



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

Scuola di Medicina Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e
Pediatriche

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Sede Torino

Tesi di Laurea

**L'efficacia della terapia della reminiscenza per
rallentare il deterioramento cognitivo delle persone
affette da demenza: una revisione della letteratura**

Efficacy of reminiscence therapy to slow down
cognitive impairment of people living with dementia: a
literature review

Relatore:

Prof. Roberto QUARISA

Studente:

Eleonora RAVAGNANI

Anno Accademico 2018-2019

Alla mia famiglia.

Ai miei nonni.

Grazie.

INDICE

ABSTRACT	1
1. INTRODUZIONE	3
1.1. LA DEMENZA	3
1.1.1 LE FORME DI DEMENZA	4
1.2 LA DEMENZA DI ALZHEIMER	7
1.2.1 EPIDEMIOLOGIA	9
1.2.2 CAUSE DELLA MALATTIA	10
1.2.3 QUADRO CLINICO	10
1.2.4 TRATTAMENTI	14
1.3 TERAPIA DELLA REMINISCENZA	20
2. PLASTICITA' NEURONALE	22
3. OBIETTIVO	24
4. MATERIALI E METODI	24
4.1 FORMULAZIONE DEL QUESITO DI RICERCA	24
4.2 STRATEGIE DI RICERCA/FONTI DEI DATI	25
4.3 PAROLE CHIAVE RICERCATE	25
4.4 CRITERI DI SELEZIONE	26
5. RISULTATI	27
6. DISCUSSIONE	36
7. CONCLUSIONI	39
8. BIBLIOGRAFIA.....	41

ABSTRACT

Introduzione: L'Alzheimer è una malattia complessa che viene spesso messa in discussione. Al giorno d'oggi è possibile affermare che la diagnosi della malattia viene confermata solamente con l'autopsia post mortem, mentre il trattamento è in continua evoluzione. Il trattamento farmacologico prevede l'assunzione di farmaci che agiscono sulla sintomatologia e rallentano la sua progressione, diversamente l'obiettivo comune di tutte le terapie non farmacologiche è quello di ridurre le disabilità derivate dalla malattia per mantenere elevati il livello di autonomia e la qualità di vita. La stimolazione cognitiva è un intervento volto al benessere complessivo della persona e si propone di riattivare o mantenere le abilità residue e rallentare la perdita di quest'ultime. Esistono molte tipologie di stimolazione cognitiva, ognuna mirata ad un particolare aspetto della malattia: la Reality orientation therapy (ROT) per il riorientamento alla realtà, le mnemotecniche per l'acquisizione di strategie utili a migliorare le capacità mnesiche, i training cognitivi per rinforzare le funzioni cognitive residue, la procedural memory training per incrementare la memoria procedurale attraverso l'esecuzione di attività legate alla vita quotidiana e la terapia della reminiscenza il cui fine è quello di far emergere le memorie del passato.

Obiettivo: L'obiettivo di questa tesi è valutare attraverso l'analisi della letteratura scientifica la possibilità di rallentare il deterioramento cognitivo nelle demenze, in particolar modo l'Alzheimer, attraverso l'utilizzo di terapie non farmacologiche. Tra le terapie di stimolazione cognitiva è stata presa in considerazione la Reminiscence Therapy.

Materiali e metodi: la ricerca è stata effettuata consultando le banche dati PUBMED e Cochrane e le linee guida come l'American Academy of Neurology (AAN). Per effettuare la ricerca relativa alla possibilità di rallentare il deterioramento cognitivo nel paziente con demenza, sono state utilizzate le

seguenti parole chiave: Reminiscence therapy, dementia, alzheimer's disease.

Conclusioni: la reminiscence therapy è potenzialmente in grado di diventare una terapia non farmacologica efficace in quanto la persona assistita, attraverso la rievocazione dei ricordi, prova emozioni positive ed appaganti, migliorando la sua qualità di vita e diminuendo in maniera significativa i sintomi depressivi.

1. INTRODUZIONE

1.1 LA DEMENZA

“Credo che il mio cervello, sostanzialmente, sia lo stesso di quando ero vent’enne. Il mio modo di esercitare il pensiero non è cambiato negli anni. E non dipende certo da una mia particolarità, ma da quell’organo magnifico che è il cervello. Se lo coltivi funziona, se lo lascia andare e lo metti in pensione si indebolisce. La sua plasticità è formidabile. Per questo bisogna continuare a pensare.” Rita Levi Montalcini

La demenza è una sindrome che comporta il deterioramento della memoria associato ad almeno un altro deficit che riguardi la comunicazione, la capacità di giudizio, l’orientamento spazio-tempo, il pensiero astratto e la vigilanza. Pertanto è possibile definirla come un indebolimento o una perdita delle capacità mentali. Tale condizione interferisce con la vita quotidiana della persona, sul suo ruolo sociale, lavorativo e relazionale, poiché spesso è associata a problemi comportamentali e condizioni psicopatologiche. La complessità della malattia provoca un elevato impatto sociale: si tratta di malattie progressive, la cui durata media è circa 10 anni e coinvolgono l’intero nucleo familiare; il coinvolgimento è globale, comprende ogni aspetto legato alla vita della persona, in particolar modo quello emotivo e quello economico, infatti le persone affette da demenza non vengono quasi mai ospedalizzate e il carico assistenziale ricade sui caregiver che vivono il dramma familiare di una malattia irrisolvibile. L’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) afferma che si tratti di una priorità mondiale di salute pubblica: “nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, il triplo nel 2050, con ogni anno 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi) e una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i

sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate." (Ginevra 11 aprile 2012).

Conseguentemente all'innalzamento degli indici di vecchiaia, l'Italia rientra tra i paesi europei più anziani, infatti più del 17% della popolazione ha superato i sessantacinque anni di età e di conseguenza sono in aumento le malattie croniche, in particolare le demenze. "La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali".¹ La progressione dell'età è un'importante fattore biologico di rischio, in quanto è direttamente proporzionale alla probabilità di sviluppare la malattia, ma non significa che l'invecchiamento sia sinonimo di demenza.

1.1.1 LE FORME DI DEMENZA

La demenza può essere provocata da differenti cause e non solo da malattie a carico del cervello, sono conosciute oltre sessanta malattie ritenute fattori di causa che provocano alterazioni delle strutture e dei circuiti che intervengono nelle funzioni cognitive e ne compromettono la funzione.

Il 50-60% delle demenze è provocato dalla malattia di Alzheimer, il 10-20% sono classificate come demenze vascolari poiché si presentano in seguito a lesioni delle cellule cerebrali per cause vascolari, il 10-30% dei casi è associato a patologie degenerative (tra queste emergono la demenza a corpi di Lewy e la malattia di Pick); vi è ancora il 5-20% secondario a malattie a carico del cervello o ad altri organi oppure sono dovute ad intossicazioni di sostanze o ancora per disturbi metabolici. Quest'ultime sono considerate reversibili mentre le prime appartengono alla categoria delle demenze

irreversibili, in relazione alla possibilità di intervenire e trattare la causa che ne ha provocato l'insorgenza. È possibile classificare le demenza prendendo in considerazione la zona anatomica del cervello che è stata lesionata, in particolar modo si distinguono in corticali, come nel caso del morbo di Alzheimer e la malattia di Pick ed in sottocorticali, ciò che accade nelle demenze associate alla malattia di Parkinson e le demenze vascolari.

- **Le demenze vascolari**

Sono causate da un'alterata perfusione cerebrale, solitamente conseguente a frequenti ictus o talvolta da angiopatia cerebrale amiloide che comporta un accumulo di placche betamiloide nelle pareti delle arterie cerebrali con conseguente occlusione o rottura dei vasi. Pertanto si tratta di una demenza conseguente a lesioni ischemiche che hanno riportato la distruzione di una parte del tessuto cerebrale. La causa più frequente è l'infarto cerebrale provocato da un'occlusione di un'arteria cerebrale, in seguito a trombi formatisi sulle pareti dei vasi danneggiati dall'aterosclerosi o per emboli mandati in circolo da un cuore fibrillante. È meno frequente che si tratti di una rottura di un vaso arterioso provocato da trauma cranico, aneurisma, angioma o ipertensione arteriosa. I fattori di rischio principali sono l'età, la familiarità, l'ipertensione, il diabete mellito, una storia di infarto miocardico o di fibrillazione atriale, l'ipercolesterolemia, pregressi episodi di ischemia cerebrale, il tabagismo e l'abuso di alcool. L'esordio della malattia è di tipo acuto ed il decorso è progressivo, poiché peggiora ogni qualvolta si verifichi un nuovo evento ischemico. L'infarto cerebrale provoca la morte delle cellule nervose, di conseguenza cessano le loro funzioni e compaiono deficit di tipo motorio e cognitivo. Tra questi ultimi emergono le amnesie, le anomie, l'afasia, l'aprassia, agnosia, disturbi della marcia (questi sono i più precoci e consentono di differenziare la demenza vascolare dall'Alzheimer che non presenta questo tipo di disturbo), disturbi urinari, disturbi del comportamento e dell'umore e rallentamento

psicomotorio. Le demenze vascolari sono considerate irreversibili, ma è possibile prevenirle, o quantomeno gestire i fattori di rischio modificabili, tra cui:

- ipertensione: il trattamento riduce notevolmente il rischio di ictus; occorre prevenirla -con una dieta iposodica, svolgere una moderata ma costante attività fisica e controllare il peso corporeo.
- diabete mellito: è possibile prevenirlo con il mantenimento del normale peso corporeo e lo svolgimento di attività fisica giornaliera di almeno mezz'ora; inoltre occorre seguire una dieta dal basso contenuto di zuccheri ed abbondante consumo di fibre vegetali.
- fumo di sigaretta: la sospensione del fumo riduce del 50% il rischio di sviluppare demenze vascolari
- consumo eccessivo di alcool: un consumo moderato di alcool, cioè non più di due bicchieri di vino al giorno, sembrerebbero correlati ad una diminuzione del rischio ischemico

• **La demenza con corpi di Lewy**

Si tratta della demenza più frequente dopo l'Alzheimer; l'esordio avviene tra i 65 ed i 75 anni, la durata varia dall'uno ai cinque anni e colpisce prevalentemente il genere maschile. Le alterazioni del tessuto nervoso sono dovute alla presenza nelle cellule della corteccia cerebrale dei corpi di Lewy, che si formano a causa di un anormale metabolismo della proteina α -sinucleina. La persona affetta da questo tipo di demenza presenta deliri e allucinazioni visive molto ricorrenti, inoltre vi sono disturbi fluttuanti delle funzioni cognitive, è pertanto possibile che i test neuropsicologici presentino improvvisi cambiamenti dei risultati anche se non vi è un peggioramento della malattia. In particolar modo emergono le alterazioni delle funzioni cognitive che riguardano l'attenzione e esecuzione di compiti visuospatiali; inoltre sono frequenti le cadute, le sincopi, ed i disturbi delle funzioni motorie.

- **La malattia di Pick**

La malattia di Pick fa parte delle demenze frontotemporali, l'esordio avviene tra i quarantacinque ed i sessantacinque anni e colpisce prevalentemente le donne. Spesso è confusa con l'Alzheimer, ma in questo caso vi è una proteina anomala, Tau, che si deposita nella corteccia dei lobi frontali. La zona frontotemporale del cervello controlla il comportamento, pertanto questa malattia comporta alterazioni comportamentali: la persona colpita si presenta spesso aggressiva e facilmente irascibile. Altre manifestazioni della malattia possono essere l'apatia, l'indebolimento della memoria recente, il disorientamento spaziale e le alterazioni del linguaggio.

Per quanto riguarda la demenza con corpi di Lewy e la malattia di Pick non è possibile eseguire una diagnosi durante la vita, la diagnosi certa è possibile solo post mortem, con l'analisi del tessuto cerebrale. Un'ulteriore incognita è il trattamento: ad oggi non sono disponibili terapie farmacologiche per queste forme di demenza; i farmaci che vengono utilizzati agiscono sulla sintomatologia, ma spesso provocano gravi effetti collaterali a discapito delle funzioni cognitive già precedentemente alterate.

1.2 LA DEMENZA DI ALZHEIMER

La demenza di Alzheimer venne descritta per la prima volta all'inizio del 1900 dallo psichiatra tedesco Alois Alzheimer mentre lavorava alla Clinica per dementi ed epilettici di Francoforte sul Meno. Il medico considerò la storia clinica di Auguste D., una donna di 51 anni, la quale presentava sintomi che a quel tempo non appartenevano a nessuna malattia: perdita di interessi, disturbi del linguaggio, deliri e disturbi della memoria, infatti quando le vennero presentati alcuni oggetti durante una visita e successivamente le venne richiesto di indicarli, lei non fu in grado. Il quadro clinico di Auguste D. risultava completamente nuovo e degno di approfondimenti: insieme ai medici italiani Gaetano Perusini e Francesco Bonfiglio, eseguì l'autopsia post

mortem in seguito alla quale venne riscontrata la presenza di placche senili e di atrofia cerebrale. Negli anni successivi Perusini proseguì gli studi ed intuì l'azione di una sostanza che "incollava" insieme le fibrille neuronali, oggi conosciuta come beta amiloide. La nuova malattia acquisì un nome circa dieci anni dopo, grazie allo psichiatra Emil Kraepelin che introdusse il concetto di "morbo di Alzheimer" nel suo Trattato di Psichiatria.

Il morbo di Alzheimer colpisce maggiormente le persone di età superiore ai 65 anni, presenta un esordio subdolo ed un decorso unico per ogni individuo; la previsione di vita è stimata tra gli 8 e i 20 anni, nei quali la persona attraversa fasi differenti dal punto di vista clinico e assistenziale. La suddivisione in fasi ha lo scopo di orientare il caregiver rispetto alle caratteristiche evolutive della malattia e all'adeguata assistenza. Il decorso della malattia coinvolge ed influenza tutti gli aspetti della vita della persona: vi sono cambiamenti emotivi, relazionali, sociali, stravolgimenti della mente, di sé e del corpo che inizialmente avvengono occasionalmente per poi insidiarsi in maniera aggressiva nelle vite, fino a confondersi con esse. La persona si trova di fronte a questo nuovo modo di essere, deve affrontare situazioni che non gli appartengono a far fronte ai problemi sociali che si possono verificare, ma tutto ciò non può farlo da solo; questo è il compito di chi si prende cura, accompagnarlo nel difficile, movimentato e tortuoso percorso della malattia. Si tratta di una patologia che colpisce il singolo ma coinvolge l'intero nucleo relazionale, è pertanto indispensabile sostenere gli uni e gli altri con interventi di supporto psicologico, emotivo ed economico. Il caregiver nel processo di cura è coinvolto in maniera totale e costante, spesso sono assaliti da sensazioni di impotenza, rabbia e disperazione, per cui è importante che il supporto sia rappresentato da differenti figure, per garantire non solo il benessere della persona assistita, ma anche del caregiver. Esso deve conoscere le caratteristiche che delineano la malattia in modo tale da affrontarla nel modo corretto, con i corretti strumenti e con le corrette aspettative. Di fronte a questa malattia ci sono tutt'ora molte incognite: l'insorgenza, la diagnosi, la trasmissione genetica, la cura, il

trattamento.

Oggi giorno sappiamo che la cura definitiva per l'Alzheimer non esiste, i farmaci utilizzati alleggeriscono i sintomi o prolungano i tempi dalle prime fasi, ma nessuno di essi è in grado di bloccare l'andamento patologico degenerativo e la diagnosi certa si può fare solamente con l'autopsia.

1.2.1 Epidemiologia

Oggi giorno l'Alzheimer rappresenta la quarta causa di morte nei soggetti con età superiore ai sessantacinque anni nonché la forma più frequente di demenza ed è considerata una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione anziana. Recenti studi affermano che in Italia siano presenti più di cinquecentomilioni di casi di Alzheimer ed il numero è in crescita. Negli ultimi decenni la popolazione italiana rappresentata dagli ultrasessantacinquenni è triplicata, si stima che nei prossimi 50 anni possa raggiungere una percentuale del 32% rispetto alla popolazione totale.² Con l'aumentare dell'età aumentano anche le patologie legate all'invecchiamento, tra queste troviamo in grande prevalenza l'Alzheimer: si prevede che tali patologie diventeranno uno dei problemi principali da affrontare dalla sanità pubblica. La degenerazione neuronale avviene normalmente nell'anziano sano, ma in presenza della patologia vi è un'atrofia più marcata ed a diffusione più rapida.

1.2.2 Cause della malattia

La medicina sta ancora studiando le possibili cause della malattia, i meccanismi che causano la morte e la degenerazione dei neuroni sono ancora sconosciuti. Tuttavia è noto che nel cervello delle persone malate sia presente un accumulo anomalo di sostanze, non totalmente identificate, che causano la formazione di placche e fibrille all'interno delle stesse cellule; tra queste sostanze vi sono sicuramente la proteina beta-amiloide e la forma anomala della proteina Tau, che ha importanti funzioni sulle cellule sane. Gli studiosi hanno analizzato le forme familiari ed hanno identificato alcuni geni che, se mutati, possono generare la malattia:

- il gene della proteina precursore dell'amiloide (APP): è localizzato nel cromosoma 21 e causa un esordio precoce della malattia
- il gene della presenilina 1: si trova nel cromosoma 14 e rappresenta la forma più comune di Alzheimer di origine genetica a forma precoce
- il gene della presenilina 2: presente nel cromosoma 1, è molto raro ma può essere causa di un esordio molto precoce (prima dei trent'anni) o molto tardivo (dopo gli ottant'anni)

Le preseniline hanno un ruolo molto importante all'interno del tessuto cerebrale, poiché tagliano la proteina amiloide, pertanto il loro alterato funzionamento potrebbe provocare l'accumulo della proteina. Tale accumulo porta alla successiva morte della cellula.

1.2.3 Quadro clinico

Non è possibile definire in quadro clinico generale poiché gli aspetti clinici variano da un soggetto all'altro e sono influenzati da fattori personali, relazionali ed ambientali; tuttavia è possibile annoverare i deficit che si possono presentare con il morbo di Alzheimer. La malattia spesso viene anticipata dal mind cognitive impairment (MCI), ossia un leggero calo delle

prestazioni cognitive soprattutto quelle legate alla memoria, all'orientamento o alla capacità verbali. I sintomi iniziali vengono spesso attribuiti all'invecchiamento, allo stress o alla depressione; non è raro che la malattia insorga in seguito ad un trauma, una malattia acuta, durante un ricovero ospedaliero o un intervento e spesso il caregiver tende ad attribuire tali situazioni come causa della malattia. Occorre sottolineare che non è corretto, poiché in realtà queste evenienze tendono a manifestare una malattia già presente, non rappresentano il fattore scatenante, ed è importante che i familiari siano ben consapevoli di ciò, poiché molto spesso sono tormentati dai sensi di colpa.

Il sintomo cardine della malattia è il disturbo della memoria: inizialmente la persona tende a dimenticare avvenimenti recenti, solo a distanza di uno o due anni si aggrava in maniera tale da dover ricorrere all'aiuto medico.

Successivamente la malattia progredisce con l'alterazione della personalità ed altri deficit delle funzioni cognitive: ad esempio la persona può manifestare difficoltà a trovare le parole per denominare oggetti o persone, oppure è compromessa la capacità di calcolo o ancora difficoltà di orientamento. Per quanto riguarda la sfera comportamentale vi sono dei cambiamenti, in particolar modo la persona presenta apatia, irritabilità, agitazione psico-motoria che si presenta come vagabondaggio finalistico, irrequietezza, affaccendamento e movimenti ripetitivi, come ad esempio torcersi continuamente le mani. Inoltre è possibile notare sintomi depressivi, talvolta legati alla consapevolezza di non essere più autonomi e di dover dipendere da altri, talvolta è indotta da meccanismi biologici tutt'ora ignoti. Molto spesso il cambiamento di personalità è tale da spaventare i familiari perché "non lo riconoscono".

Con il progredire della malattia emergono ulteriori disturbi come il disturbo del sonno: il paziente si sveglia in piena notte e ritiene sia giorno e deve svolgere azioni quotidiane come pranzare od uscire di casa, oppure è insonne. È possibile che la persona perda l'appetito o che si dimentichi di mangiare: tale aspetto è da osservare soprattutto tra le persone che vivono da sole. Nelle fasi avanzate della malattia vi è una perdita completa delle

capacità motorie, il paziente è completamente dipendente della ADL e nelle IADL ed il linguaggio diventa incomprensibile. Si presentano deficit nelle deglutizione, pertanto è fondamentale adottare un'alimentazione morbida, disfagica o artificiale (in casi estremi) per evitare complicanze. La malattia presenta un inizio subdolo ed un decorso variabile, la progressione della malattia è individuale, ma quasi tutti, se sopravvivono abbastanza a lungo, percorrono inevitabilmente quattro fasi: pre-demenza, fase iniziale, fase intermedia, fase finale. È possibile categorizzare in ognuna di queste fasi i sintomi ed i deficit che è possibile riscontrare nella persona affetta da Alzheimer.³

1. Pre-demenza

Si tratta di una demenza lieve della durata di circa due-quattro anni, in cui appaiono i primi sintomi che spesso vengono attribuiti all'invecchiamento; tra questi emergono:

- Sintomi cognitivi
 - Difficoltà ad acquisire nuove informazioni
 - Amnesie
 - Disorientamento spazio/temporale
 - Lieve anomia
- Sintomi non cognitivi
 - Apatia
 - Depressione
 - Irritabilità
 - Sintomi psichiatrici (deliri)
- Deficit funzionali
 - Parziale perdita di autonomia delle ADL e nelle IADL

2. Fase iniziale

La durata è di due-dieci anni, vi è la lenta e progressiva perdita delle capacità mentali e fisiche, come la capacità di coordinare i piccoli movimenti. Il malato inoltre presenta:

- Sintomi cognitivi
 - accentuazione dei disturbi della memoria sia recente che remota
 - accentuazione del disorientamento spazio/temporale
 - afasia
 - agnosia
 - aprassia
- Sintomi non cognitivi
 - Vagabondaggio ed affaccendamento
 - Disturbi del comportamento
 - Compaiono disturbi vegetativi come inappetenza ed insonnia
- Deficit funzionali
 - Aumenta la riduzione dell'autonomia nelle ADL e IADL

3. Fase intermedia

Il soggetto non è più in grado di svolgere indipendentemente le attività di vita quotidiana, la memoria a lungo termine viene compromessa, i cambiamenti del comportamento sono sempre più evidenti: passa dall'irritabilità al pianto e sono frequenti atteggiamenti di rabbia o resistenza nei confronti del caregiver. Inoltre i soggetti perdono la consapevolezza della propria malattia. È possibile notare:

- Sintomi cognitivi
 - Gravissima perdita di memoria
 - Disorientamento spazio/temporale completo, anche nei luoghi comuni, come la propria abitazione
 - Linguaggio incomprensibile e comprensione inefficace
 - Incapacità a riconoscere i volti delle persone che prima erano familiari

- Sintomi non cognitivi
 - Agitazione ed irritabilità
 - Alterazione del ritmo sonno-sveglia
 - Affaccendamento, vagabondaggio, vocalizzazione persistente e altri comportamenti stereotipati
- Deficit funzionali
 - Incontinenza urinaria
 - Incapacità di alimentarsi in autonomia
 - Difficoltà a camminare autonomamente, presenta rigidità muscolare ed una postura flessa. Il rischio caduta è molto elevato

4. Fase finale

Durante l'ultimo periodo di vita, la persona è completamente dipendente dal caregiver: la massa muscolare e la motilità si deteriorano al punto tale da essere costretto a letto o su una sedia a rotelle, è incapace a nutrirsi e ha difficoltà a deglutire, pertanto si ricorre spesso all'alimentazione artificiale. Alcune persone sono ancora in grado di comprendere e restituire un segnale emotivo, ma le abilità linguistiche sono totalmente deteriorate. In genere l'exitus avviene per processi infettivi vescicali o polmonari.

1.2.4 Trattamenti

Terapie farmacologiche

Al giorno d'oggi non esiste una terapia che agisca sulle cause della malattia e ne permetta la guarigione o la regressione, i farmaci utilizzati agiscono sulla sintomatologia rallentando la loro progressione. Gli obiettivi farmacologici sono essenzialmente due: rallentare la progressione del deterioramento cognitivo, preservando il più possibile l'indipendenza e l'autonomia, e mantenere sotto controllo i sintomi non cognitivi più invalidanti

come le allucinazioni, i deliri, l'aggressività, la depressione ed i disturbi comportamentali. Tali interventi permettono di migliorare la loro QoF (Quality of Life) e consentono al caregiver un accudimento progressivo, ritardando l'istituzionalizzazione.

La persona affetta da Alzheimer presenta una diminuzione a livello cerebrale di acetilcolina, il neurotrasmettitore che permette la trasmissione dell'informazione lungo i circuiti della memoria. La conferma di un deficit colinergico ha avviato una serie di tentativi terapeutici volti a ripristinare livelli normali di acetilcolina a livello cerebrale. Occorre ricordare che tale mancanza non rappresenta la lesione principale: il danno cerebrale è indotto dalla deposizione della sostanza beta-amiloide che danneggia le cellule cerebrali. Tuttavia attualmente non sono disponibili farmaci in grado di modificare il deposito della beta-amiloide e la successiva degenerazione funzionale.

- **Inibitori dell'acetilcolinesterasi**

Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi sono sostanze che mantengono la disponibilità cerebrale di acetilcolina, inibendo l'enzima deputato alla distruzione del neurotrasmettitore e permettendogli di rimanere attivo più a lungo nelle strutture cerebrali in cui è carente. Gli Ace-I possono

rallentare, ma non arrestare la degenerazione patologica delle cellule cerebrali e presentano un'azione positiva su alcuni sintomi cognitivi, come la memoria e l'attenzione, e comportamentali, quali apatia, allucinazioni ed agitazione.

Occorre precisare che questi farmaci sono utili soprattutto nelle prime fasi di malattia, pertanto è importante iniziare la terapia precocemente e non tutti i pazienti rispondono alla somministrazione. Tra i principali effetti collaterali emergono i disturbi gastrointestinali, cardiologici e neurologici.

- Donepezil
- Rivastigmina
- Galantamina

- **Farmaci che agiscono sul sistema glutammatergico**

Sono indicati per rallentare il deterioramento cognitivo, vengono utilizzati in fase moderata-severa e agiscono compensando gli effetti tossici derivati dall'eccessiva eccitazione delle cellule nervose causata dal glutammato. Il glutammato è una sostanza fondamentale per l'apprendimento e la memoria, ma la presenza di una quantità eccessiva può produrre ipercalcemia nelle cellule nervose provocandone la morte. Gli effetti collaterali sono agitazione e vertigini.

- Memantina

- **Farmaci per i sintomi non cognitivi**

Queste categorie di farmaci vengono utilizzate per il trattamento dei disturbi comportamentali che riguardano i sintomi psicotici, depressivi e neurovegetativi, ansia, agitazione, vagabondaggio, confusione, aggressività. I sintomi non cognitivi sono legati sia alla degenerazione neuronale ma anche all'adattamento della persona alla nuova condizione patologica. Vengono utilizzati farmaci appartenenti a differenti categorie, come:

- Antidepressivi
- Ansiolitici ed ipnotici
- Antipsicotici

Terapie non farmacologiche

L'obiettivo comune di tutte le terapie non farmacologiche è quello di ridurre le disabilità derivate dalla malattia per mantenere elevati il livello di autonomia e la qualità di vita.

La terapia è un momento delicato ed importante per la cura della persona affetta da demenza, in quanto è presente timore e speranza rispetto agli effetti che possono essere ottenuti. La cura della malattia è un aspetto che coinvolge una rete relazionale molto ampia, sia per quanto riguarda i professionisti sanitari, sia per il nucleo

famigliare e le persone di riferimento, pertanto tali interventi sono rivolti al paziente, alla famiglia e all'ambiente circostante.

Gli interventi sul paziente sono di tipo riabilitativo nei confronti dei deficit cognitivi e non cognitivi. Riguardo questo aspetto ci sono stati importanti cambiamenti poiché fino a dieci anni fa si riteneva che la progressiva degenerazione della malattia rendesse inefficaci gli interventi non farmacologici. Oggi si ritiene che gli interventi riabilitativi siano fondamentali per il percorso inarrestabile della malattia, ma devono essere differenzialmente calibrati nelle diverse fasi della malattia. Nelle prime fasi di malattia la persona presenta deficit cognitivi lievi, pertanto l'obiettivo è mantenere o migliorare la sua autonomia rispetto agli aspetti della vita quotidiana. Nelle fasi successive, in cui non è possibile attingere alle risorse cognitive del paziente, occorre attuare interventi di stimolazione emotiva e sensoriale, utilizzando tecniche comportamentali. Gli interventi riabilitativi sono personalizzati in base alle attitudini ed alle volontà del soggetto, in modo tale da ottenere un coinvolgimento ed una partecipazione totale, massimizzando la possibilità di ottenere effetti positivi.

Gli interventi sulla famiglia ed in particolare sul caregiver sono di tipo educativo, formativo, psicologico e legale.

Gli interventi sull'ambiente sono finalizzati a rendere lo spazio in cui la persona vive, adatto alle sue necessità in relazione alle risorse residue. Un ambiente eccessivamente o scarsamente stimolante può provocare uno scompenso emotivo tale da innescare l'insorgenza di comportamenti negativi.

La stimolazione cognitiva

La stimolazione cognitiva è un intervento volto al benessere complessivo della persona e si propone di riattivare o mantenere le abilità residue e rallentare la perdita di quest'ultime. La malattia di Alzheimer esordisce con un disturbo della memoria a breve termine, pertanto si manifesta la difficoltà di apprendere nuove informazioni e ricordare avvenimenti recenti. La maggior parte degli studi afferma che la possibilità di ottenere risultati positivi nella riabilitazione del paziente affetto da Alzheimer è collegata alle funzioni residue, pertanto nelle fasi successive della malattia, in cui viene coinvolta anche la memoria a lungo termine, i metodi di riabilitazione risultano inefficaci.⁴

Tra le principali strategie e metodiche utilizzate nella riabilitazione cognitiva emergono:

- Reality orientation therapy (ROT)
- Mnemotecniche
- Training cognitivi
- Procedural memory training
- Terapia della reminiscenza

• **Reality orientation therapy (ROT)**

La Reality orientation therapy (ROT) è la terapia di riorientamento alla realtà ed è finalizzata a riorientare il paziente rispetto a sé, al tempo ed all'ambiente circostante. Tramite ripetitive stimolazioni verbali, scritte, musicali e visive si cerca di rafforzare le informazioni di base del paziente, ad esempio i propri dati anagrafici, il proprio domicilio, i componenti della sua famiglia, ecc.. Questa tecnica si è dimostrata efficace nelle persone affette da Alzheimer di grado lieve o moderato, tuttavia sono emersi limiti riguardo la rapida riduzione dell'efficace alla fine del percorso di trattamento. Esistono due tipi di ROT: formale ed informale. La prima consiste in sedute giornaliere, individuali o di gruppi omogenei dal

punto di vista del grado di deterioramento, della durata di circa 45 minuti durante le quali un operatore impiega una metodologia di stimolazione standardizzata con il fine di riorientare le persone. Differentemente la ROT informale prevede un processo di stimolazione continua da parte di operatori sanitari e familiari che nel corso della giornata forniscono ripetutamente informazioni al soggetto; fin dal risveglio è utile comunicare i dati relativi al tempo, alla spazio in cui si trova e alle persone circostanti (il giorno, il mese e l'anno, l'orario, chi sono le persone presenti intorno a lui, dove si trova..). La continua ripetizione aiuta il malato a conservare le informazioni nel tempo. Inoltre la ROT di gruppo favorisce le interazioni sociali contrastando l'isolamento.

- **Mnemotecniche**

Consistono nell'insegnamento di tecniche e strategie per migliorare la capacità mnesica attraverso l'ordinamento delle informazioni. L'intervento può essere supportato da ausili come i calendari, i diari, le liste, segnali volti all'orientamento spaziale o la creazione di strategie mentali. All'interno di queste ultime è possibile annoverare la Tecnica di Spaced-Retrieval. Essa si concretizza nel recupero di una stessa informazione, per esempio l'associazione nome-faccia, ad intervalli di tempo crescente. Interventi riabilitativi che adottano questa tecnica si sono dimostrati efficaci nell'identificazione di oggetti, nell'associazione nome-faccia, nella collocazione spaziale di oggetti, nonché nella programmazione di attività quotidiane (memoria prospettica) (Backman 1996).⁵

- **Training cognitivi**

Possono essere rivolti ai pazienti con demenza di grado lieve e consiste nella stimolazione ed il rinforzo di funzioni cognitive specifiche quali l'attenzione selettiva e sostenuta, la memoria visuo-spaziale e associativa. Gli strumenti

utilizzati sono esercizi da tavolo con la carta (puzzle, calcoli aritmetici..) o esercizi al computer attraverso programmi appositamente creati.

- **Procedural memory training**

L'intervento ha come obiettivo quello di migliorare o stimolare la memoria procedurale attraverso l'esecuzione di attività che riguardano la vita quotidiana. Tale tecnica può essere insegnata al caregiver, il quale può applicare il procedural memory training in qualsiasi momento della giornata.

1.3 TERAPIA DELLA REMINISCENZA

La reminiscenza è intesa come un “ricordo personale riportato attivamente alla coscienza o manifestatesi spontaneamente”⁶, pertanto in relazione a questo principio è stata fondata una terapia che consiste in un intervento psicosociale in cui i ricordi assumo un'importanza predominante. La terapia della reminiscenza (RT) è un trattamento che include la discussione di eventi ed esperienze passate con la persona per favorire il riemergere dei ricordi; vengono utilizzati differenti strumenti come la musica, le immagini, i libri, le fotografie, gli oggetti che consentono alle persone con demenza di rievocare i ricordi del loro passato provando piacere nel raccontarli. I ricordi legati all'età adulta sono molto importanti per l'identità di un soggetto e possiedono un alto livello di immagini visive e di ripetizioni, per questo motivo sono evocati maggiormente rispetto ad altri.⁷ La RT sostiene la normale tendenza dell'anziano di rievocare i ricordi permettendogli di rivivere emozioni del proprio passato, influenzando l'umore in senso positivo e migliorando l'autostima. Il recupero dei ricordi passati rappresenta per la persona malata un porto sicuro in cui rifugiarsi, in contrasto con il senso di inadeguatezza e frustrazione indotti dalla nuova condizione che lo rende debole e spaventato.

La malattia di Alzheimer esordisce con un deficit della memoria e continua con il peggioramento di tutte le funzioni cognitive, tra cui il disorientamento spazio-temporale, pertanto è fondamentale riorientare il paziente per consentirgli di mantenere il contatto con la realtà. In questo modo il malato esercita la memoria autobiografica, ritrova la gratificazione e rafforza l'autostima, correggendo le reazioni comportamentali maladattive.

I laboratori di reminiscenza coinvolgono le persone con una demenza di grado lieve o moderato e possono essere individuali o di gruppo. Nel primo caso viene affrontata la storia della persona in modo cronologico e vengono sottolineati gli episodi significativi. Diversamente gli incontri in gruppi prevedono la partecipazione di piccoli gruppi (cinque-sei persone) con un grado di demenza omogeneo per permettere a tutti i partecipanti di essere coinvolti. Gli incontri si svolgono a cadenza settimanale e devono essere presenti gli strumenti per favorire la connessione dei ricordi. L'efficacia della RT è tale da poter essere considerata una potenziale terapia non farmacologica per le persone che affette dal morbo di Alzheimer: possiede un effetto positivo sia sulle funzioni cognitive che sulle funzioni emotive, in quanto aiuta ad alleviare i sintomi depressivi, tipici dell'anziano con demenza.

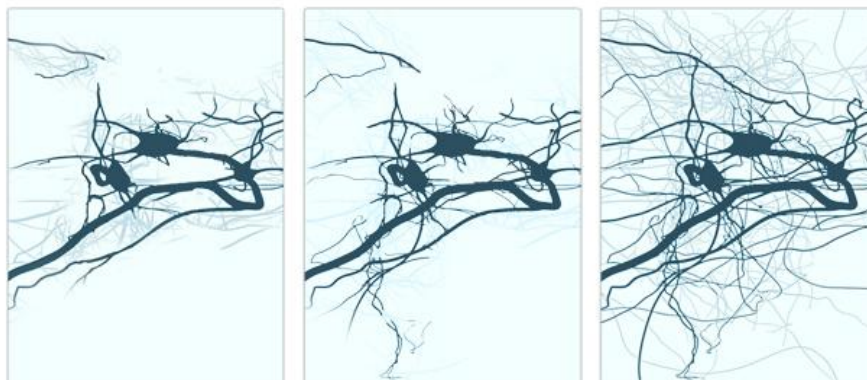
2. PLASTICITA' NEURONALE

Il sistema nervoso è costituito da reti neuronali specializzate al controllo delle funzioni vitali, come la regolazione delle attività vegetative, il comportamento e la rappresentazione sensoriale dell'ambiente circostante. Per consentire al sistema nervoso di lavorare nella maniera corretta, occorre che le cellule che compongono il circuito siano accuratamente connesse, fino a creare delle mappe neuronali. Il sistema nervoso è dotato di una predisposizione innata che permette di riconoscere gli stimoli specifici per lo sviluppo di un determinato comportamento, tuttavia è fondamentale l'interazione tra individuo e ambiente per garantire uno sviluppo corretto e completo. Nel corso della vita sono presenti differenti finestre temporali definite "periodo critico" in cui il cervello è molto ricettivo verso le informazioni provenienti dal mondo esterno, in particolar modo durante l'infanzia e l'adolescenza si manifesta una maggiore predisposizione ad apprendere e ricordare nozioni. Dopo la fine del periodo critico la modificabilità delle connessioni cerebrali si riduce; il fattore che regola la chiusura del periodo critico è la fine di un'esperienza: la mancanza di una stimolazione adeguata comporta una cessazione della neuroplasticità. Con il termine neuroplasticità s'intende la capacità del sistema nervoso di modificare la creazione, l'eliminazione o l'intensità delle sinapsi, con il conseguente cambiamento della struttura e della funzionalità in risposta agli input provenienti dall'esterno o dall'interno. Si ipotizzava che la plasticità neuronale caratterizzasse i primi anni di vita e scomparisse progressivamente nello sviluppo, ma in seguito è stato dimostrato che tale proprietà caratterizza anche il cervello adulto. È riscontrabile durante l'intera esistenza dell'uomo e prevede un'iniziale rigenerazione assonale e la successiva ipersensibilità postsinaptica con cui si affina la trasmissione nervosa; infine vi è lo svelamento delle sinapsi latenti, che consiste nell'attivazione di sinapsi da sempre esistite, ma che finora non sono mai state utilizzate. Tali processi sono alla base di un fenomeno di selezione che prevede il rafforzamento di alcune connessioni e

l'eliminazione di altre, determinando così la struttura cerebrale. Il concetto di plasticità neuronale è strettamente collegato alla riabilitazione cognitiva: il cervello è plastico, pertanto esiste la possibilità di agire sulla compromissione di alcune aree cerebrali che provocano i deficit cognitivi. Il cervello dispone di un numero di neuroni superiore rispetto a quello necessario per rispondere agli stimoli, pertanto ha la possibilità di reagire ai cambiamenti che potrebbero compromettere la funzionalità, come la perdita di cellule nervose, in seguito a processi di invecchiamento normale o patologico. La moltitudine di neuroni cerebrali intervengono in maniera efficace grazie alla forza delle connessioni ed ai processi acquisiti nel corso della vita dell'individuo. È possibile affermare che i meccanismi di plasticità sono attivati al momento della lesione cerebrale e consentono una riparazione spontanea ed un parziale recupero funzionale ⁸

La neuro plasticità è un fondamentale elemento da tenere in considerazione di fronte ad interventi di stimolazione cognitiva nel paziente affetto da demenza, in modo tale da stabilizzare o rallentare il declino cognitivo. La stimolazione clinica attraverso esercizi mentali favorisce la formazione di nuove sinapsi e di conseguenza dei circuiti neuronali in grado di rimarginare l'area danneggiata.

La rappresentazione artistica di come potrebbe apparire, una rete neuronale in seguito alla stimolazione cognitiva potrebbe essere rappresentata nella seguente immagine: ⁹



3. OBIETTIVO

L'obiettivo di questa tesi è valutare attraverso l'analisi della letteratura scientifica la possibilità di rallentare il deterioramento cognitivo nelle demenze, in particolar modo l'Alzheimer, attraverso l'utilizzo di terapie non farmacologiche.

Tra le terapie di stimolazione cognitiva è stata presa in considerazione la Reminiscence Therapy.

4. MATERIALI E METODI

4.1 FORMULAZIONE DEL QUESITO DI RICERCA

È stato formulato il quesito in forma narrativa: *“Nelle persone affette da demenza, in particolare dal morbo di Alzheimer, l'utilizzo della Reminiscence Therapy è utile per rallentare il deterioramento cognitivo?”*

Da esso è stato specificato il PICO corrispondente:

P: persone affette dal morbo di Alzheimer

I: utilizzo della reminiscence therapy

C: /

O: rallentamento deterioramento cognitivo

4.2 STRATEGIE DI RICERCA/FONTI DEI DATI

La ricerca è stata effettuata consultando, in ordine di rilevanza:

- 1) La Banca Dati Primaria PUBMED e Cochrane
- 2) Le Banche Dati di Linee Guida, come l'American Academy of Neurology (AAN)
- 3) Siti di interventi infermieristici e psicologici
- 4) Banche date non validate e letteratura varia

4.3 PAROLE CHIAVE RICERCATE

Reminiscence therapy, dementia, alzheimer's disease

La stringa di ricerca utilizzata su Pubmed per ricercare gli articoli relativi all'utilizzo della terapia della reminiscenza in persone affette da demenza è stata:

Reminiscence therapy [AND] dementia. Best Match Filters: Full text; published from 2017 to 2018; humans.

Sulla banca dati Cochrane, per eseguire la ricerca riguardo l'utilizzo della terapia della reminiscenza applicata a persone affette da demenza, è stata utilizzata la seguente stringa di ricerca:

Title abstract keyword: "Reminiscence therapy"

4.4 CRITERI DI SELEZIONE

Il materiale ricercato all'interno delle banche dati è stato selezionato sulla base di alcuni criteri:

- **Completezza:** sono stati selezionati solamente gli articoli in cui era disponibile il Free Full Text, in modo tale da poter analizzare il contenuto in maniera completa ed esaustiva
- **Pertinenza:** sono stati scelti gli articoli il cui contenuto appariva in linea con l'argomento proposto e gli obiettivi dello studio
- **Data di pubblicazione:** sulla banca dati Cochrane è stata trovata una review comprendente tutti gli studi, in ambito della Reminiscence Therapy, effettuati fino a Aprile 2017, pertanto la ricerca è proseguita prendendo in considerazione tutti gli articoli che non erano già presenti nella review e tutti quelli pubblicati tra il 2017 ed il 2018
- **Applicabilità:** sono stati considerati gli articoli che forniscono reali metodi di applicazione. In particolar modo sono stati prescelti gli articoli che espandono gli interventi anche alla sfera infermieristica

5. RISULTATI

La ricerca è stata effettuata principalmente sulle banche dati PUBMED e Cochrane, in quanto erano disponibili numerosi articoli completi, pertinenti e in free full text. Sulla banca dati Cochrane è stata trovata una review pubblicata nel 2018 comprendente tutti gli studi, fino ad Aprile 2017, riguardanti l'applicazione della terapia della reminiscenza a persone affette da demenza. Pertanto le ricerche successive sono state effettuate considerando solamente gli articoli pubblicati tra il 2018 ed il 2019 e tra i risultati sono stati esclusi gli studi presenti sulla revisione sistematica.

Sono state consultate altre banche dati, come Cinhal, PsylInfo e Education Source, ma i risultati ottenuti risultavano poco pertinenti o ridondanti. Nonostante ciò molti di questi articoli sono stati utilizzati per la stesura di questo studio, pertanto sono presenti nella bibliografia.

Dai risultati ottenuti tramite la ricerca, sono stati selezionati 5 articoli:

- 1 revisione sistematica scelta per il peso nella piramide delle evidenze e per la pertinenza ed accuratezza delle informazioni fornite
- 2 studi sperimentali in cui sono state effettuate delle sedute di reminiscence therapy a gruppi di persone e successivamente sono stati analizzati i risultati pre e post intervento
- 2 studi randomizzati controllati in cui sono presenti un gruppo di controllo e un gruppo di intervento; quest ultimo è stato sottoposto a cicli di sedute di reminiscenza e in seguito sono stati analizzati i dati e comparati al gruppo di controllo

“Reminiscence therapy for dementia”^x				
“Terapia della reminiscenza per la demenza”				
<i>Autori, rivista e anno</i>	<i>Tipologia di pubblicazione</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Materiali e metodi</i>	<i>Risultati</i>
Woods B, O’Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018	Revisione della letteratura scientifica	L’obiettivo della revisione è quello di analizzare gli studi finora presenti riguardo la terapia della reminiscenza e valutarne gli effetti sulle persone affette da demenza e sui rispettivi caregivers.	Per la creazione della revisione della letteratura scientifica sono stati presi in considerazione gli studi randomizzati controllati in cui la terapia della reminiscenza non fosse associata ad altri trattamenti terapeutici. Sono stati considerati tutti gli studi presenti fino ad aprile 2017. La scelta dei partecipanti segue determinati criteri: devono avere una diagnosi di demenza, preferibilmente una diagnosi formale secondo il	I risultati emersi affermano che è presente un miglioramento della qualità di vita in seguito alle sedute di RT. Inoltre in 14 studi con 1219 partecipanti è emerso che le sessioni di terapia della reminiscenza comportano un miglioramento del funzionamento cognitivo, confermato tramite test; tuttavia i miglioramenti non sono sostenuti durante il periodo di follow-up e ci sono ancora molti dubbi a riguardo.

			<p>DSM-IV, non ci sono limiti di età né di gravità e, se presenti, sono stati coinvolti anche i caregivers.</p>	<p>Nelle sedute di RT effettuate in presenza dei caregivers, non sono stati identificati benefici in relazione allo stress correlato all'assistenza, fatta eccezione per uno studio condotto a domicilio. Occorre considerare che in seguito ai trattamenti di RT si ottengono risultati differenti in relazione al tipo di sessioni (individuale, di gruppo, con o senza caregivers) ed ai diversi contesti (casa di cura, domicilio..). Tuttavia i risultati affermano che la reminiscence therapy sia un utile intervento di sostegno.</p>
--	--	--	---	---

“Effectiveness of group reminiscence therapy for people living with dementia in a day care centers in Taiwan”¹¹

“Efficacia della terapia di reminiscenza di gruppo per le persone con demenza che vivono in un centro diurno a Taiwan”

<i>Autori, rivista e anno</i>	<i>Tipologia di pubblicazione</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Materiali e metodi</i>	<i>Risultati</i>
HuiChen (Rita) Chang. University of Wollongong, Australia Hui-Wen Chien. University of Asia, Taiwan Dementia 2018, Vol. 17(7) 924–935	Studio sperimentale	Lo studio si pone l'obiettivo di analizzare l'efficacia della reminiscence therapy di gruppo in pazienti affetti da demenza. In particolare gli autori hanno l'intenzione di esplorare gli effetti riguardo all'umore, alla depressione ed alla comunicazione.	Per realizzare questo studio sono state coinvolte 21 persone frequentanti due differenti centri diurni di Taiwan specifici per la demenza. Per misurare gli effetti della RT sono stati somministrati i test prima e dopo l'intervento; i dati ottenuti sono stati analizzati da due ricercatori, i quali hanno identificato i temi degli outcome e successivamente hanno utilizzato tre differenti scale	Al termine delle sei sedute di RT di gruppo sono stati analizzati il livello di depressione e l'aderenza e la reazione alla attività proposte. Dai risultati ottenuti è possibile affermare che il punteggio della CSDD è diminuito da 6.22 a 5.57; inoltre è stato possibile osservare una diminuzione dell'ansia, dell'irritabilità manifestata con i continui risvegli notturni e l'interesse, una

			<p>per lo studio dei dati ottenuti: la scala di Cornell per la depressione in persone che presentano demenza (CSDD), la scala di osservazione dell'attività e la MMSE. Inoltre gli assistenti alla ricerca hanno compilato un diario, durante le sessioni di RT, per registrare le interazioni, i comportamenti ed i cambiamenti emotivi dei partecipanti. Prima di iniziare l'incontro di reminiscence therapy, gli studiosi hanno intervistato i partecipanti e le loro famiglie per comprendere la storia della loro vita e le esperienze</p>	<p>diminuzione dell'apatia ed un aumento dell'interesse verso gli stimoli del mondo esterno. Durante le sedute sono stati utilizzati differenti oggetti per la stimolazione cognitiva ed i partecipanti hanno mostrato interesse e coinvolgimento raccontando le loro esperienze passate ed il loro utilizzo. Gli autori affermano che alla fine delle sedute hanno notato differenze comportamentali nei partecipanti, esibivano attenzione e miglioramenti della memoria e anche le loro espressioni facciali apparivano</p>
--	--	--	--	--

			<p>passate, le credenze, gli eventi importanti del loro passato, la loro infanzia e le loro tradizioni. Sono stati creati piccoli gruppi di 4-5 persone che hanno partecipato a sedute di RT di un'ora ciascuna per un periodo di 6 settimane. Le sedute sono state condotte in una stanza silenziosa e priva di interferenze esterne poiché gli anziani con demenza sono facilmente distraibili. Gli incontri sono stati guidati da un ricercatore esperto nella cura della demenza e nella RT, con la partecipazione di due assistenti e due operatori dei centri diurni con cui i</p>	<p>differenti: più sereni e rilassati.</p>
--	--	--	--	--

			<p>pazienti hanno familiarità, per favorire la discussione e fornire aiuto se necessario.</p> <p>Gli argomenti delle sessioni sono stati i medesimi in ogni gruppo: giocattoli per l'infanzia, esperienze di vita passata come il matrimonio, tradizioni, musica, canzoni e film a cui sono particolarmente legati.</p>	
--	--	--	---	--

“The effect of reminiscence therapy on quality of life, attitudes to ageing, and depressive symptoms in institutionalized elderly adults with cognitive impairment: A quasi-experimental study”¹²

“L'effetto della terapia della reminiscenza sulla qualità della vita, l'atteggiamento nei confronti dell'invecchiamento e i sintomi depressivi negli anziani istituzionalizzati con compromissione cognitiva: uno studio semi-sperimentale”

<i>Autori, rivista e anno</i>	<i>Tipologia di pubblicazione</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Materiali e metodi</i>	<i>Risultati</i>
Jarmila Siverová and Radka Buzgov. House of Social Services, Municipal Hospital, and Faculty of Medicine, Department of Nursing and Midwifery, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic International Journal	Studio semi-sperimentale	L'obiettivo dello studio è quello di analizzare l'effetto della terapia della reminiscenza di gruppo applicata a persone affette da demenza, l'analisi dei dati è volta soprattutto ad identificare i cambiamenti sugli aspetti cognitivi, sulla percezione della qualità di vita, sulla percezione dell'invecchiamento e sui sintomi depressivi.	Per la realizzazione di questo studio caso controllo sono stati coinvolti 119 partecipanti, frequentanti i due centri di assistenza a lungo termine della Repubblica Ceca. Gli incontri sono stati programmati per una volta alla settimana	Dai risultati ottenuti gli autori hanno affermato che ci sono differenze significative tra i due gruppi. È stata riscontrata una differenza statisticamente significativa riguardo alla percezione della qualità di vita dei partecipanti, la salute mentale, la depressione e l'atteggiamento nei confronti dell'invecchiamento mostrano cambiamenti in senso positivo dopo le sedute di reminiscence therapy.

<p>of Mental Health Nursing (2018)</p>			<p>per una durata complessiva di 8 settimane. Ogni sessione ha la durata di 40-60 minuti. In ogni incontro è stato trattato un tema differente: il luogo da cui provengono, i giochi d'infanzia e le attività preferite, gli anni scolastici, le prime relazioni, il primo lavoro, gli alimenti preferiti, gli hobbies e le festività a cui sono legati. Durante le sedute sono stati utilizzati strumenti per</p>	<p>Il numero di persone con sintomi di demenza è diminuito dall'85% al 54% e questo cambiamento è sicuramente associabile al miglioramento delle relazioni sociali. La RT di gruppo può essere utilizzata come intervento infermieristico, eseguito da un personale adeguatamente formato, per migliorare la QoL delle persone anziane affette da demenza.</p>
--	--	--	--	--

			<p>stimolare la memoria, in particolar modo si tratta di oggetti della vita quotidiana che attraverso il suono, il profumo o l'utilizzo possono far emergere i ricordi. Gli operatori hanno utilizzato la terapia narrativa della reminiscenza concentrata sulla storia personale, attraverso la discussione di eventi ed esperienze utilizzando un elemento familiare del passato,</p>	
--	--	--	---	--

			pertinente al tema del giorno.	
--	--	--	--------------------------------------	--

“The clinical efficacy of reminiscence therapy in patients with mild-to-moderate Alzheimer disease”¹³

“L’efficacia clinica della terapia della reminiscenza in pazienti con la malattia di Alzheimer di grado lieve o moderato”

<i>Autori, rivista e anno</i>	<i>Tipologia di pubblicazione</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Materiali e metodi</i>	<i>Risultati</i>
Mo Li, MDa, Ji-hui Lyu, MDa, Yi Zhang, MDb, Mao-long Gao, MDc, Wen-jie Li, MDa, Xin Ma, MD. Li et al. <i>Medicine</i> e 2016	Studio parallelo controllato e randomizzato	Le persone affette da Alzheimer spesso soffrono di disturbi del comportamento, di depressione, irritabilità, aggressione e agitazione; tali sintomi vengono solitamente trattati con farmaci antipsicotici e antidepressivi. L’obiettivo di questo studio è quello di prevenire o trattare tale sintomatologia attraverso l’applicazione della terapia della	Lo studio, stato realizzato nell’ospedale Geriatrico di Pechino (Cina), ha coinvolto 90 pazienti affetti dal morbo di Alzheimer. I partecipanti sono stati divisi in due gruppi equivalenti: uno di intervento e uno di controllo. Le persone appartenenti al gruppo di intervento sono state sottoposte, insieme alla terapia farmacologica convenzionale, a sedute di RT	La reminiscence therapy è potenzialmente in grado di diventare un’adeguata terapia non farmacologica per gli anziani che soffrono di demenza per differenti motivi: attraverso le sessioni di RT la persona riesce a rievocare i ricordi passati e le emozioni ad esse collegate ed i sintomi depressivi risultano ampiamente alleviati. Inoltre un

		reminescenza.	della durata di 35-45 minuti per 2 volte alla settimana per una durata complessiva di 12 settimane. Differentement e ai pazienti del gruppo di controllo viene somministrata la sola terapia farmacologica. La valutazione finale è basata sulle settimane di trattamento e sulle 12 settimane di follow-up.	aspetto fondamentale di questa terapia è la mancanza totale di effetti collaterali.
--	--	---------------	--	---

“The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: randomized controlled trial”¹⁴

“L'effetto della terapia reminiscenza sulle funzioni cognitive, la depressione e la qualità della vita nei pazienti con malattia di Alzheimer: studio randomizzato controllato”

<i>Autori, rivista e anno</i>	<i>Tipologia di pubblicazione</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Materiali e metodi</i>	<i>Risultati</i>
Neslihan Lök, Kerime Bademli, Alime Selçuk-Tosun Int J Geriatr Psychiatry. 2019	Studio randomizzato controllato	L'obiettivo dello studio è quello di indagare l'effetto della terapia della reminiscenza sulle funzioni cognitive, sulla depressione e sulla qualità di vita dei pazienti affetti da Alzheimer.	Si tratta di uno studio randomizzato controllato a cieco singolo, realizzato nella città di Konya in Turchia, in cui sono state coinvolte 60 persone affette dal morbo di Alzheimer. I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: un gruppo di intervento ed uno di controllo. Le sedute di RT sono state svolte una volta alla settimana per 8 settimane	I dati finali mostrano una differenza tra i test effettuati prima e dopo la RT. In particolare è possibile notare nel gruppo di intervento una diminuzione della depressione, un aumento della qualità di vita e le funzioni cognitive. I dati estrapolati mostrano una diminuzione statisticamente significativa della depressione e un effetto

			<p>per una durata di un'ora l'una. Ogni gruppo era composto da sei persone. Durante gli incontri di terapia sono stati utilizzati alcuni strumenti per la stimolazione cognitiva, quali fotografie, ricordi del passato, musica , articoli domestici e gastronomici; attraverso questi i pazienti sono stati incoraggiati a raccontare le loro memorie, a ricordare le loro esperienze passate e sono stati stimolati a fare collegamenti ed instaurare una discussione</p>	<p>positivo sulle funzioni cognitive e sulla qualità di vita. I risultati ottenuti dallo studio supportano la terapia della reminiscenza a favore del trattamento delle persone affette da Alzheimer di grado lieve-moderato. Gli autori dello studio affermano che i loro risultati siano coerenti con altri studi precedenti: il punteggio delle funzioni cognitive è aumentato e le sedute di reminiscence therapy che constano di esercizi per il richiamo della memoria hanno un effetto positivo.</p>
--	--	--	---	---

			<p>riguardo il tema proposto. Per standardizzare i dati sono state utilizzate le seguenti scale: MMSE, Cornell Scale per la depressione e la QoL-AD per la qualità di vita delle persone con Alzheimer. Tali questionari sono stati somministrati prima e dopo l'intervento di reminiscenza per notare i cambiamenti.</p>	
--	--	--	---	--

6. DISCUSSIONE

Gli studi presi in considerazione propongono la terapia della reminiscenza come un trattamento per le persone affette da demenza. I risultati degli studi evidenziano il beneficio apportato alle persone, soprattutto per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita.

Gli articoli propongono differenti strategie di attuazione della terapia, vengono esplicitati differenti metodi per quanto riguarda le modalità degli incontri, il luogo ed i partecipanti. È possibile prendere in considerazione gli outcome maggiormente significativi per delineare una guida per attuare efficaci incontri di reminiscence therapy.

In primo luogo emerge la necessità di restringere il campo dei destinatari: la terapia della reminiscenza è destinata a persone con una **demenza di grado lieve-moderato**, in quanto in queste fasi è ancora possibile attuare una stimolare cognitiva ed ottenere i risultati positivi. Nelle fasi successive la terapia sarebbe inefficace in quanto le connessioni neuronali sono totalmente deteriorate e i ricordi non potrebbero affiorare.

Viene sottolineata l'efficacia della **terapia della reminiscenza di tipo narrativo**: il racconto della storia personale attraverso la discussione di eventi passati consente di far emergere i loro ricordi. Vengono utilizzati vari oggetti per stimolare le loro memorie, in particolar modo si prediligono oggetti legati al loro passato: foto, libri, musica o film legati alla loro giovinezza, alimenti e profumi provenienti dal loro luogo di provenienza. Inizialmente la narrazione può creare tensione e timidezza all'interno del gruppo, ma attraverso la conoscenza e la condivisione di pensieri comuni è possibile creare atmosfere confidenziali in cui le persone si sentono libere di esprimere i propri pensieri. Durante le sedute le persone devono essere accolte ed ascoltate, devono essere rispettate le loro esigenze e la loro volontà di partecipazione. In questo modo è possibile ottenere collaborazione e suscitare il loro interesse.

Vengono predilette le **sedute di gruppo**, in quanto consentono alle persone assistite di instaurare nuove relazioni: un elemento fondamentale per contrastare la sensazione di solitudine. Le persone affette da demenza molto spesso perdono la loro identità e si sentono impotenti e inadatte, ma attraverso l'instaurazione di nuove relazioni è possibile contrastare tale sensazione. Il senso di appartenenza è un sentimento di fondamentale importanza nella vita dell'uomo: si instaura un legame tra individui coscienti di avere in comune la medesima matrice culturale, religiosa, sociale o professionale e questo consente alle persone di riacquisire un ruolo ed uno status all'interno della società.

I gruppi sono **piccoli**, formati da 5-6 persone con la stessa gravità di demenza, per consentire la partecipazione di tutti.

La durata degli incontri varia **dai 30 ai 60 minuti**, lasso di tempo ideale per attuare il programma della giornata e per mantenere vigile l'attenzione dei pazienti. Le persone affette da demenza sono facilmente distraibili, pertanto è importante sfruttare al meglio il tempo disponibile ed evitare che essi si sentano affaticati alla fine della seduta, perché sarebbe poco produttivo. Le sedute si sono protratte **dai 6 ai 12 mesi**, il tempo necessario per conoscere le persone e strutturare gli incontri in base al loro passato.

È preferibile inoltre, per le medesime ragioni, che gli incontri avvengano in un **luogo tranquillo**, privo di stimolazioni esterne.

La maggior parte degli studi presi in considerazione sostiene che la **presenza del caregiver non sia fondamentale**, anzi spesso rappresenta un elemento di distacco dal gruppo in quanto il paziente non interagisce con le altre persone perché si sente "protetto" da colui che rappresenta il suo punto di riferimento e non sente il bisogno di cercare altri sostegni.

Tra gli interventi, la reminiscence therapy è potenzialmente in grado di diventare una terapia non farmacologica efficace in quanto la persona assistita, attraverso la rievocazione dei ricordi, prova emozioni positive ed appaganti, diminuendo in maniera significativa i sintomi depressivi. Inoltre gli

autori sottolineano che la RT è **priva di effetti collaterali**, pertanto alla luce dei risultati ottenuti consigliano di utilizzarla come intervento in associazione alle terapie farmacologiche ed all'assistenza quotidiana.

7. CONCLUSIONE

Questa tesi è stata sviluppata con l'obiettivo di analizzare l'efficacia dell'utilizzo della Reminiscence Therapy con persone affette da demenza. È possibile affermare che la ricerca ha soddisfatto il mio quesito iniziale: *“Nelle persone affette da demenza, in particolare dal morbo di Alzheimer, l'utilizzo della Reminiscence Therapy è utile per ottenere miglioramenti sulla sfera cognitiva e comportamentale?”*.

La reminiscenza è un processo di riflessione sul passato inerente la vita dell'essere umano, è il volontario e spontaneo recupero autobiografico. La terapia della reminiscenza si basa sulla stimolazione sensoriale delle persone attraverso l'utilizzo di strumenti provenienti dalla storia personale: vecchie memorie, vecchia musica, vecchi utensili, vecchi film. I ricordi della giovinezza sono molto importanti per l'identità di una persona ed hanno un alto livello di ripetizione, pertanto è possibile che la persona riesca a far emergere tali memorie nonostante la menomazione. La stimolazione cognitiva favorisce la formazione di nuove connessioni neuronali, non è possibile recuperare a pieno le funzioni cerebrali ma considerando i recenti studi sulla plasticità neuronale, è possibile formare nuove sinapsi e nuovi circuiti in grado di rimarginare l'area danneggiata del cervello.

A livello cerebrale la senilità, associata alle patologie degenerative, comporta una riduzione delle capacità in particolar modo della memoria e dell'apprendimento; allenare la mente significa stimolare le capacità cognitive residue e di conseguenza far fronte sia alle conseguenze del fisiologico invecchiamento sia ai deficit patologici. La stimolazione cognitiva è considerata un'utile strumento per contrastare il deterioramento cognitivo, in quanto riesce a rallentare tale progressione degenerativa, riduce la depressione, il disinteresse e l'apatia che la demenza comporta.

Occorre tenere in considerazione che si tratta di un recupero lento e parziale, pertanto è fondamentale intervenire precocemente e le sedute di RT devono essere associate a trattamenti farmacologici.

Uno dei compiti dell'infermiere è quello di prendersi cura della persona assistita per migliorare la qualità di vita sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista cognitivo, pertanto anche nell'ambito della stimolazione cognitiva, in particolare della Reminiscence Therapy è fondamentale la guida di un operatore adeguatamente formato. L'assistenza della persona con Alzheimer rappresenta una grande difficoltà per l'infermiere, in quanto si basa su poche certezze a fronte di peculiari aspetti della persona.

Differenti studi sottolineano i risultati positivi della terapia della reminiscenza, evidenziando principalmente miglioramenti sulle funzioni cognitive, sull'umore deflesso, sulla capacità di interazione e in generale sulla qualità di vita.

Occorre sottolineare che i risultati ottenuti sono stati evidenziati dai dati dei test post-intervento, per quanto riguarda i dati di follow-up non sono emersi cambiamenti statisticamente significativi, pertanto non è possibile affermare che i miglioramenti perdurino nel tempo.

Le demenze, in particolar modo l'Alzheimer, rappresenta al giorno d'oggi una grande sfida per la sanità, sia per gli aspetti clinici sia per quelli assistenziali. La ricerca delle cause, della prevenzione e del trattamento sono in continua evoluzione, ma fino a quando non saranno disponibili nuovi e definitivi metodi, gli infermieri, ed ogni altro operatore adeguatamente formato, dovrebbero promuovere la stimolazione cognitiva e sostenere le persone affette da demenza per ritrovare se stessi. Alla luce dei risultati ottenuti e degli strumenti individuati per eseguire incontri di reminiscence therapy, è possibile affermare che quest'ultima sia una pratica efficace e facilmente applicabile.

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

¹ <https://demenze.iss.it/>

Istituto Superiore di Sanità
Ultima consultazione il 14/02/2019

² <http://www.alzheimer.it/epidem.htm>

Federazione Alzheimer Italia
Ultima consultazione il 2/02/2019

³ Carbone G. Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia di Alzheimer. Una guida informativa per i familiari e gli operatori con l'elenco delle Unità Valutative Alzheimer (UVA). Presentazione di P. A. Tonali. Edizione Franco Angeli. 2014

⁴ Bourgeois M. Therapy Techniques for Mild Cognitive Impairment The Ohio State University Columbus, OH

⁵ Gocce di Memoria - Anthropos Società Cooperativa Sociale.
http://www.goccedimemoria.it/main/attivita_artc.php
Ultima consultazione il 14/02/2019

⁶ Pethes N., Ruchatz J., 2002

⁷ Melendez J, Torres M, Redondo R, Mayordomo T, Sales A. Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing. Department of Developmental Psychology. University of Valencia, Spain. 2017

⁸ Lubrini G, Martín-Montes A, Díez-Ascaso O, Díez-Tejedor E. Brain disease, connectivity, plasticity and cognitive therapy: A neurological view of mental disorders. Servicio de Neurología, Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Área de Neurociencias, Instituto de Investigación IdiPAZ, Madrid, Espana. 2018

⁹ <https://www.cognifit.com/it/elasticita-del-cervello>

Ultima consultazione il 10/02/1019

^x Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews

¹¹ Chang HU. Effectiveness of group reminiscence therapy for people living with dementia in a day care centers in Taiwan. University of Wollongong, Australia Hui-Wen Chien University of Asia, Taiwan. 2018

¹² Siverová J, Buzgov R. The effect of reminiscence therapy on quality of life, attitudes to ageing, and depressive symptoms in institutionalized elderly adults with cognitive impairment: A quasi-experimental study. House of Social Services, Municipal Hospital, and Faculty of Medicine, Department of Nursing and Midwifery, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic. International Journal of Mental Health Nursing (2018)

¹³ Li M, Lyu JH, Zhang Y, Gao ML, Li WJ, Ma X. The clinical efficacy of reminiscence therapy in patients with mild-to-moderate Alzheimer disease Study protocol for a randomized parallel-design controlled trial. Li et al.Medicine. 2017

¹⁴ Lök N, Bademli K, Selçuk-Tosun A. The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: randomized controlled trial.. Int J Geriatr Psychiatry. 2019

¹⁵ Peyronnet M. Prevenire e curare l'Alzheimer. Alpen Èdition. 2013

¹⁶ Bianchetti A, Trabucchi M. Alzheimer. Malato e familiari di fronte alla perdita del passato. Edizione Il Mulino. 2018

¹⁷ <http://www.epicentro.iss.it/alzheimer/>

Istituto Superiore di Sanità

Ultima consultazione il 03/02/2019

¹⁸ <https://www.istat.it/>

Ultima consultazione il 16/01/2019

¹⁹ <https://www.humanitas.it/malattie/alzheimer>

Humanitas Research Hospital

Ultima consultazione il 16/01/2019