tra il 2002 e il 2015, pubblicata dal *Journal of American Geriatrics Society*. Quasi il 90% degli studi erano trial controllati randomizzati. Poco più della metà dei soggetti ha partecipato a un programma di esercizi aerobici o a un programma aerobico più un intervento di allenamento di resistenza. Il resto dei partecipanti, invece, ha ricevuto solo le tradizionali cure. Gli esercizi aerobici comprendevano camminata veloce, jogging, nuoto, ciclismo e altre attività che aumentano la frequenza cardiaca e rafforzano il cuore e i polmoni. In media, i partecipanti si sono allenati 3,5 giorni alla settimana a intensità moderata, ciascuna sessione è stata della durata di 30-60 minuti.

I risultati hanno evidenziato che l'esercizio – in particolare l'esercizio cardiovascolare – ha avuto un forte impatto favorevole, un aumento statisticamente significativo della funzione cognitiva. Tra le persone con analoghi punteggi dei test cognitivi all'inizio dello studio, i soggetti del gruppo sottoposto ad esercizi hanno ottenuto punteggi più alti nei test di



funzionalità cognitiva rispetto al 69% dei pazienti nel gruppo di controllo che non si era sottoposto a sessioni di allenamento.

La funzione cognitiva è stata valutata utilizzando il Mini-Mental State Exam (MMSE) ed altri strumenti validati. Gli strumenti valutano aspetti come la risoluzione dei problemi e la velocità di elaborazione, l'abilità motoria, le capacità *multi-tasking* e il ricordo degli eventi, così come il riconoscimento degli oggetti e la capacità di pianificare.(25)

Le attività motorie possono essere svolte in sedute individuali, sia attive che passive, in base alle esigenze dell'assistito attraverso programmi personalizzati che comprendono:

- Tecniche di rieducazione neuromotoria: trattamento a letto, controllo posturale, esercizi di equilibrio, trattamento Kabat-Bobath-Grimaldi-Perfetti;
- Tecniche di mobilitazione articolare segmentaria: passiva (Fisio-teck), assistita e attiva;
- Tecniche di rieducazione funzionale: standing, esercizi di ortostatismo, lettino di statica, cyclette;
- Tecniche di rieducazione alla deambulazione: parallele, passaggi di carico, cambi postura, deambulatore ad appoggio ascellare (girello) o manuale, antibrachiale, percorso ad ostacoli;
- Rieducazione propriocettiva per ridare al soggetto la capacità di avvertire come le proprie articolazioni sono poste in statica e dinamica;

Oppure in sedute di gruppo, accorpando i soggetti secondo il livello di deficit e con gli stessi obiettivi riabilitativi. Le attività previste riguardano:

- Kinesiterapia di Gruppo è una particolare terapia manipolativa usata in fisioterapia che si prefigge la riabilitazione e la rieducazione funzionale di singoli muscoli o gruppi muscolari o dell'intero organismo.

- Programma di ginnastica dolce è un progetto di gruppo che persegue l'obiettivo del mantenimento delle abilità residue per i soggetti che non necessitano di particolari interventi riabilitativi.

## 2.7 Terapia occupazionale

*“Riuscire a sorridere di tutti i piccoli fastidi e inconvenienti quotidiani sarebbe già l'anticamera della felicità.”*

Giovanni Soriano, Maldetti.

La demenza non determina solo un decadimento cognitivo ma anche una maggiore difficoltà nella gestione delle attività della vita quotidiana. Il mantenimento di tali autonomie è centrale in un approccio riabilitativo che si è dimostrato efficace negli ultimi anni: la *terapia occupazionale*.

La terapia occupazionale è una professione riabilitativa che coinvolge i pazienti in attività volte a promuovere il ripristino e il massimo uso della funzionalità residua, così che siano in grado di partecipare alla vita privata e pubblica, nell'ambito sociale e domestico, nel miglior modo possibile. Finalizzato a favorire un processo di rimotivazione ed un aumento graduale dell'autostima del paziente, al fine di favorire il miglioramento o il mantenimento dello stato funzionale e d'indipendenza e di controllare i disturbi del comportamento. L'intervento occupazionale, inoltre, lavora sul superamento delle barriere architettoniche tramite adattamenti, ausili e modifiche dell'ambiente.

Si suddivide in tre fasi:

- La **fase di esplorazione** che prevede la collocazione del paziente in un ambiente che contenga elementi che possano suscitare il suo interesse e che possano incoraggiarlo attivamente ad esplorare il mondo che lo circonda; in tale contesto il paziente, ricominciando a sperimentare situazioni di successo nell'esecuzione delle attività scelte per l'intervento riabilitativo, accrescerà la propria autostima e motivazione ad agire, impiegando le proprie energie quotidiane in

attività significative per se stesso, piuttosto che in comportamenti afinalistici e spesso pericolosi.

- La **fase della competenza**, dove l'operatore fornisce e utilizza una serie di accorgimenti al fine di compensare soprattutto i deficit cognitivi. Per questo, man mano che il paziente accresce il senso di fiducia nelle azioni che compie e nei risultati che produce, è sempre più disposto a "mettersi in gioco" accettando o anche richiedendo di svolgere attività più complesse, spesso collegate a ruoli rivestiti in passato.
- La **fase dell'autonomia**, in cui si presuppone che il paziente sia in grado di interessarsi spontaneamente allo svolgimento di un'attività, ma ciò non significa necessariamente che sia in grado di svolgerla realmente in modo indipendente.

L'etimologia greca del termine ergoterapia (terapia occupazionale) esprime infatti il concetto dell'essere attivi: l'aver un impegno rappresenta un bisogno primario dell'uomo e un'attività svolta in maniera mirata ha degli effetti terapeutici.

Le occupazioni possono essere classificate come cura personale, produttività e/o tempo libero (figure 3, 4, creazione di manufatti); sono pensate per soddisfare i bisogni intrinseci delle persone, per auto-mantenersi, per esprimersi e realizzarsi nel contesto del proprio ambiente personale e del proprio ruolo.



Figura 3. Cuscino dell'Alzheimer



Figura 4. Produzione di pasta fresca

La sua pratica può svilupparsi secondo quattro modelli fondamentali: MOHO, CMOP, OTIPM, MOVI.

Il **Model Of Human Occupation** (MOHO) si basa sulla centralità della persona, valutandone motivazione, *performance* e organizzazione del comportamento occupazionale nelle attività di vita quotidiana. Secondo questo modello, la persona è composta da tre sottosistemi: volizione, cioè il bisogno universale di agire, l'abituazione, cioè abitudini, ruoli e le capacità di attuazione, che dipendono dalle strutture e dalle funzioni corporee.

Il **Canadian Model of Occupation Performance** (CMOP), si basa sulla *performance* occupazionale. Infatti, gli obiettivi occupazionali sono considerati come il risultato dell'interazione tra persona, occupazione e ambiente. La persona viene considerata nel suo insieme, ovvero si tiene conto delle esperienze, della cultura e della sua spiritualità. Per spiritualità si intende il valore e l'importanza che l'individuo dà a ciò che fa. Le occupazioni vengono divise in "cura di sé", "tempo libero" e "produttività". Anche in questo modello viene considerato l'ambiente, poiché può essere favorevole o sfavorevole e di conseguenza anche le occupazioni ne vengono influenzate.

Il modello OTIPM (**Occupational Therapy Intervention Process Model**) pone l'occupazione in una posizione centrale, impegnando la persona in attività significative per la sua vita quotidiana, tese a riabilitarla ed incentrate sulle sue capacità, indipendentemente dai fattori che possono limitarne la *performance*.

Il **Modello Vivaio** (MOVI), infine, nasce in Italia, precisamente a Milano, e si basa principalmente sul fare, sulle emozioni e i sentimenti che la persona prova durante il fare stesso. Questo modello applica, quindi dei concetti psicoanalitici alla relazione terapeutica, in particolare i pensieri, le emozioni, i ricordi, l'affettività. Un altro aspetto fondamentale è "la scelta dell'attività", infatti per il MOVI, la persona, grazie alla scelta e al fare, viene messa nella condizione di recuperare la propria capacità occupazionale. Per questo modello è fondamentale l'ambiente, che deve essere sempre stimolante e

deve dare la possibilità alla persona di poter scegliere le attività seguendo la propria sfera emozionale e sensoriale.

## **2.8 Horticultural Therapy**

*“Coltivare la memoria non significa rivangare il passato, ma dissodare il futuro”*

Guido Dotti, Monaco di Bose, da Il Giardino di Tibihrine

Nel linguaggio comune, con ortoterapia si intende genericamente un percorso di cura e manutenzione dell'orto che permette di incrementare le proprie condizioni di salute, sia a livello fisico che psicologico. In ambito medico e psicoterapico, oltre a questa comune declinazione, l'ortoterapia comprende anche delle specifiche tecniche di terapia occupazionale, ovvero di riabilitazione cognitiva, fisica o psichica. In questo caso, si parla più propriamente di terapia orticulturale.

Nella demenza mantenere l'autonomia della persona più a lungo possibile è un obiettivo primario e la cura delle piante raggiunge questo scopo, perché l'attività cognitiva viene stimolata, in particolare l'attenzione e la capacità di pianificare le azioni. Si va ad agire, inoltre, sulla *sick building syndrome*, o disturbo da ambiente chiuso, che spesso è presente in coloro che, per motivi di cura, di sicurezza o di instabilità motoria, trascorrono la quotidianità in un luogo con pochi spazi aperti.

Fondamentale, soprattutto durante quelli che sono i primi stadi della malattia, è stimolare la motricità fine, e l'orto-terapia è una pratica vincente per questo obiettivo. Ma non vengono stimolati solo gli aspetti cognitivi e motori: numerose ricerche evidenziano una diminuzione dei disturbi comportamentali e del wandering. Curare le piante risponde, inoltre, a quelli che sono i bisogni emotivi e affettivi dei pazienti.

Secondo una revisione di 17 studi indipendenti gli spazi verdi nelle cliniche possano portare beneficio ai pazienti affetti da demenza, fornendo loro una stimolazione sensoriale e un ambiente che promuova il riaffiorare dei ricordi. Non solo, quindi, l'opportunità di tranquillizzarsi in un ambiente rilassante,

ma anche un luogo per ricordare ciò da cui hanno tratto gioia nel passato(26).

## **2.9 Modello Gentlecare**

Assistere una persona, prendersi cura della sua storia e dei suoi vissuti, significa attribuire valore al senso che la malattia assume per questa e riconoscere che le storie personali, le emozioni e le percezioni soggettive hanno rilievo nella vita di malattia della persona e devono essere oggetto dell'attenzione del professionista e di coloro che le stanno accanto. Un esempio di attuazione di questa visione operativa è adottato nel *Gentlecare*, un modello elaborato nel 1960 dalla terapeuta occupazionale canadese Moyra Jones, direttrice del Moyra Jones Resource, centro di consulenza internazionale specializzato nella cura della demenza e dell'Alzheimer. Questo modello di cura nasce come sistema riabilitativo e di sostegno all'anziano affetto da demenza.

Il modello Gentlecare è stato approvato e reso operativo per la prima volta in Canada presso la struttura Delta Habilitation Center nel 1996. In Italia l'interesse al modello ha preso forma nel 2005 con il gruppo *Ottima Senior*, società costituita da Itaca, una cooperativa sociale Onlus di Pordenone, dall'architetto Enzo Angiolini e dalla referente italiana per il modello Gentlecare dott.ssa Elena Bortolomiol, che si occupa di progettazione e organizzazione di servizi per anziani affetti da demenza.

Attuare un piano d'intervento efficace per l'utente significa, innanzitutto, svolgere un'accurata valutazione ed avere un bagaglio di conoscenze sufficienti sull'anziano per comprendere il decorso della malattia. Il modello di valutazione propone quattro stadi:

1. Nel primo stadio si raccolgono informazioni sulle capacità e i deficit della persona a livello mentale, emozionale, fisico, socioculturale e spirituale in relazione al macroambiente in cui è inserito.
2. Nel secondo stadio si ottengono informazioni sul filtro ambientale attraverso il quale il paziente conosce il mondo: l'ambiente in cui l'individuo con patologia dementigena è inserito va ad incidere sul

suo modo di essere e di interagire con gli altri. Rilevante è l'analisi di tre aspetti dell'ambiente: fisico, sociale e culturale. L'ambiente fisico è il luogo in cui la persona vive; l'ambiente sociale, comprendente la sfera delle relazioni con parenti, amici, operatori; l'ambiente culturale è l'insieme delle abitudini, valori e credenze.

3. Analizzare il rendimento della persona affetta da demenza: si valuta il grado di abilità nella capacità di svolgere in autonomia attività che riguardino i bisogni della vita quotidiana come il vestirsi, le esigenze corporali, l'igiene personale, la preparazione e l'assunzione dei pasti, il tenersi e tenere in ordine le proprie cose, la capacità di entrare in relazione con gli altri.
4. Raccogliere le informazioni per creare una protesi di cura; le informazioni raccolte dalla valutazione, per essere efficaci, devono essere scambiate tra professionisti e familiari che si occupano di curare la persona.

Per fare in modo che possa mantenere il più possibile l'autonomia, riducendo lo stress, le cause di agitazione e l'ansia, è utile costruirle una protesi, da questa deriva la definizione di 'modello protesico' che sostituisce o completa i limiti dovuti alla malattia. Nel modello assistenziale è definita da tre elementi: ambiente fisico, persone e programmi in relazione l'uno con l'altro.

L'ambiente deve essere di tipo domestico, terapeutico e il più possibile sentito e questo può essere agevolato con l'utilizzo di effetti personali. Si prevede quindi una riorganizzazione degli spazi e degli ambienti.

I programmi sono tutti gli impegni della vita quotidiana che la persona svolge abitualmente nell'arco della giornata, dallo svegliarsi, al vestirsi alle attività sociali e ricreative. Queste azioni, nel Gentlecare, vengono considerate parte integrante del percorso e diventa importante seguire i ritmi, i tempi e le abitudini dell'utente e non quelli precostituiti che generalmente le strutture impongono. Nel modello le più efficaci diventano le attività che hanno fatto parte della vita quotidiana della persona e che rispecchiano gli

interessi, i valori, le attitudini, gli hobby che si erano coltivati in passato, questo porta a un considerevole beneficio terapeutico.

Questo modello propone attività come passeggiate, ballo, lavoro, attività artigianali in cui si arriva alla costruzione di un prodotto finito, dove si vanno ad aumentare le capacità residue e si riducono le tensioni.

Il Gentlecare considera la famiglia elemento basilare nella gestione della malattia e incita la partecipazione e il sostegno nella cura dell'anziano fino alla fine del decorso. Si ritiene indispensabile che i famigliari abbiano delle conoscenze adeguate sulla malattia e sul suo decorso in quanto le famiglie hanno necessità di capire ciò che accadrà altrimenti saranno spaventati dall'ignoto e non saranno in grado di offrire un'assistenza adeguata.(27)

## 2.10 Pet Therapy

*“I cani ci dicono: abbi cura di te. Mettimi una mano sul capo e io ti ricorderò come farlo.”*

Fabrizio Caramagna

La *Pet-Therapy* nasce in America, negli Anni '60, grazie al neuropsichiatra infantile Boris Levinson, il quale notò che la presenza del proprio cane aveva effetti positivi durante le sedute con i suoi piccoli pazienti. Documentò il modo in cui l'animale da compagnia fungeva da «ponte» tra il professionista e il paziente, favorendo il costituirsi di un'alleanza terapeutica e fornendo al paziente la motivazione a partecipare attivamente al processo terapeutico stesso.(28)

Esistono due forme di Pet Therapy: le **Animal-Assisted Activities** (AAA), ossia attività di tipo ricreativo e rieducativo, realizzate con l'ausilio degli animali che hanno l'obiettivo di migliorare la qualità di vita e la socializzazione di alcune categorie di pazienti (anziani, ciechi, malati terminali) e le **Animal-Assisted Therapies** (AAT), delle vere e proprie terapie finalizzate a curare la salute psicofisica degli individui. Viene precedentemente realizzato un progetto individualizzato, attraverso un'équipe multidisciplinare che collabora alla stesura, verifica e messa in



opera del progetto stesso. Le TAA sono interventi co-terapeutici che hanno lo scopo di promuovere e migliorare le funzioni fisiche, sociali, emozionali e cognitive compromesse dalla patologia.

Gli animali adatti alla pet-therapy sono quelli domestici, affiancati ai pazienti dopo aver superato severi test che ne attestino lo stato sanitario, le capacità e le attitudini. L'animale per eccellenza in questo genere di terapie è il cane, specie se l'attenzione è rivolta a bambini e anziani, per la facilità con cui si presta al gioco e per l'offerta di compagnia. Seguono poi i gatti, i criceti, i conigli, gli asini, le capre, le mucche, gli uccellini, i pesci e i delfini. Anche l'ippoterapia dà ottimi risultati, poiché il cavallo non fa solo da psicoterapeuta ma è anche strumento per il recupero o lo sviluppo dell'equilibrio e della muscolatura, a vantaggio del trattamento di patologie neurologiche.

Uno degli ambiti in cui la Pet Therapy trova maggior spazio ed efficacia è quello delle strutture assistenziali per pazienti geriatrici e con diversi livelli di demenza. Secondo alcuni studi pubblicati negli ultimi anni, in questi contesti, l'animale funge soprattutto da "stimolo sensoriale", "supporto emozionale" e "catalizzatore sociale"(29): dalla letteratura emerge come gli interventi animale-assistito agiscano soprattutto nel modulare l'aggressività e l'agitazione e nel migliorare, a breve termine, la collaborazione con gli operatori di struttura(30). Inoltre, vengono segnalati il miglioramento del tono dell'umore e l'aumento delle interazioni sociali spontanee ed infine, un aumento, nel lungo termine, dell'attività motoria e della reattività emotiva(31).

Negli ultimi anni dove l'avvento della tecnologia l'ha fatta da padrona, anche in ambito medico si guarda al futuro e così si è cercato un modo per rendere accessibile la Pet Therapy anche a coloro che per qualche motivo non potevano avere contatti con gli animali: un piccolo e dolce cucciolo di foca robot.



Figura 5. Paro, robot-terapeutico

Il suo nome è Paro, acronimo di Personal Robot (figura5), ed è un robot interattivo creato dal professor Takanori Shibata, sviluppato dalla AIST (National Institute of Advanced Industrial Science and Technology), pioniere dell'automazione industriale giapponese. È in grado di rapportarsi con pazienti portatori di malattie degenerative, come l'Alzheimer o la Demenza Senile, in quanto la presenza e il contatto con un animale stimola la mente, riduce i sintomi fisiologici e comportamentali, migliora l'umore e restituisce fiducia e felicità negli occhi dei pazienti(32).

Il dolce cucciolo di Foca ha cinque tipi di sensibilità: tattile, luminosa, uditiva, termica e di postura, al fine di garantire una migliore percezione dell'ambiente che circonda il piccolo animale peloso. Tramite il sensore luminoso, Paro riconosce se è giorno o notte e con la capacità tattile comprende la differenza tra il venir accarezzato e l'esser picchiato per poi indurre la ripetizione della prima azione e sviare la seconda; identifica la provenienza della voce, distingue i saluti dalle presentazioni e risponde al suo nome(33).

Il robot-terapeutico è pensato esclusivamente per i benefici del paziente, è in grado di organizzare il proprio comportamento in base alla persona con cui si relaziona. Dotato di intelligenza e di memoria semplice ed efficace, affinché possa ricordarsi il modo in cui viene chiamato, i toni della voce e l'ultimo comportamento avuto nei suoi confronti.

I risultati dei MMSE (Mini Mental State Examination) evidenziano infatti un miglioramento statisticamente significativo nel maggior numero di soggetti. L'analisi del comportamento mostra che l'interazione con Paro è assai più

articolata, attiva e partecipe, capace per di più di una produzione linguistica più ricca di contenuti e di espressioni emozionali(32).

### **2.11 Doll Therapy**

I disturbi del comportamento (BPSD), quali agitazione, ansia, aggressività, apatia e wondering, modalità di espressione del disagio psico-fisico che la persona affetta da demenza esperisce nel suo quotidiano in funzione del suo progressivo disorientamento spazio-temporale, dell'impossibilità a provvedere a sé stesso e della difficoltà di comunicazione con il mondo esterno sono, come già detto in precedenza, ciò che rende particolarmente complessa la gestione della persona affetta da Alzheimer.

Un intervento che trova oggi ampio utilizzo nella pratica clinica è la cosiddetta *terapia della bambola (Doll Therapy)*, basata sulla teoria dell'attaccamento di Bowlby.

Questa tecnica nasce in Svezia alla fine degli anni '90 da un'idea di Britt Marie Egedius Jakobsson, psicoterapeuta, che ha utilizzato la bambola per stimolare l'empatia e le emozioni del proprio figlio affetto da autismo.

Essa consiste nel ricorso all'oggetto "*doll*", che riveste gradualmente un significato simbolico in grado di aiutare a migliorare il benessere delle persone con demenze, come l'Alzheimer, e con alcune patologie psichiatriche gravi caratterizzate da disturbi del comportamento consentendo di attivare delle modalità di relazione preverbali e/o non verbali; tali modalità permettono di canalizzare le energie mentali su un'attività finalizzata al recupero della funzione di *maternage* e accudimento, vissute nel ruolo di madre o padre e trovare un oggetto contenitore per le angosce attuali(34).



Figura 6. Joyk, bambole per doll therapy

Mackenzie Wood-Mitchell e James (2007) hanno fornito delle linee guida per l'uso della terapia della bambola. Tra queste vengono specificate alcune caratteristiche che le bambole, denominate Joyk (figura 6), dovrebbero possedere, tra cui: peso specifico distribuito in modo equo lungo tutto il corpo, occhi che si aprono e chiudono, le braccia morbide, una postura delle gambe lievemente rannicchiata ma non fetale, tale da rendere facile l'abbraccio, facce e vestiti diversi e variegati. Inoltre, nelle versioni più attuali sono stati aggiunti spesso dei taschini in cui vengono riposti sacchetti da aromaterapia che possono contenere essenze calmanti o anche dei dispositivi che riproducono il battito cardiaco e che per questo aumentano l'impressione di interazione reale, producendo una sincronizzazione sensoriale che tende ad equilibrare il ritmo cardio-circolatorio.(35)

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della Doll Therapy a livello cognitivo, in quanto stimola i processi attentivi e di memoria procedurale, favorisce il rilassamento, influenzando positivamente anche i disturbi del sonno(36).

## 2.12 Terapia del Viaggio

*“Viaggiare è come sognare: la differenza è che non tutti, al risveglio, ricordano qualcosa, mentre ognuno conserva calda la memoria della meta da cui è tornato.”*

Edgar Allan Poe

L'Italia è oggi uno tra i paesi con il maggior numero di anziani e sono più di 600.000 quelli colpiti dall'Alzheimer, la malattia che, poco alla volta, fa

rendere irriconoscibili le persone amate e che è in grado di rubare la vita stessa. In tale contesto, lo psico-pedagogista Ivo Cilesi ha deciso di dedicare alle vittime di tale patologia una cura alternativa ai farmaci. Stiamo parlando della cosiddetta *Terapia del Viaggio*.

Il treno virtuale nasce nella concretizzazione dell'idea del viaggio, sia come momento di fuga che momento emozionale di vita. Un viaggio che genera ricordi del passato attualizzandoli nel presente producendo rilassamento e serenità. Consente all'ospite una fuga controllata da una struttura percepita come un'ambiente chiuso, contenitivo, permettendo così, di strutturare un'esperienza di viaggio verso la "casa" la propria casa, il vero e unico ambiente sicuro e protetto.

L'ambiente "treno" rappresenta un luogo isolato e protetto, un locale che può anche favorire forme di dialogo, che consentono di sviluppare progetti di stimolazione cognitiva centrata sulla memoria autobiografica, la possibilità di usare materiale audiovisivo personalizzato favorisce la capacità spontanea di ricordare, la reminiscenza.

Si comincia da frasi di invito ed incoraggiamento del tipo: "Andiamo a fare un giro?" o "Devo andare in treno" o "Vuole viaggiare con me?". In tutta questa fase iniziale, l'operatore non indica quale sarà la meta, lasciando in sospeso le aspettative del viaggiatore. In svariati episodi, è possibile viaggiare con i propri parenti, è così che si va a caccia del ricongiungimento, e di una serenità spesso collettivamente perduta per il dolore e per lo sgomento di chi pensa di non potercela più fare, quando tutto (o quasi) sembra essersi dissolto.



Figura 7. Allestimento treno terapeutico

Nessun passaggio presenta dei contorni casuali o improvvisati. Si comincia da una prima stanza simile ad una vera sala d'attesa di una stazione (figura7). Dopo le fittizie indicazioni dei binari da intraprendere il paziente è portato in una nuova stanza: la sala del viaggio, del vagone terapeutico (figura 8). I pazienti sono muniti di biglietto, hanno la possibilità di poter sistemare il proprio bagaglio e sono presenti altoparlanti nei quali il capostazione dà il benvenuto ai passeggeri ricordando il percorso da compiere in vista del viaggio.(37)



Figura 8. Arredamento interno treno terapeutico

All'interno del vagone, gli anziani affetti da Alzheimer possono osservare il paesaggio e le stazioni intermedie che scorrono sotto il loro sguardo attraverso uno schermo che imita un finestrino, ascoltare i tipici suoni del treno, dalle frenate alla corsa, così come il vociare che riempie gli scompartimenti. Le luci utilizzate nella speciale carrozza sono inoltre ben calibrate rispetto alla luce virtuale dello schermo per garantire un effetto realistico.

La Terapia del Treno non mira a sostituirsi alla soluzione farmacologica, ma a coadiuvarla soprattutto nei casi più gravi per combattere ad esempio la cosiddetta "ansia da fuga". Una speranza innovativa per mitigare il senso di dispersione di chi ha bisogno di ritrovarsi, aggrappandosi alla bellezza della vita.

### 2.13 Snoezelen Therapy

Il termine “Snoezelen” è un neologismo, che deriva dalle parole olandesi “snuffelen” (trovare, esplorare) e “doezelen” (sonnecchiare, pisolare), da un’idea di Hans Hulsege e Ad Verheul per spiegare questo intervento in cui vista, udito, tatto, odorato e gusto sono stimolati, permettendo così di recuperare le memorie più antiche, più profonde, emozioni e ricordi relativi al sé. Introdotto nel 1970 come intervento per le persone con disabilità intellettiva, con l’intento di ridurre gli effetti negativi della deprivazione sensoriale, come urla e comportamenti dirompenti, esteso successivamente all’ambito delle demenze.

Molti ricercatori considerano gli ambienti Snoezelen come *terapie multisensoriali* in cui le persone con demenza sono incoraggiate ad impegnarsi con stimoli sensoriali in un ambiente positivo e non stressante.

La stanza Snoezelen si compone di oggetti che reagiscono alle sollecitazioni dell’utilizzatore: muri luminosi, unità luminose che si modificano quando il soggetto preme dei pulsanti. Le musiche vengono scelte in funzione dei gusti della persona interessata o degli effetti ricercati: rilassamento o stimolazione motoria. I materiali vengono selezionati in funzione della loro comodità di utilizzo e per il benessere che possono offrire, in modo che chi li usa possa muoversi liberamente e senza rischi. Le stimolazioni olfattive vengono proposte attraverso l’utilizzo di scatole profumate, di diffusori di aromi o per mezzo degli oli profumati per il massaggio. Le stimolazioni tattili vengono presentate utilizzando oggetti aventi diversi rivestimenti, con i materassi a diversa densità e con pulsazioni di aria calda e fredda, umidificatori e polverizzatori d’acqua.



Figura 9. Stanza Snoezelen, terapia multisensoriale

Inoltre, la stanza Snoezelen (figura 9) non richiede un importante coinvolgimento delle abilità intellettive che potrebbero provocare sentimenti di fallimento o di inadeguatezza. L'obiettivo di questo intervento è quello di promuovere comportamenti positivi e ridurre quelli disfunzionali. Un ambiente multisensoriale promuove, nella persona con demenza, un senso di benessere generale, fornendo un'atmosfera di fiducia e di rilassamento.(38)

A seguito di sessioni di stimolazione multisensoriale si rileva una riduzione dei comportamenti non adeguati, con un'incentivazione di quelli positivi; viene facilitata la comunicazione e l'interazione con persone che hanno evidenti difficoltà linguistico-espressive(39); promuove umore e stati affettivi positivi, riducendo apatia, trascuratezza, oppositività (o comportamento ribelle), aggressività e depressione ed infine si riscontra una diminuzione dello stress nei caregivers, sia formali che informali(40).

Un'altra caratteristica importante di una stanza Snoezelen è l'**Aromaterapia**. La ricerca ha dimostrato che i diversi profumi stimolano o leniscono, come illustrato in uno studio pubblicato nel 2009 sulla rivista medico-scientifica *Psychogeriatrics*, il quale avvalorava la teoria che l'applicazione di oli al rosmarino e al limone la mattina congiunta all'utilizzo di oli alla lavanda e all'arancia nelle ore serali è capace di migliorare il senso dell'orientamento e della consapevolezza di sé.

Gli oli essenziali, infatti, possono giocare un importante ruolo nella terapia Alzheimer poiché, attraverso i ricettori olfattivi, l'ippocampo e l'amigdala,



due ghiandole presenti all'interno del cervello tra le principali garanti della salute mentale, ricevono degli stimoli sensoriali responsabili del miglioramento delle funzioni cognitive. Se tali trattamenti vengono accompagnati da massaggi, la sensazione di benessere e serenità aumenta, diminuendo ulteriormente l'ansia e può generare anche un aumento dell'autostima.(41) Tutti gli oli hanno sia effetti benefici che controindicazioni. Gli oli di rosmarino e di lavanda, ad esempio, non sono assolutamente indicati per coloro che soffrono di pressione alta. Inoltre, tutti gli oli vanno necessariamente diluiti in un olio carrier, come quello di jojoba o di mandorle dolci.

## **Capitolo 3. Indagine nell'area del Torinese**

### **3.1 Obiettivo della ricerca**

Sulla base della ricerca relativa alle risorse e i modelli rilevati in letteratura per la gestione del malato di Alzheimer, l'obiettivo postoci è quello di indagare quali di queste sono utilizzate nel territorio di Torino e provincia all'interno dei contesti riabilitativi e di sostegno specifici per pazienti con demenza.

### **3.2 Materiali e metodi**

#### **Contesto e partecipanti**

Il tipo di organizzazione sanitaria presa in considerazione è il Centro Diurno Alzheimer. Strutture semiresidenziali che offrono un programma personalizzato di supporto, riabilitazione e assistenza a pazienti affetti da demenze di grado lieve e moderato, anche in presenza di disturbi comportamentali, per poter mantenere uno stile di vita attivo attraverso momenti di socializzazione, offrendo servizi di riabilitazione cognitiva e motoria grazie al supporto di diversi tipi di medici specialisti e operatori sanitari, ritardando così l'istituzionalizzazione.

Le strutture su cui si è basata la ricerca sono:

- **Residenza Valgioie e Centro Diurno Alzheimer** (Città di Torino), situata nel quartiere Parella, è un centro multifunzionale che accoglie anziani fragili autosufficienti o parzialmente dipendenti elaborando un Progetto Assistenziale Individualizzato, costruito sulla base dei bisogni dell'utente considerato nella sua complessità. L'assistenza sanitaria è garantita dalla presenza di Operatori Socio Sanitari, Infermieri e Medici. Le attività riabilitative vengono svolte all'interno del Centro Diurno da un'educatrice, animatori e volontari.
- **Residenza Integrata Socio-Sanitaria Nuovo Baulino** (Caselle), struttura che accoglie anziani non autosufficienti in nuclei residenziali

di alta e media intensità assistenziale. Dispone inoltre di un Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) e un Centro Diurno Alzheimer Integrato. Offre servizi di riabilitazione psico-fisica e di terapia farmacologica specifici per i soggetti affetti dal morbo di Alzheimer e da patologie croniche invalidanti, fisiokinesiterapia e attività per anziani. Nella struttura sono presenti costantemente infermieri e Operatori Socio-Sanitari che si occupano della gestione dei pazienti e un'équipe Medico-Psico-Socio-Pedagogica che prende in carico e sviluppa il piano terapeutico individualizzato ai bisogni della persona.

- **Presidio Ospedaliero Riabilitativo 'Beata Vergine della Consolata' - Fatebenefratelli** (San Maurizio Canavese) all'interno del quale è presente una Struttura Complessa di Riabilitazione per pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer nella quale collaborano a stretto contatto una numerosa équipe professionale, composta da medici, infermieri, OSS, psicologi, terapisti, educatori, assistenti sociali sia per pazienti in regime di ricovero, sia per il servizio di day hospital.
- **IPAB - Casa di riposo Orfanelle** (Chieri), struttura residenziale che accoglie anziane autosufficienti e non autosufficienti fornendo prestazioni di tipo alberghiero, servizi specifici di carattere assistenziale, psicologico e fisioterapico. All'interno della struttura stessa è attivo il Centro Diurno Integrato che in orario diurno offre prevalentemente assistenza a persone affette da demenza. È inoltre in funzione un Centro Diurno per disabili adulti abilitato all'assistenza, alla riabilitazione e alla rieducazione sulla base di progetti individualizzati. Dal 2010 i servizi sono stati integrati con il progetto "*Socialmente in palestra*", una palestra cognitiva che accoglie persone che si ritrovano in gruppo con regolarità e, insieme, allenano le abilità cognitive e la propria socialità.

### **Modalità raccolta dati**

La ricerca è stata svolta con la tecnica dell'osservazione partecipante, ossia inserendosi in maniera diretta all'interno del contesto in questione durante lo svolgersi delle attività giornaliere rilevando quali tecniche vengono messe in atto allo scopo di descrivere e comprendere i vantaggi e le difficoltà degli utenti e degli operatori sanitari.

È stato possibile raccogliere informazioni grazie a interviste conversazionali libere con il personale che si occupa dell'applicazione delle tecniche non farmacologiche. Le domande utilizzate come traccia sono: "come è organizzato il lavoro?", "quali risorse vengono utilizzate nella struttura per i pazienti affetti da Alzheimer?", "in quale modo si sviluppano le attività?", "i pazienti come reagiscono a questo tipo di trattamenti?", "vorreste ampliare il programma non farmacologico con altre attività?".

### **3.3 Analisi tematica delle realtà osservate**

Il malato di Alzheimer necessita di punti fermi, di certezze che riescano a colmare quel vuoto creato dal declino inesorabile della memoria.

"Dove mi trovo? Cosa faccio qui? Tornerò ancora a casa mia?"

A queste domande i centri presi in esame rispondono creando programmi delle attività che verranno svolte nell'arco della giornata, definendo un inizio e una fine delle ore da trascorrere in quel luogo. Ognuno con un diverso metodo, al centro Valgioie una lavagna, nella residenza Nuovo Baulino una bacheca, ma tutti con lo stesso fine: far sentire al sicuro la persona accolta nel programma.

Un programma spesso ripetitivo, quasi quotidiano, come quello del progetto della Palestra Cognitiva di Chieri che permette l'orientamento temporale, suddividendo la mattinata in due fasi di circa 2 ore, intervallate da una "pausa colazione" preparata dal personale.

Diverso è il programma di riattivazione del day hospital di San Maurizio, in cui gli utenti si recano dal domicilio alla struttura 2 – 3 volte alla settimana, per un totale di 12 incontri, per svolgere le attività di riabilitazione cognitiva

e motoria finalizzate al miglioramento delle abilità sopite e al raggiungimento del miglior livello possibile di vita.

La **stimolazione cognitiva**, già identificata nella ricerca come la risorsa maggiormente supportata dalle evidenze della letteratura, anche sul territorio Torinese si rivela la più utilizzata, infatti è presente nel programma di tutte le strutture prese in esame.

Le caratteristiche di applicazione rimangono fedeli alle indicazioni scientifiche, adattate al livello cognitivo del gruppo dalle diverse figure professionali che se ne occupano (neurologo, psicologa ed educatrici professionali).

Nel programma riabilitativo, suddivisi in piccoli gruppi, gli utenti partecipano alla riattivazione cognitiva con la somministrazione di schede da svolgere individualmente a scopo ri-orientativo, di memoria, di linguaggio e per il mantenimento delle abilità nelle ADL e IADL, al fine di valutare le capacità funzionali dell'anziano. In linea con questo tipo di applicazione al centro Valgioie vengono selezionati gruppi di 4/5 utenti, tenendo conto del MMSE, per svolgere l'attività in modo mirato e in un ambiente senza distrazioni. Per quanto riguarda la palestra cognitiva e la residenza le attività di stimolazione sono svolte in gruppi parzialmente omogenei di circa 12 persone, principalmente verbali di riorientamento temporo/spaziale, correlato all'alternarsi delle stagioni, alle date, alle mensilità, alle festività, rivolgendo le domande ad un singolo paziente alla volta.

Questo tipo di attività viene svolta nei diversi programmi solitamente al mattino, momento in cui i pazienti riescono ad essere più partecipi e responsivi. In particolare, nelle sedute in cui il grado cognitivo è maggiormente compromesso, la stimolazione cognitiva viene alternata a leggeri esercizi motori che permettono di risollevarlo il livello di attenzione e completare la seduta.

Un'altra risorsa molto diffusa sul nostro territorio è l'**attività fisica**, svolta in tutte le strutture a campione con un'ottima risposta da parte dei pazienti.

L'attività si sviluppa da seduti, nei gruppi maggiormente deteriorati o in piedi per coloro che ancora conservano le abilità necessarie a sostenere questo tipo di allenamento. Attraverso piccoli attrezzi e materiali di diversa forma e colore, quali cerchi, palline, corde, elastici vengono stimulate le capacità residue al fine di migliorare e mantenere le funzioni motorie e respiratorie, la coordinazione e l'autonomia nei gesti più semplici, così da contenere il processo degenerativo della malattia.

Spesso sono associati ad esercizi motori operazioni di calcolo semplici o sequenze da memorizzare, così da attivare le capacità sensoriali cognitive che permettono di rispondere ed eseguire le richieste dell'operatore.

Vengono inoltre proposte attività di destrezza ed equilibrio, individuali o di coppia, a scopo preventivo così da ridurre il rischio di cadute, il dolore articolare, i sintomi depressivi, favorire la socializzazione, la coscienza di sé.

Gli operatori hanno evidenziato in tutti i gruppi coinvolti nelle attività di psicomotricità un principale filo conduttore: la **palla**. È utilizzata come mezzo per la presentazione dei partecipanti o per affinare la precisione manuale con lancio verso un bersaglio o ancora come antidepressivo in quanto favorisce le capacità relazionali.

Un altro spunto di coinvolgimento riscontrato in tutte le strutture è la **musica**. Usata in diverse occasioni, riesce a diventare metodo di rilassamento quando si presentano disturbi comportamentali incoercibili o tecnica cognitiva grazie all'utilizzo di strumenti, dai più semplici come tamburelli o sonagli o riportare alla luce capacità dimenticate da musicisti del passato.

In particolare, nella residenza di Caselle si rileva un *feedback* positivo anche nel **canto** di canzoni della generazione passata, che fanno parte del bagaglio di ricordi ancora vivi nella memoria dei pazienti. Al centro Valgioie,

oltre al più comune utilizzo della musica come recettiva o attiva, sono state create delle schede per sollecitare le capacità cognitive con esercizi di associazione tra titoli delle canzoni e interpreti o il completamento dei più famosi ritornelli.

Con l'obiettivo di orientare i pazienti nel tempo presente e portarli a vivere le emozioni delle diverse festività dell'anno, in tutte le strutture si organizzano dei laboratori per creare addobbi, oggetti e decorazioni, così da stimolare le capacità manuali e riattivare la creatività. Questo tipo di iniziative permettono di coinvolgere anche coloro che hanno maggiori deficit cognitivi, così come disegnare e colorare i più disparati soggetti, sia realistici, sia mandala che aiutano inoltre il controllo dell'aggressività e dell'agitazione e per controllare la progressione della malattia, come accade nella residenza di Caselle dove è stato creato un archivio con cartelle personali per ogni paziente.

Tra le attività creative e ricreative identifichiamo anche dei progetti di breve durata che riescono a racchiudere le diverse passioni dei pazienti dei centri, tra questi si evidenziano il **laboratorio teatrale** organizzato a Caselle in prossimità del Natale o la **scrittura creativa** ideata dagli animatori del centro Valgioie che con l'aiuto di tre dadi "speciali" riescono a coinvolgere gli ospiti della residenza e del centro diurno per creare una breve storia.

Con la calorosa partecipazione delle donne, nelle strutture di San Maurizio, Torino e Caselle sono attivi i **laboratori di cucina** in cui vengono preparati pane, pizza, pasta fresca e dolci che permettono di ritrovare la manualità in attività un tempo familiari, riportando alla luce conoscenze e passioni che diventano poi apprezzati e gustosi piatti consumati da tutti gli ospiti.

Rientra nelle attività di terapia occupazionale anche il progetto iniziato alcuni anni fa alla Residenza Nuovo Baulino, in collaborazione con l'associazione UNICEF per la creazione delle **Pigotte**, bambole di pezza che vengono poi "adottate" per ricavare fondi da devolvere alla cura dei bambini; grazie alla collaborazione di alcuni volontari che permettono la

buona riuscita di questo progetto, i pazienti possono sentirsi utili e gratificati dall'idea di aiutare il prossimo.

Non è questo l'unico progetto che la residenza mette in atto con il territorio limitrofo, infatti è attiva una stretta collaborazione con le scuole di Caselle e la società di danza di Leinì (TO), grazie a cui si sono creati momenti di **approccio intergenerazionale** che promuovono la reminiscenza attiva e l'inclusione sociale degli anziani e aiutano i bambini a sviluppare una maggior sensibilità a contatto con patologie invalidanti.

Gli spazi adiacenti al centro Valgioie permettono, nella stagione estiva, di attivare un progetto di **ortoterapia** dove i pazienti possono prendersi cura di fiori e piccole piante risvegliando in questo modo i cinque sensi. Questi risultati sono ricercati anche dal personale del reparto del presidio Fatebenefratelli che coinvolge le persone ricoverate nella creazione di piccoli orti terapeutici "da interno", dove è possibile coltivare fiori o piante di aromi come basilico, alloro, rosmarino ed altre ancora.

La stimolazione dei sensi è una tecnica che permette di coinvolgere persone anche gravemente compromesse, in quanto non presuppone il mantenimento di abilità cognitive, ma si tratta di una pratica passiva, che risveglia ricordi, sensazioni, emozioni grazie al contatto con diverse sostanze e materiali. In linea con questo pensiero anche nella R.I.S.S. di Caselle si pratica la **stimolazione multisensoriale** attraverso immagini, suoni, profumi, alimenti e il contatto con materiali di diversa consistenza, in attesa che possa essere iniziato l'allestimento della stanza Snoezelen, già in progetto da qualche mese, che permetterebbe di gestire anche disturbi comportamentali in fase acuta.

La stanza multisensoriale olandese è considerata efficace anche dal presidio riabilitativo di San Maurizio, dove si evidenziano in un gran numero di pazienti i BPSD caratteristici dell'Alzheimer, ma dalle interviste è emerso che le attrezzature necessarie alla realizzazione del progetto hanno costi elevati e per questo ad oggi non è stato possibile attuarlo.



I costi proibitivi di questi attrezzi si ripresentano anche nelle altre strutture, infatti, al centro Valgioie è iniziato un progetto di “doll therapy a modo nostro”, sostituendo le originali bambole Joyk con classici bambolotti giocattolo.

Si sottolinea, per concludere, quanto sia importante, in una visione olistica dell’assistenza, finalizzata al benessere globale della persona, dare un’attenzione particolare alla sfera religiosa e spirituale. Per queste ragioni all’interno dei vari programmi sono inseriti momenti dedicati alla preghiera e incontri per esprimere le domande sul senso di ciò che sta succedendo nel corso della vita e della malattia, tentando, grazie a persone di culto, punti di riferimento, di rafforzare quei sentimenti che generano senso di appartenenza e, quindi, l’identità sociale.

## Discussione

Dall'indagine effettuata sulle strutture prese in esame emerge che le risorse già conosciute e validate dalla letteratura scientifica, vengono largamente utilizzate sia a scopo riabilitativo, sia per migliorare la qualità di vita e il benessere delle persone che si trovano a convivere con questa malattia cronica e degenerativa per la quale, ancora oggi, non esiste una cura.

Le interviste hanno sottolineato che la partecipazione a queste attività, oltre ad essere vantaggiosa per i pazienti, si è rivelata nel tempo anche un valido aiuto per i familiari che se ne occupano quotidianamente al domicilio.

Benché lo scopo sia comune a tutti i campioni analizzati, l'applicazione segue vie differenti in quanto le strutture stesse hanno un'organizzazione diversa: residenza, presidio ospedaliero, centro diurno e palestra cognitiva che modificano quindi regimi d'accesso e la frequenza delle attività.

Questa patologia dementigena costringe, col passare del tempo, il malato ad essere sempre più dipendente anche nelle attività più semplici, tra queste tutte quelle azioni quotidiane definite scientificamente ADL/IADL. In un programma riabilitativo, che come definito dall'OMS ha l'obiettivo di riportare i pazienti al massimo livello raggiungibile di adattamento fisico, psicologico e sociale(42), questi deficit cercano di essere colmati, con l'esercizio o con l'insegnamento di tecniche compensative così da permettere al malato di tornare alla propria vita parzialmente autosufficienti, senza sentirsi un peso per il familiare che lo assiste, migliorando inoltre l'autostima e diminuendo i sintomi depressivi(43). Questo tipo di intervento lo abbiamo riscontrato nel programma del P.O di San Maurizio, dove a metà e al termine del percorso riabilitativo, il paziente viene valutato attraverso l'*indice di Barthel* così da stabilire il grado di autonomia prima del rientro al domicilio.

Dalla letteratura è emersa l'importanza di dare al malato di Alzheimer dei punti di orientamento spazio-temporali relativi sia all'ambiente in cui vengono svolte le sedute, sia al personale che se ne occupa(9). Questo ha reso possibile anche a noi individuare una figura di riferimento da cui trarre

informazioni sui progetti sviluppati per la gestione dei pazienti, sulle dinamiche organizzative e sul gradimento e l'efficacia riscontrati nell'applicazione delle tecniche non farmacologiche.

Come sottolineato in precedenza, si è riscontrato che le tecniche validate da studi scientifici sono quelle maggiormente utilizzate: la stimolazione cognitiva(44) e l'attività fisica(45). Per quanto riguarda il presidio ospedaliero Fatebenefratelli, il programma mira a riabilitare sul piano cognitivo e fisico al fine di raggiungere il miglior livello possibile di vita dopo la dimissione, mentre nei centri e nella residenza di Caselle lo scopo è quello di mantenere attive le capacità residue.

Partecipando agli incontri, abbiamo rilevato che grazie ad alcune attività è possibile ottenere un maggior coinvolgimento, anche da coloro che sono cognitivamente più deteriorati, senza instaurare in loro dei complessi di inadeguatezza e inutilità. Ad esempio, attraverso dei semplici giochi con la palla o l'ascolto della musica, i professionisti possono impostare una relazione terapeutica anche con gruppi dove non è più possibile l'applicazione di altre tecniche.

Nonostante il personale delle strutture del territorio torinese applichi, per rispondere alle esigenze dei pazienti, numerose tecniche non farmacologiche, gli interventi vengono rielaborati in base alle risorse disponibili: secondo la letteratura scientifica, per il raggiungimento di ottimi risultati è necessario creare piani personalizzati che richiedono incontri individuali, non attuabili in strutture dove il numero di pazienti è così elevato. Per questo motivo i professionisti creano dei gruppi il più possibile omogenei così da poter agire parallelamente sulla necessità di limitare l'isolamento sociale caratteristico di questa malattia.

Un altro aspetto che condiziona il decorso dell'Alzheimer è l'insorgenza dei BPSD, sempre più rilevanti nelle fasi avanzate, che aumentano le difficoltà di gestione dei pazienti richiedendo un'assistenza più mirata(46). I professionisti delle strutture sottolineano nelle interviste le difficoltà riscontrate nell'alleviare questi comportamenti in quanto non è possibile realizzare interventi che siano in grado di avere effetti positivi sul

contenimento dell'agitazione, del vagabondaggio e degli stati d'ansia nella fase acuta; questi risultati sarebbero raggiungibili, ad esempio, grazie alla creazione di una stanza Snoezelen(39) o del treno terapeutico(37), o attraverso l'affidamento al paziente di una Joyk(34) ma, ad oggi, queste attrezzature sono inaccessibili per gli elevati costi.

## Conclusione

Questo studio ha permesso di redigere un quadro generale di quali servizi sono presenti nel territorio di Torino e provincia e indicare le modalità di applicazione di queste tecniche nel nostro territorio di appartenenza. Ci siamo avvalsi della letteratura specifica sul tema per conoscere le principali risorse non farmacologiche e la ricerca ha evidenziato una ricchezza di strategie ed approcci per contrastare il decorso cognitivo e fisico del paziente con demenza. Il motivo per cui si è scelto di indagare l'utilizzo delle risorse non farmacologiche è per il notevole aumento dei casi diagnosticati di Alzheimer e, di conseguenza, il bisogno sempre più impellente di un'assistenza valida e che sappia rispondere alle esigenze del malato e dei suoi famigliari.

Grazie alla disponibilità dei centri e delle figure professionali con cui abbiamo collaborato, attraverso interviste libere e l'osservazione in prima persona, è stato possibile individuare le differenti modalità di intervento, riabilitative e assistenziali, in grado di rispondere alle esigenze del malato di Alzheimer e della sua famiglia, per alleviare le problematiche correlate alla malattia e migliorare la qualità di vita.

È importante tenere presente che, per il tempo a disposizione, questo studio è limitato all'analisi di sole quattro strutture, quindi non permette una visione globale dei servizi presenti sul territorio torinese. Potrebbe essere utile redigere un elenco di tutti i servizi a disposizione che possa essere consultato da coloro che necessitano di un'assistenza di questo tipo.

Sarebbe interessante indagare in futuro sugli interventi rivolti al *caregiver* del paziente con demenza, come ad esempio i Caffè Alzheimer, ed analizzarne l'applicazione, l'utilità e il grado di soddisfazione dei partecipanti.

## Bibliografia

1. Alzheimer e genetica – Centro Alzheimer [Internet]. [cited 2018 Dec 10]. Available from: <https://www.centroalzheimer.org/area-familiari/forme-familiari-di-malattia/alzheimer-e-genetica/>
2. Paolisso G, Boccardi V. L'invecchiamento della popolazione: i dati dell'Osservatorio ARNO Population aging: results of ARNO Study Invecchiamento della popolazione [Internet]. Vol. 62, G Gerontol. 2014 [cited 2018 Dec 11]. Available from: <http://www.jgerontology-geriatrics.com/wp-content/uploads/2016/02/02-Paolisso1.pdf>
3. Nicola Vanacore MM e RR, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute I. Epidemiologia della demenza di alzheimer in Italia [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/febbraio/1.asp>
4. Antipsicotici, comportamento e demenza: il punto di vista dello psichiatra [Internet]. [cited 2018 Dec 12]. Available from: <https://www.alzheimer-riese.it/contributi-dal-mondo/esperienze-e-opinioni/5274-antipsicotici-comportamento-e-demenza-il-punto-di-vista-dello-psichiatra.html>
5. Terapie non farmacologiche nella demenza, tante le possibilità [Internet]. [cited 2018 Dec 17]. Available from: <https://www.infermieriattivi.it/tecniche-e-tecnologie/procedure-e-protocolli/2742-terapie-non-farmacologiche-nella-demenza-tante-le-possibilita.html>
6. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry [Internet]. 2003 Sep [cited 2019 Feb 15];183:248–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12948999>
7. Casadei V, Foschini R., Marchesini L., Nanni R. TM. La

Stimolazione Cognitiva per il benessere della persona con demenza  
Linee di intervento. Serv Sanit Reg Emilia-Romagna. 2017;20–35.

8. La terapia di orientamento alla realtà: ROT ( Reality Orientation Therapy ) | Anziani e Vita | Anziani e Vita [Internet]. [cited 2019 Jan 10]. Available from: <http://anzianievita.it/demenza-e-delirium/la-terapia-di-orientamento-alla-realta-rot-reality-orientation-therapy/>
9. Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, et al. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005;
10. Le terapie ROT, di reminiscenza, rimotivazionale e farmacologica nel morbo d' Alzheimer - Artedo [Internet]. [cited 2019 Jan 10]. Available from: <https://www.artedo.it/blog-elearning/blog-articoli-rivista/le-terapie-rot-di-reminiscenza-rimotivazionale-e-farmacologica-nel-morbo-d-alzheimer/>
11. La terapia del riorientamento alla realtà per l'Alzheimer [Internet]. [cited 2019 Jan 14]. Available from: <https://www.davidealgeri.com/alzheimer-terapia-di-riorientamento-nella-realta/>
12. Bianchin - Faggian. Guida alla valutazione e al trattamento delle demenze nell'anziano. Strumenti e tecniche per l'operatore. Franco Angeli, editor. 2006. 208 p.
13. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2019 Jan 14];3:CD001120. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493789>
14. Introduzione I. L' identità oltre i ricordi perduti : la demenza di Alzheimer. 2013;95:69–95.
15. una strada alternativa alla depressione nell'anziano - Psicologo Milano - Lorenzo Magri [Internet]. [cited 2019 Feb 15]. Available from: <https://www.lorenzomagri.it/cura-della-depressione-negli->

anziani/

16. Sullivan FR, Bird ED, Alpay M, Cha JH. Remotivation therapy and Huntington's disease. *J Neurosci Nurs* [Internet]. 2001 Jun [cited 2019 Jan 15];33(3):136–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413658>
17. Le 4 fasi della demenza - Lavoro Sociale [Internet]. [cited 2019 Jan 17]. Available from: <http://www.lavorosociale.com/archivio/n/articolo/le-4-fasi-della-demenza>
18. L'Arte come terapia efficace nella Demenza - IGEA CPS [Internet]. [cited 2019 Jan 15]. Available from: <http://www.igeacps.it/larte-come-terapia-efficace-nella-demenza/>
19. Alzheimer: la qualità della vita migliora con l'Arte terapia, Pet therapy e Danza movimento terapia - La Stampa [Internet]. [cited 2019 Jan 15]. Available from: <https://www.lastampa.it/2011/09/21/scienza/alzheimer-la-qualita-della-vita-migliora-con-l-arte-terapia-pet-therapy-e-danza-movimento-terapia-zHv8k2RSDilliwwAczrvMO/pagina.html>
20. Arteterapia e memoria: interventi non farmacologici nelle demenze | CareLab Padova - Terapie integrate mente e corpo [Internet]. [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://www.carelabpadova.it/single-post/2018/03/05/Arteterapia-e-memoria-interventi-non-farmacologici-nelle-demenze>
21. Gómez Gallego M, Gómez García J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurol (English Ed)* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Feb 15];32(5):300–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S217358081730072X>
22. Garrido S, Dunne L, Chang E, Perz J, Stevens CJ, Haertsch M. The Use of Music Playlists for People with Dementia: A Critical Synthesis. *J Alzheimer's Dis* [Internet]. 2017 Oct 3 [cited 2019 Feb



- 15];60(3):1129–42. Available from:  
<http://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JAD-170612>
23. Tsoi KK, Chan JY, Chan FC, Hirai HW, Kwok TC, Wong SY. Monotherapy Is Good Enough for Patients with Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease: A Network Meta-analysis of 76 Randomized Controlled Trials. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Jan 15];105(1):121–30. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1002/cpt.1104>
24. Eurytmica APS - Le memorie del corpo, DMT e Alzheimer [Internet]. [cited 2019 Jan 24]. Available from: <https://www.eurytmica.it/articoli-e-scritti-sulle-artiterapie/73-le-memorie-del-corpo-dmt-e-alzheimer.html>
25. Panza GA, Taylor BA, MacDonald H V., Johnson BT, Zaleski AL, Livingston J, et al. Can Exercise Improve Cognitive Symptoms of Alzheimer's Disease? *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2019 Jan 24];66(3):487–95. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.15241>
26. Whear R, Coon JT, Bethel A, Abbott R, Stein K, Garside R. What Is the Impact of Using Outdoor Spaces Such as Gardens on the Physical and Mental Well-Being of Those With Dementia? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Feb 2];15(10):697–705. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25037168>
27. Jones M. GENTLECARE Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer. 3rd ed. Carocci, editor. 2005. 352 p.
28. Psicomotricità C. [www.diregiovani.it](http://www.diregiovani.it). 2007;47893.
29. Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, et al. Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: A review. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Feb 16];47(6):762–73. Available

from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23369337>

30. Creagan ET, Bauer BA, Thomley BS, Borg JM. Animal-assisted therapy at Mayo Clinic: The time is now. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2019 Feb 16];21(2):101–4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388115000249>
31. MORETTI F, DE RONCHI D, BERNABEI V, MARCHETTI L, FERRARI B, FORLANI C, et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2011 Jun 1 [cited 2019 Jan 29];11(2):125–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x>
32. Kawaguchi Y, Shibata T, Wada K. THE EFFECTS OF ROBOT THERAPY IN THE ELDERLY FACILITIES [Internet]. [cited 2019 Feb 1]. Available from: [https://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(10\)00536-4/pdf](https://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(10)00536-4/pdf)
33. Paro, il cucciolo di foca e la terapia delle coccole - Just Baked [Internet]. [cited 2019 Feb 1]. Available from: <https://www.justbaked.it/2018/12/05/paro-robot-il-cucciolo-di-foca-e-la-terapia-delle-coccole/>
34. Mitchell G. Use of doll therapy for people with dementia: An overview. *Nurs Older People* [Internet]. 2014 Apr 30 [cited 2019 Feb 1];26(4):24–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787944>
35. Turner F, Shepherd M. Doll therapy in dementia care: a review of current literature. 2014;1(1). Available from: <http://journals.rgu.ac.uk/communicare/article/view/15/10>
36. Mitchell G, McCormack B, McCance T. Therapeutic use of dolls for people living with dementia: A critical review of the literature. *Dementia* [Internet]. 2016 Sep 27 [cited 2019 Feb 16];15(5):976–

1001. Available from:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301214548522>

37. Caffé Alzheimer: ambiente terapeutico e percorsi non farmacologici di cura [Internet]. [cited 2019 Feb 2]. Available from:  
<https://www.alzheimer-riese.it/contributi-dal-mondo/esperienze-e-opinioni/6060-caffe-alzheimer-ambiente-terapeutico-e-percorsi-non-farmacologici-di-cura>
38. Strøm BS, Ytrehus S, Grov E-K. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Feb 3];25(13–14):1805–34. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13169>
39. Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2002 Oct 21 [cited 2019 Feb 16];(4):CD003152. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519587>
40. Burns I, Cox H, Plant H. Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2000 Jun [cited 2019 Feb 16];6(3):118–26. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-172x.2000.00196.x>
41. Jimbo D, Kimura Y, Taniguchi M, Inoue M, Urakami K. Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2009 Dec [cited 2018 Nov 30];9(4):173–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1479-8301.2009.00299.x>
42. Riabilitazione [Internet]. [cited 2019 Feb 21]. Available from:  
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4720&area=Lea&menu=ospedaliera>
43. Laver K, Dyer S, Whitehead C, Clemson L, Crotty M. Interventions to delay functional decline in people with dementia: a systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Apr 27 [cited 2018 Nov 29];6(4):e010767. Available from:

<http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-010767>

44. García-Alberca JM. Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders in Alzheimer disease: evidence on efficacy and neurobiological correlations. *Neurologia* [Internet]. 2015 Jan [cited 2018 Nov 29];30(1):8–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021348531200271X>
45. Goris ED, Ansel KN, Schutte DL. Quantitative systematic review of the effects of non-pharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia. *J Adv Nurs* [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Nov 29];72(11):2612–28. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13026>
46. Preuss UW, Wong JWM, Koller G. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 29];50(4):679–715. Available from: [http://psychiatriapolska.pl/679\\_715](http://psychiatriapolska.pl/679_715)